



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 1/2012
14. Februar 2012

Aus dem Inhalt

**Versorgungsstrukturgesetz –
Auswirkungen für die Psychotherapie**

**Kommentar zum KBV-Gutachten zur ambulanten
psychosomatischen/psychotherapeutischen
Versorgung**

**Kostenerstattung –
Perspektiven für 2012**

Herausgeber:

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

Verantwortlich für den Inhalt:

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

Copyright:

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Satz:

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen
Lia Kailer und Suse Stengel

Druck:

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Gesundheits- und Berufspolitisches

Versorgungsstrukturgesetz seit 1. Januar in Kraft	6
Patientenrechtegesetz ohne Biss	8
Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik	9
Die Pflegereform kommt in Fahrt	10
Stellungnahme zu aktuellen Kommentaren zur psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung seitens KBV und BPtK Heinz Liebeck	11
Vorerst keine Reform der Praxisgebühr	14
Gleiche Gehaltssteigerungen für alle Beschäftigten vdää grenzt sich von Forderungen der Krankenhausärzte-Lobby ab	15

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg.....	17
Bayern.....	17
Bremen.....	19
Hamburg	19
Hessen.....	20
Niedersachsen	21
Nordrhein-Westfalen	23
Rheinland-Pfalz	24
Sachsen-Anhalt	24
Schleswig-Holstein	25

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Zulassungsrechtliche Fragen nach dem GKV-VStG	28
Vergütung 2012 – Welche Folgen hat die „Regionalisierung“?	29
Mecklenburg-Vorpommern: Niedergelassene PsychotherapeutInnen „floaten“ wieder!	29
Honorarbescheide: Widerspruch weiterhin empfehlenswert	32
Kostenerstattung – Informationen für Mitglieder	32
Teile und herrsche – und halte die Neiddebatte am Laufen – Kommentar zu einer KBV-Mitteilung zur psychotherapeutischen Versorgung	33
Verbesserung der Nahtstelle stationär/ambulant?	35

Alles was Recht ist . . .

Weniger Hürden bei Kuren für Mutter-/Vater-Kind	37
BVerwG: Keine „dienstliche Veranlassung“ von Kammerpflichtbeiträgen	37
Abhören von Praxen erlaubt	38
Transparency vermutet legalisierte Korruption – Klage gegen KBV	39
Homo-Paare steuerlich Ehepaaren gleichgestellt	40

Tagungsberichte

MDK-Expertenforum 2011: Begutachtungsanlässe im Zusammenhang mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen Alexandra Klich	42
Mehr integrierte Versorgung für psychisch Kranke – Der Paritätische zeigt Potenzial auf und will Trendwende einleiten	47
Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern – Fachtagung des Dachverbands Gemeindepsychiatrie	48

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Zu Beginn des Jahres 2012 gab es bereits eine Reihe von Änderungen in Sachen Gesundheit und Pflege. Das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ist nun zum 1.1.2012 in Kraft getreten. In der Öffentlichkeit wird als Kernpunkt meist wahrgenommen, dass das Gesetz Anreize für MedizinerInnen setzt, sich in unterversorgten Regionen neu niederzulassen oder eine Praxis zu übernehmen. Die Auswirkungen für die PsychotherapeutInnen und ihre PatientInnen haben wir in verschiedenen Beiträgen unter den Rubriken „Gesundheits- und Berufspolitisches“ sowie „Berufspolitische Informationen für Niedergelassene“ zusammengefasst und kommentiert.

Seit Januar liegt ein Referentenentwurf zum Psychiatrie-Entgelt-Gesetz vor. Die Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik soll schrittweise auf Pauschalbeträge umgestellt werden. Auch zur Pflegeversicherung und zu den Patientenrechten wurden Gesetzentwürfe vorgelegt. Beide Gesetzentwürfe sind unseres Erachtens in vielen Punkten weit hinter dem Reformbedarf zurückgeblieben, wie viele ExpertInnen bestätigen. Das mag damit zusammenhängen, dass die Koalitionspartner Kompromisse finden mussten, um ihre jeweilige Klientel nicht zu verärgern.

Besonders hinweisen möchten wir Sie auf einen Beitrag zur Psychotherapie in der Kostenerstattung. Nachdem das VStG in punkto Versorgung keine Verbesserung gebracht hat, nimmt die Kostenerstattung – angesichts der langen Wartezeiten für PatientInnen – einen immer größeren Stellenwert ein. Des Weiteren führen wir die Diskussion zu den Vorstellungen der KBV zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung weiter. Unser Autor Heinz Liebeck kommentiert ein entsprechendes Gutachten zur ambulanten psychotherapeutischen / psychosomatischen Versorgung, das – obwohl bemerkenswert inhaltsarm – hoch gefeiert wurde. Dass es Versorgungsdefizite gibt, wird beispielsweise ignoriert. Man kann sich durchaus fragen, welches Ziel damit wohl erreicht werden soll...

Außerdem finden Sie in diesem Heft zahlreiche Landesberichte, Tagungsberichte, Erläuterungen zu wichtigen Urteilen für PsychotherapeutInnen und viele aktuelle Hinweise.

Die von Bundesgesundheitsminister Bahr in Aussicht gestellte Reform des Psychotherapeutengesetzes (vgl. Bericht in der letzten Rosa Beilage) beim Deutschen Psychotherapeutentag in Offenbach lässt nach wie vor auf sich warten, da die Bundesregierung eine umfassende Reform anstrebt in Form einer Direktausbildung. Und das, obwohl eine Nachbesserung der Zugangsproblematik und eine Regelung der Finanzierung der Praktischen Tätigkeit während der Ausbildung als erster Schritt dringend erforderlich wären und vorgezogen werden könnten (siehe hierzu Bericht in dieser VPP „Die Zukunft der Psychotherapie-Ausbildung - Reform oder Revolution? Ausbildungsstätten treffen auf Politik“).

Der erste bundesweite Streik der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) zwölf Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wegen der finanziell prekären Situation während der Praktischen Tätigkeit wurde deshalb auch von der DGVV unterstützt. Hier besteht dringender Handlungsbedarf von Seiten der Politik.

In den nächsten Ausgaben von VPP und Rosa Beilage werden wir über Modelle und Ideen zur Reform der Ausbildung berichten.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

Waltraud Deubert
Angela Baer

Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Versorgungsstrukturgesetz seit 1. Januar 2012 in Kraft **Änderungen für die Psychotherapie**

Nach mehr als eineinhalb Jahren Diskussion, in denen sich Bund und Länder damit beschäftigt hatten, beschloss der Bundestag am 1. Dezember das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Problematisch verliefen die Verhandlungen zuvor zwischen Bund und Ländern. Wobei letztere auf mehr Mitbestimmung pochten und vor allem die Ausgestaltung der Bedarfsplanung und die Einführung der neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsebene zu Auseinandersetzungen geführt hatten.

Das fast 200 Seiten umfangreiche GKV-VStG (mit Begründung) regelt unterschiedliche Bereiche neu, von der Arzneimittelversorgung bis zur Zulassungsverordnung.

Stilllegung und Aufkauf von Praxissitzen

Für die psychotherapeutische Versorgung hat sich eine wichtige Änderung im Gesetzentwurf kurz vor Schluss ergeben. Es geht dabei v. a. um die Frage des Vorkaufsrechts im Rahmen des Praxisnachbesetzungsverfahrens:

Die Stilllegung von Praxissitzen durch den Zulassungsausschuss statt Vorkaufsrecht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde in einem Änderungsantrag formuliert. In einem neuen § 103 Abs. 3a Sozialgesetzbuch V ist nun vorgesehen, dass die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit haben, über die generelle Nachbesetzung des Sitzes zu entscheiden:

„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbe-

setzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll...“

Lehnt der Zulassungsausschuss den Antrag ab, hat die KV dem Vertragsarzt bzw. dem Vertragspsychotherapeuten oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes (siehe hierzu Beitrag „Praxiswertermittlung“ in der Rosa Beilage 2/11, S. 14) der Praxis zu zahlen.

Ein weiterer Änderungsantrag bezieht sich auf die Stilllegungsmöglichkeit von Praxen und die speziellen Bedürfnisse der psychotherapeutischen Versorgung. Die Regelung zur Stilllegung von Praxissitzen soll erst am 1.1.2013 in Kraft treten und nicht wie das übrige Gesetz am 1.1.2012. Begründet wird dies wie folgt: "Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses, mit der die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen abgelehnt wird, kann somit erst auf der Grundlage einer präziseren Bedarfsplanung, die insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich erscheint, getroffen werden."

Bedarfsplanung

Der Verweis auf eine präzise Bedarfsplanung, insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, ist ein Auftrag an den G-BA, der bis zum 1.1.2013 umgesetzt werden soll. Die Gefahr des flächendeckenden Abbaus von Praxissitzen ist damit für ein Jahr gebannt und wird ab 2013 nur insofern genutzt werden, als es nicht gelingt, in den Beratungen des G-BA die spezifischen Probleme der Verhältniszahlen für die Arztgruppe Psychotherapie deutlich zu machen und zu adäquaten Entscheidungen zu kommen.

Bedarfsplanung und befristete Zulassung

Laut Gesetz kann auch in den Regionen von den Vorgaben des G-BA zur Bedarfsplanung aufgrund regionaler Besonderheiten abgewichen werden. Die Länder können ein gemeinsames Landesgremium einrichten, in dem laut Gesetz Vertreter der KV, der Lan-

desverbände der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft vertreten sein müssen. Die Länder haben auch die Möglichkeit, weitere Vertreter aufzunehmen. So könnten sie z. B. auch die Landespsychotherapeutenkammern beteiligen.

Befristete Zulassungen

Sofern der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich höher als 100% liegt, können die Zulassungsausschüsse befristete Zulassungen aussprechen.

Finanzielle Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung

Die KVen haben nun die Möglichkeit, Praxisinhabern eine Entschädigung zu zahlen, wenn diese freiwillig auf ihre Zulassung verzichten. Bisher war das nur für ÄrztInnen ab dem Alter von 62 möglich.

Telemedizinische Leistungen

Diese Möglichkeit gilt vor allen Dingen für den ländlichen Raum. Der Bewertungsausschuss soll prüfen, in welchem Umfang ärztliche/psychotherapeutische Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ambulanten Versorgung telemedizinisch erbracht werden können. Der Bewertungsausschuss muss diese Leistungen dann festlegen und im EBM bis zum 31.10.2012 regeln.

Keine Abschläge in überversorgten Gebieten

Vorgesehen sind stattdessen, Zuschläge auf den Orientierungswert in unterversorgten Planungsbereichen zu bezahlen, wenn dadurch eine Versorgungsverbesserung erreicht werden kann.

Regionalisierung der Vergütung

Trotz der Einwände der Fach- und Berufsverbänden der PsychotherapeutInnen wurde die Vergütung erneut regionalisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen von daher wieder unterschiedliche Honorarverteilungsmaßstäbe schaffen. Die Regelungen für psychotherapeutische Leistungen sind so zu gestalten, dass eine angemessene Höhe

der Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet ist.

Transparenz bei der Vergütung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) muss nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums für jedes Quartal und für jede KV einen Bericht über die Gesamtvergütung, über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und Arztgruppe veröffentlichen.

Beteiligung der BPTK

Neben der Bundesärztekammer (BÄK) und den Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind zukünftig bei Beschlüssen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zu beteiligen „soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist“.

Residenzpflicht

Die Residenzpflicht entfällt ersatzlos. Ein Arzt oder Psychotherapeut muss also nicht mehr in der Nähe des Praxissitzes seinen ersten Wohnsitz haben. Unabhängig davon bleibt die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst für Ärztliche Psychotherapeuten bestehen.

Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird mit dem VStG u. E. nicht erreicht, obwohl es der BPTK und den Verbänden mit gemeinsamen Aktionen gelungen ist, in letzter Minute weitere Verschlechterungen zu verhindern (siehe hierzu Rosa Beilage 4/11) und die Öffentlichkeit auf die Probleme der psychotherapeutischen Versorgung aufmerksam zu machen. Entscheidend für das endgültige Fazit wird sein, wie die Bedarfsplanung und die Vergütung im Detail geregelt sein werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, im Vorfeld zu reagieren, wenn die Zulassungsausschüsse ab 2013 in überversorgten Gebieten Praxissitze stilllegen können.

Waltraud Deubert

Patientenrechtegesetz ohne Biss

Nur eine Zusammenfassung bereits bestehender Regelungen

Am 16. Januar 2012 stellte die Bundesregierung den Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz vor. Länder und Verbände wurden aufgefordert, ihre Stellungnahmen einzureichen. Erarbeitet wurde die Vorlage gemeinsam vom Bundesministerium für Justiz (Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, FDP) und dem Bundesministerium für Gesundheit (Daniel Bahr, FDP). Die KritikerInnen waren sich jedoch bald einig, dass der Referentenentwurf lediglich eine Zusammenfassung der bereits bestehenden Regelungen der verschiedenen Rechtsbereiche und der herrschenden Rechtsprechung sei.

Der Vorteil eines Patientenrechtegesetzes ist sicher in der größeren Transparenz zu sehen, die durch das Gesetz geschaffen wird. Viele Bereiche sind übersichtlicher und klarer für den Patienten dargestellt. Letztlich entscheidet der Patient/die Patientin, welche Therapie nach der Aufklärung durch den Arzt oder die Ärztin angewandt wird. Vermutlich wissen das viele PatientInnen nicht.

Der Referentenentwurf des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“, wie das Gesetz korrekt lautet, legt auf 46 Seiten in fünf Artikeln folgende Punkte dar:

Artikel 1 betrifft die Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) mit einer Kodifizierung des Behandlungsvertrages. In diesen acht neuen Paragraphen geht es im Einzelnen um vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag, anwendbare Vorschriften, die Mitwirkung der Vertragsparteien, Informationspflichten, Einwilligung, Aufklärungspflichten, die Dokumentation der Behandlung, die Einsichtnahme in die Patientenakten, die Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler.

Artikel 2 bezieht sich auf Änderungen des Sozialgesetzbuches SGB V. der Patientenbeteiligungsverordnung und im Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Artikel 5 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2013.

Positiv zu bewerten sind in Artikel 1 die Paragraphen 630a bis h, bei denen es um die vertraglichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient geht und einige Paragraphen im Sozialgesetzbuch V, die verändert wurden. Dadurch wird die Durchsetzbarkeit von berechtigten Forderungen für die Versicherten erleichtert. Die Änderung in § 66 SGB V von der Kann- in eine Sollvorschrift schreibt nun vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen PatientInnen bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern unterstützen sollen, und es werden Fristen festgelegt, in denen Krankenkassen über Leistungsanträge von Versicherten entscheiden müssen. Positiv für die PatientInnen ist sicher auch, dass sie schwarz auf weiß lesen können, dass sie verständlich und umfassend informiert werden müssen, z. B. über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Außerdem ist festgehalten, dass PatientInnen auch gesondert auf Kosten für Leistungen hinzuweisen sind, die nicht von den Leistungsträgern übernommen werden.

In punkto Aufklärungspflicht ist auch konkret geregelt, dass die PatientInnen vor jedem Eingriff umfassend über die konkrete Behandlung und die sich daraus ergebenden Risiken aufzuklären sind. Der Patient muss auch über ein persönliches Gespräch so rechtzeitig informiert werden, damit er sich seine Entscheidung gut überlegen kann. Eine schriftliche Aufklärung reicht hierzu nicht aus.

Gesetzlich festgelegt wird zudem, dass PatientInnen ein Recht auf Akteneinsicht haben. Kommt es zu einem Prozess und fehlt die Dokumentation bzw. ist sie unvollständig, wird dies im Prozess dem behandelnden Arzt zur Last gelegt.

Auch bei Haftungsfällen soll es zukünftig mehr Transparenz geben. In einer Stellungnahme der Ministerien hierzu heißt es: „Die von der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen sollen ausdrücklich gesetzlich geregelt werden. Dann kann jeder im Gesetz nachlesen, wer im Prozess was

beweisen muss.“ Allerdings sind nur für bestimmte „grobe Behandlungsfehler“ Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten vorgesehen. Bei sog. „einfachen Behandlungsfehlern“ bleibt es dabei, dass der Patient den Behandlungsfehler sowie die Ursächlichkeit dieses Fehlers bei einer eingetretenen Gesundheitsschädigung nachweisen muss. Bei einem defekten Gerät, z. B. einem Narkosegerät, das während einer Operation ausfällt und somit die Sauerstoffzufuhr zum Patienten unterbricht, wird angenommen, dass der behandelnde Arzt für diesen Fehler verantwortlich ist.

Trotz einiger positiver Ansätze gibt es etliche Punkte, die zu bemängeln sind:

- der Verzicht auf die Einrichtung eines Härtefonds, der Geschädigte, bei denen ein konkreter Behandlungsfehler nicht nachweisbar ist, finanziell unterstützt. In Österreich hat man mit einem solchen Fond gute Erfahrungen gemacht. Es bräuchte hierzu zur Finanzierung ein Mischmodell aus Steuermitteln, von den Haftpflichtversicherern der Leistungserbringer, der KBV usw.
- der Verzicht auf ein Behandlungsfehler-Zentralregister
- der Verzicht auf ein verbindliches Beschwerdemanagement für Krankenhäuser.

Darüber hinaus fordern wir

- die aktive Einbindung des Patienten. Patientenbriefe sollen Diagnose und Behandlungen in verständlicher Sprache darstellen.
- die Etablierung von unabhängigen PatientenfürsprecherInnen
- ein stationäres und ambulantes Fehler- und Risikomanagement
- eine Beweislastumkehr bei Fehlern, die dem Gefahrenbereich des Behandlers zuzurechnen sind. Es reiche nicht, eine Beweislastumkehr nur bei groben Behandlungsfehlern festzuschreiben

Kurz vor Redaktionsschluss dieser Beilage hat das Bundesjustizministerium einen Ge-

setzentwurf mit Regelungen, die das Recht der privaten Krankenversicherung betreffen, vorgestellt (Entwurf eines Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften). Privatversicherte sollen danach vor teuren Behandlungen von der Privatkrankenkasse eine Auskunft zur Kostenübernahme einfordern können und nach einer Beitragserhöhung zwei Monate Zeit haben (bisher nur einen Monat) für die Kündigung. Der Gesetzentwurf sieht des Weiteren vor, dass Versicherte im Basistarif einen Selbstbehalt kündigen können, wenn er nicht zu einer Beitragsreduzierung führt. Bisher ist dies erst nach drei Jahren möglich.

Waltraud Deubert

Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

**BMG legt Entwurf vor
Kritiker befürchten Personalabbau**

Ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) soll eingeführt werden. Einen entsprechenden Referentenentwurf hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im November 2011 vorgelegt. Am 18. Januar 2012 hat das Kabinett den Entwurf beschlossen. Der Entwurf enthält die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Einführung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystems für die voll- und teilstationären Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Nach den Allgemeinkrankenhäusern soll die Vergütung auch in der Psychiatrie und Psychosomatik auf Pauschalbeträge umgestellt werden.

Das neue Entgeltsystem soll mit einer 4-jährigen Einführungsphase (budgetneutrale Phase) und einer 5-jährigen Überführungsphase (Konvergenzphase) starten. Dadurch sollen die Einrichtungen ausreichend Zeit haben, sich auf die künftigen Veränderungen ihres Erlösbudgets einzustellen.

Der Gesetzentwurf legt zugleich die Grundlagen für eine systematische Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird verpflichtet, in seinen Richtlinien erforderliche Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einschließlich der Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität für diesen Bereich festzulegen. Des Weiteren wird der G-BA auch verpflichtet, Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen. Er soll sich hierbei an den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) orientieren und diese an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anpassen. Die Psych-PV gilt als ein wesentliches Instrument zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen.

