

# deutsche gesellschaft für verhaltenstherapie e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Neckarhalde 55 · 72070 Tübingen · Telef on 07071 9434-0 · Telef ax 07071 9434-35

E-Mail-Adresse: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de) · Internet: <http://www.dgvt.de>

**ERGÄNZUNG Supplement zu VPP 1/2008**

Die  informiert:

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

Stand: 05. Mai 2008

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

aus betriebsinternen Gründen erhalten Sie die VPP 1/2008 erst im 2. Quartal. Nachdem wir die Rosa Beilage 1/2008 bereits zur Eröffnung des Kongresses, Anfang März, fertig gestellt hatten, ergänzen wir diese hier um einige weitere aktuelle Informationen.

Die VPP 2/2008 erhalten Sie Ende Juni/Anfang Juli. Wir möchten uns schon heute für diese Verzögerung entschuldigen und bitten um Ihr Verständnis.

*Waltraud Deubert*

*Katja Kühlmeyer*

*Heiner Vogel*

## Inhaltsverzeichnis

### *Gesundheits- und Berufspolitisches*

● <b>Änderungsbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Psychotherapie-Richtlinien</b> <i>Waltraud Deubert</i> .....	3
● <b>Gemeinsamer Bundesausschuss schließt Bewertungsverfahren über Gesprächspsychotherapie ab</b> .....	5
● <b>G-BA bessert erneut Bedarfsplanungs-Richtlinie nach – Neue Kriterien für zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf vorgelegt</b> <i>Kerstin Burgdorf</i> .....	7
● <b>G-BA zur Frage der Fachidentität von PP/KJP</b> ..... <i>Kerstin Burgdorf</i>	8
● <b>KBV-Vorschlag zur Neustrukturierung der Versorgung</b> .....	10

### *Alles was Recht ist . . .*

● <b>Teilausschreibung eines Vertragsarztsitzes</b> <i>Kerstin Burgdorf</i> .....	10
---	----

### *Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

● <b>Treffen der GK II-Verbände am 13. April 2008 in Würzburg</b> <i>Waltraud Deubert</i> .....	11
● <b>GK II: Stellungnahme der Psychotherapeutenverbände zur Honorarentwicklung</b> .....	13
● <b>Bericht des BMG zur Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen durch ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und durch Psychotherapeuten</b> .....	14

### *Tagungsberichte*

● <b>Tagung zur Ausbildung der Bundespsychotherapeutenkammer am 9. April 2008 in Berlin</b> .....	15
● <b>DGVT-Kongress 2008</b> .....	16

### *Weitere Infos*

● <b>Regionale Mitgliedertreffen, Termine</b> .....	16
---	----

## **Änderungsbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Psychotherapie-Richtlinien**

*Mit Schreiben vom 3. März 2008 hat das BMG mitgeteilt, dass es den Beschluss des G-BA vom 20. Dezember 2007, bei der Zulassung von Psychotherapieverfahren deren Versorgungsrelevanz zu berücksichtigen, nicht beanstanden wird. Damit ist der Beschluss zum 21. März in Kraft getreten.*

### **Hintergrund:**

Nachdem ein im Juni 2006 gefasster Beschluss des G-BA zu den Psychotherapie-Richtlinien vom BMG im August 2006 beanstandet worden war (siehe Bericht Rosa Beilage 4/2006), hat der G-BA die nun getroffene Regelung im Konsens mit dem für das Berufsrecht zuständigen Wissenschaftlichen Beirat sowie der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet. Die Psychotherapie-Richtlinien wurden in wichtigen Teilen völlig überarbeitet. Auch die Spitzenverbände der Krankenkassen tragen diese Änderungen einstimmig mit.

Die Einführung des neuen Kriteriums der Versorgungsrelevanz war nach Einschätzung der befürwortenden Psychotherapeutenvertreter erforderlich, um eine allein indikationsbezogene Zulassung zu vermeiden. Neue Psychotherapieverfahren, die ein so genanntes Schwellenkriterium erfüllen, können jetzt weiterhin für das gesamte Spektrum der Psychotherapie zugelassen werden. Der Bundespsychotherapeutenkammer ist die Befürwortung des Schwellenkriteriums nach eigenen Angaben nicht leicht gefallen, zumal einige Fach- und Berufsverbände das Schwellenkriterium als eine zu hohe und dem verfolgten Zweck nicht angemessene Hürde für Psychotherapieverfahren ansehen, die noch nicht anerkannt sind. Allerdings war klar, dass es in der GKV keine Zulassung ohne Prüfung auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit geben wird.

Die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien ist die umfangreichste Änderung seit der Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien an die Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes. Notwendig sind diese Änderungen deswegen geworden, weil durch gesetzliche Änderungen im Zuge der zurück liegenden Gesundheitsreformen, insbesondere im SGB V, eine Weiterentwicklung der Psychotherapie nach den alten Richtlinien nicht mehr möglich gewesen wäre.

Nachdem die Beschlüsse durch das BMG mit Schreiben vom 3. März 2008 akzeptiert wurden, sind diese nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten.

Für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen werden sich durch die Änderungen zunächst keine Auswirkungen auf die berufliche Praxis ergeben. Dies wird erst dann der Fall sein, wenn aufgrund der Änderungen weitere, wissenschaftlich anerkannte Verfahren oder Methoden der Psychotherapie Eingang in die psychotherapeutische Versorgung finden werden.

