



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 4/2011
14. November 2011

Aus dem Inhalt

- **Es gibt zu wenig,
nicht zu viele Psychotherapeuten!**
Anke Walendzik und Jürgen Wasem
- **Kommentar zum neuen AOK-Selektivvertrag
in Baden-Württemberg**
Wolfgang Bürger
- **„Vollwertige“ Therapeuten oder Praktikanten?
Interview mit PiA-SprecherInnen**

Herausgeber:

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

Verantwortlich für den Inhalt:

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

Copyright:

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Satz:

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen
Lia Kailer und Suse Stengel

Druck:

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Gesundheits- und Berufspolitiches

- **Es gibt zu wenig, nicht zu viele Psychotherapeuten!**Anke Walendzik und Jürgen Wasem 7
- **Gegen die Herabwürdigung von Psychotherapie-Patienten durch Psychiaterverbände – GK II-Stellungnahme**..... 11
- **Reaktionen aus Berlin auf DGVT-Initiative zum VStG-Entwurf**..... 12
- **Grüne verlangen neuen VStG-Entwurf**..... 14
- **Petitionsausschuss: Keine Versorgung in der Muttersprache** 15
- **Förderinstrumente für Arbeitslose auf dem Prüfstand**..... 17
- **Pflegeversicherung bleibt Problemfall**..... 18

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	21
Bayern	23
Hamburg	25
Hessen	26
Nordrhein-Westfalen	27
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK).....	27
Rheinland-Pfalz.....	32
Schleswig-Holstein.....	34

Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

- **PiA: „Vollwertige“ Therapeuten oder Praktikanten?**..... 36
- **Approbation nun auch für Nicht-EU-Bürger möglich**..... 38
- **Reformentwurf zum Psychotherapeutengesetz: Der Stand der Dinge**..... 38

Aus den Kammern

- **BPtK-Symposium zur Wirksamkeit der Psychotherapie**..... 40

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Kommentar zum neuen AOK-Selektivvertrag in Baden-Württemberg**..... Wolfgang Bürger 45
- **Externe Abrechnung bei Selektivverträgen möglich**..... 51

- **Berechnungs- und Gerechtigkeitskonzepte zur Praxiswertermittlung**.....Jochen Maurer 52
- **Elektronische Gesundheitskarte wird jetzt eingeführt** 57

Alles was Recht ist . . .

- **Bessere Chancen für PP bei der Nachbesetzung von ärztlichen Sitzen** 59
- **Immaterieller Praxiswert ist steuerlich absetzbar** 60
- **Steuer: Ausbildungskosten bleiben Sonderausgaben**..... 61
- **Um Glücksspielstaatsvertrag wird weiter gepokert** 61

Tagungsberichte

- **Psychotherapeutenverbände (GK II) tagten in Berlin** 63
- **Patientenrechtegesetz: „Eine politische Alibimaßnahme“** 64
- **Mehr Kooperation der Gesundheitsberufe** 65
- **Internationaler Tag der Seelischen Gesundheit** 66

Weitere Infos

- **Mehr Hilfen für Familien in Krisensituationen**..... 68
- **ICD-10-GM: Neue Fassung der amtlichen deutschen Diagnosenklassifikation online** 68
- **Regierung steigt aus ELENA-Verfahren des einheitlichen elektronischen Entgeltnachweises aus** 69

Letzte Meldungen

- **19. Deutscher Psychotherapeutentag (DPT) am 12. November in Offenbach** 70

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Rettung des Euros hat bei der Bundesregierung zurzeit Vorrang vor allen anderen politischen Entscheidungen. Bundeskanzlerin Angela Merkel jettet von Gipfel zu Gipfel und auch die anderen SpitzenpolitikerInnen sind mit der Eurokrise offenbar so ausgelastet, dass gesundheitspolitische Vorhaben auf die lange Bank geschoben werden.

Beim für uns so wichtigen Versorgungsstrukturgesetz (VStG) kommt hinzu, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung bei der öffentlichen Anhörung am 19. Oktober im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages sowohl von den LändervertreterInnen als auch von der Bundespsychotherapeutenkammer und den Verbänden stark kritisiert wurde. Änderungsbedarf wurde vielfach angemeldet. Als Konsequenz wurden die 2. und 3. Lesung des Gesetzes jetzt verschoben.

Die abschließenden Beratungen im Ausschuss für Gesundheit sollen nun erst am 30. November stattfinden. Die 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag ist für den 2. Dezember vorgesehen. Dass das Gesetz zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt, ist nur möglich, wenn der Bundesrat einer Fristverkürzung zustimmt.

So bleibt im Moment die Hoffnung, dass die Bemühungen der Verbände und Kammern, die schlimmsten Auswirkungen des VStG auf die ambulante Psychotherapie zu verhindern, doch noch Wirkung zeigen. Die Stellungnahmen und Aktivitäten der Psychotherapeutenverbände und der Kammern werden schnell als Lobbyarbeit abgetan, bei der es nicht um die Versorgung, sondern um die eigenen Interessen geht. Vor diesem Hintergrund ist der Artikel von Anke Walenzik und Jürgen Wasem in dieser Rosa Beilage besonders wichtig. Wasem ist als parteiübergreifend geschätzter Gesundheitsökonom bei den GesundheitspolitikerInnen eher unverdächtig, die berufsständischen Interessen der PsychotherapeutInnen zu vertreten.

Außerdem drucken wir beispielhaft einige Antworten der Politik auf unsere Stellungnahmen zum Versorgungsstrukturgesetz ab.

Während wir bei den politischen Entscheidungsträgern für eine bessere Versorgung kämpfen, kommt nun auch noch aus einer anderen Richtung Gegenwind: In den Medien finden sich Diskurse, die unsere Profession zu diskreditieren versuchen. Zum einen wird behauptet, dass die PsychotherapeutInnen nur „leichte“ Fälle behandeln und dass den Krankenkassen infolgedessen das Geld für die „schweren“ Fälle fehle. Zum anderen werde ohnehin viel zu viel therapiert: Man müsse nur „Burn-out“ rufen und schon habe man einen Platz in einer schön gelegenen Klinik sicher - Wellness auf Krankenschein sozusagen.

Im Gegensatz dazu steht die Umfrage der Stiftung Warentest bei Psychotherapie-PatientInnen, die die gute Wirksamkeit von Psychotherapie belegt. Und dies, obwohl sich knapp zwei Drittel der Befragten erst nach mehr als einem Jahr entschieden, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Jeder fünfte wartete sogar länger als zehn Jahre, bis er sich zu diesem Schritt entschloss. Und eine Behandlung psychischer Erkrankungen ist umso erfolgreicher, je früher sie einsetzt. Lesen Sie dazu die Stellungnahme des GK II, des Gesprächskreises der Psychotherapeutenverbände, und den Bericht über das BPTK-Symposium zur Wirksamkeit von Psychotherapie.

Die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) verstehen sich oftmals eher als „PsychotherapeutInnen in Ausbeutung“. Die DGVT unterstützt seit vielen Jahren die Forderungen der PiA nach angemessener Bezahlung für den Ausbildungsbaustein „Praktische Tätigkeit“ in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik. Hierzu haben wir die SprecherInnen der DGVT-PiAs interviewt.

Gesundheitsminister Daniel Bahr brachte als Gastredner zum 19. Deutschen Psychotherapeutentag am 12. November in Offenbach zwei ganz zentrale Botschaften mit: Bis 2013 wird es keinen Aufkauf von Psychotherapeuten-Sitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen geben! Weitergehende Zusagen für konkrete Veränderungen zugunsten der psychotherapeutischen Versorgung im aktuellen VStG-Entwurf machte Bahr - wie

zu erwarten war - jedoch nicht. Immerhin schafft dieses Moratorium Zeit für unseren Berufsstand, sich bei der Politik weiter Gehör zu verschaffen. Außerdem kündigte Bahr eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung an, die noch in dieser Legislaturperiode vorbereitet werden soll! Dabei plane er eine Novellierung der Psychotherapeutenausbildung, die diesen Namen auch verdiene. Weitere Informationen zum 19. DPT finden Sie in unserem Bericht in diesem Heft.

Wir berichten in dieser Ausgabe noch über andere Gesetze und Gesetzesvorhaben der Bundesregierung wie die Reform der „Instrumente“ der Arbeitsagenturen, die elektronische Gesundheitskarte, die Pflegeversicherung sowie zur externen Abrechnung bei Selektivverträgen.

Besonders hinweisen möchten wir Sie auf einen Beitrag von Wolfgang Bürger, der

den neuen Selektivvertrag für die ambulante psychiatrische, neurologische und psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg ausführlich erläutert und kommentiert. Des Weiteren führen wir die Diskussion um den Praxiskauf bzw. -verkauf fort: Jochen Mauer nimmt aus Sicht des potentiellen Abgebers Stellung zur Frage der Praxiswertermittlung.

Außerdem finden Sie in diesem Heft zahlreiche Landesberichte, Tagungsberichte, Erläuterungen zu wichtigen Urteilen für PsychotherapeutInnen, die Entscheidung des Petitionsausschusses des Bundestags zur muttersprachlichen psychotherapeutischen Versorgung sowie weitere aktuelle Hinweise.

Wir wünschen Ihnen eine geruhliche Adventszeit und viel Spaß beim Lesen.

Waltraud Deubert
Angela Baer

Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Es gibt zu wenig, nicht zu viele Psychotherapeuten!

Ein Blick auf Versorgungsstrukturgesetz und Bedarfsplanung

Im Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 3. August 2011 wird eine Änderung des § 103 SGB V vorgeschlagen. Danach sollen Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung ein Vorkaufsrecht ausüben können, das ihnen ermöglicht, Überversorgung in gesperrten Planbezirken abzubauen. Anders als bei vorangegangenen Versuchen, Überversorgung über preisliche Anreize (Abschläge auf den Orientierungswert wie im GKV-WSG) zu verringern, wird hier der KV-Ebene eine unmittelbare Eingriffsmöglichkeit im Falle personellen Wechsels in der Praxisführung zugesprochen.

Grundlage für die Feststellung von Überversorgung in einer Planungsregion für eine bestimmte Facharztgruppe ist die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Nach § 101, Abs 1, Satz 3 SGB V ist Überversorgung dann „anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist“. Die formalen Kriterien des neuen § 103 SGB V könnten für weit über 5000 psychotherapeutische Sitze erfüllt sein. Psychotherapeutische Sitze erscheinen damit als in hohem Ausmaß geeignet für den Aufkauf durch KVen.

Andererseits mehren sich Alarmmeldungen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen (DAK 2010) Im Ergebnis epidemiologischer Untersuchungen wird seit langem eine unzureichende Versorgung gerade in diesem Bereich gerügt (Wittchen and Jacobi 2001). Eine nach diesen Thesen bestehende Unterversorgung würde also durch

den Aufkauf bestehender Psychotherapeutenpraxen weiter verstärkt.

Wie also ist die derzeitige Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie wirklich einzuschätzen? Gibt es politischen Handlungsbedarf und ist die Lösung des Gesetzentwurfs angemessen oder muss sie modifiziert oder ergänzt werden?

Die Bedarfsplanung – Indikator für den gesellschaftlichen Bedarf an Psychotherapie?

Das Instrument der Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 neu geordnet mit der Zielsetzung, die Zahl der ärztlichen Niederlassungen zu begrenzen und damit einhergehenden Kostensteigerungen entgegenzuwirken (Kopetsch 2004). Grundlage für die nach ähnlich strukturierten Planungsregionen differenzierten Verhältniszahlen als Norm des Bedarfs an niedergelassenen Ärzten einer Fachrichtung ist der Status quo der entsprechenden Niederlassungen im Ausgangszeitraum 1991/92. Erst 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz wurden die Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung und damit auch in die Bedarfsplanung einbezogen. Die Bedarfsplanung folgt hier dementsprechend den Relationen des Versorgungsangebots in 1999, also zum Zeitpunkt einer noch relativ unentwickelten Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie.

Ganz besonders auffällig sind die sehr stark unterschiedlichen normativen Versorgungsrelationen zwischen den Regionen nach Bevölkerungsdichte gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien, die die unterschiedliche Versorgungsdichte 1999 widerspiegeln: Während in Kernstädten eine Einwohner-Psychotherapeuten-Relation von 2.577:1 vorgesehen ist, steigt diese für ländliche Kreise auf 23.106:1 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005), so dass fast neunmal

so viel Menschen durch einen Psychotherapeuten versorgt werden müssen.¹

Die Frage liegt also nahe, ob eine auf diese Weise historisch determinierte Bedarfsplanung in der Lage ist, realen Versorgungsbedarf nach Psychotherapie abzubilden oder, bescheidener, normative Zulassungszahlen in etwa gleicher Relation zur bedarfsgerechten Versorgung durch andere niedergelassene Arztgruppen zu ermitteln. Schon aufgrund der späten Eingliederung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung könnte man die Vermutung anstellen, dass dies nicht der Fall ist. Bei Novellierung der Bedarfsplanung bei den Ärzten war das Ziel, „Übersorgung“ zu bekämpfen, entsprechend ausgebaut war das Versorgungsangebot. Davon kann bei den „neu“ in das GKV-System einbezogenen Psychotherapeuten mitnichten die Rede sein.

