

deutsche gesellschaft für verhaltenstherapie e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Neckarhalde 55 · 72070 Tübingen · Telefon 07071 9434-0 · Telefax 07071 9434-35

E-Mail-Adresse: dgvt@dgvt.de · Internet: <http://www.dgvt.de>

Supplement zu VPP 2/2008

Die  informiert:

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 17. Juli 2008

Inhaltsverzeichnis

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Stellungnahme der DGVT zur Mindestquote für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie in der ambulanten Versorgung** 4
- **„Ulmer Papier“ beim 111. Deutschen Ärztetag verabschiedet** 6

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	8
Bayern	10
Mecklenburg-Vorpommern.....	13
Nordrhein-Westfalen.....	13
Niedersachsen.....	14
Rheinland-Pfalz.....	15
Saarland.....	18
Schleswig-Holstein.....	19

Aus den Psychotherapeutenkammern

- **12. Deutscher Psychotherapeutentag in Bremen**..... 24
 - **3. Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer**..... 25
 - **Entschädigungs- und Reisekostenordnungen der Psychotherapeutenkammer** 28
 - **Beitragsordnungen der Psychotherapeutenkammern** 34
-

Aus den Verbänden

- **GK II-Stellungnahme zur Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses**..... 40

Alles was Recht ist . . .

- **Bundessozialgericht zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen** 41
- **And the winner is...- Konsequenzen der (Teil-)Entsperrung von Planungsbezirken** 42
- **Kommt die Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte/-psychotherapeuten?** 44
- **Bundesverfassungsgericht: Keine Behandlungspflicht bei Basistarifversicherten** 45
- **EUGH-Urteil zu Teilaspekt der sog. „Zeitfensterproblematik“**..... 47
- **Verwaltungsgericht Göttingen: Pflichtmitgliedschaft in Ärztekammer ist rechtmäßig** 47
- **OVG NRW: Kammerbeitrag – Arnsberger Urteil**..... 48

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Erfahrungsbericht Praxiskauf**..... 49
- **Doppelter Arzt-/Psychotherapeutenregistereintrag?** 53
- **Qualitätsmanagement wollen? Qualitätsmanagement finanzieren?**..... 54
- **Leitlinien zum Datenschutz in Praxen** 56

Weitere Infos

- **Die PsyCase-Manager der Deutschen Angestellten Krankenkasse**..... 56
- **Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse (TK): Schwerpunkt Psychische Gesundheit**..... 58
- **Arztsuche und Arztbewertung im Internet** 58
- **Studie des Robert-Koch-Instituts zur psychotherapeutischen Versorgung** 59
- **Regionale Mitgliedertreffen, Termine**..... 60

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zum 1. Januar 2009 werden noch wesentliche Bausteine des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft treten. Neben dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MORBI-RSA) sind dies vor allen Dingen der Gesundheitsfonds und damit der einheitliche Beitragssatz sowie die Umsetzung der Honorarreform für die niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen. Welche Auswirkungen diese letzten Änderungen auf die einzelnen Vertragspartner im Gesundheitswesen haben werden, lässt sich schwer vorhersagen. Unverkennbar ist aber, dass sowohl bei den Nutzern als

auch bei den Leistungserbringern die Unzufriedenheit steigt. Bei einer repräsentativen Studie des Finanzdienstleisters MLP in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach unter rund 1 900 Bundesbürger, sagt mehr als die Hälfte der Befragten, dass die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren schlechter geworden sei. Noch deutlicher wird die Skepsis gegenüber dem Gesundheitssystem bei der Frage nach der künftigen Entwicklung. 84 % rechnen mit weiter steigenden Beiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 81 % mit erhöhten Zuzahlungen für Medikamente und gut Dreiviertel der Befragten erwarten, dass es immer mehr zu einer Zwei-Klassen-Medizin kommt, und dass weitere Reformen auf den Weg gebracht werden. Dabei sind 76 % der Deutschen skeptisch, dass es der Politik gelingt, längerfristig eine gute Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen (weitere Informationen siehe unter www.mlp-gesundheitsreport.de).

Die Verschuldung vieler Krankenkassen nährt auch die Spekulation über eine Erhöhung der Beiträge im Zuge der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes zum 1.1.2009 mit all ihrer negativen Auswirkungen auf die Lohnnebenkosten und die erst seit kurzem wieder positiveren Aussichten am Arbeitsmarkt. Die niedergelassenen PsychotherapeutInnen wurden erst der Hoffnung auf weitere Nachvergütungen in größerem Umfang beraubt (siehe hierzu den Beitrag von Kerstin Burgdorf zum Ausgang der Verhandlung vor dem Bundessozialgericht [BSG] zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen am 28. Mai 2008). Außerdem befürchten sie, dass mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert, der im Oktober 2008 festgelegt wird, die angemessene Vergütung im Sinne des § 87 Abs. 2c SGB V für psychotherapeutische Leistungen nicht erreicht werden wird. Die im GK II zusammengeschlossenen Berufs- und Fachverbände der Psychotherapeuten haben deshalb bereits die Organe der Selbstverwaltung aufgefordert, hier rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen (siehe Ergänzungs-Rosa Beilage 1/2008). Die finanzstarken Länder, wie Bayern und Baden-Württemberg, befürchten einen erheblichen Mittelabfluss durch die Einführung des Gesundheitsfonds und des MORBI-RSA. Die Hausärzte protestieren gegen die ihrer Ansicht zu geringen Honorare und haben sogar über einen Ausstieg aus dem gesetzlichen Krankenkassensystem nachgedacht. Für September sind weitere Großdemonstrationen in Berlin geplant. Kliniken, Arbeitgeber und Gewerkschaften wollen mit einer Demonstration im September auf die Probleme der derzeitigen Budgetierung in den Krankenhäusern aufmerksam machen und der Verein freie Ärzteschaft hat eine Großdemonstration für den Erhalt freier Arztpraxen ebenfalls in Berlin angemeldet unter dem Motto „Diese Politik macht krank“ – „Für freie Patienten in freien Arztpraxen.“ Aber nicht nur in Deutschland scheint die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen ein Problem zu sein. Auch in Österreich haben Ärzte gegen die von der Regierung geplante Gesundheits- und Krankenkassenreform gestreikt. Auch in Österreich geht es um Einsparungen von Arzneimittelkosten und um Direktverträge der öffentlichen Krankenkassen mit Ärzten. Die seit Monaten verhandelte Gesundheitsreform für das Land ist nun Anfang Juli gescheitert. Kurz darauf ist auch die Große Koalition in Wien geplatzt, im Herbst wird neu gewählt¹.

Wir hoffen, dass der eine oder andere Artikel Ihr Interesse findet und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Waltraud Deubert

Kerstin Burgdorf

Heiner Vogel

¹ Vgl. die Kommentierungen unter www.zeit.de/online/2008/28/oesterreich-ende-grosse-koalition

Gesundheits- und Berufspolitisches

Stellungnahme der DGVT zur Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung

Wie bereits in der Rosa Beilage zur VPP 1/2008, S. 29 f. berichtet, läuft Ende 2008 die als Übergangsregelung geschaffene Mindestquote für ÄrztInnen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aus. Diese mit Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) auf 10 Jahre befristete Mindestversorgungsquote für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sollte zu Beginn der gemeinsamen Bedarfsplanung verhindern, dass eine der Berufsgruppen einen zu großen Anteil an den Zulassungen erhält. Die Erfahrung hat allerdings gezeigt, dass ein großer Teil der für psychotherapeutisch tätige Ärzte reservierten Kassensitze wegen Mangels an psychotherapeutischem Nachwuchs nicht besetzt werden konnte. Die Zulassungsausschüsse gehen im Rahmen der aktuellen Zulassungspraxis unterschiedlich mit dieser Problematik um: Z. T. werden ärztliche Sitze auch mit Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP) besetzt, z. T. werden PP abgewiesen und ärztliche KollegInnen, die einen Nachfolger suchen, aufgefordert, ihren Sitz ruhen zu lassen, bis sich ein ärztlicher Nachfolger finden lässt.

Zumindest auf gerichtlichem Wege ist es in der Zwischenzeit mehrfach gelungen, dass auch ein PP einen kassenärztlichen Sitz eines ärztlichen Psychotherapeuten übernehmen konnte, da kein ärztlicher Psychotherapeut zur Verfügung stand (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Hessen, siehe Rosa Beilage 3/2007, S. 28). Die DGVT hat mehrere derartige Verfahren begleitet. Auf Dauer kann es u. E. keine Lösung sein, dass die Besetzung dieser Sitze mit Psychologischen PsychotherapeutInnen erst gerichtlich durchgesetzt werden muss. Die bessere Versorgung psychisch kranker Menschen sollte Vorrang vor dem Schutz einer Berufsgruppe haben. Aufgabe bzw. Zweck der Bedarfsplanungsrichtlinie und der Zulassungsverordnung ist es unseres Erachtens auch keinesfalls, Reservate für bedrohte Berufsgruppen zu sichern, sondern den ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu sichern.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich am 11.4.2008 in seinem Bericht zur Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen durch ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und durch Psychotherapeuten (Ausschussdrucksache 16[14]0370) für eine bis Ende 2013 befristete Mindestquote in Höhe von 20 % für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie eine Mindestquote in Höhe von 10 % für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, ausgesprochen. Trotz des Hinweises der Bundespsychotherapeutenkammer und einiger Verbände, u. a. auch der DGVT, dass die Einführung der Mindestquote in Höhe von 10 % für PsychotherapeutInnen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, keinen Fortschritt darstellt, da der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bundesweit bereits heute bei 13,6 % liegt, wurde diese Größenordnung (Mindestquote 20 % für ärztliche PsychotherapeutInnen und 10 % für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen) in den jetzt vorliegenden Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) übernommen. Eine Mindestquote von 10 % könnte vielmehr zu einer Verschlechterung der Versorgung führen, orientierten sich die Zulassungsausschüsse an dieser Größenordnung.

U. E. sollte die notwendige Neuregelung der Quotierung als Chance zur dringend erforderlichen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen genutzt werden

Wir unterstützen die diesbezügliche Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 24.04.2008². Psychische Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen. Der Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey (KiGGS)³ belegt die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Nur die Hälfte der als psychisch krank diagnostizierten Kinder wird danach derzeit behandelt. Psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern finden häufig kein adäquates Psychotherapieangebot in ihrem Umfeld oder müssen unzumutbar lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Und dies ist ein flächendeckendes Problem, auch wenn es sicher in ländlichen Gebieten und in Ostdeutschland noch verstärkt auftritt.

Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass die Selbstverwaltung den Sicherstellungsauftrag in diesem Bereich nicht nachhaltig umsetzen konnte. Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage zur Gesundheitsversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Jahre 2006 (BT-Drucksache 16/1051 vom 24.03.2006) die Lösung lokaler Versorgungsengpässe in der Möglichkeit der Sonderbedarfszulassungen gesehen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Zulassungsausschüsse z. T. nur sehr restriktiv Sonderbedarfszulassungen aussprechen. Z. T. müssen die Antragsteller über langwierige Gerichtsverfahren ihre Anträge einklagen, da sich Zulassungsausschüsse und KVen oftmals in ihrer Einschätzung, ob ein tatsächlicher Versorgungsbedarf vorliegt, nicht einig sind. In der Begleitung vieler Sonderbedarfsantragsteller in den letzten Jahren haben wir gesehen, dass die Selbstverwaltung an dieser Stelle überfordert ist, den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen.⁴

Es bedarf daher einer klaren Aussage durch die zuständigen politischen Gremien und der Steuerung dieses Bereichs.

Wir fordern die Bundesregierung und das zuständige Bundesgesundheitsministerium dazu auf, die im Gesetzentwurf vorgesehene Mindestquote von 10 % für PsychotherapeutInnen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, auf 20 % zu erhöhen. Erst eine Mindestversorgungsquote in Höhe von 20 % kann zumindest rechnerisch einen Beitrag zum Abbau der Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen leisten. Weitere Mindestquoten innerhalb der Facharztgruppe (etwa für ärztliche PsychotherapeutInnen) halten wir versorgungspolitisch für nicht erforderlich.

Kerstin Burgdorf und Waltraud Deubert

²Quelle: www2.bptk.de/uploads/080418_stn_mindestquote

³Quelle: www.kiggs.de

⁴Auch wird man den Verdacht nicht los, dass unter den Motiven der Mitglieder der Zulassungsausschüsse und der KVen bei der Beratung dieser Fragen nicht immer die Sicherstellung der Versorgung an erster Stelle steht.

“Ulmer Papier” beim 111. Deutschen Ärztetag in Ulm verabschiedet

Auf Beschluss des letztjährigen Ärztetages in Münster legte der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) dem 111. Ärztetag in Ulm einen Entwurf zu „Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft“, das sog. Ulmer Papier, vor. Dieses Papier wurde bereits im Vorfeld innerhalb der ärztlichen Standesgremien ausführlich diskutiert und auch über die Medien publiziert. Der dem Ulmer Ärztetag dann vorliegende Entwurf war bereits die 6. Fassung der Leitsätze. Zielsetzung der Verfasser war es, so BÄK-Präsident Professor Jörg Dietrich Hoppe, Defizite in der medizinischen Versorgung zu benennen und Perspektiven einer „vernünftigen Gesundheitspolitik“ aufzuzeigen. „Durch die jüngst verschärfte Zentralisierung medizinischer Entscheidungsprozesse und den z. T. ruinösen Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern ist ein so überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, dass den Ärztinnen und Ärzten wichtige Zeit in der Patientenversorgung fehlt und der Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht wird“, kritisierte Hoppe.

Das 36 Seiten umfangreiche Papier beinhaltet Leitsätze zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und macht Aussagen zu den Themen Versorgung und Finanzierung. In seinem **Prolog** steht **die Arzt-Patient-Beziehung** im Mittelpunkt der Analyse. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt sei nachhaltig geschädigt durch politische Administrierung und Rationierung. „Gute Medizin ist kein Industrieprodukt, sondern eine individuelle Dienstleistung, deren Ergebnis maßgeblich von der Interaktion zwischen den beiden Akteuren Patient und Arzt bestimmt wird...“. „Der Staat darf keine Finanzstrukturen vorgeben (z. B. Bonus-Malus-Regelungen), die bei Patientinnen und Patienten die Vorstellung erwecken könnten, dass für ärztliche Entscheidungen auch eigennützige materielle Aspekte bedeutend sein könnten.“ Staatliche Organe sollten vor allen Dingen „nicht den sachlich unzutreffenden Eindruck erwecken, das bisher Gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) könne bei limitierten finanziellen Ressourcen und der Vermeidung jeder Versorgungsungleichheit aufrecht erhalten bleiben.“

Teil A des Ulmer Papiers ist der **Versorgung** gewidmet. Folgende Kritikpunkte und Forderungen werden im Papier aufgestellt: **Beim Umbau des Gesundheitswesens** müsse die Rolle von Staat und Selbstverwaltung klar definiert werden. Es müsse eine neue Konzeption der Versorgungsebenen erfolgen, die eine Sicherstellung der Versorgung bei sektorenübergreifendem Vertragswettbewerb gewährleistet. Die derzeitige Entwicklung habe zu einer Überregulierung und einer Überbürokratisierung geführt. Hierzu gehöre auch die Praxisgebühr, die wieder abzuschaffen sei. Die geltenden Rahmenbedingungen erschwerten jetzt nachhaltig die Einsatz- und Verantwortungsbereitschaft der Heilberufe. Die zunehmende Marktorientierung und die spürbare Kommerzialisierung des Gesundheitswesens mache eine im ärztlichen Selbstverständnis der Profession verankerte hohe Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unverzichtbar. Nur dann könne eine humane medizinische Versorgung weiterhin gewährleistet werden. Gute Medizin erfordere gute Arbeitsbedingungen und eine ausreichende Bezahlung der Ärzte in den Praxen und im Krankenhaus. Es gäbe bereits jetzt ambulante Versorgungsengpässe in der hausärztlichen Versorgung sowie in den verschiedenen Fachgebieten. Deshalb müssten die verbesserten Bedingungen für eine kooperative ärztliche Berufsausübung konsequent genutzt werden – durch Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen und die Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen und angestellten Ärzten (Stichwort: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz). Der steigende Versorgungsbedarf führe zu einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in das GKV-System. Modellvorhaben, „die auf Arztersatz und Aufweichung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hi-

nauslaufen“ seien abzulehnen. Solche Pläne gefährdeten die PatientInnensicherheit. Dagegen befürwortete der Ärztetag in Regionen mit zusätzlichem Versorgungsbedarf eine Sicherstellung der Primärversorgung durch verstärkte ärztliche Kooperationen und arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter unter der Voraussetzung der „therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes“.

Prävention könne nur dann erfolgreich sein, wenn sie vom Einzelnen wahrgenommen und durch entsprechende Lebens- und Arbeitsbedingungen gefördert werde. Ärztliche Informationen und ärztliche Unterstützung könne die Handlungskompetenz in der Prävention stärken. Positive Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten seien den Malus-Systemen vorzuziehen. Ärzte haben Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen und müssten deshalb in die inhaltliche Entwicklung von Präventionsprogrammen einbezogen werden. Es bedürfe einer Intensivierung der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen auf dem Gebiet der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Dazu zählt das Ulmer Papier die Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V. Zugleich müssten Maßnahmen zur Prävention chronischer Erkrankungen intensiviert werden. Die Weiterentwicklung der **Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten** müsse den Aspekt der Multimorbidität berücksichtigen. In Frage gestellt werden die im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 eingeführten Disease-Management-Programme (DMP). Kritisiert werden der zu hohe Verwaltungsaufwand und die auf eine einzige Erkrankung fokussierte Anlage der Behandlungsprogramme, die den meisten multimorbiden Patienten nicht gerecht werde. Strukturierte Behandlungsprogramme sollten auf der Basis der nationalen Versorgungsleitlinien als spezialisierte Versorgungsangebote für Hochrisikopatienten entwickelt und vor einer flächendeckenden Einführung zunächst regional erprobt werden. Die **Integrierte Versorgung** sei als eine sinnvolle Ergänzung, aber nicht als Alternative zu der im Kollektivvertragssystem erbrachten Versorgung zu sehen. Die Teilnahme an integrierten Versorgungskonzepten müsse grundsätzlich allen Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, also auch den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), offen stehen.

Eine funktionierende **stationäre Versorgung** setze eine vielfältige Krankenhauswirtschaft voraus. Deshalb trete man für eine Pluralität der Träger ein, bei der öffentlich-rechtliche, frei gemeinnützige und private Anbieter gleichrangig nebeneinander stehen. Im Hinblick auf die politische Debatte zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung müsse ab 2009 aus Sicht der Bundesärztekammer die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben.

Teil B des Ulmer Papiers widmet sich den **Finanzierungsproblemen im Gesundheitswesen**. Der Leistungsumfang der Krankenkassen müsse sich nach dem Versorgungsbedarf der PatientInnen richten und nicht nur nach der Finanzierbarkeit. Zur Finanzierung der GKV müssen sämtliche Einkunftsarten herangezogen werden. Große Risiken müssten durch die Solidargemeinschaft abgesichert werden. Die Familienversicherung in der GKV müsse auf erziehende Elternteile begrenzt werden. Versicherungsfremde Leistungen der GKV müssten als gesamtgesellschaftliche Aufgaben aus Steuermitteln finanziert werden. Zur kostendeckenden Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner werden Altersrückstellungen durch einen speziellen „Gesundheitssoli“ vorgeschlagen. Das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung müsse durch kompatible Wettbewerbs- und Versicherungsmodelle gestärkt werden. Eine Angleichung oder Gleichschaltung beider Systeme wird als kontraproduktiv abgelehnt.

Die Ärzteschaft fordert außerdem in ihrem Papier einen **Gesundheitsrat aus ExpertInnen**, der ihr die Entscheidung über Einschnitte bei den PatientInnen abnehmen soll. Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens hätten bereits heute zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen könne nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch die Optimie-

rung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden. Durch Rationalisierung lasse sich Rationierung nicht umgehen. Der Staat dürfe nicht den Eindruck erwecken, das bisher gewohnte, universale Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleichheit aufrecht erhalten werden können. Ein Gesundheitsrat aus Fachleuten solle die Prioritäten setzen und auf dieser Grundlage solle die Politik entscheiden, was für KassenpatientInnen noch bezahlt werden kann.

Obwohl es mehr als 50 Änderungsanträge zu dem Ulmer Papier gab, konnten sich die Ärzte letztendlich dann doch noch in der Mehrheit auf ein einheitliches Papier einigen.

Am letzten Tag des Deutschen Ärztetages haben die Delegierten auf der Basis des Ulmer Papiers mit der Verabschiedung von **10 Thesen** ein Zeichen gesetzt für den Arzt als den „maßgeblichen Träger und Gestalter des Gesundheitssystems“. „Nur mit dem Selbstverständnis eines hoch qualifizierten, freien Berufs, bleibt der Arzt auch in Zukunft für PatientInnen der Experte für Gesundheit und Krankheit sowie Vertrauensperson der ersten Wahl. Durch dieses Profil und sein freiberufliches Selbstverständnis sichert der Arzt seine Position im Gesundheitswesen, gerade in Zeiten zunehmender Marktorientierung.“ Die Patient-Arzt-Beziehung müsse vor einer Erosion durch Kontrollbürokratie und Instrumentalisierung des Arztberufs für Rationierungszwecke geschützt werden. Die Komplexität ärztlichen Handelns sei weder mit einer Partikularisierung des Arztberufes in einen „Heiltechniker“ oder „Arzt light“ noch mit einer Verkürzung des Medizinstudiums und der Reduzierung des Primärarztes auf einen „Schmalspurprimärversorger“ vereinbart. Die Gesellschaft müsse allerdings auch wieder lernen, mit Krankheit, Alter und Tod zu leben. Gleichzeitig muss sich der Arzt von einem unkritischen Machbarkeitsglauben und der Überfrachtung der ärztlichen Rolle mit falschen Heilerwartungen distanzieren, wie sie in dem überkommenen Bild des Arztes als „Halbgott in Weiß“ zum Ausdruck kommt.

Kritisch mit dem Ulmer Papier hat sich der **Verein demokratischer Ärztinnen** und Ärzte (vdää) auseinandergesetzt. Für ihn kommt die Forderung der Bundesärztekammer nach einer offenen Rationierung medizinischer Leistungen durch die Politik einer Bankrotterklärung der Ärzteschaft gegenüber ihren PatientInnen gleich. In Verbindung mit der Forderung, den privaten Zusatzversicherungsmarkt auszubauen, leisteten die Ärzte Schützenhilfe für einen boomenden Versicherungsmarkt. Der vdää fordert dagegen einen umfassenden Leistungskatalog für alle Versicherten, damit der Zugang zu medizinischen Leistungen keine Frage des Geldbeutels wird. Die vollständige Stellungnahme des vdää finden Sie unter www.vdaae.de/.

