



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 2/2011
18. Mai 2011

Aus dem Inhalt

- **Therapieunterbringungsgesetz: Psychiatrisierung von gefährlichen Straftätern wirft die Psychiatrie Deutschlands um Jahrzehnte zurück!**
Heiner Keupp
- **Versorgungsstrukturgesetz: Psychotherapeutische Versorgung unzureichend berücksichtigt!**
- **Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen - Entwurf einer „Differenzwertmethode“**
Wolfgang Bürger

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen
Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen
Telefon 07071 9434-0
Telefax 07071 9434-35
E-Mail: dgvt@dgvt.de
Internet: www.dgvt.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Vorstand der DGVT.
Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die
Meinung der DGVT wieder.

Copyright:

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Satz:

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen
Lia Kailer und Suse Stengel

Druck:

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **ThUG: Psychiatrisierung von gefährlichen Straftätern wirft die Psychiatrie Deutschlands um Jahrzehnte zurück!**.....Heiner Keupp 4
- **Versorgungsstrukturgesetz soll 2012 in Kraft treten**.....6
- **Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz: Verbesserte Stellung der PsychotherapeutInnen**Interview mit Andrea Benecke 11
- **Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen: Entwurf einer „Differenzwertmethode“**Wolfgang Bürger 14

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	20
Bayern	22
Hamburg	23
Hessen	24
Mecklenburg-Vorpommern	25
Niedersachsen	26
Nordrhein-Westfalen	27
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK).....	28
Schleswig-Holstein.....	29

Aus den Kammern

- **Bericht über den 18. Deutschen Psychotherapeutentag** 31
- **PiA-Bundeskonferenz der Bundespsychotherapeutenkammer**..... 33
- **Übersicht zu den Mitgliedsbeiträgen der Landespsychotherapeutenkammern** 36
- **Übersicht zu den Entschädigungs- und Reisekostenordnungen der Landespsychotherapeutenkammern** 40

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Psychotherapie im PKV-Basistarif**..... 46
- **Durchbruch oder Pyrrhus-Sieg?**
Jochen Weidhaas Vorsitzender der KBV-VV 48
- **Ambulante Kodierrichtlinien – Aktuelle Info** 49

Alles was Recht ist . . .

- **Glücksspielstaatsvertrag – DGVT fordert stärkere Restriktionen** 50
- **G-BA-Beschluss zur Suchttherapie** 50
- **KVen und Kassen müssen Krankendaten herausgeben**..... 51
- **Schweiz verabschiedet Psychologieberufegesetz** 51

Tagungsberichte

- **GK II-Sitzung am 5. März 2011 in Berlin** 53
- **Konsensuskonferenz Qualitätsindikatoren
am 21. Februar 2011 in Marburg**..... 54
- **BPtK-Tagung zur stationären Jugendhilfe** 56
- **Angestelltentag der PTK Bayern**..... 58
- **Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011**..... 60

Weitere Infos

- **City BKK muss schließen - Presseerklärung des vdää**..... 62
- **BKK für Heilberufe steht vor der Insolvenz** 62
- **Depression bei MigrantInnen - Fortbildung für Fachkräfte**..... 63
- **Ankündigung: Tagung in Berlin zu psychischen Erkrankungen**..... 63

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

drei Tage vor Beginn des FDP-Parteitages in Rostock standen bereits die wichtigsten Personalveränderungen an der Spitze von Partei und Bundestagsfraktion sowie in den FDP-geführten Bundesministerien fest. Der erst 34-jährige Daniel Bahr übernimmt eines der schwierigsten Ämter der Bundesregierung: das Gesundheitsministerium. Bahr engagiert sich seit seinem Einzug in den Bundestag 2002 in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Philipp Rösler hinterlässt seinem bisherigen parlamentarischen Staatssekretär zwei große Projekte, die viel Konfliktpotential in sich bergen: Die Reform der Pflegeversicherung und das Versorgungsstrukturgesetz. Bei letzterem geht es darum, die notwendige medizinische und psychotherapeutische Versorgung auch in absehbarer Zukunft zu gewährleisten, wie Dr. Ulrich Orlowski (BMG) beim Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ zur Thematik ausführte. Die anwesenden PsychotherapeutInnen forderten den BMG-Vertreter auf, mit dem neuen Gesetz die Chance zu nutzen, die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern. Bereits in der Präambel sollte dieses Ziel programmatisch festgeschrieben werden.

Eine Psychiatisierung gefährlicher Straftäter würde die bisherigen Entstigmatisierungs-Initiativen der Profession im psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsfeld, von Psychiatrie-Erfahrenen sowie von Angehörigen psychisch kranker Menschen entwerten. Heiner Keupp erläutert diesen Aspekt in seinem Artikel zum Therapieunterbringungsgesetz näher.

Das neue Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz vom 1. Januar sieht erhebliche Verbesserungen für PsychotherapeutInnen vor. Dies ist Thema eines Interviews mit Andrea Benecke, unserer Landessprecherin in Rheinland-Pfalz.

Auch Laster können nützlich sein: Glücksspiel z.B. schadet zwar der Gesundheit, spült dem Staat aber Geld in die Kasse, sofern man dabei nicht die Kosten für die Therapie von Spielsüchtigen berücksichtigt. Aus psychotherapeutischer Sicht sollte alles drangesetzt werden, durch den neuen

Glücksspielstaatsvertrag die grassierende Spielsucht einzudämmen. Auch das Automatenpiel sollte stärker reglementiert werden. Berlin hat zumindest im Bundesrat einen Antrag auf Beschränkung von Automatenhallen und Spielcasinos durch ein schärferes Bauplanungsrecht eingebracht, und es gibt Überlegungen des Bundeswirtschaftsministeriums zur Einführung einer „Spielerkarte“, mit der die Verluste an Geldspielgeräten begrenzt werden können.

Das BMG hat die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in einem Schreiben an den Spitzenverband der Kassen aufgefordert, die Versicherten der insolventen City BKK aufzunehmen. Die Krankenkassen dürfen Mitgliedsanträge nicht ablehnen. Nichtsdestotrotz versuchen einige Krankenkassen, die Betroffenen „abzuwimmeln“, da die Versicherten der City BKK, darunter 92 000 in Berlin, als überdurchschnittlich teuer wegen ihres hohen Leistungsbedarfs gelten. Der Chef des Bundesversicherungsamtes (BVA), Maximilian Gaßner, nannte das Verhalten der Kassen „unerträglich und nicht hinnehmbar“. Die Pressemitteilung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte vdää weist auf den Missstand hin.

Die Frage eines "gerechten" Praxiskaufpreises wird häufig sehr emotional geführt. Die DGVT will dazu beitragen, die Diskussion zu versachlichen. Beginnend mit einem ersten Artikel von Wolfgang Bürger, werden wir in den nächsten Ausgaben weitere Berichte zum Thema veröffentlichen. Interessant für die niedergelassenen KollegInnen dürften auch die Informationen zum PKV-Basistarif und den Kodierrichtlinien sein.

Außerdem finden Sie in diesem Heft Beiträge aus den Kammern, interessante Tagungsberichte und Informationen unserer LandessprecherInnen sowie last but not least den Bericht zum Deutschen Psychotherapeutentag am 14. Mai in Berlin.

Viel Spaß beim Lesen!

Waltraud Deubert
Angela Baer

Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Therapieunterbringungs- gesetz:

Psychiatisierung von gefährlichen Straftätern wirft die Psychiatrie Deutschlands um Jahrzehnte zurück!

Die psychiatrische Landschaft hat sich seit den 70er Jahren entscheidend verändert, aber offensichtlich ist das auf der politischen Bühne entweder nicht wahrgenommen worden, oder man riskiert bewusst einen Rückfall in die Zeit der Anstalten, die von der übrigen Lebenswelt weitgehend hinter hohen Mauern abgeschottet war. Das Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) konstruiert die psychiatrischen Behandlungseinrichtungen nach dem alten Modell der „Unterbringungsgesetze“, in denen der Schutz der Öffentlichkeit vor dem unterstellten Bedrohungspotenzial psychisch kranker Menschen gesichert werden sollte.

Auch wenn man sich immer noch mehr gemeindenahere Angebote der Psychiatrie wünschen mag, wird man doch sagen müssen, dass die Psychiatrie den Schatten der reinen Verwahropsychiatrie weitgehend hinter sich gelassen hat. In den Einstellungen der Bevölkerung kommt das noch nicht ganz zum Ausdruck. Trotz einer intensiv betriebenen „Anti-Stigmatisierungskampagne“ haben sich historisch tief eingewurzelte Einstellungen noch erhalten. Als 1975 die Psychiatrie-Enquete vorgelegt wurde, begann der verspätete Ausstieg aus dem „Geschlossenheitsparadigma“, und in der Zeit hat Wolfgang Stumme (1975) in einer empirischen Studie nachweisen können, dass Menschen, die in die Anstaltspsychiatrie eingeliefert wurden, in der Einschätzung der Durchschnittsbevölkerung als gefährlich und bedrohlich angesehen wurden. Er zeigte die institutionellen Grundlagen dafür auf: Wenn die Fachleute für „Geisteskrankheiten“ es für nötig halten, Menschen, die sie dieser Krankheitsform zuordnen, in geschlossene Einrichtungen zu verbringen, in denen sie

dann auch oft über viele Jahre oder gar lebenslanglich verbleiben, dann besteht aller Grund, sie aus dem normalen Alltag auszuschließen. Auch die Erblichkeitstheorien der Fachleute schien das ja auch noch wissenschaftlich abzusichern!

Das zentrale Anliegen dieser Empfehlungen, nämlich eine territoriale Bündelung vorhandener und die Schaffung neuer Kapazitäten, um eine Grundversorgung für alle Menschen mit psychosozialen Problemen zu gewährleisten, findet seinen Ausdruck in dem Vorschlag zur Schaffung "Gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme". Sie sollen - möglichst in "rechtsfähiger Form" - die vorhandenen oder zu schaffenden "Bausteine" vereinigen (solche "Bausteine" sind niedergelassene Nervenärzte, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, Kontaktstellen und Tagesstätten, beschützte Wohnangebote, Tageskliniken und stationäre Einrichtungen). Diese Bausteine werden im "Gemeindepsychiatrischen Verbund" im Hinblick auf drei zentrale Komponenten geordnet, die ein solches Konsortium im Sinne der "funktionalen Betrachtungsweise" zu gewährleisten hat: "Aufsuchend-ambulante Dienste", "Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion" und "Tagesstätten". Ein zweites zentrales Anliegen richtet sich auf die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten und beruflicher Förderung für psychiatrische PatientInnen.

Neben umfassenden Strukturveränderungen in der psychosozialen Versorgungslandschaft hat sich auch ein Diskurs zum traditionellen Krankheitsverständnis selbst entwickelt. Das „medizinische Modell“ mit seiner Unterstellung ontologischer Krankheitseinheiten und ihres biologisch begründeten Verlaufs unausweichlicher Chronizität wurde zunehmend in Frage gestellt. Vor allem der sog. Etikettierungsansatz oder „Labeling Approach“ hat den Blick geöffnet für die Frage, ob nicht die unterstellte Chronizität im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung die Zustandsbilder produ-

ziert, die man als Ausdruck der Krankheit interpretiert hatte.

Speziell im Bereich der Sozialpsychiatrie eröffnete der Etikettierungsansatz neue Perspektiven. Er rückte die Aufmerksamkeit auf das Arrangement gesellschaftlicher Institutionen, mit denen Normalitätsüberschreitungen intervenierend oder exkludierend beantwortet werden. „Exklusion“ war als Begriff noch nicht in unserem Sprachschatz, aber doch auch schon präsent, etwa in der klassischen Formulierung von Erving Goffman, der vom „Trichter des Ausschlusses“ geschrieben hatte als einem negativen Karriereverlauf, der nicht aus der „Naturgeschichte der Krankheit“, sondern aus dem zunehmenden gesellschaftlichen Entzug von Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen folgte. All die dramatischen „Krankheitsbilder“, die das Panoptikum der traditionellen Anstaltspsychiatrie zeigte und die als augenfällige Belege für die üblichen Internierungspraktiken herhalten mussten, wurden jetzt als institutionelle Artefakte, als Hospitalisierungseffekte oder „sekundäre Abweichung“ „dekonstruiert“. Erving Goffman, Thomas Scheff oder Howard S. Becker lieferten uns das begriffliche Rüstzeug dafür (vgl. die Sammelbände von Keupp 1972; 1979).

Mit Thomas Szasz, Ronald Laing oder David Cooper kamen dann antipsychiatrische Steilvorlagen aus der psychiatrischen Profession selbst. Thomas Szasz, ganz an der existentialistischen Philosophie Jean Paul Sartres orientiert, hat jede Form von diagnostischer Klassifikation als Gewalt denunziert. Ronald Laing hat jede Form von psychiatrischer Internierung als politische Gewalt bezeichnet, die sich auf Menschen bezieht, die sich aus den Normalitätsgefängnissen der bürgerlichen Lebensformen „befreien“ wollen. Franco Basaglia und die „psichiatria democratica“ hat uns den Gedanken des „Befriedungsverbrechens“ nahe gebracht, das darin bestünde, dass Subjekten statt des Bürgerstatus der Patientenstatus zugewiesen würde, der ihr Leiden an der Gesellschaft in ein Sprachspiel der Pathologie und Therapie zwingt und damit individu-

alisiert und entpolitisiert. Und es kam auch die „Klassenfrage“ mit ins Spiel: Wir waren davon überzeugt, dass eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Gesellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muss und sie dann auch noch mit einer „blaming the victim“-Strategie zu den „Trouble shootern“ erklärt, die möglichst entsorgt werden sollten.

Die klassischen sozialepidemiologischen Befunde über die schichtspezifische Verteilung psychischer Störungen und die schichtspezifisch unterschiedlichen Chancen auf eine gute psychotherapeutische Behandlung schienen dafür beweisfähig zu sein. Sie zeigten in harten Zahlen das auf, was Christian von Ferber (1971) die "gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft" genannt hat. Labeling wurde nicht als Etikettierungsprozedur verstanden, die zufällig das eine oder andere Subjekt treffen würde, sondern es wurde als Teil einer systematischen Exklusionsstrategie der „misfits“ betrachtet, deren bloße Existenz und deren Handeln als systemgefährdend galt.

Eingebettet war dieser ideologiekritische (und das traditionelle psychopathologische Denken dekonstruierende) Diskurs in eine gemeindepsychiatrische Reformbewegung und in einen sozialpolitischen Paradigmenwechsel, die auf ein Normalisierungsideal ausgerichtet waren. Die Konjunktur sozialpsychiatrischer Reformziele war verbunden mit einer gesellschaftlich-ökonomischen Aufschwungphase, die es nahe legte, die Reform und die endgültige Überwindung der ausgrenzenden traditionellen Psychiatrie auf die Tagesordnung zu setzen. Die Arbeitsmärkte schienen ungeahnte Entwicklungsmöglichkeiten zu offerieren, und es wurde zu einer realistischen Option, möglichst vielen Menschen - auch und gerade solchen mit schweren lebensgeschichtlichen Hypotheken - Integrationsmöglichkeiten in diese Arbeitsmärkte zu verschaffen. Gesellschaftliche Ausgrenzung und Ausschluss sollten durch „Rekommunalisierung“ überwunden werden und die Arbeitsintegration war ein bevorzugtes Ziel. Natürlich gab es auch den Diskurs über die „krankmachende“, zerstöre-

rische Qualität von Arbeit, aber der damals so offensiv angelegte Versuch einer „Humanisierung der Arbeitswelt“ schien diesem Diskurs seine Bedrohlichkeit zu nehmen. Das „sozialpsychiatrische Projekt“ hatte auf die Normalitätsspendende Kraft der „Erwerbsarbeit“ gesetzt.

Diesen Zusammenhang gilt es zu erinnern, wenn jetzt die stationäre Unterbringung von Straftätern in die Psychiatrie vorgesehen ist, für die bisher eine Sicherungsverwahrung vorgesehen war. Das Bundesjustizministerium hingegen sieht keinen Grund für die Aufregung. Zwar handele es sich bei den ehemaligen Sicherungsverwahrten nicht um psychisch Kranke, jedoch seien Psychiater sehr wohl dafür da, "psychische Störungen" zu erkennen. Das ThUG jedenfalls definiert diesen weitreichenden Begriff nur sehr schwammig: "Letztlich deckt der Begriff der 'psychischen Störung' ein breites Spektrum von Erscheinungsformen ab, von denen nur ein Teil als psychische Erkrankung gewertet wird", heißt es in dem Gesetz.

Hier wird der Störungsbegriff völlig unzulässig ausgeweitet und wird zunehmend zu einem „Entstörungsbegriff“, und das genau eröffnet den gesellschaftlichen Missbrauch der psychopathologischen Kategorien. Die Geschichte totalitärer Systeme – von der Euthanasiepolitik des NS-Staates bis zu den stalinistischen Praktiken zur Unterdrückung oppositioneller Bewegungen - hat immer wieder dramatische Beispiele dieses Missbrauchs gezeigt. Aber auch freiheitliche Gesellschaften gehen nicht selten in eine ähnliche Richtung. Als München in den 80er Jahren kurzzeitig von einer konservativen Stadtregierung geführt wurde, war es dem damaligen Referenten für die „innere Ordnung“ (er hieß Peter Gauweiler) ein Anliegen, die Münchner Straßen und Plätze von obdachlosen Menschen zu „reinigen“ und da entstand die Idee diese Menschen als „psychisch krank“ zu etikettieren und sie in der stationären Psychiatrie wenigstens in den Wintermonaten zu internieren. Dieses Vorhaben ist an dem Widerstand der psychosozialen Fachszene gescheitert.

Wie die Bundesrepublik das Problem der von der EU verbotenen nachträglichen Sicherungsverwahrung zu lösen gedenkt, ist eine schwierige Aufgabe, aber es erfordert jedenfalls eine andere Lösung, als auf den „Trichter des Ausschlusses“ zurückzugreifen.

Heiner Keupp

Der Autor, der bei Adorno und Horkheimer studiert hatte, war Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Seit 2008 ist er im Ruhestand und lehrt weiterhin an den Universitäten Bozen, Innsbruck, Krems und Klagenfurt.

Literatur:

Keupp, H. (Hrsg.) (1972). Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München: Urban & Schwarzenberg.

Keupp, H. (Hrsg.) (1979). Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. München: Urban & Schwarzenberg.

Stumme, W. (1975). Psychische Erkrankungen. Im Urteil der Bevölkerung. Eine Kritik der Vorurteilsforschung. München: Urban & Schwarzenberg.

Versorgungsstrukturgesetz soll 2012 in Kraft treten

Zum 1. Januar 2012 soll das sog. „Versorgungsgesetz“, eine weitere Reform im Gesundheitsbereich, in Kraft treten. Über das grundlegende Ziel sind sich die Koalitionspartner Union und FDP einig: Die PatientInnen sollen besser versorgt werden und auch in ländlichen Regionen zukünftig ohne Hindernisse einen geeigneten Arzt/Ärztin ohne lange Wartezeiten finden. Zu diesem Zweck sollen die Bedarfsplanung verändert, mehr Studienplätze in der Medizin geschaffen und neue Anreize gesetzt werden, damit sich ÄrztInnen in unterversorgten Gebieten auch niederlassen.

Bevor Gesundheitsminister Rösler am 8. April seine Eckpunkte vorgestellt hat, gab es bereits mehrere Gesprächsrunden mit Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, anderen Lobbyisten und vor allen Dingen mit den VertreterInnen der Bundesländer, die nach der föderalen Struktur via Bundesrat über entsprechende gesetzliche Veränderungen evtl. mitentscheiden dürfen. Allerdings hat Dr. Ulrich Orłowski, Ministerialdirigent und Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf dem Hauptstadtkongress 2011 eine Zustimmung der Länder als nicht erforderlich angesehen. Dies könnten aber erst die endgültigen Formulierungen des Gesetzestextes zeigen. In dieser Vorbereitungszeit wurden vor allem aus der CDU/CSU-Fraktion bereits Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland in der Öffentlichkeit lanciert, die in der Folge dann von Jens Spahn aus der CDU und von Johannes Singhammer aus der CSU kommentiert wurden (vgl. Rosa Beilage 1/11, S. 4f).

Forderungen der Länder

Im Jahr 2010 war eine Bund-Länder-Kommission eingerichtet worden zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Verbesserung der ärztlichen Versorgung ist nach Meinung der Länder eine Gemeinschaftsaufgabe von Bund, Ländern und Kommunen und der ärztlichen Selbstverwaltung. Um den Problemen begegnen zu können, muss die Bedarfsplanung ihrer Meinung nach künftig die Demografie- und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, muss auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d.h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden, und sektorenübergreifende (Rahmen-) Planung ermöglichen. Die Länder erwarten, an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren beratend beteiligt zu werden.

Der G-BA soll gesetzlich verpflichtet werden, den zuständigen Gremien auf Landesebene generell die Möglichkeit einzuräumen, bei der Erstellung des Bedarfsplans zur Berücksichtigung eines regionalen Versorgungsbedarfs von den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen. Außerdem fordern sie vom Bundesgesetzgeber eine Ermächtigung, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen. Die für die Bedarfsplanungen in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien sollen durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt, die rechtliche Ausgestaltung im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt werden.

Am 6. April hatten sich Bund und Länder in einer Sonderkonferenz der Gesundheitsminister in stundenlangen Verhandlungen auf einen Kompromiss geeinigt. Das zehnteilige Papier der „Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland“ enthält 27 Punkte, die sich auf die Beteiligungsrechte der Länder, die Flexibilisierung der Bedarfsplanung, die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Aspekten, von Demografie und Morbidität, die Umverteilung von Arztsitzen, die Sonderbedarfszulassung sowie weitere Punkte zu ärztlichen Kooperationsformen, dem Medizinstudium und einiges mehr beziehen.

Dieses Papier finden Sie unter www.gmkonline.de.

Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 8. April¹

Vorgestellt werden folgende 14 Eckpunkte:

1. *Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung*
2. *Aus- und Fortbildungen von Ärztinnen und Ärzten*
3. *Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten*

¹ *Quelle: Highlights 11/11 vom 08.04.2011*

4. *Medizinische Versorgungszentren*
5. *Ambulante spezialärztliche Versorgung*
6. *Honorarreform*
7. *Vertragszahnärztliche Versorgung*
8. *Innovative Behandlungsmethoden*
9. *G-BA-Strukturen*
10. *Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in den KVen und Weiterentwicklung der KV-Organisationen*
11. *Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung*
12. *Leistungsrechtliche Klarstellung bei lebensbedrohlichen Erkrankten*
13. *Wettbewerb*
14. *Zuweisung gegen Entgelt*

Mit Erstaunen mussten die Länder feststellen, dass einige Punkte, auf die man sich wenige Tage vorher geeinigt hatte, in der vom Bundesgesundheitsminister Rösler vorgestellten Fassung fehlen. Die Länder sollen kein Initiativrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten und dürften somit auch keine Anträge mehr einbringen. Darüber hinaus erhalten sie nun doch kein Beanstandungs- und Initiativrecht in Bezug auf Selektivverträge. Außerdem wird ihnen die Möglichkeit genommen, landesspezifische Fragestellungen unmittelbar mit den Krankenkassen zu erörtern und zu entscheiden, da die Krankenkassen nach dem Koalitionspapier künftig keine Landesbeauftragten mit Abschlussvollmacht bestellen müssen. Es gibt bereits Äußerungen von einzelnen Sozial- bzw. Gesundheitsministern der Länder, die darauf hinweisen, dass Rösler bei der Verabschiedung des Versorgungsgesetzes auf den Bundesrat angewiesen ist. Aus Koalitionskreisen wurden die Länderreaktionen mit „redaktionell überarbeitet“ kommentiert, und Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der Union, meinte in der taz (die tageszeitung), „die Länder haben 80 % ihrer Wünsche erfüllt bekommen. Ich denke, sie können zufrieden sein.“

Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Rösler wünschte sich, dass „das Versorgungsgesetz dazu beiträgt, dass der Arztberuf attraktiver wird, insbesondere in ländlichen Gebieten.“ Für ihn schien das der ent-

scheidende Punkt zu sein, während den Ländern vor allen Dingen die Bedarfsplanung am Herzen liegt.

1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Bedarfsplanung soll weiterentwickelt werden durch eine Flexibilisierung der Planungsbereiche unter Beibehaltung des derzeitigen Zulassungssystems. Ausdrückliche Vorgabe für den G-BA ist, die Demografie zu berücksichtigen. KrankenhausärztInnen, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, sollen einbezogen werden. Außerdem kann der G-BA als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene Planungsbereiche nach hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung differenzieren.

Die Länder sollen ein Mitberatungsrecht im G-BA erhalten und ein Beanstandungsrecht beim Bedarfsplan. Die Ausgestaltung der Beteiligungsrechte der Länder gegenüber den Landesausschüssen wird analog den Beteiligungsrechten des BMG gegenüber dem G-BA (Mitberatungsrecht, Rechtsaufsicht, Option der Ersatzvornahme) gestaltet. Die Länder werden ermächtigt, ein sektorenübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, dessen Beschlüsse allerdings nur Empfehlungscharakter hat.

Die KVen sollen Möglichkeiten erhalten, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern und ein Vorkaufsrecht bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen. Zu dem Punkt Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung gehört außerdem noch der Auftrag für die Zulassungsausschüsse, solche Bewerber besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen und die Berücksichtigung ärztlicher Tätigkeit in unterversorgten Gebieten bei der Nachbesetzung in überversorgten Gebieten. Ein Vertragsarztsitz kann nur dann verlegt werden, wenn keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem entgegenstehen –

dieser Punkt gilt auch für Medizinische Versorgungszentren (MVZ's).

Beim weiteren Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung geht es um Vergütungsanreize für ärztliche Leistungen in strukturschwachen Gebieten, um Ermächtigung von Krankenhäusern, Ärzten in Reha- und Pflegeeinrichtungen, Aufhebung der Residenzpflicht, Möglichkeiten für kommunale Träger, Eigeneinrichtungen zu betreiben, Delegation ärztlicher Leistungen und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

2. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten

Hier geht es um die Erhöhung der Anzahl von Studienplätzen im Bereich Medizin, um die Überprüfung des Auswahlverfahrens für die Zulassung zum Medizinstudium, um eine Landärzteleförderung und um die Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung.

3. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten

Die Wartezeiten auf Facharzttermine sollen verkürzt werden, das Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt soll verbessert werden.

