



Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand 17. Mai 2006

Inhaltsverzeichnis

Gesundheits- und Berufspolitiches

- **Änderung der Psychotherapie-Richtlinien**
Waltraud Deubert, Wilfried Schaeben..... 4
- **Reform des Vertragsarztrechts** *Waltraud Deubert* 7
- **Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)**
Waltraud Deubert 10
- **Stand der Gesundheitsreform** *Waltraud Deubert* 11
- **Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu den
Protestaktionen von Klinikärzten** 14
- **Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu den
Protesten der niedergelassenen Ärzte am 24. März in Berlin** 16

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg.....	17
Bayern	18
Brandenburg	19
Hamburg	19
Hessen	20
Mecklenburg-Vorpommern	20
Nordrhein-Westfalen.....	21
Rheinland-Pfalz	21

Saarland	22
Schleswig-Holstein	24

Alles was Recht ist . . .

➤ Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf zur Systemischen Therapie <i>Kerstin Burgdorf</i>	27
➤ Urteil des Sozialgerichts Reutlingen zu den nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen	28
➤ Tücken des Praxisverkaufs im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens <i>RA'in Susanne Locher-Weiß</i>	28

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

➤ Praxisnachfolge: Teure Eintrittskarten für Kassensitze	31
➤ KV Nordrhein: Abrechnungstaktiken unter dem neuen HVV <i>Jochen Maurer</i>	34
➤ Hinweis zu Honorarwidersprüchen	35
➤ Mailingliste Kostenerstattungsverfahren <i>Gerd Per, Kerstin Burgdorf</i>	35

Aus der DGVT

➤ Bachelor oder Master als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapie-Ausbildung? Erste Beschlüsse <i>Michael Borg-Laufs</i>	36
➤ Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur <i>Johannes Broil</i>	38

Aus den Psychotherapeutenkammern

➤ Bericht vom 8. Deutschen Psychotherapeutentag am 13. Mai 2006 in Frankfurt <i>Heinz Liebeck</i>	40
➤ Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer: Errichtungsausschuss berufen <i>Helga Bernt</i>	41
➤ Beitrags- und Entschädigungsordnungen der Psychotherapeutenkammern	42

Weitere Infos

➤ Praxisleitfaden zur ICF veröffentlicht	50
➤ Versorgungsbericht der KVSH: Nur noch 21 Ärzte unter 35 Jahren	50
➤ Termine der Landesgruppen Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Schleswig-Holstein	52

Liebe Leserinnen und Leser,

die gegenwärtigen, fast täglichen Meldungen zur anstehenden **Gesundheitsreform** zeigen das Dilemma, in dem die Akteure der Gesundheitspolitik stecken. Hin und her gerissen zwischen den Konzepten einer Bürgerversicherung und eines Gesundheitsprämienmodells muss ein

„dritter Weg“ gefunden werden. Die Beteiligten geben sich trotzdem optimistisch, dass das Gesundheitsministerium die Reform in der Sommerpause ausarbeiten wird, die Koalition diese dann im Oktober im Bundestag verabschieden kann und der Bundesrat im November sein Votum gibt, sodass ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2007 planmäßig stattfinden kann. Aus den Gesprächen am 1. Mai wurde bekannt, dass man sich zunächst über die Ausgaben im Gesundheitswesen und über die Strukturveränderungen einigen wolle, um dann anschließend die Finanzierungsfragen zu klären. Gewarnt wird vor zu frühen Festlegungen auf ein neues Finanzierungsmodell, und es wird betont, dass es keine Tabus geben solle (außer denjenigen, die der jeweilige Autor/Redner selbst für wichtig hält). Sobald Teile eines Modells in der Öffentlichkeit diskutiert werden, stoßen diese mit Sicherheit entweder in den eigenen Parteilagern oder aber bei den anderen Gruppierungen auf Kritik. Unabhängig davon, ob es sich um den so genannten „Gesundheits-Soli“, um eine stärkere Steuerfinanzierung, um das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge oder um die Reform der privaten Krankenversicherung handelt, sofort melden sich Kritiker zu Wort und warnen vor den Folgen.

Die neueste Kritik kommt vom Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel. Beske kritisiert, dass bisher keine objektiven Daten zu den Auswirkungen der letzten Gesundheitsreform (GMG – GKV-Modernisierungsgesetz) vorliegen¹. Sein Vorschlag: Erst die Analyse dann die Fortsetzung. „Jedes seriös arbeitende Wirtschaftsunternehmen untersucht in regelmäßigen Abständen die Auswirkungen bisheriger Entscheidungen. Nicht so die Gesundheitspolitik in Deutschland“. Er hält es für fahrlässig, ohne eine wissenschaftliche Analyse dieses Gesetz als Basis für die neue Gesundheitsreform zu nutzen, wie es die große Koalition vorhat. Beske fordert eine genaue Untersuchung der Auswirkungen des Gesetzes etwa mit Kosten-Nutzen-Analysen und dem Vergleich zwischen neu eingeführten und bestehenden Versorgungsstrukturen. Eine koordinierende Funktion könnte seiner Meinung nach der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen übernehmen. AOK-Chef Hans Jürgen Ahrens hat die Position von Beske als „eine interessante Zusammenschau ärztlicher Vorbehalte und Vorurteile gegen eine wettbewerbsorientierte Reformpolitik“ bezeichnet.

In Angriff genommen hat die Koalition die überfällige Anpassung des **Vertragsarztrechts**, zu dem es im vergangenen Sommer bereits einen Arbeitsentwurf gab, der dann aber aufgrund von Meinungsverschiedenheiten zwischen SPD und Union zunächst auf Eis gelegt worden war. Zu dem jetzt vorliegenden Referentenentwurf fand am 8. Mai eine Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung statt.

Bereits in Kraft getreten ist das **Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz**. Kritik gab es vor allen Dingen von Seiten der Ärzteschaft an der vorgesehenen Einführung der Bonus-Malus-Regelung, mit der besonders preisgünstiges Verordnen von Medikamenten belohnt und teures Verordnen mit Honorarabschlägen bestraft werden soll. Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen, so z. B. Hamburg, haben bereits angekündigt, dass bei ihnen die Bonus-Malus-Regelung nicht zum Tragen kommen werde, da sie auf freiwilliger Grundlage bereits bestehende Vereinbarungen fortführen möchten. Diese Möglichkeit räumt das AVWG als Alternative zur gesetzlichen Regelung ein.

Völlig überraschend hat sich der Koalitionsausschuss der Regierungsfractionen auf einen Entwurf für das noch unter Rot-Grün heftig umstrittene **Antidiskriminierungsgesetz**² geeinigt. Die Inhalte entsprechen zum größten Teil dem alten rot-grünen Gesetzentwurf. Obwohl die EU-Richtlinie lediglich das zivilrechtliche Diskriminierungsverbot wegen Rasse, ethnischer Herkunft und Geschlecht vorsieht, will die große Koalition auch die Benachteiligung

¹ http://www.igsf.de/html/pm_kurzendf.HTM

² Es wurde in Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) umbenannt.

wegen Alter, Behinderung, Religion, Weltanschauung und sexueller Identität ausschließen. Das Diskriminierungsverbot gilt für alltägliche Geschäfte in Supermärkten und Restaurants, nicht jedoch für die Anmietung einer Wohnung. Hier darf sich der Wohnungseigentümer weiterhin seine Mieter aussuchen. Auch für Versicherungen soll es Ausnahmen geben. Nähere Informationen zum Stand der Gesetzgebung siehe unter

<http://suche.bundestag.de/bundestagSuche/volltextsuche.jsp?intStart=1&q=Antidiskriminierungsgesetz&x=10&y=8>.

Nach der Änderung der Verfahrensordnung zur sozialrechtlichen Zulassung von medizinischen und psychotherapeutischen Methoden und Verfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss nun die entsprechende Anpassung der **Psychotherapierichtlinien** in Angriff genommen.

Berufspolitisch interessant für die **niedergelassenen KollegInnen** dürfte der Artikel von Rechtsanwältin Locher-Weiß und der nachfolgende Beitrag zum Praxisverkauf im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens sein sowie die Hinweise zu Honorarwidersprüchen, die Mailingliste Kostenerstattungsverfahren und die Abrechnung unter dem neuen HVV.

Einen Bericht zum Symposium „Das Unbehagen in der (Psycho-)Kultur“ und zur „Bonner Erklärung“ gibt Johannes Broil. Michael Borg-Laufs diskutiert die Frage Bachelor oder Master als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapie-Ausbildung und geht dabei auf erste Aussagen der Politik ein.

Außerdem finden Sie die aktualisierte Übersicht zu den Beitrags- und Entschädigungsordnungen der Psychotherapeutenkammern, einen Bericht vom 8. Deutschen Psychotherapeutentag in Frankfurt sowie weitere und interessante Informationen in der aktuellen Ausgabe der Rosa Beilage. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Kerstin Burgdorf

Waltraud Deubert

Heiner Vogel

Gesundheits- und Berufspolitisches

Änderung der Psychotherapie-Richtlinien

Waltraud Deubert, Wilfried Schaeben

Nachdem die **Verfahrensordnung**³ zur sozialrechtlichen Zulassung von medizinischen und therapeutischen Methoden und Verfahren durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 18. April 2006 geändert wurde, ist eine entsprechende Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien notwendig geworden. Das in den Psychotherapie-Richtlinien beschriebene sozialrechtliche Zulassungsverfahren ist nicht mehr kompatibel mit der neuen Verfahrensordnung. In den Psychotherapie-Richtlinien sind die Kriterien formuliert, die erfüllt sein müssen, damit neue Psychotherapieverfahren in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. Der G-BA, insbesondere der Unterausschuss Psychotherapie, arbeitet zzt. intensiv daran, diese Kriterien an die Regelungen im § 135 SGB V, § 92 Abs. 6a SGB V und die gültige Verfahrensordnung anzupassen.

Der G-BA hat dazu einen **Anhörungsentwurf** mit vorgeschlagenen Änderungen und Erläuterungen unter Hinweis auf vertrauliche Behandlung an die Bundespsychotherapeutenkammer

³ http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs2/beschluesse/2006-04-18-VerfO_WZ.pdf

(BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) gesandt, um ihnen Gelegenheit zu geben, eine schriftliche Stellungnahme im Rahmen ihres Anhörungsrechts nach § 91 Abs. 8a SGB V zu geben. Der G-BA hatte zunächst die Frist für eine Stellungnahme der BPtK zu seinem Entwurf zur Richtlinienänderung auf den 31. März 2006 festgelegt, so dass das von der BPtK anberaumte Hearing zu dieser Thematik am 3. April keinen Einfluss mehr auf die Positionen der Bundespsychotherapeutenkammer gehabt hätte. Der erwirkte Aufschub um weitere 4 Tage durch die BPtK machte es möglich, dass die Stellungnahme einen Tag nach dem Hearing abgegeben werden konnte und somit dessen Ergebnisse in aller Eile eingebaut werden konnten.



Die **BPtK** hatte zur Vorbereitung ihrer **Stellungnahme** eine Expertengruppe einberufen, die zu zentralen Fragen Vorschläge erarbeitet hat.

- Definition von Anwendungsbereichen der Psychotherapie,
- Entwicklung von Entscheidungsregeln, mit denen die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens beurteilt werden kann,
- Operationalisierung des Kriteriums Versorgungsrelevanz.

Das Arbeitspapier dieser Expertenkommission finden Sie auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer unter

http://www2.bptk.de/uploads/arbeitspapier_expertenkommission_bptk.pdf

Die Vorstände der Landespsychotherapeutenkammern hatten ebenfalls unter der Auflage strenger Vertraulichkeit Einsicht in den Anhörungsentwurf nehmen und Vorlagen für eine Stellungnahme an die BPtK weiterleiten können.

Da die **Beratungsergebnisse der Gremien des G-BA** der Vertraulichkeit unterliegen, wurden direkte Reaktionen und Meinungsbildungen von z. B. den Fach- und Berufsverbänden erschwert. Die unter Verschluss gehaltenen Änderungsvorschläge sowie die kurzfristige Terminierung für Stellungnahmen auf Anfang April führten zu erheblicher Kritik. Der G-BA wollte die Stellungnahme der Kammern ursprünglich bereits am 18. April beraten und der Beschlusstermin sollte bereits Anfang Mai sein. Wie in der Zwischenzeit zu hören ist, wurde der Beschlusstermin auf Ende Mai verschoben. Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte

außerdem am 2. Mai einen Gesprächstermin mit dem Unterausschuss Psychotherapie des G-BA.

Die GK II-Verbände waren indirekt an dem Anhörungsverfahren durch ein Treffen mit der BPtK am 25. März 2006 in Berlin beteiligt. Sie konnten in einem Arbeitstreffen ihre Vorstellungen zu den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien einbringen.

Der in Gang gesetzte Veränderungsprozess, der mit großer Wahrscheinlichkeit eine Neudefinition der Anwendungsbereiche nach Abschnitt D der Psychotherapie-Richtlinien bedeutet, hat vor allen Dingen bei den Vertretern der Nicht-Richtlinienverbände große Unruhe hervorgerufen. Besonders betroffen zeigten sich die Gesprächspsychotherapeuten, denen es nach mehrjährigem Prüfverfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat gelungen ist, die berufrechtliche Anerkennung als anerkanntes Verfahren, das auch zur vertieften Ausbildung zugelassen ist, zu erlangen. Für die notwendige sozialrechtliche Zulassung ist der G-BA zuständig.

Die seit Jahren anstehende Entscheidung über die **sozialrechtliche Zulassung der Gesprächspsychotherapie** hätte noch vor der vorzunehmenden Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien erfolgen sollen. Befürchtet wurde, dass eine Änderung der Psychotherapierichtlinien mit dem Ziel vorgesehen ist, einerseits Verfahren, andererseits Methoden neu zu definieren. Die Qualifikation in einem Verfahren ist aber Voraussetzung und Grundlage für die Eintragung ins Arztregister bzw. Psychotherapeutenregister und damit für eine Teilnahme an der vertraglichen Versorgung. Eine Methode steht dagegen nur bereits zugelassenen Behandlern als zusätzliche Interventionsmöglichkeit zur Verfügung, eine Zulassung (Register-Eintragung) ist auf ihrer Grundlage nicht möglich. Zwischen Verfahren und Methoden soll in den künftigen Richtlinien nach dem noch zu konkretisierenden Kriterium „Versorgungsrelevanz“ unterschieden werden, mit dem sichergestellt werden soll, dass nur solche Verfahren Eingang in die GKV erhalten, die das Versorgungsgeschehen in den relevanten Bereichen, d. h. den häufigsten Indikationen abdecken. Ein Verfahren, welches das Kriterium „Versorgungsrelevanz“ nicht erfüllt, soll ggf. indikationsbezogen als Methode in die Richtlinien aufgenommen werden. Es wurde die Gefahr gesehen, dass der G-BA einem wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren den Status als Verfahren aberkennen würde.

Die Einzelreferate des Symposiums **„Anpassung der Psychotherapierichtlinien – Sozialrechtliche Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden“** vom 3. April 2006 können als Powerpointvorlagen auf der Homepage der BPtK nachgelesen werden. Durchgängig zeigten alle Referenten der Expertengruppe der BPtK unter www.bptk.de in ihren Beiträgen erhebliche inhaltliche und methodische Probleme sowohl für die geplante Definition der Anwendungsbereiche als auch für die Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz auf. Im Rahmen der abschließenden Diskussion betonten die Mitglieder der Expertengruppe, dass es ihnen aufgrund des erheblichen Zeitdruckes des Anhörungsverfahrens nicht möglich gewesen sei, die Prämissen und Architektur des G-BA Anhörungsentwurfes einer grundsätzlichen Prüfung zu unterziehen.

Dr. Rainer Hess führte als Vorsitzender des G-BA aus, dass die evidenzbasierten Bewertungen und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) laut Gesetz indikationsbezogen vorzunehmen seien. Der Fachkundenachweis setze die Versorgungsrelevanz des Behandlungsverfahrens durch positive Methodenbewertung für die Hauptindikationen der Versorgung voraus: „Wir wollen keine indikationsbezogene Zulassung; verwechseln Sie das nicht mit der geforderten indikationsbezogenen Bewertung.“ Die Anforderungen an die Versorgungsrelevanz neuer Behandlungsverfahren gelte im übrigen auch für die etablierten Verfahren, sodass auch bei diesen erneute Überprüfungen vorstellbar seien. Er ginge davon aus, dass nach der anstehenden Prüfung der Gesprächspsychotherapie künftige Prüfaufträge direkt an das Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQIG) vergeben werden. Zur möglichen Einbeziehung der Klinischen Neuropsychologie in die ambulante Versor-

gung äußerte sich Dr. Hess dahingehend, dass dies für ihn eher unter dem Heilmittel- statt Psychotherapie-Status vorstellbar sei.

Der Präsident der BPtK Prof. Dr. Rainer Richter wies in seinem Schlusswort nochmals darauf hin, dass sich der Vorstand der BPtK entschlossen habe, den Ablauf des Anhörungsverfahrens trotz erheblicher Bedenken als formal korrekt anzuerkennen. Die vorhandenen Zweifel an der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit des G-BA Anhörungsentwurfes könnten letztlich nur gerichtlich geklärt werden. Deshalb habe sich die BPtK mit dem Symposium um eine vertiefte inhaltliche Diskussion bemüht.

Wie auf dem Symposium zugesagt, fand am 02.05.2006 ein Beratungsgespräch zwischen Vertretern der BPtK und des G-BA statt. Letzterer war dabei neben Herrn Dr. Hess auch durch den neuen Vorsitzenden des Unterausschusses Psychotherapie Herrn Kleinert sowie seiner Stellvertreterin Frau Bell vertreten.

Die Beschlussfassung des G-BA zur Änderung der Psychotherapierichtlinien ist für den 20.06.2006 vorgesehen.

Reform des Vertragsarztrechts

Waltraud Deubert

Wegen der geplanten großen Finanzreform der GKV war es zuletzt still um die von Gesundheitsministerin Schmidt (SPD) geplante Liberalisierung des Vertragsarztrechts geworden. Ulla Schmidt will eine Gesetzesänderung, u. a. um dem Ärztemangel in einigen ländlichen Regionen und in Ostdeutschland abzuhelpen (siehe hierzu Rosa Beilage 1/2006, S. 9). Das Eckpunktepapier aus dem Bundesgesundheitsministerium vom Februar 2006 zielte außerdem darauf ab, die Arzthonorare für die Behandlung von gesetzlichen Versicherten und Privatpatienten anzugleichen. Dieser Plan hatte allerdings zu Meinungsverschiedenheiten zwischen SPD und Union geführt. Die Union kritisierte, dass sie keiner Regelung zustimmen werde, die jetzt schon Entscheidungen der großen Reform vorwegnehme.

Allerdings scheint jetzt zu Beginn der Gesprächsrunde zur Gesundheitsreform Harmonie Pflicht. Die Bundesregierung plant die Änderungen des Vertragsarztrechts in einem eigenen, der großen Reform vorgezogenen Gesetz, zu verabschieden. Aus dem Eckpunktepapier von Ulla Schmidt zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung ist in der Zwischenzeit ein Referentenentwurf für das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) geworden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zur Erörterung des Referentenentwurfes am 8. Mai eingeladen, so dass der Gesetzentwurf zum Vertragsarztrecht wahrscheinlich **noch vor der Sommerpause verabschiedet** werden kann. Richtmaß wird die schon im Koalitionsvertrag zum Vertragsarztrecht festgehaltene Vereinbarung sein. Dort heißt es unter anderem: *"Nicht nur in den ländlichen Gebieten der neuen Länder ist absehbar, dass es in Folge des Ärztemangels zu Versorgungsengpässen in der ambulanten Versorgung kommen kann. Daher müssen schnellstmöglich Hindernisse beseitigt werden, die einer flächendeckenden Versorgung entgegenstehen. Geeignete Maßnahmen zur Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind unter anderem die **Verbesserung der Anstellungsmöglichkeiten** bei und von Vertragsärzten, die **Flexibilisierung der Bedarfsplanung** auf Landesebene oder die gleichzeitige Ermöglichung einer Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung."*

Der Referentenentwurf beinhaltet Änderungen des SGB V und anderer Gesetze sowie der Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV). Er enthält im Wesentlichen 4 Teile. Der Hauptteil beschäftigt sich mit der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Der zweite Teil be-

zieht sich auf die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Der dritte Teil regelt die staatliche Intervention bei regionalen Versorgungsproblemen, insbesondere in den neuen Bundesländern. Im vierten Teil geht es um die Nachjustierung der im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeleiteten Reformen des Versorgungssystems.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Arzt/PP/KJP im MVZ und im Krankenhaus ist erlaubt, das heißt die bisherige Inkompatibilität zwischen vertragsärztlicher Tätigkeit und Anstellung im Krankenhaus wird beseitigt.

Zukünftig sollen auch fachidentische MVZs möglich sein; damit würde die gemeinsame Tätigkeit von PPs und KJPs als Gründungsvoraussetzung eines MVZ ausreichen.

Eine kooperative Leitung der MVZs ist möglich, sofern Angehörige verschiedener an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Berufe tätig sind.

Die Möglichkeiten zur **Anstellung von Ärzten bzw. Psychotherapeuten wurden flexibilisiert**. Derzeit können die Vertragsärzte einen ganztagsbeschäftigten Arzt oder zwei halbtagsbeschäftigte Ärzte desselben Fachgebietes anstellen, wobei die Vertragsärzte sich gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten müssen, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet. Künftig können sie ohne Begrenzung Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen, sofern Zulassungsbeschränkungen dem nicht entgegenstehen. Die angestellten Ärzte werden Mitglieder ihrer kassenärztlichen Vereinigungen.

Vertragsärzte können gleichzeitig auch als angestellte Ärzte in einem Krankenhaus arbeiten.

Vertragsärzte dürfen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten (auch außerhalb ihres KV-Bezirktes) vertragsärztlich tätig sein – auch mit Unterstützung von hierfür angestellten Ärzten – wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten und Psychotherapeuten sind zukünftig möglich, d. h. es können Gemeinschaftspraxen zwischen Ärzten und Psychotherapeuten gebildet werden, und zwar auch über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinweg.

Zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen sieht der Entwurf vor, die derzeit bestehende **Altersgrenze** von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat, aufzuheben. Außerdem wird die Altersgrenze für das gesetzliche Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der Tätigkeit von angestellten Ärzten in MVZs und Vertragsarztpraxen hinausgeschoben, bis der Landesausschuss die Unterversorgungsfeststellung wieder aufgehoben hat.