Waltraud Deubert

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Gesundheitspolitik: Was andere freut, ist für Baden-Württemberg nicht günstig: Mit dem geplanten Gesundheitsfond werden ab 2009 weitere Gelder in die Umlage abfließen. Möglicherweise stehen den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg schlechte Zeiten bevor. Politisch wird auf vielen Ebenen versucht, die Veränderungen zu mildern oder zu verhindern. So wurde extra für Baden-Württemberg und Bayern die „Konvergenzklausel“ geschaffen, die einen Geldabfluss begrenzen soll – diese ist nach Expertenmeinung jedoch möglicherweise nicht wirksam umsetzbar. Schon jetzt werden über den bundesweiten Kassenausgleich aus den Mitgliedsbeiträgen der gesetzlichen Krankenkassen etwa eine

Milliarde Euro aus Baden-Württemberg in leistungsschwächere Bundesländer umgeleitet; ab 2009 sollen nach Berechnungen der AOK nochmals 400 Millionen dazukommen. Wegen der geplanten Honorarangleichungen ab 2009 – für Baden-Württemberg bedeutet das Honorarkürzungen im GKV-Bereich um ca. 15 % – und den bereits jetzt deutlichen finanziellen Einbußen ist in der Ärzteschaft allerhand Unruhe zu spüren. Ärzteverbände riefen gar zu Demonstrationen auf. Eine Konsequenz für die PatientInnen ist jedoch schon jetzt deutlich: In einem System, in dem zusätzliche Krankenbehandlungen keine zusätzlichen Einnahmen bedeuten, erhöhen sich zunächst die Wartezeiten für PatientInnen. Die Reaktionen der Landesregierung in Baden-Württemberg wirken etwas zögerlich. Man erinnert sich: Die Landesregierung hat sich vor geraumer Zeit mit dem Gesundheitsfond grundsätzlich einverstanden erklärt und nahezu zeitgleich die Zusage für den kostspieligen Ausbau des Stuttgarter Hauptbahnhofs erhalten. Einen Zusammenhang braucht man nicht sehen.

Aktuelles zur ärztlichen Versorgung: Die AOK Baden-Württemberg hat mit dem Hausärzterverband und dem Ärzterbund Medi einen Vertrag geschlossen, dies erstmals ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung. Der Vertrag beginnt bereits ab 1.7.2008. Inhalt: Über die direkte Abrechnung mit der AOK erhalten die Hausärzte eine deutlich höhere Vergütung pro Patient als bisher. Die Hausärzte verpflichten sich zu weiteren Fortbildungen, zu definierten Sprechstundenzeiten und zu Überweisungen an Fachärzte mit schneller Terminvergabe. Weitere Leistungen betreffen Vorsorgeuntersuchungen. Die PatientInnen gehen einen Vertrag mit den Hausärzten ein, in dem sie sich verpflichten, Fachärzte jeweils nur nach Befürwortung durch den Hausarzt aufzusuchen. Die Reform soll kostenneutral umgesetzt werden, da systemimmanente Einsparungen angenommen werden.

Kommentar: *Es werden mit dem Vertrag völlig neue Wege beschritten, da die Abrechnungen direkt zwischen den beteiligten Ärzten und der Krankenkasse erfolgen. Die Kasse erhält größere Einflussmöglichkeiten, die PatientInnen sollen besser versorgt werden, die Hausärzte erhalten eine höhere und angemessene Finanzierung ihrer Leistungen. Ob die Gesamtrechnung aufgeht, wird sich zeigen. Was diese Änderung eventuell für die niedergelassenen PsychotherapeutInnen bedeutet, die als „Facharztgruppe“ dann auf die Patienten-Überweisungen angewiesen sind, muss beobachtet und analysiert werden.*

Landespsychotherapeutenkammer: Bei der Vertreterversammlung am 8. März 2008 wurde Vieles diskutiert und Einiges beschlossen. Wir berichten auszugsweise und nummerieren durch.⁵

1. Beim **Bericht des Vorstandes** stand erneut die Diskussion um die ungerechtfertigten Verfügungen durch die frühere Geschäftstellenleiterin / Buchhalterin der Kammer auf der Tagesordnung. Inzwischen war der Sonderprüfungsbericht der Wirtschaftsprüfer abgeschlossen und dieser wurde vom Vorsitzenden des Haushaltsausschusses erläutert. Eine Strafanzeige gegen die frühere Angestellte wurde gestellt. Da der Sachverhalt noch weiter aufgeklärt werden muss, wurde auf Wunsch des Vorstandes die Abstimmung über die Entlastung auf die nächste VV verschoben.
2. Ebenfalls noch in diesen TOP fiel der Rückblick auf die Finanzen 2007. Nach einer Zusammenstellung aller Buchungen wurde vom Vorstand ein vorläufiger Jahresabschluss 2007 mit einem deutlich über dem Plan liegenden Jahresüberschuss vorgelegt.

⁵ Zum Verständnis der politischen Gesamtsituation in der Kammerversammlung sollte man wissen, dass es eine „Regierungsfraktion“ aus zwei Listen gibt und eine „Opposition“ mit drei Listen. Die „Regierung“ bildet das „Psychotherapeutenbündnis“ aus bvvp (Vertragspsychotherapeuten), DGPT (Psychoanalytiker), VAKJP (analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten), und DGVT mit den „Beratungsstellen“. Die „Opposition“ besteht aus der NGL (Neue Gemeinsame Liste; dazu gehört insbesondere die DPTV), dem BDP und der Freien Liste.

3. **Kommentar:** Die endgültige Bilanz muss dieses Ergebnis noch bestätigen. Erfreulicherweise erreicht die Rücklage demnach erneut nach 2006 auch für 2007 die vorgeschriebene Mindesthöhe von 50 % des Haushaltsvolumens.
4. Die Beitragstabelle für 2008 wurde so geändert, dass freiwillige Mitglieder in Ausbildung zum Psychotherapeuten (**PiA**) beitragsfrei gestellt werden. In Hinblick auf die nächste Wahl wurde die Wahlordnung so geändert, dass auch zwei PiA-Vertreter künftig der VV als Delegierte angehören werden.
5. **Kommentar:** Baden-Württemberg geht damit mit einigen anderen Kammern gemeinsam einen guten Weg, den psychotherapeutischen Nachwuchs frühzeitig in die Kammer einzubinden.
6. Die Gebührenordnung und die Fortbildungsordnung erhielten eine Ergänzung, die für alle, die ein **Fortbildungszertifikat** anstreben, von Bedeutung ist. Keine Sorge, es ist alles ganz einfach: Nicht akkreditierte Fortbildungen können auf einem gesonderten Bogen aufgeführt werden und diese werden dann nach Einzelfallprüfung fürs Punktekonto anerkannt. Pro Veranstaltung kommen auf den Antragsteller 20 Euro Kosten zu, bei mehreren Veranstaltungen werden maximal 100 Euro fällig.
7. **Kommentar:** Eine kundenfreundliche Lösung wurde umgesetzt.
8. Eine Umfrage unter den Kammermitgliedern zur **Änderung der Umlageordnung** wurde beschlossen. Eine Kommission hat diese Befragung inzwischen erstellt und verschickt. Inzwischen wird viel diskutiert unter den Kammermitgliedern, welches Modell zu bevorzugen ist. Bitte wenden Sie sich auch gerne direkt an die gewählten Kammervertreter der DGVT, die Ihre Interessen in der Kammerversammlung vertreten. Kontakt: bawue@dgvt.de.
9. Für die nächste Vertreterversammlung stehen weiterhin an: Verabschiedung einer neuen Umlageordnung (unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Umfrage) und einer Haushalts- und Kassenordnung. Der auf der VV vorgelegte Entwurf der Kassenordnung sollte noch weitere Überarbeitung erfahren.

Für Kammermitglieder zur Erinnerung: die VVs sind für Mitglieder offen. Wer einen Samstag Zeit hat, ist herzlich eingeladen, sich persönlich zu informieren. Die nächste VV findet am 18. Oktober um 9.15 Uhr im Haus der Wirtschaft, Willi-Bleicher-Straße 19, in Stuttgart statt.

Versorgungswerk: Inzwischen ist der nächste Schritt auf dem Weg zum Versorgungswerk für PsychotherapeutInnen in Baden-Württemberg geschafft. Die DGVT hat eine Stellungnahme an das Sozialministerium zum Staatsvertrag geschrieben und sich für die Berücksichtigung sozialer Härtefälle und für kürzere Fristen bei einem Ausstiegswunsch von sog. Gründungsmitgliedern ausgesprochen. Die Stellungnahme ist auf der Homepage der DGVT unter www.dgvt.de/Baden-Wuerttemberg (Bericht der Landesgruppe Baden-Württemberg (Rosa Beilage zur VPP 4/2007) einzusehen.

Renate Hannak-Zeltner, Kai Uwe Jörß

Kontakt: bawue@dgvt.de

Bayern

Honorar-Musterklage beim Sozialgericht München

Am 19. März 2008 hat die erste Verhandlung unserer Honorar-Musterklage vor dem Sozialgericht München stattgefunden. Das Verfahren, das von mehreren Psychotherapeutenverbänden unterstützt wird, ist mit großen Hoffnungen verbunden, Honorargerechtigkeit für die bayrischen Psychotherapeuten zu erzielen.

Am 28.5.2008 hat sich auch das Bundessozialgericht mit drei anderen Musterverfahren aus Hessen, Sachsen und Schleswig-Holstein zu Vergütungsfragen in der Psychotherapie befasst und neue (wenngleich enttäuschende) Urteile gesprochen (vgl. den Bericht hierzu in dieser Ausgabe). Vor diesem Hintergrund vermuteten wir, dass die mit unserer Musterklage befasste Kammer zunächst keinen weiteren Handlungsbedarf gesehen hatte und die BSG-Entscheidungen abwarten wollte. Wir konnten die Kammer inzwischen davon überzeugen, dass das bayerische Musterverfahren notwendig ist, um eine schnelle Umsetzung einer Entscheidung des BSG auch in Bayern zu erreichen. Es soll nun noch abgewartet werden bis die schriftliche Urteilsbegründung des BSG vorliegt. Danach werden wir entscheiden, wie es mit unserer Klage weitergeht. Wir hoffen, dass es in der Urteilsbegründung Aspekte geben wird, die es möglich machen, nochmals einzuhaken.

Wegen der geplanten Einführung des Gesundheitsfonds könnte eine zeitnahe Nachvergütung gefährdet sein – bislang ist nämlich keine explizite Regelung für Altlasten aus der Zeit vor Gründung des Gesundheitsfonds vorgesehen. Es steht daher zu befürchten, dass sich zunächst KV und Krankenkassen über die Finanzierung auseinandersetzen werden ehe die Psychotherapeuten Nachzahlungen erhalten können.

Zur Sicherung der Finanzierung möglicher Nachzahlungen an die Psychotherapeutenkammer hat die KVB bereits mit dem Honorarbescheid 4/2007 vorgebaut – ab diesem Quartal werden die fachärztlichen Honorarbescheide im Hinblick auf die drohende Nachvergütung nur vorläufig ausgestellt. So könnten im Falle des Erfolges der bayerischen Musterklage und der dann zu erwartenden Neufassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zugunsten der Psychotherapeuten (Erhöhung des Praxiskostenansatzes, Änderung der Umsatz-Zusammenstellung der Vergleichsarztgruppen) diese vorläufigen Honorarbescheide aufgehoben werden. Nach einer Neubescheidung könnten Honorarnachzahlungen an die Psychotherapeuten durch die dann fälligen Rückzahlungen oder durch Einbehalten von Abschlagszahlungen finanziert werden.

Das Thema Gesundheitsfonds bestimmt derzeit auf allen Ebenen das gesundheitspolitische Feld und war auch für uns bei der Verhandlung vor dem Sozialgericht München ein wichtiger Punkt, steht und fällt damit doch die Realisierbarkeit der uns möglicherweise zustehenden Honorarnachzahlungen. Wichtig für uns war es jedenfalls, die KVB in der Verhandlung explizit auf das Thema Rückstellungen und Gesundheitsfond hingewiesen zu haben, um das Problembewusstsein seitens der KVB zu schärfen.

Über die weiteren Entwicklungen in Sachen Muster-Klage halten wir unsere Mitglieder auf dem Laufenden.

Neues aus der Psychotherapeutenkammer

Die bayerische Politik ist während des Vorwahlkampfes zur Landtagswahl und angesichts der Befürchtungen der Staatspartei CSU, ihre bequeme absolute Mehrheit zu verlieren, besonders bemüht, sich gegenüber Lobby-Interessen empfänglich zu zeigen. Die bayerische Ärzteschaft, speziell die Hausärzte, und in diesem Reigen auch die Psychotherapeutenkammer, haben seit etwa Mai die Gelegenheit, in einem Arbeitskreis unter Moderation von Sozialministerin Stevens Perspektiven zur Verbesserung der Versorgung zu diskutieren. Auch in Einzelterminen zeigte sich die Ministerin in Gesprächen mit dem Präsidium der Kammer sehr offen für die Anliegen der Kammer, beispielsweise im Krankenhausplanungsausschuss mitzuwirken, beispielsweise Verbesserungen bei der Nachwuchsförderung zu erreichen (Verhinderung des Abbaus von Psychologie-Masterstudienplätzen im Rahmen des Bologna-Prozesses) oder auch bei der Einführung einer adäquaten Mindestquote für KJP.

Insbesondere die *Perspektiven des Psychologiestudiums* (und weiterer relevanter Studiengänge) an den Hochschulen waren auch Thema einer Sitzung mit Vertretern aller bayerischen U-

niversitäten (v.a. klinisch-psychologische Institute) und Fachhochschulen sowie mit einem Vertreter des Wissenschaftsministeriums.

Die Möglichkeiten zur *Mitwirkung in der Krankenhausplanung* hat die Kammer schließlich separat bei einem Termin im Sozialministerium erörtert – eine offizielle Mitwirkung – gemäß den Versprechungen der Ministerin – scheint danach zumindest kurz- oder mittelfristig unrealistisch. Gleichwohl: Das Gespräch verlief in angenehmer Atmosphäre – man will im Kontakt bleiben.

Rudi Merod, Sonja Stolp, Heiner Vogel

Kontakt: bayern@dgv.de

Treffen der bayerischen PiA (Psychotherapeuten in Ausbildung)-Vertreter am 2. April 2008 bei der Psychotherapeutenkammer Bayern

Auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie des gewählten bayerischen PiA-Vertreters Frank Mutert fand am 2. April 2008 von 17 bis 19.30 Uhr ein Treffen der PiA-Vertreter (Kurs-/Institutssprecher) der bayerischen Ausbildungsinstitute statt. Neben etwa 25 PiA-Vertretern aus Instituten verschiedener Fachrichtungen (und sowohl für Psychologische als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) waren auch Dr. Melcop und Dr. Waldvogel aus dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer anwesend. Ziel des Treffens war es, einen Austausch der PiA untereinander sowie mit der Kammer zu ermöglichen. Zudem sollten PiA-Vertreter für die Delegiertenversammlung der Kammer gewählt werden.

Nach der Begrüßung durch den Vorstand der Psychotherapeutenkammer diente eine Vorstellungsrunde dem gegenseitigen Kennenlernen.

Frank Mutert schloss sich an mit einem Bericht über die Ereignisse seit dem letzten PiA-Treffen. Momentan werde über eine Mitgliedschaft der PiA in den Psychotherapeutenkammern diskutiert. Des Weiteren wurde von der PiA-Bundeskonferenz berichtet, die am 12. März 2008 in Berlin stattfand und an der Frank Mutert als bayerischer Vertreter teilgenommen hatte. Die gewählten PiA-Vertreter machten außerdem darauf aufmerksam, dass es eine PiA-Mailingliste für den Austausch in Bayern gibt (<http://de.groups.yahoo.com/group/PPIAbayern>) und baten darum, an den Instituten für diese zu werben.

Anschließend wurden von den Teilnehmern des Treffens verschiedene Themen zur Diskussion gestellt. Von den anwesenden PiA wurde gewünscht, dass die PiA angemessen in das aktuelle Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychotherapeuten einbezogen werden. Diskutiert wurde auch über die unterschiedlichen Anforderungen der Ausbildungsinstitute und die in diesem Zusammenhang fehlende Transparenz. Es wurde von Seiten der Kammer darauf hingewiesen, dass in Zukunft Änderungen beim Psychotherapeutengesetz möglich seien, nicht zuletzt auch, weil die Anforderungen an die Ausbildung von Psychotherapeuten innerhalb von Europa angeglichen werden müssten.

Anschließend erfolgte die Wahl des PiA-Vertreters, welcher ein Rederecht bei den Versammlungen der bayerischen Psychotherapeutenkammer hat, und seiner Stellvertreter. Es wurden die bisherigen Vertreter, nämlich Frank Mutert (BAP München), sowie als erste Stellvertreterin Michaela Erger (CIP München) und als zweite Stellvertreterin Britta Herrmann (IPN Nürnberg), in ihren Ämtern bestätigt. Wer ein Anliegen hat, kann sich unter pia@ptk-bayern.de an den gewählten PiA-Vertreter wenden.

Zum Abschluss des Treffens berichtete die PTK Bayern von den aktuellen Diskussionen um den organisierten bzw. geplanten "Austritt" der Hausärzte aus der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Das nächste Treffen der bayerischen PiA mitsamt Neuwahl der Vertreter wird in etwa einem Jahr stattfinden.

Gunda Musekamp, Würzburg

Mecklenburg-Vorpommern

Die Vorbereitungen für die 1. Sommerakademie der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie laufen auf Hochtouren. Wenn auch noch das Wetter stimmt – dann werden wir mit einem erfolgreichen Start des neuen afp-Projektes rechnen können! Wer seine Anmeldung verpasst hat, sollte das schnell nachholen (Telefon 03818-577058), die freien Plätze schwinden. Die 1. Sommerakademie findet vom 17.- 19. Juli 2008 in Rostock-Warnemünde statt.

Bei der letzten Rostocker Reihe am 7. Mai sprach Prof. Henri Julius – uns Rostocker PsychotherapeutInnen bislang eher unbekannt – zum Thema „Bindungsgeleitete Interventionen“. Henri Julius ist promovierter Psychologe und seit 2005 Professor für Verhaltensgestörtenpädagogik am Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung der Universität Rostock. Bindungsstile und -störungen – ein Thema, das die verschiedenen Berufsfelder miteinander verbindet: Schulen, Kliniken, Jugendämter und ambulante Psychotherapiepraxen. Es wurden erste Netzwerkideen entwickelt, deren Aufbau die Mühe wert wäre. Zur gleichen Thematik wird Henri Julius 2009 einen afp-Workshop in Rostock anbieten.

Für den Terminkalender:

- **Landesmitgliederversammlung** mit LandessprecherInnenwahl am 22. Oktober 2008 um 18:00 Uhr, CJD Rostock
- **Rostocker Reihe** Nr. 6: Dr. Maria Schubert, Birgitt Zabel „Zur Diagnostik von Autismusspektrumsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ am 22. Oktober 2008 um 20:00 Uhr, CJD Rostock

Zur letzten Delegiertenversammlung der OPK (Themen u. a: elektronischer Heilberufeausweis, Versorgungswerk, Supervisor für Fortbildung, Mitgliederbefragung) siehe den separat abgedruckten Bericht in dieser Rosa Beilage.

Katrin Prante, Jürgen Friedrich

Kontakt: mv@dgvt.de

Nordrhein-Westfalen

Bereits vor Jahren hat die DGVT mit der Debatte um eine Reform der Psychotherapieausbildung begonnen. Der fortschreitende Bologna-Prozess in den Hochschulen und die Frage nach den Einstiegsvoraussetzungen zur KJP-Ausbildung veranlassten uns dazu. Wir haben diese Diskussion in die Kammergremien in NRW hineingetragen. Der Vorstand der Kammer hat sich inzwischen des Themas angenommen und mehrere Diskussionsforen dazu veranstaltet, zu denen auch die Ausbildungsinstitute geladen waren. Jetzt ist dieses Thema bei der Bundespsychotherapeutenkammer angekommen, die in diesem Jahr eine Reihe von Workshops veranstaltet.

Wir hatten die Chance gesehen, dass sich im Rahmen dieser Diskussion durch eine Reform des Psychotherapeutengesetzes etliche Ungereimtheiten des gültigen Gesetzes beseitigen ließen. Je länger und intensiver man sich mit dem Thema beschäftigt, umso mehr gewinnt eine Vision Gestalt, die Hochschulen könnten über entsprechende Masterstudiengänge auf eine staatliche Approbationsprüfung zum Psychotherapeuten hinführen. Die Ausbildungsinstitute könnten dann methodenbezogen Weiterbildung anbieten mit dem Abschluss einer Weiterbildungsqualifikation zur sozialrechtlichen Zulassung. Dies würde die WeiterbildungsteilnehmerInnen in die Lage versetzen, heilkundlich tätig zu werden. Sie könnten angemessen honoriert werden, hätten eine bessere Stellung in den Kliniken und Institutionen. Woran erinnert dieses Modell? Es ähnelt stark der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Ein solcher großer Reformschritt findet nicht überall Zustimmung. Gerade haben sich die neuen Heilberufe PP und KJP etabliert, schon wird über eine solch radikale Veränderung nachgedacht. Gefährdet man damit nicht das bisher Erreichte? Besonders aus den Reihen der Ausbildungsinstitute werden Bedenken geäußert und es wird den Kammern unterstellt, sie wollten den Ausbildungsbereich an sich ziehen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat zum Thema ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, an dem zurzeit gearbeitet wird. Wir treten dann in einen spannenden Entscheidungsfindungsprozess. Mal sehen, ob es unserer Profession gelingt, sich auf Neues einzulassen. Die Zeiten stehen nicht auf Konsolidierung, sondern auf Sturm. Wir können uns nun mal nicht auf dem Erreichten ausruhen. Da das Gesundheitssystem langfristig an seiner Finanzierbarkeit kranken wird, wird die Psychotherapie sich immer wieder behaupten müssen. Die Sicherung der Versorgung muss deshalb ein vorrangiges Ziel der Kammerarbeit sein, sodass manchmal Partialinteressen zurückstehen müssen.

In diesem Sinne hat sich die Landesgruppe NRW der DGVT an den Aktivitäten der Kammer beteiligt und diese nach Kräften unterstützt. Kritisch begleitet sie die Bürokratisierung der Kammer, die durch die Übertragung staatlicher Aufgaben auf die Kammer zu großen Teilen nicht zu verhindern ist.

Drei Jahre haben wir jetzt zusammen mit den KrankenhauspsychotherapeutInnen in einer eigenen Fraktion „AS“ Kammerpolitik gemacht. Wir planen zur nächsten Wahl in einem Jahr wieder in dieser Konstellation anzutreten. Der Name „AS“ –Angestellte und Selbstständige wird in ganz anderer Weise Programm werden. Neue Versorgungsstrukturen lassen diese beiden Bereiche zusammenwachsen. Selbstständige befassen sich mit Anstellung, Angestellte suchen nach neuen Wegen, sich selbstständig zu machen. Dies gilt es politisch für den Berufsstand zu begleiten.

Jürgen Kuhlmann, Johannes Broil, Veronika Mähler-Dienstuhl

Kontakt: nrw@dgvt.de

Niedersachsen

Bericht über die Mitgliederversammlung der Landesgruppe Niedersachsen der DGVT

Die regionale Mitgliederversammlung der Landesgruppe Niedersachsen am 3. Juni 2008 war mit fast 50 TeilnehmerInnen recht gut besucht. Im ersten Teil des Abends hielt Prof. Michael Borg-Laufs einen **Vortrag über psychisch kranke Eltern und ihre Kinder**. Nach einer kurzen theoretischen Einführung in das Thema zeigte der Referent Videoausschnitte von der Exploration einer betroffenen jungen Erwachsenen, die ihre Kindheit mit einer psychisch erkrankten Mutter schilderte. Anhand dieser Darstellung verdeutlichte Michael Borg-Laufs sowohl die Probleme betroffener Kinder, als auch mögliche Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten. Insbesondere das eindruckliche Videointerview fand bei den TeilnehmerInnen großen Anklang.