Der letzte Bundesgesundheitsurvey 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) weist einen Versorgungsgrad von bundesweit nur 36,4 Prozent aller psychischen Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren aus (Wittchen and Jacobi 2001). Dabei liegt die Einjahres-Prävalenz für psychische Erkrankungen in den ländlichen Kreisen bei 26,3 Prozent im Vergleich zu 34,1 Prozent in den Kernstädten. Die psychische Morbidität fällt damit nach den Daten des Bundesgesundheitsurvey in der Stadt im Vergleich zum Land maximal um den Faktor 1,3 höher aus. (Jacobi and Harfst 2011).

Ein problematisches Bild der Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie liefern auch aktuelle Befragungsergebnisse über Wartezeiten von Patienten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Zwei aktuelle Ergebnisse von Befragungen von Psychotherapeuten liefern jeweils durchschnittliche Wartezeiten auf ein Erstgespräch² von 11,3 Wochen (Walendzik et al. 2011) respektive 12,5 Wochen (BundesPsychotherapeutenKammer 2011). In beiden Studien werden Wartezeiten differenziert

nach regionalen Kriterien erfragt. Dabei differenziert die Befragung von ca. 2500 in der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung organisierten Psychotherapeuten von Walendzik et al. zwischen Psychotherapeuten niedergelassen in ländlichen Gebieten, Kleinstädten, Mittelstädten und Großstädten, während die Studie der Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Befragung von ca. 9000 Psychotherapeuten nach den vier Haupt-Kreistypen der Bedarfsplanung unterscheidet. Für alle Regionstypen liegen in beiden Studien die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein Erstgespräch bei mindestens zwei Monaten. Entsprechende Wartezeiten können als deutlicher Indikator für eine generell nicht bedarfsgerechte Versorgung gewertet werden.

Interessant sind darüber hinaus die in den Studien abgebildeten regionalen Unterschiede in den Wartezeiten. Die geringsten Wartezeiten weisen in beiden Fällen Kern- bzw. Großstädte auf. Allerdings weist die Untersuchung der Bundespsychotherapeutenkammer zusätzlich das Ruhrgebiet als Region mit hoher Wartezeitproblematik auf. Während aber die Bundespsychotherapeutenkammer besonders hohe Wartezeiten von durchschnittlich 15,3 Wochen in ländlichen Kreisen feststellt, wird die höchste durchschnittliche Wartezeit von 110 Tagen in der Befragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung in der Kleinstadt erhoben gefolgt von der Mittelstadt mit 96 Tagen, wohingegen Praxen im ländlichen Raum hier nur durchschnittliche Wartezeiten von 69 Tagen berichten. Diese Ergebnisse erscheinen jedoch nur auf den ersten Blick widersprüchlich: Besonders Praxen in Kleinstädten im ländlichen Raum übernehmen Versorgungsfunktionen für die umliegende Region.

Die Vermutung einer unzureichenden Abbildung des Bedarfs an ambulanter psychotherapeutischer Behandlung in der Bedarfsplanung wird also zunächst sowohl durch epidemiologische Studien als auch durch aktuelle Erhebungen von Wartezeiten auf ein Erstgespräch gestützt. Dabei lässt sich besonders die Annahme bestätigen, dass

¹ Bei HNO-Ärzten beträgt diese Relation etwa 1:2,3, bei den Orthopäden 1:2,4

² Jeweils ermittelt bei Psychotherapeuten, die eine Warteliste auf ein Erstgespräch führen

die Spreizung der normativen Versorgungsrelationen der Bedarfsplanung wenig verdichtete Regionen stark benachteiligt und dort zu besonders gravierender Unterversorgung führt.

Lösung: Mehrarbeit der schon niedergelassenen Psychotherapeuten?

Von Krankenkassenseite wird häufig kritisiert, dass die schon niedergelassenen Psychotherapeuten „zu wenig“, d.h. unterhalb der Vollaustattung arbeiten. Tatsächlich bestätigten aktuelle Befragungsergebnisse ein

durchschnittliches Angebot von 24,5 Therapiestunden pro Woche, was einer wöchentlichen Gesamtarbeitszeit von etwa 36,3 Arbeitsstunden entspricht (Walendzik et al. 2011). Allerdings wird in der Studie nicht zwischen Psychotherapeuten mit halbem oder ganzem Versorgungsauftrag unterschieden. Tabelle 1 zeigt jedoch, dass ein deutlicher Anteil der Therapeuten eine Arbeitszeit oberhalb von 20 Stunden (entsprechend etwa 13 Behandlungsstunden), aber unterhalb von 40 Stunden (entsprechend etwa 27 Behandlungsstunden) hat. Besonders bei Psychotherapeutinnen ist dies die Mehrheit.

Tabelle 1: Psychotherapeuten nach wöchentlichem Angebot an Therapiestunden in %

Wöchentliches Angebot an Psychotherapiestunden	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
0-5	0,6%	0,7%	0,7%
6-10	2,2%	1,4%	1,6%
11-15	3,6%	7,7%	6,5%
16-20	10,2%	23,2%	19,4%
21-25	25,3%	42,5%	37,5%
26-30	0,0%	0,1%	0,1%
31-35	35,3%	17,3%	22,5%
36-40	22,9%	7,1%	11,7%
Gesamt	100%	100%	100%

N=1740, Quelle Walendzik et al. (2011), eigene Berechnungen

Ob dies, wie teilweise seitens Vertretern der Berufsgruppe argumentiert wird, durch den besonderen Anspruch psychotherapeutischer Tätigkeit begründet ist oder durch anderweitig stabil herausgebildete Berufsausübungsmuster, ist letztendlich aus gesellschaftlicher Sicht uninteressant. Für die Versicherungsgemeinschaft der GKV sind die Kosten einer Therapiestunde gleich unabhängig von der Zahl der Leistungserbringer und ihren Arbeitszeiten. Rechtlich gibt es nach derzeitigem Stand auch gar keine Möglichkeit, aus dem Bundesmantelvertrag heraus eine wöchentliche Anwesenheitszeit von über 20 Stunden (entsprechend also 13 Behandlungs-

stunden) zu erzwingen (Best 2011). Auch im Sinne des gesellschaftlichen Trends zur Flexibilisierung der Arbeitszeiten und zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie macht es wenig Sinn, gerade in einem Beruf mit ständig steigendem Frauenanteil längere und unflexible Arbeitszeiten erzwingen zu wollen. Insofern sollten Lösungsvorschläge für die Lösung des oben beschriebenen Versorgungsproblems den Status quo in den Berufsausübungsmustern der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berücksichtigen.

Anpassung der Bedarfsplanung als Weg aus der Unterversorgung

Bei Beibehaltung der geplanten rechtlichen Regelungen des Versorgungsgesetzes, die ja insgesamt Sinn machen für die ambulante ärztliche Versorgung, und mit dem Ziel, die oben beschriebene Unterversorgungssituation zu verbessern, bleibt letztlich nur der Weg, Korrekturen an der Bedarfsplanung vorzunehmen. Dabei bieten sich aus unserer Sicht grundsätzlich zwei Schritte an:

1. Da die der Bedarfsplanung gegenwärtig zugrunde liegenden allgemeinen Verhältniszahlen in der Psychotherapie anders als in der übrigen vertragsärztlichen Versorgung bei ihrer Einführung nicht auf die Situation einer Überversorgung, sondern auf die Situation eines nicht ausgebauten psychotherapeutischen Versorgungsgeschehens aufgesetzt haben, sind sie für die Bedarfsplanung unbrauchbar. Sie sind daher zu ersetzen. Geeignete Verhältniszahlen können auf zwei Wegen gewonnen werden: Entweder wird auf Basis epidemiologischer Erkenntnisse tatsächlich versucht, „Bedarf“ zu ermitteln; oder aber die heutigen bundesdurchschnittlichen Ist-Zahlen für die einzelnen Regionstypen werden als bedarfsgerecht unterstellt („IST = SOLL“). Das erste wäre ohne Zweifel die angemessenere Lösung, das zweite entspräche einer langen Tradition von Bedarfsplanung und würde rasch umsetzbar sein.
2. Bei der Feststellung der örtlichen Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung müssten nicht Köpfe von niedergelassenen Psychotherapeuten, sondern Vollzeitäquivalente berücksichtigt werden. Dies könnte auf Basis bundesweiter Zahlen oder auf Basis von regionalen empirischen Erhebungen geschehen. Die Versicherungsgemeinschaft würde auf diesem Wege zwar das Risiko tragen, dass nach Zulassung weiterer Psychotherapeuten die schon ansässigen Kollegen ihr Arbeitszeitangebot erhöhen. Angesichts relativ stabiler Berufsausübungsmuster und eines steigenden Frauenanteils im Beruf ist dieses Risiko allerdings als gering einzuschätzen. Ohne eine Reform der

Verhältniszahlen würde dieser Vorschlag allerdings kontraproduktiv wirken, sollte also nicht isoliert umgesetzt werden.

Fazit

Die geplante Änderung des § 103 SGB V könnte fatale Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung haben, die schon derzeit durch allgemeine Unterversorgung mit besonderem Schwerpunkt in ländlichen Regionen charakterisiert ist. Änderungen in der Bedarfsplanung für psychotherapeutische Leistungserbringer könnten dem entgegenwirken und damit Folgekosten einer unzureichenden psychotherapeutischen Versorgung für die Versicherungsgemeinschaft verhindern.

Anke Walendzik und Jürgen Wasem

Literatur:

- Best, D. (2011). Wann erfüllen Psychotherapeuten den Sicherstellungsauftrag. *Psychotherapie Aktuell* (2):17-19.
- BundesPsychotherapeutenKammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung; Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Berlin.
- DAK (2010). DAK-Gesundheitsreport 2010. Hamburg.
- Jacobi, F. & Harfst, T. (2011). Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. *Report Psychologie* (36):111-113.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005). Workshop "Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche" Berlin.
- Kopetsch, T. (2004). Die ärztliche Profession in Deutschland. *Journal of Public Health* 12 (5):304-320.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. & Jahn, J. (2011). Erhebung zur psychotherapeutischen Versorgung 2010. Duisburg-Essen.
- Wittchen, H.-U & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland; Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 10,:993-1000.
- Dieser Artikel erschien in der OPG – Operation Presseagentur Gesundheit - Ausgabe*

25/2011. Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Lehrstuhlinhaber des Studienganges Medizinmanagement an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen. Dr. Anke Walendzik ist dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion und der AutorInnen.

Gegen die Herabwürdigung von Psychotherapie-Patienten

GK II protestiert gegen Äußerungen von Psychiaterverbänden

Das ZDF hat in seiner Sendung „Frontal 21“ am 2. August über die Versorgungsengpässe im Bereich Psychotherapie berichtet, die sich noch verschärfen werden, falls das Versorgungsstrukturgesetz so wie geplant in Kraft tritt. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), der Berufsverband Deutscher Psychiater (BDP) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) äußerten sich dazu in der Zeitschrift „Neurotransmitter“. Der Tenor: Nicht im Bereich Psychotherapie gebe es Versorgungsengpässe, sondern bei der Behandlung von Psychiatrie-Patienten, weil zu viel Geld für „leichte Fälle“ ausgegeben werde.

Der GK II (Gesprächskreis der Psychotherapeutenverbände) protestiert gegen diese Sichtweise und hat ebenfalls einen Leserbrief an den „Neurotransmitter“ geschickt, den wir im Folgenden veröffentlichen:

BVDN vergleicht Äpfel mit Birnen! Leserbrief der im GK II zusammenschlossenen Psychotherapeutenverbände zur Stellungnahme von BVDN, BDP und DGPPN im „Neurotransmitter“ 9/2011

Die Stellungnahme des BVDN, BVDP und der DGPPN, veröffentlicht in der Ausgabe 9/2011 des Verbandsorgans des BVDN „Neurotransmitter“ zum ZDF-Beitrag Frontal 21 „Zu wenig Hilfe für psychisch Kranke“ stellt einen Affront gegen die in der rea-

len Versorgung gute Zusammenarbeit der Fach- und Berufsgruppen zur Versorgung psychisch Erkrankter, eine Herabsetzung der Not leidenden Psychotherapiepatienten und eine Verleugnung derer Behandlungsbedürftigkeit dar.

Im Einzelnen:

Die Stellungnahme behauptet: Die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen sei einerseits durch eine Unterversorgung, andererseits durch eine Fehlallokation von Ressourcen gekennzeichnet. Von Psychologischen Psychotherapeuten würden hauptsächlich jüngere und leichter erkrankte Patienten behandelt.

