



Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 11. November 2005

Inhaltsverzeichnis

Berufspolitische Informationen

- Ø **Politisches Sofortprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**
Waltraud Deubert 4
- Ø **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum
einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement für Vertragsärzte,
Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren**
Heinz Liebeck 5
- Ø **Forschungsprogramm zur Wirkung von Psychotherapie –
was ist eigentlich daraus geworden?** 6

Tagungsberichte

- Ø **Fachtagung der DGVT zum internationalen Forschungsstand der
Verhaltenstherapie am 30. Sept. und 1. Oktober 2005 in Frankfurt/Main**
Matthias Richard 7
- Ø **35. Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies
(EABCT) vom 21. bis 24. September 2005 in Thessaloniki**
Thomas Heidenreich, Andreas Veith 12
- Ø **Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zu depressiven Störungen
2. Sitzung am 30. Sept. in Frankfurt/M.** *Rudi Merod* 14

Berichte aus den Landesgruppen

- Baden-Württemberg 15
- Bayern 16

Berlin	17
Brandenburg	18
... <i>Gibt es Neues zur Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer?</i>	20
Hamburg	20
Hessen.....	21
Nordrhein-Westfalen	23
Saarland	25
Schleswig-Holstein	25

Aus den Psychotherapeutenkammern

Ø 6. Deutscher Psychotherapeutentag am 15. Oktober 2005 in Hamburg <i>Heiner Vogel, Heinz Liebeck</i>	29
---	----

Alles was Recht ist . . .

Ø Keine Umsatzsteuerfreiheit für Supervisionsleistungen, die nicht der Ausbildung dienen <i>Kerstin Burgdorf</i>	32
Ø Kammerrechtstag in Düsseldorf am 22./23.09.2005 <i>Kerstin Burgdorf</i>	33
Ø Landessozialgericht Baden-Württemberg - Gesprächspsychotherapeuten haben Anspruch auf Fachkudeanererkennung	34

Aus der DGVT

Ø Treffen der Psychotherapeutenverbände (GK II) am 9. Oktober 2005 in Bonn <i>Waltraud Deubert, Heiner Vogel</i>	37
Ø Sitzung der VT-Verbände am 24. Oktober 2005 in Frankfurt am Main <i>Heiner Vogel</i>	40
Ø „Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung in KJP“ gegründet <i>Michael Borg-Laufs</i>	41

Weitere Infos

Ø Infos	42
Ø Regionale Mitgliedertreffen, Termine	44

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in der VPP 4/05 haben wir zur Bundestagswahl 2005 geschrieben, dass die Sondierungsgespräche zwischen CDU/CSU und SPD laufen und die Koalitionsverhandlungen vorbereitet werden. In der Zwischenzeit sind die Koalitionsverhandlungen weit fortgeschritten und sollen in dieser Woche beendet werden. Wie in dem gleichnamigen Text der VPP geschrieben, sind die Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik für die beiden Verhandlungspartner die schwie-

rigsten Punkte. Nach wie vor stehen sich die unvereinbaren Konzepte der Bürgerversicherung (SPD) und der einheitlichen Gesundheitsprämie (UNION) gegenüber. Die SPD will zumindest eine Versicherungspflicht für alle und das Ende der Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Außerdem soll sich künftig jeder bei einer Kasse seiner Wahl ohne vorherige Gesundheitsprüfung versichern können. Die UNION möchte gerne den Arbeitgeberbeitrag einfrieren.

Einigen dürften sich UNION und SPD bei Maßnahmen zur Stärkung von Wettbewerb der Kassen und der Krankheitsvorbeugung.

Feststeht offenbar bereits, dass die Beitragsbemessungsgrenze nicht angehoben werden soll. Grundsätzlich zahlen Versicherte der gesetzlichen Renten-, Knappschafts-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung Beiträge in der Sozialversicherung nur bis zur Höhe einer „Schallmauer“, die durch Rechtsverordnung jährlich neu festgelegt wird. Der darüber hinausgehende Teil des Entgelts ist beitragsfrei. Dies hat den Effekt, dass Personen mit höherem Verdienst einen geringeren prozentualen Anteil ihres Bruttolohns abführen müssen. Auch einmalige Sonderzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld werden bei der Berechnung berücksichtigt. In der Kranken- und Pflegeversicherung werden 75 % der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung zu Grunde gelegt. Nicht zu verwechseln ist diese Beitragsbemessungsgrenze mit der Versicherungspflichtgrenze. Mit ihr gibt der Gesetzgeber vor, bis zu welcher Einkommenshöhe ein Arbeitnehmer automatisch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sein und bleiben muss. Wer oberhalb dieser Pflichtgrenze verdient, kann in eine private Kasse wechseln, muss es aber nicht. Die GKV-Kassen würden selbstverständlich die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze bzw. die Erhöhung derselben begrüßen.

Nachdem CDU/CSU auf jeden Fall an ihren Plänen festhalten wollen, die Lohnnebenkosten zu senken, ist davon auszugehen, dass die schrittweise Umstellung der Finanzierung der Krankenversicherung der Kinder aus Steuermitteln zur Diskussion steht. Die (teilweise) Abschaffung der kostenlosen Mitversicherung von Ehepartnern in der gesetzlichen Krankenversicherung wird ebenfalls diskutiert.

Die Gesetzlichen Krankenkassen fordern von den Gesetzgebern konkrete Kostendämpfungsmaßnahmen im Pharmabereich und hätten hier schon die eine oder andere Idee, bis hin zu einem ausgeweiteten Verhandlungsrecht der Kassen gegenüber den Herstellern.

Die Entscheidung über die zukünftige Gesundheitspolitik und weitere Strukturreformen werden aber wohl erst in der Regierungszeit fallen. Von Ulla Schmidt, der alten und neuen Bundesgesundheitsministerin, ist zu hören, dass eine große Koalition doch auch die Chance bietet, Kartelle im Gesundheitswesen aufzubrechen und für klare Zuständigkeiten zu sorgen. Dieser Aufgabe will sie sich im kommenden Jahr bei der nächsten großen Gesundheitsreform (für die vermutlich bereits jetzt ein zündendes Akronym gesucht wird) widmen.

Trotz der politischen Rangeleien und Verhandlungen der Parteien hat die Gesundheitspolitik in den letzten Monaten keine Pause gemacht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die lange beratene Richtlinie zum Qualitätsmanagement beschlossen, die nun vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums in Kraft treten kann. Heinz Liebeck fasst die wichtigsten Punkte zusammen.

Und nun das Wichtigste aus dem Bereich Psychotherapie: Die Wahlen 2005 zu den Landeskammern der PsychotherapeutInnen haben in der Zwischenzeit in Baden-Württemberg stattgefunden. Das Ergebnis werden wir – sobald es vorliegt – auf unserer Homepage veröffentlichen. Auch in einigen anderen Bundesländern passiert Spannendes. Lesen Sie die entsprechenden Landesberichte!

Auf dem 6. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 15. Oktober 2005 in Hamburg wurde Prof. Dr. Rainer Richter zum neuen Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer ge-

wählt. Unmittelbar vor dem Deutschen Psychotherapeutentag haben die Psychotherapeutenverbände sich getroffen, am 9. Oktober 2005 in Bonn.

Unter der Rubrik „Alles was Recht ist“ finden Sie folgende Artikel: „Keine Umsatzsteuerfreiheit für Supervisionsleistungen, die nicht der Ausbildung dienen“, „Kammerrechtstag in Düsseldorf am 22./23.9.2005“ und einen Bericht zum (vorläufigen) Urteil des Landessozialgericht Baden-Württemberg in der Frage der Fachkundebeurteilung eines Gesprächspsychotherapeuten. Hier sind die Vordergrundnachrichten vermutlich weniger interessant als die Informationen, die am Rande mitgeteilt wurden ...

Ferner finden Sie Tagungsberichte zum 35. Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) vom 21. bis 24. September 2005 in Thessaloniki, zur 2. Sitzung in Frankfurt am Main „Nationale Versorgungsleitlinien zu depressiven Störungen“ und zum Kongress für den Gesundheitsmarkt 2005 vom 2. bis 4. November in Köln.

Besonders möchten wir aber auf einen Bericht über unsere Fachtagung zum internationalen Forschungsstand der Verhaltenstherapie vom 30.09.-1.10.2005 in Frankfurt lesen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen der Lektüre!

Kerstin Burgdorf

Waltraud Deubert

Heiner Vogel

Berufspolitische Informationen

Politisches Sofortprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Waltraud Deubert

Die Zeit der Koalitionsverhandlungen zwischen SPD und CDU/CSU nutzten viele Lobbyisten, um eigene Wünsche und Forderungen zu lancieren. So auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Am 11. Oktober 2005 hat die KBV in einem Pressegespräch ihr politisches Sofortprogramm vorgestellt. Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, betonte, dass sich die KBV mit ihrem politischen Sofortprogramm in die laufende Diskussion zur Reform des Gesundheitswesens einbringe. Er forderte gleiche und gerechte Wettbewerbsvoraussetzungen für Vertragsärzte, die heute nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten hätten, sich flexibel auf bestimmte Versorgungsbedürfnisse räumlich und organisatorisch einzustellen. In ihrem Sofortprogramm bietet die KBV dem Gesetzgeber mehrere Möglichkeiten an, die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit etwa durch neue Kooperationsformen zu flexibilisieren (z. B. Erlaubnis in mehreren Berufsausübungsgemeinschaften tätig zu werden, auch Teilgemeinschaftspraxen und überörtliche Gemeinschaftspraxen). Außerdem sollten angestellte und teilzeitbeschäftigte Vertragsärzte künftig in Praxen leichter tätig werden können. Dies würde die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern sowie die Attraktivität des Arztberufes steigern und damit gleichzeitig ein Zeichen gegen den Ärztemangel setzen. Faire Rahmenbedingungen verlangte Köhler im Hinblick auf die Bedingungen für Integrationsverträge. Er kritisiert, dass Verträge derzeit nicht offen gelegt werden und die

Koordination mit dem System der vertragsärztlichen Versorgung nur unzureichend möglich sei.

Das Sofortprogramm sieht außerdem ein erweitertes Aufgabenfeld der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vor. Die Anforderungen an den Arztberuf haben sich in den letzten Jahren gewandelt, so Köhler, und diesen geänderten Anforderungen muss nun auch der Gesetzgeber Rechnung tragen und eine Rechtsgrundlage für Beratungsaufgaben und Dienstleistungsgesellschaften der KVen schaffen. Weitere Informationen zum Sofortprogramm der KBV finden sie unter www.kbv.de/presse/7022.html.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren – eine erste Stellungnahme¹

*Heinz Liebeck, Göttingen
für die Qualitätssicherungskommission der DGVT*

Der Richtlinienentwurf wurde am 18. Oktober 2005 verabschiedet. Die Richtlinie stellt aus Sicht der DGVT einen begrüßenswerten Einstieg in ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für Praxen und Versorgungszentren dar. Im Folgenden soll eine erste Orientierung sowie Wertung vorgenommen werden.

Als Hilfen für die Planung und Einrichtung eines Qualitätsmanagements werden u. a. „Grundelemente“ (§ 3), „Instrumente eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements“ (§ 4), „Zeitrahmen für die Einführung eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements“ (§ 5) und zeitliche Vorstellungen (§ 6) beschrieben.

Grundelemente beziehen sich auf Bereiche wie „Patientenversorgung“ (u. a. werden wissenschaftliche Standards und Leitlinien genannt), „Patientensicherheit“ und „Patienteninformation“, „Strukturierung von Behandlungsabläufen“; schließlich werden Fragen der „Praxisführung“ behandelt. Aus Sicht der DGVT ist beispielsweise die explizite Erwähnung von „Leitlinien“ heraus zu stellen, auch wenn es noch nicht für alle Bereiche psychischer Störungen entsprechende Leitlinien gibt. Aber die vorliegenden Leitlinien der AWMF und der DGPs können durchaus als ermutigende Schritte verstanden werden. Hier vertritt die DGVT möglicherweise einen klareren Standpunkt als der ersten Stellungnahme seitens der BPTK zu entnehmen ist, die die gegenwärtig vorliegenden Leitlinien noch skeptischer beurteilt.

An Instrumenten werden verschiedene Möglichkeiten und Instrumentarien genannt, die hilfreich im Rahmen eines Qualitätsmanagements eingesetzt werden können, z. B. „Festlegung von Qualitätszielen“, „Prozessbeschreibungen“, „Organigramme und Checklisten“ und „Dokumentationen von Behandlungsverläufen“, um nur einige zu nennen.

¹ in VPP 2/05, S. 337-339, fanden Sie hierzu einen Beitrag von B. Fliegener; in der Rosa Beilage 3/05, S. 7-10, einen Beitrag von E. Schneider-Reinsch. Die Richtlinie kann von der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses heruntergeladen werden (www.g-ba.de)

Für die Einführung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist ein Zeitraum von fünf Jahren vorgesehen, ferner ist eine sich anschließende Evaluationsphase beschrieben. Im ersten Zeitraum von zwei Jahren sind im o. g. Sinne Maßnahmen zum Qualitätsmanagement zu „planen“, in weiteren zwei Jahren sollte dann deren „Umsetzung“ erfolgen. Diesen Phasen schließt sich dann eine einjährige Phase der „Überprüfung“ durch geeignete Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen an, wobei zunächst (sic!) noch nicht an Sanktionen gedacht sei. Diese Überprüfungsphase kann beispielsweise „Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität“ anhand von Patientenbefragungen beinhalten. Den Kommissionen sollte, so der Vorschlag der BPtK, ein Psychologischer Psychotherapeut (oder KJP) angehören, dem stimmen wir gerne zu.

Im weiteren Verlauf sind die Praxen angehalten, jährlich eine Selbstbewertung vorzunehmen. Auch an dieser Stelle ist der Stellungnahme der BPtK eindeutig zuzustimmen, dass eine jährliche Selbstbewertung nicht notwendig sei. Wir schließen uns dem Vorschlag der BPtK an, dass eine zweijährige Selbstbewertung völlig ausreichend ist.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Richtlinie keine Zertifizierungen irgend einer Art vorsieht, sondern dass das Qualitätsmanagement einrichtungsintern durchzuführen ist. Damit sind alle Einrichtungen gut beraten, wenn sie früh anfangen, sich um Qualitätsmanagements zu kümmern. Die DGVT hat hier für ihre Ausbildungsgänge und Ausbildungsambulanzen vielleicht schon Standards mit ihren QM-Handbüchern für die Ausbildungsinstitute geschaffen. Wer keine eigenen Standards entwickelt, läuft vermutlich Gefahr, dass ihm Fremdkonzepte vorgesetzt werden.

Forschungsprogramm zur Wirkung von Psychotherapie: Was ist eigentlich daraus geworden?

Bereits vor zwei Jahren wurde die vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ausgehende Initiative zur Förderung der Psychotherapieforschung breit verkündet und das Bundesministerium für Forschung und Technologie kündigte an, einen Forschungsschwerpunkt zum Thema mit ca. 5 Mio. Euro auszustatten (vgl. Richard, in Rosa Beilage 4/03, S. 36-38). Es sollten Projekte zu vier Themenbereichen gefördert werden: Entwicklungs- und geschlechtsspezifische Dimensionen in der Psychotherapie – spezifische Prozess- und Ergebnisforschung – Interaktionen zwischen neurobiologischen und psychosozialen Faktoren – institutionelle Bedingungen und Versorgungsforschung.

Bis zur Ausschreibung Ende 2004 verging dann noch mehr als ein Jahr. Die Antragsfrist war bis zum 31. März 2005 relativ großzügig bemessen. Vermutlich, damit sich viele ForscherInnen und Forschergruppen auf die Antragstellung vorbereiten und entsprechend koordinieren konnten. Denn hier war etwas gefragt, was für die Zunft der Psychotherapieforscher vielleicht nicht unbedingt üblich war. Es sollten Verbundprojekte angestrebt werden, noch dazu möglichst interdisziplinär und versorgungsorientiert.

Was ist nun geworden? Von Seiten der Abteilung Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT) war folgender Zwischenstand zu erfahren:

Die Anträge wurden bzw. werden in einem mehrstufigen Prozess begutachtet. In der ersten Phase (Antragsfrist 31. März) mussten zunächst nur Antragsskizzen von wenigen Seiten Umfang eingereicht werden. Hier wurden ca. 30 Anträge gestellt, zumeist von größeren Forschungsverbänden, dabei gab es allerdings auch zahlreiche personelle Überschneidungen. Die Beurteilung der Skizzen Anfang Juli hat zu einer deutlichen Reduktion der Antragszahlen geführt, die Antragsteller der verbliebenen Anträge wurden zur Formulierung von ausführlichen Anträgen aufgefordert (Frist Ende Oktober). Eine zweite Sitzung der GutachterInnen gegen Jahresende wird dann eine endgültige Auswahl treffen und Empfehlungen an das BMFT aussprechen. Anschließend werden – vorbehaltlich der Kassenlage im BMBF – voraussichtlich im Frühjahr 2006 entsprechende Förderzusagen vom BMFT gegeben.

Tagungsberichte

Fachtagung der DGVT zum internationalen Forschungsstand der Verhaltenstherapie am 30.9. – 1.10.2005 in Frankfurt/Main

Status and Perspectives of Behaviour Therapy: An International Point of View

Matthias Richard, Würzburg

Die Psychotherapieforschung ist in Deutschland ein relativ kleines Forschungsfeld. Dennoch betreffen die Ergebnisse dieses Faches den kompletten Berufsstand der Psychotherapeuten, wie an der Diskussion um die wissenschaftliche Anerkennung von Therapieschulen zu sehen ist. Gerade in der Verhaltenstherapie dominieren Forschergruppen aus den englischsprachigen Ländern aktuelle Entwicklungen der Verhaltenstherapie, so dass der Blick über den einheimischen „Tellerrand“ besonders wichtig erscheint. Hierfür ist es der DGVT gelungen, eine Fachtagung mit hochrangigen Vertretern aus dem Kreis international bekannter Therapieforscher zu organisieren, um die neuesten Ergebnisse und Entwicklungen zu diskutieren.

Die Verhaltenstherapie (VT) ist inzwischen zu einem Sammelbecken verschiedenster Interventionen geworden. Längst sind neben den Standardtechniken, wie z.B. den verschiedenen Verfahren zur operanten Konditionierung, Exposition und Entspannungstraining sowie den Gesprächsführungstechniken der kognitiven Verhaltenstherapie weitere Aspekte hinzugekommen wie z.B. hypnotherapeutische Interventionen, Betonung der therapeutischen Beziehung und die Arbeit mit kognitiv-emotionalen Schemata. Diese ständige Weiterentwicklung verhaltenstherapeutischer Interventionen lässt die Frage aufkommen, ob die VT ihren Namen noch zu recht trägt und wohin die zukünftige Entwicklung steuern wird. Dieser Komplex bildet die Ausgangslage für die Fachtagung. Der folgende Bericht fasst die Kerngedanken der einzelnen Beiträge in knapper Form zusammen.

Armin Kuhr eröffnete die Tagung mit dem Verweis auf die Herbstausgabe der Zeitschrift „Behavior Therapy“ von 1997, in der bekannte Autoren wie J. Wolpe, E. Foa, K. Wilson und D. Barlow einen Rückblick auf die damals 30-jährige Geschichte der VT wagten. Schon damals wurde die Frage gestellt, ob die Entwicklungen innerhalb und außerhalb der VT zur Behandlung verschiedenster psychischer Störungen ausreichen und welches die nächsten

Schritte zur Verbesserung der Therapie seien. Heute stehe über der VT das Mode- und Schlagwort „Integration“, welches die zunehmende Ausweitung der VT auf Denkansätze und Interventionstechniken anderer Therapie- und Denktraditionen meint. Kuhr führte hier die Arbeiten von Rosner, Lyddon und Freeman (2004) über die Arbeit mit Träumen und Salmon et al. (2004) über meditative Praktiken in der kognitiven VT an.