### **Folgende Änderungen wurden am 20. Dezember 2007 beschlossen:**

- Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Definition Verfahren, Methode, Technik

- Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums
- Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Aktualisierung des Begriffs „medizinische Rehabilitation“
- Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Präzisierung zur Kurzzeittherapie
- Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Redaktionelle Änderung in Abschnitt F

Der G-BA hat die Beschlüsse und die tragenden Gründe im Internet veröffentlicht unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zur-richtlinie/20/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zur-richtlinie/20/)

Die nachfolgend zu den Beschlüssen abgedruckten **Erläuterungen** sind aus den „tragenden Gründen“ des G-BA übernommen.

#### **Definition „Psychotherapieverfahren“**

Die Psychotherapie-Richtlinien enthielten bisher keine explizite Definition des Begriffes „Psychotherapieverfahren“. Implizit umreißt Abschnitt A aber bereits die Grundelemente eines Psychotherapieverfahrens im Sinne der Richtlinien:

- Psychotherapie setzt voraus, dass das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird.
- Psychotherapie-Verfahren sind zur Krankenbehandlung geeignete Verfahren, denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung (übergeordnetes Störungsmodell) zugrunde liegt und deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer Wirksamkeit belegt sind.

Diese Grundelemente wurden aufgegriffen und in Verbindung mit dem aktuellen wissenschaftlichen Diskurs gebracht. Im Ergebnis ist daraus eine Definition entstanden, in der sich nach wie vor die Richtlinienverfahren, das sind die psychoanalytisch begründeten Verfahren gemäß B I. 1.1. PT-RL (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gem. B I. 1.1.1 PT-RL und Analytische Psychotherapie gem. B I. 1.1.2 PT-RL) und Verhaltenstherapie gem. B I. 1.2 PT-TL, wiederfinden. Gleichzeitig sind mit der Definition klare Kriterien aufgezählt, die bei der Beratung neuer psychotherapeutischer Interventionen die Zuordnung, ob es sich um ein neues Verfahren oder eine neue Methode handelt, erleichtern sollen.

Mit dem Erfordernis eines „umfassenden Theoriesystem der Krankheitsentstehung (übergeordneten Störungsmodells)“ in Nummer 5.1 (neu) wird unterstrichen, dass die übergreifende Theorie konstituierendes Merkmal eines Verfahrens ist. D.h., mit dieser Definition des Verfahrens soll keinesfalls die Möglichkeit eröffnet werden, eine Ansammlung von verschiedenen Methoden bzw. von Elementen verschiedener Verfahren ohne verbindende theoriegebundene Konzeption (durch bloße Addition) in den Rang eines Verfahrens zu erheben.

#### **Definition „Psychotherapiemethode“**

Für den Fall, dass im sozialrechtlichen Zusammenhang ein Antrag auf Prüfung einer vom wissenschaftlichen Beirat anerkannten Psychotherapiemethode, wie z.B. Interpersonelle Therapie (IPT), gestellt wird, werden nun in den Richtlinien die definitorischen Voraussetzungen dafür geschaffen, einen solchen Antrag zu prüfen. Die vorgesehene Richtlinienänderung ermöglicht, ein Bewertungsverfahren durchzuführen. Bei Erfüllung aller in den Richtlinien formulierten Bedingungen kann eine neue Methode Eingang in die Richtlinien und damit auch in die Patientenversorgung im Rahmen der GKV finden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass eine indikationsbezogene Psychotherapiemethode immer auf der Grundlage einer umfassenden Grundqualifikation des Therapeuten erbracht wird. Zusätzlich wird die Möglichkeit eröffnet, weitere Bedingungen für die Erbringung einer Psychotherapiemethode zu Lasten der GKV sowie Qualifikationsvoraussetzungen in Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinien zu regeln.

**Definition „Psychotherapeutische Technik“**

Der Begriff „Technik“ war bisher in den Richtlinien der psychosomatischen Grundversorgung vorbehalten und beschrieb die übenden und suggestiven Techniken. In der wissenschaftlichen Literatur in den Gebieten Psychologie und Psychotherapieforschung wird „Psychotherapeutische Technik“ als eine konkrete Vorgehensweise verstanden, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen.

Diese Technikdefinition wird in die Richtlinien übernommen, als Folgeänderung ergibt sich daraus, dass die „übenden und suggestiven Techniken“ in der psychosomatischen Grundversorgung in Zukunft als „übende und suggestive Interventionen“ bezeichnet werden. Inhaltlich ändert sich dadurch an den Regelungen zu übenden und suggestiven Techniken in der psychosomatischen Grundversorgung nichts.

**Folgeänderungen**

Alle weiteren Änderungen neben der Einfügung der Definitionen in Abschnitt A sind redaktioneller Natur. Mit diesen Änderungen wird sichergestellt, dass die nun präzise umrissenen Begriffe Verfahren, Methoden und Techniken konsistent in den Richtlinien verwandt werden.

**Schwellenkriterium**

Entscheidend für die sozialrechtliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens ist zukünftig, dass es nachweislich nützlich, medizinisch notwendig und wirtschaftlich für die Behandlung versorgungsrelevanter psychischer Störungen ist. Mit diesem Beschluss ist der G-BA bei seiner Linie geblieben, die Anerkennung als Richtlinienverfahren vom Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in den häufigsten Anwendungsbereichen der Psychotherapie abhängig zu machen. Gegenüber seinem Beschluss vom 20.6.2006 werden aber nun grundsätzlich alle Anwendungsbereiche berücksichtigt und nicht mehr exklusiv drei bestimmte. Vom Grundsatz her geht es darum, dass ein zur Krankenbehandlung zugelassenes Verfahren eine so große Bandbreite an Indikationen abdecken soll, dass eine umfassende Versorgung der Versicherten gewährleistet ist.

**Auswirkungen auf die Überprüfung der Richtlinienverfahren**

Das neue Schwellenkriterium wird auch bei der Überprüfung der bereits anerkannten Richtlinienverfahren, die der G-BA bereits vorbereitet, zugrunde gelegt werden.