Tatsache ist: Erst jüngst hat die TK-Modell-Studie erneut bestätigt, dass Psychotherapiepatienten im deutschen Versorgungssystem eine hohe Krankheitslast, sowohl psychisch als auch somatisch, aufweisen. Von leicht Erkrankten kann in keiner Weise die Rede sein.

Die Stellungnahme behauptet: Das zentrale Problem in der Versorgung psychisch Kranker sei die Fehlallokation von Ressourcen. Je kränker die Patienten sind, desto weniger Hilfe stehe zur Verfügung.

Tatsache ist: Die Vergütung der Psychotherapie, insbesondere der hier aufgeführten Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt aus der Gesamtvergütung aller Ärzte und hat soviel unmittelbaren Einfluss auf die Vergütung der Psychiater wie die Leistungsvergütung von Orthopäden oder Augenärzten, d.h. keinen. Wenn dennoch der falsche Eindruck erweckt wird, Einsparungen bei der Psychotherapie käme anderen psychisch Kranken zu gute, so ist das versorgungspolitisch unsinnig und ethisch unverantwortlich: Es wird einer Rationierung ausgerechnet im Bereich der Versorgung psychisch Kranker das Wort geredet und damit deren Ansprüche auf adäquate Behandlung öffentlich in Frage gestellt. Damit befördern die Autoren vorhandene gesellschaftliche Tendenzen, psychische Leiden gegenüber somatischen zu vernachlässigen und deren medizinische Behandlungsbedürftigkeit in Abrede zu stellen. Viel sinnvoller wäre es, sich gemeinsam für

Verbesserungen der Versorgung psychisch Kranker und für eine bessere Vergütung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen einzusetzen.

Die Stellungnahme behauptet: „Unter gegenwärtigen Vergütungsregelungen stehen niedergelassenen Psychiatern für die Behandlung von diesen schwer erkrankten Patienten im Quartal etwa 30 Minuten finanzierte Sprechzeit zur Verfügung. Dagegen stehe für die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit leichteren Störungen ein Behandlungsrahmen von 25 bis 300 Therapiestunden zur Verfügung. Eine Richtlinien-Psychotherapie von 50 Stunden schlägt mit zirka 4.500 Euro im Jahr zu Buche. Dieser Betrag entspräche in etwa den Ressourcen, mit denen 25 schwerkranke Patienten über ein ganzes Jahr auskommen müssten.

Tatsache ist: Die Ressourcen für schwer psychiatrisch Erkrankte sind deutlich höher als angegeben, sowohl die Betreuungs- als auch die Medikamentenkosten wurden nicht einbezogen. Bei einer realistischen Ressourcenbeurteilung müsste auch berücksichtigt werden, dass chronisch Kranke, ob psychisch oder somatisch, medizinische Leistungen in stark variierender Dichte benötigen und der Ressourcenverbrauch nicht punktuell, sondern i.d.R. lebensbegleitend anfällt. Auch wird bei den 30 Minuten nicht erläutert, dass es sich um einen Durchschnittswert handelt. Hier soll in keiner Weise bezweifelt werden, dass Psychiater für die Behandlung ihrer Patienten längere und angemessener bezahlte Sprechzeiten bräuchten. Nur wird unterschlagen, dass Psychiater ihren Patienten Psychotherapie in jeder ihnen adäquat erscheinenden Länge zukommen lassen könnten. Somit müssen sich die Autoren nach ihren Motiven fragen lassen.

Die Stellungnahme behauptet: „Das wesentliche Problem bestehe aber in einem Honorarsystem mit völlig irrationalen Anreizen...Die gegenwärtige Form der Honorierung belohne die Betreuung vieler vergleichsweise leicht kranker Patienten und führe zu wirtschaftlichen Nachteilen für denjenigen, der mit hohem zeitlichem Aufwand

schwer, chronisch oder komplex erkrankte Patienten ambulant versorge.“

Tatsache ist: Das Honorarsystem benachteiligt sowohl die Psychiater als auch die Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie und alle Psychotherapeuten. Hier von irrationalen Anreizen zu sprechen, zeugt von völliger Unkenntnis: Psychotherapeuten haben mit Abstand die durchschnittlich geringsten Umsätze und Gewinne. In keinem anderen medizinischen Gebiet wäre eine so gegen die Bedürfnisse der eigenen Patienten und der kooperierend die Patienten mitbehandelnden anderen Fachgruppen gerichtete öffentliche Meinungsäußerung denkbar.

Zusammenfassend wird festgestellt: Die Stellungnahme des BVDN, BVDP und der DGPPN beschädigt das Ansehen aller für psychisch Kranke tätigen Ärzte, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ihrer Patienten und schadet den gemeinsamen Interessen. Es ist unverständlich, dass die Autoren dieser Stellungnahme dabei auch die Psychiaterinnen und Psychiater in den eigenen Reihen desavouieren, die sich der medizinisch notwendigen Versorgung von Psychotherapiepatienten widmen.

Reaktionen aus Berlin auf DGVT-Initiative

Das Versorgungsstrukturgesetz – unterschiedlich interpretiert

(ab). Auf unsere Appelle, das Versorgungsstrukturgesetz nachzubessern, damit die Psychotherapie nicht unter die Räder kommt, haben wir – zumindest aus Reihen der Entscheidungsträger – nicht gerade ermutigende Antworten erhalten. Wir veröffentlichen im Folgenden Auszüge aus den Schreiben des FDP-geführten Bundesgesundheitsministeriums, der Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) und der Abgeordneten Biggi Bender, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Antwort aus dem BMG

Das Bundesgesundheitsministerium ließ einen Mitarbeiter antworten. Weder Minister Daniel Bahr (FDP) noch einer seiner Staatssekretäre nahmen zu unserem Schreiben Stellung:

„Im Auftrag von Bundesminister Daniel Bahr danke ich Ihnen für Ihr Schreiben vom 04. Oktober 2011. Sie sprechen die psychotherapeutische Versorgung an. Sie kritisieren insbesondere, dass der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) nicht ausreichend auf die Belange der psychotherapeutischen Versorgung eingeht.

(...) ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung nach den dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorliegenden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Frühjahr 2011 als insgesamt gut zu bezeichnen. Aus Sicht des BMG sind die diesen Daten zugrundeliegenden Vorgaben der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) jedoch überarbeitungsbedürftig und bezogen auf den aktuellen Versorgungsbedarf anzupassen.

Daher verfolgt der Entwurf des GKV-VStG das Ziel, eine zielgenauere Bedarfsplanung zu ermöglichen, um auch in Zukunft eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen. Dies schließt ausdrücklich die psychotherapeutische Versorgung mit ein.

So ist vorgesehen, dass der G-BA die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad für alle Arztgruppen künftig allein nach sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen vorzunehmen hat. Als sachgerechte Kriterien für die Anpassung der Verhältniszahlen kommen, über die gesetzlich ausdrücklich vorgegebene Demographie hinaus, auch solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben (...)

Um darüber hinaus den Versorgungsbedarf vor Ort noch besser abbilden zu können, ist zudem vorgesehen, dass bei der Aufstellung des Bedarfsplanes auf Landesebene von der Bedarfsplanungsrichtlinie abgewichen werden kann. Ergibt sich insbesondere aus der regionalen demographischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur der Versicherten z. B. ein spezifischer oder überdurchschnittlicher psychotherapeutischer Versorgungsbedarf, können z.B. abweichende Verhältniszahlen für diese Arztgruppe festgelegt werden. (...)

Soweit befürchtet wird, dass es in Zukunft (...) zu einer willkürlichen und bedarfsunabhängigen Schließung von psychotherapeutischen Praxen kommen wird, teilt das BMG diese Auffassung nicht.

Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die KVen von der Möglichkeit eines Vorkaufsrechts nur unter Beachtung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs Gebrauch machen werden und so ihre Verantwortung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten gerecht werden. Insbesondere vor dem Hintergrund einer sich ändernden Bedarfsplanung und unter Beachtung des zukünftigen medizinischen Behandlungsbedarfs wäre ein kurzfristiger Abbau der Kapazitäten einzelner Arztgruppen nicht zielführend. Einige KVen haben diese Sichtweise inhaltlich bereits bestätigt. Hinzuweisen ist auch darauf, dass ein Vorkaufsrecht nur dann bestehen soll, soweit sich nicht ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner des ausscheidenden Psychotherapeuten oder ein Psychotherapeut, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewirbt.“

Antwort der Justizministerin

„Haben Sie vielen Dank für Ihr Schreiben. Sie sprechen darin mögliche Auswirkungen der mit dem Versorgungsgesetz geplanten Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auf die Psychotherapeuten an.

Das dargestellte Problem ist den Gesundheitspolitikern der FDP-Bundestags-

fraktion bekannt. Sie haben bereits Ende Mai 2011 zu dieser Thematik ein längeres Gespräch mit dem Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter und weiteren Vertretern der Bundespsychotherapeutenkammer geführt. In diesem Gespräch hat Herr Lanfermann als gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion deutlich gemacht, dass es *keinesfalls die Absicht der Regierungskoalition ist, die Versorgung psychisch kranker Mensch zu verschlechtern.*

Die Zielsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes ist vielmehr, eine gute und flächendeckende medizinische Versorgung der Patienten, auch für die Zukunft, sicher zu stellen. Dazu gehört auch eine flexiblere, den Verhältnissen vor Ort besser Rechnung tragende Bedarfsplanung. Wie danach der Status der Arztgruppen und Planungsbereiche aussehen wird, ist heute noch nicht absehbar. Daneben geht die FDP-Bundestagsfraktion natürlich davon aus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen von der Möglichkeit des Vorkaufsrechtes in überversorgten Gebieten verantwortungsvoll, d. h. im Sinne einer guten Versorgung der Patienten, Gebrauch machen werden.“

Antwort der Grünen

„Herzlichen Dank für Ihre Mail zur psychotherapeutischen Versorgung sowie zu den kurzfristigen und langfristigen Handlungsnotwendigkeiten im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen steht in regelmäßigem Austausch mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und psychotherapeutischen Verbänden. Bereits im Juli 2011 wurde *eine parlamentarische Initiative ergriffen, die die Forderung nach einer kurzfristig umzusetzenden Neuberechnung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung der PsychotherapeutInnen unterstützt.* (...)

Die Forderung einer Neuberechnung der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung für PsychotherapeutInnen wird die Bundestagsfraktion im Rahmen der Anhörung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (...) auf-

greifen. Unsere Bemühungen, die Aktivitäten der Psychotherapeutenkammern und -verbände als auch die des Bundesrates scheinen Wirkung zu zeigen. (...)

Auch wir haben die Empfehlungen des Bundesrats zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 23.9.2011 mit großem Interesse wahrgenommen. Die Forderung Nr. 32a zur Neuberechnung der Bedarfswahlen der PsychotherapeutInnen unterstützen wir Grünen. Ebenso stimmen wir der unter Nr. 32b geforderten Streichung der bis Ende 2013 geltenden Freihaltung von Sitzen für ärztliche PsychotherapeutInnen zu. Damit fände der nur für PsychotherapeutInnen geltende Unterschied zwischen rechnerischem und tatsächlichem Versorgungsgrad ein Ende.

Bei den Forderungen, die Bedarfsplanung langfristig zu einer Versorgungsplanung (Stichworte: Orientierung an der Morbidität, Schaffen einer soliden Datenbasis, Ausrichtung an qualitativen Versorgungszielen, sektorenübergreifender Ansatz, mehr Partizipation vor Ort) auszubauen, gibt es sehr große Überschneidungen zwischen den Forderungen der BPtK und den grünen Vorstellungen. Die grüne Bundestagsfraktion hat einen Antrag zur Versorgungsplanung in den Bundestag eingebracht. (...)