Im zweiten Teil der Mitgliederversammlung berichtete die Landessprecherin Elisabeth Jürgens zunächst von den Aktivitäten der DGVT-Landesgruppe. Seit Januar 2007 treffen sich interessierte Mitglieder der Landesgruppe regelmäßig und arbeiten gemeinsam an berufspolitischen Themen. Außerdem ist die Landesgruppe in verschiedenen politischen Gremien in und außerhalb der DGVT vertreten: Innerhalb der DGVT in der Bundesfachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie im Länderrat, außerhalb der DGVT in der Landeskonferenz der Vertragspsychotherapeuten, einem Zusammenschluss von PP, KJP und Ärzten der sogenannten „sprechenden Medizin“. Inhaltliche Schwerpunkte der Landesgruppenarbeit des letzten Jahres lagen in der Entwicklung einer Geschäftsordnung (s. u.), sowie der Auseinan-

dersetzung mit den von der PKN entwickelten curricularen Fortbildungen Sexualtherapie und Palliative Psychotherapie. Hierzu wurde eine Stellungnahme in Form eines offenen Briefes verfasst, die den DGVT-Mitgliedern über die Rosa Beilage der VPP zugänglich gemacht wurde und außerdem noch an die Kammerdelegierten der PKN verschickt wird. Die Landesgruppe tagt etwa alle 2 Monate und freut sich über interessierte neue Mitglieder. Termine und Orte für die Treffen sind über die Landessprecher direkt (E-Mail: nds@dgvt.de), bzw. Ankündigungen in der Rosa Beilage zu erfahren.

Im Anschluss berichteten die Delegierten der DGVT in der Kammerversammlung, Dieter Haberstroh und Heinz Liebeck, von ihrer Arbeit in der PKN und insbesondere vom Deutschen Psychotherapeutentag im Mai in Bremen. In der PKN konnten Vorschläge zu weiteren curricularen Fort- bzw. Weiterbildungen bislang verhindert werden, ebenso wird es vermutlich zunächst keine Beitragserhöhungen geben. In der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unterschiedliche Bestrebungen im Blick auf neue Weiterbildungen: Der Vorstand strebt diese grundsätzlich an. Beschlossen wurde zunächst, dass das derzeit vorbereitete Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz⁶ abgewartet werden soll. Bis zu dessen Abschluss wird es hier keine neuen Entscheidungen zu Weiterbildungen geben, insbesondere nicht für die Bereiche F1 bis F9 ICD-10. Ein Antrag von Delegierten der DGVT verschiedener Länder, auf weitere Weiterbildungsregelungen ganz zu verzichten, wurde vom 12. Deutschen Psychotherapeutentag knapp abgelehnt. Das von der DGVT initiierte Nordkammer-Projekt hat sich bislang noch nicht umsetzen lassen. Es wird jedoch weiterhin ein Thema für die Landesgruppe sein.

Es folgte der Bericht von Katrin Russ zur Arbeit der regionalen Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Niedersachsen. Die Gruppe trifft sich in regelmäßigen Abständen in ihrer Praxis in der Seelhorststraße in Hannover. Berufspolitische Themen und Fragen zur Umsetzung von QS/QM in die praktische Arbeit, sowie ein gemeinsamer Fortbildungstag (Spiele in der therapeutischen Arbeit mit Kindern) waren inhaltliche Schwerpunkte des letzten Jahres. Auch diese Gruppe freut sich über Zulauf von weiteren Interessierten KJP.

Nach diesen Berichten wurde über den dem Einladungsschreiben zur MV beigelegten Entwurf einer Geschäftsordnung abgestimmt. Sie wurde ohne Gegenstimme bei 5 Enthaltungen angenommen.

Im Anschluss erfolgten die Wahlen der LandessprecherInnen: Elisabeth Jürgens, deren Amtszeit nach zwei Jahren abgelaufen war, wurde von der MV einstimmig bei einer Stimmenthaltung wieder gewählt. Für den zurück getretenen Dieter Haberstroh kandidierte Susanne Schöning, die ebenfalls einstimmig bei einer Stimmenthaltung gewählt wurde. Klaus Ditterich ist als Landessprecher erst ein Jahr im Amt und musste darum nicht neu gewählt werden (die Amtsperiode dauert zwei Jahre). Die Landesgruppe dankte den ehemaligen Landessprechern Dieter Haberstroh und Heinz Liebeck herzlich für ihre jahrelange engagierte Tätigkeit!

Klaus Ditterich, Elisabeth Jürgens, Susanne Schöning

Kontakt: nds@dgvt.de

Rheinland-Pfalz

Auch dieses Mal ist vor allem über die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer zu berichten, die am 12.04.2008 in den Räumen der LPK stattfand. Der Vorstand hatte Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, zur **Diskussion der Perspektiven**

⁶ <http://www.med.uni-jena.de/mpsy/> à Forschung à Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2011 eingeladen. In dieses Positionspapier soll zu wichtigen Zukunftsthemen und Weichenstellungen der Psychotherapeuten-schaft Stellung genommen werden. Professor Richter hatte diese Einladung gerne angenommen, um in den angesetzten drei Stunden mit den Vertretern den Entwurf der Perspektiven zu besprechen. Wichtig war ihm vor allem, Meinungen zum Thema „Psychotherapieausbildung“ auszutauschen, da schon viele Stellungnahmen zum Textentwurf bei der BPtK angekommen waren und Berücksichtigung im endgültigen Text finden sollten. Zentrale Fragen in diesem Kontext sind:

1. Wie ist die arbeitsrechtliche Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs)?
2. Soll die Ausbildung analog zur ärztlichen Ausbildung in eine Weiterbildung umgewandelt werden?

Zur Klärung der ersten Frage werden zurzeit verschiedene Aktivitäten entwickelt, unter anderem auch von den PiAs in Rheinland-Pfalz. Arbeitsrechtliche Änderungen sollten parallel zur Erstellung des Forschungsgutachtens zur Therapieausbildung verfolgt werden, da sich die Umsetzung der Ergebnisse des Gutachtens sicher zeitlich hinziehen wird.

Die zweite Frage stellt sich vor dem Hintergrund der Umwandlung der Studiengänge in Bachelor- und Masterstudiengänge. So gibt es Modelle, welche die Einführung eines Masterstudiengangs „Psychotherapie“ befürworten. Dies wird aber von vielen Ausbildungsinstituten sehr kritisch gesehen, ebenso von vielen Hochschullehrern, da befürchtet wird, dass nur noch wenige Studenten andere Schwerpunkte belegen werden und die wissenschaftliche Psychologie damit „ausblutet“. Viele Mitglieder der Vertreterversammlung waren sich einig, dass eine psychologische Grundausbildung unbedingt wichtig ist, weil hier wesentliche wissenschaftliche Kompetenzen erworben werden, aber auch ein Weltbild geprägt wird, das sich doch wesentlich von dem z.B. der Ärzte unterscheidet.

Als weitere Herausforderungen an die Profession wurden andiskutiert:

1. der demographische Wandel und die Zunahme chronischer und altersbedingter Erkrankungen
2. die Finanzierungsstruktur von Psychotherapie
3. der medizinische Fortschritt mit flankierenden psychotherapeutischen Hilfen (Gesundwerden auch als Beziehungsgeschehen)
4. die gesundheitspolitische Entwicklung, dass immer mehr Geld in die medizinischen Hochtechnologiebereiche fließt und immer weniger in die Grundversorgung
5. Aufrechterhaltung bzw. Veränderungen der Psychotherapierichtlinien, damit verbunden die Einführung von Weiterbildungsordnungen
6. die Änderung des § 28 SGB V im Sinne einer Öffnungsklausel z.B. für die Begleitung chronisch und -Schwerstkranker

Nach einer angeregten Diskussion verabschiedete sich Professor Richter und die Vertreterversammlung absolvierte nach einer kurzen Pause das restliche, umfangreiche Programm. Nach Kenntnisnahme des **Berichts der Wirtschaftsprüfer**, welcher der Geschäftsführung und dem Vorstand eine „ordnungsgemäße Buchführung“ bescheinigte, wurden diese auf Antrag entlastet.

Eine Arbeitsgruppe hatte die **Hauptsatzung** überarbeitet und legte eine komplett überarbeitete Satzung vor. Diese soll nun in den Fraktionen in Ruhe ausführlich diskutiert und in der nächsten VV verabschiedet werden.

Auch die **Berufsordnung** wird zurzeit vom zuständigen Ausschuss überarbeitet, hier wurden die wichtigsten Änderungen diskutiert und beschlossen.

Der Ausschuss für Aus- und Weiterbildung hat viel Zeit verwendet, die **Weiterbildungsordnung** zu überarbeiten. Neben redaktionellen Anpassungen wurden die Weiterbildungen für Neuropsychologische Psychotherapie, Psychodiabetologie und spezielle Schmerzpsychotherapie entschlackt und teilweise vereinfacht.

In die **Gebührenordnung** wurde aufgenommen, dass bei Antrag auf Beitragsreduzierung nach Verzögerung des Nachweises und nach Einforderung des Höchstbetrags eine Gebühr erhoben wird.

Alle Einzelheiten werden im PTJ veröffentlicht bzw. sind im Internet nachzulesen.

Weitere Themen: Der **Internetauftritt** wurde von der Arbeitsgruppe bestehend aus Andrea Benecke vom Vorstand, der Geschäftsführerin, Birgit Heinrich, und der zuständigen Mitarbeiterin, Petra Platner, komplett überarbeitet. Er wurde um einen Mitglieder- und einen PatientInnenbereich ergänzt. Ebenso werden die PsychotherapeutInnen in Ausbildung einen eigenen Bereich erhalten. Um den Mitgliederbereich nutzen zu können, werden in den nächsten Wochen die Zugangsvoraussetzungen (PIN) an die berechtigten Mitglieder verschickt. Zukünftig kann man hier dann beispielsweise den aktuellen Stand des Fortbildungskontos, den aktuellen Newsletter, Rahmenverträge und vieles andere nachlesen. Bitte schauen Sie in die neuen Seiten und geben Sie der Geschäftsstelle Lob, Tadel oder Verbesserungsvorschläge über die Kontaktmöglichkeit.

Am 23.03.2008 hatte die LPK zur **Landeskonzferenz der PsychotherapeutInnen in Ausbildung** (PiAs) eingeladen. Diese sollte im Vorfeld der Bundeskonferenz dazu dienen, Landesdelegierte zu wählen, aber auch über die Lage der PiAs im Lande zu diskutieren. Die Ausbildungsinstitute waren im Vorfeld angeschrieben worden und fast alle schickten zwei „Abgeordnete“. Von 10 bis 16 Uhr fand eine sehr angeregte und konstruktive Diskussion statt, in der verschiedene kritische Bereiche analysiert, die anzustrebenden Ziele sowie die nötigen Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt wurden. Diese werden nun in die Institute getragen und weiterbearbeitet. Als Delegierte wurden als Vertreter der PP Sabine Wagner (Universität Mainz) und Heiko Herbert Hölzel (Universität Trier) gewählt, als KJP-Vertreter Sandra Hirschler (Alfred-Adler-Institut Mainz) und Ulrike Sawitzki-Wild (IFKV Bad Dürkheim).

Nachlese zur neuen Beitragsordnung: Bei vielen kam die neue Beitragsordnung gut an, bei vielen hat sie zunächst viele Fragen aufgeworfen, die meist telefonisch beantwortet werden konnten. Diese Fragen betrafen zumeist die Berechnung der neuen Beiträge. Aber es gab auch Kritik, da einige Mitglieder die unterschiedlichen Berechnungsmodalitäten als Bevorzugung der jeweils anderen Gruppe werteten.

Hier noch einmal zur Verdeutlichung: Die angestellten PsychotherapeutInnen finanzieren nur „ihren“ Teil am Gesamthaushalt, die Niedergelassenen ebenso. Die beiden Gruppen sind getrennt „veranlagt“, so dass sich eine Bevorzugung in die eine oder andere Richtung eben nicht ergeben kann. Einige niedergelassene KollegInnen bemängelten auch, dass das Referenzjahr 2005 schlecht gewählt worden sei, da hier Nachzahlungen durch die KV erfolgt waren und sich so das Einkommen höher darstellt als in den Jahren davor und danach. Der Vorstand geht allerdings davon aus, dass sich solche Schwankungen über die Zeit ausgleichen, denn in den folgenden Jahren 2006, 2007 etc. war das Einkommen dann ja auch niedriger, so dass die Beiträge wieder dementsprechend sinken werden. Es wurde insofern kein Handlungsbedarf für Änderungen gesehen.

Last but not least sei hier schon auf die **Fachtagung 2008 und das Herbstfest** der Kammer hingewiesen. Am **27.09.2008** wird die Fachtagung, die dieses Mal maßgeblich vom Ausschuss für die besonderen Belange der Angestellten vorbereitet wird, mit dem Titel: „**Psychotherapeuten in Institutionen – effizient und unverzichtbar**“ stattfinden. Danach wird es beim Herbstfest Gelegenheit zum Austausch und zum Feiern gegeben. Hierzu sind alle Mitglieder eingeladen. Während der Besuch der Fachtagung kostenpflichtig ist, ist das Feiern danach kostenlos. Also: vormerken und vorbeikommen!

Andrea Benecke

Kontakt: rlp@dgvt.de

Saarland

Präliminarien zu den Kammerwahlen vom 25. November bis 8. Dezember 2008

Ende dieses Jahres wird zum zweiten Mal die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlands gewählt. Wir möchten unsere Mitglieder frühzeitig auf dieses Ereignis hinweisen und rufen dazu auf, sich nach Möglichkeit in der ein oder anderen Weise daran zu beteiligen. Anbei der Zeitplan der Kammerwahl sowie eine „Agenda“, die uns – zumindest für den Bereich der Psychotherapeuten – weit über die Zeitplanung der Agenda 2010 hinausführen soll.

Wir würden uns freuen, wenn sich Mitglieder aufgerufen fühlen, für die Wahl der Kammerversammlung zu kandidieren. Derzeit sondieren wir noch, mit welchen anderen Gruppierungen eine Zusammenarbeit möglich und passend erscheint. Bei konkretem Interesse möge man sich bitte bei Raimund Metzger (saarland@dgvt.de) melden.

Zeitplan Kammerwahl Saarland

- 18. August: 1. Wahlbekanntmachung
- 3. November: Fristende für Einreichung von Wahlvorschlägen
- 25. November bis 8. Dezember: Wahl
- 12. Dezember: Wahlergebnis soll feststehen.

Agenda Kammer 2008 bis 2013

Fort- und Weiterentwicklung der Psychotherapie als „angewandte Psychologie“ in enger Rückkoppelung mit unserer Mutterdisziplin als empirische Human- und Sozialwissenschaft, dabei aber auch in möglichst weitgehender Einbindung in das Ensemble der modernen Naturwissenschaften und des von ihnen geschaffenen Weltbildes (Wahrheitskriterium der „Konsistenz“!).

Fort- und Weiterentwicklung der Psychotherapie im Sinne des von Dieter Simon, dem Vorsitzenden des Wissenschaftsrates von 1989 bis 1993, geprägten Schlachtrufs „Demokratisiert die Wissenschaft!“, was gerade auf dem Gebiet des menschlichen Verhaltens und (Er-)Lebens mit seiner Individualität bzw. Einzigartigkeit des ontogenetischen Erfahrungsprozesses unumgänglich ist (um es mit den Worten einer prominenten Figur der Literaturkritik zu sagen: „Jeder Mensch trägt zumindest einen Roman in sich: den seines eigenen Lebens!“). Verabschieden wir uns also von der überkommenen Rollenverteilung in den sich im Besitz höherer Einsicht und Weisheit wähnenden Experten und das von ihm nach seinem Bild und Gleichnis geschaffene counterpart des ständiger Belehrung und Erziehung bedürftigen, einfachen und unwissenden Menschen aus dem Volk.

Keine „fachliche“ Zurichtung der Psychotherapie im Sinne der gegenwärtigen Organisation und „Geschäftsführung“ des Gesundheitssystems, oder anders gesagt: keine Zurichtung der Psychotherapie nach dem Vorbild der medizinischen Fächer mit ihren zunftartigen Fachgesellschaften, diskursfeindlichen Hierarchien, von selbstgewissem Honoratorentum geprägten Lehrmeinungen und ihrem nur das Streben nach gesellschaftlichen Privilegien kaschierenden „Ökonomismus“. Kurzum: keine Vereinnahmung oder „Einverleibung“ der Psychotherapie durch die Medizin!

Veränderung der innerdisziplinären Beziehungen im Sinne der vorangegangenen These: beseitigen wir den Graben zwischen den sozial privilegierten professoralen Autoritäten, die sich im Besitz höheren Wissens und höherer Weisheit wähnen, und den von diesen wegen ihres engen Denkhorizonts und -vermögens belächelten „Praktikern“! Realisieren wir endlich, dass wir gemeinsam aufgerufen sind, die von Albert Schweitzer getroffene Feststellung: „Wir le-

ben in einem gefährlichen Zeitalter: Der Mensch beherrscht die Natur, bevor er gelernt hat, sich selbst zu beherrschen!“ als Auftrag zu übernehmen!

Hingabe an die Sache statt elitäre, auf Ausgrenzung Unbefugter bedachte Standespolitik – i.e. Streben nach mehr Wissen anstelle von dünkelfhaftem Gehabe unberührt von jener historisch bedingten Bescheidenheit, die uns schon von Sokrates mit seinem „Ich weiß, dass ich nichts weiß!“ ans Herz gelegt worden ist. Also Hingabe an den Gegenstand unserer Disziplin in dem gleichzeitigen Bewusstsein von deren nach wie vor bestehender „Unreife“, um mit dem 1996 verstorbenen Wissenschaftshistoriker Thomas Kuhn zu sprechen.

Schluss mit dem Missbrauch der Verkammerung unserer Berufsgruppe im Sinne eines im Westentaschenformat nachgestellten, gleichwohl von der Wähler/innen-Basis distanzierten Pseudo-Würdenträger- oder Pseudo-Amtsinhabertums, hinter dessen Fassade nur kleinkarierte Partikularinteressen verfolgt werden. Stattdessen Engagement für das Projekt der Überwindung der Zersplitterung unserer Profession bzw. Subdisziplin durch eine produktive, i.e. alle profitieren machende „interparadigmatische“ Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen, um noch einmal mit Thomas Kuhn zu sprechen, „inkommensurablen“ und deshalb dringend in welchen Bezug zueinander auch immer zu bringenden, Ansätzen auf unserem Gebiet. M. a. W.: Förderung der internen Auseinandersetzung um die grundverschiedenen Vorgehensweisen, aber auch scheinbaren bzw. vordergründigen Übereinstimmungen in gegenseitigem Respekt, mit der Intention des Verständnisses für die jeweils „fremde Kultur“, ohne opportunistische Verleugnung der eigenen „Identität“, in jedem Fall aber ohne „neokolonialistische“ Hintergedanken!

Für die Bereitschaft, uns den Verhältnissen, wie sie sind, illusionsfrei zu stellen und uns mit ihnen in ehrlichem Bemühen auseinanderzusetzen bzw. in mühsamer Kleinarbeit auf deren konstruktive Änderungen hinzuarbeiten – so, wie wir es von unseren Patient/inn/en erwarten, wenn nicht gar verlangen!

Raimund Metzger

Kontakt: saarland@dgvvt.de

Schleswig-Holstein

Weiterbildungsordnungen? Aus unserer Sicht gibt es keine überzeugenden Gründe dafür, aber viele dagegen!

Zu dieser Thematik entwickelte sich auf der letzten Kammerversammlung am 14.3.2008 eine engagierte und sehr kontroverse Diskussion.

Zum Hintergrund:

Zuerst ist zu unterscheiden zwischen „Fortbildung“ und „Weiterbildung“.

Zu Fortbildung sind Approbierte (u. a. nach dem Heilberufegesetz und der Berufsordnung) kontinuierlich verpflichtet, um so für die Berufsausübung erforderliche Fachkenntnisse aufrecht zu erhalten und fortzuentwickeln. Für KollegInnen mit Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist sogar der Umfang der von ihnen gegenüber der KV nachzuweisenden Fortbildungen genau festgelegt (mind. 250 Std. innerhalb von 5 Jahren).

Weiterbildung geht darüber hinaus, kann von den Kammern in Weiterbildungsordnungen (WBO) geregelt werden (Berufsrecht). Im ärztlichen System regelt die WBO, und dieser Systematik müssten sich die PsychotherapeutInnen anpassen, wer berechtigt ist zum Führen von „Gebiets-“, „Teilgebiets-“, oder „Zusatzbezeichnungen“.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat bereits 2006 eine **Musterweiterbildungsordnung (MWBO)** quasi als Vorlage für die Landeskammern verabschiedet. Darin wird in Teil B für die „**klinische Neuropsychologie**“ bezüglich des **Umfanges u .a. festgelegt:**

- *Weiterbildungszeit: mindestens 2 Jahre in Vollzeittätigkeit,*
- *Theorie: mindestens 400 Stunden und*
- *fallbezogene Supervision: mindestens 100 Stunden.*

In vielen Landeskammern wurden inzwischen Weiterbildungsordnungen zumindest für die klinische Neuropsychologie, in Rheinland-Pfalz auch noch für mehrere andere Gebiete (Psychodiabetologie, Spezielle Schmerzpsychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie) verabschiedet.

Auf die Landeskammern, die noch keine WBO verabschiedet haben, wird nun zunehmend ein gewisser Druck ausgeübt, nachzuziehen.

Das **Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein** erlaubt grundsätzlich die Verabschiedung einer WBO, es regelt dazu u. a. in § 53a, dass die Kammer Teilgebietsbezeichnungen in den Gebieten

1. *Psychologische Psychotherapie und*
2. *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*

bestimmen kann und in §53 b, dass die Weiterbildung 2 Jahre nicht unterschreiten darf.

Auf der Kammerversammlung votierten einige KollegInnen, insbesondere ein engagierter Vertreter der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), dringend für die Verabschiedung einer WBO-Neuropsychotherapie auch in Schleswig-Holstein. **Als zentrale Argumente wurden angeführt,**

- dass nur über eine entsprechende WBO eine Abrechnung Neuropsychologischer Leistungen zu Lasten der GKV und damit eine angemessene Versorgung der entsprechenden PatientInnengruppen zu erreichen sei, und
- dass sonst für die PatientInnen in Schleswig-Holstein Versorgungs Nachteile und für die KollegInnen der PKSH Wettbewerbsnachteile zu befürchten seien.

