

deutsche gesellschaft für verhaltenstherapie e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Neckarhalde 55 · 72070 Tübingen · Telefon 07071 9434-0 · Telefax 07071 9434-35

E-Mail-Adresse: dgvt@dgvt.de · Internet: <http://www.dgvt.de>

Supplement zu VPP 3/2007

Die  informiert:

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 21. September 2007

Inhaltsverzeichnis

Gesundheits- und Berufspolitisches

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legt Gutachten vor *Daniel Köhn* 4
- Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) 6
- Gesundheitsausgaben steigen in Industriestaaten rasant 9
- Approbation nach der Übergangsregelung 10

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	11
Bayern	11
Mecklenburg-Vorpommern.....	12
Nordrhein-Westfalen	13
Rheinland-Pfalz	15
Schleswig-Holstein.....	16

Alles was Recht ist . . .

- Aktuelles zur (Nach-)Vergütung *Holger Schildt*..... 18
 - Urteil zur Anerkennung von Erziehungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung 21
 - Keine Haftung einer Gemeinschaftspraxis..... 21
-

■ Schweiz plant Titelschutz bei Psychologen Kerstin Burgdorf	22
---	----

Tagungsberichte

■ Bericht vom Psychotherapeutentag Baden-Württemberg Katja Kühlmeyer	23
■ Bericht vom Psychotherapeutentag Berlin	25

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

■ Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (EBM). Waltraud Deubert	26
■ Berichtspflicht gilt weiterhin	27
■ Bewerbung um KV-Sitz eines ärztlichen Psychotherapeuten	28
■ Barmer Ersatzkasse initiiert Forschungsvorhaben zur elektronischen Gesundheitskarte	28
■ Psychotherapie als Notfallbehandlung	29
■ Versicherungsschutz	30
■ Rundmail an DGVT-Mitglieder zur Praxiskostenerhebung	30
■ Punktwert aus dem EBM Landeskonzferenz der Richtlinienpsychotherapieverbände Bayern	32
■ Buchhinweis Ärzteatlas	34

Weitere Infos

■ Verbessertes Psychologie-Portal der Zentralstelle	34
■ KBV-Zentralinstitut bekommt neue Ziele	35
■ Publikationshinweis	35
■ Vorabversion der ICD-10-GM online	37
■ Psychotherapeuten als Studienteilnehmer gesucht	37
■ Stellenanzeige KJP/PP für Kinderheim	38
■ Die Flucht ins Ehrenamt	38
■ Regionale Mitgliedertreffen, Termine	40

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

an einem kalten Septembertag geschrieben, hoffen wir, dass Sie dieses Heft an einem goldenen Oktoberabend lesen werden.

Zwei Themen sind für die PsychotherapeutInnen derzeit besonders aktuell: Für die Niedergelassenen ist es die vom Gesundheitsreformgesetz (GKV-WSG) vorgeschriebene Neufassung des EBM und die Umsetzung in Euro-Festbeträge. Leider laufen viele Beratungen zu diesem Thema auch nur in Hinterzimmern und die Einflussmöglichkeiten der Vertreter der Psycho-

therapeuten sind begrenzt. Dennoch: Verbände und Kammern bzw. die entsprechenden Vertreter sind hellwach und mischen sich ein. Drücken wir uns allen die Daumen!

Das andere Thema betrifft in letzter Konsequenz auch die Zukunft der Psychotherapeutenberufe: Das Psychotherapeutengesetz. Bereits die früheren Gesundheitsminister/innen Seehofer und Fischer hatten versprochen, dass Gesetz auf den Prüfstein zu stellen, um dann ggf. Nachbesserungen zu veranlassen. Wie das mit Versprechen von Politiker/innen aber so ist: Daraus wurde nichts, zumindest nicht so bald und so ohne wirklichen Grund. Diesen gab es dann erst mit der Bologna-Reform der Hochschulstudiengänge. Hier hat sich in aller Deutlichkeit gezeigt, dass einige Vorgaben des Gesetzes so keinesfalls sinnvoll sind (Psychologen werden zukünftig die KJP-Ausbildung nur mit Masterabschluss beginnen können, Sozialpädagogen aber schon mit dem Bachelor-Abschluss, wenn sie an einer FH studiert haben - so die Rechtslage aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums). Die hier praktizierte konsequente Anwendung der Überleitungsvorschriften der Kultusministerkonferenz auf das Psychotherapeutengesetz führt offensichtlich zu einigen fachlich unsinnigen Regelungen. Diese Erkenntnis dürfte das BMG letztlich dazu bewogen haben, das Gesetz endlich doch auf den Prüfstand zu stellen. Mit Datum vom 3.9.07 hat das BMG ein Gutachten öffentlich ausgeschrieben, mit dem die Ausbildungen nach dem Psychotherapeutengesetz evaluiert werden sollen. Die näheren Unterlagen sind im Grunde vielversprechend, denn es werden wirklich sehr unterschiedliche Aspekte der Ausbildung angesprochen. Hoffen wir auch hier das Beste! Mitte 2008 sollen die Ergebnisse dem Ministerium vorgelegt werden - wir werden weiter berichten.

Was Sie in diesem Heft finden können:

Der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** hat Anfang Juli sein Gutachten 2007 vorgelegt. Darin empfehlen die ExpertInnen auf mehr als 900 Seiten u. a. eine neue Ausrichtung der Heilberufe und ein stärkeres Engagement für benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Die DGVT mahnt bei der **Änderung des Landeskrankenhausgesetzes** die Aktualisierung nach dem Psychotherapeutengesetz an.

Während die **Gesundheitsausgaben in Industriestaaten** ansteigen, machen sich in Deutschland die Versuche zur Kostendämpfung bemerkbar.

Unter der Rubrik „Alles was Recht ist ...“ stellen wir Ihnen die neuesten **Urteile zur Nachvergütung** vor und lenken ihr Augenmerk auf ein Urteil zur Anerkennung von Erziehungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie auf die Haftung einer Gemeinschaftspraxis für Regresse der eingebrachten Einzelpraxen. Ein weiterer Artikel unter der Rechtsrubrik beschäftigt sich mit der derzeit anstehenden landesweiten **Regelung für die Zulassung und Ausübung der Psychologieberufe in der Schweiz**.

Für die niedergelassenen KollegInnen dürften die Informationen zur **Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (EBM)** – wie bereits oben erwähnt – sowie die **Regelung zur Berichtspflicht** von besonderem Interesse sein.

Ferner finden Sie einen **Tagungsbericht zum Psychotherapeutentag Baden-Württemberg**, weitere **Landesberichte**, u. a. mit den Ergebnissen zur Wahl in Schleswig-Holstein und noch einiges mehr in diesem Heft.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen

Waltraud Deubert

Katja Kühlmeyer

Heiner Vogel

Gesundheits- und Berufspolitisches

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legt Gutachten¹ vor

Im Juli 2007 kam der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen seiner Pflicht nach und übergab in Berlin sein Jahresgutachten der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Auf den ersten Blick steckt für PsychotherapeutInnen nicht viel drin: In dem umfassenden Werk von mehr als 900 Seiten finden sich lediglich 13 Nennungen der Begriffe Psychologe, Psychotherapeut oder Bundespsychotherapeutenkammer! Und dennoch lohnt sich für unsere Profession ein ausführlicher Blick zumindest in die leserfreundlichere Kurzfassung. Viele Anregungen und Überlegungen sind für PsychotherapeutInnen von Relevanz. Zumal die Erfahrung zeigt, dass Vorschläge dieses Gremiums, zumindest in Ansätzen Eingang in die Gesetzgebung finden.

Der Auftrag an die Autoren besteht in der Analyse von Über-, Unter- und Fehlversorgung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage sowie in der Entwicklung von Perspektiven für eine Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. Dabei wollen die Sachverständigen unter Effizienz und Effektivitätsaspekten Verbesserungsvorschläge unterbreiten, „die als adaptive Reformschritte unmittelbar an den bestehenden Strukturen ansetzen können.“

Im **einleitenden Kapitel** unter dem übergeordneten Titel „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ vertritt der Rat die Auffassung, dass das deutsche Gesundheitssystem den Patienten nach wie vor eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau bietet. Bestehende Defizite zeigen sich auf dem Gebiet der Zielorientierung im Gesundheitswesen, im Bereich der Patientenpartizipation und Patienteneigenverantwortlichkeit, der Versorgungsforschung sowie auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Gutachten finden nachfolgende Themen ausführliche Berücksichtigung:

- (1) Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
- (2) Integrierte Versorgung
- (3) Krankenhauswesen
- (4) Qualität und Patientensicherheit
- (5) Primärprävention in vulnerablen Gruppen

Mit ihren Vorschlägen zur **Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe** betonen die Gutachter die Notwendigkeit der effizienten und effektiven Nutzung der vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen. Diese Forderung ergibt sich aus der demografischen Entwicklung, dem Krankheitsspektrum (Multimorbidität), der Innovation sowie der Integration von Versorgung. Die Gutachter sehen im stärkeren Einbezug von nicht-ärztlichen Berufsgruppen ein Instru-

¹ www.svr-gesundheit.de/Startseite/PressemitteilungSVR0407-2007.pdf

ment, gerade in unterversorgten, ländlicheren Regionen mit geringer Ärztedichte eine qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten. Die sich verändernden Anforderungen lassen sich nicht mehr alleine von einer Berufsgruppe – den Medizinern – regeln, sondern setzen teamorientierte Lösungen voraus. Die Gutachter sprechen explizit von „flachen, vernetzten Teamstrukturen“ unter Wahrung der Qualität. Geregelter Aufgabenzuweisungen, unter Beachtung möglicher rechtlicher Veränderungen, sollen Unklarheiten und Unsicherheiten in den jeweiligen Berufsgruppen beseitigen helfen und Eigenverantwortung in diesen stärken. Dies setzt auch Änderungen in der Aus- und Weiterbildung der jeweiligen Berufsgruppe voraus. Leitlinienentwicklung sollte interdisziplinär gestaltet werden und erfordert Kenntnisse über Fähigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppe. Regionale Modellprojekte sollten zunächst Pionierarbeit leisten und nach den gesammelten Erfahrungen sich auf größerem Gebiet verstetigen. Dieser interessante und für PsychotherapeutInnen sicherlich nicht neue Vorschlag setzt jedoch auch den Willen zur Kooperation und Teamarbeit voraus – ein Umdenken in den bestehenden Machtstrukturen im Interesse der Weiterentwicklung im Gesundheitssystem erscheint hier unabdingbar. Die Sachverständigen empfehlen den Weg der kleinen Schritte, um diesen Paradigmenwechsel zu vollziehen. Eine Akademisierung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen unter dem Dach der medizinischen Fakultäten soll gleichfalls diese Entwicklung unterstützen.

Die bislang bestehenden Bemühungen auf dem Gebiet der **integrierten Versorgung** sehen die Gutachter als noch nicht zufrieden stellend an. Dies betrifft auch die vorhandene empirische Basis, da bislang die Ziel- und Outcomeorientierung nicht ausreichend Beachtung gefunden haben. Gleichzeitig wird der integrierten Versorgung ein hohes Entwicklungspotential zugeschrieben. Die Autoren rekurrieren in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen in anderen Ländern wie der Schweiz und den USA. Die Wettbewerbsorientierung sei Voraussetzung, um letztlich geeignete Modelle für das Deutsche Gesundheitssystem zu finden.

Im Bereich des **Krankenhauswesens** sehen die Gutachter die Möglichkeit eines behutsamen Übergangs zu einer monistischen Finanzierung. Die Länder sollen sich aus der Finanzierung zurückziehen. Die Krankenkassen sollten sich an den Investitionskosten beteiligen. Damit ergebe sich für die Krankenhäuser die Möglichkeit, sich auf die jeweiligen Marktchancen vor Ort einzustellen. Die implementierten Fallpauschalen zeigten nach Aussagen der Gutachter bislang einen Effekt auf die Verweildauern der Patienten und tragen zu einer größeren Transparenz bei. Welche Auswirkungen dies jedoch auf die Qualität hat, sei bislang nicht ausreichend evaluiert worden. Das einheitliche Fallpauschalensystem sollte behutsam durch Wettbewerbselemente ergänzt werden.

Der Rat ist bestrebt, Angaben zur **Patientensicherheit** und zu **Qualitätsindikatoren** der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Dies führte zu empirisch nachgewiesenen Verbesserungen der Patientensicherheit. Sie schlagen einen Pool von 30 Indikatoren vor, globale Indikatoren wie Sterblichkeit bei DRG's mit niedriger Mortalitätsrate, die Häufigkeit von Dekubitus oder übergreifende Indikatoren wie die Häufigkeit typischer OP-Fehler, z. B. das Belassen eines Fremdkörpers während des Eingriffs. Für die Umsetzung der Qualitätssicherung kann daraus eine Auswahl getroffen werden. Die Patientensicherheit soll durch eine unabhängige Kommission in der Allgemeinheit nachvollziehbarer Art und Weise dargestellt werden. Gleichzeitig spricht sich der Rat für die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten im Sinne von vergleichenden Qualitätsdaten zwischen Krankenhäusern aus. Dazu sollte eine unabhängige Institution eingesetzt werden. Zusätzlich wird angeregt, qualitätsbezogene Vergütungssysteme für Krankenhäuser und für größere ambulante Einheiten zu etablieren und auszubauen. Finanzielle Anreizsysteme auf Grundlage der Qualitätsdaten sollten bei der Mittelzuweisung Berücksichtigung finden.

Im abschließenden Kapitel fokussieren die Gutachter die **Primärprävention**. Dabei wird auf eine Unterversorgung hingewiesen. Das in dieser Legislaturperiode anvisierte Präventionsgesetz sollte insofern mit ausreichend finanziellen Ressourcen ausgestattet sein. Eine Unterfi-

nanzierung werde der Bedeutung von Prävention insbesondere in den von den Autoren bezeichneten „vulnerablen Gruppen“ nicht gerecht. Dabei verstehen die Gutachter Vulnerabilität im Sinne einer erhöhten Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeit. Diese findet sich insbesondere dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (von den Gutachtern exemplarisch ausgewählt: Arbeitslose, sozial benachteiligte alte Menschen, Obdachlose sowie Primärprävention bei HIV/AIDS), mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft. So attestieren die Sachverständigen beispielhaft auf dem Gebiet der sozial benachteiligten alten Menschen großen Forschungsbedarf und fordern lebensweltorientierte Angebote, wie die „aufsuchende Aktivierung“ (präventiver Hausbesuch). Obdachlose sollen wieder ins Gesundheitssystem integriert werden, was niederschwellige Angebote voraussetzt. Die Gutachter sehen konkreten Forschungsbedarf auf diesen Feldern und mahnen dies an. Die Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung sind nach Ansicht des Sachverständigenrates noch lange nicht ausgeschöpft. Rechtlich fordern sie die Verankerung des Präventionsgedanken im SGB II und im SGB III, und fordern so die Kooperation zwischen Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik.

Das Gutachten – wenn sich auch um alles andere als um die Belange der PsychotherapeutInnen kümmernd – ist für PsychotherapeutInnen interessant. Wir sollten uns Gedanken machen, wie wir unsere Kompetenz und Fähigkeiten in die hier skizzierten Entwicklungsbereiche einfließen lassen können, sei es als Therapeuten, geschulte Kommunikatoren im Gesundheitssystem, als Evaluatoren oder als Fachleute auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung. So gelesen macht das Gutachten auch unserer Berufsgruppe Mut, sich aktiv in die Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems einzubringen.