Kritiker des Referentenentwurfes befürchten, dass der ökonomische Anreiz zum Personalabbau groß ist, wenn eine Personalregelung lediglich zum Berechnungsinstrument wird. Wie bekannt ist, hat die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in den Allgemeinkrankenhäusern zu einem Stellenabbau vor allem im Pflegebereich geführt. Qualitätsprobleme in der Patientenversorgung und Sicherheitsmängel bei den Abläufen sowie Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen beim Personal sind die Folge.

Die Personalbemessung ist damit ein wichtiger Faktor, da die Qualität von Einrichtungen für psychisch kranke Menschen wesentlich von einer ausreichenden und qualifizierten Personalausstattung abhängt. Für den Behandlungserfolg von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Beziehungskonstanz und Gespräche ein entscheidender Faktor. Er kann nur gewährleistet werden, wenn ausreichend gut ausgebildetes therapeutisches und pflegerisches Personal vorhanden ist. Der Gesetzgeber sollte deshalb den Kliniken die Möglichkeit geben, vor Einführung des neuen Entgeltsystems ihre Personalstellen nachzuverhandeln und dafür Sorge zu tragen, dass der steigende Behand-

lungsbedarf auch ausreichend refinanziert wird.

Erste Beratungen zum Gesetzentwurf sind im Bundesrat Mitte Februar vorgesehen, die erste Lesung im Bundestag am 22. März 2012. Das Gesetz soll am 1. Juli 2012 in Kraft treten.

Waltraud Deubert

Die Pflegereform kommt in Fahrt

Bedürfnisse der Demenzkranken werden stärker berücksichtigt

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Januar den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vorgelegt. Mit diesem Gesetzentwurf soll die pflegerische Versorgung und die Finanzierung mit Blick auf die steigende Zahl von Pflegebedürftigen sowie auf den hohen Anteil an Pflegebedürftigen, die zugleich an Demenz erkrankt sind, verbessert werden. Wesentliche Inhalte des Gesetzes sind:

Verbesserung des Leistungsangebots

Wesentlicher Punkt ist die Erweiterung des ambulanten Leistungsangebots um Betreuungsleistungen für Demenzkranke.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörige sollen mehr Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebotes erhalten.

Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Die Pflegekassen sind verpflichtet, dem Antragsteller neben dem Leistungsbescheid eine (im Rahmen der Begutachtung zu erstellende) gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Mit dieser Regelung sollen Pflegebedürftige bzw. ihre Angehöri-

gen bestehende Ansprüche besser geltend machen können. Pflegenden Angehörigen soll damit die Möglichkeit eröffnet werden, in Einrichtungen, die zugleich Pflege und Betreuung pflegenden gewährleisten, Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege

Damit besteht die Möglichkeit, das Pflegegeld auch bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege hälftig zu erhalten.

Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung der Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Pflegezeiten sollen besser angerechnet werden, um die Belastung der Pflegepersonen zu würdigen.

Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Neue Wohn- und Betreuungsformen sollen stärker gefördert werden. So soll z. B. die Möglichkeit bestehen, einzelne selbständige Kräfte in Wohngruppen einzusetzen.

Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen

Hier soll die Beteiligung von Betroffenen und Versicherten verbessert werden und eine stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von AntragsstellerInnen auf Leistungen der Pflegeversicherung gewährleistet werden.

Verbesserung der Beratung und Koordinierung

Die Pflegekassen müssen innerhalb von zwei Wochen einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung anbieten, um eine möglichst frühzeitige Beratung der AntragsstellerInnen in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten.

Finanzierung

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung wird zur Finanzierung der Leistungen zum 1.1.2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte

angehoben. Als weiterer Baustein soll die soziale Pflegeversicherung um eine (aus Steuermitteln unterstützte) zugriffsgeschützte private Pflegevorsorge ergänzt werden. Hierzu soll eine eigene gesetzliche Regelung vorgelegt werden.

Im vorliegenden Entwurf finden sich keine Aussagen mehr zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Dazu gab es in den Eckpunkten vom November 2011 noch Ausführungen. Dort hieß es, dass mit der angestrebten einheitlichen Berufsausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege der Beruf insgesamt attraktiver werden sollte. Ein Vorschlag für die Reform der Berufsbildung war von der Regierung zuletzt Ende 2011 angekündigt worden.

Der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff reduziert die Menschen auf die rein körperlichen Gebrechen und Fähigkeiten. Damit wird er dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf vieler nicht gerecht. Bereits 2009 hat ein Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs konkrete Vorschläge für eine Reform vorgelegt. Dann sollte 2011 das große Jahr der Pflege werden - ohne dass sich etwas änderte. Und die jetzt in Aussicht gestellten Leistungsverbesserungen sind im Verhältnis zu den weitreichenden Ankündigungen außerordentlich enttäuschend.

Waltraud Deubert

Stellungnahme zu aktuellen Kommentaren zur psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung seitens KBV und BpTK

Mit Datum vom 16.1.2012 wurde seitens der KBV nach einem Pressegespräch vom Vorsitzenden der KBV ein Statement mit dem Titel „Ambulante psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung“ aus Anlass der Veröffentlichung des Zwischenberichts zum

„Gutachten zur ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung - Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ (Januar 2012) herausgegeben. Diesem Statement folgten am selben Tag eine kurze Stellungnahme der BpTK sowie zwei Statements des Vorsitzenden des BPM (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e. V.). Schließlich noch ein Statement aus der Ärztezeitung vom 16.1.2012 in Bezug auf das des KBV-Vorsitzenden.

Zunächst werde ich auf die Statements eingehen, dann einige Punkte des o. g. Zwischenberichts kommentieren.

Der Vorsitzende der KBV betont die offenbar zunehmende Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und stellt klar, dass prinzipiell ein „umfangreiches und differenziertes Versorgungsangebot“ vorhanden sei. Betroffene könnten „sich für eine ärztliche, somatisch-psychotherapeutische, eine psychiatrische oder eine rein psychotherapeutische Versorgung entscheiden“ (drei Säulen), wobei der „Hausarzt der zentrale Ansprechpartner“ sei. „Ziel und Aufgabe ist es (jedoch), die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Fachrichtungen zu verbessern“, eine bessere Vernetzung sollte erfolgen. Dem ist kaum etwas hinzuzufügen, zumal der Text so interpretiert werden kann (und hoffentlich auch soll), dass die verschiedenen Fachrichtungen (ärztliche sowie „rein psychotherapeutische“) als gleichberechtigt angesehen werden können. Zu fordern sei noch, dass die angemessene Versorgung durch ein „niederschwelliges Angebot“ für die Betroffenen erreicht werden müsste.

Dem Votum des KBV-Vorsitzenden schließt sich der Präsident der BpTK im Wesentlichen an, betont in seiner sehr kurzen Stellungnahme, dass das „Angebot kurzfristig nutzbarer psychotherapeutischer Sprechstunden ... hierfür verbessert werden“ müsse. Zudem weist er darauf hin, dass „die spezialisierte psychotherapeutische Versorgung insbesondere von den ‘Psychologischen Psychotherapeuten’ getragen wird“. Im Gegensatz zur ärztlichen Psychotherapie würden

Psychologische Psychotherapeuten das gesamte Spektrum der evidenzbasierten Psychotherapie anbieten (einschließlich der Verhaltenstherapie, was im BpTK-Statement besonders hervorgehoben wird).

Der Vorsitzende des BPM verlässt deutlich die Linie der Gleichberechtigung zwischen o. g. drei Säulen, indem er die folgende Meinung vertritt: „Beim Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist medizinisches Wissen mit therapeutischer Kompetenz verbunden. Er ist daher am besten für die Behandlung somatoformer Störungen geeignet.“ Dazu ist festzustellen, dass es bis auf den heutigen Tag keine empirischen und methodisch akzeptablen Effizienzuntersuchungen gibt, die diese Auffassung auch nur im Entferntesten belegen. Angemessen ist eher die Auffassung, dass „die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ... in der ... Tradition einer ganzheitlichen Sicht des kranken Menschen“ steht. Diese ganzheitliche Sicht ist Psychologischen Psychotherapeuten aber ebenfalls nicht abzusprechen. Und wenn der o. g. Autor meinen sollte - was aus dem Text implizit erschlossen werden kann -, dass Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Ganzheit des kranken Menschen beurteilen können, dann möge er in die aktuell gültige Musterweiterbildungsordnung (zuletzt beschlossene Fassung von 2010) der Bundesärztekammer hineinschauen: Sie enthält 33 Gebiete, 23 Basisweiterbildungen, 10 Schwerpunkte und 47 Zusatzweiterbildungen. Daraus kann man folgern, dass die unterschiedlichen Gebiete etc. optimal spezialisiert (zum Segen der Patienten!) wurden und kein Arzt mehr den Anspruch haben sollte, vom Gehirn bis zu den Zehenspitzen alle möglichen Krankheiten noch allein überblicken zu können. Und in einer weiteren Stellungnahme zum selben Datum meint der Vorsitzende des BPM: „Viele (Patienten) beharren auf einer organischen Erklärung ihrer Erkrankung und lehnen psychosoziale Erklärungsmodelle und psychotherapeutische Hilfe anfangs ab.“ In diesem Punkt hat er sicher Recht. Allerdings könnte man die Frage stellen, ob der „normale“ Patient bei

einer Psychotherapie durch einen Arzt nicht eher auf die Idee kommen kann, an eine organische Erklärung zu glauben, als wenn er „nur“ von einem Psychologischen Psychotherapeuten eine Therapie erfährt. Zudem sei dahingestellt, ob jeder Patient eine organische Untersuchung bei seinem späteren Psychotherapeuten begrüßt.

Da ist die Trennung zwischen einem Konsiliararzt und einem Psychotherapeuten oftmals akzeptabler. Aus meiner Sicht ist es absolut an der Zeit, die uralten Gräben hinsichtlich einer „ganzheitlicheren“

Sichtweise zwischen Medizin und Psychologie zuzuschütten. Ein Blick in die derzeit gültigen Studienordnungen und Weiterbildungsordnungen der Medizin einerseits sowie in die Studienordnungen der Psychologie (mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie) und der Ausbildungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten andererseits kann hier eine gute Hilfe darstellen. Allerdings fällt dann unübersehbar auf, dass die erwerblichen Kompetenzen für psychosoziale Erklärungsmodelle von psychischen Störungen der Psychologie die der Medizin klar übertreffen.

Abschließend für die Kommentierung der Stellungnahmen soll noch ein Detail aus dem o. g. Kommentar der „Ärztezeitung“ zitiert werden:

„Die bessere finanzielle Ausstattung der antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapie mit 82 € pro Therapiestunde könne beispielsweise leicht zu Fehlanreizen führen, warnte er (der Vorsitzende der KBV).“ Dies ist nicht nur eine (gezielte?) Unterstellung, sondern entspricht auch nicht der Realität, zumal oftmals die genehmigten Therapiestunden nicht voll ausgeschöpft werden. Oder handelt es sich lediglich um eine projektive Offenbarung eigener (ärztlicher) Wünsche?

Damit komme ich zu dem Anlass der o. g. Stellungnahmen, dem Zwischenbericht des Gutachtens, ohne den Wortlaut des endgültigen Gutachtens zu kennen. Es sei allerdings festgestellt, dass es sich um ein „Auftragsgutachten“ durch die KBV handelt. Aus dem Zwischenbericht geht zwar hervor, wel-

che Datenbasen einbezogen wurden (Literaturrecherche, Analyse des Datensatzes der KBV für das Jahr 2008, Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, Analyse der Krankenkassendaten und Daten des Zentralinstituts (ZI) der Kassenärztlichen Versorgung im Längsschnitt), eine nachvollziehbare Darstellung des methodischen Vorgehens kann jedoch nicht entnommen werden. Im Übrigen geht es bei dem Gutachten nicht um eine Effizienzstudie, sondern um eine Darstellung der allgemeinen Problematik psychotherapeutisch / psychosomatischer Versorgung.

Ein paar Ergebnisse (nur auf Erwachsene bezogen) können bereits dargestellt werden (alle Angaben aus dem Zwischenbericht):

- bei krankheitsbedingten Fehltagen liegen psychische Störungen und Verhaltensstörungen an zweiter Stelle mit 16,5 %
 - bei der Krankheitsdauer liegen psychische Störungen / Verhaltensstörungen mit über 40 Tagen (offenbar je Jahr) an der Spitze
 - gleiches gilt für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.
- Hinsichtlich der Verteilung auf die Versorger ergibt sich das folgende Bild:
- den insgesamt ca. 10.500 Fachärzten (somatische Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse - überwiegend psychotherapeutisch tätig, Fachärzte für Psychotherapie und Psychotherapie, Nervenärzte) stehen
 - ca. 13.000 Psychologische Psychotherapeuten gegenüber.

Die wenigen zitierten Zahlen sind weder neu noch überraschend, sondern im Gegenteil in den letzten Jahren sehr häufig auch von anderen Stellen vielfach dokumentiert worden. Zudem sind viele der zitierten Daten aus öffentlichen Verzeichnissen leicht zugänglich (Zahl der Psychotherapeuten etc.).

Ein weiteres Ergebnis der Studie: Unterschiede in der Versorgungsstruktur seien „erheblich“. Die Fallzahlen pro Behandler und Jahr schwanken erheblich, zwischen 170

(Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) bis 3.172 (Facharzt für Nervenheilkunde). Psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie / Psychoanalyse unterscheiden sich kaum von den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Doch was können diese Zahlen aussagen? Bedeuten sie, dass ein Psychologischer Psychotherapeut (187 Fälle je Jahr) bei einer angenommenen Arbeitszeit von 40 Stunden je Woche und 46 Wochen pro Jahr, 9,8 Stunden je Patient und Jahr aufwendet und der Nervenarzt 0,58 Stunden je Patient und Jahr? Sehr sinnvoll scheinen diese Zahlen nicht zu sein, wenn man nicht gleichzeitig die Diagnosen etc. berücksichtigt.

Zum Schluss möchte ich ausdrücklich feststellen, dass ich es sehr bedauerlich finde, dass sowohl seitens der KBV als auch der BpTK die Versorgungsproblematik bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen mit keinem Wort erwähnt wird, obwohl die Situation dort mit Sicherheit problematischer ist als im Erwachsenenbereich! Jeder sollte selbst entscheiden, ob diese Unterlassung dadurch gerechtfertigt ist, dass das o. g. Gutachten sich nur auf Erwachsene bezieht.

Es bleibt spannend, das Gutachten für die KBV im Detail zu lesen, wenn es denn veröffentlicht worden ist.

Dr. Heinz Liebeck, Dransfeld

Vorerst keine Reform der Praxisgebühr

Fünf Euro pro Arztbesuch – diese Idee rauschte im vergangenen Dezember durch den bundesdeutschen Blätterwald. Von wem dieser Vorschlag stammte, wurde nicht klar, und ob er jemals umgesetzt wird, ebenso wenig. Sollte es freilich dazu kommen, hätte dies weitreichende Konsequenzen für kranke Menschen, die oft zum Arzt oder zum Psychotherapeuten müssen: Psychisch Kranke,

die einen Therapie-Termin pro Woche haben, hätten mit Kosten von 20 Euro im Monat (und im Quartal von 60 Euro) zu rechnen – Arztbesuche noch nicht hinzugerechnet.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP wurde damals festgeschrieben, die Praxisgebühr zu überdenken. Seit 2004 müssen die Arzthelferinnen zehn Euro pro Quartal von den Patienten abkassieren und das Geld an die Krankenkassen abführen. Diese nehmen dadurch 2,5 Milliarden Euro im Jahr ein.

Der erwünschte Effekt, nämlich die Versicherten dazu zu bringen, weniger zum Arzt zu gehen, ist jedoch nicht eingetreten, stellen alle Gesundheitspolitiker übereinstimmend fest. Die Versicherten haben sich an die zehn Euro gewöhnt und nehmen ihre Arzttermine wahr so wie früher. Unter Umständen wird mit der Praxisgebühr sogar der gegenteilige Effekt erzielt: Wer fürs Quartal bezahlt hat, macht dann gleich weitere Arzttermine aus. 18 Mal, so wurde errechnet, gehen die Deutschen im Schnitt pro Jahr zum Arzt.

Im laufenden Jahr werden etwa 400.000 Kassenpatienten die Zahlung der Praxisgebühr schuldig bleiben. Dies berichtete die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Rund zwei Drittel davon seien Klinikpatienten. Viele Krankenhäuser seien nicht darauf eingerichtet, die Gebühr bar einzuziehen. 99,8 Prozent der Patienten entrichteten allerdings die Gebühr anstandslos.

Wer die Praxisgebühr schuldig bleibt, muss vorerst nicht mit juristischen Folgen rechnen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wollen laut einem Rundschreiben aus Kostengründen vorerst auf Vollstreckungsmaßnahmen verzichten. Sie warten auf eine Gesetzesänderung, mit der die Eintreibungskosten von rund 150 Euro auf die säumigen Zahler abgewälzt werden können.

Wie das Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage mitteilte, gebe es im Moment keine Pläne, die Praxisgebühr zu reformieren. „Vorstellungen, die verschiedentlich in der Presse eine Rolle gespielt haben, die Praxisgebühr bei jedem Arztbe-

such zu erheben, stammen nicht aus dem Ministerium“, betont ein Ministeriumssprecher. Bisher sei in der Koalition auch nicht über die Praxisgebühr beraten worden.

Angela Baer

Gleiche Gehaltssteigerungen für alle Beschäftigten

vdää grenzt sich von Forderungen der Krankenhausärzte-Lobby ab

Die ersten Tarifverhandlungen in diesem Jahr führt der Marburger Bund (mb) für die bei ihm organisierten Ärztinnen und Ärzte in den kommunalen Krankenhäusern. Ver.di wird im März 2012 mit Verhandlungen für alle Beschäftigten in den Einrichtungen bei Bund und Kommunen folgen. Für den vdää (Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen) sind gleiche Gehaltssteigerungen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus ein erstrebenswertes Ziel. Sie sollten mindestens so hoch sein wie die Inflationsrate, darüber hinaus müssten auch Verbesserungen der Arbeitsbedingungen Teil der Forderungen sein.

„Wir wissen nicht, ob die Höhe der Gehaltsforderungen des Marburger Bundes von sechs Prozent plus verhandlungstaktisch motiviert ist oder ob der mb rücksichtslos Klientelpolitik betreibt“, betont der vdää in einer Pressemitteilung. Der mb setze Ärztinnen und Ärzte damit dem Vorwurf aus, für Privilegien zu streiken, die sich nur auf Kosten der anderen Krankenhausbeschäftigten finanzieren lassen.

Doch auch die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA) habe es sich mit ihrem Angebot deutlich zu einfach gemacht. Das Angebot der VKA von 1,48 Prozent entspricht der Veränderungsrate des stationären Budgets in 2012 abzüglich eines sog. Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser an die GKV in Höhe von 0,5 Prozent. Einerseits ist das Angebot laut vdää verständlich: Es entspricht dem finanziellen Spielraum der Krankenhausleitungen; andererseits muss der

VKA nach dem gewerkschaftlichen Mobilisierungserfolg der Streiks 2006 und 2010 klar sein, dass der mb und die bei ihm organisierten Ärztinnen und Ärzte ein Angebot von 1,48 Prozent auf 16 Monate Laufzeit bei einer Inflationsrate von 2,4 Prozent p. a. als das zurückweisen werden, was es im Kern darstellt: eine Reallohnkürzung!

Der sog. Sanierungsbeitrag ist laut vdää eine Provokation der CDU/CSU-FDPgeführten Bundesregierung: Nach der Demonstration von über 120.000 Krankenhausbeschäftigten mit dem Slogan „Der Deckel muss weg“ 2008 in Berlin war noch von der großen Regierungskoalition versprochen worden, das stationäre Budget künftig auskömmlich zu steigern. Dazu sollte das statistische Bundesamt einen „Orientierungswert“ ermitteln, der die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser (etwa vier Prozent pro Jahr) widerspiegeln sollte. Das Versprechen wurde von der schwarz-gelben Bundesregierung nicht eingelöst, sondern im Gegenteil der Sanierungsbeitrag eingeführt.