4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

MVZ-Gründungen sollen auf Vertragsärzte und Krankenhäuser beschränkt werden mit einer Ausnahmeregelung für gemeinnützige Trägerorganisationen aus Versorgungsgründen. Als zulässige Rechtsform gelten Personengesellschaften und GmbH's; die Aktiengesellschaft soll als Rechtsform ausgeschlossen werden. Die Leitung in der medizinischen Versorgung des MVZ muss in ärztlicher Hand liegen und die ärztlichen LeiterInnen müssen selbst im MVZ tätig sein. Vom Zulassungsausschuss einmal genehmigte Angestelltenstellen können zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umgewandelt werden mit der Folge, dass in gesperrten Gebieten das MVZ den Vertragsarztsitz im Wege der Ausschreibung veräußern kann.

5. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Keine Ausweitung der Leistungsumfänge über das medizinisch Notwendige hinaus. Ausgabenbegrenzung extra budgetärer Leistungen wird aufgehoben und das ambulante Operieren soll gefördert werden.

6. Honorarreform

Die Honorarverteilung soll regionalisiert und flexibilisiert werden. Es soll keine Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung geben. Die KBV erhält die Möglichkeit, in Richtlinien Vorgaben zu erstellen, insbesondere zur Trennung der Gesamtvergütung in haus- und fachärztlichen Vergütungsanteil sowie zur Mengensteuerung. Überregulierung soll abgebaut werden und damit teilweise auf gesetzliche Regelungen und Aufgabenzuweisungen an den Bewertungsausschuss verzichtet werden. Es soll handhabbare und einfache umsetzbare Kodierrichtlinien geben.

7. Vertragszahnärztliche Vergütung

Ablösung der strikten Budgetierung und größere Verhandlungsspielräume für regionale Vertragspartner bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen.

8. Innovative Behandlungsmethoden

Die Datengrundlage für die Versorgungsforschung soll deutlich verbessert werden und der G-BA erhält die Möglichkeit, innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens zu erproben.

9. G-BA-Strukturen

Die Entscheidungsstrukturen des G-BA sollen weiter optimiert werden. Es soll die nötige Transparenz und die Möglichkeit zur Beteiligung von Außenstehenden und Betroffenen geschaffen werden.

10. Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in den KVen und Weiterentwicklung der KV-Organisationen

Die Trennung der Vergütungsanteile für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbe-

reich wird ermöglicht, und es besteht eine Verpflichtung zur Einrichtung beratender Fachausschüsse für haus- und fachärztliche Versorgung. Außerdem soll die Möglichkeit gegeben werden zu länderübergreifenden Zusammenschlüssen der KVen.

11. Maßnahmen zu Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Versicherten sollen in Zukunft Anspruch haben, notwendige Heilmittelbehandlungen bei entsprechendem Behandlungsbedarf langfristig genehmigen zu lassen. Im Arznei- heilmittelbereich soll der Grundsatz gelten „Beratung vor Regress.“

12. Leistungsrechtliche Klarstellung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen

Umsetzung „Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgericht“ (siehe Rosa Beilage 1/2011, S. 31).

13. Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf Leistungsseite

Angebotsmöglichkeiten für Satzungs- und Ermessungsleistungen der Krankenkassen sollen ausgeweitet werden, und es sollen Gruppentarife einzelner Krankenkassen ermöglicht werden mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patient*innenorganisationen und Behindertenverbänden.

14. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Es wird ausdrücklich geregelt, dass Zuweisung gegen Entgelt einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellen.

Zwar ist zum Zeitpunkt des Redaktions- schlusses der Rosa Beilage nicht erkennbar, wie das Versorgungsstrukturgesetz (wie es nun unter dem neuen Gesundheitsminister Bahr heißen soll) wirklich aussehen wird, allerdings kann man bereits jetzt auf zwei für den Bereich Psychotherapie problematische Aspekte hinweisen.

Erstens findet sich in den Eckpunkten der Koalition (anders als im Ergebnis der Bund-Länderkommission!) bei der Skizze zur Reform der Bedarfsplanung (Punkt 1)

kein Hinweis mehr auf die Notwendigkeit, die Planung am Bedarf oder an der Morbidität auszurichten. Das ist außerordentlich enttäuschend – resultieren die dramatischen Versorgungsdefizite im Psychotherapiebereich, auf die die Krankenkassenstatistiken der letzten Jahre immer nachhaltiger hinweisen, doch aus einer Festlegung der entsprechenden Anhaltszahlen für den Psychotherapiebereich zu einer Zeit erheblicher Versorgungsdefizite (1999). Und die Morbiditätsentwicklung zeigt zudem, dass der psychotherapeutische Versorgungsbedarf hier immer größer wird.

Zweitens: Die vorgesehene Regionalisierung der Vergütungsfestlegungen. Sie könnte die niedergelassenen PsychotherapeutInnen in die Zeit vor dem wichtigen 10-Pfennig-Urteil des Bundessozialgerichts zurückführen. Denn wenn die regionalen KVen, die sich zumeist nicht durch ausgesprochene Psychotherapie-Freundlichkeit auszeichnen, die Freiheit erhalten, wieder einen eigenen Honorarverteilungsmaßstab zu stricken, ist zu befürchten, dass sie Regelungen (Tricks) finden werden, um die Vergütung für psychotherapeutische Leistungen geschickt abzusenken.

Vor diesem Hintergrund fordert Prof. Rainer Richter, der gerade wiedergewählte Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, in einem lesenswerten Beitrag zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Forum für Gesundheitspolitik, 1-2/11; S. 25-28):

- Ausrichtung der Reform an inhaltlichen Versorgungszielen, die die Interessen der PatientInnen einbeziehen
- Konzepte für eine prospektive, sektorenübergreifende Bedarfsplanung
- eine Neuberechnung der bundeseinheitlichen Verhältniszahlen
- eine wesentliche Verbesserung der Verhältniszahlen für strukturschwache bzw. ländliche Kreise
- eine Flexibilisierung der Versorgungsaufträge: PsychotherapeutInnen sollte es möglich sein, ihren ganzen oder halben Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass sie ohne bürokratische Auflagen an-

dere Psychotherapeuten anstellen können.

Zum Thema Regionalisierung der Vergütung hat der 18. Deutsche Psychotherapeutentag am 14.5. in Berlin einstimmig eine Entschließung verabschiedet, in der dieses Konzept als rückschrittlich abgelehnt wird.

Waltraud Deubert

Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz: Verbesserte Stellung der PsychotherapeutInnen Interview mit Andrea Benecke

Das neue Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz vom 1. Januar 2011 sieht erhebliche Verbesserungen für PsychotherapeutInnen vor. Wie konnte die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz dies durch ihre Arbeit in den zurück liegenden Jahren erreichen? Dies ist Thema des nachfolgenden Interviews² mit Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

DGVT: Im vergangenen Jahr wurde das Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz geändert. Welches sind die wichtigsten Änderungen aus Ihrer Sicht?

Andrea Benecke: Natürlich ist die wichtigste Änderung die Gleichstellung der PP/KJP mit den Ärzten. Das ist etwas, was wir alle aus unserem Selbstverständnis heraus schon lange anstreben. Damit ist für uns auch der Weg zur Leitung von Abteilungen in Krankenhäusern geebnet. Daneben, und das ist auch sehr wichtig, haben wir Sitz und Stimme im Krankenhausplanungsausschuss erhalten. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, mit relevanten Gruppen im ambulanten Sektor zusammenzuarbeiten, damit sind explizit auch PP/KJP gemeint. Und für die Forscher ist relevant, dass klinikinterne

Daten nun nicht mehr nur Ärzten zur Auswertung zur Verfügung stehen, sondern auch explizit den Psychotherapeuten. Und auf einem anderen Feld gab es auch noch eine Änderung: Im Krankenhausplanungsausschuss muss zukünftig der Genderaspekt berücksichtigt werden, es sollen zukünftig so viele Männer wie Frauen dort vertreten sein (und wenn das nicht geht, muss dies begründet werden). Dies hat mich persönlich sehr gefreut, aber auch die DGVT dürfte dies freuen, setzt sie sich doch schon lange für die Durchsetzung von Genderaspekten ein.

DGVT: Ein wichtiger Punkt, auf den die Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz in ihrer Pressemitteilung zum Thema hinweist, ist, dass nunmehr auch Psychotherapeuten ermächtigt sein sollen, Krankenhausabteilungen in Rheinland-Pfalz zu leiten, sofern das von der Fachrichtung her angemessen ist. Nun findet sich im ganzen Gesetzestext aber keine Formulierung, die diese Neuregelung direkt anspricht. Woraus leiten Sie diese dann ab?

Benecke: Wir leiten das daraus ab, dass eine vorher im Gesetz festgehaltene Vorgabe, dass dies nur Ärzten möglich ist, gestrichen wurde. Zusammen mit der grundlegend festgehaltenen Gleichstellung versteht es sich für uns, dass wir damit Abteilungen leiten können und dürfen, für die wir qualifiziert sind. Das muss dann auch nicht explizit erlaubt sein, sondern versteht sich von selbst.

DGVT: Dass Psychotherapeuten im Krankenhausplanungsausschuss des Bundeslandes beteiligt sind und dass sie in Krankenhäusern gemäß ihrer Kompetenz auch Leitungsverantwortung übernehmen dürfen, wird ja von vielen KollegInnen in den Ländern vertreten, und es wird auch immer wieder versucht, die Politik zu entsprechenden Gesetzesänderungen zu bewegen. Allerdings stellt man dann sehr rasch fest, dass es zahlreiche Gründe gibt, mit denen dieses Ansinnen abgeblockt wird. Der wichtigste Grund ist meist der Widerstand der Ärzteschaft, die ihre Macht- oder Einflussbasis bedroht sieht. Wie konnte es in Rheinland-Pfalz gelingen, dass die Politik hier offener gegenüber den psychotherapeutischen Ansinnen war?

² Das Gespräch wurde für die DGVT von Heiner Vogel geführt.

Benecke: Wir hatten die klare Unterstützung der relevanten Protagonisten im Ministerium, inklusive der Gesundheitsministerin. Dies wurde möglich aufgrund der inzwischen guten sachorientierten und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Ministerium in Bezug auf verschiedenste Themen, die wir über Jahre aufgebaut hatten. Wir werden dort als verlässliche Partner wahrgenommen, die im Verbund mit anderen relevanten Berufsgruppen konstruktiv nach Lösungen suchen. Das heißt natürlich nicht, dass man immer einer Meinung ist; Streit um die richtige oder beste Lösung gehört schon mit dazu. Die Ärzte haben unseres Wissens keinen ernsthaften Widerstand geleistet. Uns ist auch nicht ganz klar, warum nicht. Es schien, dass diese mit anderen Teilen des Landeskrankenhausänderungsgesetzes mehr befasst schienen, z.B. mit dem Liquidationsrecht. Durch unsere klare versorgungsorientierte Position gaben wir den Ärzten aber auch keine Angriffspunkte.

DGVT: Wissen Sie von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz, in denen die Gesetzesänderung/en möglicherweise schon bald zu Veränderungen in der Leitungsstruktur führen könnte/n?

Benecke: Wir wissen von einer Klinik, in der das jetzt schon so ist. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier leitet eine Psychotherapeutin die psychologisch/psychotherapeutische Abteilung. Die MitarbeiterInnen dort versorgen über Konsil- und Liaisondienste die Patienten der verschiedensten anderen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses. Dieses Modell haben wir gemeinsam auch immer wieder in den verschiedenen Arbeitsgruppen, die im Zuge der Änderung des LKG beteiligt waren, als best-practice-Modell vorgestellt und sind damit auf viel Interesse und z.T. Begeisterung gestoßen.

Außerdem hat uns das psychiatrische Landeskrankenhaus schon vor ca. 2 Jahren gebeten, ihr Ansinnen zu unterstützen, Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen zu verankern. Klar war damals schon, dass dies nur über die Änderung des LKG gehen konnte. Dieses Krankenhaus hat nun lange

gewartet und wird die neuen Möglichkeiten sicher nutzen.

DGVT: Zeitgleich mit den Hinweisen auf das überarbeitete Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz wurde auch darauf hingewiesen, dass es in Ihrem Land nun Forderungen an alle Krankenhäuser gibt, psychosomatisch-psychotherapeutische Konsil-/Liaisondienste einzurichten. Wie ist das geregelt und wie sehen Sie die Perspektiven?

Benecke: Es ist in der Politik in Rheinland-Pfalz angekommen, dass viele Patienten, die stationär in Akutkrankenhäusern wegen somatischer Erkrankungen behandelt werden, auch psychische Schwierigkeiten haben. Im Landeskrankenhausplan 2010 wird deshalb sehr deutlich auch darauf hingewiesen, dass viele Menschen gerade im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen eine psychische Beeinträchtigung bis hin zu einer psychischen Störung entwickeln und diese Patienten bisher nicht gut genug diagnostiziert und behandelt werden. Als wünschenswert wird formuliert, dass akutpsychosomatische Abteilungen dies auffangen könnten, es ist aber auch klar, dass dies in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz nicht geht. Also wird darauf verwiesen, auf andere Art den bestehenden Sachverstand im Land zu nutzen, insbesondere den der Psychotherapeuten. Dies kann über integrierte Versorgungsmodelle geschehen, am ehesten wird aber die Chance gesehen, dies über Konsil- und Liaisondienste zu verwirklichen. So heißt es im Landeskrankenhausplan 2010 wörtlich: „Da es aus wirtschaftlichen und aus fachlichen Gründen nicht vertretbar ist, ein flächendeckendes Netz von psychosomatischen oder psychotherapeutischen Abteilungen einzurichten, sollen Konsiliar- und Liaisondienste in den Krankenhäusern, die nicht über eigene angestellte Psychotherapeuten verfügen, den psychosomatischen Sachverstand einbringen. (...) Der Auf- und Ausbau von Konsil- und Liaisondiensten unter Beteiligung der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (...) soll weiter forciert werden.“ Wie man sieht, steht da noch kein „muss“, sondern ein „soll“, das

heißt, dass ein Krankenhaus nicht gezwungen ist, diese Dienste einzurichten, aber es muss es zumindest begründen, wenn es das nicht tut. Damit wurden unsere Vorschläge aufgenommen, was uns sehr gefreut hat. Auch hier wird es nun um die Umsetzung gehen und auch darum, dass sich KollegInnen finden, die sich dieser Aufgaben annehmen.

DGVT: Mit der Gesetzesänderung ist die Psychotherapeutenkammer nunmehr auch festes Mitglied im Krankenhausplanungsausschuss Rheinland-Pfalz. Liegen dazu schon Erfahrungen vor, wie die Mitarbeit funktioniert?

Benecke: Der Präsident der LPK, Alfred Kappauf, war schon gleich nach der Kammergründung beratend im Planungsausschuss beteiligt, ohne Sitz und Stimme, aber er hat die Mühe nicht gescheut, immer wieder dabei zu sein, dort immer wieder auch die Haltung der Psychotherapeuten zu vertreten und hat sich damit hohes Ansehen erworben, so dass er auch zunehmend um seine Meinung gebeten wurde. So ist eine respektvolle Zusammenarbeit gewachsen und dort ist die formale Aufnahme der LPK in den Planungsausschuss sehr positiv aufgenommen worden. Die gute Zusammenarbeit wird sicher so weitergehen. Dem Genderaspekt folgend übernimmt nun eine Frau den Platz im Planungsausschuss, vertreten durch Herrn Kappauf.

DGVT: Wenn Sie zurück denken, können Sie sagen, wie lange diese Gesetzesänderung vorbereitet wurde, und welcher Aufwand von Seiten der Kammer oder von anderen Seiten damit verbunden war?

Benecke: Anfang 2009 wurden die ersten Schritte unternommen, bei relevanten Politikern unser Anliegen zu Gehör zu bringen. Für unseren kleinen Vorstand war es eine große Anstrengung, sie konnte nur so gut geleistet werden, weil einige Kammermitglieder intensiv in den Prozess eingebunden und einbezogen waren. Neben den formellen und noch mehr informellen Treffen mit relevanten Beteiligten war es sehr zeitaufwändig, in sämtlichen vorbereitenden Sitzungen dabei zu sein. Klar war aber auch,

wenn wir da nicht dabei sind, wird uns das Gesetz nicht berücksichtigen. Ständige Präsenz war daher Pflicht und natürlich fundiertes, inhaltliches Mitdiskutieren, ohne dabei von vornherein andere Berufsgruppen, insbesondere die Ärzte, zu diskreditieren. Dieses konstruktive Herangehen hat uns viel Wohlwollen durch andere ermöglicht. Dabei wurden wir peu à peu als wichtige Ergänzung in der Krankenversorgung wahrgenommen und kaum als Bedrohung. Und am Ende hatten sich die Zeit und die Mühe gelohnt.

DGVT: In Kürze findet die Neuwahl der Vertreterversammlung der Landeskammer statt und damit auch eine neue Arbeitsperiode für die Kammer. Welche Aufgaben sehen Sie - mit Bezug auf die Krankenhaus- und Klinikpsychotherapeuten - für die Psychotherapeutenkammer in Rheinland-Pfalz?

Benecke: Wesentlich wird es nun sein, diese Änderungen allen Beteiligten und Betroffenen deutlich zu machen. Der Vorstand in Rheinland-Pfalz war doch sehr verwundert, dass auf die Veröffentlichung der Änderung des Gesetzes über diverse Homepages und über Pressemitteilungen kaum Resonanz zu spüren war. Es scheint, dass Viele gar nicht wahrnehmen, dass dieses neue Landeskrankenhausgesetz viele Forderungen der Psychotherapeuten in einem Maße erfüllt, wie es vor einem Jahr noch von sehr vielen berufspolitisch Tätigen nicht für möglich gehalten worden war. Wenn ich mit KollegInnen darüber diskutiert habe, wurde mir oft mehr oder weniger gesagt, ich solle ruhig weiter träumen, dies würde in den nächsten zwanzig Jahren nicht Realität werden. Also, wir müssen diese Änderungen unseren in Krankenhäusern angestellten Mitgliedern deutlich machen und auch die neuen Möglichkeiten, die damit verbunden sind. Vor allem die Kollegen vor Ort haben es in der Hand, dass das Gesetz auch umgesetzt wird. Dazu braucht es weitere Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützung von Seiten der Kammer. Auch die Chefarzte und Verwaltungen der Kliniken müssen von uns in Kenntnis gesetzt werden über die neue Flexibilität, die sich mit dem Gesetz eröffnet.

Denn wir wissen ja auch alle, dass die Kliniken große Personalprobleme im ärztlichen Bereich haben und auch unter den Klinikleitungen die Gleichstellung und die Leitungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten durchaus begrüßt werden. Wir sollten uns nicht darauf verlassen, dass die Ärztekammer dies in unserem Sinn transportiert. Ich denke, es liegt hier noch eine große Aufgabe vor uns, dieses Gesetz nun mit Leben zu füllen.

Praxiswertermittlung

(kb). Die Frage eines "gerechten" Praxisverkaufspreises hat in den letzten Monaten zu vielfältigen Diskussionen auf den DGVT-Mailinglisten und in unseren Vereinsgremien geführt. Im Sinne einer Weiterführung der Debatte veröffentlichen wir in dieser Ausgabe den Vorschlag eines alternativen Modells zur Praxiswertermittlung. Die Diskussion um die mögliche Etablierung eines bundeseinheitlichen Praxiswertermittlungsverfahrens für Psychotherapeutische Praxen wollen wir in den nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift fortsetzen. Uns interessiert die Meinung unserer Mitglieder und wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen zum nachfolgenden Beitrag.

Stichworte in der Diskussion sind: Generationengerechtigkeit (Ausgleich zwischen "Jung" und "Alt" finden), "moralische" Debatte, Selbstverpflichtung der Praxisabgeber auf moderaten Verkaufspreis („Was ist ein fairer Praxisverkaufspreis?"), Altersvorsorge vs. Berufsausübungsrecht (Art. 12 Grundgesetz). Oft wird gewünscht, dass Gerichte/Gutachter/Zulassungsausschüsse einen gerechten Kaufpreis ermitteln sollen. Diese Stichworte berühren teilweise unterschiedliche Ebenen, die jeweils im Grunde einer separaten Ausarbeitung bedürfen.

Der finanzielle Rahmen, um den sich die Diskussion rankt, stellt sich nach einer Studie³ der Deutschen Apotheker- und Ärzte-

³ „Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2008/2009" der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, http://www.apobank.de/70partner/30presse/100906_1/index.html.

bank (apo-Bank) und dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) aus dem Jahr 2010 wie folgt dar: Eine Einzelpraxisübernahme in der gemeinsamen Arztgruppe Psychotherapeuten / Psychiater (es ist leider keine gesonderte Sparte für Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten vorgesehen) kostete in den alten Bundesländern durchschnittlich 69.000 Euro. Im Jahr 2004 hatten apo-Bank und ZI bei der Auswertung noch einen durchschnittlichen Kassenpraxiswert von 48.000 Euro ermittelt.

Der folgende Beitrag zielt darauf, den notwendigen Dialog mit und zwischen den Beteiligten über die Frage eines gerechten Praxisverkaufs- bzw. -kaufpreises zu erleichtern und die PsychotherapeutInnen dadurch bei der Umsetzung der Praxisnachbesetzung zu unterstützen.

Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen

Entwurf einer „Differenzwertmethode“ als Orientierung für die Praxiswertermittlung

Psychotherapeutische Praxen mit der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung sind angesichts gesperrter Planungsbezirke zu einem knappen Gut geworden. In diesem Zusammenhang haben Praxisabgeber begonnen, ihre Praxen an den jeweiligen Nachfolger zu verkaufen. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass üblicherweise nicht nur vorhandene Substanzwerte in Form von Mobiliar, EDV-Ausstattung etc. veräußert werden, sondern beträchtliche Anteile für den ideellen Wert einer Praxis veranschlagt werden. Dabei werden mit Argumenten wie z.B. den mit dem Kassensitz verbundenen Gewinnerzielungsmöglichkeiten und dem Image einer gut eingeführten Praxis hohe Preise von inzwischen häufig 40.000 bis 50.000 € und mehr begründet.

Angesichts der Tatsache, dass diese Preise inzwischen regelhaft gezahlt werden, ist bei vielen Praxisabgebern, auch wenn diese selbst bei der Gründung ihrer Praxis

vor der Zulassungssperre ihren Praxissitz meist nicht käuflich erwerben mussten, inzwischen ein verständliches Anspruchsdenken entstanden, dass sie bei der Aufgabe ihres Kassensitzes z.B. aus Altersgründen mit einem entsprechenden Betrag für ihre Alterssicherung rechnen können. Dagegen werden junge PraxiskollegInnen mit Beginn ihrer Praxistätigkeit nach hohen Ausbildungskosten und schlechter Bezahlung als PIA mit einer erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastung konfrontiert zumal für sie völlig unklar ist, inwieweit sie bei Beendigung ihrer Praxistätigkeit diesen Betrag durch Veräußerung ihrer Praxis wieder erstattet bekommen können.

In diesem Zusammenhang stellt sich seit mehreren Jahren die Frage nach einer angemessenen Methode zur Ermittlung des Praxiswertes, der rational nachvollziehbar und auch juristisch belastbar ist.

KV-Zulassungen für Psychotherapeutische Praxen erfolgen durch die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelten Zulassungsausschüsse auf der Basis gesetzlich definierter Auswahlkriterien der Bewerber (berufliche Eignung, Approbationsalter, Dauer der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeit, verwandtschaftliche Interessenverhältnisse oder Interessen, die sich aus einer bereits gemeinschaftlichen Ausübung der Praxis ergeben, vgl. Sozialgesetzbuch V, § 103 Abs. 4 Satz 4). Zusätzlich wird die Dauer der Eintragung auf die Warteliste bei der jeweiligen KV (als untergeordnetes Kriterium) herangezogen.

Die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen haben in der Vergangenheit mit ihrer Art der Ausgestaltung des Nachbesetzungsverfahrens indirekt erheblichen Einfluss auf die Preisgestaltung genommen und dazu beigetragen, dass die heutigen hohen Praxispreise üblich wurden. So wurden in der Vergangenheit von einigen Zulassungsausschüssen nur solche Bewerber beim Nachbesetzungsverfahren berücksichtigt, die einen Vorvertrag mit dem Praxisabgeber geschlossen hatten. Dies führte zu hohen Praxispreisen, indem Praxisabgeber nur mit solchen Anwärtern auf den Kassensitz

Vorverträge abgeschlossen haben, die hohe Kaufpreisforderungen akzeptierten. Auch heute noch unterstützen die Zulassungsausschüsse eine solche Praxis, wenn sie es akzeptieren, dass Praxisabgeber ihre Ausschreibung der Vertragssitze zurückziehen, sobald im Nachbesetzungsverfahren nicht die KandidatInnen den Zuschlag erhalten, die bereit sind, die Forderungen des Praxisabgebers zu erfüllen. Bewerber für Praxisübernahmen mussten deshalb die Kaufpreisforderungen akzeptieren, wenn sie die Option auf die Übernahme des Kassensitzes wahren wollten. Eine solche Verfahrensweise widerspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das bereits in einem Urteil aus dem Jahr 2003 entschied, dass der Praxisabgeber sein Recht auf Wiederholung der Ausschreibung verliere, wenn er einen Vertragsschluss in Höhe des Verkehrswerts ablehne und damit die Praxisübergabe aus Gründen, die vom Gesetz nicht ausdrücklich geschützt werden, scheitern lasse (Urteil des Bundessozialgerichts v. 5.11.2003, BSGE 91, 253).

Inzwischen ist es für Bewerber auf Praxissitze bei der Nachbesetzung zunehmend üblich und ausreichend, gegenüber dem Zulassungsausschuss die Bereitschaft zur Zahlung des Verkehrswertes zu erklären, ohne zuvor vertraglich Zustimmung zu Kaufpreisforderungen des Praxisabgebers zu erklären. Eine nachträgliche Revision eines einmal geschlossenen Kaufvertrages ist schwierig. Zivilgerichte haben Versuche der Praxisübernehmer, bereits unterschriebene Praxiskaufverträge nach Erhalt der Zulassung juristisch mit dem Argument der Sittenwidrigkeit anzufechten, zurückgewiesen, auch wenn hohe Praxispreise veranschlagt wurden.

Der Zulassungsausschuss kann also nach aktueller Rechtslage einen Bewerber, wenn er sonst von den Qualifikationskriterien her den Zuschlag erhalten müsste, nicht vom Verfahren ausschließen, wenn dieser gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Bereitschaft erklärt, den Verkehrswert zu zahlen. Die Einigung über die Bestimmung des Verkehrswertes kann dann anschließend zwischen den beiden Vertragsparteien einver-

nehmlich und auf Augenhöhe erfolgen. Bei Nichteinigung ist durch den Zulassungsausschuss ein Gutachter zu bestellen, der den Verkehrswert der Praxis anhand der zur Verfügung stehenden Methoden ermittelt.

Wie aber kann der Verkehrswert ermittelt werden?