Daniel Köhn, Würzburg

Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg

Im Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) vom 11.7.2007 wird nicht berücksichtigt, dass mit dem Psychotherapeutengesetz ein Heilberuf mit Approbation neu in das Gesundheitssystem aufgenommen wurde. Diese Aktualisierung ist dringend erforderlich, da in Kliniken, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigenständige therapeutische Leistungen erbringen. Ein Dank geht hierbei an alle DGVT-Mitglieder vor Ort, die sich auch in Verbänden und in der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg für dieses gemeinsame Anliegen eingesetzt haben.

Die anstehende Änderung des Krankenhausgesetzes Baden-Württemberg bietet die Gelegenheit, diese Aktualisierungen vorzunehmen. Das Schreiben der DGVT zu diesen und weitergehenden Punkten an das Ministerium und die Mitglieder des Sozialausschusses drucken wir im Folgenden ab:

An: Frau Brigitte Lösch
Vorsitzende des Sozialausschusses Baden-Württemberg

Von der Landesregierung beschlossener Entwurf zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) und des Kriegsopfergesetzes Drucksache (14/1516), in der 2. Beratung beim Sozialausschuss

Sehr geehrte Frau Lösch,

die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie ist eine bundesweit engagierte psychosoziale Fachgesellschaft mit Sitz in Tübingen, die sich seit ihrer Gründung für eine qualifizierte und bedarfsgerechte psychosoziale und gesundheitlich Versorgung einsetzt. Von unseren ca. 500 baden-württembergischen Mitgliedern ist ein großer Teil als PsychotherapeutIn, PsychologIn, SozialarbeiterIn oder ÄrztIn in Kliniken tätig.

Die Änderung des Krankenhausgesetzes Baden-Württemberg bietet aus unserer Sicht eine wichtige Gelegenheit, seit langem anstehende und wünschenswerte Aktualisierungen vorzunehmen.

Drei wichtige Entwicklungen sind damit angesprochen:

- Erstens das Psychotherapeutengesetz von 1998, welches die beiden neuen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einführt, die in ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern gleichberechtigt neben ärztlichen Psychotherapeuten tätig sind bzw. sein können.
- Zweitens die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus in den zurück liegenden Jahren. Diese hatten zwar durchweg zu einer bedeutenden Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus beigetragen, sie hatten aber auch dazu geführt, dass es in verschiedener Hinsicht Verschiebungen in der Versorgung („blutige Verlegung/Entlassung“, unzureichende Beachtung von Komorbiditäten) gibt, die zu „Drehtürpatienten“ und unsachgemäßen Kostenverlagerungen führen, und letztlich in vielen Fällen Chronifizierung erfordern.
- Drittens gibt es immer häufiger epidemiologische und andere Forschungsbefunde, die darauf hinweisen, dass der Anteil von Patienten mit psychischen Störungen im Steigen begriffen ist. Insbesondere zeigt sich, dass bei einem großen Anteil von Patienten psychische Probleme im Gesundheitswesen (speziell auch in somatischen Krankenhäusern) nicht adäquat diagnostiziert werden und dementsprechend die PatientInnen nicht sachgerecht versorgt werden können. Sehr häufig finden sich somatischen Erkrankungen, bei denen sich psychische Einflüsse nachhaltig niederschlagen und zu Chronifizierungen und Fehlbehandlungen führen. Dies führt nicht nur zu Einschränkungen der Lebensqualität, sondern in vielen Fällen auch zu erheblichen Folgekosten. Diverse Studien, beispielsweise der Universität Freiburg (z.B. von Prof. Härter), haben diese Problematik und die vielfach unzureichende Versorgung in Krankenhäusern dargestellt.

Der Anteil von psychischen/psychiatrischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen und auch der Anteil entsprechender Diagnosen bei den Frühberentungen sind seit einigen Jahren im Steigen begriffen. Dies ist umso auffälliger, da diese Entwicklungen dem allgemeinen Trend zum Rückgang von Arbeitsunfähigkeitszeiten und von Frühberentungen entgegen läuft.

Zu dem Gesetzentwurf liegen Ihnen inzwischen verschiedene Stellungnahmen vor, insbesondere von der Landespsychotherapeutenkammer und dem Verband der Krankenhauspsychotherapeuten und –psychologen in Baden-Württemberg. Diese werden von uns nachhaltig unterstützt.

Wir möchten ergänzend zu diesen Stellungnahmen auf folgende Punkte hinweisen:

Vor dem Hintergrund der Einführung von Fallpauschalen in deutschen Krankenhäusern sind in vielen Kliniken Entwicklungen zu verzeichnen, die bedenklich stimmen müssen. Das wünschenswerte Ideal einer umfassenden und nachhaltigen Patientenversorgung sieht vor, dass in jeder Stufe der Behandlungs-/Versorgungskette eine Vernetzung mit vor- und nachbehandelnden Stellen aktiv angestrebt wird. Ebenso erscheint die Forderung umso aktueller, dass in Verdachtsfällen eine umfassende und sorgfältige psychosoziale Diagnostik erfolgt und in jedem Krankenhaus Kapazitäten für eine entsprechende Begleitbehandlung regelhaft vorhanden sind.

Wir schlagen daher vor, dass – obwohl mit der Gesetzesänderung in der Grundtendenz eine Liberalisierung beabsichtigt wird – speziell zu diesem Punkt zwei Präzisierungen vorgenommen werden:

Vorschlag 1:

Wir regen an, den § 31 LKHG dahingehend zu präzisieren, dass eine personelle Ausstattung für den dort vorgeschriebenen Sozialdienst festgelegt wird. Nach üblichen Erfahrungswerten – beispielsweise aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation – erscheint hier 1 Vollzeitstelle für den Sozialdienst bei 100 Planbetten angemessen. Dies erscheint uns auch wünschenswert, damit die Aufgabenstellung entsprechend dem neu vorgesehenen § 3a für die Krankenhäuser tatsächlich umgesetzt werden.

Vorschlag 2:

Ferner sollte analog zum § 31, z.B. als § 31a, eine Vorschrift verankert werden, nach der auch ein psychotherapeutisch/psychologischer Dienst für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V verbindlich vorgeschrieben wird, einschließlich einer entsprechenden personellen Konkretisierung (sachgerecht erscheint hier 1 Vollzeitstelle bei 50 Planbetten).

Wir weisen noch einmal darauf hin, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 den FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den FachärztInnen für Psychosomatik und Psychotherapie gleichzustellen sind. Sie sollten im Gesetz auch gleichermaßen erwähnt oder unter ärztlichem bzw. psychotherapeutischem Fachpersonal gemeinsam mit den ärztlichen KollegInnen geführt werden.

Vorschlag 3:

Vor diesem Hintergrund erscheint es uns sachgerecht, die Überschrift von Abschnitt 5 wie folgt neu zu fassen „Finanzielle Beteiligung ärztlicher, einschließlich psychotherapeutischer Mitarbeiter“. Diese Erweiterung sollte auch bei den entsprechenden Stellen in Abschnitt 5 umgesetzt werden.

Weitere Überlegungen, die sich daran anschließen, gehen zwar über das Krankenhausgesetz hinaus, scheinen uns aber dennoch problematische Punkte aufzugreifen bzw. überlegenswert. Einerseits geht es darum, dass die beiden genannten neuen Berufsgruppen der PP und KJP bisher in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nicht erwähnt werden. Im Sinne der gerade mit Qualitätssicherung angestrebten Transparenz sollte unseres Erachtens darauf hingewirkt werden, alle Berufsgruppen sachgerecht darzustellen. Andererseits sehen wir einen Bedarf, sich mit den PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) zu beschäftigen. Sie sind in vielen Kliniken, speziell psychiatrischen Krankenhäusern, bereits ein integraler Bestandteil der Teams sind und leisten wertvolle psychotherapeutische Arbeit. Sie erhalten jedoch, obwohl sie über eine abgeschlossene Hochschulausbildung verfügen, oft gar keine Vergütung nur in wenigen Fällen überhaupt ein Gehalt, das dann aber zumeist eher ein Praktikantengehalt darstellt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Heiner Vogel Renate Hannak-Zeltner
(Vorstand) (Landessprecherin Baden-Württemberg)

Gesundheitsausgaben steigen in Industriestaaten rasant

Die Ausgaben für die Gesundheitssysteme in den Industriestaaten sind in den vergangenen Jahrzehnten rasant gestiegen. Wie die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)² am Mittwoch, 18. Juli 2007, in Paris mitteilte, gaben ihre 30 Mitgliedsländer im Jahr 2005 im Schnitt neun Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheitsdienstleistungen und Medikamente aus. 1970 seien es nur fünf Prozent gewesen. Die höchsten Ausgaben hatten zuletzt die USA mit 15,3 % der Wirtschaftsleistung. Es folgen die Schweiz (11,6 %), Frankreich (11,1 %) und Deutschland (10,7 %).

Damit wuchsen in den OECD-Staaten die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2005 deutlich schneller (um 80 %) als die Gesamtwirtschaft (um 37 %), wie die Organisation erklärte. Wenn sich diese Entwicklung fortsetze, „müssen die Regierungen entweder die Steuern oder Sozialabgaben erhöhen, die Ausgaben in anderen Bereichen senken oder die Menschen dazu verpflichten, mehr aus ihren eigenen Taschen für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen zu zahlen.“

² <http://www.oecd.org/pages/0,3417,de_34968570_34968795_1_1_1_1_1_1,00.html>

In Deutschland machen sich laut OECD aber Versuche zur Kostendämpfung bemerkbar: Demnach stiegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zwischen 2000 und 2005 real um durchschnittlich nur 1,3 % pro Jahr. Das war im Vergleich zu allen anderen OECD-Ländern der geringste Anstieg.

Die Zahl der Ärzte stieg laut OECD in den 30 Mitgliedsländern in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten um 35 % auf 2,8 Millionen. Grund seien fast überall die besser bezahlten Fachärzte, hieß es. Ihre Zahl erhöhte sich zwischen 1990 und 2005 um 50 %, während es nur 20 % mehr Allgemeinmediziner gab. Damit machten die Spezialisten in fast allen OECD-Ländern einschließlich Deutschlands bereits mehr als die Hälfte der praktizierenden Ärzte aus.

Seit 1990 sind der Organisation zufolge aber auch in Deutschland die Zahlen der Medizinstudenten gesunken. „Wenn die Ausbildungsanstrengungen in naher Zukunft nicht deutlich erhöht werden, werden viele Länder zunehmend auf im Ausland ausgebildete Ärzte zurückgreifen müssen, wenn die Baby-Boom-Generation der Mediziner in Rente geht.“ Die Abwerbung von Ärzten durch Industrieländer drohe aber zu einer Belastung für die noch im Aufbau befindlichen Gesundheitssysteme in Schwellen- und Entwicklungsländern zu werden.

Die niedrigen Ausgabensteigerungen im deutschen Gesundheitssystem sind nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden Württemberg³ nur deshalb möglich, weil die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin rund ein Drittel ihrer Leistungen ohne Honorar erbringen. "Jedes Quartal erbringen allein die baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten notwendige medizinische Leistungen im Wert von 170 Millionen Euro, für die sie kein Honorar erhalten", sagte der KV Vorstandsvorsitzende Achim Hoffmann-Goldmayer. „Wir brauchen dringend mehr Honorar, ansonsten wird sich der Trend hin zum Ärztemangel und zur Auswanderung von Jungmedizinerinnen verstärken“, so der KV-Chef.

Quelle: www.aerzteblatt.de vom 18. Juli 2007

Approbation nach der Übergangsregelung immer noch möglich

Der § 12 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) gilt seit 1999 unbefristet. Dort sind die Übergangsvorschriften für die Erlangung der Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgeschrieben. Nicht nur für frühere Delegations- und Kostenerstattungspsychotherapeuten gibt das Gesetz hier Möglichkeiten für die nachträgliche Approbation. Auch für PsychotherapeutInnen, die in Institutionen tätig waren, z.B. in Beratungsstellen, Krankenhäusern oder an Universitäten wurden Voraussetzungen formuliert, die immer noch Gültigkeit besitzen.

Ob Sie mit Ihrer Ausbildung und Berufserfahrung unter diese Vorschrift fallen, können Sie auf der Homepage der DGVT unter www.dgvt.de/uebergangsregelung nachlesen. Sie müssen dann die entsprechenden Nachweise Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung und Tätigkeit

³ www.kvbawue.de

vor 1999 anfordern und Ihren Antrag bei dem Regierungspräsidium des Ortes der beabsichtigten Berufsausübung einreichen.

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Kurz das Wichtigste aus Baden-Württemberg: Eine **Einladung** zur regionalen Mitgliederversammlung der DGVT-Landesgruppe wurde verschickt. Das Treffen hat vermutlich zum Zeitpunkt des Erscheinens der Rosa Beilage schon stattgefunden, am 21.9.07 um 19 Uhr in Stuttgart.

Der Einladung beigelegt war ein Fragebogen, der sich nach Erwartungen an die Delegierten der DGVT in der baden-württembergischen Psychotherapeutenkammer erkundigte. Wir hofften auf einen guten Rücklauf. An dem Abend selbst wollten wir über unsere Erfahrungen aus der Kammerarbeit berichten und erste Ergebnisse der Befragung vorstellen.

Ein weiterer Punkt: Die LandessprecherInnen wurden in den letzten Jahren nicht durch erneute Wahl bestätigt. Deshalb wurden Wahlen zur Landessprecherin als Tagesordnungspunkt mit aufgenommen. Interessierte, die sich an der Landesgruppenarbeit beteiligen wollen, können gerne Kontakt mit den LandessprecherInnen aufnehmen (möglichst mit Telefonnummer).

Aus der **medizinischen Rehabilitation**: Ein großer Kostenträger, die DRV-Baden-Württemberg (früher LVA), hat nun mit etlichen Suchtberatungsstellen neue Verträge zur Nachsorge einer stationären Suchtrehabilitation abgeschlossen und damit eine erhöhte Vergütung der Leistung verbunden. Während andererseits die DRV-Bund (ehemals BfA) die Nachsorge weiter als ambulante Rehabilitation einordnet, ist in den neuen Verträgen der DRV-BW diese Leistung nun psychosoziale Beratung, also keine Behandlung mehr. Die Suchtberatungsstellen können damit ihr eigenes Leistungsprofil erweitern und die Nachsorge nach Bedarf mit weiterer Beratung verbinden (Schuldenregulierung, Arbeitsplatzsicherung, Arbeitssuche).

Ralf Adam, Renate Hannak-Zeltner

Kontakt: baden-wuerttemberg@dgvt.de

Bayern

Der Verfall des Punktwertes im Bereich der Ersatzkassen führte bei den nicht genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten in den letzten Quartalen zu unerträglich niedrigen Honoraren für diesen Bereich. Die Landeskonferenz der Psychotherapieverbände hat deshalb in einem Schreiben an die KVB darauf hingewiesen, dass die Psychotherapeuten erwarten, dass die KVB für bessere Vergütungen sorgt und dabei die Vorgaben der BSG-Rechtsprechung beachtet. Das Schreiben ist auf Seite 32 dieser Rosa Beilage abgedruckt.

Kammer

In der Kammer geht es derzeit um längerfristige Planungen für die Schwerpunkte der nächsten Jahre bzw. um Vorhaben, die längere Vorbereitungszeit benötigen. Eine Fortbildungsreihe für Angestellte, insbesondere zu Berufsordnungsfragen, wird für den Herbst vorbereitet, ebenso steht eine Wiederholung der Gerontopsychotherapiefortbildung und eine Fortbildung zur Arbeit im palliativen Bereich an.

