



Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

## **Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik**

Supplement zu VPP 3/2012  
31. Juli 2012

### ***Aus dem Inhalt***

- **Kuhhandel für Niedergelassene:  
Extrabudgetäre Vergütung gegen  
neue Bedarfsplanung?**
- **Reform des Psychotherapeutengesetzes und  
tarifliche Regelung der PiA-Bezahlung –  
Fragen an die Gesundheitsministerkonferenz**
- **Neuropsychologische Weiterbildung:  
Was ist nach der Psychotherapie-Ausbildung  
sinnvoll?**

**Herausgeber:**

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.  
DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe

Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen  
Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen  
Telefon 07071 9434-0 / -10  
Telefax 07071 9434-35  
E-Mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de) / [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de)  
Internet: [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) / [www.dgvt-bv.de](http://www.dgvt-bv.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*

- **Sitzung der Konzentrierten Aktion KBV/Berufsverbände** ..... 6
- **Neuropsychologische Weiterbildung: Was ist nach der PP/KJP-Ausbildung sinnvoll?**..... 8
- **KJP-Mindestquote: Weitere 177 neue Sitze ab 2013**..... 11
- **G-BA setzt Demografiefaktor aus – Reform der Bedarfsplanung für PP/KJP weiterhin offen** ..... 12
- **Josef Hecken neu an der Spitze des Gemeinsamen Bundesausschusses** ..... 13
- **Prävention: Konzept vorgelegt für „Nationale Präventionsstrategie“**..... 14
- **GKV und PKV weiter im Gleichschritt?**..... 15
- **TK-Gesundheitsreport: Mobilität Risikofaktor für psychische Erkrankungen**..... 16
- **Gutachten des Sachverständigenrats: Defizite an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung**..... 17
- **Unerwünschte Folgen der Psychotherapie (taz-Artikel vom 19.05.2012)**..... 17
- **Arzneimittelreport der Barmer GEK belegt geschlechtsspezifisches Verordnen von Psychopharmaka** ..... 19
- **BGH-Urteil: Kassenärzte dürfen Geld von Pharmafirmen annehmen – vdaä und Transparency fordern neue gesetzliche Regelung**..... 20
- **Sozialgericht weist Klage gegen elektronische Gesundheitskarte ab**..... 21
- **US-Gesundheitsreform kann in Kraft treten** ..... 22

### *Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg	23
Bayern	24
Hamburg	27
Hessen	28
Mecklenburg-Vorpommern	29
Schleswig-Holstein	30

### *Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung*

- **85. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) plädiert für tarifliche Regelung der PiA-Bezahlung** ..... 32

- **Fragen an die Geschäftsstelle der GMK**..... 33
- **Berliner PiA im Dialog – Grüne Fraktion will sich für Verbesserung der Situation einsetzen**..... 35

*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

- **Start des PNP-Vertrages in Baden-Württemberg am 1. Juli 2012** ..... 36
- **KBV-Honorarbericht: Psychotherapeuten haben geringstes Einkommen aller Facharztgruppen**..... 38
- **Teilnahme am ZI-Praxis-Panel**..... 39
- **Vertreterversammlung KV Mecklenburg-Vorpommern**..... 39
- **Gesetzliche Unfallversicherung: „Psychotherapeutenverfahren“** ..... 41

*Alles was Recht ist . . .*

- **Gründung von Zweigpraxen erleichtert**..... 43
- **AU-Richtlinie bei Arbeitslosigkeit – G-BA stellt Maßstab klar** ..... 43
- **Patientenrechtegesetz**..... 44
- **Haftungsrecht: Arzt muss aktuelle Fachliteratur kennen**..... 44
- **BGH: Betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung ist unzulässig** ..... 45

*Tagungsberichte*

- **Gesellschaft für Gemeinpsychologie tagte – Bernd Röhrles Wirken stand im Mittelpunkt** ..... 47
- **Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vom 13. bis 15. Juni** ..... 48
- **115. Deutscher Ärztetag spricht sich für Erhalt der postgradualen Ausbildungsstruktur von PP/KJP aus**..... 49

*Leserbrief*

- **Neuropsychologische Therapie wird Kassenleistung** ..... 53

*Weitere Infos*

- **40 Jahre Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**..... 54

*Regionale Mitgliedertreffen, Termine*

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die große Gesundheitspolitik macht es derzeit spannend, was die zukünftige Ausgestaltung der Finanzierung der Psychotherapeutenhonorare betrifft. Wurde zunächst am 17. Juli von der Ärztezeitung vermeldet, die Regierungsfractionen hätten sich auf ein extra Psycho-Budget geeinigt, kam am Tag darauf umgehend das Dementi des Bundesgesundheitsministeriums: es solle nun doch kein Extra-Budget für Psychotherapeuten geben.

Die Frage der extrabudgetären Vergütung der Psychotherapie ist in engem Zusammenhang zu sehen mit der Reform der Bedarfsplanung, die zum 1.1.2013 neu festzulegen ist. Viele Studien zeigen den gestiegenen Bedarf an Psychotherapie auf, wir berichten u. a. über den aktuellen TK-Gesundheitsreport in diesem Heft. Die BPTK und die Verbände fordern zusätzliche Praxis-sitze, um eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Dies ist allerdings nur mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) umsetzbar (nicht gegen sie), und deren Zustimmung war nur zu erreichen, wenn die Psychotherapeuten bereit sind, gemeinsam von der Politik zu fordern, dass Psychotherapiehonorare außerhalb des gedeckelten Globalbudgets finanziert werden. Dann hätten auch die Fachärzte etwas davon, so offenbar die Kalkulation der KBV - denn die Psychotherapiehonoraranteile, die innerhalb des Budgets dann nicht mehr benötigt werden, könnten auf die Fachärzte verteilt werden. Eine schöne win-win-Situation. Solange die Politik mitspielt. Warten wir ab, wie es ausgeht.

Fehlentwicklungen bei der Umsetzung des sog. Demografiefaktors will der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den kommenden Monaten im Rahmen der grundlegenden Reform der Bedarfsplanung korrigieren. Das ist eine wichtige und gute Entscheidung für unseren Bereich, da gerade Psychotherapeuten-Sitze in besonders schlecht versorgten Planungsbezirken durch den Demografiefaktor gefährdet waren.

Wir berichten in diesem Heft über eine weitere positive Entwicklung: auch die Regelung zur KJP-Mindestquote wurde vom

G-BA aktuell nachjustiert. Ab 1.1.2013 können bundesweit voraussichtlich weitere 177 Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgeschrieben werden. Diese zusätzlichen Sitze hätten jedoch bereits seit 2009 der Versorgung zur Verfügung stehen müssen. Die sog. Gemeinsame Selbstverwaltung (aus GKV-Spitzenverband und Vertretern der Leistungserbringer im G-BA) hat hier viel zu zögerlich gehandelt.

Über die Aufnahme der ambulanten Neuropsychologie in den Leistungskatalog der GKV hatten wir bereits in der letzten Ausgabe der Rosa Beilage berichtet. In diesem Heft widmet sich ein Beitrag der Frage, welche Anforderungen an PP/KJP im Rahmen der Weiterbildungsordnungen zur Neuropsychologischen Therapie sinnvoll sind.

Auch die dringend anstehende Reform des Psychotherapeutengesetzes ist Thema in diesem Heft. Die Gesundheitsministerkonferenz hatte sich im Juni vorbildlich für den Master als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeuten-Ausbildung sowie für eine tarifliche Regelung der PiA-Bezahlung ausgesprochen - beide Forderungen werden von der DGVT geteilt. Doch auch hier zögert die aktuelle Bundesregierung und gibt kein positives Signal an unseren Berufsstand, dass die Reform rasch in Angriff genommen werden soll.

Außerdem finden Sie Einschätzungen zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, die Waltraud Deubert in ihrem Bericht vom Hauptstadtkongress zusammengetragen hat, Berichte aus den Ländern, Tagungsberichte sowie Aktuelles aus der Rechtsprechung.

Und zuletzt noch ein Hinweis auf unsere neu gestaltete Homepage. Der DGVT-Berufsverband präsentiert sich neu mit seinem Informationsangebot und auch die DGVT-Seite hat ein neues Design bekommen - schauen Sie doch mal rein unter [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)!

Wir wünschen Ihnen allen einen schönen Sommer und viel Freude bei der Lektüre.

*Waltraud Deubert  
Angela Baer*

*Heiner Vogel  
Kerstin Burgdorf*

## Gesundheits- und Berufspolitisches

### **12. Sitzung der Konzertierten Aktion KBV/Berufsverbände**

Kurz nach Erscheinen der letzten Rosa Beilage fand am 29. Mai 2012 in Berlin die zwölfte Sitzung der sog. Konzertierten Aktion KBV/Berufsverbände statt. Im Bericht der Ergebnisse der Sonder-Vertreterversammlung (VV) der KBV vom 26. April ging KBV-Vorsitzender Dr. Köhler ausführlich auf die Forderung der VV nach extrabudgetärer Vergütung der Psychotherapie ein. Das Thema kochte ja in den Tagen vor dieser Sitzung aktuell hoch in Berlin, hier quasi im Nachtrag ein paar Infos zu den Hintergründen.

Die Abtrennung des psychotherapeutischen Vergütungsbereichs aus der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) werde laut Köhler von der KBV gewünscht, weil das bisherige Vergütungsvolumen nicht ausreiche, was wiederum die Ärzte-Geldtöpfe reduziere. Seit dem Jahr 2000 sei die Zahl der Psychotherapeuten von 15.500 ausgehend um 5.000 angewachsen, dem G-BA-Bericht sei weiter zu entnehmen, dass die Fallzahlen von 2,8 auf 3,9 Millionen angewachsen sei. Das Vergütungsvolumen betrage 1,5 Milliarden Euro und sei ab 2000 (750 Millionen Euro) deutlich angestiegen. Seit 2008 gilt: „Die Mitgift reicht nicht mehr!“. Köhler zeigte dann auch einen Diskussionsentwurf zur Modifizierung des Gutachterverfahrens. Nach 10 Stunden Probatorik (eine trickreiche Idee, um die schlechter vergüteten, nicht genehmigungspflichtigen Sitzungen auszuweiten; Anmerkung JF) können dann auf Antrag mit obligatorischem Bericht sowie obligatorischen Tests 50 Sitzungen stattfinden, sofern dem Antrag stattgegeben wird. Dasselbe dann nochmals für weitere 30 Sitzungen, die als Verlängerung beantragt werden können, abschließend sollen immer nochmals Tests zur Qualitätssicherung vorgenommen werden. Auch eine

Diskussion um die großen Stundenkontingente der Psychoanalyse sei wohl nicht mehr lange zu vermeiden.

Ein Hintergrund der besonderen Aufmerksamkeit, die die PT derzeit genießt, ist, dass unter den zehn größten Kostentreibern Psycho-Diagnosen Platz 1-4 besetzen (selbst wenn das durchaus auch Fälle sind, die anlässlich rein ärztlicher Leistungen diagnostisch klassifiziert wurden; Anmerkung JF). Die Honorargarantie des Bundessozialgerichts (das sog. 10 Pfennig-Urteil) verhindere eine Punktwertabsenkung durch die KVen, wenn das Geld aus dem Vorwegabzug nicht mehr reiche. Also habe man sich eine Zeit lang mit Mengenquotierung beholfen. Der VV-Beschluss habe nun zwar einen klaren Schnitt gefordert, ein für die KBV erstelltes Rechtsgutachten habe aber gezeigt, dass es rechtlich nicht möglich sein dürfte, als KV selber die Psychotherapie-Vergütungen extrabudgetär abzutrennen. In der Folge habe die KBV nun den Gesetzgeber aufgefordert, die Psychotherapie aus der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung herauszunehmen. Die ersten Signale der Politik hatten gezeigt, dass eine Sensibilität dafür da ist. Möglich wäre, das Patientenrechtgesetz als sog. Omnibusgesetz zu nutzen und weitere Gesetzesänderungen anzuschließen. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer stütze wohl dieses Ansinnen.

Vorwegabzüge vor der Trennung der Gesamtvergütung gebe es seit dem Jahr 2000, neben der Richtlinienpsychotherapie auch für Laborleistungen und den Notfalldienst. Ein Bundessozialgerichtsurteil von 2006 stelle aber auch die Vorwegabzüge infrage. Ein Orthopäde hatte gegen seine Honorarstützung alleine aus dem fachärztlichen Versorgungstopf geklagt, die Urteilsbegründung sei eindeutig: Eine Stützung fachärztlicher Leistungen dürfe nicht aus dem hausärztlichen Vergütungsbereich erfolgen. Die juristische Frage hieße nun: Ist der Vorwegabzug einer Stützungsleistung

gleichzusetzen? (JF: Dann würden die Hausärzte wohl noch stärker auf das Ende des Psychotherapie-Vorwegabzuges drängen.) Die Labor-Vorwegabzüge würden in den Länder-KVen völlig unterschiedlich gehandhabt. Da Verschiebung des Labormaterials möglich sei, gebe es den sog. Labor-Tourismus. Da Laborleistungs-Selbstzuweiser bis zum Dreifachen der Laborkosten Anderer produziert hatten, mussten für sie nun besondere Begrenzungsregeln getroffen werden.

Mit oder ohne Vorwegabzüge, der historische Schritt der Trennung des Gesamtvergütungsbudgets werde kommen – Köhler ist da optimistisch! Seit 2007 sei der Hausarzt / Facharzt Trennungsfaktor unüberprüft geblieben, als sei er heilig (Der Haupt-Verteilungskampf wird wohl zwischen dem Haus- und dem Facharzt-Lager stattfinden, es ist zu vermuten, dass das aktuelle Psychotherapie-Auslagerungsbegehren hierbei eher ein Vorgefecht bzw. ein Nebenschauplatz ist, denn im Vorwegabzug können unsere Kosten auch die Hausärzte tangieren, obwohl wir doch formal zur Facharzt-Seite zählen; Kommentar JF). Für die Diskussion um asymmetrische Änderungen reichen Köhler indes die Arztzahl-Änderungen als Indikator nicht aus. Bis zur Vertreterversammlung im ersten Quartal 2013 werde auch hierzu ein Gutachten vorliegen.

Zur EBM-Weiterentwicklung: die Beratungen mit den GKV-Spitzenverbänden seien bald abgeschlossen. Einzelne EBM-Kapitel dürfen früher fertig gestellt werden, aber nur ohne Implikationen finanzieller Umverteilungen. Die hohen Pauschalen bei Hausärzten, Chirurgen und Orthopäden sollen aufgelöst werden. Von den Pauschalen müsse man weg, da sie die Morbidität verbergen. Kostenintensive Leistungen würden an hohe Auslastung geknüpft (Herzkatheter usw.). Zuwendungsleistungen sollen indirekt gestärkt werden, indem andere Kalkulationszeiten verringert werden. Da es bei der letzten EBM-Reform keine festen Punktwerte gab, seien die Kalkulationszeiten zu hoch gegangen. Nun werde man zumindest Gesprächszeiten dokumentieren lassen müssen.

Es solle aber keine neuen Kontakt-Ziffern („Teppich-Abnutz-Gebühren“) geben. Umverteilungen zwischen den Arztgruppen würden nur aus Gesamtvergütungs-Zuwächsen ermöglicht, den Fehler von 2009 werde man nicht wiederholen. Die EBM-Weiterentwicklung solle und werde auch nicht die Auftrennung der Gesamtvergütung beeinflussen.

Man müsse den kalkulatorischen Arztlohn von derzeit 105.000 Euro verbessern, da Angestellentarife und Betriebskosten gestiegen sind. Eine Steigerung des Punktwerts auf sechs ct würde 18 Milliarden Euro Zuwachs bedeuten, realistisch seien aber nur 3 Milliarden Euro. Zwecks Bürokratiekosten-Abbau will man die vielen Leistungsausschlüsse im EBM reduzieren. Es soll arztgruppenspezifische, zeitgesteuerte Volumenbegrenzungen geben. Bezugsgröße sollen 36.720 Minuten pro Quartal sein.

An die Berufsverbände würden im September EBM-Fragenkataloge geschickt, zu den daraus folgenden Vorschlägen wolle man dann im Dialog Anpassungen erreichen und auf der VV im Mai 2013 Beschlüsse für die dann folgende Verhandlungsphase fassen. Ab Juli 2014 soll dann ein neuer EBM gelten.

Ein Hauptthema dabei werde wohl das Problem „Begrenzte Leistung für begrenztes Geld“ sein: Die ärztliche Grundversorgung zu definieren war ein weiterer Beschluss der Sonder-VV. Leistungen auszuschließen sei aber schwer möglich, die Indikationen seien zu individuell, auch wenn die Kassen Leistungsbegrenzungen wollten, weil sie zu ihren Gunsten gingen. Werde man Diagnosen ausschließen? Des Weiteren wolle man einen Katalog der delegationsfähigen Leistungen erstellen.

Herr Dr. von Stillfried vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) sprach zur ZI-Praxis-Panel-Erhebung (ZIPP): 2012 bekommen die Steuerberater erstmals eine dafür hilfreiche Datev-Software. Es wird für die Praxen künftig als Incentive ein individuelles Feedback erstellt werden. Mit dem vorliegenden Jahresbericht 2010 umfasst das ZIPP mittlerweile genauso

viele Praxen wie der DESTATIS-Bericht (Statistisches Bundesamt) 2007 bei höherer Aktualität und Genauigkeit. ZIPP weise höheren Aufwand und geringere Überschüsse für 9 der 13 DESTATIS-Fachgruppen aus. Mittlerweile seien die Betriebskosten gestiegen, und es gebe einen Investitionsstau. Die ärztliche Wochenarbeitszeit betrug 2010 im Schnitt 52 Stunden, Administratives verbrauchte 26 % davon. Der kalkulatorische Arztlohn des EBM von 105.571,80 Euro wurde um 13 % unterschritten, er lag bei 92.000 Euro. Regionale ZIPP-Daten bekommen nur die Länder-KVen für die Euro-Gebührenordnungs-verhandlungen. Besser werden müsse der Rücklauf in vielen Fachgruppen. Nicht alle seien so vorbildlich wie die Psychotherapeuten mit 120 % des vorab definierten Mindest-Rücklaufs.

Dr. Gibis berichtete zum Stand der Reform der Bedarfsplanung-Richtlinie, die zum 1. Januar 2013 kommen soll. Der einzige Änderungswunsch zu den Planungsgruppen aus dem KBV-Konzept kam von den ärztlichen Psychotherapeuten, sie wollen für sich eine „Quote in der Quote“. Bezüglich der noch festzulegenden Raumordnungsplanung bevorzugen die GKV-Spitzenverbände die Mittelbereichsebene (Raumordnungsregionen) zur Berechnung künftiger Zulassungsmöglichkeiten. Lediglich die nachfolgende Verteilung solle auf Gemeindeverbandsebene erfolgen. Demnach würde es laut Gibis nur bei Abbau von Überkapazitäten in den Städten mehr Hausarzt- oder Psychotherapeuten-Sitze auf dem Land geben. Das könne eine Sonderbedarfs-Generierungsmaschine werden. Bei den Berufsverbänden sei der Vorschlag einer künftig vierfachen Prüfung von Sonderbedarf unbeliebt gewesen. Für die künftigen Verhältniszahlen wünschen die Krankenkassen keine Anwendung eines Demografiefaktors, dafür aber eine Berücksichtigung der ärztlichen Versorgungsbeiträge. Das Gutachten des Instituts für Infrastruktur und Gesundheit (IGES) für den G-BA<sup>1</sup> schlug hingegen vor, dabei die Bevölkerungs-Morbidität über Alter, Ge-

schlecht und Soziodemografisches zu berücksichtigen, als Stichtagsjahr wurde 2010 empfohlen. Lediglich die Hausärzte sollten auf Kreisebene „beplant“ werden, Fachärzte in den Raumordnungsregionen, Feinsteuern wird auch hier nur nachgeordnet für die Zulassungen empfohlen. (JF: Mit der für die Facharztgruppe untypisch hohen Anzahl an PsychotherapeutInnen könnte man dafür argumentieren, uns analog den Hausärzten zu behandeln.) Das IGES empfiehlt, die Möglichkeit zu schaffen, Niederlassungen zu befristen.

Für den Unterausschuss bleibt also noch viel Abstimmungsarbeit, eventuell kommt die Richtlinie auch erst Mitte 2013.

*Jürgen Friedrich*  
*Sprecher der Fachgruppe Niedergelassene*

## **Neuropsychologische Weiterbildung: Was ist nach der PP/KJP-Ausbildung sinnvoll?**

Die Diskussion um die „Weiterbildung<sup>2</sup> in Neuropsychologie (NP)“ ist durch den Beschluss des G-BA vom 24.11.2011 zur Neuropsychologie<sup>3</sup> besonders aktuell geworden. Der G-BA hat in diesem Beschluss in § 6 Abs. 2 Nr. 3 und 4 festgehalten: „Zur neuropsychologischen Diagnostik (...) und zur neuropsychologischen Therapie (...) sind berechtigt (...) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ... Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (...), jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsycho-

<sup>2</sup> Zur Definition bzw. Abgrenzung der Begriffe „Weiterbildung“ vs. „Ausbildung“ im Bereich Psychotherapie siehe unten.

<sup>3</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2011: „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Neuropsychologische Therapie)“. Sowie „Neuropsychologische Therapie“, Zusammenfassende Dokumentation des Beratungsverfahrens gem. § 135 Abs. 1 SGB V vom 24.11.2011.

<sup>1</sup> [http://www.iges.de/presse07/pressemeldungen\\_2012/bedarfsplanung/index\\_ger.html](http://www.iges.de/presse07/pressemeldungen_2012/bedarfsplanung/index_ger.html)



therapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.“

Damit sind auch diejenigen Landespsychotherapeutenkammern, die noch keine Regelung haben, implizit „angeregt“ worden, eine Weiterbildungsordnung für das jeweilige Land zu erarbeiten und zu beschließen. Aus der Darstellung des G-BA ist auch der Bedarf an neuropsychologischen Behandlungsleistungen anhand epidemiologischer Zahlen abzulesen (ca. 400.000 pro Jahr aufgrund von Unfällen bzw. Schlaganfällen, zuzüglich des Bedarfs an langfristigen, neuropsychologischen Behandlungen)<sup>4</sup>. Um eine Bedarfsdeckung an neuropsychologischer Therapie zukünftig gewährleisten zu können, erscheint es sinnvoll, die Anforderungen an entsprechende Weiterbildungsregelungen einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Derzeit sind die Kriterien zur Erlangung des Weiterbildungszertifikates nach der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) von den KollegInnen während (!) ihrer beruflichen Tätigkeit zu erfüllen (sofern die WeiterbildungsteilnehmerInnen nicht ohnehin in einer neuropsychologischen stationären Einrichtung arbeiten).