*Waltraud Deubert*

**Gemeinsamer Bundesausschuss schließt  
Bewertungsverfahren über Gesprächs-  
psychotherapie ab: Antrag abgelehnt**

(aufgrund der kurzfristigen Mitteilung übernehmen wir die nachfolgende Pressemitteilung des GBA ohne eigenen Kommentar)

**Nutznachweis reicht für die Anerkennung als GKV-Leistung nicht aus**

Die Gesprächspsychotherapie soll auch künftig nicht als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angewandt werden können. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Donnerstag, 24.04.2008 beschlossen und damit eine entsprechende Entscheidung aus dem Jahr 2006 bekräftigt. Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie seien für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen nicht in der ausreichenden Breite bislang wissenschaftlich belegt.

Der gleichlautende Beschluss des G-BA vom 21. November 2006 war vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Begründung beanstandet worden, dass der Bundespsychotherapeutenkammer zusätzliche Dokumente zur Stellungnahme vorzulegen seien und diese in die Beschlussfassung einzubeziehen sei. Dieser Auflage hat der G-BA mit seinem aktuellen Beschluss nun Rechnung getragen.

In der wissenschaftlichen Literatur konnte allerdings nach wie vor nur für Patienten mit Depressionen Belege dafür gefunden werden, dass die Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf einen Behandlungserfolg ebenso nützlich ist, wie die derzeit in der GKV zur Verfügung stehenden Verfahren. Eine ausreichend breite Versorgungsrelevanz ist jedoch ein wesentliches Kriterium für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in den GKV-Leistungskatalog, weil nur so sichergestellt ist, dass ein Psychotherapeut psychische Erkrankungen in ausreichendem Umfang behandeln kann.

Aus Gründen der Transparenz erfolgte die Abwägung sowohl anhand der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie (kein Schwellenkriterium) als auch nach der seit dem 21. März 2008 gültigen Psychotherapierichtlinie (mit Schwellenkriterium).

Für die Prüfung der Gesprächspsychotherapie kamen zum ersten Mal die Kriterien der evidenzbasierten Medizin gemäß der Verfahrensordnung des G-BA zur Anwendung. Das Ergebnis - kein ausreichender Nutzenbeleg für die Gesprächspsychotherapie - war für Leistungserbringer, Kassen- und Patientenvertreter gleichermaßen überraschend. Um dem Einwand zu begegnen, dass die bereits in der GKV befindlichen Verfahren bisher nicht nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin geprüft wurden, hat der G-BA deshalb seine Absicht bekräftigt, auch diese - nämlich die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie - seinem gesetzlichen Auftrag entsprechend zu überprüfen.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Beschlusstext sowie eine entsprechende Erläuterung werden in Kürze im Internet auf der Seite <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse> veröffentlicht.

Bevor eine psychotherapeutische Behandlungsform Kassenleistung wird, bewertet der G-BA diese - ebenso wie andere medizinische Behandlungsmethoden - nach einem festgelegten einheitlichen Verfahren. Überprüft wird, ob Methoden zur Behandlung bestimmter Erkrankungen für Patienten einen Nutzen haben, und ob sie medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind. Das Ergebnis der Bewertung in Form einer zusammenfassenden Literaturübersicht gibt hierzu Auskunft und ist Entscheidungsgrundlage für den G-BA. Aus den Berichten wird ersichtlich, für welche Erkrankungen ein Nutzen nachgewiesen ist und ob das überprüfte Psychotherapieverfahren eine gewisse Bandbreite abdeckt.

Im Rahmen der GKV besteht für Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme für zwei unterschiedliche Psychotherapierichtungen, die psychoanalytisch begründeten Verfahren und die Verhaltenstherapie. Insgesamt nutzen jedes Jahr etwa 300 000 Patienten eine ambulante Psychotherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden.

Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.g-ba.de>.

Quelle: Pressemitteilung des G-BA vom 25.04.2008

## **G-BA bessert erneut Bedarfsplanungs-Richtlinie nach – Neue Kriterien für zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf vorgelegt**

Der G-BA hat in einem aktuellen und noch nicht in Kraft getretenen Beschluss zur Bedarfsplanungs-Richtlinie (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen)<sup>1</sup> mehrere Entscheidungen vorgenommen, die Verbesserungen der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung ermöglichen sollen. Ziel des neuen § 34a Bedarfsplanungs-Richtlinie ist es, auf Grund des Bestehens von Versorgungslücken einen lokalen Sonderbedarf feststellen zu können, obwohl rein rechnerisch der Planungsbereich bereits ausreichend versorgt ist (Wortlaut: „Der Landesausschuss<sup>2</sup> kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereichs in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn in diesem Planungsbereich keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 - 33 vorliegt.“). Diese Feststellung kann dann zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte führen.

Dabei sind laut Beschlusslage für die **Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs** insbesondere folgende neu festgelegte Kriterien zu berücksichtigen: Das Vorliegen der Kriterien für eine **zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29 der Bedarfsplanungs-Richtlinie** (das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten,

<sup>1</sup> Beschluss vom 13. März 2008, <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse>

<sup>2</sup> Aufgabe der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen ist die Feststellung des Versorgungsgrades und das Einleiten der erforderlichen Maßnahmen, um eine ausreichende haus- und fachärztliche Versorgung der Bevölkerung in der entsprechenden Region herzustellen.

wenn der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 Prozent unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den vorgenannten Kriterien führen würde). Weiterhin sind die **Zahl, die Altersstruktur, die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme** von ärztlichen Leistungen durch die Wohnbevölkerung in die Prüfung einzubeziehen. Dabei kann die Feststellung der tatsächlichen Inanspruchnahme auf der Grundlage einer **geeigneten Stichprobe** erfolgen. Die Modalitäten einer solchen Stichprobe werden nicht weiter ausgeführt. Zuletzt ist das Kriterium „**Qualität der infrastrukturellen Anbindung**“ genannt.