Der **Sicherstellungsauftrag** geht an die Krankenkassen, wenn die KV einen lokalen Versorgungsbedarf nicht erfüllen kann. Die Krankenkassen können dann Einzel- oder Gruppenverträge mit geeigneten Leistungserbringern abschließen.

Die **Beteiligungsrechte der PatientenvertreterInnen** werden gestärkt. Es wird klargestellt, dass für PatientenvertreterInnen in den Zulassungsausschüssen dieselben Einladungsmodalitäten gelten wie für die übrigen Beteiligten. Sie erhalten zudem neben den bisher schon erstatteten Reisekosten künftig zusätzlich eine Aufwandsentschädigung und Ersatz eines ggf. auftretenden Verdienstaufschlags. Diese neue Regelung entspricht einer gemeinsamen Forderung aller maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Der umstrittenste Punkt (siehe hierzu auch Rosa Beilage 1/06) ist sicher die Möglichkeit einer „**Teilzulassung**“. Im Referentenentwurf heißt es hierzu: „*Da der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag eines Vertrags(Zahn)Arztes oder Vertragspsychotherapeuten*

von einer vollzeitigen Tätigkeit ausgeht, soll zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch für (Zahn)Ärztinnen und Psychotherapeutinnen) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen die Möglichkeit vorgesehen werden, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte der hauptberuflichen Tätigkeit beschränken zu können (sog. Teilzulassung).“

Zu dem Punkt Teilzulassungen gibt es aus vielen Verbänden kritische Stimmen. Solange die Gesamtvergütung in der Summe begrenzt bleibt, besteht einerseits die Sorge, dass neue Teilzulassungen, die im Rahmen „der gedeckelten Honorartöpfe“ bedient werden müssen, für die derzeit im System befindlichen KV-Mitglieder wirtschaftliche Nachteile bringen. Andererseits würden Niedergelassene, die beispielsweise befristet ihre Tätigkeit etwas einschränken, ggf. gezwungen, ihre Zulassung teilweise zurückzugeben und hätten dann keine Möglichkeit mehr, später auf eine Vollzeitzulassung zurückzukehren. Die Gegner von Teilzulassungen schlagen deshalb eine Verbesserung der Jobsharing-Möglichkeiten vor. Die derzeit bestehende 103 %-Grenze könne z. B. erweitert werden.

Ein Blick über die Grenzen hinweg: Auch im **Nachbarland Frankreich** versucht man mit ähnlichen Konzepten dem Medizinerangel auf dem Lande zu begegnen. *„Im Nachbarland gilt eine Region als unterversorgt, wenn die Arztdichte 30 Prozent unter dem nationalen Durchschnitt liegt. In ländlichen Gebieten Zentral- und Südwestfrankreichs sowie in der Champagne und in Lothringen gibt es inzwischen viele Landstriche mit einem gravierenden Mangel an Ärzten. Nach dem Regierungskonzept sollen in Gemeinschaftspraxen tätige Mediziner in den betroffenen Regionen für eine Konsultation eine Pauschale von 24 statt der üblichen 20 Euro abrechnen dürfen. Ihre in Einzelpraxen tätigen Kollegen sind allerdings von dieser Erhöhung ausgeschlossen. Zudem wird in dem Konzept angeregt, qualifiziertes Pflegepersonal in unterversorgten Regionen einige Tätigkeiten zu übertragen, die bis dato nur Ärzten vorbehalten sind. Dazu zählen unter anderem Check-up-Untersuchungen von Diabetikern und Hepatitis-Patienten“* (aus Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 4/2006, S. 43).

Lange schon wurde darüber spekuliert, dass es doch vernünftig sei, das von allen strittigen Punkten entkleidete Vertragsarztrecht vor die große Reform zu ziehen. Die **ablehnende Haltung der Union** war auch mehr ein Mauern gegen Ulla Schmidts öffentliche Alleingänge, insbesondere vor den Landtagswahlen im März, und sollte - anscheinend erfolgreich - vor allen Dingen erzieherisch auf die Ministerin wirken. Und man brauchte schließlich auch das eine oder andere Gesetzgebungsverfahren, an das man die **drängenden Fristverlängerungen** "anhängen" konnte, also die Verschiebung der Einführung morbiditätsorientierter Regelleistungsvolumina und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs um jeweils mindestens ein Jahr sowie die **Verlängerung der Anschubfinanzierung** für die Integrierte Versorgung bis zum 1. Januar 2008.

Der Referentenentwurf enthält nicht mehr die von Ulla Schmidt angestrebte Beseitigung der Unterschiede zwischen vertrags- und privatärztlicher Vergütung sowie die ursprünglich vorgesehene Einführung einer Behandlungspflicht zu abgesenkten Gebührensätzen für bestimmte privatärztliche Leistungen. Diesen Tribut musste die Ministerin der großen Koalition zollen.

Ergänzung nach der Anhörung am 8. Mai beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Geladen waren neben zahlreichen Ärzteverbänden, der Bundespsychotherapeutenkammer und PatientInnenvertretern auch die Krankenkassen. Diese übten massive Kritik an der Verschiebung der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) um bis zu 3 Jahre. Der Gesetzentwurf erlaubt eine Umsetzungsfrist für die notwendige Rechtsverordnung bis Ende 2009. Dies widerspreche dem Anliegen des RSA-Reformgesetzes vom Dezember 2001, das auf eine schnellstmögliche Beseitigung seit langem bekannter RSA-Defizite ziele. Dies gelte im besonderen Maße vor dem Hintergrund der gleichzeitig vorgesehenen Neuregelung der Ärztevergütung zum 1. Januar 2009.

Kritisch sehen die Krankenkassen auch, dass die Anschubfinanzierung für Projekte zur integrierten Versorgung nur um ein Jahr verlängert wird. Zur Planungssicherheit bedürfte es dringend einer Verlängerung der Anschubfinanzierung bis Ende 2009.

Die vorgesehenen Flexibilisierungen bei der Bedarfsplanung und der Anstellungsmöglichkeiten sollten nach Ansichten der Kassen nur in unterversorgten Gebieten möglich sein und gleichzeitig mit Anreizen zum Abbau von Überversorgung verbunden werden: *„Die Sicherstellungszuschläge an Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, werden ergänzt durch Sicherstellungsabschläge von Ärzten, die in überversorgten Regionen eine Praxis übernehmen. Die Entscheidung zugunsten der Niederlassung in einer unterversorgten Region wird durch dieses System positiver und negativer Anreize nachhaltig unterstützt. Die begrenzten Mittel werden zugunsten der unterversorgten Regionen und zulasten der überversorgten Bereiche neu verteilt und orientieren sich nicht mehr ausschließlich am Versorgungsangebot, sondern am Versorgungsbedarf.“*

Die Stellungnahme von AOK, Seekrankenkasse und Knappschaft zur VÄG-Anhörung am 08.05.2006 im Wortlaut finden Sie unter www.aok-bv.de.

Das Bundesministerium für Gesundheit erklärte am 09. Mai zu den Äußerungen des AOK-Bundesverbandes über die Wirkung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes:

„Wir gehen davon aus, dass auch die Krankenkassen ein hohes Interesse an einer guten, flächendeckenden medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten haben. Auch diesem Ziel dient der Entwurf eines Änderungsgesetzes zum Vertragsarztrecht. Damit sollen dort mehr Möglichkeiten zur Arbeit als Vertragsarzt geschaffen werden, wo die flächendeckende medizinische Versorgung gefährdet ist. Die jetzt bekannt gewordene Kritik des AOK-Bundesverbandes ist nicht gerechtfertigt.“

Bei den Ärzten formiert sich ebenfalls Widerstand gegen das Gesetz. Unter dem Vorwurf der „Versozialrechtlichung“ kritisiert die Bundesärztekammer (BÄK) Vorgaben im SGB V zur ärztlichen Berufsausübung des im GKV-System tätigen Vertragsarztes, die sich nicht an die Regelungen des ärztlichen Berufsrechts finden. *„Wir werden diese Aufweichung berufrechtlicher Pflichten und Rechte der Ärzte unter dem drohenden Dogma sozialrechtlicher Verpflichtungen notfalls höchststrichterlich klären lassen“*, kündigte BÄK-Präsident Professor Hoppe an.

Das Bundeskabinett soll am 24. Mai „endgültig“ über dieses Reformvorhaben entscheiden. Man darf gespannt sein, welche Veränderungen es im Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens noch geben wird.

Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

Waltraud Deubert

Der Bundesrat hatte das Arzneimittelpargesetz (AVWG) der großen Koalition zunächst gestoppt und folgte damit einer Empfehlung seines Gesundheitsausschusses. Kritik gab es vor allen Dingen an der vorgesehenen Einführung einer Bonus-Malus-Regelung, mit der besonders preisgünstiges Verordnen von Medikamenten belohnt und teures Verordnen mit Honorarabschlägen bestraft werden sollte. Die unionsregierten Länder forderten Änderungen im Bereich der Bonus-Malus-Regelung und hatten deshalb den Vermittlungsausschuss angerufen, der am 5. April über das Gesetz beraten hat. Gesundheitsstaatssekretärin Marion Caspers-Merk (SPD) kritisierte den Umweg des Gesetzes über den Vermittlungsausschuss scharf, da

ihrer Meinung nach bereits die Kernelemente des Gesetzes im Koalitionsvertrag von Union und SPD vereinbart waren und die Länder mit dabei waren, die jetzt den Vermittlungsausschuss von Bundesrat und Bundestag angerufen haben, wie z. B. Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Da das Gesetz nicht der Zustimmung der Länderkammer bedurfte, bedeutete der Umweg über den Vermittlungsausschuss nur eine Verzögerung, da der Bundestag das Gesetz auch gegen den Willen des Bundesrates verabschieden kann. Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin, hatte sich bereits im März mit einem offenen Brief an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gewandt, um für das AVWG zu werben. Ziel des AVWG, so Ulla Schmidt, ist es nicht, die ärztliche Kompetenz einzuschränken oder gar vorzuschreiben, welche Präparate verordnet werden sollen. „Die Ärztinnen und Ärzte entscheiden weiterhin eigenverantwortlich darüber, welche Arzneimittel auf Grundlage ihrer fachlichen Diagnose von ihnen verordnet werden können. Ziel des Gesetzes ist es vielmehr, dem massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben von zuletzt 16 % bzw. 3,3 Mrd. Euro für 2005 entgegenzuwirken. Denn die Lasten tragen die gesetzlich Krankenversicherten und damit auch die Gesellschaft.“

Der Bundesrat hat damit erstmals einem mit Stimmenmehrheit der großen Koalition beschlossenen Gesetz seine Zustimmung verweigert. Die Länder lehnten die mit dem Arzneimittelspargesetz geplante Senkung der Höchstgrenzen für die Erstattung für Arzneimittelkosten (Festbeträge) ab und wollten damit schärfere Wirtschaftlichkeitskriterien bei der Arzneimittelverordnung der Ärzte verhindern. Die sog. Bonus-Malus-Regelung für Vertragsärzte, die finanzielle Sanktionen beim Überschreiten bestimmter Verordnungsmengen auslösen soll, sollte verhindert werden.

Wie zu erwarten war, endete das Vermittlungsverfahren zum AVWG ohne Ergebnis. Die Länder hatten zunächst eine Zurückstellung der Bonus-Malus-Regelung gefordert, um sie im Rahmen der Gesundheitsreform zu behandeln. Aber der Bund ließ sich darauf nicht ein. Am 7. April ließ der Bundesrat das Gesetz ohne Einspruch passieren, so dass es jetzt zum 1. Mai 2006 in Kraft treten kann.

Nähere Informationen finden Sie unter http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressemitteilung/dokumente/2006_2/pm_2006-04-07-048.html

Stand der Gesundheitsreform

Waltraud Deubert

Gesundheitsreform

In ihrer ersten Regierungserklärung musste die Bundeskanzlerin noch einräumen, dass es in den Koalitionsverhandlungen nicht gelungen ist, sich auf ein gemeinsames Reformkonzept zu einigen. Die Vorstellungen von Union und SPD mit der solidarischen Gesundheitsprämie bzw. der Bürgerversicherung verfolgten zu unterschiedliche Ansätze.

Welche Möglichkeiten diskutiert die Koalition zur Zeit?

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat ihr Konzept für die Reform des Gesundheitswesens in einem Treffen am Montag, 27.03.2006, Bundeskanzlerin Angela Merkel vorgestellt. Am 29.03. trafen sich die Koalitions- und Parteispitzen von Union und SPD, um über das Reformprojekt zu beraten. Am 05.04.2006 fand ein zweites Treffen der Koalitionäre im Kanzleramt statt. Sie setzten eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Gesundheitsreform zur Klärung von einzelnen Sachfragen unter der Leitung der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ein. Der Arbeitsgruppe gehören jeweils 8 Fachpolitiker von Union und SPD an (siehe unten Zusammensetzung der Verhandlungsgruppe). Eine erste Zwischenbilanz soll am 1. Mai bei einem weiteren Spitzentreffen im Kanzleramt gezogen werden.

Einzelheiten aus den Gesprächen wurden bisher wenige bekannt. Folgende Eckpunkte wurden z. T. in der Presse und z. T. in öffentlichen Diskussionen wie etwa bei „Christiansen“ genannt.

Menschen ohne Krankenversicherungen sollen zukünftig wieder eine Absicherung im Gesundheitssystem erhalten. Nach unterschiedlichen Schätzungen gibt es in Deutschland in der Zwischenzeit zwischen 150 000 bis 300 000 Menschen, die nicht krankenversichert sind. Z. T. handelt es sich um frühere Privatversicherte, die sich die Versicherung nicht mehr leisten konnten.

Alle Bürger sind entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung des Gesundheitssystems zu beteiligen und alle müssten auch in Zukunft am medizinischen Fortschritt teilnehmen können und dies auch unabhängig von ihrer Einkommenssituation.

Zur künftigen Finanzierung des Systems, dem größten Streitpunkt zwischen den Koalitionsparteien, gab es bisher nur vage Äußerungen. In den nächsten Wochen sollen wohl mehrere Finanzierungsmodelle durchgerechnet werden, um diese dann dem Kanzleramt vorzulegen (siehe vorläufiger inhaltlicher Fahrplan).

Unionsfraktionschef Volker Kauder nannte in einem Interview des „Stern“ vom 19.04.2006 die Finanzierung der Kinderversicherung aus Steuermitteln, die Schaffung eines Gesundheitsfonds sowie die Überweisung einer Einheitsprämie für jeden Versicherten an die Krankenkassen als wesentliche Ziele.

Mit der Finanzierung der Kinderversicherung aus Steuermitteln will Kauder größere Gerechtigkeit im Gesundheitssystem erreichen, indem er die Kosten für die Kinder auf alle Schultern in der Gesellschaft verteilt. Denkbar ist seiner Meinung nach ein „Gesundheitssoli“ von 8% auf die Lohn- und Einkommenssteuerschuld oder 3% mehr Steuern auf das Einkommen. Experten hätten die Aufgabe, auch über andere Finanzierungsideen nachzudenken. Da Kinder sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung zwischen 14 und 16 Mrd. Euro kosten würden, könnten die Kassenbeiträge um etwa eineinhalb Prozentpunkte sinken. Das würde wiederum „die Arbeit billiger machen“. Dies hätte zudem den Effekt, dass die Besserverdienenden durch die Steuerfinanzierung mehr belastet, während die Geringverdiener durch die sinkenden Kassenversicherungsbeiträge eher entlastet würden.

Die Steuern für die Kinder und die Beiträge zur Krankenversicherung sollen nach Kauders Worten in einen neu zu schaffenden Gesundheitsfond fließen, der wiederum „eine bestimmte Summe pro Versicherten“ an die Krankenkassen überweise. „Das könnte man dann Gesundheitsguthaben nennen“, so Kauder in dem Interview. „Ein Betrag in der Größenordnung von 150 bis 170 Euro wären durchaus denkbar“. Die genaue Höhe hänge davon ab, ob es eine zusätzliche Altersrückstellung geben solle, um durch einen „angesparten Kapitalstock“ zu verhindern, dass die Beiträge später wegen eines höheren Anteils älterer Versicherter steigen müssten.

Kauder stellte in diesem System auch Rückerstattungen an die Versicherten in Aussicht, falls das „Gesundheitsguthaben“ nicht aufgebraucht wird. Die Beitragssätze zur Krankenversicherung sollten jedoch künftig nicht mehr angehoben werden, um die Lohnzusatzkosten der Wirtschaft zu entlasten. Experten hätten deshalb den Auftrag zu prüfen, ob steigende Kosten beispielsweise über eine zusätzliche Prämie finanziert werden sollten.

Das einheitliche Gesundheitsguthaben, das der Fond an die Krankenkassen überweisen soll, wird nach Kauders Worten den Wettbewerb zwischen den Kassen fördern. Jeder Versicherte würde dann fragen „welche Kasse bietet mir für dieses Geld am meisten?“. Auch den bürokratischen Finanzausgleich zwischen „armen“ und „reichen“ Kassen brauche man dann nicht mehr, sondern „nur noch einen Ausgleich für die Altersstruktur der Kassen“.

Auch die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen sollen nach Auskunft des CDU-Politikers „im Wettbewerb miteinander stehen“, wobei es auch für die privaten Krankenkassen künftig eine Versicherungspflicht geben müsse. „Zumindest müssen sie zu einem Standardtarif diejenigen wieder aufnehmen, die einmal bei ihnen versichert waren und herausgefallen sind“. Allerdings dürfen, so Kauder, die Altersrückstellungen der privaten Krankenkassen von über 100 Mrd. Euro unangetastet bleiben, da sie unter den Eigentumsschutz des Grundgesetzes stünden.

Kauder äußerte sich in diesem Interview auch zu Neuordnungen im ärztlichen Bereich. Überstunden, die in den Krankenhäusern geleistet werden, sollen auch bezahlt werden. Bei den niedergelassenen Ärzten wolle man weg von der Budgetierung und dem bisherigen Punktesystem zu einer Gebühr, bei der jede Leistung einen vorher vereinbarten Wert hat. Das System der Kassenärztlichen Vereinigungen soll nicht abgeschafft werden, da es kaum vorstellbar sei, dass jeder Arzt mit der Krankenkasse einen Vertrag machen könne.

Die Verlautbarungen von Kauder blieben aus den Reihen der SPD nicht lange unwidersprochen. Vor allen Dingen der linke Flügel der SPD-Bundestagsfraktion stellt Forderungen, die von der Einführung einer Arzneimittel-Positivliste bis hin zu einem Solidarbeitrag der privaten Krankenversicherung reichen. Andere Parlamentarier indes warnten davor, die Beratungen zur Gesundheitsreform durch öffentliche Vorschläge zu belasten. Auf der Strecke der Gesundheitsreform gäbe es keine Vorfestlegungen. Es würden verschiedene Modelle geprüft und das Fondskonzept sei ein Modell, das zur Zeit geprüft werde.

Als betroffener Bürger hat man nach wie vor den Eindruck, als ginge es nur darum, dass die Koalitionsparteien einen Kompromiss finden, ohne ihr Gesicht zu verlieren. Es muss aber darum gehen, die zentralen Fragen der Finanzierung der Krankenversicherung zu lösen:

Ist das heutige System noch zeitgemäß? Wie lassen sich die Einnahmen erhöhen? Wo gibt es Einsparpotentiale? Wie entwickeln sich die Ausgaben? Die Krankenversicherung braucht eine stabile und nachhaltige Finanzierungsbasis und sie muss alle Bürger erfassen und für jeden finanzierbar sein, unabhängig von seinem Einkommen. Sicher keine leichte Aufgabe.

Zusammensetzung der Verhandlungsgruppe

SPD

- Ulla Schmidt MdB, Bundesministerin für Gesundheit, Vorsitzende
- Elke Ferner MdB, stellv. Vorsitzende
- Carola Reimann MdB
- Karl Lauterbach MdB
- Malu Dreyer, Ministerin Rheinland-Pfalz
- Gitta Trauernicht, Ministerin Schleswig-Holstein
- Dagmar Ziegler, Ministerin Brandenburg
- Birgit Fischer MdL, Nordrhein-Westfalen

CDU/CSU

- Wolfgang Zöllner MdB, Stellv. Vorsitzender
- Annette Widmann-Mauz MdB
- Jens Spahn MdB
- Christa Stewens, Ministerin Bayern
- Josef Hecken, Minister Saarland
- Karl-Josef Laumann, Minister Nordrhein-Westfalen
- Silke Lautenschläger, Ministerin Hessen
- Hildegard Müller, Bundeskanzleramt

Inhaltlicher Fahrplan laut gid Nr. 15 vom 8.05.2006:

1. Zunächst soll der **Finanzstatus der GKV** in den Jahren 2006 bis 2009 festgestellt werden.
2. Dann möchte man sich den Themenkreisen "**Gesundheitsversorgung und Leistungserbringung**" widmen. Dabei soll es im einzelnen um folgende Punkte gehen:
 - Handlungsbedarf in der **ambulanten Versorgung**
 - **Vergütung** der ambulanten ärztlichen Leistungen
 - Handlungsbedarf bei der **Integrierten Versorgung**
 - Schnittstelle ambulant/stationär
 - Handlungsbedarf bei der **akut-stationären Versorgung**
 - Handlungsbedarf bei der ambulanten **zahnärztlichen Versorgung**
 - Steuerungsmöglichkeiten im **Arzneimittelbereich**
 - Steuerung sonstiger Leistungen.
3. Den nächsten Themenblock werden Fragen zum "**Leistungskatalog der GKV**" dominieren.
4. Dann möchte man sich eventuellem Reformbedarf bei der **institutionellen Organisation** des Gesundheitssystems zuwenden, und zwar im einzelnen der Organisation der **Einzelkasernen**, der **gemeinsamen Selbstverwaltung** sowie der **ärztlichen Selbstverwaltung**.
5. Dann folgt schließlich die Reform der Finanzierungsgrundlagen. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten werden im gesundheitspolitischen Berlin genannt:
 - die **bisherige Finanzierung** und deren Bewertung
 - Festlegung der **Reformziele**
 - Neujustierung des **Verhältnisses von PKV und GKV**
 - Reform des **Risikostrukturausgleichs**
 - künftige **Organisation der Finanzströme**.

Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte vom 15.03.2006 zu den Protestaktionen von Klinikärzten und den Forderungen nach isolierter Gehaltserhöhung für Ärzte

Mit den Protestaktionen der letzten Wochen haben es die Ärztinnen und Ärzte geschafft, ihre Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten zum Gegenstand öffentlichen Interesses zu machen. Der vdää unterstützt die berechtigten Proteste und Forderungen der Ärztinnen und Ärzte nach Bezahlung aller Überstunden und Einhaltung der Arbeitszeitordnung, will aber zugleich davor warnen, vorschnell alles über einen Kamm zu scheren. Denn die Situation der Beschäftigten an den Unikliniken ist insofern prekärer, als dort kein Tarifvertrag mehr gilt und die Nachwirkung des Bundesangestelltentarifvertrags (BAT) nur für Mitglieder der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) gilt bzw. ausläuft. Hier ist dringend Handlungsbedarf angesagt, um zu geregelten Arbeitszeiten und einer angemessenen Bezahlung zu kommen. In den Krankenhäusern, in denen der BAT galt bzw. jetzt der Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) gilt, waren und sind die Arbeitszeiten tarifvertraglich geregelt, aber es fehlte bislang an Kolleginnen und Kollegen, auf diesen Regelungen auch zu bestehen oder diese einzuklagen. Das scheint zum einen an der strengen Krankenhaushierarchie zu liegen, zum anderen

aber sicher auch an den damit verbundenen Einkommenseinbußen für die Kolleginnen und Kollegen.

Den Einkommen gilt aber im Moment das Hauptinteresse der Strategie des Marburger Bundes und nicht – wie in der öffentlichen Debatte suggeriert wird – den überlangen Arbeitszeiten. Wie aus den jetzt vom Marburger Bund veröffentlichten Informationen über Tarifverträge in Gesundheitseinrichtungen des Rhein-Neckar-Kreises und in Hamburg ersichtlich wird, soll für die Ärztinnen und Ärzte dort in Zukunft *individuell* eine zusätzliche Ausweitung der Arbeitszeit auf über 48 Stunden möglich sein. Bezeichnet wird das als „persönliches Mitspracherecht“ bei der individuellen Arbeitszeit. Damit wird aber jeder Arzt und jede Ärztin in die individuelle Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber und dem Chefarzt über die Arbeitszeit getrieben. Bei den derzeitigen Abhängigkeitsverhältnissen in der Krankenhaushierarchie, den kurzen Zeitverträgen und den Weiterbildungsverträgen kann eine solche Regelung vom vdää nur als Schritt in die falsche Richtung gewertet werden. Aufgabe einer sich als Gewerkschaft verstehenden Organisation soll doch gerade der Schutz des Einzelnen durch Kollektivverträge sein, nicht die Individualisierung der Arbeitsbedingungen. Mit seinen forschen Forderungen schürt der MB aus Sicht des vdää kurzfristig Illusionen, die er auf dem eingeschlagenen Weg nicht erfüllen können wird.

Dennoch unterstützt der vdää die Protestaktionen von Ärztinnen und Ärzten aus vielen Kliniken vornehmlich der Hochschulmedizin und begrüßt insbesondere die Ziele der Ärztinnen und Ärzte:

- Abwehr der Lohnkürzungen durch Streichung von Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld.
- Protest gegen Arbeitszeitverlängerung und dadurch weitere Lohnkürzung.
- Forderung, die angefallenen und anfallenden Überstunden durch Freizeit auszugleichen, mindestens aber zu bezahlen.
- Die Fortschreibung der Schlechterstellung der Beschäftigten in Krankenhäusern bei den Zuschlägen für WE, Nacht- und Feiertagsarbeit ist nicht hinnehmbar und diskriminiert die hochqualitative Arbeit in diesen sozial unverzichtbaren Bereichen.
- Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern.

Der vdää gibt aber gleichzeitig zu bedenken, dass

- die Forderung nach Lohn- und Gehaltserhöhungen gesellschaftspolitisch und ökonomisch zur Steigerung der Binnennachfrage zwar richtig ist, eine Lohnerhöhung nur für Ärzte diese Ziele aber nicht erreichen kann. Denn sie weist als entsolidarisierender Schritt in die falsche Richtung und wird daher vom vdää abgelehnt. Die Erwartung einer Gehaltserhöhung für Ärzte von 30 Prozent ist unrealistisch und würde gegenwärtig nur durch eine schmerzliche Lohnkürzung in der Gruppe der Niedriglohneempfänger durchzusetzen sein. Außerdem wird das Scheitern dieser Forderung, die mit Sicherheit nicht erfüllt werden wird, zu Demotivation der jetzt aktiven Kolleginnen und Kollegen führen und kommende Auseinandersetzungen erschweren.
- Wesentlicher als der finanzielle Ausgleich aber ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Die autoritären, hierarchischen und feudalen Strukturen an den Krankenhäusern müssen geändert werden.
- Im stationären Bereich müssen Lebensarbeitsplätze auch für nachgeordnete Ärzte geschaffen werden.

Prof.Dr. Dietrich Wulf, Vorsitzender des vdää

Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu den Protesten der niedergelassenen Ärzte am 24. März in Berlin

Die Zeit ist reif für eine Positivliste.

Die Folgen einer verfehlten Gesundheits- und Arzneimittelpolitik können nicht mit noch mehr Bürokratie und der weiteren Ökonomisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses kuriert werden.

Deshalb fordert der vdää:

- die Einführung einer Positivliste von Medikamenten, die sinnvoll, notwendig und für die Patienten ohne Zuzahlung zu erhalten sind;
- das Verbot von Anwendungsbeobachtungen, weil sie ein Bestechungsinstrument der Industrie sind, dafür sinnvolle Phase-4-Studien, die von der KV bzw. den Kassen genehmigt werden, aber aus einem Industriepool gezahlt werden müssen;
- das Verbot von Besuchen von Pharmavertretern in den Praxen, stattdessen Arzneiberatung durch Vertreter der KV oder der Kammern;
- eine genauere Überprüfung der Pharmaindustrie-Unabhängigkeit von Fortbildungen.

Viel Unmut hat sich angestaut bei den niedergelassenen Ärzten. Nach den Protesten am 16. Januar haben viele Ärzteverbände erneut dazu aufgerufen, gegen immer mehr Bürokratie, eine drohende Rationierung und schlechte bzw. sich verschlechternde Arbeitsbedingungen, aber auch gegen schlechte Honorierung in Berlin zu demonstrieren. Aus Sicht des vdää ist aber die Stoßrichtung der Proteste ungenau. Ein Protest gegen immer mehr Bürokratie, gegen eine drohende Rationierung und gegen schlechte bzw. sich verschlechternde Arbeitsbedingungen ist aus Sicht des vdää notwendig und richtig, ebenso die Kritik an dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung, aber auf die Stoßrichtung der Kritik kommt es an. Ein wesentlicher Punkt des geplanten Gesetzes ist die Bonus-Malus-Regelung. Auch der vdää kritisiert die Bürokratie, die sich mit dieser Regelung und den vielen Ausnahmeregelungen im Gesetz noch weiter erhöhen wird: Kassen können Verträge mit Pharmaunternehmen abschließen, die ihre Präparate an die Patienten der Kasse billiger abgeben. Der Arzt muss dann wissen, bei welcher Kasse der Patient ist und welchen Vertrag diese Kasse mit welchem Unternehmen hat. Das Regelwerk wird für den niedergelassenen Arzt immer unübersichtlicher und selbst sinnvolle Regelungen des Gesetzes werden durch Ausnahmeregelungen wieder unterlaufen. Sinnvolle Kontrollverfahren, die den Arzt zu einer rationaleren und nicht rationelleren Arzneitherapie anleiten, werden vom vdää explizit befürwortet.

Der vdää sieht das Problem in dem geplanten Gesetz aber nicht nur bei der Malus-Regelung, sondern auch und sogar verschärft auf der Seite der Bonus-Regelung: Ärzte sollen mit einem Bonus belohnt werden, wenn sie bei ihren Verordnungen unter den durchschnittlichen Tages-therapiekosten bleiben. Damit wird auf perfide Weise ökonomisches, betriebswirtschaftliches Kalkül mit medizinischen Entscheidungskriterien verknüpft, was ethisch nicht zu verantworten ist. Ärzte könnten Verordnungen einsparen, auch da wo es falsch ist, weil ihnen das wirtschaftliche Vorteile bringt. Zum anderen wird diese Regelung weiter entsolidarisierend ins Gesundheitswesen wirken, da sie auf individuelle Zuzahlungen für teure Arzneimittel durch – zahlungskräftige – Patienten hinauslaufen wird. Ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis ist auf dieser Basis nicht mehr möglich. Nachdem bislang alle Regierungen – egal welcher politischen Couleur – daran gescheitert sind, die Macht der Pharmaindustrie zu beschränken, wird nun in Großer Koalition versucht, das Problem auf das Arzt-Patient-Verhältnis zu verla-

gern. Hier stieß sich der Staat aus seiner Verantwortung. Geplante Einsparungen werden sich mit dem Gesetz nicht erreichen lassen, es soll vielleicht nur vertuscht werden, dass im nächsten Jahr mit der Anhebung der Mehrwertsteuer auch die Arzneimittelkosten wieder ansteigen werden.

Dazu gehört auch die geduldete Preispolitik der Pharmaindustrie im stationären Bereich. Dass für Arzneimittel im stationären Bereich sehr viel niedrigere Preise verlangt werden, führt dazu, dass die weiterbehandelnden Haus- und Fachärzte entweder dazu veranlasst werden, diese teuren Präparate weiter zu verordnen, oder aber sie müssen die Patienten aufwändig über eine sinnvolle Umstellung informieren.

Mit der geplanten Bonus-Malus-Regelung zur Eindämmung der Arzneimittelausgaben verlagert die Gesundheitspolitik das Problem auf die Ärzte und Patienten. Das scheint nun auch den Standesvertretern klar geworden zu sein dazu zu führen, dass der Schulterschluss zwischen Ärztevertretern und Pharmaindustrie im Begriff ist aufzubrechen. Die – begrüßenswerte – harsche Kritik an der Pharmaindustrie durch den bayrischen KV-Vorsitzenden Axel Munte macht dies deutlich. Der vdää würde es begrüßen, wenn sich diese kritische Position in der Ärzteschaft weiterverbreiten würde, anstatt die Kritik an der aktuellen Situation auf die Kritik an den geschmälernten Einkommen der niedergelassenen Ärzte zu reduzieren.

Primäres Ziel guter Gesundheitspolitik müsste sein, zu einer rationalen Arzneitherapie zu kommen. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, ist nicht nur ein finanzielles Problem für die GKV, sondern auch Resultat falsch gesetzter Anreize im Arzneimittelbereich in Deutschland. Langfristig kann eine evidenzbasierte, rationale Arzneitherapie und damit einhergehend ein anderes Verordnungsverhalten der Ärzte an diesem Problem etwas ändern und auch die Kosten in diesem Bereich drastisch reduzieren. Das Beispiel der Arzneitherapie in Kanada oder in den Niederlanden belegt dies.

Prof.Dr. Wulf Dietrich, Vorsitzender des vdää

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Der Landtag von Baden-Württemberg hat Änderungen des Heilberufe-Kammergesetzes verabschiedet. Wichtige Neuerungen aus Sicht der Psychotherapeuten: die *Weiterbildung der Psychotherapeuten* kann nunmehr von der Kammer geregelt werden. Des weiteren besteht für die AusbildungsteilnehmerInnen (PiA) die Möglichkeit, freiwillig der Landespsychotherapeutenkammer beizutreten. Es wird aktuell darüber debattiert, auf welche Weise die PiAs in die inhaltliche Arbeit der Kammer miteinbezogen werden können. Die Einführung und Beteiligung der PiAs an den derzeit laufenden Entwicklungen im psychotherapeutischen Arbeitsfeld ist sinnvoll, da sie später direkt von diesen betroffen sein werden. Nun ist zu prüfen, wie der freiwillige Eintritt auch zu attraktiven Mitwirkungsmöglichkeiten führen kann. Da sind Ideen gefragt.

Auf Bundespsychotherapeutenkammer-Ebene wird derzeit an einem Konsens über eine Muster-Weiterbildungsordnung gearbeitet. Die Ergebnisse werden in die Diskussion innerhalb der Landeskammer Baden-Württemberg einfließen.

Weiter ist aus der Landespolitik zu melden, dass wir inzwischen eine neue Sozialministerin haben. Ihr Vorgänger konnte sich mit einem Bischof nicht so recht über Erziehungsfragen einigen und trat nach einer öffentlichen Diskussion „freiwillig“ zurück. Dies ist bedauerlich, da ein Fürsprecher für soziale Einrichtungen und kreativer Geist nicht so leicht zu ersetzen ist.

Seine Nachfolgerin sah sich also zunächst mit hohen Erwartungen konfrontiert. Inzwischen bezieht sie Stellung in einem kritischen Bereich, nämlich der Umsetzung der Heroinstudie in Baden-Württemberg. Sie setzt sich für die Vergabe von Heroin auf Krankenschein ein. Die Studie konnte den gesundheitlichen und sozialen Vorteil für einen größeren Teil der Drogenabhängigen für die Vergabe von Heroin im Vergleich zu Methadon aufzeigen. Wer mit suchtkranken Menschen arbeitet, weiß, dass es nicht immer um Heilung, sondern oft nur um lebenserhaltende Maßnahmen, um Verbesserung eines desolaten Zustandes geht. In diesem Sinne ist die Position der Ministerin Monika Stolz zu begrüßen. Aber auch das Ziel einer vollständigen Entwöhnung ließ sich für Einzelne über das Modellprojekt mit Heroin besser erreichen, da erst die Stabilisierung der Gesundheit und des sozialen Umfeldes zu den Fähigkeiten führte, die zu einer gelungenen Entwöhnung benötigt werden. Bis zur Möglichkeit, Heroin auf Krankenschein zu beziehen, wird noch einige Zeit vergehen: Bundesgesetze müssen geändert werden, die Zustimmung in der Landespolitik ist nicht sicher. Wir wünschen der neuen Ministerin viel Erfolg und Durchhaltevermögen in dieser Sache. Wer selbst nachlesen will, kann unter dem Stichwort „Heroinstudie“ bei Google zahlreiche Hinweise finden.

Weiter: Ein Fragebogen (diesmal für Vorschulkinder) sorgte in Baden-Württemberg in den letzten Wochen wieder für Aufregung: Zur Einschulungsuntersuchung sollten familiäre Details erhoben werden, auch Bewertungen des Kindes durch Erzieher und Eltern vorliegen. So geht es nicht, war fast einhellig als Kommentar zu hören. Für SozialwissenschaftlerInnen waren die Fragen nicht ohne Hintergrund, in einer Anamnese würden sie ähnlich erfragt werden. Sicher lag ein Vermittlungsproblem vor, aber auch Naivität im Umgang mit der Planung von umfangreichen Datenerhebungen angesichts einer notwendigen Sensibilisierung für den Schutz der Privatsphäre. Inzwischen ist man zu einer Einigung gekommen. Für die Förderung der Kinder sind diese Erhebungen Grundlage. Ein klärendes Gespräch (Stuttgarter Zeitung, 2.5.06) führte zu einer Anpassung der Fragen innerhalb eines Modellprojektes. Auf die Ergebnisse kann man gespannt sein.

Ralf Adam, Renate Hannak-Zeltner

Bayern

Neues aus der Kammer

In die Kammerarbeit ist eine gewisse Routine eingezogen. Alle notwendigen Ordnungen sind verabschiedet, Vorstand und Kommissionen sind damit befasst, wünschenswerte Entwicklungen zur Stabilisierung und zum Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung voranzubringen. Für die nächste Delegiertenversammlung (01.06.2006) wird eine Regelung zur forensischen Gutachtertätigkeit durch Psychotherapeuten (PP und KJP) vorbereitet; der nächste bayrische Psychotherapeutentag (30.09.2006) stellt das Thema „Prävention psychischer Störungen in den Mittelpunkt“.

Eine Angestellteninitiative zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die vor den Folgen für die Gehaltseingruppierung warnte, wurde vom Vorstand aufgegriffen und als wichtiger Baustein für die ablehnende Haltung Bayerns gegen die MWBO beim Deutschen Psychotherapeutentag am 13.05.2006 (vgl. Bericht von Heinz Liebeck in dieser Rosa Beilage) genutzt – leider ohne Erfolg. Initiativen zur Notfallpsychotherapeutischen Versorgung und Fortbildung fanden großen Anklang, ein Engagement zur psychotherapeutischen Versorgung im geriatrischen Bereich ist in Vorbereitung.

DGVT in der Kammer

Ganz allmählich deutet sich an, dass in Bayern in Bälde Kammerwahl stattfindet. Es werden erste Koalitionsvoranfragen ausgetauscht und man beginnt vorsichtig Resümee über die bisherige Kammerpolitik zu ziehen. Wir haben als DGVT im Vorstand und auch in Ausschüssen

mitgewirkt. Die Zusammenarbeit mit anderen (Verbänden und Personen) war überwiegend konstruktiv und förderlich. Effekte unserer Mitwirkung sind verschiedentlich spürbar, aber es wäre vermutlich nicht fair und auch kaum möglich sie im Detail aufzuführen. Festhalten kann man, dass die Kammer sich in ihrer Satzung sehr demokratisch strukturiert, dass sie sich um Mitgliedernähe und Dienstleistungsorientierung bemüht und dass hier die Angestelltenthemen in besonderer Weise Gewicht haben. Aus unserer Sicht eine positive Entwicklung, die wir gerne weiter unterstützen.

Rudi Merod, Elke Schweizer, Sonja Stolp und Heiner Vogel

Brandenburg

Die Vorbereitungen für die gemeinsame Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer sind in vollem Gange. Der Errichtungsausschuss wurde inzwischen ernannt. Für die DGVT stehen in Brandenburg Friedemann Belz (PP) und Anne Fallis (KJP) als Ansprechpartner bei Fragen zur OPK zur Verfügung (Kontakt: brandenburg@dgvt.de).

Die KV hat erwartungsgemäß den Antrag auf Bescheidung der Widersprüche zu den Honorarbescheiden von 2000-2005 zurückgewiesen. Die DGVT hat in diesem Zusammenhang in Zusammenarbeit mit dem bvvp eine Klage beim Sozialgericht erhoben. Interessierte mögen sich an Frank Mutterlose (brandenburg@dgvt.de) wenden.

Das afp-Institut Potsdam der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp) wird im September (genauer Termin wird über die DGVT-Homepage angekündigt) eine Veranstaltung zu Möglichkeiten und Realisierung der Integrierten Versorgung anbieten, bei der PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und KlinikmitarbeiterInnen zu diesem Thema informiert werden sollen und bereits konkrete Schritte zur Konzeption mit KassenvertreterInnen angestrebt werden. Des weiteren findet am 11. und 12. November 2006 die erste Fortbildungsveranstaltung der afp ost in Potsdam statt. *Christof Eschenröder* wird zum Thema „**Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen mit EMDR**“ ein Themenseminar durchführen. InteressentInnen melden sich bitte beim Verfasser oder direkt bei der afp (bundesakademie@afp-info.de). Weitere Angebote sind in Planung.

Frank Mutterlose

Hamburg

Am 10.4.06 fand in Hamburg eine regionale Mitgliederversammlung der DGVT statt, auf der besonders auch die Interessen der in Ausbildung befindlichen Kolleg(innen) zur Sprache kamen. Die bisherige Arbeit der Hamburger DGVT-Vertreter in der Kammerpolitik (Bernd Kielmann als benannter Delegierter für die Hamburger Ausbildungsinstitute und Thomas Bonnekamp als gewählter Vertreter) wurde bestätigt.

Bei der Wahl der nächsten Kammerversammlung in Hamburg wird es voraussichtlich auf eine Fortsetzung der Allianzliste hinauslaufen. Durch die Fusion zweier großer Verbände innerhalb der Allianz (DPTV/Vereinigung) dürften verhaltenstherapeutische Interessen nun eher verstärkt vertreten sein. Allerdings muss sich hier noch herausstellen, inwieweit fachpolitische Grabenkämpfe nach der Diskussion um die Bonner Erklärung wieder aufflammen und eine Politiklinie, die sich an der Essenz gemeinsamer Interessen orientiert, behindern.

Thomas Bonnekamp, Bernd Kielmann

Hessen

Die Kammerversammlung Hessens wird in diesen Tagen zum zweiten Mal gewählt. Die DGVT-Landesgruppe erwartet das Ergebnis nach einer intensiven Wahlkampfphase mit großer Spannung. Vertreter der DGVT haben sich in einem gemeinsamen Bündnis mit DVT und Vertretern der Klinischen Psychologie aller hessischen Universitäten und aller staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute in Hessen in den letzten Wochen deutlich für einen Kurswechsel in der Kammerpolitik ausgesprochen. Die Initiatoren dieses Bündnisses sind: Dr. Renate Frank aus Gießen (u. a. im Ausschuss für Wissenschaft und Forschung), Prof. Dr. Fritz Matthejat aus Marburg, Christian Alte aus Frankfurt (u. a. im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung) und Wilfried Schaeben aus Darmstadt (Mitglied des Kammervorstands).

Mit dem Ziel, der Verhaltenstherapie in der Kammer eine stärkere Stimme zu verleihen und fachlich profilierte Positionen sowohl für angestellte als auch für selbstständige KollegInnen beziehen zu können, haben sich annähernd 40 PP und KJP zu dem Bündnis **VT-AS Verhaltenstherapie Liste Angestellte Selbständige** zusammengeschlossen. Dieses Bündnis setzt sich ein für eine Senkung der Kammerbeiträge, für Entbürokratisierung und mehr Mitgliederfreundlichkeit der Kammer. Unter dem Motto *Kurswechsel für eine bessere Kammer: sparsam –maßvoll –liberal* erhielten die Approbierten in Hessen in den letzten Monaten regelmäßige Informationen von VT-AS, auf welchem Wege diese Ziele erreicht werden sollen.

Das Wahlergebnis wird nun zeigen, inwieweit die Wähler und Wählerinnen hinter dem anvisierten Wechsel in der Kammerversammlung stehen. Die von VT-AS formulierte Kernforderung, die Arbeit der Kammer auf die vom Gesetzgeber vorgesehenen Kernaufgaben zu beschränken, kann für Vorstand als auch Delegiertenversammlung nicht nur als Herausforderung, sondern auch als Chance begriffen werden.