Zu berücksichtigen ist der Indikationskatalog<sup>5</sup> für NP, wie ihn der G-BA<sup>6</sup> in § 4 Abs. des o. g. Beschlusses definiert hat: „Unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen, der Diskussion mit den beteiligten fachkundigen Beratern und der Literaturauswertung kommen für die neuropsychologische Therapie folgende Störungen, Schädigungen und Behinderungen gemäß ICD-10 in Betracht:

- F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
- F06.6 Organische emotional labile (asthenische) Störung,

- F06.7 Leichte kognitive Störung,
- F06.8 Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
- F06.9 Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

jeweils nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung). Die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist dabei nur zulässig bei krankheitswertigen Störungen in den folgenden höheren Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereichen): 1. Lernen und Gedächtnis, 2. Höhere Aufmerksamkeitsleistungen, 3. Wahrnehmung, räumliche Leistungen, 4. Denken, Planen und Handeln, 5. Psychische Störungen bei organischen Störungen.“

Es ist nach meiner Überzeugung kaum zu übersehen, dass eine Weiterbildung in NP, die in ihrem Kern vor dem Psychotherapeutengesetz (PTG) von 1998 konzipiert worden ist und für die damalige Situation durchaus sinnvoll gewesen sein mag, nach dem Inkrafttreten des PTG mit den danach erfolgten Psychotherapieweiterbildungen nicht mehr akzeptiert werden kann, ohne die Regelungen entsprechend zu adaptieren.<sup>7</sup>

Nicht uninteressant ist es in diesem Zusammenhang, die Entstehungsgeschichte der Neuropsychologie-Kriterien in der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der BPtK<sup>8</sup> zu betrachten, die klar nach den damaligen Richtlinien der GNP<sup>9</sup> entstanden sind.<sup>10</sup> Und die aktuelle MWBO entspricht explizit den Curricula der GNP. Dies wird von der GNP

<sup>4</sup> G-BA, 24.11.2011, Neuropsychologische Therapie, Zusammenfassende Dokumentation, S. 14.

<sup>5</sup> Nicht weniger, aber auch nicht mehr!

<sup>6</sup> G-BA-Beschluss vom 24.11.2011, § 4.

<sup>7</sup> Ich bedaure für mich, dass ich das auf dem 8. Deutschen Psychotherapeutentag 2006 selbst noch nicht gesehen habe!

<sup>8</sup> 05.11.2011, letzte Fassung, 1. Fassung 13.05.2006.

<sup>9</sup> Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.

<sup>10</sup> Mündlicher Bericht auf dem 8. DPT, vom 13.05.2006.

in einer aktuellen Darstellung bestätigt: „Das Curriculum der Musterweiterbildungsordnung und das der GNP sind äquivalent. Damit soll gewährleistet werden, dass das GNP-Zertifikat von den Kammern auch zukünftig anerkannt werden kann.“<sup>11</sup>

Die Weiterbildungsinhalte sollen hier nur kurz skizziert werden (s. Literatur). Insgesamt sind 400 Stunden Theorie, 100 Stunden Supervision, 5 Falldokumentationen, zwei Jahre klinische Berufstätigkeit auf klinischen Stellen (Ganztagsstellen oder entsprechende Verlängerung) zu absolvieren.

Wenn man noch einen Schritt weiter geht und berücksichtigt, dass erstens die Weiterbildung (Ausbildung) zum PP/KJP den - ich denke auch berechtigten (s. u.) - Anspruch hat, weitgehend das gesamte Spektrum an psychischen Störungen nach ICD-Kap. V abdecken zu können (inkl. Persönlichkeitsstörungen als Beispiel) und zweitens, dass auch den PP/KJP Transferkompetenzen zugesprochen werden müssen, dann ist der Umfang der Weiterbildung in NP wahrscheinlich nicht mehr zu rechtfertigen.

Angesprochen werden soll noch der Begriff der „Weiterbildung“. Es dürfte sich inzwischen weitgehend herumgesprochen haben, dass das PTG als Bundesgesetz nur von „Ausbildung“<sup>12</sup> sprechen konnte, weil Weiterbildungen der Länderhoheit unterliegen und Länder und Bund sich damals nicht zeitnah zu einer entsprechend umfassenden Gesetzgebung in der Lage gesehen haben. Wäre das PTG entsprechend nach den Grundsätzen der Länder umgesetzt worden, dann wäre die „Ausbildung“ von PP/KJP eine „Weiterbildung“ nach einer Weiterbildungsordnung des jeweiligen Landes, die es 1998 noch gar nicht geben konnte<sup>13</sup>. Geht man ferner davon aus, dass z. B. der Diplomabschluss in Psychologie (inkl. Schwerpunktfach Klinische Psychologie) dem Abschluss des Medizinstudiums entspricht,

woran kein Zweifel bestehen kann (ich hoffe, dass die meisten PP/KJP dies ebenso sehen, sonst könnten sie vielleicht noch ein bisschen Nachhilfe in Selbstbewusstsein vertragen), dann sollte die „Ausbildung“ von PP/KJP im Sinne einer Weiterbildung analog den ärztlichen Weiterbildungen betrachtet werden.<sup>14</sup>

Ein Blick in die aktuellen Approbationsordnungen sowie Diplomordnungen im Fach Psychologie<sup>15</sup> zeigt dies deutlich. Hinsichtlich der Vorbereitung auf die Bereiche bei „P-Fachgebieten“ (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie etc.) dürften die o. g. Diplom-Studiengänge in Psychologie sogar im Vorteil sein.<sup>16</sup> Bezogen auf die o. g. Weiterbildungsdefinitionen würde die „Weiterbildung in NP“ also eine „Weiterbildung nach einer Weiterbildung“ darstellen, was es im Bereich der Medizin schlicht nicht gibt. Richtig ist, dass in der Medizin mehrere Weiterbildungen neben- oder nacheinander erbracht werden können. Neben den Weiterbildungen (Fachgebiete) in der Medizin gibt es „Basisweiterbildungen“, „Schwerpunktweiterbildungen“ und „Zusatzweiterbildungen“.<sup>17</sup> Es sei noch hinzugefügt, dass es keine ärztliche Weiterbildung (gleich welcher Art) zu geben scheint, die einen Umfang von 240 Stunden Theorie überschreitet.

Allein nach diesen zitierten Informationen kann der Schluss gezogen werden, dass die Weiterbildung in NP nach der MWBO der BPTK in ihrem Umfang nicht nur weit überzogen ist, sondern dass sie u. a. wegen ihres Umfanges für viele (besonders niedergelassene) PP/KJP praktisch nicht absolvier-

<sup>11</sup> GNP: Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie ab 01.08.2007. Infomaterial Nr. 1, S. 2.

<sup>12</sup> Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998, § 2 Abs. 1, Satz 2.

<sup>13</sup> Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wurde bspw. als zweite Kammer erst 2001 gegründet.

<sup>14</sup> Während meiner langjährigen Mitgliedschaft im Gemeinsamen Beirat von Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und Ärztekammer Niedersachsen wurde von keiner Seite diese Gleichsetzung in Frage gestellt.

<sup>15</sup> Hinsichtlich der Psychologie gilt: Diplom-Studiengang Psychologie. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass gut abgestimmte und aufeinander aufbauende Bachelor- und Masterstudiengänge diese Kompetenzen - auch unter Verlust von Synergieeffekten - ebenso bieten werden.

<sup>16</sup> Noch gibt es offenbar mindestens drei Universitäten mit einem Diplomstudiengang Psychologie, wo die entsprechenden Ordnungen eingesehen werden können.

<sup>17</sup> Vgl. Bundesärztekammer, Muster-Weiterbildungsordnung, aktuelle Fassung vom 25.06.2010.

bar ist. Welche „Blüten“ hier sprießen, zeigt die aktuelle Entwicklung seitens der BPTK.<sup>18</sup> Inzwischen enthält die MWBO eine zweite Weiterbildung, die der Systemischen Therapie (ST), immerhin nur mit „mindestens 240 Stunden Theorie“.<sup>19</sup> Im Übrigen sollte m. E. auch in Bezug auf die sonstigen Anforderungen (erheblich viele Stunden an Supervision und Selbsterfahrung) Abstriche vorgenommen werden.

Wenn nicht insgesamt Einhalt geboten wird (die Weiterbildungen für PP/KJP in NP und ST umfassen bisher insgesamt: 1240 Stunden Theorie<sup>20</sup> und rund 400 Stunden Supervision und Selbsterfahrung<sup>21</sup>), dann gibt es vermutlich bald Weiterbildungen zu Schmerzstörungen, Angststörungen, Somaformen Störungen usw. (Auswahl fast zufällig). Es dürfte klar werden, dass damit die Abwertung der Approbation von PP/KJP verbunden wäre.<sup>22</sup>

Diesen Beitrag möchte ich mit zwei Fragen abschließen:

1.) Wer rettet PP/KJP vor einer Abwertung ihrer Approbation?

<sup>18</sup> Nur übertroffen von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz mit 9 Weiterbildungsregelungen.

<sup>19</sup> BPTK, MWBO, von 2011, § 21.

<sup>20</sup> 1400 Stunden Theorie entsprechen der Theorie von über 5 (in Worten: fünf) Fachgebietenweiterbildungen in der Medizin, eher mehr, da einige mit 100 Stunden Seminare in Weiterbildung auskommen.

<sup>21</sup> Die Sinnhaftigkeit hoher Selbsterfahrung - zudem noch „spezifisch“ bei jeder Weiterbildung ist seit Jahren in Frage zu stellen. Siehe hierzu:

- Cremerius, J. (1992): Der Lehranalytiker begeht jeden einzelnen dieser Fehler. Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. In: Streeck, U. et al.: Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. S. 52-69, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lange, A. (1994): Nicht-schulspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. Psychologische Rundschau, 45 (3), 148-156.

<sup>22</sup> Dabei sollte - ohne eine „Neiddiskussion“ losbrechen zu wollen berücksichtigt werden, dass PP/KJP ihre Weiterbildungen nicht unter den wirtschaftlichen Bedingungen angestellter Ärzte nach den Tarifabschlüssen des Marburger Bundes absolvieren. Das oft benutzte Argument des „hohen Praxisanteils“ in der ärztlichen Weiterbildung zieht schon deswegen nicht, weil die PP/KJP-Weiterbildungen auch berufsbezogen, z. B. in Kliniken, durchgeführt werden können.

2.) Wer eliminiert die vielfachen Redundanzen in den Weiterbildungsordnungen?

*Dr. Heinz Liebeck, Dransfeld*

## **KJP-Mindestquote: Weitere 177 neue Sitze ab 2013**

Ab 1.1.2013 und damit vier Jahre (!) nach der Einführung der KJP-Mindestquote durch den Gesetzgeber können endlich auch die restlichen Mindestquoten-Sitze ausgeschrieben werden. Dann erst tritt der ergänzende G-BA-Beschluss vom 16.2.2012, der im Juli 2012 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, in Kraft. Diese Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bringt in einer weiteren Runde im Laufe des Jahres 2013 nach einer Berechnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) bundesweit 177 neue Sitze für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (wir berichteten).

Der neue Beschluss streicht die umstrittene Fußnote in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ersatzlos. Die vom G-BA ursprünglich formulierte Fußnote sah vor, dass Psychotherapeuten, die sowohl als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen sind, unabhängig davon, in welchem Umfang und ob überhaupt Kinder und Jugendliche von ihnen behandelt wurden, mit einem Anteil von 0,5 auf die 20 %-Quote der „ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuenden“ Behandler anzurechnen waren. Nach Angaben der BPTK arbeiten in Deutschland 667 niedergelassene Psychotherapeuten mit einer doppelten Zulassung, davon behandeln mehr als 40 % ausschließlich Erwachsene. Nur etwa 10 % behandeln überhaupt zur Hälfte Kinder und Jugendliche (der G-BA hatte dies für alle doppelt zugelassenen Psychotherapeuten zur Prämisse gemacht).

Die zusätzlichen Sitze hätten bereits seit 2009 der Versorgung zur Verfügung stehen müssen. Es wäre die Aufgabe der Selbstver-

waltung gewesen, rasch zu handeln, nachdem die Fehlschlüsse einzelner Zulassungsausschüsse festgestellt wurden. Es hat nun mehrere Jahre gebraucht, um eine Neu-Regelung durch den G-BA zu erhalten. Ein weiteres Beispiel für die großen Spielräume, die die sogenannte Selbstverwaltung ausgestalten kann und die nicht zwingend im Sinne der psychotherapeutischen Versorgung genutzt werden.

Zur Erinnerung: Am 1. Januar 2009 führte der Gesetzgeber eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein. Danach sollten mindestens 20 % der niedergelassenen Psychotherapeuten „ausschließlich“ Kinder und Jugendliche behandeln. Dabei zählten die Landesausschüsse bei der Neuberechnung der Sitze dann aber auch solche Psychotherapeuten, die sowohl als „Psychologischer Psychotherapeut“ als auch „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, zur Hälfte als „Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln“. Es wurden in der Summe zu wenige neue Sitze geschaffen. Betroffen sind annähernd alle Länder-KVen.

Die ab 1.1.2013 neu zu ermittelnden Praxissitze werden auch von PP/KJP besetzt werden können, die zum Zeitpunkt der Bewerbung bereits eine Zulassung in einem anderen Planungsbezirk haben. Die im Jahr 2009 in Kraft getretene Regelung der Mindestquote sah zunächst vor, dass Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits in einem Planungsbereich zugelassen waren, und nach Wegzug aus dem Planungsbereich eine erneute Zulassung aufgrund der Mindestquote beantragten, erst nach einer sechsmonatigen Karenzfrist einen Antrag auf Zulassung stellen konnten. Dieser § 47 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist nun ebenfalls aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 16.2.2012 ersatzlos weggefallen.

Erst wenn die sog. Landesausschüsse, in denen Vertreter der Krankenkassen und der KVen zusammenkommen und die landesbezogenen Bedarfsplanungszahlen feststellen, dann Anfang 2013 getagt haben, können wir konkrete Hinweise an die Mitglieder geben,

in welchen Planungsbezirken mit weiteren Neu-Ausschreibungen zu rechnen ist.

Zuvor müssen von den einzelnen KVen die Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes umgesetzt werden. Dieses Gesetz hat dem G-BA aufgegeben, die Bedarfsplanungs-Bezirke zum 1.1.2013 neu zu definieren mit dem Ziel einer „flächendeckenden ambulanten Versorgung“. In diesem Zuge werden die Verhältniszahlen Einwohner/ Psychotherapeuten bundesweit neu berechnet. Und dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Berechnung der 20 %-Mindestquote und die Verteilung der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in den einzelnen Planungsbezirken. Unser Berufsstand fordert im Zuge dieser Neuberechnung weitere neue Zulassungsmöglichkeiten sowohl für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch von Erwachsenen. Eines der Hauptargumente dafür sind die bundesweit zu langen Wartezeiten auf einen Therapie-Platz.

*Kerstin Burgdorf*

## **G-BA setzt Demografiefaktor aus Reform der Bedarfsplanung für PP/KJP weiterhin offen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19.7.12 beschlossen, den sog. Demografiefaktor in der Bedarfsplanung zum 31.12.2012 auszusetzen. Das ist eine wichtige und gute Entscheidung für unseren Bereich, da insbesondere Sitze für Psychotherapeuten in besonders schlecht versorgten Regionen durch den Demografiefaktor gefährdet sind.

Eine kurze Erläuterung: Der G-BA hatte 2010 einen zusätzlichen Demografiefaktor in die ärztliche Bedarfsplanung eingeführt, um die Zahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen an den steigenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung anzupassen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollte dabei nicht beeinträchtigt

werden, weshalb der G-BA Kinderärzte ausdrücklich von der Regelung ausnahm, leider jedoch nicht PP/KJP. Der Demografiefaktor sollte als Mittel dienen, zusätzliche ambulante Versorgungsangebote zu schaffen, "wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass der demografische Wandel zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Ärzte in den Planungsbereichen führt". Dass die Regelung für den Bereich Psychotherapie nicht passend war (für Psychotherapie ist ein gegenläufiges Inanspruchnahmeverhalten bei älteren Menschen zu verzeichnen), hatte der G-BA zunächst einfach ignoriert.

Zur Veranschaulichung der Auswirkungen des Demografiefaktors auf Niederlassungsmöglichkeiten für PP/KJP folgendes Beispiel: Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) berichtete Anfang letzten Jahres, dass nach der Einführung des Demografiefaktors in die Bedarfsberechnung der Kreis Annaberg in Sachsen, der mit nur sieben Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ohnehin bereits zu den zehn am schlechtesten versorgten Regionen Deutschlands gehörte, aufgrund des Demografiefaktors 2011 für die Niederlassung von Psychotherapeuten komplett gesperrt wurde. Damit waren auch Psychotherapieplätze betroffen, die eigentlich aufgrund der KJP-Mindestquote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorzuhalten gewesen wären. Dass der Demografiefaktor mittel- und längerfristig zu ungerechtfertigten Verschlechterungen für unseren Bereich geführt hätte, war klar abzusehen, er wurde aber trotz entsprechender Forderungen (Verbände, BpTK) für den Planungsbereich Psychotherapie nicht revidiert.

Der G-BA hat mit seinem aktuellen Beschluss zugleich den zuständigen Unterausschuss beauftragt, die bisherigen Auswirkungen der Regelung „Demografiefaktor“ auf die Versorgung gründlich zu überprüfen. Mögliche Fehlentwicklungen bei der bisher uneinheitlichen Umsetzung des Faktors sollen dann in den kommenden Monaten im Rahmen der grundlegenden Reform der gesamten Bedarfsplanung korrigiert werden.

Wie sich nun die Reform der Bedarfsplanung, die gem. der Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) bis zum 1.1.2013 abgeschlossen sein soll, für den Bereich Psychotherapie insgesamt darstellen wird, steht noch keineswegs fest. Die BpTK und wir Berufsverbände fordern die Schaffung zusätzlicher Praxissitze (die BpTK fordert konkret 4.000 neue Zulassungen). Derzeit gibt es jedoch noch keine positiven Signale in diese Richtung seitens der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung im G-BA.

G-BA-Beschluss vom 19.7.2012:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

*Kerstin Burgdorf*

---

## Josef Hecken neu an der Spitze des G-BA

---

(*wd*). Josef Hecken hat am 1. Juli 2012 Rainer Hess nach acht Jahren an der Spitze des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) abgelöst. Der G-BA ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und entscheidet über den Leistungsanspruch der rund 70 Millionen gesetzlich krankenversicherter Menschen.

Einige Leser/innen erinnern sich vielleicht, dass Josef Hecken 2009 als heißer Kandidat für das Amt des Bundesgesundheitsministers in der schwarz-gelben Koalition galt. Im Koalitionsgeschachere zog der Vertraute von Angela Merkel allerdings den Kürzeren; das Bundesgesundheitsministerium fiel an die FDP. Hecken ging dann als Staatssekretär ins Familienministerium. Seine Kenntnisse im Sozialversicherungsrecht erwarb er sich während seiner siebenjährigen Tätigkeit als Büroleiter und Leiter des Leitungsstabs im Arbeits- und Sozialministerium von Norbert Blüm. Fast sein ganzes Berufsleben war der 52-jährige Hecken in der staatlichen Verwaltung. Von 2004 bis 2008 führte der Jurist das Gesundheits-, Sozial- und Justizministerium im Saarland. 2004

hatte er den Vorsitz des Gesundheitsausschusses im Bundesrat.

Er gilt als einer der Chefdenker des Gesundheitsfonds, und er sorgte 2008 als Präsident des Bundesversicherungsamtes dafür, dass das von den Kassen ungeliebte Finanzierungsinstrument relativ lautlos eingeführt wurde.

*Quelle: kma, 17. Jg., Juni 2012*

## **Prävention: Union appelliert an Eigenverantwortung Konzept vorgelegt für „Nationale Präventionsstrategie“**

Die Oppositionsparteien haben durch Anfragen versucht, das Thema Prävention aktuell zu halten. So gab es im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eine Anhörung zu den Anträgen der SPD-Fraktion, der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke (siehe hierzu Bericht in der VPP 1/2012). Das Bundesministerium für Gesundheit hatte dort angekündigt, das Präventionsthema in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode voranzubringen.

In der Zwischenzeit liegt ein Eckpunktetpapier der CDU/CSU für eine nationale Präventionsstrategie vor. Das Unions-Konzept sieht vor, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung in allen gesellschaftlichen Schichten durch eine nationale Präventionsstrategie zu aktivieren. Der Deutsche Bundestag soll dafür konkrete Präventionsziele beschließen, die sich an Empfehlungen orientieren, die von Expertengremien wie „Gesundheitsziele“ ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)) erarbeitet wurden. Durch gesetzliche Regelungen und durch koordinierende Maßnahmen soll darauf hingewirkt werden, dass alle Präventionsträger ihre Anstrengungen auf diese dann beschlossenen Ziele konzentrieren.

Die Bundesregierung soll die Zielerreichungsgrade dokumentieren und dem Deut-

schen Bundestag dann im Abstand von zwei Jahren vorlegen. Außerdem soll ein Nationaler Rat für Prävention und Gesundheitsförderung eingerichtet werden, der weitere Ziele entwickeln und übergreifende Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle erarbeiten soll.

Um den bereichsübergreifenden Ansatz von Prävention und Gesundheitsförderung weiter voranzubringen, sollen die gesetzlichen Krankenkassen und andere Präventionsträger zur Mitfinanzierung weiterhin verpflichtet sein. Dazu soll dann auch der in § 20 Abs. 2 SGB V vorgesehene Orientierungsrahmen, d.h. der durchschnittlich pro Krankenkassenmitglied für Prävention vorzusehende Geldbetrag, angehoben werden. Bei Präventionsmaßnahmen sollen zukünftig der Migrationshintergrund bzw. entsprechende Themenstellungen und die speziellen Herausforderungen bei Bürgern mit geringem Bildungshintergrund berücksichtigt werden; ferner sollen sie bedarfsgerecht und kultursensibel weiterentwickelt werden.

Die betriebliche Gesundheitsförderung soll eine große Rolle spielen. Dabei soll es sowohl um den somatischen als auch um den psychischen Bereich gehen. Gedacht ist z. B. an Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und zum Abbau psychischer Belastungen bei älteren MitarbeiterInnen. Hier kann sich die Union auch finanzielle Anreize für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Nutzung von betrieblichen Präventionsangeboten vorstellen. So könnten die Krankenkassen u. a. in ihrer Satzung Gruppentarife für MitarbeiterInnen von Unternehmen anbieten, wenn der Arbeitgeber regelmäßige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführt.

Durch die Einbeziehung des Deutschen Bundestags soll die Bedeutsamkeit der Gesundheitsprävention betont werden.

*Waltraud Deubert*

## **GKV und PKV weiter im Gleichschritt?**

### **Experten erwarten keinen baldigen Umschwung in Richtung Bürgerversicherung**

Trotz der in letzter Zeit gehäuften Kritik an der privaten Krankenversicherung (PKV) waren sich die meisten PodiumsteilnehmerInnen der Diskussion zur Zukunft der Krankenversicherung auf dem „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“ einig, dass es auch 2020 noch eine private Krankenversicherung geben wird.

Die beiden Systeme (PKV und GKV) werden sich weiter annähern, indem sie jeweils Elemente des anderen Systems übernehmen, hieß es bei der Veranstaltung unter dem Motto „Krankenversicherung 2020 – wie sind wir künftig versichert?“. Weder Professor Johann-Matthias Graf von der Schulenburg (Direktor des Instituts für Versicherungslehre und Leiter der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie an der Leibniz-Universität Hannover) noch Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung) als auch Dr. Doris Pfeifer vom GKV-Spitzenverband rechnen damit, dass bei einem Wechsel der Bundesregierung nach den Wahlen 2013 die heutigen Oppositionsparteien ihre sog. Bürgerversicherung einführen, die einheitliche Leistungen für alle anbieten soll.