Die Krankenhausbeschäftigten stehen erneut vor dem Dilemma, entweder die Folgekosten einer unsozialen Verteilungs- und Gesundheitspolitik mit einer Reallohnkürzung zu bezahlen oder zumindest die gegenwärtige Kaufkraft unserer Gehälter zu verteidigen; dies bedeutet Lohnerhöhungen zu erstreiten, die bei unveränderten politischen Rahmenbedingungen an die Krankenhäuser zurückgegeben werden und unweigerlich über Personalabbau zu weiter verschlechterten Arbeitsbedingungen führen werden. Dieser Teufelskreis ist politisch gewollt, erklärt der vdää: Die Politik versuche seit Jahren, durch Preisdruck und ruinösen Wettbewerb Kliniken in die Insolvenz zu treiben und auf diese Weise stationäre Betten abzubauen.

Der vdää fordert:

- In den Tarifrunden 2012 darf es keinen Verteilungskampf zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen geben.
- Die Vernunft gebietet eine Lösung des Tarifkonflikts auf dem Verhandlungs-

weg. Grundforderung ist die Sicherung der Reallöhne aller Krankenhausbeschäftigten. Die Kosten eines Streiks schaden nur allen Beteiligten.

- Nicht-ärztliche Beschäftigte, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausleitungen, Marburger Bund, ver.di und kommunale Arbeitgeber sollten eine gemeinsame gesundheitspolitische Strategie entwerfen und eine öffentlichkeitswirksame, politische Kampagne durchführen mit

dem Ziel, eine soziale und solidarische Kurskorrektur in der Gesundheitspolitik zu erstreiten.

Quelle: Presseerklärung des vdää (Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen) vom 16. Januar 2012 zur Tarifaueinandersetzung des Marburger Bundes. Der vdää ist ein ärztlicher Berufsverband, der sich als Alternative zu standespolitisch wirkenden Ärzteverbänden versteht.



www.afp-info.de

1.Tagung Psychotherapie-State-of-the-Art:
Vortrag und Workshops zum Thema "Traumatherapie"
8.-9. September 2012 in Potsdam

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp) ist eine
Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.



Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Die weitere Kammerarbeit will die DGVT-Liste „Kammer besser machen“ in der Mitte der Wahlperiode überdenken und die angestrebten Änderungen auf Umsetzbarkeit prüfen. Zu diesem Zwecke trifft sich die Gruppe der Kammeraktiven im März vor der nächsten Vertreterversammlung.

Auch eine Verlängerung der Wahlperiode wird diskutiert, dabei könnte eine Änderung des Wahlmodus überlegt werden. Derzeit wird die Kammerversammlung alle vier Jahre gewählt, jeweils im Jahr der Bundestagswahlen. Eine Verlängerung der Periode um ein Jahr brächte Kostenvorteile, aber der Wähler wäre auch seltener gefragt. Da gilt es abzuwägen; ebenso wäre es interessant, den Wahlmodus prinzipiell zu überprüfen und zu überlegen, was Änderungen politisch bedeuten könnten.

Die früher genannten Themen bleiben aktuell. Die Heroin-Substitution naht mal wieder, für Stuttgart sind schon Räume in Sicht, doch angesichts hoher Kosten für Organisation und medizinische und psychosoziale Leistungen ist der genaue Beginn noch nicht veröffentlicht.

Als Mitarbeiterin einer Suchtberatungsstelle, die auch für viele opiatabhängige Menschen die psychosoziale Betreuung bei Substitution übernimmt, möchte ich auf einen derzeit deutlich werdenden Versorgungsmangel hinweisen: Für die Substitution braucht es Ärzte, die bereit sind, sich für diese Klientel einzusetzen. Ohne auf Details einzugehen, sei darauf hingewiesen, dass diese Ärzte nicht immer einen einfachen Job haben (der zudem nicht gut bezahlt wird), und so ist es nur verständlich, dass sich immer weniger Ärzte bereit finden, die Methadonsubstitution zu übernehmen. Die Lage in diesem Versorgungsbereich ist kritisch: Beispielsweise hört im Bereich Leonberg jetzt ein Arzt auf und die Versorgung von vielen substituierten Menschen muss neu geregelt werden. Falls dies nicht gelingt, sind massi-

ve gesellschaftliche Folgen zu erwarten. Zu hoffen ist, dass dieser Versorgungsengpass bewältigt wird.

Über die Änderungen in der Sozialpolitik durch die grün-rote Regierung in Baden-Württemberg wird bei Gelegenheit wieder berichtet, ebenso über die (psychischen) Auswirkungen der Volksabstimmung zum Stuttgarter Tiefbahnhof.

Renate Hannak-Zeltner
Landessprecherin Baden-Württemberg
Kontakt: bawue@dgvt.de

Bayern

Kammerarbeit

Neben dem Wahlkampf lief in der Kammer das normale „Geschäft“ weiter: Kontakte mit der Politik (Wissenschaftsstaatsminister Heubisch wg. Studienplatzzahlen Psychologie-Master; Kontakte zum neuen Gesundheitsminister Huber; Mitwirkung in Verbände-Gesprächskreisen des Gesundheitsministeriums zur Prävention; Beratungen über aktuelle Entwicklungen bei der Bundesgesetzgebung und in der bayerischen KV).

Bei der KV Bayerns muss man zunehmend einen Politikwechsel feststellen. Während in der letzten Vorstandsamszeit, als mit Rudi Bittner auch ein Psychotherapeut im Vorstand war, hier eine durchaus psychotherapeutenfreundliche Politik gemacht wurde, hat sich das Blatt nun gewendet. Während der neue Vorstand zwar beansprucht, auch für die Psychotherapeuten zu sprechen, wozu er satzungsmäßig auch verpflichtet ist, gibt es immer mehr Hinweise und kleine Entwicklungen, die diesbezüglich eine neue Politik deutlich machen. Psychotherapeuten (insbesondere PP und KJP) werden, so muss man den Eindruck gewinnen, von der herrschenden Koalition aus Hausärzterverband und einigen Fachärzten als Bedrohung, speziell als Konkurrenten um das natürlich viel

zu schmale Budget wahrgenommen. Entsprechend gibt es zunehmend häufiger Versuche, sie zu begrenzen bis hin zum jüngsten Vorstoß, bei dem maßgebliche Vertreter des Fachärztesverbandes eine Ausgliederung der Psychotherapeuten aus der KV vorgeschlagen haben.

Kammerwahl

Innerhalb der DGVT-Landesgruppe war die Aufmerksamkeit in den letzten zwölf Wochen bei der Kammerwahl. Wir konnten, wie im letzten Bericht angekündigt, wieder ein Wahlbündnis mit den bisherigen Partnern schließen (DGVT, Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation AVM, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie DVT und ProfessorInnen für Klinische Psychologie bayerischer Universitäten sowie Hochschulen). Dieses Mal waren auch noch die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) und der Verband der Krankenhauspsychotherapeuten (BVKP) dabei, als gemeinsamer Name wurde „Bayerns Vielfalt. Vereinte Psychotherapeuten“ bzw. „Bayerns Vielfalt. Vereinte KJP“ gefunden. Die nächsten wesentlichen Schritte neben der allgemeinen Information an Mitglieder und KollegInnen über die Wahl waren:

- Vorbereitung und formgerechte Anmeldung der beiden Wahlvorschläge (PP und KJP) mit den Bewerbererklärungen aller KandidatInnen (mit Originalunterschriften),
- Gestaltung eines Flyers, der ansprechend und informativ sein sollte, und den alle Beteiligten mittragen konnten, sowie einer Homepage
- Organisation und Umsetzung von insgesamt sieben abendlichen Wahlinfo-Veranstaltungen: in Augsburg, Würzburg, Regensburg, Ingolstadt, Bamberg, Erlangen, München und Nürnberg.

Die Vorbereitung und Umsetzung lief soweit unproblematisch, wenn man von kleineren und größeren Hindernissen absieht, die vermutlich letztlich unausweichlich sind.

Der nächste Schritt war dann für die Wähler zu gehen: Sie mussten ihre Stimmen (37 bei den PP, 8 bei den KJP) auf die KandidatInnen verteilen. Der Stimmzettel enthielt zwar nur KandidatInnen von 4 Listen bei den PP (meist jew. 45 KandidatInnen) und zwei Listen bei den KJP (jew. 15 KandidatInnen), allerdings konnten die WählerInnen nicht nur einzelnen Kandidaten bis zu 3 Stimmen geben, sie konnten auch Listen ankreuzen und KandidatInnen streichen.

Für den oder die wenig informierte/n LeserIn war die Auswahl vermutlich nicht einfach: Die Listen hatten sich alle recht ähnliche Namen gegeben, die Programme waren auch sehr ähnlich. Das mag damit zusammenhängen, dass Vertreter aller Listen in die bisherige Vorstandsarbeit eingebunden waren und sie auch hofften, dass der Vorstand auch zukünftig im Konsens der meisten Listen gebildet wird. Das führte aber dazu, dass Unterschiede zwischen den Programmen, Thesen und Forderungen der Listen nur sehr diskret zu erkennen waren.

Das Auszählen der Stimmen von den ca. 5.500 Wählern war vermutlich außerordentlich mühsam. Spannend war dann für die Beteiligten aber letztlich das Ergebnis, welches nach 4 Tagen Stimmzählen, am Freitag, 10.2., auf der Kammerhomepage veröffentlicht wurde.

Unsere Listen, jeweils mit der Nr. 2, erzielten im PP-Bereich 8 von 37 Delegiertenstimmen (Heiner Vogel, Willi Butollo, Gisela Röper, Hans Reinecker, Gerhard Müller, Rudi Merod, Rainer Knappe und Maria Gavranidou), im KJP-Bereich 1 von 8 Delegiertenstimmen (Willi Strobl).

Die übrigen Ergebnisse: 14 Sitze für die PP-Liste 1 (im Wesentlichen von der DPTV gebildet), 11 Sitze für die PP-Liste 3 (v.a. DGPT u. BVVP) und 4 Sitze für die Liste 4 (v.a. DFT, BDP/VPP und Erziehungsberatungsstellen), 7 Sitze KJP-Liste 1 (v.a. VAKJP, BKJ).

Wie bewerten wir das Ergebnis? Wir hatten uns mehr erträumt und erhofft, sind aber auch ganz zufrieden mit den ca. 20% der Stimmen/Delegierten. Nimmt man die letzte Wahl zum Vergleich (die Sitze aller

vorherigen bei uns nun beteiligten Verbände), dann haben wir die gleiche Zahl an Sitzen erreicht wie 2007. Leider gab es keinen Sitz für den Verband der Krankenhauspsychotherapeuten. Bis zur ersten Delegiertenversammlung am 15. März wird es nun intensive Gespräche über die Bildung des Vorstandes geben. Details davon und die Ergebnisse werden wir im nächsten Landesgruppenbericht mitteilen können.

Rudi Merod, Anselm Mugele, Willi Strobl und Heiner Vogel
Kontakt: bayern@dgvt.de

Bremen

In der Psychotherapeutenkammer Bremen stand in der letzten Zeit das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) im Mittelpunkt, so auch bei der letzten Kammerversammlung im November 2011. Außerdem wurde die Resolution zur elektronischen Gesundheitskarte von 2008 erneuert, in der auf die problematischen Punkte bei dem Einsatz der Karte hingewiesen wurde, besonders unter datenschutzrechtlichen Aspekten.

Zur Neuordnung der Versorgungsstruktur wurde die inzwischen zum Januar 2012 umgesetzte Fassung des VStG diskutiert und positiv vermerkt, dass - trotz der fehlenden Anpassung der Bedarfsfeststellung an die gegenwärtige Situation - die Bedeutung der regionalen Zulassungsausschüsse gestärkt worden sei und somit ein Einfluss über die KV möglich ist. Außerdem hat sich durch die breite Öffentlichkeitsarbeit auch in Bremen die Sensibilität für das Thema „Versorgung psychisch kranker Menschen“ noch deutlich erhöht.

Auf dem Kongress in Berlin bin ich als Landessprecher anwesend und ich würde mich freuen, Bremerinnen und Bremer am Länderratsstand begrüßen zu können.

In diesem Jahr werden wir noch eine Mitgliederversammlung abhalten, verbunden mit einem Vortrag. Angedacht ist ein Vor-

trag aus dem Themenbereich „Kostenerstattung“. Die Details werden rechtzeitig bekannt gegeben.

Zuletzt noch eine Bitte an die Bremer DGVT-Mitglieder: Bitte schicken Sie uns Ihre aktuelle E-Mail-Adresse, damit wir Sie zeitnah informieren können. Formlose E-Mail genügt an: bremen@dgvt.de

Peter Hegeler
Landessprecher Bremen
Kontakt: bremen@dgvt.de

Hamburg

Mit Schwung ins neue Jahr

Das Jahr 2012 starten wir in Hamburg mit neuem Elan und dem Ziel, den Austausch der DGVTlerinnen und DGVTler in Hamburg zu intensivieren und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle in Tübingen auszubauen. Ein internes Auftakttreffen im Januar mit Kerstin Burgdorf aus der Geschäftsstelle hat uns sehr dabei geholfen, die neuen Ideen zu konkretisieren.

Mit folgenden Veranstaltungen und Treffen möchten wir neuen Schwung in das Hamburger DGVT-Leben bringen und so den fachlichen und persönlichen Austausch anregen:

Treffen der KostenerstatterInnen:

Interessierte KollegInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind, treffen sich seit nunmehr drei Jahren zum regelmäßigen Austausch. Das nächste Treffen findet statt am Dienstag, 3. April, um 19.00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Raum Tübingen, in der Seewartenstraße 10, Hamburg.

Seit Februar steht Mitgliedern die Mailingliste kostenerstattung-hamburg@dgvt.de zur kollegialen Vernetzung zu Fragen rund um die Psychotherapie in der Kostenerstattung zur Verfügung. Anmeldungen können direkt an die DGVT gerichtet werden: dgvt@dgvt.de.

Veranstaltung zum Thema "Schema-geleitete Verhaltenstherapie"

Am Mittwoch, 25. April, um 20 Uhr ist ein Vortrag zum Thema „Schemageleitete Verhaltenstherapie“ mit anschließender Diskussion geplant. Als Referent ist Prof. Dr. Heinrich Berbalk eingeladen. Die Veranstaltung soll stattfinden in der Ärztekammer Hamburg, Humboldtstr. 56. Eine Einladung an alle Hamburger Mitglieder folgt.

Jour fixe

In regelmäßigem Abstand treffen sich Interessierte zu einem offenen DGVT-Stammtisch im Jimmy Elsass (Schäferstraße 26, 20357 Hamburg). Das nächste Treffen ist am Freitag, 24. Februar, um 19.30 Uhr. Vorgesehen ist für den Jour Fixe immer der letzte Freitag eines Monats. Eine Einladung erfolgt jeweils kurzfristig per E-Mail.

Mitgliederversammlung

Um die Hamburger Vernetzung zu stärken, findet am Mittwoch, 2. Mai, um 19.00 Uhr im DGVT Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10 nach längerer Ruhepause wieder eine Mitgliederversammlung statt. Alle Hamburger DGVT-Mitglieder werden rechtzeitig vorher eine Einladung erhalten. Der Termin darf aber ruhig schon einmal im Kalender notiert werden!

Landessprecher

Um langfristig die DGVT-Aktivitäten in Hamburg auszubauen, hat sich der Kreis der Landessprecher erweitert. Neben Bernd Kielmann und Thomas Bonnekamp ist nun auch Mike Mösko Landessprecher.

*Mike Mösko
für das Landessprecherteam Hamburg
Kontakt: hamburg@dgvt.de*

KiJu-Fachgruppe Schleswig-Holstein/Hamburg

Die Fachgruppe KiJu Schleswig-Holstein / Hamburg kündigt für das Jahr 2012 folgende Termine an:

Montag, 27. Februar,
Montag, 23. April,
Montag, 18. Juni,
Montag, 27. August,
Montag, 29. Oktober
Montag, 17. Dezember

Die Treffen finden von 20.00 bis 23.00 Uhr statt.

Ort: Praxis Dr. Carsten Schmidt in HH-Volksdorf.

Zurzeit besteht die Fachgruppe aus vier KollegInnen (VT), die alle in freier Praxis tätig sind. Wir könnten gerne noch ein bis zwei interessierte KollegInnen in die Fachgruppe aufnehmen. Inhalte der Treffen sind Super-/Intervision, Fallbesprechungen, fachliche Fortbildung zu speziellen Themen, kollegialer Austausch, Berufspolitik, bei Bedarf auch Selbsterfahrung. Die Fachgruppe ist seit einigen Jahren akkreditiert, so dass pro Termin vier Fortbildungspunkte bescheinigt werden können.

Kontakt:

*Ulrike Grönefeld, Tel. 040-2700034
Dr. Carsten Schmidt, Eulenkrugstraße 25a,
22359 Hamburg-Volksdorf, Tel. 040-9876
3873, E-Mail: kjp-hh-volksdorf@web.de*

Hessen

Psychotherapeutenkammer Hessen

Ich möchte kurz über die Themen berichten, die Heike Winter und mich (als Vertreter unserer Liste VT-AS) in den letzten Monaten im Kammervorstand beschäftigt haben.

Ein wichtiges Thema in Hessen war die in Wiesbaden durchgeführte PiA-Demonstration. Von Anfang an haben sich die beiden Vorstandsmitglieder von VT-AS dafür eingesetzt, dass die Kammer diesen Aktionstag der PiA unterstützt. Letztendlich war die Kammer sogar mit ihrem Präsidenten Alfred Krieger präsent.

Einer der größten Anbieter für PiA-Plätze in Hessen ist Vitos (der frühere Landeswohlfahrtsverband). Der Kammervorstand ist im Gespräch mit der Leitung von Vitos hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der PiA-Tätigkeit und ihrer Vergütung, allerdings ohne den Ausbildungsinstituten oder Verdi in die Parade fahren zu wollen. Die beiden VT-AS-Vorstandsmitglieder, Heike Winter und ich, haben in den Diskussionen deutlich die Position vertreten, dass die Kammer eher eine Moderatorenrolle einnehmen sollte, um sicherzustellen, dass alle „Mitspieler“ an den Diskussionen teilhaben können: die Ausbildungsinstitute, die PiA-Landessprecher, Vitos und die Kammer.

Durch die Einbindung von Heike Winter sowohl in den Kammervorstand wie auch in die Deutsche Gesellschaft für Psychologie ist VT-AS auf dem aktuellen Stand, was das Thema Direktausbildung als mögliche Perspektive für die Psychotherapie-Ausbildung angeht. Allerdings werden wir hier in den drei Säulen von VT-AS noch zu diskutieren haben, wie wir uns dem von der Politik forcierten Thema stellen. Dabei wird es darum gehen, die Position der DGVT zu schärfen, die Position der privaten Ausbildungsinstitute zu integrieren und mit den HochschullehrerInnen ins Gespräch zu kommen, ob sie sich in Hessen Modellstudiengänge für eine Psychotherapie-Direktausbildung vorstellen können.

Karl-Wilhelm Höffler
Landessprecher Hessen
Kontakt: hessen@dgv.de

Niedersachsen

Beitragserhöhung bei der PKN: Welcher Beitrag ist angemessen?

In ihrer Sitzung am 5. November 2011 hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen eine Anhebung der Beiträge bei drei der vier Beitragsstufen beschlossen. Der volle Beitrag steigt damit im Jahr 2012 von 400 auf 460 € Bei

den beiden mittleren Stufen erfolgt eine Anhebung von 330 auf 380 € und von 200 auf 230 € Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen, arbeitslos sind, im Mutterschutz oder in Elternzeit sind, werden unverändert einen Beitrag in Höhe von 80 € zahlen.