Grüne verlangen neuen VStG-Gesetzentwurf

Kritik am Versorgungsstrukturgesetz Psychotherapie-Belange im Blick

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen hat die Bundesregierung aufgefordert, den Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz zurückzuziehen. In ihrem Antrag an den Bundestag vom 28.9.2011 (Drucksache 17/7190) „Wirksame Strukturreform für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung“ kritisieren die Grünen, dass nicht die Bedürfnisse der PatientInnen im Vordergrund stünden, sondern die „finanziellen Interessen einzelner Leistungserbringer“. Und weiter heißt es: „Neue Versorgungslösungen werden behindert, bestehende Instrumente zum

Abbau von Über- und Fehlversorgung werden wieder abgeschafft, wirksame Anreize für mehr Qualität werden nicht geschaffen und die Potenziale nichtärztlicher Gesundheitsberufe werden schlicht ausgeblendet.“ Für die Grünen ist dies nichts anderes als „Reformversagen“.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen neuen Gesetzesentwurf vorzulegen, der folgende Aspekte berücksichtigt:

1. Die bisherige Bedarfsplanung soll reformiert werden hin zu einer sektorübergreifenden und auf gründlichen Analysen (u.a. unter Berücksichtigung der Morbidität und Sozialstruktur) und Versorgungszielen fußenden Versorgungsplanung.
2. Die Primärversorgung soll deutlich aufgewertet und in ihrer Rolle als Lotse der Versorgung gestärkt werden. Gute Primärversorgung gehe weit über die in Deutschland bislang praktizierten Hausarztmodelle hinaus. Einzelpraxen müssten sich zu Primärversorgungszentren mit größerer Patientenorientierung und Einbindung weiterer Gesundheitsberufe entwickeln.
3. Die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen soll neu gestaltet werden. Es sollen Anreize für mehr teamorientierte Zusammenarbeit entstehen und flexiblere und familienfreundliche Arbeitszeiten ermöglicht werden. Dabei geht es den Grünen nicht nur um eine bloße Delegation von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal, sondern um eine grundsätzliche Neuformulierung heilkundlicher Aufgaben. So können Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe die Verordnungskompetenz für bestimmte Leistungen erhalten. „Die Illusion der Allzuständigkeit der Ärzte und Ärztinnen ist auch in deren eigenem Interesse aufzulösen.“ 4,7 Millionen Menschen arbeiten im deutschen Gesundheitswesen, davon sind nur 320.000 ÄrztInnen. Das sind gerade mal acht Prozent.
4. Mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen wie regionale Versorgungsverbünde und Gesundheitszentren sollen geschaffen werden. Die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen, soll auf Ärztenetze, Gesundheitsverbünde, Kommunen und Patientenorganisationen ausgeweitet werden, heißt es weiter. Die Leitung soll nicht nur ÄrztInnen, sondern auch PsychotherapeutInnen oder qualifizierten Pflegekräften ermöglicht werden.
5. Schließlich sollen noch „wirksame Reize zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung“ gesetzt werden. Durch eine stärkere Koordinierung können Unter- und Fehlversorgung erheblich reduziert werden. Die Wiederbesetzung von Kassensitzen in überversorgten Regionen soll zur Ausnahme werden. Die KVen sollen regelhaft überzählige Sitze aufkaufen und stilllegen. Die besondere Situation der PsychotherapeutInnen haben die Grünen dabei im Blick: „In der Bedarfsplanung besteht keine systematische Verbindung zwischen der Zahl von Psychotherapeuten/100.000 Einwohner und den Versorgungsgraden. Daher ist eine kurzfristige Neuberechnung notwendig, die verhindert, dass in rechnerisch überversorgten Gebieten durch einen Abbau faktische Unterversorgung entsteht.“

Angela Baer

Keine Versorgung in der Muttersprache

Petitionsausschuss bewertet Wirtschaftlichkeitsgebot höher

Seit vielen Jahren engagiert sich die DGVT für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Unsere Fachgruppen und auch Symposien bei Kongressen der DGVT haben dazu beigetragen, die Sensibilität für diese Problematik zu erhöhen und die verschiedenen Facetten der Thematik herauszuarbeiten.

Die am 8.5.2010 dem Deutschen Bundestag vorgelegte Petition mit der Forderung nach einer kultursensiblen muttersprachlichen Psychotherapie für Menschen mit Zuwanderungshintergrund wurde deshalb in ihrer Kernforderung von der DGVT unterstützt (siehe hierzu Artikel von 2010 auf der DGVT-Homepage unter www.dgvt.de).

Der Deutsche Bundestag hat diese Petition nun am 29.09.2011 abschließend beraten und Folgendes beschlossen:

1. Die Petition

- a) der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Bildung und Forschung – als Material zu überweisen,
- b) den Fraktionen des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben, soweit die bessere Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen gefordert wird;

2. Das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.

Der Petitionsausschuss begründet dies wie folgt:

„Soweit die Petenten die allgemeine Unterversorgung mit psychotherapeutischen Leistungsbringern monieren, ist darauf hinzuweisen, dass nach den vorliegenden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: Anfang 2009) nur im Planungsbereich Sachsen Unterversorgung zu verzeichnen war, während 390 von 395 Planungsbereiche wegen Überversorgung für weitere Zulassungen gesperrt waren. Von einer allgemeinen Unterversorgung mit Psychotherapeuten kann nicht gesprochen werden. Es sind jedoch keine Informationen oder Daten darüber vorhanden, in welchem Umfang die zugelassenen Psychotherapeuten in der Lage sind, fremdsprachige Psychotherapie anzubieten und durchzuführen.“

Sofern die Petition die Forderung enthält, muttersprachliche Psychotherapie und die möglichen Kosten der Hinzuziehung eines professionellen Dolmetschers in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, möchte der Petitionsausschuss auf die derzeitige Rechtslage hinweisen. Demnach gehört die Gewährleistung einer Verständigung

der Versicherten mit dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten in der jeweiligen nicht-deutschen Muttersprache nicht zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung und ist nicht als Nebenleistung zur Krankheitsbehandlung anzusehen. Daher dürfen auch die Kosten für die Hinzuziehung eines Dolmetschers nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Diese Auffassung wurde durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) Urteil vom 19.07.2006 (Az.: B 6 KA 33/05 B) bestätigt.

Der Petitionsausschuss macht darauf aufmerksam, dass diese Rechtslage letztlich Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist (§ 12 SGB V). Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll dazu dienen, Beitragserhöhungen zu vermeiden und die finanzielle Stabilität sowie die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit der GKV langfristig zu gewährleisten. Deshalb begrenzt das geltende Recht das Entstehen der gesetzlichen Krankenkasse auf das medizinisch Notwendige. Hierdurch wird die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten vor finanzieller Überforderung geschützt. Der Petitionsausschuss erkennt an, dass die von den Petenten geforderte Leistungserweiterung in manchem Einzelfall hilfreich erscheinen mag. Der Ausschuss muss jedoch zu bedenken geben, dass eine Erweiterung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar erhebliche Kostensteigerungen zur Folge hätte, die letztlich durch die Beiträge vieler Millionen von Beitragszahlern zu schultern wären. Auch dieser Gesichtspunkt muss bei einer sorgfältigen politischen Abwägung eine Rolle spielen. Schlussendlich fällt die Abwägung des Petitionsausschusses zugunsten der Beitragsstabilität und der Kostendämpfung aus.

Das Kernanliegen der Petition findet daher nicht die Unterstützung des Petitionsausschusses.“

Der Petitionsausschuss ignoriert damit, dass Psychotherapie als „sprechende Medizin“ auf die sprachliche Verständigungsmöglichkeit zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn in besonderem Maße angewiesen

ist. Die sprachliche Integrationsleistung der Betroffenen darf nicht zur Voraussetzung für den Anspruch auf soziale Teilhabe (hier konkret auf den Anspruch auf Psychotherapie als GKV-Leistung) gemacht werden.

Der Hinweis auf das Wirtschaftsleistungsgebot verkennt, dass die Folgekosten einer Nicht- oder Fehlbehandlung unter Umständen um ein Vielfaches höher werden könnten.

Waltraud Deubert

Förderinstrumente für Arbeitslose auf dem Prüfstand

Instrumentenreform: Regierung und Opposition geteilter Meinung

Mit „Förderinstrumente für Arbeitslose“ oder „arbeitsmarktpolitische Instrumente“ sind Maßnahmen gemeint, mit denen Menschen in Arbeit gebracht werden sollen. Dazu zählen die Umschulung genauso wie Hilfen beim Übergang von der Schule ins Berufsleben, dem Verbleib in einem Beruf oder die Teilhabe Schwerbehinderter. Diese Förderinstrumente für Arbeitslose will die Bundesregierung jetzt reformieren und hat dazu einen „Gesetzentwurf zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“ vorgelegt.

Dieser Gesetzentwurf stieß bei Experten auf ein geteiltes Echo. In einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Soziales zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt (Drucksache 17/6277) und zu den Anträgen der Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke (Drucksache 17/6454, 17/6319, 17/5526) am 5. September 2011 unterstützten die Sachverständigen zwar das Ziel der angestrebten flexibleren Arbeitsvermittlung. Einige lehnten jedoch die Mittelkürzungen vor allem bei Hartz-IV-BezieherInnen ab.

Mit dem Gesetz will die Bundesregierung nicht nur die Integration in die Er-

werbsarbeit beschleunigen, sondern auch den Bereich der öffentlich geförderten Beschäftigung neu ordnen. Von den Veränderungen betroffen sind sowohl Leistungen der aktiven Arbeitsförderung (Drittes Sozialgesetzbuch, SGB III) als auch Eingliederungsleistungen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Zweites Sozialgesetzbuch, SGB II). So soll es künftig nur noch zwei Instrumente geben: Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (Ein-Euro-Jobs) und Arbeitsverhältnisse durch Zuschüsse zum Arbeitsentgelt. Entscheidend für die Förderung sind laut Entwurf „mangelnde Chancen auf Eingliederung in den Arbeitsmarkt“. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) werden abgeschafft. Darüber hinaus sollen dezentrale Entscheidungskompetenzen der Vermittler vor Ort gestärkt, ineffektive Fördermaßnahmen abgeschafft und andere so verändert werden, dass eine schnellere Vermittlung von Arbeitslosen in den ersten Arbeitsmarkt möglich wird.

Die Oppositionsparteien stimmten den Koalitionsfraktionen zwar darin zu, dass eine Instrumentenreform dringend nötig gewesen sei. Für den von Union und FDP beschrittenen Weg dorthin zeigten sie jedoch kein Verständnis. „Es ist schade, dass sich die Reform an den Einsparvorgaben des Bundesfinanzministers orientiert“, stellten die Grünen fest. Die „schlichte Gleichung“, bei weniger Arbeitslosen auch weniger Geld für deren Qualifizierung ausgeben zu müssen, funktioniere nicht. Denn die Mehrheit der derzeitigen Arbeitslosen seien jene, die besonderen Betreuungsbedarf haben, so die Grünen weiter. Ihre Kollegen von der SPD bezeichneten den Gesetzentwurf als „strukturell vollkommen falsch angelegt“, weil er zu den „zentralen Bereichen wie Langzeitarbeitslosigkeit und Fachkräftemangel keine Lösungsansätze bietet.“ Die Linke skizzierte zum Beispiel die ABM als „absolut wirkungsvolles Instrument“ und störte sich außerdem, genau wie die Grünen, an der Beibehaltung der Vermittlungsgutscheine, mit denen Arbeitslose zu einem privaten Arbeitsvermittler anstatt zur Bundesagentur für

Arbeit gehen können. Davon hätten lediglich die gut qualifizierten Arbeitslosen etwas.

Die Opposition kritisierte in ihren Anträgen insgesamt eine einseitige Konzentration auf den „arbeitsmarktnahen“ Personenkreis und forderte eine stärkere Beachtung von Menschen mit „verfestigten Vermittlungshemmnissen“.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband und der Deutsche Gewerkschaftsbund warnten vor einer Spaltung des Arbeitsmarktes und appellierten an alle Abgeordneten, die geplanten Kürzungen zu Lasten von Langzeitarbeitslosen im Bundestag zu stoppen. *„Was wir aktuell erleben, ist eine Zwei-Klassen-Arbeitsmarktpolitik, die den langfristigen Zusammenhalt dieser Gesellschaft zunehmend aus den Augen verliert. Auf der Strecke bleiben dabei Langzeitarbeitslose und schwer Vermittelbare, darunter viele Menschen ohne Ausbildung, Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen, ältere Arbeitslose oder ohnehin benachteiligte Jugendliche“*, warnte Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Paritätischen. Mit ihren Plänen besiegele die Bundesregierung den schleichenden Tod der Hilfen für Langzeitarbeitslose. Das arbeitsmarktpolitische Bündnis aus Gewerkschaften und Sozialverbänden forderte die Bundesregierung auf, die Sparbeschlüsse in der Arbeitsmarktpolitik zurückzunehmen und sozialversicherungsrechtliche Beschäftigungsangebote für Langzeitarbeitslose sowie die rechtliche und finanzielle Absicherung von Beschäftigungsunternehmen und Fort- und Weiterbildungsträgern auszubauen. Eine Website informiert über den aktuellen Stand des Aufrufs (www.arbeitsmarktpolitik-fuer-alle.de).

Die Mehrheit der Länder stoppte die Reform und rief den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat an. Neben den von SPD, Grünen und der Linkspartei regierten Ländern hatten auch Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (hier regieren Große Koalitionen) für den Vermittlungsausschuss gestimmt. Die Anrufung des Vermittlungsausschusses hat der Paritätische noch einmal zum Anlass genommen, sich in offenen Briefen an den Ausschuss „Arbeit

und Sozialpolitik“ des Bundesrates sowie die Ausschüsse „Haushalt“ und „Arbeit und Soziales“ des Deutschen Bundestages zu wenden. Er bittet darin eindringlich, sich für eine Rücknahme oder zumindest Abschwächung der Kürzungen in der aktiven Arbeitsmarktpolitik einzusetzen.

Das Gesetz soll – so es Bundestag und Bundesrat durchlaufen hat – zum 1. April 2012 in Kraft treten.