Sie erwarten eher einen schleichenden Abschied vom strikt zweigeteilten Versicherungsmarkt. Schon heute profitiert die PKV beispielsweise von Instrumenten zur Kostensenkung wie den Arzneimittelrabatten und die gesetzlichen Krankenkassen ihrerseits bieten seit einigen Jahren Kostenerstattungstarife an. Lediglich die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen im Bundestag, Birgitt Bender, sprach sich gegen die private Krankenversicherung als eigenständiges System aus.

Nichtsdestotrotz musste selbst der PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach eingestehen, dass sich die PKV in einzelnen Punkten reformieren muss. Mit Kritik an der PKV

meldete sich zuletzt der Kieler Gesundheitsökonom Thomas Drabinski zu Wort. Eine Studie seines Instituts für Mikrodatenanalyse untersuchte die privaten Tarife und kam zu dem Ergebnis, dass 80 % der privaten Tarife weniger leisten als die gesetzliche Krankenversicherung. Bevor die GKV sich freuen konnte, stellte man aber auch gleich klar, dass man damit nicht sagen wolle, dass die gesetzliche Krankenversicherung im Vorteil sei; denn diese sei nicht nachhaltig finanziert. Die Beitragsbelastung der gesetzlich versicherten Arbeitnehmerinnen sei zu hoch, und die der - für die GKV teuren - Rentner dagegen zu niedrig. Die Rentner und Rentnerinnen sollten also mehr einzahlen, da ansonsten die kommende Generation Leistungsausschlüsse hinnehmen müsse.

Die PKV hat vor allen Dingen Nachholbedarf bei den Mindeststandards hinsichtlich des Leistungsumfangs in der ambulanten Psychotherapie und beim Hilfsmittelkatalog. Viele Versicherungen übernehmen nur eingeschränkt Anschlussheilbehandlungen, Psychotherapien oder wichtige medizinische Hilfsmittel.

In diesen Punkten liegt die PKV hinter den Angeboten der gesetzlichen Krankenversicherung, wodurch sie bei der Politik und in der Öffentlichkeit zunehmend unter Druck geraten ist. Die meisten PKV-Unternehmen werden wohl zum Jahresende ihre Tarife entsprechend mit Mindestleistungen versehen.

Nachdem gerade die psychischen Erkrankungen zunehmen, haben die PKV-Versicherten angesichts dieser Versicherungslücken ein hohes finanzielles Risiko.

*Waltraud Deubert*

## **Mobilität Risikofaktor für psychische Erkrankungen**

### **TK-Gesundheitsreport: Pendler sowie Wohnort- und Jobwechsler besonders betroffen**

Die Zahl der Krankschreibungen aufgrund einer psychischen Diagnose steigt seit Jahren an. Das ist nichts Neues. Die Techniker Krankenkasse hat in ihrem Gesundheitsreport für 2012 jetzt erstmals Mobilität als Risikofaktor ausgemacht: Berufspendler (zu denen rund 45 Prozent aller Beschäftigten gehören) sind häufiger und langwieriger von psychischen Diagnosen betroffen als Berufstätige, die wohnortnah arbeiten.

Die größte Gruppe der Berufspendler bilden männliche Beschäftigte fortgeschrittenen Alters. Das hängt laut TK damit zusammen, dass in dieser Altersgruppe die traditionelle Rollenverteilung noch verbreiteter ist und Familienväter als Hauptverdiener weite Distanzen in Kauf nehmen. Je höher der Ausbildungsstand, desto größer die Entfernung zum Arbeitsplatz.

Auch Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel erhöhen das Risiko, psychisch krank zu werden, haben die TK-Statistiker ermittelt. Auch hier sind ältere Arbeitnehmer eher gefährdet. Jüngere sehen einen Wohnort- oder Jobwechsel als normal oder sogar wünschenswert an, ältere empfinden dies als Belastung.

Auffällig ist, dass in den ersten Jahren der TK-Berichterstattung (von 2000 bis 2005) vor allem Arbeitslose von psychisch bedingten Krankschreibungen betroffen waren. Seit 2006 sind es vor allem die Berufstätigen, die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Diagnosen haben.

Die veränderte Arbeitswelt – mit mobiler Kommunikation rund um die Uhr, mit befristeten Arbeitsverträgen, mit hohen Anforderungen an Flexibilität und Mobilität – fordert ihren Tribut, so ist es seit einiger Zeit immer wieder in den Zeitungen zu lesen. Die vermehrt gestellten psychischen Diagnosen haben laut TK jedoch auch damit zu tun, dass Ärzte heute besser in der Lage sind, psychische Ursachen von Beschwerden zu

erkennen. Und die Gesellschaft ist eher bereit, psychische Diagnosen zu akzeptieren.

Von psychischen Störungen sind Menschen in Ballungsräumen wie Hamburg und Berlin überdurchschnittlich häufig betroffen, sagt die TK-Studie. Ein höheres Risiko haben auch Beschäftigte in Dienstleistungsberufen wie Callcenter-Mitarbeiter/innen, Pflegepersonal und Erzieher/innen. Dabei handelt es sich überwiegend um Frauen, die zudem durch die Betreuung ihrer Kinder und nicht selten auch noch durch die Pflege ihrer Eltern dreifach belastet sind.

„Wichtig ist, die Gesundheitsressourcen der Menschen zu fördern, damit sie die Belastungen, denen sie im Alltag ausgesetzt sind, bewältigen können“, fasst die TK zusammen. Mobilität lasse sich natürlich nicht verhindern, aber man könne versuchen, sie „gesünder zu gestalten“. Verwiesen wird auf Seminare zur Burnout-Prophylaxe, Online-Coaches, CDs und Broschüren.

Doch auch die Arbeitgeber seien gefordert: Mobilität sollte, wo immer möglich, reduziert werden durch Home-Office-Angebote, Telefon- und Videokonferenzen und durch flexible Arbeitszeiten.

*Angela Baer*

*Weitere Informationen:*

*Die Broschüre „Gesundheitsreport 2012“ umfasst 177 Seiten und steht auf der Homepage der Techniker Krankenkasse unter [www.tk.de](http://www.tk.de) zum Download.*

*In dem Gesundheitsreport werden alljährlich die Krankschreibungen und Arzneimitteldaten der 3,7 Millionen Versicherten analysiert. Dazu zählen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte wie arbeitslos gemeldete Mitglieder der TK. Ausgewertet werden Arbeitsunfähigkeits- und Arzneiverordnungsdaten. Bei der TK ist fast jeder achte Beschäftigte in Deutschland versichert.*



## Mauer zwischen den Sektoren

### Sachverständigenrat sieht Defizite an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Seit seiner Gründung 1986 legt der „Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ (SVR) nahezu jedes Jahr ein Gutachten mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens vor. Eine Reihe von Empfehlungen sind in den vergangenen Jahren aufgegriffen und umgesetzt worden, so z. B. die Kassenwahlfreiheit oder der Ausbau von Präventions- und Reha-Leistungen.

Ende 2010 hatte der damalige Gesundheitsminister Rösler ein Sondergutachten in Auftrag gegeben, in dem der „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ genauer betrachtet werden sollte. Am 20. Juli 2012 hat nun sein Nachfolger im Amt, Daniel Bahr, das 430-seitige Gutachten in Empfang genommen. Die sieben „Gesundheitsweisen“ unter dem Vorsitz des Mannheimer Gesundheitsökonom Professor Dr. Eberhard Wille sehen als zentrales Problem „die Mauer zwischen den Sektoren“.

Die Versorgungskontinuität an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung brauche ein adäquates Schnittstellenmanagement. Die Experten empfehlen deshalb „gezielte gesetzliche Vorgaben“ für ein Entlassungsmanagement entsprechend nationaler Expertenstandards in Verbindung mit Leitlinien. Zum zweiten friste der Qualitätswettbewerb in der deutschen Gesundheitsversorgung im Verhältnis zum Preiswettbewerb immer noch ein Schattendasein. Viele Entscheidungen im Gesundheitswesen richten sich aus Sicht der Gutachter nur nach dem Preis. Zentraler Wunsch der Gutachter wäre, dass sinnvolle Innovationen und Qualität die gleiche Bedeutung erhalten. Behandlungsergebnisse sollen deshalb intensiver geprüft und verglichen werden.

Wie fast immer sieht der Sachverständigenrat auch noch Effizienzreserven. Die Fachleute begrüßen zwar die neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung, halten deren Anwendungsgebiete jedoch nicht für ausreichend. Sie umfassen zurzeit nur ein „bescheidenes Leistungszentrum“, da viele Länder und Krankenkassen eine angebotsinduzierte Nachfrageausweitung befürchten, weil keine Bedarfsplanung oder eine andere Form der Mengensteuerung im Gesetz verankert wurde.

Der SVR schlägt vor, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nicht nur auf seltene Krankheiten und hochspezialisierte Leistungen zu beschränken, sondern sie um ambulante Operationen, sog. stationersetzende Eingriffe und stationäre Kurzzeitfälle zu erweitern. Der Rat empfiehlt außerdem, diesen Bereich der selektivvertraglichen Organisation zu unterstellen. Die Krankenkassen könnten dann in den Selektivverträgen entsprechende Mengenregulierungen vorsehen.

Außerdem sollten innovative Versorgungskonzepte gezielt gefördert werden. Dazu braucht es nach Meinung der Sachverständigen „klare Auswahlkriterien“ wie eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte mit verpflichtender Evaluation. Die Projekte könnten mit Krediten gefördert werden und die Rückzahlung könnte sich am Erfolg orientieren.

*Waltraud Deubert*

## Unerwünschte Folgen der Psychotherapie

### Bislang wenig thematisiert: Abhängigkeit vom Therapeuten

Die nervöse Rothaarige tauchte eines Tages in einer Selbsthilfegruppe in Berlin-Schöneberg auf. Sie sei gut aus ihren akuten Angstzuständen vor zwei Jahren herausgekommen, erzählte die Frau. Sie habe einen ganz tollen Therapeuten. "Supertyp, keiner versteht mich so wie er." Ihr einziges Prob-

lem liege darin, dass die von der Kasse bezahlte Behandlung demnächst zu Ende sei: "Ich kriege die nackte Panik, wenn ich daran denke."

"Solche Fälle hatten wir mehrfach", erzählt Silke M., Mitglied der Selbsthilfegruppe. Abhängigkeit vom Therapeuten gehört zu den bisher wenig thematisierten Nebenwirkungen mancher Behandlung. "Die Erfassung von Nebenwirkungen hat in der Psychotherapie vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gefunden", sagt der Berliner Psychiater Michael Linden, Mitherausgeber des demnächst erscheinenden Buches "Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie". Auf einem Symposium der Schlosspark-Klinik in Berlin diskutierten Linden und andere ExpertInnen unlängst das Problem.

Linden riet dabei zu Differenzierung: Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie etwa seien kriminelles Verhalten und ein Extremfall. Nebenwirkungen können ansonsten eintreten als Folge bestimmter Vorannahmen und Strategien und im Kontext der therapeutischen Beziehung, etwa wenn der Behandler den Patienten zu etwas drängt, das dieser nicht will.

Nebenwirkungen könnten sich aus einer "Problemfixierung" in der Therapie ergeben, berichtete Dirk Schmoll, leitender Oberarzt für Psychiatrie an der Schlosspark-Klinik. Eine solche Fixierung in den analytischen Verfahren kann dazu führen, dass PatientInnen mit dem Therapeuten jahrelang um ihre Vergangenheit und das schwierige Verhältnis zu den Eltern kreisen und sich damit der Auseinandersetzung mit ihrem sozialen Umfeld und lebenspraktischen Fragen entziehen.

Schmoll berichtete von einem Langzeitstudenten, der in jahrelanger Psychoanalyse seine ambivalente Vaterbeziehung bearbeitete, dabei erforderliche Hausarbeiten und Prüfungen immer wieder aufschob und so in einen Strudel aus Minderwertigkeitsgefühlen und tatsächlichem Versagen geriet. "Eine Woche vor der Prüfung brach er zusammen und wurde stationär aufgenommen", berichtete Schmoll.

Auch das Konzept der "Deutung", typisch für analytische Verfahren, kann mitunter heikel sein. Scholl schilderte den Fall einer 40-jährigen Frau, die sich einer mehrjährigen Behandlung bei einem renommierten Analytiker unterzog. Als die Kapazität die Aussagen seiner Patientin auf der Couch so deutete, dass sich die Dame wohl eine sexuelle Beziehung mit ihm wünsche, erzeugte dies bei ihr große Ängste und ein Gefühl von Ausgeliefertsein. Die Interpretation weckte Erinnerungen an ein früheres Erlebnis, wo sie einen sexuellen Übergriff erlebt hatte. Eine Psychotherapie sei eine "hoch asymmetrische Beziehung", warnte Linden. Dabei kann das Reden über Probleme, ohne Lösungswege zu suchen, mitunter dazu führen, dass sich PatientInnen hinterher schlechter fühlen und Ängste weiter geschürt werden, statt abzuklingen.

Deutlich sichtbar werden Nebenwirkungen in der Verhaltenstherapie, die Alltagsbewältigung vor Ursachenfindung stellt, wenn "Expositionen" schlecht vorbereitet sind und PatientInnen in deren Rahmen angstmachenden Situationen zu unvermittelt ausgesetzt werden. Solche Expositionen könnten eine Re-Traumatisierung zur Folge haben, erläuterte die Marburger Psychologin Yvonne Nestoriuc. Nestoriuc beschrieb überdies einen möglichen Effekt mancher Verhaltenstrainings: So könne etwa das "Übertrainieren" sozialer Kompetenzen wie die persönliche Abgrenzung gegenüber Forderungen der Umwelt dazu führen, dass die Klienten einen "sozialen Egozentrismus" entwickelten.

Kontraindiziert bei sozialen Ängsten seien unter Umständen Entspannungsverfahren, meinte Nestoriuc. Es bringt beispielsweise nichts, vor einer angstmachenden Präsentation im Job möglichst tief zu entspannen. Die Aufregung, das Lampenfieber zu durchleben, dann zu merken, dass die Situation nicht gefährlich ist und sich dann entspannen zu können, ist der bessere Weg.

Eine Erhebung via Fragebögen von Nestoriuc unter KlientInnen der Psychotherapieambulanz in Marburg ergab, dass 81 Prozent über keinerlei negative Effekte der

verhaltenstherapeutischen Behandlung berichteten. Im Rahmen einer Onlinebefragung von ehemaligen Psychotherapiepatienten - bei der erfahrungsgemäß eher kritische Stimmen eine Rückmeldung schicken - berichteten jedoch lediglich 5 Prozent von keinen negativen Wirkungen.

Linden unterscheidet Nebenwirkungen von "unerwünschten Ereignissen" während der Psychotherapie. So sind Trennungen von Lebenspartnern ein häufiges "Ereignis" während einer Psychotherapie. Oft sei es dabei schwierig, zu entscheiden, "ob beispielsweise eine Scheidung im Kontext einer Psychotherapie als positive oder negative Behandlungsfolge einzuschätzen ist", meint der Psychiater. Therapeuten raten mitunter davon ab, während einer Behandlung irreversible Lebensentscheidungen zu treffen. Ist der Partner erst mal weg, der Job mit dem stressigen Chef geschmissen, die Mutter verteuelt, sind alle Kontakte zur Herkunftsfamilie abgebrochen, muss es einem hinterher nicht unbedingt besser gehen.

Einige der Psychiater kamen auf dem Symposium zu dem Schluss, Patienten vor und während der Behandlung über mögliche Nebenwirkungen und Risiken aufzuklären. Psychotherapeuten sollten ihre eigenen fachlichen Grenzen erkennen, forderte Linden. Ein Wechsel des Therapieverfahrens und des Behandlers oder der Behandlerin ist für den Patienten auch nach vielen Stunden immer noch möglich, muss dann aber vor der Krankenkasse ausführlich begründet werden.

Die rothaarige Angstpatientin, erzählt Silke M., bekam von der Selbsthilfegruppe zu hören, dass auch andere Mitglieder wissen, wie schmerzhaft es sein kann, sich aus der Abhängigkeit von einem Therapeuten zu lösen. Mehr konnte die Gruppe nicht tun. "Diese Aufklärung müssten eigentlich die Therapeuten selbst leisten", sagt Silke M., "und zwar rechtzeitig."

*Barbara Dribbusch*

*Der Artikel erschien unter dem Titel „Eine Psychotherapie kann auch Nebenwirkungen haben. Abhängigkeiten und Problemfixie-*

*rung etwa – Bloß nicht zu viel um sich selbst kreisen“ in der Sonntaz Nr. 9805 vom 19. Mai.2012, Wissenschaft, S. 23. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.*

## **Psychopharmaka -**

### **Arzneimittelreport der Barmer GEK belegt geschlechtsspezifisches Verordnen**

(ab). Frauen bekommen etwa zwei- bis dreimal mehr Psychopharmaka als Männer. Männer hingegen erhalten im Schnitt mehr Medikamente zur Behandlung körperlicher Erkrankungen, vor allem bei Herz-Kreislauf-Krankheiten. Dies ist eine der zentralen Aussagen des Arzneimittelreports 2012, den die Barmer GEK im Juni vorgestellt hat. Warum Medikamente geschlechtsspezifisch verordnet werden, soll eine weitere Studie klären.

Laut Barmer GEK Arztreport wird bei mehr als doppelt so vielen Frauen eine „Depressive Episode“ diagnostiziert als bei Männern. Dieses Ergebnis spiegelt sich in der Verschreibungspraxis wider.

Angenommen wird, dass Frauen eine höhere Sensibilität und Emotionalität gegenüber Krankheiten haben, die (in Verbindung mit einer niedrigeren Schwelle, Hilfe zu suchen) zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Arztes führen. Dieser wisse bei bestimmten Belastungssymptomen keinen anderen Rat, als psychotrop wirkende Mittel zu verordnen. Des Weiteren hätten Frauen traditionell andere Bewältigungsstrategien als Männer: Stress, Angst und Alltagsprobleme werden von Frauen eher mit Medikamenten, von Männern eher mit Alkohol „heruntergeschluckt“. Alles nur Rollenklischees? Die Barmer GEK will dies genauer untersuchen und im nächsten Arzneimittelreport Ergebnisse vorlegen.

Frauen bekommen auch insgesamt mehr Arzneimittel verordnet als Männer, so der Bericht weiter: Auf 100 Frauen entfallen 937 Verordnungen, auf 100 Männer 763. Interessant dabei: Frauen bekommen mehr Arzneimittel verordnet, diese sind aber im Schnitt preisgünstiger als die Mittel für Männer. Eine Verordnung für Männer verursachte

durchschnittliche Ausgaben von 54 Euro, eine Verordnung für Frauen 48 Euro. Insgesamt gab die Kasse im vergangenen Jahr 3,9 Milliarden Euro für Arzneimittel aus. Dabei machen neue Spezialpräparate gegen Rheuma, Multiple Sklerose und Krebs 32 Prozent der Kosten aus.

Während die Autoren des Arzneimittelreports noch rätseln, wie es zu dem geschlechtsspezifischen Ordnungsverhalten der Ärzte kommt, ist für die Psychiater der Fall klar: Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Berufsverband für Nervenärzte (BVDN) und der Berufsverband für Psychiater (BVDP) erklären, dass bei Frauen Depressionen und Angststörungen weit häufiger seien als bei Männern, und die Bereitschaft von Frauen, sich mit psychischen Störungen in ärztliche Behandlung zu begeben, sei höher. Bei Männern seien demgegenüber Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bis zu fünfmal häufiger als bei Frauen.

Psychopharmakotherapie sei ein wichtiger und integraler Bestandteil der Behandlung psychischer Störungen. Es gebe keinerlei Hinweise – auch nicht im aktuellen Barmer GEK Arzneimittelreport – dass eine Überversorgung der Bevölkerung mit Psychopharmaka vorliege. Unter den 20 am häufigsten verordneten Arzneimitteln, die der Report auflistet, finde sich kein einziges Psychopharmakon.

*Weitere Informationen:*

*Der Barmer GEK Arzneimittelreport umfasst 223 Seiten und ist im Internet auf [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) einsehbar. Er wurde von Gerd Glaeske und Christel Schick Tanz vom Zentrum für Sozialpolitik (ZwS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, der Universität Bremen erstellt.*

## **BGH-Urteil: Kassenärzte dürfen Geld von Pharmafirmen annehmen**

**vdää und Transparency fordern  
neue gesetzliche Regelung**

(ab). Ärzte dürfen weiterhin Geschenke von Pharma-Unternehmen annehmen, deren Medikamente sie verschreiben, ohne sich wegen Bestechlichkeit strafbar zu machen. Dieses im Juni getroffene Urteil des Bundesgerichtshofs ruft unterschiedliche Reaktionen hervor: Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, begrüßt die Entscheidung. Organisationen wie „Transparency International“ und der „Verband Demokratischer Ärzte und Ärztinnen“ (vdää) fordern neue gesetzliche Regelungen.

„Kassenärzte, die von einem Pharma-Unternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln dieses Unternehmens entgegennehmen, machen sich nicht wegen Bestechlichkeit strafbar“, teilt die Pressestelle des Bundesgerichtshofs mit. „Der niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Arzt handelt nämlich bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln, weder als Amtsträger noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkasse.“ Dementsprechend können auch Mitarbeiter von Pharma-Unternehmen, die Ärzten Vorteile gewähren, nicht wegen Bestechung belangt werden. So sieht es das derzeit geltende Strafrecht vor.

Der Bundesgerichtshof weist aber auch darauf hin, dass es Aufgabe des Gesetzgebers sei, darüber zu befinden, „ob die Korruption im Gesundheitswesen strafwürdig ist und durch Schaffung entsprechender Straftatbestände eine effektive strafrechtliche Ahndung ermöglicht werden soll“. Mit anderen Worten: Es gibt zwar Korruption, aber sie ist nicht strafbar.

Das Urteil war mit Spannung erwartet worden. Die Ermittlungsbehörden hatten auf eine klare Handhabe gehofft, wie der Graubereich zwischen Medizin und Industrie künftig gefasst werden könnte. Im Vorfeld

des Urteils war eine Pharmareferentin wegen „Bestechung im geschäftlichen Verkehr“ zu einer Geldstrafe verurteilt worden, weil sie Kassenärzten Schecks über insgesamt 18.000 Euro zugewendet hatte.

Bundesärztekammerpräsident Montgomery begrüßt das Urteil: Der BGH betone zu Recht, dass der freiberuflich tätige Kassenarzt weder Angestellter noch Funktionsträger einer öffentlichen Behörde sei. Damit unterstreiche das Gericht die besondere freiberufliche Stellung des Arztes. Positiv stimmt Montgomery auch folgende Passage in der Urteilsbegründung: Das Arzt-Patienten-Verhältnis sei „wesentlich vom persönlichen Vertrauen und einer Gestaltungsfreiheit gekennzeichnet, die der Bestimmung durch die gesetzlichen Krankenkassen weitgehend entzogen ist“.