Seit der letzten Beitragsanhebung im Jahr 2006 unterlagen die Ausgaben der Kammer aufgrund unterschiedlicher Aspekte kleineren und größeren Schwankungen; sie überstiegen jedoch in den letzten Jahren die Einnahmen. Dadurch wurde der finanzielle Puffer, der eine Stabilität der Beiträge ermöglicht hat, kontinuierlich abgeschmolzen. Die Delegierten der DGVT haben lange für Beitragsstabilität argumentiert, jedoch schließlich dem Antrag auf Beitragserhöhung zugestimmt. Nachdem deutlich wurde, dass bei den Ausgaben der PKN kein weiteres Einsparpotential möglich war, wollte man nicht die Erfüllung der Pflichtaufgaben der PKN gefährden. Die Gruppe "Neue Kooperation/Kliniker", der auch die Delegierten der DGVT angehören, vertreten darüber hinaus den Standpunkt, dass die Kammer sich auf ihre Kernaufgaben beschränken soll, um zusätzliche Kosten zu verhindern. Doch was sind diese Kernaufgaben?

Psychotherapeutenkammern sind Selbstverwaltungsorgane der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie nehmen von den Aufsichtsbehörden übertragene Aufgaben auf der Grundlage des jeweiligen Landesrechts wahr. Diese Aufgaben werden eigenverantwortlich anstelle staatlicher Behörden erfüllt. Der Staat übt jedoch trotzdem die Rechtsaufsicht aus. Die Fachaufsicht liegt bei den Kammern, die damit die beruflichen Belange der Kammermitglieder wahrnehmen.

Und das unterscheidet die (Pflicht)mitgliedschaft in einer Psychotherapeutenkammer sehr deutlich von der freiwilligen Mitgliedschaft in einer Partei, einem Berufsverband oder einem Sportverein. Denn bei der Kammer geht es eben nicht (nur) um eine Dienstleistung gegenüber dem einzelnen Mitglied, sondern um eine Vertretung einer

bzw. genauer gesagt: zweier Berufsgruppen – unabhängig vom Therapieverfahren oder dem Status als Angestellte/r oder Selbständige/r. Die Arbeit der Kammer und ihrer einzelnen Gremien vollzieht sich damit nicht immer transparent für das einzelne Mitglied, hat jedoch auf dessen Arbeit, die Rahmenbedingungen der Tätigkeit und das Ansehen der PP/KJP in der Gesellschaft enorme Auswirkungen.

Um diese Arbeit leisten zu können, bedarf es Expertise und eines gewissen zeitlichen Aufwands. Da ist es nicht verwunderlich, dass die größten Posten im Haushalt der PKN die Personalkosten der Geschäftsstelle sowie die Reisekosten und Entschädigungen für Zeitaufwand der gewählten Delegierten sind. Die Reisekosten sind wiederum den bekannten Schwankungen der Treibstoff- und Bahnpreise ausgesetzt. Im zweitgrößten Bundesland der BRD müssen die Delegierten oft lange Wege bis zur Geschäftsstelle in der Landeshauptstadt zurücklegen. Das kostet Zeit und (somit auch) Geld. Dieser Posten ist damit kein unerheblicher Faktor bei den Gesamtausgaben und unterscheidet Niedersachsen von Stadtstaaten oder kleineren Bundesländern. Bei der Entschädigung für den zeitlichen Aufwand braucht die PKN mit bislang 25 € pro Stunde den Vergleich mit anderen Kammern nicht zu scheuen. In diesem Jahr wird erstmals ein Inflationsausgleich erfolgen, bei der die Entschädigung für zeitlichen Aufwand auf 30 € angehoben wird. Der Antrag auf eine weitere Erhöhung für 2013 auf dann 35 € pro Stunde wurde übrigens auf Antrag der Gruppe "Neue Kooperation/Kliniker" vertagt.

Gerne wird bei der Diskussion um vermeintlich „gerechte“ oder angemessene Kammerbeiträge auf andere Bundesländer verwiesen. Dies ist aufgrund unterschiedlicher Mitgliederzahlen und einer unterschiedlichen Größe der Bundesländer nur bedingt möglich. In den Stadtstaaten dürften die Reisekosten und die Entschädigungen für zeitlichen Aufwand in der Gesamtsumme etwas geringer ausfallen als in Niedersachsen. Große Länder mit vielen Mitgliedern oder Länderkammern, die einen prozentualen Bei-

tragssatz erheben, können dagegen durch geringe Veränderungen der Beitragssätze schnell eine deutliche Steigerung der Einnahmen erzielen.

Jedoch bedeutet ein höherer Beitrag eben nicht mehr Leistung oder Service für die Mitglieder. Die prozentuale Erhebung der Beiträge wird daher – je nach Kammer und Argumentationshintergrund – oft als „ungerechter“ empfunden, als die Etablierung von mehreren festen Beitragsstufen, wie es in Niedersachsen erfolgt. Bei dem Modell der Beitragsstufen fallen Beitragserhöhungen dafür meist deutlich aus (aktuell ca. 15 %), um mit den erhöhten Einnahmen über eine längere Zeit ohne erneute „Beitragsanpassung“ auszukommen. Eine solche Steigerung ist für das einzelne Mitglied sicher stärker zu spüren und weckt dann auch eher die Frage, ob der Beitrag „gerecht“ und v. a. gerechtfertigt ist.

Und hier sind wir sehr schnell bei der Frage, was das einzelne Mitglied von der Kammer hat – abgesehen von der oben genannten Vertretung unserer Berufsgruppen. Das niedersächsische Kammergesetz für Heilberufe (HKG) definiert in § 9 verbindlich, dass die Aufgaben der Kammer zentral im berufsrechtlichen Bereich liegen. Es handelt sich also um Fragen der Berufsausübung, der Ausbildung, der Zugänge zur Approbation und der Fort- und Weiterbildung. Weiterhin werden sozialrechtliche Fragen (z.B. Niederlassungsmöglichkeiten und Fragen der Honorierung psychotherapeutischer Leistungen) durch die Kammer behandelt.

Themen, die über diesen Rahmen hinausgehen und die den Geschmack oder das Bedürfnis einzelner Mitglieder oder kleinerer Gruppen bedienen, können zwar bei entsprechender Nachfrage durchaus angeboten werden, sie gehören meist gerade nicht zu den oben genannten Kernaufgaben. Entsprechende Veranstaltungen sollten daher kostenpflichtig angeboten werden und nur stattfinden, wenn sich diese Kosten durch die Anmeldebeiträge decken lassen. Ein entsprechender Appell des Finanzausschusses

der PKN wurde bereits zu Beginn der laufenden Wahlperiode ausgesprochen.

Alle Leistungen jenseits der gesetzlich festgeschriebenen Kernaufgaben bedürfen sicher immer wieder einer kritischen Betrachtung der gewählten Delegierten in ihrer Funktion als Mitglieder in den entsprechenden Gremien (z. B. Vorstand, Finanzausschuss) und in der Kammerversammlung, die letztendlich den Haushalt verabschiedet und den Vorstand nach der Vorstellung der Bilanz entlastet. Somit ist jede/r Kammerdelegierte/r aufgerufen, sich ernsthaft für eine nachhaltige gebührenschonende Kammerpolitik einzusetzen und diese auch im eigenen Verhalten zu realisieren.

Zu einer verantwortungsvollen Tätigkeit gehört jedoch auf der andern Seite auch, ggf. frühzeitig einer Erhöhung der Beiträge zuzustimmen, damit die Kammerarbeit weiterhin auf einem hohen Niveau erfolgen kann. Es gibt nämlich keinen Rettungsschirm für in Not geratene Psychotherapeutenkammern. Im Ernstfall würde das zuständige Ministerium die abgetretenen Rechte wieder selber in die Hand nehmen und der entsprechenden Kammer den Haushalt vorgeben. Wer von uns kann sich das wünschen?

Dr. Michael Lingen

Der Autor ist Psychologischer Psychotherapeut und arbeitet im Sozialpädiatrischen Zentrum in Göttingen. Er ist DGVT-Mitglied und Kammerdelegierter der PKN. Er arbeitet dort im Ausschuss für Finanz- und Beitragsangelegenheiten (Vorsitzender), in der Gruppe „Neue Kooperationen/Kliniken“ und in der Kommission Angestellte (Vorsitzender) mit.

Kontakt: niedersachsen@dgvt.de

Nordrhein-Westfalen

Vernetzung im KJP-Bereich

Als neu gewählte Landessprecher in NRW haben wir uns darauf verständigt, unsere

Aktivitäten auf die Vernetzung im KJP-Bereich zu konzentrieren. Wir möchten dazu beitragen, dass sich in den Regionen Versorgungsnetzwerke bilden bzw. existierende verstärkt werden. Hintergrund dieser Initiative ist, dass wir die derzeitige Versorgungsstruktur von Kindern und Jugendlichen für unzureichend halten. Als approbierte Verhaltenstherapeuten für Kinder und Jugendliche haben wir mehr in die Versorgung einzubringen als isoliert Einzeltherapien durchzuführen. Darauf sind wir aber im GKV-System festgeschrieben.

Die Kollegen, die ihre Leistungen in der Jugendhilfe anbieten, haben bereits mehr Möglichkeiten, gestaltend in die Versorgungslandschaft einzuwirken. Wenn es uns gelingen könnte, diese Praxis auch ins GKV-System zu implantieren, wären wir einen großen Schritt weiter. Die neuen Versorgungsformen bieten dazu eigentlich geeignete Möglichkeiten. Um diese jedoch aufzubauen und verhandeln zu können, sind regionale Initiativen gefragt. Nur so können wir als DGVT-Landesgruppe auf die sich bietenden Möglichkeiten reagieren.

Wir wollen deshalb regionale Netzwerke aufbauen von Mitgliedern, die über ihre derzeitige Tätigkeit hinaus an Kooperationen interessiert sind. Räumliche Schwerpunkte möchten wir zunächst auf die Bereiche Köln/Bonn, Düsseldorf/Krefeld, westliches und östliches Ruhrgebiet legen.

Erster Termin im April

Wir fordern Mitglieder aus diesen Regionen auf, sich mit uns wegen weiterer Initiativen in Verbindung zu setzen. Wir werden von uns aus diese Regionen in der nächsten Zeit schrittweise versuchen zu organisieren. Den ersten Schritt möchten wir im Raum Köln/Bonn machen. Dort werden wir am Mittwoch, 25. April, eine Netzwerkveranstaltung durchführen, zu der wir die Mitglieder aus der Region noch gesondert einladen. Wir beginnen im Raum Köln/Bonn, weil wir hier bereits gute Erfahrungen mit den regionalen Mitgliedertreffen gemacht haben, an die diese Veranstaltung anknüpfen soll. Be-

ginn wird um 18.00 Uhr sein, der Ort steht noch nicht fest, wird aber rechtzeitig bekanntgegeben.

*Claudia Geuer, Rüdiger Lamm, Georg Zilly,
Johannes Broil
LandessprecherInnen Nordrhein-Westfalen
Kontakt: nrw@dgv.de*

Rheinland-Pfalz

Kammerwahl 2012 DGVT verteidigt ihre fünf Sitze

Die Rheinland-Pfälzer PPs und KJPs haben gewählt – und leider konnte sich unsere Liste TIMO (eine gemeinsame Liste von DGVT, GwG und VPP im BDP) nicht verbessern. Verschlechtert haben wir uns allerdings auch nicht. Es bleibt bei fünf von 25 Sitzen der Vertreterversammlung. Herzlichen Dank an unsere WählerInnen! Wir werden unsere Anliegen im Rahmen unserer Möglichkeiten in die Vertreterversammlung einbringen und dort vertreten. Vielen Dank an alle KollegInnen, die sich zur Wahl gestellt haben! Es war eine Freude, mit ihnen allen die Inhalte und den Flyer zu erarbeiten und Dank an die DGVT-Geschäftsstelle für die uneingeschränkte und zuverlässige Unterstützung.

In Rheinland-Pfalz gibt es offenbar eine stabile Stimmung, die sich daran ablesen lässt, dass sich genau ein Sitz verschoben hat (von der Liste für Transparenz und Gerechtigkeit (nun 7 Sitze) hin zur DPtV). Damit hat die DPtV nun 13 von 25 Sitzen. Die Wahlbeteiligung lag nur bei knapp 52%. Ob dies nun Ausdruck von allgemeiner Zufriedenheit oder Resignation ist, lässt sich wohl nicht klären. Offenbar wurden viele Wahlzettel abgegeben, auf denen keine Liste gewählt wurde (539 von 701 gültigen Stimmen), damit konnten sie keinen Einfluss nehmen auf die Verteilung der Sitze zwischen den einzelnen Listen.

Durch die Abgabe der Personenstimmen wurde die Rangreihe der Personen auf den Listen (die auf der DPtV- und die auf unserer Liste) deutlich verändert, was zeigt, dass

viele WählerInnen von der Möglichkeit Gebrauch machten zu bestimmen, wer am Ende für die jeweilige Liste in der VV sitzt: so wurde auf unserer Liste Heike Jockisch vom 10. Listenplatz auf Platz 4 gewählt (26 Stimmen), Jürgen Kammler-Kaerlein von Platz 7 auf Platz 5 (25 Stimmen, wobei hier das Los am Ende zwischen ihm und Walter Roscher entschied; er kam damit auf Platz 6). Die ersten drei Plätze nehmen wie auf dem Wahlflyer auch Dr. Andrea Benecke (69 Stimmen), Gisela Borgmann-Schäfer (42 Stimmen) und Sabine Maur (31 Stimmen) ein.

Vergleicht man die Anzahl der Personenstimmen, so wird eines auch sehr klar: die DPtV-Liste hat mit ihren auf Bundesebene agierenden Mitgliedern Dieter Best und Jochen Weidhaas natürlicherweise eine hohe Attraktivität, was sich an den 197 bzw. 118 Personenstimmen ablesen lässt. Und dass die Arbeit des DPtV auf Landesebene anerkannt wird, lässt sich an den 153 Stimmen für Alfred Kappauf und den 144 Stimmen für Peter-Andreas Staub ablesen. Zwar hat Andrea Benecke nach diesen vier Kollegen die nächst meisten Stimmen, aber dies doch mit weitem Abstand. Hier zeigt sich, dass wir auf Landesebene noch viel zu tun haben, um die DGVT für ihre Mitglieder (und nicht nur für sie) präserter zu machen.

Nun warten wir in Ruhe die nächsten Wochen ab. Am 17 März ist die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung, auf der der Vorstand und die Ausschüsse gewählt werden. Wir werden uns dafür einsetzen, weiter unsere Überzeugungen mit Nachdruck zu vertreten.

*Andrea Benecke
Landessprecherin Rheinland-Pfalz
Kontakt: rlp@dgv.de*

Sachsen-Anhalt

Die beiden LandessprecherInnen der Landesgruppe Sachsen-Anhalt haben sich für 2012 vorgenommen, angesichts der Doppelung der Kräfte im Verband ebenfalls mit

neuer Kraft in die Landesarbeit zu starten. Auftakt dafür war das regionale Treffen der Mitglieder am 25.11.2011 im MAPP in Magdeburg, zu dem zahlreiche am Thema "Neue Versorgungsstrukturen" interessierte KollegInnen kamen. Es referierte eine Expertin von der KV. Die Landessprecher Petra Auerbach und Georg Rausch nutzten die Möglichkeit, sich vorzustellen und Ideen und Wünsche für die landesspezifische DGVT-Arbeit zu sammeln. Insbesondere die in der Kostenerstattung arbeitenden Kolleginnen zeigten Interesse an mehr Austausch in dieser Form. Leider gelang es uns (noch) nicht, die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) in die Landesgruppenarbeit intensiver einzubeziehen. Hier wünschen wir uns eine stärkere Resonanz auf unsere Einladungen.

Auch für 2012 planen wir Ende November ein themenfokussiertes Regionaltreffen interessierter Mitglieder und hoffen wieder auf rege Rückmeldungen.

Für direkte Gespräche, Fragen und Hinweise zur Belebung unserer Arbeit stehen wir während des DGVT-Kongresses in Berlin am Stand des DGVT-Länderrats („Länderbüro“) Rede und Antwort und freuen uns ausdrücklich auf engagierte Mitstreiter in der Landesgruppe.

*Petra Auerbach und Georg Rausch
LandessprecherInnen Sachsen-Anhalt
Kontakt: sachsen-anhalt@dgvt.de*

Schleswig-Holstein

Am 24.11.2011 fand die 15. Regionale Mitgliederversammlung der DGVT in Schleswig-Holstein statt. Im Mittelpunkt standen die Wahl der LandessprecherInnen, die Situation in der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein nach der Wahl und der Umstrukturierungsprozess innerhalb der DGVT.

Situation in der Kammer

Auf dieser ersten Mitgliederversammlung nach der Kammerwahl 2011 wurde ausführ-

lich über die Wahl diskutiert und überlegt, welche Möglichkeiten die DGVT angesichts der Patt-Situation hat. Einerseits ist die DGVT in den Kammergremien sehr stark vertreten und mit Abstand die erfolgreichste DGVT-Landesgruppe in den Psychotherapeutenkammern der Bundesländer. Mit Ute Theissing, Dietmar Ohm, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer sitzen vier DGVTlerInnen in der Kammerversammlung (von 18 Delegierten). Im fünfköpfigen Kammervorstand sind mit Diana Will, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer drei Mitglieder unserer Landesgruppe vertreten. Trotzdem sind die Handlungsmöglichkeiten begrenzt, denn zwischen den zwei großen Wahlbündnissen gibt es in der Kammerversammlung ein Patt und bei allem, was der Zustimmung der Kammerversammlung bedarf, braucht die DGVT für ihre Vorhaben auch Stimmen der Opposition. Gleichwohl bekräftigte die Mitgliederversammlung die bisherigen Grundsatzpositionen in der Kammerarbeit.

- Die Idee der schlanken Kammer bis hin zum Zusammenschluss mit anderen Landeskammern (Nordkammer) soll weiter verfolgt werden.
- Nach wie vor sieht die DGVT-Landesgruppe die Notwendigkeit, vor dem Hintergrund der Pflichtmitgliedschaft in den Kammern besonders auf die Wirtschaftlichkeit der Kammer zu achten und die Pflichtbeiträge möglichst niedrig zu halten, ohne die Leistungen der Kammer zu kürzen.
- Auch soll weiterhin besonderes Augenmerk auf die Transparenz der Kammerarbeit gegenüber den Pflichtmitgliedern gelegt werden.

Schwieriger dürfte es für die DGVT-Landesgruppe werden, ihre bisherige Position zu Weiterbildungsregelungen zu halten. Kurz vor der Mitgliederversammlung hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die neuropsychologische Therapie als Therapiemethode anerkannt und beschlossen, dass diese künftig den gesetzlich Versicher-

ten als Kassenleistung zur Verfügung steht. Als Qualifikationsvoraussetzung der Anbieter hat der G-BA die Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern definiert bzw. die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, sofern eine Landespsychotherapeutenkammer keine Weiterbildungsordnung hat. Inwieweit hier die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein gefordert sein wird, eine Weiterbildungsordnung zu erlassen, stand zum Zeitpunkt der Mitgliederversammlung noch nicht fest.

An der grundsätzlichen Skepsis der Landesgruppe gegenüber Weiterbildungsordnungen änderte sich in der Diskussion jedoch nichts. Nach wie vor werden die damit verbundenen Risiken, insbesondere für den Wert der Approbation, als höher eingeschätzt als ein möglicher Nutzen. Auch ist keinesfalls gewährleistet, dass über Weiterbildungsregelungen eine bessere Versorgung der Bevölkerung ermöglicht wird. So darf bei dem nun festgelegten Umfang für die notwendige Qualifikation für die neuropsychologische Therapie durchaus bezweifelt werden, dass sich einen nennenswerten Anzahl von approbierten KollegInnen bereit findet, diese Qualifikation zu erwerben. Erfahrungen in den Landeskammern, die bereits seit längerer Zeit entsprechende Weiterbildungsregelungen haben, machen hier jedenfalls wenig Hoffnung.