Diese Argumente überzeugen uns nicht, denn:

- Neue Abrechnungsmöglichkeiten zu Lasten der GKV können nur auf der Grundlage einer entsprechenden Bundesregelung (zwischen Krankenkassen/GKV und KBV) geschaffen werden, und die setzt den Nachweis eines entsprechenden Versorgungsbedarfes zwingend voraus. **Berufsrechtliche Regelungen (WBO)**, selbst wenn diese in allen Ländern einheitlich verabschiedet würden, **könnten** solche **sozialrechtlichen Regelungen nicht erzwingen**, was im Übrigen auch sinnvoll erscheint, weil ansonsten die Selbstverwaltung der Heilberufe letztlich selbst definieren könnte, was von der GKV zu bezahlen ist.
- Eine WBO zu **(Gebiets-/)Teilgebietsbezeichnungen** würde, wenn sie auf sozialrechtlicher Ebene tatsächlich korrespondierend umgesetzt würde, zwangsläufig immer zur **Beschränkung der zulässigen Berufsausübung** der entsprechend weitergebildeten KollegInnen auf das (Gebiet/)Teilgebiet führen. Umgekehrt könnten KollegInnen ohne die Weiterbildung in diesen (Gebieten/)/Teilgebieten nicht mehr (zu Lasten der GKV) tätig sein. Dies kann nun wirklich keiner für den psychotherapeutischen Bereich ernstlich anstreben!
- Nur bei der Regelung von „Zusatzbezeichnungen“ in einer WBO wäre derjenige, der die Zusatzbezeichnung führt, in seiner Berufsausübung nicht auf das entsprechende Tätigkeitsfeld beschränkt, Ausnahme: im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung bestünden natürlich nur Abrechnungsmöglichkeiten für den Tätigkeitsbereich, auf den sich die Zusatzbezeichnung bezieht (und würden natürlich auch zu Lasten desselben Facharzttopfes gehen). Umgekehrt wäre sozialrechtlich aber unbedingt davon auszugehen, dass diejenigen,

die die Zusatzbezeichnung nicht führen dürfen, von der Behandlung/Abrechnung der entsprechenden Diagnosen ausgeschlossen würden. **Insofern hätten auch „Zusatzbezeichnungen“ eine verdrängende Wirkung.**

- Insgesamt ist daher durch eine WBO eine **Abwertung der Approbation** zu befürchten, denn bislang ermöglicht die Approbation uneingeschränkt in allen Psychotherapeutischen Bereichen tätig zu werden! Und warum sollte diese Abwertung mit einer MWBO Klinische Neuropsychologie enden? Das Beispiel Rheinland-Pfalz zeigt, dass schnell weitere Teilgebiete/Zusatzbezeichnungen folgen könnten. Auf dem nächsten Deutschen Psychotherapeutentag soll bereits über eine MBO „Klinische Somatopsychologie“ diskutiert und ggf. entschieden werden.
- Die vorliegende MWBO zur Neuropsychologie definiert zudem nach unserer Auffassung Qualifizierungsanforderungen, die mindestens vergleichbar sind mit den Anforderungen für Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnungen im ärztlichen Bereich. **Zur Erlangung einer „Zusatzbezeichnung“ erscheinen diese Anforderungen absolut überzogen und unverhältnismäßig.** Hier drängt sich uns die Frage auf, wer wesentlich an der Definition dieser überhöhten Anforderungen mitgewirkt hat und ob hier nicht klare wirtschaftliche Interessen eingeflossen sind, sprich erfolgreiche Lobbyarbeit.
- Selbst wenn Regelungen der Weiterbildungsordnungen in sozialrechtlichen Regelungen nachvollzogen werden sollten, müssten diese **immer einem der 3 anerkannten Richtlinienverfahren**, in denen eine sozialrechtlich Zulassung erfolgen kann, **zugeordnet** werden. Das könnte bei einer entsprechenden Zuordnung z.B. bedeuten, dass ausschließlich als VT-ler zugelassene KollegInnen über eine Weiterbildung Klinische Neuropsychologie entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten erhalten könnten. Auch dies erschiene nicht wirklich nachvollziehbar.
- Wenn eine Approbation, d.h. eine höchst kosten- und zeitintensive, in der Regel 5-jährige Ausbildung im Anschluss an einen abgeschlossenen Diplom-Studiengang durch eine Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie zur Voraussetzung für eine dann folgende mindestens 2-jährige, ganztägige und hauptberufliche Weiterbildung würde, wie es die MWBO vorsieht, wäre nach unserer Auffassung dringend **zu befürchten, dass aufgrund der hohen Hürden kaum noch jemand die definierten Qualifikationen erwerben würde**, außer bereits langjährig tätige KollegInnen, die die formale Qualifikation nach noch zu bestimmenden, aber sicherlich wesentlich einfacheren Übergangsbedingungen erhalten würden (wie wahrscheinlich auch schon ihre Approbation). Dadurch würde nach unserer Auffassung die **Versorgung der PatientInnen letztlich sogar nachhaltig negativ beeinflusst**. Eine entsprechende Weiterbildungsordnung käme berufspolitisch praktisch einer **Abschottung des Tätigkeitsfeldes gegenüber dem Nachwuchs** gleich.

Aus diesen und weiteren Gründen sind wir froh, dass es auf der letzten Kammerversammlung knapp keine Mehrheit für einen Auftrag an den Fort- und Bildungsausschuss gab, zur nächsten Kammerversammlung einen beschlussfähigen Entwurf einer Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie zu erarbeiten.

Wir werden uns in unseren verschiedenen Funktionen auch **weiter entschieden gegen Weiterbildungsordnungen einsetzen.**

Was gab es noch?

Thema Nordkammer

Auf einem Treffen von Delegierten der vier Nordkammern machten die Vertreter aus Hamburg und Bremen zu unserem großen Bedauern deutlich, dass sie nicht bereit sind, an einer kammerübergreifenden Arbeitsgruppe, die sich ergebnisoffen mit Vor-/Nachteilen, möglichen Varianten, Problemen und sonstigen Fragen eines prinzipiell möglichen mittelfristigen Zusammenschlusses zu einer gemeinsamen Nordkammer mitzuwirken, weil sie diese Idee grundsätzlich ablehnen. Mit den Vertretern Niedersachsens, die ja bereits vor längerer Zeit auf einer Kammerversammlung eine Initiative für die Gründung einer solchen Arbeitsgruppe beschlossen hatten, wurden weitere Gespräche mit dem Ziel einer engeren Zusammenarbeit vereinbart.

Haushaltsabschluss der PKS 2007 und Entlastung der Vorstände

Auf der letzten Kammerversammlung wurde der Haushaltsabschluss 2007, der einen Überschuss von ca. 21 000 € auswies, vorgestellt. Die Rechnungsprüfung hatte keine Beanstandungen ergeben. Entsprechend wurden der alte und der in 2007 neu gewählte Vorstand getrennt für ihre Verantwortungsbereiche von der Kammerversammlung entlastet.

Und nun zu einem Thema, das einmal nichts mit der Kammer zu tun hat:

Gemeinsame Servicestellen – was ist das denn?

Mit dem neunten Sozialgesetzbuch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wurde die bundesweite Einrichtung gemeinsamer örtlicher Servicestellen der Rehabilitationsträger gesetzlich vorgeschrieben. In der Arbeit als Leiterin der Ambulanz und Beratungsstelle Hilfe für das autistische Kind im Landesverband Schleswig Holstein e.V., nahm ich vor etwa 4 Jahren erstmals an einer Sitzung der Vertreter der gemeinsamen Servicestellen in Schleswig-Holstein bei der Deutschen Rentenversicherung Nord in Lübeck teil. Anfangs gab es noch massive Unsicherheiten und zahlreiche Fragen über Sinn und Unsinn dieser Veränderung.

Unter dem § 22 im SGB IX werden die Aufgaben dieser Servicestellen beschrieben. Im Wesentlichen geht es dabei um Beratung und Unterstützung für behinderte Menschen, Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten. Beteiligte Rehabilitationsträger sind z.B. die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesanstalt für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die Kriegsopferversorgung, die Jugendhilfe und die Sozialhilfe. Aber auch mit anderen Trägern, welche sich mit Rehabilitation befassen, sollen die Servicestellen eng zusammenarbeiten. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Selbsthilfegruppen, Integrationsämter und gesetzliche Pflegeversicherung.

Die Beratung und Unterstützung in den Servicestellen ist für jede Bürgerin, jeden Bürger kostenfrei. Die dezentralen Einrichtungen sollen für die Ratsuchenden auf kurzen Wegen erreichbar sein und trägerübergreifende, umfassende Hilfen bieten. Damit sollen der Zugang zur Rehabilitation optimiert, die Rechte behinderter Menschen gestärkt und die Durchsetzung der Ansprüche beschleunigt werden.

Von der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen, über die Klärung des Rehabilitationsbedarfes und des dazugehörigen Rehabilitationsträgers bis zur Umsetzung des Rehabilitationsauftrages sollen Ratsuchende durch die Servicestellen individuell begleitet und beraten werden. Das „Träger-Hopping“ der vergangenen Jahre, bei dem Hilfebedürftige von einer Antragsstellung zur nächsten und damit von einem Träger zum nächsten laufen mussten, soll damit verhindert werden. Im Zusammenhang mit diesen Neuerungen wurde auch das persönliche Budget auf den Weg gebracht.

Der Dienst am Kunden soll dadurch mehr in den Vordergrund gerückt werden. Impulsgeber für diese Entwicklung sollen zum Beispiel die Bewegungen aus den USA „Independent Li-

ving“ (Selbstbestimmt-Leben) gewesen sein, deren politisches Verständnis der Menschenrechtsperspektive entspricht. Schlüsselbegriffe wie „Selbstbestimmung“, „Teilhabe“, „Gleichstellung“ und nicht zuletzt die „Inklusion“ bestimmen hierbei die Marschrichtung.

Politisch war es ein langer Weg. Den Anfang bildete die Weiterentwicklung des Artikel 3 des Grundgesetzes „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ im Jahr 1994, gefolgt von der Einführung des SGB IX im Jahr 2001, welches die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen regelt. Dann kam 2002 das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz und schließlich im August 2006 das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Karl Matzeder bemerkte im Heft Behindertenrecht (3/2003, S. 69-75) zum Thema „Konzeption Servicestelle“, dass den Gemeinsamen Servicestellen bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen eine Schlüsselrolle zukomme. Etwas später ergänzt Matzeder (2003): „Eine gute Vorbereitung und Absicherung von Entscheidungen sichert den Erfolg von Rehabilitation.“

Besonders ist an der Konzeption der Gemeinsamen Servicestellen auch die Vorgabe, dass die Beratung, anders als bisher, inhaltlich und von der Zielsetzung her nicht maßgeblich vom beratenden Träger bestimmt wird, sondern die Leistungen mit dem Hilfesuchenden gemeinsam – auf Augenhöhe – entwickelt werden sollen. Für die Leistungsträger bedeutet dies vor allem, dass sie Antragsteller als Experten für ihre Bedürfnisse akzeptieren und die Umsetzung von Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung an ihren Wünschen ausrichten sollen. Eine Form der Umsetzung dieser Ansprüche stellt das persönliche Budget dar – aber das ist ein neues Thema.

Die Erfahrungen, die unsere Ratsuchenden, Angehörige von Menschen mit einer autistischen Beeinträchtigung, mit den Servicestellen in Schleswig-Holstein machen sind sehr unterschiedlich.

Von MitarbeiterInnen, die gar nicht gewusst haben, dass sie bei ihrem Arbeitgeber eine Stelle in einer gemeinsamen Servicestelle innehaben, bis hin zu inhaltlich sehr kompetenten und individuell flexibel beratenden und unterstützenden Fachkräften ist alles denkbar.

Sicherlich hat sich der Paradigmenwechsel in diesem Bereich noch nicht überall und umfassend durchsetzen können, doch ist ein Stück des Weges vom souveränen Reha-Träger, der alle Phasen des Verfahrens und des Geldes bestimmt und organisiert, zu einer Grundhaltung, in der die Partizipation vorherrscht und die Menschen mit Behinderungen in allen Punkten der Antragsstellung als Mitgestalter maßgeblich entscheiden, an manchen Stellen erfreulicherweise bereits besritten.

"Und wie finde ich nun die Servicestelle, die für mich zuständig ist? Unter <http://www.rehaservicestellen.de/> gibt es einen bundesweiten Servicestellen-Reader, bei dem man sortiert nach Bundesländern, Orten, Trägern oder den Postleitzahlen Anschrift, Telefonnummer und Lageplan der nächsten gemeinsamen Servicestelle finden kann."

Diana Will, Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer

Kontakt: s-h@dgvvt.de

Aus den Psychotherapeutenkammern

Kurzbericht vom 12. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in Bremen

Der 12. Deutsche Psychotherapeutentag fand am 31. Mai 2008 in Bremen in einem guten Hotel, bestem Sonnenschein (draußen) und fröhlichem Gequake von Fröschen (ebenfalls draußen) bei insgesamt guter Arbeitsatmosphäre statt. Vorweg sei schon gesagt, dass es bis auf einen Beitrag zur Folter ein wenig spektakulärer DPT war.

Neben dem Bericht des Vorstandes, der bei einiger Kritik (vor allem wegen möglicher „Alleingänge“ auch recht viel Lob bekam, stand sehr klar im Mittelpunkt der illustrierte Vortrag zur Folter von Egmont R. Koch im Mittelpunkt des DPTs. Egmont R. Koch zeigte anhand von eindruckend-bedrückenden Bildern, was in der Gegenwart an Foltermethoden - vor allem auch psychologischen - zugelassen und durchgeführt wird, auch von sogenannten westlichen „Demokratien“. Manche dieser Bilder brachten einige der Delegierten zum Wegschauen. In der folgenden Diskussion um die Resolution gegen Folter des DPTs gab es dann nur noch einige marginale Änderungswünsche, die Resolution wurde m.E. einstimmig verabschiedet und ist bereits auf der Internetseite der BPTK abrufbar.

Weitere TOPs waren dann Diskussionen um die Perspektiven bis 2011. In diesem Zusammenhang wurde der geplante Psychotherapiekongress für 2010 weiter nach hinten verschoben, vor allem wohl aus Kostengründen. Die aktuelle Vorgabe sieht nun so aus, dass der Vorstand an die Therapieverbände und die Psychologenverbände herantreten soll, um dann einen kostengünstigeren gemeinsamen Kongress zu ermöglichen. Auch ein eingebrachter Antrag auf eine weitere Referentenstelle wurde zunächst abgelehnt und bedarf weiterer Prospektierung.

Wichtig war dann die längere Diskussion über weitere Weiterbildungsordnungen. Ein Antrag aus Vertretern von Schleswig-Holstein und DGVT-Vertretern, keine Weiterbildungsordnungen mehr zu erarbeiten, verfehlte leider um zwei Stimmen die Mehrheit. Die Versammlung hat dann aber immerhin beschlossen, dass es keine weiteren Weiterbildungsordnungen vor der Analyse der Ergebnisse zum Forschungsgutachten zu den Psychotherapieausbildungen (PP/KJP) geben soll. Für den nächsten DPT im November 2008 sollten hier in der Vorbereitung noch deutlicher sozialrechtliche Konsequenzen aus dem Weiterbildungsbegriff eruiert werden. Insgesamt glaube ich, dass die Weiterbildungsfreude eher abzunehmen scheint, was aus meiner Sicht sehr zu begrüßen ist. Schließlich geht es ja um „Weiterbildungen“ nach einer Weiterbildung (Pardon: Ausbildung).

Schließlich wurden noch weitere Resolutionen (Versorgung von Kindern, G-BA, Mindestquoten) verabschiedet (fast immer einstimmig).

Zu weiteren TOPs kam die Versammlung nicht mehr, so dass Änderungen der Satzung der BPTK und der Geschäftsordnung des DPTs auf den nächsten DPT verschoben wurden.

Heinz Liebeck, Göttingen

3. Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Am 25. und 26. April fand die dritte OPK-Kammerversammlung in Leipzig statt. Wir – die Delegierten der DGVT in der Kammerversammlung der OPK - möchten hier wieder einige Begleitinformationen und subjektive Eindrücke mitteilen, auch als Ergänzung zum sicher bald vorliegenden offiziellen Protokoll und zum gerade versandten 3. OPK-Mitteilungsblatt.

Profiliertes Bericht des Vorstandes

Mit ihrem diesmal vorgelegten Bericht hat die Präsidentin Andrea Mrazek Profil gezeigt. In vielen Gesprächen und Terminen in für PsychotherapeutInnen relevanten Gremien hat sich der Vorstand bemüht, die OPK als Vertretung der approbierten Psychotherapeuten der fünf neuen Länder bekannt zu machen. Wir glauben, dass der Vorstand im vergangenen Jahr wichtige Schritte auf diesem Weg unternommen hat. Hervorzuheben ist das Engagement zur Abschaffung der Mindestquote für ärztliche PsychotherapeutInnen, um weiteren Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen die Niederlassung zu ermöglichen und damit die in Teilen der ostdeutschen Bundesländer bestehende Unterversorgung zu lindern. Zuletzt waren weit über 500 der für Ärzte reservierten Sitze unbesetzt.

Gesprächspsychotherapie war wichtiger Bestandteil der in früheren Jahrzehnten in Ostdeutschland praktizierten Psychotherapie. Die OPK pflichtete in einer Stellungnahme der kritischen Position der BPtK zum ablehnenden Ergebnis der Expertenkommission bei.

Erste Informationsveranstaltungen des Vorstandes in den einzelnen Bundesländern wird es schon 2008 geben, so z. B. in Sachsen-Anhalt am 18. Juni in Magdeburg, in Mecklenburg-Vorpommern am 9. Juli um 16 Uhr im Hörsaal der Ärztekammer M.-V., August-Bebel Str. 9a, 18055 Rostock. Themen werden sein: Berufsordnung, Fortbildungsnachweis sowie die eben erwähnte Ärztequote.

Ein wichtiger künftiger Termin ist sicher der Deutsche Psychotherapeutentag am 14. und 15.11.2008, er findet zum ersten Mal in Leipzig, dem Sitz der OPK, statt. Für 2009 plant der Vorstand übrigens eine Tagung zur Psychotherapie in Osteuropa.

Der Geschäftsführer Herr Jacknau berichtete von der in den Gründungsjahren intensiven Mitgliederpflege. Auf die Beitragsbescheide 2008 folgten ca. 150 bearbeitete Widersprüche. Mittlerweile hat die OPK über 2000 Mitglieder, rund ein Drittel davon sind Angestellte, 60% sind Niedergelassene.

Heilberufsausweis ohne konkreten Nutzwert?

Ein Referat von Dominique Krause (wissenschaftlicher Referent der Bundespsychotherapeutenkammer) informierte über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und den Heilberufsausweis (HBA). Ab 2009 soll die bisherige Chipkarte der Versicherten durch die eGK ersetzt werden. Hauptvorteil sei die Möglichkeit, elektronisch Rezepte auszustellen (psychologische PT werden sie nicht lesen dürfen). Welche wirtschaftlichen Interessen hinter dieser Milliardeninvestition stehen, sei dahingestellt. Herkömmliche Kartenlesegeräte lesen die elektronische Gesundheitskarte nicht, so dass wir PsychotherapeutInnen wohl 2009 Gutscheine zum Kauf neuer Lesegeräte erhalten werden. Die auf der eGK gespeicherten Daten sind verschlüsselt und von BehandlerInnen nur mit einem HBA zu lesen, dank dessen ‚elektronischer Signatur‘ (jährl. Gebühr: 30-60 €). Also werden zumindest niedergelassene PsychotherapeutInnen diese von der Kammer auszustellende Karte benötigen, um weiter mit ihrer Abrechnungs-

software arbeiten zu können. Somit wird man spätestens 2010 dieses ‚E-Health-Terminal‘ und einen ‚Connector‘ zum Internet brauchen.

Die Delegierten nahmen all diese Informationen erstaunlich gelassen hin, vielleicht weil alle Entscheidungen bereits vor längerem in der BPtK gefallen sind. Die Entpersönlichung hin zum gläsernen Patienten erscheint uns allerdings ethisch und datenschutzrechtlich bedenkenswert. Es täte der PsychotherapeutInnenschaft gut, dies aktiver vorzubringen. Aus unserer Sicht ist zumindest die eGK (geschätzte Kosten: 2,3 Mrd. €) nicht nur überflüssig, sondern eine ethische wie technische Fehlentwicklung. Lediglich die elektronischen Rezepte wird der Pat. nicht umgehen können, alle anderen Karten-Daten unterliegen seinem ‚informationellen Selbstbestimmungsrecht‘, an sog. E-Kiosken wird jeder diese Daten löschen können. In der Folge sind die elektronischen Infos evtl. unvollständig, kein Behandler wird sich auf sie verlassen können, sie sind insofern wertlos.

Anschluss an Versorgungswerk

Die Vorteile eines Versorgungswerks gegenüber gesetzlicher wie privater Rentenversicherung wurden bereits bei der letzten Versammlung verdeutlicht. Nach weiterer ausführlicher Information waren sich die Delegierten einig, dass die OPK einem bestehenden Versorgungswerk beitreten sollte. Die OPK wird mit dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen Verhandlungen aufnehmen. Ein Versorgungswerk bietet nicht nur Rentenversicherung, sondern auch Zuschüsse zu Reha-Maßnahmen und sichert 100%ige Berufsunfähigkeit ab. Frisch Niedergelassene sollten sich vor schnellem Abschluss privater Rentenversicherungen auf jeden Fall über die Chancen im künftigen Versorgungswerk informieren, vielleicht werden sie dann sogar bis dahin abwarten wollen

Viel Ausschussarbeit

Hier stand der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung im Vordergrund. Es mussten 524 Akkreditierungsanträge für Fortbildungsveranstaltungen bearbeitet werden, 61 wurden abgelehnt. Bald kann die Erfassung der individuellen Fortbildungsnachweise beginnen und damit die Erstellung von Fortbildungszertifikaten, die innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte nachweisen (es gibt ein Antragsformular). Die Geschäftsstelle wird es danken, wenn die große Antragsflut noch ausbleibt, solange die entsprechende Software noch nicht angeschafft ist.

Da man Fortbildungspunkte auch als Supervisand oder Supervisor erwerben kann, beschloss die Kammerversammlung Kriterien eines „Supervisors für Fortbildung“, den man sich nun mit entsprechenden Voraussetzungen von der OPK für 5 Jahre anerkennen lassen kann. Die Kriterien sind recht streng, sie entsprechen ungefähr den für Ausbildungs-Supervisoren üblichen. Leider bleibt damit den KollegInnen, die durch Übergangsregelungen approbiert wurden und keine Ausbildung in einem Richtlinienverfahren abgeschlossen haben, der Zugang zum „Supervisor für Fortbildung“ verwehrt. Vielleicht ist es tröstlich, dass dieser Titel nach Meinung des Ausschusses ohnehin nicht öffentlich geführt werden sollte. Wie die gute Absicht, der unreglementierten Supervisoren-Titelflut keinen neuen hinzuzufügen, sich mit der selbst geschaffenen Realität verträgt, wird man noch sehen.

Keine Resolution zum EBM 2008

Für intensive Diskussion sorgte eine von mehreren KollegInnen eingebrachte Resolution, mit der insbesondere auf die Unterfinanzierung nicht genehmigungspflichtiger Leistungen von Niedergelassenen hingewiesen werden sollte. Des Weiteren würden die diagnostischen und probatorischen Möglichkeiten auch durch das Regelleistungsvolumen eingeschränkt.

Die Präsidentin bat nachdrücklich darum, die Diskussion der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in einen breiteren Rahmen zu stellen und eher auf Fehlentwicklungen im

Gesundheitssystem insgesamt hinzuweisen, als nach außen den Eindruck zu transportieren, die Kammer arbeite lobbyistisch für bessere Bezahlung ihrer niedergelassenen Mitglieder. Letztlich erschien der Mehrheit der Kammerversammlung die eingebrachte Resolution ebenfalls in ihrer Signalwirkung problematisch, der hergestellte Zusammenhang zwischen qualifizierter Versorgung und Bezahlung war wohl zu eng. Nun soll der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung zur nächsten Kammerversammlung eine Stellungnahme zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Osten - ambulant und stationär - erarbeiten.

Kinderschutzgesetz Sachsen-Anhalt bricht Schweigepflicht

Der vorliegende Entwurf eines Kinderschutzgesetzes muss unsererseits kritisch betrachtet werden, sieht er doch eine Verpflichtung von PsychotherapeutInnen vor, über Kindeswohlgefährdungen an Dritte zu berichten. Dies verstößt eindeutig gegen die Verschwiegenheitspflicht, wie sie unsere Berufsordnung vorsieht und greift in unsere Berufsrechte ein. Sowohl Vorstand als auch der Ausschuss für besondere Belange der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen werden die Diskussion weiterhin begleiten und sich mit den Verantwortlichen in Verbindung setzen.

Unterversorgter Osten?

Der Forschungsausschuss plant eine Kartierung des psychotherapeutischen Versorgungsangebots im deutschen Osten. Neben den Unis Dresden (Prof. Jürgen Hoyer) und Greifswald (Prof. Hans-Joachim Hannich) werden weitere Kooperationspartner gesucht. Als Basis sollen Daten unserer Mitglieder dienen, Fragebögen werden bereits entworfen. Hier werden Sie als Kammermitglied zur eigenen Zukunft beitragen können. Eine fundierte Analyse der Ist-Situation speziell des Ostens fehlt u. E. bislang völlig. Ohne diese drohen Partei- und Lobbypolitik unser künftiges Gesundheitssystem immer realitätsfremder werden zu lassen.