Transparency International Deutschland dagegen bedauert, dass der BGH keine Möglichkeit gesehen habe, die Frage der Strafbarkeit von Kassenärzten in Korruptionsdelikten im Wege der Gesetzesauslegung zu klären. Transparency fordert nun den Gesetzgeber auf, Kassenärzte per Gesetz als Amtsträger anzuerkennen, da sie über den Mitteleinsatz der Kassen entscheiden. Jedes Rezept, jede Krankschreibung oder Reha-Verordnung für gesetzlich Versicherte entscheide über den Einsatz öffentlicher Mittel. Entscheidungen von Kassenärzten dürften daher nicht durch private oder betriebliche Interessen geleitet sein. Im Gegensatz zu Kassenärzten können angestellte Ärzte als Beauftragte ihres Arbeitgebers bereits jetzt wegen korruptiven Verhaltens bestraft werden.

Für den vdää (Verein Demokratischer Ärzte und Ärztinnen) ist das Urteil „ein Skandal“: Kassenärzte dürften sich bei der Behandlung ihrer Patienten mit bestimmten Produkten von der Industrie honorieren lassen; und der Patient erfahre nichts von dieser Beeinflussung. Wie Transparency International beklagt auch der vdää, dass angestellte Ärzte und Ärztinnen in öffentlich-rechtlichen Einrichtungen den Korruptionsbestimmungen unterliegen, für Niedergelassene aber das hohe Lied der Freiheit des

Arztberufes gesungen werde. „Wenn die Freiheit des Arztberufes die Freiheit zu Bestechung und Vorteilsnahme einschließt, so können wir auf diese Freiheit ohne weiteres verzichten, denn sie bedeutet gleichzeitig die Freiheit von Moral und Ethik“, so Prof. Dr. Wulf Dietrich, Vorsitzender des vdää.

Der vdää fordert vom Bundestag, umgehend die gesetzlichen Voraussetzungen zur Gleichbehandlung der Kassenärzte mit angestellten Ärzten zu schaffen. Die Industrie dürfe die Anwendung ihrer Produkte nicht durch Zuwendungen an die Ärzte, egal in welcher Form, fördern. Gleichzeitig müssten die Berufsordnungen für Ärzte durch die Kammern verschärft werden, um jegliche Vorteilsnahme der Ärzte zum Schaden der Patienten eindeutig zu verhindern.

Nach Schätzungen von Experten kosten Falschabrechnungen, Betrug und Korruption die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherungen jedes Jahr bis zu 18 Milliarden Euro. Vertrauenbildende Maßnahmen sehen anders aus.

## **eGK darf weiter benutzt werden**

### **Sozialgericht weist Klage gegen elektronische Gesundheitskarte ab**

(ab). Die umstrittene elektronische Gesundheitskarte (eGK) darf weiter benutzt werden. Das Düsseldorfer Sozialgericht wies die Klage eines Versicherten ab, der befürchtet hatte, dass vertrauliche medizinische Daten über ihn auf der Karte gespeichert und an Dritte weitergeleitet werden.

Der Kläger sei in seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung nicht beeinträchtigt, befand das Gericht. Er könne sich nicht von der Nutzung der Karte befreien lassen. Auf der Karte seien bislang lediglich, wie auf den alten Karten, die Stammdaten des Versicherten gespeichert. Nur das Lichtbild sei neu. Alle künftig geplanten Anwendungen seien freiwillig und nur bei Einwilligung des Versicherten vorgesehen. Über diese Anwendungen wie die Notfalldaten

und die elektronische Krankenakte habe das Gericht aber im vorliegenden Fall nicht zu entscheiden (Az.: S 9 KR 111/09).

Der Anwalt des Klägers kündigte Berufung gegen das Urteil am Landessozialgericht in Essen an. Der Kläger wird unterstützt von vielen Verbänden, die in der bundesweiten Aktion „Stoppt die-e-Card“ zusammen geschlossen sind. Möglicherweise wird es sogar zu einer Grundsatzentscheidung am Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe kommen. Die Aktion „Stoppt-die-e-Card“ verweist auf die „vielen Pannen“, zu denen es bereits gekommen sei. Die Gesundheitsdaten von Millionen Bürgern dürfen nicht in zentralen Serverstrukturen gespeichert werden.

Quelle: *www.facharzt.de*, 28.6.2012

## Gericht bestätigt „Obamacare“

US-Gesundheitsreform  
kann in Kraft treten

Das amerikanische Verfassungsgericht hat die Gesundheitsreform von Präsident Barack Obama mit einer Mehrheit von fünf gegen vier Stimmen im Wesentlichen bestätigt. Der

konservative Gerichtsvorsitzende John Roberts gab den Ausschlag, indem er sich auf die Seite der vier liberaleren Richter gestellt hat. Damit bleibt Obama eine Niederlage erspart, die seine Chancen auf eine zweite Amtszeit stark gefährdet hätte. Für die Republikaner stellt der Spruch eine herbe Enttäuschung dar. Obama hat einen Großteil seines politischen Kapitals als Präsident in die Durchsetzung des monumentalen, 2700 Seiten starken Gesetzes investiert.

Das sogenannte „Individuelle Mandat“ soll erstmals in der amerikanischen Geschichte eine allgemeine Krankenversicherung ermöglichen. Es bildet den Kern der Gesundheitsreform und zwingt jeden Bürger zum Abschluss einer Krankenversicherung. Republikanisch geführte Staaten hatten sofort nach der Verabschiedung von „Obamacare“ dagegen geklagt. Laut dem Urteil ist das „Individuelle Mandat“ verfassungsmäßig, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass dieses eine Steuer darstelle. Die Reform soll im Jahr 2014 in Kraft treten.

*Waltraud Deubert*

 <p><b>dgvtFW</b> DGVT Fort- und Weiterbildung</p>	<p><b>INTERAKTIVE FORTBILDUNG</b></p> <p><b>Klicken Sie sich rein:</b></p> <p><b><a href="http://www.dgvt-fortbildung.de">www.dgvt-fortbildung.de</a></b></p> <p>Alle Artikel sind von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig!</p>
---	---

## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden-Württemberg

#### Aus der LPK

Die nächste Vertreterversammlung findet im Herbst statt. Die Vorbereitung ist bereits im Gange. Beim Herbsttermin wird routinemäßig die Jahresbilanz 2011 vorgestellt, ein Zwischenstand für 2012 gegeben und auch die Haushaltsplanung für das Jahr 2013 verabschiedet. Damit werden auch die Mitgliedsbeiträge für 2013 festgelegt. Wenn in diesem Jahr, ähnlich wie in den Vorjahren, erneut Überschüsse festgestellt werden, muss überlegt werden, ob diese Jahresüberschüsse wiederum in die Rücklage fließen sollten oder ob der Zeitpunkt gekommen ist, an eine wenn auch geringfügige Beitragsreduktion zu denken.

Die „Leitbild“-Diskussion wird fortgeführt. In der konkreten Formulierung zeigt sich, wie schwierig es ist, die ethisch-moralische Grundlage der Psychotherapeutenkammer in Worte zu fassen. Der Nutzen für die Versorgung mit Psychotherapie und psychosozialer Beratung für die Menschen im Land, der Gedanke an die Verbesserung der seelischen Gesundheit sollten dabei ebenfalls bedacht werden.

#### Neues Ausbildungszentrum

Das Stuttgarter Zentrum für Verhaltenstherapie (SZVT) in der Christophstraße wird künftig unter neuer Leitung Teil des bundesweiten DGVT-AusbildungsAkademie-Verbunds stehen. In einer Überleitungsphase bis Ende 2013 werden dort Schritt für Schritt die Ausbildungsbedingungen und Qualitätsmaßstäbe der DGVT-AusbildungsAkademie eingeführt. Wir freuen uns über die Erweiterung und wünschen dem SZVT guten Erfolg!

### Großexperiment Mediation in der Landespolitik

In Baden-Württemberg ist einiges los; der Politikwechsel zeigt Wirkung. So kommen wir auch zu neuen Formen der Bürgerbeteiligung, die von der Landespolitik initiiert werden. Nachdem die „Schlichtung“ zu Stuttgart 21 bundesweit durch die Medien ging, gab es nun mit dem Filder-Dialog ein neues Modell der Bürgerbeteiligung zum Bahnprojekt. Das Besondere am Filder-Dialog war die gleichberechtigte Zusammenarbeit von zufällig ausgewählten Bürgern mit Experten und politisch Aktiven, um mittels psychologischer Mediationsmethoden Lösungsansätze zu erarbeiten. Z.B. wurden zwölf Spielregeln vorgegeben (Rollen verteilt, Moderation geregelt, ...), um zu vernünftigen Lösungen zu kommen. Beteiligte äußerten sich ausgesprochen zufrieden mit der Methodik. Ausführliche Beschreibungen dazu finden sich im Internet.

Die Umsetzung des Erarbeiteten ist allerdings ein anderes Thema: Wenn das Ergebnis bereits am nächsten Tag von den Entscheidungsträgern wieder zurückgenommen wird, dann kann auch die beste Mediation nicht wirksam sein. Auch die Ergebnisse der „Schlichtung“ mit dem mehr intuitiv arbeitenden Heiner Geißler waren zunächst hoch gelobt und von allen Beteiligten anerkannt worden, doch ist inzwischen S21 plus fast Vergangenheit, und die Ergebnisse sind wohlfeil. Das Ganze erinnert an die Bürgerbeteiligung zur dritten Landebahn am Frankfurter Flughafen, die mit einer Einigung - Bau der Landebahn plus Nachtflugverbot - endete. Der zweite Teil der Abmachung damals wurde allerdings nicht eingehalten, und erst ein Gerichtsurteil verhalf den Ergebnissen zur vertraglichen Anerkennung.

Wie werden diese Entwicklungen weiter verarbeitet? Und was bedeuten sie für das Vertrauen in die politische Beteiligung? Wir werden sehen und gelegentlich weiter über

„Großgruppenprozesse“ in Baden-Württemberg berichten.

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

## Bayern

### Neues aus der Kammer

Der Kammvorstand hat sich in den letzten Monaten – ähnlich wie in den Vorjahren – wieder eine Serie von Kontaktgesprächen mit wichtigen Partnern organisiert:

- Am 14. Juni fand eine Sitzung mit den Leitenden Psychotherapeuten/Psychologen der Psychiatrien und psychosomatischen Kliniken statt. Hier ging es um die Strukturen der Einbindung der Psychotherapeuten in die Klinikhierarchie und um die Perspektiven des neuen Finanzierungssystems nach dem PsychEntgG, welches in den nächsten Jahren sukzessive eingeführt wird. Die bisherige Finanzierung durch tagesgleiche Pflegesätze soll dann durch fallbezogene Pauschalen ersetzt werden, die sich am spezifischen Behandlungsbedarf orientieren. Damit sollen sich die Anreizstrukturen stärker an Prozessqualitäten und weniger an Strukturvorgaben (gemäß PsychPV) orientieren.
- Am selben Tag trafen sich die Vertreter der Psychotherapieausbildungsinstitute mit der Kammer und – in der ersten Stunde - auch mit den Leitenden Psychotherapeuten. Die Termine waren überschneidend geplant worden, um den Austausch zwischen beiden Gruppen zu fördern. Wichtig schien es dabei unter anderem darauf hinzuwirken, dass die Institute für ihre Ausbildungsteilnehmer/innen und deren Tätigkeiten als PiA in den Kliniken vergleichbare Vorgaben machen. Hier gab es des Öfteren Kritik von Seiten der PiA und Unverständnis seitens der Kliniken.

- Am 25. Juni stand das traditionelle Treffen mit Vertretern der Hochschulen/Universitäten an, bzw. mit Hochschullehrern derjenigen Studiengänge, die zur Psychotherapieausbildung führen. Hier erfolgte ein Austausch über die immer noch sehr unsicheren Perspektiven der Reform des Psychotherapeutengesetzes. Die abwartende bzw. wenig konstruktive Position des zuständigen Bundesgesundheitsministeriums und die Motive unterschiedlicher Interessengruppen sind für Außenstehende relativ verwirrend. Und das unabgestimmte Vorpreschen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Richtung einer sog. Direktausbildung Psychotherapie macht die Sache für die Hochschullehrer/innen, die die Studiengänge planen, nicht gerade einfacher. Schwierigkeiten gibt es auch für die Planung von Masterstudiengängen im Bereich Soziale Arbeit, da es wenig Anhaltspunkte für inhaltliche Anforderungen gibt, die den Zugang zur KJP-Ausbildung in Bayern sicherstellen.

In den universitären Psychologieinstituten steht aktuell die Frage an, wie viele Masterstudienplätze geplant werden können. Da Bayern wegen dem G8-Abitur im vergangenen Jahr möglichst viele universitäre Lehrkapazitäten und befristete Ausbauprogramme in Richtung Bachelorstudiengänge verplant hat, steht derzeit in mehreren Universitäten eine Auseinandersetzung um genügend Masterstudienplätze an. Die Kammer, als Vertretung der Berufsgruppe, die den Uni-Absolventen Berufsperspektiven bietet, wird sich hier weiterhin (in der Politik und bei Hochschulleitungen) in Abstimmung mit den Uni-Instituten einbringen und entsprechende Forderungen unterstützen.

Zur Umsetzung der Neuropsychologie-Beschlüsse des G-BA hat sich die Kammer sehr früh mit der KV Bayerns abgestimmt. Sie prüft im Einzelfall, sozusagen auf Wunsch der KV, ob das Vorliegen der Anforderungen der Musterweiterbildungsordnung für Neuropsychologie gegeben ist und



kann dem Antragsteller dann eine entsprechende Bestätigung zur Vorlage bei der KV geben, die wiederum Voraussetzung zur Erbringung ambulanter Neuropsychologie nach dem G-BA-Beschluss ist.

Kontakte der Kammer mit den großen Bezirkspsychiatrien scheinen langsam möglich. Im Herbst sind ausführlichere Gespräche vorgesehen, möglicherweise werden gemeinsame Fortbildungen geplant.

### Aus der KV Bayern (KVB) und der Landeskonferenz der Richtlinienpsychotherapie-Verbände (LAKO)

#### Musterkläger für die Jahre 2007 und 2008 gesucht

Die psychotherapeutischen Berufsverbände in Bayern bereiten derzeit wieder eine Honorar-Musterklage vor. Mit der KVB konnte von Verbände Seite vereinbart werden, dass je Verband 2 bis 3 Musterkläger ausreichend sind. Inhalt der Klage werden die zu niedrig angesetzten Praxiskosten sein.

Wer bereit ist, sich als Musterkläger zur Verfügung zu stellen, möge sich in der Bundesgeschäftsstelle in Tübingen melden. Gesucht werden ärztliche/Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in den Jahren 2007 und 2008 regelmäßig Honorarwiderspruch eingelegt haben und die einen Praxisumsatz entsprechend eines Vollzeitäquivalents aufweisen können (Größenordnung von 75.000 bis ca. 100.000 €).

#### Honorarwidersprüche

Es ist dringend geboten, auch weiterhin Honorarwidersprüche einzulegen. Wir empfehlen unseren Mitgliedern folgenden Widerspruchstext (siehe Kasten nächste Seite).



Berufsverband Psychosoziale Berufe

### Für Verbandsmitglieder 30% Rabatt

Von A bis Z alle Themen für den Praxisalltag!  
Aktuelle Rechtsvorschriften, Richtlinien, Adressen,  
Checklisten und Formulare runden das Werk ab.



Behnen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid (Hrsg.)

#### Verbandsausgabe – Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis

**Ja, ich bin Mitglied und bestelle:**

( ) **Loseblattwerk** in 3 Ordnern. Ca. 3800 Seiten.

ISBN 978-3-86224-004-3

€ 99,95 (Ladenpreis € 148,95)

zzgl. 4 Aktualisierungen p.a.

( ) **Online-Ausgabe.** ISBN 978-3-86224-006-07

Halbjahrespreis € 79,95 (Ladenpreis € 99,95).

Praxis .....

Name/Vorname .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

E-Mail .....

**medhochzwei Verlag GmbH**  
Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg,  
[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de), Bestell-Tel. 06221/489-555  
Bestell-Fax 06221/489-410,  
E-Mail: [kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de](mailto:kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de)  
**Kundenbetreuung & Auslieferung über Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm**

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird. Weitere Informationen finden Sie in unseren AGBs unter: [www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

**Psychotherapeuten  
Verlag**

*Briefkopf*

*An die Kassenärztliche Vereinigung ...*

***Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal ...***

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*hiermit lege ich Widerspruch gegen den Honorarbescheid XXX ein. Die Einlegung des Widerspruchs erfolgt zur Fristwahrung. Der Widerspruch richtet sich gegen die aktuelle Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und dient zur Aufrechterhaltung sich ggf. daraus ergebender Honoraransprüche.*

*Die vorgenommene Honorierung verstößt sowohl gegen das sich aus Art. 12 i. V.m. Art. 3 Abs. 1 GG ergebende Gebot der Verteilungsgerechtigkeit (vgl. Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20.1.1999 - B 6 KA 46/97 R - und vom 25.8.1999 - B 6 KA 14/98) als auch gegen das Gebot der Angemessenheit der Vergütung aus § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V.*

*Das BSG hat mit seinen Urteilen vom 28.1.2004 und 28.5.2008 seine früheren Rechtsgrundsätze hinsichtlich einer Honorarverteilungsgerechtigkeit bestätigt. Demnach muss es mir möglich sein, mit einer maximal ausgelasteten Praxis ein durchschnittliches fachärztliches Einkommen zu erzielen. Nach meinem Kenntnisstand ist aber auch bei maximalem Arbeitseinsatz kein Einkommen zu erreichen, das dem Durchschnitt der anderen zum Vergleich heranzuziehenden Arztgruppen entspricht.*

*Unter Berücksichtigung der Zeitkapazitätsgrenzen lässt sich für eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis ein maximaler Umsatz von ca. 125.000 Euro errechnen. Abzüglich der vom BSG bestätigten Kosten von 40.634 Euro (derzeit wird durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung anhand empirischer Daten überprüft, ob der Praxiskostenansatz von 40.634 Euro aktuell angemessen oder ggf. anzupassen ist) bleibt ein Überschuss von rund 85.000 Euro. Dieser maximal mögliche Überschuss (den nur 5 % aller Psychotherapeuten erreichen) liegt - nach allem, was aktuell bekannt ist (vgl. hierzu Deutsches Ärzteblatt PP 10 2010, S. 433) - deutlich unter dem Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Facharztgruppen. Die Honorierung der genehmigungspflichtigen Leistungen wurde nicht an die gestiegenen Gewinne der Fachärzte in der Vergleichsgruppe in den Jahren 2007 und 2008 angepasst.*

*Angesichts der aktuellen Steigerungen der Honorare der Fachärzte wird sich die Schere zwischen den möglichen Einkommen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Praxen auch bei voller Auslastung gegenüber den durchschnittlichen Einkommen der vergleichbaren fachärztlichen Praxen weiter zu Lasten der Psychotherapeuten verschlechtern.*

*Ich bitte darum, diesen Widerspruch vorläufig nicht zu bescheiden und erst das Ergebnis möglicher Musterverfahren abzuwarten.*

*Mit freundlichen Grüßen*

### **KVB-Initiative zur Entstigmatisierung von Psychotherapie- und Psychiatriepatienten**

Auf vielen Ebenen werden Psychotherapie- und Psychiatriepatienten benachteiligt. Sei es, dass sie beim Abschluss einer Versicherung einen erhöhten Versicherungsbeitrag leisten müssen; sei es, dass sie als Beamtenanwärter, die im Vorfeld eine Psychotherapie durchführten, um ihre Verbeamtung fürchten müssen. Dies steht im Widerspruch zu den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung, wonach jeder Euro, der in Psychotherapie investiert wurde, der Volkswirtschaft einen Gewinn von 3 bis 4 € bringt. Von Seiten der Verbände soll dieses Thema immer wieder in die Tagespolitik eingebracht werden.

### **Zur Honorarsituation**

Kommt die extrabudgetäre Vergütung oder nicht? Durch Herrn Spahn (Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestages) und Herrn Köhler (KBV) sind diese Überlegungen in letzter Zeit wieder vermehrt ins Spiel gekommen.

Herr Spahn versucht nun die Idee in Umlauf zu bringen, neue Psychotherapiesitze durch die Veränderung der Richtlinienkontingente „gegenzufinanzieren“. Unterm Strich würde dies bedeuten: es gibt zwar mehr Psychotherapeuten, aber sie müssen schneller (kürzer) behandeln.

Fakt ist jedoch, dass die Morbidität der Bevölkerung bezüglich psychischer Erkrankungen deutlich zugenommen hat. Die Frage muss daher lauten, wie kann die Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie verbessert werden? Zu klärende Fragen sind hierbei u. a.

- Wie können die Wartezeiten verkürzt werden?
- Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Berufskolleginnen und -kollegen gibt es?
- Welche Vertragsmöglichkeiten innerhalb des SGB V können sinnvoll zur

Verbesserung der Versorgung genutzt werden?

Speziell im KJP-Bereich sind hier in Bayern derzeit Überlegungen im Gange, wie durch eine engere Kooperation mit Kinderärzten bei einer ADHS-Diagnose eine vorschnelle Verschreibung von Ritalin verhindert werden kann.

*Heiner Vogel, Rudi Merod,  
Willi Strobl, Anselm Mugele  
Kontakt: bayern@dgv.de*

## **Hamburg**

### **Treffen der Kostenerstattungsgruppe**

Die Hamburger Kostenerstattungsgruppe hat sich am Dienstag, 12. Juni, getroffen und u. a. eine Internet-Plattform zur Verbesserung der kollegialen Vernetzung diskutiert. Das nächste Treffen ist für den Dienstag, 25. September, geplant. InteressentInnen sind herzlich eingeladen.

### **Fallseminar für Approbierte und Fortgeschrittene**

Am Freitag, 31. August, soll im DGVT-Ausbildungszentrum, Raum Tübingen, von 18.00 Uhr bis 20.15 Uhr erstmals ein Fallseminar stattfinden. Dieses Seminar ist als regelmäßige Veranstaltung konzipiert, die approbierten KollegInnen Gelegenheit für fachlichen Austausch auf hohem Niveau und Weiterentwicklung der therapeutischen Kompetenz bieten will. Neuere methodische Konzepte wie die der Schematherapie oder Achtsamkeitsorientierung werden dabei multiperspektivisch ebenso berücksichtigt wie die individuelle Kreativität und Praxiserfahrung der Teilnehmenden. Neben der diskursiven Reflexion sollen auch szenische Methoden den Supervisionsprozess unterstützen.

KollegInnen, die einen Fall vorstellen möchten, sind gehalten, dies vorab kundzutun und eine kurze Falldarstellung vorzubereiten.

reiten. Diese sollten ausreichende biografische Informationen, diagnostische Erwägungen, aktuelle Befunde, Angaben zur therapeutischen Beziehungsgestaltung und zum bisherigen Therapieverlauf enthalten.

Bescheinigt werden drei Fortbildungspunkte der Kategorie Supervision laut Fortbildungsordnung der Hamburger Psychotherapeutenkammer.

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl wird um Voranmeldung per E-Mail an [berndkielmann@ausbildungszentrum-hamburg.de](mailto:berndkielmann@ausbildungszentrum-hamburg.de) gebeten.