Die Teilerweiterung der Geschäftsstelle hat manche Arbeit gebunden, ebenso wie die Vorbereitung eines umfangreichen Mitgliederrundschreibens, in dem unter anderem ausführlich über die Details der Umsetzung der Fortbildungsordnung informiert werden soll. Aufwendig, aber auch sehr ergiebig war die Reise des Präsidenten Melcop mit weiteren Vorstandsmitgliedern nach Brüssel. Hier zeigte sich deutlich, wie wichtig es angesichts zunehmend engerer Verflechtungen in der EU ist, auch die europäischen Entwicklungen zu beobachten, wenn die Psychotherapeuten Deutschlands an der Weiterentwicklung von Standards und Anforderungen, die letztlich irgendwann auch wiederum für uns gültig werden, mitwirken wollen.

Rudi Merod, Sonja Stolp, Heiner Vogel

Kontakt: bayern@dgvt.de

Mecklenburg-Vorpommern

Es war Sommer oder auch nicht, auf jeden Fall war Pause und Urlaubszeit. Das **afp** Institut in Rostock (afp ost) kann erfolgreich auf erste Veranstaltungen zurückblicken und auch die erste Abendveranstaltung der **Rostocker Reihe** (in Kooperation mit der Landesgruppe) schien mit inzwischen erwartungsgemäß hoher Beteiligung gelungen. Es entstand im Anschluss an J. Friedrichs Vortrag die Idee, eine **lokale Fortbildungsgruppe**, 'Dialektisch Behaviorale Therapie' ins Leben zu rufen, ca. 10 Teilnehmer wollen mitmachen. Weiter arbeiten wir mit afp und afp ost an der Planung einer ersten DGVT-Sommerakademie im Jahr 2008.

Die Ostdeutsche Psychotherapeuten Kammer (OPK) hat ihre Arbeit in verschiedenen Ausschüssen aufgenommen. Ab 1. Oktober 2007 gibt es einen Geschäftsführer, Räume für die Geschäftsstelle sind auch angemietet. Demnächst wird die OPK ein Mitteilungsblatt mit allen News an ihre Mitglieder versenden. Mit all diesen Anfängen können wir ziemlich zufrieden sein. Nun gilt es, die Dinge lebendig am Laufen zu halten und weiterzuentwickeln.

Da sich nach der Urlaubszeit die Terminkalender ja allzusehnell füllen, hier noch Hinweise auf die **nächsten DGVT/afp-Veranstaltungen** im Lande:

- **Heiner Krabbe:** „**Wut und Aggression – zu Lösungen kommen mit Paaren**“, therapeutisch-mediativer Umgang mit hoch strittigen Paaren am 5. und 6. Oktober 2007 in Rostock (Kontakt über bundesakademie@afp-info.de oder 0700 237 237 00).
- Rostocker Reihe Nr. 2: **Dipl.-Psych. Thomas Lay:** „**Lösungsorientierte Ansätze in der Verhaltenstherapie: Ein Wegweiser ins Möglichkeiten-Land**“ am 17. Oktober 2007, 20:00 Uhr, CJD Rostock (Kontakt über mv@dgvt.de oder rostock@afp-info.de oder 03 81-8 57 70 58).
- Rostocker Reihe Nr. 3: **Dipl.-Psych. Stefan Mohr:** „**Die therapeutische Beziehung ressourcenorientiert gestalten**“ am 23. Januar 2008, 20:00 Uhr, CJD Rostock (Kontakt über mv@dgvt.de oder rostock@afp-info.de oder 03 81-8 57 70 58).

Die Teilnahme an der Rostocker Reihe ist für DGVT-Mitglieder kostenfrei (für Nicht-Mitglieder 5,- €), die Akkreditierung durch die Ärztekammer bzw. OPK wird jeweils beantragt (2 Fortbildungspunkte pro Veranstaltung). Weiterhin freut sich die Landesgruppe über aktive Beteiligung an den Veranstaltungen sowie über Vorschläge und Anregungen zur weiteren inhaltlichen Mitgestaltung der Versorgungslandschaft in M-V.

Katrin Prante, Jürgen Friedrich

Kontakt: mecklenburg-vorpommern@dgvt.de

Nordrhein-Westfalen

In den letzten Monaten hatten wir es mit Themen zu tun, die sich auf den ersten Blick mehr auf die niedergelassenen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Bei differenzierter Betrachtung können diese Themen durchaus für andere im Gesundheitssystem Arbeitende von Bedeutung sein.

Einerseits berichten wir über den Versuch der Ärzteschaft, eine Namensänderung der Psychotherapeutenkammer NRW auf den Weg zu bringen. Andererseits schildern wir die seltsame Metamorphose der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe (KVWL) von der Hilfestellung für niedrig-frequent arbeitende Kollegen zu knapp 50 Anträgen auf Zulassungsentzug gegen die betroffenen PsychotherapeutInnen.

Der Versuch der Ärztekammern in NRW mutet schon skurril an. Da gibt es eine Körperschaft öffentlichen Rechtes in Form der seit ca. sechs Jahren existierenden Psychotherapeutenkammer NRW. In deren Namensgebung und somit in deren Identität und Selbstverständnis versucht die Ärztekammer hinein zu politisieren. Konkret soll das Heilberufegesetz so verändert werden, dass aus dem Namen „Psychotherapeutenkammer“ der Name „Landeskammer für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ wird. Wenn im Gesetzgebungsverfahren noch die weibliche Form zugefügt wird, ist der Name der Kammer: „Landeskammer für psychologische Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen“.

Bei einer (durchaus zur Auseinandersetzung fähigen) Berufsgruppe wie den Psychotherapeuten führte dieses Ansinnen dann auch zu zahlreichen Erwiderungen und Einsprüchen. Diese wurden an den Minister des Landes NRW, an den Landtag und an den Gesundheitsausschuss weitergeleitet.

Inhaltlich beziehen sich die Entgegnungen auf eine Vielzahl von Argumenten wie

- Verweise auf das Sozialrecht, in denen die Namensführung eindeutig geregelt ist,
- auf die Binnendifferenzierung zu den ärztlichen Psychotherapeuten, die als Ärzte Mitglied der Ärztekammer sind,
- auf den Schwerpunkt psychotherapeutischer Tätigkeit, die eben von PPs und KJPs erbracht wird,
- über Kostenargumente, die sich über eine Namenänderung ergeben würden,

um nur einige anzureißen. Bei Interesse sei auf die Replik der Psychotherapeutenkammer selbst verwiesen, die sehr dezidiert und umfangreich Stellung nimmt. Zweifellos ist die Auseinandersetzung mit dem Thema von Bedeutung und es bleibt abzuwarten, welche Wellen sie schlagen wird. Gesundheitspolitisch scheint der Vorstoß nicht in das Profil eines multiprofessionellen Miteinanders zu passen, das eine bestmögliche individuelle, indikationsbezogene Therapie zum Ziel hat.

„Es war einmal....“ könnte der Bericht über den zweiten zentralen Punkt beginnen, „...eine regionale KV, die sich die Sorgen und Nöte der PsychotherapeutInnen zu Herzen nahm.“

Sie startete eine Umfrage unter deren Anvertrauten, um Hilfpotentiale zu entwickeln. Sie wollte zu einer verbesserten Versorgung mit dringend notwendiger Psychotherapie beitragen. Sie wollte das Wohlbefinden der Psychotherapeuten selbst im Blick behalten. Diese hehren Ziele wurden glaubhaft vorgetragen.

Schließlich wurde in fast 50 Fällen ein Antrag auf Entzug der Zulassung gestellt. Bei positivem Votum des Zulassungsausschusses verlieren die Betroffenen ihre Zulassung, die „freien Stellen“ werden nicht wieder ausgeschrieben und nicht wieder besetzt.

Die ersten Überlegungen, wie man den Psychotherapeuten hätte helfen können mehr Psychotherapie abzurechnen, mündeten in die Entwicklung eines Leitfadens, der die Pflichten des Psychotherapeuten in der Versorgung zum Thema hatte. Der entscheidende Punkt war die Einführung eines „Mindestabrechnungsvolumens“ - Die Definition eines Mindestmaßes des Beitrags zur psychotherapeutischen Versorgung, gemessen an den abgerechneten Stunden genehmigter Psychotherapie (!?!) je Woche. Im weiteren Verlauf wurden Kollegen, die unter dieser Marge lagen, zur Rechenschaft gezogen, bis hin zum drohenden Zulassungsentzug.

Nachdem viele Verfahren inzwischen im Zulassungsausschuss verhandelt wurden, kann vorsichtig Entwarnung gegeben werden. Bislang wurde dem KV-Antrag auf Entzug der Zulassung nur in zwei Fällen stattgegeben. Die meisten Anträge wurden abschlägig beschieden.

Der Überlegung, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, können wir uns auf jeden Fall anschließen. Der Weg, den einzelnen Leistungserbringer zu bedrohen, geht aber genau in die falsche Richtung. Das Vorgehen legt das Ziel der KV offen, psychotherapeutische Leistungen zu begrenzen.

Eine Alternative wäre, die Anzahl der Leistungserbringer zu erhöhen. Man könnte den Bereich des job-sharing steigern, wenn die Auslastung der gemeinsamen Praxis am Fachgruppenschnitt gemessen wird, statt an den erwirtschafteten Umsätzen der Vorquartale. Einer Vollversorgung folgend müsste eigentlich der höchstmögliche Umsatz eines Psychotherapiesitzes angelegt werden. Die Teilung eines Praxissitzes entsprechend dem neuen Gesetzesstand bzw. die effizientere Ausnutzung der Leistungen eines Praxissitzes wären wünschenswert.

Damit seien nur einige Beispiele genannt, welche Steuerungsmöglichkeiten der KV zur Verfügung ständen, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.

Wir beraten KollegInnen schon jetzt darin, wie sie eine Auslastung ihrer Praxis sichern können. Nicht erst das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG) mit seinen neuen Kooperationsformen bietet dazu eine Reihe von Regelungen. Es besteht z. B. die Möglichkeit, KollegInnen anzustellen und die Kapazität der Praxis damit zu erhöhen. Uns ist bekannt, dass dieser Hinweis nicht überall auf Gegenliebe stößt. Da besteht Furcht vor unternehmerischer Tätigkeit, ist von Ausbeutung junger Kollegen die Rede. Bei genauer Betrachtung lassen sich diese Bedenken ausräumen, wenn entsprechende Hilfen zur Verfügung gestellt werden.

Deshalb werden wir die Unterstützung von Niedergelassenen, die ihre Tätigkeit in Kooperation ausgestalten wollen, ausbauen. Wir wollen ein Regelwerk zur Gestaltung von Anstellungsverträgen erstellen und darin die Kompetenz aus der Fachgruppe Angestellte der DGVT einbringen. Dass eine Praxis unternehmerisch handelt steht außer Frage. Nur sind Psychotherapeuten nicht als Unternehmer geboren worden – dies scheint bei Ärzten eher der Fall. Unternehmerisches Handeln kann man lernen, wozu wir Wege aufzeigen wollen. Die Landesgruppe wird mit Unterstützung der Fachgruppen der DGVT daran weiterarbeiten.

Stellungnahme der PTK NRW zur geplanten Namensänderung:

<http://www.ptk-nrw.de/seiten/documents/StellungnahmezurAenderungdesHeilber.pdf>

Weitere Informationen: www.dgvt.de>Fachgruppen>Angestellte+Beamte

Jürgen Kuhlmann, Johannes Broil

Kontakt: nordrhein-westfalen@dgvt.de

Rheinland-Pfalz

Erste Runde der Vereinbarung von Gesundheitszielen in Rheinland-Pfalz abgeschlossen: Prävention und Behandlung psychischer Störungen als wesentliches Gesundheitsziel definiert

Am 29.8.07 fand die vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen einberufene erste Sitzung zur Vereinbarung von Gesundheitszielen für das Land Rheinland-Pfalz statt. Gesundheitsziele sind verbindliche Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem. Sie sind ein Instrument der Gesundheitspolitik, um Verbesserungen der Gesundheitssituation der Bevölkerung zu erreichen. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Bereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die Ziele sollen in einem 5-Jahres-Zeitraum erreicht werden. Gesundheitsziele werden sowohl vom zuständigen Bundesministerium⁴, ebenso wie von den Ministerien der Länder definiert.

In einem ersten Schritt wurden Vertreter der relevanten Verbände eingeladen: Vertreter der Kammern (*ich war als Vizepräsidentin für die Psychotherapeutenkammer eingeladen*), der Selbsthilfeorganisationen, der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft, der Ministerien und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, die maßgeblich für die Durchführung und Koordination zuständig ist. Vorgegeben wurde, dass am Nachmittag jeweils ein Gesundheitsziel aus den folgenden Bereichen definiert sein sollte: Kinder und Jugendliche, Frauen, Männer, alte Menschen und im Bereich der Versorgungsstrukturen. Jeder Anwesende konnte für jeden Bereich ein Thema einbringen. Diese wurden im Weiteren in Kleingruppen diskutiert und gewichtet (nach gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Relevanz, Machbarkeit und Umsetzbarkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung etc.). Jede Arbeitsgruppe sollte 2-3 Ziele vereinbaren und vorstellen.

- Ø Für die Kinder- und Jugendlichen wurden zunächst zwei Ziele definiert: Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas sowie die Förderung psychischer Gesundheit (durch frühes Erkennen von Verhaltensauffälligkeiten, Stärkung von Ressourcen und damit Verhinderung psychischer Erkrankungen bzw. Leisten schneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen inklusive Suchtmittelabusus).
- Ø Bei der Frauengesundheit wurde festgehalten, dass die adäquate Erkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen große Relevanz hat, aber auch die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen wesentlich ist.
- Ø Im Bereich der Männergesundheit stand die Früherkennung von Krebsleiden neben dem Ziel der Verbesserung der Stressbewältigungsfähigkeiten und der Verminderung von Risiko- und Suchtverhaltensweisen im Fordergrund.
- Ø Für alte Menschen erschienen die Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, die Früherkennung von Demenzen und die Verbesserung der Versorgung Dementer sowie die Verbesserung der Zahngesundheit zentral.
- Ø Im Bereich der Versorgungsstrukturen wurden ebenfalls zwei Themen erarbeitet: die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sowie die Anpassung der Strukturen an die demographische Entwicklung.

Unumstritten war in der anschließenden Plenumsdiskussion für alle Beteiligten, dass alle formulierten Anliegen wichtige Aspekte darstellten. So fiel es schwer, in einem letzten Arbeitsschritt in jedem Bereich für ein Ziel zu votieren, welches dann weiter bearbeitet werden sollte.

⁴ hier u.a. Typ 2 Diabetes und Depression, zu erfahren unter www.gesundheitsziele.de

Umso erstaunlicher, dass sich am Ende klare Prioritäten zeigten: die meisten Beteiligten sprachen sich in den Bereichen Kinder- und Jugendlichengesundheit und Frauen- sowie Männergesundheit jeweils für die Verbesserung der psychischen Gesundheit aus (will man Stressbewältigung und Einstellungsänderung bei den Männern im weiteren Sinne darunter subsumieren)! Das Erstaunen über soviel Einmütigkeit war nicht nur beim Ministerium groß. Dort wird man nun das Ergebnis auswerten und beraten, wie mit den weiteren Zielen verfahren wird.

Sicher, dass neben der psychischen Gesundheit auch weitere Ziele definiert und umgesetzt werden sollen. Was bedeutet dies nun für uns?

Zunächst freuen wir uns, dass die Position der Psychotherapeutenkammer, die sich voll und ganz mit der Position der DGVT deckt, so viel Wohlwollen und Anerkennung erfahren hat und feiern dies als Erfolg. Daneben können wir festhalten, dass die Relevanz psychischer Erkrankungen – gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich – bei den im Gesundheitsbereich Tätigen zugenommen hat. Auf die Psychotherapeutenkammer wird nun einiges an Arbeit zukommen. Die wichtigen Positionen müssen in die Arbeitsgruppen eingebracht werden. Wir freuen uns auf diese Arbeit und ich werde Ihnen in der Rosa Beilage immer wieder über den Fortgang berichten.