In jüngerer Zeit hat es wiederholt Sozialgerichtsurteile mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen zu dieser Frage gegeben. Bislang existiert noch keine verbindliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes darüber, welche Form der Ermittlung des Praxiswertes einer psychotherapeutischen Praxis diesem Grundsatz genügt. Verschiedene Berufsverbände und die Ärztekammern, haben sich zu dieser Thematik positioniert und eigene Vorschläge zur Bemessung des Wertes einer psychotherapeutischen Praxis gemacht, auch der Länderrat der Bundespsychotherapeutenkammer hat sich dieser Thematik angenommen und Vorschläge erarbeitet.

Mit dem hier vorgelegten Positionspapier zur Bestimmung des Praxiswertes anhand der „Differenzwertmethode“ wird ein eigener, ganz neuer Denk- und Bewertungsansatz zu dieser Thematik vorgelegt.

Dabei wird von der vermutlich konsensfähigen und juristisch nicht anfechtbaren Annahme ausgegangen, dass Zulassungen an sich nicht verkäuflich sind und dass keine Situation toleriert werden darf, in der Zulassungen faktisch an den Meistbietenden verkauft werden.

Praxisinhaber haben bei der Abgabe ihrer Praxis i.d.R. ein verständliches Interesse, den höchstmöglichen Preis für ihre Praxis zu erzielen. Da der Substanzwert (materieller Wert) einer Praxis meist gering und in der Regel unstrittig gehandelt werden kann (Mobiliar, Technik, EDV-Software, Fachbibliothek, Testbibliothek, Therapiematerialien), werden hohe Verkaufspreise üblicherweise mit dem sog. ideellen Wert einer Praxis begründet.

Was ist aber der ideelle Wert einer Praxis und wie kann sicher gestellt werden, dass

es so faktisch nicht doch zum Verkauf der Zulassung kommt?

Die bislang gängigen Berechnungsmodelle zur Bestimmung des ideellen Wertes einer Praxis orientieren sich an den mit einer Praxis zukünftig zu erzielenden Gewinnmöglichkeiten (z.B. Ertragswertmethode der Bundesärztekammer, Psychotherapeutenkammer-Modell der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Modell des Länderrates der Bundespsychotherapeutenkammer)

Um beim Praxisverkauf eine Abgrenzung gegenüber dem Argument des faktischen Verkaufs einer Zulassung juristisch belastbar vorzunehmen, ist es aber notwendig, bei der Bestimmung des ideellen Praxiswertes einen realen Mehrwert zugrunde zu legen, der sich eben nicht alleine aus der Zulassung ergibt. Dieser Wert wird im folgenden Differenzwert genannt.

Bei der Bestimmung des realen Mehrwertes ist nach dem vorliegenden Bewertungsansatz nicht der zu erwartende Gewinn einer Praxis zugrunde zu legen, sondern alleine der zusätzliche Wert oder Differenzwert, den ein Käufer über die reine Zulassung mit der Übernahme der bestehenden Praxis hinaus erwirbt. Mit einer reinen Zulassung sind auch ohne Übernahme einer bestehenden Praxis erhebliche Gewinnerzielungsmöglichkeiten verbunden.

Der Differenzwert ist der Unterschied zwischen den Gewinnerzielungsmöglichkeiten bei Übernahme einer bestehenden Praxis gegenüber den Gewinnerzielungsmöglichkeiten bei der Neugründung einer Praxis (d.h. der reinen Zulassung).

Die mit einer Praxistätigkeit zu erzielenden Einnahmen oder Gewinne sind daher in diesem Bewertungsansatz völlig unerheblich, wenn sie nicht über den Einnahmen oder dem Umsatz liegen, die sich mit Erteilung einer neuen Zulassung in dieser Region ohne Übernahme der zu veräußernden Praxis erzielen ließen.

Welchen Mehr- oder Differenzwert kann ein Praxisinhaber beim Verkauf seiner Praxis zum Ansatz bringen, der über dem einer Praxisneugründung liegt?

Hinsichtlich des Substanzwertes einer Praxis wird bei allen materiellen Gütern (Praxiseinrichtungsgegenstände, Bücher, notwendige Geräte etc.) vorgeschlagen, den Zeitwert nach der üblichen steuerlichen Abschreibung der Anschaffungen zugrunde zu legen. Dieser Teil dürfte vermutlich unstrittig regelbar sein können.

Bei der Beantwortung der Frage nach der Bemessung des ideellen Praxiswertes sind die gegenwärtigen Bedingungen der Versorgungspraxis (vgl. aktuelle Studien zu Wartezeiten bei den psychotherapeutischen Praxen) zu berücksichtigen.

Demnach dürfte ein Psychotherapeut, der eine neue Praxis ohne Übernahme einer bestehenden Praxis gründet, in aller Regel keine Probleme haben, seine Praxis innerhalb kürzester Zeit auszulasten. Auch wenn hierzu keine publizierten belastbaren Zahlen vorliegen, gehen wir aufgrund von langjährigen Erfahrungswerten in unterschiedlichen Versorgungsregionen von maximal zwei Quartalen aus (in vielen Fällen dürfte sogar ein Quartal genügen), die es bedarf, um eine volle Praxisauslastung zu erreichen.

In der Regel reichen Anschreiben an die umliegenden Kollegen oder niedergelassenen Haus- und relevanten Fachärzte aus, um bei dem derzeit bestehenden Versorgungsdruck sehr schnell dankbare Zuweiser zu finden, die ihre Patienten mit Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung unterbringen können.

Hier wird sehr konservativ davon ausgegangen, dass bei einer Praxisneugründung ohne bestehende Zuweiserstruktur ohne jegliche Probleme im ersten Quartal 40 % des vollen Umsatzes, im zweiten Quartal 80 % des vollen Umsatzes erzielt werden können. Spätestens ab dem dritten Quartal dürfte die Praxis voll ausgelastet sein können.

Der Inhaber einer gut eingeführten Praxis mit bestehender Zuweiserstruktur könnte in diesem Sinne als Mehrwert also anbieten, dass KollegInnen, die eine Praxis übernehmen, ihre Praxis schneller füllen können als dies bei einer Praxisneugründung der Fall wäre.

Einschränkend ist hier aber zu berücksichtigen, dass neu beginnende KollegInnen vermutlich gar kein Interesse haben dürften, vom ersten Tag der Praxiseröffnung an voll ausgelastet zu sein. Vor allem aber sind aufgrund der Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung Zuweiserstrukturen in besonderem Maße personengebunden (dies gilt also vor allem beim Verkauf von Einzelpraxen, weniger vermutlich bei MVZ oder größeren Gemeinschaftspraxen). Dies gilt im Übrigen in besonderem Maße auch für den Anteil an privatversicherten Patienten. Mit Wechsel des Praxisinhabers werden Zuweisungswege für privatversicherte Patienten neu strukturiert. Dies bedeutet in der Regel, dass der hier anzusetzende Mehrwert für eine bereits gut eingeführte Praxis nur zum Teil bei der Veräußerung berücksichtigt werden kann.

Ein Indikator für diesen Mehrwert wäre die Vorlage einer gut dokumentierten Warteliste. Neben Datum des Anrufs von potentiellen Patienten und Indikatoren für die Aktualität des Bedarfs (Wiederholungsanrufe) müsste auch dokumentiert sein, ob die betreffenden Patienten überhaupt bereit wären, von nachfolgenden Kolleg/inn/en behandelt zu werden, die der Patient nicht kennt bzw. für die er keine Empfehlung erhalten hat. Vom Praxisinhaber begonnene Fälle, die der Praxiserwerber weiterführen soll, stellen für den Nachfolger dagegen in ökonomischem Sinne vermutlich keinen Vorteil dar. Er kann zwar mit ihnen unmittelbar beginnen, hat aber ein u.U. stark begrenztes Stundenkontingent zur Verfügung, muss sich gleichzeitig in einen laufenden Fall umfangreicher einarbeiten und muss gleichzeitig früher einen aufwändigen und schlecht vergüteten Umwandlungs- oder Fortführungsantrag stellen.

Die Gewinnvorteile durch die Möglichkeiten einer schnelleren Auslastung der Praxis werden aber auch bei Vorliegen einer umfangreichen Warteliste dadurch eingeschränkt, dass zu Beginn der Praxistätigkeit vermehrt probatorische Sitzungen geleistet werden müssen, die schlechter vergütet werden, und neu beginnende, junge, gutachter-

pflichtige KollegInnen erheblichen zeitlichen Aufwand für die Verfassung von Bewilligungsanträgen leisten müssen.

Aufgrund dieser Bedingungen wird davon ausgegangen, dass auch bei Übernahme einer sehr gut eingeführten Praxis mit guter Überweiserstruktur im ersten Quartal maximal 70 %, im zweiten Quartal maximal 90 % der vollen Auslastung einer Praxis erreicht werden können.

Durch die Übernahme einer gut eingeführten Praxis ergibt sich vor dem Hintergrund dieser Überlegungen also lediglich in den ersten zwei Quartalen ein potentieller Vorteil der Praxisübernahme gegenüber einer Neugründung in einer Größenordnung von maximal 20 % Umsatzsteigerung. Nach den ersten beiden Quartalen wird hier davon ausgegangen, dass die Gewinnerzielungsmöglichkeiten bei Übernahme einer gut eingeführten Praxis sich nicht mehr von denen einer neu gegründeten Praxis unterscheiden.

Wie stellt sich die Anwendung der hier vorgeschlagenen Differenzwertmethode zur Ermittlung des Praxiswerts in einem Berechnungsbeispiel dar:

Der ideelle Wert einer Praxis im Sinne der Weitergabe einer Zuweiserstruktur und Warteliste, die helfen, die Praxis bei Übernahme schneller auszulasten, ist abhängig vom Umfang der Tätigkeit des ausscheidenden Psychotherapeuten. Hat ein Praxisinhaber einen hohen Therapiestundenumfang (maximal durchschnittlich 36 Therapiestunden für 43 Arbeitswochen im Jahr), übergibt er i.d.R. eine breitere Überweiserstruktur und eine umfangreichere Warteliste.

Am Beispiel einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis „Mustepraxis“ (Umsatz von 124.000 € mit 36 Therapiestunden in 43 Wochen, was nur 5 % der Praxen erreichen; bei geringerer Stundenzahl muss entsprechend abgestaffelt werden) ergeben sich auf der Basis der obigen Überlegungen folgende Berechnungssätze für den Gewinn in den ersten beiden Quartalen, wenn bei Übernahme einer Praxis und Zuweiserstruktur/Warteliste 80 % des Umsatzes

(im ersten Quartal 70 %, im zweiten 90 %) erzielt werden können. Es wird davon ausgegangen, dass die Betriebskosten einer neu gegründeten Praxis sich nicht von denen einer übernommenen Praxis unterscheiden:

Halbjahresumsatz	
bei 80 % Auslastung:	49.600 €
- Betriebskosten ½ Jahr	
(bei max. ausgelasteter Praxis)	20.318 €
Summe	29.282 €
- Einkommenssteuer	
(pauschal 30 %)	8.785 €
Summe	20.497 €

Bei der Neugründung einer Praxis mit der Absicht einer vollen Auslastung ergeben sich auf der Basis der obigen Überlegungen folgende Berechnungssätze für den Gewinn in den ersten beiden Quartalen, wenn in den ersten beiden Quartalen 60 % des Umsatzes erzielt werden können:

Halbjahresumsatz	
bei 60 % Auslastung:	37.200 €
- Betriebskosten ½ Jahr	
(bei max. ausgelasteter Praxis)	20.318 €
Summe	16.882 €
- Einkommenssteuer	
(pauschal 30 %)	5.065 €
Summe	11.817 €

Differenzbetrag Praxisübernahme/Praxisneugründung: 8.680 €

Der ideelle Wert einer Praxis beträgt auf der Grundlage dieses Berechnungsbeispiels einer voll ausgelasteten Praxis 8.680 €.

Da ein Großteil der Praxen deutlich geringere Auslastungskapazitäten als die hier zugrunde gelegte Praxis „Musterpraxis“ hat, liegt dort der ideelle Praxiswert entsprechend niedriger.

Die Annahme der zu erzielenden Auslastungsprozentsätze bei Neugründung einer Praxis jeweils mit und ohne Warteliste/Überweiserstruktur basiert auf verschiedenen Erfahrungen mit Praxisneugründungen und stellt zunächst einen Diskussionsvorschlag dar.

Wenn diese Annahmen mit empirisch belastbaren Zahlen unterfüttert werden sollten, wären von den KVen sicher Umsatzzahlen generierbar, die Aussagen über Unterschiede zwischen z.B. KJP-Praxisumsätzen nach Neuzulassungen ohne Übernahme einer bestehenden Praxis und Übernahmen gut eingeführter bestehender Praxen über definierte Zeiträume treffen. Dann ließe sich auch prüfen, ob mit übernommenen Praxen tatsächlich höhere Gewinnerwartungen erzielt werden können gegenüber Praxisneugründungen.

Auf der Grundlage der Berechnung des Praxiswertes mithilfe der Differenzwertmethode ergeben sich somit deutlich niedrigere Praxiswerte gegenüber den ertragswertorientierten Methoden der Ärztekammer, verschiedener Berufsverbände oder den Überlegungen des Länderrates der BPTK zufolge. Daher ist zu erwarten, dass dieses Berechnungsmodell zunächst verständlichen Widerspruch vor allem bei den niedergelassenen KollegInnen hervorruft, die in Erwartung der zuletzt gezahlten Praxispreise mit entsprechenden Erlösen beim Verkauf ihrer Praxen kalkuliert haben bzw. ein solcher Verkauf kurz bevorsteht.

Bei allem Verständnis für diese Position sei in diesem Zusammenhang aber noch einmal an den Ausgangspunkt für die Überlegungen zur Entwicklung des hier vorgelegten Differenzwertmodells erinnert. Wenn Konsens besteht, dass keine Zulassungen an sich verkauft werden können, muss der verkäufliche ideelle Wert einer Praxis in einem zusätzlichen Mehrwert bestehen, den eine bestehende Praxis gegenüber einer neu gegründeten Praxis hat.

Vor der Beschränkung der Zulassung zur psychotherapeutischen Versorgung hätte kein Kollege eine psychotherapeutische Praxis gekauft, wenn nicht für ihn ein erkennbarer wirtschaftlicher Zugewinn bestanden hätte. Auch rein auf die Behandlung von Privatpatienten ausgerichtete Praxen werden üblicherweise nicht verkauft. Zumindest sind dem Autor keine Fälle der Veräußerung psychotherapeutischer Praxen vor 1999 oder von Praxen ohne KV-Zulassung bekannt.

Das vorliegende Differenzwertmodell stellt den Versuch eines ganz neuen Ansatzes zur Ermittlung des Verkehrswertes psychotherapeutischer Praxen dar, der sich substantiell von den bislang üblichen Ansätzen unterscheidet. Er wird zu diesem Zeitpunkt in die Diskussion gebracht, um angesichts der erheblichen Unsicherheiten im Interessenausgleich zwischen Praxisabgebern und Praxiserwerbern eine rationale Grundlage für die Argumentation der beiden Vertragsparteien zu schaffen, die auch Bestand in einem entsprechenden Bundessozialgerichtsverfahren haben könnte.

In diesem Sinne hofft der Autor auf eine möglichst breite sachliche Diskussion aller Beteiligten und Interessengruppierungen über Pro- und Contra dieses Denk- und Bewertungsmodells mit dem Ziel, zukünftig eine nachvollziehbare, rational begründbare und rechtlich belastbare Methode der Ermittlung des Praxiswertes zu etablieren. Der hier vorgelegte Ansatz der Differenzwertmethode ist der Versuch, sowohl den ökonomischen Interessen derjenigen gerecht zu werden, die Engagement und Kompetenz in den Aufbau einer gut funktionierenden und anerkannten psychotherapeutischen Praxis investiert haben einerseits, aber auch den berechtigten Interessen der nachfolgenden jungen KollegInnen andererseits, die für ihre Zahlungen bei Übernahme der Praxis einen realen Mehrwert erhalten wollen, der den Start in die Praxistätigkeit erleichtert statt belastet.

Dr. Wolfgang Bürger

Kontakt: buergerpraxiska@online.de

Der Autor ist Psychologischer Psychotherapeut mit eigener Praxis in Karlsruhe, DGVT-Mitglied, Mitglied im Beratenden Fachausschuss der KV Baden-Württemberg sowie Mitglied im Ausschuss Ambulante Versorgung der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Nach der Landtagswahl

Was ist nur aus den drögen Schwaben geworden, die in ihrem Bundesland den ersten grünen Ministerpräsidenten gewählt haben?! Wer vor einem Jahr ein solches Wahlergebnis gewünscht hätte, wäre als Traumtänzer belächelt worden. Aber spätestens seit dem „schwarzen Donnerstag“ am 30.9.2010, als Polizeieinheiten den Schlossgarten stürmten, eine genehmigte Schülerdemonstration (!) auflösten und hunderte Verletzte hinterließen - und das nur um Baumfäll-Arbeiten ab Mitternacht, 1. Oktober, und damit Ende der Schutzzeit zu ermöglichen - war die Meinung im Ländle am Kippen. In den Umfragen waren die Grünen erstmals an zweiter Stelle nach der Dauerregierungspartei CDU, die seit fast 60 Jahren die Politik im Land bestimmte. Auch wenn am Ende der Zufall in Form eines tragischen Unglücks weit weg die Volkesmeinung zu Gunsten der Grünen gestärkt haben dürfte, so war die Wechselstimmung in den Wochen vor der Wahl zu spüren.

„Wahltag ist Zahltag“, und dies galt besonders in der Landeshauptstadt Stuttgart. Drei von vier Direktmandaten in Stuttgart gingen an die KandidatInnen der Grünen, die auch in einzelnen anderen Orten, meist Universitätsstädte, als direkt Gewählte Erfolg hatten. Die CDU stellt zwar weiterhin die stärkste Fraktion, musste jedoch ihr schlechtestes Wahlergebnis hinnehmen, die FDP gar um den Einzug in den Landtag bangen. Das komplizierte Wahlrecht begünstigt in BaWü Parteien mit Direktmandaten – dank der grünen Direktmandate hat es am Ende zu einer Koalition für Grün-Rot mit vier Stimmen Mehrheit gereicht. Der ungelöste Konflikt um Stuttgart 21 (so wird der geplante Halbtunnel-Schrägbahnhof quer über den gesamten Schlossgarten genannt) hat nun wahlentscheidend gewirkt und den prominentesten

Befürworter, Ministerpräsident Stefan Mappus, das Amt gekostet.

Die Wahl ist inzwischen Vergangenheit und die konkrete Regierungsarbeit steht an. Der umfangreiche Koalitionsvertrag „DER WECHSEL BEGINNT“ (nachzulesen im Internet) soll hier bezüglich der geplanten Sozialpolitik dargestellt werden. Natürlich steht anderes im Vordergrund: Bildung, die Beachtung der Ökologie in der Wirtschaft, effiziente Förderung des öffentlichen Nahverkehrs, Nachhaltigkeit in Energiegewinnung und Umwelt usw. Die Haltung von Grünen und SPD zu Stuttgart 21 ist bekanntlich kontrovers und führte zu komplizierten Festlegungen: Das Volk darf entscheiden, sofern das Projekt nicht zuvor aus anderen Gründen beerdigt wird.

Doch nun zur Sozialpolitik:

- Unter dem Punkt „Kinderschutz verbessern“ wird auf die Verbesserung der Beratungs- und Unterstützungsangebote verwiesen. „Wir werden für ein umfassendes Kinderschutzgesetz sorgen. Wir fördern ein verbindliches Netzwerk vor Ort, in dem alle Beteiligten zum Wohle der Kinder zusammenarbeiten und wollen die Art und Weise der Informationsweitergabe verbessern.“ (Koalitionsvertrag, S. 43)
- Unter dem Abschnitt „Opfer von Gewalt“ wird ein „bedarfsdeckendes Angebot von Beratungsstellen und Frauen- und Kinderschutzhäusern“ verlangt. (S. 44)
- Junge Menschen sollen in vieler Hinsicht gefördert werden. „Hierzu werden wir mit den Akteuren der Jugendarbeit einen Zukunftsplan Jugend erarbeiten, in dem mittelfristige Ziele und Projekte sowie die finanziellen Rahmenbedingungen festgeschrieben und im Landesjugendplan verankert werden.“ (S. 46)
- Wunsch nach einer „Weiterentwicklung der solidarischen Krankenversicherung in

Richtung einer Bürgerversicherung“ (S. 46)

- Flächendeckende Zentren für Geriatrie sind angesichts der demographischen Entwicklung nötig. (S. 47)
- „Kooperationsformen wie Praxisteams oder Gesundheitszentren, in denen Vertreter unterschiedlicher ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe zusammenarbeiten, sind sinnvoll. Wir befürworten solche Kooperationsformen insbesondere in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft“. (S. 47)
- In Bezug auf Suchterkrankungen: „Wir setzen uns für eine Drogen- und Suchtpolitik ein, die auf vier Säulen beruht: Aufklärung und Prävention, Frühe Hilfen, wohnortnahe Behandlungsangebote und Überlebenshilfen.“ Auch die Diamorphinbehandlung (Heroinvergabe) soll gefördert werden. (S. 48)
- Rechte und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen sollen in einem Gesetz festgehalten werden und die Versorgung verbessert werden. „Zentrale Bedeutung haben dabei die Grundversorgungsverpflichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste und die Regionalisierung und Gemeindeorientierung der psychiatrischen Versorgung, verbindliche Hilfeplaninstrumente und die Gemeindepsychiatrischen Verbände.“ (S. 49 u. 50)
- Menschen mit Behinderung soll die „volle Teilhabe“ ermöglicht werden. (S. 50)
- Angebote für wohnungslose Frauen und Jugendliche sollen ausgebaut werden.
- Auch die Angebote für Flüchtlinge und Asylbewerber sollen verbessert werden. „Entlang ihrer integrationspolitischen und humanitären Eignung wollen wir alle landeseigenen Erlasse, Anwendungshinweise und die dazugehörige Verwaltungspraxis überprüfen und gegebenenfalls anpassen.“ (S. 72)

Viele der oben genannten Punkte entsprechen auch unseren Zielen. Dem ehrgeizigen Plan wünschen wir eine kreative und erfolgreiche Umsetzung, wenn auch die Möglichkeiten begrenzt sein dürften.

Vertreterversammlung der Kammer

Der Bericht des Vorstandes über seine Tätigkeiten seit der letzten Vertreterversammlung war wie gewohnt umfangreich und zeigte die Mitwirkung der Landespsychotherapeutenkammer bei entsprechenden gesetzlichen Vorhaben auf (siehe Homepage der LPK). Geändert wurde die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Kammer in zwei Punkten: So kann nun der Präsident bzw. der Vizepräsident nach Abwahl für drei Monate ein Übergangsgeld beantragen, zu genehmigen durch den Haushaltsausschuss, eingeschränkt durch die Bestimmung: „Die Antragsunterlagen müssen Nachweise bezüglich zu erwartender finanzieller Härten enthalten, die im Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Amt stehen“. Als weiteren Punkt wurde den Vorstandsmitgliedern die Abrechnung ihrer Referententätigkeit bei Kammerversammlungen gemäß den Sätzen für eine Aufwandsentschädigung gewählter Mitglieder eingeräumt. Auch hier wird die Genehmigung über den Haushaltsausschuss erfolgen. Damit wird ausgeschlossen, dass sich der Vorstand selbst beauftragen kann.

Kurzfristig wurde ein Antrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von geistig behinderten Menschen durch Elisabeth Noeske und Ute Steglich eingebracht, mit Vorschlägen zur Einbeziehung der Thematik in die Psychotherapeuten-Ausbildung und in die Fortbildungsangebote der Kammer. Dieser Antrag fand volle Unterstützung.

Außerdem stellten die Ausschüsse ihre Arbeiten vor.

PP in Suchtberatungsstellen

Bislang dürfen Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bei der ambulanten Rehabilitation in anerkannten Suchtberatungsstellen nur unter der Gesamtverantwortung eines Arztes (mit entsprechender psychotherapeutischer Ausbildung) psychotherapeutisch tätig werden. Dies ist unbefriedigend, auch für den Ausbau ambulanter Behandlungsplätze in den Beratungsstellen. Renate

Hannak-Zeltner und der Kollege Andreas Stamm aus Rheinland-Pfalz legten in einer ausführlichen Problemabhandlung die Situation von angestellten Psychologischen Psychotherapeuten in Suchtberatungsstellen dar. Sowohl in Rheinland-Pfalz als auch in Baden-Württemberg fand dieser Text Zustimmung und Unterstützung. Inzwischen wurde dieser Text zur Situation von PP in Suchtberatungsstellen an die Bundespsychotherapeutenkammer weitergeleitet. Es ist zu hoffen, dass langfristig die entsprechenden Bestimmungen geändert werden und dass kurzfristig die Diskussion über die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes in Institutionen öffentlich geführt wird.

*Renate Hannak-Zeltner,
Landessprecherin Baden-Württemberg
Kontakt: bawue@dgv.de*

Bayern

Delegiertenversammlung der Bayerischen Psychotherapeutenkammer

Bei der 18. Delegiertenversammlung der Bayerischen Psychotherapeutenkammer gab Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern, in seiner gewohnt eloquenten Weise einen Überblick über die aktuellen Themen. U.a. ging es um die Neugestaltung der Bedarfsplanung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die derzeit gültige Bedarfsplanungsrichtlinie ist ein Anachronismus, die mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wohl mehr aus der Not, als aus der Tugend geboren worden sind. Denn: Mit welcher Begründung kann gerechtfertigt werden, dass der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung auf dem Land neunmal geringer ist als in den Ballungszentren? Obwohl alle Versorgungsgebiete in Bayern, rein statistisch nach den behaupteten Bedarfszahlen, überversorgt sind, müssen Patienten im Durchschnitt 9,3 Wochen auf ein Erstgespräch und 19,6 Wochen auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Auf dem Land sind es gar 23,6 Wochen.

Zum Abbau der vermeintlichen Überversorgung werde in derzeit kursierenden Überlegungen zum Versorgungsgesetz u.a. vorgeschlagen, die Anzahl der Psychotherapieplätze auf 100% abzubauen. Für München hieße das z.B., dass es 502 Sitze weniger gäbe.

Die Kammer fordert daher im geplanten GKV-Versorgungsgesetz:

- eine prospektive integrierte Rahmenplanung
- die Einbindung der Psychotherapeutenkammern in den Planungsgremien
- die Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie sowie die Abschaffung des Demografiefaktors

Politisch ist die Kammer hier aktiv und versucht auf den verschiedensten Ebenen die Interessen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Geltung zu bringen.