Im zweiten Schwerpunkt beschäftigte sich die Mitgliederversammlung mit anstehenden DGVT-internen Umstrukturierungsprozessen. Aus steuerrechtlichen Gründen ist die Gründung eines DGVT-Berufsverbandes neben dem DGVT-Fachverband unumgänglich geworden. Dies stellt auch aus Sicht der DGVT-Landesgruppe quasi eine Art Quadratur des Kreises dar, engagieren sich doch viele in der DGVT, weil sie eben keine berufsständische Interessenvertretung ist. Zusammenfassend kann man aber sicher sagen, dass die Gründung eines multiprofessionellen Berufsverbandes der DGVT den Anliegen der Mitgliederversammlung Schleswig-Holstein sehr entgegen kommt.

Wahl der LandessprecherInnen

Schließlich stand die Wahl der LandessprecherInnen auf dem Programm. Die bisherigen LandessprecherInnen Diana Will, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer sind alle drei stark gefordert durch die Arbeit im Kammervorstand und erhofften sich von der Wahl Entlastung. Glücklicherweise fanden sich mit Claudia Tiefert und Patrick Will zwei TeilnehmerInnen der Mitgliederversammlung zur Kandidatur bereit, wurden gewählt und werden von Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer unterstützt, die ebenfalls noch einmal kandidierten. Somit ist die Arbeit nunmehr auf vier Personen verteilt, was einerseits die gewünschte Entlastung des bisherigen Landessprecherteams, andererseits aber auch Kontinuität gewährleistet. Die neuen LandessprecherInnen stellen sich im Folgenden vor.

Claudia Tiefert: Psychologiestudium in Kiel, Psychotherapie-Ausbildung in Verhaltenstherapie bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVT, Approbation als Psychologische Psychotherapeutin, seit 2009 Ausbildung Hypnotherapie an dem Milton Erickson Institut Hamburg. Mehr als 10-jährige Tätigkeit als angestellte Psychologin in einer psychosomatischen Fachklinik, in einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, einer Mutter-Kind-Klinik, in der in-land-Klinik Rendsburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, seit Jan. 2011 selbstständige Tätigkeit im Bereich ambulante Psychotherapie

Patrick Will: 27 Jahre alt und Ergotherapeut von Beruf. Als Autismustherapeut beim Verein Hilfe für das autistische Kind e.V. Schleswig-Holstein tätig. „Als Mitglied der DGVT erhoffe ich mir eine Brücke zwischen den verschiedenen Therapiemethoden. Meiner Ansicht nach ist es heutzutage wichtiger den je, den Patienten ganzheitlich und in seiner gesamten Komplexität zu erfassen. Ich denke, dass sich die Ergotherapie und die Verhaltenstherapie gut ergänzen können. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit.“

Das war's für diese Ausgabe. Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, durch ei-

gene Initiativen das Leben der DGVT-Landesgruppe in Schleswig-Holstein zu bereichern. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf.

Claudia Tiefert, Patrick Will, Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer
LandessprecherInnen Schleswig-Holstein
Kontakt: sh@dgv.de

Psychotherapie-Supervision (DGVT)



Seminarreihe im Umfang von 200 UE

Der inhaltliche Schwerpunkt der Ausbildung ist die Supervision im Rahmen der Psychotherapie-Ausbildung.

Zielgruppe sind approbierte KollegInnen mit mehrjähriger Berufserfahrung und mit Fachkompetenz in Verhaltenstherapie, die supervisorisch tätig sind oder dies planen.

Standorte und Lehrgangstarts:

Berlin:	2.-3. November 2012
Dresden:	23.-24. November 2012
München:	Herbst 2013
Dortmund:	Frühjahr 2014

www.afp-info.de
Bundesakademie@afp-info.de
(0700 - 237 237 00

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp) ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Zulassungsrechtliche Fragen nach dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 1. Januar 2012 bringt zwar vorerst keine rasche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Doch immerhin hat das Gesetz einige Erleichterungen für bereits an der Versorgung teilnehmende Vertragsärzte und –psychotherapeuten geschaffen.

Residenzpflicht fällt weg

Durch eine Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung entfällt die Residenzpflicht ersatzlos (vgl. Artikel in dieser Ausgabe, S. 6 f.). Bislang wirkten durch die Rechtsprechung ausgeformte Orientierungswerte (nur ca. 40 km Entfernung bzw. die zeitliche Erreichbarkeit der Praxis vom Wohnort aus innerhalb von mind. 30 Minuten) stark einschränkend. Der Wegfall der Residenzpflicht dürfte insbesondere auch für KollegInnen interessant sein, die sich im Bewerbungsverfahren für Praxissitze befinden. Hier darf man sich zukünftig durchaus weiträumiger orientieren. Auch eine weitere Neuerung ist für einige KollegInnen von Interesse:

Lockerung der Nebentätigkeitsregelung

Durch das GKV-VStG kommt auch Bewegung in die Regelung der Nebentätigkeiten. § 20 Abs. 1 der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) wird mit der Regelung im Bundesmantelvertrag „harmonisiert“. Bisher regelte die Zulassungsverordnung, dass ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder anderer nicht ehrenamtlicher

Tätigkeit für die Versicherten nicht in erforderlichem Maß zur Verfügung steht, für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet ist. Die Rechtsprechung hatte dies dahingehend ausgelegt, dass ein Vertragsarzt mit einer vollen Zulassung nur noch bis zu maximal 13 Stunden in der Woche einer anderen Tätigkeit nachgehen kann, bei einem hälftigen Versorgungsauftrag noch bis zu 26 Stunden.

Diese rigide Zeitenregelung, die das Bundessozialgericht jahrelang aufrecht erhalten hat, ist nun obsolet. Der Gesetzgeber hat sich bewusst von dieser Regelung gelöst. In der Begründung zum GKV-VStG äußert sich der Gesetzgeber wie folgt: *Wenn der Vertragsarzt unter Beachtung der Regelung der Bundesmantelverträge seine Sprechstundenzeiten – für einen vollen Versorgungsauftrag 20 Stunden und für einen hälftigen Versorgungsauftrag 10 Stunden – zu den üblichen Sprechstundenzeiten anbietet, kann er dennoch vollumfänglich noch weitere Nebentätigkeiten ausüben.*

Ein weiterer interessanter Aspekt der neuen Rechtslage: Die geänderte Regelung in der Zulassungsverordnung stellt klar, dass ein Arzt/Psychotherapeut auch dann für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Maße zur Verfügung steht, wenn er neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit an Selektivverträgen teilnimmt.

Keine Änderungen nimmt das GKV-VStG jedoch an der sog. *Inkompatibilitätsregelung* vor, wonach bestimmte Nebentätigkeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenstehen können (vgl. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV) - dies ist im Rahmen von Zulassungsverfahren immer wieder mit den Zulassungsgremien einzeln zu verhandeln. Tätigkeiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gem. § 111 SGB V sind mit der Tätigkeit des Vertragsarztes jedoch ausdrücklich vereinbar.

§ 20 Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung (neu)

„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Ein Arzt steht auch dann für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Maße zur Verfügung, wenn er neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73b, 73c oder 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tätig wird.“

Zweigpraxenregelung

Die Eröffnung von Zweigpraxen wird zukünftig erleichtert. Bislang galt, dass sich keine Verschlechterung der Versorgung am bisherigen Ort ergeben darf und dass eine zusätzliche Verbesserung der Versorgung am Ort der Zweigpraxis in Aussicht stehen muss – ein kaum erfüllbares Kriterium im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung bundesweit! Dem hilft die neue Regelung des GKV-VStG ab, indem in der Zulassungsverordnung klargestellt wird, dass **eine geringfügige Verschlechterung der Versorgung am bisherigen Sitz durch eine Verbesserung der Versorgung am Sitz der Zweigpraxis kompensiert werden kann.**

Inwieweit sich die Änderung von § 24 Abs. 3 Ärzte-Zulassungsverordnung auf die Spruchpraxis der KVen (diese haben über entsprechende Anträge zu befinden) tatsächlich auswirken wird, bleibt noch abzuwarten. KollegInnen sollten sich jedenfalls ermutigt fühlen, entsprechende Anträge auf Zweigpraxis-Genehmigung zu stellen.

Kerstin Burgdorf

Vergütung 2012**Welche Folgen hat die
“Regionalisierung”?**

(kb). Zunächst die gute Nachricht: Der sog. Orientierungswert (derzeit 3,5048 Cents) und die Bewertung nach EBM (2.325 Punkte) bleiben 2012 stabil und damit auch das Honorar für eine psychotherapeutische Einzelsitzung. Dieses liegt 2012 weiterhin bei 81,14 Euro.

Die Vergütung der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen 2012 ist jedoch noch ungewiss. Mit der sog. Regionalisierung der Vergütung durch die aktuelle Gesundheitsreform (GKV-VStG) dürften sich zukünftig bei den nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen wieder (wie vor 2009) starke regionale Unterschiede ergeben.

Derzeit hat nur die KV Mecklenburg-Vorpommern mit Wirkung zum 1.1.2012 die Honorarverteilung „regionalisiert“. Zu den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) werden wir sukzessive berichten (vgl. aktuellen Bericht aus der KV Mecklenburg-Vorpommern in diesem Heft – hier wurde der HVM bereits aufgrund der neuen Gesetzeslage verändert). In den KVen, in denen sich zum 1. Quartal 2011 noch nichts verändert hat, wird dies als Folge des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) noch im 2. Quartal kommen können.

Mecklenburg-Vorpommern: Niedergelassene PsychotherapeutInnen “floaten” wieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) meldete stolz, als einzige KV schon zum 1.1.2012 die Honorarverteilung 'regionalisiert' zu haben. Das war durch das bundesweite Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) zum Jahresbeginn möglich geworden. Doch der neue Honorarverteilungsmaßstab

(HVM) der KVMV bedeutet für die psychotherapeutische Versorgung in diesem Land leider einen Rückschritt: Vorstand und Vertreterversammlung schufen Vergütungsunsicherheit für die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen ab dem 1.1. 2012. Bis Ende 2011 bekam man gerade niedrighschwellige Versorgungsangebote (wie z. B. schnelle Kriseninterventionen) bundesweit über die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen zumindest sicher vergütet.

Auf diese unschöne neue Vergütungs-Unsicherheit in Mecklenburg-Vorpommern wurden von uns bereits alle niedergelassenen PsychotherapeutInnen und KJPs in einem Rundschreiben hingewiesen. Wer in diesem Verteiler dabei war, konnte den unten stehenden Text schon in unserer Mail lesen. Wer den mit dem Rundschreiben Nr. 19/2011 (auch im WWW zu lesen) von der KVMV zugeschickten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) genau studierte, konnte selber die möglichen unschönen Auswirkungen auf die eigene Praxis erkennen. Für alle anderen folgt hier noch mal unser Text:

Was bedeutet unser neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für die PsychotherapeutInnen in MV?

Unser gemeinsamer Budget-Topf soll dem von 2010 entsprechen. Er wird vorweg von der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) aller KV-ÄrztInnen abgezogen. Er setzt sich aus den zwei Teilbudgets der genehmigungspflichtigen Psychotherapie (gpPT) und nicht genehmigungspflichtigen Leistungen (ngpL) zusammen. Genau genommen steht im KVMV-HVM, das Teilbudget ngpL werde auf Basis der Vergütung 2010 zuzüglich der für 2011 prognostizierten Mengenentwicklung gebildet, es dürfte somit etwas aktueller sein als das Teilbudget der genehmigungspflichtigen Psychotherapie. Sollte das Budget wider Erwarten noch nicht mal für die gpPT hinreichen, müsste dieses notfalls nachträglich sogar auf Kosten des fachärztlichen Versorgungsbereichs der MGV gestützt werden. In diesem Extremfall dürften die PsychotherapeutInnen (PTn) übrigens für ihre sonstigen ngpL nahezu nichts bekommen. Denn so abgesichert das Erste

(gpPT) ist, so ungesichert ist das Zweite (ngpL), aber dazu gleich. Erbringen die KVMV-PsychotherapeutInnen andererseits in einem Quartal in 2012 insgesamt weniger Leistungen als das 2010er Quartalsmittel, fließt der Überrest wohl zurück in den Gesamt-MGV-Topf der KVMV, nicht etwa in den des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

Außerhalb dieser beiden Teilbudgets rechnen wir ja manchmal auch noch solche Leistungen wie unvorhergesehene Inanspruchnahmen oder Besuche ab. Diese werden wie auch innerhalb der anderen Facharztgruppen weiter unbegrenzt mit dem vollen Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent vergütet.

Seit dem 1. Januar haben wir keine quartalsweise und individuell unterschiedlichen zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen (zKg) mehr. Unser aller zKg beträgt 2012 für ErwachsenenpsychotherapeutInnen 31.630 Minuten pro Quartal, für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen 32.185 Minuten, das entspreche dem 2011er Jahresdurchschnitt der Bewertungsausschuss-Beschlüsse. Das ist soweit o. k. für uns.

Innerhalb dieser Zeitgrenzen wird genehmigungspflichtige Psychotherapie auch weiterhin mit dem vollen Orientierungspunktwert vergütet. Für Leistungen über der Zeitgrenze floatet der Punktwert nach unten. Das tut er neuerdings aber auch für die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen generell. **UND DAS KÖNNTE WESENTLICH SCHMERZLICHER WERDEN!** Lediglich für die Probatorik wurde dabei noch eine Begrenzung des Punktwerts nach unten eingebaut, sie liegt bei 2,56 Cent pro Punkt. Alle anderen Leistungen, wie z. B. das psychotherapeutische Gespräch, Entspannungsverfahren, Diagnostik, Anträge, können durchaus auf noch niedrigere Cent-Punktwerte abgestaffelt werden. Auch das gilt natürlich nur bis zum 1,5 fachen der zKg, denn darüber gibt es dann ja gar nichts mehr.

Zur Berechnung unseres abgestaffelten Auszahlungs-Punktwertes eines Quartals werden genau genommen die beiden Teilbudgets (gpPT + ngpL) zusammengefasst,

dann die Summe in Euros für unsere gpPT abgezogen. Das Restgeld wird durch die ngpL-Punktesumme geteilt. Liegt der so errechnete Punktwert unter 2,56 Cent, müssen zuerst die ngpL-Punkte, mit 2,56 Cent verrechnet, abgezogen werden. Dann wird die Restgeldsumme durch die Restpunkte dividiert, wobei logischerweise ein Punktwert irgendwo unterhalb von 2,56 Cent für die sonstigen ngpL-Punkte resultieren würde.

Fazit: lediglich die vom Bundessozialgericht definierten Mindestpunktwert-Regeln bieten den PsychotherapeutInnen in MV unter der neuen Ägide der KV-'Regionalisierung' einen mühsam erklagten Schutz vor Honorar-Dumping. Es ist wieder wie früher. Die Auslegungs- und Ausführungshoheit darüber behalten weiterhin die ärztedominierten KVen. Und keinen Cent mehr als das sozialgerichtlich Erstrittene sichert der HVM der KVMV den PsychotherapeutInnen.

Dieses Deckelungs-Vergütungsmodell war uns übrigens auf der letzten Sitzung des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KVMV mit keinem Wort vorgestellt worden, damals geisterte noch ein bundesweites Zeitkapazität-Abschlags Modell herum. Dieses hätte den allermeisten PsychotherapeutInnen nicht wehgetan. Das jetzige, innerhalb weniger Tage in Kraft getretene Modell kann das durchaus. Außer unserer Fachgruppe floaten übrigens lediglich die Polysomnographie, Leistungen im Notdienst sowie Arztleistungen, die über deren sogenanntes qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) hinausgehen. Mit Letzterem wurden wohl unsere nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen gleichgesetzt, was m. E. inhaltlich völlig daneben liegt. Irgendeine Art von versorgungsdienlicher 'Regionalisierung' kann ich zumindest für die Psychotherapie in diesem HVM nicht erkennen, eher das Gegenteil. Allein schon mit der Unsicherheit der künftigen Vergütung verlieren schnelle Kriseninterventionen, Erhaltungs-therapien und Probatorik für uns an Attraktivität, selbst wenn sich mehrere Monate später im Quartals-Honorarbescheid dann doch ein akzeptabler Punktwert zeigen sollte.

In den vergangenen Monaten konnten ja erfreulicherweise einige Sitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen werden, nachdem die für die Ärzteschaft jahrelang reservierten freien Sitze teilweise in eine KJP-Mindestquote überführt wurden. Inwieweit 2010 als Bezugsjahr der HVM-Berechnungen diese neuen Kapazitäten ignoriert, ist mir noch unklar. Falls ja, könnten uns allein schon deswegen die oben erwähnten abgestaffelten Punktwerte drohen.

Bei den jetzt schon schlechteren Punktschümen der ngpL könnten viele sich dann wieder mehr auf das starre Format der Antragspsychotherapie zurückziehen. Die muss ja weiterhin berechenbar sicher und besser honoriert werden. Letztlich drohen so mit dem regionalisierten HVM der KVMV leider noch weniger der vielen psychisch kranken Patienten in Mecklenburg-Vorpommern adäquat versorgt zu werden. Meines Erachtens werden somit selektive ('Add-on') Versorgungsverträge oder entsprechende Modellprojekte direkt mit den Krankenkassen für die Gruppe der PsychotherapeutInnen in MV interessanter. Man sollte sich darum kümmern. Und vielleicht vorher schon sein Missfallen über diese neuen Regelungen der „Regionalisierung“ der KVMV rückmelden?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhielt mit dem GKV-VStG eine uneingeschränkte Vorgabenkompetenz u. a. für Regelungen zur Mengengrenzengung. Ob uns im Rahmen dessen wiederum gegen dieses regionale Floaten geholfen werden kann und wird, ist derzeit mehr als unklar. Dass es regional auch anders geht, zeigen bereits die 2012er HVMs der KV Sachsen und der KV Rheinland-Pfalz (im WWW). Es wird interessant, welche Situation für die nicht genehmigungspflichtige Kassenpsychotherapie in den anderen 14 Landes-KVen entsteht. Hoffentlich konnten die anderen psychotherapeutischen KV-VertreterInnen und beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie dort mehr erreichen als wir hier in MV.

*Jürgen Friedrich
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern
Sprecher DGVT-Fachgruppe der
Niedergelassene – Kontakt: mv@dgvt.de*

Honorarbescheide:

Widerspruch weiterhin empfehlenswert

(kb). Wir empfehlen unseren Mitgliedern weiterhin, regelmäßig Widerspruch gegen die Honorarbescheide einzulegen. Dies betrifft auch die noch ausstehenden Bescheide in 2011. Die Empfehlung gilt, solange die Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten nicht wenigstens dem sog. kalkulatorischen Arztlohn gemäß EBM entspricht.

Die Praxiskosten einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis sind gestiegen. Die Praxiskosten bilden die Berechnungsgrundlage für die Honorierung der genehmigungspflichtigen Leistungen. Da sich diese Steigerung der Praxiskosten bislang nicht in einer höheren Vergütung abbildet, sollte Widerspruch eingelegt werden.

Zudem fanden auch die zum Vergleich heranzuziehenden Honorarsteigerungen bei anderen Facharztgruppen (diese sind z. T. beträchtlich) keinen Niederschlag in der Vergütung der Psychotherapeuten.

Sie dokumentieren mit Ihrem Honorarwiderspruch, dass das Gebot der Honorargerechtigkeit (Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) noch durch einen entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses umgesetzt werden muss. Psychotherapeuten können derzeit bei maximaler Praxisauslastung einen Überschuss von ca. 85.000 Euro erzielen, der dem EBM zugrunde liegende kalkulatorische Arztlohn liegt bei etwa 105.000 Euro.

Mit einem schriftlichen Honorarwiderspruch innerhalb der jeweils einmonatigen Widerspruchsfrist sichern Sie sich einen eventuellen Nachvergütungsanspruch.