In der letzten VPP habe ich versucht, die angestellten Psychotherapeuten zu motivieren. Wenden Sie sich mit Ihren Anliegen, die sie in der Kammer behandelt wissen wollen, an mich oder die Geschäftsstelle der Kammer. Leider hat sich bisher niemand geäußert. Diese Möglichkeit besteht weiter. Da Beschäftigungen in den unterschiedlichsten Bereichen sind (z.B. Kliniken, Beratungsstellen jeweils mit unterschiedlichen Trägern) sind wir auf Ihre Erfahrungen und die Weitergabe Ihrer Wünsche angewiesen. Schicken Sie mir einfach eine Mail. Vielen Dank im Voraus für Ihre Mithilfe.

Andrea Benecke

Kontakt: rlp@dgvt.de

Schleswig-Holstein

Im Zentrum unserer Arbeit der letzten Monate stand die **Wahl zur 2. Psychotherapeutenkammer** Schleswig-Holsteins. Insgesamt 5 DGVT'lerInnen kandidierten zusammen mit KandidatInnen von BDP und GwG und einem verbandsunabhängigen Kollegen in dem Wahlbündnis „KAM ON“. **KAM ON erhielt bei der Wahl 9 der 18 Kammersitze und mit Andrea Radvan, Detlef Deutschmann, Dietmar Ohm und Bernd Schäfer werden zukünftig 4 KollegInnen aus der DGVT in der Kammerversammlung vertreten sein.** Das ist ein Wahlergebnis, das besser kaum hätte ausfallen können und wir möchten uns ganz herzlich bei allen bedanken, die uns ihre Stimmen gegeben haben. 7 der 9 gewählten KAM ON-VertreterInnen erhielten mehr Stimmen als die höchsten Repräsentanten der alten Kammerversammlung, was noch überraschender ist als die Sitzverteilung und nur als eindeutige Abwahl der Kammerpolitik des alten Vorstandes interpretiert werden kann.

Wir betrachten dieses Wahlergebnis nun als klaren Auftrag, uns an verantwortlicher Position dafür einzusetzen, dass unsere Vorstellungen von einer schlanken, kostengünstigeren, mitgliedernahen, transparenten und ausgewogenen Interessenvertretung der neuen Heilberufe umgesetzt werden. Das dürfte allerdings nicht so einfach werden, denn im Grunde brachte die Wahl zwei unterschiedliche Ergebnisse. Betrachtet man die Stimmenverteilung kann gar kein Zweifel daran bestehen, dass eine große Mehrheit unter den Pflichtmitgliedern eine in unserem Sinne veränderte Kammer wünscht. Da es uns aber leider nicht gelungen war mehr KollegInnen für eine Kandidatur zu gewinnen, konnten auch nicht mehr als 9 Sitze erzielt werden. Und das sind eben „nur“ 50% der Sitze in der Kammerversammlung

und keine Mehrheit. Wenn wir wirklich Entscheidendes ändern wollen, brauchen wir die Mitwirkung der gewählten VertreterInnen des „Wahlbündnisses“, (das vorher 2/3 der Kammersitze inne hatte, das eine Nordkammer bisher pauschal ablehnte und das in der neuen Kammerversammlung 8 Sitze besetzen wird) und/oder des einzigen Einzelkandidaten, der den 18. Sitz gewinnen konnte.

Unsere Bemühungen vor der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung waren demnach stark davon geprägt, die in der Wahl unterlegenen KollegInnen in die zukünftige Vorstandsarbeit einzubinden und eine eigene Mehrheit im Kammervorstand anzustreben. Leider ist uns nur der zweite Teil davon gelungen. Da die KollegInnen aus dem konkurrierenden Bündnis nicht für eine Mitarbeit im Kammervorstand bereit waren, entschied sich auf der konstituierenden Kammerversammlung, dass wir den Vorstand alleine bestücken. Für die DGVT sind nun Detlef Deutschmann und Dietmar Ohm als Beisitzer und Bernd Schäfer als Vize-Präsident im fünfköpfigen Kammervorstand aktiv. Zur Kammerpräsidentin wurde Juliane Dürkop gewählt und Dorothee Katz komplettiert das Gremium. Darüber hinaus ergab sich durch die Wahlen zu den Kammergremien, dass Detlef Deutschmann im Finanz- und Haushaltsausschuss und Andrea Radvan im Ausschuss für Fort- und Weiterbildung mitarbeiten werden. Schließlich wurde Bernd Schäfer zum Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) der Bundespsychotherapeutenkammer (bptk) gewählt, sowie Detlef Deutschmann und Dietmar Ohm jeweils als Stellvertreter. Diese vielversprechenden personellen Konstellationen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass hinter diesem Vorstand nur 50% der Kammersitze stehen, so dass schwer vorherzusagen ist, was inhaltlich tatsächlich gehen wird. Eines kann aber sicher als Fazit der letzten Jahre festgehalten werden: **Engagement lohnt sich!**

Diese Wahlergebnisse bringen mit sich, dass die DGVT in der neuen Kammerversammlung nicht nur stärker, sondern auch in verantwortlicher Position vertreten sein wird. Das ist in unserem Sinne. Andererseits verstärkt das leider ein Problem der **DGVT-Landesgruppe in Schleswig-Holstein**, denn noch mehr als bisher dürften die knappen Ressourcen unserer aktiven Landesgruppenmitglieder von der Kammerarbeit absorbiert werden. Das ist nicht schön, denn die DGVT ist vielfältig in ihrer Mitgliederstruktur und in ihren Aufgaben und das soll auch so bleiben. Unsere Mitglieder kommen aus den verschiedensten psychosozialen Berufen und als Fachverband haben wir einen versorgungspolitischen Auftrag, der mit einer berufspolitischen Interessenvertretung der neuen Heilberufe alleine sicher nicht hinreichend abgedeckt ist. **Wenn wir aber der DGVT-Vielfalt auch in Schleswig-Holstein gerecht werden wollen, brauchen wir mehr aktive Mitglieder.** Wir sind immer offen für KollegInnen, die sich beispielsweise auf dem Fortbildungssektor engagieren wollen, die die Landespolitik aufmerksam beobachten und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung und auf psychosoziale Arbeitsfelder (z.B. Beratungsstellen) kritisch reflektieren, die beispielsweise in einem Qualitätszirkel mitarbeiten oder einen solchen gründen wollen oder die vielleicht einfach nur die DGVT-Politik im Ganzen aktiv mitgestalten wollen z.B. dadurch, dass sie ein Amt als LandessprecherIn wahrnehmen. Der Mitgestaltungsmöglichkeiten gibt es viele.

Die **nächste** konkrete und relativ harmlose **Gelegenheit** ergibt sich voraussichtlich am **Mittwoch, dem 10.10.07**. Dann findet nämlich um 19:00 Uhr wieder in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt die 11. Regionale Mitgliederversammlung statt. Die Einladung wird auch die genaue Tagesordnung enthalten. Fest steht, dass die Landessprecher auf dieser Mitgliederversammlung neu gewählt werden. **Aber Sie sind uns selbstverständlich auch dann herzlich willkommen, wenn Sie sich nicht aktiver in der DGVT engagieren möchten.**

Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer
Kontakt: schleswig-holstein@dgv.de

Aktuelles zur (Nach-)Vergütung^{5,6}

Holger Schildt

- DGPT-Musterkläger vor dem SG Marburg erfolgreich
- Weitere Urteile aus Saarbrücken und Düsseldorf
- BSG entscheidet am 29.8.07 in der Revision gegen das Urteil des SG Reutlingen zu probatorischen Sitzungen
- Urteil des LSG Celle vom 8.11.06 in Revision
- Nochmals zum Anspruch auf Steuervergünstigung gem. § 34 EStG

Nach SG Dresden und LSG Schleswig-Holstein hat nun auch das **SG Marburg** mit Urteil vom **4. Juli 2007** entschieden, dass der gemäß BSG-Urteilen vom 28.1.04 modifizierte Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.04, der rückwirkend ab dem 1.1.00 gilt, seinerseits rechtswidrig ist. Die 11. Kammer des Sozialgerichts bemängelte - entsprechend dem Klagevortrag - sowohl die im Beschluss vorgenommene Berechnung der Kosten psychotherapeutischer Praxen als auch die unzulässige „Bereinigung“ der ärztlichen Vergleichseinkommen. Die KV Hessen wurde unter Aufhebung der Honorarbescheide III/2004 bis I/2005 verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden (und ihm die sich daraus ergebende zusätzliche Vergütung nachzuzahlen). Nicht beanstandet hat die Kammer, dass der Bewertungsausschuss die Anwendung des gestützten Mindestpunktwertes auf die genehmigungspflichtigen Leistungen beschränkt hat; insbesondere sah die Kammer – entgegen SG Reutlingen, Urteil vom 10.5.06 – keine Verpflichtung des Ausschusses, den Mindestpunktwert auch auf probatorische Leistungen zu erstrecken. Der Zinsantrag (5% Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit auf die sich nach Neuberechnung ergebenden Nachzahlungsbeträge) wurde von der Kammer zurückgewiesen, weil es sich nicht um Zahlungs-, sondern um Bescheidungsklagen handele (SG Marburg, S 11 KA 101/05 (führend), verbunden mit 729/05 und 574/06).

Den vollen Wortlaut des führenden Urteils finden Sie auf der DGPT-Homepage www.dgpt.de unter „Recht“. Wie bereits anlässlich der mündlichen Verhandlung mit dem Justitiar der KV Hessen vereinbart, wurde unmittelbar nach Zustellung des schriftlichen Urteils die Zustimmung zur Zulassung der Sprungrevision und deren Durchführung beim BSG erklärt. Laut Mitteilung der Rechtsabteilung ist seitens der KV mittlerweile auch ein entsprechender Antrag beim SG Marburg gestellt worden, so dass sich das BSG – voraussichtlich bereits im Dezember 2007 – auch mit dem Marburger Urteil zu befassen haben wird.

Schon nach der mündlichen Urteilsbegründung erklärte übrigens der Justitiar der KV, dass ab sofort bereits eingelegte oder neue Widersprüche gegen Honorarbescheide der Psychotherapeuten im Hinblick auf dieses Urteil einstweilen nicht mehr beschieden würden. Das enthebt die hessischen Mitglieder von der lästigen (und Kosten auslösenden) Verpflichtung, gegen etwaige Widerspruchsbescheide vor das Sozialgericht zu ziehen. Die Widersprüche selbst müssen allerdings zur Wahrung etwaiger Nachvergütungsansprüche auch in Zukunft weiterhin eingelegt werden!

⁵ Quelle: Mitgliederrundschreiben 3/2007 der DGPT

⁶ Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch RA Holger Schildt

Auf der gleichen Linie wie LSG Schleswig-Holstein, SG Dresden und SG Marburg liegt – zumindest im Ergebnis – auch das **SG Saarbrücken**. Im Urteil vom **28.6.07** rechnen die Richter vor, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.04 weiterhin auf strukturellen Fehlfestlegungen beruhe und deshalb in seiner Umsetzung durch die KV Saarland auch nicht zu einer angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen führen könne. Dabei nimmt die Kammer ausdrücklich auf den – fehlerhaften – Ansatz der Praxiskosten Bezug, während sie auf die Berechnung der ärztlichen Vergleichseinkünfte nicht näher eingeht, weil schon nach den Angaben der beklagten KV der Ertrag einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis rund €9 000 niedriger lag als bei einer durchschnittlich ausgelasteten (Vergleichs-)Arztpraxis. Auch die Frage, ob die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen, also insbesondere die probatorischen Sitzungen ebenfalls mit einem höheren Punktwert zu belegen sind, ließ die Kammer – in etwas eigenwilliger Auslegung des klägerischen Vorbringens – unentschieden: Das eigentliche Ziel der Klage sei ja nicht die höhere Vergütung einzelner EBM-Ziffern, sondern die Änderungen der Vorgaben des Bewertungsausschusses mit dem Ziel einer höheren Vergütung der Gesamtleistung der Psychotherapeuten. Auf welche Weise diese Vorgaben zur rechtmäßigen Honorierung umgesetzt würden, sei Sache der Beklagten bzw. – letztendlich – des Bewertungsausschusses.

Was die Vergütung der **probatorischen** Sitzungen anbelangt, so hat das **BSG** am **29.8.07** über die von der KV Baden-Württemberg gegen das Urteil des SG Reutlingen vom 10.05.06 eingelegte Revision entschieden. Der 6. Senat des BSG (Berichterstatter: Dr. Clemens) gab der Sprungrevision statt und änderte das erstinstanzliche Urteil entsprechend ab. Die KVen müssen für probatorische Sitzungen (und andere nicht genehmigungspflichtige Leistungen) den Stützungspunktwert nicht zahlen:

Angesichts der in früheren Jahren erfolgten Festlegungen des 6. Senats war mit diesem Urteil zu rechnen, eine Überraschung bedeutet es daher nicht. Im Endeffekt eröffnet es den Psychotherapeuten sogar einen kleinen, vielleicht auch größeren Lichtblick: Denn in der mündlichen Urteilsbegründung stellte der Vorsitzende durchaus klar, dass mit der Versagung des Stützungspunktwertes keinesfalls das Recht der KVen verbunden sei, den Punktwert für probatorische Sitzungen ins Bodenlose fallen zu lassen. Es handele sich hier um notwendige „Einstiegs- bzw. Zugangsleistungen“, deren Honorierung nicht so weit absinken dürfe, dass sie faktisch nicht mehr erbringbar seien.

Diese Rechtsfrage ist auch Bestandteil aller Nachvergütungsverfahren für den Zeitraum 2000 ff., die voraussichtlich erst im ersten Quartal 2008 vom BSG entschieden werden.

Speziell zur Nachvergütung (bis 1998) für ehemalige Delegationspsychotherapeuten, insbesondere in Niedersachsen und Bremen: Wie bereits angekündigt, hat die KV Niedersachsen Revision gegen das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 8.11.06 eingelegt; das Verfahren trägt das Aktenzeichen B 6 KA 28/07 R. Die Revisionsbegründung der KV liegt bereits vor, sie wird alsbald erwidert. Es ist damit zu rechnen, dass das BSG die Sache bis Mitte nächsten Jahres verhandelt und entschieden haben wird.

Das alles lässt – trotz gebührender Zurückhaltung – auf einen erfolgreichen Ausgang der Revisionsverfahren in Kassel hoffen. Manchmal geht die Sache jedoch auch schief, wie ein Urteil des **SG Düsseldorf**, ebenfalls vom **4.7.07**, zeigt. Gegenstand des dortigen Verfahrens waren nur Quartale des Jahres 2000, hinsichtlich der ärztlichen Vergleichseinkünfte kam es nach der Struktur des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.04 deshalb nur auf die Allgemeinärzte an. Und bei denen spielten nach den Feststellungen des Gerichts die Honorare aus belegärztlicher Behandlung, aus Kap. O und U und aus Leistungen nach Verträgen gem. § 63 SGB V – jedenfalls im Streitjahr – so gut wie keine Rolle. Insofern käme es hier also auch nicht darauf an, ob die vom Bewertungsausschuss vorgenommene Bereinigung der ärztlichen Vergleichseinkünfte rechtswidrig sei (*Anmerkung H.S.: Der Kläger hatte zwar versucht, auch die Honorarbescheide bis III/2004 – da galten längst die Fachärzte als Vergleichsmaßstab –*

zum Gegenstand der Verhandlung zu machen, indem er den entsprechenden „Nachvergütungsbescheid“ zu diesen Folgequartalen in den Prozess einführte. Das scheiterte allerdings daran, dass die KV über seinen Widerspruch gegen diesen Nachvergütungsbescheid noch nicht beschieden hatte. Aufgrund einer im Jahre 1996 geänderten Rechtsprechung des BSG konnte dieser Bescheid deshalb nicht gem. § 96 SGG zum Gegenstand des Verfahrens werden).