K.G. Gøtestam (Trondheim, Norwegen) gab einen historischen Abriss über Entwicklung und die internationalen Verflechtungen der DGVT, die 1976 in München unter der Initiative der DGVT ihren Anfang nahm (Gründung der EABT auf Initiative der (D)GVT). Gøtestam betonte die generelle Haltung der DGVT, gegenüber neuen, auf empirischer Grundlagenforschung beruhenden Interventionen offen zu sein und die Zielsetzung, Praxis und Forschung miteinander in den Dialog und zur Zusammenarbeit zu bringen. Nach diesem historischen Rückblick folgten Berichte über aktuelle Forschungsthemen und -projekte in der internationalen VT-Landschaft.

Der Vortrag von *F. Caspar* (Genf, Schweiz) war dem Thema „Einsicht in der Psychotherapie“ gewidmet. Er beleuchtete die kognitionspsychologischen Grundlagen dieses Begriffes und bediente sich dabei der Theorie über neuronale Netze. Ausgehend von den Affen-Experimenten Köhlers nahm Caspar eine Unterscheidung zwischen Einsicht im Sinne eines plötzlichen Aha-Erlebnisses und Einsicht im Sinne eines umfassenderen Verständnisses eines Sachverhaltes vor. Diese letztere Bedeutung von Einsicht spielt in der Verhaltenstherapie bei der Vermittlung eines Störungsmodells an die Patienten eine große Rolle. Caspar legte den Schwerpunkt des Vortrags jedoch auf eine weitere Bedeutung von Einsicht, die den *Prozess*, durch den eine Einsicht gewonnen wird, meint. Mit dem Bild der „Spannungslandschaft“ (tension landscape), welches durch globale und lokale Minima gekennzeichnet ist, beschrieb Caspar Einsicht als einen Prozess. Spannung bezieht sich in diesem Kontext auf das Ausmaß an innerer (emotionaler) Spannung in einer Person. In diesem gelangt ein System (Person) von einem lokalen Minimum mit relativ wenig Spannung über die Erhöhung von Spannung (z.B. durch neue inkongruente Information) in den Zustand eines anderen Minimums mit weniger Spannung. F. Caspar zeigte mögliche Implikationen für das psychotherapeutische Vorgehen auf, in dem er Wege reflektierte, wie es Patienten ermöglicht werden kann, zu neuen Einsichten zu gelangen, obwohl dabei innere Spannung überwunden werden muss. Dies sei z.B. durch das gesteuerte Aktivieren von emotionalen und somatischen Gedächtnisinhalten möglich, die neue Einsichten verhindern, wobei gleichzeitig das Ausmaß an Spannung durch eine gute therapeutische Beziehung nicht zu hoch werden darf.

In der anschließenden Diskussion stießen die Inhalte auf reges Interesse der Zuhörer. Thematisiert wurden z.B. Unterschiede zwischen Einsicht und Verständnis sowie das Verhältnis zwischen Einsicht und Verhalten.

A. Arntz (Maastricht, Niederlande) präsentierte die Ergebnisse einer aufwändig angelegten randomisierten Therapievergleichsstudie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Verglichen wurde die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutisch orientierter „schema focused therapy“ (SFT) und psychodynamisch orientierter „transference focused psychotherapy“ (TFP) über einen Zeitraum von 3 Jahren. Beide Therapieformen unterscheiden sich u.a. hinsichtlich der Therapeutenrolle (SFT: unterstützend, warm, akzeptierend; TFP: neutral, in Krisen eher passiv) und Therapie-Fokus (SFT: Arbeit mit den traumatischen Erinnerungen, korrigierende Beziehungserfahrungen; TFP: Arbeit mit der aktuellen Übertragung und Gegenübertragung). Die Ergebnisse sprechen eindrucksvoll für eine Überlegenheit der SFT auf der gesamten Palette der Ergebniskriterien. Dazu gehört auch eine niedrigere Abbrecherquote, die auf die unterstützende Therapeutenrolle bei der SFT zurückgeführt wird. Die SFT ist in der Lage, auch tief greifende Veränderungen bei den Patienten herbeizuführen, was durch Veränderungen in der automatischen Informationsverarbeitung nach der Therapie belegt wird.

Zwei aktuelle technische Innovationen in der VT-Behandlung stellte *P. Emmelkamp* (Amsterdam, Niederlande) vor. Er trug Ergebnisse zu Internet gestützter Psychotherapie zusammen („Interapy“), bei welcher die Patienten keinerlei direkten Kontakt zu Psychotherapeuten haben. Die Patienten schreiben mit gezielter Anleitung und Rückmeldung durch Therapeuten über ihre Probleme. Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen z.B. schreiben die Patienten über die schmerzvollsten Erlebnisse um auf diesem Weg eine Habituation und kognitive Umstrukturierung zu ermöglichen. Intherapy Programme sind inzwischen für verschiedene Störungen entwickelt worden und haben sich als durchführbar und wirksam erwiesen. Der Vorteil liegt in der ständigen Verfügbarkeit, niedrigen Kontaktschwelle für Patienten, niedrigen Kosten sowie der Zugänglichkeit auch in weit abgelegenen Gebieten.

Eine weitere Innovation stellt die Exposition bei Phobien mit Hilfe der Virtuellen Realität (VR) dar. Hier werden die gefürchteten Stimuli auf dem Computer simuliert und den Patienten dargeboten. Bisherige Forschungen zeigen, dass Exposition mit VR ebenso wirksam wie in vivo Exposition ist. Der Vorteil der VR-Exposition liegt zum einen darin, dass Exposition in dieser Form auch für extrem phobische Personen möglich wird und zum anderen in einer besseren Kontrolle der Stimuli, die genau auf die Patienten abgestimmt werden können. So kann z.B. das Starten und Landen bei Flugangst sehr häufig simuliert werden, was in der Realität wegen des Aufwandes und der Kosten kaum zu realisieren ist.

T. Borkovec (Pennsylvania, USA) berichtete über die Integration interpersoneller und emotionsorientierter Interventionen zur besseren Behandlung von generalisierten Angststörungen. Er präsentierte ein Erklärungsmodell für das anhaltende Sich-Sorgen der betroffenen Personen. Das ständige Sorgenmachen ist hierbei eine Strategie, intensive vegetative Angstsymptome und entsprechendes Angsterleben zu vermeiden. Durch die anhaltenden Sorgen habituierten die Personen nicht und leben dabei so stark in der Zukunft, dass sie zusätzlich den Kontakt zu ihren aktuellen Empfindungen und dem aktuellen interpersonellen Geschehen verlieren. Daher werden in die Therapie der Generalisierten Angststörung Elemente aus der Gestalttherapie eingebaut, die das emotionale Erleben unterstützen, ebenso wie Elemente aus interpersonellen Therapien, um Fertigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang zu stärken. Erste Untersuchungen, die die Wirksamkeit dieser Integration von Interventionen überprüfen, sind dabei sehr positiv ausgefallen.

S. Bögels (Maastricht, Niederlande) berichtete die Ergebnisse einer Therapievergleichsstudie zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern mit Angststörungen. Diese Studie verglich ein Behandlungsprogramm für die gesamte Familie mit einem Programm, das nur mit dem Kind durchgeführt wurde. Ausgangspunkt war die Überlegung, dass die Eltern von Kindern mit Angststörungen häufig selbst unter Angststörungen leiden und daher in die Behandlung integriert werden sollten. Der Fokus der Eltern-Intervention lag auf dem Abbau von dysfunktionalen (z.B. überfürsorglichen) Einstellungen, die für die Therapie des Kindes hinderlich sind. Und umgekehrt gab es auch Kind-Interventionen, die auf dysfunktionale Einstellungen gegenüber den Eltern zielten, wie z.B. die Tendenz, die Eltern zu schonen. Überraschenderweise erwies sich das individuelle Behandlungsprogramm nur für das Kind als wirksamer. Verschiedene Erklärungen für diesen Befund wurden diskutiert und verwiesen auf den großen Forschungsbedarf, der im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen besteht: so könnte es in der Familientherapie schwierig sein, mehrere Ziele gleichzeitig zu verfolgen. Die Furcht der Eltern, in der Therapie als Schuldige für die Störung des Kindes dazustehen, könnte hinderlich sein, wofür auch eine höhere Abbrecherquote bei Familientherapie spricht. Andererseits hatte die Einzeltherapie auch langfristige positive Auswirkungen auf die Eltern.

D. Chambless (Pennsylvania, USA) befasste sich ebenfalls mit dem Thema der Familienbeziehungen auf Angststörungen. Ihre Untersuchungen weisen darauf hin, dass insbesondere das Ausmaß an negativen Äußerungen bzw. Kritik der Partner oder Familienmitglieder von Angstpatienten sich ungünstig auf die Therapie auswirken. Jedoch nur dann, wenn diese vom Patienten als feindselig wahrgenommen werden und die Familie folglich nicht mehr als unter-

stützend, sondern u.U. sogar als egoistisch erscheint. Kritische Äußerungen drehen sich dabei häufig um die Angstsymptomatik der Patienten, so dass in der Therapie eine Aufklärung der Angehörigen über die Angstsymptomatik nötig erscheint. Ein weiterer interessanter Forschungsaspekt ergab sich aus der episodischen Beobachtung, dass die Kritik der Angehörigen auch an negative Kindheitserinnerungen der Patienten rühren kann, welche die Interpretation der Kritik negativ beeinflussen können.

A. Freeman (Saint Francis, Philadelphia) diskutierte die Anwendung von Persönlichkeitsstörungen (PS) als Diagnose bei Kindern. Obwohl PS aufgrund der sich noch entwickelnden Persönlichkeit bisher meist nicht vor der Volljährigkeit diagnostiziert werden, argumentierte Freeman für ihre Anwendung bei Kindern/Jugendlichen, wenn: a) die Probleme offensichtlich sind, b) sie nicht aufgrund einer aktuellen Entwicklungsphase oder anderen Achse-I Störung erklärt werden können und c) wenn das Verhaltensmuster mindestens schon ein Jahr lang erkennbar ist. Ausgehend von einer schema-theoretischen Konzeption von PS erläuterte Freeman die Ansatzpunkte einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung bei Kindern. Die Argumente für die explizite Anwendung von PS auf Kinder sah Freeman in der Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung, um eine ausgeprägte Chronifizierung der Störung zu verhindern. Zusätzlich läge in der Diagnose der PS gleichzeitig der Hinweis für die Zielbereiche der Behandlung. Die anschließende Diskussion verlief durchaus kontrovers, wobei als Argument gegen die Verwendung dieser Diagnosen bei Kindern die wahrscheinliche Stigmatisierung in sozialen Umfeld sowie bei den Kostenträgern ins Feld geführt wurde.

In der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen geht A. Ehlers (London, England) einen konsequent kognitiv-verhaltenstheoretisch orientierten Weg. In ihrem Behandlungsansatz müssen die Patienten lernen, ihre individuellen automatischen Bewertungen des Traumageschehens zu erkennen und umzudeuten. Ebenso lernen sie die Auslöser für Flashbacks zu identifizieren, um sie von denen der tatsächlichen traumatischen Situation zu unterscheiden. Die Erinnerung an das Trauma wird mit neuen Informationen ergänzt, die eine Neubewertung des Ereignisses ermöglichen. Die Patienten schreiben dann ihre Geschichte mit diesen neuen Bewertungen in Narrativen neu nieder. Dadurch wird in der Therapie die Dauer der imaginativen Trauma-Exposition reduziert, ohne dass Wirksamkeit verloren geht – was die Akzeptanz bei Patienten fördert.

N. Bierbaumer (Tübingen, Deutschland) präsentierte Schnittstellen zwischen Computern und neuronaler Aktivität im Gehirn. Über Neurofeedback können selbst vollständig gelähmte Patienten, die zu keinerlei Kommunikation mit der Außenwelt mehr in der Lage waren, lernen, ihre kortikalen Potentiale zu kontrollieren, um damit im Computer Buchstaben und Wörter auszuwählen und wieder zu kommunizieren. Befragungen solcher Patienten zur Lebensqualität zeigen ein erstaunlich hohes Ausmaß an subjektiver Lebensqualität, meist höher als von Angehörigen oder Ärzten eingeschätzt. Patienten bevorzugen nicht-invasive Schnittstellen zum Erlernen der Kommunikation, obwohl bei invasiven Typen (ins Gehirn implantierte Elektroden) die Kommunikation sehr viel schneller lernbar ist. Abschließend berichtete Bierbaumer über neue Entwicklungen, diese Schnittstellen auch zur Steuerung von künstlichen Gliedmaßen einzusetzen.

Kritisch setzte sich L.-G. Öst (Stockholm, Schweden) mit den Wirksamkeitsnachweisen neuerer verhaltenstherapeutischer Ansätze (Dialektische Verhaltenstherapie, „Acceptance and Commitment Therapy“, „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ und „Functional Analysis Psychotherapy“), die in den 80er bzw. 90er Jahren entstanden sind. Seine Zusammenschau der empirischen Befundlage fiel recht ernüchternd aus: Die Therapien sind zunächst bei weitem noch nicht genügend (d.h. hinsichtlich der Anwendung auf verschiedene Diagnosen und auch hinsichtlich der Wirkmechanismen) untersucht. Die Ergebnisse sind uneindeutig hinsichtlich ihrer Effektstärke und fallen im Vergleich mit anderen Behandlungsansätzen nicht unbedingt höher aus. Die mittlere Effektstärke der Dialektischen Verhaltenstherapie aus 10 Studien betrug 0.75, die mittlere Effektstärke der „Acceptance and

Commitment Therapy“ (11 Studien) betrug 0.66. Somit scheint es zu diesem Zeitpunkt noch zu früh zu sein, ein abschließendes Urteil über die Wirksamkeit der Therapien fällen zu können und – so die noch kritischere Aussage Öst’s – ob es sich bei diesen Therapien nicht auch nur um traditionelle kognitive VT „in neuen Kleidern“ handle.

M. Lambert (Salt Lake City, USA) argumentierte, dass Behandlungsmethoden, die sich wissenschaftlich als wirksam erwiesen haben, noch lange nicht eine tatsächlich erfolgreiche Behandlung im praktischen Alltag garantieren. Dazu sei eine ständige Erhebung der (Zwischen-)Ergebnisse erforderlich, um den aktuellen Status eines Patienten – ähnlich wie das tägliche Fiebermessen bei Infektionen – vor Augen zu haben (monitoring). Er führte Ergebnisse an, die belegen, wie die große Mehrzahl der Therapeuten dazu neigt, ihren eigenen Therapieerfolg zu überschätzen. So könnten gerade die Therapien, bei denen der Patient nicht auf die Behandlung anzusprechen scheint (ca. 15% bis 20% der Therapien), einen Nutzen daraus ziehen, wenn der bisherige Verlauf – und damit das Nicht-Ansprechen – an die Therapeuten zurückgemeldet wird. Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Lambert zeigen, dass sich durch ein Monitoring mit entsprechenden Rückmeldungen die Ergebnisse gerade der Patienten, die nicht auf die Behandlung ansprechen, verbessern lassen. Leider war zu diesem Beitrag aus Zeitgründen keine Diskussion mehr möglich, obwohl er mit der Forderung nach einem konsequenten Ergebnismonitoring einige Herausforderungen an die psychotherapeutisch Tätigen enthält.

Insgesamt lag bei dieser Fachtagung das Thema „Integration“ und „Technisierung“ in der Luft. Die neueren technischen Entwicklungen mögen für einige Therapeuten beängstigend sein, da sie die Rolle des Therapeuten zu verringern scheinen – andererseits ermöglichen sie eine Behandlung für Patienten, die sonst keinen Zugang zur Therapie hätten oder denen ohne die Technik kaum geholfen werden könnte. Auch die Aussicht auf ein hohes Maß an Transparenz durch ein Ergebnismonitoring und automatische Bewertung des Therapieverlaufes, mag einige Ängste erzeugen und wirft Fragen nach dem sinnvollen Umgang mit neuen Technologien bzw. Ideen auf, die leider in dieser Tiefe nicht diskutiert werden konnten.

Das Thema „Integration“ war am deutlichsten zu spüren: gerade auch der Beitrag von *Borcovec* zeigte, wie sich Interventionen verschiedener Therapieschulen sinnvoll integrieren lassen. Für bestimmte Problembereiche einer Störung, hier die Emotionsregulation bei Generalisierter Angststörung, eignen sich bewährte Interventionen aus anderen Therapien, hier der Gestalttherapie. Dieses Beispiel der Integration wird sowohl von theoretischer als auch von empirischer Seite gestützt. Es handelt sich folglich nicht um „Eintopf-Integration“, also wahlloses Zusammenwerfen verschiedenster Therapieformen, sondern die Integration ist abgestimmt auf die Eigenheiten bestimmter Problembereiche innerhalb einer Störung.

Nun mag die Frage auftauchen, ob für solche Therapie denn noch die Bezeichnung „Verhaltenstherapie“ zutrifft. Ist die VT die Therapie, die diejenigen Interventionen aufnimmt, die von der empirischen Grundlagenforschung gestützt werden? Dann wird ihr Name sich immer weiter von ihrem Inhalt abkoppeln – er müsst inzwischen schon längst so etwas wie „Verhaltens- Kognitions- und Emotionstherapie“ heißen. – Vielleicht ist die Frage nach dem Namen sekundär; es scheint, dass mit störungsspezifischen und integrativen Ansätzen den Patienten besser geholfen werden kann. Sollte sich dies in weiteren Forschungen konsistent bestätigen, wäre es an der Zeit, die verschiedenen Therapieschulen nur noch als historisch entstandenen Namensgeber für bestimmte Interventionen zu gebrauchen, während das Gesamtbild der Therapie aus gezielt eingesetzte Bausteinen verschiedener Schulen besteht. Dies hätte jedoch auch weit reichende Konsequenzen für die Ausbildung und die berufspolitische Organisation. Dennoch: vielleicht beurteilen Therapieforscher der Zukunft Therapien danach, wie angemessen eine bestimmte Intervention für einen Patienten zur gegebenen Zeit war. Die Qualität der Therapie bestünde dann auch darin, wie geschickt eine Intervention aus dem Gesamtpool an Interventionen aller Therapieschulen ausgewählt wurde. Ein Name für ein solches Gesamtunterfangen wird sich dann bestimmt auch noch finden.

è Ausgewählte Vortragspräsentationen finden sich mittlerweile unter www.dgvt.de.

Dr. phil. Matthias Richard

Institut f. Psychotherapie und Med. Psychologie

Universität Würzburg

Klinikstr. 3, 97070 Würzburg

Tel.: 0931-31-2713 (Skr.)

E-mail: richard@mail.uni-wuerzburg.de

Literatur

Rosner, R.I., Lyddon, W.J. & Freeman, A. (Hrsg.) (2004). *Cognitive therapy and dreams*. New York, Springer.

Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C. & Studts, J.L. (2004). Mindfulness Meditation in Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11 (4), 434-446.

Wolpe, J. (1997). Thirty years of behavior therapy. *Behavior Therapy* 28 (4), 633-635.

35. Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)

21. bis 24. September 2005 in Thessaloniki

Thomas Heidenreich, Andreas Veith

Der jüngste Kongress der EABCT stand unter dem Titel „Cognitive Behaviour Therapy: The art of an integrative science“ und rührt mit dieser Titelgebung an eine der am heißesten diskutierten Fragen der Psychotherapie: ist diese nun eher eine Kunst oder handelt es sich um eine (empirische) Wissenschaft? Die Integration im Titel des Kongresses lässt beiden Aspekten Raum - gleichzeitig klingt mit dem Titel der „integrativen“ Wissenschaft auch an, dass die kognitive Verhaltenstherapie im Laufe der letzten Jahre zunehmend weitere Aspekte (z. B. interpersonelle und experientielle) integriert – eine Entwicklung, die von einigen Autoren bereits als „dritte Welle“ (third wave) der Verhaltenstherapie bezeichnet wird (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Noch vor Beginn des wissenschaftlichen Teils fanden traditionell Pre-Congress-Workshops statt: diese widmeten sich einer breiten Palette von Themen (von Angststörungen über Psychosen bis hin zu Paartherapie) und wurden von führenden europäischen (P. Salkovkis, D. Kingdon und D. Turkington) und amerikanischen (T. Borkovec, A. Freeman, J. Young, J. Beck) Kollegen durchgeführt. Tom Borkovec's Workshop zu „CBT treatment of Generalised Anxiety Disorder with integrations of interpersonal and experiential therapies“ setzte dabei Akzente im Hinblick auf die oben dargestellte Integration weiterer therapeutischer Strategien. In ähnlichem Sinne stelle Jeffrey Young seine „schema therapy“ vor und Robert Leahy beschäftigte sich mit Widerstand sowie Übertragung und Gegenübertragung – Themen, die vor 20 Jahren auf einem Verhaltenstherapie-Kongress schwerlich „salonfähig“ gewesen wären. Neben den ganztägigen Pre-Congress-Workshops fanden während der gesamten Dauer des Kongresses eine Vielzahl von Mini-Workshops statt, in denen zumindest ein kurzer Einblick in neue therapeutische Vorgehensweisen gewonnen werden konnte. Das wissenschaftliche Programm umfasste neben einer Vielzahl von Vorträgen namhafter Experten vor allem Sym-

posien, in denen aktuelle Forschungsarbeiten vorgestellt wurden. Als wichtige Themen dieses Kongresses können Metakognitionen und Rumination gelten: erstere bezeichnen „Gedanken über Gedanken“ und es wird angenommen, dass diese eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen; letzteres Konzept bezeichnet dysfunktionale repetitive Gedankenmuster, die vor allem bei Depression bedeutsam sind. Im Gegensatz zu den letzten EABCT-Kongressen war in Thessaloniki trotz der Entfernung eine erfreulich große Anzahl deutscher Kolleginnen und Kollegen präsent.

Im „Annual General Meeting“ der EABCT wurde Ceu Salvador aus Portugal als neues Vorstandsmitglied gewählt (Schatzmeisterin). Die seit einiger Zeit bestehende Arbeitsgruppe zu „Training Standards“ hat mit der Formulierung von „Minimal Training Standards“ ihre Arbeit eingestellt. Eine neue Gruppe unter dem Vorsitz von Jaak Beckers wird sich ab sofort mit der Erarbeitung höherer Ausbildungsstandards beschäftigen. Dieser Gruppe gehört auch Thomas Heidenreich von der DGVT an. Breiten Raum nahmen Informationen zu den anstehenden Kongressen ein: die Planungen für den 36. Kongress der EABCT vom 20. bis zum 23. September 2006 in Paris schreiten voran: Der Kongress steht unter dem Motto „Patient and Therapist Creativity in Psychotherapy“, weitere Informationen sind im Internet unter www.eabctparis2006.com erhältlich. Auch die Planung des Weltkongresses vom 11. bis 15. Juli 2007 in Barcelona ist weit fortgeschritten: Details finden sich unter www.wcbct2007.com. Für beide Kongresse können aktuell Beiträge angemeldet werden: Für Paris 2006 sind Anmeldungen von wissenschaftlichen Beiträgen bis zum 15.03.06 möglich. Auch für Barcelona 2007 können bereits Beiträge angemeldet werden (vorläufig bis zum 30.04.06, es wird später noch einen „second call“ für spätere Anmeldungen geben). In diesem Sinne wünschen wir allen Lesern interessante Wochen und hoffen auf zahlreiche Besucher beider anstehender Kongresse.

Thomas Heidenreich und Andreas Veith

P.S. Der diesjährige Kongress war CME-zertifiziert, so dass ein Kongressbesuch im Rahmen der Weiterbildungsverpflichtung der Psychotherapeutenkammern angerechnet werden kann.

Literatur:

Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds) (2004). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford.

Nationale Versorgungsleitlinie zu depressiven Störungen

2. Sitzung 30. September 2005 in Frankfurt am Main

Rudi Merod, Bad Tölz

Das zweite Treffen zur Entwicklung von einer nationalen Versorgungsleitlinie² zur Behandlung depressiver Störungen in Frankfurt wirkte zunächst wie eine Wiederholung der ersten Sitzung (vgl. Bericht von Thomas Heidenreich, in VPP 3/05 (S. 563). Viele Teilnehmer

² Die Initiative wurde ursprünglich als "S3-Leitlinie" von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde initiiert [DGPPN]. Zwischenzeitlich wurden diese Arbeiten als Entwicklung einer "Nationalen Versorgungsleitlinie" in die Trägerschaft der Leitlinien Clearingstelle des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) übernommen.

und auch einige Berufs- und Fachverbände waren neu in der Runde, und so wurde zunächst noch einmal kurz die Historie dieses Treffens zusammengefasst, und es gab eine Vorstellungsrunde. Da nun – nach Einschätzung der Anwesenden - alle relevanten Gruppierungen eingeladen worden waren, wurde festgelegt, dass die Teilnehmerliste möglichst nicht weiter geöffnet werden soll. Jetzt gehören zu dieser Konsensrunde 14 Fachgesellschaften, 8 Berufsverbände und 4 Vertreter von Patienten- und Angehörigenorganisationen.

Anschließend wurde in kurzen Referaten nochmals der Entwicklungsstand von Depressionsleitlinien dargestellt und der Zusammenhang von S3-Leitlinien und Nationaler Versorgungsleitlinie dargestellt. Auch wurden erneut die Grundlagen von Leitlinien (Evidenzstufen und „Härtegrade“ von Empfehlungen) erläutert.

An dieser Frage entzündete sich die erste Diskussion. Es wurde die Frage diskutiert, ob die NICE-Kriterien (NICE = National Institut for Health and Clinical Excellence) als Grundlage für die weitere Arbeit genommen werden sollen. Vor allem die psychoanalytischen Verbände machten deutlich, dass sie befürchten, dass dann Studien, die aus ihrem Wissenschaftsverständnis heraus vorliegen, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Gleichzeitig machte diese Diskussion klar, dass eine Vorgehensweise, die sich nicht auf die NICE-Kriterien bezieht, sehr viel Zeit in Anspruch nehmen würde, da alle Studien nochmals gesichtet und bewertet werden müssten. Dies würde den zeitlich geplanten Rahmen (ca. 1 Jahr) aber auch die personellen Möglichkeiten bei weitem sprengen. Es wurde dann beschlossen, die NICE-geprüften Studien zu nehmen, aber auch nach deutschen Studien zu suchen, die zusätzlich mit berücksichtigt werden können. Es soll auch eine kleine Kommission gebildet werden, die eine Präambel verfasst, die auf die unterschiedlichen Wissenschaftsverständnisse hinweist. Die analytischen KollegInnen werden auch Studien beisteuern, die aus ihrer Sicht für die Entwicklung von Empfehlungen für Depressionsbehandlungen geeignet sind, und somit in die Beratung einfließen können.

Dies folgende Diskussion beschäftigte sich mit der Frage, ob auch unveröffentlichte Studien berücksichtigt werden können/sollen. Dies kann ja unterschiedliche Gründe haben – beispielsweise können die Ergebnisse nicht dem Ziel der Auftraggeber entsprochen haben, die Studien waren von minderer Qualität oder entsprachen nicht dem Mainstream. Auch hier fand sich eine Mehrheit dafür, solche Studien mit einzubeziehen.

Schließlich wurde beschlossen, die großen Datenbanken zusätzlich zu prüfen, ob sich dort noch Studien finden ließen, die bisher nicht berücksichtigt worden sind und zwar 10 Jahre rückwirkend.

Diese Diskussionen nahmen viel Zeit in Anspruch, da es u.a. auch um grundlegende Unterschiede im Wissenschaftsverständnis der TeilnehmerInnen ging. Vielleicht ist dies bei solchen Konsensrunden unumgänglich, aber es bleibt zu hoffen, dass nicht bei jedem weiteren Treffen zunächst die bekannten Argumente ausgetauscht werden müssen.

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Die DGVT-Landesgruppe war im letzten Quartal auf verschiedenen Ebenen aktiv:

1. **Kurzfortbildungen in Verbindung mit Regionaltreffen der DGVT** fanden im Juli und September statt. Die Themen – Arbeitslosigkeit in ihrer Bedeutung für die Suchttherapie und Suchttherapeutische Verbundsysteme – sprachen in erster Linie die MitarbeiterInnen von Suchtberatungsstellen an. Wir danken nochmals den Referenten für ihr engagiertes Mitwirken und der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart für die Überlassung der Räumlichkeiten.
2. **Vorbereitung der Wahl zur Psychotherapeutenkammer:** Nachdem wir zu Beginn des Jahres als Kandidatengruppe zusammenfanden und über unsere Zielsetzungen diskutierten, trafen wir uns ab Mitte Juni mehrfach mit den Vertretern anderer Verbände, um mögliche Koalitionen oder Listenverbände zu klären. Wir entschlossen uns, wieder mit den Verbänden zusammen auf eine Liste zu gehen, die bereits im KV-Wahlkampf mit uns gemeinsam kandidiert hatten. So konnte auch der Listenname wieder verwendet werden: **Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg**. Im Einzelnen gehören dazu: AGPS, BKJ, bvvp, DGPT, DGVT und VAKJP. Die Zusammenarbeit gestaltete sich recht produktiv und lässt für spätere Aktivitäten hoffen. Nach einigen persönlichen Treffen wurde die Diskussion der weiteren Details und der Wahlaussage auf die Absprache per Mailingliste verschoben. Täglich bis zu 30 Mails waren die Folge. Der Diskussionsprozess verlief sehr lebendig und zielgerichtet. Erstellt wurden ein gemeinsamer Wahlbrief und eine Stellungnahme zur Wahlbroschüre einer Konkurrenz-Liste, letzteres innerhalb einer Woche. Diskussionswürdige Punkte wurden demokratisch abgestimmt, der ganze Ablauf blieb für alle transparent. Eine Homepage www.psychotherapeutenbuendnis-bw.de wurde eingerichtet. Gerade die Form der Mailingliste ließ auch kontroverse Diskussionen zu. Damit wurde eine hohe Diskussionskultur unter den Beteiligten der Liste erreicht.
3. Für die DGVT erstellten wir zusätzlich eigene Flyer zu verschiedenen Themenbereichen, die uns als wichtig erschienen: Beginnend im März dieses Jahres zur allgemeinen Einschätzung der Kammerarbeit, weitere zur Thematik *Angestellte und Kammer*, zum Thema *Bildung* (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und zuletzt einen zusammenfassenden Wahlbrief. Alles ist auch im Internet unter www.dgvt.de/bw/wahl2005 zu lesen. Die Texte wurden unter den DGVT-Kollegen weitgehend per E-Mail abgestimmt. Besonderer Dank gilt der Geschäftsstelle, die mit Erstellung, Abstimmung, Druck, Verschickung und Koordination jede Menge Arbeit bewältigte.

Vom 17.10.-11.11.05 wird die Delegiertenversammlung der Kammer in Baden-Württemberg per Briefwahl gewählt. Wir hoffen auf einen Erfolg unserer DGVT-KandidatInnen und werden darüber an dieser Stelle in der Homepage und in der nächsten Ausgabe berichten.

Wie wichtig eine Beteiligung in der Landespsychotherapeutenkammer ist, wird auch dadurch deutlich, dass die in der Kammer vertretenen Verbände bei wichtigen Fragen vom Sozialministerium um Stellungnahme gebeten werden, also politisch mitwirken können.

Renate Hannak-Zeltner

Bayern

Auszug aus dem Konsenspapier des AK QS-KJPT-Bay

Am 27. September 2005 haben sich Vertreter maßgeblicher Berufs- und Fachverbände im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Abteilung Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (KiJuPsy) am Biederstein der Technischen Universität München konstituierend versammelt und den Arbeitskreis Qualitätssicherung in der der Kinder –und Jugendlichenpsychotherapie Bayern (AK QS-KJPT-BAY) gegründet.

Als Vertreter der Berufs-/Fachverbände sind benannt für die VAKJP Peter Lehdorfer, Angelika Rothkegel und Maria Nonast-Sander, für die DGVT Rudi Merod und Sonja Stolp und für den BKJ Silke von der Heyde. Als Angehörige der Abteilung KiJuPsy sind benannt Werner Hüttl, Patricia Bellomo. Als Vertretung für die AVM wird Rainer Knappe angefragt. Der AK ist grundsätzlich offen für Vertreter weiterer Psychotherapieverbände, jedoch versteht sich der AK QS-KJPT-Bay in der obigen Besetzung als vertretungsberechtigt für die überwiegende Anzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bayern.

Ziel des Arbeitskreises ist die Erarbeitung eines methodenübergreifenden wissenschaftlich fundierten Konzeptes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Moderation der Sitzungen übernimmt ebenso wie die Ausführung der Beschlüsse die Abteilung für KiJuPsy am Biederstein, bis auf weiteres vertreten durch den stellv. Leiter Werner Hüttl. Die Transparenz der Arbeit des AK's nach außen ist nach allgemeiner Auffassung ein wichtiges Merkmal für die Erarbeitung von QS-Maßnahmen. In gleicher Weise wird es Aufgabe des Arbeitskreises sein, Wege einer frühen Einbeziehung der „Betroffenen“ zu finden und umzusetzen, sowie auch die Information frühzeitig an gesundheitspolitische Gremien, Ausbildungsinstitute und Vereinsmitglieder weiterzuleiten.

Rücktritt von Dr. Werner Sitter vom KV-Vorstand

Die Kassenärztliche Vereinigung (KVB), in Vertretung von Dr. med. Axel Munte und Rudi Bittner, meldete am 27.10.2005 den Rücktritt des 1. stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Werner Sitter. Sitter war für den hausärztlichen Versorgungsbereich zuständig und hatte das Mandat, die Verhandlungen mit den Krankenkassen zu führen. Er war erst in diesem Frühjahr nach heftigen, beinahe tumultartigen Konflikten in der KVB und einer anschließenden Satzungsänderung in den Vorstand gewählt worden (wir berichteten).

Es wird vermutet, dass dieser Rücktritt politisch motiviert ist. Der Bayerische Hausärzteverband hätte zahlreichen Mandatsträgern der KVB ein Ultimatum gestellt, sich für die Arbeit in einer der Organisationen zu entscheiden. Laut einer Presseinformation des Bayerischen Hausärzteverbandes möchte eben dieser die Trennung der KVB in eine Hausarzt- und eine Facharzt-KV. Der Vorstand der KVB möchte jedoch auch weiterhin die Interessen aller Ärzte und Psychotherapeuten unter einem Dach vertreten. Die jahrzehntelange erfolgreiche gemeinsame Interessenvertretung dürfe nicht an den Partikularinteressen einzelner Personen scheitern, so Munte und Bittner.

Treffen der LandessprecherInnen

Für die Vertretung der DGVT in Bayern wurden bei der letzten Mitgliederversammlung Rudi Merod, Heiner Vogel, Sonja Stolp und Elke Schweizer gewählt. Zur Ökonomisierung und besseren Koordination wurden verschiedene Aufgabenbereiche festgelegt. Rudi Merod wird sich um den Bereich KV, Heiner Vogel um den Bereich Psychotherapeutenkammer, Sonja Stolp um den Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung, Elke Schweizer um die Bereiche Jugendhilfe und Praxisniederlassung kümmern.

Es wird ein E-Mail-Verteiler für kurze News und Tipps für den Arbeitsalltag aufgebaut, um den Service für die Mitglieder zu vervollständigen. Ideen und Informationen für diesen Verteiler können an die jeweiligen LandessprecherInnen weitergeleitet werden.

Kammerarbeit

Nachdem die Kammer endlich auch ihre wichtigste Pflichtaufgabe - die Verabschiedung einer Satzung - erledigt hat, beginnt sie allmählich in ihrer Rolle als Interessenvertretung der Psychotherapeuten Kontur zu gewinnen, nach innen wie nach außen. Nach innen wurde im Oktober eine weitere Veranstaltung zur Förderung der Interessenvertretung der sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern organisiert, nach innen und nach außen sollte der 1. bayerische Landespsychotherapeutentag in München, am 12.11.05 wichtige Signale setzen. Dies dürfte bei einer Anmeldezahl von etwa 700 auch gelungen sein. Ansonsten ist die Kammer regelmäßig bei Terminen mit Politikern präsent und trägt die Interessen, Fragen und Forderungen der Psychotherapeuten möglichst passgenau an den entsprechenden Stellen vor.

*Für die LandessprecherInnen
Sonja Stolp*

Berlin

Zum Ergebnis der Kammerwahl Berlin – Versuch einer Interpretation

In der neuen Delegiertenversammlung der Berliner Psychotherapeutenkammer sind über die Liste "Bündnis für psychische Gesundheit" 3 DGVT-Vertreter vertreten (Armin Kuhr, Bernd Fliegener, Christian Remmert) – das bedeutet für die DGVT einen Sitz weniger als vor vier Jahren. Ein vierter DGVT-Vertreter könnte vielleicht irgendwann nachrücken.

Allerdings hat die Liste, auf der die DGVT kandidierte, acht Mandate verloren. Vier davon gingen an die ehemaligen DPTVler, die jetzt mit einer eigenen Liste vertreten waren. Über den Verlust der anderen vier Mandate wird spekuliert und Verschiedenes verantwortlich gemacht.

Meine Interpretation wäre diese:

1. Diejenigen, die gewählt haben, haben vor allem diejenigen Listen gewählt, die, um es vorsichtig zu sagen, etwas mehr die Richtlinientherapien vertreten und im freiberuflichen Bereich angesiedelt sind. Da haben sich diese Wähler mehr für die Wahrnehmung ihrer Interessen versprochen.
2. Diejenigen wenigen, die aus dem Angestelltenbereich gewählt haben, haben zum größeren (oder großen) Teil die sich wieder als reine Angestelltenliste präsentierende Kontextliste angekreuzt. Diese Liste, die im Wesentlichen Projekte in freier Trägerschaft repräsentiert (und nicht die angestellten PsychotherapeutInnen), hat einen zusätzlichen Sitz (jetzt drei Sitze) gewonnen.
3. Wahrscheinlich aufgrund unterschiedlicher Interessenslagen im „Bündnis“ (auch die ehemalige Präsidentin hatte da große Schwierigkeiten) und aus Angst vor den Reaktionen des Bündnispartners, der Kontextliste (s.o.), wurde der Bereich der Angestellten in der Kammer durch die Bündnisliste viel zu spät besetzt. Es konnte zwar letztlich doch durch die Initiative einzelner, vor allem von DGVT-Mitgliedern, die Einrichtung eines Angestelltenausschusses in der Delegiertenversammlung erreicht werden; dieser konnte aber nach außen hin nicht mehr wirksam auftreten. Es fand z.B. vor den Wahlen keine spezielle Versammlung für die angestellten KollegInnen mehr statt und eine Mailingliste, die im letzten Moment eingerichtet wurde, kam zu spät und funktionierte auch nicht, aufgrund welcher Probleme und Missverständnisse auch immer.
4. Die Kammer insgesamt und die Listen im Einzelnen haben sich nicht wirklich für die Probleme der Angestellten und der Psychotherapeuten in Institutionen interessiert, geschweige denn wirksam für deren Belange in der Fachöffentlichkeit und der Politik

eingesetzt. Immer wieder hörte und hört man von Angestellten-Seite, dass sie sich bisher nicht durch die Kammer vertreten fühlen. Überall wird an PsychotherapeutenInnen gespart, werden Psychotherapeutenstellen mit AusbildungsteilnehmerInnen besetzt, wird die Bezahlung von angestellten PsychotherapeutInnen reduziert, werden FachärztInnen und PsychotherapeutInnen immer noch unterschiedlich bezahlt, werden die Probleme, die sich aus der Divergenz von Dienst- und Berufsrecht ergeben nicht wirklich angegangen, und, und, und...