Kostenerstattung

Informationen für Mitglieder

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das seit dem 1. Januar in Kraft getreten ist, wird sich die Lage der psychotherapeutischen Versorgung leider nicht ver-

bessern. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass sich die Unterversorgung noch ausweiten wird und sich damit auch die Wartezeiten auf eine Psychotherapie weiter verlängern werden.

Die sog. Kostenerstattung wird damit perspektivisch auch im Jahr 2012 eine zunehmend große Bedeutung in der Versorgung psychisch kranker Menschen einnehmen. Nicht zuletzt die steigenden Ausgaben der Krankenkassen für Psychotherapien i. R. d. Kostenerstattung (im Jahr 2010 waren es bereits 30 Mio. Euro, die die Krankenkassen dafür ausgegeben haben) zeigen die Bedeutung der Kostenerstattung in unserem derzeitigen GKV-System auf. Trotz rechnerischer „Übersorgung“ (annähernd alle Planungsbezirke bundesweit sind mittlerweile gesperrt) stehen vielerorts und insbesondere im Kinder- und Jugendlichen-Bereich nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung.

Approbierte KollegInnen, die (noch) keine KV-Zulassung besitzen, können in diesem Rahmen als sog. Leistungserbringer i. R. d. GKV-Systems tätig werden. Nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V kann sich ein Versicherter eine Leistung selbst beschaffen, sofern die Krankenkasse eine „notwendige und unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte“. Die Krankenkasse hat dann die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten.

Da es keine rechtlich eindeutigen Vorgaben gibt, wann und unter welchen Bedingungen die Krankenkassen eine Psychotherapie i. R. d. Kostenerstattung bewilligen müssen („notwendig“ und „unaufschiebbar“ sind sog. unbestimmte Rechtsbegriffe, die einer Auslegung bedürfen), ist es zunächst eine individuelle Einzelfallentscheidung der jeweiligen Krankenkasse. Zudem gibt es noch kein standardisiertes Verfahren für die Beantragung der Kostenerstattung durch die Patienten, was den Zugang zu diesen Leistungen erschwert.

Zentral sind folgende Kriterien, die der Krankenkasse gegenüber nachzuweisen sind:

- „**Systemversagen**“ - eine unaufschiebbare Leistung konnte durch die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht werden
- Der/die Patient/in konnte durch einen Vertragspsychotherapeuten nicht zeitnah versorgt werden (**Wartezeiten darlegen**)
- **Dringlichkeit (Notwendigkeit)** der Behandlung

Die Erfahrung unserer Mitglieder zeigt, dass Krankenkassen Anträge auf Kostenerstattung von den Krankenkassen immer wieder mit Anforderungen versehen, die für die Patienten nur schwer zu lösen sind. Einige Krankenkassen sind mittlerweile dazu übergegangen, Anträge grundsätzlich abzulehnen. Da das sog. Kostenerstattungsverfahren kein standardisiertes Antragsverfahren vorsieht, haben die Krankenkassen weite Spielräume, wie sie mit Anträgen ihrer Versicherten umgehen.

Informationen über die konkrete Vorgehensweise bei der Antragstellung, die Umgehensweise bei abgelehnten Anträgen sowie Formulare für die tägliche Praxis erhalten Mitglieder über die DGVT-Bundesgeschäftsstelle:

Mitgliederberatung

Dienstag und Donnerstag: 14.00 bis 15.30 Uhr, Mittwoch: 10.00 bis 11.30 Uhr, Tel. 07071-943413 oder per E-Mail: burgdorf@dgvt.de.

Mailinglisten zur Kostenerstattung

Um sich über regionale Besonderheiten der verschiedenen Krankenkassen austauschen zu können, hat die DGVT seit einigen Jahren die Mailingliste *kostenerstattung@dgvt.de* eingerichtet, die der kollegialen Vernetzung dient. Ebenso steht für Hamburger KollegInnen eine regionale Mailingliste *kostenerstattung-hamburg@dgvt.de* zur Verfügung. Anmeldungen sind über die DGVT-Bundesgeschäftsstelle möglich: E-Mail dgvt@dgvt.de.

Regionale Vernetzung

Es bestehen darüber hinaus einige regionale Mitgliedergruppen, die ihre Erfahrungen untereinander austauschen (auf Anfrage kann ein Kontakt über die DGVT-Bundesgeschäftsstelle vermittelt werden). Vgl. die aktuelle Ankündigung der Hamburger Kostenerstattungs-Gruppe unter „Termine der Landesgruppen“ in diesem Heft.

„Treffpunkt Kostenerstattung“ im Rahmen des DGVT-Kongresses

**Donnerstag, 1. März 2012, 17.30 Uhr
Freie Universität Berlin, Henry-Ford-Bau,
Garystr. 35, Raum: AS Saal**

Mitglieder der DGVT, die Psychotherapie im Rahmen der sog. Kostenerstattung anbieten, sind herzlich eingeladen zu einem kurzen Austausch und Kennenlernen. Das Treffen soll u. a. dazu Gelegenheit bieten, sich regional zu vernetzen. Kerstin Burgdorf (DGVT-Bundesgeschäftsstelle) wird zu Beginn einen kurzen Überblick zu den „Bedingungen und Perspektiven der Psychotherapie in der Kostenerstattung in 2012“ geben.

Kerstin Burgdorf

Teile und herrsche – und halte die Neiddebatte am Laufen

Kommentar zu einer KBV-Mitteilung zur Versorgung von psychisch Kranken

Seit Tausenden von Jahren fällt „das einfache Fußvolk“ immer wieder auf diesen simplen und eigentlich leicht zu durchschauenden Trick der „Herrschenden“ herein. Das Fußvolk, in Person von Dr. Wolfgang Bärtl – seines Zeichens Vorsitzender des Bayerischen Fachärztesverbandes (BFAV) und Anästhesist von Berufs wegen – verkündete am 23.01.2012 in einer Pressemitteilung:

„Die enorme Zunahme an psychischen Erkrankungen führt in der Versorgung der

somatischen Erkrankungen zu einem Verdrängungswettbewerb.“ Und weiter: „Die Versorgung psychisch Kranker darf nicht auf Kosten der Versorgung somatisch Kranker erfolgen.“ Er fordert daher die Schaffung einer „Kassenpsychotherapeutischen Vereinigung“ mit einem eigenen Honorartopf.

Der Hintergrund, vor dem diese Äußerung getätigt wird, ist vielschichtig und bisweilen undurchschaubar. Aktuell ist da einmal das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das unter anderem eine Neuberechnung der Bedarfszahlen für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) vorsieht. Allein diese Ankündigung löst bei so manchem Ständevertreter Angst aus nach dem Motto „Wir könnten zu kurz kommen!“

Dann ist da eine Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 16.01.2012, in der der Zwischenbericht einer Auftragsstudie der Universitäten Gießen und Heidelberg veröffentlicht wird. Hier geht es um die ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Ein erstes Fazit der Studie lautet, dass das Versorgungssystem von einer besseren Strukturierung deutlich profitieren könnte. Bislang mangle es an Studien, um die Effizienz des aktuellen Versorgungssystems besser abschätzen zu können, so Prof. Johannes Kruse von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Gießen. Es sei zwar die Wirksamkeit der Therapien nachgewiesen, es liegen aber kaum naturalistische Studien vor, die differenziert die verschiedenen Versorgungsprofile der Behandlergruppen analysieren.

In diesem Zusammenhang betont Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, dass die Versorgung eine hohe Qualität in Deutschland hat. „Wir haben ... eine psychotherapeutische Versorgung mit drei Säulen: der ärztlich-psychosomatischen, der ärztlich-psychiatrischen und der psychologischen.“ Jede Säule leiste dabei ihren spezifischen Beitrag, so Köhler weiter.

Und dass der Bedarf groß ist, zeigen die Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Studien, nach denen davon auszugehen ist,

dass im Verlauf eines Jahres ca. ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an mindestens einer psychischen Störung leidet, das sind ca. 16,5 Mio. Erwachsene. Hier sind es zunächst meist die Haus- oder Fachärzte, die den Erstkontakt zu den Patienten haben, um sie dann an Beteiligte aus einer der genannten „Säulen“ weiter zu verweisen.

Das spezifische therapeutische Leistungsspektrum der einzelnen Fachrichtungen gestaltet sich folgendermaßen:

- Ärztlich-psychotherapeutische Säule: 190.000 Patienten wurden von ca. 2.500 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 170.000 von 2.220 Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse behandelt.
- Ärztlich-psychiatrische Säule: 1.160.000 Patienten wurden von 1.900 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und 2.050.000 Patienten wurden von 2.600 Nervenärzten versorgt.
- Psychologisch-psychotherapeutische Säule: 1.050.000 Patienten wurden von 13.000 PP bzw. KJP behandelt.

Köhler zieht aus den Zwischenergebnissen der Studie zwei wesentliche Folgen: „Ein großer Teil der Patienten wird von den somatisch tätigen Haus- und Fachärzten behandelt, das heißt in der psychosomatischen Grundversorgung. Für eine zielgerichtete Versorgung der Patienten und um die Verzahnung zu verbessern, brauchen wir ein vernetztes Versorgungsangebot und ein niederschwelliges psychosomatisches/psychotherapeutisches Angebot. Darüber hinaus gilt es, Aufklärungsarbeit zu leisten, um mangelnde Kenntnis und Motivation des Patienten und Stigmatisierungsangst im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung zu begegnen“.

Am 25. Januar reagiert Ilka Enger, zweite stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und damit zuständig für die niedergelassenen Psychotherapeuten, mit einem Statement auf die KBV Presseerklärung. Auch sie sieht die

Schaffung von niederschweligen Angeboten als ein wichtiges Instrument, um Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu überbrücken. Es müsse dafür aber auch eine Honorierung dieser Leistungen sichergestellt werden. Es liege ihr sehr am Herzen, so Enger, dass die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten vorbehaltlos und konstruktiv ablaufe. Denn nur so sei eine sinnvolle ganzheitliche Behandlung der Patienten zu gewährleisten.

Einen Tag später reagiert Ilka Enger auf Drängen der Landeskonferenz der Richtlinien-psychotherapieverbände (LAKO) erneut und nimmt Stellung zu den Aussagen von Dr. Wolfgang Bärtl (BFAV-Vorsitzender). Sie betont, dass die Kassenärztliche Vereinigung alle niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten vertrete. Es gehe nicht an, dass die Vergütung der Leistungen einer Gruppe dauerhaft zulasten einer anderen Gruppe gehe, dies säe Zwietracht unter den Fachgruppen.

Sie vermeidet tunlichst den Namen des Vorsitzenden oder des Verbandes zu erwähnen. Enger war übrigens vor ihrer Wahl in den KVB-Vorstand an der Spitze des BFAV.

Am Schluss bleibt die Frage: wer könnte von der Zwietracht unter den Fachgruppen profitieren?

*Willi Strobl
Landessprecher Bayern
Kontakt: bayern@dgvt.de*

Verbesserung der Nahtstelle stationär/ambulant?

(kb). Mit dem GKV-VStG sollen neue Ansatzpunkte für einen nahtlosen Übergang von einer stationären in eine ambulante Behandlung geschaffen werden. Krankenhäuser werden zu einem Entlassmanagement verpflichtet, das diese „zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“ zu entwickeln haben. § 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V wurde entsprechend ergänzt.

Die Nahtstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern, d.h. das sektorenübergreifende Zusammenspiel zu fördern, ist zunächst grundsätzlich sinnvoll und erscheint auch angesichts langer Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz unterstützenswert. Fraglich ist jedoch, inwieweit durch ein verbessertes Entlassmanagement von Krankenhäusern tatsächlich Patienten ohne Wartezeit in eine ambulante Psychotherapie vermittelt werden können – bei der aktuellen Unterversorgungs-Situation allerorten.

Ungeklärt ist bislang zudem, wer im Anschluss an stationäre Maßnahmen Patienten im Rahmen des Entlassungsmanagements mit regional ausgewählten Informationen über ambulante Behandlungsangebote versorgt. Krankenhäuser können dies sicher nur in begrenztem Maße überregional leisten.

5. Sommerakademie der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie

Online-
Anmeldung!



Fortbildung an der Ostsee:
Qualifizieren und regenerieren!

**21.-23. Juni 2012
in Rostock - Warnemünde**

	Kraft	
Mediation für PsychotherapeutInnen		Kraft
	Kraft	
Körperorientierte Verfahren		Ressourcen in der Psychotherapie
	Kraft	Kraft
Neues aus der Burnout-Forschung		

Weitere Informationen:

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

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

Alles was Recht ist . . .

Weniger Hürden bei Kuren für Mutter-/Vater-Kind

Neue Richtlinie soll Bewilligungspraxis verbessern

(kb). Der GKV-Spitzenverband will mit einer am 6. Februar 2012 beschlossenen Neufassung der Begutachtungsrichtlinie "Vorsorge und Rehabilitation" gewährleisten, dass Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Eltern und ihre Kinder künftig transparenter und einheitlicher gewährt werden. Ziel der Überarbeitung ist es, die Begutachtungsgrundlagen für Anträge auf Mutter-Kind-Maßnahmen zu verbessern. Zudem soll laut GKV-Spitzenverband mit der aktualisierten Richtlinie eine einheitliche Rechtsauslegung der Kassen sichergestellt und die Transparenz über die sozialmedizinischen Empfehlungen und Leistungsentscheidungen erhöht werden.

Krankenkassen lehnen Anträge auf Mutter-Kind-Maßnahmen häufig ab. Mit der neuen Richtlinie sollen Antragsteller ihre gesetzlichen Ansprüche auf Mutter- und Vater-Kind-Maßnahmen künftig leichter durchsetzen können. Die Änderungen wurden mit dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes, dem Deutschen Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken erarbeitet. Zentral für eine rasche Verbesserung der Bewilligungspraxis dürfte auch die zusätzliche Vereinbarung einheitlicher Umsetzungsrichtlinien unter den Verhandlungspartner sein. Laut Angaben der Ärztezeitung (7.2.2012) stieg die Quote der abgelehnten Anträge in den letzten Jahren kontinuierlich an und erreichte im ersten Halbjahr 2011 den Wert von 35 Prozent.

Mütter und Väter haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine Vorsorge- oder Reha-Maßnahme gemeinsam mit Kindern, wenn sie medizinisch begründet ist; die hier relevanten medizinischen Gründe, die insbe-

sondere auch psychosoziale Belastungskonstellationen einschließen (orientiert an der Internationalen Klassifikation der funktionalen Gesundheit/ICF), werden nun genauer dargelegt. Die neue Richtlinie stellt auch klar, dass beispielsweise der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei diesen Maßnahmen nicht gilt (dies war ein häufiger Ablehnungsgrund) und dass Rentenversicherungsträger keine Mutter-/Vater-Kind-Leistungen erbringen (und das deshalb nicht auf deren vorrangige Zuständigkeit verwiesen werden kann). Zudem stellt die Änderung klar, dass Ablehnungen nachvollziehbar zu begründen sind. Neu geordnet haben die Partner die Gründe, die zusätzlich zur medizinischen Indikation die Genehmigung einer Mutter-Kind-Maßnahme beschleunigen können (ausdrücklich genannt werden z.B. ständiger Zeitdruck oder Partner-/Eheprobleme, Todesfälle). Künftig soll einer dieser Gründe ausreichen für eine Bewilligung.

Die Richtlinie ist zu finden unter www.gkv-spitzenverband.de. Geben Sie „upload“ bei der Suchfunktion ein. Dort finden Sie die Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation.

BVerwG: Keine „dienstliche Veranlassung“ von Kammerpflichtbeiträgen

(kb). Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat sich mit Urteil vom 25.8.2011 zu einem weiteren Aspekt der Kammerpflichtbeiträge geäußert.

Der Kläger, der als Beamter im Landesdienst als therapeutischer Leiter im Strafvollzug eingesetzt war, beantragte von seinem Dienstherrn die Übernahme der von ihm infolge seiner Approbation als Psychologischer Psychotherapeut zu entrichtenden Pflichtbeiträge in der Landespsychotherapeutenkammer. Er begründete dies damit,

dass die *Beiträge zur Psychotherapeutenkammer dienstlich veranlasst seien*. Für seine Tätigkeit als therapeutischer Leiter der sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern in einer Justizvollzugsanstalt benötige er die Approbation. Seine Qualifikation als Psychologischer Psychotherapeut setze er nur für den Beklagten ein, Nebentätigkeiten übe er nicht aus.

Das BVerwG entschied: *„Ein Aufwendungsersatzanspruch aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers kommt nur in Betracht, wenn die Kosten ausschließlich dienstlich veranlasst sind. Dies ist bei Pflichtbeiträgen zu berufsständischen Kammern nicht der Fall, weil es sich hierbei um berufsbezogene Aufwendungen handelt“*.

Die inhaltlich und im Ergebnis nachvollziehbare Urteilsbegründung soll im Folgenden in Auszügen zitiert werden:

„(...) Die Heranziehung des Klägers zu Kammerbeiträgen folgt aus seiner Berufszugehörigkeit und ist nicht Folge seiner Tätigkeit als Beamter im Strafvollzug. (...) Dienstlich veranlasst können nur solche Aufwendungen sein, die der Beamte aufgrund seiner Dienstausübung leisten muss, um seine Dienstgeschäfte ordnungsgemäß zu erfüllen. Dies setzt voraus, dass der Beamte bereits im Dienst ist, und schließt deshalb solche Aufwendungen aus, die er leisten muss, um die Eignungsvoraussetzungen zur Erlangung (und Beibehaltung) des konkreten Amtes bzw. Dienstpostens zu erfüllen.

Der Kammerbeitrag ist beruflich veranlasst, da der Kläger ihn zahlen muss, um den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten überhaupt ausüben zu dürfen. Seit dem zum 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) bedarf derjenige, der die heilkundliche Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ ausüben will, der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (vgl. § 1 Abs. 1 PsychThG). (...) Die Tätigkeit als Psychologischer Psychotherapeut führt gemäß § 1 Abs. 2 HeilBG (hier: Rheinland-Pfalz) zur Pflichtmitgliedschaft in der Kammer. (...) Für den Dienstposten, den der

Kläger innehat, ist es eine Eignungs- oder Qualifizierungsvoraussetzung, dass er Psychologischer Psychotherapeut ist. Die Verpflichtung des Klägers, auf seinem Dienstposten therapeutisch tätig zu sein, beruht auf den Vorgaben des Strafvollzugsgesetzes (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 1 StVollzG). Hieraus ergibt sich die Pflicht, Sexualstraftäter bereits im Vollzug sozialtherapeutisch zu behandeln. Ein Beamter, der auf dem Dienstposten des Klägers als therapeutischer Leiter im Strafvollzug tätig ist, muss daher Psychologischer Psychotherapeut sein und bedarf der Approbation. Die Pflicht des Beamten, an die Landespsychotherapeutenkammer Kammerbeiträge zu leisten, knüpft nicht an seine dienstliche Stellung als Beamter an. Ihre Grundlage ist vielmehr die Ausübung des Berufs eines Psychologischen Psychotherapeuten. (...) Damit gehört die Kammermitgliedschaft eines Psychologischen Psychotherapeuten ebenso wie die damit verbundene Beitragspflicht zu den Anforderungen, die erfüllt sein müssen, bevor das entsprechende Amt übertragen werden kann. Es fehlt an einer unlösbaren Wechselbeziehung zwischen der Beitragspflicht und der Rechtsstellung als therapeutischer Leiter in einer Justizvollzugsanstalt, weil die Beitragspflicht nicht allein mit der Beendigung der dienstrechtlichen Rechtsstellung fortfiele. Der Kläger bleibt vielmehr auch bei einem Ausscheiden aus dem Landesdienst Psychologischer Psychotherapeut und - bei Ausübung seines Berufs - auch weiterhin Pflichtmitglied in der Psychotherapeutenkammer.

- Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 25.8.2011, BVerwG 2 C 43.10 -

Abhören von Praxen erlaubt

(wd). „Journalisten oder Ärzte haben einen niedrigeren Schutz als Anwälte und Seelsorger“, meldete ZEIT-Online am 7.12.2011. Das Verfassungsgericht hat deren Telefonüberwachung bei der Verfolgung von schweren Straftaten erlaubt. Die Richter wiesen

damit die Verfassungsbeschwerde mehrerer PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und RechtsanwältInnen ab (Az.: 2 BvR 236/08).

Die große Koalition aus CDU und SPD hatte Ende 2007 die Tatbestände, bei denen eine Telefonüberwachung zulässig sein soll, neu geregelt. Das Bundesverfassungsgericht war der Meinung, dass die Neuregelung nur solche Tatbestände erfasse, die als besonders schwerwiegend einzustufen seien, weil sie in die Funktionsfähigkeit des Staates oder einschneidend in private Belange eingreifen.

Die Ungleichbehandlung der „Berufsgheimnisträger“ wurde vom zweiten Senat des Bundesverfassungsgericht wie folgt begründet: Gespräche mit Pfarrern und Strafverteidigern berührten die Menschenwürde und fielen unter das absolute Beweiserhebungsgebot. Abgeordnete seien vom Grundgesetz besonders geschützt. Bei PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen dagegen sei nur ein Teil der Kommunikation besonders sensibel und von daher dürfe der Gesetzgeber das Zeugnisverweigerungsrecht vom Einzelfall abhängig machen. Und die Presse habe ebenso keinen generellen Vorrang vor der Strafverfolgung; dies sei ohnehin ständige Karlsruher Rechtsprechung.

Transparency vermutet legalisierte Korruption

Organisation klagt gegen Kassenärztliche Bundesvereinigung

(wd). Die Antikorruptionsorganisation Transparency International Deutschland hat Klage auf Akteneinsicht nach dem Informationsfreiheitsgesetz gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhoben. Mit dieser Klage will Transparency erreichen, Informationen zu Art und Umfang der durchgeführten „Anwendungsbeobachtungen“ zu erhalten. Hierzu gehören Informationen über verschriebene Medikamente, über die Anzahl der betroffenen PatientInnen, über die verschreibenden ÄrztInnen sowie über die an sie gezahlten Honorare und über eventuelle Missbrauchsfälle. „Bisher hat sich

die KBV geweigert, diese Informationen offenzulegen“, so die Organisation.

„Anwendungsbeobachtungen“ sind ärztliche Arzneimittelverordnungen im Interesse von Pharmafirmen gegen ein besonderes Entgelt. Nach Angaben der Organisation Transparency sind bis zu 6.000 Euro je Einzelfall bezahlt worden, sofern ein Arzt seinen Patienten/seine Patientin auf ein teureres oder aber auch auf ein weniger erprobtes Medikament umgestellt hat – und dies häufig ohne dessen/deren Wissen. Hinzu kommt, dass diese Zahlungen auch noch zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gehen und damit die BeitragszahlerInnen mit zusätzlichen Kosten für „nutzlose Scheinstudien“ von ca. 1 Milliarde Euro pro Jahr belastet werden. Transparency Deutschland sieht in den „Anwendungsbeobachtungen“ schon seit langem eine Form von legalisierter Korruption.

Angela Spelsberg, Vorstandsmitglied von Transparency Deutschland: „Anwendungsbeobachtungen“ sind nicht geeignet, gesicherte Erkenntnisse über die Qualität von Arzneimittel zu gewinnen. In Einzelfällen schaden sie den betroffenen PatientInnen mehr als sie nützen. Sie müssen daher verboten werden.“ Da die „Anwendungsbeobachtungen“ nicht den für klinische Studien festgelegten wissenschaftlichen und ethischen Regelungen unterliegen, bergen sie auch gesundheitliche Risiken. Die Ergebnisdaten, die von den ÄrztInnen dokumentiert werden, sind Eigentum der jeweiligen Pharmafirma und müssen nicht veröffentlicht werden. Von daher sind sie wissenschaftlich unbrauchbar.

Transparency Deutschland versucht seit längerem, „dem Ausmaß der Anwendungsbeobachtungen auf die Spur zu kommen“. Die Organisation hat mehrere für die Erfassung der meldepflichtigen „Anwendungsbeobachtungen“ zuständigen Institutionen nach dem Informationsfreiheitsgesetz zur Auskunft aufgefordert.

„Mit Hilfe des Informationsfreiheitsgesetzes wird es gelingen, die gewünschten Daten zu bekommen. Transparency Deutschland kann dann die Größenordnung des Missstandes gegenüber der Öffentlichkeit

genau belegen. Die KBV ist gesetzlich verpflichtet, die begehrten Informationen zu sammeln. Sie kann sich auf angeblich vorliegende Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse nicht berufen. Sie muss ihre Akten für Transparency öffnen“, so der Leiter der Arbeitsgruppe Informationsfreiheit von Transparency Deutschland, Dieter Hüsgen.

Quelle: Pressemitteilung von Transparency vom 7. November 2011

Grundgesetz verankerten Förderung von Ehe und Familie einen ausreichenden Grund für die steuerliche Bevorzugung von Ehepaaren gesehen.

Quelle: Ärztezeitung vom 30. Dezember 2011

Homo-Paare steuerlich Ehepaaren gleichgestellt

(wd). Das Finanzgericht (FG) Köln hat in einem Beschluss entschieden, dass eingetragene Lebenspartner steuerlich wie Ehepaare zu behandeln sind. Es ließ aber eine Beschwerde beim Bundesfinanzhof (BFH) zu.

Ein homosexuelles Paar, das seit 2006 eine eingetragene Lebenspartnerschaft hatte, kritisierte, dass beide Partner in Bezug auf seine Lohnsteuerkarten trotzdem als „ledig“ behandelt wurden. Die Kläger beantragten beide die Steuerklasse IV bei der Finanzverwaltung, die diese Änderung ablehnte mit der Begründung, dass der gewünschte Steuerklasseneintrag Eheleuten vorbehalten sei. Die Kläger begründeten ihren Antrag damit, dass dies eine verfassungswidrige Diskriminierung sei und verwiesen auf einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes, der die Benachteiligung eingetragener Lebenspartnerschaften bei der Erbschaftsteuer als verfassungswidrig verworfen hatte (AZ: 1 BvR 611/07).

Da eine beim Bundesverfassungsgericht anhängige entsprechende Beschwerde gute Aussichten auf Erfolg habe, sei das Homo-Paar daher bis zu einer Entscheidung wie ein Ehepaar zu behandeln. Ähnlich hatten auch schon Finanzgerichte in Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen entschieden.

Das Finanzgericht Köln ließ allerdings ausdrücklich die Beschwerde zum Bundesfinanzhof zu; dieser hatte bisher in der im

Aktuelle Seminarreihen zum Thema Trauma



Traumatherapie (DGVT)

Termine (auch einzeln buchbar):

23.-24. März 2012:	Neurobiologie und theoretische Grundlagen
27.-28. April 2012:	Kognitive VT bei traumatisierten Menschen
29.-30. Juni 2012:	Behandlung komplexer Traumatisierungen
7.-8. September 2012:	Traumafokussierte kognitive VT bei Kindern und Jugendlichen

Ort: Institut München

Psychotraumatologie im Kindes- und Jugendalter

Qualifikation in spezieller Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen nach den Richtlinien der DeGPT - Möglichkeit zur EMDR-Ausbildung

Start: September 2012

Ort: Münster

www.afp-info.de
Bundesakademie@afp-info.de
(0700 - 237 237 00

Tagungsberichte

MDK-Expertenforum 2011: Begutachtungsanlässe im Zusammenhang mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen

Am 22.11.2011 fand in Hannover das Expertenforum des MDK Niedersachsen statt, welches sich der zunehmenden Bedeutung von psychischen/psychosomatischen Erkrankungen im Gesundheitswesen widmete. Anlass und Ausgangspunkt waren die immer zahlreicheren Begutachtungen bei Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsbedarf sowie Versorgung und Versorgungsmöglichkeiten von Menschen mit diesen Erkrankungen. Und dabei immer wieder das Problem, im Rahmen der Begutachtungen auf (psychotherapeutische) Behandlungsmöglichkeiten zu verweisen, die faktisch viel zu selten existieren bzw. keinesfalls unmittelbar verfügbar sind.

Bei dem Expertenforum waren zahlreiche Krankenkassen sowie MDKs vertreten, weiterhin Vertreter von Kliniken und weiteren Institutionen. Auch ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums war anwesend. Die niedersächsische Psychotherapeutenkammer wurde durch Dr. Josef Könning vertreten.

Bei dem Expertenforum sollten die Thematik fundiert beleuchtet, Problembereiche herausgearbeitet und mögliche Lösungsansätze diskutiert werden. Da die Problematik gravierend ist und verschiedene Institutionen sowie Interessensgruppen tangiert sind, war es auch nicht verwunderlich, dass Referenten und Diskutanten nicht selten polarisierende Positionen bezogen haben, welche nur einen ihnen dienenden Aspekt der Problematik beleuchteten und Schlussfolgerungen in eine bestimmte Richtung zuließen.

Als Einführung wurden von *Britta Manegold* vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Niedersachsen aktuelle Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit vorgestellt:

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten haben sich in den letzten 20 Jahren kontinuierlich verringert und stagnierten 2006 eher. Der Trend geht dabei weg von den somatischen Krankheitsdiagnosen hin zu steigendem Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, welche zu längeren Arbeitsausfällen, häufigerer Chronifizierung und damit Langzeitarbeitsunfähigkeit, häufigerer Erwerbsminderung und Berentung führen. Heute stellen psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für Frühberentung dar. Insgesamt lassen sich sechs Diagnosegruppen unterscheiden. Dies sind Muskel- und Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen, Verletzungen, psychische Störungen, Verdauungssystemerkrankungen und Infektionen. Dabei bleiben die Anteile aller Kategorien relativ stabil, bis auf die psychischen Störungen, bei denen in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Dies jedoch nicht nur in der BRD, sondern auch in den Nachbarländern. Ein weiterer Trend ist der Anstieg der Fehlzeiten im Alter, welcher aber bei allen Diagnosen (psychische wie somatische Erkrankungen) auftritt. Der Anteil von F-Diagnosen bzw. Z56 beträgt aktuell ca. 30% mit einer steigenden Tendenz. Oft zweifeln dann Arbeitgeber ob der Richtigkeit der Diagnosen. Bei vielen scheinen Probleme mit Vorgesetzten den Hintergrund zu bilden. Je länger die AU besteht, umso schwieriger wird die Wiedereingliederung. Die Reintegration ist auch nicht immer möglich bzw. von den Betrieben her leicht umsetzbar (fehlendes betriebliches Eingliederungsmanagement). Die AU-Zeiten sind oft länger als 6 Wochen. Dabei lässt sich folgender sich häufig abzeichnender Verlauf ausmachen: kurze AU ohne psychische Diagnose, immer häufiger AU, dann folgt längerer Ausfall mit psychischer Diagnose. Ein großes Problem dabei stellen die fehlenden ambulanten Therapieplätze oder schnelle Reha-Plätze dar, was zu längeren Ausfallzeiten führt.

Die ansteigenden Kosten, welche die krankheitsbedingten Fehlzeiten, verlorenege-

gangene Erwerbsjahre und Berentungen verursachen, sind von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die Aufgabe der Steuerung und Prüfung von AU obliegt dem MDK. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem MDK, den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie die Anpassung von Versorgungsstrukturen können – so die Erwartung der Referentin – wesentlich dazu beitragen, die Kosten zu mindern und Reintegration in den Erwerbsprozess zu verbessern.

Als nächster Referent berichtete *Dr. Jürgen Jonke* (Bezirksleitender Arzt des MDK Westfalen-Lippe) über die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen beim MDK. Auch hierzu möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick geben, insbesondere über dabei auftretende Schwierigkeiten:

Wichtig ist zunächst, dass die Begutachtungen sich im Rahmen von definierten Vorgaben bewegen, so z.B.: § 275 SGB V, die AU-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Begutachtungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes, Bundesmantelvertrag Ärzte/Krankenkassen. Wenn Zweifel an einer AU (Arbeitsunfähigkeit) erhoben werden, muss dies alles berücksichtigt werden. Hier stellt sich die Frage, was ist bei psychischen Störungen zu berücksichtigen? Als Problem bei der Bewertung der psychischen Störungen werden die Weichheit und Unschärfe der Kriterien genannt. Die Krankenkassen haben die Thematik wiederentdeckt und entwickeln häufig ein eigenes Fallmanagement. Es wird ein stärkeres Gewicht auf die Fallbeurteilung als auf die Begutachtung gelegt. Für die Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit ist die Bewertung der Krankheitsfolgen auf die aktuelle sowie zukünftige Leistungsfähigkeit hin relevant. Bei psychischen Störungen sind die Exploration und Anamnese besonders wichtig. „Underreporting“ kann deshalb z.B. zu falschen/unvollständigen Begutachtung führen. Qualitätsanalysen von Gutachten haben eine große Varianz der Untersuchungs- und Begutachtungsergebnisse aufgezeigt.

Ein anderer Aspekt ist die Frage, wie viel Nutzen die Entlastung bzw. die Arbeit haben kann. Macht Arbeit krank oder kann sie auch ein Schutzfaktor und eine Ressource sein? In Finnland wurde beispielsweise das Budget für Verhaltenstherapie aufgestockt, hier wird auf Prävention gesetzt, um die Menschen länger in der Arbeit zu halten. „Return to work“ sollte daher mehr die neue Devise werden.

Der Punkt der scheinbar weichen und unscharfen Kriterien für die Diagnosen psychischer Störungen wurde dabei heiß diskutiert. So hat Könnig trefflich angemerkt, dass es sehr wohl klare diagnostische Leitlinien und Diagnosestandards gibt, es könne auf psychometrische Tests und zahlreiche Fragebögen und Interviews zurückgegriffen werden. Die Antwort darauf lautete in der Runde „Psychiater nutzen psychometrische Diagnostik wenig“ (aus Zeitmangel, hohem Aufwand oder mangelndem Kenntnisstand), was zu vielen nicht validen F-Diagnosen bei den AUs führe. Eine Diagnose sei eine Prozessvorhersage. Sie sei eine Aussage über die Arbeitsfähigkeit, z.B. welche Forderungen an den Betroffenen gestellt werden können. Dabei wäre es sicher sinnvoll die positive Wirkung der Arbeit zu nutzen und hier positive Bedingungen in der Arbeit schaffen.

Eine Frage, die sich bei der Begutachtung stellt, ist auch wie lässt sich zutreffend zwischen „Nichtwollen“ und „Nichtkönnen“ differenzieren. Hier müssen aus Sicht von Dr. Jonke verlässliche und transparente Kriterien zur Beurteilung der Krankheitsfolgen bei psychischen Störungen in den Begutachtungsprozess einbezogen werden, was eine der zukünftigen Herausforderungen darstellen wird.

Der dritte Beitrag von *Dr. Bernhard van Treeck* (Stellvertretender Ärztlicher Direktor des MDK Nord) beschäftigte sich mit der Darstellung von Fallzunahmen der AU bei psychischer/psychosomatischer Erkrankung und den Optionen des MDK. Vorgestellt wurden Zahlen aus dem Controlling des MDK Nord, die das Ausmaß der Problematik zeigen. Die meisten Diagnosen der Top 10 stammen aus dem F3 und F4 Bereich

(F32, F33, F43.2, F41.2, F45.4, F48.0), dafür gibt es kaum Fallzahlen mit Diagnosen aus dem Bereich F0 – F2. Somit dominieren in der Begutachtung „leichtere“ psychische Erkrankungen und Restdiagnosen. Die vielen Begutachtungen ergeben sich auch dadurch, dass es bei der Begutachtung durch den MDK (Sozialmedizinische Fallberatung/SFB) kaum Psychiater gibt und viele Fälle weitergeleitet werden. Das Problematische an Restdiagnosen sei, dass sie nicht gründlich genug diagnostiziert werden. Der MDK hat aber auch grundsätzlich das Problem, dass er in die Behandlung nicht eingreifen könne, er kann nur beratend tätig sein. Es stellt sich hier die Frage: was braucht ein AU-Patient bei F-Diagnosen? Es gibt zu lange Wartezeiten auf eine Behandlung, was das gravierendste Problem darstellt. Daher ist eine effizientere Nutzung der Fachpersonen, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen (Ärzte und Psychotherapeuten), besonders wichtig. Eine Lösung für die Problematik „wie kommen die Patienten schneller zu ihrer Behandlung?“ muss her. Sollten mehr Gruppentherapien angeboten werden? Muss eine bessere Verteilung/Verteilungsmechanismus erarbeitet werden? Sollten mehr Möglichkeiten für ambulante und stationäre Rehabilitation wohnortnah geschaffen werden? Die Beantwortung dieser Fragen wird uns alle weiterhin stark beschäftigen. Ein anderer Ansatz wären AU-Steuerungsmodelle, wie z.B. in Bayern etabliert. Hierbei ist die Frage zu beantworten „was bei F-Diagnosen vorhanden sein muss, um eine AU begründen zu können“.

Beim nächsten Vortrag von *Marion Petri* (AOK Bundesverband) ging es um die Optimierung der Wiedereingliederung psychisch Erkrankter in den Erwerbsprozess. Für die Krankenkassen spielt neben der Verhütung und Erkennung von Krankheiten die Versorgung mit Sach- und Geldleistungen eine zentrale Rolle. Eine Erhebung der AOK-Gemeinschaft konnte zeigen, dass die Kosten für die Krankenkassen durch Auszahlung des Krankengeldes gestiegen sind. Ebenso führte der Anstieg psychischer Er-

krankungen zu höheren Kosten für die Rentenversicherung, da psychische Krankheitsbilder z.B. die Hauptursache für neue Erwerbsminderungsrenten darstellen. Nimmt man alle Folgen für die Kostenträger zusammen, so müsse das Hauptziel aus wirtschaftlichen Gründen die Wiedereingliederung der Betroffenen in den Arbeitsprozess sein. Es gilt also gemeinsame Strategien zu entwickeln, funktionale Netzwerke aufzubauen und zu nutzen. Dabei kann und sollte dies auch im Sinne der Interessen des Betroffenen erfolgen. Der MDK kann dabei eine besondere Rolle einnehmen. Denn die Krankenkassen benötigen sozialmedizinische Beratung und fallindividuelle Hinweise zu Möglichkeiten der Behandlung, der Rehabilitation bzw. der Wiedereingliederung in den Beruf, um entsprechend wirksame Maßnahmen einleiten zu können. Diese Beratung und Begutachtung der Krankenkassen durch den MDK erfolgt dabei auf Grundlage des § 275 SGB V.