Auch hinsichtlich der Praxiskosten stimmte die Kammer dem Kläger im Prinzip zu, dass der Ansatz des Bewertungsausschusses systemwidrig sein könne. Aber auch hier sprachen wieder die tatsächlichen Verhältnisse gegen den Kläger. Denn selbst eine Kostenquote von 40,2% hätte im Streitjahr den Umsatz eines voll ausgelasteten Psychotherapeuten nur um gut 3% gegenüber den Vorgaben des Bewertungsausschusses erhöht, was nach Ansicht des Gerichts allerdings keine signifikante Abweichung bedeutet und deshalb auch nicht zu einer unangemessenen Vergütung im Sinne der Rechtsprechung des BSG führt. Nach allem wies das Gericht die Klage also ab. Nach bisherigem Kenntnisstand, es handelt sich um eine von der DPTV unterstützte Klage, wurde die Sprungrevision zugelassen, aber noch nicht eingelegt (S 33 KA 176/05).

In der Rosa Beilage 1/2007 hatten wir auf S. 29 davon berichtet, dass das **Niedersächsische Finanzgericht** die Tarifbegünstigungsklausel des § 34 EStG – im Gegensatz zur Rechtsauffassung der meisten Finanzämter – auch auf Freiberufler, zum Beispiel niedergelassene Psychotherapeuten, für anwendbar hält. Da der **Bundesfinanzhof** die von Finanzamt gegen das Urteil eingelegte Revision mit Urteil vom **14.12.06** (IV R 57/05) als unbegründet zurück gewiesen hat, kann sich auch jedermann in Deutschland darauf berufen. Die meisten Finanzämter folgen dem auch willig, soweit das BFH-Urteil einschlägig ist, d.h. insbesondere: soweit die Nachvergütung **vollen Umfangs im streitbefangenen Kalenderjahr zugeflossen** ist. Soweit die KVn die Nachvergütung für vergangene Jahre allerdings auf zwei oder noch mehr Jahre verteilt hatten, stellen sich die meisten Finanzämter auf die Hinterbeine. Ihrer Meinung nach sei dann die durch die Nachvergütung bewirkte Steuerprogression in den Zuflussjahren nicht mehr so groß, dass die Anwendung des § 34 gerechtfertigt wäre. Und in I. Instanz haben sie damit auch – zunächst einmal – Recht bekommen. Wieder ist es ein Urteil des **Niedersächsischen Finanzgerichts**, diesmal vom **20.7.06** (14 K 75/03 – also ein anderer Senat als der 2. Senat damals), diesmal zu Lasten des Klägers: Wenn derartige Nachzahlungen nicht geballt in **einem** Veranlagungszeitraum zugeflossen sind, sondern sich auf **zwei oder mehr** Veranlagungszeiträume (= Kalenderjahre) verteilen, sei die Steuervergünstigung des § 34 zu versagen. Im Streitfall hatte der Kläger im Jahre 2000 eine Abschlagszahlung von DM 10.000 erhalten, im Jahre 2001 den Löwenanteil der Nachvergütung und im Jahre 2002 dann den Rest, immerhin auch noch in fünfstelliger Höhe.

Das Finanzgericht hat die Revision gegen sein Urteil zugelassen, sie ist auch vom Kläger eingelegt worden und trägt beim **Bundesfinanzhof** das Aktenzeichen **IV R 51/06**.

Sollten Sie in vergleichbarer Situation Einspruch gegen die Versagung der Vergütung eingelegt haben, empfehlen wir, beim Finanzamt die Aussetzung des Einspruchsverfahrens zu beantragen bzw. einem solchen Vorschlag des Finanzamts zuzustimmen.

Urteil zur Anerkennung von Erziehungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung und im Versorgungswerk

Die gesetzliche Rentenversicherung muss Kindererziehungszeiten auch dann vollständig anerkennen, wenn Eltern vor Ablauf der Erziehungszeit in ein berufsständisches Versorgungswerk wechseln. Das geht aus einem Urteil des Hessischen Landessozialgerichts in Darmstadt (Az: L 2 R 366/05 ZVW) hervor.

Im vorliegenden Fall hatte eine Mutter anderthalb Jahre nach der Geburt ihres Kindes eine selbstständige Tätigkeit als Rechtsanwältin aufgenommen. Dadurch wurde sie Pflichtmitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk und ließ sich von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien. Gleichzeitig beantragte sie die Anerkennung der Kindererziehungszeiten für drei Jahre. Das lehnte die Versicherung ab, da die Rechtsanwältin zum Zeitpunkt des Wechsels erst die Hälfte der Kindererziehungszeit in Anspruch genommen habe. Den Rest müsse sie sich vom Versorgungswerk der Rechtsanwälte anerkennen lassen.

Die Richter gaben der Klage statt. Da das berufsständische Versorgungswerk keine Leistungen für Zeiten der Kindererziehung vorsehe, müsse die gesetzliche Rentenversicherung "einspringen". Ob diese Satzung des Versorgungswerkes verfassungskonform sei, habe das Sozialgericht nicht zu entscheiden.

Quelle: www.lsg-darmstadt.justiz.hessen.de

Keine Haftung einer Gemeinschaftspraxis für Regresse der eingebrachten Einzelpraxen

Eine neu gegründete Gemeinschaftspraxis haftet nicht für die Regresse gegen einzelne der eingebrachten Einzelpraxen.

Zwei Radiologen hatten sich zu einer Gemeinschaftspraxis zusammengeschlossen. Einer der beiden Ärzte schuldete seiner KV aus einem Regress einen sechsstelligen Geldbetrag. Die KV verrechnete diese Forderung mit den Honoraransprüchen der neuen Gemeinschaftspraxis, da die Einzelpraxis nicht mehr existierte und über das Vermögen des betroffenen Arztes das Insolvenzverfahren eröffnet worden war. Sowohl vor dem Sozialgericht wie auch dem Landessozialgericht (LSG) hatte die KV Erfolg, nicht aber vor dem Bundessozialgericht (BSG).

Im Fall der Neugründung einer Gemeinschaftspraxis, deren Gesellschaftsvertrag wie hier die Übernahme der Altverbindlichkeiten der Praxispartner ausdrücklich ausschließe, bestehe keine Rechtsgrundlage dafür, dass die Gemeinschaftspraxis für derartige Altverbindlichkeiten hafte. Eine entsprechende Haftungserstreckung ergebe sich auch nicht aus öffentlich-rechtlichen Vorschriften. Die besondere öffentlich-rechtliche Prägung und Zweckbindung der von den KVen zu verteilenden Gesamtvergütung begründe einen solchen Anspruch nicht.

Schweiz plant Titelschutz bei Psychologen

Bislang gibt es in der Schweiz keine landesweite Regelung für die Zulassung und Ausübung der Psychologieberufe. Das könnte sich demnächst ändern, wenn das **Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz; PsyG)** vom Parlament verabschiedet wird.

Die Schweiz reagiert mit dem Gesetzgebungsvorhaben auf die Entwicklungen innerhalb der Europäischen Union (EU), europaweit geltende Richtlinien für die Anerkennung von Berufsabschlüssen festzulegen. Die Schweiz ist auch als Nicht-EU-Mitglied eng mit dem europarechtlichen Prozess der EU-Staaten verbunden.

Im Unterschied zum deutschen Psychotherapeutengesetz von 1999, das nur die heilkundliche Psychotherapie umfasst, wird das geplante Psychologengesetz der Schweiz Regelungen für alle Psychologieberufe beinhalten. Für diese könnten mit dem neuen Gesetz zukünftig einheitliche und überprüfbare Standards in den Bereichen Aus-, Weiter- und Fortbildung existieren. In der Schweiz bestehen derzeit auf kantonaler Ebene teilweise unterschiedlich ausgestaltete Bestimmungen zu den Psychologieberufen, wobei die meisten Kantone die Zulassungsvoraussetzungen für die Ausübung von selbstständiger Psychotherapie regeln. Einige wenige Kantone sehen keine diesbezüglichen Regelungen vor. So ist beispielsweise in einigen Kantonen der Begriff der Psychotherapie definiert, der Titel „Psychologe/Psychologin“ ist hingegen in keinem Kanton geschützt. Das Studium der Psychologie wird durch das kantonale Universitätsrecht und das Fachhochschulgesetz geregelt, die bislang für einen Schutz der Abschlüsse sorgen.

Durch das Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) soll dieser Zustand uneinheitlichen Rechts, der v. a. hinsichtlich des Patienten- und Konsumentenschutzes schon seit Jahren als problematisch angesehen wird, nun beendet werden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) arbeitete deshalb einen Gesetzesentwurf zur Regelung der Anforderungen an das Psychologiestudium und die Weiterbildung in Psychotherapie aus. Hauptzweck des PsyG ist der Gesundheitsschutz sowie der Schutz gegen Täuschung und Irreführung bei der Ausübung von Psychologieberufen.

Parallelen zum langwierigen Ringen um das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz in Deutschland werden deutlich, sieht man sich die Chronologie des Gesetzgebungsverfahrens an: 1991 erging ein erstes Ersuchen der kantonalen Gesundheitsbehörden, auch die Psychotherapeuten in die Regelung der Medizinalberufe aufzunehmen, 1998 erhielt dann das EDI vom Bundesrat den Auftrag, ein Bundesgesetz im Bereich der Psychologie auszuarbeiten. 2001 sprachen sich der Schweizer Ständerat und der Nationalrat für eine gesetzliche Regelung der Psychologieberufe aus. Endgültig in Gang gebracht wurde das Gesetzgebungsvorhaben im Juni 2005 durch eine sog. „Vernehmlassung“⁷ des Bundesrats, bei der die einzelnen Kantone, politischen Parteien und insbesondere die betroffenen Verbände aufgefordert wurden, ihre Stellungnahmen und Änderungsvorschläge einzubringen.

⁷ Das Vernehmlassungsverfahren ist Bestandteil des Gesetzgebungsverfahrens in der Schweiz.

Größtenteils wurde dem Gesetzesvorhaben prinzipiell zugestimmt. Jedoch haben zahlreiche psychotherapeutische Fachverbände auf den Spezialfall der Psychotherapie hingewiesen und eine Psychotherapiekommission im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens gefordert. Insbesondere die Vielfalt und Interdisziplinarität sowie die spezielle Situation in der Weiterbildung erforderten dies ihrer Ansicht nach.

Die Überprüfung der Qualität der Weiterbildungsgänge und deren Akkreditierung wurden allgemein begrüßt. Uneinheitlich sind jedoch die Meinungen darüber, welche Weiterbildungstitel im Gesetz festgehalten werden sollen. Strittig sind ebenso noch die Berufsbezeichnungen sowie Fragen der Überschneidungen mit den Universitäts- und Fachhochschulgesetzen sowie der Bologna-Reform. Kleines Aperçu am Rande für Kenner der Diskussion in Deutschland: Teilnehmer am Vernehmlassungsverfahren kritisierten Widersprüche des PsyG zur Bildungssystematik gemäß Bologna – der Bachelor gilt nach dem geplanten Gesetz nicht als berufsbefähigender Abschluss.

Das EDI wird nun in einem ersten Schritt die noch offenen Fragen klären, bevor der Bundesrat den Gesetzesentwurf an den National- und Ständerat zum Abschluss des parlamentarischen Verfahrens überweist.

Kerstin Burgdorf

Tagungsberichte

Psychotherapie in Instituten – ein Beruf mit Perspektiven!?

3. Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg am 30. Juni 2007

Der 3. Landespsychotherapeutentag war mit über 200 TeilnehmerInnen gut besucht. Gewidmet war er den angestellten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Die KollegInnen wurden von Dietrich Munz begrüßt, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, seit kurzem Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer und selbst angestellter Psychotherapeut. Er wies darauf hin, dass angestellte PsychotherapeutInnen im tarifrechtlichen Bereich bisher keine spezielle Anerkennung gefunden hätten und auch in vielen politischen Gremien nur selten oder oft gar nicht vertreten seien. Im Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg finde die Berufsgruppe bisher keine Erwähnung. Nichtsdestotrotz biete der Beruf interessante und befriedigende Perspektiven durch die Zusammenarbeit in institutionellen und multiprofessionellen Teams.

Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Hamburg, stellte in seinem Vortrag die gegenwärtige Psychotherapie in Institutionen vor. Psychotherapie finde nicht nur in Krankenhäusern statt, auch in Beratungsstellen und im Maßregelvollzug seien Psychotherapeuten tätig. Einen großen Teil der Versorgung würden mittlerweile Ausbildungsambulanzen übernehmen. Gegenwärtig seien es 8 000 PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA), die jeweils 600 eigene Behandlungsstunden ableisteten.

Durch die immer kürzere Verweildauer der PatientInnen in somatischen Kliniken werde die Psychotherapie dort zurückgedrängt. In Rehabilitationseinrichtungen habe sie hingegen wei-

terhin ihren festen Platz. In Zukunft wolle der Gesetzgeber die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung weitgehend aufheben. Bedarfsorientierte Psychotherapie finde über die Sektorgrenzen hinweg kostenträgerübergreifend in multiprofessionellen Teams und multidisziplinär statt. Nur wenn PsychotherapeutInnen Behandlungsleitlinien mit entwickelten, könnten daraus Stellen geschaffen bzw. gehalten werden.

Der anschließende Vortrag von Michael Krenz (Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin) und Gerhard Nothacker (Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen) befasste sich mit Psychotherapeutischer Expertise außerhalb der Kassenzulassung. Die Landespsychotherapeutenkammer Berlin hat hierzu ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben. Es befasst sich mit Interventionen, die nicht als „mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ beschrieben sind.

Psychotherapie außerhalb der Heilkunde, ein Widerspruch in sich? Einerseits gebe es eine Psychotherapie unterhalb der Krankheitsschwelle, die nicht dem Psychotherapeutengesetz unterworfen sei, obwohl sie grundsätzlich nur vom Psychotherapeuten ausgeübt werden dürfe. Andererseits gebe es Interventionen – psychologische Tätigkeiten – die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte zum Gegenstand hätten. Weitere Beispiele seien Maßnahmen zur beruflichen und schulischen Förderung, Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung, oder etwa Maßnahmen, die auf Verhaltensweisen gerichtet seien, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten, aber nicht Ausdruck einer psychischen Erkrankung seien. Solche Leistungen würden bereits heute von der Sozial- und Jugendhilfe getragen. Dieser Entwicklungsstand könne in Zukunft auch in anderen sozialrechtlichen Leistungsbereichen angestrebt werden. Denkbar wären Angebote für pflegebedürftige alte Menschen, für psychisch Kranke in der Nachsorge, die Integration schwer vermittelbarer und die soziale Rehabilitation von Verbrechenopfern. Herr Nothacker bat die anwesenden KollegInnen Beispiele aus der Praxis an seine Adresse zu richten, um sein Gutachten weiter auszubauen.

Beinahe nahtlos schloss sich der Beitrag von Thomas Merz und Klaus Menne an. Menne, Geschäftsführer der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), stellte ein Feld vor, in dem approbierte Psychotherapeuten häufig tätig seien, ohne dass der Bereich eine Approbation voraussetze. Das liege zum einen daran, dass in Erziehungsberatungsstellen Psychotherapieverfahren eingebracht würden, die bisher nicht zur Approbation führten, wie Familientherapie, systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie oder Gestalttherapie. Zum anderen würden Verfahren angewandt werden, die jenseits der Heilbehandlung anzusiedeln sind, wie Supervision, Mediation oder Beratung.