Leider hat sich der G-BA nicht überzeugen lassen, die Kriterien Wartezeiten bis zum Erstgespräch, Wartezeiten bis zur tatsächlichen Behandlungsaufnahme sowie Anzahl der Zurückweisungen wg. mangelnder Behandlungskapazitäten in den Kriterienkatalog mit aufzunehmen. Diese wichtigen Forderungen in der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer wären ganz im Sinne der PP/KJP gewesen

Erfreulich an dem Beschluss ist, dass die „Qualität der infrastrukturellen Anbindung“ Aufnahme gefunden hat in den Kriterien-Katalog für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs. Gerade bei der Suche nach einem geeigneten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind für Eltern Erreichbarkeiten bzw. Anfahrtswege von großer praktischer Bedeutung.

Unseres Erachtens sind die neuen Formulierungen noch nicht weitreichend genug, dass sich die Sonderbedarfs-Zulassungspraxis für PP/KJP mit dem Beschluss rasch ändern könnte. Angesichts der angespannten Lage im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen hätten wir uns gewünscht, dass die Zulassungsausschüsse (noch) klarere Kriterien an die Hand bekommen für ihre Entscheidungen.

## **G-BA zur Frage der Fachidentität von PP/KJP**

**Psychologischer Psychotherapeut mit Abrechnungsgenehmigung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ ist nicht als fachidentisch anzusehen mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

In Kraft getreten ist inzwischen ein für PP/KJP interessanter Beschluss des G-BA vom 20.12.2007, der als Reminiszenz an die Weiterbildungsordnungs-Debatten des Berufsstandes erscheint. Anlass des Beschlusses sind Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das unter bestimmten Voraussetzungen die Anstellung fachfremder Assistenten in der Arztpraxis ermöglicht (§ 95 Abs. 1 S. 3 und § 101 Abs. 4 SGB V). **§ 23 I Nr. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie** wurde daraufhin wie folgt neu gefasst:

*In offenen Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung von PP und KJP zulässig. In gesperrten Planungsbereichen ist ein Beschäftigungsverhältnis nur unter PP einerseits und KJP andererseits zulässig.*

Der Unterausschuss des G-BA hat sich dabei insbesondere mit der Frage befasst, ob die Abrechnungsgenehmigung eines PP für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen als



Voraussetzung dafür anerkannt werden könne, von Fachidentität dieses PP mit einem KJP auszugehen.

Maßgebliche Gründe für seine Entscheidung sieht der G-BA in den Ausbildungsunterscheiden der beiden Berufsbezeichnungen: „ (...) Damit verfügen PP in der Regel nicht über das breit angelegte Ausbildungsspektrum eines KJP.“ Auch sei an die einmal erteilte Abrechnungsgenehmigung keine qualitätssichernde Maßnahme geknüpft, die sicher stellen könnte, dass der Therapeut über den Nachweis einer Mindestanzahl an Behandlungen über einen überschaubaren Zeitraum auch tatsächlich über die erforderliche Routine und Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfüge.

Über die Hintertüre „Anstellung fachfremder Assistenten in der Arztpraxis“ hat der G-BA einmal mehr eine Diskussion über Ausbildungsunterschiede bzw. therapeutische Routine/Erfahrung geführt. Wer die ausführliche Begründung des G-BA nachvollziehen will, findet die Texte unter <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse>.

*Kerstin Burgdorf*

## **KBV-Vorschlag zur Neustrukturierung der Versorgung**

Die derzeitige Aufteilung der Versorgungsebenen ist nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für einen Wettbewerb nicht geeignet. Sie befürwortet deshalb eine Überwindung der Sektorengrenzen und der Einzelinteressen von Organisationen. Das KBV-Modell unterteilt die medizinische Versorgung in insgesamt fünf Ebenen:

- die Primärversorgung
- die wohnortnahe fachärztliche Versorgung
- die spezialisierte fachärztliche krankenhaunahe Versorgung  
*sowie für den stationären Bereich*
- die Grund- und Regelversorgung und
- die spezialisierte Versorgung

Auf der **Primärversorgungsebene** soll der Kollektivvertrag zwischen KVen und Krankenkassen erhalten bleiben. TeilnehmerInnen der Primärversorgung auf Ärzteseite sind Hausärzte, Kinder-, Frauen- und Augenärzte. Ausschließlich in unterversorgten Gebieten haben auch Ärzte anderer Fachrichtungen die Möglichkeit, über eine neue Zusatzqualifikation ebenfalls an der Primärversorgung teilzunehmen. Auf dieser Ebene können die PatientInnen ihren Arzt frei wählen. Für einen Arzt einer anderen Fachrichtung, der nicht an der Primärversorgung teilnimmt, benötigt der Patient eine Überweisung. Sollte der Patient sich daran nicht halten, gilt für ihn nicht mehr das Sachleistungsprinzip, er muss für die entstehenden Kosten in Vorleistung gehen und sie sich anschließend von seiner Kasse erstatten lassen. Die Krankenkassen können allerdings ihren Versicherten einen Wahltarif anbieten, der ihnen freien Zugang zu allen Versorgungsebenen ermöglicht. Die KBV geht davon aus, dass auf der Ebene der Primärversorgung die Mehrzahl der Ärzte weiterhin freiberuflich tätig sein wird.