Reform von Studium und Ausbildung

Die aktuelle Reform von Studium und Ausbildung stellt sich für viele junge Menschen, die den Wunsch haben, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut zu werden, als äußerst undurchsichtig dar. So sehen sich die Studenten in Bayern aktuell vor der Situation, dass es im Anschluss an den Bachelor-Abschluss nicht genügend Master-Studienplätze gibt. Bei der Delegiertenversammlung waren auch Vertreterinnen der Ludwig-Maximilians-Universität München anwesend, die eindringlich ihre prekäre Situation schilderten. Im Sommersemester verlässt der erste Bachelor-Jahrgang das psychologische Institut der Hochschule. Nur für ein Drittel der AbsolventInnen stehen Master-Studienplätze zur Verfügung. Die Studentenvertreterinnen baten hier die PTK um Mithilfe und um Intervention beim Bayerischen Gesundheits- und beim Wissenschaftsministerium. Vor dem Hintergrund des zu erwartenden hohen Versorgungsbedarfs ist im Rahmen der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes dringender Rege-lungsbedarf gegeben.

Dem Wunsch der bayerischen PiA nach Mitgliedschaft in der Kammer konnte bisher

aus rechtlichen Gründen nicht nachgekommen werden. Es wird aber nach anderen Möglichkeiten gesucht, wie die PiA stärker in die Kammer eingegliedert werden können.

Es wurden 292 Neuapprobierte der Jahre 2009 und 2010 mittels Fragebogen befragt. Der Rücklauf betrug 53%. Die Kernergebnisse der Befragung: 86,5% der Befragten sind weiblich; 59% sind im Angestelltenverhältnis tätig; 39,1% sind selbständig. Bei 53,8% der Befragten besteht der Wunsch sich beruflich zu verändern; 36,5% suchen einen Kassensitz.

Einen „schlechten Stand“ hat die Psychotherapeutenchaft derzeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Bei Vorstands- und Gremienwahlen im Januar wurden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Führungspositionen ausgeschlossen.

10. Suchtforum

„Vom Tüchtigen zum Süchtigen ... arbeitsmüde, erschöpft und ausgebrannt: Arbeiten bis die Helfer kommen“. Unter diesen etwas sperrigen Titel fand das 10. Suchtforum statt, bei dem die Kammer Kooperationspartner war. Zu den Themen Computer-, Spiel- und Kaufsucht wurden verschiedene Medieninterviews von Mitgliedern der Vorstandschaft gegeben.

Weiterbildungsordnung

Die Diskussion zu diesem Thema wurde kontrovers geführt: Die Mehrzahl der Delegierten hat ihre Argumente gegen eine Weiterbildungsordnung hervorgehoben. Die Approbation zum Psychotherapeuten stelle die Befähigung dar, alle psychischen Störungen, die mit Mitteln der Psychotherapie behandelt werden können, auch behandeln zu dürfen. Psychotherapeuten haben den fachlichen Status eines Facharztes. Eine Weiterbildungsordnung, die störungsspezifische Fachkenntnisse attestiert, werte die Approbation ab. Es sei daher nicht zielführend, die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten an Termini der ärztlichen Weiterbil-

dungsordnung auszurichten, wie es die aktuell die Tendenz zu sein scheine.

PTK-Vizepräsident Bruno Waldvogel informierte über die Ergebnisse des Pilotprojektes „Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie“, das von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) angeboten wurde. An dem Projekt beteiligten sich die Kammern Bayerns, Baden-Württembergs und Berlins. Das Pilotprojekt hat sich bewährt, so dass eine Fortsetzung des zum 31.12.2010 ausgelaufenen Projektes derzeit verhandelt wird.

„Die Kasse stimmt“, mit diesen drei Worten ist die finanzielle Situation der PTK Bayern am besten zu beschreiben. Und so war die Zustimmung der Delegierten zum Kassenbericht und die Entlastung des Vorstands am Ende der Sitzung reine Formsache.

*Willi Strobl, Landessprecher Bayern
Kontakt: bayern@dgv.de*

Hamburg

Hamburger Kammer wählt Vorstand und DPT-Delegierte

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat sich am 13.4.2011 neu konstituiert. Die erste Sitzung der neuen Legislaturperiode wurde bestimmt von der Wahl des Kammervorstandes sowie der Hamburger Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag.

Wieder hat sich die Hamburger Konsenskultur durchgesetzt. Die Wochen vor der konstituierenden Sitzung waren ausgefüllt von intensiven und zum Teil kontroversen Gesprächen zwischen den gewählten Gruppierungen mit dem Ziel einer transparenten und möglichst einvernehmlichen Besetzung der Gremien und Funktionen.

So wurden dann folgende Kolleginnen und Kollegen mit großen Mehrheiten in den Kammervorstand gewählt: Präsident: Prof. Rainer Richter (ALLIANZ), Vizepräsidentin: Gabriela Küll (VAKJP), BeisitzerInnen:

Dipl. Psych. Torsten Michels (Psychodynamische Liste), Dipl. Psych. Bettina Nock (Integratives Bündnis), Dipl. Psych. Heike Peper (ALLIANZ).

Für die ALLIANZ (dieser Listenverbindung hatten sich auch die DGVT-KollegInnen angeschlossen) wurden als Delegierte bzw. StellvertreterInnen für den Deutschen Psychotherapeutentag gewählt: Prof. Dr. Rainer Richter und Dipl. Psych. Heike Peper.

Als stellvertretende Delegierte wurden gewählt: Dr. Thomas Bonnekamp (DGVT), Dipl. Psych. Gerda Krause (DPTV) und Dipl. Psych. Mike Mösko (DGVT).

Bei der nächsten Delegiertenversammlung am 25.6.2011 wird es um die Besetzung der Ausschüsse gehen.

*Thomas Bonnekamp,
Landessprecher Hamburg
Kontakt: hamburg@dgv.de*

Hessen

Kammerwahl 2011

Im Mai 2011 findet die Wahl zur neuen Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer statt. Die DGVT ist dabei eingebunden in die Bündnisliste *VT-AS* (Verhaltenstherapie - Angestellte, Selbständige, AusbildungsteilnehmerInnen).

„VT-AS“, das sind Kolleginnen und Kollegen aus Praxen, Kliniken, Beratungsstellen, aller staatlich anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitute in Hessen, Universitäten, aus der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), dem Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs).

Mit einer KandidatInnen-Liste von 57 Kolleginnen und Kollegen wird gezeigt, wie breit die Liste aufgestellt ist und wie gut sie verhaltenstherapeutische Berufserfahrung in die Kammerarbeit einbringen kann.

In Hessen befand sich in der vergangenen Wahlperiode trotz eines sehr guten

Wahlergebnisses unserer Liste keine VertreterIn der Verhaltenstherapie im Kammervorstand.

Diesmal gibt es einen sehr erfreulichen Unterschied zu den Wahlen vor fünf Jahren. Es sind auch PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiAs) wahlberechtigt, die sich nach der Zwischenprüfung in der Praktischen Ausbildung befinden und ab diesem Zeitpunkt beitragsfreie Pflichtmitglieder der Kammer sind. VT-AS hat diese Änderung des Hessischen Heilberufsgesetzes durch das Sozialministerium sehr begrüßt, da es ermöglicht, gemeinsam mit PiAs an einer weiteren Verbesserung der Ausbildungsbedingungen zu arbeiten und durch ihr Mitwirken die Zukunft der Profession besser zu gestalten. So kandidieren auf unserer Liste diesmal auch etliche PiAs, u.a. auch einer der hessischen PiA-SprecherInnen.

Die VT-AS hat in mehreren Aussendungen für ihre inhaltlichen Forderungen an eine bessere Arbeit der Psychotherapeutenkammer geworben. Zentrale Begriffe sind dabei: effizient, themenfokussiert, engagiert und professionsbezogen.

- Effizient: Mit uns gibt es keine beitragsfinanzierte Ausweitung der Kammeraktivitäten, sondern schlankes, professionelles Management in Verwaltung und inhaltlichen Aktivitäten
- Themenfokussiert: Punktgenaue aktive Öffentlichkeitsarbeit zur Sicherung unseres Berufes sowie der psychotherapeutischen Versorgung und Ausbildung
- Engagiert: gegenüber Landesregierung, Landtag, Parteien, Arbeitgebern, Gewerkschaften, Bundespsychotherapeutenkammer, Verbänden und Medien
- Professionsbezogen: Erhalt eines klaren Profils der Psychotherapie im Gesundheitssystem und gegenüber anderen Berufsgruppen zur Verbesserung unseres Status

Mit dem Stichwort „Sicherung und Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung“ sprechen wir die Stärkung der niedergelassenen KollegInnen an. Die Versorgung von

Kindern und Jugendlichen muss verbessert werden, Prävention und Rehabilitation ausgebaut werden und auch MigrantInnen sollen eine wirklich gute psychotherapeutische Versorgung erhalten können. Neue Arbeitsbereiche für PsychotherapeutInnen in Kranken-, Alten- und Pflegeeinrichtungen sollen erschlossen werden.

Mit dem Stichwort „Für eine fundierte und honorierte Ausbildung“ setzen wir uns dafür ein, dass die praktische Tätigkeit in den Kliniken dem akademischen Abschluss und dem verantwortungsvollen Anforderungsprofil entsprechend angemessen honoriert wird. Wir fordern den Master als Zugangsbedingung zur PP- und KJP-Ausbildung, um die wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie sicherzustellen. Hochschulen müssen von der Landespolitik gut ausgestattet werden. Es darf kein Flaschenhals zwischen Bachelor- und Masterstudium entstehen.

Schließlich engagieren wir uns mit dem Stichwort „für eine starke und engagierte Profession“ für die wissenschaftliche Fundierung von Psychotherapie und eine enge Kommunikation mit den hessischen Universitäten und Hochschulen. Wir sehen eine wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie als wichtigen Garanten dafür, dass die Psychotherapie ihren Status als eigenständige Heilkunde behält. Die Situation der Angestellten muss verbessert werden: Wir wollen uns offensiv einsetzen für eine umfassende Anerkennung der Approbation in Kliniken (Vergütung, Leitungsaufgaben, Laufbahnrecht, Gleichstellung mit FachärztInnen) und dabei die Kolleginnen und Kollegen konkret unterstützen. Wir sind offen für eine Befugnisserweiterung der PsychotherapeutInnen.

Mit unserem Programm und unseren Kandidatinnen und Kandidaten hat VT-AS deutlich gemacht, dass wir im künftigen Kammervorstand mitwirken möchten. Wir stehen dabei für einen sachlichen und kollegialen Arbeitsstil in den Gremien der Kammer. Wir wollen eine Kammer, die als unabhängiges Regulativ gegenüber Politik und

Kostenträgern aber auch gegenüber den Berufsverbänden auftritt.

*Karl-Wilhelm Höffler,
Landessprecher Hessen
Kontakt: hessen@dgvvt.de*

Mecklenburg-Vorpommern

Beratender Fachausschuss für Psychotherapie tagte in Schwerin

Am 16. März 2011 kam der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Als Sprecher wurden Christoph Bosse (Psychologischer PT) und Fridjof Gebhardt (ärztlicher PT) gewählt.

In einem gemeinsamen Brief hatten Christiane Kirchner (bvvp), Jürgen Friedrich (DGVT), Fridjof Gebhardt (DGPT) und Otto Rendenbach (vpp-bdp) im Vorfeld ihre Befürchtung geäußert, durch den Wegfall des Beratenden Hauptausschusses (nach Satzungsänderung) könnten die Psychotherapeuten von aktuellen Informationen abgehängt werden, auch weil der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie in der Vergangenheit selten einberufen wurde. Der KV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eckert versuchte die Bedenken zu zerstreuen. Vor jeder Vertreterversammlung gebe es eine Info-Veranstaltung für die Berufsverbände, zu der auch Verbandsvertreter der Psychotherapeuten eingeladen würden. Der Ausschuss solle künftig vor den Vertreterversammlungen tagen, vom Vorstand käme auch gerne jemand dazu. Diese Aufforderung nahmen die Ausschuss-Sprecher überrascht und dankbar zur Kenntnis.

Helga Bernt hatte vorab brieflich angefragt, im Sinne des Sicherstellungsauftrags der KV das Angebot für psychotherapeutische Krisensprechstunden zu verbessern. Das leuchtete dem Allgemeinmediziner Eckert nicht so recht ein: Die Psychotherapeuten müssten Krisenfälle wie alle Ärzte in

jedem Fall versorgen, es gebe keinen Rechtsanspruch auf unsere Bestellpraxis. Wir argumentierten mit dem engen 150-Minuten-Zeitlimit pro Quartal und pro Patient für "Psychotherapeutisches Gespräch" (Ziffer 23220) und dessen unattraktiveren Vergütung. Eckert meinte, dies gehöre auf die Bundesebene, in den entsprechenden KBV-Gremien könne er das durchaus ansprechen. Die Psychotherapeuten sollten das Thema auch selber auf Bundesebene in ihren Beratenden Fachausschuss bringen und entsprechende Modelle ausarbeiten.

Zuletzt ging es um die Reform der Bedarfsplanung. Nach seiner Meinung befragt, sagte Eckert, in den diesbezüglichen Entscheidungsgremien sollten „Nicht-Leistende“ besser nicht mitreden dürfen, da sie stets Leistungen forderten, ohne sich um deren Bezahlung zu kümmern. Auf diverse Versorgungsgesetz-Entwürfe angesprochen, präferierte Eckert den ministerialen Entwurf deutlich gegenüber dem der KBV. Wir hätten im KV-System Fehlversorgungsprobleme, durchschnittlich 18 Arztkontakte im Jahr seien einfach zu viel. Die finanziellen Mittel seien endlich, so Oliver Kahl, der Hauptabteilungsleiter Sicherstellung bei der KV Mecklenburg-Vorpommern, man müsste den Versorgungsauftrag effizienter erfüllen. "Nachfrage, könne man nicht mit „Morbidity“ gleichsetzen.

Da bei den Psychotherapeuten nur wenige voll arbeiteten (36 Stunden), gäbe es noch Luft nach oben. Kahl betonte, abgegebene halbe Sitze seien von der KV stets erneut ausgeschrieben worden. Auch bei den neuen KJP-Sitzen habe man die 10%-Hürde nicht streng ausgelegt. So habe man im Lande nun 14 neue KJP-Sitze und zwei Sonderbedarfszulassungen, fünf Umwandlungen und eine Ermächtigungs-Verlängerung. Entgegen anderslautenden Gerüchten sei man gerne bereit, dem Ausschuss aufbereitetes KV-Datenmaterial zur Verfügung zu stellen. Direkt daraufhin signalisierten wir großes Interesse am Punktedurchschnitt unserer Facharzt-Vergleichsgruppe (und ihrer Zusammensetzung). Nebenbei war noch interessant, dass unser Vorsitzender meinte, wir

PTs hätten verglichen mit Ärzten ein Qualitätssicherungsdefizit (trotz Antragspflicht). Mein Fazit zur Ausschusssitzung: Es ist immer gut, mehr miteinander ins Gespräch zu kommen.

Für die Niedergelassenen unter uns: Einige Kollegen haben von der KV unlängst Ablehnungsbescheide zu ihren Widersprüchen gegen die Quartalsabrechnungen aus 2007 / 08 erhalten. Nun muss man innerhalb der Ein-Monats-Frist entscheiden, ob man Klage einreicht. Bei Redaktionsschluss gab es noch keine klare Empfehlung dazu, im Zweifelsfall kann man die DGVT-Juristin Kerstin Burgdorf in Tübingen telefonisch um Rat bitten.

*Jürgen Friedrich, Landessprecher
Mecklenburg-Vorpommern
Kontakt: mv@dgvt.de*

Niedersachsen

Termine

Die nächste Telefonkonferenz der Landesgruppe findet am Dienstag, 7. Juni, um 20 Uhr statt. Wer sich daran beteiligen möchte, kann eine E-Mail an die folgende Adresse schicken: niedersachsen@dgvt.de

Die große Mitgliederversammlung der Landesgruppe wird für Ende August/Mitte September geplant. Wir freuen uns über zahlreiches Erscheinen. Der genaue Termin soll bald bekannt gegeben. Für Anregungen sind wir immer offen, auch diese direkt an die LandesgruppensprecherInnen richten bzw. die o.g. E-Mail-Adresse senden.

*Alexandra Klich,
Landessprecherin Niedersachsen
Kontakt: niedersachsen@dgvt.de*

Nordrhein-Westfalen

Zukunft der Psychotherapie

Als DGVT-Mitglieder, als Psychotherapeuten, sind wir geneigt, das für unseren Berufsstand Erreichte zu erhalten und weiterzuentwickeln. Dabei gelingt es uns nicht immer, die größeren Zusammenhänge im Blick zu behalten und von diesen unser Handeln abzuleiten.

So hatten wir uns intensiv um die Reform der Psychotherapie-Ausbildung bemüht, haben das Tübinger Modell eingebracht. Jetzt ist ein abgestimmter Vorschlag der Psychotherapeutenchaft beim Bundesgesundheitsministerium, das aber gar nicht geneigt ist, diesen Vorschlag gesetzlich umzusetzen. Denn die ordnungspolitischen Vorstellungen im Ministerium scheinen ganz anderer Art zu sein. Hier liebäugelt man weiterhin mit der Direktausbildung, d.h. Psychotherapie-Master an den Hochschulen mit gleichzeitiger Staatsprüfung zur Approbation und der darauf aufbauenden Weiterbildung in Psychotherapieverfahren, die dann zum Erhalt der sozialrechtlichen Zulassung erforderlich wäre. Ordnungspolitisch liegt dieses Vorgehen nahe bei der Mediziner-Ausbildung.

Wir können gespannt sein, ob ein möglicher Gesetzesvorschlag in diese Richtung weist. Dies wäre noch weiter von unserem Tübinger Modell entfernt als das in der Bundespsychotherapeutenkammer konsentiertere Modell.

Ausgehend von dieser Erfahrung, aber auch unter dem Eindruck von Auflösung bisher fest gefügter politischer Systeme diskutieren wir in der Landesgruppe NRW der DGVT über die Zukunft der Psychotherapie.

- Wir fragen uns, ob für die Einbeziehung weiterer Verfahren eine Weiterbildungsregelung der geeignete Weg ist.
- Wir fragen uns, warum sich so wenige der frisch Ausgebildeten für eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis interessieren.
- Wir fragen uns, ob die immer noch fehlende Einbeziehung von Psychotherapeu-

ten in den TVöD und die daraus resultierende schlechte Bezahlung der angestellten Psychotherapeuten für die geringe Akzeptanz von angestellter Tätigkeit verantwortlich zu machen ist.

- Wir fragen uns, ob wir als DGVT diesen Ball weiterspielen sollen, indem wir gewerkschaftliche Aktivitäten nach dem Vorbild der angestellten Ärzte aufnehmen.
- Wir fragen uns, ob bzw. wie die ergänzenden berufspolitischen Anliegen gewerkschaftlich organisiert werden könnten.
- Wir fragen uns, wie mit der zunehmenden Kritik an nur in Teilzeit tätigen Einzelpraxen umzugehen ist und wie wir diesen Kollegen durch die Förderung von Kooperationen und neuen Versorgungsmodellen Angebote machen können.
- Wir fragen uns, wie wir Psychotherapie und Psychotherapeuten in den Regionen besser vernetzen können, wie wir als DGVT in der jeweiligen Region Aktivitäten dazu fördern können.

Diese und weitere Fragen wollen und können wir nicht alleine beantworten. Wir suchen dazu die Diskussion mit den Mitgliedern. Als ein geeignetes Podium dazu haben sich die *regionalen Mitgliedertreffen* herausgebildet, die in *Köln* alle zwei Monate stattfinden (um 20 Uhr an jedem 2. Montag eines ungeraden Monats im „Stanton“ in der Schildergasse, also am 9. Mai, 11. Juli, 12. September und 14. November).

Eine *Mitgliederversammlung für alle DGVT-Mitglieder aus NRW* wird es am Mittwoch, 19. Oktober 2011, um 19 Uhr in Dortmund geben. Auch diese wollen wir zur Diskussion der hier angeschnittenen Fragen nutzen. Auf dieser Mitgliederversammlung sind auch die Landessprecher zu wählen.

*Johannes Broil,
Landessprecher Nordrhein-Westfalen
Kontakt: nrw@dgv.de*

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Zweite Kammerversammlung der OPK konstituiert

Am 8. und 9. April fand in Machern bei Leipzig die konstituierende Sitzung der 2. Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) statt. Im Bericht des alten und neuen Wahlleiters, Rechtsanwalt Jan H. L. Immen, wurde auf die verbesserbare Qualität des Wählerverzeichnis hingewiesen.

Schon vor Sitzungsbeginn war es wegen der Wahl des neuen Vorstandes hinter den Kulissen heiß her gegangen. Keine Zweifel bestanden an der Wiederwahl des Präsidiums: Andrea Mrazek, PP aus Sachsen, wurde mit 27 Stimmen als Präsidentin, Wolfram Rosendahl, PP aus Sachsen-Anhalt, mit 32 Stimmen als Vizepräsident gewählt, beide ohne Gegenkandidaten.

Auch bei den Wahlen der weiteren Vorstandsmitglieder aus den übrigen Ländern trat meist nur ein Kandidat an: Für Brandenburg Dietmar Schröder (PP, 31 Stimmen) und für Thüringen Gregor Peikert (PP, 30 Stimmen). Nur die Mecklenburg-Vorpommerschen Delegierten hatten sich nicht im Vorfeld auf einen Kandidaten geeinigt. Für die Nachfolge von Helga Bernt, die sich aus der Kammerpolitik zurückgezogen hat, schlug dann über die Ländergrenzen hinweg die Präsidentin Johannes Weisang vor, der bislang den KJP-Vorstandssitz inne hatte. Als zweite Kandidatin trat aus dem Erwachsenenbereich Ragna Richter (PP) an. Unser DGVT-Mitglied Johannes Weisang (KJP) gewann diese Wahl mit 28 Stimmen recht eindeutig. Damit war der sechste und letzte Vorstandssitz nicht mehr für KJP reserviert. Es traten drei PP an, Margitta Wonneberger aus Sachsen gewann mit 24 Stimmen in absoluter Mehrheit klar vor ihrem Landsmann Thomas Guthke und Ragna Richter aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dann folgte die Wahl der insgesamt neun Ausschüsse. Wen die Besetzungsdetails interessieren, der sei auf die Internet-

präsenz der OPK verwiesen, wo alle Ergebnisse der Wahlen veröffentlicht wurden. Bis auf die AG für Qualitätssicherung und den Ausschuss für Angelegenheiten der Angestellten sind in jedem Ausschuss DGVT-Mitglieder vertreten.

Erfreulich ist, dass sich die DGVT diesmal auch bei den Wahlen der Bundesdelegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag erfolgreich einbringen konnte (Friedemann Belz, Jürgen Friedrich und für den Vorstand Johannes Weisang). Schade, dass sich die Delegierten von Sachsen-Anhalt und Thüringen bei ihren Wahlvorschlägen nicht auf einen weiteren KJPLer einigen konnten, obwohl die DGVT-Vertreter Wolfgang Pilz (Sachsen-Anhalt) und Rüdiger Bürgel (Thüringen) ihr Interesse angemeldet hatten. Sie wurden lediglich als Vertreter nominiert und gewählt, wie zuvor auch schon Anne Fallis aus Brandenburg.

Ansonsten wurde durchaus darauf Wert gelegt, dass alle Approbierten, welcher Verfahrensrichtung auch immer, eine Stimme bekommen, genau so wie sowohl angestellte als auch niedergelassene PsychotherapeutInnen Berücksichtigung fanden. Dazu trug die DGVT-Gruppe konstruktiv bei.

Angemerkt sei noch, dass diesmal der Wahl keinerlei Kandidatenvorstellungen vorausgingen, weder zur Person noch zu den inhaltlichen Zielen. Das lässt sich kaum mit den knappen Texten der ursprünglichen Wahlkandidaten-Broschüre erklären. Sicher, die meisten kannten sich und die jeweiligen Positionen (und Verbandszugehörigkeiten) aus der ersten Kammerversammlung. Auf die Neulinge unter den Delegierten dürfte dies etwas seltsam gewirkt haben.

Die neue Kammerversammlung hat eine Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumatherapie Erwachsene - OPK“ und „Psychotraumatherapie Kinder und Jugendliche - OPK“ mehrheitlich beschlossen. Die Einzelheiten dazu werden demnächst im Internet veröffentlicht und in der „OPK aktuell“ publiziert. Es braucht kein zusammenhängendes Curriculum absolviert werden, die einzelnen Bausteine sollen modular erworben werden dürfen. Wich-

tig könnte dies auch für die Kolleginnen und Kollegen werden, die bereits im Modellverfahren der Berufsgenossenschaften arbeiten. Von deren Seite wurde Interesse signalisiert, die OPK-Zertifizierung zur Grundlage der Aufnahme von Trauma-Therapeuten in die Liste des Modellverfahrens zu machen. Man stehe derzeit in Verhandlungen darüber.

Es soll in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, dass die Frage einer möglichen Abwertung unserer Approbation durch solche Zertifikate schon in vergangenen Kammerversammlungen, in der OPK wie auch auf Bundesebene, kontrovers diskutiert wurde. Schließlich sollte es unser oberstes Ziel bleiben, dass mit dem Erwerb der Approbation eine umfassende Tätigkeit möglich ist, also keine weiteren Zertifikate für die Behandlung von speziellen psychischen Störungen notwendig werden dürfen.

Gerade bei der Trauma-Therapie sind allerdings bereits diverse Zertifikate von Verbänden und Instituten eine (teils teure) Realität. Kein Wunder, dass Kammern hier Regelungsbedarf sehen. Die OPK-Trauma-Therapie-Fortbildungsrichtlinie strebt hier eine Vereinheitlichung und Begrenzung des Aufwandes an, ohne dass eine Bindung an ein Institut erfolgen muss. Ob dieser Schritt mehr Ordnung oder noch mehr Verwirrung für Behandelnde wie Patienten bedeuten wird, bleibt abzuwarten.

Der zweite Tag stand dann als Workshop ganz im Zeichen der künftigen Inhalte der Kammerarbeit. Es bildeten sich Arbeitsgruppen zu verschiedenen Fragestellungen wie der Aufhebung von Befugnis-Einschränkungen (Überweisung, Heilmittelverordnung, Krankschreibung). Auch die Frage, wie von Seiten der Kammer mehr Nähe und Interesse bei den Mitgliedern der OPK hergestellt werden kann, wurde erörtert. Weiter interessierten die Fragen, wie die OPK sich mit den Hochschulen und Universitäten besser vernetzen kann und wie Verstimmungen auf Seiten der Fachhochschulen über den Psychotherapeutengesetz-Entwurf bereinigt werden könnten. Politisch wichtig ist schon jetzt das Thema „Zukunft unserer psychotherapeutischen Versorgung“. Viele

neue Aufgaben und Ideen wurden an den Vorstand und die zuständigen Ausschüsse herangetragen. Nun kann die Arbeit losgehen.