Das sind Felder, die von einer Liste, die explizit für Methodenvielfalt eintritt (im Angestelltenbereich ist die Vielfalt bereits seit langem präsent!!!), sich für die Angestellten einsetzen wollte und in der Kammer auch das Sagen hat(te), hätten besetzt werden müssen!

5. Angesichts dieser schwerwiegenden Unterlassungen und des Desengagements ist es auch fast lächerlich zu behaupten, die Angestellten hätten selbst schuld, wenn sie sich nicht bemerkbar machten und nicht wählen würden. Wie schwer es Angestellten in der Delegiertenversammlung selbst gemacht wurde in der zurückliegenden Wahlperiode, kann man aus dem Gerangel um die Einrichtung eines Angestelltenausschusses – Psychotherapie in Institutionen - ersehen! Auch das Argument, die Angestellten würden in weit verstreuten und zudem unterschiedlichen Institutionen arbeiten, kann höchstens als erschwerend, aber nicht wirklich als substantiell herangezogen werden.

Es müsste sich also einiges ändern - wenn man die angestellten Psychotherapeuten in der Sicherung und Würdigung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit durch die Kammer und deren Delegierte wirklich und wirksam unterstützen will. Und da müsste dann z.B. auch deutlich Stellung genommen werden gegen die gebetsmühlenartig vorgetragenen Sparargumente und die angeblich notwendige Alternative der Privatisierung von Einrichtungen!

Vielleicht sollte sich da auch die DGVT in Zukunft in Berlin – aber nicht nur da - etwas deutlicher, eventuell anders positionieren?

Die Unterstützung dieses öffentlichen Bereiches mit seinem NOCH psychotherapeutischen Angebot ist ein wesentlicher Teil des Gesundheitssystems.

Da müsste eine deutlich kritischere Haltung der DGVT - nicht nur in Berlin - den angestellten PsychotherapeutInnen Unterstützung bieten und somit auch die gesundheitliche öffentliche Versorgung sichern helfen. Das würde dann auch die Motivation der angestellten psychotherapeutisch arbeitenden KollegInnen treffen.

Vielleicht hat man ja in der DGVT diesen Bereich etwas (vorsichtig ausgedrückt!) vernachlässigt zugunsten von Diskussionen und Umsetzungen der (privaten) Perspektiven, die das GMG (GKV-Modernisierungsgesetz) bietet?

Übrigens: Im Dezember, nach der Konstituierung der neuen Delegiertenversammlung, können die Berliner DGVT-Mitglieder auf dem Regionaltreffen ihre Sichtweisen zur Psychotherapeutenkammer im Besonderen und zur Politik der DGVT im Allgemeinen diskutieren. Der Ort ist bereits klar: wie die letzten Male auch ist es das DGVT-Ausbildungsinstitut in der Bismarckstraße. Das genaue Datum wird noch per Einladungsschreiben bekannt gegeben.

Klaus Bickel

Brandenburg

Die problematische Interpretation von Psychotherapierichtlinien und Bewertungsgrundlagen durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) bzw. deren Abrechnungsabteilung setzt sich auch mit dem EBM2000plus fort: Das alte Problem der Nichtvergütung von Doppelsitzungen mit der waghalsigen Begründung, dass eine Sitzung nur von der Mindest-

dauer her zeitlich geregelt sei (und maximal wohl ein Menschenleben dauern kann), und der nicht minder weit gehenden Einschätzung, dass das inhaltliche Kriterium einer Sitzung deren deutliche formale Abtrennung von der folgenden sei (und man da in aller Beliebigkeit von einer Stunde – so kürzlich in Sachsen-Anhalt gehört – bis mehreren Stunden ausgeht), hat de facto dazu geführt, dass die mehrere Stunden umfassenden konfrontativen Methoden nicht mehr durchführbar sind. Gerichtliche Anstrengungen zur Klärung sind noch nicht fortgeschritten. - Inzwischen gibt es eine Fortsetzung dieses Leidens mit der durch den EBM2000plus eröffneten Option verhaltenstherapeutischer Kleingruppen. Auch hier wird die Möglichkeit der Mehrfachsitzen (d.h. der Verkoppelung von zwei Doppelsitzungen) von der KV mit der gleichen Argumentation zurückgewiesen.

Last noch least gibt es inzwischen auch Probleme bei der parallelen Beantragung von Einzel- und Gruppenbehandlung. Unter Rückgriff auf die Psychotherapierichtlinien E.1.2.3 gibt es widersprüchliche oder unklare Auskünfte der KV und der Kassen bezüglich der parallelen Beantragung. Nach beharrlichem Nachfragen bei Kasse, Gutachter, Obergutachter und Abrechnungsabteilung scheint sich die Sachlage – welche aber nicht unbedingt mit der tatsächlichen Anerkennungs- und Abrechnungslage übereinstimmt und welche so nicht direkt aus der Rechtslage abgeleitet und daher nur unter Vorbehalt ausgesprochen werden kann - jetzt so darzustellen: Eine parallele Beantragung scheint grundsätzlich nicht für sinnvoll erachtet zu werden (obwohl die KV und bestimmte Kassen eine quartalsbezogene alternierende Abrechnung akzeptieren; obwohl bestimmte Gutachter und Kassen auch eine parallele Abrechnung und Beantragung akzeptieren; obwohl die Richtlinien nur die Notwendigkeit von einzeltherapeutischer Begleitung einer Gruppentherapie, nicht aber den Ausschluss von eigenständiger Einzeltherapie hergeben), da Einzel- und Gruppentherapie als unterschiedliche Verfahren gewertet werden. Die so gehandhabte Richtlinienaussage, wonach Gruppentherapie also immer von Einzeltherapie begleitet werden muss, bedeutet für die Beantragungspraxis: Bei Beantragung der Gruppentherapie ist es wichtig, dass der Therapeut Umfang der Einzelsitzungen, die nach GbNr.: 35220/1 zu berechnen und im Antrag auch so auszuweisen sind, deutlich bestimmt. Dieses Kontingent der Gruppentherapie kann dann zu einzeltherapeutischen Zwecken genutzt werden. Inhaltliche Fragen der parallelen Beantragung sind vor dieser Auslegung der formalen Rechtslage irrelevant bzw. nur vor dem Hintergrund der Kontingentierung bedeutsam. Leider ist es auch hier so, dass erst das Kind in den Brunnen gefallen sein muss, sprich das Widerspruchsverfahren beschrritten werden muss, ehe überhaupt etwas Licht in das Dunkel der Interpretationspraxis gebracht werden kann.

Die DGVT hat in Zusammenarbeit mit Hr. Rechtsanwalt Kleine-Cosack und dem bvvp bei der KV einen Antrag auf Bescheidung der Vergütungs- und Nachvergütungsbescheide von 2000-2004 gestellt, damit über eine Musterklage gerichtlich die Rechtmäßigkeit der Höhe der Nachvergütung überprüft werden kann.

Die Landesgruppe trägt sich mit Überlegungen, ein Institut zu gründen, was sich vornehmlich der Unterstützung und Förderung von integrativen und innovativen verhaltenstherapeutischen Störungs- und Interventionsansätzen widmet. Sein Tätigkeitsfeld könnten Workshops, Fortbildungen, Intervision und Supervision, aber auch theoretische und publizistische Arbeiten umfassen. In diesem Rahmen könnte auch die weiterhin noch schleppende Bearbeitung des Projekts „Der Mythos der psychotherapeutischen Sitzung - 50 Minuten“ angesiedelt werden. Schleppend ist die Arbeit zum einen, weil die Quellenlage hinsichtlich Herkunft, Funktion und praktischer Bedeutung der 50 Minuten sehr schlecht zu sein scheint, und zum anderen, weil die psychotherapeutische community den 50 Minuten doch mehr eine sekundäre Rahmenfunktion, weniger einen immanent disziplinierenden, regelnden und regulierenden Charakter zubilligen mag. Wer Interesse hat, kann sich gern an mich oder Friedemann Belz wenden.

Frank Mutterlose

Gibt es Neues zur Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer?

Wie zu hören ist, eigentlich nicht. Der gemeinsame Staatsvertrag aller fünf beteiligten Länder ist zwar bereits im Sommer „paraphiert“ (d.h. abgezeichnet oder fertig formuliert) worden, jedoch gab es danach noch die zumindest zeitlich aufwendige Hürde der fünf Landtage. Zwischenzeitlich ist das Gesetz über den Staatsvertrag in drei von fünf Ländern vom den Landtagen verabschiedet, allerdings noch nicht in allen. Erst wenn alle Landtage das Gesetz verabschiedet haben, kann es in Kraft treten und das Sozialministerium erhält damit die Zuständigkeit für die Gründung der gemeinsamen Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer. Dann kann vieles sehr schnell gehen. Die Vorschläge für die Berufung des Errichtungsausschusses liegen in der Schublade; auch sind bereits zahlreiche Arbeiten erledigt, die bei der Gründung der übrigen Landeskammern viel Zeit verschlungen haben.³ Gleichwohl: Nach Berufung des Errichtungsausschusses wird unvermeidlich noch einige Zeit erforderlich sein müssen, um die Kammer als Körperschaft aufzubauen, um die Kammermitglieder zumindest vorläufig zu erfassen, um Beiträge einzuziehen, damit ein Haushalt geplant und verabschiedet werden kann, von dem schließlich u.a. die Wahl bezahlt werden kann. Diese wird also kaum vor dem Spätsommer oder Herbst 2006 stattfinden können.

Frank Mutterlose, Waltraud Deubert

Hamburg

Aus der Hamburger Kammer

Neben den vielen Routinearbeiten, die sie zu bewältigen hat, hat sich die Hamburger Psychotherapeutenkammer intensiv des Themas Notfallpsychotherapie angenommen. Im Oktober wurden hierzu einige Schulungsseminare zum Umgang mit traumatisierten Menschen angeboten. Diese Thematik soll in Hamburg besondere Aufmerksamkeit erhalten, d. h. es sollen in regelmäßigen Abständen entsprechende Seminare angeboten werden.

Am 10. September fand eine außerordentliche Kammerversammlung statt, bei der die von der Behörde gewünschten Änderungen zur Berufsordnung beschlossen wurden. Im Anschluss fand der schon mit kleiner Tradition versehene Hamburger Kammertag statt.

- Herr Dr. Riedel berichtete über den Stand der Entwicklung des „Psych-Info“ (Online-Informationsdienst) der Nordkammern, die er federführend begleitet hat. In einigen Monaten könne er ans Netz gehen.
- Der Berufsordnungsausschuss berichtete über zu erwartende Problemstellungen im Umgang mit der Berufsordnung. Hierzu berichtete auch der Schlichtungsausschuss anonymisiert über vorliegende potentielle Verstöße gegen die Berufsordnung. Im Plenum wurden Sanktionsmöglichkeiten der Kammer erwogen und diskutiert.
- Ulrich Wirth berichtete aus dem Bundesausschuss zur geplanten Weiterbildungsordnung und der Frage des Für und Wider von Weiterbildungstiteln.

³ Es gibt bereits eine Homepage, die den Stand der Vorbereitungen übersichtlich zusammenfasst: www.ihre-opk.de

- Etwas kürzer in Anbetracht des Zeitrahmens wurde im Plenum über geforderte und wünschenswerte Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der psychotherapeutischen Praxis beraten.

Obwohl an allen Kammer-Aktivistinnen die Arbeitsbelastung der zurückliegenden Monate nicht spurlos vorübergegangen ist, war es im Ganzen ein konstruktives und ermutigendes Zusammentreffen.

Aus der DGVT-Landesgruppe

In letzter Zeit wurden viele interessierte Nachfragen bezüglich **Intervisionsgruppen** an die Landesgruppe gerichtet. Wir haben uns daraufhin entschlossen, folgende Termine für ein jeweils erstes Treffen anzubieten:

9. Januar 19:00 Uhr, 6. Februar 19:00 Uhr, 14. März 19:00 Uhr. Die Veranstaltungen finden jeweils in der Seewartenstr. 10, Haus 5, erste Etage statt. An diesen Abenden soll geklärt werden, wie die einzelnen Gruppen zusammengesetzt sein werden und welche inhaltlichen Vorstellungen vorhanden sind. Interessenten können sich vorab mit Bernd Kielmann in Verbindung setzen (E-Mail: hamburg@dgvt.de).

Fortbildung der DGVT

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass es in der Hamburger Fortbildungsakademie der DGVT ein umfassendes und interessantes Veranstaltungsangebot geben wird (www.dgvt.de/Fort-und_Weiterbildungsprogra.975.0.html).

Bernd Kielmann, Thomas Bonnekamp

Hessen

(1) Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)

Klage gegen die Widerspruchsbescheide zu den Honorarbescheiden aus 4 / 04

Da die KVH bislang die dringende Empfehlung des Sozialgerichtes Marburg ignoriert, „das Widerspruchsverfahren (und damit auch die Erteilung von Widerspruchsbescheiden) bis zu einer rechtskräftigen Musterentscheidung auszusetzen“, empfiehlt die Landesgruppe Hessen auch weiterhin allen KV niedergelassenen Mitgliedern, gegen ablehnende Widerspruchsbescheide zum 4. Quartal 2004 binnen 4 Wochen nach Zustellung vor dem zuständigen Sozialgericht Marburg Klage einzureichen.

Unserem Aufruf aus dem letzten Quartal, sich im Falle einer Klageerhebung mit der Tübinger Geschäftsstelle oder direkt mit uns in Verbindung zu setzen (Wilfried.Schaeben@gmx.de, Subject/Betreff: „KVH-Musterklage DGVT“) sind inzwischen etliche Mitglieder gefolgt. Wie angekündigt streben wir vonseiten unseres Verbandes eine Musterklage an, sodass wir auch weiterhin um eine Rückmeldung über eingereichte Klage bitten.

Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen u. -psychotherapeutischen Versorgung

Am 18.10.05 verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Qualitätsmanagement-Richtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung, die alle Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren verpflichtet, innerhalb von vier Jahren ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Danach sind von den einzelnen Praxen jeweils konkrete Qualitätsziele festzulegen, deren Zielerreichung systematisch zu überprüfen und die eingesetzten QM-Maßnahmen ggf. anzupassen, wobei für die Bereiche "Patientenversorgung" und "Praxisführung / Mitarbeiter / Organisation" folgende Elemente definiert werden:

- (a) im Bereich "Patientenversorgung": Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse; Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –beratung; Strukturierung von Behandlungsabläufen;
- (b) im Bereich "Praxisführung / Mitarbeiter / Organisation": Regelung von Verantwortlichkeiten; Mitarbeiterorientierung; Praxismanagement; Gestaltung von Kommunikationsprozessen; Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung; Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne QM.

Als Qualitätsmanagement-Instrumente werden u.a. genannt: strukturierte Teambesprechungen, Prozess- u. Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen, Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement; ferner Organigramme, Checklisten, Fehleranalysen, Dokumentation der Behandlungs- u. Beratungsverläufe, Notfallmanagement u. Qualitätsbezogene Dokumentation.

Für die Planung und Umsetzung praxisinterner Qualitätsmanagementsysteme sind je zwei Jahre, für ihre anschließende Überprüfung ein weiteres Jahr vorgesehen. Ihre Einführung, Dokumentation und Weiterentwicklung soll jährlich durch die Qualitätskommissionen der KVEn anhand von Zufallsstichproben (2,5 Prozent aller Leistungserbringer) überprüft werden. Anstelle einer direkten Zertifizierung von Praxen soll aus den nach vier Jahren vorliegenden KV-Daten zunächst durch die KBV ein Bericht zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements erstellt werden, auf dessen Grundlage dann (fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie) eine Evaluation durchgeführt und vonseiten des G-BA „über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte, die das Qualitätsmanagement unzureichend einführen oder weiterentwickeln“, entschieden werden kann.

Die DGVT und unsere Vertreter in den Gremien der KVH sind nun aufgerufen, sich entschieden dafür einzusetzen, die verabschiedeten QM-Richtlinien so auszugestalten, dass sie den spezifischen Erfordernissen unserer psychotherapeutischen Praxen gerecht werden und zum Wohle der PatientInnen realisiert werden können. Bei der Einführung und Planung ihrer praxisinternen QM-Maßnahmen möchten wir unsere Mitglieder nach Kräften beraten und unterstützen und werden zu diesem Zweck u. a. geeignete Fortbildungsangebote organisieren. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

(2) DGVT Landesgruppe gründet gemeinsame Liste „VT-AS“ für Kammerwahl 2006

Da der Redaktionsschluss dieser Ausgabe eine Woche vor der 12. Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer (4.-5.11.05 in Ffm) und zwei Wochen vor dem diesjährigen Landesgruppentreffen (11.11.05 in Ffm, mit Gastvortrag von Thomas Heidenreich "Neue Wege der Rückfallprophylaxe: Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression") lag, werden die entsprechenden Berichte hierzu in der nächsten Ausgabe nachgereicht.

Gerne möchten wir aber schon jetzt die Gelegenheit wahrnehmen und für die im Mai 2006 anstehenden Wahlen zur Hessischen Psychotherapeutenkammer eine Entscheidung der DGVT-Landesgruppe ankündigen, die unserer Überzeugung nach zukunftsweisend sein kann für die Vertretung verhaltenstherapeutischer Sichtweisen und Interessen in Hessen. Gemeinsam mit Vertretern des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie (DVT) und der Fachbereiche der hessischen Hochschulen Marburg, Gießen, Frankfurt und Darmstadt haben wir uns zur Gründung einer rein verhaltenstherapeutischen Wahlliste entschieden:

Wahlliste

„VT-AS. Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten: Angestellt - Selbständig“

Damit bekennen wir uns zu einer berufspolitisch klaren Positionierung eines VT-Verständnisses, das ganz auf die innovative und integrative Kraft psychotherapeutischen Erfahrungswissens aus Praxis und Forschung setzt und ohne Berührungsängste den selbstbewusst selbstkritischen Dialog mit allen Impulsgebern einer entwicklungsfähigen Psychotherapie sucht.

Wir betreten damit aber auch kammerpolitisches Neuland. Zum einen scheint es in der Vergangenheit für hessische Verhaltenstherapeuten – anders als für die Vertreter psychoanalytisch psychodynamischer Traditionen – nicht Erfolg versprechend gewesen zu sein, sich über ihr verhaltenstherapeutisches Identitätsprofil nicht nur fach- sondern auch berufspolitisch zusammenzuschließen. Zum anderen wird die DGVT in Hessen nicht mehr nur als Juniorpartner eines klassischen Berufsverbandes antreten sondern im Wahlbündnis eine besondere Verantwortung für eine eigenständige Wahlliste übernehmen.