Die Wahlaussendungen von VT-AS finden Sie auch auf der Homepage der DGVT unter www.dgvt.de/hessen dokumentiert.

Kerstin Burgdorf

Mecklenburg-Vorpommern

Nun kommen die Dinge langsam in Bewegung: Am 8. April ist der OPK- Errichtungsausschuss berufen worden, der sich nun um die Vorbereitungen der ersten Wahl der Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer kümmern wird. Dr. Jürgen Friedrich aus Rostock hat sich dazu bereit erklärt, für die DGVT zu kandidieren. Für den 22.6.2006 soll eine Landes-Mitgliederversammlung einberufen werden, auf welcher über die Kandidatenfrage beraten und demokratisch abgestimmt werden soll. Um die Beteiligung (z. B. zur sinnvollen Raumplanung) besser einschätzen zu können, werden alle InteressentInnen gebeten, ihr Kommen und auch eventuelle weitere Kandidatenvorschläge vorher per E-Mail an mecklenburg-vorpommern@dgvt.de anzumelden. Das OPK-Informationsschreiben mit der Vorstellung von DGVT-KandidatInnen, welches vor einigen Wochen an alle Mitglieder versandt wurde, kann man sich übrigens als pdf-Datei von der DGVT-Homepage herunterladen und gerne an andere KollegInnen weiter verteilen.

Die DGVT-Gruppe für den Raum Rostock trifft sich regelmäßig am vorletzten Donnerstag des jeweiligen Monats um 19:30 Uhr im Rahmen einer Intervisionsgruppe. Wer sich dazu gesellen möchte, meldet sich am besten über die o.g. E-Mail-Adresse oder telefonisch unter 0381 8071132 oder per Fax 0381 8071108 (Katrin Prante) an.

Jürgen Friedrich, Katrin Prante

Nordrhein-Westfalen

Während in anderen Ländern gerade gewählt wurde oder Wahlen laufen, hat sich in NRW die politische Arbeit der Landesgruppe stabilisiert. Nachdem der Austritt von zwei Mitgliedern aus der Fraktion AS überwunden ist, hat sich die Fraktion in der Kammerversammlung ihren Platz ausgebaut. Sie ist initiativ in den von ihr besetzten Themen, besonders zur Finanzierung von Beratungsstellen, denen im NRW-Haushalt eine 20%ige Kürzung drohte. Die Fraktion hatte den Kammervorstand mit Informationen und Vorlagen versorgt, sodass die Landtagsabgeordneten damit angesprochen werden konnten. Aktuelle Rückmeldungen aus der Landespolitik lassen hoffen, dass die Kürzungen nicht in der angekündigten Höhe ausfallen. Laut Presseveröffentlichungen hat sich die Regierungskoalition dazu durchgerungen, u.a. bei der Landesförderung der Beratungsstellen ein wenig nachzubessern. Dies ist sicherlich auch ein (Teil)erfolg der Protestbewegung, die sich in Nordrhein-Westfalen gebildet hat. Dennoch – es soll bei Kürzungen bleiben. Das Thema bleibt leider auch weiterhin aktuell.

Unsere Mitarbeit im Vorstand der PTK-NRW hat sich konsolidiert. Johannes Broil, der für unsere Fraktion im Vorstand mitarbeitet, hat den Finanzbereich übernommen. Die Vorstandsarbeit gestaltet sich entsprechend der Koalitionsvereinbarungen. In der Kammerversammlung am 1.4.06 wurde dies an der Präsentation des Vorstands deutlich.

Wir werden eine regionale Mitgliederversammlung in NRW erst nach der Sommerpause durchführen können. Wir planen, sie in diesem Jahr in Köln zu veranstalten, um uns dort als DGVT mehr ins Gespräch zu bringen. Die Mitgliederversammlung soll wieder zusammen mit einem Fortbildungsangebot organisiert werden.

Johannes Broil, Jürgen Kuhlmann, Veronika Mähler-Dienstuhl

Rheinland-Pfalz

Das Thema, das die PsychotherapeutInnen in Rheinland-Pfalz zur Zeit am meisten bewegt, ist die Beitragsordnung, die schon seit ihrer Verabschiedung vor einigen Jahren immer wieder für Zündstoff gesorgt hat. Damals wurde beschlossen, für alle Mitglieder einen Beitrag von 475 € zu erheben. Gegen diese Beitragsordnung hatten zwei halbtags angestellte Mitglieder mit der Begründung geklagt, dass dieser Beitrag einen unverhältnismäßig großen Anteil an ihrem Einkommen ausmache, was das OLG bestätigt hat (s. Homepage der DGVT und vorherige Beiträge in der Rosa Beilage). Nun sollte auf der Vertreterversammlung am 10.05.06 eine neue Beitragsordnung verabschiedet werden. Zur Vorbereitung der Entscheidung hatte die LPK eine Umfrage gestartet, in der die Mitglieder angeben sollten, ob sie in Ganz- oder Teilzeit beschäftigt sind und wie viel Einkommen sie über psychotherapeutische Leistungen verdienen, um damit absehen zu können, wie die Einkommensstruktur der Mitglieder überhaupt ist. Leider hatten sich an dieser Umfrage nur 40 % der Mitglieder beteiligt, so dass eine verlässliche Aussage nicht zu treffen ist.

Die Vorschläge zur Gestaltung der neuen Beitragsordnung waren vielfältig: von einer einfachen Zweiteilung der Beiträge (halbtags und weniger beschäftigte Angestellte zahlen die Hälfte des Beitrags derjenigen, die mehr als halbtags arbeiten), über eine Staffelung nach Einkommen bis hin zur Erhebung eines Sockelbeitrags plus eines zu vereinbarenden Hebesatzes (wie in der Beitragsordnung der LPK Bremen). Nachdem der Haushaltsplan 2006 beschlossen ist (und mit kleinen Änderungen am 10.05. bestätigt wurde), war klar, dass die Gegenfinanzierung gewährleistet sein musste und daher nicht weniger Geld in die Kassen fließen durfte als mit den bisherigen Beiträgen. Nach langer, intensiver Diskussion konnte sich die Vertreterversammlung nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigen: Die mehr als halbtags Beschäftigten bezahlen nun 580 € die halbtags und geringer Beschäftigten 290 €. Für die niedergelassenen PsychotherapeutInnen wird das Einkommen abzüglich Praxiskosten und

Kosten privater Vorsorge als Grundlage genommen, so dass niedergelassene PsychotherapeutenInnen mit weniger als ca. 13 000 € Gewinn ebenfalls weniger Beitrag bezahlen. Diese Beitragsordnung wird nun durch das Ministerium geprüft.

Es stellt sich die Frage, ob diese Beitragsordnung nun gerechter ist: sind nun Angestellte mit 2/3-Stellen so sehr belastet, dass die nächste Klage ansteht? Von Vertretern der niedergelassenen PsychotherapeutenInnen wurde zu Recht angemerkt, dass es auch hier massive Einkommensunterschiede gibt, die fairerweise Niederschlag in der Beitragsordnung finden sollten. Bleibt zu hoffen, dass die Anfang des nächsten Jahres zu wählende neue Vertreterversammlung sich dieses Themas noch einmal annimmt.

Andrea Benecke

Saarland

Wenn dieser Bericht erscheint, wird unser regionaler Fortbildungskurs über die *Acceptance and Commitment Therapy* nach Steven C. Hayes und seinem Team von der *University of Nevada/Reno* bereits begonnen haben (erste Sitzung: 2. Mai). Viel wird von dessen Gelingen für unser weiteres Avancieren als Fortbildungsveranstalter abhängen, so dass wir unser Fortbildungsprogramm „Neue Entwicklungen und Konzeptionen in der Verhaltenstherapie“ einer größeren Anzahl von Interessent/inn/en zugute kommen lassen können – als Anbieter, dem es um die Sache geht und nicht vor allem um den „hündischen Kommerz“ (Friedrich Engels) und der in unserer Epoche des Wiedererstarkens idealistischer und solipsistischer Weltanschauungen – der amerikanische Philosoph John R. Searle nennt sie „das Zeitalter der Konfusion“ – wenigstens eine halbwegs handfeste, nüchterne, illusionslose und realitätsträchtige Konzeption vorzuweisen hat.

Wenn aber im Folgenden wieder einmal nur von dem Geschehen in der und um „unsere“ Psychotherapeutenkammer die Rede sein wird, dann ist das hier nicht der sonst damit verbundene Abstieg in die Niederungen schnöden Verbändellobbyismus, den DIE ZEIT in einer eingehenden Diskussion um die Gerechtigkeit der Entlohnung oder Vergütung im Sinne dessen, dass „alle vom Wirtschaftswachstum profitieren“ und nicht nur eine schmale Schicht von „Topmanagern und Gutverdienern“, jetzt kommentierte: „In Deutschland tobt ein Streit um Geld und Status. Während früher alle Arbeitnehmer am Wohlstand beteiligt wurden, kämpft heute jeder für sich [und] versucht, das Beste herauszuholen. Es zählt nur noch die individuelle Durchsetzungsmacht...als Berufsgruppe mit besonderen Eigeninteressen“ (Nr. 14, S. 23/24), wie Ärzte und Piloten (wobei im Falle der Erstgenannten die exorbitanten Unterschiede innerhalb des Berufsstandes unter den Teppich gekehrt werden). Nein, die saarländische PTK hatte am Samstag, dem 1. April, einen „großen Bahnhof“, was die eigenen Mitglieder anging (und angeht), denn zu der ganztägigen „Sonder-Vertreterversammlung“ mit der Tagesordnung „Versorgungswerk“ und „Berufsordnung“ erschienen schätzungsweise doch sage und schreibe zwischen 20 % und 25 % aller Mitglieder. Dabei war das erste Thema eine Sache, bei welcher die im üblichen Stil vorgetragene Experten-Information im Mittelpunkt stand, auch wenn hier ebenfalls ein Hauch von dem zu spüren war, was bereits verschiedentlich die „Entsolidarisierung der Gesellschaft“ genannt worden ist, denn die am deutlichsten artikulierteste Sorge war die, dass man nicht für die Rente anderer einzahlt – welche Befürchtung die Tatsache geweckt hatte, dass man möglicherweise dem verschiedenen Berufsgruppen vereinigenden bayerischen Versorgungswerk beitrifft. Die Witzeleien am Rande, wie gesund bayerische Bauingenieure sind bzw. wie hoch bei ihnen die Rate der sie erwerbsunfähig machenden Unfälle ist, musste man – die Rede von dem darin enthaltenen „Körnchen“ Wahrheit wäre hier etwas verniedlichend – eben doch nach Max Frisch als die zweitbeste Tarnung der Wahrheit (die drittbeste ist, wie in „Biedermann und die Brandstifter“ nachzulesen, die Lüge und die beste die Wahrheit selbst) verstehen, denn im Falle einer vor der Altersgrenze notwendig werdenden Beren-

tung muss auch bei Gutverdiener-Versorgungswerken (i.S. der klassischen verkammerten Berufe wie Ärzte, Rechtsanwälte, Apotheker, Architekten etc.) eine Art „Solidargemeinschaft“ in die Bresche springen, so exklusiv sie auch sein mag. Gleichviel, an der Pflichtübung „im Interesse nachrückender Generationen“ (das für etablierte Psychotherapeut/inn/en bisher selbst hinsichtlich des eigenen fachlichen Nachwuchses noch nie merklicher Gegenstand der Sorge gewesen ist) war wohl nicht vorbeizukommen.

Die Berufsordnungsfrage erwies sich dann am Nachmittag auf einmal als brisante Frage, mit der umzugehen unsere Zunft derzeit mehr als ratlos zu sein scheint. Es war ein Jurist, der uns mit der Nase auf die Frage stoßen musste, in welchem „Geiste“ wir unsere Berufsordnung ausformulieren wollen bzw. in welchem „Geiste“ die vorliegende Musterberufsordnung formuliert worden ist. Profaner gesagt ist das die Frage, auf Grund welcher „Philosophie“ bzw. in welchem (berufs-)politischen Grundverständnis das definiert werden soll, was unsere Profession ausmacht und was nicht. Dazu hatte der Vizepräsident vorher in seiner Einführung rein gar nichts zu sagen gehabt, obwohl er an der Erarbeitung der Musterberufsordnung auf Bundesebene beteiligt war. Fragwürdiges taktisches Kalkül oder bloße Ignoranz? Im Klartext: ist diese grundlegende Frage von der Arbeitsgruppe der Bundeskammer gar nicht gestellt worden oder wollte der Vizepräsident die Diskussion darüber nicht aufkommen lassen? Bei der Präsidentin, die daraufhin irgendetwas Diffuses davon sagte, dass wir als Psychotherapeut/inn/en „eine eigene Kultur entwickeln“ müssten, und somit den Anschein zu erwecken suchte, als beschäftige sie jene Frage, tut man jedenfalls gut daran, solches taktische Kalkül zu unterstellen.

In der von besagtem Juristen gestellten und weiter spezifizierten Frage, ob man etwa „restriktiv“ (regelungswütig) oder „liberal“ (mit möglichst wenig Regelung) an die Ausarbeitung der Berufsordnung herangeht, hat der Kammer-Vorstand jedenfalls in unkontrollierten Momenten schon manches Verräterische geäußert: als es um z.B. Bearbeitungsgebühren etwa bei Anträgen auf Akkreditierung bzw. Anerkennung von Fortbildungsaktivitäten gegangen und die Frage aufgetaucht war, ob es wirklich notwendig ist, dass die Kammer-Geschäftsstelle jede noch so geringfügige Einzel-Dienstleistung in Rechnung stellt, berief sich das für die Finanzen zuständige Vorstandsmitglied ohne jede Scheu auf die gängige Praxis bei Bürgerämtern, ohne freilich deren Begründung anbringen zu können, nämlich klamme Kassen. Denn unsere Kammer hat mittlerweile enorme Rücklagen angehäuft, ohne dass so recht klar wird, wozu. In jedem Fall sollte es doch möglich sein, für die mit ihren ja nun nicht gerade geringen Beiträgen u.a. auch die Geschäftsstelle finanzierenden Mitgliedern einen entsprechenden kostenlosen Service zu bieten (in welchem wohl eher nicht so ohne weiteres offen zu legende Interesse hohe Rücklagen im Bereich ehrenamtlicher Institutionen sind, dazu sollte man vielleicht doch einmal einen einschlägig kompetenten Experten befragen, um unserem Vorstand ggf. auf die Schliche zu kommen; hier bleibt vorerst nur aus Ambrose Bierce's *The Devil's Dictionary* zu zitieren, der unter dem Stichwort „Staatsfinanzen“ vermerkte: „Kunst oder Wissenschaft, Steuereinnahmen und sonstige Geldmittel zu verwalten, und zwar zum größtmöglichen Vorteil des Verwaltenden“).

In der eben berichteten Situation war das besagte Vorstandsmitglied noch weiter gegangen und hatte Ämter und Behörden unverblümt als das natürlichste Vorbild der Welt für die Führung unserer Kammer bezeichnet. Die hier zum Ausdruck kommende Auffassung von Funktion und Gestaltung professioneller, kollegialer Selbstorganisation und -regulation war dann noch bei gleicher oder ähnlicher Gelegenheit von der Präsidentin geäußert worden, als diese im Hinblick auf die saarländische Fortbildungsszene so weit wie möglich gehende Überwachung und Kontrolle durch sie bzw. den Vorstand als ihr diesbezügliches Ziel nannte. So ist denn übrigens auch die Anerkennungspraxis in Sachen Fortbildung bisher eher eine „kleingeistige“ Erschwerung und Entmutigung entsprechender kollegialer Bemühungen als etwas, dass dem „Geist“ bestmöglicher Förderung derselben entspräche.

Man kann angesichts dessen erahnen, warum der Vorstand der saarländischen Kammer an jener vom eigenen Justitiar empfohlenen Debatte vor der konkreten Ausarbeitung der Berufsordnung nicht interessiert ist: Kontrolle, Einfluss, persönliche Profilierung, ungestörtes Tun und Treiben im eigenen und vielleicht noch viel handfesteren Eigeninteresse scheinen, so menschlich-allzumenschlich sie sind, das Interesse an bzw. das Engagement in der eigentlichen Sache permanent zu übertrumpfen.

Zu Letztgenannter merkte der Verfasser dieses Berichts in der Sonder-Vertreterversammlung auf die Frage des Justitiars nach der grundsätzlichen Herangehensweise an die Erstellung unserer länderspezifischen Berufsordnung an, dass die Alternative: „liberal“ *versus* „restriktiv“ sich innerhalb des Rahmens von nur einer Funktion der Kammer bewegt, nämlich der staatlichen Aufsicht über unser berufliches Tun.

Es gibt aber noch die weiteren Kammer-Aufgaben der Vertretung der Interessen der Mitglieder (inklusive deren Repräsentation in der Öffentlichkeit) und die Weiterentwicklung der eigenen Profession, und auch sie sollten den „Geist“ prägen, in welchem wir an die Ausformulierung unserer Landes-Berufsordnung herangehen. Obwohl die anwesenden Juristen diesen Hinweis auf eine ausdrücklich an sie gerichtete Frage des Autors dieser Zeilen als zutreffend bestätigten, ging niemand darauf ein. Abgesehen von dem Desinteresse des Vorstandes lag das allerdings auch an der anwesenden Kollegenschaft, deren meist an hypothetischen, aber gleichwohl detailliert ausgemalten, praxisnahen Fallbeispielen aufgehängte Beiträge sich ganz defensiv um die Kernfrage drehten: „Habe ich Sanktionen zu erwarten, wenn ich das und das (z.B. Tarot-Karten legen, ‚pendeln‘ u.dgl.m.) tue?“

Es ist sicherlich zu verstehen, wenn viele Kolleg/inn/en um ihre therapeutische Gestaltungsfreiheit im Sinne der von ihnen persönlich erworbenen Erfahrungen fürchten, doch sollte man hier wirklich ein paar Schritte darüber hinaus tun und sich mit dem Stand und den Perspektiven unserer Profession auseinandersetzen sowie damit, wie wir jenseits der Findung des kleinsten gemeinsamen Nenners unserer so verschiedenen individuellen Interessen einen substantiellen Beitrag zur „Evolution“ unserer Profession als solcher und als ganzer leisten können. Dabei wäre ein Vorstand hilfreich, der nicht nur um sich selbst kreist, Transparenz scheut und Partikularinteressen verfolgt, aus denen heraus nur Polarisierung erwachsen kann (es zieht sich mittlerweile ein tiefer Graben des Misstrauens und der Gegnerschaft durch die Vertreterversammlung), sondern der eine Vision von den skizzierten Aufgaben hat.

Dieses Problem stellt sich zweifellos auch in anderen Bundesländern, und so muss man die bisherige Erfahrung mit der Bildung von Psychotherapeutenkammern als Desaster betrachten, angesichts dessen sich doch immer unabweisbarer die berühmt-berüchtigte Sinnfrage stellt. Es handelt sich immerhin um einen – auch wenn dieser von oben verfügt worden ist – Zusammenschluss von Leuten, die sich in nicht wenigen Fällen für „Gut-“ oder gar „Bessermenschen“ halten und mehr als andere zu wissen glauben, worin ein gutes oder richtiges Leben besteht.

Raimund Metzger

Schleswig-Holstein

Die wichtigsten Informationen über die 9. Kammerversammlung vom 24.03.2006:

Auch die 9. Kammerversammlung dauerte, wie aufgrund der langen Tagesordnung nicht wirklich anders zu erwarten, wieder deutlich über 5 Stunden. Ich konzentriere mich hier daher auf die Darstellung der wichtigsten Themen, d.h. die Themen, die besonders eingehend bzw. kontrovers behandelt wurden bzw. die Informationen, die wahrscheinlich für viele Leser interessant sein dürften:

Zunächst sei jedoch auf zwischenzeitliche **personelle Veränderungen in der Kammerversammlung** hingewiesen. Marita Bade und Antje Doll waren von ihren Ämtern zurückgetreten, so dass als Nachrücker Dietmar Ohm und Franz Seifert erstmals als Kammerversammlungsmitglieder an der Sitzung teilnahmen. Das Ausscheiden von Marita Bade bedauern wir als DGVV-Vertreter sehr, weil wir in der Kammer in den meisten Fällen für gemeinsame Positionen gekämpft haben. Wir freuen uns andererseits, mit Dietmar Ohm nun einen zweiten DGVV-Kandidaten in der Kammerversammlung zu haben.

Weiter hatte Peter Koch zwischenzeitlich seinen Rücktritt aus dem Vorstand erklärt. Als neues Vorstandsmitglied wurde unter TOP 6 Christiane Förster gewählt.

Doch nun zu den Inhalten:

Kontroverse um Haushaltsabschluss und Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses und schließlich nur knappe Mehrheit für Entlastung des Vorstandes:

Herr Wohlfarth (Geschäftsführer der PKSH) stellte zunächst seinen Haushaltsabschluss für 2005 vor. Danach lagen die Ausgaben 2005 ca. 54 000 € unter dem Haushaltsplan, die Einnahmen ca. 13 000 € über Plan. Daraus ergab sich insgesamt also ein Haushaltsüberschuss für 2005 von ca. 67 000 €, was sehr erfreulich ist. Zusammen mit Überschüssen aus den Vorjahren von insgesamt ca. 147 000 € ergab sich zum Jahresende 2005 ein Bestand von ca. 215 000 €. Die finanzielle Lage der Kammer ist damit grundsolid. Die Haushaltspläne waren, wie vom Finanzausschuss beabsichtigt, eher konservative Ausgaben- und Einnahmeschätzungen. Einsparungen gegenüber dem Haushaltsplan waren insbesondere durch geringere Ausgaben für Personal in der Geschäftsstelle sowie EDV begründet.