Allgemein positiver Eindruck

Die Arbeit in der Kammerversammlung und den Ausschüssen war von Beginn an von Kollegialität und gegenseitigem Respekt gekennzeichnet. Das setzte sich in dieser letzten Kammerversammlung fort. Offene Lager- oder Fraktionsbildungen scheinen unserem Eindruck nach in der OPK-Versammlung bislang eine geringere Rolle zu spielen, als man es von KollegInnen mancher West-Kammer hört. Der Meinungs austausch erfolgt in den meisten Sachfragen ungeachtet der therapeutischen Schulrichtungen.

*Friedemann Belz, Anne Fallis, Jürgen Friedrich, Silke Langen, Wolfgang Pilz,
Barbara Zimmermann*



Eine neue Einrichtung der DGVT!

- ü Sie erhalten die Möglichkeit, testdiagnostische Verfahren strukturiert einzusetzen und auswerten zu lassen!
- ü Informieren Sie sich unter www.quapsy.de

	<p><i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i></p> <p>Präsident: 250 € Vizepräsident: 200 € weitere Vorstandsmitglieder: je 100 €</p>	<p>schussmitglieder.</p> <p>Warte- u. Reisezeit: 30 €/Std.</p> <p>Summe der Aufwandsentschädigung höchstens 550 €/Tag.</p> <p>Kammer-Delegierte u. Ausschussmitglieder erhalten eine Sitzungspauschale von 250 €/Sitzung</p> <p>Teilnahme am DPT höchstens 610 €/Tag. Erhöht sich um 150 € je weiterem Sitzungstag</p> <p>Bei Teilnahme an Schulungen u. Fortbildungen: Tagegeld 10 €/Tag.</p>	<p>bei Nutzung von BahnCard50</p> <p>Flug: mit vorheriger Genehmigung durch Präsident oder Vizepräsident. Tagegeld Notwendige Nebenkosten (z. B. Taxi, Parkgebühren)</p>		
<p>Bayern (aktualisiert 2007)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i></p> <p>Präsident: 5.000 € Vizepräsident: 2.500 € Weitere VS-Mitgl.: 2.000 €</p> <p><i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i></p> <p>Präsident: 250 € Vizepräsident: 200 € Weitere VS-Mitgl.: 100 €</p>	<p>Aufwandsentschädigung für Ausschuss- bzw. Kommissionsvorsitzende 50 €/Sitzung. Für zeitliche Inanspruchnahme werden je Abwesenheitsstunde 55 € erstattet.</p>	<p>Bahn: 2. Klasse (in begründeten Ausnahmefällen 1. Klasse) inkl. aller Zuschläge.</p> <p>PKW: 0,30 €/km, pro weitere mitgen. Personen zusätzlich 0,10 €.</p> <p>Flug: Nur sofern die Benutzung anderer Verkehrsmittel nicht zumutbar ist und sofern Flugkosten günstiger bzw. gleich hoch als andere Verkehrsmittel.</p>	<p>20 € pro Übernachtung ohne Einzelnachweis. Gegen Beleg in der Höhe der angefallenen Kosten, max. in Höhe 120 €/Nacht.</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 18.9.2003, geändert im Oktober 2007</p>
<p>Berlin (aktualisiert 2008)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i></p> <p>Präsident: 3.500 € Vizepräsident: 2.800 €</p>	<p>Ausschusssprecher: 150 € Teilnahme an der DV, Ausschüssen oder anderen Gremien: pauschal 50 € pro Sitzung bei max. 4 DV, 7 Ausschusssitzungen pro</p>	<p>PKW: 0,30 € pro km, bis max. 300 km pro Dienstreise</p> <p>Bahnfahrten: 2. Klasse mit Zuschlägen und Platzreservie-</p>	<p>Angemessene Übernachtung gegen Beleg, max. 100 € pro Übernachtung.</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 14.4.2008</p>

	<p>übrige Vorstandsmitglieder: 1.200 €</p>	<p>Jahr. Teilnahme an Klausurtagung: 100 € Dienstreisen pro volle Std. 50 €, max. 300 € pro Tag. Teilnahme an Sitzungen der DV 250 €/Tag und 150 € für jeden wei- teren Tag.</p>	<p> rung gegen Beleg. Flugkosten: gegen Beleg, je- doch max. bis 20 % über den Kosten einer Bahnfahrt 2. Klas- se zum gleichen Ort. Notwendige Nahverkehrs- oder Taxikosten am Zielort Fahrkosten innerhalb Berlins werden nicht erstattet.</p>	<p>Nebenkosten bis max. 25 € pro Tag.</p>	
<p>Bremen (aktualisiert 2004; keine Änderungen 2008)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädi- gung:</i> Präsident: 1.100 € Stellvertreter: 550 € Beisitzer: 170 €</p>	<p>Für extern veranlasste Termine in- nerhalb Bremens, wenn es zu Ver- dienst- oder Honorarausfall kommt: 40 €/Stunde* (Abrechnung halb- stundenweise bis max. 8 Stun- den/Tag) Für Dienstreisen außerhalb Bre- mens (Abrechnung halbstunden- weise bis max. 8 Stunden/Tag) werden 40 €/Stunde* bezahlt. * <i>Setzt Beschluss des Kammervor- standes voraus.</i></p>	<p>Dienstreisen außerhalb Bre- mens werden erstattet mit: Bahn: 1. Klasse zzgl. Zuschlä- ge (Ermäßigungsmöglichkeiten müssen genutzt werden). PKW: 0,30 €/gefahrte km pro weitere mitgen. Person: 0,05 € zusätzlich. Flug: in Ausnahmefällen Economy-Class möglich, wenn Vergleichsrechnung inkl. evtl. Übernachungskosten es ver- tretbar erscheinen lassen. Notwendige Nebenkosten wer- den gegen Beleg erstattet.</p>	<p>Gegen Beleg in Höhe der ange- fallenen Kosten, max. in Höhe 100 €/Nacht. Darüber hinaus- gehende Kosten bedürfen eines Vorstandsbe- schlusses. Erstattungen an- derer Organisati- onen sind in vol- ler Höhe anzu- rechnen.</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekosten- ordnung vom 28.10.2003.</p>
<p>Hamburg (aktualisiert 2008)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädi- gung:</i> Präsident: 2.000 € Vizepräsident: 2.000 € Beisitzer: 1.000 € Vorstandsmitglieder erhalten dar-</p>	<p>Verdienstaussfall: 50 €/Std. (max. 450 € pro Ar- beitstag). Bürokostenpauschale pro Jahr: 120 € (für Mitglieder der Kammer- versammlung).</p>	<p>Bahn: 1. Klasse zzgl. evtl. Ta- xikosten. PKW: 0,30 €/ km, pro weitere mitgen. Personen 0,02 € zu- sätzlich. Flug: nur mit vorheriger Ge- nehmigung des Vorstandes.</p>	<p>Gegen Beleg max. 150 € Verpflegungs- aufwendungen bei Abwesenheit von 8-14 Std. 6 € 14-24 Std. 12 €</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekosten- ordnung tritt im Juni 2008 in Kraft</p>

	über hinaus Sitzungsgelder. Mitglieder des Vorstandes und Vorstandsbeauftragte erhalten als Ersatz für den erbrachten Zeit- und Sachaufwand eine jährliche pauschale Aufwandsentschädigung.	Sitzungsgeld pro Sitzung: 80 € Sachverständigentätigkeit 20 €/Std. Verdienstaufschlag max. 50 €/Std und max. 450 €/Tag		24 Std. 24 €	
Hessen (aktualisiert 2008)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 3.360 € Vizepräsident: 3.360 € Beisitzer: 1.120 €	Teilnahme an DV 300 €/Tag. Dies gilt auch für Sitzungen, wenn diese 6 Stunden überschreiten Teilnahme an Ausschuss- oder AG-Sitzungen: 200 €/Tag; Ausschussvorsitzende: 240 € Erfolgt die Teilnahme nicht über die geplante Sitzungsdauer, wird die Fehlzeit entsprechend den Auftragserstattungen mit 10 €/je Viertelstunde abgezogen. Wenn Kammerangehörige an Kammerveranstaltung mitwirken, 300 €/Tag. Auftrag 10 €/je Viertelstunde Fahrzeiten werden mit 7,50 €/je Viertelstunde vergütet. Die Aufwandsentschädigung darf 600 €/Tag nicht überschreiten.	PKW: 0,46 €/km, je weitere mitgenom. Person 0,10 € zusätzlich. Flug: 1. Klasse/Economy Class wird erstattet.	Übernachtung u. Frühstück bis 125 €	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 3.11.2007.

Niedersachsen (aktualisiert 2006; keine Änderungen 2008)	<i>Entschädigung für Vorstandsarbeit:</i> Jedes Vorstandsmitglied erhält eine Aufwandsentschädigungspauschale. Die Höhe wird von der DV festgelegt. (Ergänzt 17.9.2003): Der Vorsitzende erhält pro Monat 2.300 Euro, die übrigen Mitglieder 1.483 Euro. Damit sind alle Vorstandssitzungen abgegolten.	Für Sitzungszeit inklusive Fahrtzeit wird eine Entschädigungsgebühr von 25 € für jede Stunde (auf- oder abgerundet) bezahlt.	Pauschal 0,45 € pro gefahrenem km unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. Mitglieder der Kammer können auf Teile der Erstattung verzichten.	Nachgewiesene Kosten Mittelklassehotel abzüglich Frühstückskostenspau- schale von 5 €.	Entschädigungs- und Reisekosten- ordnung vom 16.3.2002.
NRW (aktualisiert 2006; keine Änderungen 2008)	<i>Monatliche Aufwandsentschädi- gung:</i> Präsident: 4.400 € Vizepräsident: 2.400 € Beisitzer: 1.200 € Mitglieder des Vorstandes erhalten darüber hinaus eine Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme.	Je Abwesenheitsstunde 40 €. Da- bei gilt: Die Abrechnung erfolgt in vollen Stunden, wobei je Kalender- tag maximal 9 Std. entschädigt werden.	PKW: 0,50 €/km pauschal. Bahn: 1. Klasse. Ebenso Zu- schläge, Nebenkosten, z. B. Parkgebühren, Kosten für die Beförderung von Gepäck und für die Benutzung von Taxen. Flug: (Economy-Class) nach vorheriger Genehmigung durch den Vorstand. PräsidentIn und VizepräsidentIn erhalten auf Antrag 50 % der Kosten einer BahnCard 1. Klasse ersetzt.	Max. 130 € pro Übernachtung gegen Nachweis. Übernachtungs- geld pauschal je Übernachtung 20 €.	Entschädigungs- und Reisekosten- ordnung vom 14.9.2002.
OPK (aktualisiert 2007, keine Änderungen 2008)	<i>Monatliche Aufwandsentschädi- gung:</i> Präsident: 3.900 € Vizepräsident: 2.600 € Beisitzer: 1.300 €	Entschädigung für zeitliche Inan- spruchnahme: 40 €/Std. max. 9 Std. pro Tag	PKW: 0,30 € pro gefahrene km	Max. 90 € pro Übernachtung gegen Nachweis.	Entschädigungs- und Reisekosten- ordnung vom 25.11.2007

<p>Rheinland-Pfalz (aktualisiert 2008)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1.800 € Vizepräsident: 1.000 € Beisitzer 500 €</p> <p><i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i> Präsident: 100 € Vizepräsident: 50 € Beisitzer: 25 €</p>	<p>Sitzungen von Vertreterversammlung und Ausschüssen: 40 €/Stunde; jede angefangene halbe Stunde wird abgerechnet (nur bis max. 200 €, Vorstand: bis max. 400 €).</p>	<p>Pro gefahrenem km 0,30 €</p>		<p>Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 27.11.2003; geändert am 31.5.2006.</p>
<p>Saarland (aktualisiert 2007)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1.500 € Vizepräsident: 1.000 € BeisitzerInnen: 400 €</p>	<p>Mitglieder der Vertreterversammlung, Ausschüsse und Kommissionen 50 €/Sitzung; Ausschussvorsitzende 25 €/Sitzung. <i>Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme bei Dienstreisen u. bei besonderen Aktivitäten im Auftrag des Vorstandes: 40 €/Std. (jedoch max. 8 Std. pro Tag).</i></p>	<p>Bahn: 2. Klasse incl. aller Zuschläge bzw. 0,30 €/gefahrte km und 0,05 € pro mitgenommene Person. Übernahme Flugkosten erfordert Genehmigung des Vorstandes. Sonstige Nebenkosten werden gegen Beleg erstattet.</p>	<p>Übernachtung: max. 100 €/Nacht incl. Frühstück.</p>	<p>Regelung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes von 2005.</p>
<p>Schleswig-Holstein (aktualisiert 2008)</p>	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1.500 € Vizepräsident: 1.000 € Weitere VS-Mitgl.: 500 €</p>	<p>30 € je Stunde (max. 5 Std. pro Kammer-versammlungssitzung, max. 12 Std. pro Sitzung des DPT und des Länderrats, max. 8 Std. pro Sitzung für Vertreter der PKSH, max. 4 Std. pro Vorstandssitzung und max. 4 Std. pro Sitzung der übrigen Ausschüssen/Kommissionen der PKSH). Sitzungstermine 0,60 € je Entfernungskilometer, max. 108 €/Termin.</p>	<p>Bahn: 1. Klasse einschl. Zuschläge. Flug: nur nach Genehmigung durch Vorstand. PKW: 0,30 € je gefahrenen km. Verpflegungspauschale: 18,50 €/Tag bei Abwesenheit von mehr als 10 Std.</p>	<p>Bis 115 € je Übernachtung.</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 29.8.2003; geändert zum 1.1.2008</p>

Mitgliedsbeiträge der Psychotherapeutenkammern

(Stand Juli 2008, alle Angaben ohne Gewähr)

Psychotherapeutenkammer bzw. Land	Beitragsbemessung	Jahresbeitrag 2008 (gerundet)	Anzahl der Kammermitglieder bzw. der Approbierten	Quelle
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (aktualisiert 2007)	Die Beitragshöhe wird von den Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages festgelegt. Die Erfassung der Anzahl der Kammerangehörigen erfolgt unabhängig vom jeweiligen Status der Beitragspflichtigkeit gegenüber der jeweiligen Landeskammer.	Ab 1.1.2008: 48 € pro Kammermitglied und Jahr (Beschluss des 10. DPT vom 12.5.2007)	28.611 (Stand 9/2005)	Beitragsordnung, verabschiedet auf dem 3. DPT am 15.5.2004.
Baden-Württemberg (aktualisiert 2008)	Für alle Mitglieder Einheitstarif: Außer: Erlass des gesamten Beitrags bzw. Ermäßigungen auf die Hälfte bei sozialen Härtefällen (Einkommen unter 10 800 bzw. 15 600 Euro im Jahr) auf Antrag an den Haushaltsausschuss. Sonderregelungen für ebenfalls als Ärzte Approbierte: Freiwillige Mitglieder und Mitglieder ohne Berufsausübung (z.B. ohne Berufsausübung im Ausland lebend): Soziale Härtefälle:	320 € (<i>bereits für 2008 beschlossen: 360 €</i>) 0 € „passive“ Mitglieder (keine Berufsausübung, Verzicht auf Wahlrecht und Wählbarkeit) 160 € 160 € 160 € bzw. beitragsfrei (soziale Härtefälle unter Berücksichtigung des Familieneinkommens)	ca. 4.100 Mitglieder (Stand 12/2007)	Informationen auf der letzten VV der LPK BW sowie aktuelle Umlageordnung

Bayern (aktualisiert 2008)	Für die Beitragsfestsetzung ist eine Erklärung des Mitgliedes zur Einstufung innerhalb von 4 Wochen erforderlich. Kommt das Mitglied dieser 4-Wochen-Frist nicht nach, erfolgt eine Einstufung in Beitragsgruppe A. Beitragsgruppe A (selbstständig tätig): Beitragsgruppe B (angestellt tätig): Beitragsgruppe C (sowohl selbstständig als auch angestellt tätig): Mindestbeitrag (berufsfremd tätig oder nicht berufstätig):	 390,00 € 340,00 € 370,00 € 75,00 €	ca. 4.700 (Stand 2006)	Beitragsordnung vom 18.9.2003, zuletzt geändert am 23.10.2007
Berlin (aktualisiert 2007, keine Änderungen 2008)	- Regelbeitrag: - Ermäßigungsbeitrag:	305,00 € 85,00 €	3.260 (Stand: 1/2007)	Anlage zur Beitragsordnung v. 30.11.2006
Bremen (aktualisiert 2006; keine Änderungen 2008)	Mindestbeitrag: Einkommengestaffelter Tarif nach zu versteuerndem Einkommen (Hebesatz 2004= 0,79%) Freiwillige Mitglieder: PsychotherapeutInnen in Ausbildung:	120,00 € 80,00 € 0,00 €	ca. 450 (Stand: 2006)	Satzung der Psychotherapeutenkammer Bremen, beschlossen am 15.11.2005
Hamburg (aktualisiert 2008)	Allgemeiner Grundbeitrag: (Zusatzbeitrag für Angestellte = 0,75 % und für Freiberufler = 0,95 % des Einkommens aus psychotherapeutischer Tätigkeit.) Freiwillige Mitglieder: PsychotherapeutInnen in Ausbildung: Ergänzung 2008: Honorarnachzahlungen der KV werden nicht in die Berechnung des Kammerbeitrags mit einbezogen.	78,00 € 78,00 € 0,00 €	1.475 (inkl. Doppelmitglieder und PiA) (Stand: 11/2006)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 26.1.2005

Hessen (aktualisiert 2007, keine Änderungen 2008)	Einkommensgestaffelter Tarif nach Einkünften gem. § 2 Abs. 2 EStG mit Härtefallregelung. Beitragsveranlagung durch Selbsteinstufung bis zum 1. März eines jeden Jahres. Kinderfreibetrag 40 € für jedes Kind. z.B. bis 6.000 € Jahreseinkommen 40,00 € bis 32.000 € 300,00 € bis 42.000 € 400,00 € bis 68.000 € 660,00 € ab 68.001 € 680,00 € Freiwillige Mitglieder: 40,00 €	Beitragsstaffelung in 20 Euro-Schritten	2.773 (Stand: 1/2006)	Beitragsordnung der LPPKJP Hessen; zuletzt geändert am 30.9.2006
Niedersachsen (aktualisiert 2006; keine Änderungen 2008)	- Jahresbeitrag: - Angestellte/Beamte: (bei Nebeneinkünften aus psychotherapeutischer Tätigkeit fällt der volle Beitrag an) - Kammermitglieder, die einschließlich aller Nebentätigkeiten < 50% tätig sind: - Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen, arbeitslos sind, die Mutterschutz unterliegen oder Elternzeit in Anspruch nehmen: - Für Kammermitglieder, die auch in einer anderen Kammer Mitglied sind (gilt nicht bei einer freiwilligen Mitgliedschaft) halbiert sich der Kammerbeitrag. - Beitragsbefreiung Kammermitglieder, die das 65. Lebensjahr vollenden, werden vom folgenden Jahr an von der Beitragspflicht befreit, soweit sie keine Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen. Mitglieder der PKN, die sich in Niedersachsen in der Ausbildung befinden u. praktische Ausbildung begonnen haben.	400,00 € 330,00 € 200,00 € 80,00 €	ca. 3.000	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) v. 5.12.2001, geändert am 3.12.2005

Nordrhein-Westfalen (aktualisiert 2008)	Vollbeschäftigte: Angestellte u. Beamte die Teilzeit arbeiten: Arbeitsunterbrechung von 6 Monaten (Arbeitslose, Elternzeit, Krankheit):	350,00 € 250,00 € 190,00 € Der Beitrag kann in dem Jahr, in dem die berufliche Erwerbstätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde, auf bis zu 80 € reduziert werden.	7.044 (Stand: 01/2007)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW vom 27.4.2007
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) (aktualisiert 2007, keine Änderungen 2008)	Niedergelassene PP u. KJP: Angestellte u. beamtete PP u. KJP: Arbeitslose, Mutterschutz, Elternzeit: Mitglieder über 65 Jahre, die keine Tätigkeit ausüben:	450,00 € 360,00 € 180,00 € 60,00 €	1.750 (Stand 1/2007)	Vorläufige Beitragsordnung der OPK vom 6.5.2006
Rheinland-Pfalz (aktualisiert 2008)	Angestellte bzw. selbstständig arbeitende PsychotherapeutInnen bezahlen einen Grundbetrag + Hebesatz für Einkommen aus Psychotherapie. Für nicht selbstständig tätige Mitglieder liegt Hebesatz bei 0,8 %, bei selbstständig tätigen Mitgliedern bei 0,96 %. Höchstbeitrag: Härtefallregelungen existieren. Üben Mitglieder ihren Beruf sowohl selbstständig als auch nichtselbstständig aus, werden sie entsprechend den jeweiligen Einkommensanteilen zum Beitrag herangezogen.	125,00 € (Grundbetrag) 775,00 €	ca. 1.307 (davon 80 beitragsfreie Mitglieder) (Stand 1/2007)	Beitragsordnung vom 12.2.2004; zuletzt geändert am 8.12.2007

Saarland (aktualisiert 2007, keine Änderungen 2008)	Vollbeitrag (Niedergelassene): 75 % (Angestellte/Beamte): 50 % (Niedergelassene mit Beitragsermäßi- gung bei eingeschränkter Berufstätigkeit (Ar- beitslosigkeit, Krankheit etc.): 37,5 % (Angestellte/Beamte bei einge- schränkter Berufstätigkeit (s.o.): Festbeitrag für freiwillige Mitglieder und sol- che, die Beruf nicht mehr ausüben:	440,00 € 330,00 € 220,00 € 165,00 € 80,00 €	ca. 415	Beitragsordnung v. 14.3.2005; zuletzt geändert am 16.1.2007
Schleswig- Holstein (aktualisiert 2008)	Beitragsklasse I (Selbstständige): Beitragsklasse II (angestellte u. verbeamte- te): Beitragsklasse III (Kammermitglieder, die nicht psychotherapeutisch tätig sind): Beitragsklasse IV (Kammermitglieder, die Bezüge in der Freistellungsphase im Rah- men der Altersteilzeit erhalten): Beitragsklasse V (Mitglieder über 65 J., die den Beruf nicht mehr ausüben): Ermäßigungsanträge wegen „wirtschaftlicher Härten“ werden vom Vorstand entschieden.	440,00 € 400,00 € 360,00 € 200,00 € 72,00 €	993 (Stand 1/2007)	Beitragsatzung vom 1.1.2004; Anlagen 1 u. 2 zur Beitragsat- zung der PTK SH für Beitragsjahr 2008

Hinweis: Eine ständig aktualisierte Fassung der Übersichten finden Sie unter www.dgvt.de/kammern.html



**Eine Veranstaltung in
Zusammenarbeit mit der
Landesgruppe Mecklenburg-
Vorpommern und der Akademie
für Fortbildung in
Psychotherapie.**

www.afp-info.de

Unsere Veranstaltungen sowie die interaktive Fortbildung sind in der Regel bei den zuständigen Landeskammern akkreditiert. Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Rostocker Reihe

Im Rostocker Raum veranstaltet die Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit dem Institut Rostock eine „Rostocker Reihe“ mit Abendvorträgen von hauptsächlich ortsansässigen KollegInnen.

Wer hier mitmachen möchte, melde sich bitte bei rostock@afp-info.de! Eine Akkreditierung der Veranstaltungen ist vorgesehen.