Wilfried Schaeben, Anke Teschner

Nordrhein-Westfalen

In unserem letzten Beitrag hatten wir über die erfolgreiche Wahl unserer Liste **AS** zur neuen Kammerversammlung berichtet. Seitdem haben wir die daraus gewonnen Möglichkeiten genutzt und mit allen Gruppierungen Gespräche geführt. Da unsere Liste acht Sitze in der Kammerversammlung hat, konnten wir eine eigene Fraktion bilden, die Fraktion **AS**.

Auf Grund der Mehrheitsverhältnisse zeichnete sich schnell eine Fortsetzung der bisherigen Koalition zur Vorstandsbesetzung ab. Kooperative Liste (DPTV, Vereinigung u.a.), Analytiker und Bündnis KJP, die eine Fortsetzung des bisherigen Vorstandes anstrebten, verfügen in der Kammerversammlung über 33 von 66 Sitzen. Zur Sicherung einer stabilen Mehrheit waren sie mit uns in Koalitionsverhandlungen eingetreten. Dazu hatten wir unsererseits Forderungen formuliert, die wir in der Vorstandsarbeit verwirklicht sehen wollten.

Diese berührten in der Hauptsache folgende Themen:

1. Angestellte / Beamte – Psychotherapie in Institutionen

- Hierbei handelt es sich um unser vorrangiges Thema, das wir in der zukünftigen Arbeit der Psychotherapeutenkammer NRW intensiviert wissen wollen. So soll der Service der Geschäftsstelle für Angestellte verbessert werden. Für die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder sollen Initiativen der Kammer in Politik und Verbänden, auf gesetzlicher und tariflicher Ebene erfolgen. Die Kammer soll sich einmischen und die Interessen der angestellten und beamteten Psychotherapeuten vertreten, auch über die eigentlichen Kammeraufgaben hinaus. Die erfolgreiche Ausschussarbeit zu diesem Bereich soll fortgesetzt werden, möglichst differenziert nach den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern.

2. KJP – Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

- Die Belange der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen müssen in besonderem Blickfeld der Kammer bleiben. Hierbei soll insbesondere auch der Frage der ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.
- Hierbei sollen auch die Tätigkeitsfelder in der Jugendhilfe und in Erziehungsberatungsstellen berücksichtigt werden.
- Die Kammer soll sich zu ausgewählten Themen über Hearings und Fachtagungen inhaltlich positionieren. Dazu hat der KJP-Ausschuss bereits Vorleistungen erbracht, auf die zurückgegriffen werden kann.
- Unsererseits wird die Zusammenführung der KJP-Themen in einem KJP-Ausschuss und nicht in einer KJP-Fraktion geleistet.

3. Weiterbildung

- Wir haben uns kritisch zur Erstellung einer Weiterbildungsordnung geäußert, halten diese im Grunde für verzichtbar, da alle Qualifizierungsmaßnahmen über Fortbildungen zu erreichen sind. Das Heilberufsgesetz NRW sieht jedoch die Erstellung einer Weiterbildungsordnung vor, sodass wir uns einer Befassung damit nicht verschließen werden.
- Mit der Beauftragung eines Ausschusses zur Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung darf jedoch keine Vorentscheidung getroffen werden, eine Weiterbildungsordnung auch zu verabschieden. Diese Entscheidung obliegt dann der Kammerversammlung, die vom Ausschuss vorbereitet wurde.
- Es ist immer wieder, z.B. in der Einleitung, auf die besonderen Probleme bei der Weiterbildung für unsere Berufsgruppen, insbesondere im Vergleich zu der für Ärzte geltenden Weiterbildung, hinzuweisen.

4. Professionalisierung

- Die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit für die Kammermitglieder sowie das aktive Aufgreifen gesundheitspolitischer Themen soll durch eine professionelle PR-Arbeit in der Geschäftsstelle sicher gestellt werden.
- Die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder sollen durch eine professionelle Geschäftsstelle mit hauptamtlichen Experten entlastet werden.

5. Verschlanung und Nutzerfreundlichkeit bei der Umsetzung der Fortbildungsordnung

- Die Verwaltungsabläufe im Rahmen der Fortbildungsordnung sollen nutzerfreundlicher und effizienter ausgestaltet werden.

6. Verpflichtung zur sparsamen Haushaltsführung

- Um eine Stabilität der Kammerbeiträge zu erreichen, soll sich der Vorstand verpflichten, sparsam und nachhaltig zu wirtschaften.
- Insbesondere Ausgaben für die Beauftragung externer Experten sollen begründet und der Kammerversammlung bzw. dem Finanzausschuss gegenüber transparent gemacht werden.

7. Interessenvertretung

- Die PTK NRW soll sich bemühen, in relevanten Gremien, z. B. für den Bereich der Kliniken und der Krankenhausbedarfsplanung, mit Sitz und Stimme vertreten zu sein, bzw. Einfluss zu nehmen.

8. Verfahren bei der Besetzung von Kommissionen

- Die Errichtung von Ausschüssen ist die demokratisch legitimierte Arbeitsform der Kammerversammlung. Über Ausschussarbeit soll auch weiterhin die Beteiligung der Fraktionen gesichert sein. Bei speziellen Fragestellungen und zur Heranziehung von Experten hat sich die Einsetzung von Kommissionen als sinnvoll erwiesen. Bei der Einrichtung von Kommissionen und der Bestimmung ihrer Mitglieder sollten vorab die Fraktionen in geeigneter Form beteiligt werden.

Es ist uns gelungen, diese und weitere Themen in eine Koalitionsvereinbarung einzubringen, sodass wir uns dafür entschieden haben, in einer Koalition mit den o.g. drei Fraktionen für den Vorstand anzutreten. Dies wurde im Vorfeld auch mit den anderen Fraktionen angesprochen, die sich zum Teil bereit erklärten, unser Vorgehen zu unterstützen.

Auf der konstituierenden Kammerversammlung am 17.9.05 stellte sich ein 5-er Vorstand zur Wahl:

Für das Präsidentenamt: *Monika Konitzer*

Für den Stellvertreter: *Karl-Wilhelm Hofmann*

Als Beisitzer: *Ferdinand von Boxberg, Dr. Wolfgang Groeger, Johannes Broil* (für die Fraktion AS)

Die anderen Fraktionen verzichteten auf die Benennung von Gegenkandidaten. Der Vorstand wurde mit großer Mehrheit gewählt. Unsere Integrationsleistung bei den anderen Fraktionen drückte sich im Wahlergebnis unseres Kandidaten Johannes Broil aus, der neben den Stim-

men der Koalition auch solche der anderen Fraktionen bekam bei nur wenig Gegenstimmen. Wir sehen es als einen Auftrag der gesamten Kammerversammlung, gemeinsame politische Inhalte in die Vorstandarbeit einzubringen und zu sichern.

Die Landesgruppe NRW plant für das Frühjahr **2006 die nächste Regionalversammlung** zusammen mit einer attraktiven Fortbildungsveranstaltung. Wir hoffen dadurch mehr Mitglieder ansprechen zu können, denn wir benötigen für unsere politische Arbeit Rückmeldung und Beteiligung.

Johannes Broil, Jürgen Kuhlmann, Veronika Mähler-Dienstuhl

Saarland

Am 28. September hat die DGVT-Landesgruppe Saarland eine gemeinsame MV mit der DGVT-Landesgruppe Rheinland-Pfalz in Kaiserslautern abgehalten und dort ins Auge gefasst, unser Fortbildungsprojekt regional auszuweiten. Dieses ist inzwischen im Saarland angelaufen (Kurs 4; Kognitive Therapie nach Judith Beck), zwei von den sechs vorgesehenen Sitzungen haben bereits stattgefunden, und es verschlingt unsere ganzen zeitlichen und personalen Ressourcen.

Ein Meinungs austausch über unsere bisherigen Kammer-Erfahrungen ergibt ein insgesamt betrübliches Bild. Auch wenn es keine Alternative zu geben scheint, das Projekt bleibt immer zweifelhaft. Es ist offenbar nur Selbstzweck, i.e. eine weitere Möglichkeit, Zwangsbeiträge einzutreiben und eine nur sich selbst dienende Funktionärsschicht zu unterhalten.

Die von der jetzigen Opposition in der saarländischen PTK als führende Kraft im Errichtungsausschuss seinerzeit entwickelte Idee einer Service-Agentur für die Mitglieder und darüber hinaus eines Forums für eine wirkliche Auseinandersetzung innerhalb der Profession um die Grundlagen, Aufgaben, inneren Widersprüche und Auspizien derselben - die Idee scheint aufgegeben.

Die in der hiesigen wie in den meisten anderen Kammern beteiligte DGVT hat es bisher nicht zu einer kritischen Analyse des Geschehens gebracht, die den Namen verdient, sondern sich komplett von den in den Kammern herrschenden Verhältnissen absorbieren lassen bzw. ihren Zwängen unterworfen.

Raimund Metzger

Schleswig-Holstein

9. Regionale Mitgliederversammlung

Die 9. Regionale Mitgliederversammlung der DGVT war am 18.10.2005 in der Medizinisch-psycho somatischen Klinik in Bad Bramstedt. Um 19:00 Uhr fand sich eine überschaubare Anzahl von Mitgliedern ein, die sich bis ca. 22:30 Uhr mit der veröffentlichten Tagesordnung befasste, die zu Beginn der Versammlung auch ohne Änderungswunsch blieb.

Demnach standen zunächst die Rechenschaftsberichte der beiden Landessprecher an und anschließend die Neuwahl der Landessprecher. Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer gaben jeweils einen Überblick über ihre Arbeit als Landessprecher in den letzten zwei Jahren. Aus dem Ergebnis der ersten Kammerwahl in Schleswig-Holstein im Sommer 2003 ergab sich quasi auf natürlichem Wege die Arbeitsteilung, dass *Detlef Deutschmann* primär für die direkte Kammerarbeit zuständig war, während *Bernd Schäfer* sich vorrangig mit den DGVT-internen Aufgaben der Landesgruppe befasste. Da wir die Arbeit der Landesgruppe der letzten zwei Jahre an dieser Stelle auch fortlaufend veröffentlicht haben, enthielten die Rechen-

schaftsberichte inhaltlich nichts, was die interessierten LeserInnen dieser Zeilen nicht sowieso schon wissen, weshalb wir auf eine ausführliche Darstellung glauben verzichten zu können (auch aus Zeitgründen – der Redaktionsschluss sitzt uns im Nacken). Jedenfalls ergab sich in der Mitgliederversammlung kein größerer Diskussionsbedarf der Berichte, was sicher auch darauf zurückzuführen ist, dass beide Landessprecher ihre Tätigkeiten auch zwischendurch immer wieder mit dem aktiveren Teil der Mitgliedschaft abstimmen. Die Mitgliederversammlung dankte den Landessprechern für ihre Arbeit, beide kandidierten erneut und beide wurden auch in ihren Funktionen bestätigt. Die beschriebene Arbeitsteilung soll dabei auch weiterhin bestehen bleiben.

Danach beschäftigte sich die Mitgliederversammlung mit dem **aktuellen Stand zur Nordkammer**. Wir hatten ja vor einigen Wochen angekündigt, einen Musterhaushalt einer Nordkammer zu erarbeiten, um unsere postulierte Kostenersparnis auch durch ein belastbares Zahlenwerk zu untermauern. Dieses Zahlenwerk soll dann zu gegebener Zeit in die Kammerversammlungen eingebracht werden mit dem Ziel, dass sich die Vorstände der Kammern nicht mehr um eine ernsthafte Prüfung herumdrücken können, was seit Monaten ihre Strategie zu sein scheint. Der aktuelle Stand der Dinge ist, dass ein erster Haushaltsentwurf bereits erstellt und unter den norddeutschen Landessprechern der DGVT auch ausführlich diskutiert worden ist. Die Diskussion ist allerdings noch nicht abgeschlossen und soll auch im Länderrat der DGVT noch fortgesetzt werden. Auch wenn es zur konkreten Ausgestaltung einer Nordkammer noch Abstimmungsbedarf gibt, steht das Ziel, nämlich die Vorlage eines seriösen Haushaltsentwurfes, der für die Pflichtmitglieder zu einer deutlich spürbaren Reduktion ihrer Pflichtbeiträge führt, nicht in Frage.

Als nächstes ging es in der Mitgliederversammlung um die **aktuelle Kammerpolitik**. Für den 21.10.05 war die nächste Kammerversammlung angesetzt, in der auch der Haushalt 2006 zur Beschlussfassung anstand. Die MV diskutierte eine Strategie für diese Kammerversammlung, die v.a. auch dem Gesichtspunkt Rechnung tragen sollte, dass sich vor ein paar Monaten in der Kammer so etwas wie eine abgestimmte Oppositionsarbeit vorsichtig zu entwickeln begann.

Schließlich beschäftigte sich die Mitgliederversammlung auch mit der neu ins Leben gerufenen **Fortbildungsakademie der DGVT**. Nach den Informationen zum bisherigen Werdegang, ging es v.a. um die Frage möglicher regionaler Bezüge, also darum, ob es regionale Fortbildungsbedarfe gibt und darum, wie eine Kooperation der „Akademie Nord“ mit der Schleswig-Holsteinischen Landesgruppe sinnvollerweise gestaltet werden könnte. Zur Frage der regionalen Bedarfe hatten wir der Einladung zur Mitgliederversammlung einen Fragebogen zum Fortbildungsprogramm beigelegt. Leider war der Rücklauf nicht so aussagekräftig. In der Mitgliederversammlung wurden regionale Bezüge hinsichtlich der Inhalte von Fortbildungsangeboten nicht gesehen. Begrüßt wurde hingegen die Perspektive, dass Angebote in größerer räumlicher Nähe gemacht werden könnten.

Die weiteren terminlichen Planungen der Landesgruppe sehen vor, im Oktober 2006 die nächste regionale Mitgliederversammlung durchzuführen. Ein konkreter Termin wurde noch nicht festgelegt. Vielmehr wurde angeregt noch einmal darüber nachzudenken, ob die Verlegung vom Samstag auf den Dienstag wieder rückgängig gemacht werden sollte. Die von uns erhoffte Steigerung der Teilnehmerzahlen konnte durch die Verlegung in die Woche jedenfalls nicht erreicht werden. Vielleicht helfen Sie uns ein bisschen bei der Beantwortung dieser Frage. Was würde Sie eher zur Teilnahme bewegen, eine MV am Samstag oder eine MV unter der Woche? Schreiben Sie uns, mailen Sie uns, rufen Sie uns an ! Gerne auch zu allen anderen Dingen, die Sie interessieren und die unsere Arbeit betreffen. Wir freuen uns über jedes Mitglied, das ein Lebenszeichen von sich gibt.

Der „**aktive Kern**“ der Landesgruppe trifft sich wieder im **Januar 2006**. Der genaue Termin konnte wegen unvollständiger Urlaubsplanungen noch nicht endgültig festgelegt werden

(10.01. oder 24.01.06), wird bei Interesse aber gerne mitgeteilt. Das Treffen wird in **Weede bei Bad Segeberg ab 19:00 Uhr in der Gaststätte „Paradiso“** stattfinden.

Nachtrag: Die wichtigsten Informationen über die 8. Kammerversammlung vom 21.10.2005:

Aktuelles zum Stand des Versorgungswerkes (VW) der PKSH:

Vorstand bzw. Aufsichtsausschuss berichteten, dass sich inzwischen 303 Kammermitglieder für die weitere Mitgliedschaft im Versorgungswerk entschieden hätten. Mit ca. 30 % liegt der so genannte Anfangsbestand damit erstaunlicherweise höher als in anderen Bundesländern, was einerseits damit zu erklären sein könnte, dass das Vertrauen in das VW in Schleswig-Holstein größer ist, andererseits aber auch auf eine andere Alters- und Risikostruktur, eine im Durchschnitt schlechtere bereits von den Mitgliedern vorher getroffen Altersvorsorge zurückzuführen sein könnte. In den Verwaltungsrat, der das VW leitet, die Geschäfte führt (einschließlich Vermögensanlage) und über Versorgungsleistungen entscheidet, wurden inzwischen vom Vorstand bestellt: Herr Kühnelt, der gleichzeitig Justiziar des Kammervorstandes ist, Herr Wohlfarth, der inzwischen vom Vorstand als neuer Geschäftsführer der PKSH eingestellt worden ist, und Frau Böhnert, Kammermitglied. Auf Nachfrage, warum in den Verwaltungsrat nicht ausgewiesene Finanzfachleute bestellt worden seien, wurde u.a. erklärt, dass aktuell notwendig sei, die Geschäftsführung weitgehend aus den eigenen Reihen der Kammer ehrenamtlich zu gewährleisten, da sonst die anfallenden Verwaltungskosten bei einer aktuellen Anlage der Gelder in Festgeld zu einem Zins von 2% nicht erwirtschaftet werden könnten. Auch bisher vorliegende Angebote des Psychotherapeutenversorgungswerkes Niedersachsen und der Zahnärztekammer S.-H. zu Geschäftsbesorgungsverträgen seien mit ca. 2,5% Verwaltungskosten vor diesem Hintergrund zu hoch (obwohl dies durchaus gute Werte für größere laufende Versorgungswerke sind und auch bei der Berechnung der Leistungstabellen von 2,5% Verwaltungskosten ausgegangen wurde), zumal auch noch Kosten für ein versicherungsmathematisches Gutachten sowie einen Wirtschaftsprüfer jedes Jahr hinzukämen. Hier scheinen sich die von der DGVT immer wieder vorgetragenen Zweifel, ob ein so kleines VW wirtschaftlich sinnvoll sei, zu bewahrheiten. Die jetzt gewählte Hilfskonstruktion beinhaltet zudem das schwer lösbare Problem, dass natürlich die Kosten, die für das VW entstehen, sauber von den Kosten, die für die Kammer entstehen (Anteil an den Kosten der Geschäftsstelle, der Personalkosten, ...) getrennt werden müssen, da die Kosten des VW nur von seinen Mitgliedern, nicht aber von Kammermitgliedern, die aus dem VW ausgetreten sind, getragen werden müssen. Herr Kühnelt versprach, sehr genau auf diese Trennung zu achten.

Diskussion um Entschädigungs- u. Reisekostenordnung, Haushalt 2006 und Höhe der Kammerbeiträge 2006

Da Regelungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung den Haushalt und damit den Kammerbeitrag beeinflussen, war dieser Tagesordnungspunkt auf Antrag von Detlef Deutschmann entsprechend vorgezogen worden. Der Tagesordnungspunkt war ursprünglich vom Vorstand eingebracht worden, weil er an einigen Stelle Veränderungen der bestehenden Entschädigungs- und Reisekostenordnung für notwendig hielt, die alle zur Steigerung der anfallenden Kosten hätten führen können (u.a. Erhöhung der km-Pauschale, Erstattung DB 1. Klasse statt 2. Klasse, Aufhebung der Begrenzung zu entschädigender Stunden bei mehrtägigen Sitzungen) In der sich entwickelnden sehr kontrovers und zum Teil emotional geführten Diskussion wurden wieder einmal höchst unterschiedliche Auffassungen von „Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeiten“ in der Kammerversammlung deutlich. Während aus den Reihen des Vorstandes argumentiert wurde, dass bisher gültige Entschädigungssätze von 40 €/Std. kaum ein akzeptables „Ausfallhonorar“ gemessen an Honoraren für eine Therapie-stunde darstellten, wurde insbesondere von Marita Baade und Detlef Deutschmann der Cha-

rakter des „Ehrenamtes“ hervorgehoben und darauf verwiesen, dass bei einer geringeren Anzahl der Kammermitglieder im Vergleich zu anderen Kammern entsprechend auch eher eine Orientierung an den niedrigeren Entschädigungssätzen, wie z.B. in Niedersachsen, geboten erscheine. Detlef Deutschmann beantragte schließlich u.a. eine Reduktion der Entschädigungssätze pro Stunde auf 30 € und eine Reduktion der km-Pauschalen auf die Höhe der steuerfreien Beträge. Darauf hin beschloss die Kammerversammlung, sämtliche Änderungsanträge zu vertagen und an den Finanzausschuss zurückzuverweisen, damit dieser Konsequenzen für Haushalt und Beitrag in Ruhe kalkulieren könne. Allerdings wurde dann doch mit der Diskussion und Beschlussfassung zu Haushalt und Kammerbeitragshöhe für 2006 laut Tagesordnung fortgefahren.