*Jürgen Friedrich, Landessprecher
Mecklenburg-Vorpommern
Kontakt: mv@dgv.de*

Schleswig-Holstein

Kammerwahl 2011

Es ist wieder soweit. Vom 16. Juni bis zum 11. Juli können alle approbierten Kolleginnen und Kollegen zum dritten Mal darüber bestimmen, wer ihre Interessen in der Kammerversammlung in Schleswig-Holstein vertritt. Die Aktivitäten der DGVT-Landesgruppe konzentrierten sich in den letzten Monaten auf die Vorbereitungen dieser Wahl. Schon länger stand fest, dass wir uns wieder in „Kam On“, einem Wahlbündnis aus DGVT, BDP, GwG und verbandsungebundenen KollegInnen engagieren würden. In dieser Konstellation waren wir in 2007 erstmalig angetreten, errangen 50 % der Kammerversammlungssitze und bildeten in den vergangenen vier Jahren auch den Kammervorstand. Was wir bewirken konnten, wurde an dieser Stelle regelmäßig berichtet. Wir können ohne falsche Bescheidenheit sagen, dass wir trotz fehlender eigener Mehrheit in der Kammerversammlung die meisten Ziele, die wir 2007 formuliert hatten, auch umsetzen konnten. Aus unserer Sicht waren wir also erfolgreich, und wir haben uns entschieden, uns in dieser Konstellation wieder zur Wahl zu stellen - nicht zuletzt um zu klären, ob die Mehrheit der Kammermitglieder das genauso sieht.

Unter dem Slogan „Kurs halten“ treten wir mit „Kam On“ erneut an. Unser Ziel ist es, unsere Vorstellungen von einer mitgliedernahen, kostengünstigen und transparenten Psychotherapeutenkammer fortsetzen zu können. Dazu streben wir bei diesen Wahlen eine eigene Mehrheit in der Kammerversammlung an. Scheiterte die eigene Mehrheit

in 2007 mutmaßlich auch an der zu geringen Anzahl eigener KandidatInnen, sind die Voraussetzungen für eine eigene Mehrheit in 2011 deutlich besser. Bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe stand die BewerberInnenliste noch nicht endgültig fest, gleichwohl war schon sicher, dass sich deutlich mehr KollegInnen für „Kam On“ zur Wahl stellen werden als in 2007.

Und innerhalb von „Kam On“ dürfte die DGVT weiterhin Bestand haben. Wir bedanken uns jetzt schon bei all denen, die sich für eine Kandidatur bereiterklärt haben. Auch ist es vor der Wahl gelungen, das Profil von „Kam On“ zu schärfen. „Kam On“ versteht sich als Interessenvertretung aller Approbier-ten, egal welcher Form der Berufsausübung sie nachgehen. Und so fanden sich auch diesmal unter dem Dach von „Kam On“ Angestellte aus unterschiedlichen Bereichen, KV-Zugelassene (deutlich mehr als in 2007)

und selbständig Tätige ohne KV-Zulassung (z.B. Kostenerstattung, Coaching, Lehre) zusammen, um zu gewährleisten, dass die Kammer nicht zu einer einseitigen Interessengruppierung verkommt.

Es ist also quasi angerichtet, allerdings noch nicht gewählt. Wenn Sie wollen, dass „Kam On“ die Gelegenheit bekommt, Kurs zu halten, dann beteiligen Sie sich bitte an der Wahl! Geben Sie den KandidatInnen von „Kam On“ Ihre Stimmen und motivieren Sie KollegInnen dazu, dies auch zu tun.

Wir dürfen gespannt sein, wie es ausgeht und werden in der nächsten Ausgabe der Rosa Beilage davon berichten.

*Diana Will, Detlef Deutschmann
und Bernd Schäfer
LandessprecherInnen Schleswig-Holstein
Kontakt: sh@dgvt.de*

	<p>INTERAKTIVE FORTBILDUNG</p> <p>Klicken Sie sich rein:</p> <p>www.afp-info.de</p>  <p>Alle Artikel sind von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig!</p>
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aus den Kammern

Bericht über den 18. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 13. und 14. Mai in Berlin

Zusammenfassung

In aller Kürze lassen sich die Ergebnisse des 18. DPT folgendermaßen darstellen: Der bisherige Vorstand wurde mehrheitlich und ohne GegenkandidatInnen wiedergewählt. Mit knapper Mehrheit von 51 zu 50 Stimmen wurde beschlossen, auf eine Fortschreibung oder Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung zu verzichten, bis Klarheit über die Inhalte der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes besteht. Mit deutlicher Mehrheit wurde die bisherige Kommission „Zusatzqualifizierung“ beauftragt, bis zum 19. DPT einen Entwurf für die Weiterbildung in Systemischer Therapie zu erstellen. Im Folgenden noch eine subjektive Auswahl einzelner Punkte.

Zur Reform der Psychotherapieausbildung

Auf dem letzten Psychotherapeutentag hatte es eine Reihe von Änderungswünschen zu den Reformvorschlägen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Psychotherapie-Ausbildung gegeben. Unter anderen hatten Delegierte der DGVT gefordert, die Erhöhung des Stundenkontingents um fast 17 % in der Praktischen Ausbildung II (Selbsterfahrung, Supervision und Behandlungsstunden) im Reformentwurf zurückzunehmen. Nachdem der Vorstand der BPtK angeboten hatte, sich mit den AntragstellerInnen in Verbindung zu setzen und gemeinsam die Änderungsvorschläge zu beraten, beschloss der letzte DPT, sich mit diesen Anträgen nicht weiter zu befassen. Leider hat der Vorstand der BPtK diese Zusage nicht eingehalten und in dem an das Bundesministerium für Gesundheit weitergeleiteten Geszentwurf die Erhöhung festgeschrieben.

Auf Initiative von Delegierten der DGVT forderte der letzte DPT den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer auf darzulegen, wie sich die finanziellen und zeitlichen Belastungen der AusbildungsteilnehmerInnen durch die geplante Ausbildungsreform verändern. Diesem Beschluss ist die BPtK zwar auf schmaler Datenbasis, aber immerhin unter Berücksichtigung mancher unklarer Hypothesen nachgekommen und hat im Vorstandsbericht dieses DPT entsprechende Berechnungen angestellt. Dabei kommt die BPtK zu dem Ergebnis, dass sich trotz der 17 %-Erhöhung der genannten zeit- und kostenintensiven Ausbildungsbestandteile eine zeitliche und finanzielle Entlastung der AusbildungsteilnehmerInnen durch den Reformvorschlag ergäbe.

Wie ist das möglich?

1. Die Daten der BPtK beziehen sich nur auf zwölf Ausbildungsinstitute. Unter anderem ist die BPtK nicht auf das Angebot der DGVT-Ausbildungsleitung zu ausführlicheren Gesprächen oder der Erörterung des Themas auf der Bundeskonferenz der Ausbildungsinstitute eingegangen; die Datenbasis ist somit vermutlich wenig repräsentativ.
2. Im Reformentwurf werden vier Monate der praktischen Tätigkeit von der Ausbildung in das Studium verlagert. Mit anderen Worten: Die zeitliche Belastung der TeilnehmerInnen verändert sich damit nicht, sie taucht nur nicht mehr in der Ausbildung auf.
3. Die BPtK geht in ihrer Darstellung von einer Verdoppelung der Vergütung der Praktischen Tätigkeit aus. Auch wenn wir diesen Wunsch der BPtK teilen, so erscheint die Hoffnung auf seine Erfüllung doch zu vage, um damit eine Erhöhung des Ausbildungsumfangs „gegenfinanzieren“ zu können.

Doch selbst wenn man davon ausgeht, dass die Berechnungen der BPtK realistisch sind,

ist festzuhalten, dass der BPTK-Vorstand nach diesen Berechnungen davon ausgeht, dass unsere PiA-KollegInnen während einer Vollzeitausbildung künftig 421 statt 330 Euro erhalten können. Der BPTK ist es somit mit ihrem Reformvorschlag nicht gelungen, ein Modell zu entwickeln, dass es künftigen Kollegen und Kolleginnen erlaubt, während ihrer Ausbildung einen existenzsichernden Lebensunterhalt zu verdienen. Es wäre wünschenswert gewesen, dass eine Erhöhung von Ausbildungsbestandteilen erst dann erfolgt, wenn eine existenzsichernde Gegenfinanzierung sichergestellt ist.

Da das BMG signalisiert hatte, dass eine Reform der Psychotherapie-Ausbildung nicht zügig erfolgen wird, hatten einige Delegierte und auch die Landespsychotherapeutenkammer Niedersachsen den Wunsch geäußert, der Vorstand möge eine Art Doppelstrategie fahren, indem er zwar die große Reform der Psychotherapie-Ausbildung weiter verfolgt, sich aber zunächst für schnelle Änderungen bezüglich der Bezahlung der PiAs und des einheitlichen Master-Zuganges einsetzt. Der Vorstand lehnte diese Doppelstrategie ausdrücklich ab. Er argumentierte, dass man so die Chancen der Umsetzung der großen Reform reduzieren würde und dass der Einsatz für den einheitlichen Master-Zugang zulasten der PiAs gehen würde. Nicht nachvollziehbar erscheint, warum sich der Vorstand kurzfristig nicht gleichzeitig für die Bezahlung der PiAs und den einheitlichen Zugang einsetzen kann.

Mitsprache und Mitbestimmungsrechte der PiAs in den Kammern

Der letzte DPT hatte die Landespsychotherapeutenkammern gebeten, sich für die kostenfreie Kammermitgliedschaft der PiAs einzusetzen. Die Vertreter der PiAs äußerten auf diesem DPT ihren Wunsch auf eine feste Verankerung ihres Gremiums und ihres Mitspracherechts auf dem DPT.

Bei der Befragung der Vorstandsmitglieder wurden alle KandidatInnen, in deren Länder die Mitgliedschaft der PiAs noch nicht umgesetzt wurde, befragt, ob sie sich dafür einsetzen werden. Grundsätzlich hatte

keines der gefragten Vorstandsmitglieder „etwas dagegen“, aber die Priorität dieses Anliegens erschien durchaus unterschiedlich ausgeprägt zu sein.

Zusatzqualifikation

Ausführlich wurde der Bericht der Kommission „Zusatzqualifikation“ diskutiert. Es standen sich im Wesentlichen die bekannten Argumente gegenüber. Während die Befürworter eine Verbesserung der Versorgung erhoffen, befürchten die Kritiker berufsrechtliche Einschränkungen und eine Entwertung der Approbation und Fachkunde, wenn Anwendungen geregelt werden, die gegenwärtig berufsrechtlich nach der Approbation im therapeutischen Handeln genutzt werden dürfen.

Aus den Beiträgen lässt sich entnehmen, dass es am wenigsten Widerstand gegen Weiterbildungen für ein zweites Therapieverfahren gibt, während die Weiterbildung in den übrigen Bereichen auf stärkere Kritik stößt.

Dies mag erklären, dass zwar mit knapper Mehrheit beschlossen wurde, vorläufig auf eine Fortschreibung oder Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung zu verzichten, aber am zweiten Tag die bisherige Kommission „Zusatzqualifizierung“ beauftragt wurde, zum nächsten DPT einen Entwurf für die Weiterbildung in Systemischer Therapie zu erstellen.

Problematisch erscheint vor allem, dass damit auch der § 2 der Musterweiterbildungsordnung, der die Entwertung der Approbation durch Weiterbildungsordnungen verhindern soll, geändert werden muss. Es bleibt zu hoffen, dass die Kommission Zusatzqualifizierung hier einen Entwurf vorlegt, der diese Schutzfunktion beinhaltet.

Psychotherapeutenjournal – Probleme im Betriebsablauf vorerst behoben

Eingeschoben wurde ein aktueller Tagesordnungspunkt zu Problemen bei der Herausgabe des Psychotherapeutenjournals (PTJ). Die Zeitschrift, die im Namen und Interesse aller Psychotherapeuten bislang gemeinsam von den Kammern herausgegeben wird, wird ggf.

um bis zu 80 Cent pro Heft teuer, weil – ausgelöst durch eine aktuelle Entscheidung des Finanzgerichts Dresden – keine Werbung mehr erscheinen kann. Die finanz- und steuerrechtlich hoch komplexe Thematik führte dazu, dass einige Kammern sich nicht in der Lage gesehen hatten, das entstehende finanzielle Risiko bzw. die Zusatzkosten zu übernehmen, was das Erscheinen der gesamten Zeitschrift und damit ein überaus erfolgreiches Projekt gefährdet hatte.

In den Berichten von Dr. Nikolaus Melcop (Bayern, für die Herausgeber) und Dr. Heiner Vogel (für das Redaktionsteam des PTJ) wurde deutlich, dass die Kammern sich am Morgen vor dem DPT quasi in letzter Minute auf einen Kompromiss geeinigt hatten, der ein Weitererscheinen in einer Übergangsphase von zwei Jahren unter leicht veränderten Konditionen erlaubt.

Reform der Bedarfsplanung

Der Vorstand informierte über seine Initiativen zur Reform der Bedarfsplanung im Rahmen der Beratungen zum geplanten Versorgungsstrukturgesetz der Bundesregierung, die mit großer Zustimmung von den Delegierten zur Kenntnis genommen wurden.

Resolution zum Therapieunterbringungsgesetz

Sowohl der BPTK-Vorstand als auch Delegierte der DGVT u.a. legten Resolutionsanträge vor zur Frage der zukünftigen Ausgestaltung der Unterbringung und Therapie für gefährliche Straftäter, die aufgrund des aktuellen Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 3.5.2011 nicht mehr in der Sicherungsverwahrung untergebracht werden können. Die Texte verfolgten z.T. unterschiedliche Ansätze, die sich ideal ergänzten. Der vom Vorstand eingebrachte Resolutionstext unterstützte die Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einer besseren psychotherapeutischen Ausstattung des Strafvollzugs. Kernaussage des DGVT-Antrags war, dass eine Psychiatrisierung gefährlicher Straftäter die bisherigen Entstigmatisierungs-Initiativen der Profession im psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsfeld, von Psy-

chiatrie-Erfahrenen sowie von Angehörigen psychisch kranker Menschen entwerten würde und man von daher andere Formen der Unterbringung und Therapie für gefährliche Straftäter, die nicht mehr in der Sicherungsverwahrung untergebracht werden können, finden müsse (vgl. hierzu auch den Beitrag von Heiner Keupp in diesem Heft auf S. 4). Beide Resolutionsanträge wurden von den Delegierten des DPT angenommen.

Abschließend sei an dieser Stelle dem Versammlungsleiter des 18. DPT, Wolfgang Schreck, gedankt für seine souveräne Sitzungsleitung, die maßgeblich zum Gelingen der zweitägigen Tagung beigetragen hat.

*Klaus Ditterich, Delegierter der
Landeskammer Niedersachsen*

PiA-Bundeskonzferenz der Bundespsychotherapeuten- kammer

Am 22.4.2011 fand die 4. Bundeskonferenz der PiA (Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung) in Berlin statt, an der ich noch in meiner Funktion als PiA-Vertretung des Landes Niedersachsen teilgenommen habe.

Die Bundeskonferenz ist ein Treffen der PiA-Vertretungen der verschiedenen Landeskammern. Sie ist auf dem 11. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) ins Leben gerufen worden. Der 11. DPT beauftragte den BPTK-Vorstand, eine „Bundeskonferenz PiA“ auszurichten, die einmal jährlich stattfinden soll. Ziel der Bundeskonferenz ist es, den Austausch von PiAs länderübergreifend zu ermöglichen und damit auch die Einbindung von PiAs zu verbessern. Jede Landespsychotherapeutenkammer kann bis zu zwei VertreterInnen (entsprechend der in ihrem Bundesland gefundenen Regelung zur Einbindung des beruflichen Nachwuchses) entsenden.

Um eine Rückkopplung der Arbeit der Bundeskonferenz mit der des DPT und des Vorstandes der BPTK zu ermöglichen, wur-

den ein/e SprecherIn und ein/e StellvertreterIn gewählt. Die SprecherInnen der Bundeskonferenz PiA fungieren als Ansprechpartner des Vorstandes der BPTK für einschlägige Fragestellungen und nehmen auf Einladung an den Vorstandssitzungen teil. Außerdem sind die SprecherInnen Gäste der Deutschen Psychotherapeutentage und erhalten ein Rederecht.

In Niedersachsen wird die PiA-Vertretung durch die PiA-SprecherInnen der jeweiligen Ausbildungsinstitute gewählt. Die PKN organisierte hierfür 2008 ein PiA-Treffen, zu dem alle Instituts-PiA-SprecherInnen (jeweils zwei aus jedem Institut) eingeladen wurden. Danach berief die jeweils amtierende PiA-Vertretung weitere PiA-Treffen in Niedersachsen in Absprache mit der PKN ein. Das nächste PiA-Treffen findet am 19. Mai statt und ich hoffe, dass zahlreiche PiA-VertreterInnen erscheinen werden.

Im vergangenen Jahr lag der Arbeitsschwerpunkt der Bundeskonferenz auf der Ausbildungsreform. Hierzu haben wir rege Diskussionen geführt und Stellung bezogen. So sind wir für einen gemeinsamen Beruf der Psychotherapeuten. Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und damit die Änderung der Ausbildungsvorgaben war auch verstärkt das Thema der letzten DPTs. Wir haben dazu unsere Meinung geäußert und Stellungnahmen abgegeben. Es war ein arbeitsreiches Jahr, da gerade diese Punkte uns PiAs besonders betreffen und wir dazu aus eigener Erfahrung viel beitragen können. Unsere Meinung haben wir auf den DPTs wie auch gemeinsam auf dem Ausbildungsgipfel kund getan und auf unsere Probleme aufmerksam gemacht.

Auf dem letzten DPT wurde eine Veränderung für die Bundeskonferenz PiA verabschiedet: Die Bundeskonferenz PiA trifft sich nun zweimal im Jahr, und es werden neben dem Sprecher zwei StellvertreterInnen gewählt werden. Dies hat uns sehr gefreut, da uns so eine bessere Zusammenarbeit möglich wird und wir effektiver als Ansprechpartner fungieren können.

Wichtige Themen gibt es neben der Ausbildungsreform, an der wir weiter dran bleiben, noch viele, so dass wir auch im kommenden Jahr viel Arbeit haben werden. Darauf freuen wir uns und gehen es gezielt an. Dafür bilden wir verschiedene Arbeitsgruppen, die sich intensiv mit einem Thema oder Sachverhalt befassen und die anderen über die Ergebnisse informieren. Neben den Treffen gibt es zahlreiche Telefonkonferenzen wie auch regen E-Mail-Austausch.

Auf der letzten Bundeskonferenz PiA haben wir uns mit dem Thema der Musterweiterbildungsordnung befasst. Es ist äußerst relevant, was uns zukünftig an Weiter- und Fortbildungen zugemutet wird. Selbstverständlich betrachten wir Fortbildungen und Weiterbildungen als wichtig und notwendig. Es ist jedoch entscheidend, wie sie gestaltet werden. Werden sie uns beschränken und letztlich unsere Kompetenzen beschneiden oder werden sie unseren Horizont und unsere Fähigkeiten erweitern? Werden sie für uns überhaupt noch machbar, also bezahlbar und umsetzbar sein? Welche Weiterbildungen brauchen wir und vor allem welche Ausmaße dürfen diese annehmen?

Was uns relativ schnell sehr klar wurde: Bei jedweder Veränderung der Weiterbildungsordnung soll der Paragraph §2d unbedingt geschützt und nicht verändert werden. Hier geht es um Zusatzqualifizierungen. Dabei soll auf jeden Fall die gültige Regelung bestehen bleiben, dass alle Störungen aus dem Bereich F0-99 mit Erlangung der Approbation behandelt werden dürfen. Eine Zusatzqualifizierung soll nicht einschränken und damit die Approbation abwerten. Unsere schwer erkämpfte Approbation ist die Grundlage der heilkundlichen Tätigkeit von Psychotherapeuten.

Ein weiteres wichtiges Thema stellte die Einbindung der PiAs in die Länderkammern dar. Dies ist in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich. In manchen waren PiAs bislang gar nicht vorgesehen und manchen fällt es immer noch schwer, eine PiA-Vertretung einzurichten. Die Einbindung der PiAs in die Kammern ist jedoch wichtig und nützlich. Hier hat unsere Psychotherapeuten-

kammer in Niedersachsen eine Vorreiterrolle. Die PiAs werden ab ihrem zweiten Ausbildungsabschnitt, also mit Beginn der praktischen Ausbildung (ambulante Therapiestunden), als vollwertige Mitglieder in die Kammer aufgenommen, und dies auch kostenfrei.

Wie bereits bekannt, gibt es seit dem letzten Jahr in Niedersachsen einen Ausschuss zur Nachwuchsförderung. In diesem arbeiten einige unserer Delegierten (auch PiA) mit. Auf der letzten PiA-Bundeskonferenz hatten wir Besuch eines Mitglieds dieses Ausschusses, um uns PiAs, die Bundeskonferenz und unsere Arbeit kennen zu lernen.

Das Thema Nachwuchsförderung spielt nicht nur für die Kammer, sondern auch für unseren Verband eine große Rolle. Wir werden weiterhin verstärkt daran mitarbeiten,

die junge Therapeutengeneration für unsere Arbeit und Engagement zu begeistern. Als PiA-Vertretung hoffe ich, dass die bislang gute Zusammenarbeit mit der Kammer und mit der Landesgruppe auch weiterhin bestehen bleibt und dass die Interessen der PiAs und Neuapprobierten einbezogen werden.

Als Landesgruppensprecherin werde ich mich bemühen, die Anliegen der jungen Generation auch weiterhin zu unterstützen und zu fördern, ohne dabei die Anliegen der „alten Hasen“ aus dem Blick zu verlieren. Denn gemeinsam werden wir stets die besten Ergebnisse erzielen.

*Alexandra Klich, PiA,
Landessprecherin Niedersachsen*

Übersicht zu den Mitgliedsbeiträgen der Landespsychotherapeutenkammern

- Stand April 2011, alle Angaben ohne Gewähr -

Psychotherapeutenkammer	Beitragsbemessung	Jahresbeitrag 2010 (gerundet)	Anzahl der Kammermitglieder bzw. der Approbierten	Quelle
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (Stand 3/2011)	Die Beitragshöhe wird von den Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages festgelegt. Die Erfassung der Anzahl der Kammerangehörigen erfolgt unabhängig vom jeweiligen Status der Beitragspflicht gegenüber der jeweiligen Landeskammer.	Ab 1.1.2008: 48 € pro Kammermitglied und Jahr (Bechluss des 10. DPT vom 12.5.2007)	ca. 34.500 (Stand 9/2010)	Beitragsordnung, verabschiedet auf dem 3. DPT am 15.5.2004.
Baden-Württemberg (aktualisiert 2010, keine Änderungen bis 3/2011)	Regelbeitrag: Ermäßigter Beitrag I: Ermäßigter Beitrag II: Mindestbeitrag: Freiwillige Mitglieder, die sich in der praktischen Ausbildung befinden:	400 € 240 € 160 € 100 € 0 €	4.611 Mitglieder (Stand 3/2011)	Beitragstabelle vom 19.9.2009
Bayern (aktualisiert 2010, keine Änderung bis 3/2011)	Beitragsgruppe A (selbstständig tätig): Beitragsgruppe B (angestellt tätig): Beitragsgruppe C (sowohl selbstständig als auch angestellt tätig): Mindestbeitrag (berufsfremd tätig oder nicht berufstätig): Ermäßigungsanträge können z.B. bei reduzierter Berufstätigkeit oder sozialen Härten gestellt werden.	390 € 340 € 370 € 75 €	ca. 5.300 (Stand 3/2011)	Beitragsordnung vom 18.9.2003 zuletzt geändert am 22.10.2009
Berlin (aktualisiert 2010, keine Änderungen bis 3/2011)	Regelbeitrag: Halber Beitrag (bei doppelter Kammermitgliedschaft oder Rückgabe der Approbation bis 30.06. bzw. Approbationserwerb ab 01.07. eines Jahres): Ermäßigter Beitrag I (Gesamteinkommen bis 13.797	305,00 € 152,50 €	3.508 (Stand: 3/2011)	Beitragsordnung vom 25.9.2008

	<p>€): Ermäßigter Beitrag II (Gesamteinkommen bis 9.198 €):</p>	85,00 € 0,00 €		
Bremen (aktualisiert 2011)	<p>Der Beitrag bemisst sich nach einem für alle Mitglieder einheitlichen Prozentsatz, der sich auf die jährlich erzielten Einkünfte aus psychotherapeutischer Arbeit bezieht. Maßgeblich für die Beitragsberechnung ist das Einkommen des vorvergangenen Jahres. Der prozentuale Hebesatz wird jährlich zusammen mit dem Beschluss über den Haushaltsplan von der Kammerversammlung beschlossen und beträgt zurzeit 0,89 % (Stand März 2011).</p> <p>Gehört ein Mitglied zugleich einer anderen Heilberufskammer dieses Landes oder eines anderen Bundeslandes an, so wird der anfallende Beitrag nur zur Hälfte erhoben.</p> <p>Mindestbeitrag: Freiwillige Mitglieder: PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PIA):</p>	130 € 90 € 0 €	545 (davon 49 PIA) (Stand: 3/2011)	Satzung der Psychotherapeutenkammer Bremen, vom 22.12.2010
Hamburg (keine Änderung bis 3/2011)	<p>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.</p>	78 € 78 € 0 €	1.772 (inkl. PIA) (Stand: 3/2011)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 26.1.2005

Hessen (aktualisiert 2011)	bis 10.000 € Jahreseinkommen bis 12.000 € bis 14.000 € usw. bis 70.000 € ab 72.001 €	Staffelung in 20 Euro-Schritten 40 € 60 € 80 € 640 € 680 €	3.607 (Stand: 2010)	Beitragsordnung der LPPKJP Hessen. Zuletzt geändert am 8.11.2008 sowie neue Beitragstabelle für 2011
Niedersachsen (aktualisiert 2006; keine Änderungen bis 3/2011)	- Jahresbeitrag: - Angestellte/Beamte: (bei Nebeneinkünften aus psychotherapeutischer Tätigkeit fällt der volle Beitrag an) - Kammermitglieder, die < 50% tätig sind: - Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen: - Kammermitglieder, die auch in einer anderen Kammer Mitglied sind (gilt nicht bei einer freiwilligen Mitgliedschaft) - Beitragsbefreiung: - Kammermitglieder, die das 65. Lebensjahr vollendet haben - Mitglieder der PKN, die den praktischen Teil der Ausbildung begonnen haben	400 € 330 € 200 € 80 € halber Kammerbeitrag werden im Folgejahr befreit, soweit sie keine Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen	ca. 3.000 (Stand 2006)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) v. 5.12.2001, zuletzt geändert am 3.12.2005
Nordrhein-Westfalen (aktualisiert 2010, keine Änderung bis 3/2011)	- Vollbeschäftigte: - Angestellte u. Beamte in Teilzeit: - Arbeitsunterbrechung von 6 Monaten (Arbeitslose, Elternzeit, Krankheit): Der Beitrag kann in dem Jahr, in dem die berufliche Erwerbstätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde, reduziert werden.	350 € 250 € 190 € Reduktion auf bis zu 80 €	7.901 (Stand: 03/2011)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW vom 27.4.2007