Eine sehr kontroverse Diskussion entwickelte sich aufgrund des Rechnungsprüfungsberichtes von Juliane Dürkop und Detlef Deutschmann. In ihrem Prüfbericht hatten sie auf fragliche Unstimmigkeiten, zumindest aber mangelnde Transparenz in den Darstellungen zum Unterkonto „Gründung des Versorgungswerkes“ hingewiesen. Diese Unstimmigkeiten führen dazu, dass im Haushaltsabschluss die Gesamtkosten der Gründung des Versorgungswerkes fälschlicherweise mit nur 1 780 € ausgewiesen werden, obwohl allein schon ein einziger Teilbetrag (nämlich der für die von der Kammer zu tragenden anteiligen Kosten für das Gründungsgutachten) mit 2 610 € größer ausfällt. Als Ursache wurde auf falsche Zuordnung von Ausgaben zu Unterkonten hingewiesen. Eine hitzige Diskussion entwickelte sich weiter über die Bemessung der Höhe der Erstattung des Versorgungswerkes an die Kammer für die Nutzung von Personal und Rechtsberatung, Räumlichkeiten, EDV, Büromaterial etc. Dies sind alles Verwaltungskosten des Versorgungswerkes, die nur von den Mitgliedern des Versorgungswerkes (aktuell ca. 300) getragen werden müssen, und nicht von allen Kammermitgliedern. Herr Kühnelt, Justiziar der Kammer, aber auch Mitglied des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes, führte dazu aus, dass Mieten und Rechtsberatungskosten schließlich für die Kammer sowieso angefallen wären, er deshalb in seiner Funktion als Verwaltungsratsmitglied nicht eingesehen habe, weshalb das Versorgungswerk diese Kosten anteilig hätte mittragen sollen. Die Personalkosten seien auf pauschal 1443 €, die Büromaterialkosten auf 157 € geschätzt worden. Von den Rechnungsprüfern wurde eingewandt, dass die Höhe der Gesamterstattung mit 1600 €, was etwa 1% der Gesamtkosten der Kammer in den entsprechenden Bereichen entspricht, zumindest nicht nachvollziehbar erscheine. In ihrem Prüfbericht forderten sie wegen der beiden dargestellten Probleme im Sinne einer transparenten und nachvollziehbaren Haushaltsführung eine Korrektur des Haushaltsabschlusses als Voraussetzung für die Entlastung des Vorstandes. Entgegen dieser Empfehlung wurde der Vorstand dennoch mit einer knappen Mehrheit von 6 gegen 4 Stimmen entlastet.

Aktuelles zum Stand des Versorgungswerkes (VW) der PKSH

Ein ausführlicher Wirtschaftsbericht des Versorgungswerkes über das Geschäftsjahr 2005 soll der Kammerversammlung auf der nächsten Sitzung im Juni vorgelegt werden. Auf Grund der

niedrigen Zinsen sei es aktuell schwierig, eine Rendite von 3 - 3,5% brutto zu erzielen. Daher sei man darauf angewiesen, die gesamte Verwaltung weitgehend in Eigenleistung zu machen, ein Geschäftsbesorgungsvertrag werde aktuell deshalb nicht für sinnvoll erachtet, zumindest solange, wie keine Rentenberechnungen erstellt werden müssten, denn dafür notwendige Programme seien extrem teuer. Eine Geldanlage im 2-jährigen Bereich werde aktuell favorisiert. Der Aufsichtsausschuss habe inzwischen eine Anlagerichtlinie erstellt, die auch auf der nächsten Kammerversammlung vorgestellt werden soll.

Diskussion über die Bildung eines Angestelltenausschusses - Entscheidung vertagt

Dieser TOP war vom Vorstand als Resultat des 1. Angestelltentages im Dezember 2005 eingebracht worden. Der Vorstand äußerte die Erwartung, durch einen solchen Ausschuss u.a. auch in der eigenen Arbeit entlastet zu werden, wenn die Ausschussmitglieder die Kooperation mit den anderen Landeskammern sowie dem Bundesausschuss bezüglich der Angestellten Themen übernehmen würden. Einige relevante Themenbereiche seien auf dem Angestelltentag zusammengetragen worden. Als Gegenargument wurden insbesondere zusätzliche Kosten genannt, aber auch, dass dann genauso auch ein Ausschuss für Freiberufler gefordert werden müsste. Juliane Dürkop und Detlef Deutschmann wiesen hier darauf hin, dass die Angestellten wahrscheinlich auch deshalb einen solchen Ausschuss für wünschenswert halten, da verhindert worden sei, dass Angestellte im Vorstand bzw. allen Ausschüssen repräsentiert seien. Den Vorschlag, die Angestellten durch einen zu benennenden Angestelltenbeauftragten vertreten zu lassen als Alternative zu einem eigenen Ausschuss, wiesen sie wegen der Komplexität der Themen und der Heterogenität der Angestellten Gruppe (tätig in Kliniken, Beratungsstellen etc. als Beamte, im öffentlichen Dienst bzw. bei privaten Trägern ...) zurück. Eine Beschlussfassung zu diesem Punkt wurde schließlich auf die nächste Kammerversammlung verschoben.

Ausgabensteigerung durch Beschluss zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO)

Zu diesem TOP lagen 4 sehr unterschiedliche Anträge vor, die entweder mit erheblichen Kosteneinsparungen oder Kostenerhöhungen verbunden gewesen wären. Die Auswirkungen der Vorschläge waren als Ergebnis der letzten Kammerversammlung inzwischen vom Finanzausschuss genau beziffert worden. Modell 1 von Detlef Deutschmann sah eine generelle Reduktion aller Entschädigungen von 40 € auf 30 € je Sitzungsstunde vor (Einsparung pro Jahr ca. 13 600 €), das Modell 2 von Marita Bade schlug zusätzlich den Wegfall der Entschädigungen für die Vorstandssitzungen vor, diese seien durch die entsprechenden Pauschalen für Vorstandsmitglieder bereits hinreichend abgegolten (Einsparung pro Jahr: ca. 26 600 €). Modell 3 von Uwe Speckenbach beinhaltete die Einführung einer neuen Entschädigung, nämlich 500 € für vom Vorstand veranlasste Dienstreisen für nicht Vorstandsmitglieder bei Abwesenheit von mehr als 8 Std. (Mehrkosten pro Jahr geschätzt auf ca. 2 500 €). Das Modell 4, das mit der größten Kostenausweitung verbunden war, hatte der Vorstand selbst eingebracht. Es sah vor, Entschädigungen in Höhe von 40 € je Std. (max. 480 € pro Tag) zusätzlich einzuführen für vom Vorstand veranlassten zeitlichen Aufwand (begrenzt auf eine Gesamtsumme von 9 000 € Jahr). Weiter sah der Vorschlag vor eine Anhebung der Kilometerpauschale auf 0,30 € je km und eine Erstattung von Fahrtkosten in Höhe DB 1. Klasse statt bislang 2. Klasse. In der zum Teil sehr polemischen Diskussion traten wieder, wie schon bei früheren Entscheidungen zur Höhe von Entschädigungen, altbekannte gegensätzliche Auffassung bezüglich einer angemessenen „Entschädigung für eine ehrenamtliche Tätigkeit in der Kammer“ hervor. Bedauerlicherweise wurde am Ende entgegen der Argumentationen der DGVT-Vertreter und einiger weiterer Kammerversammlungsmitglieder eine mit einer entsprechenden Kostenausweitung verbundene Änderung der ERO entsprechend dem vom Vorstand eingebrachten Modell 4 mehrheitlich beschlossen.

Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer

Alles was Recht ist ...

**Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf
zur Systemischen Therapie****VG Düsseldorf zur Anerkennung als Ausbildungsstätte nach § 6 Abs. 2 PsychThG für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Vertiefungsgebiet „Systemische Therapie / Familientherapie“**

Das Verwaltungsgericht (VG) Düsseldorf hat mit Urteil vom 7.4.2006 entschieden, dass das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie in Düsseldorf den Antrag eines Ausbildungsträgers auf Erteilung der Anerkennung als Ausbildungsstätte nach § 6 Abs. 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Vertiefungsgebiet „Systemische Therapie / Familientherapie“ unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden hat.

Ausgangspunkt des Verfahrens war die Ablehnung eines entsprechenden Antrags durch das beklagte Landesprüfungsamt gewesen. Die Beklagte hatte die Anerkennung als Ausbildungsstätte mit der Begründung abgelehnt, dass nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG eine Behandlung der Patienten nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren Voraussetzung für die Anerkennung sei. Zudem fordere auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Vermittlung eingehender Grundkenntnisse in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren; eine wissenschaftliche Anerkennung durch den nach § 11 PsychThG zuständigen Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) liege aber nicht vor.

Das Gericht geht in seinem Urteil davon aus, dass das Vertiefungsgebiet „Systemische Therapie / Familientherapie“ entgegen der Auffassung des Landesprüfungsamts ein wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren i. S. d. § 1 Abs. 3 PsychThG ist, das der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert dient. Ausführungen des WBP in seinem Gutachten v. 29.9.1999 stehen dem nach Ansicht des Gerichts nicht entgegen, da der WBP zum einen nicht zuständiger Entscheidungsträger in dieser Frage sei, sondern ausschließlich das beklagte Landesprüfungsamt (nach § 11 PsychThG soll der WBP nur in Zweifelsfällen herangezogen werden, damit die Behörde ihre Entscheidung auf Grundlage eines Gutachtens des WBP als sachverständige Institution treffen kann). Zum anderen habe der WBP den Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung in seinem Gutachten v. 29.9.99 verkannt. In diesem Gutachten habe der WBP allein die Frage der Wirksamkeit des Verfahrens geprüft. Diese stelle sich für die hier allein zur Entscheidung stehende Frage der wissenschaftlichen Anerkennung aber so nicht.

Das VG Düsseldorf legt in seinem Urteil **den unbestimmten Rechtsbegriff der wissenschaftlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren** nach den vom Oberlandesgericht Düsseldorf in ständiger Rechtsprechung entwickelten Kriterien aus. Sowohl nach den Regeln des Beihilferechts als auch des PsychThG solle durch das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit ein Missbrauch unter dem Deckmantel berechtigter Behandlung verhindert, d. h. Scharlatanerie solle ausgeschlossen werden. Wissenschaftlich anerkannt i. S. d. Beihilferechts sei eine Behandlungsmethode, wenn sie von den Wissenschaftlern, die in dem betreffenden Bereich tätig sind, auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse als für eine Behandlung der Krankheit wirksam angesehen werde. Dies setze eine **weitgehende Zustimmung der im Fachbereich tätigen Wissenschaftler** voraus und sei dann nicht gegeben, wenn eine größere Zahl namhafter Autoren oder wichtige wissenschaftliche Gremien die Behandlungsmethode auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse als nicht wirksam ansehen. Abzustellen sei also auf die herrschende Meinung unter

den Wissenschaftlern, ob die Systemische Therapie als wirksam angesehen werde. Nicht entscheidend für die vorliegende Frage sei, ob die Systemische Therapie tatsächlich wirksam sei.

Als Autoritäten für die positive Beantwortung der Ausgangsfrage nennt das Gericht Horst-Eberhard Richter („Patient Familie“), die Internationale Gesellschaft für Systemische Therapie (IGTS) sowie die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie (DGST). Ein weiteres Argument findet das Gericht in den Literaturlisten zur Systemischen Therapie und den in der Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie vertretenen namhaften Fachleuten. Angesichts der unübersehbaren Menge an Fachleuten, die die Systemische Therapie als wirksam ansehen, sei die Auffassung der Beklagten und des WBP, es handle sich um ein wissenschaftlich nicht anerkanntes Verfahren, nicht haltbar. Die Beklagte hat demnach die Klägerin als Ausbildungsstätte anzuerkennen, sofern die in § 6 Abs. 2 PsychThG geforderten Nachweise erbracht werden können.

Verwaltungsgericht Düsseldorf, Az.: 26 K 9121/03

Kerstin Burgdorf

Urteil des Sozialgerichts Reutlingen zur Bewertung der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen

Das Sozialgericht (SG) Reutlingen hat am 10. Mai 2006 entschieden, dass die probatorischen Sitzungen in gleicher Weise vergütet werden müssen wie die genehmigungspflichtigen Leistungen. Dies geht aus einem Bericht der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung von der mündlichen Gerichtsverhandlung hervor. In der mündlichen Urteilsbegründung habe der Richter betont, dass probatorische Sitzungen Pflichtleistungen seien, die vor Beantragung einer Psychotherapie zu erbringen und damit den genehmigungspflichtigen Leistungen gleichzusetzen sind. Da das Urteil noch nicht rechtskräftig ist, ist die schriftliche Begründung des Urteils abzuwarten, bevor exakte Schlussfolgerungen möglich sind. Das Urteil wird von Beobachtern des Verfahrens jedoch schon jetzt als bahnbrechend eingeschätzt. Wir gratulieren dem Musterkläger Frieder Gocht für seinen beachtlichen Erfolg. Die Revision und ebenso die Sprungrevision wurden vom SG zugelassen.

Az.: S I KA 201/04

Tücken des Praxisverkaufes im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens

RA'in Susanne Locher-Weiß

Sachverhalt:

Der Berufungsausschuss für Ärzte - Psychotherapie- für den Bezirk der KV Nordrhein in Düsseldorf (AZ 22/05) hatte sich mit folgendem Sachverhalt zu befassen:

Auf die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes im Großraum Düsseldorf im Wege der Nachbesetzung wegen Beendigung der Zulassung des Abgebers zum Ende September 2005 meldeten sich zwei Bewerber. Bewerber A ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Dipl.-Soz.-Arb.), Bewerber B ist Psychologischer Psychotherapeut. Mit Beschluss vom 05.12.2005 ließ der Zulassungsausschuss Bewerber A zu und lehnte den Zulassungsantrag von Bewerber B ab.

In der Begründung des Zulassungsausschusses war Folgendes ausgeführt worden: Beide Therapeuten verfügten über eine ausreichende berufliche Qualifikation. Auch wenn das Approbationsalter von Bewerber A unter dem des Bewerbers B liege, habe nur Bewerber A als Nachfolger ausgewählt werden können. Denn Bewerber A sei nach Meinung des Ausschusses besser zur Fortführung der Praxis geeignet, da sich dieser Bewerber mit dem Abgeber der Praxis einig sei. Zwischen Abgeber und Bewerber B war es zum Abschluss eines Praxiskaufvertrages nicht gekommen, weil Bewerber B den Praxiskaufpreis für zu hoch erachtete und deshalb vorschlug, ein Sachverständigengutachten über den Verkehrswert der Praxis als Grundlage für die Bestimmung der Höhe des Kaufpreises erstellen zu lassen. Den Vorschlag, einen vom Ausschuss zu benennenden neutralen Gutachter als verbindlich zu akzeptieren, der den Verkehrswert der Praxis bestimmen solle, habe Bewerber B dann aber in der Verhandlung des Zulassungsausschusses doch nicht akzeptiert.

Bewerber B legte Widerspruch ein mit der Begründung, dass er nach den Kriterien des § 103 Abs. 4 SGB V die Zulassung habe erhalten müssen. Das Approbationsalter des Mitbewerbers liege unstreitig unter seinem. Dreh- und Angelpunkt des Verfahrens sei die Frage, ob der Zulassungsausschuss zurecht seine Eignung zur Fortführung der Praxis mit dem Argument verneint habe, Bewerber A sei sich mit dem Abgeber vertraglich einig, während er sich – angeblich – nicht bereit erklärt habe, einen vom Ausschuss zu benennenden neutralen Gutachter zu akzeptieren, der den Verkehrswert der Praxis bestimmen solle. Diese Formulierung im Beschluss des Zulassungsausschusses gebe den Verlauf der mündlichen Erörterungen nur unzutreffend und unzureichend wieder, denn vom Vorsitzenden des Zulassungsausschusses sei ihm folgender „Vorschlag“ unterbreitet worden: Grundsätzlich sei er dem Mitbewerber aufgrund der Kriterien nach § 103 SGB V vorzuziehen. Ihm werde der Sitz

übertragen unter der Voraussetzung, dass unabhängige Gutachter der PTK oder der IHK den Verkehrswert ermitteln würden, den er dann als verbindlich zu akzeptieren habe. Vor dem Berufungsausschuss trug der unterlegene Bewerber vor, dass von ihm nicht verlangt werden könne, dass ein Sachverständigengutachten schon bevor es erstellt sei als bindend anzusehen sei. Es werde jedoch noch einmal hervorgehoben, dass er bereit sei, die Praxis zum Verkehrswert zu übernehmen, er allerdings den vom Abgeber geforderten Preis von €34.000,- für bei weitem zu hoch halte.

In der mündlichen Erörterung vor dem Berufungsausschuss am 01.03.2006 ging der Vorsitzende diesem Argument nach und fragte die Praxisdaten – z. B. Patientenstruktur, Jahresumsatz etc. – ab. Bei der Befragung des Abgebers hat dieser jedoch eingeräumt, dass er „nichts als den KV Sitz“ habe verkaufen wollen, eine Fortführung der Praxis in seinen Räumen sei nicht in Betracht gekommen.

Der Widerspruch des Bewerbers B wurde insoweit zurückgewiesen, als dem Bewerber B die Zulassung versagt wurde. Allerdings wurde auch der Zulassungsbeschluss zugunsten des Bewerbers A aufgehoben.

Begründung des Berufungsausschusses:

Der Berufungsausschuss begründet seine Entscheidung damit, dass entgegen der Annahme des Zulassungsausschusses die Voraussetzungen für eine Nachfolgeregelung nach § 103 Abs. 4 SGB V nicht gegeben seien. Der Zweck der gesetzlichen Regelung bestehe einmal darin, dem Inhaber einer Praxis deren wirtschaftlichen Verwertung auch in einem für Neuzulassungen gesperrten Gebiet zu ermöglichen, zum anderen diene sie dazu, eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten im gewohnten und vertrauten Umfeld mit der weiterhin zur Verfügung stehenden Patientenkartei zu gewährleisten (vgl. BSG, Urteil vom 29.09.1999 – D6KA 1/99 R; Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Randziffer 9 zu § 103 SGB V). Eine Nachfolgelassung setze deshalb neben der nicht übertragbaren öffentlich-rechtlichen Zulassung das Vor-

handensein einer privatrechtlich übertragbaren Arztpraxis als Gesamtheit der gegenständlichen und personellen Grundlagen der Tätigkeit des in freier Praxis niedergelassenen Arztes als Vermögensgegenstand voraus, dass diese von einem anderen Vertragsarzt fortgeführt werden könne und auch fortgeführt werden solle. Bewerber, die erklärtermaßen nur an dem Vertragssitz des ausscheidenden Vertragsarztes interessiert seien und dessen Praxis nicht fortführen wollten, scheiden deshalb als geeignete Bewerber im Nachbesetzungsverfahren aus.

Allerdings hätte auch dem Bewerber A die Zulassung nicht erteilt werden dürfen, weshalb diese aufzuheben war. Bewerber A hätte allerdings schon deshalb nicht als Nachfolger ausgewählt werden dürfen, weil er ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert sei und deshalb die Praxis, die der Abgeber als Psychologischer Psychotherapeut betrieben hat, „nicht fortführen“ könne. Er ist berufsrechtlich nicht befugt Erwachsene zu behandeln. Der Abgeber hat dagegen jedenfalls in den letzten Jahren ausschließlich Erwachsene psychotherapeutisch behandelt.

Anmerkung:

Der Beschluss des Berufungsausschusses ist geeignet, sowohl dem Abgeber als auch dem Erwerber einer Praxis die wesentlichen rechtlichen Eckpunkte aufzuzeigen, die bei Abwicklung des Nachbesetzungsverfahrens – sowohl in Blickrichtung auf den Zulassungsausschuss als auch in Blickrichtung auf den Abschluss des parallel dazu notwendigen zivilrechtlichen „Kaufvertrags“ - grundlegend sind. Wo diese Punkte nicht beachtet werden, mag es zwar häufig nach dem Sprichwort „Wo kein Kläger, da kein Richter“ gut gehen. Wenn aber im Zulassungsverfahren durch einen der Bewerber die Problematik angesprochen wird, kann die Sache sowohl für den Bewerber, der dann keine Zulassung erhält, als auch für den Abgebenden, der mangels Zulassung des Bewerbers seinen Kaufvertrag nicht umsetzen kann und folglich also keinen Kaufpreis erhält, hoch problematisch werden.

Beide Parteien sollten sich deshalb schon im Vorfeld über Folgendes im Klaren sein: Der Verkauf der kassenärztlichen Zulassung ist schlicht rechtlich nicht zulässig und deshalb zu vermeiden. Verkauft werden kann lediglich die Praxis, dies aber wiederum setzt voraus, dass es eine solche auch (noch) gibt. Wenn weder die Praxisräume übernommen werden können, noch die Ausstattung, noch die Patientenkartei (unter Einhaltung der erforderlichen Vorgaben zur Schweigepflicht), wenn es bei näherem Nachfragen Patienten gar nicht mehr gibt (ein Problem im obigem Fall, da das Zulassungsende und die Verhandlung des Zulassungsausschusses rund 6 Monate auseinander lagen), dann stellt sich die Frage, ob es eine Praxis überhaupt noch gibt, deren „Goodwill“ verkauft werden kann.

Aber auch wenn diese Problematik der nicht mehr vorhandenen Praxis nicht zum Tragen kommt, sollten sich sowohl der Abgeber als auch der Bewerber darüber im Klaren sein, dass sich der Praxiswert immer an der konkreten Praxis orientiert. „Den“ Kaufpreis für Düsseldorf oder „den“ Kaufpreis für München usw. gibt es nicht. Vernünftig ist es deshalb, dass, wie es z. B. auch beim Verkauf von Arztpraxen, von Rechtsanwaltskanzleien und sonstigen freiberuflichen Praxen seit jeher Gang und Gebe ist, im Vorgespräch der Vertragsparteien die Daten erfragt und offen gelegt werden, die für die Praxisbewertung eine Rolle spielen. Dies sind z. B. Umsatzdaten, die Kostenstruktur der Praxis und es gehören dazu auch Fragen, aus denen sich die Entwicklung der Erträge prognostizieren lässt, wie z. B. die Patientenstruktur, die Zuweiserstruktur, Alter und Ruf der Praxis u. ä. Auf dieser Grundlage mag dann – ggf. mit sachverständiger Beratung – ein Praxispreis vereinbart werden. Hierbei sollten beide Parteien mit Augenmaß verfahren und zum einen im Blick haben, dass dem Bewerber die Zulassung ohne gleichzeitigen Kaufvertrag nichts nützt. Der Abgeber möge aber auch bedenken, dass er in § 103 Abs. 4 SGB V nur bis zur Höhe des „Verkehrswertes“ seiner Praxis geschützt ist. Ist ein Bewerber, der dann auch die Kassenzulassung erhält, bereit diesen Verkehrswert zu bezahlen, lehnt aber der Abgeber ab, weil er einen höheren Betrag vereinbart sehen will, so wird er feststellen, dass er (mangels Zulassung der anderen Bewerber) keinen Käufer mehr für die Praxis hat.