Bezüglich des vom Finanzausschuss vorgelegten Haushaltsentwurfes erläuterte dessen Vorsitzender, dass der Entwurf die Fortschreibung der beiden letzten Haushalte mit kleinen Korrekturen darstelle, da sich diese inzwischen als sehr solide erwiesen hätten und sogar eine geringe Rücklagenbildung ermöglicht hätten. Von einer, wenn, dann sehr geringen, möglichen Beitragsreduktion habe man insbesondere wegen in absehbarer Zukunft drohender Erhöhungen der Beiträge für die Bundeskammer, die durch die Landeskammer nicht wirklich beeinflusst werden könnte, abgesehen. Veränderungen verschiedener Einzelpositionen des Haushaltes wurden im weiteren z.T. sehr kritisch hinterfragt, so z.B. warum die monatliche Pauschale für Rechtsberatung im vorliegenden Entwurf um 250 € auf 2000 € erhöht worden sei, obwohl zu vermuten sei, dass nach Verabschiedung verschiedenster notwendiger Satzungen und Regelungswerke in der Gründungsphase der Kammer der Bedarf an Rechtsberatung eigentlich rückläufig sein sollte, ob nicht aus ähnlichen Gründen z.T. weniger Ausschusssitzungen ausreichend sein sollten... Der Haushaltsentwurf wurde dann mehrheitlich mit nur sehr geringfügigen Änderungen verabschiedet. Er umfasst Ausgaben und Einnahmen in Höhe von 410.700 €. Von den Ausgaben entfallen ca. 168.000 € auf die Geschäftsstelle (davon sind ca. 115.000 € Personalkosten). 149.000 € sind Aufwendungen für Vorstand (ca. 85.000 €), Delegierte (ca. 10.000 €), Kammerversammlung (ca. 15.000 €) und Bundespsychotherapeutenkammer (ca. 38.000 €) zugeordnet. Für Öffentlichkeitsarbeit sind ca. 20.000 € für Beratungs- und Gerichtskosten ca. 33.000 € und für Mitgliederveranstaltungen 20.000 € vorgesehen. Auf der Einnahmenseite ging der Haushaltsentwurf von unveränderten Beitragssätzen gegenüber dem Vorjahr aus. Mehrheitlich wurde entsprechend anschließend die Beibehaltung der Beitragssätze aus dem Vorjahr beschlossen.

Psychotherapeuten-Suchdienst im Internet in Arbeit

In Kooperation mit den übrigen Nordkammern wurde ein Psychotherapeuten-Suchdienst im Internet entwickelt. Nach Abschluss eines Testlaufes in Hamburg soll das Instrument, das insbesondere Patienten erleichtern soll, einen Psychotherapeuten zu finden, wahrscheinlich noch im Dezember 2005 für alle Nordkammern in Betrieb genommen werden. In der Diskussion zu diesem Punkt wurde von verschiedenen Kammermitgliedern angeregt, auch noch Informationen über freie Therapieplätze in das System einzubauen, da dies die entscheidende Information für Patienten sei, auch wenn dies einen regelmäßigen, aber zumutbar erscheinenden Aufwand hinsichtlich der Pflege der Daten erfordere.

Es war bei Redaktionsschluss zwar noch ein Weilchen hin, aber vorsichtshalber wünschen wir schon Mal schöne Feiertage und: kommen Sie gut ins Neue Jahr!

Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer

Aus den Psychotherapeutenkammern

6. Deutscher Psychotherapeutentag am 15. Oktober 2005 in Hamburg

Heiner Vogel, Heinz Liebeck

6. DPT am 15. Oktober 2005 in Hamburg: nach der Aufbauphase nun der ganz gewöhnliche Alltagskrimi: Richter zum neuen Präsidenten gewählt, Bauer neuer Vize

Der 6. Deutsche Psychotherapeutentag am 15. Oktober 2005 in Hamburg war eigentlich gar nicht spektakulär, sondern für alle Beteiligten fast schon Routine (nur eine kleine Gruppe hat sich dann noch nicht mit den Spielregeln abfinden können, aber dazu später ...).

Der ursprünglich vorgesehene Schwerpunkt des 6. DPT, die Beratung und wenn möglich auch Verabschiedung der Musterberufsordnung, fand gar nicht statt, denn die leider notwendigen Nachwahlen nahmen dann letztlich so viel Raum ein, dass für eine angemessene Behandlung der inzwischen liebevoll abgekürzten MBO keine Zeit mehr blieb. Also kann ausführlich über die Wahlen berichtet werden.

Der DPT begann - wie sich das gehört - mit einer Begrüßung durch den Präsidenten der gastgebenden Landeskammer, Prof. Rainer Richter, in der er unter anderem Hamburg als eine Wiege der deutschen Psychotherapiegeschichte und speziell auch der Entwicklungen zum Psychotherapeutengesetz herausstellte. Grußwort des Gesundheitsstaatsrates und die Regularien leiteten dann zum Thema über - den Wahlen! Zunächst musste die Versammlungsleitung neu gewählt werden.

Als neuer Versammlungsleiter wurde Jürgen Hardt, Kammerpräsident aus Hessen gewählt, der bisher bereits stellvertretender Versammlungsleiter war. Als neuer Vize musste damit (laut Satzung/GO) ein KJP gewählt werden, und hier gab es erneut eine Kandidatin, Inge Berns aus Niedersachsen, die auch ebenfalls weitgehend einstimmig gewählt wurde. Wolfgang Schreck, Delegierter aus Nordrhein-Westfalen, ist als stellvertretender Versammlungsleiter weiterhin im Amt.

Der folgende Bericht des Vorstandes zeigte, dass die Arbeiten der Bundeskammer im zurück liegenden halben Jahr nicht still gestanden haben, obwohl diese Zeit durch den Tod des Präsidenten Detlev Kommer und in den letzten Wochen den krankheitsbedingten Ausfall von Lothar Wittmann, einem der beiden stellvertretenden Präsidenten, geprägt war. Die BPtK konnte bei verschiedenen Gesetzes- bzw. Richtlinieninitiativen ihre Position einbringen (HPC, DMP's u.a.), und zahlreiche Kontakte zur Politik und der Gesundheitsszene knüpfen und verbessern (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Gemeinsamer Bundesausschuss u.a.) - das wurde ausführlich von Monika Konitzer, der "verbliebenen" Vizepräsidentin deutlich gemacht.

Dann ging es aber weiter mit den Wahlen: Zunächst die wichtige **Wahl eines Präsidenten/einer Präsidentin**. Zur Wahl stellten sich, das war auch vorher schon klar gewesen, Monika Konitzer und Rainer Richter. Beide sind erfahrene und geschätzte Fachleute, gerade auch im speziellen Feld der Kammerpolitik. Für die Kandidatenvorstellung und -befragung ließ sich die Versammlung relativ viel Zeit. Zunächst erläuterten Beide in einer kurzen Rede ihre Überlegungen zur zukünftigen Politik der BPtK, anschließend wurden sie im Rahmen einer Fragerunde von den Delegierten befragt und gaben zu weiteren Themen oder auch zu kontroversen Punkten Auskunft. Konitzer setzte sehr auf Kontinuität, Fachlichkeit, Teamarbeit und Erfahrung in den speziellen BPtK-Belangen. Richter betonte sein besonderes Bemühen, die BPtK-Aktivitäten in engem Schulterschluss mit den Landeskammern zu konzipieren und umzusetzen. Er zeigte seine Wertschätzung gegenüber der bisher geleisteten Aufbauarbeit und

meinte, dass er insofern auf Kontinuität setze. Er betonte aber auch, dass er besonderen Wert darauf lege, die zukünftigen Arbeiten in enger Kooperation mit den Berufs- und Fachverbänden sowie denjenigen abzustimmen, die in den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertreter der Psychotherapeuten Verantwortung tragen. In der weiteren Aussprache ging es um die Fragen, wie weit Ausschüsse der BPtK beratend in die Politik des Vorstandes einbezogen werden, wie der Vorstand sich für neue Versorgungsformen einsetzen werde und wie die Kooperation mit den Psychotherapeutenvertretern in den KV'en und der KBV gestaltet werden soll. Insgesamt war es eine faire, engagiert geführte und sehr sachliche Kandidatenbefragung, die dem Anspruch des Amtes sicher gerecht geworden ist. Die geheime Wahl erbrachte anschließend eine deutliche Mehrheit (52:36) für Rainer Richter, der sich daraufhin für das Vertrauen bedankte und darum bat, seine zukünftige Arbeit an den angekündigten Zielen zu messen.

Nach der Mittagspause entbrannte dann die *Wahl des neuen Vizepräsidenten* zu einem wahren Wahlkrimi. Von den drei Kandidaten verstand sich Hans Bauer, Vizepräsident der hessischen Psychotherapeutenkammer, der leider abwesend war und dessen Vorstellung verlesen wurde, eher als Vertreter der Nicht-Richtlinien-Verbände. Dr. Josef Könning, Leiter eines VT-Ausbildungsinstituts für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, äußerte sich als Kandidat der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie (DVT) und Dr. Roland Deister, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen, stellte sich als Vertreter des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten vor. Letzterer hatte seine Kandidatur offensichtlich recht kurzfristig überlegt, so dass diese vorher nicht bekannt war und auch seine Vorstellung eher kurz blieb. Gleichwohl: In der Kandidatenvorstellung und -diskussion konnten sowohl Könning als auch Deister ihre jeweiligen Schwerpunkte differenziert darlegen und ihr Profil verdeutlichen.

Ob die folgenden Wahlvorgänge eher ein Desaster oder ein Krimi waren, kann man vielleicht später entscheiden. Evtl. waren sie beides. Nachdem der erste Wahlvorgang, bei dem einer der Kandidaten eine absolute Mehrheit hätte erringen müssen, für Bauer und Könning ein in etwa vergleichbares Ergebnis brachte und Deister etwas abgeschlagen war, gab es eine kurze Unterbrechung und anschließend zog Deister seine Kandidatur zurück. Im zweiten Wahlgang hatte zwar Könning eine Stimme mehr als Bauer (42:41), aber bei 6 Enthaltungen reichte auch das nicht zur nun erforderlichen absoluten Mehrheit.

Der dritte Wahlgang brachte zwar eine leichte Mehrheit von einer Stimme für Bauer. Er wurde aber erfolgreich angefochten, weil nachweislich nach Abschluss der Stimmabgabezeit ein Stimmzettel in die Wahlurne geworfen worden war. Der vierte Wahlgang wurde unmittelbar nach der Stimmabgabe vom Justiziar für ungültig erklärt, nachdem offensichtlich wiederum ein Delegierter seine Stimme nach ausdrücklichem Ende der Stimmabgabezeit abgegeben hatte.

Ein endgültiges Ergebnis gab es dann erst im fünften Wahlgang, bei dem jeder Delegierte namentlich aufgerufen wurde und dann seine Stimme unter Aufsicht in die Urne werfen musste/konnte. Diesmal wurde Hans Bauer – trotz Abwesenheit - mit einer hauchdünnen Mehrheit von 1 Stimme gewählt, was man durchaus als Erfolg bewerten kann.

Die beiden neu gewählten Vorstandsmitglieder versprachen (Bauer wie erwähnt, in Abwesenheit), mit den noch im Amt befindlichen Vorstandsmitgliedern Monika Konitzer (Vizepräsidentin), Peter Lehdorfer (Beisitzer) und Hermann Schürmann (Beisitzer) vertrauensvoll und konstruktiv zusammenzuarbeiten.

Relativ rasch nach dieser Wahl verließen viele Delegierte, die sich der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten zurechnen und auch die meisten Delegierten des Landes Rheinland-Pfalz, den Saal und wurden auch in der weiteren Sitzung nicht mehr gesehen.

Bei den weiteren Tagesordnungspunkten standen ein Nachtragshaushalt für 2005 sowie der Haushaltsplan für 2006 zur Abstimmung. Beidem wurde zugestimmt. Ferner wurde eine **Resolution zur zukünftigen Gesundheitspolitik** bzw. zu den Forderungen der BPtK an selbige beraten. Angesichts der in den Wochen nach der Bundestagswahl sich neu gestaltenden Gesundheitspolitik schien es den Delegierten wichtig, dass die BPtK eigene Positionen formuliert, um darüber mit den Gesundheitspolitikern ins Gespräch zu kommen. Der Text der Resolution wird in der Endfassung in Kürze in der Homepage der BPtK zu lesen sein (www.bptk.de).

Nachdem anschließend – kurz aber immerhin – die Arbeit der Ausschüsse der BPtK vorgestellt und beraten wurde, ging es gegen Ende der Sitzung noch einmal um das Thema Zeitmanagement der Deutschen Psychotherapeutentage. Zur Beratung der Berufsordnung war zuvor bereits die Ausrichtung einer Sondersitzung des DPT beschlossen worden. Unabhängig davon war nun vorgeschlagen worden, generell 1 ½-tägige Sitzungen zu veranstalten, um die anstehenden Beratungen auch tatsächlich in der notwendigen Breite führen zu können. Dies ist aus Gründen der Transparenz und der Fairness gegenüber der demokratischen Struktur der Bundeskammer vermutlich unvermeidlich, sprengt aber andererseits den engen finanziellen Rahmen, der der Bundeskammer von den Landeskammern und den Delegierten zugestanden wurde. Auch von anderer Seite (u.a. Ausschüsse) wurde ein höherer Ressourcenbedarf angemahnt. Somit ist zu erwarten, dass das Thema Kosten der Bundeskammer und Beiträge der Landeskammern bald wieder auf der Tagesordnung stehen wird.



16. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Beratung

**PSYCHOTHERAPIE IN DER
ENTWICKLUNG
IN DER PSYCHOTHERAPIE**

vom 3. bis 7. März 2006
an der Humboldt-Universität zu Berlin

In 42 Symposien und in begleitenden Workshopangeboten werden beispielsweise folgende praxis- und forschungsrelevante Themen behandelt:

Borderline PS/DBT Emotionsregulation Essstörungen/Adipositas
Evidenzbasierte Psychotherapie Krisenintervention/Notfallpsychologie
Prävention Schizophrenie Sexualtherapie Therapeutenfehler
Autismus-/Asperger-Syndrom Persönlichkeitsentwicklung
Störungen des Sozialverhaltens Zwangsstörungen Psychoonkologie
EMDR in der Arbeit mit Kinder und Jugendlichen
...und vieles mehr. Fordern Sie das Gesamtprogramm an!

Das Symposium „Studium und was kommt danach?“ wird für **Studierende kostenfrei** angeboten.

Anmeldungen ab 01.12.2005:

DGVT-Mitglieder: StudentInnen/Arbeitslose 140,- EUR, Berufstätige 270,- EUR

Nichtmitglieder: StudentInnen/Arbeitslose 190,- EUR, Berufstätige 360,- EUR

Informationen erhalten Sie über die DGVT-Bundesgeschäftsstelle in Tübingen, Kongressreferat:
Neckarhalde 55, 72070 Tübingen

Tel.: 07071 943494, Fax: 07071 943435, E-Mail: kongress@dgvt.de

Alles was Recht ist ...

Keine Umsatzsteuerfreiheit für Supervisionsleistungen, die nicht der Ausbildung dienen

Kerstin Burgdorf

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in einem Revisionsurteil vom 30.6.2005 (Az.: V R 1/02) befunden, dass Supervision grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig ist. § 4 Nr. 14⁴ Umsatzsteuergesetz (UStG) sieht die grundsätzliche Befreiung der ärztlichen/psychotherapeutischen Heilbehandlung von der Umsatzsteuerpflicht vor; diese Befreiung umfasst jedoch nur Tätigkeiten, die zum Zweck der Diagnose, der Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten vorgenommen werden. (Zweck des Gesetzes ist die Senkung der Kosten ärztlicher Heilbehandlung.)

Für Supervisionsleistungen gilt aus Sicht des BFH etwas Anderes:

„Eine steuerfreie Heilbehandlung setzt voraus, dass ihr Hauptziel der Schutz der Gesundheit ist. Für die Umsatzsteuerfreiheit von Supervisionsleistungen nach § 4 Nr. 14 UStG reicht es nicht aus, dass die auch bei Heilbehandlungen eingesetzten Methoden angewandt werden und diese auch der gesundheitlichen Prophylaxe dienen können.“

Grundsätzlich heißt: es gibt Ausnahmen. Folgende können für unsere Mitglieder in ihrem jeweiligen beruflichen Tätigkeitsfeld relevant werden:

1. Für **Supervision, die im Rahmen der Ausbildung** (z.B. zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) geleistet wird, greift ein Befreiungstatbestand nach § 4 Nr. 21⁵ Umsatzsteuergesetz (UStG). Vorausgesetzt, die Finanzbehörde bestätigt, dass eine Einrichtung den Zweck verfolgt, „ordnungsgemäß auf einen Beruf vorzubereiten“, sind alle an der Einrichtung tätigen Ausbilder von der Umsatzsteuer befreit.

2. Die sog. **Kleinunternehmerregelung** dürfte vielen KollegInnen zu einer Befreiung von der Steuerpflicht für ihre angebotenen Supervisionsleistungen verhelfen. Danach wird von der Umsatzsteuerpflicht befreit, wer im Vorjahr unter 17.500 Euro (inkl. MwSt.) Umsatz und im laufenden Jahr unter 50.000 Euro Umsatz bleibt. Von der Umsatzsteuer befreite Einnahmen aus heilkundlicher Tätigkeit (s. § 4 Nr. 21 UStG) bleiben dabei außer Betracht.

⁴ § 4 Nr. 14 UStG:

„...sind steuerfrei: die Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut (Krankengymnast), Hebamme oder aus einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit... Steuerfrei sind auch die sonstigen Leistungen von Gemeinschaften, deren Mitglieder Angehörige der in Satz 1 bezeichneten Berufe sind, gegenüber ihren Mitgliedern, soweit diese Leistungen unmittelbar zur Ausführung der nach Satz 1 steuerfreien Umsätze verwendet werden.“

⁵ § 4 Nr. 21 UStG: “ ...sind steuerfrei... a) die unmittelbar dem Schul- und Bildungszweck dienenden Leistungen Privater Schulen und anderer allgemeinbildender oder berufsbildender Einrichtungen,
...
b) wenn die zuständige Landesbehörde bescheinigt, dass sie auf einen Beruf oder eine vor einer juristischen Person des öffentlichen Rechts abzulegende Prüfung ordnungsgemäß vorbereiten,...

Kammerrechtstag in Düsseldorf am 22./23. September 2005

Kerstin Burgdorf

Für berufspolitische Insider ist das Institut für Kammerrecht eine Einrichtung, die sich im Bereich der Träger der wirtschaftlichen und freiberuflichen Selbstverwaltung, insbesondere der Industrie- und Handelskammern, der Handwerkskammern und der Ärztekammern, etabliert hat.