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (aktualisiert 2010, keine Änderung bis 3/2011)	Niedergelassene: Angestellte u. Beamte: Arbeitslose, Mutterschutz, Elternzeit: Mitglieder über 65 Jahre, die keine Tätigkeit ausüben:	450 € 360 € 180 € 60 €	2.672 (Stand 3/2011)	Vorläufige Beitragsordnung der OPK vom 6.5.2006
Rheinland-Pfalz (aktualisiert 2011)	Angestellte bzw. selbstständig arbeitende PsychotherapeutenInnen bezahlen einen Grundbetrag + Hebesatz für Einkünfte bzw. Bruttoarbeitslohn aus psychotherapeutischer Tätigkeit. Für nicht selbstständig tätige Mitglieder liegt der Hebesatz bei 0,8 %, bei selbstständig tätigen Mitgliedern bei 0,96 %. Höchstbeitrag:	125 € (Grundbetrag) 775 €	1.576 (Stand 3/2011)	Beitragsordnung vom 8.12.2007
Saarland (aktualisiert 2011)	- Beitragsklasse I selbstständige Arbeit (+ nichtselbstständige Arbeit): - Beitragsklasse II nicht selbstständige Arbeit: - Beitragsklasse III auf Antrag (Arbeitslosigkeit, Elternzeit, Krankheit, bei Einkommenschwankungen, Doppelmitgliedsch.) - Beitragsklasse IV auf Antrag (Freiwillige Mitgliedschaft)	560 € 490 €	453 (Stand 3/2011)	Beitragsordnung vom 12.10.2010
Schleswig-Holstein (aktualisiert 2011)	- Beitragsklasse I (Selbstständige): - Beitragsklasse II (Angestellte/Beamte): - Beitragsklasse III (ermäßigter Beitrag f. Selbstständige): - Beitragsklasse IV (ermäßigter Beitrag für Angestellte/Beamte): - Beitragsklasse V (Mindestbeitrag): - Beitragsklasse VI (nicht berufstätige RentnerInnen):	390 € 350 € 230 € 210 € 70 € 70 €	1.324 (Stand 3/2011)	Beitragsatzung vom 21.11.2008 sowie Anlage zur Beitragsatzung

Übersichten zu den Entschädigungs- und Reisekostenordnungen der Landespsychotherapeutenkammern

- verkürzte Darstellung, Stand April 2011, alle Angaben ohne Gewähr -

Psychotherapeutenkammer	Entschädigungen Vorstandsarbeit	Zeitausfälle für Funktionäre	Reisekosten	Übernachtungen	Quelle/Stand
Bundespsychotherapeutenkammer (aktualisiert 3/2011)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 5.400 € Vizepräsident: 4.200 € weitere Vorstandsmitglieder: 3.000 € <i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i> Präsident/Vizepräs.: 150 € weitere Vorstandsmitglieder: 100 € Scheidet ein Mitglied des Vorstandes nach mindestens 1 Jahr Vorstandszugehörigkeit oder durch Tod oder Berufsunfähigkeit aus, so wird ein Übergangsgeld in Höhe der Aufwandsentschädigung für 3 weitere Monate an ihn/die Erben ausbezahlt.	Für Ausschussmitglieder und Personen, die im Auftrag der Delegiertenversammlung oder des Vorstands an Tagungen, Sitzungen oder Telefonkonferenzen teilnehmen: 40 € pro Stunde, jedoch max. 8 Std. (320 €) pro Tag.	Bahn: 1. Klasse (mit BahnCard50). PKW: 0,30 €/km, pro weitere mitgen. Personen zusätzlich 0,10 €/km. Flug: Economy-Class für Vorstandsmitglieder, sofern Benutzung anderer Verkehrsmittel aus Zeitgründen nicht zumutbar ist. <i>Verpflegungskosten-mehraufwand</i> Bis 4 Stunden 11 €/Tag ab 4 Stunden 18 €/Tag	Übernachungskosten bis 100 €/Nacht + Nebenkosten (z.B. Taxikosten, Park- u. Autobahngebühren).	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 1.11.2003; zuletzt geändert am 13.11.2010
Baden-Württemberg (aktualisiert 3/2011)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 5.000 € Vizepräsident: 2.500 € weitere Vorstandsmitglieder: 2.000 €	„Für Kammerdelegierte, Ausschuss-Mitglieder und für weitere Personen“: Warte- u. Reisezeit: 30 €/Std. 250 € f. Teilnahme an VV (pauschal), jeder weitere Tag zusätzlich 150 €.	Bahn: 2. Klasse oder 1. Klasse bei Nutzung von BahnCard50 Vorstandsmitgl.: Kosten der BahnCard50 f. 1. Klasse (auf Antrag) Bei Nutzung der BahnCard (2. Klasse) oder andere Vergünstig-	Übernachungskosten bis 120 €/Nacht.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERKO) vom 1. September 2009

	<p>Bei Ausschusssitzungen je angefangener Stunde 55 € für alle VertreterInnen. Summe der Aufwandsentschädigung höchstens 550 €/Tag. Teilnahme am DPT höchstens 610 €/Tag. Erhöht sich um 150 € je weiterem Sitzungstag Bei Teilnahme an Schulungen u. Fortbildungen: Tagegeld 10 €/Tag.</p>	<p>tionen zusätzlich 30% der dadurch gesparten Beträge. PKW: 0,30 €/km, pro weitere mitgen. Personen zusätzlich 0,10 €/km.) mit vorheriger Genehmigung des Geschäftsführers oder des Präsidenten. Flug: mit vorheriger Genehmigung durch Präsident oder Vizepräs. Tagegeld Notwendige Nebenkosten (z. B. Taxi, Parkgebühren)</p>		
<p>Monatliche Bürokostenpauschale: Präsident: 250 € Vizepräsident: 200 € weitere Vorstandsmitglieder: 100 € Für die Vorstände entfällt die Sitzungspauschale. „Mit der Aufwandsentschädigung gelten alle Tätigkeiten für die LPK einschließlich der Tätigkeit für den Länderrat (der BPTK) als abgegolten.“ (ERKO, A 1.)</p>	<p>Monatliche Aufwandsentschädigung: Präsident: 5.000 € Vizepräsident: 2.500 € Weitere VS-Mitgl.: 2.000 € Monatliche Bürokostenpauschale: Präsident: 250 € Vizepräsident: 200 € Weitere VS-Mitgl.: 100 €</p>	<p>Aufwandsentschädigung für Ausschuss- bzw. Kommissionsvorsitzende 50 €/Sitzung. Für zeitliche Inanspruchnahme werden je Abwesenheitsstunde 50 € erstattet, max. 8 Stunden/Tag (Mitglieder der DV, Ausschuss-/Kommissionsmitglieder sowie Vorstandsmitglieder).</p>	<p>Bahn: 2. Klasse (in begründeten Ausnahmefällen 1. Klasse) inkl. aller Zuschläge. PKW: 0,30 €/km, pro weitere mitgen. Personen zusätzlich 0,10 €. Flug: Nur sofern die Benutzung anderer Verkehrsmittel nicht zumutbar ist und sofern Flugkosten günstiger bzw. gleich hoch als andere Verkehrsmittel.</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 18.9.2003, geändert im Oktober 2007 wird im Frühjahr 2008 veröffentlicht</p>
<p>Bayern (aktualisiert 2008; keine Änderungen bis 3/2011)</p>	<p>Monatliche Aufwandsentschädigung: Präsident: 3.500 € Vizepräsident: 2.800 € übrige Vorstandsmitglieder: 1.200 €</p>	<p>Ausschussprecher/ Vorsitzende der Sitzungsleitung: 150 € Teilnahme an der DV, Ausschüsse oder anderer Gremien: pauschal 50 € pro Sitzung bei max. 4 DV, 7 Aus-</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 26.11.2009, geändert am 17.6.2010</p>
<p>Berlin (aktualisiert 2008; keine Änderungen bis 3/2011)</p>		<p>Angemessene Übernachtung gegen Beleg, max. 100 € pro Übernachtung. Nebenkosten bis max. 25 € pro Tag.</p>		

Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43 (2), Suppl. 2 [Rosa Beilage]

Bremen (aktualisiert 3/2011)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: Stellvertreter: Beisitzer:	1.500 € 750 € 375 €	schusssitzungen. Teilnahme an Klausurtagung: 100 €. Dienstreisen pro volle Std. 50 €, max. 300 € pro Tag. Teilnahme an Sitzungen der DV 250 €/Tag und 150 € für jeden weiteren Tag. Für extern veranlasste Termine innerhalb Bremens, wenn es zu Verdienst- oder Honorarausfall kommt: 50 €/Stunde* (Abrechnung halbstundenweise bis max. 8 Stunden/Tag) Für Dienstreisen außerhalb Bremens (Abrechnung halbstundenweise bis max. 8 Stunden/Tag) werden 50 €/Stunde* bezahlt. * Setzt <u>Beschluss des Kammervorstandes voraus.</u>	jedoch max. bis 20 % über den Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse zum gleichen Ort. Notwendige Nahverkehrs- oder Taxikosten am Zielort Fahrtkosten innerhalb Berlins werden nicht erstattet.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 16.11.2010.
Hamburg (aktualisiert 2010, keine Änderungen bis 3/2011)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: Vizepräsident: Beisitzer:	50 €/Std. (max. 450 € pro Arbeitstag). Bürokostenpauschale pro Jahr: 250 € (für Mitglieder der Kammerversammlung). Sitzungsgeld pro Sitzung: 80 €	Dienstreisen außerhalb Bremens werden erstattet mit: Bahn: 1. Klasse zzgl. Zuschläge (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. Übernachtungskosten es vertretbar erscheinen lassen. Bahn: 1. Klasse zzgl. evtl. Taxikosten. PKW: 0,30 €/gefahrte km, pro weitere mitgen. Person 0,02 € zusätzlich. Flug: nur mit vorheriger Genehmigung des Vorstandes.	Gegen Beleg in Höhe der angefallenen Kosten, max. in Höhe 120 €/Nacht. Darüber hinausgehende Kosten bedürfen eines Vorstandsbeschlusses. Erstattungen anderer Organisationen sind in voller Höhe anzurechnen.	Gegen Beleg max. 150 € Verpflegungsaufwendungen bei Abwesenheit von 8-14 Std. 6 € 14-24 Std. 12 € 24 Std. 24 €

Hessen (aktualisiert 2010, keine Änderungen bis 3/2011)	Monatliche Aufwandsentschädigung: Präsident: 3.900 € Vizepräsident: 3.600 € Beisitzer: 1.220 €	Teilnahme an DV 315 €/Tag. Dies gilt auch für andere Sitzungen, wenn die Dauer 6 Stunden überschreiten. Teilnahme an Ausschuss- oder AG-Sitzungen 210 €; Ausschussvorsitzende: 252 €. Erfolgt die Teilnahme nicht über die geplante Sitzungsdauer, wird die Fehlzeit entsprechend den Auftrags-erstattungen mit 10,50 €/je Viertelstunde abgezogen. Wenn Kammerangehörige an Kammerveranstaltung mitwirken, 315 €/Tag.	PKW: 0,46 €/km, je weitere mitgenom. Person 0,10 € zusätzlich. Flug: nur mit vorheriger Genehmigung des Vorstandes. Öffentliche Verkehrsmittel: 1. Klasse /Economy Class Fahrzeiten werden mit 8 €/je Viertelstunde vergütet. Die Aufwandsentschädigung darf 600 €/Tag nicht überschreiten.	Übernachtung u. Frühstück bis 125 €.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 8.11.2008.
Niedersachsen (aktualisiert 2006; keine Auskunft 2011)	Entschädigung für Vorstandsarbeit: 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 Vorstandsitzungen 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 Frühstückskostenpauschale von 5 €.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 16.3.2002.
NRW (aktualisiert 2006; keine Änderungen bis 3/2011)	Monatliche Aufwandsentschädigung: Präsident: 4.400 € Vizepräsident: 2.400 € Beisitzer: 1.200 € Mitglieder des Vorstandes erhalten darüber hinaus eine Entschädigung	Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme: Je Abwesenheitsstunde 40 €. Dabei gilt: Die Abrechnung erfolgt in vollen Stunden, wobei je Kalendertag maximal 9 Std. entschädigt werden.	Bahn: 1. Klasse. Ebenso Zuschläge, Nebenkosten, z. B. Parkgebühren, Kosten für die Beförderung von Gepäck und Taxen. PKW: 0,50 €/km pauschal. Je weitere mitgenom. Person 0,03 € zusätzlich.	Max. 130 € pro Übernachtung gegen Nachweis. Übernachtungsgeld pauschal je Übernachtung 20 €.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 14.9.2002.

Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43 (2), Suppl. 2 [Rosa Beilage]

	für zeitliche Inanspruchnahme nach den Bestimmungen für die Mitglieder der DV und für Vorstandsmitglieder gem. der Entschädigungs- und Reisekostenordnung.			Flug: (Economy-Class) nach vorheriger Genehmigung durch den Vorstand. PräsidentIn und VizepräsidentIn erhalten auf Antrag 50 % der Kosten einer BahnCard 1. Klasse ersetzt.		
OPK (aktualisiert 2011)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 3.900 € Vizepräsident: 2.600 € Beisitzer: 1.300 € Alle Tätigkeiten für die OPK gelten mit der Aufwandsentschädigung als abgegolten. Entschädigungsordnung, B 1.	Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme gewählter Kammermitglieder der Ausschüsse und sonstiger Beauftragter: 40 €/Std. max. 9 Std. pro Tag		Bahn: 2. Klasse oder 1. Klasse bei Nutzung einer BahnCard 1. Klasse einschließlich etwaige Zuschläge. PKW: 0,30 € pro gefahrene km Flug: Muss vom Vorstand genehmigt werden.	Max. 110 € pro Übernachtung gegen Nachweis.	Entschädigungsordnung vom 25.11.07, geändert 23.4.2010
Rheinland-Pfalz (aktualisiert 2010, keine Änderungen bis 3/2011)	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1.800 € Vizepräsident: 1.000 € Beisitzer: 500 € <i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i> Präsident: 100 € Vizepräsident: 50 € Beisitzer: 25 €	Mitglieder Vertreterversammlung, Mitglieder der Ausschüsse für Ausschusssitzungen, Vorstandsmitglieder: Sitzungen von Vertreterversammlungen und Ausschüssen werden mit 40 € für jede Stunde entschädigt; dabei wird für jede angefangene halbe Stunde abgerechnet (nur bis max. 200 €; Vorstand: bis max. 400 €).	Die Entschädigung pro gefahrenem km beträgt 0,35 €.			Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 27.11.2003; geändert am 29.11.2008

Saarland (aktualisiert 2010, keine Änderungen bis 3/2011)	Monatliche Aufwandsentschädigung: Präsident: 1.350 € Vizepräsident: 850 € BeisitzerInnen: 500 € Weitere VS-Mitgl.: 300 € „Damit sind Vorstandssitzungen, VV-Teilnahme und Fahrtkosten innerhalb des Saarlands abgegolten.“ (Regelung der Aufwandsentschädigungen u. Reisekosten, Ziffer 1.)	Mitglieder der Vertreterversammlung, Ausschüsse und Kommissionen 50 €/Sitzung bis zu 3 Stunden; Sitzungsdauer mehr als 3 Stunden: 100 €; Ausschussvorsitzende 50 €/ Sitzung. <i>Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme bei Dienstreisen u. bei besonderen Aktivitäten im Auftrag des Vorstandes:</i> 40 €/Std. (jedoch max. 8 Std./Tag).	Bahn: 2. Klasse inkl. aller Zuschläge Übernahme PKW: 0,30 €/km, je weitere mitgenom. Person 0,05 € zusätzlich. Flug erfordert Genehmigung des Vorstandes. Sonstige Nebenkosten werden gegen Beleg erstattet.	Übernachtung: max. 100 €/Nacht incl. Frühstück.	Regelung der Aufwandsentschädigungen und Reisekosten der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes vom 6.10.2009
Schleswig-Holstein (aktualisiert 2008; keine Änderungen bis 3/2011)	Monatliche Aufwandsentschädigung: Präsident: 1.500 € Vizepräsident: 1.000 € Weitere VS-Mitgl.: 500 €	Mitglieder des Vorstands, der Kammerversammlung und der Ausschüsse/Kommissionen, Delegierte zum DPT und zum Länderrat erhalten für die Teilnahme an den Sitzungen Aufwandsentschädigungen in Höhe von 30 € je Zeitzunde (max. 5 Std. pro Kammerversammlungssitzung, max. 12 Std. pro Sitzung des DPT und des Länderrats, max. 8 Std. pro Sitzung für Vertreter der PKS, max. 4 Std. pro Vorstandssitzung, max. 4 Std. pro Sitzung der übrigen Ausschüsse/ Kommissionen der PKS). Zusätzlich 0,60 € je Entfernungskilometer, max. 108 €/Termin.	Bahn: 1. Klasse einschließlich Zuschläge. PKW: 0,30 € je gefahrenem km; je weitere mitgenommene Person 0,10 € zusätzlich. Flug: nur nach Genehmigung durch Vorstand. Verpflegungspauschale: 18,50 €/Tag bei Abwesenheit von mehr als 10 Std.	Bis 115 € je Übernachtung.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 29.08.2003; geändert am 1.1.2009

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Psychotherapie im PKV-Basistarif

(kb). Der sog. PKV-Basistarif wurde zum 1.1.2009 eingeführt, um bis dahin nichtversicherten Menschen einen Basisversicherungsschutz im Rahmen der PKV anbieten zu können. Ziel war es, die allgemeine Versicherungspflicht auf dem Grunde nach der PKV zuzuordnenden, nicht krankenversicherte Menschen sowie auf privat versicherte Personen mit hohen Risikozuschlägen bzw. Risikoausschlüssen auszudehnen.

Derzeit sind nur ca. 0,2 % (das sind ca. 19.000 Versicherte) aller privat Krankenversicherten im Basistarif versichert. Das Interesse am Basistarif könnte sich zukünftig durchaus ausweiten, sollte die Möglichkeit gerade bei den von (teuren) Risikozuschlägen betroffenen privat Versicherten weiter bekannt werden, mit dem Basistarif einen finanziell akzeptablen Versicherungsschutz zu erlangen (der Beitrag zum Basistarif-Versicherungsschutz darf nach der gesetzlichen Vorgabe den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen).

Grundsätzlich ist die Idee des Basistarifs ein unterstützenswertes Vorhaben des Gesetzgebers gewesen. Doch zeigen sich die Probleme der rechtlichen Konstruktion nun im Praxisalltag. Eine zentrale Kritik setzt daran an, dass nicht abschließend und transparent geklärt ist, ob denn nun alle Vertragsärzte, -zahnärzte und -psychotherapeuten verpflichtet sind, im Basistarif versicherte Patienten zu behandeln. Das BMG hat sich hierzu in seiner Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der LINKEN im Bundestag (BT-Drucksachen 17/4592 und 17/4782) dahingehend geäußert, dass die Vertragsärzte (und damit auch die Vertragspsychotherapeuten) keine Behandlungspflicht treffen würde (siehe hierzu das Schreiben des GK II an die KBV vom 15.3.2011). Leider konnte

auch die Frage der Vergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen im Basistarif mit dem Schreiben an die KBV noch nicht abschließend geklärt werden.

Brief des Gesprächskreis der Psychotherapeutenverbände II an die Kassenärztliche Bundesvereinigung vom 15. März 2011

Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Basistarif der PKV gemäß Vereinbarung KBV / PKV-Verband

Sehr geehrter Herr Dr. Köhler,

im März letzten Jahres hatten sich die im GKII zusammengeschlossenen Psychotherapeutenverbände mit einem Schreiben an Sie gewandt, um auf eine Problematik hinzuweisen, die die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im PKV-Basistarif betrifft. Auf dieses Schreiben hatten wir keine Antwort erhalten. Da konkrete Hinweise zu nehmen (vgl. entsprechende Medienberichterstattung), dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die psychotherapeutische Versorgung von Versicherten im Basistarif nicht sicherstellen können, wenden wir uns nochmals an Sie.

Mit der Einführung des Basistarifs wurde die Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung der im Basistarif versicherten Personen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen auferlegt. Über die Honorierung der Leistungen im Basistarif haben KBV und PKV-Verband mit Wirkung zum 1. April 2010 eine Vereinbarung getroffen. Die dabei erzielte Einigung, in der GOÄ/GOP-Systematik zu verbleiben, möchten wir von Seiten der Psychotherapeutenverbände im GK II weiterhin

unterstützen. Allerdings halten wir eine Anpassung der Steigerungssätze, zumindest im Bereich Psychotherapie, für notwendig.

Die zwischen KBV und PKV-Verband getroffene Vereinbarung zur Honorierung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen im PKV-Basistarif sieht eine Vergütung für den Großteil der Leistungen zu einem Steigerungssatz von 1,2 vor und stellt damit für den Bereich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie keine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sicher. Wir hatten in unserem Schreiben aus 2010 bereits dargelegt, dass sich z.B. bei GOÄ/GOP Ziff. 861 und 863 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/analytische Psychotherapie) für den vorgesehenen Basistarif ein „Stunden-Sitzungshonorar“ im 1,2-fachen Satz von 48,26 Euro ergibt, die Vergütung für die gleiche Leistung nach dem EBM 2010 demgegenüber 81,14 € beträgt. Damit bildet der Basistarif für den Bereich Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik nicht die GKV-Vergütungsstruktur ab. Wir bitten dringend um eine Korrektur. Wir verweisen nochmals auf die rechtlich verbindliche Regelung in § 75 Abs. 3b SGB V, die eine Vergleichbarkeit der Vergütungsstruktur des Basistarifs mit den vertragsärztlichen Leistungen vorsieht: (...).

Hinweisen möchten wir auf eine aktuelle rechtliche Einschätzung der Gesundheitsversorgung im Basistarif durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Bundesregierung bezieht sich in ihrer Antwort vom 15.2.2011 auf eine Kleine Anfrage im Bundestag (BT-Drucksachen 17/4592 und 17/4782) auf die Beurteilung durch das BMG. Dieses stellt fest, dass die Vertragsärzte (und damit auch die Vertragspsychotherapeuten) nicht verpflichtet sind, PKV-Basistarif-Patienten zu behandeln. Der Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten liege bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Bundesregierung hält in ihrer Antwort fest (vgl. Antwort auf die Fragen 16 und 18, BT-Drucksache 17/4782), dass die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassen-

ärztliche Bundesvereinigung nicht zu einer unmittelbaren Erstreckung der Behandlungspflicht des einzelnen Vertragspsychotherapeuten auf diese Patientengruppe führe. Es wird im Text weiter ausgeführt, dass es vor diesem Hintergrund möglich sei, dass „einzelne Vertragsärzte die Behandlung von Basistarifversicherten abgelehnt haben.“

Die finanziellen Auswirkungen einer Honorarbegrenzung im Basistarif bezogen auf die Gesamttätigkeit eines Vertragsarztes werden von der Bundesregierung in ihrer Antwort auf die o.g. Kleine Anfrage „als gering“ eingeschätzt. Wir möchten uns nochmals deutlich gegen eine Regelung aussprechen, die den Vertragspsychotherapeuten die finanzielle Last der Sicherstellung der Versorgung der Basistarifversicherten auferlegt.

Wir bitten daher um eine entsprechende Anpassung der zum 1. April 2010 getroffenen Vergütungsvereinbarung im PKV-Basistarif.

Mit freundlichen Grüßen

*Eva-Maria Schweitzer-Köhn
für die geschäftsführenden
Verbände VPP und VAKJP*

**Antwortschreiben von
Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender
des Vorstandes der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung,
vom 5. April 2011**

Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Basistarif der PKV gemäß Vereinbarung KBV / PKV-Verband

Sehr geehrte Frau Schweitzer-Köhn,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 22. März 2011, in dem Sie um eine entsprechende Anpassung der zum 1. April 2010 getroffenen Vergütungsvereinbarung im PKV-

Basistarif bitten. Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Derzeit sind keine Neuverhandlungen zu dem PKV-Basistarif vorgesehen, dies trifft auch auf den Bereich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie zu, so dass die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem PKV-Verband getroffene Vereinbarung weiterhin einen Steigerungssatz von 1,2 vorsieht. Die getroffene Vereinbarung löst die gesetzliche Vergütungsregelung nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif mit Wirkung zum 1. April 2010 ab.
2. Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden die Auswirkungen, welche durch den PKV-Basistarif in Anbetracht der Tatsache, dass nur wenige Patienten in einem solchen Tarif versichert sind, als sehr gering eingeschätzt. Obgleich jeder einzelne Patient natürlich von den Auswirkungen des von ihm gewählten Tarifs betroffen ist. Die Ursächlichkeit für die von Ihnen angesprochene Vergütungsproblematik ist jedoch in der GOÄ zu sehen, welche nicht von unserem Zuständigkeitsbereich erfasst wird. Auf Grund der fehlenden Attraktivität des Basistarifs für Versicherte, Versicherungen und Ärzte gehen wir davon aus, dass die Anzahl der Versicherungsnehmer niedrig bleiben sollte und der Bestand der PKV-Vollversicherungstarife nicht in Frage gestellt wird.

Grundsätzlich ist dabei zu berücksichtigen, dass die Bewertungen der Leistungen im Basistarif Ergebnis eines für die Kassenärztliche Bundesvereinigung schwierigen Kompromisses sind, der vor dem Hintergrund der möglichen Alternative einer noch nachteiligeren Schiedsamsregelung in Kauf genommen werden musste. Eine Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung von im Basistarif versicherten Personen ist bei einer weiterhin geringen Versichertenzahl im Basistarif nicht gegeben. Hierzu liegen der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch keine gegenteiligen Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder aus anderen Quellen vor. Die Frage nach einer Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung von im Basistarif versicherten Personen wäre für den Fall eines nennenswerten Anstiegs der Versichertenzahlen im Basistarif allerdings neu zu bewerten. Für diesen Fall, der nach Erklärung des PKV-Verbandes auch von dort aus nicht angestrebt wird, hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Sonderkündigungsrecht in der Vereinbarung zum PKV-Basistarif ausbedungen.

Wir hoffen, wir konnten Ihnen mit den obigen Auskünften weiterhelfen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dr. Köhler

Durchbruch oder Pyrrhus-Sieg?