### **Psychotherapeutentag: Risiko Großstadtleben?**

Die Hamburger Psychotherapeutenkammer veranstaltet am Samstag, 15. September, ihren mittlerweile vierten Psychotherapeutentag. Das Motto lautet: Risiko Großstadtleben? Herausforderungen für eine moderne Psychotherapie.

Das Thema knüpft an die gesellschaftliche Dynamik von wachsender Stadt bei gleichzeitiger Entvölkerung auf dem Land an und steht im Kontext der höchst unterschiedlichen psychotherapeutischen Versorgungsrealitäten von Stadt und Land. Der Schatten der begehrten Freiheit des Stadtlebens ist nach wie vor zuweilen Vereinsamung und/oder Reizüberflutung. Multikulturelle Sozialräume strahlen Lebendigkeit aus, rufen aber auch Konflikte hervor. Unterschiede zwischen Gewinnern und Verlierern treten deutlicher hervor. Aktuelle Studien weisen auf eine höhere Stressbelastung bei StadtbewohnerInnen hin. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Städten ist hoch, auch in Hamburg.

Die spezifischen Risiken individueller Lebenswirklichkeiten in der Großstadt sollen auf dem Psychotherapeutentag aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden.

Die Themen der Workshops sind:

- Riskante Kindheiten
- Arbeitsbelastungen, Stressreaktivität und psychische Gesundheit in der Großstadt

- Interkulturelle Öffnung in der psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg: Ressourcen und Herausforderungen
- Lebenskompetenzen
- Paarbeziehungen

### **PiA-Tag**

Die ALLIANZ Psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände in Hamburg lädt am Samstag, 6. Oktober, zu einem PiA-Tag ein. Beginn ist um 15.30 Uhr im Café Stern-Chance in Hamburg. Es gibt wichtige Informationen für die PsychotherapeutInnen in Ausbildung. Das gesellige Miteinander bei Buffet und Tanz kommt darüber hinaus nicht zu kurz.

Die Hamburger DGVT-Mitglieder wurden bereits schriftlich eingeladen.

*Thomas Bonnekamp  
Landessprecher Hamburg  
Kontakt: [hamburg@dgv.de](mailto:hamburg@dgv.de)*

## **Hessen**

### **Aufruf zur Mitarbeit an der Gründung eines Praxisnetzes für Privatpraxen und KollegInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind in Hessen.**

Wer Interesse an einer regionalen Vernetzung hat, möchte sich melden bei DGVT-Landessprecherin Elisabeth Huber, [info@huber-psychotherapie.de](mailto:info@huber-psychotherapie.de).

Der nächste Qualitätszirkel KJP-VT findet am Dienstag, 4.9.12 um 18.30 Uhr in der Praxis von Elisabeth Huber, Walluferstraße 2, 65343 Eltville statt. Themenschwerpunkt wird sein "Sexualität + Identitätsstörung + Homo-Hetero?" InteressentInnen werden um eine kurze Anmeldung gebeten: [info@huber-psychotherapie.de](mailto:info@huber-psychotherapie.de).

*Kontakt: [hessen@dgv.de](mailto:hessen@dgv.de)*

## Mecklenburg-Vorpommern

Im Rahmen der Sommerakademie in Rostock-Warnemünde fand ein Landesgruppentreffen statt, und zwar am Donnerstag, 21. Juni, im Anschluss an den interessanten Eröffnungsvortrag von Christof T. Eschenröder (Bremen) über "Energetische Psychotherapie". Jürgen Friedrich erstattete als bisheriger DGVT-Landessprecher von Mecklenburg-Vorpommern Bericht.

1. Zusammenarbeit mit der Bundesgeschäftsstelle: Die Kommunikationswege wurden von beiden Seiten effektiv genutzt. Wir erfahren von der Geschäftsstelle in Tübingen viel Unterstützung.
2. Länderrat: Regelmäßig nimmt Jürgen Friedrich als Landessprecher an den Sitzungen dieses DGVT-Gremiums teil. Dort spielte in den zurückliegenden Monaten die Gründung des DGVT-Berufsverbandes eine große Rolle. Nun geht es darum, möglichst viele Mitglieder von den Vorteilen zu überzeugen und sie zum Eintritt zu motivieren.
3. Aktivitäten in den Kammern: Drei Landesgruppen-Mitglieder sind gewählte Delegierte der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), zwei davon sind zudem Delegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag, außerdem haben wir einen Ersatzdelegierter. Und ein weiteres Mitglied ist Beisitzer im OPK-Vorstand für Mecklenburg-Vorpommern. Wir sind als DGVT also gut vertreten. Im vergangenen Jahr übten die Kammern Einfluss auf die Ausgestaltung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aus.
4. Berufspolitik im DGVT-BV: Jürgen Friedrich war in den Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gewählt worden und ist dort Mitglied in zwei Arbeitsgruppen (Krisenintervention, Gutachterverfahren). Er berichtete zuletzt in der Rosa Beilage über den hiesigen Honorarverteilungsmaßstab. Beim Landesgruppen-

treffen erläuterte er die von der FALK-Fraktion angeregten Versuche der KBV, die Psychotherapie-Vergütungen in einen extrabudgetären Topf zu verlagern, damit unsere Mengenausweitungen nicht auf Kosten des fachärztlichen Anteils der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gehen.

5. Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten: Das DGVT-Ausbildungsinstitut für Psychotherapie Rostock (APR), geleitet von Katrin Prante, Jürgen Friedrich und Stefan Mohr, bildet seit 2011 in seinem ersten Kurs 18 KollegInnen aus und wird demnächst seine neuen Räumlichkeiten beziehen. Die afp-Ost organisiert weiterhin Dörte Heidenreich-Wendelken aus Rostock in Zusammenarbeit mit der afp-Bundesakademie Tübingen (künftig DGVT-Fort- und Weiterbildung). Künftig soll die Sommerakademie in zweijährigem Rhythmus hier stattfinden. Die „Rostocker-Reihe“ soll in den APR-Institutsräumen nach dem Sommer wieder aufgenommen werden. Im Rahmen eines Qualitätszirkels treffen sich monatlich KollegInnen aus Rostock, Demmin und Neubrandenburg zur Intervention und um sich fachlich auszutauschen. Diese Gruppe aus ca. zwölf DGVT-KollegInnen bildet quasi den Kern der insgesamt regen Landesgruppe. Bei dem jüngsten Treffen nahm als Gast Heiner Vogel (DGVT-Vorstand) teil.
6. Wahl einer/s neuen LandessprecherIn: Jürgen Friedrich hatte bereits im Vorfeld seine weitere Kandidatur für diese Aufgabe angemeldet. Andere Bewerbungen wurden nicht vorgetragen. Jürgen Friedrich wurde einstimmig zum Landessprecher gewählt, und er erklärte sich bereit weiterzumachen, vorbehaltlich der Zustimmung durch den DGVT-Vorstand.

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

## Schleswig-Holstein

### **BPtK-Präsident Prof. Richter zu Besuch in der Kammer**

Nach der Wiederwahl zum Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) stattet Prof. Rainer Richter allen Landeskammern Besuche ab, um sich über aktuelle Fragen der Berufspolitik mit den Kammermitgliedern auszutauschen und die Bundespolitik aus „erster Hand zu schildern. Auf seiner Tour durch Deutschland besuchte Richter im Juni die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Der angekündigte Besuch lockte mehr BesucherInnen als sonst zur Kammersitzung an. Prof. Richter informierte Kammermitglieder und Gäste in lockerer Diskussion über aktuelle Themen wie Bedarfsplanung, Ausbildungsreform und neues Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik. Als Besucherin der Sitzung war ich gespannt auf neue Informationen.

Am 1. Januar 2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Durch intensive berufspolitische Arbeit konnte der anvisierte Abbau von 6.000 Psychotherapiesitzen in sogenannten überversorgten Gebieten vorerst abgewendet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis 2013 die Bedarfsplanung so anpassen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt ist.

Richter führte aus, dass „systematische Fehlentscheidungen 1999“ zu einer Unterversorgung, besonders im ländlichen Raum, geführt hätten. Er fordert, dass für eine Neuberechnung des Bedarfes die Anzahl an psychotherapeutischen Praxen von 2005 zugrunde gelegt wird. (2005: Ende der Berechtigung der Nachqualifikation.) Positiv vermerkte Richter, dass das Thema Unterversorgung auf bundespolitischer Ebene angekommen sei. Das Ergebnis der Berechnung der Verhältniszahlen wird im Herbst 2012 erwartet. Aktuell wird davon ausgegangen, dass sich insbesondere die Verhältniszahlen für den ländlichen Raum verändern werden.

In diesem Zusammenhang äußerte sich der BPtK-Präsident auch zur Kostenerstattung. Hier unterstützt die BPtK die Therapeuten, die in Kostenerstattung arbeiten, mit Veröffentlichungen, und es wurden Broschüren erstellt, die auf der BPtK-Homepage verfügbar sind. Die Kostenerstattung wird als politische Strategie verstanden, um die Krankenkassen argumentativ unter Druck zu setzen, dass es weder in den Städten, noch im ländlichen Raum eine Überversorgung gibt.

In der Diskussion um die Reform der Psychotherapie-Ausbildung wurde deutlich, dass die Profession der Psychotherapeuten Vorgaben machen soll, um chancengleiche Kontingente für die anerkannten Verfahren zu erreichen. Die BPtK soll dafür dem Gesundheitsministerium Kriterien vorgeben. Richter forderte den Länderrat der BPtK auf, sich dazu zu positionieren. Viele Punkte sind noch offen: z.B. die Zugangsvoraussetzung für Psychotherapie (Master oder Bachelor-Abschluss) und Vergütung der Praktischen Tätigkeit.

Prof. Richter geht davon aus, dass das neue Entgeltgesetz für Psychiatrie und Psychosomatik wohl kommen wird und somit die Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung), die den Personalbedarf bemisst, abgelöst wird. (Mittlerweile ist das PsychEntgeltGesetz verabschiedet. Anm. d. Red.) Diagnosebezogene Tagespauschalen versprechen eine bessere Strukturqualität. Die BPtK setzt sich für eine leitliniengerechte Strukturqualität und eine adäquate Abbildung unserer Berufsgruppe ein. PiA sollten nur die Leistungen kodieren, die sie auch vergütet bekommen, damit sich der Trend in den Krankenhäusern nicht fortsetzt, dass psychotherapeutische Leistungen überwiegend durch PiAs erbracht werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich der Besuch der Sitzung der PKSH gelohnt und dazu ermutigt hat, sich mit Berufspolitik auseinanderzusetzen.

### **Treffen der Landesgruppe**

Am 7. Juni kam die Landesgruppe der DGVT zu einem Treffen zusammen. Diese

Treffen finden in regelmäßigen, etwa vierteljährlichen Abständen statt und bieten neben der jährlichen Mitgliederversammlung die Möglichkeit zum Austausch. Das nächste Treffen der Landesgruppe findet am Mittwoch, 29. August, 19.00 Uhr, im Restaurant Paradiso in Weede statt. Alle Mitglieder sind dazu herzlich eingeladen.

### **Regionale Mitgliederversammlung**

Zu unserer Regionalen Mitgliederversammlung laden wir alle herzlich ein und freuen

uns über eine rege Teilnahme. Sie findet am Donnerstag, 1. November, 18.30 Uhr in der psychotherapeutischen Praxis Tiefert, Moltkestraße 4, 24768 Rendsburg, statt.

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

### **Bereicherung der therapeutischen Arbeit**



### **Kreativtherapie (DGVT)**

**Kompetenz in der Arbeit mit kunst- und kreativtherapeutischen  
Methoden - Basiskurs**

**Termine:** 13.-14. Oktober 2012  
10.-11. November 2012  
26.-27. Januar 2013

**Ort:** Rostock

**www.afp-info.de**  
**bundesakademie@afp-info.de**  
☎ 0700 - 237 237 00

## Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

### **GMK plädiert für tarifliche Regelung der PiA-Bezahlung**

Auf der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) tauschen sich die Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der einzelnen Bundesländer und des Bundes aus. Es geht dabei um die gesamte Themenpalette der Gesundheitspolitik. Gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung, Berufe im Gesundheitswesen, einzelne gesundheitspolitische Themen wie Drogen und Sucht, europäische Gesundheitspolitik u. v. m. Vorsitz und Geschäftsführung der GMK gehen jedes Jahr auf ein anderes Bundesland über. Im Jahr 2012 hat das Saarland den Vorsitz.

In den 16 Anträgen, die die 85. Ministerkonferenz am 27./28. Juni in Saarbrücken zu bearbeiten hatte, ging es schwerpunktmäßig um die Themen Versorgung, Gesundheitsberufe und Pflege. Auch Themen, die unseren Berufsstand unmittelbar betreffen, standen auf der Tagesordnung.

Die Ministerkonferenz war sich einig, dass die Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung eines der wichtigsten Themen für die kommenden Jahre sein wird. Folgende Vereinbarungen wurden getroffen:

- Gemeinsamer nationaler Strategieplan von Bund und Ländern zur Generationenfestigkeit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
- Bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Planungsinstrumente
- Regionale Berücksichtigung demografischer Veränderungen bei der ambulanten Bedarfsplanung für ÄrztInnen.

#### **Gesetzliche Krankenversicherung**

Einig waren sich die Gesundheitsminister der Länder auch in der Empfehlung, keine

Beitragsrückzahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die Versicherten zu tätigen, sondern die erwirtschafteten Rücklagen aufzustocken, um die gesundheitliche Versorgung generationenfest zu machen. In Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung fordern die Länder den Bund auch auf, die angekündigte Kürzung des Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds zurückzunehmen. Die Länder sehen in Anbetracht der konjunkturellen Einnahmerisiken auf der einen Seite und der demografischen Entwicklungen auf der anderen Seite die Gelder als notwendig an, um die zu erwartenden steigenden Leistungsausgaben tätigen zu können. Die Länder legen großen Wert auf die nachhaltige Beitragsstabilisierung und auf die Ausweitung der Rücklagen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einbeziehung der GKV in das Kartellrecht, die von Seiten der FDP-Minister Rösler und Bahr vorgesehen ist, wird von der GMK strikt abgelehnt. Eine Behandlung der Gesetzlichen Krankenkassen analog zu gewinnorientierten Wirtschaftsunternehmen sei völlig systemfremd.

Zwei Punkte, mit denen sich die GMK befasst hat, sind zentral für die aktuelle Diskussion innerhalb unseres Berufsstands: die Regelung der Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapeutenausbildung und die dringend notwendige Bezahlung der PiA im Rahmen der praktischen Ausbildung. Zu diesen beiden Fragen haben wir die Geschäftsstelle der GMK interviewt. Die Antworten des Vertreters der GMK finden Sie in dieser Rosa Beilage.

#### **Psychotherapeuten-Ausbildung**

Dringenden Handlungsbedarf sieht die GMK im Hinblick auf die Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapie-Ausbildung. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, im Vorgriff auf die beabsichtigte Novellierung des Psychotherapeu-



tengesetzes den § 5 Abs. 2 PsychThG zeitnah dahingehend zu ändern, dass die Voraussetzung für die PP- und die KJP-Ausbildung entweder ein Diplom-Abschluss oder ein Master-Abschluss ist.

### **PiA-Vergütung**

Ein weiterer zentraler Punkt in Bezug auf die PsychotherapeutInnen in Ausbildung war deren Vergütung. Die GMK fordert das BMG auf, eine Regelung zu treffen, die es den Gewerkschaften ermöglicht, Tarifverträge für PsychotherapeutInnen in der Ausbildung und der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in der Ausbildung abzuschließen.

### **Pflege und Hebammen**

Bezüglich der Pflege einigte man sich auf eine zeitnahe Zusammenführung der Pflegefachausbildungen zu einem Berufsgesetz.

Außerdem hält die GMK die Sicherung des Versorgungsangebotes durch Hebammen für unerlässlich. Drohende Kostensteigerungen durch drastische Erhöhungen der Berufshaftpflichtprämien der Hebammen sind zeitnah auszugleichen durch Erhöhung der Entgelte für die Hebammenleistungen.

### **Krebsplan und künstliche Befruchtung**

Außerdem will man gemeinsam mit dem Bund die Umsetzung des nationalen Krebsplans vorantreiben. Hierzu hat man sich u. a. hinsichtlich der Einrichtung klinischer Krebsregister auf einen gemeinsamen Vorschlag zur Anschubfinanzierung geeinigt.

Einigung gab es auch hinsichtlich der Kostenübernahme bei ungewollter Kinderlosigkeit in Bezug auf eine künstliche Befruchtung.

*Waltraud Deubert*

## **Fragen an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK)<sup>23</sup> anlässlich der Beschlüsse der 85. GMK vom 28.6.2012**

Die GMK hat bei ihrer Sitzung Ende Juni über zwei aus Psychotherapeutensicht zentrale Themen Beschlüsse gefasst - die Vergütung von Psychotherapeuten in der Ausbildung (PiA) und über die Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapeuten-Ausbildung (vgl. vorherigen Beitrag). Beide Themen haben wir im Rahmen eines Interviews mit einem Vertreter der GMK-Geschäftsstelle aufgegriffen.

### **Master als Zugangsvoraussetzung**

Die GMK hat beschlossen, im Vorgriff auf die beabsichtigte Novellierung zeitnah § 5 Abs. 2 PsychThG zu ändern, um eine bundeseinheitliche Regelung zur Gewährleistung der Psychotherapeutenausbildung auf Masterniveau (bzw. Diplom-Abschluss) zu fordern.

#### *Hintergrund:*

*Eine Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) tut Not, da die derzeitigen gesetzlichen Regelungen wegen der Bologna-Reform nicht mehr gewährleisten, dass alle AusbildungsteilnehmerInnen über die für die Ausbildung erforderlichen Kompetenzen verfügen. Mittlerweile ist eine Vielzahl von Bachelor- und Master-Studiengängen entstanden, die sich mangels bundesweit einheitlicher Rahmenstudienordnungen inhaltlich stark unterscheiden. Das PsychThG knüpft an Studieninhalte und Abschlüsse an, die in dieser Form nicht mehr existieren. Eine bundeseinheitliche Zugangsregelung zum Beruf kann mit der derzeitigen Regelung im PsychThG nicht mehr erreicht werden und wird bereits in Bezug auf die Ausbildung zum KJP von vielen Bundesländern dahin-*

<sup>23</sup> Derzeit hat das Saarländische Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie den Vorsitz der GMK.

gehend gehandhabt, dass Bachelor-Abschlüsse als Zugangsvoraussetzung anerkannt werden.

*DGVT:* Welche konkreten Schritte werden die Länder nun unternehmen, um das Ziel einer raschen Novellierung des PsychThG zu erreichen? Werden hier noch konkrete Gespräche stattfinden und hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eventuell bereits reagiert?

*GMK:* Die Regelung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fällt unter die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Das BMG hat der GMK mitgeteilt, dass die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes voraussichtlich noch in diesem Jahr in Angriff genommen wird. Zur Vorbereitung der Novellierung ist geplant, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die sich insbesondere auch mit der Frage der grundlegenden Reform der Ausbildungsstruktur befassen soll.

*Kurzfristige Gesetzesänderungen zu einzelnen Punkten sind seitens des BMG im Hinblick auf die Novellierung nicht vorgesehen. Die Gesundheitsminister, -ministerinnen und -senatorinnen und -senatoren halten diese in einzelnen Punkten dennoch für angezeigt und haben dies über den GMK-Vorsitzenden, Herrn Minister Andreas Storm, dem Bundesgesundheitsminister mitgeteilt.*

### **Ausbildungs-Vergütung – Tarifverträge für PiA?**

Die GMK hat nun den Bund aufgefordert, mit einer Gesetzesreform auch eine tarifliche Bezahlung der PiA zu sichern.

*Hintergrund:*

*Die fehlende Regelung für die Vergütung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) war ein Konstruktionsfehler im Zuge der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998/99. Dies wird von der DGVT und vielen anderen Ausbildungsträgern sowie weiteren Verbänden und den Kammern seit langem kritisiert. Das BMG ist hier bis-*

*lang trotz vielfältiger Forderungen von Verbänden/Kammern und auch Bundestagspetitionen nicht initiativ geworden. Im Gegenteil: Das BMG verweist auf die Begründung zum PsychThG, die deutlich mache, dass es sich bei der PiA-Zeit um ein ausbildungsinternes Praktikum, quasi eine Hospitationszeit handle, für die ein Anspruch auf Bezahlung nicht zwingend sei.*

*Ein Gesetzesvorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer für die Neufassung des PsychThG sieht in einem § 7 Abs. 2 vor, dass von „Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer (...) im Rahmen der praktischen Ausbildung erbrachte Leistungen angemessen zu vergüten“ sind.*

*Geht man mit dem Ergebnis des Forschungsgutachtens des BMG von 2009<sup>24</sup> davon aus, dass PiA i. R. ihrer praktischen Tätigkeit in Kliniken bereits qualifizierte Behandlungsleistungen erbringen und berücksichtigt weiter, dass alle PiA über einen Hochschulabschluss verfügen, so ist die Forderung nach einer (adäquaten) Bezahlung nur allzu begründet.*

*DGVT:* Gab es in der Ministerkonferenz konkrete Vorstellungen, wie die Einführung einer Vergütung der Ausbildung im Rahmen der bisherigen „Praktischen Tätigkeit“ auf gesetzlicher Ebene umgesetzt werden soll?

*GMK:* Nein.

*DGVT:* Gibt es bereits Vorstellungen, in welcher Höhe eine angemessene Vergütung liegen würde? Wie sollen die zu erwartenden Mehrkosten der Kliniken für die angemessene PiA-Vergütung im Rahmen der praktischen Tätigkeit finanziert werden?

*GMK:* Aus Sicht der GMK sollten die Höhe der Vergütung und die näheren Einzelheiten dazu durch die Tarifparteien in einem Tarifvertrag geregelt werden. Für die Finanzierung sind Lösungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu suchen.

*Die Fragen stellte Kerstin Burgdorf*

<sup>24</sup> Forschungsgutachten zur Ausbildung von PP/KJP im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, Strauß/Fliegel/Willutzki et al., 2009.

## Berliner PiA im Dialog

### Grüne Fraktion will sich für Verbesserung der Situation einsetzen

(ab). Mit der Situation der PsychotherapeutenInnen in Ausbildung (PiA) beschäftigte sich die Grüne Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus bei einem sogenannten Fachgespräch im Juni in Berlin. Drei PiA nahmen Stellung zur Qualität der Ausbildung, zur Frage der Kammer-Mitgliedschaft von PiA und zur finanziellen Situation. Zur Situation der PiA hatte Heiko Thomas, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion, außerdem eine Kleine Anfrage an den Senat gerichtet.

Derzeit sind in Berlin 20 Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten staatlich anerkannt. Die Qualität der Ausbildung und der Praktika sei sehr unterschiedlich, erklärte Julia Walendzik (PiA), was auch von den übrigen DiskussionsteilnehmerInnen bestätigt wurde.

Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, wies auf „jüngsten Anstrengungen der Kliniken zur Verbesserung der Situation der PiA“ hin, sieht aber in der „Vertragsgestaltung noch Handlungsbedarf“. Meike Jäger, Fachbereichsleiterin für Gesundheit bei ver.di, stimmte dem zu und ergänzte, dass „Teile der Ausbildung in die universitäre Ausbildung verlagert werden sollten“.