Nach der Mittagspause konnte Gerd Dielmann, Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe bei der Ver.di Bundesverwaltung, mit einem spannenden Vortrag zum Stand der Tarifverhandlungen aufwarten. Er konstatierte ein Nachlassen der Tarifbindung auf Arbeitgeberseite. Der BAT verliere mehr und mehr seine Leitfunktion. Der TVÖD, der ihn zwischenzeitlich abgelöst habe, berücksichtige in seiner Eingruppierungstabelle nicht mehr die Lebensalterstufen sondern die Erfahrungsstufen, die sich auf die Erfahrungsjahre in dem Beruf beziehen würden. Leider sei es bisher nicht möglich gewesen, die „Mitnahme von Berufserfahrung“ von dem einen zum anderen Arbeitgeber festzuschreiben.

Im Anschluss an die Vorträge haben sich Vorstand und Experten zum Gespräch mit ein paar wenigen PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiAs) zusammengefunden, um die aktuelle berufspolitische Situation der PiAs zu beleuchten. Es wurde sehr offen und fair miteinander umgegangen, so dass alle Beteiligten den Eindruck eines fruchtbaren Austausches gewinnen konnten.

Alles in allem war es ein abwechslungsreicher Vortragstag, der den in der Kammer bisher „unscheinbaren Angestellten“ und ihren spezifischen Arbeitsbedingungen gewidmet war.

Noch ein Hinweis: Wenn Sie Bereiche kennen, in denen psychosozialer Leistungsbedarf besteht, aber die Sozialleistungsträger diesen nicht sehen bzw. ihn mangels nicht erkannter Gesetzesgrundlagen ablehnen, dann richten Sie Ihre Einsendungen bitte an Prof. Gerhard Nothacker, Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Friedrich-Ebert-Str. 4, 14467 Potsdam oder Nothacker@fh-potsdam.de.

Katja Kühlmeyer

Psychotherapeutische Kompetenz

3. Landespsychotherapeutentag Berlin am 1. September 2007

Mit einem breiten Angebot an Vorträgen und Workshops fand der 3. Berliner Psychotherapeutentag statt. Ausführliche Informationen zu den Vorträgen können Sie auf der Kammerseite einsehen.

Im Mittelpunkt der Vormittagsveranstaltung – nach Grußworten und Eröffnung stand ein sehr interessanter Vortrag von Prof. Michael Buchholz. Unter dem Titel „Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenz“ referierte er zahlreiche Befunde und Erfahrungen über die Entstehung von Fachkompetenz, die Möglichkeiten der Trainierbarkeit und die Notwendigkeit Kreativität und Vielfalt zu fördern. Im Anschluss folgte eine Podiumsdiskussion unter Leitung von Wolfgang van den Bergh (Ärztezeitung), bei der Vertreter unterschiedlicher Therapie sich der Thematik näherten: Anne Springer für die Psychoanalyse, Jochen Weidhaas für die Verhaltenstherapie, Dr. Manfred Thielen für die Körperpsychotherapie und Prof. Anne Auckenthaler für die Gesprächspsychotherapie. Wie zu erwarten, stellten sie jeweils unterschiedliche Annahmen zur Entwicklung von Kompetenzen vor, die in Teilen auch unterschiedliche Ausbildungswege implizierten. Interessanter war es dann, als Teilnehmer des Plenums danach fragten, wie mit fehlenden Kompetenzen bei Therapeuten umzugehen ist bzw. wie gewährleistet wird, dass Therapeuten über notwendige persönliche und fachliche Fähigkeiten verfügen.

Am Nachmittag verteilten sich die ca. 300 Teilnehmer auf 7 bzw. 8 Workshops bzw. Parallelveranstaltungen (in zwei nacheinander folgenden Zeitblöcken), in denen das Hauptthema „Kompetenzen und Kompetenzentwicklung“ für unterschiedliche Tätigkeitsfelder durchdekliniert wurde, beispielsweise für die Jugendhilfe, die Versorgungsforschung, die Rehabilitation, die Prävention und die Psychosenbehandlung. Zeitgleich wurde auch ein Forum für PiA angeboten, in dem aktuelle Probleme der Ausbildung mit den Vertretern des Aus-, Fort- und Weiterbildungsausschusses beraten werden konnten.

In einem kleinen Interview, hat ein Mitglied vor Ort die Stimmung für uns aus ihrer ganz persönlichen Sicht reflektiert. „Interessant waren für mich einige Aspekte der Podiumsdiskussion, insbesondere die Rede von Katrin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin und Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie machte auf die Schwierigkeiten von PatientInnen aufmerksam, für die es derzeit fast unmöglich sei, in angemessener Wartezeit einen Therapieplatz zu bekommen. Vor allem PatientInnen mit komplexen oder chronischen psychischen Störungen hätten kaum Chancen auf einen Behandlungsplatz, da sie z.B. vielfach abgelehnt würden.

Die PatientInnen seien mit ihrem Anliegen weitgehend allein gelassen und es gebe einen Mangel an Stellen, bei denen PatientInnen eine vergleichende Beratung zu dem gegenwärtigen Psychotherapieangebot vorfänden. Frau Stötzner appellierte mit ihrem Vortrag einerseits

an die niedergelassenen Psychotherapeuten, ihren Versorgungsauftrag ernst zu nehmen und andererseits an die übergeordneten Strukturen, eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Es blieb die Frage im Raum stehen, warum nicht mehr approbierte PsychotherapeutInnen eine Zulassung in der Kassenärztlichen Versorgung finden könnten.“

Weitere Informationen finden Sie auf der Seite der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Berlin:

<http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/fr.htm>

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (EBM)

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) ist vom Gesetzgeber mit einem sehr engen Zeitrahmen umfasst worden. Bis die Euro-Gebührenordnung ab 2009 in Kraft treten kann, gibt es noch eine Menge zu tun. Eine Zwischenstufe auf diesem Weg ist ein neuer einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), der schon ab Januar 2008 gelten soll. Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Vielzahl von Informationsveranstaltungen zum neuen EBM durchgeführt. Ende Mai waren alle Verbände zur ersten Veranstaltung eingeladen. Dabei erläuterte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler die politische Zielsetzung und die Grundstruktur des geplanten EBM. Kurze Zeit später folgten spezielle Runden für die Berufsverbände der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten. Darin ging es hauptsächlich um die jeweils für diese Gruppen relevanten Bestandteile und Kapitel des neuen EBM. Bis Ende August hatten alle beteiligten Verbände die Möglichkeit, ihre Vorstellungen und Kommentierungen per E-Mail an die KBV zu senden.

Für die **hausärztliche Versorgung** soll es künftig im Wesentlichen nur noch Versichertenpauschalen geben. Nur für besonders förderungswürdige Leistungen sollen hier Einzelleistungen oder Leistungskomplexe im EBM gelistet sein. Der Beratende Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung hat Empfehlungen für die Höhe der hausärztlichen Versichertenpauschale (zwischen 75 und 110 Euro) gemacht. Es findet dabei ausschließlich eine Klassifizierung der Morbidität in Altersstufen statt. Diese Pauschalen müssen aber noch mit den Krankenkassen verhandelt werden. Für die **fachärztliche Versorgung** soll es ebenfalls Pauschalen geben – und zwar arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen. Die Grundpauschalen decken die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen ab. Die Zusatzpauschalen beziehen sich auf den besonderen Leistungsaufwand. Falls es medizinisch erforderlich ist, wird es auch Einzelleistungen geben, außerdem sind arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen vorgesehen. Damit soll die Behandlung von Versichertengruppen abgedeckt werden, für die ein erheblicher therapeutischer Leistungsaufwand und überproportionale Kosten verbunden sind. Arztgruppenübergreifende spezifische Fallpauschalen sind außerdem für die fallbezogene Versorgung im Rahmen kooperativer Versorgungsformen vorgesehen. Um die Kapitel der Euro-Gebührenordnungen rechtzeitig vor dem 1. Januar 2009 bilden zu können, sind Orientierungspunktwerte notwendig. Die Vertreterversammlung der KBV hat den Gesetzgeber aufgefordert, getrennte Orientierungspunkte für die haus- und fachärztliche Versorgung zuzulassen. Dies ist notwendig, damit es nicht zur Benachteiligung eines Versorgungsbereiches zu Lasten des anderen kommt.

Damit der geplante EBM 2008 auch auf psychotherapeutische Leistungen sinnvoll angewandt werden kann, müssen entsprechende Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung berücksichtigt werden:

Die zeitgebundenen Leistungen der Psychotherapie müssen im neuen EBM als Einzelleistungen abgebildet werden.

Es ist eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen zu gewährleisten. Die Angemessenheit der Vergütung ist durch die BSG-Rechtsprechung mit ihrem Vergleich mit den Gewinnen von Fachärzten definiert. Die Berufsverbände der Psychotherapeuten fordern in Bezug auf das Ziel der Angemessenheit der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Maßnahmen dies durch entsprechende Vergleichsberechnungen jährlich zu überprüfen. Psychotherapeutische Krankenbehandlung darf nicht schlechter honoriert werden als somatisch orientierte Medizin. Die Forderungen der Berufsverbände der PsychotherapeutInnen im einzelnen waren bereits in der letzten Rosa Beilage (Seite 26ff) abgedruckt.

Ein erstes Treffen von KBV und Krankenkassen hat gezeigt, dass die Vorstellungen über den EBM, der gemäß der gesetzlichen Vorschrift am 31. Oktober beschlossen sein muss, deutlich auseinandergehen. Nach Ansicht der Krankenkassen soll die Gesamtvergütung nicht steigen, während das Vergütungskonzept der KBV den Ärzten und Psychotherapeuten mehr Einnahmen bescheren würde.

Viele Beobachter gehen daher davon aus, dass das Gesundheitsministerium (BMG) um den Zeitplan für die Einführung der Euro-Gebührenverordnung zu gewährleisten, bereits jetzt an der Ausgestaltung der Ersatzvornahme arbeitet. Im Gesundheitsreformgesetz GKV-WSG ist detailliert geregelt, dass das BMG zu dieser Ersatzvornahme ermächtigt ist, wenn die „Partner der Selbstverwaltung“ (Krankenkassen und KBV) nicht bis zum 31.10.07 zu einer Einigung über den neuen EBM kommen.

Waltraud Deubert

Berichtspflicht gilt weiterhin

Die geforderte EBM-Änderung, dass der Arztbrief abgerechnet werden kann, hat – wie bekannt – zur Berichtspflicht an den Hausarzt geführt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wollte zwar den Beschluss zurückziehen, aber die Krankenkassen wollten auf die Verknüpfung des Honoraranspruchs der PsychotherapeutInnen mit der Berichtspflicht nicht völlig verzichten. In der Umsetzung ändert sich bis zum Jahresende zunächst nichts.

Ab 1. Januar 2008 wird die Regelung entschärft. Die Berichterstattung 1mal im Quartal entfällt zugunsten der Berichterstattung 1mal im „Behandlungsfall“. Außerdem bleiben die nicht antragspflichtigen Leistungen des Kap. 35.1 EBM von der Verknüpfung jetzt unberührt. Diese Kompromisslösung wird technisch dadurch möglich, dass die Berichtspflicht der PsychotherapeutInnen zukünftig in den Psychotherapie-Vereinbarungen, im § 9, Abs. 3 festgelegt wird.

Die entsprechende EBM-Ziffer 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen, in der Verknüpfung des Honoraranspruchs mit der Erfüllung der Berichtspflicht verankert ist, wird zukünftig heißen: „**Mit schriftlicher Zustimmung der Patienten**, die widerrufen werden kann, erstattet der Therapeut zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall einen Bericht an den Hausarzt entsprechend der Leistung nach der Nr. 01600 bzw. einen Brief entsprechend der Leistung nach der Nr. 01601 BMÄ/EGO.“ Für Leis-

tungen des Abschnittes 35.2 gelten die Vorgaben gem. § 9, Abs. 3 der Psychotherapie-Vereinbarungen“.

Um die Honorierung ihrer genehmigungspflichtigen Leistungen ab 1.1.08 sicherzustellen, genügt es also, wenn Sie bei Behandlungen, die Sie binnen 8 Quartalen zum Abschluss bringen, den Hausarzt zu Beginn der (genehmigten) Psychotherapie und nach deren Beendigung unterrichten. Sollte die Behandlung allerdings länger als zwei Jahre dauern, müssen Sie vor Ablauf des zweiten Jahres noch einen zusätzlichen Bericht schreiben. Dies allerdings immer nur, wenn Ihre PatientInnen – auch hinsichtlich Art und Umfang der übermittelnden Daten – schriftlich zugestimmt haben.

Waltraud Deubert

Bewerbung um KV-Sitz eines ärztlichen Psychotherapeuten

In der Rosa Beilage 2/07 S 35 f. hatten wir über das Urteil des Sozialgerichtes Marburg im Oktober 2006 (S 12 KA 732/06) berichtet, dass der Vertragsarztsitz eines ärztlichen Psychotherapeuten auch von einem Psychologischen Psychotherapeuten übernommen werden kann. Die KV Hessen hatte gegen dieses Urteil Berufung eingelegt. Das Hessische Landessozialgericht hat nun die Verkäuflichkeit ärztlicher Praxen an Psychotherapeuten in einem Beschluss vom 23.5.07 (AZ: L 4 KA 72/06) bestätigt, und zwar in dem sie die Berufung der KV Hessen gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 11.10.06 zurückwies. Revision wurde nicht zugelassen. Durch das Urteil ist es möglich, auch bereits vor dem Auslaufen der 40-Prozent-Regel Ende 2008 als Psychotherapeut die Praxis eines psychotherapeutisch tätigen Arztes zu übernehmen.

Allerdings gab es in dem vorliegenden Fall keinen ärztlichen Bewerber, so dass die Frage offen bleibt, ob die Rechtslage anders aussehen würde, wenn es einen ärztlichen Bewerber geben würde.

Waltraud Deubert

Barmer Ersatzkasse initiiert Forschungsvorhaben zur elektronischen Gesundheitskarte

Das Thema Telematik im Gesundheitswesen ist zurzeit in aller Munde. Ärzte, Kassen, Anbieter und EDV-Fachleute diskutieren - teils sehr kontrovers (siehe hierzu Artikel in dieser Ausgabe der VPP).

Alle Versicherten der Barmer Ersatzkasse (BEK) erhalten die Möglichkeit, eine webbasierte Gesundheitsakte anzulegen. Darin können sie alle persönlichen gesundheitsrelevanten Informationen ablegen, verwalten und jederzeit und überall über ihre persönlichen Zugangsdaten einsehen. Dazu initiiert die BEK ein Forschungsvorhaben, bei dem erstmals der Nutzen einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte aus Patientensicht wissenschaftlich begleitet und erforscht werden soll. Zusätzlich werden den BEK-Versicherten speziell entwickelte Informationstools rund um Prävention, Gesundheit und Medizin zur Verfügung gestellt, um den Informationsbedürfnissen der Versicherten und spezieller Zielgruppen zu entsprechen; Informa-

tionen z.B. für Eltern, Gesundheitsbewusste, Selbsthilfegruppen, chronisch Kranke, bei Unfallfolgen, Krebserkrankungen, Rückenleiden oder psychischen Erkrankungen.