**Jochen Weidhaas Vorsitzender der
Vertreterversammlung der KBV**

Schon seit Jahren schwelt der „Hausarzt-Facharzt-Konflikt“ in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Immer wieder kommt es zu Forderungen nach einer Spaltung der KVen in eine Hausarzt- und eine Facharzt-KV. Die KV-Wahlen in Bayern und Baden-Württemberg waren besonders durch diesen Konflikt bestimmt worden (siehe hierzu „Quo vadis Kassenärztliche Vereinigungen?“ und „Wahl der Mitglieder des Beratenden Fachausschusses der KV BW“ in Rosa Beilage 1/11, S. 35f). In beiden KVen hatten sich die Hausärzte und die mit ihnen Verbündeten durchgesetzt. Dadurch schien eine Wiederwahl von Dr. Andreas Köhler als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Dr. Carl-Heinz Müller als sein Stellvertreter sehr unsicher.

Nach Abschluss der KV-Wahlen in Bayern und Baden-Württemberg traten mit Dirk Heinrich und Werner Baumgärtner ern-

stzunehmende Gegenkandidaten auf. In den Medien begann ein Schlagabtausch um Honorarpolitik, Kollektiv- und/oder Selektivverträge, Basisferne des KV-Systems und Vieles mehr. Die „Köhler-Fraktion“ sorgte dann dafür, dass die ursprünglich für den 8. April geplanten Vorstandswahlen auf den 11. März vorverlegt wurden.

Spannende Wahlen

Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller, die bisherigen Amtsinhaber, konnten sich bei den Wahlen zum KBV-Vorstand durchsetzen. Auf seiner konstituierenden Sitzung am 11. März in Berlin wählte die Vertreterversammlung (VV) der KBV zudem ihren neuen Vorsitzenden sowie dessen Stellvertreter: Mit Hans-Jochen Weidhaas konnte sich dabei erstmals ein Psychologischer Psychotherapeut für das höchste Amt der VV der KBV durchsetzen. Weidhaas ging als einziger Kandidat für den VV-Vorsitz ins Rennen und konnte 38 der 59 gültigen Stimmen auf sich vereinen.

Die Herausforderungen der kommenden Amtsperiode brachte der neue KBV-VV-Vorsitzende Weidhaas in einer Pressekonferenz im Anschluss an die konstituierende Sitzung auf den Punkt: „Wir müssen diejenigen, die uns heute ihre Stimme noch nicht gaben, mitnehmen.“

Keine leichte Aufgabe, die sich Jochen Weidhaas hier vorgenommen hat, wenn man bedenkt, dass die Akzeptanz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch die ärztliche Basis immer mehr abnimmt. Das ist das Ergebnis einer Untersuchung der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes mit dem Titel "Die Entwicklung ausgewählter Aspekte vertragsärztlicher Tätigkeit der letzten 15 Jahre". Danach hält lediglich ein Fünftel der befragten Ärzte die KVen heute noch für unverzichtbar. Im Jahr 2004 seien es noch rund 30 Prozent gewesen. Mehr als ein Drittel sei sogar der Meinung, dass die Selbstverwaltungsorgane vollkommen überflüssig seien (Quelle: Neuro Online vom 27.4.2011)

Waltraud Deubert

Ambulante Kodierrichtlinien Aktuelle Info

(kb). Derzeit ist noch offen, ob die bis zum 1.7.2011 geltende Übergangsregelung zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) weiter verlängert wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte – wir berichteten darüber im Heft 1/2011 – nach Intervention des (damaligen) Bundesgesundheitsministers Rösler die Umsetzungspflicht in den Praxen ab ursprünglich 1.1.2011 um ein halbes Jahr nach hinten geschoben.

Die Vertreterversammlung der KBV hat sich zwischenzeitlich in ihrer Sitzung vom 8. April 2011 dafür ausgesprochen, die Ambulanten Kodierrichtlinien erst zum 1. Januar 2012 verbindlich einzuführen. Zudem sollen die AKR dann auch nur in ausgewählten Praxen (repräsentativer Querschnitt) zur Anwendung kommen. Für den Mehraufwand des Kodierens sollen die betreffenden Ärzte und Psychotherapeuten dann sogar einen Honorarzuschlag erhalten.

Solange dieser Beschluss der Vertreterversammlung der KBV noch nicht umgesetzt ist, gilt für die Praxen: *Bis zum 30.6.2011 muss die Software noch nicht umgestellt werden auf die Anwendung der AKR.* Der KBV-Vorstand hält für die rechtswirksame Umsetzung des Beschlusses eine Gesetzesänderung und die erneute Zustimmung der Krankenkassen für notwendig. Eine endgültige Entscheidung in der Sache wird nach den Gesprächen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen) getroffen werden. Laut Homepage-Information der KBV vom 12.4.2011 soll die Verlängerung im Übrigen keine Konsequenzen für die Veränderungsrate der morbiditätsspezifischen Gesamtvergütung im Jahr 2014 haben.

Alles was Recht ist . . .

Glücksspielstaatsvertrag - DGVT fordert stärkere Restriktionen

Das Ringen um den neuen Glücksspielstaatsvertrag geht weiter. Wie bereits mehrfach berichtet, sind die Bundesländer vom Europäischen Gerichtshof aufgefordert worden, eine neue Regelung zu schaffen. Aus psychotherapeutischer Sicht sollte alles drangesetzt werden, die grassierende Spielsucht einzudämmen. Am 25. Mai findet in Magdeburg eine Anhörung zum vorgelegten Glücksspielstaatsvertragsentwurf statt. Die DGVT versteht sich als „Anwalt der Patienten“ und hat dazu eine Stellungnahme eingereicht.

Alle Experten sind sich einig, dass Glücksspiele ein enormes Suchtpotenzial aufweisen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, geht von rund 400.000 Spielsüchtigen bundesweit aus. Die vage Aussicht auf schnelles Geld lockt vor allem männliche Migranten. Mit der Spielsucht sind großes individuelles Leid, soziale Isolation, gravierende wirtschaftliche Probleme und nicht selten ein Abrutschen in die Kriminalität verbunden. Um Suchtgefahren wirksam zu vermeiden, muss der Zugang zu Glücksspielen aller Art eingeschränkt werden. Ein Vergleich mit der Schweiz beispielsweise zeigt, dass sich bei entsprechenden gesetzlichen Vorgaben die Inanspruchnahme von Glücksspielen deutlich reduzieren lässt.

Bekämpfung der Spielsucht – dieses Ziel steht zwar auch im Glücksspielstaatsvertragsentwurf. Wie es jedoch erreicht werden soll angesichts der Tatsache, dass das Glücksspielangebot durch Konzessionen für bislang illegale Anbieter ausgeweitet und Werbung für Glücksspiele (Sportwetten) erlaubt wird, ist unklar. Die Psychotherapie kann Spielsüchtigen zwar helfen, im Vordergrund muss aber die Prävention stehen:

Das Ziel muss immer sein, die schwere Störung gar nicht erst entstehen zu lassen.

Spielsüchtige zu therapieren und an ihren Platz in der Gesellschaft zurückzuführen, ist eine enorme und auch kostenintensive Aufgabe, die der Sozialstaat zu schultern hat. Kostensparend und gesundheitspolitisch vernünftig wären stattdessen klare gesetzliche Regelungen, die den Glücksspielmarkt in all seinen Facetten eindämmen. Doch die Aussicht auf viele Millionen Steuereinnahmen durch die Glücksspiele verstellt offenbar den Blick aufs Wesentliche.

Angela Baer

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) zur Suchttherapie

(wd). Der Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen zählt künftig zu den Indikationen für ambulante Psychotherapie. Der G-BA hat am 13. April 2011 beschlossen, dass PatientInnen, die von Alkohol, Drogen oder Arzneimitteln abhängig sind, auch dann eine ambulante Psychotherapie beginnen können, wenn diese PatientInnen noch nicht abstinent sind. Die Psychotherapie-Richtlinie wurde entsprechend geändert. Allerdings gilt dieser Beschluss nur, wenn sie bereits Schritte unternommen haben, um eine „baldige Abstinenz“ herbeizuführen. Die Psychotherapie soll dazu beitragen, die PatientInnen zu motivieren, ein Leben ohne Suchtmittel zu führen. Die Erweiterung des Indikationsspektrums um den „schädlichen Gebrauch“ psychotroper Substanzen hat einer größeren Patientengruppe den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung erleichtert. Die Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich der Abstinenz ist für viele alkoholkrankte PatientInnen, die rückfällig geworden sind, aber

keine Entgiftungsbehandlung mehr bedürfen, eine wesentliche Verbesserung.

Trotz der Verbesserung beklagt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), dass ihre Vorschläge insofern nicht aufgegriffen wurden, dass das Behandlungsangebot für Suchtkranke nach wie vor durch bürokratische Vorgaben sehr eingeschränkt wird (wie z.B. den Nachweis der Abstinenz durch Laborparameter), deren Nutzen umstritten ist, die aber hohe Kosten verursachen.

KVen und Kassen müssen Krankendaten herausgeben

(ab). Gesetzlich Krankenversicherte können umfassende Auskunft darüber verlangen, welche medizinischen Leistungen für sie abgerechnet wurden. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) müssen sämtliche gespeicherte Sozialdaten herausgeben, hat das Bundessozialgericht entschieden (Az.: B 1 KR 12/10 R).

Anlass für das Urteil war die Klage eines Rechtsanwalts aus Nordrhein-Westfalen, der für den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung Daten über seine Krankengeschichte brauchte. Im Mai 2005 bat er seine Krankenkasse, bei der er von 2001 bis Februar 2005 Pflichtmitglied gewesen war, um Auskunft, welche medizinischen Leistungen in dieser Zeit für ihn abgerechnet worden waren. Die Kasse leitete die Anfrage an die KV Nordrhein weiter, da dort die Daten für das Jahr 2003 und früher gespeichert waren.

Die KV wollte jedoch nur für das Jahr 2004 und für das erste Quartal 2005 Auskunft geben, da sie laut § 305 SGB V nur verpflichtet sei, die Daten aus dem „letzten Geschäftsjahr“ offen zu legen. Der Kläger hielt dagegen, dass die Versicherung aber weitere Angaben verlange. Zudem habe er seine Chip-Karte verloren und wolle prüfen, ob sie von einem Fremden gefunden und missbraucht worden sei.

Als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind Krankenkassen und KVen verpflichtet, alle gespeicherten Krankendaten herauszugeben. Maßgeblich sei der § 83 SGB X. Der Aufwand darf übrigens nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Die Auskunft ist kostenlos zu erteilen.

Quelle: Medical Tribune, Ausgabe 435/2010, S. 18

Schweiz verabschiedet Psychologieberufegesetz

Wie wir einer Mitteilung der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) vom März 2011 entnehmen konnten, hat der Nationalrat der Schweiz nun das erste schweizerische Psychologieberufegesetz (PsyG) verabschiedet.

Bislang gab es in der Schweiz keine landesweite Regelung für die Zulassung und Ausübung der Psychologieberufe. Das PsyG sieht nun klare und einheitliche Rahmenbedingungen für die Ausübung der Psychologieberufe vor. Die Schweiz, die auch als Nicht-EU-Mitglied eng mit dem europarechtlichen Prozess der EU-Staaten verbunden ist, reagiert damit auf die Entwicklungen innerhalb der Europäischen Union, europaweit geltende einheitliche Richtlinien für die Anerkennung von Berufsabschlüssen festzulegen.

In der Schweiz dürfen sich zukünftig nur noch solche Anbieter psychologischer Leistungen als Psychologin oder Psychologe bezeichnen, die einen anerkannten Hochschulabschluss in Psychologie auf Master-Stufe besitzen. Weitreichende Verbesserungen sollen auch die hohen Qualitätsstandards des Psychologieberufegesetzes für den Bereich Psychotherapie bringen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen zukünftig einen Master-Abschluss in Psychologie als Grundausbildung und eine psychotherapeutische Weiterbildung in einem eidgenössisch akkreditierten Studiengang vorweisen

können, um eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zu erhalten.

Gewisse Parallelen zum Ringen um das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz in Deutschland verdeutlicht die Chronologie des Gesetzgebungsverfahrens: 1991 erging ein erstes Ersuchen der kantonalen Gesundheitsbehörden, auch die Psychotherapeuten in die Regelung der Medizinalberufe aufzunehmen, 1998 erhielt das Eidgenössische Departement des Innern vom Bundes-

rat den Auftrag, ein Bundesgesetz im Bereich der Psychologie auszuarbeiten. 2001 sprachen sich der Schweizer Ständerat und der Nationalrat für eine gesetzliche Regelung der Psychologieberufe aus. Endgültig in Gang gebracht wurde das Gesetzgebungsvorhaben im Juni 2005 durch eine sog. „Vernehmlassung“ des Bundesrats. 2011 tritt das Gesetz nun in Kraft.

Kerstin Burgdorf

10. DGVT - Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
am 05. und 06. November 2011 in Hamburg

Für's Leben stark
Resilienz und ressourcenorientiertes Vorgehen

Workshops zu folgenden Themen sind geplant:

- Salutogenese
- Biographiearbeit
- Multi-Familien-Therapie
- Positive Psychotherapie
- Schematherapie bei Kindern
- Prävention psychischer Störungen
- u. v. m.



Anmeldung
Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.
Fort- und Weiterbildung
Postfach 13 43
72003 Tübingen

E-Mail: awk@dgvt.de
www.dgvt.de/praxistage



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

Tagungsberichte

GK II-Sitzung am 5. März 2011 in Berlin

Eingeladen zu dieser ersten Sitzung der Psychotherapeutenverbände GK II im Jahr 2011 hatten der Verband Psychologischer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (VPP) im BDP und die Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) als turnusgemäß gastgebende Verbände.

Man tauschte sich aus über die bestehenden *Selektivverträge* und sah in Anbetracht dessen, dass sich die Entwicklung und der Abschluss von Selektivverträgen auf die gesamte Berufsgruppe der PsychotherapeutenInnen auswirken, die Notwendigkeit, Mindeststandards für die Vertragsgestaltung solcher Verträge zu vereinbaren (siehe hierzu die konsentierten Essentials zur Vertragsgestaltung bei neuen Versorgungsformen im Text unten).

Die Problematik bei der Honorierung im *Basistarif der Privaten Krankenversicherung* hatte uns bereits bei der GK II-Sitzung am 20. März 2010 in Würzburg beschäftigt und zu einem Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Vergütung der Leistungen im Basistarif der PKV veranlasst (siehe hierzu Rosa Beilage 2/2010, S. 55f). Auf Initiative der DGVT hin kam es zu einem erneuten Schreiben an Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandsvorsitzender, nachrichtlich an das aufsichtsführende Bundesgesundheitsministerium, da es bislang keine Antwort gegeben hatte (siehe separaten Beitrag in dieser Rosa Beilage, „Berufspolitische Informationen für Niedergelassene“).

Weitere Tagesordnungspunkte waren das *GKV-Versorgungsgesetz* und die damit in Zusammenhang stehende *Bedarfsplanung* sowie der *Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)*, in dem sie fordert, die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie in die Reform des Psychotherapeutenge-

setzes einzubeziehen. Nach der berufsrechtlichen Anerkennung seien diese Verfahren jetzt auch für die vertragsärztliche Versorgung zuzulassen.

Die Fortsetzung der Fachtagung zur „*Frage der Nutzenbewertung*“ wurde konkretisiert und die Vorbereitungsgruppe hatte einen ersten Entwurf zur Konzeption dieser Tagung vorgelegt, die am 10./11. September 2011 stattfinden wird. Die Diskussion ergab, dass sich die Tagung inhaltlich an den drei nachfolgend genannten Schwerpunkten ausrichten wird:

- Was ist Psychotherapie?
- Was gehört zu welchen PT-Verfahren? Wer operationalisiert nach welchen Kriterien?
- Wie kann ein neues Ausbildungsverfahren etabliert werden?

Die „*Novellierung des Psychotherapeutengesetzes*“ beschäftigt seit nunmehr drei Jahren sowohl die Bundespsychotherapeutenkammer als auch die Verbände. Unstrittig ist nach wie vor die Forderung, zukünftig den Master-Abschluss als Zugangsniveau zur Psychotherapeuten-Ausbildung festzulegen und eine möglichst gesetzlich vorgegebene Vergütung der praktischen Tätigkeit der AusbildungsteilnehmerInnen zu erreichen.

Der Tagesordnungspunkt „*Nachbesetzung des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie*“ bildete den Abschluss des Treffens. Durch das Ausscheiden von Prof. Dietmar Schulte war eine Nachnominierung notwendig geworden. Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte die Landeskammern und Verbände aufgerufen, geeignete WissenschaftlerInnen zu benennen. Die DGVT hat Prof. Ulrike Willutzki aus Bochum vorgeschlagen, die nach einem aufwändigen Nominierungs- und Entscheidungsprozess in der Zwischenzeit als Stellvertretendes Beiratsmitglied von der Bundespsychotherapeutenkammer zu ihrer ersten Sitzung im wissenschaftlichen Beirat eingeladen wurde.

Essentials des GK II zur Vertragsgestaltung bei Neuen Versorgungsformen

Beim GK II-Treffen am 5.3.2011 wurden mehrheitlich folgende Essentials zur Vertragsgestaltung bei Neuen Versorgungsformen konsentiert:

Präambel

Psychotherapie ist niemals nur Behandlung einer isolierten Störung, sondern immer das Behandeln einer Person in ihrer Gesamtheit.

Entwicklung und Abschluss von Selektivverträgen haben Auswirkungen auf die gesamte Berufsgruppe der Psychotherapeuten. In der aktuellen Diskussion über Vertragsformen innerhalb der Neuen Versorgungsformen haben sich deshalb die im GK II zusammengeschlossenen Psychotherapeuten-Verbände über Grundsätze der Vertragsgestaltung geeinigt:

1. Vertragsabschlüsse zu neuen Versorgungsformen sollten grundsätzlich allen Psychotherapeuten der betroffenen Region offen stehen, sofern sie die in dem jeweiligen Vertrag genannten fachlichen Voraussetzungen erfüllen.
2. Grundsätzlich sollen Selektivverträge als add-on-Verträge abgeschlossen werden; d.h. Leistungen und Vergütungen werden zusätzlich zu denen der Regelversorgung vereinbart. Sie sollten umrissene Versorgungsverbesserungen zum Inhalt haben.
3. Die Richtlinienpsychotherapie als Kernstück der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung darf durch Selektivverträge nicht beeinträchtigt werden. Das Leistungsspektrum der Selektiv-Verträge sollte als Ergänzung Versorgungsbereiche außerhalb der Richtlinienpsychotherapie umfassen.
4. Die freie Psychotherapeutenwahl und das Erstzugangsrecht der Patienten müssen erhalten bleiben. Die ungehinderte Wahl eines individuell geeigneten Psychotherapeuten trägt der hohen Bedeu-

tung des wissenschaftlich unbestritten zentralen Wirkfaktors der Therapeut-Patient-Beziehung Rechnung.

5. Neue Verträge müssen den fachlichen Erfordernissen und Qualitätsstandards entsprechen, die keinesfalls aus finanziellen Erwägungen unterschritten werden dürfen. Vertragsklauseln, die gegebenenfalls notwendige und indizierte Behandlungsmaßnahmen ausschließen, sind nicht akzeptabel. Von daher dürfen in der Vertragsgestaltung keine Festlegungen mit Ausschließlichkeitscharakter auf bestimmte Manuale oder Module erfolgen, soweit diese die freie Therapiewahl des Patienten so wie die Indikationsverantwortung des Behandlers einschränken.
6. Jeder Vertrag muss regeln, wie Patienten über die spezifischen Behandlungsbedingungen im Rahmen dieses Versorgungsvertrages in Kenntnis gesetzt sowie über Vor- und Nachteile der von ihnen evtl. getroffenen Vertragsvereinbarungen informiert werden.
7. Der besondere Schutz der Patient-Therapeut-Beziehung ist zu berücksichtigen. Dies erfordert die strikte Einhaltung des Datenschutzes, Beachtung der Schweigepflicht und Schutz der sensiblen Daten des Patienten gegenüber Dritten (Krankenkasse, Managementgesellschaft etc.).
8. Eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen einschließlich zusätzlicher Vertragsleistungen ist zu gewährleisten.

Kerstin Burgdorf, Waltraud Deubert

Konsensuskonferenz „Qualitätsindikatoren für psychiatrische Störungsbilder“

Am 21. Februar 2011 fand in Marburg die Konsensuskonferenz „Qualitätsindikatoren für psychiatrische Störungsbilder“ statt, zu

der die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) die relevanten Fachverbände eingeladen haben. Hintergrund war, dass die DGPPN Qualitätsindikatoren für zunächst vier psychiatrische Störungsbilder (Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression, Schizophrenie) auf der Basis vorhandener Leitlinien entwickelt hat.

Die Messung von Behandlungsqualität in der Psychotherapie und der Medizin gewinnt zunehmend an Bedeutung, und die Qualitätsindikatoren können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten.

Die von der DGPPN berufene Steuergruppe⁴ sowie die Expertengruppe⁵ hatten bei ihrer Vorarbeit eingangs festgelegt, dass im Interesse der Machbarkeit und Implementierung in die klinische Praxis das Qualitätsindikatorenset überschaubar sein soll und deswegen nicht mehr als 20 Qualitätsindikatoren pro Störungsbild umfassen sollte. Dies ist sicherlich sinnvoll, wenn es um das Ziel geht, diese Qualitätsindikatoren in die alltägliche Versorgung zu integrieren.

Im bisherigen Entwicklungsprozess ist zunächst eine Sichtung bereits vorhandener Qualitätsindikatoren im deutschsprachigen Raum erfolgt. Anschließend wurde eine systematische Recherche nach Qualitätsindikatoren in bestehenden nationalen und internationalen Leitlinien sowie vorhandenen Qualitätsindikatordatenbanken durchgeführt.

Die hierbei gefundenen Qualitätsindikatoren wurden von den Mitgliedern der Steuergruppe vorbewertet und anschließend seitens der Steuergruppe sowie von den Mitgliedern der Expertengruppe einem QUALIFY-Verfahren unterzogen.

⁴ Die Mitglieder der Steuergruppe: Prof. Dr. W. Gabel, Prof. Dr. P. Falkai, PD Dr. B. Janssen, PD Dr. J. Zielasek, PD Dr. T. Wobrock, Dipl.-Psych. K. Sommerlad, D. Reich-Erkelenz M.A.

⁵ Die Mitglieder der Expertengruppe: Prof. Dr. W. Gabel, Prof. Dr. P. Falkai, PD Dr. B. Janssen, PD Dr. J. Zielasek, PD Dr. T. Wobrock, Prof. Dr. I. Kopp, Dipl. Psych. C. Klesse, Prof. Dr. K. Mann, Dr. A. Spottke, Dr. S. Weinbrenner, PD Dr. C. Lange-Asschenfeldt, Prof. Dr. W. Maier

Die als sinnvoll erachteten Qualitätsindikatoren wurden sodann in einem einmaligen Konsensusprozess im RAND/UCLA-Verfahren mit den relevanten Verbänden bei dieser Konferenz vorgestellt und abgestimmt.

Was bedeutet dieses RAND/UCLA-Verfahren, das in diesem Treffen durchgeführt wurde, für:

1. Depression,
2. Demenz,
3. Alkoholabhängigkeit,
4. Schizophrenie?

Zunächst geht es darum, die Gütekriterien zu bewerten und zwar in Hinblick auf:

- Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
- Nutzen
- Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
- Klarheit der Definitionen
- Validität
- Verständlichkeit und Interpretierbarkeit
- Beeinflussbarkeit der Indikatoreausprägung
- Implementationsbarrieren

Die Bewertung von Qualitätsindikatoren an Hand dieser Gütekriterien erfolgt in maximal zwei Runden:

So sieht das Vorgehen in der 1. Runde aus: Für jedes Gütekriterium wird ein getrennter Stimmzettel ausgeteilt mit den Bewertungsstufen

- 1 = trifft nicht zu
- 2 = trifft eher nicht zu
- 3 = trifft eher zu
- 4 = trifft zu
- Enthaltung

Alle zu bewertenden Qualitätsindikatoren waren auf einem Stimmzettel tabellarisch aufgelistet. Es darf pro Qualitätsindikator nur eine Antwort angekreuzt werden. Enthaltungen sind möglich. Die Ergebnisse der ersten Bewertungsrunde werden eingesammelt und ausgewertet.

Bei Vollzähligkeit und gleichzeitigem Konsens der Bewertungen für ein Gütekriterium zu einem Qualitätsindikator ist die Bewertung dieses Qualitätsindikators für das betreffende Gütekriterium abgeschlossen.

Vollzähligkeit bedeutet, dass alle Bewertungen gültig sind und es keine Enthaltung gibt. Bei fehlender Vollzähligkeit (durch Enthaltungen, ungültige Bewertungen) oder Dissens in der ersten Bewertungsrunde werden die aggregierten Ergebnisse in dem Bewertungsgremium zur Diskussion gestellt mit dem Ziel eines Informationsaustausches. Es darf kein Konsens erzwungen werden. Im Anschluss an die Diskussion geben die Mitglieder erneut ihre Bewertung ab. Dies stellt dann die zweite und letzte Bewertungsrunde in einem solchen Konsens-treffen dar. Die Bewertung erfolgt wie in der ersten Runde.

Die Bewertungen der zweiten Bewertungsrunde werden wie im ersten Durchlauf eingesammelt und ausgewertet. In diesem zweiten Durchgang ist die Bewertung dann gültig, wenn höchstens 1/3 der Anwesenden nicht an der Bewertung teilgenommen haben, also mit Enthaltung gestimmt haben.

Wenn auch in der zweiten Runde das Ergebnis in einer ungültigen Bewertung besteht, entfällt eine weitere Bewertung dieses Kriteriums.

Im Falle eines gültigen Bewertungsergebnisses wird der gerundete Mittelwert berechnet und die Spannweite angegeben. Zur Verdeutlichung wieder ein Beispiel: Bewertungsergebnis: abgerundeter Mittelwert: „2 = trifft eher nicht zu“, Spannweite 1-4).

Aber auch ein Beispiel, wie ein ungültiges Bewertungsergebnis dargestellt wird, so dass auch hier Klarheit besteht: Qualitätsindikator x: für das Gütekriterium y wird keine gültige Bewertung erzielt.

Konsens bedeutet also eine gewichtete Zustimmung zu dem jeweiligen Indikator.

Zum besseren Verständnis ein Beispiel: Qualitätsindikator Diagnostik / Erkennen depressiver Erkrankungen, Gütekriterium Risiko der Fehlsteuerung:

keine Enthaltung,

80% der Stimmen: „3 = trifft eher zu“

20% der Stimmen: „4 = trifft zu“

Zur Vorbereitung dieser Konferenz wurde den teilnehmenden Vertretern der verschiedenen Fachverbände das Set an Qualitätsindikatoren nach dem Delphi-Verfahren zunächst zugesandt mit der Bitte, die jeweiligen Einschätzungen und etwaige Änderungswünsche mitzuteilen sowie diese zu begründen.