Dass sich die Situation der PiA verbessern würde, wenn sie Mitglieder in der PsychThG wären, dieser Meinung waren alle TeilnehmerInnen des Fachgesprächs. Katharina Röpcke (PiA) hatte die Kammer-Mitgliedschaft für PiA eingefordert. Heiko Thomas machte deutlich, dass er eine entsprechende Initiative parlamentarisch unterstützen würde, sobald es einen Vorschlag gibt, der sowohl von Kammer-Vertretern als auch von den PiA getragen wird.

Das Thema, das in jüngster Zeit am heftigsten diskutiert wird – nämlich die Bezahlung der PiA im Rahmen der Praktischen Tätigkeit –, kam, last but not least, auch

noch aufs Tapet. Florentine Jurisch (PiA) erklärte, dass es sich bei der Psychotherapeuten-Ausbildung generell um ein „ausschließendes System“ handle. Interessenten ohne finanziellen Background könnten diese Ausbildung nicht absolvieren.

Die Praktische Tätigkeit ist wesentlicher Bestandteil der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz. Das Gesetz sieht allerdings keine Vergütung vor, und PiA sind in keinen Tarifvertrag integriert. Bei Vivantes in Berlin erhalten PiA seit Juli 2011 immerhin eine monatliche Aufwandsentschädigung von 400 €, die Charité zahlt nach wie vor gar nichts. Bei dem Fachgespräch waren sich alle einig, dass eine finanzielle Entlohnung von mindestens 400 € angebracht wäre. Prof. Gallinat (Charité) schilderte die schwierigen Rahmenbedingungen, denen die Kliniken unterworfen seien. Die Frage könnte aufkommen, ob man lieber wenige PiA gut bezahlen sollte oder „viele quasi gar nicht“.

Heiko Thomas wollte in seiner Anfrage von der Berliner Senatsverwaltung wissen, inwieweit PiA schon in die Behandlung/Betreuung von Patienten eingebunden sind. Sie sind es laut Senat, allerdings unter Supervision. „Da PiA – anders als Ärzt/innen der Weiterbildung – noch über keine Approbation verfügen, müssen sie bei der Behandlung von Patient/innen grundsätzlich unter Anleitung und Aufsicht stehen und nur in diesem Rahmen dürfen sie zunehmend selbständig Behandlungen, die eigentlich dem Approbationsvorbehalt unterliegen, erbringen.“

Die Frage, ob der Senat Verbesserungsbedarf für die Situation der PiA in Berlin sehe und welche Schritte er plane, wurde wie folgt beantwortet: Berlin habe sich in Übereinstimmung mit anderen Bundesländern wiederholt und nachdrücklich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit für eine umfassende Reform des PsychThG eingesetzt und Regelungen zur Vergütung der PiA während der Praktischen Tätigkeit angemahnt.

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### Start des PNP-Vertrages in Baden-Württemberg am 1. Juli 2012

Seit dem 1. Juli ist in Baden-Württemberg der zwischen der AOK und der Bosch BKK auf der einen sowie den beteiligten Vertragspartnern Medi-Verbund, Freie Liste, DPTV und BVDN-BW auf der anderen Seite unterzeichnete Selektivvertrag mit dem Modul Psychotherapie gestartet, nachdem eine ausreichende und flächendeckende Beteiligung durch Ärzte und Psychotherapeuten erreicht werden konnte. Patienten, die am Hausarztprogramm der beteiligten Kassen teilnehmen, können sich seitdem auch in den PNP-Facharztvertrag einschreiben.

Für Patienten und Behandler bietet der Vertrag im Bereich Psychotherapie angesichts eines stark gestiegenen Bedarfs an psychotherapeutischen Leistungen erstens den Vorteil eines Verzichts auf Kontingentierungen sowie zweitens eine feste Vergütung für alle erbrachten Leistungen, die schließlich drittens für die frühe Versorgung und die Gruppenpsychotherapie über der Vergütung im KV-System liegen.

Im Rahmen dieses Vertrages übernehmen die beteiligten Kassen damit das entsprechende Morbiditätsrisiko für ihre Versicherten. Anders als im KV-System werden so die PsychotherapeutInnen nicht mit Honorareinbußen bestraft, wenn sie den stark gestiegenen Bedarf an Psychotherapie mit Mehrleistungen zu decken versuchen. Angesichts der jüngst noch einmal bestätigten Daten zu der schlechten Honorarsituation der Psychotherapeuten im KV-System könnte der PNP-Vertrag für Psychotherapeuten somit einen Einstieg in eine angemessenere Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen darstellen. Auch der Verzicht auf das Gutachterverfahren, deutlich günstigere Konditionen für die Gruppenpsychotherapie

und eine Öffnung für eine größere Methodenvielfalt sind Vorteile dieses Vertrages, die aus Sicht der DGVT eine begleitete Erprobung rechtfertigen.

Wie berichtet, ist der DGVT-BV als neugegründeter Berufsverband am 22.3.2012 dem Facharztvertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (PNP-Vertrag) nach § 73 c SGB V als Kooperationspartner beratend ohne Stimmrecht beigetreten, um die entsprechenden Entwicklungen und Erfahrungen mit dem Vertrag aus erster Hand beobachten zu können und im Lenkungsausschuss auf evtl. notwendige Anpassungen hinwirken zu können.

Zwischenzeitlich sind die Details des „Bereinigungsvertrages“ mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Baden-Württemberg ausgehandelt und beschlossen worden. Der Bereinigungsvertrag soll sicherstellen, dass AOK und BKK Bosch für jeden Versicherten, der im Vertrag behandelt wird, dem KV-System nicht zusätzlich die üblichen anteiligen Gelder für Psychotherapie zahlen. Dies geschieht in der Form, dass dem KV-System der Betrag entzogen wird, den der Versicherte im Jahre 2008 an Fallkosten für ambulante Psychotherapie gehabt hat. Alle Steigerungen, die sich durch höhere Honorare im PNP-Vertrag, durch vermehrte Inanspruchnahme von Psychotherapie gegenüber 2008 usw. ergeben, gehen also zu Lasten der AOK bzw. BKK Bosch. Sie trägt insofern das Morbiditätsrisiko, indem sie alle Leistungen vergütet, die erbracht werden, auch wenn diese deutlich über dem Leistungsumfang liegen, der 2008 erbracht worden ist.

Hier werden die Erfahrungen zeigen, ob es im Zuge des Vertrages zu Entlastungen des KV-Systems kommt (etwa weil die Inanspruchnahme von Psychotherapie gegenüber dem Jahre 2008 insgesamt gestiegen ist) und ob sich dies begünstigend auf die Vergütung

der psychotherapeutischen Leistungen im KV-System auswirkt.

Viel komplizierter ist der Sachverhalt bei der sogenannten situativen Bereinigung, d.h. also für den Fall, dass der Versicherte sich mit Zugang zum Psychotherapeuten in den Facharztvertrag einschreibt und sofort Leistungen im Vertrag abgerechnet werden. In diesem Fall muss die KV für diese Leistungen an die AOK bzw. BKK Bosch etwas zurückzahlen (weil die Kassen für die Versicherten ja bereits über die Pauschalzahlung für jeden Versicherten Geld ins KV-System einbezahlt haben, das zwischen den Arztgruppen verteilt wird). Dieser Betrag, den die KV für die psychotherapeutischen Leistungen an die AOK und BKK Bosch zurückzahlen muss, entspricht etwa den Geldmengen, die die KV an die Behandler zahlen müsste, wenn die gleichen Leistungen im KV-System abgerechnet würden. Dieser Betrag ist aber vorsichtshalber maximal begrenzt auf die durchschnittlichen Leistungen, die die KV für Psychotherapie pro Quartal durchschnittlich bezahlt. Mögliche Belastungen der KV-Honorierungen durch den Vertrag könnten, wenn sie überhaupt anfallen, in nennenswerten Umfang also lediglich im ersten Quartal der Neueinschreibung von Patienten erfolgen und sind deshalb für diesen Fall vorsichtshalber gedeckelt worden.

Inwieweit es für die AOK und BKK Bosch durch den Vertrag letztlich zu Mehr- oder Minderausgaben für Psychotherapie oder zu Einsparungen an anderer Stelle (Medikamente, AU-Zeiten, aber auch durch Gelder aus dem morbiditätsabhängigen Risikostrukturausgleich) kommt, ist angesichts der hier verfügbaren Informations- oder Datengrundlage derzeit kaum seriös einzuschätzen bzw. vorherzusagen.

Da erst seit kurzem Leistungen im Vertrag erbracht werden können, liegen derzeit natürlich kaum Erfahrungen mit der entsprechenden Versorgung vor. Wir werden über die Entwicklungen in jedem Fall weiter berichten.

Medi und die beteiligten Krankenkassen AOK und BKK Bosch haben aufgrund des hohen Aufwandes mit der Etablierung des

Vertrages natürlich ein hohes Interesse an einer möglichst starken Beteiligung von Patienten am Haus- und diesem Facharztprogramm und betreiben entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und Werbung für den Vertrag. Auch die KollegInnen, die am Vertrag teilnehmen und Investitionskosten für Hard- und Software oder gar Neueinstellungen im Vorgriff auf entsprechende nicht kontingentierte Leistungen übernommen haben, sind jetzt darauf angewiesen, Leistungen im Vertrag zu erbringen.

Hierdurch entsteht eine gemeinsame Interessenlage, Patienten zur Einschreibung in den Haus- und Facharztvertrag zu bewegen. In welchem Umfang dies tatsächlich geschieht und wie viele Leistungen dort tatsächlich erbracht werden, werden die kommenden Monate zeigen. KollegInnen berichten diesbezüglich seit dem Start des Vertrages sehr unterschiedliche Erfahrungen. Mit dem erst jüngst erfolgten Start des Vertrages kann demnach zur Zeit nicht selbstverständlich erwartet werden, dass bereits in den Vertrag eingeschriebene Patienten sich um eine psychotherapeutische Behandlung bemühen. Inwieweit eine Empfehlung zur Einschreibung für Patienten Vorteile mit sich bringt, muss sicher im Einzelfall verantwortlich geprüft werden.

An Softwarelösungen sind von den in den Vertrag eingeschriebenen Ärzten und Psychotherapeuten bislang bevorzugt cokom one und Elefant gewählt worden. Für Nutzer reiner psychotherapeutischer Praxissoftwarelösungen ist zumindest die cokom one-Lösung aufgrund ihrer Anforderungen an Rechner- und Speicherkapazität, vor allem aber aufgrund des aufwändigen Installations- und Wartungsbedarfes gewöhnungsbedürftig, der vor allem bei einem Wechsel des Rechners oder der Einrichtung zusätzlicher Arbeitsplätze mit hohem Unterstützungsbedarf und vermutlich auch höheren Kosten einhergeht.

Offen ist derzeit noch die Gestaltung der vertraglich vorgesehenen Abstimmung zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten, ein entsprechender einfacher Vordruck oder eine softwaremäßig bereitgestellte Vorlage

fehlen noch. Hier bleibt abzuwarten, welcher gegenüber dem KV-System evtl. zusätzliche Aufwand mit der PNP-Vertragsteilnahme verbunden sein wird.

Die DGVT wird über die Entwicklungen und Erfahrungen im Rahmen des Vertrages weiter berichten, auch unter dem Aspekt, welche Vor- und Nachteile sich gegenüber der psychotherapeutischen Versorgung im KV-System zeigen.

*Wolfgang Bürger*

### **KBV-Honorarbericht: Psychotherapeuten haben geringstes Einkommen aller Facharztgruppen**

Der aktuelle Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)<sup>25</sup> bringt die ungleiche Verteilung der Honorare der somatischen Facharztgruppen gegenüber den PsychotherapeutInnen deutlich zum Vorschein: das durchschnittlich verfügbare Nettoeinkommen eines Allgemeinmediziners lag im 1. Halbjahr 2011 bei 30.105 Euro netto (davon sind noch Krankenversicherung und Altersvorsorge abzuziehen), während PsychotherapeutInnen im 1. Halbjahr 2011 durchschnittlich nur 15.947 Euro verdienen. PsychotherapeutInnen haben somit die geringsten Einkommen aller Arztgruppen!

Die vorliegende Studie ist der erste Bericht der KBV dieser Art. Mit dem Ziel der Transparenz der Vergütung hat die KBV nach Vorgabe des mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2010 neu ins Sozialgesetzbuch (SGB) V eingeführten § 87 c regelmäßig über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und je Arztgruppe zu berichten. Im vorliegenden Berichtszeitraum werden die Umsätze der Arztgruppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen für das 1.

Halbjahr 2011 analysiert, gleichzeitig werden die Praxisgewinne aufgrund der vom Zentralinstitut der KBV für das Jahr 2008 erhobenen Kostensätze ermittelt.

Die KBV vermutet in ihrem Bericht, dass „der im Vergleich zu anderen Abrechnungsgruppen geringe Honorarumsatz aus einer unterdurchschnittlichen Tätigkeit der Psychotherapeuten im Vergleich zu den Kalkulationsannahmen des EBM bzw. zu den Grundsätzen der Vollauslastung einer psychotherapeutischen Praxis in der Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Höhe der Vergütung psycho-therapeutischer Leistungen resultiert“.

Dass diese Vermutung nicht belegbar ist, hat im Grunde der Bericht des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) vom März dieses Jahres gezeigt (<http://www.zi.de/cms/presse/2012/16-maerz-2012/>). In diesem Bericht des ZI wurde deutlich, dass die Arbeitszeiten der Psychotherapeuten mit 47 Wochenstunden nur geringfügig unter denen aller anderen Arztgruppen (52 Stunden) liegen. Zudem sind PsychotherapeutInnen im Vergleich mit anderen Arztgruppen besonders selten nur in Teilzeit tätig und PsychotherapeutInnen stellen die Arztgruppe dar, die den geringsten Anteil an unter-durchschnittlichen Fallzahlen haben. Dass der ZI-Bericht vom März in der KBV nicht vorliegt und den Autoren des KBV-Honorarberichts nicht bekannt ist, kann man gar nicht glauben.

Das eklatant geringe Einkommen der PsychotherapeutInnen im Vergleich zu den anderen Arztgruppen lässt sich entgegen der erwähnten KBV-Hypothese, die sich wie aufgezeigt als vorgeschützt und unzutreffend entlarven lässt, vorwiegend mit der seit Jahren nicht weiterentwickelten EBM-Honorarstruktur für unsere Fachgruppe erklären. Die Zahlen belegen, dass das vom Bundessozialgericht in mehreren Urteilen festgelegte Mindesthonorar zum Schutz der Psychotherapeuten noch keinesfalls erreicht wird: Die Rechtsprechung des BSG sieht vor, dass ein Psychotherapeut bei maximalem Arbeitseinsatz mindestens ein durchschnittliches fachärztliches Einkommen erzielen können muss.

<sup>25</sup> Der Honorarbericht ist auf der Homepage der KBV veröffentlicht: [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

Die vorliegenden Daten zeigen jedoch ein anderes Bild: ein Psychotherapeut könnte unter dem aktuellen EBM ein durchschnittliches Einkommen einer vergleichbaren Facharztgruppe nur erreichen, wenn er seine Arbeitszeiten (47 Std./Woche, wie vom ZI dargelegt) verdoppeln würde!

Wir empfehlen unseren Mitgliedern weiterhin, regelmäßig Widerspruch gegen den Honorarbescheid einzulegen. Ein Muster schreiben ist über die Bundesgeschäftsstelle des DGVT-Berufsverbands erhältlich.

*Kerstin Burgdorf*

## **Teilnahme am ZI-Praxis-Panel**

(kb). Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) hat Ende Juni Fragebögen verschickt, um zum mittlerweile dritten Mal die Entwicklung der Praxiskosten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erheben (sog. Praxis-Panel). Bezugspunkt der Umfrage ist das Jahr 2011.

Der DGVT-Berufsverband unterstützt diese Umfrage gemeinsam mit anderen Berufs- und Fachverbänden, die im sog. Gesprächskreis II zusammengeschlossen sind. Wir möchten daher unsere Mitglieder dazu auffordern, an der Befragung teilzunehmen, falls Sie in die Stichprobe der mehreren hundert Psychotherapeuten-Praxen bundesweit fallen sollten.

Die Daten können dazu genutzt werden, steigende Ausgaben für Personal, Miete etc. nachzuweisen und in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen geltend zu machen. Sie sind also eine wichtige Datenbasis, um den EBM-Punktwert weiterzuentwickeln.

Bei Fragen steht Ihnen die Geschäftsstelle und insbesondere die Fachgruppe Niedergelassene gerne zur Verfügung: [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de). Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des ZI: [www.zi-pp.de](http://www.zi-pp.de)

## **Vertreterversammlung KV Mecklenburg-Vorpommern**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) kam am 2. Juni 2012 in Schwerin zusammen. Leider fehlte die Vertreterin der Fachgruppe Psychologische Psychotherapie, Karen Franz, ihre Stimmrechte waren niemand anderem übergeben worden. Ich war für den Beratenden Ausschuss Psychotherapie als Gast anwesend.

Dr. Wolfgang Eckert, Vorsitzender der KVMV und Allgemeinmediziner, erstattete Bericht: Daten aus dem ersten Quartal konnte er noch nicht vorlegen; es wären die ersten gewesen, die nach Einführung des neuen Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) ermittelt worden wären. Eine regionale Besonderheit unseres HVM ist, dass Hausärzte für ältere Patienten eine deutlich höhere Quartalspauschale erhalten. Der HVM sei im Übrigen jederzeit änderbar.

Die Mitgliederzahl der KVMV stieg auf 2372, Ermächtigungen gibt es 271, in 46 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind 291 Mitglieder angestellt. Einige der MVZ werden von Kliniken betrieben (Damp: 6, Helios: 5, Uni Greifswald: 3, Uni Rostock: 2). In die anstehende neue Bedarfsplanung müssten alle bislang nicht beplanten MVZ mit hinein, das sei gut gegen deren Gewinnmaximierungstendenzen.

Im künftigen erweiterten Landesausschuss M.-V. werden dann mit Krankenhausvertretern insgesamt 39 Leute sitzen. Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung habe die KV bereits eine Rahmenvereinbarung mit Landkreisen, Städten und Gemeindetag geschlossen. Regionalen Einzelverträgen stehe der Vorstand positiv gegenüber, auch weil man 2012 keine andere Möglichkeit sehe, um zusätzliches Geld in die KV zu bringen.

Die politische Kooperation in der FALK-Gruppe (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern) habe auf FDP und CDU Einfluss

nehmen können, über das Versorgungsstrukturgesetz die Re-Regionalisierung weg von der KBV erreicht. Beim künftigen EBM wolle die KBV von Arbeitszeiten bis zwölf Stunden am Tag ausgehen, damit käme man auf 690 Stunden pro Quartal und 2760 pro Jahr. Eckert lehnt diese Pläne ab, das wäre eine typische Verwaltungs-Idee.

Das ZI (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland) der KBV und seine Datenaufbereitungen seien gerade für kleine Landes-KVen eine gute Sache, meinte Eckert (die Vorbereitung der Honorarverhandlungen, das Praxis-Panel zur Kostenstruktur, die Standort-Attraktivitäts-Analyse, der Anstieg der Personalkosten, der drei Milliarden-Investitionsstau in Arztpraxen). Beklagenswert sei, dass sich am Praxis-Panel des ZI in Mecklenburg-Vorpommern nur sehr wenige Ärzte beteiligt haben, nur 3,1 %, bundesweit waren es 13,8 %.

Zur Psychotherapie: eine ZI-Expertise habe ihm gezeigt, dass das Gutachterverfahren ein großer Aufwand sei, und das Geld dafür dem Honorarbudget der Fachärzte entnommen werde. In diesem Gutachten liefen 29,3 % der Verhaltenstherapie-Anträge über die Techniker Krankenkasse, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse liefen dagegen mehr über BKKs. Ihm war nicht einsichtig, wieso das nicht die Kassen selber zahlen würden. Eckert hielt stichprobenartige Qualitätskontrollen für besser. Bei der KBV sei es sein Antrag gewesen, die gesamte Psychotherapie in eine eigene "KV" auszugliedern; man habe sich dann auf die Forderung nach der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen Psychotherapie verständigt. Insgesamt schein FALK bei diesem Thema an einem Strang auch mit den psychotherapeutischen Berufsverbänden zu ziehen.

Dr. Dieter Kreye, stellvertretender KV-Vorsitzender, berichtete u. a. über die Beschlüsse der KBV-Sonder-Vertreterversammlung zur Honorartrennung, vor allem der Psychotherapie von der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV). Ein Rechtsgutachten der KBV habe dann allerdings gezeigt, dass dies wegen der Bundes-

sozialgerichtsurteile zur Psychotherapie rechtlich nicht möglich sei. Es stelle sich dennoch die Frage, ob die steigenden Vorwegabzüge (u. a. Psychotherapie) überhaupt rechtens seien. Aber juristisch gehe da ohne ein Gesetz erst mal nichts weiter. Verhandelt werden könne nur darüber, dass eine Trennung in Geldbeträgen erfolgen solle, statt der „ewigen undurchsichtigen Rechnerei“.

Durch den Betreuungsstrukturvertrag mit der AOK Nordost sei ein Plus von 583.000 € zu vermelden bezüglich 1.066 Praxen (zumeist Hausärzte) und 122.000 Patienten. Die diesen Extra-Vergütungen für erhöhten Aufwand betreuungsintensiver Patienten hauptsächlich zugeordnete Diagnose war: Depressive Episode.

Das fachärztliche Vorstandsmitglied Dr. Fridjof Matuszewski berichtete u. a. über die erfolgreiche Etablierung der Notdienstpraxen, zuletzt auf Rügen: die Klinik-Notfallambulanz habe nun viel weniger Fälle, auch gebe es deutlich weniger Fahreinsätze im kassenärztlichen Notdienst. In Schwerin, Wismar, Stralsund und Rostock laufe das ja schon. Die Einführung der Notrufnummer 116117 sei reibungslos gelaufen. Bezahlen würden das letztlich alle Niedergelassenen (120.000 € für MV). Berufspolitisch interessant: die Bedarfsplanungszahlen werden wohl wegen des Wechsels im Vorsitz des GBA (Hess ging) nicht wie geplant zum 1.1., sondern erst zum 1.7. 2013 in die Länder kommen.