Einen **Facharzt der wohnortnahen Versorgung** können die Versicherten (abgesehen von den o. g. Ausnahmen) nur mit Überweisung aufsuchen. Zu dieser Ebene sollen auch die Psychologischen PsychotherapeutInnen sowie die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gehören. Neben der Gruppenpraxis werden vor allem in Ballungszentren MVZ's eine Rolle spielen; die Einzelpraxis tritt dagegen in den Hintergrund. Die Krankenkassen können sich auf dieser Ebene für eine Vertragsform entscheiden. Das kann ein Kollektivvertrag mit der KV sein, aber auch Verträge nach § 73c SGB V (besondere ambulante ärztliche Versorgung) oder Integrationsverträge mit KV oder anderen Partnern. Ein Nebeneinander mehrerer Vertragsformen soll jedoch nicht zulässig sein. Die KV wird damit zu einem unter mehreren potenziellen Bewerbern um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung.

Auf der dritten ambulanten Ebene, der der **spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgung**, soll der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergehen. Der Kollektivvertrag gilt hier nicht mehr. Die KV steht aber als optionaler Vertragspartner oder für die Abwicklung von Verträgen zur Verfügung. Die Krankenkassen können entweder mit niedergelassenen Ärzten oder mit stationären Einrichtungen Verträge schließen. Die spezialisierten Fachärzte können sowohl ambulant als auch am Krankenhaus tätig sein, müssen sich aber für eine Versorgungsebene entscheiden.

*Quelle: Heft der KBV „KLARTEXT“ vom April 2008*

## Teilausschreibung eines Vertragsarztsitzes<sup>3</sup>

Ob Psychotherapeuten, die nur noch in Teilzeit arbeiten wollen, ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränken und den halben Vertragsarztsitz zur Nachbesetzung ausschreiben lassen können, war eine der ersten viel diskutierten Fragen nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1.1.2007. Versorgungspolitische Hoffnungen verbanden sich sofort mit der neuen Regelung des § 19 a Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung, da mit ihr die Möglichkeit geschaffen wurde, dass Kollegen, die ihre Arbeitszeiten aus vielerlei Gründen (z.B. Alter oder Krankheit) reduzieren möchten, rechtzeitig jüngeren Kollegen über die Teilzulassung den Weg zur Versorgung im Rahmen des GKV-Systems ebnen können. Über den Weg der Teilzulassung könnte damit die Versorgung der Patienten entscheidend verbessert werden.

Diese Hoffnungen wurden durch die KVen schnell gedämpft. Sie entwickelten die Rechtsauffassung, dass zwar eine aufgrund Verzichts endende bloße Teilzulassung zur Praxisnachbesetzung ausgeschrieben werden könne. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für freiwerdende halbe Praxen bzw. hälftige Zulassungsteile im Falle einer nachträglichen Beschränkung auf den halben Versorgungsauftrag sei jedoch nicht vorhanden. Die KVen warnten geradezu davor, halbe Praxissitze auszuschreiben, da der abzugebende Teil schlichtweg verfallen würde.

---

<sup>3</sup> § 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV: Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrags nach Absatz 1 zu beschränken.

Eine aktuelle Entscheidung des Sozialgerichts München gibt begründeten Anlass zu hoffen, dass sich die bisherige Handhabung durch die KVen ändern wird.

In einem Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz bestätigte das Sozialgericht München die auch von der DGVT vertretene Auffassung (vgl. *Rosa Beilagen aus den Jahren 2006 und 2007*), dass bei (freiwilliger) Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV) die so entstehende halbe Zulassung zur Praxisnachfolge ausgeschrieben werden kann und damit der Versorgung wieder zur Verfügung steht.

Die KV Bayern hatte in dem Verfahren zunächst den Antrag des Arztes auf Teilausschreibung abgelehnt. Sie begründete dies mit dem Hinweis auf die Regelung in § 103 Abs. 4 SGB V, die zwar den Zulassungsverzicht regelt, jedoch im Wortlaut nicht die Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte umfasse.

Das Sozialgericht München widersprach dem: Sinn und Zweck der Regelung in § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V sei gerade die Sicherung der wirtschaftlichen Verwertungsfähigkeit einer Praxis. Wirtschaftliche Nachteile dürfen dem Arzt, der seine Praxis auf den halben Kassensitz beschränkt, nicht dadurch erwachsen, dass die freiwerdende Hälfte seines Kassensitzes nicht mehr ausgeschrieben werden könne. Dies sei nicht der Wille des Gesetzgebers gewesen. Das Sozialgericht sieht vielmehr einen redaktionellen Fehler, wenn der hälftige Verzicht auf eine Zulassung als Voraussetzung für eine Ausschreibung im Gesetzestext nicht ausdrücklich erwähnt werde.

Für diese von uns unterstützte Rechtsauffassung spricht auch, dass ein Arzt/Psychotherapeut, der freiwillig seinen halben Versorgungsauftrag abgibt, gegenüber demjenigen, dem die Zulassung entzogen wurde, nicht benachteiligt werden kann (in § 103 Abs. 4 SGB V ist ausdrücklich geregelt, dass selbst bei einem Zulassungsentzug die Praxis veräußert werden kann!).

Wir hoffen, dass sich diese überzeugende Auffassung des Sozialgerichts München auf breiter Ebene in allen KVen durchsetzen wird und nicht nur in dem vorliegenden Fall zu einer Kehrtwende der gängigen Praxis führt. Nur so kann die Versorgung tatsächlich sichergestellt werden – ein Anliegen, das gemäß dem gesetzlichen Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland<sup>4</sup>) von diesen mitgetragen werden muss.