"Völlig außen vor bleibt bisher die konsequente Einbeziehung der Versicherten und Patienten, um auf ihre Sicht, ihre Interessen, ihr Informationsbedürfnis und die erwarteten Vorteile und den Nutzen einzugehen", so Birgit Fischer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BEK. "Die Interessenlage der Versicherten und Patienten ist bisher der blinde Fleck in der Diskussion. Man kann nicht nur über eine bessere Patientenorientierung reden, sondern muss diese auch konsequent einbeziehen. Versicherte selbst können die Vorteile und den Nutzen einer elektronischen Gesundheitsakte am besten bewerten und Hinweise für eine sinnvolle Anwendung geben. Die BEK will die bisher weitgehend technisch geführte Diskussion um Anwendungsfragen aus Versicherten- und Patientensicht erweitern und BEK-Versicherten eine Mitwirkungsmöglichkeit bieten", begründete Birgit Fischer das Forschungsvorhaben. Inhalte des Vorhabens sind Untersuchungen zu

- Nutzen und Auswirkung der elektronischen Gesundheitsakte (eGA) durch und auf das Verhalten von Patienten und Leistungserbringern
- Auswirkung auf Kooperationen und Abstimmung des Behandlungsverlaufs
- Die Bedeutung der eGA für den Stand der Gesundheitsinformation, das Gesundheitsverhalten sowie Möglichkeiten der gesundheitlichen Beratung und Aufklärung
- Auswirkungen auf die aktive Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsverlauf und auf die individuellere personenzentrierte Behandlung
- Auswirkung der eGA auf die Leistungsanspruchnahme

Mit der Durchführung der Forschung betraut ist eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Dr. Hanna Kirchner, Köln, begleitet von einem interdisziplinär besetzten wissenschaftlichen Beirat, dem die Professoren Joachim Dudeck (Gießen), Karl-Heinz Jöckel (Essen), Walter Lehmann (Köln) und Hans-Ulrich Prokosch (Erlangen) angehören. Als Technologiepartner für die Studie wurde das Unternehmen ICW (InterComponentWare AG) ausgewählt, welches Ansätze seiner Life Sensor Technologie in das Projekt einbringt, so Fischer. Nach Abschluss aller Vorbereitungen soll die elektronische Gesundheitsakte im Herbst allen interessierten BEK-Versicherten zur Verfügung stehen, damit möglichst viele Erfahrungen und Meinungen der Versicherten in die Forschungsdokumentation einfließen können.

Für Rückfragen: BEK-Pressabteilung, Telefon 018 500 99 14 21

www.barmer.de/presse

Quelle: *GESUNDHEIT ADHOC* vom 09.08.2007

www.gesundheit-adhoc.de/index.php?op=show&msgNr=1988

Psychotherapie als Notfallbehandlung

Die derzeitige Gebührenordnung gestattet keine Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen von Bereitschaftsdiensten. Doch in der Notfallbehandlung seelischer Krisen könnten sich Psychiater und Psychotherapeuten sinnvoll ergänzen. Zu diesem Ergebnis kommt die Begleitforschung eines Modellversuchs in München. Für die dortige kassenärztliche Notfallambulanz wurde ein Konzept für einen integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienst entwickelt, der allerdings letztlich aufgrund mangelnder Finanzierung ausschließlich mit Psychiatern besetzt war. Für die Auswertung standen nach

drei Monaten die Daten von 107 (gesamt: 333) betreuten Notfallpatienten zur Verfügung. Aufgrund der gestellten Diagnosen hätte gut ein Drittel von ihnen auch von einem Psychotherapeuten qualifiziert betreut werden können. Etwa ebenso Vielen empfahlen die Psychiater des Krisendienstes psychotherapeutische Einrichtungen zur Weiterbehandlung.

Quelle: Psychotherapie 2007;12(1);5-17

Versicherungsschutz

Bei Ausfall durch Krankheit oder Unfall für längere Zeit kann sehr schnell die wirtschaftliche Existenz in Gefahr geraten. Eine entsprechende Versicherung könnte somit sinnvoll sein. Vor dem Einholen von Angeboten sollte man sich genau überlegen, wie hoch jeweils das individuelle Risiko jeweils ist, z. B. bei

- Krankheit in Bezug auf Verdienstaustausch bzw. laufende Praxiskosten ist und somit eine
- Krankentagegeldversicherung und
- eine Praxis-Ausfallversicherung

abgeschlossen werden sollte.

Letztere übernimmt die fixen Kosten bei einem Ausfall wegen Unfall oder Krankheit oder auch nach Elementarschäden.

Diese Absicherungsform gibt es auch als Kombination aus Krankentagegeld und Betriebsunterbrechungsversicherung im Bereich der Sachversicherungen in einer Praxis.

Man kann damit annähernd den Praxisumsatz absichern, während die Krankentagegeldversicherung maximal das persönliche Nettoeinkommen absichert. Allerdings ist dabei zu beachten, dass eine Sachversicherung nach einem Schadensfall von der Versicherung auch gekündigt werden kann. Während eine Krankentagegeldversicherung nach Bestehen von 3 Jahren von der Versicherung nicht mehr gekündigt werden kann, besteht bei der Praxisunterbrechungs-Versicherung im Schadensfall nach erfolgter Schadensregelung für beide (Versicherungsnehmer und Versicherung) Seiten die Möglichkeit, die Versicherung zu kündigen. Deshalb sollte man auf keinen Fall eine bestehende Krankentagegeldversicherung kündigen.

In dieser Zeitschrift finden Sie eine Beilage von Dr. Rinner & Partner, die eine Praxisunterbrechungs-Versicherung anbietet. Durch einen Rahmenvertrag erhalten DGVT-Mitglieder Sondertarife.

Einen weiteren Rahmenvertrag hat die DGVT mit der Gothaer-Versicherung.

Waltraud Deubert

Rundmail an DGVT-Mitglieder zur Praxiskostenerhebung

Im August haben die Geschäftsstelle und der Vorstand der DGVT erstmals via Email **alle Mitglieder**, die eine Emailadresse angegeben haben, über ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema **informiert**. Wir konnten dadurch ca. 60% der Mitglieder auf direktem Weg erreichen.

Toll war, dass viele die Gelegenheit genutzt haben, mit ihren Fragen direkt auf die Email zu antworten. Das hat den Austausch sehr zeitnah und Kosten sparend gestaltet. Weniger optimal war der Umstand, dass wir z.B. niedergelassene KollegInnen bisher nicht systematisch von angestellten Tätigen KollegInnen selektieren können. Damit Sie solche Aktionen in Zukunft nicht verpassen, bitten wir Sie, der Geschäftsstelle auch Emailadressenänderungen mitzuteilen.

Informiert wurde auf diesem Weg über die **Praxiskostenerhebung** im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im August/September als Grundlage für den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und damit die zukünftige Honorierung der kassenärztlich zugelassenen KollegInnen. Auf Anfrage haben wir den KollegInnen, die direkt von dem beauftragten Forschungsinstitut angeschrieben wurden und den interessierten KollegInnen, die eigeninitiativ einen Bogen ausfüllen wollten, ausführliche Hinweise zu den einzelnen Fragen zugesandt. Für weitere Fragen standen wir telefonisch zur Verfügung.

Zufrieden mit dem Rücklauf zeigte sich Mitte September das Forschungsinstitut, das von der KBV beauftragt wurde. Insgesamt 1900 Fragebögen seien eingegangen, **ca. 1000 Fragebögen** wären dabei von den Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ausgefüllt worden. Die übrigen Bögen habe die Gruppe der psychotherapeutisch Tätigen ÄrztInnen ausgefüllt.⁸

Noch einmal **das Wichtigste in Kürze**: Seit vielen Jahren geht ein gemeinsames Bemühen aller Psychotherapeutenverbände, unterstützt durch die Kammern, dahin, dass die Honorare im vertragsärztlichen Bereich eine gerechte Höhe erreichen. Das letzte Gesundheitsreformgesetz (GKV-WSG, vom 1. April 2007) hat festgelegt, dass bald ein neuer EBM zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart werden soll, der den Niedergelassenen dann feste Werte in Euro zusichern soll. Die Erstellung des EBM wird bereits seit geraumer Zeit innerhalb der KBV vorbereitet.⁹ Leider ist die Höhe der Psychotherapiehonorare immer wieder umstritten. Die Festlegung der Honorarhöhe im Rahmen der zuständigen Gremien ist in gewisser Weise zwar ein Ergebnis der Abstimmung der Beteiligten, dennoch muss sie bestimmten allgemeinen Regeln über die Angemessenheit der Honorarhöhe folgen. Beispielsweise sind die Praxis(un)kosten und der Zeitaufwand zu berücksichtigen.

Im Ergebnis der verschiedenen Beratungen in der letzten Zeit wurde nun festgelegt, dass es eine neue Untersuchung bei den Vertragspsychotherapeuten geben soll, die eine empirische Basis für die derzeitigen Praxiskosten bietet. Die Fragebögen dazu wurden an Psychotherapeutische Praxen in ganz Deutschland verschickt. Die Praxen, die angeschrieben wurden, wurden zufällig aus der Gesamtzahl aller vertragspsychotherapeutischen Praxen ausgewählt.¹⁰ Es war außerordentlich wichtig, dass die KBV korrekte Daten über Praxiskosten von Psychotherapeuten erhält, weil auf der Grundlage dieser Daten die zukünftige Honorarhöhe der Psychotherapeuten kalkuliert werden wird. Wir haben auf unserer Homepage

⁸ Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärztliche Psychotherapeuten.

⁹ Lesen Sie dazu den Artikel „Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung“ in dieser Rosa Beilage 3/2007, S. 22

¹⁰ Wir haben bereits das letzte Mal auf unserer Homepage über diese Erhebung informiert. Archiv/Fachgruppe/Niedergelassene/Seite 2 "Erläuterung zur Erhebung der jährlichen Praxiskosten durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI)".

(www.dgvt.de/aktuelles/praxiskosten2007) einige wichtige Punkte zusammengestellt. Es geht beispielsweise darum, welche Kosten zu berücksichtigen sind, was die einzelnen Leistungspositionen zu bedeuten haben und insbesondere darum, wie die neue Position "delegierbare Leistungen" zu verstehen und auszufüllen ist.

Hier konnten verschiedene Posten aufgeführt werden, die von den Psychotherapeuten nebenbei mit erledigt werden, die aber von einer Arzthelferin oder einer Hilfskraft ausgeführt werden könnten.

Folgende **Leistungen** sind beispielsweise **delegierbar** und die Liste ist vielfältig zu ergänzen: Einladungsbriefe versenden, Glühbirnen wechseln, Geschenke kaufen, Arbeitsmaterialien kopieren und mitgeben, Psychologische Tests durchführen und auswerten, Telefondienst (Termine machen, Absage entgegennehmen und Termine neu besetzen), Eingabe in die Abrechnungssoftware, Buchhaltung, Rechnungen und Mahnbriefe, Bericht an den Hausarzt tippen und versenden, Konsiliarbericht anfordern und Eingang überwachen, Tippen der Anträge (z.B. von Band), versenden und archivieren, Datenpflege, z.B. Adressaktualisierung, PC- und Büromaterialien kaufen, Recherche von berufspolitischen Neuerungen oder zu bestimmten Fachthemen, Reinigungs- und Renovierarbeiten, Qualitätsmanagement – Auswertung von Evaluationsfragebögen, Anmeldung für Fortbildungsangebote, Anreise und Zimmerbuchung, Fahrtkostenabrechnung zu berufspolitischen Veranstaltungen ausfüllen, bei eigenen Fortbildungs- oder Interventionsveranstaltungen Rahmenbedingungen organisieren, Power Point-Vorträge und vieles mehr...

Punktwert aus dem EBM

Schreiben der LANDESKONFERENZ DER RICHTLINIEN-PSYCHOTHERAPIEVERBÄNDE BAYERN an den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Dr. Axel Munte
Dipl.-Psych. Rudi Bittner
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Punktwert von 1,33 Cent für nichtgenehmigungspflichtige Leistungen aus dem EBM-Kapitel 35

Sehr geehrter Herr Munte, sehr geehrter Herr Bittner,

die Landeskonzferenz der Richtlinien-Psychotherapieverbände in Bayern ist entsetzt über den Punktwertabsturz für die nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen aus dem EBM-Kapitel 35 im Quartal I/2007 im Ersatzkassenbereich. Dies bedeutet, dass unser Honorar für 50 Minuten bei probatorischen Sitzungen € 19,89 bzw. bei biographischer Anamnese € 17,42 und für einen Gutachtenantrag € 9,44 bzw. 18,88 beträgt.

Mit diesem Punktwert/Honorar ist eine psychotherapeutische Praxis weder mit hinreichender Qualität noch wirtschaftlich zu führen. Entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien müssen zur Abklärung der Diagnose eines Patienten sowie der Indikation für eine Psychotherapie 5 (bei tiefenpsychologisch fundierter) bzw. 8 (bei analytischer Psychotherapie) probatorische Stunden durchgeführt werden. Gerade diese Stunden sind besonders wichtig, klären sie doch, ob eine Psychotherapie sinnvoll und notwendig und welche Form der Psychotherapie indiziert ist. Darüber hinaus muss in diesen Stunden überprüft werden, ob die Passung zwischen Therapeut und Patient einen oft langwierigen und schwierigen therapeutischen Prozess mit hinreichendem Erfolg überdauern kann. Ein Therapeutenwechsel verursacht zusätzliches Leid für die Patienten und zusätzliche Kosten für das System. Als Teile des Gesamtbehandlungskonzeptes dürfen diese Stunden u. E. den Patienten nicht vorenthalten werden. Erst im Anschluss kann und darf ein entsprechender Antrag auf Psychotherapie gestellt werden. Ein Punktwert von 1,33 Cent wird zwangsläufig dazu führen, dass unsere Kollegen bei Ersatzkassenpatienten aus wirtschaftlichen Gründen entweder die Behandlung ganz infrage stellen oder dass sie bereits nach der ersten oder zweiten Therapiestunde einen Antrag auf Psychotherapie stellen. Letzteres

würde zu einer nicht hinnehmbaren Qualitätseinbuße in der Diagnostik führen. Besonders problematisch ist diese Honorarsituation für diejenigen Therapeuten, die sich am QS-PSY-Bay-Pilotprojekt beteiligen. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass diese Leistungen, die mindestens 50 Minuten dauern müssen, mit 70 Minuten in die Plausizeiten eingehen, d.h., dass das Honorar pro Zeit de facto noch geringer ausfällt.

Bereits in der Vergangenheit war die Vergütung für einen umfassenden Antrag auf Langzeitpsychotherapie völlig unzureichend, jetzt ist sie indiskutabel. Zwischen 2 und 5 Stunden benötigen die Kollegen üblicherweise für eine Antragstellung.


Wir fordern Sie daher dringend auf, umgehend dafür zu sorgen, dass die o. g. Leistungen entsprechend der BSG-Rechtsprechung und den Forderungen des SGB V wirtschaftlich erbracht werden können und angemessen vergütet werden.

Für eine persönliche Kontaktaufnahme stehen Ihnen Frau Bruckmayer und Frau Pfaffinger jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche kollegiale Grüße
Für die Landeskonferenz

gez. Dipl.-Psych. E. Bruckmayer

Dr. I. Pfaffinger

 <p>Qualitätsforschung und Testbewertung für Psychotherapeuten</p>	<p>Eine neue Einrichtung der DGVT!</p> <ul style="list-style-type: none">ü Sie erhalten die Möglichkeit, testdiagnostische Verfahren strukturiert einzusetzen und auswerten zu lassen!ü In der Pilotphase besteht für einen begrenzten InteressentInnenkreis kostenlose Teilnahmemöglichkeit!ü Informieren Sie sich unter www.quapsy.de und beachten Sie beiliegenden Informationsflyer!
--	---

Der Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten

Im Mai 2007 wurde der Ärzteatlas des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), fertig gestellt. Er enthält aktuelle Daten zur Versorgungsdichte mit Vertragsärzten in Deutschland. In dem Büchlein sind die aktuellen Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur regionalen Versorgung übernommen und anschaulich aufbereitet worden. Die Autoren zeigen auf, dass der allgemeine „Ärztmangel“ in Deutschland ein Allokationsproblem darstellt. Die Argumentation bezieht sich dabei wie üblich, auf die Verhältniszahlen für gleichartige Regionen (Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen 1993) und nicht auf aktuelle epidemiologische Daten. In Kapitel 13 wird die Versorgungslage der Psychotherapeuten geschildert, wobei nur in Sachsen-Anhalt das Soll der KV knapp nicht erfüllt wird. Die Autoren befürchten im Zuge des GKV-WSG und des VändG eine weitere Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit in bereits gesperrten Planungsbezirken.