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene**Praxisnachfolge: Teure Eintrittskarten für Kassensitze⁴****Kritische Anmerkungen und ein Diskussionsaufruf
zu den Bedingungen und Zahlungen
bei einer Praxisübernahme**

Die meisten Absolventen einer Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz, wie sie auch die DGVT anbietet, standen oder stehen vor der Frage, was nun mit dieser Ausbildung beruflich zu machen ist. Ich selbst hatte schon zu Beginn der Ausbildung die Absicht, mich in eigener Praxis niederzulassen. Zunächst begann ich meine Berufstätigkeit ausbildungsbegleitend mit dem damals so genannten „Klinischen Jahr“, einer im Rahmen der Ausbildung erforderlichen einjährigen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik, was in den meisten Fällen bedeutete, ein Jahr lang in einer psychiatrischen Klinik ohne Bezahlung zu arbeiten. Immerhin bot man mir nach neun Monaten eine halbe bezahlte Stelle an. In der Klinik arbeite ich noch heute, bin damit zufrieden, habe aber noch nicht den Traum von einer beruflichen Selbständigkeit in eigener Praxis aufgegeben.

Als ich meine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP) in den Händen hielt, das war im Sommer 2004, hoffte ich darauf, dass ich mein Vorhaben endlich verwirklichen könnte und bewarb mich auf einen von der KV (Kassenärztlichen Vereinigung) ausgeschriebenen Vertragstherapeutensitz. Was ich dann allerdings über die Vorgehensweise bei der Übertragung einer solchen Praxis auf einen Nachfolger erfuhr, überraschte mich sehr. Ich ging anfangs noch davon aus, dass die KV bzw. der Zulassungsausschuss als öffentlich-rechtliche Körperschaft nach objektiven Bedingungen einen solchen Sitz übertragen würde. Als Rechtsgrundlage, so recherchierte ich, ist der § 103 Abs. 4 des SGB V (5. Sozialgesetzbuch) von Bedeutung. Hierin wird bestimmt, dass eine Entscheidung über einen Praxisnachfolger nach folgenden Merkmalen zu erfolgen hat: Dauer des Wartelisteneintrags (einer bei der KV geführten Warteliste), Approbationsalter, bisherige psychotherapeutische Tätigkeitsdauer, berufliche Qualifikation. Dies betrifft allerdings nur den öffentlich-rechtlichen Teil einer Praxisweitergabe. Es gibt bei einer Weitergabe aber auch eine privatrechtliche Seite, die gegebenenfalls, so die Gesetzeslage und Rechtsprechung, auch vom Zulassungsausschuss zu berücksichtigen ist. Somit hat der Zulassungsausschuss erstaunlicherweise bei der Vergabe sowohl die Sicherung der Bedarfsplanung als auch die wirtschaftlichen Interessen des bisherigen Praxisinhabers und sogar seiner Erben zu berücksichtigen, zumindest bis zum so genannten Verkehrswert.

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes ist es inzwischen dazu gekommen, dass nahezu alle Gebiete Deutschlands als überversorgt eingestuft werden und dort daher keine weiteren Neuniederlassungen mehr möglich sind. Niederlassungen von PP sind nur noch möglich, wenn ein bereits niedergelassener PP seine Praxis abgibt. Es hat sich dabei leider herausgebildet, dass die Abgebenden von den Nachfolgern immer höhere Geldbeträge für die Praxisübernahme erhalten. Bei solchen Praxisabgaben bewerben sich meist viele Interessenten auf einen Vertragssitz.

⁴ Der Autor des Textes ist der Redaktion bekannt.

Aufgrund der starken Nachfrage kam es in den vergangenen zwei Jahren zu einem enormen Preisanstieg bis auf oftmals 50 000 Euro und mehr. Dabei werden die Praxisabgebenden gegenüber den Interessenten von vielen KVen in eine starke Verhandlungsposition gestellt, da sie eine Bewerberliste erhalten und somit mit den einzelnen Bewerbern der Reihe nach über den Verkaufspreis verhandeln und demjenigen, der am meisten zahlt, dann den Zuschlag geben können. Dies gilt zumindest dann, wenn der Wunschkandidat auch vom Zulassungsausschuss zugelassen wird und in der Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss niemand den Kaufpreis als überhöht gegenüber dem in § 103 Abs. 4 SGB V genannten Verkehrswert rügt. Formal begründet werden diese Preise dann mit dem so genannten Goodwill (ein Wert, der durch die persönliche Arbeits- und Kommunikationsleistung des Praxisinhabers im Laufe der Jahre geprägt wurde). Viele KVen unterstützen dieses Vorgehen. Bei der KV-NO in Köln ging dies sogar soweit, dass eine Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutin vom Zulassungsausschuss auf einen Vertragssitz eines PP zur Behandlung von Erwachsenen zugelassen wurde, nachdem sie sich mit dem Abgebenden preislich geeinigt hatte. Diese drastische Fehlentscheidung des Zulassungsausschusses wurde jedoch vom Berufungsausschuss aufgehoben. Einige andere KVen geben den objektiveren Kriterien des § 103 Abs. 4 SGB V mehr Gewicht. Sie erwarten, dass sich der Abgebende entweder mit dem nach dieser Rechtsgrundlage ausgewählten Nachfolger einigt oder sein Ansinnen der Praxisabgabe wieder zurückzieht. Doch selbst diese Vorgehensweise verändert nicht grundsätzlich die Schieflage, die seit Schließung von Zulassungsbereichen eingetreten ist.

Im Folgenden möchte ich begründen, warum ich Geldzahlungen durch Nachfolger an Praxisabgeber im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung für unangemessen halte:

Die beschriebene Vorgehensweise wurde von Arztpraxen „abgeschaut“. Dort wird ein Patientenstamm übergeben, und es sind oftmals Geräte vorhanden, die übernommen werden, was beides bei Psychotherapeuten nicht der Fall ist. Wenn ein Psychotherapeut seine Praxis aufgibt, hat er in der Regel die laufenden Psychotherapien zu Ende geführt. Im Gegensatz zu Arztpraxen ist dies problemlos möglich (keine Personalkosten, geringere laufende Praxiskosten). Es wäre therapeutisch wenig sinnvoll, eine Therapie mit 10 Sitzungen zu beginnen und den Klienten an den nachfolgenden Therapeuten weiterzugeben.

Nach abgeschlossener Psychotherapie gibt es eine zweijährige Wartefrist, sodass Klienten nicht „laufend“ in Behandlung kommen, wie dies bei Ärzten der Fall ist. Jede einzelne Psychotherapie muss beantragt und bewilligt werden. Erst durch diese individuelle Bewilligung wird aus dem Nachfrager ein „Patient“. Es ist tatsächlich also kein Patientenstamm vorhanden, der weitergegeben werden könnte.

Durch die KV, als öffentlich-rechtliche Körperschaft, wird die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten begrenzt. Diese künstliche Begrenzung führt (marktgemäß) zu den hohen Preisen bei der Übernahme einer Psychologisch Psychotherapeutischen Praxis und nicht der so genannte „Goodwill“ des abgebenden Therapeuten oder irgendeine andere besondere Leistung. Es gibt keinen geldwerten Verdienst eines Vorgängers, den der Nachfolger kaufen und somit für sich nutzen kann. Auch das Argument, es gebe Zuweiser (Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen etc.) für eine Psychotherapeutische Praxis, ist nicht stichhaltig, da aufgrund der sehr begrenzten Niederlassungsmöglichkeiten die Patienten meist mehrere Wochen oder mehrere Monate, auf eine ambulante Psychotherapie warten müssen. Auf besondere ärztliche Zuweisung ist man damit und durch die verschiedenen Therapeutesuchportale sowie Branchenanzeiger nicht angewiesen. Darüber hinaus ist es meines Wissens rechtlich nicht zulässig, dass Ärzte oder Kliniken Patienten an bestimmte Psychotherapeuten verweisen. Wer sich in einem gesperrten Versorgungsbezirk niederlässt, kann sich selbst seine berufliche Existenz aufbauen und wird in wenigen Monaten eine gute Praxisauslastung erreichen, ohne auf Leistungen seines Vorgängers zurückzugreifen. Dass eine volle Praxisauslastung ohne „gekauften Goodwill“ und ohne „Praxiskauf“ erreichbar ist, zeigen beispielsweise die Erfahrungen der Kollegen, die sich in NRW bis vor ca. 2 Jahren noch in offenen Bezirken niederlassen konnten.

Die meisten der Psychotherapeuten, die jetzt ihre Praxis abgeben, haben nicht eine so umfangreiche Ausbildung wie ihre Nachfolger finanzieren müssen, um als Psychotherapeut in der ambulanten Versorgung überhaupt tätig werden zu können. Zudem haben sie nichts für ihre Niederlassung bezahlen müssen, da sie sich aufgrund von Übergangsbestimmungen frei niederlassen konnten. Zusätzlich zu den Kosten für die Therapieausbildung mussten viele Nachfolger unentgeltlich oder untertariflich ein „Klinisches Jahr“, jetzt „Psychologie im Praktikum“, absolvieren.

Oftmals wird auch mit einer Altersabsicherung des Vorgängers argumentiert. Es ist aber nicht nachvollziehbar, warum gerade der Nachfolger seinem Vorgänger eine Art Altersrente finanzieren sollte, denn der privatrechtliche Kauf einer Praxis wird ja mit dem Erwerb konkreter bestimmter Leistungen und Werte (Goodwill) begründet. Hier würde der Erwerber jedoch keinen (benennbaren) Gegenwert erhalten. Zudem ist in den Gebührensätzen für psychotherapeutische Leistungen die Altersabsicherung des Leistungserbringers bereits eingerechnet. Mangelnde private Vorsorge in Zeiten vor der Gründung von Versorgungswerken sind nicht dem Nachfolger anzulasten.

Derzeit arbeite ich noch in der Psychiatrischen Klinik, wo ich bereits mein „Klinisches Jahr“ absolvierte. Wenn ich nun gezwungen bin, für einen Vertragssitz 50 000 Euro an den Vorgänger zu bezahlen, dann müsste mir doch zustehen, dass mein Nachfolger an meinem bisherigen Arbeitsplatz mir ebenfalls einen solchen Betrag zahlt. Immerhin leistete ich an meinem Arbeitsplatz über mehrere Jahre gute Arbeit (Goodwill). Wieso sollte das im Gegensatz zu guter ambulanter therapeutischer Arbeit unberücksichtigt bleiben? Wenn ich von meinem Arbeitgeber erwarten würde, dass er mir meine potentiellen Nachfolger nennt, damit ich mich mit diesen über meinen „Ablöswert“ unterhalten würde und erst bei entsprechender Zahlung tatsächlich meine Stelle freigeben würde, hätten mein Arbeitgeber und auch Gewerkschaften dafür gewiss nur wenig Verständnis - anders die öffentlich-rechtliche Körperschaft KV bzw. der Zulassungsausschuss.

Grundsätzlich geht es um eine Klärung bzw. Änderung der gegenwärtigen Rechtslage durch den Gesetzgeber und ein anderes Vorgehen der Zulassungsausschüsse (unter Ausschluss des Praxisabgebers).

Kurzfristig ließe sich die Schieflage aber auch dadurch eingrenzen, dass die Interessenten für einen Kassensitz nicht mehr bereit sind, überhöhte Preise zu bezahlen. Man müsste sich vor dem Zulassungsausschuss der KV und der Krankenkassen auf die Wertungskriterien des § 103 Abs. 4 SGB V (berufliche Eignung, Approbationsalter, Dauer der ärztlichen Tätigkeit) berufen. Auch für den Fall, dass der Interessent vom Zulassungs- und Berufungsausschuss abgewiesen wird, würde durch dieses Vorgehen die bisherige Handhabung der Praxisübertragung erheblich erschwert und die Verantwortlichen in Politik und im KV-System wären genötigt, endlich ein faires Verfahren zu entwickeln. „Schlimmstenfalls“ würde eine Praxis „erlöschen“, das heißt, für eine Praxis gibt es keinen Nachfolger und der Vorgänger kann sie auch nicht mehr weiterführen.

Derzeit gibt es ca. 15.000 Psychologische und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten im KV-System. Wird die aktuelle Vorgehensweise fortgeführt, dann werden auf die berufliche Nachfolgenergeneration Kosten für Praxiskäufe in Höhe von 100 bis 500 Millionen Euro zukommen. Diese „Eintrittspreise“ in das KV-System sind nicht hinnehmbar.

KV Nordrhein: Abrechnungstaktiken unter dem neuen HVV

Jochen Maurer

Liebe KollegInnen,

wie in KVNO-aktuell (3/06, S. 8) nachzulesen gilt im Bereich der KV-Nordrhein ab dem 01.04.2006 ein neuer Honorarverteilungsvertrag (HVV), welcher u. a. Regelungen zur Mengensteuerung (d.h. Begrenzung) psychotherapeutischer Leistungen beinhaltet. Ab dem 01.04.2006 werden

- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen, die den Punktzahlengrenzwert von 561 150 Punkten je Quartal übersteigen, lediglich mit einem Kürzungs-Punktwert in Höhe von 10 % des für die übrigen psychotherapeutischen Leistungen ermittelten Punktwertes vergütet.
- für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (u. a. probatorische Sitzungen, Biographische Anamnese, Psychotherapeutisches Gespräch, Berichte an den Gutachter, übende Verfahren, Hypnose, Ordinations- und Konsultationskomplexe, Bescheinigungen und Krankheitsberichte) ein Regelleistungsvolumen gebildet, das sich aus der Fallzahl multipliziert mit einer Fallpunktzahl von 1 900 Punkten (für PP, ÄP) bzw. 2 700 Punkten für KJP ergibt. Die Überschreitungspunktzahl wird ebenfalls mit einem Punktwert in Höhe von 10 % des für die übrigen psychotherapeutischen Leistungen ermittelten Punktwertes (welcher ohnehin schon bedauerlich niedrig ausfällt) vergütet.

Die zweite Regelung dürfte eine größere Anzahl von KollegInnen betreffen, insbesondere diejenigen, welche einen überproportional hohen Anteil nicht-genehmigungspflichtiger Leistungen im Verhältnis zur Fallzahl abrechnen (Neupraxen). Aber auch für die langjährig praktizierenden KollegInnen werden sich Überlegungen anbieten, wie einerseits eine ethisch vertretbare Diagnostik und Behandlung durchgeführt, andererseits eine finanzielle Selbstausbeutung minimiert werden kann. Die schon vor dem Hintergrund des niedrigen Punktwertes für nicht-genehmigungspflichtige Leistungen seit längerer Zeit kontrovers geführte Diskussion über eine abrechnungstechnisch sinnvolle, jedoch therapeutisch bedenkliche begrenzte Abrechnung diagnostischer Leistungen erfährt durch die neuen HVV-Regelungen eine erneute Belebung.

Meiner Auffassung nach müssen wir auf eine bereits existierende Abrechnungsphilosophie medikamentenverordnender Ärzte zurückgreifen, die Quersubvention. Hierunter ist zu verstehen, dass die nicht-ausgenutzten Medikamentenbudgets einiger weniger bedürftiger Patienten dazu verwendet werden, bedürftigeren Patienten entsprechend mehr bzw. kostenträchtigere Medikamente zukommen zu lassen. Auf psychotherapeutische Belange übertragen bedeutet dies, dass die nicht ausgeschöpfte Fallpunktzahl (1.900/2.700 Punkte) bei Patienten, bei denen neben den genehmigungspflichtigen Leistungen z. B. lediglich Ordinations- und Konsultationskomplex abgerechnet werden, dazu verwendet wird, nicht genehmigungspflichtige, insbesondere diagnostische Leistungen bei anderen Patienten im erforderlichen Ausmaß durchzuführen. Bei allem Kalkül: für die Abrechnungsziffer 23220 (Psychotherapeutisches Gespräch) bedeutet der neue HVV das politische Aus.

Vor besonders extremen Abrechnungsoptimierungen möchte ich jedoch eindringlich warnen. So ist mir gerüchteweise zu Ohren gekommen, dass KollegInnen mit Befreiung von der Berichtspflicht für Kurzzeittherapie aus abrechnungstechnischen Gründen bereits jetzt schon gänzlich auf die Abrechnung probatorischer Sitzungen verzichten und diese Taktik unter den neuen HVV-Bedingungen vielleicht noch konsequenter praktizieren wollen. Ich bitte – sehen wir einmal von den Auswirkungen dieser Praxis auf die Glaubwürdigkeit unserer Fach- und Berufsverbände ab – die möglichen persönlichen Konsequenzen zu bedenken. Die Nicht- Abrechnung von dia-

gnostischen Leistungen kann in verschiedenen Überprüfungsvorgängen kritisch bewertet werden, z.B.

- bei Plausibilitätsprüfungen: Implausibilitäten
- bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen: Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot
- bei disziplinarrechtlichen Überprüfungen: Feststellung disziplinarrechtlicher Verstöße

Aus der kritischen Bewertung können auch Sanktionen abgeleitet werden, die von der Ermahnung über Honorarkürzungen und Bußgelder bis hin zu einem zwangsweisen Ruhen der Zulassung reichen können. Über etwaige berufsrechtliche Konsequenzen wegen mangelnder Beachtung der Berufsordnung, die vor Beginn einer Psychotherapie natürlich auch Diagnostik und Aufklärung des Patienten über z.B. therapeutische Vorgehensweisen als Standards voraussetzt, müsste gesondert nachgedacht werden.

Der Mindeststandard diagnostischer Leistungen (probatorische Sitzungen, biographische Anamnese, Testverfahren) ist nicht nur meiner Einschätzung nach erst dann erfüllt, wenn mit Sicherheit die Indikation (inkl. Diagnose) für eine Psychotherapie gestellt werden kann. Dies kann schon nach einer probatorischen Sitzung und der biographischen Anamnese der Fall sein, wobei weitere probatorische Sitzungen und/oder Testverfahren die Qualität der Diagnostik verbessern dürften, bis der state-of-the-art erreicht ist.

Dr. Jochen Maurer

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Friedrich-Ebert-Str. 88, 42103 Wuppertal, Tel.: 0202-2987270, Fax: 0202-2987274

E-Mail: JochenMaurer@aol.com

Hinweis zu Honorarwidersprüchen

Nach wie vor müssen wir den niedergelassenen KollegInnen raten: legen Sie konsequent Ihre Honorarwidersprüche ein. Einen Formulierungsvorschlag stellt Ihnen die Fachgruppe Niedergelassene der DGVT gerne auf Anfrage zur Verfügung. Einen Kontakt zur Fachgruppe erhalten Sie über die die DGVT-Bundesgeschäftsstelle: dgvt@dgvt.de.

DGVT-Mailingliste: Rund um das Kostenerstattungsverfahren

Der Kostenerstattungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten gem. § 13 Abs. 3 SGB V spielt auch nach In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die faktische Unterversorgung mit Psychotherapie und die damit verbundenen Wartezeiten von zum Teil mehreren Monaten bei den Vertragspsychotherapeuten führen dazu, dass die Krankenkassen weiterhin mit Kostenerstattungsansprüchen ihrer Versicherten umgehen müssen.

Fragen zur aktuellen Verfahrensweise durch die Krankenkassen mit Kostenerstattungsanträgen sollen im kollegialen Austausch über eine Mailingliste beantwortet werden. Interessierte Mitglieder der DGVT wenden sich bitte für weitere Informationen an die Geschäftsstelle (dgv@dgvt.de).

Gerd Per, Kerstin Burgdorf

Aus der DGVT

Bachelor oder Master als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapie-Ausbildung? Erste Beschlüsse

Michael Borg-Laufs

Die Neuordnung aller Studiengänge in Deutschland (vom Diplom zum Bachelor/Master) im Rahmen des so genannten „Bologna-Prozesses“ wirft – wie in der VPP und der „Rosa Beilage“ schon mehrfach beschrieben (vgl. auch die Homepage der DGVT) – unweigerlich die Frage auf, ob die Psychotherapieausbildung zukünftig nur von AbsolventInnen eines Masterstudienganges (MA) aufgenommen werden kann, oder ob auch ein Bachelor-Abschluss (BA) schon als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapieausbildung hinreichend sein kann. Diese Frage stellt sich, da im Psychotherapeutengesetz lediglich eine „Abschlussprüfung“ (vgl. § 5 PsychThG) in den relevanten Studiengängen (Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik) als Eingangsvoraussetzung genannt wird, ohne diesen Abschluss genauer zu spezifizieren. Zum Zeitpunkt der Formulierung des Gesetzestextes waren die „neuen“ Abschlüsse (Bachelor/Master) noch nicht absehbar.

Im Laufe der Diskussionen zu diesem Thema haben alle wichtigen Psychotherapeutenverbände und die Psychotherapeutenkammern – aus teilweise unterschiedlichen Gründen – schließlich eindeutig den Master-Abschluss als Eingangsvoraussetzung sowohl für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) favorisiert. Als Gründe werden in erster Linie die hohen inhaltlichen Ansprüche der Psychotherapieausbildung und der späteren Arbeit als PsychotherapeutInnen genannt. Neben manchen anderen Gründen dürfte allerdings auch die inzwischen weitgehend erreichte Gleichstellung von PP und KJP mit Fachärzten eine Rolle gespielt haben, die man gefährdet sieht, wenn der Bachelor das Zugangskriterium darstellt (vgl. Alpers & Vogel, 2005, Borg-Laufs & Vogel, 2005).

Inzwischen gibt es von Seiten der relevanten Gremien und Institutionen der Bundesländer bzw. des Bundes erste Beschlüsse und Verlautbarungen zu dieser Frage, die leider nicht einheitlich sind.

- Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), das bundesweite Gremium zur Koordination und Abstimmung der auf Länderebene für die Ausbildung und Approbation zuständigen Behörden, hat auf ihrer Sitzung am 6./7.4.2006 in Magdeburg beschlossen, dass der Master-Abschluss als Zugangskriterium sowohl für die Ausbildung zur KJP als auch zur PP angesehen wird. Die Notwendigkeit einer Änderung des Psychotherapeutengesetzes wird von der AOLG nicht gesehen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird gebeten, dies in einem Schreiben an die Landesbehörden klar zu stellen. Ergänzend sieht die AOLG langfristig die Option, dass bei Akkreditierungsverfahren von Studiengängen zukünftig geprüft werden könnte, ob diese Studiengänge als Eingangsvoraussetzung

für die Aufnahme einer Psychotherapieausbildung gelten können und dass die diesbezügliche Eignung von den Berufsvertretern (sprich: den Kammern) geprüft werden könnte.