Az.: S 38 KA 17/08 ER (Sozialgericht München)

Kerstin Burgdorf

## Treffen der GK II-Verbände am 13. April 2008 in Würzburg

Einen Überblick über die Themen und die Initiativen der Fach- und Berufsbände im GK II gibt der folgende Bericht:

Zurzeit läuft die **Novellierung der GOÄ, der Gebührenordnung für Ärzte (und damit auch der GOP, der Gebührenordnung für Psychotherapeuten)**. Die Bundesärztekammer

---

<sup>4</sup> Im Rahmen ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrages müssen die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche ambulante Versorgung für die gesetzlich Krankenversicherten in ihrer Region gewährleisten.

(BÄK) hatte bereits Ende 2006 begonnen, einen eigenen Vorschlag für einen neu gefassten Katalog zu erarbeiten. Die Bundespsychotherapeutenkammer ist daran beteiligt, bzw. federführend Dieter Best als Gebührenordnungsbeauftragter der BPTK. Nach der Überarbeitung des Leistungskatalogs folgt die Überarbeitung der Bewertungen. Hierzu fand eine Informationsveranstaltung der BÄK am 2.2.2008 statt. Die Bewertung soll sich zukünftig an den Praxiskosten und an der Arbeitszeit orientieren, entsprechend wie im EBM. Das Projekt soll im Juni abgeschlossen sein, so dass das gesamte GOÄ-Konzept dann dem BMG übergeben werden kann.

Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat die **neuropsychologische Psychotherapie** umfassender als bisher anerkannt. Er bestätigte am 31. Januar 2008, dass die neuropsychologische Therapie insgesamt für hirnorganische Störungen (Anwendungsbereiche 12) als wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode gelten kann.

Am 15.1.2008 fand ein Gespräch im Bundesgesundheitsministerium/BMG zu der 2008 auslaufenden **40%-Quote für Ärzte** nach § 101 Abs. 4 SGB V statt. Thema war außerdem noch die **Versorgungsproblematik im KJP-Bereich**. Die Krankenkassen, die KBV und die Fachärzte waren der Meinung, dass man die Quote fortführen sollte, konnten sich aber unterschiedliche Prozentzahlen und eine Befristung vorstellen. Die vorgeschlagenen Prozentzahlen variieren von 20 % (BMG) und zusätzlich 10 % für KJP, Krankenkassen 25 %, KBV 30 % bis zur unveränderten Quote von 40 % (Fachärzte). Näheres finden Sie unter „Bericht des BMG zur Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen durch ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und durch Psychotherapeuten“.

**G-BA-Neustrukturierung** – Wie bereits berichtet, ändert sich die Zusammensetzung des G-BA, der zukünftig aus dreizehn Mitgliedern bestehen wird und seine Entscheidungen in einem für alle Fragen zuständigen Beschlussgremium treffen wird. Hier werden alle Entscheidungen sektorenübergreifend getroffen. Der bisherige eigene Beschlusskörper der Psychotherapeuten im G-BA (Unterausschuss Psychotherapie) sollte ursprünglich ganz abgeschafft werden. In der Zwischenzeit fanden etliche Gespräche der psychotherapeutischen Vertreter mit den Trägerorganisationen (KBV, KZBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und der neue Spitzenverband der Krankenkassen) statt mit dem Ziel, den Unterausschuss „Psychotherapie“ mit seinen Aufgaben im bisherigen Umfang doch noch zu erhalten. Soweit bisher absehbar, wird es zwar weiterhin einen Unterausschuss „Psychotherapie“ geben, allerdings mit einem wesentlich engeren Zuschnitt, der sich im Kern auf die Regelungen der Richtlinienpsychotherapie bzw. deren Fortschreibung beschränkt. Die Verfahrensanerkennungen und die Qualitätssicherung werden in anderen Ausschüssen verhandelt. Außerdem soll die Geschäftsordnung neu beschlossen werden. Es soll nun versucht werden, über die Geschäftsordnung des G-BA, die zzt. erarbeitet wird, im Rahmen von Arbeitsgruppen doch noch bei relevanten Beschlüssen zur Psychotherapie beteiligt zu werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer führt hier schon entsprechende Gespräche mit dem BMG; die GK II-Verbände werden ebenfalls initiativ.

Die Lage in Bezug auf den neuen **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** ist zzt. schwer abzuschätzen. 2009 soll durch die Einführung des Orientierungswertes die regional ungleiche Honorierung beendet werden. Bisher liegt der Punktwert der Psychologischen Psychotherapeuten bei rd. 5,1 Cent. Der Orientierungswert für 2009 soll bei ca. 4 Cent liegen. Angesichts dieser Diskrepanz würden die Psychotherapeuten nicht einmal von der Punktmengenerhöhung profitieren. Im Gegenteil: Wenn der Orientierungswert in dieser Höhe liegt, müsste man mit einem Honorarverlust von ca. 10 % rechnen. Da es aber sehr wahrscheinlich nur einen Orientierungswert geben wird, könnte eine Lösung darin bestehen, für psychotherapeutische Leistungen einen Zuschlag von mindestens 10 % vorzusehen, damit die Psychotherapeuten wieder auf die „angemessene Vergütung“ kommen. Allerdings ist nach wie vor umstritten, was unter „angemessen“ zu verstehen ist. Auch der neue EBM hat dieses

Problem nicht gelöst. Die Urteile vor dem Bundessozialgericht besagen, dass das Einkommen der Psychotherapeuten bei maximalem Einsatz mindestens dem Durchschnittseinkommen der Fachärzte entsprechen muss. Nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses ist es aber nicht möglich, dieses Mindesteinkommen zu überschreiten. Die GK II-Verbände nehmen Stellung zu diesen vorgesehenen Regelungen und deren Umsetzung durch die Selbstverwaltung.