Dann berichtete der Hauptabteilungsleiter Verträge, Hr. Martensen. Im Rückblick habe das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 nicht viel gebracht. Für MV seien von den bundesweit 1,25 % letztlich nur 0,35 % Honorarsteigerung angekommen. Neben den Bundesbeschlüssen sowie Anpassungsfaktoren lag das an der Steigerung der Vorwegabzüge (Labor, Psychotherapie, Notdienst) und der Zunahme an Fachärzten. Jeder wisse, was z. B. auch nur ein Nuklearmediziner koste. Bei der Umsatzentwicklung der Fachgruppen hätten 2011 die Nervenärzte hinzugewonnen. Verloren hätten die Psychiater und die Onkologen. Der Vortragende kam noch einmal auf die KBV-Forderung nach



extrabudgetärer Vergütung der Psychotherapie zu sprechen: Zumindest der Zuwachs an Psychotherapeuten solle doch mit neuem Geld bezahlt werden.<sup>26</sup>

Es sei dann zu einer Budgetüberschreitung um 1,1 Mio. Euro gekommen (ambulantes Operieren, Belegärzte, künstliche Befruchtung, Substitution). Bei den dadurch nötig gewordenen Quotierungen sei immer eine zumindest 90-prozentige Auszahlung gewährleistet worden. Im vierten Quartal sei dann ein massiver Rückgang der quotierten Leistungen erfolgt, zum Beispiel in der Strahlentherapie und im ambulanten Operieren. Die Kassen klagten gegen den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses zu förderungswürdigen Leistungen (ambulantes Operieren und Belegärzte). Insofern gelten derzeit Vorbehalte in den Quartalsabrechnungen. Am 27. Juni gebe es wohl ein Bundessozialgerichts-Urteil für die Quartale 2/09 - 4/11. Daran hänge derzeit noch der Abschluss des 2012er Honorarvertrags mit den Kassen.

Abschließend wurde noch einmal betont, dass die fünf Bereiche (Hausarzt, Facharzt, Psychotherapie, Labor, Notdienst) teils gemeinsame, teils getrennte Entwicklungen nähmen und dass man sie gerne getrennt handhaben würde.

*Jürgen Friedrich*

## **Gesetzliche Unfallversicherungsträger führen neues Verfahren zur Beteiligung von Psychotherapeuten ein**

Berufsgenossenschaften (BGen) und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sichern ihre Versicherten gegen die Folgen von Arbeits- oder Wegeunfällen ab. Psychotherapeuten sind dabei in die Behandlung posttraumatischer Störungen infolge von Unfällen seit vielen Jahren einbezogen, allerdings hat diese Einbeziehung immer noch einen vorläufigen Charakter, es handelt sich um ein Modellverfahren.

Die Vergütung der Leistungen von Psychotherapeuten (PP/KJP und ÄP) war bisher vorwiegend im Rahmen von Einzelvereinbarungen zwischen der jeweiligen BG und dem behandelnden Psychotherapeuten zu treffen. Die Gebührenordnung für ärztliche Leistungen in diesem Rahmen, die sog. UV-GOÄ, war nicht unmittelbar für die Leistungen der Psychotherapeuten anzuwenden. Ebenfalls war vor der Behandlung im Einzelfall direkt mit dem Kostenträger die konkrete Handhabung der Auskunftspflicht des behandelnden Psychotherapeuten zu klären - im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung (Sozialgesetzbuch VII) gelten weitgehende Auskunftspflichten gegenüber dem Unfallversicherungsträger, vgl. § 203 Abs. 1 SGB VII. Das erwähnte Modellverfahren wurde zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Patienten von den Landesverbänden der BGen im Jahr 2002 eingeführt. Es sollte dazu dienen, PP/KJP systematisch in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden einzubinden. Im Rahmen des Modellverfahrens wurde zudem ein neues Gebührenverzeichnis entwickelt, das die Abrechnungspositionen von Psychotherapeuten darstellte.

<sup>26</sup> Die 13 neuen Psychotherapeuten sind vermutlich KJP (Mindestquote). Keiner erwähnte, dass wegen der 40 % PT-Ärztequote jahrelang zu wenige Psychotherapeuten im Land waren, wovon wahrscheinlich die Fachärzte stillschweigend profitierten. Die Auffüllung auf einen Normalstand wird nun aber als 'Psychotherapeuten wachsen auf Kosten der Fachärzte' gesehen.

### **Neues „Psychotherapeutenverfahren“ ab 1.7.2012**

Zum 1.7.2012 ist nun das neue sog. Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Kraft getreten.<sup>27</sup> (Der Name ist rein sprachlich zunächst irritierend, gemeint ist „eine Verfahrensregelung, die Psychotherapeuten in die Heilbehandlung i. R. der gesetzlichen Unfallversicherung einbezieht“). Mit dem „Psychotherapeutenverfahren“ soll die zügige psychologisch-therapeutische Intervention nach Arbeitsunfällen gewährleistet werden. Damit soll einer Entstehung und Chronifizierung von psychischen Gesundheitsschäden frühzeitig entgegengewirkt werden. Am Psychotherapeutenverfahren können nur ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beteiligt werden, die über spezielle fachliche Befähigungen verfügen und zur Übernahme bestimmter Pflichten bereit sind. Die DGUV hat einen ausführlichen Katalog an Anforderungen an die Behandler zur Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren formuliert. Neu ist auch das Gebührenverzeichnis für Psychotherapeuten, das ebenfalls zum 1.7.2012 in Kraft tritt.

### **Kritikpunkte am Psychotherapeutenverfahren**

Einige aus unserer Sicht problematische Punkte seien im Folgenden skizziert:

Psychotherapeuten, die am Psychotherapeutenverfahren beteiligt werden wollen, müssen neben der Approbation Fortbildungen in Diagnostik und Behandlung von typischen psychischen Störungen nach Unfällen und bei Berufskrankheiten nachweisen. Die DGUV-Regelung sieht dabei einen Umfang von 120 Stunden mit spezifischen Inhalten vor, die nachgewiesen werden müssen. Zudem sind 6 supervidierte Behandlungsfälle über psychotraumatologische Behandlungen

und in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Behandlungsfälle von Patienten mit typischen Störungen nachzuweisen. Hinzu kommen die Pflicht zur Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung der DGUV zum Psychotherapeutenverfahren sowie verpflichtende Fortbildungsveranstaltungen der DGUV. Behandler sollen zudem innerhalb einer Woche nach Beauftragung durch einen Unfallversicherungsträger einen Therapieplatz zur Verfügung stellen können.

Insgesamt erscheinen diese Kriterien für einen approbierten Psychotherapeuten, der eventuell auch seit Jahren bereits für die BGen Versicherte behandelt hat, eine hohe Hürde zu sein. Ob dies mit den besonderen Anforderungen an die Behandlung von Psychotherapiepatienten in diesem Bereich zu rechtfertigen ist oder ob es sich eher um eine Überregulierung handelt, soll dahin gestellt bleiben. Die Praxis wird zeigen, inwieweit die gesetzlichen Unfallversicherungsträger zukünftig genügend Psychotherapeuten am neuen Verfahren beteiligen können.

*Kerstin Burgdorf*

<sup>27</sup> Ein Abdruck des „Psychotherapeutenverfahrens“ der DGUV im Wortlaut findet sich in der aktuellen Ausgabe von Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis (3/2012).

## Alles was Recht ist . . .

### Gründung von Zweigpraxen erleichtert

#### BSG-Urteil liegt vor

(*kb*). Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) trat zum 1.1.2012 eine Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) in Kraft, wonach Genehmigungen von Zweigpraxen (= Nebenbetriebsstätten, Filialen) unter leichteren Voraussetzungen erteilt werden können als bisher. Nach dieser neuen Regelung sind „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden“, vgl. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV. Beeinträchtigungen der Versorgung am bisherigen Standort schließen die Zweigpraxis danach nicht mehr generell aus.

Nach der alten Regelung der Ärzte-ZV war eine Zweigpraxis nur zulässig, wenn dargelegt werden konnte, dass sich dadurch am Zweigpraxis-Standort die Versorgung verbessert, und die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes aber trotzdem nicht beeinträchtigt wird. Selbst eine marginale Beeinträchtigung war bislang ein absoluter Ausschlussgrund. Dies stellte zumindest für Psychotherapie-Praxen die Quadratur des Kreises dar.

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte sich kurz nach In-Kraft-Treten der neuen Regelung mit einem „Altfall“ eines Antrags auf Zweigpraxisgenehmigung zu befassen. Dieser war durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Jahre 2007 noch nach altem Recht entschieden und im Ergebnis abgelehnt worden. Nun hat das BSG unter Vorgabe der neuen Rechtslage anders entschieden:

„Die Gründung einer Zweigpraxis ist nach dem Versorgungsstrukturgesetz nunmehr möglich, auch wenn dies die Versorgung am Hauptsitz des Arztes geringfügig verschlechtert, soweit dies durch die Verbes-

serung der Versorgung an dem Ort der Zweigpraxis aufgewogen wird.“ (BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - B 6 KA 43/11). Das BSG stellte ebenfalls klar, dass auch für alte Streitfälle das für Ärzte und Psychotherapeuten günstigere neue Recht gelte.

Die Gründung von Nebenbetriebsstätten dürfte damit zukünftig für Psychotherapeuten wesentlich häufiger genehmigt werden. KollegInnen, die sich mit dem Gedanken eines weiteren Standorts befassen, sollten in ihre Überlegungen jedoch die Unwägbarkeit mit einbeziehen, dass Genehmigungen voraussichtlich nur befristet erteilt werden. Die KV wird zukünftig nach Ablauf der Genehmigungsfrist prüfen, ob die Versorgungslage durch die Zweigpraxis tatsächlich verbessert wurde und ob die Lage am Ort des Hauptsitzes sich nur geringfügig verschlechtert hat. Von einer längerfristigen Planungssicherheit kann hier also eher nicht ausgegangen werden.

BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 – Az. B 6 KA 43/11

### AU-Richtlinie bei Arbeitslosigkeit

#### G-BA stellt Maßstab klar

(*kb*). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie bei Arbeitslosigkeit aktualisiert:

„Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II – sogenannte Hartz IV-Leistungen – beantragt haben oder beziehen, sind dann arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht länger als drei Stunden täglich arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilnehmen können.“

Die AU-Richtlinie bei Arbeitslosigkeit in der alten Fassung (von 2006) sah noch Folgendes vor: „Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr

in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben. Dabei ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging.“

Auch wenn PP/KJP keine AU-Bescheinigungen ausstellen können, sind die Maßstäbe, anhand derer Arbeitsunfähigkeit attestiert werden kann, sicherlich eine Frage, mit der sie immer wieder konfrontiert sein können i.R. einer Psychotherapie. Die Richtlinie im Wortlaut findet sich unter [www.g-ba.de/downloads/39-261-327/2006\\_12\\_22\\_AU\\_Arbeitslose.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-327/2006_12_22_AU_Arbeitslose.pdf).

## **Patientenrechtegesetz soll 2012 in Kraft treten**

### **Zöller: Kritische Punkte zunächst ausklammern und später nachbessern**

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion zum Patientenrechtegesetz auf dem „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“ kündigte Wolfgang Zöller (Patientenbeauftragter der Bundesregierung, CSU) an, dass das Gesetz noch in diesem Jahr in Kraft treten werde. Um den Termin zu halten, wolle er umstrittene Punkte eventuell zunächst ausklammern und sie später nachbessern. Nach vielen Gesprächen mit allen Beteiligten gebe es breite Zustimmung für das Gesetz.

Nach der Verabschiedung des Gesetzesentwurfes durch das Bundeskabinett am 23. Mai und der Beschäftigung des Bundesrates mit dem Gesetzesentwurf am 6. Juli wird die 1. Lesung im Bundestag wie geplant am 27. September 2012 stattfinden können. Drei Punkte wolle er in das parlamentarische Verfahren ab dem 27. September einbringen, erklärte Zöller in Berlin: Er sei gegen einen Härtefallfonds auf Kosten der PatientInnen, er könne sich aber durchaus eine Stiftungslösung vorstellen. Als zweiten Punkt nannte er das Fehlermeldesystem und erläuterte, dass es ihm wichtig sei, dass dieses Meldesystem auch „Beinahe-Fehler“ erfasse und sich nicht nur auf bereits gemachte Fehler beziehe.

Drittens werde er sich für ein Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) einsetzen.

Eine ausführliche Stellungnahme zum Patientenrechtegesetz hatten wir bereits in der Rosa Beilage 2/2012 veröffentlicht.

*Waltraud Deubert*

## **Haftungsrecht: Arzt muss aktuelle Fachliteratur kennen**

(*kb*). Ein Arzt ist verpflichtet, sich auf seinem Fachgebiet regelmäßig weiterzubilden. Wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse, die in einer führenden Fachzeitschrift veröffentlicht werden, muss er zeitnah im Berufsalltag umsetzen. Versäumt er diese Pflicht und kommt es zu Behandlungsfehlern, kann dies zu einem Schmerzensgeldanspruch des Patienten führen. Dies hat der 5. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Koblenz entschieden (Urteil v. 20.6.2012, Az. 5U 1450/11). Der Senat sprach einer Patientin, die nach einer Operation drei Tage an einer heftigen, vermeidbaren Übelkeit litt, ein Schmerzensgeld in Höhe von 1.000 Euro zu.

Die Klägerin hatte sich 2005 in einem Mainzer Krankenhaus einem Eingriff unterziehen müssen. Vor der Operation hatte sie darauf hingewiesen, dass sie die üblichen Narkosemittel nicht vertrage. Infolge der Narkose litt sie im Anschluss an die Operation drei Tage an Übelkeit mit Erbrechen. Wegen dieser und anderer Operationsfolgen klagte sie gegen das Krankenhaus und den operierenden Arzt auf Schmerzensgeld.

Laut Urteil des OLG Koblenz lag zwar kein Behandlungsfehler vor, die Anästhesistin hätte aber aus einem 2004 erschienenen Fachartikel wissen müssen, dass die Nebenwirkungen durch ein weiteres Medikament abgeschwächt werden können. Die Anästhesie war damit aus Sicht des OLG nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden.

## **BGH: Betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung ist unzulässig**

---

Der Bundesgerichtshof hat am 20.6.2012 in zwei Verfahren entschieden, dass es gegenwärtig an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehlt.

Der BGH hat damit seine bisherige Rechtsprechung aufgegeben. Diese sah vor, dass ein Betreuer eine Zwangsbehandlung durchsetzen konnte. In den beiden aktuellen Fällen hatten sich Patienten in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung dagegen gewehrt, sich mit Medikamenten behandeln zu lassen. Die Betreuerinnen beantragten die Zwangsbehandlung. Dies lehnte der BGH ab.

Ärztinnen und Ärzte sehen sich mit den aktuellen BGH-Beschlüssen bei der Behandlung psychisch schwer kranker Menschen in einer schwierigen rechtlichen Situation. Sie stehen im Konflikt zwischen der Maßgabe, keine Medikation gegen den Willen der PatientInnen vornehmen zu dürfen und dem potentiellen Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung für psychisch erkrankte Menschen in einer akuten Krisensituation. Der BGH gibt ÄrztInnen keine konkrete Handreichung für die Entscheidungsfindung im Klinik-Alltag an die Hand – eine Übergangsregelung, die diesen Konflikt kurzfristig auflösen könnte, hat der BGH nicht vorgesehen. Es bedarf nun einer neuen gesetzlichen Regelung.

Vorläufig können Zwangsmedikation oder andere Zwangsbehandlungen nur dann noch gegen den Willen der PatientInnen vorgenommen werden, wenn entweder eine richterliche Genehmigung vorliegt oder wenn das Maß der Erkrankung so akut und die Situation so eskaliert ist, dass ein Handeln gem. § 34 Strafgesetzbuch (rechtfertigender Notstand, d.h. eine konkrete Gefahr muss bestehen, die bei Abwägung der betroffenen Rechtsgüter nicht anders abgewendet werden kann) gerechtfertigt ist.

Der BGH verweist in seiner Pressemitteilung vom 17. Juli 2012 auf zwei grundlegende Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011. Darin hatte das BVerfG entschieden, dass die Zwangsbehandlung eines im strafrechtlichen Maßregelvollzug Untergebrachten nur auf der Grundlage eines Gesetzes zulässig ist, das die Voraussetzung für die Zulässigkeit des Eingriffs bestimmt. Die weitreichenden Befugnisse der Unterbringungseinrichtung und die dadurch eingeschränkten Möglichkeiten der Unterstützung und Begleitung durch Außenstehende setzten den Untergebrachten in eine Situation außerordentlicher Abhängigkeit, in der er besonderen Schutzes bedürfe. Es müsse deshalb gewährleistet werden, dass die grundrechtlich geschützten Belange des Patienten gegenüber Eigeninteressen der Einrichtung oder ihrer Mitarbeiter (bspw. bei nicht aufgabengerechter Personalausstattung oder aufgrund von Betriebsroutinen) ausreichend geschützt würden, so der BGH.

Diese Vorgaben des BVerfG sind nach Auffassung des BGH im Wesentlichen auf die Zwangsbehandlung im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Unterbringung zu übertragen. Zwar sei der Betreuer im Rahmen seines Wirkungskreises grundsätzlich zur Vertretung des Betroffenen befugt. Besonders gravierende Eingriffe in die Rechte des Betroffenen bedürften aber schon aus verfassungsrechtlichen Gründen einer ausdrücklichen gerichtlichen Genehmigung. Insoweit sei die Rechtsmacht des Betreuers (vgl. §§ 1901, 1902 BGB) eingeschränkt. So müssen aus Sicht des BGH etwa besonders gefährliche ärztliche Maßnahmen nach § 1904 BGB, eine Sterilisation nach § 1905 BGB, eine geschlossene Unterbringung nach § 1906 BGB und die Aufgabe der Mietwohnung eines Betroffenen nach § 1907 BGB zuvor durch das Betreuungsgericht genehmigt werden.

Eine entsprechende gesetzliche Grundlage für die gebotene staatliche Kontrolle des Betreuerhandelns fehle hingegen hinsichtlich einer Zwangsbehandlung des Betroffenen. Diese muss nach Auffassung des BGH inhaltlich den gleichen Anforderungen genü-

gen, die das BVerfG im Rahmen des strafrechtlichen Maßregelvollzugs aufgestellt hat. Die materiellen Vorschriften des Betreuungsrechts, insbesondere § 1906 BGB als Grundlage für eine bloße Freiheitsentziehung, und die Verfahrensvorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), genügen diesen verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht.

Grundrechtlich relevante Eingriffe wie eine Zwangsbehandlung bedürfen also nach Maßgabe des BGH - solange es noch keine entsprechende gesetzliche Grundlage gibt - einer richterlichen Genehmigung. Bislang war die Zustimmung des Betreuungsgerichts nur bei risikoreichen Behandlungen, Sterilisationen oder der geschlossenen Unterbringung (s. o.) vorgesehen, nicht jedoch bei der Zwangsbehandlung.

Die DGVT begrüßt es, dass durch die Beschlüsse des BGH die PatientInnenrechte gestärkt werden. Die Formulierung einer gesetzlichen Grundlage bietet die Chance, ein transparentes Verfahren einzuführen, das psychisch kranken PatientInnen die erforderliche medizinische Hilfe zukommen lässt und den ÄrztInnen/BehandlerInnen Unterstützung bietet bei ihrer schwierigen Aufgabe.

*Kerstin Burgdorf*

## Tagungsberichte

### Gesellschaft für Gemeindepsychologie tagte

#### Bernd Röhrle – sein Wirken stand im Mittelpunkt

Die Jahrestagung der GGFP (Gesellschaft für Gemeindepsychologie – Forschung und Praxis) in Marburg stand unter dem Motto „Vernetzte Welten – Perspektiven auf Prävention und Gesundheitsförderung“. Prof. Bernd Röhrle, einer der Mitbegründer der GGFP und Träger des DGVT-Preises 2012, hat kürzlich Abschied genommen von der Universität Marburg – sein Wirken stand gleichfalls im Mittelpunkt der Jahrestagung.

Die Jahrestagung hatte einen hohen Anspruch, der auch in der Begrüßung durch Prof. Luise Behringer (Katholische Stiftungshochschule München) definiert wurde. Sie betonte mehrfach, dass die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ in Gefahr stehen, zu inhaltsleeren Allerweltsbegriffen zu werden, was damit zusammenhänge, dass immer das einzelne Subjekt fokussiert werde. Einzelaspekte von Gesundheit würden herausgegriffen, für die dann wieder irgendwelche Programme entwickelt würden. Nur durch das Knüpfen von Netzwerken sei es möglich, die Gefahr der Überspezialisierung zu verhindern.

Bezogen auf Bernd Röhrle zitierte Behringer aus einem seiner Bücher folgende Passage: „Wahrgenommene und tatsächliche Kontroll-, Einfluss- und Partizipationsmöglichkeiten sind nicht nur ein Korrelat des Wohlbefindens, sondern auch ein entscheidendes Vehikel zur Veränderung der Verhältnisse im Verteilungssystem der Ressourcen“. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass die Netzwerk-Metapher auch zu einer raffinierten Strategie der Verschleierung werden könnte, wenn die gesellschaftliche, politische Dimension außer Acht gelassen werde. Damit sprach sie auch das Wirken von Bernd Röhrle an, dem gerade Letzteres besonders am Herzen liegt. Dass er der diesjährige

DGVT-Preisträger ist, erwähnte Luise Behringer mehrmals in ihrer Ansprache.

Am ersten Tag der Tagung stand Röhrles Abschied von der Universität im Zentrum. Weitere Referenten würdigten sein Wirken im Bereich der Gemeindepsychologie und seine Netzwerk-Arbeit. Hervorgehoben wurde vor allem auch seine wissenschaftliche Arbeit, da er im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung viel geforscht und auch eine große Anzahl von Büchern veröffentlicht hat.

Auch der Hauptvortrag des ersten Tages, den Prof. Clemens Hosman von der Universität Maastricht hielt, bezog sich immer wieder auf Impulse, die Bernd Röhrle, zumindest im deutschsprachigen Bereich, gegeben hat. Hosman bemerkte in seinem sehr interessanten Vortrag mit dem Thema „Challenges and opportunities for innovating mental health promotion and prevention in the next decade“, dass vor zehn Jahren die Gemeindepsychologie, die Prävention und die Gesundheitsförderung daran krankte, dass es zu wenig Forschung in diesem Bereich gegeben habe.

Dies habe sich seither jedoch geändert. Weil die Datenlage gut sei, müsse es jetzt im nächsten Schritt darum gehen, wie die Ergebnisse aus der „Projektphase“ in dauerhaftes Handeln überführt werden können. Am Beispiel der Verkehrstopfer machte Hosman deutlich, dass das Wissen um Prävention nur dann sinnvoll ist, wenn es im Alltag umgesetzt werden kann bzw. wird. Hier machte er verschiedene Vorschläge, welche Schritte notwendig und möglich seien, um Prävention und Gesundheitsförderung in den Alltag zu transferieren.

Der zweite Tag begann mit einem Impulsreferat von Bernd Röhrle zum Thema „Building of capacities und Gemeindepsychologie – Anmerkungen von einem der auszog, die Welt zu verändern“.

Daran anschließend teilten sich die TeilnehmerInnen in verschiedene Diskussionszirkel, um unterschiedliche Perspektiven zu behandeln, eine sicherlich notwendige Maß-

nahme, da die Themenbereiche sich sonst zu sehr überschneiden hätten und als komplexe Lebenswelt nicht diskutierbar wären. Es wurden Diskussionszirkel zu den folgenden Themen angeboten:

- Die Perspektive Kultur
- Die Perspektive Arbeit
- Die Perspektive Inklusion (Menschen mit gelingender Krankheitsgeschichte in Gesundheitsförderung einbeziehen)
- Die Perspektive Theorie-Praxis-Bezug (Strategien zur verbesserten Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Praxis)
- Die Perspektive Beratung
- Die Perspektive Selbsthilfe

Den Abschluss der Jahrestagung bildete der Vortrag von Florian Strauss zum Thema „Vernetzte Wege in die Zukunft“. Hier wurden noch einmal auch die unterschiedlichen Netze, wie auch die modernen Cyber-Netzwerke, und ihre Gefahren und Möglichkeiten aufgegriffen.