Waltraud Deubert

Pflegeversicherung bleibt Problemfall

**Regierung kommt mit ihrem
„Jahr der Pflege“ nicht in Schwung**

FDP-Chef Philipp Rösler hatte, als er noch Gesundheitsminister war, das Jahr 2011 zum „Jahr der Pflege“ ausgerufen. Die seinerzeit im Koalitionsvertrag bekundete Absicht, die Pflegeversicherung demografiefest zu machen, scheint weitgehend aus dem Blick geraten. Es sind zwar in der Zwischenzeit verschiedene Modelle öffentlich geworden. Doch eine Einigung hat bisher nicht stattgefunden.

Der jetzige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr würde die Pflegeversicherung nach dem Vorbild der Rente um eine private Zusatzversicherung ergänzen. Einige CDU-Abgeordnete um den Gesundheitsexperten Jens Spahn wollen dagegen den Beitrag zur Pflegeversicherung erhöhen und zusätzlich von jedem Versicherten einen Zusatzbeitrag fordern zur Kapitalrücklage. CSU-Chef Horst Seehofer dagegen möchte eher Beitragserhöhungen vermeiden und die Kosten für schwere Pflegefälle, Demenzkranke und Behinderte lieber aus dem allgemeinen Steuertopf finanzieren.

Am 5. November haben die Führungen der Koalitionsparteien ein Paket von politischen Vorhaben verabredet, bei dem es u. a. auch um die Pflegeversicherung ging. Union und FDP verständigten sich auf eine Beitragsanhebung zum 1. Januar 2013 um 0,1%

auf 2,05 %. Der Pflegeversicherung soll dadurch gut 1 Mrd. Euro mehr zur Verfügung gestellt werden – damit sollen die ambulanten Geldleistungen bei erhöhtem Betreuungsbedarf gesteigert und die Betreuung in Heimen verbessert werden. Ergänzt werden soll der Schritt durch die Einführung einer privaten Vorsorge nach dem Vorbild der Riester-Rente. Wer sich zusätzlich so versichert, soll zum 1. Januar 2013 dafür steuerlich gefördert werden.

Die Kritik der Opposition, der Gewerkschaften und Sozialverbände ließ nicht lange auf sich warten. Es gab Kommentare wie: „Die einzigen, die hier verdienen werden, sind die Versicherungsunternehmen.“ oder „Enttäuschend!“ oder „Ein kleines Pflaster, mit dem man die großen Lücken nicht schließen kann.“ So wird nicht nur dieses Jahr, sondern auch 2012 zu einer Nullnummer der Pflege.

Eine geringfügige Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrags und die steuerliche Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung reichen bei weitem nicht aus.

Zur Umsetzung der Beschlüsse will das FDP-geführte Gesundheitsministerium zwar jetzt aufs Tempo drücken; es ist aber kaum davon auszugehen, dass die Reform noch wie geplant zum 1. Januar 2012 in Kraft treten kann.

Ergebnisse hat nach etlichen Monaten aber jetzt vor allen Dingen das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Dr. Kristina Schröder (CDU) vorzuweisen. Der Bundestag hat am 20. Oktober 2011 gegen das Votum der Opposition den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz – FPfzG – Bundesdrucksache 17/6000) beschlossen. Das Gesetz wird damit zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Die von der Bundesregierung beschlossene Familienpflegezeit sieht vor, dass Beschäftigte ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden reduzieren können, wenn sie einen Angehörigen pflegen. Wird z.B. die Arbeitszeit in der Pflegephase von 100% auf 50%

reduziert, erhalten die Beschäftigten weiterhin 75% des letzten Bruttoeinkommens. Zum Ausgleich müssen sie in der Nachpflegephase wieder voll arbeiten, bekommen in diesem Fall aber weiterhin nur 75% des Gehalts – so lange, bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist. Der Arbeitgeber ist allerdings nicht verpflichtet, einen solchen Vertrag abzuschließen. Das bedeutet umgekehrt, dass für Arbeitnehmer kein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht. Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, sagte bei einer Veranstaltung in ihrem Wahlkreis, für den Fall, dass die Arbeitgeber dem nicht ausreichend nachkommen, könne man für die Pflegephase immer noch eine Verpflichtung einführen.

Waltraud Deubert

Lerntherapie mit Kindern und Jugendlichen bei Lern-Leistungsstörungen



Unter den kinder- und jugendpsychotherapeutisch relevanten Störungsbildern haben die Lern-Leistungsstörungen in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Um die für deren erfolgreiche Behandlung spezifischen Kompetenzen zu vermitteln, bietet die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp) für KJP-LehrgangsabsolventInnen, HochschulabsolventInnen (SchulpsychologInnen, PädagogInnen, SozialpädagogInnen) sowie niedergelassenen LerntherapeutInnen einen 3-teiligen Aufbau-Lehrgang an:

Termine:

Diagnostik:

14. - 15. Januar 2012

Therapeutisches Vorgehen I:

11. - 12. Februar 2012

Therapeutisches Vorgehen II:

21. - 22. April 2012

Ort: Institut Bottrop

Ein Fortsetzungslehrgang zum/zur "LerntherapeutIn (DGVT)" startet im Herbst 2012.

www.afp-info.de

Bundesakademie@afp-info.de

☎ 0700 - 237 237 00

www.afp-info.de

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Landespsychotherapeutenkammer: Vertreterversammlung tagte

Eine zweitägige Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg fand im Oktober statt. Unter den vielen Punkten möchte ich nur zwei Dinge herausgreifen: Die Entschädigungen für die gewählten Vertreter und den Vizepräsidenten wurden erhöht. In der ursprünglichen Vorlage des Haushaltsausschusses waren höhere Entschädigungen eingeplant gewesen als letztlich vereinbart wurden. Günther Ruggaber (DGVT-Liste „Kammer besser machen“) beantragte jeweils eine geringere Steigerung der einzelnen Entschädigungsposten. Zufrieden mit dem Ergebnis waren wir dennoch nicht ganz, da wir uns nicht mit allen Vorschlägen (die bereits Kompromisse waren) durchsetzen konnten. Die Höhe der Entschädigungen der Ehrenamtlichen sollte auch im Vergleich zu den anderen Bundesländern gesehen werden. Die DGVT veröffentlicht in regelmäßigen Abständen die Entschädigungs- und Reisekostenordnungen der Landespsychotherapeutenkammern, zuletzt in der Rosa Beilage 2/2011.

Der ausführliche Bericht des Vorstandes, der sich auch mit der Arbeit der BPTK beschäftigt, ist auf der Homepage der Kammer nachzulesen. Zu diesem Bericht gehören auch Informationen über den Jahresabschluss des Psychotherapeutenversorgungswerkes NRW. Bekanntermaßen haben sich die Baden-Württemberger dem Versorgungswerk in NRW angeschlossen, dem nun auch die OPK beigetreten ist. Auf zwei Zahlen aus dem Bericht möchte ich hinweisen: Der Garantiezins beträgt 3,5 %, für den inzwischen Vorsorge getroffen wurde (durch eine „Zinsunterdeckungsreserve“), die Verwaltungskosten konnten von 4,73 % auf 4,69 % gesenkt werden. Letzteres ist allerdings immer noch relativ hoch. Wer dort Mitglied ist, sollte sich über die Entwicklungen in-

formieren und insbesondere den Verwaltungskostenanteil im Auge behalten.

Regionales Mitgliedertreffen

Ein regionales Mitgliedertreffen der DGVT-Landesgruppe fand am 14. Oktober unter dem Motto statt: „Stuttgart 21 – (sozial) psychologisch betrachtet“. Eingeladen wurde zu einer Führung über das Bahnhofsgelände mit anschließender Diskussion. Es kamen KollegInnen u.a. aus Ulm, Tübingen und Stuttgart, zusätzlich Angela Baer von der DGVT-Geschäftsstelle und eine Frau von der Mahnwache am Hauptbahnhof, die die Protestbewegung genau kennt. Die Gruppe von etwa zehn Personen zog zunächst bei strahlendem Sonnenschein über das Bahnhofsgelände und den angrenzenden Park. Erstaunlich war, dass von vielen Teilnehmern Geschichten über diese Orte erzählt wurden, es wurde auch deutlich, dass Erfahrungen geteilt werden. Bei dann schon kühler werdenden Temperaturen fand die Diskussion über sozialpsychologische Thesen direkt im Schlosspark statt.

Landessprecherin Renate Hannak-Zeltner stellte zunächst als „Auffälligkeitshypothesen“ ihre Beobachtungen zur Entwicklung der Bürgerbewegung gegen S21 vor, anschließend sozialpsychologische Interpretationen. In der Diskussion wurden weitere Gedanken eingebracht, die wesentliche Ergänzungen und Erweiterungen darstellten.

Hier zunächst die *Auffälligkeitshypothesen*:

1. Kreativität und Schaffenskraft sind erstaunlich: Mit unglaublicher Energie werden Ideen entwickelt, langfristige und aufwändige Pläne umgesetzt, Plakate, Wandzeitungen und Flyer erarbeitet, Mahnwache und Infostände betrieben und Versammlungen und Demonstrationen und kulturelle Darbietungen organisiert.

2. Wissenschaftliche Themen aus verschiedensten Bereichen wurden erarbeitet und am Beispiel S21 allgemein diskutiert: Eisenbahnwissenschaft, Geologie, Wasserwirtschaft, Architektur, Betriebswirtschaft, Verwaltungswissenschaft (Genehmigungsverfahren, Planfeststellung), Rechtswissenschaft, Theologie, Biologie, Philosophie, Bauwirtschaft und Stadtentwicklung.
3. Neue Medien und Kommunikationsstrukturen führten zu handlungsfähigen Organisationsformen.
4. Eine Webcam führte zu Flügel-TV, Infoblätter zu neuen Wochen- und Monatszeitungen (nachzusehen unter www.fluegel.tv, www.kontextwochenzeitung.de, www.21einundzwanzig.de)
5. Lebensformen, die zuvor in Stuttgart nicht vorstellbar waren, sind Wirklichkeit (zumindest temporär): Bürgerversammlungen auf dem Marktplatz mit z.B. dem Ministerpräsidenten, Zeltbewohner im Schlossgarten, Gespräche mit anderen BürgerInnen einfach so...
6. Die „Alten“ (z.B. gut situierte Akademiker, Rentner, pensionierte Beamte) fallen als neue Protestgruppen auf und investieren Zeit und Geld.

Welche Erklärungen finden sich?

- Gemeindepsychologische Ansätze: Diskutiert wurde der Gesundheitsbegriff von Heiner Keupp, der eine selbstbestimmte Lebensweise beinhaltet, wie in einem Vortrag bei der LPK-BW in allgemeiner Form dargelegt wurde (nachzulesen auf der Homepage www.lpk-bw.de, Fachportal). Genannt wurde dort auch das salutogenetische Modell von Antonovsky (1979, 185). In diesem Modell hat z.B. die Art der Lebenserfahrung und das Kohärenzgefühl als Gefühl des Vertrauens in die eigene Sinnstiftung über erfolgreiches/nicht erfolgreiches „Spannungsmanagement“ Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheits-Kontinuum. Kann das Engagement für einen sinnvollen Kopfbahnhof damit als Teil der psychischen

Gesundheitsförderung angesehen werden? Oder um es mit Heiner Keupp auszudrücken: Selbstwirksamkeitserfahrungen entstehen durch Engagement.

- Was ist mit alterspsychologischen Ansätzen? Wie setzen sich ältere Menschen mit verfügbarer Zeit und ausreichenden Ressourcen für die Gemeinschaft ein? Gibt es Alterskohorten, z.B. früher Studentenbewegung, heute Kopfbahnhof-Freund? Die Untersuchungen des Göttinger Instituts für Demokratieforschung liefern aktuelle Daten (www.demokratie-goettingen.de, Neue Studie zu Protesten). Befragt wurden die Teilnehmer der Protestbewegung selbst. Knapp zusammengefasst sind die Befragten eher überdurchschnittlich gebildet (70 % haben Abitur, davon über 40 % einen Hochschulabschluss. Für Protestierende sind sie eher schon etwas älter, 75 % sind über 35 Jahre alt, 20 % sogar über 55 Jahr alt. Männer und Frauen sind fast gleich verteilt, mit leichtem Übergewicht der Männer. Die meisten haben bereits Erfahrungen mit anderen Protestformen oder Demonstrationen gemacht, 20 % der Befragten haben häufig an politischen Aktionen teilgenommen. Gerade diese Gruppe ist relativ alt. Der Wunsch nach mehr demokratischer Beteiligung war durchgängige Einstellung. Als Motive konnten keine wirtschaftlichen/finanziellen Interessen ausfindig gemacht werden, sondern es hat „neben konkreten projektbezogenen Gründen insbesondere die Intransparenz der Entscheidungsprozesse die Teilnahme an den Protesten motiviert.“
- Eine Beteiligung von Schülern und jungen Erwachsenen erfolgt über ihre speziellen Themen (verwaahrloste Schulen, neue Medien).
- Und nicht zu vergessen ist der Unterhaltungsfaktor: Es gibt eine Art Marktplatz mit Austauschmöglichkeiten, Treffpunkte, Anregung und kulturelle Darbietungen.
- Alltag ist durch freie Verfügungszeiten gekennzeichnet.