Waltraud Deubert

### **GK II:**

#### **Stellungnahme der Psychotherapeutenverbände zur Honorarentwicklung 24.4.08**

*Die Verbände des GK II, dem auch die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung angehört, haben sich mit einer Stellungnahme an das BMG, die KBV, die Krankenkassen und an das Institut des Bewertungsausschusses gewandt. Den Wortlaut der Stellungnahme finden Sie hier:*

Die im GK II zusammen geschlossenen Verbände der PP, KJP und ÄP nehmen Stellung zu den für 2009 gesetzlich vorgesehenen Regelungen und deren Umsetzung durch die Selbstverwaltung.

1. Es ist abzusehen, dass mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert die angemessene Vergütung im Sinne des § 87 Abs. 2c SGB V für psychotherapeutische Leistungen nicht erreicht werden kann. Der GK II fordert die Organe der Selbstverwaltung auf, hier rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen, damit der Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung im nachfolgenden Sinne erfüllt wird.
- 2 Das BSG hat mit seiner Rechtsprechung sicherstellen wollen, dass eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis mindestens das Einkommen einer durchschnittlich ausgelasteten Praxis vergleichbarer ärztlicher Gruppen erwirtschaften kann. Das BSG selbst hat festgestellt, dass diese Betrachtung eine Benachteiligung der Psychotherapeuten bedeutet. Der GK II fordert deswegen die Selbstverwaltung auf, die angemessene Vergütung nicht als Mindest-Vergütung zu definieren, sondern im Sinne des SGB V aufgrund einer betriebswirtschaftlichen Betrachtung zu einer Definition von Angemessenheit zu kommen, bei der mit gleichem Arbeitseinsatz auch ein gleiches Einkommen erzielt werden kann.
3. Auch die nicht antragspflichtigen Leistungen der EBM-Kap. 22, 23, 35.1 und 35.3 unterliegen bis auf wenige Ausnahmen sowohl im EBM als auch aufgrund der Psychotherapierichtlinien mehrfachen Begrenzungen in Bezug auf die Zahl der Leistung pro Behandlungs- oder Krankheitsfall und/oder sind klar mit einer Mindestzeit definiert. Eine Steigerung pro Fall oder eine Leistungsverdichtung durch schnellere Erbringung ist somit nicht möglich. Der GK II hält es daher für notwendig, diese Leistungen - so wie auch die antragspflichtigen Leistungen - außerhalb des morbiditäts-basierten Regelleistungsvolumens zu vergüten. Paragraph 87b Abs. 2 SGB V hält eine solche Regelung für möglich, wenn Leistungen gefördert werden sollen oder "soweit dies medizinisch oder auf Grund der Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist." Das BSG hat bereits in einem Urteil vom 29.8.2007 den besonderen Zusammenhang zwischen den genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen und den eng damit verbundenen nicht-genehmigungspflichtigen diagnostischen Leistungen betont.

Im Übrigen erwartet der GK II, dass die BSG-Rechtsprechung vom 29.8.2007 zu den probatorischen Sitzungen umgehend noch im Jahr 2008 umgesetzt wird. Es muss möglich sein, dass die in den Psychotherapie-Richtlinien festgelegte Anzahl von probatorischen Sitzungen wirtschaftlich erbracht werden kann. Dies kann nur dadurch sicher gestellt werden, dass diese Leistungen zum Punktwert der fachärztlichen Leistungen und außerhalb des RLV vergütet werden.

## **BMG-Bericht zur Psychotherapieversorgung:**

- ▶ **Ärztequote soll erhalten bleiben,**
- ▶ **Unterversorgung bei Kindern und Jugendlichen ignoriert**

Das Bundesgesundheitsministerium/BMG spricht sich in einem aktuellen Bericht für den Gesundheitsausschuss des Bundestags (Ausschussdrucksache 16(14)0370) für eine bis Ende 2013 befristete Mindestquote in Höhe von 20 % für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie für eine Mindestquote in Höhe von 10 % für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, aus.

Das BMG begründet die Verlängerung einer reduzierten Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte wie folgt: *„Aufgrund der zahlenmäßigen Überlegenheit der Psychotherapeuten ist ein Schutz von Niederlassungsmöglichkeiten für ganz oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte notwendig, um ihre besondere Kompetenz langfristig in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Nur etwa 20 % der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer sind Ärzte. Bei einer gänzlichen Streichung der Quote würde es wahrscheinlich dazu kommen, dass der psychotherapeutische Versorgungsbereich nach und nach überwiegend von Psychotherapeuten übernommen werden würde. So könnte es insbesondere bei der Nachbesetzung von Praxissitzen zu einer Verdrängung kommen, ...“* Eine weitere Begründung für die Empfehlung einer Mindestversorgungsquote von 20 % für psychotherapeutisch tätige Ärzte ist, dass *„die psychotherapeutisch und somatische Behandlung aus einer Hand“* angeboten werden kann.

Demgegenüber hält das BMG eine Mindestquote in Höhe von 10 % für psychotherapeutische Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, für ausreichend.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in ihrer Stellungnahme zum BMG-Bericht sehr deutlich auf die verzerrende Bewertung der Sachverhalte durch das BMG hingewiesen:

Das BMG berücksichtige beispielsweise nicht, dass bereits heute ein großer Teil der für psychotherapeutisch tätigen Ärzte reservierten Sitze aufgrund des Nachwuchsmangels nicht besetzt werden kann und die Annahme, der seit langem bestehende Nachwuchsmangel der psychotherapeutisch tätigen Ärzte würde durch freie Niederlassungen ändern, sei kaum zu begründen.