- Völlig anders ist die Sichtweise der Kultusministerkonferenz (KMK). Von dort wird argumentiert, dass es schon immer unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen gegeben hätte, nämlich ein FH-Diplom für die SozialpädagogInnen und ein Universitäts-Diplom für die PsychologInnen und PädagogInnen. Die neuen Studienabschlüsse setzen aus Sicht der KMK diese Struktur fort, indem ein BA-Abschluss dem FH-Diplom gleichzustellen sei und ein MA-Abschluss dem Universitätsdiplom. Demnach hätten zukünftig SozialpädagogInnen mit einem Bachelorabschluss die Möglichkeit, eine KJP-Ausbildung zu beginnen, während PsychologInnen einen Masterabschluss benötigen würden.
- Gespräche mit den zuständigen Stellen im Bundesgesundheitsministerium (BMG) ergaben, dass dort keinerlei Änderungsbedarf beim Psychotherapeutengesetz gesehen wird. Es wird vielmehr die Position der KMK geteilt. FH-Diplome sind dem BA-Abschluss gleichzusetzen, Universitäts-Diplome dem Master. Dementsprechend sollen die Landesbehörden instruiert werden. Wenn FH-AbsolventInnen zukünftig einen Master-Abschluss als Eingangsvoraussetzung für die KP-Ausbildung haben müssten, so wäre dies eine Verschärfung für die Betroffenen, die inhaltlich zu begründen sei. Inhaltliche Gründe ließen sich – so Aussagen aus dem BMG – aber nicht finden, z.B. würden die FH-AbsolventInnen bei den Psychotherapeutenprüfungen nicht wesentlich schlechter abschneiden als die UniversitätsabsolventInnen. Somit sei eine Verschärfung der Bedingungen nicht begründbar. Eine generelle Vereinfachung des Zuganges zur Psychotherapieausbildung (BA auch bei PsychologInnen ausreichend) hingegen passt eher zur Logik der Argumentation aus dem BMG, wird allerdings zur Zeit (!) von dieser Seite nicht angestrebt.

Die Position der KMK und des BMG ist zwar formal nachvollziehbar, würde aber inhaltlich-fachlich zu absurden Ungleichbehandlungen der Ausbildungswilligen mit verschiedenen Grundberufen führen und auch mögliche weitere negative berufspolitische Konsequenzen nach sich ziehen. So würden KJP als weniger qualifiziert gelten können, da sie ja „nur“ einen Bachelor-Abschluss vorweisen müssen. Damit wäre ihre Gleichbehandlung mit anderen Heilberufen (Ärzte, PP) fraglich. Auch inhaltlich ist angesichts der Komplexität gerade der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein solcher Qualifikationsunterschied völlig abwegig.

Es scheint, dass die neuen Studienstrukturen einfach ignoriert werden sollen. Der Schwerpunkt allen Strebens liegt offensichtlich darauf, alles so weitermachen zu können wie bisher, auch wenn die Rahmenbedingungen sich völlig ändern. Heute ist es so, dass BA-Abschlüsse an Fachhochschulen den BA-Abschlüssen an Universitäten formal gleichgestellt sind, ebenso verhält es sich mit den MA-Abschlüssen beider Hochschultypen. Vor diesem Hintergrund ist die KMK/BMG-Haltung völlig unverständlich. Auch war der Unterschied in der Ausbildungsdauer bei den unterschiedlichen Abschlüssen zum Zeitpunkt der Abfassung des Psychotherapeutengesetzes durchaus überschaubar (Regelstudienzeit für ein Diplom in Sozialpädagogik 7 Semester, für ein Diplom in Psychologie 8 Semester), während heute davon auszugehen ist, dass MA-AbsolventInnen 4 Semester länger studiert haben als BA-AbsolventInnen.

Für die DGVT und die anderen Verbände sowie für die Kammern bleibt das Thema also auf der Tagesordnung. Neben den Verbänden und Kammern wird auch die AZA-KJP (Arbeitsgemeinschaft Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), ein Zusammenschluss verschiedener Verbände und Hochschulvertreter, in der auch die DGVT aktiv mitwirkt, weiterhin das Gespräch mit den beteiligten Institutionen suchen.

Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur Tagung am 17./18. März in Bonn-Röttgen

Johannes Broil

Am 17. und 18. März fand unter dem o. g. Titel „Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur“ ein Symposium in Bonn statt, an dem ich als DGVT-Mitglied teilgenommen habe. Die Veranstalter berichten selbst wie folgt darüber:

Das Bonner Symposium "Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur" sollte „ein Forum sein für diejenigen, die sich unbehaglich fühlen angesichts der Entwicklung zu einer Psychotherapie, die ihr Selbstverständnis darin findet, Störungen zu beseitigen, ohne nach deren Sinn, Herkunft und Bedeutung zu fragen." Die Diskussion und der Streit "im Felde der sinnverstehenden, humanistischen, psychoanalytischen und systemischen Verfahren, über Grundsätzliches und Methodisches, Allgemeines und Spezifisches" waren intendiert. Die Veranstaltung mit über 150 teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern erfuhr eine ungeplante Aktualität durch die Bestrebungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Psychotherapie-Richtlinien so zu verändern, dass zukünftig Psychotherapie-Verfahren in der GKV nur noch für einzelne ICD-10-Diagnosen zugelassen werden.

Prof. Jürgen Kriz, Mitglied des wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, erklärte in seinem Einführungsvortrag: Eine "ehemals blühende Therapielandschaft" sei innerhalb kurzer Zeit zerstört worden durch Missachtung der Zugänge zur Pluralität der Lebensweisen.

"Sinnvolle Therapiewirksamkeitsforschung" ist nach den Worten von Prof. Jochen Eckert "differenzielle Therapieforchung". Die Art der Störung des Patienten ist dabei nur einer der zu beachtenden Faktoren. Psychotherapiewirksamkeitsforschung, die sich auf sog. Laborstudien (RCT-Studien, Evidenzklasse I) beschränkt, ist nicht sinnvoll. RCT-Studien setzen z.B. die freie Arztwahl außer Kraft! „Sinnvolle Wirksamkeitsforschung im Bereich Psychotherapie basiert auch auf naturalistischen Praxisstudien."

Prof. Morus Markard wies auf die wissenschaftspolitische Problematik hin, dass nämlich in der gegenwärtigen multi-paradigmatischen Psychotherapielandschaft lediglich ein Paradigma den Evidenzbegriff "usurpiert" und in Anspruch nimmt, seine inhaltliche Durchsetzung administrativ zu organisieren. Prof. Michael Buchholz ergänzte, dass diese Strategie der einer Mannschaft gleichkommt, die nicht nur um ihren Sieg kämpft, sondern gleichzeitig als Schiedsrichter auftritt, der die Spielregeln im eigenen Interesse gestaltet.

Alternativen zur störungsspezifischen Indikation: Prof. Inge Frohburg stellte dem medizinischen, einfachen Krankheitsmodell: Patient - Störung - Psychotherapie, das die störungsspezifische Indikation zur Folge hat, das biopsychosoziale Krankheitsmodell gegenüber: Welches Psychotherapieverfahren bei welchem Patienten mit welcher Störung durch welchen Therapeuten zu welchem Zeitpunkt wirkt, ist danach die wichtige Frage.

Norbert Bowe, einer der wenigen Praktiker unter den Referenten, sprach zu Grundlagen der Psychotherapie und (versorgungs)politischen Folgerungen: er berichtete aus seiner Praxis, dass 90 Prozent der Patientinnen und Patienten nicht nur eine Diagnose hätten. Störung sei mehr als eine ICD-10-Diagnose. "Die Gleichstellung unterstellt eine mechanische, fixe Beziehung zwischen Symptom und zugrundeliegenden gestörten Vorgängen."

Im Abschlussplenum machte Karl-Otto Hentze am Beispiel Neurowissenschaften vs. Psychotherapie deutlich, wie wichtig eine Gleichberechtigung von Wissenschaft und Praxis sei: Sie ergänzen sich, ersetzen sich aber nicht. Ein bildgebendes Verfahren könne sehr exakt abbilden, aber man erfahre trotzdem nichts "über das Seelische".

Soweit der Bericht der Veranstalter.

Insgesamt wurde in den Beiträgen zu der Veranstaltung das Unbehagen über die Entwicklung der Psychotherapie im Gesundheitssystem formuliert. Man stellte fest, dass zwar durch Psychotherapeutengesetz, Psychotherapie-Richtlinien und Teilnahme an der gesetzlichen Krankenversorgung wichtige Meilensteine erreicht sind, dass aber nun das System auf die Psychotherapie zurückwirkt, indem Verfahren, die nicht den Systemkriterien gehorchen, ausgegrenzt werden bzw. bleiben. Immer wieder wurde konstatiert, dass man sich deshalb eigentlich dem Gesundheitssystem versagen müsste und den Weg außerhalb des Systems weitergehen müsste. Dabei wurde viel zu wenig betrachtet, dass es sich bei der reklamierten Begrenzung auf „Evidenzbasierung“ um eine Entwicklung im gesamten Gesundheitssystem handelt, dass überall Verfahren und Methoden auf der Strecke bleiben, die beanspruchen ganzheitlicher und weniger symptomorientiert zu sein.

Mein Unbehagen stellte sich zunehmend an dem Punkt ein, an dem die Konfliktpartner bei den Richtlinienverfahren, besonders bei der Verhaltenstherapie, gesucht wurden. Als hätte nicht gerade die Verhaltenstherapie in Deutschland sich kritisch mit der Symptomfixierung auseinandergesetzt, als wäre die Sicht auf gesellschaftliche Bedingtheit psychischer Störungen nicht Bestandteil verhaltenstherapeutischer Ausbildung, zumindest bei der DGVT. Hier wird eine Verschwörungstheorie aufgebaut, die trennt zwischen den sich ausgegrenzt Erlebenden, den „Sinnverstehern“ und den am System beteiligten, denen unterstellt wird, eine Abschottungspolitik zu betreiben. Die Ausgrenzung weiterer Verfahren wird mit folgendem Vorwurf unterstellt: „Dies wäre der Sieg eines interessenpolitisch motivierten Schachzugs, der therapeutische Verfahren den naturwissenschaftlich-mechanistischen Denkweisen und einem rein funktionalistischen Menschenbild unterordnet.“

Hätte man es bei der Veranstaltung dabei belassen, das Unbehagen über die Entwicklung von Psychotherapie im System des Gesundheitssystems zu formulieren, auf die Gefahren aufmerksam zu machen und Alternativen aufzuzeigen, wäre es eine Veranstaltung geworden, die jede Unterstützung durch die DGVT verdient hätte. Man hätte uns als Bündnispartner für die Sache einer blühenden Psychotherapielandschaft gewinnen können.

Am Ende des Symposiums legten die Veranstalter die „Bonner Erklärung“ vor, die dann im Plenum diskutiert wurde.

*„Die Verfasser der **Bonner Erklärung** halten es schlichtweg für einen Skandal, dass sich behandlungsbedürftige Menschen künftig ganz der sich verschärfenden ökonomischen Verwertungslogik unterordnen sollen, weil dies angeblich der Globalisierungsdruck verlange. Vor diesem Hintergrund hätten nur noch den naturwissenschaftlich-mechanistischen Denkweisen nachgebildete Modelle therapeutischen Handelns einen Platz. Diese Denkart fordert, dass therapeutisches Handeln effektiver und rationeller sein müsse als humanistische Ansätze, die auf die Selbstverständigung von Menschen über ihre Lage abzielen, deren Erfolg sich aber mit standardisierten Messverfahren nicht angemessen darstellen lässt. Die Verfasser der Resolution bestreiten, dass naturwissenschaftliche Modelle den Austausch zwischen Menschen und damit den therapeutischen Heilungsprozess hinreichend abbilden können. Die Vorstellung, man könne Störungen von dem Menschen isolieren und abgelöst von der Persönlichkeit betrachten und behandeln, sei ein fataler Irrweg, der wegen des vorauszusehenden Patiententourismus am Ende teurer wird.“*

Ich habe in der Diskussion über die Bonner Erklärung darauf hingewiesen, dass diese von der oben beschriebenen Verschwörungstheorie getragen ist, ich habe mich dagegen verwahrt, dass der Verhaltenstherapie als naturwissenschaftlich orientiertem Ansatz, der Menschen in ihrem Leiden unter Symptomen ernst nimmt, unterstellt wird, sie betreibe eine Abschottungspolitik. Ich habe konkrete Änderungsvorschläge gemacht, die aber nicht berücksichtigt wurden, sodass ich der Erklärung nicht zustimmen konnte.

Auch wenn in der Zwischenzeit viele Psychotherapeuten/innen die Bonner Erklärung unterzeichnet haben, halte ich diese aus DGVT-Sicht nicht für unterstützungsfähig. Sie verschiebt den Konflikt zwischen Psychotherapie und gesellschaftlicher Realisation im Gesundheitssystem auf einen Konflikt zwischen Verfahren und Verbänden. Das Unbehagen über die Auswirkung gesellschaftlicher Begrenzungen auf die Psychotherapiekultur wird umgelenkt auf ein Unbehagen gegenüber den Verfahren und Verbänden, die versuchen Psychotherapie als GKV-Leistung real zu gestalten und abzusichern.

Psychotherapeuten sind den Weg ins Gesundheitssystem gegangen, haben dabei den Erfolg erungen, Psychotherapie im Gesundheitssystem zu etablieren. Die Bedingungen des Systems haben natürlich Auswirkungen auf unsere Wissenschaft, auf unsere Kultur. Dem Unbehagen darüber Ausdruck verliehen zu haben, ist sicher das Verdienst der Bonner Veranstalter. Die Bonner Erklärung löst aber ein Unbehagen bei den Psychotherapeuten aus, die sich um eine Weiterentwicklung von Psychotherapie im Gesundheitssystem bemühen.

Aus den Psychotherapeutenkammern

Bericht vom 8. Deutschen Psychotherapeutentag am 13. Mai 2006 in Frankfurt

Heinz Liebeck

Vorweg: Der 8. DPT war gekennzeichnet durch einen sehr kooperativen und freundlichen Umgang der Delegierten miteinander, der nach den früheren Verläufen kaum zu erwarten war. Vielleicht ist diese positive Entwicklung durch die größere Routine, vermutlich aber auch durch die souveräne und verbindliche Art des Präsidenten der BptK, Rainer Richter, begründet. So bekam zunächst der Vorstand zwar auch ein wenig Tadel, aber deutlich überwog das Lob für die Arbeit des Vorstandes, auch in so heiklen und eine schnelle Reaktion erfordernden Angelegenheiten wie der Veränderung der Psychotherapierichtlinien.

Wesentlicher Inhalt des 8. DPT war die Diskussion um eine Weiterbildungsordnung. Anfangs wurde länger diskutiert, ob überhaupt eine Weiterbildungsordnung (zumindest zu diesem Zeitpunkt) erlassen werden sollte, für und wider wurden dabei ein bisschen leidenschaftlich diskutiert. Schließlich konnten die Delegierten sich für die Diskussion und Verabschiedung des eingebrachten Entwurfes (inkl. des Teiles B: Neuropsychologie) entscheiden, der bei minimalen Änderungen mit einer Zweidrittelmehrheit angenommen wurde. Wenn die Weiterbildungsordnung nicht eine Inflation von Weiterbildungen nach sich zieht, mag diese Entscheidung auch richtig gewesen sein. Sollte es zu einer Inflation von Weiterbildungen kommen, dann ist zu befürchten, dass der Einstieg in eine Weiterbildungsordnung auch ein Einstieg in die Abwertung der Approbationen gewesen ist, was unbedingt zu verhindern wäre. Ein weiterer Diskussionspunkt waren Satzungsänderungen der BptK (Länderrat, Finanzausschuss), die sinnvolle Verbesserungen darzustellen scheinen und aus den Erfahrungen der letzten Jahre begründet werden konnten. Ein Teil der andiskutierten Satzungsänderungen wurde auf den nächsten DPT zur Behandlung vertagt, um noch Zeit für einige Resolutionen zu haben. Am Ende dieses Deutschen Psychotherapeutentages wurden mehrere Resolutionen fast immer einstimmig zu folgenden Inhalten verabschiedet: Bachelor- oder Masterstudiengang als eine Voraussetzung für die Psychotherapieausbildung, Gesprächspsychotherapie als Verfahren in der GKV, Anpassung der Psychotherapie-richtlinien, Versorgung mit Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Drogenprävention bei Kindern und Jugendlichen, Ambulante Versorgung von Patienten mit hirngorganisch bedingten psychischen Störungen.

Insgesamt verlief der 8. DPT (s. o.) in einer beängstigend harmonischen Atmosphäre, obwohl durchaus wichtige Aspekte abgearbeitet werden konnten. In der Hoffnung, diese gute Atmosphä-

re mit diesem Bericht nicht für den 9. DPT, der am 18. November in Köln stattfinden wird, „verschrien“ zu haben, kann ich mich fast auf jenen freuen.

Die Dokumentation zum 8. Deutschen Psychotherapeutentag können Sie auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer nachlesen unter www.bptk.de/aktuelles/news/134753.html.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer: Errichtungsausschuss berufen

Durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales wurden am 8.4.06 die Mitglieder des Errichtungsausschusses der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer offiziell berufen. Laut Staatsvertrag fungiert der Errichtungsausschuss als vorläufige Kammerversammlung und der Vorstand als Präsidium. Seine Aufgabe ist u. a., die Strukturen für eine arbeitsfähige Kammer durch Erstellung des Mitgliederverzeichnisses und Organisation der Wahl zur Kammerversammlung aufzubauen.

Als Vorstand des Errichtungsausschusses wurden Frau Beate Caspar (Vorsitzende) und Herr Johannes Pabel (Stellvertreter), beide für Sachsen-Anhalt gewählt. Dem Errichtungsausschuss gehören an: für Thüringen Frau Aniko Baum und Herr Volker Schmidt, für Sachsen Frau Edda Hoffmann und Frau Andrea Mrazek, für Brandenburg Herr Jürgen Golombek und Herr Johannes Grünbaum und für Mecklenburg-Vorpommern Frau Martina Bahnsen und Frau Helga Bernt.

Auf der Klausurtagung des Errichtungsausschusses der OPK am 05. und 06. Mai in Radebeul wurden wichtige praktische Schritte zum Kammeraufbau eingeleitet. So wurden u. a. im Beisein des Vertreters der Aufsichtsbehörde die Hauptsatzung, die Meldeordnung, die vorläufige Beitrags- und die Wahlordnung beschlossen sowie praktische Fragen der Wahlfinanzierung und -durchführung geplant. Nach nochmaliger Prüfung der Ordnungen durch die Aufsichtsbehörde werden diese auf der Website der OPK veröffentlicht. Die Meldebogen werden evtl. schon im Verlaufe des Junis verschickt werden können. Nach erfolgtem Rücklauf kann die Wahl zur ersten regulären Kammerversammlung vom Wahlleiter eröffnet werden.

Alle approbierten Kollegen aus den fünf neuen Bundesländern sollten sich auf der Website der OPK: www.ihre-OPK.de informieren. Wer kein Anschreiben der OPK zur Info und Meldung bekommt, sollte sich seinen Meldebogen herunterladen, denn die Adressenlisten der Approbationsverzeichnisse sind nicht aktualisiert worden. Sie sehen also es bewegt sich.

Ohne Finanzen geht nichts. Ich möchte deshalb nun schon darum bitten, den anteiligen Jahresbeitrag (der vorläufig beschlossene volle Jahresbeitrag beträgt 450 Euro) dann möglichst zeitig zu begleichen, sie kommen ja nicht umhin und helfen die Kreditlast ihrer OPK zu reduzieren. Zu Fragen, wie die OPK die inhaltlichen Schwerpunkte ihrer berufspolitischen Arbeit setzen wird - dies entscheidet dann die neu gewählte Vertreterversammlung, die Sie durch Ihre Mitarbeit oder Wahl unbedingt mitgestalten sollten.