Weitere Punkte wurden in *Verlauf des Gespräches* eingebracht und entwickelt: Interessant und nachvollziehbar ist der Gedanke, dass die Schwaben noch immer von Minderwertigkeitsgefühlen geplagt würden und dadurch leicht von Größenversprechen geködert werden könnten. Oder welche andere Erklärung lässt sich dafür finden, dass nur Stuttgart 21 von allen 21-Projekten der Bahn (Frankfurt, München und Mannheim sind vom Tisch) übrig blieb? Oder dass die Protestbewegung gegen S21 auch als Geschichte von Missachtungen und Kränkungen verstanden werden kann, hier wurde besonders auf die 67.000 Unterschriften für einen Bürgerentscheid verwiesen, dessen formaljuristische Ablehnung einen Kristallisationspunkt bildete. Wie sind die diversen Aktionen (beispielhaft besprochen das „Bäumepflanzen“ im eingezäunten Baugrund) einzelner Aktivistinnen zu beurteilen? Wo endet das Recht auf politischen Widerstand, wo verläuft die Grenze zum Gesetzeswidrigen? Dies war sicher ein Punkt, der noch länger ergründet werden müsste.

Auf die politischen Auswirkungen wurde auch verwiesen: Wo überall wird die direkte Bürgerbeteiligung plötzlich gefragt sein? Das lässt hoffen, auf bessere Projekte und auf bessere Gesundheit (siehe oben).

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

Bayern

Letzte Sitzung vor der Kammerwahl 2012

Zu ihrer letzten Sitzung vor den Neuwahlen im Januar 2012 trafen sich am 17. Oktober die Kammerdelegierten in München. Es herrschte eine eher nachdenkliche und kollegiale Atmosphäre, nicht zuletzt deshalb, weil zu Beginn der Versammlung dem verstorbenen Vorstandsmitglied Angelika Wagner-Link gedacht wurde.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop gab bei seinem einleitenden Vorstandsbericht

einen Überblick über die Arbeit der vergangenen fünf Jahre wie auch eine Zusammenfassung der aktuellen Kammerpolitik der letzten sechs Monate.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und seine möglichen negativen Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung ist ein Thema, das derzeit viele Kolleginnen und Kollegen beunruhigt aber auch den „heiligen Zorn“ auslöst. Nicht zuletzt die Intervention der Kammer bei den entscheidenden politischen Gremien habe dazu beigetragen, dass der Bundesrat am 23.09.2011 den Antrag Bayerns übernommen hat. Auch wenn die letzte Entscheidung beim Bundestag liegt, die Lobbyarbeit geht weiter. So z.B. durch eine Briefaktion an die Mandatsträger des Bundestages, bei der auf die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation aufmerksam gemacht wurde.

Die Zielvorgabe lautet: Festlegung neuer Bedarfszahlen zur ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung, die am aktuellen Bedarf orientiert sind und nicht an anachronistischen Festlegungen aus der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz. Es geht hier nicht in erster Linie um die Sicherung eines Berufstandes, sondern vielmehr um die Sicherung einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung der Menschen in unserem Land und um den Erhalt eines Standards, um den uns viele Nachbarländer beneiden.

Die Zukunft unseres Berufs und der Psychotherapie ist laut Melcop ein weiterer wichtiger Aspekt der bayerischen Kammerarbeit. So sei durch Einsatz der Kammer erreicht worden, dass die Anzahl der Master-Studienplätze an der Ludwig-Maximilians-Universität in München beinahe verdoppelt wurden. Das besondere Interesse gilt auch den PiA und deren gerechter Vergütung im Rahmen ihrer Praktischen Tätigkeit an Kliniken. Die Sicherung des Psychotherapeuten-Nachwuchses ist eine genuine Aufgabe der Kammer.

Am Ende seiner Rede betonte Melcop nochmals, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem gesellschaftlichen Umfeld, das „von den Dimensionen

Markt, Staat und internationale Konzerne“ dominiert werde, eine besondere Bedeutung zukommt, um ein besseres Leben und Zusammenleben der Menschen zu bewirken.

Gutachter-Richtlinien für Forensik verabschiedet

Dr. Andreas Rose, Beauftragter der Kammer für Forensik und Gutachterwesen, informierte über die Ergebnisse der Arbeitsgruppe der Länderkammern zur Sachverständigentätigkeit für PP und KJP und zur erarbeiteten Musterweiterbildungsordnung. Einhellig wurde festgestellt, dass die hohen fachlichen Anforderungen gerechtfertigt sind und nur so eine ausreichende Qualität gewährleistet werden kann. Die so ausgebildeten Gutachterinnen und Gutachter verfügen über ein Alleinstellungsmerkmal, das die Kammern garantieren. Die Auftraggeber der Gutachten (vor allem die Gerichte) haben dadurch die Gewähr, dass die Gutachter hohen qualitativen Anforderungen gerecht werden.

Da einige Landeskammern aus dem gemeinsam vereinbarten Qualitätskanon ausicherten und die Stundenzahlen für die notwendigen Fortbildungen deutlich reduzierten, stellte sich die Frage, wie mit der Anerkennung von Fortbildungszertifikaten dieser Kammern umgegangen werden soll. Nach längerer Diskussion kamen die Delegierten überein, dass Fortbildungsberechtigungen, die deutlich geringere Anforderungen beinhalten, nicht anerkannt werden, dass die erworbenen Kenntnisse jedoch angerechnet werden auf ein Update.

Der Haushaltsplan 2012 wurde vorgestellt und von den Delegierten einstimmig angenommen. Zum Abschluss der Versammlung wurden noch einige langjährige Delegierte geehrt, die bei der nächsten Wahl nicht mehr antreten. Mit einem kleinen Imbiss klang die letzte Delegiertenversammlung der 2. Wahlperiode aus.

Willi Strobl

Januar 2012: Die nächste Kammerversammlung wird gewählt!

Die zweite Wahlperiode der Kammer neigt sich dem Ende zu – Grund genug, zurück zu blicken: Die DGVT hatte gemeinsam mit Vertretern der Klinisch-psychologischen Lehrstühle der Universitäten, mit der AVM und dem DVT ein Wahlbündnis geschlossen („MOVE“ – Moderne Verhaltenstherapie) und letztlich vier Sitze bei den PP, einen Sitz bei den KJP errungen. In der Delegiertenversammlung haben wir dann mit den Krankenhauspsychologen (2 Sitze) eine Art Fraktionsgemeinschaft gebildet (7 Delegierte). Wir waren mit Willi Strobl im Ausschuss für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und mit Gisa Lieweris-Amsbeck, Corina Weixler und später Bernd Sommer im Ausschuss Psychotherapie in Institutionen und mit Rainer Knappe im Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildungsfragen gut vertreten. Mit Heiner Vogel und Klaus Stöhr haben wir zuletzt zwei Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag gestellt und Heiner Vogel hat wie schon in den Vorjahren engagiert in der Redaktion des Psychotherapeutenjournals mitgearbeitet (seit 3/11 als Sprecher des Redaktionsteams). Ferner waren wir über Heiner Vogel im Vorstand der Kammer vertreten und hier konnte maßgeblich an der Umsetzung unserer Positionen mitgearbeitet werden.

- Transparenz der Kammer und effiziente Arbeitsstrukturen
- Bessere Positionierung der Psychotherapie in der (Fach-)Öffentlichkeit
- Regelmäßige Kontakte mit Vertretern der verschiedenen Institutionen und Einsatz für bessere Arbeitsbedingungen von PiA und Psychotherapeuten in den Psychiatrischen Kliniken
- Einsatz für moderne Psychotherapiekonzepte – innerhalb und außerhalb der Kasernenärztlichen Versorgung
- Unterstützung der (Selbst-)Vertretung der PiA, auch bundesweit über die BPtK

- Engagement für die bessere Stellung von Psychotherapeuten im Strafvollzug und im Maßregelvollzug
- Regelmäßiger Austausch mit den Hochschulen sowie Wissenschaftlern/Forschern
- Einbringen psychotherapeutischer Ansätze in Prävention und Rehabilitation

Es sind, gerade in den letzten Monaten, viele aufwändige Initiativen der Kammer umgesetzt worden und die Kammer findet zunehmend mehr Resonanz – in der Politik und der Presse. Die einzelnen Vorhaben und Projekte aufzuführen würde zu weit führen. Wir würden uns aber über nähere Rückfragen, auch über Kritik oder Anregungen freuen.

Wir werden bei der Kammerwahl im Januar wieder antreten – vermutlich unter dem gemeinsamen Namen MOVE. Dieses Mal werden in unserer gemeinsamen Wahlliste auch die Krankenhauspsychologen und die Neuropsychologen mitwirken. Näheres werden die bayerischen Mitglieder per Direktanschreiben erfahren.

Wir bitten Sie um Ihre Stimmen für unsere Liste (PP oder KJP, je nachdem) – Sie haben hier wieder, wie in Bayern üblich, die Möglichkeit, über Kumulieren und Panaschieren den Kandidaten der Liste eine eigene Reihenfolge zu geben. Nutzen Sie diese Möglichkeit!

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

Hamburg

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte „Netzwerk Psychische Gesundheit“ (NWpG) wird in Hamburg in den nächsten Wochen seinen Betrieb aufnehmen. Hinter diesem Netzwerk stehen nahezu alle großen Krankenkassen und der Dachverband Gemeindepsychiatrie, die gemeinsam einen Vertrag über Integrierte Versorgung von Menschen mit psychischen Er-

krankungen geschlossen haben. Netzwerkkoordinator ist die Hamburger Psychotherapeutenkammer.

Am 29. September gab es hierzu eine Informationsveranstaltung unter Beteiligung der Initiatoren des Netzwerks an der Universität Hamburg. Dabei wurden das Konzept des Netzwerks erläutert sowie mögliche Schnittstellen und Kooperationsformen mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen diskutiert.

- Das „Netzwerk psychische Gesundheit“ will besonders die ambulanten Leistungen für jene psychisch kranke Menschen stärken, die bisher Schwierigkeiten hatten, im Anschluss an stationäre Behandlungen eine ambulante Weiterbetreuung zu finden. Die stationäre Versorgungsnotwendigkeit soll reduziert werden.
- Die Leistungserbringer garantieren beigetretenen Versicherten und Kooperationspartnern eine ganzjährige 24-stündige Erreichbarkeit und die Übernahme der Versorgungspflicht besonders in Krisensituationen. Sie setzen auf Hometreatment und bieten in schwierigen Lebenssituationen Rückzugsräume in einer Krisenpension.
- Ziel ist u.a., das bestehende Versorgungssystem für eine engere Kooperation zu gewinnen: Niedergelassene Ärzte, Ergotherapie-Praxen und niedergelassene Psychotherapeuten sowie stationäre und teilstationäre Versorger.
- Das Vorgehen und die Ziele der Behandlungen aller beteiligten Leistungserbringer werden in gemeinsamen Qualitätszirkeln abgestimmt. Die Teilnahme am QZ wird vergütet.

Insgesamt ist das ein lobenswertes Projekt. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass sich die Versorgungslandschaft ohne die Schaffung echter Anreize für Behandler (Bürokratieabbau, leistungsgerechte Honorare) schwerlich nachhaltig bewegen lassen wird. Die Politik scheint die Notwendigkeit nachhaltiger Behandlungskonzepte im psychotherapeutischen Sektor noch nicht ausreichend

verstanden zu haben und orientiert sich nach wie vor an kurzfristigen Kostenszenarien und an der trügerischen Hoffnung, dass unternehmerische Konzentrationsprozesse zwangsläufig sparen helfen. Das Gegenteil ist mindestens ebenso oft richtig. Wir brauchen eine echte Orientierung am Behandlungsbedarf und keine angebotsorientierte Konkurrenz der Hochglanzbroschüren.

*Thomas Bonnekamp
Landessprecher Hamburg
Kontakt: hamburg@dgvt.de*

Hessen

Kammer konstituiert sich: DGVT im Vorstand

Bei der konstituierenden Sitzung der neuen Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 3. September in Wiesbaden wurde ein neuer Kammervorstand gewählt. Die DGVT ist mit ihrer Listenverbindung VT-AS (Verhaltenstherapieleiste Angestellte Selbständige AusbildungsteilnehmerInnen) jetzt auch im Kammervorstand vertreten.

Der neue Kammervorstand besteht aus dem Präsidenten Alfred Krieger (Integrative Liste), der Vize-Präsidentin Dr. Heike Winter (VT-AS), den BeisitzerInnen Susanne Walz-Pawlita (Psychodynamische Liste PP), Ariadne Sartorius (Integrative Liste), Yvonne Winter (Psychodynamische Liste PP), Karl-Wilhelm Höffler (VT-AS/DGVT) und Dr. Ulrich Müller (Psychodynamische Liste KJP). Bislang stellte die Psychodynamische Liste (PP) den Kammer-Präsidenten, der Vize-Präsident kam von der DPfV. Die weiteren Vorstandsmitglieder gehörten QdM, Liste Freier Berufe, Psychodynamischer Liste PP sowie Psychodynamischer Liste KJP und BKJ an.