Im Hinblick auf die Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weist die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Versorgungsbedarf psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in etwa so hoch sind, wie bei den Erwachsenen. Kinder und Jugendliche machen in Deutschland etwa 20 % der Wohnbevölkerung aus. Erst eine Mindestversorgungsquote in Höhe von 20 % würde dazu beitragen, die Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen abzubauen.

*Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer unter: <http://www.bptk.de/show/1143612.html>*

## **Tagung der Bundespsychotherapeutenkammer zur Psychotherapieausbildung am 9. April 2008 in Berlin**

Die Auftaktveranstaltung Bundespsychotherapeutenkammer zur Psychotherapieausbildung in Berlin war mit ca. 130 PsychotherapeutInnen aus den Länderkammern und den Verbänden sehr gut besucht. Nach der Begrüßung durch Prof. Rainer Richter, den Bundeskammerpräsidenten, hat Ministerialdirektorin Karin Knufmann-Happe aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in ihrem Grußwort auf die wichtige Funktion von PP und KJP im Gesundheitswesen aufgrund der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen hingewiesen. Ihrer Meinung nach habe sich die derzeitige Psychotherapieausbildung im Grundsatz bewährt. Die Bologna-Reform und zahlreiche Rückmeldungen vor allen Dingen von AusbildungsteilnehmerInnen zum Psychiatrie-Jahr hätten das BMG inzwischen aber veranlasst, ein Gutachten zur Psychotherapieausbildung in Auftrag zu geben. Erst danach könne und wolle die Politik entscheiden, ob und welche Reformen notwendig seien.

Prof. Dirk Revenstorf von der Universität Tübingen ging in seinem Referat auf den Stand der Psychotherapieforschung ein. Entscheidend für den psychotherapeutischen Behandlungserfolg seien vor allen Dingen die Qualität der therapeutischen Beziehung und weniger das jeweilige angewandte Psychotherapieverfahren. Am Anfang der Therapieausbildung sei die Vermittlung von explizitem Wissen und ein verfahrensspezifisches therapeutisches Vorgehen sinnvoll, während mit zunehmender beruflicher Erfahrung und Reflexion das erworbene implizite Wissen immer wichtiger werde und dies durch eine weniger an den einzelnen Verfahren orientierte Behandlungstechnik ergänzt wird.

Prof. Harald Rau, der ebenfalls aus Baden Württemberg kam, ging in seinem Referat der Frage nach, ob PsychotherapeutInnen nicht ihre Kompetenz erweitern sollten, um Psychopharmaka verordnen zu können. Er berichtete dabei von Erfahrungen aus den USA. Vor allen Dingen die Kolleginnen und Kollegen, die in stationären Einrichtungen arbeiten, könnten dadurch ihre Stellungen verbessern.

Am Nachmittag ging es dann in den Referaten von Günter Ruggaber<sup>5</sup>, Anne Springer und Dr. Wolfgang Gröger um die derzeitige Ausbildungslandschaft in Deutschland und um die Ausbildungsstrukturen. Gröger stellte sein dreigliedriges Modell einer Direktausbildung vor. Auf ein Bachelor-Studium (Psychologie oder Pädagogik) würde ein Master-Studium „Psychotherapie“ folgen, mit dem eine psychotherapeutische Grundausbildung und bereits die Qualifikation zur selbständigen psychotherapeutischen Arbeit vermittelt werden könnte. Dieses Master-Studium Psychotherapie sollte mit einer vorläufigen Approbation abgeschlossen werden. Daran würde sich eine verfahrensorientierte Weiterbildung anschließen, die zum Erwerb der Fachkunde und dann auch zur Niederlassungsberechtigung führen würde. Die verfahrensspezifische Weiterbildung könnte dann wie bisher von den Ausbildungsinstituten übernommen werden.

*Waltraud Deubert*

---

<sup>5</sup> Das Referat drucken wir in der nächsten Ausgabe der VPP ab.

## **DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung vom 29. Februar bis 4. März 2008 an der Freien Universität in Berlin**

Wieder einmal ist ein Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung in Berlin nach weitgehend übereinstimmender Meinung der TeilnehmerInnen und OrganisatorInnen erfolgreich zu Ende gegangen.

Der Kongress 2008 war in zweifacher Hinsicht ein Jubiläumskongress – es war der 25. DGVT Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung und die DGVT ist 40 Jahre alt geworden. 1968 wurde die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) in München gegründet; sie hat 1976 im Zuge einer Satzungsänderung den Namen DGVT angenommen.

Bernhard Scholten, Mitglied der Inhaltlichen Kongressplanungsgruppe, hat bei der Eröffnung des Kongresses darauf hingewiesen, dass wir in den Vorjahren offenbar einige Kongresse nicht mitgezählt hatten. 2006 hatten wir noch den 16. Kongress gezählt. Im Rahmen ihres Stipendiums zur Geschichte der VT und der DGVT in Deutschland hat Christine Daiminger jedoch systematisch aufgearbeitet, dass wir 2008 bereits den 25. Kongress feiern können.

Allen Beteiligten möchten wir an dieser Stelle herzlich für ihre Mitwirkung und ihr Engagement danken!

*Weitere Informationen zum Kongress finden Sie in der VPP 2/08 und auf der Homepage unter [www.dgvt.de/kongress2008.html?&L=0](http://www.dgvt.de/kongress2008.html?&L=0)*

*Waltraud Deubert*

## **Regionale Mitgliedertreffen, Termine**

- **Termin der Landesgruppe Niedersachsen:** Regionale Mitgliederversammlung und Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder (Referent: Prof. Dr. Michael Borg-Laufs) am 03.06.2008, von 18:00 – ca. 21:00 Uhr im Freizeithaus-Linden, Windheimstr. 4, 30451 Hannover