Termine:

Nr. 6:

Diagnostik des Asperger-Syndroms

Termin: 22. Oktober 2008

Referentin: Maria Schubert

...weitere Termine folgen!

Ort:

CJD Christophorusschule Rostock

Zeiten:

20:00 - 21:30 Uhr (2 UE)

Teilnahmegebühren:

Kostenfrei für DGVT-Mitglieder

5,- Euro (Nicht-Mitglieder)



Aus den Verbänden

GK II-Stellungnahme zur Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Am 19. Juni 2008 hat der G-BA zum letzten Mal in den alten Besetzungen nach § 91 i.d.F. GMG getagt.

Am 17. Juli 2008 wird die mit dem 1. Juli 2008 beginnende zweite Amtsperiode des G-BA mit der ersten Sitzung des dann einzigen Beschlussgremiums in neuer Besetzung nach dem GKV-WSG eingeleitet werden. Die von den bisherigen Beschlussgremien des G-BA eingesetzten Unterausschüsse können ihre Arbeit im dritten Quartal 2008 fortführen, bis diese auf die bereits vorgesehenen acht neuen Unterausschüsse übergeleitet werden. (siehe unter www.g-ba.de).

Den bisherigen eigenen Beschlusskörper der Psychotherapeuten im G-BA (Unterausschuss Psychotherapie) wird es in der ursprünglichen Form nicht mehr geben (wir berichteten in VPP 1/08 darüber). Es wird zwar weiterhin einen Unterausschuss „Psychotherapie“ geben, allerdings mit einem wesentlich engeren Zuschnitt, der sich im Kern auf die Regelungen der Richtlinienpsychotherapie bzw. deren Fortschreibung beschränkt. Die Verfahrensanerkennungen und die Qualitätssicherung werden in anderen Ausschüssen verhandelt. Der G-BA wird seine Beschlüsse in Zukunft nicht mehr in einer auf den jeweiligen Bratungspunkt abgestimmten Zusammensetzung beschließen, sondern immer in der gleichen Plenarzusammensetzung. Um den erforderlichen Sachverstand bei den Beratungen noch einbringen zu können, ist die Geschäftsordnung des G-BA von großer Bedeutung, die auch für die Struktur der Unterausschüsse, z. B. Psychotherapie, gilt. Die GK II-Verbände hatten deshalb bereits im Mai nachfolgende Initiative gestartet:

Gemeinsames Schreiben der GK II-Verbände an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen vom Mai 2008

Die im GK II zusammen geschlossenen Verbände der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten nehmen Stellung zur vorgesehenen Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Durch die Professionalisierung und Straffung der Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses verringern sich - soweit bisher absehbar - die Möglichkeiten der Psychotherapeuten, ihre Angelegenheiten im G-BA selbst zu vertreten, da auch die Anzahl der Vertreter der KBV im G-BA kleiner wird.

Der GK II sieht mit Besorgnis, dass in den Beschlussgremien kaum noch ein Psychotherapeut präsent sein wird.

Dies gilt auch für einen personell verkleinerten Unterausschuss Psychotherapie. Der GK II fordert daher alle Beteiligten auf, bei der Anzahl der Leistungserbringer eine Abbildung der Vielfältigkeit der Leistungserbringung durch 6 Mitglieder auf der Leistungserbringerseite zu ermöglichen.

Aus Sicht der Psychotherapeuten ist ein Unterausschuss Psychotherapie notwendig, der sich umfassend mit den Psychotherapie-Richtlinien befasst. Hierzu gehört auch die Methodenbewertung.

Lässt sich dieses nicht realisieren, sieht der GK II die Notwendigkeit, beim Unterausschuss Methodenbewertung einen eigenen Arbeitsausschuss zur Bewertung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden einzurichten.

Ebenso sollte psychotherapeutische Kompetenz in den Unterausschüssen Qualitätssicherung, Bedarfsplanung und sektorübergreifende Leistungen verankert werden.

Es gibt substantielle Unterschiede psychotherapeutischer Tätigkeit zur typischen Leistungserbringung somatisch tätiger Ärzte.

Damit die Spezifika psychotherapeutischer Leistungserbringung sachgerecht vertreten werden können, hält der GK II eine Regelung der oben angesprochenen Punkte zumindest in der Geschäftsordnung des G-BA für dringend erforderlich, damit die Präsenz und Beteiligung der Psychotherapeuten bei sie betreffenden Entscheidungen in Entscheidungsgremien verlässlich geregelt wird.

Der GK II bittet alle Verfahrensbeteiligten, bei ihren weiteren Entscheidungen die oben geschilderten Sachverhalte zu berücksichtigen.

Alles was Recht ist...

Bundessozialgericht zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Vorgaben des Bewertungsausschusses für eine angemessene Vergütung sind überwiegend rechtmäßig

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich am 28. Mai 2008 einmal mehr mit der Frage der gerechten Honorierung psychotherapeutischer Leistungen befasst. Zu verhandeln waren mehrere Musterklagen aus Hessen, Nordrhein, Sachsen und Schleswig-Holstein über die **Honorare der Jahre 2000-2005**. Ebenso war ein richterlicher Spruch zur Zukunft der **Vergütung der probatorischen Sitzungen** mit viel Spannung erwartet worden.

Das BSG hat entschieden, dass die vom Bewertungsausschuss - einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebildeten Gremium - getroffenen Regelungen zur Berechnung von Mindestpunktwerten für bestimmte psychotherapeutische Leistungen **überwiegend nicht zu beanstanden sind**. Die Mindestpunktwerte sollen sicherstellen, dass Psychotherapeuten eine angemessene Vergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten.

Zur Erinnerung: das BSG hatte mit Urteil vom 28. Januar 2004 den ersten Beschluss des Bewertungsausschusses zur Regelung von Mindestpunktwerten aus dem Jahre 2000 verworfen. Nun stand die vom Bewertungsausschuss als Reaktion darauf beschlossene Neufassung des Beschlusses vom 29. Oktober 2004 zur höchstrichterlichen Überprüfung an.

Dieser Beschluss des Bewertungsausschusses ist nach der aktuellen Entscheidung des 6. Senats des Bundessozialgerichts (unter dem neuen Vorsitz von Richter Dr. Ulrich Wenner) zumindest weitgehend mit höherrangigem Recht vereinbar. Lediglich eine Detailregelung hat das Gericht als rechtswidrig beurteilt, und zwar die Nichtberücksichtigung bestimmter Honorare bei der 2000 und 2001 zum Vergleich herangezogenen Facharztgruppe der Allgemeinmediziner. Begrenzt auf diesen kurzen Zeitraum (2000 bis 2001) und dieses rechnerische De-

tail hat der Bewertungsausschuss nun eine Nachbesserung vorzunehmen. Das heißt konkret: **für die Jahre 2000 bis 2001 erhalten alle Psychotherapeuten, die regelmäßig Widerspruch eingelegt haben, eine Nachzahlung von schätzungsweise einigen hundert Euro.** Darüber hinausgehende Hoffnungen auf einen Geldsegen wurden enttäuscht. Fest steht jedoch, und das ist letztlich **als sehr positiv und nachhaltig wirkend zu bewerten, die KVen können nicht mehr unter die Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses von 2004 gehen. Dieser Beschluss wurde wie gesagt vom BSG aktuell bestätigt und für rechtmäßig befunden.**

Der von den Psychotherapeuten als zu großen Teilen fehlerhaft angesehene **Betriebskostenansatz von jährlich 40.634 Euro für eine modellhafte psychotherapeutische Praxis wurde vom BSG jedoch grundsätzlich gebilligt.** Hieran hatten sich – für die Zukunft der Honorare – viele Hoffnungen geknüpft.

Sehr klar zeigt sich das BSG in puncto probatorische Sitzungen und bekräftigt, dass die Sitzungen, die zu Beginn einer Therapie zur Abklärung der Behandlungsnotwendigkeiten und Behandlungsmöglichkeiten ohne vorherige Genehmigung der Krankenkassen erbracht werden, nicht in derselben Höhe wie genehmigte Therapiesitzungen vergütet werden müssen.

Das Gericht geht dennoch in Bezug auf die Vergütung dieser Leistungen über seine bisherige Rechtsprechung hinaus – sie müssen ab sofort „angemessen vergütet werden“. D. h. nach Ansicht des BSG, dass probatorische Sitzungen mit einem Mindestpunktwert von 2,56 Cent zu vergüten sind (die Hälfte von 5,11 Cent). Das bedeutet für eine 50-minütige Sitzung 37 Euro Honorar! Angesichts der Leistungen, die in der Diagnostik stecken, ein eher schwacher Trost.

Die Reaktionen bei der Psychotherapeutenchaft und insbesondere bei den musterklageführenden Verbänden (insbesondere bvvp, DGPT, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung) auf das aktuelle BSG-Urteil waren zunächst von großer Frustration geprägt. Zu groß waren die Erwartungen auf eine klare und für die Honorarentwicklung positive Vorgabe durch das BSG, die mit dem sehr zurückhaltenden Urteilsspruch nicht eingehalten werden konnten. Es bleibt die schriftliche Begründung des Urteils abzuwarten; erst dann können die Details nachvollzogen und abschließend bewertet werden.

Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Mai 2008, Az: B 6 KA 49/07 R (u .a.)

Kerstin Burgdorf

And the winner is... - Konsequenzen der (Teil-)Entsperrung von Planungsbezirken

Ob Oscarverleihung oder Olympiade – es gibt immer mehr Bewerber um den Sieg, als es am Ende tatsächlich Sieger gibt.

Und wer „gewinnt“ den oder die zusätzlichen Praxissitze im Falle der Aufhebung oder Teilaufhebung von Zulassungsbeschränkungen – gleich aus welchem Grunde eine solche Aufhebung erfolgt? Im Sinne des olympischen Gedankens der schnellste Bewerber? Oder der bereits am längsten tätige Job-Sharing-Partner? Oder vielleicht der eher „dienstälteste“ Angestellte?

Beim 100-m-Lauf sind die Auswahlkriterien klar, bei der Oscarverleihung schon unschärfer. Und wie sieht es bei der Zulassung aus?

Es liegt nahe, bei den Job-Sharing-Partnern anzusetzen, denn diese werden vom Gesetz (§ 101 SGB V) begünstigt. Die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung endet für

diese Personengruppe bis spätestens nach 10-jähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit aber auch bei Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen.

Diese Regelung ist dann einfach zu handhaben und in der Praxis umzusetzen, wenn bei der Entsperrung eines Bezirks alle Psychotherapeuten mit Job-Sharing-Zulassung im Planungsbe-
reich unterkommen können. In aller Regel wird es jedoch so sein, dass entweder der Bereich
nur teilweise entsperrt wird oder aber so viele Job-Sharing-Partner vorhanden sind, dass es bei
Erstarkung der Zulassung aller Jobsharing-Partner sofort wieder zu einer massiven Überver-
sorgung im Bezirk käme.

Die Frage ist deshalb, ob sich die Zulassung von Jobsharing-Partnern auch dann generell in
eine Vollzulassung umwandelt, wenn die Zulassungsbeschränkung nur für einen Arzt/Psycho-
therapeuten oder für eine bestimmte Zahl von Ärzten/Psychotherapeuten aufgehoben wird.

Nachdem die Bedarfsplanungsrichtlinien zu diesem Punkt früher eher dürftig waren, liegt es
nahe, dass es über diesen Punkt juristische Streitereien gab: Die alte Regelung in Nr. 23 Satz
2 Bedarfsplanungsrichtlinien knüpfte ausschließlich an die Reihenfolge des Eingangs der Zu-
lassungsanträge beim Zulassungsausschuss an, also an das sog. „Windhundprinzip“. Dem ge-
genüber wurde die Auffassung vertreten, dass dies kein faires Zugangsverfahren für die Be-
werber sei und man vielmehr eher analog den Regularien im Nachbesetzungsverfahren vorge-
hen sollte. Schlussendlich hat sich dann am 23.2.2005 das Bundessozialgericht mit dieser
Thematik befasst (Urt. v. 23.2.2005, AZ: – B 6 KA 81/03 R –). In diesem Urteil wurden Vor-
gaben für die Umgestaltung der Bedarfsplanungsrichtlinien skizziert, die im Übrigen zw-
ischenzeitlich in dem geänderten § 23 der Bedarfsplanungsrichtlinien auch ihren Niederschlag
gefunden haben.

Danach gilt Folgendes: Zunächst einmal bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung,
dass für Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbe-
grenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang der
Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen erfolgt, wie er in dem entsprechenden Beschluss
niedergelegt ist. Zum Zuge kommen dann die Job-Sharing-Partner in der Reihenfolge der je-
weils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung (wobei die Beschränkung der Zulas-
sung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach 10-jähriger ge-
meinsamer Berufsausübung unberührt von dieser Regelung bleibt).

Sind mit den vorhandenen Job-Sharing-Partnern die freien Praxissitze nicht vollständig zu be-
setzen, kommen die in Kassenpraxen bereits Angestellten KollegInnen zum Zuge, soweit also
noch Praxissitze entsprechend dem konkreten Beschluss für die Aufhebung von Zulassungs-
beschränkungen vorhanden sind. Hier gilt dann die Reihenfolge der jeweils längsten Dauer
der Jahre der Anstellung.

Sollten auch mit dieser Personengruppe die freien Praxissitze nicht vollständig besetzt werden
können, kommen dann die Anträge auf Neuzulassung zum Zuge, wobei unter mehreren Be-
werbern nach folgenden Kriterien, vergleichbar mit denen im Nachbesetzungsverfahren, ent-
schieden wird:

- Ø berufliche Eignung
- Ø Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit
- Ø Approbationsalter
- Ø Dauer der Eintragung in die Warteliste.

Zusätzlich soll bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern die räumliche Wahl
des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der
Versicherten berücksichtigt werden.

Rechtsanwältin Susanne Locher-Weiß, Reutlingen

Kommt die Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte/-psychotherapeuten?

Gesundheitsstaatssekretärin Caspers-Merk (SPD) hat in einer Plenarsitzung im Bundestag angekündigt, dass die Altersgrenze für Vertragsärzte noch in dieser Legislaturperiode abgeschafft werden soll. Die FDP-Fraktion im Bundestag hat Ende Juni 2008 einen Antrag auf Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte/-Psychotherapeuten eingebracht. Mit ihrem parlamentarischen Antrag will sie laut eigenem Bekunden eine Absprache, die zwischen den Koalitionspartnern schon seit längerem bestanden hat, in die Tat umsetzen.

Die Altersgrenze von 68 Jahren wurde mit dem Gesundheits-Strukturgesetz von 1993 in das Vertragsarztrecht eingeführt. § 95 Abs. 7 S. 3 Sozialgesetzbuch V (SGB V) sieht vor, dass „(...) die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet“ endet. Auch die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in einem MVZ endet mit dem Erreichen dieser Altersgrenze. Eine Ausnahme wurde mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) zum 1.1.2007 eingeführt: liegt in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung vor oder droht unmittelbar, so gilt die 68-Jahre-Grenze nicht (§ 95 Abs. 7 S. 8 SGB V).

Diese Ausnahme soll nun nach dem Willen einiger Abgeordneter verschiedener politischer Couleur zur Regel erhoben werden. Diese sehen ein wesentliches Anliegen der Ärzte darin, selbstbestimmt über den Zeitpunkt ihrer Nachfolge zu entscheiden. Zugleich könne die Aufhebung der Altersgrenze ein Beitrag zur Versorgungssicherheit sein, wenn Ärzte länger tätig blieben, weil sie keinen Nachfolger finden.

Das Bundesverfassungsgericht sieht bislang in der Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragsärzte keinen Verstoß gegen das Grundgesetz (vgl. den interessanten Beschluss des BVerfG zur Verfassungsbeschwerde eines Vertragsarztes vom 31.3.1998, Az: 1 BvR 2167/93). Argumentiert wird, dass die Altersgrenze gerechtfertigt sei, da mit ihr die angestrebte, zur Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vom Gesetzgeber für erforderlich gehaltene Beschränkung der Vertragsarztzahlen nicht nur zu Lasten der jüngeren Ärzte verwirklicht werde. Auch sieht das BVerfG die Altersgrenze für Vertragsärzte durch die mögliche nachlassende Leistungsfähigkeit als gerechtfertigt an. „Der Gesundheitsschutz stellt ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut dar, das selbst erhebliche Einschränkungen der Berufswahlfreiheit - auch bei einem freien Beruf - rechtfertigen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Beruf Teil einer Daseinsvorsorge ist, auf die weite Teile der Bevölkerung angewiesen sind“, BVerfG, 1 BvR 2167/93, Rz. 26.

Bis zum Jahr 2006 hatten alle EU-Mitgliedsstaaten eine EU-Richtlinie umzusetzen, die ein Verbot der Altersdiskriminierung normiert. Ob die Altersgrenze für Vertragsärzte gegen EU-Recht verstößt ist zumindest fraglich, da auch die besagte EU-Richtlinie Ungleichbehandlungen wegen Alters zulässt, soweit sie eben (s.o. die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts) durch ein legitimes Ziel gerechtfertigt sind.

Es gilt hier eine Abwägung zwischen den Erfordernissen der Versorgung und den Interessen des ärztlichen sowie psychotherapeutischen Nachwuchses sowie der Selbstbestimmtheit des einzelnen Vertragsarztes vorzunehmen. Letztendlich ist die Frage der Abschaffung der Altersgrenze auch eine Frage des Ausgleichs von Selbstbestimmtheit des Arztes und Verantwortlichkeit den Patienten gegenüber. Die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geschaffene Ausnahmeregelung, bei Unterversorgung von der Altersgrenze absehen zu können,

erscheint für den jetzigen Zeitpunkt als probates Mittel, den verschiedenen Erfordernissen gerecht zu werden.

Kerstin Burgdorf

Bundesverfassungsgericht: Keine Behandlungspflicht bei Basistarifversicherten⁷

Die Honorare für die Behandlung von Patienten im geplanten Basistarif liegen nicht nur deutlich unter den bisherigen PKV-Sätzen – Für die Zahnärzte bedeutet die Beschränkung auf den zweifachen GOZ-Satz sogar eine Vergütung, die noch unter der für die gesetzlich versicherten Patienten liegt. Muss der Arzt oder Zahnarzt daher überhaupt einen Basistarif-Patienten behandeln? Nicht zwangsläufig, betont nun das Bundesverfassungsgericht. Aus den gesetzlichen Vorgaben lasse sich keine Behandlungsverpflichtung ableiten.

Auslöser für diese Stellungnahme des Gerichts waren die Verfassungsbeschwerden eines Arztes und eines Zahnarztes vom März dieses Jahres: Sie wollten höchstrichterlich klären lassen, ob eine Behandlungspflicht zu Lasten von Vertrags(zahn)ärzten überhaupt besteht. Unterstützung erhielten sie durch den Freien Verband Deutscher Zahnärzte, den Privatärztlichen Bundesverband, den Verband der Privatärztlichen Verrechnungs-Stellen und die Vereinigung unabhängiger Vertragszahnärzte. Die Beschwerdeführer hatten gerügt, dass sich die mit einer Behandlungspflicht verbundenen Eingriffe in ihr Grundrecht der Berufsfreiheit bereits wegen Fehlens der erforderlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes nicht rechtfertigen ließen.

Mit Beschlüssen jeweils vom 5. Mai 2008 (Az.: 1 BvR 807/08, 1 BvR 808/08), die erst kürzlich zugestellt wurden, nahm die 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts die Verfassungsbeschwerden zwar nicht zur Entscheidung an – die Begründungen enthalten jedoch Ausführungen, die letztlich den Interessen der Beschwerdeführer und der sie unterstützenden Verbände entsprechen.

In beiden Fällen vertrat die Kammer die Auffassung, die Beschwerdeführer seien nicht beschwerdebefugt, weil sie durch die angegriffenen gesetzlichen Regelungen nicht unmittelbar in ihren Grundrechten betroffen seien. Adressaten des angegriffenen § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V seien nämlich nicht die Vertragsärzte, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Dadurch werde die Rechtsstellung des einzelnen Vertragsarztes „nicht ohne weiteres“ geändert.

Die Kammer führte weiterhin aus: „Die Übertragung eines von der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unabhängigen weiteren Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt nicht als solche zu einer Ausweitung der Pflichten des einzelnen Vertragsarztes. Von Gesetzes wegen ist der Vertragsarzt durch § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, wodurch er an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 75 Abs. 1 SGB V mitwirkt. Da sich die Versorgung der Standard- und Basistarifversicherten außerhalb des Systems vertragsärztlicher Versorgung vollzieht, führt die angegriffene Übertragung des diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags nicht zu einer unmittelbaren Erstreckung der gesetzlichen Behandlungsverpflichtung des Vertragsarztes auf diese Patientengruppe. [...] § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V bestimmt nicht, in welcher Form der über-

⁷ Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von facharzt.de. Erschienen in: facharzt.de v. 6.6.2008

tragene Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen ist; vielmehr bleibt es den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen überlassen, in welcher Art und Weise sie den Auftrag erfüllen. Die Übertragung des Sicherstellungsauftrags steht einer gesetzlichen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, alle ihre Mitglieder zur Behandlung der Standard- und Basistarifversicherten zu verpflichten, daher nicht gleich. Ihnen ist vielmehr eine Gestaltungsfreiheit eingeräumt, kraft derer sie selbstverantwortlich und aufgrund eigener Sachkunde und Willensbildung zu entscheiden haben, wie sie die Aufgabe am zweckmäßigsten lösen“ (Beschluss im Verfahren 1 BvR 808/08, S. 3 f.; fast wortgleich Beschluss im Verfahren 1 BvR 807/08, S. 3 f.).

Prof. Dr. Helge Sodan, Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht (DIGR) und früherer Präsident des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin, hatte vor der Verfassungsbeschwerde ein Gutachten angefertigt, auf das sich die Beschwerdeführer gestützt hatten. Nach der Begründung des Gerichts erklärte er: „Das Bundesverfassungsgericht ist den Vorstellungen des Gesetzgebers nicht gefolgt. Vertrags(zahn)ärzte wie die beiden Beschwerdeführer könnten unter Berufung auf die beiden Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts die Behandlung von Standard- und Basistarifversicherten mit der Begründung verweigern, sie seien eben nur zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung verpflichtet und die Versorgung der Standard- und Basistarifversicherten vollziehe sich außerhalb des Systems vertrags(zahn)ärztlicher Versorgung. Auf dieser Grundlage lässt sich in der Verweigerung der Behandlungen von Standard- und Basistarifversicherten keine Pflichtwidrigkeit der betreffenden Vertrags(zahn)ärzte sehen. Dies gilt selbstverständlich nicht in Fällen, in denen eine ärztliche Pflicht besteht, Menschen in Lebensgefahr beziehungsweise mit Befunden, deren medizinische Versorgung keinen Aufschub duldet, zu behandeln.“

In den beiden Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts vom 5. Mai 2008 wurde in keiner Weise über die Verfassungsmäßigkeit der angegriffenen Regelungen in der Sache entschieden. Die in den Verfassungsbeschwerden aufgeworfenen Fragen bleiben daher einer späteren Klärung vorbehalten. Diese müsste erfolgen, wenn etwa eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung ihre Mitglieder unter Berufung auf den Sicherstellungsauftrag dazu verpflichten sollte, Standard- und Basistarifversicherte zu behandeln. Dagegen könnten sich die Betroffenen im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit und nach Erschöpfung dieses fachgerichtlichen Rechtsweges mit Verfassungsbeschwerden zur Wehr setzen.