Mittlerweile hat der Kammervorstand auch seine Ressortverteilung vorgenommen. Dr. Heike Winter vertritt das Ressort „Öffentlichkeitsarbeit“, zusammen mit Alfred Krieger und Yvonne Winter, und das Ressort

„Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hochschulen“, zusammen mit Susanne Walz-Pawlita. Karl-Wilhelm Höffler vertritt das Ressort „Psychotherapie in Institutionen“ und das Ressort „Finanzen“, beide zusammen mit Alfred Krieger.

Verankerung der PiA in der Kammer

Die zweite Kammer-Delegiertenversammlung am 28. und am 29. Oktober hatte als wichtigen Schwerpunkt die „Institutionelle Verankerung der PiA in der Kammer“. Dazu waren die PiA-Landessprecher und PiA-Institutesprecher zur Diskussion eingeladen worden. Nachdem die PiA im zweiten Ausbildungsabschnitt an der Kammerwahl 2011 erstmals als wahlberechtigte Vollmitglieder teilnehmen konnten, war es das Ziel der neuen Vorstandscoalition, den PiA als Gruppe zusätzliche besondere Mitarbeitsmöglichkeiten anzubieten.

In einer differenzierten Diskussion wurden verschiedene Modelle erörtert. Diese reichen von einer Kooptierung der PiA zu Ausschüssen und Vorstand der Kammer über eine PiA-Arbeitsgemeinschaft bis hin zu einem PiA-Ausschuss (der auch die Schnittstelle des Berufseinstieges zum Thema haben sollte).

Dabei plädierten die Mitglieder der Liste VT-AS für die Schaffung eines starken neuen Gremiums (PiA-Ausschuss), um den anderen Ausschüssen der Kammer auf Augenhöhe begegnen zu können und eine starke Stimme im Miteinander der Kammergremien zu haben. Gleichzeitig sei eine dichte Vernetzung in Richtung PiA-Basis mittels einer in Selbstorganisation gebildeten PiA-Landeskonferenz notwendig, die sowohl die Institute-Landschaft in Hessen wie auch die Anzahl der an den Instituten ausgebildeten PiA abbilden müsse. Diese PiA-Landeskonferenz habe dann auch die Möglichkeit, direkt Einfluss auf die Institute zu nehmen - ohne den „Dienstweg“ über die Kammergremien. Die verschiedenen Modelle sollen in den nächsten Monaten weiter diskutiert werden, um einen Weg zu finden, der von einer breiten Basis bei den PiA und in der

Kammer-Delegiertenkonferenz getragen wird.

Der Haushalt 2012 der Kammer wurde einstimmig verabschiedet. Dazu erklärte Karl-Wilhelm Höffler (Ressort „Finanzen“): Wenn man als frühere „Opposition“ jetzt zu einem Teil der Kammer-„Regierung“ geworden sei, entstehe auch eine neue Verantwortung: sowohl gegenüber dem laufenden Geschäfts-Betrieb wie auch gegenüber dem laufenden politischen Betrieb und auch für die „Kampagnenfähigkeit“ der Kammer. Auf der anderen Seite leite sich die Legitimation der Kammer nicht nur aus dem Heilberufegesetz ab, sondern auch daraus, dass sie von ihren Mitgliedern „getragen“ werde. Dabei gehe dann die "Liebe auch durch den eigenen Geldbeutel".

Der Kammervorstand sehe derzeit einen dauerhaften Trend zu höheren Ausgaben als Einnahmen. Deshalb bleibe der Haushalt auch nach seiner Verabschiedung Thema im Vorstand: Schließlich müssten in 2012 nicht alle bewilligten Mittel auch ausgegeben werden. Da es bei dem Ziel, mittelfristig einen ausgeglichener Haushalt zustreben, letztendlich nicht um technische, sondern um politische Fragen gehe, habe der Kammervorstand das Thema „Finanzen“ auf seine laufende Agenda genommen.

Weiterhin zentrales Thema der Arbeit des Kammervorstandes ist Überzeugungsarbeit gegenüber Landes- und BundespolitikerInnen zum Thema „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“. Dabei zeigt sich, dass kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in den politischen Raum hinein zwar aufwändig ist, aber am Ende doch auch „Bewegung“ verursacht.

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

Nordrhein-Westfalen

Am 19. Oktober fand im Ausbildungszentrum in Dortmund die regionale Mitgliederversammlung der DGVT-Nordrhein-Westfalen unter reger Beteiligung statt. Es

standen Neuwahlen zu den Landessprecherfunktionen an. Jürgen Kuhlmann trat als langjähriger Vertreter der Landesgruppe nicht mehr an. Auch die vor gut drei Jahren neu dazu gewählten Eva Bell und Irene Seiderer erklärten wegen beruflicher und familiärer Belastung ihren Rückzug aus dieser Funktion. Allen Dreien gilt der Dank der Landesgruppe für ihr Engagement. Sie haben auf der MV so engagiert über ihre Arbeit berichtet, dass sich aus dem Teilnehmerkreis zwei Neue spontan zur Kandidatur als Landessprecher entschlossen. Es wurden einstimmig gewählt:

Claudia Geuer, Krefeld
Rüdiger Lamm, Krefeld
Georg Zilly, Oberhausen
Johannes Broil, Köln

Das neue Team hat sich bei einem Treffen in Krefeld bereits konstituiert und ist noch vom Vorstand zu bestätigen. Es wird die bisherigen Aktivitäten fortführen und besonders die regionale Vernetzung fördern. In diesem Zusammenhang wurden auch die Erfahrungen mit dem regionalen Mitgliedertreffen in Köln ausgetauscht. Da die Resonanz dazu nachgelassen hat, werden wir diesem im nächsten Jahr eine andere Form geben. Die Treffen werden wir nicht mehr in der Regelmäßigkeit, dafür aber mit thematischen Schwerpunkten im größeren Rahmen anbieten. Wir werden zu Beginn 2012 dazu an dieser Stelle einladen.

*Johannes Broil
Landessprecher Nordrhein-Westfalen
Kontakt: nrw@dgvt.de*

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Bericht von der 2. Delegierten- versammlung der 2. Wahlperiode

Vom 30. September bis zum 1. Oktober fand in der Fachwerkstadt Quedlinburg die zweite Sitzung der zweiten Kammerversammlung

der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) statt. Das politische Grußwort des gastgebenden Landes Sachsen-Anhalt kam von Dr. Dr. Reinhard Nehring, Abteilungsleiter für Gesundheit und Verbraucherschutz im Ministerium für Arbeit und Soziales. Er legte die Position seines Ministeriums zum Versorgungsstrukturgesetz dar, die v.a. im Punkt der Bedarfsplanung der des Bundesgesundheitsministeriums widerspricht. Nehring erklärte, dass die Bundesregierung die feste Absicht habe, dieses Gesetz in der bekannten Form umzusetzen. Wichtig wäre ihm dagegen künftig eine stärkere Verzahnung des stationären und ambulanten Versorgungsbereiches.

Darüber hinaus berichtete er von großer Einigkeit in den Bundesländern in der Frage des Master-Abschlusses als Zugangsvoraussetzung für Psychologische Psychotherapeuten, jedoch diesbezüglicher Uneinigkeit hinsichtlich der Ausbildung zum KJP.

Rechenschaftsbericht der OPK

Der Prüfbericht der Steuerberatungskanzlei BTK aus Halle ergab keinerlei Beanstandungen. Durch einen Überschuss von 205.069 € sprengt unsere Rücklage mit 1.066.152 € bereits die Millionengrenze. Ein interessantes Detail sei erwähnt: Auch die Einnahmen aus den kammer eigenen Fortbildungsveranstaltungen sind steuerfrei. OPK-Geschäftsführer Carsten Jacknau berichtete, dass auch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Warth & Klein aus Dresden keine Einwendungen hatte und einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilte.

Den Prüfbericht des OPK-Finanzausschusses konnte Ragna Richter (Mecklenburg-Vorpommern) mit der Feststellung zusammenfassen, alles sei satzungskonform und wirtschaftsrechtlich einwandfrei, die Entlastung des Vorstandes sei empfohlen. Diese erfolgte dann per Abstimmung ohne Gegenstimme bei drei Enthaltungen aus den Reihen des Vorstandes selber.

Zum Ostdeutschen Psychotherapeuten-tag: Trotz ca. 74.000 € Teilnehmergebühren ergab sich ein Verlust von ca. 17.500 €, der

Frühbucherrabatt sei viel stärker als erwartet genutzt worden. Die TeilnehmerInnen lobten den OPT in den Rückmeldebögen größtenteils, nur 5% fanden die Veranstaltung nicht gut bzw. wünschten keine Wiederholung.

Neue Fachreferentin für rechtliche Angelegenheiten bei der Kammer ist Ina Roßmann.

Die berufspolitischen Aktivitäten konzentrierten sich 2011 auf den Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes. Hoffen wir, dass sie nicht genauso verpuffen wie die letztjährigen Bemühungen um eine Novelle des Psychotherapeutengesetzes. Bundesweite Hauptforderung unserer Kammern ist die Ablösung der Bedarfsplanungszahlen von 1999 für Niedergelassenen-Sitze durch den aktuellen Ist-Zahlenstand, nachdem man eine morbiditätsbasiert-empirische Bedarfsplanung von vorneherein als aussichtslose Forderung ansehen musste. Aber selbst dies wäre für den Osten eine Fortschreibung strukturell schlechterer ambulanter Versorgung mit Psychotherapie, da selbst nach dem 1999er Zahlenspiel noch nicht mal unsere städtischen Zentren überversorgt sind.

Abbau von Sitzen möglich

Doppelt bitter, dass nach dem Gesetzesentwurf in Ländern wie Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern mit doppelt so langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz (18 Wochen) wie z.B. in Bayern (9 Wochen) dann sogar noch Sitze einkassiert und stillgelegt werden dürfen. Sowohl das Stadt-Land-Gefälle wie auch der Demografiefaktor sprechen in ihrer jetzt geplanten Ausdeutung gegen den Osten. In Brandenburg z.B. droht ab 2012 ein Abbau von 48 Sitzen, in Sachsen wären 31 Sitze betroffen.

Mit vielen solchen Argumenten versuchen die Kammer-Aktiven derzeit, die PolitikerInnen zu erreichen. Von 70 kontaktierten Bundestagsabgeordneten kam es bislang mit 24 zu einem persönlichen Gespräch, viele hatten keine Zeit. Aus einigen Länderregierungen kamen Änderungsanträge. Die haben aber keine Hebelkraft: Da der Gesetzesentwurf die Aus- und Weiterbildungen der

Heilberufe tunlichst nicht antastet, bedarf er nicht der Zustimmung des Bundesrates. Das vorausschauende Fazit unserer Präsidentin Andrea Mrazek: Wir brauchen differenzierte eigene Lösungsvorschläge für die ambulanten Versorgungsprobleme der Zukunft. Einfach nur mehr Sitze fordern, wäre zu eindimensional. Immer öfter hört man in diesem Zusammenhang von Wünschen nach einer Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinien, z.B. nach einfacherer Genehmigung von Gruppenpsychotherapie. Angeregt durch das Ausland dürften die Kassen künftig auf kürzere Therapien drängen. Ohne offizielle Zahlen von den Kassen geht man übrigens von ca. 10% Psychotherapien im Kostenerstattungsverfahren aus, ein weiterer Beleg der realen Unterversorgung und ein Widerspruch zur angeblichen Überversorgung.

Da wendet man sich doch lieber Dingen zu, die eigenen Gestaltungsspielraum bieten, womit wir zum Bericht über die Sachverständigen-Fortbildungen für OPK-Zertifikate kommen. Von deren Grundlagenmodul konnten schon vier ausgebuchte Durchläufe stattfinden, die Spezialisierungsmodule Familienrecht und Kinder- und Jugendhilferecht liefen dreimal. Sorge bereite allerdings, dass zwar 175 Teilnehmer ein Spezialisierungsmodul besuchten, aber nur fünf ein Praxismodul absolvierten, das für die Erlangung des Listeneintrags Bedingung ist. Auch die alteingesessenen Sachverständigen stellten seltener als erwartet Anträge gemäß Übergangsrichtlinie. Alles in allem konnten von der OPK bislang nur an 16 Personen Zertifikate vergeben werden. Dennoch will man schon demnächst erste OPK-Sachverständigenlisten an Gerichte senden.

Die OPK-Qualifizierungsmaßnahmen für Approbierte finden Echo in anderen Ländern: Margitta Wonneberger (Sachsen) berichtete aus den BPTK-Länderrat über Kritik an unserem inhaltlichen Abweichen von der BPTK-Musterordnung. Die Nordrhein-Westfälische Kammer stört das nicht, sie lässt ihre Anträge künftig von unserer Fachkommission prüfen.