Der einmal jährlich stattfindende Kammerrechtstag, den das Institut für Kammerrecht ausrichtet, fand dieses Jahr im repräsentativen Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf statt. 160 TeilnehmerInnen, vornehmlich ärztliche Standesvertreter und Vertreter der Industrie- und Handelskammern, beschäftigten sich zwei Tage lang mit den Spezialitäten des Kammerrechts. Die noch jungen Psychotherapeutenkammern waren nur spärlich vertreten, was sicherlich auch darauf zurückzuführen ist, dass der noch relativ neue Themenbereich der Psychotherapeutenkammern bislang von Institutsseite nur zurückhaltend begleitet wird. Hier könnte in Zukunft ein gegenseitiger Austausch bereichernd wirken.

Das 2002 gegründete Institut mit Sitz in Halle hat sich zum Ziel gesetzt, einen wissenschaftlichen Zugang zu den durch nationale und EU-Rechtsprechung beeinflussten Aufgaben der Kammern zu eröffnen. Finanziert von seinen Mitgliedsbeiträgen (Mitglieder sind sowohl Kammern als auch am Thema interessierte Privatpersonen und Organisationen), greift das Institut aktuelle Entwicklungen im Kammerwesen auf und bereitet diese mit wissenschaftlichem Anspruch auf.

Themen beim Kammerrechtstag 2005 waren u.a. Rechtsfragen der Doppelmitgliedschaft in Kammern, Auswirkungen der EU-Berufsanerkennungsrichtlinien auf die Kammern, Rechtsfragen und Folgen der Zuweisung staatlicher Aufgaben. Themenbereiche, mit denen sich auch die Psychotherapeutenkammern aktuell zu befassen haben, und bei denen ein Austausch über Berufsgrenzen und Landeskammern Grenzen hinweg Not tut. Eine Dokumentation der Referate, die beim Kammerrechtstag gehalten wurden, findet sich auf der Homepage des Instituts unter www.kammerrecht.de.

Wer sich intensiv mit kammerrechtlichen Zusammenhängen auseinandersetzen möchte, findet unter den Publikationen des Instituts auf der Homepage sicherlich die eine oder andere einschlägige Fundstelle. Unter der Überschrift „Rechtsprechung und Literatur“ wurde umfassendes Material zusammengetragen. Für die Rechtsprechungsübersicht bearbeitete Themenbereiche sind u.a. Pflichtmitgliedschaft, Beitragsrecht, Wahlrecht, Satzungsrecht. Aktuelle Stellungnahmen des Instituts zu übergeordneten Fragen (z.B. EU-Recht) werden ebenfalls im Volltext auf den Internetseiten veröffentlicht.

Landessozialgericht Baden-Württemberg zur Gesprächspsychotherapie

Redaktionelle Vorbemerkungen: Die nachfolgende Meldung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) bestätigt einmal mehr, dass die abschließende Behandlung des Antrags zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren mehr als überfällig ist. Es gab zwar keinen konkreten Beschluss aber immerhin eine Positionierung des Richters und, was aus unserer Sicht bemerkenswert ist, eine interessante Einlassung der Vertreter des Gemeinsamen Bundesausschusses: Die Gesprächspsychotherapie werde nach den Prinzipien des HTA (Health Technology Assessment) geprüft. Das bedeutet, die Behandlungseffektivität wird bezogen auf – jeweils definierte – Anwendungsbereiche geprüft. Damit wird das ausgeführt, was anhand der Fragen an Fachgesellschaften und Experten zur Eröffnung des Verfahrens bereits zu erwarten gewesen war (hier wie auch bei der Neuropsychologie war gefragt worden, bei welchen Diagnosen eine Wirksamkeit gesehen wird). D.h. man muss damit rechnen, dass eine Zulassung für bestimmte Diagnosen geprüft und dann (voraussichtlich) ausgesprochen werden wird. Und es wird kaum jemand glauben können, dass solch eine Entwicklung keine Rückwirkungen auf die bislang bereits zugelassenen Verfahren hat.

Doch nun die Meldung der GwG:

Landessozialgericht Baden-Württemberg am 2.11.2005:

Gesprächspsychotherapeuten haben Anspruch auf Fachkunde-Anerkennung - Gemeinsamer Bundesausschuss muss Lücke in den Psychotherapie-Richtlinien schließen - Das Gerichtsverfahren ruht. Gemeinsamer Bundesausschuss kündigt Beschlussfassung zur GPT für 2006 an.

Am 27.04.2005 war vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg die Berufung zur Klage eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Eintrag in das Psychotherapeutenregister auf der Grundlage seiner Fachkunde in Gesprächspsychotherapie verhandelt und vertagt worden (Az.: L 5 KA 3891/03; Verhandlungsbericht s. GwG-Website 29.04.05).

Anschließend wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beigeladen. Nach dessen Stellungnahme und der Erwidern des Klägers wurden auch die Aufsichtsbehörde, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), sowie die Kassenverbände beigeladen.

Für die Weiterverhandlung am 02.11.2005 waren der G-BA und das BMGS zur Entsendung von sachkundigen Bevollmächtigten aufgefordert. Das BMGS entschuldigte sein Fernbleiben mit den laufenden Koalitionsverhandlungen, was vom Gericht damit kommentiert wurde, von einem Bundesministerium dürfe erwartet werden, dass es stets handlungsfähig sei.

Das LSG nahm mit Zustimmung der beklagten KV Baden-Württemberg zu Protokoll, dass der Kläger die Fachkundevoraussetzungen für den Registereintrag erfüllt hat, wenn die Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren gilt. Damit war geklärt, dass ggf. in der Sache (Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren) entschieden werden könnte und die Klage nicht aus einem sonstigen Grund zurückzuweisen wäre.

Der Vorsitzende trug sodann die Rechtsauffassung des Gerichts vor, die im Wesentlichen den Argumenten des Klägers - unterstützt durch die GwG - folgte:

1. Ärzte werden in das Arztregister eingetragen, wenn die berufsrechtlich vorgeschriebene Weiterbildung erfolgt ist. Für Psychotherapeuten besteht die Sonderregelung, dass die Fachkunde in einem sozialrechtlich anerkannten Verfahren nachgewiesen sein muss (§ 95c Satz 2 SGB V).
2. Aus den Grundrechten der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) und der Gleichbehandlung (Art. 3 GG) besteht für approbierte Gesprächspsychotherapeuten der Anspruch auf die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung, weil sie andernfalls von 90 % der Bevölkerung, zu deren Versorgung sie staatlich approbiert wurden, beruflich abgeschnitten blieben.
3. Die Psychotherapie-Richtlinien enthalten eine Lücke: Die Gesprächspsychotherapie ist nicht als Richtlinienverfahren anerkannt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist aus verfassungsrechtlichen Gründen (insbesondere Art. 12 Abs. 1 GG) verpflichtet, diese Lücke zu schließen.
4. Zum schriftlichen Vortrag des G-BA, die Gesprächspsychotherapie sei das erste Psychotherapieverfahren, das nach § 135 Abs. 1 SGB V überprüft werde, betont das Gericht: Gemäß dem Gleichheitssatz (Art. 3 GG), der für Richtlinien- und Gesprächspsychotherapeuten gilt, ist die Gesprächspsychotherapie nach den Maßstäben anzuerkennen, nach denen die Richtlinienverfahren derzeit anerkannt sind.
5. Da die Gesprächspsychotherapie nicht als Richtlinienverfahren anerkannt ist, können Gesprächspsychotherapeuten Untätigkeitsklage unmittelbar gegen den G-BA erheben. Den G-BA im vorliegenden Verfahren zum Tätigwerden zu verpflichten, sei (leider) nicht möglich, weil der dazu erforderliche Antrag nicht mehr im Rahmen einer zulässigen Klageänderung bliebe. Mit der Untätigkeitsklage kann der G-BA zur Einhaltung einer gerichtlich festgesetzten Entscheidungsfrist gezwungen werden, nicht aber zu einem bestimmten Inhalt der Entscheidung. Ob die dann getroffene Entscheidung ordnungsgemäß ist, kann erst anschließend gerichtlich geprüft werden.
6. Der Ausschluss der Gesprächspsychotherapie durch Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinien (Psychotherapieverfahren, von denen "die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt werden") ist rechtlich unerheblich, da ihm keine Überprüfung der Ansprüche von approbierten Gesprächspsychotherapeuten zugrunde liegt. Die Anlage 1 wurde lediglich aus früheren Richtlinien übernommen, in deren Geltungszeit die neuen gesetzlichen Psychotherapeutenrechte nicht galten.
7. Nach der Erklärung des Senatsvorsitzenden ergibt sich die Rechtsauffassung des Gerichts insbesondere aus dem Unterschied zwischen ärztlichen Behandlungsmethoden, die jeweils nur einen Teil der ärztlichen Tätigkeit betreffen, und Psychotherapieverfahren, die den gesamten Berufsinhalt eines Psychotherapeuten erfassen.

Wenn eine neue ärztliche Methode nicht anerkannt wird, kann die ärztliche Tätigkeit mit den bisherigen Methoden fortgesetzt werden. Für neue ärztliche Methoden hat das BSG im ISCI-Urteil klargestellt, dass die neue Methode zur künstlichen Befruchtung nicht in den Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, die einen abgeschlossenen Methodenkatalog betreffen, sondern nach einem Antragsverfahren gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der BUB-Richtlinie geregelt werden muss.

Der Vorsitzende erweiterte die Betrachtung mit dem Hinweis, ein Richter könne mit kurzer Einarbeitungszeit sogar das "Fach" wechseln, etwa vom Strafrecht zum Wirtschaftsrecht. Ähnliche Möglichkeiten seien Psychotherapeuten aber nicht eröffnet.

Zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie kommt ein obligatorischer Antrag nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Überprüfung nach der BUB-Richtlinie nicht in Betracht. Das Fehlen der Gesprächspsychotherapie in dem als nicht abschließend anzusehenden Katalog der Richtlinienverfahren bewirkt einen intensiven Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG), gegen den sich jeder Betroffene rechtlich wehren kann (s. z. B. unter 5.). Gesprächspsychotherapeuten können daher unmittelbar von dem G-BA verlangen, die Lücke in den Psychotherapie-Richtlinien durch Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu schließen. Das LSG hält insoweit die BSG-Ausführungen im Diätassistentinnen-Urteil für den vorliegenden Fall für einschlägig.

8. Der Kläger hatte vor allem das Systemversagen (Rechtswidrigkeit der Nichtanerkennung der Gesprächspsychotherapie seit Überprüfungsbeginn 1990) dargestellt und eine Übertragung der entsprechenden BSG-Rechtsprechung (zugunsten von Versicherten) auf den vorliegenden Fall nahe gelegt. Das Gericht schloss dies nicht aus. Für den Fall einer dahin gehenden Entscheidung war vorsorglich auch das BMGS als G-BA-Aufsichtsbehörde geladen (die u. U. zur Ersatzvornahme nach § 94 Abs. 1 Satz 2 SGB V verpflichtet wäre).

Das LSG kam aber zu der Meinung, dass die Zuerkennung der Fachkunde in Gesprächspsychotherapie damit nicht beschleunigt würde. Denn wenn das LSG für oder gegen den Kläger entscheiden würde, sei im Revisionsverfahren, dessen Terminierung ohnehin wohl frühestens nach einem Jahr erfolge, mit dem Abwarten des BSG auf den angekündigten G-BA-Beschluss zur Gesprächspsychotherapie zu rechnen. Für die sich daraus (voraussichtlich) ergebenden neuen Tatsachenfragen zur Ordnungsgemäßheit des G-BA-Beschlusses müsste das BSG an das LSG zurückverweisen. Im Übrigen seien die Gerichte nicht in der Lage, inhaltliche Regelungen zu treffen, die nach § 92 Abs. 6a SGB V nötig und vom G-BA zu beschließen seien. Erst wenn ein G-BA-Beschluss vorliege, könne dessen Ordnungsmäßigkeit kontrolliert werden.

Deshalb regte das LSG das Ruhen des Verfahrens an, bis ein G-BA-Beschluss zur Gesprächspsychotherapie vorliegt, so dass bei einem für den Kläger unbefriedigenden G-BA-Beschluss die gerichtliche Kontrolle in diesem Verfahren erfolgen könne. Die Vertreter des G-BA wurden darauf hingewiesen, dass der G-BA-Beschluss zur Gesprächspsychotherapie nach den vom LSG mitgeteilten Grundsätzen kontrolliert werde.

9. Nach Aufforderung des Gerichts erklärten die Vertreter des G-BA,
 - gemäß BMGS-Auftrag werde ein indikationsbezogener HTA-Bericht erstellt,
 - drei Viertel der erforderlichen Arbeit seien erledigt,
 - mit der Beschlussfassung durch den G-BA sei 2006 zu rechnen, ohne dass dies verbindlich zugesagt werden könne.

10. Alle Seiten stimmten dem Ruhen des Verfahrens zu. Es kann auf Antrag des Klägers jederzeit fortgesetzt werden.

Quelle: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=779>

Aus der DGVT

**Treffen der Psychotherapeutenverbände
(GK II) am 9. Oktober 2005 in Bonn***Waltraud Deubert, Heiner Vogel*

Das letzte Treffen der Psychotherapeutenverbände in diesem Jahr hatte folgende Schwerpunkte:

- (1) Die Ergebnisse der gerade abgelaufenen Bundestagswahlen 2005 und gesundheitspolitische Forderungen des GK II an die Politik
- (2) Die BSG-Entscheidung zu § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X
- (3) Verfahrensordnung Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- (4) GK II-Tagung zu den Psychotherapierichtlinien am 11. Juni 2005 in Berlin
- (5) Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)
- (6) Fragebogen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zur Erhebung der Praxiskosten für das Jahr 2004 gemäß § 85 Abs. 3 SGB V

Zu (1): Die Psychotherapeutenverbände erarbeiteten einen **Entwurf zu gesundheitspolitischen Forderungen**, die sie nach Abschluss der Regierungsbildung mit den Verantwortlichen in der neuen Regierung besprechen wollen.

Ein entsprechendes Papier, welches schon im Juni/Juli von einer GK II-Arbeitsgruppe entworfen worden war, konnte aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr vor der Wahl in Gespräche mit Bundestagskandidaten eingeführt werden. Der Text wurde noch einmal aktualisiert und soll nun als Ausgangspunkt für Politikerkontakte dienen.

Zu (2): Über das **Urteil des Bundessozialgerichtes vom 22. Juni 2005 zu § 44 SGB X** hatten wir bereits in der Rosa Beilage 3/2005, S. 43f, berichtet. In der Zwischenzeit liegt die schriftliche Begründung des Urteils vor. Der Senat hob die vorinstanzlichen Entscheidungen des Sozialgerichts Reutlingen sowie des Landessozialgerichts Baden-Württemberg auf, in denen eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Südwestfalen zur Nachvergütung in der Zeit 1995 bis 1998 bejaht wurde, obwohl die betroffenen Psychotherapeuten keinen Widerspruch eingelegt hatten.

Dieses BSG-Urteil trifft vor allen Dingen diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die keinen Widerspruch eingelegt haben oder es auch in einzelnen Quartalen vergessen haben.

Die KVen können natürlich nach wie vor aufgrund selbständiger Entscheidung an alle Vertragspsychotherapeuten Nachzahlungen leisten.

Allerdings sind die Klagen nach § 44 SGB X weiter zu prüfen, bei denen eine Fehlinformation durch die KV stattgefunden hat, dass ein Widerspruch nicht notwendig sei. In der Begründung heißt es

„Das Ermessen der KÄV, ob sie inzwischen als rechtswidrig erkannte Honorarbescheide zurücknimmt und Nachvergütungen leistet, ist nur im atypischen Fall von vornherein im Sinne der Bescheidkorrektur und Nachvergütung vorgeprägt, soweit sie nämlich auf die Entscheidung ihrer Mitglieder, Rechtsmittel einzulegen, direkten oder indirekten Einfluss genommen und für ihre entsprechenden Auskünfte ggf. einzustehen hat. Anhaltspunkte dafür liegen nicht vor.

Wenn die KÄV sich - wie hier - dafür entscheidet, nur solchen Leistungserbringern Nachvergütungen zu gewähren, die den Eintritt der Bestandskraft ihrer Honorarbescheide verhindert haben, geht davon unverkennbar ein Anreiz aus, in Zukunft bei jedem noch so fern liegenden Zweifel an der Rechtmäßigkeit der generellen Grundlagen der Honorarverteilung Honorarbescheide vorsorglich mit dem Widerspruch anzugreifen, um sich die Chance von Nachvergütungen für den Fall offen zu halten, dass in gerichtlichen Verfahren deren Rechtswidrigkeit festgestellt werden sollte. Dies führt zu einer erhebli-

chen Belastung der KÄV sowohl wegen des mit jedem Widerspruchsverfahren verbundenen Verwaltungsaufwands als auch hinsichtlich der Entscheidung, bei massenhaften Widersprüchen, die nicht von vornherein als erkennbar aussichtslos beurteilt werden können, Rückstellungen in beträchtlichem Umfang vorzunehmen. Dem kann eine KÄV vorbeugen, indem sie in Fällen, in denen zahlreiche Leistungserbringer Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit der normativen Grundlagen der Honorarverteilung geltend machen, ausdrücklich erklärt, dass Rechtsmittel nicht erforderlich sind, weil sie dann, wenn sich die Bedenken in nachfolgenden gerichtlichen Verfahren (Musterverfahren) als berechtigt erweisen sollten, alle Leistungserbringer entsprechend den gerichtlichen Vorgaben behandeln werde. Wenn eine KÄV nicht so verfährt, verbleibt das Risiko, von einer künftigen, für den einzelnen Leistungserbringer günstigen Rechtsprechung zu profitieren, bei diesem. Er muss sich entscheiden, ob er Rechtsmittel einlegen will oder nicht. Legt er Rechtsmittel ein, hat das seit dem 2. Januar 2002 jedenfalls für ein anschließendes Klageverfahren ggf. Kostenkonsequenzen (§ 197a Abs 1 SGG). Deshalb muss auch der Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut Chancen und Risiken von Rechtsmitteln gegen Honorarbescheide bei vermuteten Fehlern der normativen Grundlagen der Honorarverteilung abwägen. Scheut er das Kostenrisiko, ist es nicht unbillig, ihm zu versagen, an dem prozessualen Erfolg anderer Ärzte zu partizipieren.“

Zu (3): Am 20. September 2005 einigten sich die Mitglieder des **Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** nach einer fast einjährigen Auseinandersetzung (wir berichteten in VPP 3/05, S. 594ff) auf eine **neue Verfahrensordnung**. Die Verfahrensordnung regelt vor allem methodische Anforderungen an die wissenschaftliche Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von medizinischen/psychotherapeutischen Innovationen. Auf ihrer Grundlage wird entschieden, welche Leistungen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bezahlen muss und welche nicht. Im März d. J. gingen die Auseinandersetzungen hauptsächlich um die Frage, sollen der ambulante und stationäre Bereich bei Entscheidungen über medizinische Erneuerungen gleich behandelt werden oder nicht. Im stationären Bereich gilt für den Einsatz von psychotherapeutischen Methoden das Prinzip „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“, d. h. es können Neuerungen so lange eingesetzt werden, bis der Nachweis erbracht wurde, dass diese nicht sinnvoll sind. Der Ausschuss votierte gegen den Widerstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft dafür, diese Regelung nach dem Vorbild der ambulanten Versorgung umzukehren. Im stationären Bereich sollten neue Diagnose- und Therapiemethoden nur noch im Rahmen von Studien angewendet werden können. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung war dies eine Frage der Gleichbehandlung von stationärem und ambulantem Bereich.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt rügte die Entscheidung des G-BA, gesetzlich krankenversicherten Patienten medizinische Innovationen im Krankenhaus nur noch eingeschränkt zugänglich zu machen. In einem Kompromissvorschlag, den die Beteiligten in Abstimmung mit den Ministerien erarbeiteten und den der Ausschuss nun einstimmig verabschiedete, wurde die ursprüngliche Formulierung § 21 der neuen Verfahrensordnung dann abgeschwächt. Demnach kann der G-BA bei Methoden, für die noch keine ausreichende Evidenz vorliegt seine Beschlussfassung unter der Maßgabe aussetzen, dass der Nachweis des Nutzens innerhalb einer festgelegten Frist „mittels klinischer Studien geführt werden kann.“ Das bedeutet, dass die Krankenhäuser auch zukünftig neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden innerhalb dieser Frist weiterhin anwenden können. Das bedeutet aber auch, dass die angestrebte Gleichbehandlung von ambulant und stationär nicht umgesetzt wurde.