Noch nicht entschieden hat das Bundesverfassungsgericht über die übrigen vier Verfassungsbeschwerden, die ebenfalls Ende März 2008 mit Unterstützung der vier genannten Verbände eingereicht wurden. Ein Arzt und ein Zahnarzt greifen jeweils mit ihrer Verfassungsbeschwerde als privat Krankenversicherte die für die private Krankenversicherung gesetzlich geregelte Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs an. Schließlich wenden sich ein Arzt und ein Zahnarzt gegen die nur für die gesetzliche Krankenversicherung geregelte Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Jeder Beschwerdeführer ist Vater von zwei Kindern, für die er eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat mit der Konsequenz der Beitragspflichtigkeit.

Jan Scholz

EUGH-Urteil zu Teilaspekt der sog. „Zeitfensterproblematik“

Der Europäische Gerichtshof (EUGH) hat in einem Urteil vom 28. Juni 2007 (Az.: C-456/05) zu einer Frage entschieden, die die Übergangsregelung des § 95 Abs. 10 SGB V zur Zulassung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betrifft. Zu klären war, ob die **Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eines anderen europäischen Mitgliedstaats** als für die Zulassung anrechenbare Zeit zu gelten hat. Der EUGH urteilte, dass auch im Ausland erbrachte Vorerfahrungen im Sinne von § 95 Abs. 10 SGB V anzuerkennen seien, sofern alle anderen Erfordernisse vorliegen.

Dabei hat der EUGH die **grundsätzliche Rechtmäßigkeit der Regelung in § 95 Abs. 10 SGB V und damit auch die Rechtmäßigkeit der für diesen Zeitraum ausgesprochenen Zulassungen nicht in Frage gestellt**. Er hat sich allein zu einem Teilaspekt geäußert, der sicherlich nur für wenige Einzelfälle relevant werden wird.

Der EUGH hat mit seinem Urteil die Rechtmäßigkeit der seinerzeit bedarfsunabhängig ausgesprochenen KV-Zulassungen in keinster Weise in Frage gestellt. Er hat lediglich den Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert um diejenigen KollegInnen, die die geforderten Vorerfahrungen im Rahmen des Gesundheitswesens eines anderen europäischen Mitgliedsstaats erworben haben. Es ist also – kurzgefasst - nur ein europarechtlicher Aspekt zur sog. „Zeitfenster-Problematik“ hinzugekommen, den der Gesetzgeber des Psychotherapeutengesetzes nicht mitbedacht hatte.

Die Zahl derer, die von diesem Urteil profitieren können, wird eher gering sein. Dennoch zeigt sich hier einmal mehr, dass sich die Gesundheitspolitik an europarechtlichen Standards zu messen hat, die nicht immer selbstverständlich in die Überlegungen mit einbezogen werden. Ob der Vertrag von Lissabon, wenn er denn in Kraft treten sollte, an dieser Haltung etwas ändern kann, wird sich zeigen.

Kerstin Burgdorf

Verwaltungsgericht Göttingen: Pflichtmitgliedschaft in Ärztekammern ist rechtmäßig

Die Pflichtmitgliedschaft von Ärzten in Ärztekammern ist **sowohl mit dem Grundgesetz als auch mit der Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) vereinbar**. Dies hat das Verwaltungsgericht Göttingen in einem Urteil vom 2.7.2008 entschieden und die Klage eines Allgemeinmediziners zurückgewiesen. Damit ist erstinstanzlich entschieden, dass das deutsche Modell der Pflichtmitgliedschaft in Kammern (hier: Ärztekammer) nicht gegen höherrangiges Recht verstößt.

Der Arzt hatte von der Ärztekammer Niedersachsen gefordert, aus der Pflichtmitgliedschaft entlassen zu werden. Als Begründung führte er an, durch den Zwang zur Mitgliedschaft in der Kammer in seinem Grundrecht auf Vereinigungsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 Grundgesetz) beeinträchtigt zu sein. Das Gericht urteilte, dass der Schutzbereich des Art. 9 GG im Sinne einer negativen Vereinigungsfreiheit nicht berührt sei. Der grundgesetzliche Schutz der Vereini-

gungsfreiheit greife nur, wenn es um einen privatrechtlichen Zusammenschluss natürlicher oder juristischer Personen gehe, der auf der Basis von Freiwilligkeit erfolge. Das Element der Freiwilligkeit sei für den Vereinsbegriff des Art. 9 GG konstituierend. Vereinigungen wie die Ärztekammer unterfielen daher von vornherein nicht dem Vereinsbegriff des Art 9 Abs. 1 GG.

Nach Auffassung des VG Göttingen verletze die Pflichtmitgliedschaft den Kläger auch nicht in seiner allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), da die Gründung von beruflichen Zwangsverbänden wie der Ärztekammer und die Inanspruchnahme als Mitglied in derartigen Zwangskorporationen zulässig sei, wenn diese wie im Falle der Ärztekammer öffentlichen Aufgaben dienten und die Mitglieder gewisse Vorteile durch die Tätigkeit der Kammer genießen würden.

Einen Verstoß gegen Art. 11 EMRK sieht das Gericht ebenso wenig, da diese Bestimmung keine Abwehrensprüche gegenüber öffentlich-rechtlichen Zwangsvereinigungen betreffe. Es würde lediglich dann der Schutz der EMRK greifen, wenn Berufstätige durch den Zusammenschluss in der Kammer an der Gründung oder am Beitritt zu anderen berufsständischen Vereinigungen gehindert würden. In Deutschland, wo zahlreiche weitere berufsständische Vereinigungen (Berufsverbände) von Ärzten existierten, sei dies jedoch nicht der Fall.

Urteil des VG Göttingen vom 2.7.2008, Az: 1 A 233/06

Kerstin Burgdorf

**OVG NRW: Tätigkeit als Leiter einer
Erziehungsberatungsstelle ist
psychotherapeutische Tätigkeit i. S. der
Kammerbeitragsordnung
(„Arnsberger Urteil“)**

Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) hat sich am 24.4.2008 mit der Frage befasst, ob die Heranziehung zum Kammerbeitrag bei einem Leiter einer Erziehungsberatungsstelle durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTK NRW) rechtmäßig gewesen ist. Die Kammer hatte den Kläger zu einem Kammerbeitrag in Höhe von 250,- Euro veranlagt. Der Kläger hatte sich bei der Ausgangsinstanz (Verwaltungsgericht Arnsberg, Urteil aus dem Jahre 2004) mit der Begründung, er übe als Leiter einer Beratungsstelle keine psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne der Beitragsordnung der PTK NRW aus, erfolglos gegen die Beitragszahlung gewehrt.

Mit der aktuellen Entscheidung lehnt das OVG NRW den Antrag auf Zulassung der Berufung als unbegründet ab und fasst die geltenden Rechtsgrundsätze nochmals kurz zusammen. In früheren Ausgaben der Rosa Beilage wurde immer wieder ausführlich über die Entwicklung der Rechtsprechung zu den Kammerbeiträgen berichtet. Inzwischen haben sich klare Rechtsauffassungen entwickelt, deren Anwendung im konkreten Fall kein anderes Ergebnis zugelassen haben.


Entscheidend für den vorliegenden Beschluss war einmal mehr die Frage, wann Berufstätige im Sinne des Kammerrechts (hier: Beitragsordnung der Kammer) ihren Beruf ausüben (die Beitragsverpflichtung der PTK NRW knüpft an die Berufstätigkeit an). Das Gericht urteilte, dass die Abgrenzung nicht an die bundesrechtlichen Approbationsregelungen gebunden

sei, sondern vom Landesgesetzgeber (der das Heilberufekammergesetz erlässt) eigenständig vorgenommen werden könne. Dabei dürfe von einem weiten Begriff der Berufsausübung ausgegangen werden. **Die Beitragsordnung der PTK NRW könne daher ohne rechtliche Bedenken von einer psychotherapeutischen Berufsausübung ausgehen, wenn das betreffende Kammermitglied eine Tätigkeit ausübe, bei der Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation waren, eingesetzt oder mitverwendet werden oder mitverwendet werden können.** Ausgehend von dieser Begriffsdefinition beurteilt das OVG NRW die Tätigkeit des Klägers als Leiter einer Erziehungsberatungsstelle als psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne der Beitragsordnung.

Darauf, ob der Kläger psychotherapeutisch im Sinne von § 1 Abs. 3 PsychThG tätig ist, komme es ebenso wenig an wie auf den Umstand, dass er für seine Berufstätigkeit einer Approbation als Psychotherapeut nicht bedürfe. Das OVG bestätigte damit das Ausgangsurteil des VG Arnsberg.

OVG Nordrhein-Westfalen, Az: 5 A 4699/05

Kerstin Burgdorf



www.afp-info.de

Unsere Veranstaltungen sowie die interaktive Fortbildung sind in der Regel bei den zuständigen Landeskammern akkreditiert. Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Nehmen Sie teil an einer

INTERAKTIVEN FORTBILDUNG

Ihnen stehen auf unserer Website akkreditierte Fortbildungseinheiten zur Verfügung, die sich aus wissenschaftlich begründeten Fachartikeln und einer Lernerfolgskontrolle (Multiple-Choice-Fragebogen) zusammensetzen.

Aktuelle Fachartikel

Lang, T. (2008):
Theorie und Praxis der Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie

Hammelstein, P. (2007):
**Psychotherapeutisches Arbeiten mit schwulen Männer
Ein Beitrag zur Diskussion**

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Erfahrungsbericht Praxiskauf

Nach dem Diplom 1996, der Approbation 1999, dem Fachkundenachweis und Arztregister-eintrag 2001, bemühte ich mich seit gut fünf Jahren um eine Zulassung als Psychologische Psychotherapeutin. Zunächst mit wenig Erfolg und in relativer Unkenntnis der gängigen Zulassungspraxis bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Nach einer örtlichen Veränderung bewarb ich mich drei Jahre lang auf fast jeden ausgeschriebenen Sitz bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Nachdem ich dort einige (erfolglose) Zulassungsverfahren komplett durchlaufen hatte, kannte ich nicht nur den gesetzlichen Hintergrund und die (auffallend faire!!!) Zulassungspraxis der KVSH ziemlich gut. Vor allem hatte ich begriffen, dass obwohl für alle KVen die gleichen gesetzlichen Grundlagen für die Zulassungsvergabe bestehen, diese bei jeder KV unterschiedlich gehandhabt werden! Daher ist es wichtig, wenn man sich bei einer KV um eine Zulassung bewirbt, zuvor möglichst gute Informationen von erfahrenen BewerberInnen bei **dieser KV** zu haben, um

nicht zu früh aufzugeben und um zu verstehen, was hinter einzelnen Schritten im Bewerbungsverfahren steht.

So schrecken die KVWL⁸ (wie ich es auch schon von anderen KVen gehört habe) und die jeweiligen Praxisabgeber Bewerber mit dem Hinweis ab, der Abgebende habe sich mit einem Bewerber geeinigt, daher sei eine weitere Bewerbung zwecklos (sinngemäß wiedergegeben). Auch ich bin darauf zunächst dreimal reingefallen. Das ist unzutreffend, denn die Vergabe der Zulassung ist nicht Sache des Abgebenden, sondern des Zulassungsausschusses, und dieser hat die Zulassung nach der Qualifikation (anhand von im Wesentlichen vier gesetzlich vorgegebenen aber bei den KVen unterschiedlich gewichteten Kriterien) zu vergeben. Der Praxisabgebende kann sich zwar mit einem oder mehreren BewerberInnen einigen, vorläufige Kaufverträge machen und auch einen Wunschkandidaten nennen. Allerdings ist der Zulassungsausschuss bei seiner Entscheidung an feste Kriterien gebunden (deshalb scheint es ja auch Sinn zu machen, potentielle Bewerber von vornherein abzuschrecken, um Wunschkandidaten durch das Verfahren zu bekommen.). Das heißt, um beim Zulassungsverfahren überhaupt berücksichtigt zu werden, ist eine Einigung mit dem Abgebenden zunächst nicht notwendig. Es genügt neben einem vollständigen Zulassungsantrag bei der zuständigen KV eine formlose Erklärung, dass der Bewerber bereit ist, den Verkehrswert der Praxis zu bezahlen (sog. „Verkehrswerterklärung“).

Noch ärgerlicher ist meines Erachtens aber die Frage des Kaufpreises, für den mensch in den meisten Fällen heutzutage ja nicht viel mehr als einen sog. ideellen Gegenwert erhält. Zu diesem Thema gibt es hier und an anderer Stelle ja immer wieder Appelle an Abgebende und Bewerber, fair miteinander umzugehen. Doch scheint dies im Falle des Verkaufs häufig hinter dem Interesse, einen möglichst hohen Kaufpreis zu erzielen zurück zu stehen. Ich will hier nicht die ganze Debatte wiederholen, sondern von meinen Erfahrungen bei der KVSH berichten:

Das Ergebnis vorweg: ich habe eine Zulassung für Flensburg bekommen! Der Weg dahin war steinig. Zunächst möchte ich auf einige Besonderheiten der KVSH eingehen:

- Die KVSH schreibt alle KollegInnen, die auf der Warteliste stehen, an, wenn ein Niedergelassener seine Praxis aufgibt. Zugleich werden alle Interessenten (Warteliste) **unabhängig vom Grundberuf und Therapieverfahren des Abgebenden** angeschrieben. D.h. jeder PP und KJP kann sich auf einen ärztlichen Psychotherapeutenplatz und umgekehrt bewerben. Im Zulassungsverfahren gibt der Zulassungsausschuss in bestimmten Fällen ärztlichen Therapeuten bzw. KJP den Vorrang, wenn sich aber kein solcher bewirbt, bekommen auch „nichtärztliche“ und „Erwachsenentherapeuten“ die Zulassung. Und z.B. kann eine TP-Praxis auch von einem VTler übernommen werden usw.
- Die MitarbeiterInnen der Zulassungsabteilung der KVSH sind mir zudem durch ihre sehr umfangreiche, kompetente und faire Beratung auch für BewerberInnen aufgefallen. So wurde ich zum Beispiel **von Seiten der KV** darauf hingewiesen, dass für einen gültigen Zulassungsantrag kein Kaufvertrag vorliegen muss, sondern eine „Verkehrswerterklärung“ des Bewerbers ausreicht. Dazu aber gleich noch mehr.

Ich bewarb mich also auf die Praxis eines ärztlichen Psychotherapeuten mit TP-Zulassung (als „VTlerin“). Im ersten Telefonat mit dem abgebenden Arzt erfuhr ich, dass keine materiellen

⁸ Genau genommen ist hier nicht die KV die entscheidende Stelle, sondern die Geschäftsstelle des jeweiligen regionalen Zulassungsausschusses (gebildet aus den Vertretern der Ärzte/Psychotherapeuten [in der KV] und den Vertretern der regionalen Krankenkassen. Der Zulassungsausschuss hat allerdings zumeist seine Geschäftsstelle innerhalb der jeweiligen KV (und es gibt häufig auch Personenidentität mit Mitarbeitern der KV).

Werte und auch keine Praxisräume übergeben werden sollten, er als Kaufpreis jedoch 45.000 Euro haben wollte. Dies ist für die Verhältnisse in Schleswig-Holstein ein völlig unüblicher Preis (Kaufpreise lagen dort in den letzten drei Jahren im Schnitt zwischen 15.000 und 25.000 Euro). Zudem teilte er auf Nachfrage mit, dass er eine reine Psychotherapiepraxis geführt und somit keine weiteren ärztlichen Leistungen (psychosomatische Grundversorgung) abgerechnet habe. Diese Information ist wichtig, da bei ärztlichen Praxen, die auch psychosomatische Grundversorgung geleistet haben, Psychologische Psychotherapeuten (zumindest bei der KVSH) nur dann eine Chance auf Zulassung haben, wenn sich kein ärztlicher Kollege beworben hat.

Da ich mit dem Kaufpreis absolut nicht einverstanden war, stellte ich bei der KVSH einen Zulassungsantrag und erklärte zugleich schriftlich, dass ich im Falle meiner Zulassung bereit wäre, den „Verkehrswert“ der Praxis zu bezahlen. Zwei Wochen vor der Verhandlung erhielt ich mit der Ladung eine anonymisierte Übersicht aller Bewerber mit Vergleichstabelle der Zulassungskriterien (Diplom, Approbation, Dauer der therapeutischen Tätigkeit in Monaten, Wartelisteneintrag). Telefonisch erfuhr ich von der KV, dass von den insgesamt vier Bewerbern nur einer bereits einen Kaufvertrag unterschrieben hatte. Ich stand jedoch bei allen vier Kriterien auf dem ersten Platz.

Nachdem ich mich zwischenzeitlich mit dem gesetzlichen Hintergrund etwas vertraut gemacht hatte und mich durch Beiträge z.B. in der Rosa Beilage und im Internet zu Verkehrswertermittlungen ermutigt fühlte, wollte ich es darauf ankommen lassen, wie der Zulassungsausschuss sich zum Verkehrswert dieser Praxis äußern würde und welchen Betrag eine Verkehrswertermittlung ggf. ergäbe. Von der KVSH wusste ich, dass der Zulassungsausschuss immer auf eine gütliche Einigung zwischen Abgebendem und Käufer gedrängt hatte und es dort bislang noch in keinem Fall zu einer gutachterlichen Verkehrswertermittlung gekommen war.

Zehn Tage vor der Verhandlung erhielt ich jedoch ein Einschreiben des Praxisabgebenden, der behauptete, ich müsse zur Zulassungsverhandlung einen Kaufvertrag vorlegen und mir sogleich einen vorgefertigten Kaufvertrag über inzwischen 30.000 Euro beilegte. Sollte ich mit dem Kaufpreis nicht einverstanden sein, könne ich eben keinen Kaufvertrag vorlegen, er jedoch sei seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen. Trotz meines Ärgers über dieses Druckmachen, trat ich mit dem Verkäufer in Dialog und versuchte, noch vor der Verhandlung zu einer Einigung zu kommen. Ich wies darauf hin, dass ebenfalls entgegen seiner Auffassung, der Zulassungsausschuss habe sich an den wirtschaftlichen Interessen des Verkäufers zu orientieren, vielmehr die „wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben“ gemäß § 103 Abs. 4 SGB V „nur insoweit zu berücksichtigen seien, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteige“.

Die 1,5-wöchigen Verhandlungen vor dem Termin beim Zulassungsausschuss waren sehr mühsam und letztlich erfolglos, weil der Verkäufer einerseits wenig Ahnung vom regelrechten Ablauf eines Zulassungsverfahrens hatte, nur mit "Marktwertvorstellungen" (er habe doch unterschriebene Vorverträge mit Interessenten über 30.000 und 40.000 Euro vorliegen) argumentierte, sich auf konkrete Berechnungen und Modelle nicht einließ, sich vor allem völlig im Recht fühlte ("Ich bin Arzt!") und sich überhaupt nicht bewegte. Auch mein letztes Angebot von 25.000 Euro lehnte er ab. Soviel hatte ich für vergleichbare Praxen in Schleswig-Holstein bereits geboten. So stärkte ich meine Position noch einmal durch Rücksprachen mit der Rechtsberatung der DGVT, Frau Burgdorf, den Psychotherapeutenkammern Hamburg und Schleswig-Holstein sowie der Betriebswirtschaftlerin der KVSH und fuhr nur mit der Verkehrswerterklärung in der Tasche zur Zulassungsverhandlung.

Dort zeigte sich beim Warten vor der Verhandlung, dass der Abgeber sich offensichtlich mit dem Zweitplatzierten auf 30.000 Euro gut geeinigt hatte und diesen als Nachfolger wünschte. Nachdem der Zulassungsausschuss zunächst den Verkäufer alleine im Gespräch hatte, wurde

auch ich einzeln hereingebeten. Deutlich war, dass der Zulassungsausschuss mit der fehlenden Einigung zwischen Verkäufer und mir höchst unglücklich war und mich (wie vermutlich zuvor auch den Abgebenden) eindringlich vor den Konsequenzen (Praxiswertgutachten) warnte und geradezu bedrängte, doch noch zu einer Einigung zu kommen. Dennoch blieb ich bei meiner Haltung, nachdem z.B. auch die PTK Hamburg (der Geschäftsführer dort war übrigens überaus freundlich, hilfreich, kompetent und bestärkend) und andere Fachleute eher von geringeren Gutachtenergebnissen bis zu 20.000 Euro ausgingen.

In der Verhandlung mit dem Mitbewerber und dem Praxiseigner setzte sich dieses Mahnen noch einmal fort. Danach erkannte der Ausschuss jedoch mir auf Grund der Kriterien für die Qualifikation die Zulassung zu und wies auch Einwände des Zweitplatzierten, der vorschlug, wegen des fehlenden Kaufvertrages die Kriterien zu erweitern, sehr deutlich zurück. Dem Abgebenden und mir wurde schließlich eine Frist von vier Wochen gesetzt, uns zu einigen. Erst nach Verstreichen dieser Frist und unserer Mitteilung eines Misserfolgs werde der Zulassungsausschuss ein Verkehrswertgutachten in Auftrag geben. Die Betriebswirtschaftlerin der KVSH vermutete übrigens, die Kosten für das Gutachten trage die KV, wusste es allerdings nicht genau, da dies in Schleswig-Holstein noch nicht vorgekommen sei.

Wir versuchten zwar an demselben Abend noch mit dem Verkäufer persönlich zu einer Einigung zu kommen, konnten uns aber nicht entschließen, seinen Vorschlag (den er wegen eines Rechenfehlers falsch bezifferte) anzunehmen. Wieder zuhause stieß ich auf den Rechenfehler des Verkäufers bei seinem Angebot. Nach Korrektur dieses Fehlers haben wir uns schließlich bei einem Kaufpreis von 23.500 Euro geeinigt.

Mein Fazit aus fünf Jahren Bewerbungsbemühungen bei zwei verschiedenen KVen: Die Unterschiede in der Handhabung der Gesetzesvorlagen zur Zulassungsvergabe und zum Praxisverkauf sind zwischen den verschiedenen KVen immens groß. Ein Bewerber sollte im Vorfeld gute Kenntnisse der jeweiligen Vergabep Praxis haben. Jemand, der schon einige Verfahren bei einer KV mitgemacht hat, hätte für neue Bewerber (aber auch für die Praxisabgebenden, die wenn überhaupt mal ein Seminar zum Praxisverkauf mitmachen, aber sich zumeist auch nicht halb so gut auskennen, wie erfahrene Bewerber) mit Sicherheit viele wichtige und hilfreiche Informationen und Tipps zu bieten. Leider gibt es solche Informationsseiten (noch besser wäre ein Forum mit Untergruppen für jeden KV-Bereich oder ähnliches) nicht im Netz und auch das von unserer Kollegin Frau Pielsticker bei der DGVT bzw. dem Fortbildungsträger angebotene Seminar (das ich vor 1,5 Jahren besuchte) bietet zwar eine Fülle recht allgemein gehaltener guter Informationen zu Bewerbung, Zulassung und der Niederlassung, aber eben nicht die Erfahrung mit verschiedenen KVen. Schade, denn ich wünschte mir wirklich, es würde bei den Praxisübergaben (solange es noch KVen, Einzelpraxen und solche Praxisübergaben gibt) von Verkäufer- und Käuferseite kollegialer und fairer miteinander umgegangen und die gegenseitige Verantwortung respektiert, anstatt nur mit fadenscheinigsten Argumenten zu versuchen, Kapital aus den Zulassungsbeschränkungen zu schlagen!