Als nächstes hörten wir einen Vortrag von *Dr. Harry Fuchs* (Rehabilitationswissenschaftler) zum Thema *Rehabilitation bei psychischen/psychosomatischen Erkrankungen* aus Sicht des SGB IX und der UN-Behindertenrechtskonvention. Fuchs ging dabei auf die verschiedenen rechtlichen Grundlagen und Richtlinien ein, welche für den Bereich Rehabilitation Anwendung finden und legte dar, was diese besagen und fordern, welche Konsequenzen sich daraus ableiten lassen und wie der momentane Stand in der BRD bzgl. der Umsetzung sei; schließlich wies er auf Nachholbedarf hin. Eine Indikation für eine Rehabilitation richtet sich z.B. nicht nach Schweregrad und Art der Erkrankung, sondern nach der Art und Ausprägung der durch die Krankheit verursachten Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben und Förderung der Selbstbestimmung. Es ist also nicht die ICD ausschlaggebend, sondern die ICF (internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit bzw. der funktionalen Gesundheit). Es fehlt jedoch eine Operationalisierung der ICF. Dies wäre ein Auftrag an die Rehabilitationsträger, diese mit zu entwickeln. Es sind bereits ICF-

Checklisten vorhanden, nach denen Störungen der Körperfunktion, Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Aktivität der Partizipation eingeschätzt werden könnten. Es fehle jedoch eine ganzheitliche Betrachtung. Es braucht konkretere Vorgaben und Vorgehensweisen, wie man bei psychischen Störungen vorgehen soll. Neben der Teilhabe an der Arbeit wird der Aspekt der Teilhabe an der Gesellschaft oft aus den Augen gelassen. Neben der Teilhabe an der Arbeit ist auch eine Teilhabe an der Gesellschaft für jeden Menschen erstrebenswert und das Recht darauf in unseren Gesetzen verankert. Nach § 8 SGB IX gibt es Regelungen, die eine Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung dieser Teilhabe rechtfertigen und auch fordern. Unter anderem hat Dr. Fuchs die bestehenden Rehabilitationseinrichtungen und Institutionen unter die Lupe genommen. Die zentralen Kliniken weit weg vom Wohnort seien nicht mehr sinnvoll und funktional. Es fehlen jedoch funktionalere und optimalere Konzepte, welche nicht nur im Sinne der Kostenträger, sondern auch im Sinne der Betroffenen besser geeignet wären, die o. g. Ziele zu erreichen. Vor allem fehle es an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke. Es scheint auch wenig bis kaum übergreifende Konzepte, Orte oder Zentren etc. zu geben. Hier besteht noch sehr viel Nachholbedarf.

Der sechste Vortrag wurde von *Dr. Heiner Melchinger* (Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover) gehalten. Der Beitrag, den man getrost als Philippika bezeichnen kann, befasste sich mit den *Fehlentwicklungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung*. Er war durchgehend von Kritik an der Praxis der Psychotherapie bzw. an der psychotherapeutischen Versorgung und den Psychotherapeut/inn/en begleitet, insbesondere an der Arbeit der psychologischen Psychotherapeuten. Melchinger stellte einige eigene Berechnungen vor, die die KV-Honoraranteile von Psychiatern und Psychotherapeuten pro Patient in Beziehung setzen, und vermutlich nahelegen sollen, dass Psychotherapeuten deutlich mehr Geld für weniger Arbeit erhalten als Psychiater. Ferner

zeigen sie, dass die Ausgaben für ambulante Psychotherapie deutlich gestiegen sind, wesentlich stärker als die Ausgaben für Psychiater. Dabei seien Psychiater diejenigen, die die schweren Fälle behandeln würden, während die Psychotherapeuten sich die Patienten eher wie Rosinen herauspicken würden. Der Vorwurf von Melchinger an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist, dass in der ambulanten Therapie vor allem sog. YAVIS-Patienten behandelt würden, die schweren Fällen dagegen abgewiesen würden. Die Psychiater seien dabei diejenigen, die die schweren Fälle behandeln, hätten aber nicht das genügende Budget dafür, weil dieses ja von den Psychotherapeuten aufgebraucht würde. Deutlich kritisiert Melchinger auch das Gutachterverfahren. Es sei als Prüfverfahren offensichtlich sinnlos, denn 96% der Anträge würden genehmigt. Ange deutet wurde u. a., dass in den Therapieanträgen häufig falsche Diagnosen gestellt würden. Auf die Idee, dass der hohe Prozentsatz an bewilligten Anträgen daher stammen könnte, dass die Psychotherapeuten sich bereits im Vorfeld auf die klinisch relevanten und behandlungsbedürftigen Fälle konzentrieren, und i. d. R. nur dann Anträge schreiben, wenn die Therapie auch indiziert ist, ist der Referent vermutlich noch nicht gekommen. Im Anschluss entbrannte ein heißer Wortaustausch zwischen Melchinger und Dr. Könning, Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, der versuchte die Position der Psychotherapeuten zu verteidigen und die einseitig dargestellten Fakten wieder ins gerade Licht zu rücken. Denn dass Psychotherapie effektiv und wirtschaftlich ist, wurde bereits oft genug nachgewiesen. Erfreulicherweise haben sich auch weitere Kollegen eingeschaltet, die den Ansatz des Referenten, die Psycho-Berufsgruppen „gegeneinander ausspielen“ und einer Teilgruppe (in diesem Falle uns Psychotherapeuten) die Schuld für alle Versorgungsprobleme zu geben, kritisiert haben. Denn durch Schuldzuweisungen ist weder den betroffenen, unterversorgten Patienten noch der Versorgung geholfen.

Der letzte Vortrag wurde von *Dr. Cornelia Goesmann* (Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie) gehalten. Sie bestätigte, dass die Anzahl psychisch Kranker nicht nur subjektiv (Empfinden des Hausarztes), sondern auch objektiv (Statistiken von Kassen und Gesundheitspolitik) deutlich zugenommen hat. Die Schwierigkeit in der allgemeinärztlichen Praxis bestehe zunächst darin, die hinter den körperlichen Symptomen ggf. liegenden psychischen Ursachen zu identifizieren oder schwere psychiatrische Erkrankungen zu erkennen. Die nächste Hürde entstehe bei der Mitteilung und Erklärung derartiger Diagnosen gegenüber den Betroffenen. Eine weitere Schwierigkeit sei dann die Einleitung einer entsprechenden Therapie. Nicht nur die Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie ist dabei äußerst schwierig, sondern auch die Überweisung an einen Nervenarzt bzw. Psychiater. In beiden Fällen werden lange Wartezeiten für einen Termin gemeldet. Ähnlich verhalte es sich bei Anträgen auf Genehmigung einer stationären Maßnahme. Auch hier lassen sich kaum schnell entsprechende Plätze finden. Die Wartezeiten betragen bei den Psychiatern bis zu 3 Monaten, die Dauer bis zum freien ambulanten oder stationären Psychotherapieplatz beläuft sich auf 6 bis 9 Monate. Bis dahin bleiben die Patienten in der Betreuung der Hausärzte. Sie sind es, die Krankschreibungen, Medikation, Gespräche mit den Patienten sowie deren Angehörigen übernehmen müssen. Eine Verbesserung dieser Situation wäre für die Hausärzte sehr wünschenswert und entlastend. Die schnelle Überführung in die passende Maßnahme (ambulante bzw. stationäre Psychotherapie oder Rehabilitationsmaßnahme, Anbindung beim Psychiater/Nervenarzt) sei häufig dringend nötig. Optimal wäre dabei das Finden einer passgenauen Psychotherapie für den Patienten entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Krankheitsbild.

Das Schlusswort hatte *Prof. Dr. Wolfgang Seger* (Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDK Niedersachsen). Dem schloss sich gleich eine Diskussion an. Dabei versuchte Dr. Könning,

die Position der Psychotherapeuten und den Aspekt der Diagnosestellung und Kriterien noch einmal zu beleuchten und richtig zu stellen.

Es wurde weiterhin über Rehabilitationsmöglichkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten der Wiedereingliederung gesprochen. Es wurde bemängelt, dass es wenige disability studies gäbe, was sicherlich ein relevanter Aspekt ist und in der Zukunft angegangen werden sollte.

Schließlich wurde festgehalten, dass die Informationen zu verschiedenen Angeboten für Betroffene oft fehlen. Grundsätzlich ist die Versorgung psychisch Kranker schlecht. Die Ursachen dafür sind sicherlich vielschichtig und nicht nur in der gelegentlich unterstellten schlechten Arbeit von Psychotherapeuten im ambulanten Bereich zu sehen. Oft wurde nach Möglichkeiten gefragt, wie man eine bessere Passgenauigkeit von Therapieformen zu Patienten und deren Störungen erreichen könnte.

Die Frage danach, welche Störungen mit Psychotherapie behandelt werden könnten, zeugte ein weiteres Mal deutlich davon, welcher geringer Informationsstand über psychotherapeutische Möglichkeiten, Therapieformen und verschiedene Methoden bei den Kollegen vorherrscht. Die Psychotherapie kann wesentlich mehr als es ihr oft zugetraut wird. Es mag einige wenige Behandler geben, die die sog. YAVIS-Patienten bevorzugen, aber „schwarze Schafe“ gibt es in allen Bereichen der Medizin und der Gesellschaft. Für die meisten Kolleg/inn/en gilt sicher die Sichtweise, dass die beste Versorgung für die Patienten vor allem durch gute Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kolleg/inn/en zu erreichen ist – dies gilt für die Zusammenarbeit mit Hausärzten und Psychiatern ebenso wie für die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. Es war wichtig und gut, dass Polarisierung und Schuldzuweisungen auch von anderen Veranstaltungsteilnehmer/inn/en kritisiert wurden.

Es war für mich eine sehr interessante Veranstaltung, die einige Punkte deutlich hervorgehoben hat. Wünschenswert wäre,

dass alle, die in diesem Feld engagiert sind und für eine bessere Versorgung von psychisch erkrankten Menschen arbeiten, sich auch um konstruktive Zusammenarbeit bemühen. Es wurde mir aber auch deutlich, wie viel Arbeit noch vor uns Psychotherapeuten liegt, um in der Öffentlichkeit, bei den Kollegen anderer Bereiche, bei Krankenkassen und Institutionen ein realistischeres Bild von uns zu vermitteln.

*Dipl.-Psych. Alexandra Klich
Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie
Abteilung für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Therapie- und Beratungszentrum (TBZ)
Goßlerstraße 14, 37073 Göttingen
E-Mail: aklich@uni-goettingen.de
Landessprecherin Niedersachsen*

Vorträge der Veranstaltung sind im Netz verfügbar: http://www.mdk-niedersachsen.de/mdk/mdk_info/aktuelles_Expertenforum-SEG-Psychisch-Arbeitsunfaehigkeit.htm

Mehr integrierte Versorgung für psychisch Kranke

Der Paritätische zeigt Potenzial auf und will Trendwende einleiten

Am 25.10.2011 fand die Tagung "Integrierte Versorgung - mehr als die Summe aller Teile!" in Kassel statt. Den Veranstaltern - Der Paritätische Gesamtverband in Kooperation mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie - war es wichtig, ein gemeinsames Verständnis über die optimale Ausgestaltung der Integrierten Versorgung zu erarbeiten. Die Veranstaltung veranschaulichte die Möglichkeiten und das Potenzial der integrierten Versorgung - insbesondere für Träger von sozialpsychiatrischen Angeboten. Unabdingbares Kernanliegen ist es, den Menschen mit psychischer Erkrankung in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen, ohne die wirtschaftlichen Aspekte gänzlich zu vernachlässigen. An der Veranstaltung

nahmen 170 Personen teil. Die Dokumentation der Beiträge ist auf der Homepage des Paritätischen einzusehen: www.der-paritaetische.de, Tagungen und Kongresse, Dokumentationen.

Das Instrument der integrierten Versorgung soll die gesundheitliche Versorgung von behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen verbessern und zu mehr Kosteneffizienz im Gesundheitssystem beitragen. Welche Chancen und Risiken damit für Menschen mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, war Thema dieses Fachtages.

Die Erwartungen an die integrierte Versorgung sind hoch: Sie soll eine bessere Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen des Gesundheitssystems und unterschiedlichen Heilberufen ermöglichen. Zudem sollen Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Geltungsbereich der Kranken- und Pflegeversicherung abgebaut werden. Die rechtlichen Voraussetzungen wurden 2004 im Sozialgesetzbuch V geschaffen. Ein wesentlicher Punkt: Leistungserbringer und Krankenkassen können auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung miteinander Verträge zur integrierten Versorgung schließen. Bisher wird die integrierte Versorgung vor allem praktiziert bei der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen und bei ambulanten Operationen. Jährlich werden nach offiziellen Angaben rund 1.500 Verträge abgeschlossen.

Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen existierten dagegen 2011 nur etwa 80 Verträge zur integrierten Versorgung. Dies sei ein erstaunlich geringer Umfang vor dem Hintergrund, dass immer mehr Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen seien, betonte Josef Schädle, stellvertretender Vorsitzender des Paritätischen, zur Eröffnung des sehr gut besuchten Fachtags in Kassel. Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbands ist es nicht akzeptabel, dass Menschen mit seelischen Erkrankungen bislang nur in so geringem Umfang von möglichen Verbesserungen durch die integrierte

Versorgung profitieren, wie Fachreferentin Claudia Zinke hervorhob. Sowohl mit dem Fachtag als auch mit eigens entwickelten Handlungsempfehlungen zur integrierten Versorgung will der Verband den Trend wenden. Sein Ziel ist es unter anderem, das Potenzial der integrierten Versorgung für den Personenkreis psychisch kranker Menschen herauszuarbeiten. Außerdem sollen insbesondere Träger sozialpsychiatrischer Angebote angeregt werden, sich mit dem noch relativ neuen Instrument auseinanderzusetzen und somit Einfluss auf die Gestaltung der Versorgung vor Ort zu nehmen.

Der Mensch im Mittelpunkt

Im Mittelpunkt des Interesses müssten dabei die Menschen mit psychischer Erkrankung stehen, so Claudia Zinke. Ein Punkt, den sie aus gutem Grund so deutlich hervorhob. Denn die gesetzlichen Regelungen zur integrierten Versorgung beinhalten auch heikle Aspekte. So kritisiert der Verband ebenso wie der Deutsche Dachverband Gemeindepsychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, dass auch pharmazeutische Unternehmen als Vertragspartner auftreten können. Dies berge die Gefahr, dass nicht die optimale Therapie der Patienten in den Mittelpunkt gestellt werde, sondern wirtschaftliche Interessen.

Jasna Russo vom Internationalen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen forderte, dass Betroffene in die Konzeption der integrierten Versorgung einbezogen werden müssten. Obwohl sie darauf entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention einen Anspruch hätten, sei dies bislang nicht geschehen. "Offenbar wird uns die Fähigkeit zum rationalen Denken abgesprochen." Die Perspektiven und Erwartungen der Patientinnen und Patienten müssten aber selbstverständlich berücksichtigt werden.

Ulrike Bauer

Die Autorin ist Mitarbeiterin im Paritätischen Gesamtverband – Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Der Artikel erschien in „Der Paritätische“ (1/2012).

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Fachtagung des Dachverbands Gemeindepsychiatrie

(ab). Zu ihrer vierten Fachtagung „Kleine Held(Inn)en in Not – Prävention und gesundheitsfördernde Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ hatte der Dachverband Gemeindepsychiatrie im vergangenen November nach Stuttgart eingeladen. 300 TeilnehmerInnen aus dem ganzen Bundesgebiet kamen.

Seit einigen Jahren werden bundesweit von unterschiedlichen Akteuren - auch unter Beteiligung bürgerschaftlichen Engagements - Hilfsstrukturen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufgebaut. Die Zahl der Veröffentlichungen und Fachveranstaltungen steigt.

Auf der anderen Seite stehen viele erfolgreiche Unterstützungsprojekte vor dem Problem, dass die Finanzierung sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Die Sicherung der Nachhaltigkeit sowie die Arbeit für betroffene Familien an den Schnittstellen und Übergängen der Hilfesysteme standen deshalb im Fokus dieser Tagung

Zentrales Thema: Finanzierung

In 16 Workshops, verteilt auf zwei Tage, konnten sich die TeilnehmerInnen austauschen. In den Vorträgen ging es vor allem um das zentrale Thema „Finanzierung und Steuerung der Hilfsangebote“. So referierte Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und zugleich Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern, über „Wirksame Behandlung von Familiensystemen mit psychisch erkrankten Eltern – Gestaltung von Schnittstellen“. Dr. Mike Seckinger vom Deutschen Jugendinstitut sprach über „Steuerung von komplexen Hilfen für betroffene Familien – Möglichkeiten und Herausforderungen der Jugendhilfe“. „Stand der Dinge – Finanzierung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern (Er-

gebnisse einer bundesweiten Befragung)“ lautete der Titel des Vortrags von Birgit Görres, Geschäftsführerin des Dachverbands Gemeindepsychiatrie, Bonn.

Weitere Informationen:

Die Vorträge und Workshops können anhand von Powerpoint-Präsentationen nachvollzogen werden, die sich auf der Homepage www.psychiatrie.de/dachverband (Veranstaltungen, Dokumentationen) befinden.



**INTERAKTIVE
FORTBILDUNG**

Klicken Sie sich rein:

www.afp-info.de

Alle Artikel sind von der
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig!

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen an jedem **ersten Donnerstag eines Monats um 19.00 Uhr** in Erlangen in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele, Universitätsstraße 31. Die nächsten Termine sind am 1. März, 5. April und 3. Mai.
- **Hamburg: Treffen der Kostenerstattungs-Gruppe:** Interessierte KollegInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind, treffen sich seit nunmehr drei Jahren zum regelmäßigen Austausch. Das nächste Treffen findet statt am **Dienstag, 3. April, um 19.00 Uhr** im DGVT-Ausbildungszentrum, Raum Tübingen, in der Seewartenstraße 10, Hamburg.

Am **Mittwoch, 25. April, um 20.00 Uhr** ist ein **Vortrag zum Thema „Schemageleitete Verhaltenstherapie“** mit anschließender Diskussion geplant. Als Referent ist Prof. Dr. Heinrich Berbalk eingeladen. Die Veranstaltung soll stattfinden in der Ärztekammer Hamburg, Humboldtstr. 56. Eine Einladung an alle Hamburger Mitglieder folgt.

Jour fixe: An jedem letzten Freitag eines Monats treffen sich Interessierte zu einem offenen DGVT-Stammtisch im Jimmy Elsass (Schäferstraße 26, 20357 Hamburg). Eine Einladung erfolgt jeweils kurzfristig per E-Mail. Die nächsten Termine sind am Freitag, 24. Februar, 30. März und 27. April.

Mitgliederversammlung: Um die Hamburger Vernetzung zu stärken, findet am **Mittwoch, 2. Mai, um 19.00 Uhr** im DGVT-Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10 nach längerer Ruhepause wieder eine Mitgliederversammlung statt. Alle Hamburger DGVT-Mitglieder werden rechtzeitig vorher eine Einladung erhalten. Der Termin darf aber ruhig schon einmal im Kalender notiert werden!

- **Nordrhein-Westfalen:** Netzwerkveranstaltung im KJP-Bereich am **Mittwoch, 25. April 2012, um 18.00 Uhr**. Der Ort steht noch nicht fest, wird aber rechtzeitig bekanntgegeben.

Psychotherapie kann mehr

**27. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Beratung
01. - 04.03.2012**

**1. DGVT-Spring-School
29.02.2012**

Freie Universität Berlin

Eröffnungsvortrag

Donnerstag, 01.03.2012,
9.15 Uhr
**Prof. Dr. Andreas
Maercker**
(Zürich)
*Trauma überwinden -
Was kann
Psychotherapie leisten?*

Internationales Symposium

Samstag, 03.03.2012,
9.15 Uhr
**Prof. Dr. Tom
Borkovec** (Tucson)
**Prof. Dr. Steven C.
Hayes** (Reno)
**Prof. Dr. Stefan G.
Hoffmann** (Boston)

Hauptvorträge

**Prof. Dr. Christine
Knaevelsrud**
Online-Therapie
Prof. Dr. Dieter Vaitl
*Die Faszination des
Paranormalen*
**Prof. Dr. Siegfried
Gauggel**
Neuropsychologie

**30 Symposien – 30 Workshops
Poster-Session mit 30 Beiträgen
Round Tables
DGVT-eigene Info-Veranstaltungen**

1. DGVT-Spring-School für Promovierende
Leitung: **Prof. Dr. Wolfgang Lutz** (Trier)
Mittwoch, 29.02.2012, 10.00 Uhr: Workshop (ganztags)
Donnerstag, 01.03.2012, 14.30 Uhr: Symposium

**Anmeldung
und weitere
Informationen
auf [www.dgvt.de/
kongress2012](http://www.dgvt.de/kongress2012)**

**Tageskarten und
Halbtageskarten
vor Ort erhältlich**



dgvt
Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.