Durch diese Vorgehensweise verlief die Konsensrunde positiv und die Zeit war insgesamt ausreichend.

Ich hoffe nun auf zwei Dinge: einmal dass diese Qualitätsindikatoren bald veröffentlicht werden. Aber noch viel wichtiger erscheint mir zu sein, dass diese Indikatoren möglichst schnell im Alltag umgesetzt werden. Nur dann sind sie letztendlich sinnvoll und helfen, die Versorgung der PatientInnen zu verbessern.

Rudi Merod, Bad Tölz

Gute Versorgung von Heimkindern angestrebt:

Stationäre Jugendhilfe sollte mehr Psychotherapie anbieten

Am 4. April 2011 hat die Bundespsychotherapeutenkammer auf Initiative des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ einen Workshop zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der stationären Jugendhilfe veranstaltet.⁶ Dass Heime heute keine reinen „Fürsorgeeinrichtungen“ mehr, sondern durch psychotherapeutische und andere Professionalisierungen zu Behandlungseinrichtungen geworden seien, hierauf wies Johannes Broil als Initiator der Tagung und Mitglied des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ in seiner Begrüßung hin. Dennoch seien die Angebote der stationären Jugendhilfe sehr heterogen. Ziel der Veranstaltung sei es deshalb auch, einen Überblick zu geben und eine Art

⁶ Der Tagungsbericht basiert – mit freundlicher Genehmigung - auf der Veröffentlichung der Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de).

Standort- und Standardbestimmung vorzunehmen.

Psychische Erkrankungen häufig

Nach verschiedenen Studien litten bis zu 60% der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe unter einer psychischen Störung, so Dr. Marc Schmid von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universität Basel. Die häufigsten Diagnosen seien Störungen des Sozialverhaltens (26%) und hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens (22%), gefolgt von Depressionen (10%). Dabei erfüllten fast die Hälfte der Kinder (47%) die Kriterien für mehr als eine Diagnose. Zudem seien Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe aufgrund von traumatischen Erlebnissen belastet – einer Studie nach berichteten 81% von mindestens einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit.

Die hohe psychische und traumatische Belastung von Heimkindern steht laut Dr. Schmid im Zusammenhang mit dem Ausbau der ambulanten Hilfen in den letzten Jahren. Die Indikation für die stationäre Jugendhilfe werde nur bei schlechter Prognose, bestehender Kindeswohlgefährdung oder bereits gescheiterten ambulanten Hilfen gestellt. Der Eintritt erfolge dadurch häufig erst in oder nach der Pubertät, wenn die Bindungsentwicklung nicht mehr an pädagogische Bezugspersonen, sondern eher an Gleichaltrige erfolge. Dies wiederum erschwere den Aufbau einer tragfähigen Beziehung und reduziere die Wirksamkeit der stationären Maßnahmen.

Integration von Behandlung sinnvoll

Wie breit gefächert das Angebot der stationären Jugendhilfe sein kann, zeigte Heinrich Hölzl, Geschäftsführer der Stiftung „Die Gute Hand“ und Direktor des heilpädagogisch-psychotherapeutischen Zentrums der „Guten Hand“ in Kürten bei Köln. Die Angebote dieser Einrichtung reichten von therapeutischen Intensivgruppen, heilpädagogischen Wohngruppen über Familienwohngruppen hin zu Angeboten für Berufsorientierung, -qualifizierung und Integration in

Arbeitsprozesse. Sowohl in den Entgelten für die therapeutischen Intensiv- als auch die heilpädagogischen Wohngruppen seien psychotherapeutische Behandlungsleistungen enthalten. So seien in den heilpädagogischen Wohngruppen zwei Stunden Therapie pro Woche und vier Stunden Eltern- und Familienarbeit pro Monat Standard. In den Intensivwohngruppen seien es sogar fünf Stunden Behandlung pro Woche, davon zwei bis drei Stunden Psychotherapie, und zehn Stunden Eltern- und Familienarbeit pro Monat. Der Erfolg gibt diesem Modell recht.

Eine andere Möglichkeit, die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in der stationären Jugendhilfe sicherzustellen, ist eine enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prof. Lutz Goldbeck von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Ulm erläuterte, dass in der Ulmer Heimkinder-Interventionsstudie Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe von aufsuchenden Teams ambulant betreut worden seien. Neben der Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen seien die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen trainiert worden. Mit einem zweistufigen Modell zur Krisenintervention, die nach Möglichkeit ambulant erfolgte, sei es gelungen, die stationäre Behandlungstage in der Interventionsgruppe um 50% gegenüber der Kontrollgruppe zu reduzieren.

Einen Überblick darüber, wie Psychotherapie als Leistung der Jugendhilfe aus rechtlicher Sicht integriert werden kann, gab Prof. Reinhard Wiesner, ehemals Referatsleiter im Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend und nun im Ruhestand. Die Leistungen der Jugendhilfe im Rahmen des SGB VIII böten an mehreren Stellen Möglichkeiten, Psychotherapie zu integrieren.

Ein weiteres Beispiel für die gelungene Versorgung von Heimkindern mit psychischen Störungen stellte Dr. Norbert Beck vom Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBBZ) Würzburg vor. Er plädierte abschließend noch einmal dafür,

kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychotherapeutische Leistungen in ein pädagogisch-therapeutisches Gesamtkonzept zu integrieren und diese Leistungen nicht „einzukaufen“.

Diskussion

Unstrittig war unter allen Beteiligten, dass aufgrund des hohen Anteils von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe Psychotherapie ein wichtiger Bestandteil sei. Dabei hätten sowohl Modelle, in denen diese Leistungen von der Jugendhilfe selbst erbracht würden, als auch Modelle, in denen diese Leistungen aufsuchend erbracht würden, Vorteile. Entscheidend sei, dass alle Beteiligten „Psychotherapie“ nicht nur auf das Therapiezimmer des Therapeuten beschränkt verstehen würden, sondern auch als Milieuthérapie und als Unterstützung der pädagogischen Fachkräfte in den Einrichtungen. Der Appell an die Bundespsychotherapeutenkammer lautete jedenfalls, sich auf Bundesebene auch weiterhin für eine bessere Kooperation der Jugendhilfe und der psychotherapeutischen Leistungserbringer einzusetzen. Dieses Arbeitsfeld ist bei angehenden Psychotherapeuten ins Blickfeld zu bringen; es sollte in Zukunft auch als Ort der praktischen Psychotherapie-Ausbildung genutzt werden.

Johannes Broil

Der Autor ist DGVT-Landessprecher in Nordrhein-Westfalen und Mitglied des BPTK-Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“.

Mehr Vernetzung: Angestellte sollten sich besser organisieren

**Bericht vom Angestellten-Tag
der PTK Bayern**

Am 4. März veranstaltete die Psychotherapeutenkammer Bayern ihren zweiten „Angestellten-Tag“ mit vielen interessanten aktuel-

len Themen in den Räumen des Bezirks Oberbayern. Der Vormittag war mit den drei Vorträgen von Dr. Heiner Vogel, Dominik Schirmer und Ulrike Hess mehr als ausgefüllt und wurde aufgrund der lebhaften Diskussionen bis in den Nachmittag ausgedehnt. In vier verschiedenen Workshops konnten die Vortragsthemen vertieft werden. Außerdem gab es zwei Workshops zum Thema Supervision.

Zum Auftakt der Veranstaltung skizzierte Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop das Engagement der Kammer für die in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen angestellten Psychotherapeuten. Dabei hob er die Bedeutung des Engagements des einzelnen hervor und rief die Mitglieder in Kliniken, Beratungsstellen und anderen Institutionen dazu auf, sich mehr aktiv zu engagieren. Gert Sonntag, Leiter der Stabsstelle Strategische Sozialplanung im Bezirk Oberbayern und quasi der Hausherr, berichtete über diverse Projekte zur Versorgung psychisch Kranker mit Förderung durch den Bezirk und überreichte am Ende seines Vortrags Dr. Melcop den ersten Sozialbericht des Bezirks Oberbayern für den Planungszeitraum 2011/2012.

„Die PTK im Spannungsfeld der Interessen von niedergelassenen und angestellten KollegInnen“ lautete der Titel des ersten Vortrags, gehalten von Dr. Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der PTK Bayern und DGVT-Vorstandsmitglied. Zunächst skizzierte er die verschiedenen Aufgabenbereiche der Kammer, die Aufgliederung der Arbeitsfelder der Psychotherapeuten sowie Ansätze und Schwierigkeiten bei der Differenzierung der Tätigkeitsbereiche. Dabei hob er hervor, dass nach wie vor die Einkommenssituation der angestellten Mitglieder ein sehr wichtiges Thema sei und dass sich die Kammer hierfür auf politischer Ebene einsetze, aus rechtlichen Gründen bei den konkreten Tarifeinsetzungen jedoch nicht aktiv werden könne.

Es sei deshalb notwendig, auf anderer Ebene (wie zum Beispiel mit guten Kontakten zu Gewerkschaften) zu wirken, sich mit unterschiedlichsten Formen der Widerstände

(zum Beispiel mit Traditionen) konstruktiv auseinanderzusetzen. Dabei benannte er in seinem Vortrag auch die Aufgaben der Ausschüsse „Psychotherapie in Institutionen“ sowohl der Bundespsychotherapeutenkammer als auch der PTK Bayern, äußerte sich zu dem Kernthema Krankenhaus-Finanzierungs-Reformgesetz sowie zur Revision des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel). Zum Abschluss betonte Vogel die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der Mitglieder mit der Kammer und forderte auf, über Problemlagen aus den jeweiligen Arbeitsbereichen zu informieren.

Dominik Schirmer, Landesbezirksfachbereichsleiter bei ver.di in München, berichtete über neue Entwicklungen bei Tarif-Fragen und Eingruppierungen. Dabei verdeutlichte er, dass sich Psychotherapeuten in der Gewerkschaft und deren Fachkommissionen noch viel zu selten beteiligten und dass der dringend notwendige Informationsfluss oft unbefriedigend sei. Gerade die Veränderungen in der Tariflandschaft, die zunehmend schwierigeren Rahmenbedingungen (Kostendruck, Out-Sourcing bzw. Ausgliederung und Neugründung von Tochtergesellschaften) hätten die Landschaft des Flächentarifvertrags erheblich verändert. Demgegenüber folge die tarifliche Eingruppierung von PP und KJP noch nach den Vorgaben des alten Bundesangestellten-Tarifvertrags, weil eine Einordnung dieser (und anderer) neuen Berufsgruppen immer noch am Widerstand der Arbeitgeber scheitere. Eine sachgerechte Vergütung gemäß Qualifikation und ausgeübter Tätigkeit sei deshalb nicht gegeben.

In diesem Zusammenhang wurden auch die großen Einkommensunterschiede der Psychologischen Psychotherapeuten genannt, die Spannweite sei vielen Mitgliedern oft nicht bekannt. Besondere Erwähnung fand auch die schlechte oder de facto nicht existierende Bezahlung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PIA): Hier könne zum Beispiel ein Musterausbildungsvertrag wie der von ver.di Abhilfe schaffen. In diesem Zusammenhang verwies Schirmer noch mal

auf die notwendige Reform des Psychotherapeutengesetzes.

„In Institutionen in Führung gehen! Wie Psychotherapeuten Leitungsfunktionen einnehmen“ lautete der Titel des Vortrages von Ulrike Hess, die langjährige Erfahrung in diesem Bereich mitbringt. Es ging vor allem um die eigene Einstellung, die eigene Motivation und Fähigkeit eine Führungsrolle zu übernehmen. Initiative ergreifen, Netzwerke knüpfen, Motivationsanalysen machen, Bedarfssituationen erkennen, Projektgruppen führen, begeisterungsfähig sein – all diese Aspekte streifte die Referentin in ihrem Vortrag. Im Nachmittagsprogramm konnten die angesprochenen Themenbereiche in den Workshops vertieft werden, wobei der übersichtliche Rahmen viel Raum für persönliche Gespräche und Einbringen spezieller Themen gestattete.

Insgesamt zeigte sich der diesjährige "Angestellten Tag" als äußerst informativ und unterschied sich durch die Möglichkeit der persönlichen Kommunikation angenehm von anderen Fortbildungsveranstaltungen. Es bleibt zu wünschen, dass Veranstaltungen dieser Art auch in Zukunft fortgeführt werden und dass das Angebot durch die KollegInnen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern noch intensiver genutzt wird. In diesem Zusammenhang rief Dr. Melcop noch einmal zu mehr Mitarbeit auf: Es müssten Themen gesammelt und eingebracht werden, damit die Kammer ihre Mitglieder besser vertreten kann. Die Qualität der Arbeit der PP und KJP soll deutlich gemacht und die Zusammenarbeit mit ver.di verbessert werden. Die angestellten Psychotherapeuten seien im Vergleich zu anderen Berufsgruppen noch zu wenig organisiert.

Bernd Sommer

Der Autor ist Diplom-Psychologe und als klinischer Psychologe in der Psychosomatischen Klinik Buching tätig. Er ist Mitglied im Ausschuss Psychotherapie in Institutionen durch Angestellte und Beamte in der Psychotherapeutenkammer Bayern und langjähriges DGVT-Mitglied.

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vom 11. bis 13.5.2011

Kurz vor der *Eröffnung* des 14. Hauptstadtkongresses „Medizin und Gesundheit“ spekulierte man auf den Fluren des ICC, wer zum Veranstaltungsaufakt wohl welches Ressort vertreten würde. Angekündigt war Philipp Rösler als Gesundheitsminister; durch die Personalrochade an der FDP-Spitze wusste man allerdings in der Zwischenzeit, dass das Gesundheitsministerium mit dem bisherigen parlamentarischen Staatssekretär Daniel Bahr einen neuen Chef bekommen würde. Mit dem (Noch-) Gesundheitsminister und kommenden Wirtschaftsminister Philipp Rösler käme zum ersten Mal ein „Gesundheits-Wirtschaftsminister“ zu dem Eröffnungsvortrag, hörte man Kongresspräsident Ulf Fink scherzen. Aber weder der (Noch-) Gesundheitsminister Rösler noch der designierte Gesundheitsminister Daniel Bahr kamen zur Eröffnung.

Das Gesundheitsministerium wurde von der parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz vertreten, die versicherte, dass trotz des personellen Wandels an der Spitze des Ministeriums die Kontinuität der Politik erhalten bleibe. Sie legte den Schwerpunkt in ihrem Vortrag auf die Pflegereform und nannte als Ziel „ein Pflegesystem, in dem die Menschen keine Angst davor haben, ein Pflegefall zu werden“. Die Kostenfrage ließ sie unbeantwortet. Man habe dies bewusst hintangestellt, argumentierte sie, da man erst wissen müsse, „was das System braucht“, bevor man über die Finanzierung nachdenke.

Den *Eröffnungsvortrag* hielt der Hirnforscher und Autor zahlreicher Bücher, Prof. Gerald Hüther aus Göttingen, der der Frage nachging, welche Verantwortung der Einzelne für seine Gesundheit hat. Seine zentrale These lautete, dass Heilung in erster Linie immer Selbstheilung sei und die Medizin nur dazu beitragen könne, indem sie Bedingungen schafft, in denen sich die Selbsthei-

lungskräfte voll entfalten können. „Lebende Systeme sind dazu in der Lage, Selbstorganisationsprozesse in Gang zu setzen“, so Hüther, vorausgesetzt, dass der Patient auch gesund werden wolle. Als Beispiel führte er Menschen mit Trisomie 21 an, bei denen vor wenigen Jahren noch niemand geglaubt habe, dass sie bildungsfähig seien und die heute sogar Abitur machen und studieren könnten.

Neue Erkenntnisse aus der Hirnforschung zeigen, dass das menschliche Gehirn bis ins hohe Alter lernfähig ist unter Voraussetzung, dass es trainiert wird. Dies gelinge aber nur dann, wenn Kognition mit Emotion, Freude und Begeisterung verbunden würde, so Hüther. Es gehe also darum, Begeisterung zu schaffen für die Änderung einer Haltung, wie auch die zur eigenen Gesundheit. „Medizin ist dazu da, die Menschen für das Leben zu begeistern und ihnen Vertrauen in die ärztliche Kunst zu geben.“ Begeisterung entspringe dem Dreiklang aus „einladen, ermutigen und inspirieren“. Damit ließen sich mit weniger Geld mehr Menschen dazu bewegen, gesund zu werden. Einer seiner Kernsätze lautete: „Das Hirn wird nicht so, wie man es benutzt, sondern so, wie man es mit Begeisterung benutzt“.

Vom 11. bis zum 14. Mai 2011 kamen ca. 8 000 TeilnehmerInnen, um in über 150 Veranstaltungen mit ca. 500 ReferentInnen die verschiedensten medizinischen und Gesundheitsthemen zu diskutieren. Schwerpunkt – so Ulf Fink – bei der Eröffnung, waren in diesem Jahr die Verbesserungen im Gesundheitswesen und nicht die Finanzierung des Gesundheitswesens.

Das *Deutsche Ärzte Forum*, das seit über zehn Jahren zum Hauptstadtkongress gehört, beschäftigte sich vor allen Dingen mit dem ärztlichen Nachwuchs, der Aus- und Fortbildung, dem Selbstverständnis des Arztberufes, dem Versorgungsstruktur- und Patientenrechtegesetz sowie der internationalen Entwicklung des Gesundheitswesens. Es ging auch darum, verschiedene Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in Kontakt miteinander zu bringen und die Vorstellun-

gen der Opposition für eine Gesundheitspolitik zu diskutieren.

Außerdem gab es zum dritten Mal den „Tag der Niedergelassenen“, u.a. mit der zentralen Diskussionsveranstaltung „KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – „Vernetzt auf allen Ebenen?“ und weiteren Veranstaltungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Kodierrichtlinien, Qualitätsmanagement und papierloser Praxis.

Die zentralen Fragen des ebenfalls unter diesem Dach stattfindenden *Deutschen Pflegekongresses 2011* waren „Wer pflegt in Zukunft? Personalmangel und Fachkräftegewinnung“ sowie „Was bringt die neue Le-

gisaturperiode für die Pflege – Pflegereform.“ Es ging um Beratung für Angehörige von Pflegebedürftigen, um den Pflegebegriff, um die häusliche Krankenpflege und das „Einmaleins des Pflegemanagements“.

Zu den prominenten Gästen zählten die SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles, Fritz Kuhn, stellvertretender Vorsitzender der Grünen-Bundestagsfraktion, mehrere Gesundheitsminister der Länder, Hamburgs ehemaliger Bürgermeister Ole von Beust und ehemalige Bundesminister wie Prof. Dr. Rita Süßmuth und Dr. Rudolf Seiters.

Waltraud Deubert

Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen



**Tagung vom 31.8. bis 1.9. 2011
Mainz, Erbacher-Hof, Grebenstraße 24 - 26**

in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit und Frauen, Rheinland-Pfalz und dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

Anmeldung bis zum 31.7.2011
Unkostenbeitrag: 20 €
Weitere Informationen unter <http://gnmh.de/tagung-2011>



Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung zur Tagung nicht über die DGVT läuft, sondern direkt über das GNMH.

Weitere Infos

Bankrott auf Kosten der Patienten:

**Mit der City BKK geht
die erste Krankenkasse pleite**

Presseerklärung des vdää

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die Schließung der City BKK zum 1. Juli 2011 beschlossen. Seit Einführung des Gesundheitsfonds ist damit die erste Gesetzliche Krankenkasse pleite gegangen. Es ist politisch gewollt, die Anzahl von heute noch ca. 130 Krankenkassen auf 30-50 zu senken. Eine Reduzierung der Anzahl der Kassen kann Verwaltungskosten einsparen und die finanziellen Risiken besser ausgleichen. Der vdää aber hält eine Reduzierung durch finanzielle Insolvenz für den falschen Weg. In wirtschaftlich schwieriger Lage muss die Kasse auch an ihren medizinischen Ausgaben zu sparen versuchen, dies geht eindeutig zu Lasten der dort versicherten Patienten. Obwohl gesetzlich gesichert, ist der Übergang in eine andere Versicherung für die Patienten nicht immer einfach. Andere Kassen werden versuchen, die sogenannten schlechten Risiken abzuwimmeln, Medikamente müssen auf Grund anderer Rabattverträge gewechselt werden und die Einschreibung in Selektivverträge der einen Kasse entfällt, während der Patient sich in der neuen Kasse für andere Verträge entscheiden muss. Meldungen der letzten Tage belegen, dass diese Befürchtungen nicht unbegründet sind. Alte, Kranke und Versicherte, die sich in der Übergangszeit in stationärer Behandlung befinden, können Probleme bekommen.

Der Bankrott der City BKK zeigt auch, dass ein marktwirtschaftlicher Wettbewerb zwischen den Kassen nicht funktionieren kann. Nach der Ideologie der Marktwirtschaft kann die wirtschaftliche Position durch verbilligte Produktion, verbesserte Qualität und kundenzentrierten Vertrieb verbessert werden. Mit der „Ware Gesundheit“ ist das nicht möglich. Die Kassenleistungen

sind gesetzlich vorgeschrieben und die Preise werden mit den Leistungsanbietern ausgehandelt. Ist eine Kasse wegen schlechter Risiken oder geographischer Benachteiligung einmal in Schieflage geraten, so kann sie ihren Betrieb nur über Zusatzbeiträge sichern. Junge und gesunde Versicherte wechseln die Kasse, alte und teure Versicherte bleiben ihr, und eine Spirale weiterer Zusatzbeiträge ist angestoßen. Eine „marktwirtschaftliche“ Reaktion durch Verbilligung des Produktes Gesundheit ist nicht möglich. Das war der Weg der City BKK, und andere Kassen werden folgen.

Der vdää hält eine Reduzierung der Kassenzahl durch geordnete Fusionen für sinnvoll. Eine Flurbereinigung durch Insolvenz aber ist abzulehnen. Sie schadet den Versicherten, gefährdet Kranke, macht Kassenangestellte arbeitslos – im Falle der City BKK müssen 400 Angestellte sich um neue Jobs bemühen – und macht die medizinische Versorgung um keinen Cent billiger. Die bei der City BKK Versicherten bleiben so krank wie bisher und die Kosten ihrer medizinischen Behandlung bleiben gleich – sie müssen jetzt nur von anderen Kassen getragen werden.

Prof. Wulf Dietrich

(Vorsitzender des vdää) – Verein

Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

BKK für Heilberufe steht vor der Insolvenz

(wd). Nach der City BKK steht bereits eine zweite Krankenkasse vor der Insolvenz, nämlich die BKK für Heilberufe. Sie sucht derzeit unter den Betriebskrankenkassen einen Fusionspartner. Falls ihr das nicht gelingt, droht der Kasse mit ca. 130 000 Versicherten in den kommenden Monaten die Zahlungsunfähigkeit. Dies geht aus einer Mitteilung des Beirats der BKK für Heilberufe

rufe an die Vorstände der anderen Betriebskrankenkassen vom 9. Mai 2011 hervor.

Depression bei MigrantInnen Fortbildung für Fachkräfte

(ab). Das Bündnis gegen Depression Hannover lädt ein zu einer Fachtagung über Depressionen bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund. „Vom türkischen Bauch und der russischen Seele – Migration, Gender und Depression“ heißt die Veranstaltung am Dienstag, 22. Juni, in Hannover, an der auch zwei DGVT-Mitglieder mitwirken. Mike Mösko vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der für die DGVT in der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg sitzt, hält den Einführungsvortrag. Die Moderation übernimmt Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, die in der Frauen-AG der DGVT aktiv ist. Eingeladen sind vor allem Fachkräfte aus dem psychosozialen, gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Bereich mit und ohne Migrationshintergrund. Anmelden kann man sich noch bis 6. Juni 2011.

Kontakt: AG Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover. Tel. 0511 / 168 44703 oder 0511 / 616 22330. Weitere Informationen auch auf www.gesundheit-nds.de

Ankündigung: Tagung in Berlin zu psychischen Erkrankungen

(ab). „Mehr Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen“ fordern die BARMER GEK und das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen auf ihrem Kongress am Dienstag, 28. Juni, in Berlin. Häufigkeiten und Behandlungskosten bei psychischen

Krankheiten steigen seit Jahren dramatisch an. Der Medizinkongress beschäftigt sich mit der Sicherstellung bzw. der Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität von psychisch Kranken, wobei neue Behandlungs- und Betreuungskonzepte vorgestellt werden. Die wissenschaftliche Leitung des Kongresses hat Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Die Barmer GEK ist die größte deutsche gesetzliche Krankenkasse und ist 2010 aus der Fusion von Barmer Ersatzkasse und Gmünder Ersatzkasse hervorgegangen. Die Anmeldung zu der Tagung ist noch möglich bis 7. Juni 2011. Eine Gebühr wird nicht erhoben. Tagungsort: Hotel Aquino, Tagungszentrum, Katholische Akademie, Berlin.

Weitere Informationen: Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Tel. 0421 218 58560, E-Mail: bueroglaeske@zes.uni-bremen.de

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen an jedem ersten Donnerstag eines Monats um 19 Uhr in Erlangen in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele.
- **Hamburg:** Sommerfest am 16.6.2011 ab 18:00 Uhr im Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10, Haus 5 auf der Terrasse, 20459 Hamburg. Herzliche Einladung an alle DGVT-Mitglieder in Hamburg!
- **Nordrhein-Westfalen:** Mitgliedertreffen an jedem 2. Montag eines ungeraden Monats, nächste Treffen am 11.7., 12.9. und am 14.11.2011 jeweils um 20 Uhr im Cafe Stanton (www.cafe-stanton.de) hinter der Antoniterkirche in der Schildergasse in Köln. Mitgliederversammlung am 19. Oktober 2011 um 19 Uhr in Dortmund; genaue Informationen werden noch bekannt gegeben.
- **Schleswig-Holstein:** Nächste regionale Mitgliederversammlung im Herbst 2011. Schriftliche Einladung folgt.

4. Sommerakademie

der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie

Online-
Anmeldung!



Fortbildung an der Ostsee:
Qualifizieren und regenerieren!

23. - 25. Juni 2011
in Graal-Müritz

Zwischenräume Lauftherapie	Zwischenräume Zwischen weiblich und männlich
Zwischenräume Zwischen Phantasie und Realität	Zwischenräume Zwischen Körper und Gefühl
Zwischenräume Zwischen Kopf und Bauch	Zwischenräume Atemtherapie nach Middendorf

Weitere Informationen:

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)
Bundesakademie
Postfach 1343
72003 Tübingen
Tel.: 0700 237237 00
E-Mail: bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

Die Zertifizierung bei der OPK ist beantragt.
Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung
der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.