Für alle KollegInnen, die sich niederlassen wollen, ist es meines Erachtens wichtig, sich auch von anderer Seite gut zu informieren und Unterstützung zu suchen. Sehr schnell fühlt man sich bei den üblichen hohen Bewerberzahlen (die nach meiner Einschätzung durch die Erhöhung der Antragsgebühr bei allen KVen von 25.- auf 100.- etwas weniger werden) in der schwächsten Position. Dass dem nicht so ist, macht alleine schon die Überlegung klar, dass ein Praxisabgebender seine Praxis nur einmal verkaufen kann, wir uns aber immer wieder auf Praxissitze bewerben können und die Zahl der Ausschreibungen tatsächlich zunimmt (Demografie). Zudem muss ein aus Altersgründen abgebender Kollege seinen Sitz innerhalb von sechs Monaten übergeben, sonst verfällt der Sitz! Da die Zulassungsausschüsse alle gültigen Bewerbungen (auch ohne Kaufvertrag und nur mit Verkehrswerterklärung) berücksichtigen und die Entscheidung anhand der Qualifikation treffen müssen, sollte auch ohne eine Einigung mit dem Abgebenden im Vorfeld der Verhandlung, Chancengleichheit bestehen.

Unterstützung, Ermutigung, juristischen Rat und Rückendeckung gibt es nach meiner Erfahrung z.B. bei der DGVT-Geschäftsstelle (Frau Burgdorf), den örtlich zuständigen aber auch fremden Psychotherapeutenkammern⁹ sowie zum Teil bei den Zulassungsabteilungen der KVen. Sehr gute Erfahrungen habe ich hier bei der Zulassungsabteilung der KVSH gemacht, die auch eine Betriebswirtschaftlerin hat, die Praxisabgebenden aber auch Käufern bei der Ermittlung eines realistischen Verkehrswertes Rat gibt. Zudem war es bei der KVSH ohne zusätzliche Hürden möglich, kurz vor Ablauf der Bewerbungsfrist bei der Zulassungsabteilung vor der rechtskräftigen und damit kostenpflichtigen Bewerbung Auskünfte über die Zahl der vorliegenden Bewerbungen und deren (selbstverständlich anonym) Berufserfahrung und Diplomalter zu bekommen, um die Chancen der eigenen Bewerbung abschätzen zu können und so aussichtslose und unnötig teure (immerhin 100 Euro pro Zulassungsantrag) Bewerbungen zu sparen.

Für weitere Fragen von interessierten KollegInnen - insbesondere im Bereich der KVSH - stehe ich gerne per E-Mail unter info@angela.kartschall.net zur Verfügung.

Angela Kartschall

Doppelter Arzt-/Psychotherapeutenregistereintrag?

Ob neben der zweifachen Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (zumeist ermöglicht durch die Übergangsregelungen zum Psychotherapeutengesetz (PsychThG)) auch der doppelten Arzt-Psychotherapeutenregistereintrag von den Registerstellen zu gewähren ist, wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bislang uneinheitlich beantwortet. Viele KVen gingen davon aus, dass ein doppelter Arzt-/Psychotherapeutenregistereintrag grundsätzlich nicht möglich ist.

Für KollegInnen, die keine KV-Zulassung besitzen, dürfte diese Frage durchaus relevant sein. Die meisten Tarife der Privatversicherungen sehen als Voraussetzung, privat versicherte Erwachsene, Kinder und Jugendliche zu Lasten der Versicherung behandeln zu können, das Vorliegen der Approbation und eines entsprechenden Eintrags ins Arztregister vor. Somit kann der Doppeleintrag beruflich entscheidend sein und nicht nur eine bloße Formalität darstellen.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 31.8.2005 (Az: B 6 KA 68/04) darauf hingewiesen, dass diejenigen, die eine Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister sowohl als Psychologischer Psychotherapeut als auch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut anstreben, auch die Voraussetzungen für den Fachkundenachweis hinsichtlich des jeweiligen Berufes vollständig zu erfüllen haben. Diese Ausführung impliziert, dass der Doppeleintrag ins Arzt-/Psychotherapeutenregister möglich ist, soweit eben die Voraussetzungen jeweils vorliegen. Einige KVen haben ihre bisherige Rechtsauffassung revidiert. Sie lassen künftig den doppelten Arzt-/Psychotherapeutenregistereintrag zu, sofern alle o. g. Voraussetzungen vorliegen.

⁹ So setzt sich beispielsweise die PTK Hamburg sehr engagiert für ein faires und durchschaubares Modell zur Berechnung des Verkehrswertes ein, wie diverse Publikationen im Netz zeigen. Der dortige Geschäftsführer hat auch mir drei Tage vor der Verhandlung sehr viel Mut gemacht und mich in meiner Verhandlungsposition bestärkt.

Exkurs: Voraussetzungen für den Eintrag ins Arzt-/Psychotherapeutenregister (dieses wird von den regional zuständigen KVen geführt), ist neben der Approbation das Vorliegen des sog. Fachkundenachweises. Die konkreten Voraussetzungen für den Fachkundenachweis sind abhängig von der Rechtsgrundlage, nach der die Approbation erteilt wurde (§ 2 Abs. 1, § 2 Abs. 2 und 3 bzw. § 12 PsychThG).

Wir wären sehr an Rückmeldungen unserer Mitglieder interessiert über die aktuelle Umgehungsweise der KVen mit diesem Thema: DGVT-Bundesgeschäftsstelle, Tel: 07071-9434-13, E-Mail: burgdorf@dgv.de.

Kerstin Burgdorf

Qualitätsmanagement wollen? Qualitätsmanagement finanzieren?

Alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten müssen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz eine Qualitätssicherung in ihrer Praxis einführen. SGB V § 135 a (1) bestimmt, dass in den Praxen der Niedergelassenen eine Qualitätssicherung einzuführen und weiterzuentwickeln ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136 a die Ausführungsbestimmungen, Richtlinien nach § 92 des SGB V, zu erlassen. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung ist am 1.1.2006 in Kraft getreten. Praxisgründer, die gerade erst eine KV-Zulassung erhalten haben, haben nach der Richtlinie vier Jahre Zeit, ein solches QM-System zu installieren.

Was passiert, wenn Vertragspsychotherapeuten diese Richtlinie nicht einhalten, ist momentan noch nicht klar. Die Frist läuft zum 1. Januar 2010 aus. Der G-BA kann vermutlich auch Konsequenzen erlassen, wenn der/die VertragspsychotherapeutIn seiner Verpflichtung nicht ausreichend nachkommt, hat dies aber bisher noch nicht getan.

Die Richtlinien des G-BA wurden vielerorts kritisch diskutiert¹⁰. Auf der anderen Seite werben einzelne Verbände und die Kassenärztliche Vereinigung für eine Zertifizierung von Praxen. So weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)¹¹ darauf hin, dass Ärzte bis Ende 2008 ein Qualitätsmanagement (QM)-System in ihren Praxen eingeführt haben „sollten“. KBV-Vorstandsvorsitzender Köhler wirbt für die Zertifizierung des Praxis-QMs und hat dafür auch ein KBV-eigenes Produkt parat – QEP®, Qualität und Entwicklung in Praxen. In Zukunft ist ein „Qualitätssiegel“ angedacht.

Aus welchen Geldquellen die Kleinstpraxen (mit einem Leistungserbringer) eine solche Investition erbringen können, die ihnen nur zusätzliche Kosten, aber *bisher* keine zusätzlichen Einkommen einbringt, bleibt offen. Experten raten jedoch von einem vorschnellen Kauf der Produkte ab. Was der Gesetzgeber verlangt, der G-BA für notwendig hält und dem Psychotherapeuten in seiner Berufsausübung nützen könnte, sind womöglich verschiedene Dinge.

Doch im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz könnte sich QM plötzlich doch für die Einzelpraxis lohnen bzw. Versäumnisse könnten zu Abzügen führen, so die Zukunftsmusik. Am 14. März 2008 hat der Bundestag einen neuen Absatz zum § 136 SGB V beschlossen, der besagt

¹⁰ z.B. von Wolfgang Palm (2006) in Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38 (2), S. 486 ff., von Werner Lemisz in Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38 (2), S. 493 ff.

¹¹ Quelle: www.aerzteblatt.de am 22. April 2008

„(4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen der § 87a bis c ab dem 1. Januar 2009 gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von den nach § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.“

Mit diesem Passus können noch zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden. Eine effektive Qualitätssicherung bedürfe solcher Anreize, so die Begründung des Gesetzestextes. Die Kostenneutralität sei durch die „obligatorische Ausgleichsregelung in Satz 2“ sicher gestellt.

Durch die Neukonstruktion der Vergütungsregelungen hätten die KVen und Krankenkassen sonst keine Möglichkeiten mehr auf regionaler Ebene vergütungsbezogene Qualitätssicherungskonzepte zu vereinbaren.

Das Gesetz trifft zum 1. Juli 2008 in Kraft.

Weitere Informationen: <http://www.bundestag.de/>

Förderung von QM-Beratung

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) unterstützt u. a. kleine und mittlere Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft sowie Freiberufler bei allen Fragen zur Unternehmensführung. Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementberatung sind dann förderfähig, wenn sie eine konzeptionelle Beratungsleistung beinhalten und sich nicht in der Überreichung eines QM-Handbuches erschöpfen. In der Beratung sollten enthalten sein, warum die Einführung eines QM-Systems notwendig ist, wie dadurch der Praxisablauf optimiert und Störgrößen abgebaut werden können und wie das Unternehmen die einzelnen DIN-Anforderungen einführen und umsetzen kann.

Gefördert werden nur die Kosten für eine Beratung zur Einführung des QM-Systems, nicht die Zertifizierungskosten. Der Zuschuss zu den Kosten einer Beratung beträgt 40% der Beratungskosten, maximal jedoch 1.500 Euro. Einen Antrag für diesen Zuschuss kann der Beratene innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Beratung stellen.

Die Fördervoraussetzungen dieser Programme sind im Einzelnen in den Richtlinien zur Förderung von Unternehmensberatungen geregelt, die nunmehr bis zum 30.6.2008 verlängert wurden. Ab 1.7.2008 wird es wahrscheinlich eine neue Regelung geben, die eine Förderung weiterhin ermöglicht.

Antragsvordrucke, sowie die aktuell gültigen Richtlinien können Beratene auf der Homepage der Leitstelle für Gewerbeförderungsmittel des Bundes abrufen.

Kontakt: www.leitstelle.org

Weitere Informationen: www.g-ba.de

Katja Kühlmeyer

Leitlinien zum Datenschutz in Praxen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) haben ihren seit 1996 herausgegebenen Leitfaden „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ aktualisiert.

Neuerungen finden sich bei der Regelung für betriebliche Datenschutzbeauftragte, der Verarbeitung elektronischer Dokumente sowie bei IT-Schutzmaßnahmen. Bisher galt: Praxisrechner, die Patientendaten verwalten, dürfen nicht ans Internet. Dies ist nun nicht mehr zwingend, sofern der Provider einen entsprechenden Schutz durch Firewalls garantiert. Anhand des Leitfadens können Ärzte und Psychotherapeuten nochmals überprüfen, was der Stand der Technik ist, welche Bereiche auf ihn zutreffen und ob er seine Praxis in puncto Sicherheit richtig organisiert hat.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kbv.de/rechtsquellen/11958.html.

Weitere Informationen

Die PsyCase-Manager der Deutschen Angestellten Krankenkasse

Die DAK hat bundesweit 330 PsyCase-Manager ausgebildet, die psychisch kranke Versicherte auf der Suche nach angemessener Hilfe beraten sollen. Die Pilotphase in Hessen und Rheinland-Pfalz ist abgeschlossen. Das Projekt soll jetzt bundesweit eingeführt werden.

Ein PsyCase-Manager ist ein „geschulter Sachbearbeiter“, der die „Versorgungskoordination“ eines Patienten mit einer psychischen oder (psycho-)somatischen Störung über den Krankheitsverlauf übernimmt. Im Modellprojekt handelte es sich um erfahrene Krankenversicherungsfachangestellte, die eine Schulung in Gesprächsführung und „speziell aufgearbeitete Informationen über die Krankheitsbilder“ erhalten haben.

Auswahlkriterium, um als PatientIn von einem PsyCase-Manager betreut zu werden, war die Diagnose einer bestimmten psychischen Störung (u.a. Depression und Angststörung) oder somatischen Erkrankung (u.a. Kopf- oder Rückenschmerzen) und

- lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder
- bereits in Anspruch genommene Krankenhausbehandlungen oder
- in Anspruch genommene Rehabilitationsmaßnahmen oder
- ambulante Psychotherapie.

Im nächsten Schritt wurde eine persönliche Klärung des „sozialen und beruflichen Umfelds“ der Versicherten vorgenommen. Die Selektion der Experimentalgruppe (N=306) erfolgte also nicht zufällig, sondern im Rahmen des von dem Case-Manager gesteuerten Selektionsprozesses. Der Versicherte wurde erst nach seiner Selektion um sein Einverständnis für die Teilnahme an der Studie gebeten.

Die Kontrollgruppe bestand aus Versicherten, die ebenfalls den Auswahlkriterien entsprechen, die aber in anderen Bundesländern lebten (N=530). Sie wurde von „normalen AU-Fallkoordinatoren“ betreut.

Experimental- und Kontrollgruppe waren zwar in Alter und Geschlecht vergleichbar, unterschieden sich jedoch in beinahe allen anderen Variablen zum Messzeitpunkt vor Beginn der Maßnahme (t0), z.B. der Häufigkeiten der Diagnosen in den ausgewählten Erkrankungen, im Ausmaß ihrer Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, in den für die Krankenkasse entstandenen Kosten und in der Selbsteinschätzung ihres eigenen Gesundheitszustands. Eine Vergleichbarkeit zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe ist daher fraglich.

Die Maßnahmen, die der Case-Manager einleitete, waren ein mündlich-persönliches Beratungsgespräch von ca. 45 Minuten. Die häufigste Maßnahme, die dann erfolgte, war (der Versuch der) Weitervermittlung in ambulante Psychotherapie. Die zweithäufigste Maßnahme war die Weitervermittlung zu einem Facharzt. Darüber hinaus wurden die PatientInnen auch in stationäre Behandlung oder in Selbsthilfegruppen vermittelt.

Nach zwei Jahren wurden die PatientInnen erneut untersucht. Ein eindeutiges Ergebnis zugunsten der Experimentalgruppe ergab sich nicht. Bei beiden Gruppen ließen sich Verbesserungen in allen Messbereichen feststellen. Dennoch wird interpretiert, dass es zu einer stärkeren Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Experimentalgruppe gekommen ist. Obwohl sich die Behandlungskosten in der Experimentalgruppe durch die Maßnahme sogar erhöht hatten, in der Kontrollgruppe hingegen gesunken sind, werden langfristig kostensparende Effekte durch das Case-Management erwartet und sollen im Folgezeitraum überprüft werden.

Die Ergebnisse werden als Erfolg für das Case-Management-System gewertet.

Die PsyCase-Manager sollen bereits Ende des Jahres deutschlandweit eingesetzt werden. Als problematisch bei dieser neuen Versorgungsform wird die fehlende institutionelle Schweigepflicht der SachbearbeiterInnen gesehen. Besonders schwierig wird außerdem die generelle Frage der Gewährleistung des Datenschutzes durch solche „aufsuchenden“ Angebote von Seiten der Krankenkassen gewertet. Kann der Arzt so seine Schweigepflicht überhaupt gewährleisten?

Darüber hinaus haben PsyCase-Manager eine relativ kurze fachliche Ausbildung erhalten, treffen jedoch komplexe Behandlungsentscheidungen, die bisher akademisch ausgebildeten Fachkräften vorbehalten waren.

Zusätzlich mischen sich Kostenträger in die Behandlungsentscheidungen von Versicherten ein und schränken so unter Umständen ihre freie Arztwahl ein. Aus der Sicht von PP/KJP, die die Leistung erbringen, die zu einer Besserung des Gesundheitszustands der Versicherten führte, wäre die Zulassung von mehr Leistungserbringern wünschenswert, damit eine Vermittlung nicht so aufwendig und bürokratisch erfolgen muss.

Der ausführliche Bericht kann bei der DAK angefordert werden.

Kontakt: <http://www.dak.de/>

Katja Kühlmeyer

Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse (TK): Schwerpunkt Psychische Gesundheit

Bei jedem fünften Erwerbstätigen in Deutschland wurde im Jahr 2006 bei einem Arztbesuch mindestens einmal die Diagnose "Psychische Störung" gestellt. Das geht aus einem Gesundheitsreport hervor, den die Techniker Krankenkasse – tk-online.de/ – (TK) am 11. Juni 2008 in Berlin vorgestellt hat. Ausgewertet wurden im Auftrag der TK Daten von 2,5 Millionen Erwerbspersonen zwischen 15 und 64 Jahren sowie Diagnosedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Frauen waren mit einem Anteil von 32 Prozent dabei mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer mit 15 Prozent. Allerdings wurde nur jede siebte Person mit einer entsprechenden Diagnose auch krankgeschrieben. Dennoch zeigten sich bei Erwerbstätigen mit der Diagnose einer psychischen Störung mit durchschnittlich 22,7 AU-Tagen im Jahr 2006 dreimal so hohe Fehlzeiten wie in einer Vergleichsgruppe mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur ohne Diagnose einer psychischen Störung, in der je Person durchschnittlich lediglich 7,6 AU-Tage erfasst wurden.

Bei dem Anteil an Erwerbstätigen mit Psycho-Diagnosen lagen die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin an der Spitze. In Ostdeutschland wurden hingegen deutlich seltener Psycho-Diagnosen gestellt.

Zu den von einer psychischen Störung am meisten betroffenen Erwerbstätigen gehören TelefonistInnen (31,9 %), Kindergärtnerinnen (30,6 %), HeimleiterInnen/SozialpädagogInnen (30,4 %) und Empfänger von Arbeitslosengeld I (28,3 %). Ärzte und Physiker waren dagegen mit knapp 15 Prozent deutlich weniger gefährdet. Häufigste Einzeldiagnosen waren somatoforme Störungen, Depressionen sowie schwere Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen.

Den ausführlichen Gesundheitsreport finden Sie unter www.tk-online.de

Arztsuche und Arztbewertung im Internet

Auf einigen Internetseiten ist die Bewertung von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) durch Patienten möglich.

Beispielsweise auf der Internetseite „DocInsider.de“ können Patienten die aufgesuchte Praxis, den Arzt und das Praxispersonal im Anschluss an ihre Behandlung öffentlich bewerten. Neben der Möglichkeit auf verschiedenen Skalen Punkte zu vergeben, können frei Kommentare geschrieben werden. In einer Art Forum können Fragen an die anderen User gestellt werden.

Die Bewertung kann anonym erfolgen, was die Möglichkeit der Verfälschung und des Missbrauchs erhöht. Kommt es zur „üblen Nachrede“ können Äußerungen gemeldet werden, die dann von den Betreibern gelöscht werden können. In extremen Fällen kann theoretisch gerichtlich gegen solche Kommentare vorgegangen werden. Problematisch ist dabei jedoch, dass ein Urheber diffamierender Äußerungen, wenn er möchte, im Internet nicht zu identifizieren ist. Kritisch ist außerdem zu sehen, dass die Daten aller Vertragsärzte durch den Anbieter der Seite eingepflegt wurden und der Anbieter von psychotherapeutischen Leistungen sich

nicht selbst auf der Internetplattform angemeldet hat. Dennoch wird von den Betreibern „erwartet“, dass Leistungsanbieter ihre Daten z.B. durch Fotos oder die Angabe ihrer Sprechzeiten selbst ergänzen.

Die Evaluation einer Leistung allein durch Bekundung von Zufriedenheit ist außerdem anfällig für Verfälschungen. Hier melden sich oft Personen an den „Randbereichen“ der Zufriedenheit zu Wort, die unzufriedenen und sehr zufriedenen Nutzer. Außerdem können extreme Erfahrungen eher zu einem Eintrag des Patienten führen, als der „durchschnittliche“ Arztbesuch.

Abgesehen von den Gefahren einer solchen Plattform, ist ihr jedoch auch Positives abzugewinnen. Sie ermöglicht dem Patienten frei seine Meinung zu äußern. Sie ist ein Instrument der Qualitätssicherung, schafft Vergleich und Transparenz. Patienten können sich in der Beziehung zu ihrem Psychotherapeuten machtlos fühlen und auf diese Art, einen Ausgleich herstellen, mit allen Vor- und Nachteilen, die eine öffentliche, jedoch anonyme Meinungsäußerung mit sich bringt. Sie kann in der Wahl des Psychotherapeuten letztendlich nur eine Informationsquelle von vielen sein.

Kontakt: www.docinsider.de

Robert-Koch-Institut veröffentlicht Studie zur psychotherapeutischen Versorgung

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung „Bundes-Gesundheitssurvey 1998“ des Robert Koch-Instituts ist nun das Heft 41 (Forschungsgruppe Koch/Schulz, Hamburg) zur "Psychotherapeutische Versorgung" erschienen. Die umfangreichsten Daten zu Verbreitung psychischer Störungen stammen aus dem "Bundes-Gesundheitssurvey 1998" des Robert Koch-Instituts, dem ein spezielles Modul zu psychischen Störungen angeschlossen war.

Das neue Heft gibt Antworten auf viele versorgungsrelevante Fragen. Thema der rund 40 Seiten umfassenden Teilstudie sind die Angebote der psychotherapeutischen Versorgung: die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Ambulanzen, Psychosoziale Beratungsstellen oder Tageskliniken und die stationäre Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

Das Heft kann schriftlich kostenlos bestellt werden (Robert Koch-Institut, GBE, Seestraße 10, 13353 Berlin, E-Mail: gbe@rki.de, Fax: 030-18754-3513) und ist auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts abrufbar. Weitere Informationen: Robert Koch-Institut: www.rki.de

Hinweis an unsere Mitglieder:

Folgende Mailinglisten stehen Mitgliedern der DGVT zum fachlichen kollegialen Erfahrungsaustausch zur Verfügung:

niedergelassene@dgvt.de (Organisatorisches, Berufspolitisches und Rechtliches rund um den Praxissitz – aktuelle Themen: Gutachterfragen, Honorarfragen, Jobsharing, Anstellungsverhältnis)

kostenerstattung@dgvt.de (Archiv mit Formularen für Anträge, Erfahrungsaustausch über einzelne Krankenkassen. Rechtliche Fragen rund um das Thema Kostenerstattung werden von unserer Juristin im Rahmen der Mailingliste beantwortet.)

Anmeldung über die DGVT-Bundesgeschäftsstelle per E-Mail: dgvt@dgvt.de.

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Berlin:** Treffen der Berliner Landesgruppe am 9.9.2008, 19:00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Sybelstr. 9, 10629 Berlin.
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Rostocker Reihe Nr. 6: Maria Schubert – „Diagnostik des Asperger-Syndroms“ am 22.10.2008, 20:00 Uhr, CJD Rostock (Kontakt über mv@dgv.de oder rostock@afp-info.de oder Tel: 03 81-8 57 70 57).
- **Saarland:** 25. November bis 8. Dezember 2008: Wahl zur Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
- **Schleswig-Holstein:** DGVT-Aktiv-Treffen am 3.9.2008, 19:00 Uhr in Weede, Gaststätte Paradiso. Nähere Infos über die LandessprecherInnen.
Regionale Mitgliederversammlung am 30.10.2008, 19:00 Uhr in Kiel. Schriftliche Einladung an die Mitglieder folgt.
- **Thüringen:** Regionale Mitgliederversammlung mit Fortbildung (Dipl.-Psych. Viktoria Ritter, „Therapiestudie: Psychodynamische Kurzzeittherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie“) am 30.9.2008, 18.00 Uhr in den Räumlichkeiten der KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar.



www.afp-info.de

Unsere Veranstaltungen sowie die interaktive Fortbildung sind in der Regel bei den zuständigen Landeskammern akkreditiert. Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Neuer Veranstaltungsort der Fortbildung:

Methoden der
Energetischen Psychotherapie

mit Christof Eschenröder

27. - 28. September 2008

Jetzt in **Mannheim!**