Helga Bernt (Mitglied des Errichtungsausschusses)

Beiträge der Landespsychotherapeutenkammern

(Stand 17. Mai 2006, alle Angaben ohne Gewähr)

Psychotherapeutenkammer bzw. Land	Beitragsbemessung	Jahresbeitrag 2005 (gerundet)	Anzahl der Kammermitglieder bzw. der Approbierten	Quelle
Baden-Württemberg	Für alle Mitglieder Einheitstarif Außer auf Antrag: Erlass des gesamten Beitrags bzw. Ermäßigungen auf die Hälfte bei sozialen Härtefällen (Familieneinkommen unter 14 490 bzw. 21 735 Euro im Jahr) Doppelte Kammermitgliedschaft : Freiwillige Mitglieder (z.B. ohne Berufsausübung, im Ausland lebend): Nicht mehr berufstätig (auf Antrag):	320 € 0 € 160 € 160 € 160 € 160 € bzw. beitragsfrei (Härtefälle) beitragsfrei	ca. 3 970 Mitglieder	Homepage der Kammer: www.lpk-bw.de Stand: Okt. 2004
Bayern	Für die Beitragsfestsetzung ist Erklärung des Mitgliedes zur Einstufung innerhalb 4 Wochen erforderlich. Kommt das Mitglied dieser 4-Wochen-Frist nicht nach erfolgt Einstufung in Beitragsgruppe A. Härtefallregelung Beitragsgruppe A (selbstständig tätig): Beitragsgruppe B (angestellt tätig): Beitragsgruppe C (sowohl selbstständig als auch angestellt tätig): Mindestbeitrag (berufsfremd tätig oder nicht berufstätig):	350,00 € 310,00 € 330,00 € 60,00 €	ca. 4 700	Beitragsordnung vom 18.9.2003, zuletzt geändert am 28.10.2004

Berlin	- Regelbeitrag: - Ermäßigungsbeitrag:	250,00 € 80,00 €	3 246 (Stand: 1/2006)	Anlage zur Beitragsordnung v. 27.02.2003
Bremen	Mindestbeitrag: Einkommensgestaffelter Tarif nach zu versteuerndem Einkommen (Hebesatz 2004= 0,79%) Freiwillige Mitglieder: PsychotherapeutInnen in Ausbildung:	120,00 € 80,00 € 0,00 €	ca. 450	Satzung der Psychotherapeutenkammer Bremen, beschlossen am 15.11.2005
Hamburg	Allgemeiner Grundbeitrag (Zusatzbeitrag für Angestellte = 0,75 % und für Freiberufler = 0,95 % des Einkommens aus psychotherapeutischer Tätigkeit.) Freiwillige Mitglieder: PsychotherapeutInnen in Ausbildung:	78,00 € 78,00 € 0,00 €	1 309 (inkl. Freiwillige Mitglieder und Doppelmitglieder) (Stand: 1/2006)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 26.01.2005
Hessen	Einkommensgestaffelter Tarif nach Einkünften gem. § 2 Abs. 2 EStG mit Härtefallregelung. Beitragsveranlagung durch Selbsteinstufung bis zum 1. März eines jeden Jahres. z.B. bis 6.000 € Jahreseinkommen bis 32 000 € bis 42 000 € bis 68 000 € ab 68 001 €	Beitragsstaffelung in 20 Euro-Schritten 40,00 € 300,00 € 400,00 € 660,00 € 680,00 €	2 773 (Stand: 1/2006)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen (Stand 05.11.2005)

Niedersachsen	<p>Einheitstarif plus Ermäßigungstatbestände und Härtefallregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jahresbeitrag: 400,00 € - Angestellte/Beamte: 330,00 € <p>(bei Nebeneinkünften aus psychotherapeutischer Tätigkeit fällt der volle Beitrag an)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kammermitglieder, die einschließlich aller Nebentätigkeiten < 50% tätig sind: 200,00 € - Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen, arbeitslos sind, die Mutterschutz unterliegen oder Elternzeit in Anspruch nehmen: 80,00 € - Für Kammermitglieder, die auch in einer anderen Kammer Mitglied sind (gilt nicht bei einer freiwilligen Mitgliedschaft) halbiert sich der Kammerbeitrag. - Beitragsbefreiung <p>Kammermitglieder, die das 65. Lebensjahr vollenden, werden vom folgenden Jahr an von der Beitragspflicht befreit, soweit sie keine Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen.</p> <p>Mitglieder der PKN, die sich in Niedersachsen in der Ausbildung befinden u. praktische Ausbildung begonnen haben.</p>		ca. 2 730	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) vom 05.12.2001, geändert am 03.12.2005
Nordrhein-Westfalen	<p>Einheitstarif:</p> <p>Ermäßigung auf 50 % bei Arbeitslosigkeit, Mutterschafts- u. Erziehungsurlaub, gesundheitliche Gründe. Des weiteren Möglichkeit der Stundung, Befreiung, Niederschlagung.</p>	<p>250,00 € (ab 2002)</p> <p>Der Beitrag kann in dem Jahr, in dem die berufliche Erwerbstätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde, auf bis zu 20 % reduziert werden.</p>	6 974 (Stand: 01/2006)	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW vom 28.09.2003

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)	Jahresvollbeitrag von 450 € (vorläufige Festlegung des Errichtungsausschusses der OPK.)		ca. 1 700	(Beitragsordnung vom 12.02.2004) Beschlussen vom Errichtungsausschuss am 06. Mai 2006, rechtskräftig nach Veröffentlichung im Sächsischen Staatsanzeiger
Rheinland-Pfalz	Vollbeschäftigte: Halbtags und geringer Beschäftigte: Niedergelassene erhalten eine Beitragsreduktion, wenn ihr bereinigtes Einkommen unter 13.000 € liegt (Einkommen abzüglich Praxiskosten und Kosten privater Vorsorge)	580 € 290 €	ca. 1 200	Beschluss der Vertreterversammlung vom 10.05.2006
Saarland	Vollbeitrag (Niedergelassene): 75 % (Angestellte/Beamte): 50 % (Niedergelassene mit Beitragsermäßigung bei eingeschränkter Berufstätigkeit (Arbeitslosigkeit, Krankheit etc.): 37,5 % (Angestellte/Beamte bei eingeschränkter Berufstätigkeit (s.o.): Festbeitrag für freiw. Mitglieder und Mitglieder, die Beruf nicht mehr ausüben:	440,00 € 330,00 € 220,00 € 165,00 € 80,00 €	ca. 405	Beitragsordnung v. 14.03.2005
Schleswig-Holstein	Beitragsklasse I (Selbstständige PP u. KJP): Beitragsklasse II (angestellte u. verbeamtete PP u. KJP): Beitragsklasse III (Kammermitglieder, die nicht psychotherapeutisch tätig sind): Beitragsklasse IV (Kammermitglieder der Beitragsklassen I bzw. II bzw. III, die eine Ermäßigung erhalten): Beitragsklasse V (Mitglieder über 65 J., die Beruf nicht mehr ausüben): Ermäßigungsanträge wegen „wirtschaftlicher Härten“ werden vom Vorstand entschieden.	460,00 € 420,00 € 380,00 € 230 € bzw. 210 € bzw. 190 € 10% des vollen Beitrages + Beitrag BPTK	980 (Stand 1/2006)	Beitragssatzung vom 12.12.2003

Übersichten zu den Entschädigungs- und Reisekostenordnungen der Psychotherapeutenkammern

- verkürzte Darstellung, Stand 17. Mai 2006, alle Angaben ohne Gewähr -

Land	Entschädigungen Vorstandsarbeit	Zeitausfälle für andere Funktionäre (und ggf. VS)	Reisekosten	Übernachtungen	Quelle/Stand
Bundespsychotherapeutenkammer	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 4 500 € Vizepräsident: 3 500 € weitere Vorstandsmitgl.: je 2.500 €</p> <p><i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i> Präsident/Vizepräs.: 150 € weitere Vorstandsmitglieder: je 100 €</p>	40 € pro Stunde, jedoch max. 8 Std. (320 €) pro Tag.	<p><u>Bahn:</u> 1. Klasse (mit Bahn-Card50). <u>PKW:</u> 0,30 €/km pro weitere mitgen. Personen 0,10 €/km. <u>Flug:</u> Economy-Class für Vorstandsmitglieder, sofern Benutzung anderer Verkehrsmittel aus Zeitgründen nicht zumutbar ist.</p>	Übernachtungskosten bis 100 € pro Nacht + Nebenkosten (z.B. Taxikosten, Park- u. Autobahngebühren).	Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 1.11.2003; geändert am 15.10.2005.
Baden-Württemberg	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 5 000 € Vizepräs.: 2 500 € 3 weitere Vorstandsmitglieder: je 2.000 €</p> <p><i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i> Präsident: 250 € Vizepräs.: 200 € 3 weitere Vorstandsmitglieder: je 100 € Für die Vorstände entfällt die Sitzungspauschale.</p>	<p>250 € pro Vertreterversammlung (pauschal), jeder weitere Tag 150 €</p> <p>Bei Ausschusssitzungen je angefangener Stunde 55 € für alle Teilnehmer.</p> <p>Summe der Aufwandsentschädigung höchstens 550 €/Tag bzw. 610€/Tag (DPT)</p>	<p>Entschädigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reisezeit 30 €/Std. - Bahn- und Flugpreise; - bei eingesetzter Bahncard entsprechende Reduktion - bei PKW 0,30 € bzw. 0,40 €/km (Höherer Betrag bei Mitnahme eines Kollegen) - Tagegeld - Notwendige Nebenkosten (z. B. Taxikosten, Parkgebühren) - Bei Teilnahme an Schulungen u. Fortbildungen: Tagegeld 10 €/Tag. 	Übernachtungskosten bis 120 €	Entschädigungs- und Reisekostenordnung verabschiedet am 13. Dezember 2003
Bayern	<p><i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 3 950 € Vizepräsident: 2 600 € Beisitzer: 1 400 €</p> <p><i>Monatliche Bürokostenpauschale:</i> Präsident: 250 €</p>	Aufwandsentschädigung für Ausschuss- bzw. Kommissionsvorsitzende 50 €/Sitzung. Für zeitliche Inanspruchnahme werden je Abwesenheitsstunde 50€ erstattet.	<p><u>Bahn:</u> 2. Klasse (in begründeten Ausnahmefällen 1. Klasse) inkl. aller Zuschläge. <u>PKW:</u> 0,45 €/km, pro weitere mitgen. Personen 0,45 € <u>Flug:</u> Nur sofern die Benutzung anderer Verkehrsmittel nicht zumutbar ist und sofern Flugkos-</p>	20 € pro Übernachtung ohne Einzelnachweis. Gegen Beleg in der Höhe der angefallenen Kosten, max. in Höhe 120 €/Nacht.	Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 18.09.2003.

	Vizepräsident: 200 € Beisitzer: 150 €		ten günstiger bzw. gleich hoch als andere Verkehrsmittel.		
Berlin	Präsident: 3 500 € Vizepräsident: 2 800 € BeisitzerInnen: 1 200 €	<i>Aufwandsentschädigung</i> Teilnahme an Sitzungen der DV, Ausschüsse oder anderer Gremien: pauschal 50 € pro Sitzung bei max. 4 DV, 7 Ausschusssitzungen. Teilnahme an Klausurtagung (max. 1 Tagung im Jahr pro Ausschuss): 100 € Dienstreisen pro volle Std. 50 €, max. 300 € pro Tag Ausschuss-sprecher erhalten monatlich 150 € pauschal. Vorsitzende der Sitzungsleitung erhalten monatlich 100 € pauschal, andere Mitglieder der Sitzungsleitung 50 € pauschal.	PKW: 0,30 € pro km, bis max. 300 km pro Dienstreise Bahnfahrten: 2. Klasse mit Zuschlägen gegen Beleg. Flugkosten: gegen Beleg, jedoch max. bis 20 % über den Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse zum gleichen Ort. Fahrtkosten innerhalb Berlins werden nicht erstattet.	Angemessene Übernachtung gegen Beleg, max. 100 € pro Übernachtung (in strittigen Fällen entscheidet PräsidentIn). Nebenkosten bis max. 25 € pro Tag.	Entschädigungsordnung vom 27.02.2003; zuletzt geändert in der DV am 3.03.2005. (Für Mitglieder des Vorstands werden die pauschalen Aufwandsentschädigungen gesondert geregelt.)
Bremen	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1 100 € Stellvertr.: 550 € Beisitzer: 170 €	Für extern veranlasste Termine innerhalb Bremens, wenn es zu Verdienst- oder Honorarausfall kommt: 40 €/Stunde* (Abrechnung halbstundenweise bis max. 8 Stunden/Tag) Für Dienstreisen außerhalb Bremens (Abrechnung halbstundenweise bis max. 8 Stunden/Tag) werden 40 €/Stunde* bezahlt. * Setzt Beschluss des Kammer-vorstandes voraus.	Dienstreisen außerhalb Bremens werden erstattet mit: Bahn: 1. Klasse zzgl. Zuschläge (Ermäßigungsmöglichkeiten müssen genutzt werden). PKW: 0,30 €/gefahrenen km pro weitere mitgen. Person: 0,05 € zusätzlich. Flug: in Ausnahmefällen Economy-Class möglich, wenn Vergleichsrechnung inkl. evtl. Übernachtungskosten es vertretbar erscheinen lassen.	In Höhe der angef. Kosten, max. in Höhe 100 €/Nacht. Höhere Kosten bedürfen eines VS-Beschlusses. Erstattungen anderer Organisationen sind in voller Höhe anzurechnen.	Ordnung über Aufwandsentschädigungen und Reisekosten der Psychotherapeutenkammer Bremen vom 28.10.2003.
Hamburg	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 2 000 € Vizepräsident: 1 500 € Beisitzer: 1 000 €	Verdienstaufschlag: 61 €/Std. (max. 5 Std. pro Arbeitstag). Bürokostenpauschale pro Jahr: 120 € (für Mitglieder der Kammer-	Bahn: 1. Klasse zzgl. evtl. Taxikosten. PKW: 0,30 €/gefahrenen km, pro weitere mitgen. Personen 0,02 € zusätzlich.	Max. 100 € (in begründeten Einzelfällen 130 € pro Nacht). Verpflegung bei	3. Entschädigungsordnung von der Kammerversammlung beschlossen am 15.09.2004.

	Vorstandsmitglieder erhalten darüber hinaus keine Sitzungsgelder.	versammlung). Sitzungsgeld pro Sitzung: 77 €	Flug: nur mit vorheriger Genehmigung des Vorstandes.	Abwesenheit von 8-14 Std. 6 € 14-24 Std. 12 € 24 Std. 24 €	
Hessen	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 3 360 € Vizepräsident: 3 360 € Beisitzer: 1 120 €	Teilnahme an DV 300 €/Tag. Teilnahme an Ausschuss- oder AG-Sitzungen 200 €/Tag; Ausschussvorsitzende: 240 €	PKW: 0,46 €/km, je weitere mitgenom. Person 0,10 € 1. Klasse/Economy Class wird erstattet. Fahrzeiten werden mit 7,50 €/je Viertelstunde vergütet.	Übernachtung u. Frühstück bis 125 €	Aufwandsentschädigungsordnung, beschlossen am 11.06.2005.
Niedersachsen	<i>Entschädigung für Vorstandsarbeit:</i> Jedes VS-Mitglied erhält eine Pauschale. Die Höhe wird von der DV festgelegt. (Ergänzt 17.09.2003): Der Vorsitzende erhält 2.300€/Monat, die übrigen Mitglieder 1 483 €. Damit sind alle VS-Sitzungen 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 €	Reisekosten- und Sitzungsgeldordnung für Organmitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 16.03.2002
NRW	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> PräsidentIn: 4 400 € VizepräsidentIn: 2 400 € Beisitzer: 1 200 € Mitglieder des VS erhalten außerdem eine Entschädigung f. zeitl. Inanspruchnahme für die Mitglieder der DV und für VS-Mitglieder gem. der Entschädigungs- und Reisekostenordnung.	<i>Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme:</i> Je Abwesenheitsstunde 40 € Dabei gilt: Die Abrechnung erfolgt in vollen Stunden, wobei je Kalendertag maximal 9 Std. entschädigt werden.	PKW: 0,50 €/km pauschal. Bahn: 1. Klasse. Ebenso Zuschläge, Nebenkosten, z. B. Parkgebühren, Kosten für die Beförderung von Gepäck und für die Benutzung von Taxen. Flugkosten (Economy-Class) nach vorheriger Genehmigung durch den VS. PräsidentIn und VizepräsidentIn erhalten auf Antrag 50 % der BahnCard 1. Klasse ersetzt.	Max. 130 € pro Übernachtung gegen Nachweis. Übernachtungsgeld pauschal je Übernachtung 20 €	Entschädigungs- und Reisekostenordnung der PTK NRW vom 14.09.2002.
Rheinland-Pfalz	<i>Monatliche Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1 800 € Vizepräsident: 1 000 € Beisitzer 500 € plus 100 € / 50 € / 25 € Bürokostenpauschale	Sitzungen von Vertreterversammlung 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 0,30 €	Max. 130 €	Entschädigungsordnung vom 27. November 2003.

	für Präsi / Vize / Beisitzer				
Saarland	<p><i>Monatl. Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1.500 € Vizepräs.: 1.000 € 3 BeisitzerInnen: je 400 €</p>	<p>Mitglieder der Vertreterversammlung, Ausschüsse und Kommissionen 50 €/Sitzung; Ausschussvorsitzende 75 €/Sitzung. <i>Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme bei Dienstreisen u. bei besonderen Aktivitäten im Auftrag des Vorstandes: 30 €/Std. (jedoch max. 8 Std. pro Tag).</i></p>	<p>Fahrtkosten: Bahn 2. Klasse incl. aller Zuschläge bzw. 0,30 €/gefahrenen km und 0,05 € pro mitgenommene Person. Übernahme Flugkosten erfordert Genehmigung des Vorstandes. Sonstige Nebenkosten werden gegen Beleg erstattet.</p>	<p>Übernachtung: Max. 100 €/Nacht incl. Frühstück.</p>	<p>Regelung der Aufwandsentschädigung und Reisekosten der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes für 20054.</p>
Schleswig-Holstein	<p><i>Monatl. Aufwandsentschädigung:</i> Präsident: 1 800 € Vizepräs.: 1 400 € Weitere VS-Mitgl.: 600 € <i>Monatl. Bürokostenpauschale:</i> Präsident/Vizepräs.: 90 € Weitere Vorst.-Mitgl.: 80 € <i>Sitzungsgeld:</i> 40 €/Std. (max. 5 Std. pro Sitzung)</p>	<p>Alle Kammerversammlungs-, Ausschuss-/Kommissions- und Vorstandsmitglieder erhalten für ihre jeweiligen Sitzungen Aufwandsentschädigungen in Höhe von 40 € je Stunde (für eine Sitzung max. 200 €). <i>Bürokostenpauschale:</i> Ausschussmitglieder: 5 €/Sitzung Sprecher d. Ausschüsse: 15 €/Sitzung</p>	<p>Öffentliche Verkehrsmittel: 2. Klasse DB, 1. Klasse bei Nutzung eigener BahnCard. Flugkosten nur nach Genehmigung durch Vorstand. PKW: 0,28 € je gefahrenen km. Verpflegungspauschale: 18,50 € bei Abwesenheit von mehr als 10 Std.</p>	<p>Bis 93 € je Übernachtung.</p>	<p>Entschädigungs- und Reisekostenordnung der PKSH vom 29.08.2003.</p>

Weitere Infos

Praxisleitfaden zur ICF veröffentlicht

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat im März des Jahres einen Praxisleitfaden zur ICF (Internationale Klassifikation der funktionalen Gesundheit) veröffentlicht. Ziel dieses Leitfadens ist es, insbesondere die an der Schnittstelle zur Rehabilitation (z.B. Reha-Zugang, Reha-Nachsorge) tätigen Ärzte und andere Fachkräfte mit der Konzeption der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) vertraut zu machen und die ICF als Instrument für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen. Dies bedeutet eine Ergänzung des bio-medizinischen Modells (ICD) um das bio-psycho-soziale Modell (ICF). Der trägerübergreifend konzipierte Leitfaden vermittelt einen Einblick in die Bedeutung und die praktischen Anwendungsmöglichkeiten der ICF und er ist insbesondere auch auf die ICF-bezogenen Anforderungen für die Qualifikation zur Reha-Verordnung gemäß den Reha-Richtlinien abgestimmt.

Anhand eines komplexen Fallbeispiels wird vermittelt, wie anamnestische Daten und klinische Befunde mit den Begrifflichkeiten der ICF korrelieren.

Das konkrete Anwendungsbeispiel macht auch den Ansatz der ICF für die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich. Durch die Praxisorientierung des Leitfadens sollen neben Ärzten, der primären Zielgruppe, auch möglichst viele weitere am Reha-Prozess beteiligte Professionen (z.B. Reha-Fachkräfte, Sachbearbeiter, Servicestellenmitarbeiter) erreicht werden. Die Vermittlung der ICF soll nicht zuletzt auch bei den betroffenen Menschen selbst ein bio-psycho-soziales Verständnis der Rehabilitation fördern.

http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-druck_1445.pdf

Versorgungsbericht der KVSH: Nur noch 21 Ärzte unter 35 Jahren

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein hat ihren ersten Versorgungsbericht vorgelegt. Damit soll Ärzten, Psychotherapeuten und politisch Verantwortlichen eine differenzierte und möglichst umfassende Beschreibung der Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein zur Verfügung gestellt werden.

Der Bericht gibt einen Überblick über die ambulante ärztliche Versorgung durch 4.900 niedergelassene und ermächtigte Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein. Informiert wird unter anderem über die Entwicklung von Haus- und Facharztdichte, Kooperationsformen niedergelassener Ärzte, ambulante Operationen und die Altersentwicklung der Ärzte des KV-Bereichs. Versorgungsprobleme ergeben sich in naher Zukunft v. a. wegen der Altersstruktur: Waren 1996 noch etwa 15 Prozent der Niedergelassenen 39 Jahre oder jünger, waren es im Jahr 2005 mit etwas über sechs Prozent nicht einmal mehr halb so viele. Bis zu 34 Jahre alt sind lediglich 21 Niedergelassene. Der Anteil der älteren Ärzte steigt hingegen stetig an.

Der vollständige Bericht findet sich unter www.kvsh.de.



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

5. DGVT-Praxistage

der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

vom 4. - 5. November 2006

Veranstaltungsort: Schöneberger Rathaus in Berlin

Ein Blick über den Tellerrand

... der KJP-Verhaltenstherapie

Einige Workshopangebote:

- **Hypnotherapie und Verhaltenstherapie im Umgang mit Ängsten und Träumen**
Hiltrud Bierbaum-Luttermann
- **Energetische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen**
Karin Hauffe
- **VT- und NLP-Techniken in der Eltern-/Lehrerarbeit**
Evelin Brunner
- **Traumatherapie/EMDR**
Dagmar Eckers
- **Systemische Kurzzeittherapie mit Familien**
Martin Gruber
- **...und viele weitere Workshopangebote**

Wir freuen uns auf Sie in Berlin!

Weitere Informationen:

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

☎ 07071 94 34-44 ☎ 07071 94 34-35

E-Mail: awk@dgvt.de oder unter www.dgvt.de

*Das Programmheft
ist im Juni erhältlich.
Fordern Sie
es an!*

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Mecklenburg-Vorpommern:** Die DGVT-Gruppe für den Raum Rostock trifft sich **regelmäßig am vorletzten Donnerstag des jeweiligen Monats um 19:30 Uhr** im Rahmen einer Interventionsgruppe. E-Mail: mecklenburg-vorpommern@dgvt.de oder telefonisch unter 0381 8071132 oder per Fax 0381 8071108 (Katrin Prante) an.
- **Saarland:** Fortbildungsreihe der DGVT-Landesgruppe Saarland *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) von Steven Hayes*. Geplant sind 10 Sitzungen, die nächsten Termine finden am 23. Mai, 13. Juni und 11. Juli 2006 in Saarbrücken statt. Weitere Informationen bei Dr. Raimund Metzger, E-Mail: saarland@dgvt.de.
- **Schleswig-Holstein: Mittwoch, 11.10.2006 um 19:00 Uhr**, Mitgliederversammlung der Landesgruppe in der Psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt.
Kammerversammlung: Freitag, 30.06.2006, um 15:00 Uhr, in der Geschäftsstelle der PKSH (kammeröffentlich!)

Ankündigung

16. Workshoptagung

der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

in Verbindung mit

5. Workshopkongress

für Klinische Psychologie und Psychotherapie

25. Symposium

der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

vom

17. – 19. Mai 2007

in Tübingen

Weitere Informationen:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Postfach 13 43, 72003 Tübingen

☎ 07071 9434-44 ☎ 07071 9434-35

E-Mail: awk@dgvt.de Homepage: www.dgvt.de