Aus meiner Sicht waren es zwei gelungene Tage mit guten Referenten und Vorträgen. Da die GGFP immer schon eng mit der DGVT verbunden war, sollten deren Diskussionen und Inhalte auch wieder mehr in den Fokus des Verbandes treten, da hier wichtige gemeinsame Vorstellungen vorhanden und gemeinsame Ziele zu erreichen sind.

*Rudi Merod*  
*Vorstand der DGVT*

## **Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vom 13. bis 15. Juni**

### **Gesundheitsbereich als Wirtschaftsfaktor**

Rund 8.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer tummelten sich vom 13. bis 15. Juni 2012 beim sogenannten „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“ im Internationalen Congress Centrum (ICC) in Berlin, besuchten 180 Veranstaltungen mit über 600 ReferentInnen und informierten sich an den Stän-

den von Sponsoren und Anbietern in der Gesundheitsbranche über die neuesten Entwicklungen. Der jährlich stattfindende Hauptstadtkongress ist in verschiedene Fachkongresse gegliedert: Pflege-, Klinik- und Reha-Bereich, Gesundheitspolitik und Ärzteforum und bietet dadurch allen im Gesundheitssektor Arbeitenden Informationen aus ihrem Arbeitsfeld. Traditionell sind viele Persönlichkeiten aus dem Gesundheitswesen mit Rang und Namen vertreten, Kassenvorstände, Präsidenten von Ärzteverbänden, GesundheitspolitikerInnen, VertreterInnen der Selbstverwaltung und Vorstände von marktführenden Pharmaunternehmen.

Beim Hauptstadtforum Gesundheitspolitik 2012 setzte man sich z. B. mit Fragen auseinander, ob in Deutschland zu viel operiert wird, wie die Zukunft unseres Gesundheitswesens generell (Finanzierung, Rationierung, Priorisierung) aussehen wird, welche Perspektiven sich den Hausärzten bieten und was die Sachverständigen-Gutachten im Gesundheitswesen in den letzten zehn Jahren bewirkt haben.

Der Deutsche Pflegekongress widmete sich in diesem Jahr unter anderem dem Image und dem Wert der Pflege, den pflegerischen und medizinischen Innovationen, der Qualitätssicherung in der Pflege sowie den Perspektiven der Pflegeberatung in einer älter werdenden Gesellschaft.

Beim Deutschen Ärzteforum ging es vor allem um die neuen Gesetze wie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und das Patientenrechtegesetz sowie um Selektivverträge.

Im Rahmen des Kongresses „Krankenhaus Klinik Rehabilitation 2012“ wurden Themen behandelt wie Privatisierung oder Kommunalisierung der Krankenhäuser, Hygiene im Klinikbereich, Personalgewinnung und -sicherungsprogramme, die Chancen des „Zweiten Gesundheitsmarktes“ (Wellness und Fitness).

Obwohl als nationaler Kongress ausgeschrieben, gab es internationale Symposien, z. B. für Deutsch-Chinesische Kooperationen im Gesundheitswesen und ein Transatlantisches Gesundheitswirtschaftsforum, bei



dem es um die Frage ging, ob mehr Kooperationen nötig seien.

Bereits zum vierten Mal haben die kasernenärztlichen Vereinigungen und die Kasernenärztliche Bundesvereinigung alle niedergelassenen Vertragsärzte, -psychotherapeuten und ihr Praxispersonal zum „Tag der Niedergelassenen“ eingeladen. Höhepunkt war die politische Diskussionsrunde unter dem Motto „Versorgung sichern für die Zukunft - Die neue Bedarfsplanung“.

Das erste Grußwort bei der Eröffnung hielt Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Er lobte die „gute Arbeit der Bundesregierung“, die viele Fehler der Vorgängerregierung unter Ulla Schmidt korrigiert habe – u. a. mithilfe des Versorgungsstrukturgesetzes. Es sei eine „fantastische Zeit“, dass eineinhalb Jahre vor der Bundestagswahl nicht nur über fehlende Gelder diskutiert werde.

Im Anschluss daran wartete man vergeblich auf einen Eröffnungredner wie Professor Hüther im Jahr 2011 oder Dr. Lütz 2010; statt eines Vortrages folgte ein „Gesundheitswirtschaftsgipfel“ mit Roland Koch, Ministerpräsident a. D. und jetzt bei „Bilfinger Berger“, René Obermann, Deutsche Telekom, Hanspeter Spek, Sanofi, und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Während man die Firma Sanofi noch mit dem Thema Gesundheitswirtschaft in Verbindung bringt, wunderte man sich zunächst über die Teilnahme von Roland Koch und René Obermann. Der frühere Baukonzern Bilfinger Berger ist, wie man dann erfuhr, in der Zwischenzeit in vielen Geschäftsfeldern aktiv und entwickelt auch Konzepte für die Gesundheitswirtschaft. Das Angebot reicht von der Analyse der Prozesse auf Krankenstationen bis zum umfassenden Patientenservice in Patientenhotels.

Für Roland Koch sind zwei Faktoren in der Gesundheitswirtschaft ausschlaggebend: die Demographie und der technische Fortschritt in der medizinischen Leistung. Das System werde immer teurer und die Bereitschaft kollektiver Finanzierung werde irgendwann an ihre Grenzen stoßen, und dann müsse ein immer größerer Anteil außerhalb der Solidargemeinschaft finanziert werden.

Oder man müsse Kosten einsparen. Im Krankenhausbereich, dem größten Kostenfaktor im System, könne man bis zu einem Drittel der Kosten einsparen.

René Obermann, Telekom, erläuterte das Engagement seines Unternehmens auf dem Gesundheitsmarkt: Er nannte als Stichworte Telemonitoring, Vernetzung von medizinischen Spezialisten unterschiedlicher Fachbereiche, telemedizinische Lösung für ambulante Palliativbetreuung, elektronische Patientenakte usw.

Hanspeter Spek, Sanofi, betonte, dass seine Firma wie die anderen forschenden Pharmaunternehmen ein planbares Umfeld für Investitionen brauche. Durch die frühe Nutzenbewertung und die daraus folgenden Erstattungspreise werde das Wachstumspotential auf dem deutschen Markt jedoch erheblich gefährdet. Bei der Bestimmung des Nutzens und den Fragen der Wirtschaftlichkeit müsse das Aufrechterhalten von Innovationszyklen berücksichtigt werden.

Minister Daniel Bahr wies darauf hin, dass Belange von Gesundheit nicht nur eine Frage für das Bundesministerium für Gesundheit seien, sondern dass es dabei auch um Exportinitiativen des Bundesministeriums für Wirtschaft gehe. Die Deutsche Gesundheitswirtschaft genieße international ein hohes Ansehen, der Gesundheitssektor sei mit über vier Millionen Beschäftigten einer der wichtigsten Wirtschaftssektoren Deutschlands. Die Investition hier lohne sich, da man darauf vertrauen könne, dass dieser Sektor noch wachse.

*Waltraud Deubert*

## **115. Deutscher Ärztetag spricht sich für Erhalt der postgradualen Ausbildungsstruktur von PP/KJP aus**

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, lobte die Bundesregierung für ihre gesundheitspolitischen Maßnahmen, die einen politischen Ärztetag möglich machten, ohne

„Zumutungen von außen“ abzuwehren und sich mit „unsinnigen Reformgesetzen“ auseinanderzusetzen zu müssen. Viele Themen wurden beim 115. Deutschen Ärztetag vom 22. bis 25. Mai 2012 in Nürnberg diskutiert, einige Beschlüsse, die die Ärzteschaft in Nürnberg gefasst hat, möchten wir nachfolgend dokumentieren.

1. Erhalt des dualen System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Der Ärztetag bekräftigte mit großer Mehrheit die Ablehnung einer Einheitsversicherung und forderte, beide Säulen des Systems, die gesetzliche und die private Krankenversicherung, weiter zu entwickeln und zu stärken. Beide Elemente hätten ihre Berechtigung, und so heißt es in der dazugehörigen EntschlieÙung: „Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat über viele Jahre die weltweit wohl beste medizinische Versorgung gewährleistet und da wäre es doch sehr leichtfertig, dieses System komplett zu ändern, indem man das Experiment Bürgerversicherung wagt“.

Die Einnahmen aus der Versorgung der Privatversicherten seien existenziell für die Ärztinnen und Ärzte. Außerdem spiele die private Krankenversicherung (PKV) auch eine wichtige Rolle für den Erhalt des sehr umfassenden Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), da ihres Erachtens die private Konkurrenz als Korrektiv wirke und man Leistungseinschränkungen befürchten müsse, wenn die Konkurrenz (PKV) nicht aufgezeige, was angeboten werden kann, muss oder soll.

2. Diskussion der Ärzteschaft mit den gesundheitspolitischen Sprechern von SPD und Union zu Finanzierungsfragen der Krankenversicherung

Man diskutierte hier ausführlich zum Thema „Praxisgebühr“. Jens Spahn (CDU), wie immer streitbar, war der Ansicht, dass der Forderung der Ärzteschaft nach Abschaffung der Praxisgebühr Vorschläge folgen müssten, wie man die Zuzahlungen stattdessen gestalten könne. Währenddessen unterstützte der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauter-

bach die Position der meisten Delegierten nach Abschaffung der Praxisgebühr, da sie ihre Steuerungswirkung nicht entfaltet habe und bei PatientInnen und Ärzten gleichermaßen unbeliebt sei.

Nach einer lebhaften und auch kontroversen Diskussion mit den beiden Gesundheitspolitikern fand ein Antrag von Delegierten des Hartmannbundes eine Mehrheit, mit dem der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert wurde, zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover ein eigenes Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems vorzulegen. „Das im Kern umlagefinanzierte Gesundheitssystem in Deutschland stößt mit seinen Strukturen und Ressourcen deutlich erkennbar an seine Grenzen“, hieß es in der Antragsbegründung. Die von der Politik angebotenen Ansätze lieÙen jedoch kein zukunftsfähiges Konzept erkennen.

3. Beteiligung der Landesärztekammer an den Landesgremien, die infolge des Versorgungsstrukturgesetzes für die Bedarfsplanung eingerichtet werden

Die Delegierten appellierten an die Bundesländer, auch die Landesärztekammern stimmberechtigt an den Landesgremien zu beteiligen, die infolge des Versorgungsstrukturgesetzes gegründet werden können. Diese Gremien können Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Sie setzen sich gemäß § 90a SGB V aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft „sowie weiterer Beteiligter“ zusammen. Die Ärztekammern verfügten über spezifische Kompetenzen, die für die Arbeit dieser Gremien unerlässlich seien.

4. Forderung eines Verbotes von organisierter Sterbehilfe

„Die zunehmende Kommerzialisierung der Sterbehilfe lässt befürchten, dass sich verzweifelte Menschen immer häufiger für einen organisierten Suizid entscheiden“, heißt es in der EntschlieÙung beim Ärztetag. Die Menschen hätten ein Recht auf eine adäquate

Behandlung und auf ein Sterben in Würde. Dies sei durch die Palliativmedizin zu leisten, nicht aber durch organisierte Sterbehilfen.

5. Ärztetag spricht sich gegen Direktausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) aus

Die Ärzteschaft fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, bei der geplanten Reform der Ausbildung zum PP und KJP auf die Direktausbildung zu verzichten und stattdessen die bewährte postgraduale Ausbildungsstruktur zu erhalten. Ein ausreichender Kompetenzerwerb der PP und KJP in der Diagnostik und Behandlung von Schwerkranken sei im Rahmen einer Direktausbildung (die ohne stationäre Behandlungssettings stattfindet) nicht möglich. Sinnvoller wäre es, den klinischen Teil der Ausbildung zu verbessern und eine Bezahlung der Auszubildenden durchzusetzen. Der Erhalt der postgradualen Struktur der Ausbildung ist für die Sicherung der hohen Versorgungsqualität unerlässlich, so die Begründung.

6. Ärzteschaft zeigt der eCard die Rote Karte

Das Projekt „elektronische Gesundheitskarte (eGK)“ sei gescheitert, so der Deutsche Ärztetag in einer Entschliebung. Das ganze Projekt behindere seit Jahren eine fortschrittliche Weiterentwicklung der Kommunikation im Gesundheitswesen, die veraltete „Kartentechnologie“ stamme aus den 60er Jahren und habe sich in den Tests als Hindernis für Praktikabilität erwiesen. Gelder in Kliniken und Praxen sollten in moderne Datenhaltung investiert werden.

7. Neues Positionspapier zur Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

Der Ärztetag definierte 14 Kompetenzfelder für die Hausärzte und machte sich Gedanken, wie die Attraktivität des Hausarztes

gesteigert werden kann. Das Papier trifft Aussagen zum Berufsbild des Hausarztes, zu den Kompetenzen der hausärztlichen Versorgung, zur Arbeitsteilung und Kooperation sowie zum Forschungsprofil der Allgemeinmedizin und den Perspektiven.

8. Die Ärzteschaft appellierte außerdem an die Politik die Sparmaßnahmen zu Lasten von PatientInnen und ÄrztInnen zu beenden

„Der Deckel auf der ambulanten Medizin muss verschwinden, wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf dem heutigen Qualitätsstand gehalten werden soll“, so eine Entschliebung. Man forderte ein berechenbares und transparentes Honorar für niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie die Einführung eines festen Punktwertes. Zudem müssten die Budgets abgeschafft und stattdessen weitgehend Einzelleistungsvergütungen umgesetzt werden.

9. Schuld der Ärzteschaft im Dritten Reich wird bedauert

Gleich zu Beginn des Ärztetages verabschiedeten die Delegierten einstimmig eine „Nürnberger Erklärung“, in der sie sich vom Verhalten der eigenen StändevertreterInnen während des Dritten Reiches distanzieren: „Wir bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, das Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung. Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft“.

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt aus den rund 250 Resolutionen, die auf dem Ärztetag verabschiedet wurden. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer [www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de).

*Waltraud Deubert*

## Leserbrief

### Leserbrief zum Artikel „Neuropsychologische Therapie wird Kassenleistung“

Rosa Beilage vom  
16. Mai 2012, S. 16/17

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem o. g. Artikel möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

Tatsächlich ist es begrüßenswert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen endlich ein Votum zur Neuropsychologischen Behandlung gefasst hat, und dass Menschen mit Hirnschädigungen ab sofort Anspruch auf ambulante neuropsychologische Leistungen haben.

Dass dies aber zu einer „merklichen Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Hirnschädigungen“ beiträgt, halten wir für falsch. Problematisch sind v. a. die im Beschluss veröffentlichten Voraussetzungen „Approbation als Psychotherapeut“ und „Gebietsbezeichnung Neuropsychologie der jeweiligen Landeskammer“.

Die Voraussetzung „Approbation als Psychotherapeut“ schränkt den Kreis der potentiellen Leistungserbringer erheblich ein. Es gibt nur sehr wenige ambulant tätige Leistungserbringer; ein nicht unerheblicher Teil hat keine Approbation als Psychotherapeut, sondern eine Ausbildung in Neuropsychologie, die ja sogar laut GBA eine eigenständige Behandlungsmethode ist.

U.E. müsste es eine Approbation für Neuropsychologen geben (in den Übergangsregelungen haben einige Kollegen die Approbation ausschließlich durch Nachweis neuropsychologischer Tätigkeit erhalten!), ersatzweise eine HPG-Zulassung, eingeschränkt für den Bereich der Neuropsychologie.

Eine Gebietsbezeichnung Neuropsychologie der Psychotherapeutenkammer NRW ist kaum zu erhalten. Uns sind Fälle bekannt, bei denen der Neuropsychologe im November letzten Jahres einen Antrag auf Erteilung eines Zertifikats gestellt hat, und über den Antrag bis heute nicht beraten/entschieden wurde. Außerdem sind die Voraussetzungen für diese Gebietsbezeichnung entschieden zu hoch angesetzt. Sie entsprechen denen einer eigenen Ausbildung, nicht einer Weiterbildung. Problematisch ist u. a., dass die nachzuweisende Klinikzeit nur in zertifizierten Kliniken abgeleistet werden darf, die es in viel zu geringem Ausmaße gibt.

Doch auch wenn ein Neuropsychologe die Voraussetzungen erfüllt, kann er/sie momentan noch keine Behandlungserlaubnis beantragen (so die Auskunft der KV Düsseldorf); die KV wartet die Entscheidung des Bewertungsausschusses ab. Momentan sind auch Genehmigungen in der Kostenerstattung kaum zu erhalten, wenn man die Kriterien des GBA noch nicht erfüllt. Somit hat sich die Versorgung der Patienten verschlechtert. Einige Kollegen, die sich mutigerweise ausschließlich neuropsychologisch arbeitend niedergelassen haben, stehen vor dem wirtschaftlichen Aus.

Mit freundlichen Grüßen

Regine Flore  
(1. Vorsitzende)  
Verband der Niedergelassenen Neuropsychologen e.V. (VNN)

## Weitere Infos

### **40 Jahre ZPID Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation feiert Geburtstag**

(ab). 2012 jährt sich die Gründung des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) zum 40. Mal. Das ZPID ist die zentrale Informationseinrichtung für die Psychologie in den deutschsprachigen Ländern.

Während das ZPID in den ersten Jahren seiner Existenz vor allem als psychologischer Literatursuchdienst fungierte und Suchaufträge entgegennahm, liegt sein Fokus heute in einem umfassenden Angebot für Informationsdienste und eigenständige Nutzerrecherchen für die Psychologie und ihre Nachbardisziplinen.

In seinem Psychologie-Fachportal [www.zpid.de](http://www.zpid.de) bietet es wichtige Dienstleistungen und Produkte für Forschung, Studium, Praxis, Massenmedien, Politik und Öffentlichkeit an, wie beispielsweise die Datenbank PSYNDEX zu psychologischen Fachpublikationen. Mit dem ZPID-Monitor wird jährlich die internationale Präsenz der Psychologie aus den deutschsprachigen Ländern evaluiert. Das ZPID wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Länder der Bundesrepublik Deutschland (unter der Federführung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur Rheinland-Pfalz) zu gleichen Teilen gefördert. Als zentrale Einrichtung der Universität Trier verfügt es über ein eigenständiges Budget, das 2012 etwa 2,4 Millionen Euro beträgt. Derzeit sind 36 wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche MitarbeiterInnen am ZPID tätig.

Aus Anlass des 40. Geburtstags lässt das ZPID auf seiner Homepage die einzelnen Jahrzehnte in mehreren Beiträgen Revue passieren.

*Weitere Informationen:*

[www.zpid.de](http://www.zpid.de)

*Zur Leibniz-Gemeinschaft gehören 86 selbstständige außeruniversitäre Forschungsinstitute und Infrastruktureinrichtungen für die Wissenschaft sowie zwei assoziierte Mitglieder. Leibniz-Institute bearbeiten gesamtgesellschaftlich relevante Fragestellungen strategisch und themenorientiert. Dabei bedienen sie sich verschiedener Forschungstypen wie Grundlagen-, Groß- und anwendungsorientierter Forschung. Sie legen neben der Forschung Wert auf wissenschaftliche Dienstleistungen sowie Wissenstransfer in Richtung Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Öffentlichkeit. Die Institute beschäftigen knapp 17.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sie werden gemeinsam von Bund und Ländern finanziert. Ihr Gesamtetat beträgt etwa 1,4 Milliarden Euro, wovon ca. 330 Millionen Euro aus Drittmitteln stammen.*  
[www.leibniz-gemeinschaft.de](http://www.leibniz-gemeinschaft.de).

## Regionale Mitgliedertreffen, Termine

### Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen, in der Regel an jedem ersten Donnerstag eines Monats von 19.00 bis 20.30 Uhr in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele, Universitätsstraße 31, Erlangen.  
Nächste Termine: 6. September, 4. Oktober, 6. Dezember.
- **Hamburg:** Das nächste Treffen der Kostenerstattungsgruppe ist für Dienstag, 25. September, um 19.00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Seewartenstraße 10, geplant. Eine Einladung an alle Hamburger Mitglieder folgt.  
  
PiA-Tag Hamburg: Informationsveranstaltung und Fest, am Samstag, 6. Oktober, um 15.30 Uhr. Ort: Café SternChance, Schröderstiftstr. 7.
- **Hessen:** Qualitätszirkel KJP-VT am Dienstag, 4. September, um 18.30 Uhr in der Praxis von Elisabeth Huber, Walluferstraße 2, Eltville.
- **Niedersachsen:** Die nächste Mitgliederversammlung der Landesgruppe Niedersachsen findet am Freitag, 14. September, von 15.30 bis 20.00 Uhr statt. Ort: Hannover, Freizeitheim Vahrenwald. Eine Einladung an alle Mitglieder in Niedersachsen folgt.
- **Sachsen-Anhalt:** Das nächste Landesgruppentreffen ist am Freitag, 23. November in Magdeburg geplant. Eine Einladung an alle Mitglieder in Sachsen-Anhalt folgt.
- **Schleswig-Holstein:** Das nächste vierteljährliche Landesgruppentreffen findet am Mittwoch, 29. August, um 19.00 Uhr statt. Ort: Weede, Restaurant Paradiso. Alle Mitglieder sind dazu herzlich eingeladen

Regionale Mitgliederversammlung am Donnerstag, 1. November, um 18.30 Uhr. Ort: Rendsburg, Psychotherapeutische Praxis Tiefert, Moltkestraße 4. Eine Einladung an alle Mitglieder in Schleswig-Holstein folgt.



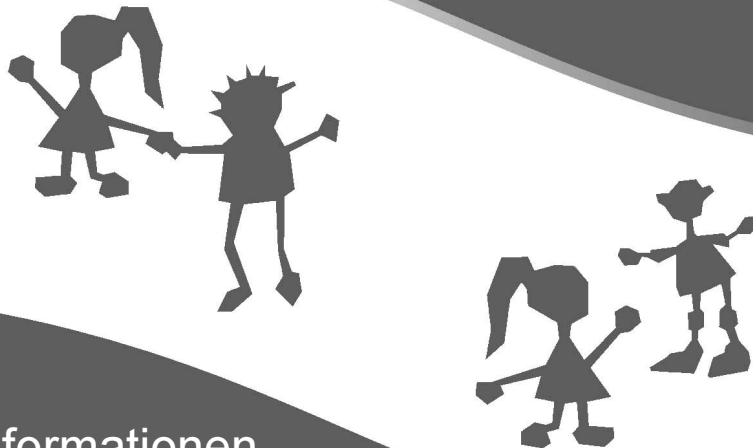
11. DGVT - Praxistage der Kinder-  
und Jugendlichenpsychotherapie  
am 3. und 4. November 2012 in Erlangen

Irgendwie anders?!

Kinder, Jugendliche und Familien zwischen  
Individualität und Konformität

Workshops zu folgenden Themen sind geplant:

Inklusion  
Migration  
Adoption / Pflegekinder  
Homosexualität  
u. v. m.



Informationen

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

E-Mail: [fortbildung@dgvt.de](mailto:fortbildung@dgvt.de)

[www.dgvt.de/praxistage](http://www.dgvt.de/praxistage)

dgvt

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.