Auch wenn nicht so intendiert, ist das Buch für alle die KollegInnen, die eine Niederlassung oder einen Antrag auf Sonderbedarf planen, eine gute Orientierungshilfe. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Versorgungszahlen verändern werden und ein Blick auf die Altersstruktur oder auf epidemiologische Daten zu Psychischen Störungen, veröffentlicht in Fachzeitschriften, lässt Raum für Spekulationen – Ein Ende der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung erscheint vor diesem Hintergrund jedoch eher fragwürdig.

Weitere Informationen: www.wido.de

Weitere Infos

Verbessertes Psychologie-Portal der Zentralstelle für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) jetzt online

Mit einer klaren, nutzerorientierten Struktur, zeitgemäßem Design und vereinfachter Navigation empfehlen sich die neuen Internet-Seiten der ZPID¹¹ als Wegweiser durch die Psychologie.

Das Angebot des ZPID wendet sich gleichermaßen an Fachleute in Wissenschaft und Praxis wie an Laien, die fundierte Fachinformationen aus allen Bereichen der Psychologie und ihrer Nachbargebiete suchen. Unter Rücksichtnahme auf Menschen mit Behinderungen erfüllt der neue Webauftritt weitestgehend die Richtlinien zur Barrierefreiheit.

Einen Schwerpunkt des überarbeiteten Portals bilden Informationen und Zugangsmöglichkeiten zur Referenzdatenbank PSYINDEX, die aktuell und umfassend Literatur, Testverfahren und audiovisuelle Medien zur Psychologie aus dem deutschsprachigen Raum nachweist. Spe-

¹¹ www.zpid.de/

ziell für den Bereich der digitalen Publikationen wurde die Rubrik Internet mit der Psychologie-Suchmaschine PsychSpider und dem Link-Katalog PsychLinker eingerichtet. In der Rubrik Forschung befindet sich neben bibliometrischen Studien des ZPID das Archiv PsychData mit Primärdaten aus psychologischen Untersuchungen. Zwei Weblogs (»Blogs«) informieren über Elearning und über aktuelle Online-Untersuchungen in der Psychologie und laden ein zum Kommentieren und Diskutieren.

Unter „Dienste“ sind die Serviceleistungen des ZPID zusammengefasst: hier können u. a. Recherchen und Zitationsanalysen bestellt werden. „Aktuelles“ bietet Nachrichten, Veranstaltungen und Stellenangebote aus der Psychologie; hier können auch die RSS-Newsfeeds des ZPID abonniert werden. Großer Wert wurde im neuen Angebot auf umfassende Hilfestellung gelegt: neben einer Sitemap und »FAQs« (häufig gesuchten Informationen), die stets als Navigationselemente sichtbar sind, gibt es auf allen Seiten kontextabhängige, vertiefende bzw. weiterführende Informationen und jeweils kompetente Ansprechpartner des ZPID zur direkten Kontaktaufnahme. Auch das Drucken, Weiterempfehlen und Einmerken der Seiten wird mit speziellen Service-Links auf jeder Seite unterstützt. Das ZPID hofft, mit der neuen Gestaltung seines Internetauftritts das Auffinden wichtiger Informationen aus der Psychologie deutlich zu erleichtern.

KBV-Zentralinstitut bekommt neue Ziele

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) in Berlin soll die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig im Wettbewerb mit anderen Leistungsanbietern unterstützen. Dafür wird das ZI neu organisiert. Die inhaltliche Arbeit soll sich auf die Bereiche Markt- und Versorgungsanalyse, Evaluation sowie Führungsdaten konzentrieren. Damit soll auch die ambulante Versorgungsforschung stärker vorangetrieben werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begründete die Reform des ZI mit dem durch die Gesundheitsform ausgeweiteten Wettbewerb in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Um erfolgreich zu sein, brauchten die Kassenärztlichen Vereinigungen einen kontinuierlichen Überblick über die Entwicklung des Marktes und der Leistungsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung.

Weitere Informationen: www.zi-berlin.de; www.kbv.de/presse/print/10654.html

Publikationshinweis

Zwei neue Publikationen aus dem Schwerpunkt «Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung PSY» des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

1) Dauer der Psychotherapie in der Schweiz

Markus Schweizer, Paul Camenzind & Daniela Schuler

Inhalt: Zwar wurde die Erhebung «Basisdokumentation» der Schweizer Charta für Psychotherapie bereits im Jahr 2001 durchgeführt. Sie ist im statistischen Sinne auch nicht repräsentativ. Mit über 15 000 erfassten Therapien (und aus Mangel an anderen Datenquellen) lohnt sich aber eine Aufbereitung dieser Daten zur aktuell interessierenden Frage der Therapiedauer.

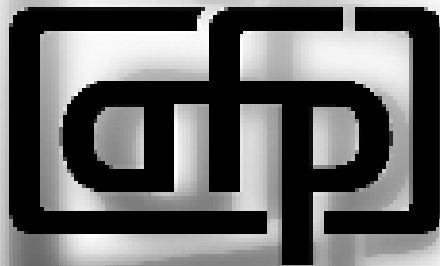
2) Statistische Eckwerte der Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen in der Schweiz

Paul Camenzind, Daniela Schuler & Isabelle Sturny

Inhalt: Dieser Arbeitsbericht ist ein erster Schritt in Richtung einer Systematisierung der statistischen Informationen zum Bereich PSY in der Schweiz. Es wurden insgesamt 30 gesamtschweizerische Datenquellen auf ihre diesbezügliche Aussagekraft hin untersucht und dargestellt.

Beide Publikationen sind ausschließlich als Web-Publikation verfügbar. Sie finden sie auf der Homepage des Obsan: www.obsan.ch/d/index.htm

Seminarreihen in der Region



Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)

Referent: Rudi Merod

Ort: Würzburg

Termin (je 16 UE):

Block A: 22. – 23. Februar 2008 (Diagnostik)
Block B: 20. – 21. Juni 2008 (Einzeltherapie)
Block C: 17. – 18. Oktober 2008 (Gruppentherapie)

Traumatherapie

ReferentIn: Christoph Eschenröder, Maria Gavranidou, Rudi Merod, Rita Rosner, Dagmar Eckers

Ort: Institut Bad Tölz und München

Termine:

01. – 02. Dezember 2007 (Lehrgangstart)
12. – 13. Januar 2008
08. – 09. März 2008
14. – 15. Juni 2008
11. – 12. Oktober 2008
15. – 16. November 2008
Abschlusswochenende

www.afp-info.de

Vorabversion der ICD-10-GM 2008 bei DIMDI veröffentlicht

Zur Weiterentwicklung des G-DRG (German Refined Diagnosis Related Groups Systems) werden die Klassifikationen OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) und ICD-10-GM (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modifikation) für das Jahr 2008 bearbeitet und angepasst. Sobald die letzten offenen Fragen geklärt sind, wird die ICD-10-GM auf der DIMDI-Seite (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) veröffentlicht. Bereits jetzt können sich Interessierte die vorläufige sowie die bislang gültige Fassung der ICD downloaden.

In der im Downloadcenter zu findenden Änderungstabelle sind die Neuerungen auf einen Blick sichtbar. Im Kapitel der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00 – F99) sind bisher wenige Ergänzungen vorgenommen worden. Vorwiegend im Kapitel der Entwicklungsstörungen hat es Weiterentwicklungen der Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-) gegeben.

Die endgültige amtliche Fassung für das Jahr 2008 soll auf der Homepage des DIMDI veröffentlicht werden, sobald letzte Fragen geklärt sind. In die vorläufige Fassung sind nach Angaben des DIMDI Änderungen eingeflossen, die sich aus dem Vorschlagsverfahren des DIMDI für das Jahr 2008, dem Kalkulationsverfahren des InEK (Insitut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) und dem jährlichen Revisionsverfahren der WHO (World Health Organisation) ergeben haben.

Weitere Informationen: DIMDI: www.dimdi.de InEK: www.g-drg.de/ WHO: www.who.int/en/

Psychotherapeuten als Studienteilnehmer gesucht

Im Rahmen einer Studie zu den Bedingungen in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden Psychotherapeuten gesucht, die ihre Ausbildung nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zum Psychotherapeutengesetz absolviert haben.

Mittels einer Online-Befragung werden Daten zu den Rahmenbedingungen der Ausbildung (Ausbildungsdauer, Alter bei Beginn der Ausbildung, Ausbildungskosten, ...) erfasst. Die Befragung dauert ca. 15 - 25 Minuten und läuft bis August 2007. Sie kann unter dem Link <http://www.uni-trier.de/urt/user/baltes/moose/surveys/psychth//start.htm> online beantwortet werden.

*Kontakt: Heiko H. Hölzel,
heikohoelzel@web.de*

Stellenanzeige

Als multiprofessionelles Team eines heilpädagogischen Kinderheimes in der Nähe von Köln suchen wir für zwei Intensivgruppen (verhaltensauffällige Kinder):

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

(Dipl.-Psych., Dipl.-Päd.)

Aufgaben: Kinder- und Traumatherapie

Familienarbeit (systemisch)

Teamberatung.

Voraussetzung: Kindertherapeutische Ausbildung und Praxiserfahrung.

Arbeitszeit: ca. 30 Wochenstunden (ausbaufähig)

Bezahlung: Nach TVöD

Beginn: Baldmöglich

Bewerbung an: Herrn H. Sistig, Heilpädagogisches Kinderheim

Broicher Straße 15, 51429 Bergisch Gladbach

www.kinderheim-bensberg.de

Wenn Sie sich angesprochen fühlen und längerfristig in dieser herausfordernden Aufgabe engagieren wollen, schicken Sie uns bitte Ihre Unterlagen!

Die Flucht ins Ehrenamt...?!

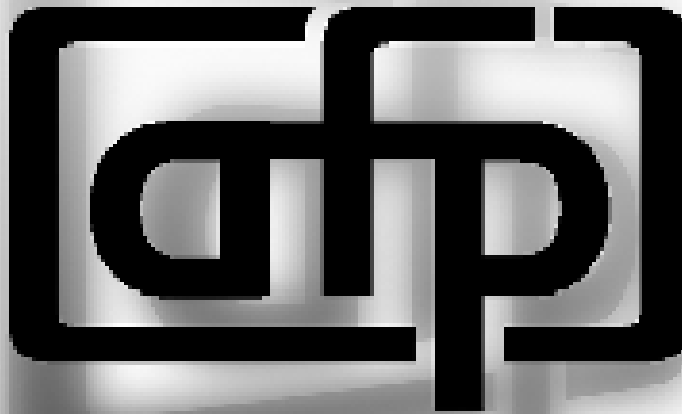
Was hat die DGVT mit Sex zu tun? Um nicht Gerüchte in Umlauf zu bringen, folgt sogleich die Antwort: Der Verein bietet Gelegenheit sich ehrenamtlich zu engagieren, eine willkommene Ablenkung für diejenigen unter Ihnen, die z.B. zu wenig Sex haben. Diesen Zusammenhang hat Ragnar Beer, Diplom-Psychologe und Paartherapeut in einer Studie der Universität Göttingen, erforscht. Er befragte ca. 32 000 Probanden nach der Häufigkeit ihrer sexuellen Aktivität und fand heraus: 36 % der Männer und 35 % der Frauen, die bis zu einmal wöchentlich Sex haben, suchen Ablenkung in Arbeit und anderen (Vereins-) Aktivitäten. Vor der „vorschnellen Übernahme von Ämtern“ warnt Beer jedoch. Es bestünde die Gefahr negativer Konsequenzen für die eigene Gesundheit und die sexuelle Zufriedenheit in der Partnerschaft. Darüber hinaus könnten Betroffene das Ehrenamt nicht so schnell wieder abgeben, selbst wenn sich an ihren privaten Lebensumständen etwas änderte.

Es gibt aus unserer Sicht Faktoren, die neben Ablenkung und Mehrarbeit eine positive Rolle im Vereinsleben spielen. So bietet ein Verein die Gelegenheit für interessante Aktivitäten. Er bietet die Möglichkeit der Vernetzung, um Arbeitsabläufe in der Kernarbeitszeit erleichtern. Mitglieder finden vielfältige soziale Unterstützung und können sich in einem Feld betätigen, dass durch seinen gemeinnützigen Charakter ihr eigenes soziales Wohlbefinden wiederum erhöhen kann. Dadurch können sie aktiv wiederum Stress abbauen.

Vor diesem Hintergrund wünschen wir all unseren Mitgliedern ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Lust.

Rostocker Reihe

Vierteljährige Abendveranstaltungen



17. Oktober 2007

Lösungsorientierte Ansätze in der Verhaltenstherapie

Vortrag mit anschließender Diskussionsrunde
Referent: Thomas Lay, Rostock

23. Januar 2008

Die therapeutische Beziehung ist der wichtigste Wirkfaktor in der Psychotherapie

Vortrag
Referent: Stefan Mohr, Rostock

Zeiten:

Mittwoch: 20.00 – 21.30 Uhr (2 UE)

Teilnahmegebühren:

Kostenfrei für DGVT-Mitglieder
5,- Euro/pro Vortrag für Nicht-Mitglieder

Veranstaltungsort:

CJD Christophorusschule Rostock

Anmeldung:

rostock@afp-info.de
Tel.: 0381 8577058 Fax: 0381 8577057

www.afp-info.de

Unsere Veranstaltungen sowie die interaktive Fortbildung sind in der Regel bei den zuständigen Landeskammern akkreditiert.
Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Baden-Württemberg:** Regionale Mitgliederversammlung am 21.9.07 um 19:00 Uhr im Haus der Diakonie, Büchsenstr. 34/36, Stuttgart.
- **Schleswig-Holstein:** Regionale Mitgliederversammlung am 10.10.07. um 19:00 Uhr in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt.
- **Hessen:** Regionale Mitgliederversammlung am 25.10.07 um 19:30 Uhr im Hotel National, Baseler Str. 50, 60329 Frankfurt
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Hinweise auf Fortbildungs-Veranstaltungen
 - Heiner Krabbe: „Wut und Aggression – zu Lösungen kommen mit Paaren“, therapeutisch-mediativer Umgang mit hoch strittigen Paaren am 5. und 6. Oktober 2007 in Rostock (Kontakt über bundesakademie@afp-info.de oder 0700 237 237 00).
 - Rostocker Reihe Nr. 2: Dipl.-Psych. Thomas Lay: „Lösungsorientierte Ansätze in der Verhaltenstherapie: Ein Wegweiser ins Möglichkeiten-Land“ am 17. Oktober 2007, 20:00 Uhr, CJD Rostock (Kontakt über mv@dgvt.de oder rostock@afp-info.de oder 03 81-8 57 70 58).
 - Rostocker Reihe Nr. 3: Dipl.-Psych. Stefan Mohr: „Die therapeutische Beziehung ressourcenorientiert gestalten“ am 23. Januar 2008, 20:00 Uhr, CJD Rostock (Kontakt über mv@dgvt.de oder rostock@afp-info.de oder 03 81-8 57 70 58).
- **Länderrat:** Der Länderrat traf sich am 14.9. – 15.9.07 in Saarbrücken:
Der nächste Länderrat findet vom 15. – 16.02.08 statt.
- **Länderkonferenz:** Die Länderkonferenz findet am 25.11.07 in Mainz und am 29.2.08 in Berlin statt.

INTERAKTIVE FORTBILDUNG



Klicken Sie sich rein!



www.afp-info.de