Auch die Mehrheit der Verbände des Gesprächskreises II der Psychotherapeutenverbände hat in einem Schreiben an den gemeinsamen Bundesausschuss, das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und die Bundespsychotherapeutenkammer um Überprüfung der Verfahrensordnung im Hinblick auf zu prüfende Psychotherapieverfahren gebeten.

Ministerin Schmidt hat dann ebenfalls beanstandet, dass im § 20 der Verfahrensordnung Innovationen in der Regel nur auf der Grundlage der höchsten Evidenzstufe 1 zugelassen werden sollten. Dies war auch eine Forderung der Mehrheit der GK II-Verbände. Nun heißt es in der Verfahrensordnung: Zur Bewertung des Nutzens von Methoden sollten, „soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe 1 mit patientenbezogenen Endpunkten herangezogen werden.

Bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternativen oder aus anderen Gründen kann es unmöglich oder unangemessen sein, Studien dieser Evidenzstufe durchzuführen oder zu fordern.“

Zu (4): Die GK II-Verbände waren sich einig, dass die **erste Tagung** zum Thema „**Psychotherapie-Richtlinien**“ eine sehr gute Auftaktveranstaltung war (siehe hierzu den Bericht in Rosa Beilage 3/05, S. 11ff), bei der allerdings die Diskussion untereinander zu kurz kam. Es wurde deshalb beschlossen, eine Fortsetzungstagung zu planen. Über den weiteren Verlauf werden wir an dieser Stelle unterrichten.

Zu (5): Seit gut 10 Jahren gibt es die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL). Sie ist für die (ca. 1 000) Reha-Kliniken in Deutschland ungefähr das, was der EBM für die Niedergelassenen darstellt – eine Systematik der wesentlichen Behandlungsleistungen. Allerdings mit dem Unterschied, dass die Vergütung der Reha-Behandlung (noch) nicht aufgrund der EBM-verschlüsselten Leistungen erfolgt und die Verschlüsselung i. d. R. auch nicht verbindlich, sondern nur empfohlen wird. Eine Neufassung der KTL wird derzeit im Auftrag der BfA (seit 01.10.2005 Deutscher Rentenversicherung Bund) durch das Institut ISEG, Hannover (Ltg. Prof. F. W. Schwartz) erarbeitet. Die Neufassung berücksichtigt nun die Veränderungen durch das Psychotherapeutengesetz und nimmt eine Neuordnung des Bereichs Gesundheitsbildung/Patientenschulung vor. In der letzten Stufe der Entwicklung werden derzeit Kliniken, Fachleute und Verbände um Stellungnahme zur vorläufigen Endfassung gebeten.

Der GK II beauftragte Heiner Vogel und Hans-Werner Stecker (VPP/BDP) eine zusammenfassende Bewertung vorzunehmen und den Verbänden zur Verfügung zu stellen.

Zu (6): Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verschicken seit einiger Zeit **Fragebögen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zur Erhebung der jährlichen Praxiskosten** auch an viele Psychotherapeuten. Bei der allerersten Erhebung (siehe hierzu VPP 4/04, S. 879ff) hatte sich das ZI in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) entschlossen, einen besonderen Fragebogen an die Psychotherapeuten über die bvvp-Landesverbände zu versenden und zusätzlich eine Erläuterung des bvvp beilegen zu lassen, da die Beantwortung einiger Fragen Probleme bei der korrekten Beantwortung und Interpretation aufwarf (und weiter aufwirft).

Auch jetzt führt das ZI eine Erhebung der Praxiskosten des Jahres 2004 durch. Es wird aber diesmal ein einheitlicher Fragebogen ohne besondere Erläuterung an eine ausgewählte Stichprobe der Psychotherapeuten und aller anderen Arztgruppen verschickt.

Dieses Datenmaterial wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit herangezogen werden bei zukünftig anstehenden honorarpolitischen Überlegungen und Entscheidungen, z.B. zum Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen oder auch zur Überprüfung der Bewertungen im neuen EBM 2000plus. Daher sind die Verbände im Gesprächskreis II zu der Ansicht gekommen, dass es außerordentlich wichtig ist, dass das ZI korrekte Daten über die Praxen von Psychotherapeuten erhält, und haben beschlossen, auch diesmal diejenigen unter unseren Kolleg(inn)en, die jetzt von ihrer KV angeschrieben worden sind, auf wichtige Aspekte noch einmal besonders hinzuweisen. Den Text hierzu hat dankenswerter Weise Herr Roland Deister, 1. stellvertr. Vorsitzender des bvvp, erstellt.

Falls Sie einen Fragebogen bekommen haben, lesen Sie bitte ausführlich die beigefügten Hinweise oder rufen Sie in der Geschäftsstelle unter 07071-9434-13 an.

Sitzung der VT-Verbände am 24. Oktober 2005 in Frankfurt am Main

Heiner Vogel

Die Sitzung erfolgte nur wenige Tage nach dem 6. Deutschen Psychotherapeutentag in Hamburg (vgl. Bericht in dieser Rosa Beilage). Insofern war das Ergebnis der **Vorstandsnachwahlen der Bundespsychotherapeutenkammer** noch sehr präsent und auch Gesprächsgegenstand. Die Tatsache, dass nunmehr im neuen BPtK-Vorstand von 5 Vorstandsmitgliedern nur noch eine/s ausdrückliche VerhaltenstherapeutIn ist (Frau Konitzer), war allerdings kein Grund für Heulen und Wehklagen. Die Anwesenden zeigten sich zuversichtlich, dass auch der BPtK-Vorstand bestrebt sein wird, die Interessen aller PsychotherapeutInnen auf der Basis einer wissenschaftlichen Fundierung zu vertreten und sieht sich insofern auch gut vertreten.

Die weiteren Themen wurden intensiv, aber auch kontrovers diskutiert: Problematisch wird immer noch die in Vorbereitung befindliche **Musterweiterbildungsordnung der BPtK** gesehen. Der Kompromiss, zu dem man sich zusammenfand, lautete in etwa: Eine Weiterbildungsregelung für die Neuropsychologie scheint akzeptabel bzw. konsensfähig. Dies, d.h. die Verabschiedung einer entsprechenden – auf ein Fach begrenzten – Musterweiterbildungsordnung könnte auch ein Testfall sein für die Frage, wie eine solche Musterweiterbildungsordnung umgesetzt wird und welche – ggf. vermeidbaren – neuen bürokratischen Strukturen geschaffen werden müssen und welche Folgerungen dies für die KollegInnen ohne diese Weiterbildung haben würde. Erst in einem zweiten Schritt sollte dann über die Frage von Weiterbildungsbezeichnungen bei den anderen in Diskussion befindlichen Themen gesprochen werden (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für PP, Zweit-/Drittverfahren, Somatopsychotherapie).

Spannend war dann auch die Diskussion um die Frage des **zukünftigen Zugangs zur PP/KJP-Ausbildung (Bachelor versus Master)**. Hier zeigten sich auch unterschiedliche dahinter liegende Motive, die das Thema berühren, nämlich die angestrebte Gleichstellung mit den Fachärzten, die Frage, ob es zukünftig noch genügend Interessenten für die PP-/KJP-Ausbildung gibt und auch die Frage, ob es noch genügend Interessenten für Masterstudiengänge in Klinische Psychologie gibt (wenn der Bachelor als Zugang zur PT-Ausbildung reicht). Eine Auflösung dieser Gemengelage an Motiven ist vorerst und rational nicht erreichbar, vielleicht ergeben sich neue Blickwinkel nach einem Hearing, welches die DGVT mit ExpertInnen des zuständigen Bundesministeriums für Forschung und Technologie, der Universitäten und der Fachhochschulen zum Thema Bachelor/Master am 2. Dezember in Berlin veranstaltet und zu dem auch Vertreter der anderen Verbände und der Kammern eingeladen sind.

Insgesamt zeigte sich Einvernehmen, dass die Treffen, trotz aller erkennbarer Heterogenität der Interessen und Ziele, wichtig sind und zukünftig mit größerer Regelmäßigkeit durchgeführt werden sollen.

„Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung in KJP“ gegründet

Michael Borg-Laufs

In Darmstadt hat sich am 7.11.2005 unter der Beteiligung der DGVT, verschiedener anderer Berufs- und Fachverbände sowie einiger Hochschullehrer aus den Bereichen Sozialwesen und Heilpädagogik die „Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung in KJP (AZA-KJP)“ gegründet. Hintergrund dieser in kooperativer und angenehmer Arbeitsatmosphäre vorgenommenen Gründung ist die auch in dieser Zeitschrift bereits diskutierte Veränderung der Studiengänge und -abschlüsse in Deutschland. Mit dem Übergang zu Bachelor- und Masterstudiengängen ergibt sich die Frage, welcher Studienabschluss zukünftig als Grundlage für die Aufnahme einer psychotherapeutischen Ausbildung gelten soll. Da es einige Hinweise darauf gibt, dass dies bei einem Psychologie-Studium der Master-Abschluss sein soll, hat sich die neue Arbeitsgemeinschaft auch bei den sozialarbeiterischen und -pädagogischen Abschlüssen darauf verständigt, dass der Masterabschluss als Grundlage für die Aufnahme einer KJP-Ausbildung notwendig sein sollte. Die Gründe hierfür sind einerseits fachlich und andererseits berufspolitisch (vgl. dazu die Beiträge von Ruggaber sowie von Borg-Laufs & Vogel in den letzten beiden Ausgaben der VPP).

Während bei den Psychologen von Seiten der Kammern angestrebt wird, dass ein Master in klinischer Psychologie die Voraussetzung zum Beginn der Psychotherapeutenausbildung sein soll, ist im Bereich Sozialwesen / Heilpädagogik / Pädagogik eine viel größere Heterogenität der Masterabschlüsse gegeben, so dass es weder angemessen ist, einen einzelnen Master (z.B. „Klinische Sozialarbeit“ oder „Beratung“) als Grundlage für die Therapieausbildung zu sehen, noch jeden an einem entsprechenden Fachbereich möglichen Master (z.B. Sozialmanagement) als qualifizierende Grundlage für eine KJP-Ausbildung anzuerkennen. Im nächsten Schritt soll daher nun ein hinreichendes inhaltlich begründetes klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Minimal-Profil für Master-Studiengänge erstellt werden, welches Grundlage für die Akkreditierung von Master-Studiengängen als Eingangsvoraussetzung für die KJP-Ausbildung sein könnte.



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Fortbildung zum/zur LauftherapeutIn (DGVT)

Leitung: Prof. Dr. Ulrich Bartmann

Veranstaltungsort: Würzburg

Beginn der Fortbildung: Februar 2006

Ausführliche Informationen erhalten Sie bei uns:

DGVT e.V., Referat für Aus- und Weiterbildung, Postfach 13 43, 72003 Tübingen,
07071- 94 34 - 44, awk@dgvt.de oder unter www.dgvt.de (Aus- und Weiterbildung)

Weitere Infos

Bundesgesundheitsministerium begrüßt Klinik-Lotsen der Ersatzkassen Qualitätsberichte bringen Transparenz im Gesundheitswesen

Durch die Gesundheitsreform sind alle 2.144 Krankenhäuser in Deutschland seit diesem Jahr gesetzlich dazu verpflichtet, einen Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Berichte informieren u. a. darüber, auf welche Leistungen sich ein Krankenhaus besonders spezialisiert hat, wie oft welche Operationen durchgeführt werden und über welche Qualifikationen das ärztliche und pflegerische Personal verfügt. Diese Berichte müssen alle zwei Jahre aktualisiert werden. Um der interessierten Öffentlichkeit die Suche nach dem geeigneten Krankenhaus zu erleichtern, haben die Ersatzkassenverbände heute ihren „Klinik-Lotsen“ gestartet. Dieser greift auf die umfangreichen Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurück und ermöglicht eine gezielte Krankenhauswahl. Eine Recherche ist auch nach Bundesländern möglich.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt begrüßt den heute vorgestellten Klinik-Lotsen der Ersatzkassen. „Er schafft mehr Transparenz im deutschen Gesundheitswesen und stärkt die Patientenrechte. Damit können sich künftig Patientinnen und Patienten viel besser informieren und gezielt die gewünschte Behandlung auswählen.“

Den Klinik-Lotsen finden Sie unter <http://www.klinik-lotse.de/>. Berichte aller Krankenhäuser sind auch zu finden unter <http://www.g-qb.de/>.

Quelle: Pressemitteilung BMGS vom 19.10.2005

Investitionen in Gesundheit fördern Wachstum und Produktivität!

Viel ist in den vergangenen Jahren über Reformen im Gesundheitswesen diskutiert worden, der Tenor war immer gleich: Sparen, Sparen, Sparen. Dabei zeigt eine neue Studie der EU-Kommission, dass sich Ausgaben für die Gesundheit volkswirtschaftlich auszahlen. Bei Entwicklungsländern ist das längst eine unumstrittene Erkenntnis. Zu vielen Entwicklungsprogrammen gehört der Aufbau eines funktionierenden Gesundheitswesens.

Die EU-Experten haben nun aber Forschungsergebnisse aus Industrieländern zusammengetragen, die belegen, dass auch hier eine verbesserte Gesundheitsversorgung zu mehr Wachstum und höherer Produktivität beiträgt. Sie beschränken sich dabei nicht auf die Berechnung der gesamtwirtschaftlichen Kosten von Volksleiden wie Herzerkrankungen, Diabetes oder Übergewicht. Auch auf den engen Zusammenhang zwischen individueller Gesundheit und dem erzielten Haushaltseinkommen, der Produktivität und der Teilnahme am Arbeitsmarkt sowie der Lebensarbeitszeit wiesen sie hin. Es gebe daher „starke Argumente“, schreiben die Autoren, mehr in den Gesundheitssektor zu investieren.

Quelle: „Die Zeit“ vom 20.10.2005, S. 40

Gute Noten für die medizinische Versorgung in Deutschland – Deutsche sind trotzdem unzufrieden

Eine am 10.11.2005 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgestellte internationale Studie zeigt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland sehr gut ist. Untersucht wurde die medizinische Versorgung in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland.

An der vom Commonwealth Fund (CWF) bereits seit 1999 durchgeführten Erhebung zur Qualität der Versorgung hat sich 2005 erstmals auch die Bundesrepublik beteiligt, wo das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Studie leitete.

Bei der Untersuchung standen die Erfahrungen kranker Menschen im Mittelpunkt. Befragt wurden Erwachsene, die einen schlechten Gesundheitszustand haben, chronisch krank sind oder sich in den letzten zwei Jahren einer schweren Operation unterziehen mussten. In Deutschland haben 1.474 Männer und Frauen an der telefonischen Befragung, die durchschnittlich 55 Fragen umfasste, teilgenommen. Diese fand zwischen dem 17. April und 10. Juni 2005 statt.

Deutschland hat im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten, Laborbefunde sind verlässlicher und liegen schneller vor, Patienten haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl und wer chronisch krank ist, wird häufiger und regelmäßiger vorbeugend untersucht.

Besonders beim Zugang zu medizinischen Leistungen sind deutsche Patientinnen und Patienten im Vorteil. Ambulante und stationäre Behandlungen sind schnell und einfach zu bekommen - und das unabhängig von Einkommen, Versichertenstatus oder Wohnort. Selbst außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten wie in der Nacht, am Wochenende oder während der Ferienzeit, ist die medizinische Hilfe in Deutschland sehr gut organisiert. Nur ein Viertel der deutschen Befragten berichtete, dass es schwierig war, einen Arzt außerhalb der üblichen Zeiten zu erreichen. In Neuseeland waren es 28 %, in Großbritannien 38 %, in Kanada 53 %, in Australien 59 % und in USA sogar 61 %.

Aber die Studie zeigt auch - es gibt Mängel. Etwa die nicht ausreichende Information der Patientinnen und Patienten oder die beklagte schlechte Planung bei der Entlassung aus den Kliniken. Diese Mängel weiter zu beseitigen, wird durch eine konsequentere Anwendung der Reformmaßnahmen in Zukunft erreicht werden können. Wir dürfen nicht nachlassen, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Gesundheitswesen weiter auszubauen“, sagte Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium.

Trotz dieser, im internationalen Vergleich, guten Gesundheitsversorgung in Deutschland, sagen fast ein Drittel (31 %) der deutschen Patientinnen und Patienten laut Studie, dass das Gesundheitssystem schlecht sei und von Grund auf verändert werden müsste. Das ist ein ähnlich hoher Anteil wie in den USA (30 %) und Australien (26 %), aber ein größerer als in Großbritannien (14 %), Kanada (17 %) und Neuseeland (20 %).

Weiterführende Informationen:

Die Studie des Commonwealth Fund (CWF) zur Qualität der Gesundheitsversorgung finden Sie unter: http://www.cmwf.org/usr_doc/871_Schoen_2005_intl_survey_chartpack.pdf.

Quelle: Pressemitteilung BMGS vom 10.11.2005

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Berlin**

Februar 2006: Regionaltreffen mit den Schwerpunkten zur Psychotherapeutenkammer und zur Politik der DGVT im Allgemeinen. **Ort:** DGVT-Ausbildungszentrum, Bismarckstr. 84, Berlin. Die Mitglieder werden rechtzeitig eingeladen.

- **Hamburg**

Treffen der Intervisionsgruppen:

9. Januar 2006, 19:00 Uhr, 6. Februar 2006, 19:00 Uhr, 14. März 2006, 19:00 Uhr. Ort: Hamburg, Seewartenstr. 10, Haus 5, erste Etage.

- **Nordrhein-Westfalen**

Frühjahr 2006: Regionalversammlung mit einer Fortbildungsveranstaltung

- **Sachsen**

3. Dezember 2005, ab 9:00 – 16:00 Uhr: Workshop mit U. Stangier „**Soziale Phobien – Neue Trends in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung**“ als Auftakt zur Workshopreihe „Psychotherapie in der Psychiatrie“. Im Anschluss Landesgruppentreffen der DGVT-Mitglieder in Sachsen. **Ort:** Konferenzraum der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Johannisallee 20, Leipzig.

- **Schleswig-Holstein**

Januar 2006 (der genaue Termin wird bei Interesse mitgeteilt), **19:00 Uhr:** Landesgruppentreffen. **Ort:** Weede bei Bad Segeberg, Gaststätte „Paradiso“.

Einladung

zur Teilnahme am
16. Kongress für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Beratung

vom 3. bis 7. März 2006 in Berlin

Bis zum 30.11.2005 erhalten Sie Frühbucherrabatt.

Lassen Sie sich diese Gelegenheit nicht entgehen und buchen Sie heute noch!

Weitere Informationen dazu finden Sie unter **www.dgvt.de**.

Das Anmeldeformular liegt dieser VPP bei!