Auch schon als Erfolgsstory wurde die jüngst verabschiedete Fortbildungsrichtlinie zum Erwerb des Zertifikats bezeichnet, das einen dann auf die Liste „Vertiefte Psychotherapie (OPK)“ bringt. Ein OPK-eigenes Fortbildungs-Kursangebot gibt es bislang noch nicht. Es lägen aber auch so schon 60 Anträge vor, die die berufene Fachkommission (Ahrens-Eipper, Bürgel, Meyer, Meysel) prüfe.

Geschäftsführer Jacknau berichtete über den aktuellen Mitgliederstand. Ende September 2011 waren wir 2.815 Approbierte, davon sind 61% Niedergelassene. Mecklenburg-Vorpommern z.B. beherbergt 12%, Sachsen 39% unserer Kammermitglieder.

Zur Entschädigungsordnung

Ragna Richter (Mecklenburg-Vorpommern) stellte die (vom Vorstand und vom Finanzausschuss) geplanten Änderungen der Entschädigungsordnung vor. Zwar sinken die Vorstands-Grundpauschalen leicht (für Schriftverkehr, Sprechstunde, Terminvorbereitung, Telefonate/Telefonkonferenzen und Geschäftsstellen-Zusammenarbeit. Doch dafür sollen künftig auch die Vorstände eine stundenweise Entschädigung für alle anderen zeitlichen Inanspruchnahmen erhalten!

Summa summarum rechnet der Haushaltsausschuss dafür mit einem 35%igen Anstieg dieses Ausgabenposten von 160.000 € auf 216.000 €, also um 35%. Ein noch kräftigerer „Schluck aus der Pulle“ ist die Ausdehnung der Übergangsgelder für Vorstandsmitglieder. Bislang waren's 70% im ersten, 50% im zweiten und 30% im dritten Folgemonat, künftig 100% ein halbes Jahr lang und ein weiteres halbes Jahr 50%, und zwar von der o. e. Grundpauschale. 3.510 € (Präsidentin, soll eineinhalb Wochenarbeitstagen entsprechen), 2.340 € (Vize, 1 Tag) und 1.170 € (vier Beisitzer, ½ Tag). Auf die Arbeitswoche verlängert entspräche diese Aufwandsentschädigung für ein Ehrenamt einem Monatsumsatz von 11.700 € bzw. einem zu versteuernden Jahresumsatz von 140.400 €, bei wesentlich geringeren Unkosten als sie ein niedergelas-

sener Psychotherapeut hat. Die stundenweise Aufwandsentschädigung für einfache Delegierte und nun auch Vorstände sollte von 40 auf 60 € erhöht werden, also um 33%, pro Haushaltsjahr sind dies ca. 55.000 € mehr.

Die Diskussion der Delegierten über all das war für mich beunruhigend schläfrig. Ich (Jürgen Friedrich) sagte, ich könne und wolle dem nicht zustimmen, aus Verantwortungsgefühl meinen WählerInnen gegenüber. Otto Rendenbach (ebenfalls Mecklenburg-Vorpommern) forderte die Beibehaltung der 40 €, aber die Aufhebung der Neun-Stunden-Grenze, die systematisch die wenigen weit Reisenden benachteilige. Wolfgang Pilz (Sachsen-Anhalt) fand die Erhöhung der Vorstandsbezüge für deren viele Arbeit nachvollziehbar, aber eine Aufwandsentschädigung von 60 €/Stunde sei in Anbetracht der niedrigen Ost-Löhne nicht angemessen. Ansonsten äußerte nur noch Angela Gröber (Sachsen) Bauchschmerzen wegen der einjährigen Übergangsgelder, obwohl sie als Finanzausschuss-Mitglied den Antrag mitgebracht hatte.

Uns wurde entgegengehalten, dass der Kammer für 40 € / Stunde die Aktiven ausgehen könnten (bei der Kammerwahl gab es kaum mehr Kandidaten als Delegiertensitze), dass seit 2006 keine Erhöhung erfolgt sei, obwohl zumindest die Niedergelassenen-Stundensätze deutlich anstiegen. Letztlich stimmten 18 Delegierte dafür, drei dagegen und neun enthielten sich. Vielleicht hätte ein Kompromissantrag (50 €/Stunde, ein halbes Jahr Übergangsgelder) eine Mehrheit gefunden, aber nun ist's geschehen.

Geschäftsführer Jacknau stellte den Haushaltsplan 2012 vor. Den erwarteten 1.110.000 € Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen stehen als größte Ausgabenposten gegenüber: ca. 375.000 € Personalkosten in der Geschäftsstelle, 216.120 € Vorstands- und 137.580 € Delegierten-Aufwandsentschädigungen, 136.800 € Beiträge zur Bundeskammer, ca. 105.000 € Sachkosten in der Geschäftsstelle, 76.000 € für Öffentlichkeitsarbeit, ca. 71.000 € für Rechtsanwälte, Steuerberater u. Wirtschaftsprüfer, 34.000 € für die Finanzierung des Psychotherapeuten-

journals, ca. 25.000 Sachkosten der beiden Kammerversammlungen pro Jahr sowie diverse kleinere Posten. Trotz der um über ein Drittel angehobenen Aufwandsentschädigungen der Ehrenamtler werde die Rücklage fürs Folgejahr auf rund 750.000 € steigen (2011: 610.000). Da der Haushaltsentwurf des ja erst unlängst gewählten Vorstandes rechnerisch stimmig ist und den bisherigen Kurs fortsetzt und da erst wenige Minuten zuvor eine Mehrheit für die deutschlandweit höchsten Aufwandsentschädigungen gestimmt hatte, sah kein/e Delegierte/r einen Grund, dem Vorstand seine Arbeitsbasis zu verweigern: Der Haushaltsentwurf wurde einstimmig angenommen.

Da mein Vorschlag (J.F.) abgelehnt worden war, die Festsetzung der Kammerbeiträge vor dem Haushaltsentwurf zu behandeln (in den sie ja bereits in unverminderter Höhe eingearbeitet waren), wundert wohl kaum, dass die nun nachfolgende Abstimmung die Beitragskonstanz für 2012 bei zwei Enthaltungen bestätigte. Unserem Argument, dass Luft für eine Beitragssenkung sei, da die Rücklage doch weiter kräftig steige, wurde entgegnet, man wolle nun erst mal die Folgen der angehobenen Entschädigungen beobachten. Wie schon im Vorjahr wurde jedoch vom Vorstand längerfristig eine Prüfung der Beitragsordnung angekündigt, vor allem wegen der Angestellten. Johannes Pabel merkte richtigerweise an, auch die Beiträge der RentnerInnen sollten abgesenkt werden. Warten wir also weiter!

Schmerzpsychotherapie

Zur Kammerversammlungs-Gewohnheit wird mittlerweile das Garnieren unserer berufspolitischen Pflichtarbeit mit einem fachlich fortbildenden Vortrag: Diesmal referierte eineinhalb Stunden lang Dr. Paul Nilges vom DRK-Schmerz-Zentrum Mainz über: „Schmerzpsychotherapie – Gegenwart und Zukunft“. Darüber hinaus gab er Einblicke in die vernetzte Arbeit der Ärzte, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten bei der Schmerzbehandlung. Berufspolitisch interessant war der Standpunkt des Experten, dass

seines Erachtens die Zertifizierung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ eigenständig und losgelöst von der Zertifizierung Somatopsychotherapie sein soll.

Am Samstagmorgen ging's weiter mit den Berichten aus Gremien und Ausschüssen. Es wurden einige Nachbesetzungen abgestimmt. Sabine Gollek, Antje Klaiberg und Wolfgang Ritz gehören nun dem Ausschuss für Angelegenheiten der Angestellten an. Prof. Dr. Jürgen Hoyer und Prof. Dr. Frank Jacobi wurden in den Forschungsausschuss berufen ebenso wie Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich und Frank Massow. Barbara Breuer-Radbruch kam noch in den KJP-Ausschuss.

Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung habe pro Jahr ca. 350 Anträge in Fortbildungsfragen zu prüfen, so der alte und neue Vorsitzende Dr. Thomas Guthke. Mittlerweile gebe es 184 OPK-anerkannte Fortbildungs-SupervisorInnen. Für die sächsischen Gesundheitsbehörden prüfe man gleich die Kriterien des Ausbildungs-Supervisorentitels mit. Diese eigentlich kammerfremde Hoheitsaufgabe würde man gerne auch für die OPK-Mitglieder der anderen Länder übernehmen. Weiter befasse sich der Ausschuss mit der Erteilung der neuen OPK-zertifizierten Fortbildungstitel, den Möglichkeiten elektronischer Erfassung, denke über das Thema Befugnisweiterungen nach, plane ein Expertengespräch/Workshop (wie es die Präsidentin von allen Ausschüssen gerne sähe) und wolle die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsinstituten stärken.

Für den Ausschuss für Satzung und Geschäftsordnung zugleich Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik berichtete Johannes Pabel (als dessen neuer Vorsitzender), ein künftiger Schwerpunkt solle auf der Berufsethik liegen. In 2012 wolle man einen Workshop zum Beschwerdemanagement der Kammer zusammen mit dem Schlichtungsausschuss abhalten. Weiterhin soll die Wahlordnung hinsichtlich größerer Anziehungskraft für Kandidaten wie Wähler überarbeitet werden. Andrea Mrazek berichtete von ihrem Vortrag über Ethik in der

Psychotherapie im Rahmen einer Ethik-Veranstaltung der sächsischen Ärztekammer. Beim Abstinenz-Thema seien große Unterschiede zwischen der ärztlichen und der psychologischen Herangehensweise deutlich geworden.

Der Ausschuss für besondere Belange der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erstellt ein einführendes Faltblatt, das in Praxen oder Beratungsstellen ausgelegt werden kann. Der Vorsitzende Dr. Wolfgang Pilz berichtete, dieser Flyer soll dann auf der Homepage der OPK zum Herunterladen eingestellt werden.

Auch der Schlichtungsausschuss plane ein Faltblatt zu erstellen, und zwar zum Ablauf von Schlichtungsverfahren für Betroffene, berichtete der Vorsitzende Dr. Steffen Dauer.

Für den Forschungsausschuss berichtete dessen neuer Vorsitzender Dr. Detlef Selle von weiteren geplanten Veröffentlichungen im Psychotherapeutenjournal der BPtK mit Daten aus dem Fundus unserer letzten Mitgliederbefragung.

Jürgen Golombek, der Vorsitzende des Ausschusses für Angelegenheiten der Angestellten, plant eine Veranstaltung mit leitenden psychologischen Psychotherapeuten. Er erinnerte auch an den 2013 zum ersten Mal endenden Fünf-Jahre-Zyklus der Fortbildungspflicht (in Krankenhäusern).

Auf die Problematik des oft mangelnden Datenschutzes bei Psychotherapieanträgen privatversicherter Patienten wies Otto Rendebach hin. Dr. Gregor Peikert teilte mit, dem Vorstand sei bekannt, dass viele private Versicherungen sich nicht an die berufsrechtlichen/sozialrechtlichen Bestimmungen gebunden fühlen. Zu dieser Thematik sei bereits eine Petition beim Deutschen Bundestag anhängig. Man sehe insbesondere die Bundesebene aufgerufen, Abhilfe zu schaffen.

*Dr. Jürgen Friedrich und Dr. Markus Funke
Kammerdelegierte der DGVT
Kontakt: opk@dgvt.de*

Rheinland-Pfalz

Letzte Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer

Bei der letzten Vertreterversammlung (VV) der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hatten die Vertreter noch ein anspruchsvolles Programm zu absolvieren. Die PiA-Landessprecherinnen waren zugegen und stellten sich und ihre Anliegen vor. Es wurden die Berichte des Vorstands und der Geschäftsführung besprochen, danach wurde der Haushalt für 2012 vorgestellt. Er ist im Wesentlichen eine Fortschreibung des letzten Haushalts, wenige Veränderungen betreffen vorhersehbare Besonderheiten in 2012, die berücksichtigt wurden.

Dazu gehören zum Beispiel die Drucklegung des Tätigkeitsberichts der letzten fünf Jahre sowie die Durchführung der Zehn-Jahres-Feier der Kammer am 28.01.2012. Zum ersten Mal hatte der Haushalt bewusst eine Unterdeckung eingeplant, denn es müssen die Rückstellungen aus den in den letzten Jahren zuviel bezahlten Beiträgen aufgelöst werden. Hierzu sollen im nächsten Jahr alle, die den kompletten Mitgliedsbeitrag in 2011 bezahlt haben, etwas zurückbekommen: die selbstständigen Kollegen den kompletten Sockelbeitrag aus 2011 (hier sind die Rückstellungen immens gewachsen), die angestellten Kollegen den halben (hier gibt es nur geringe Rückstellungen).

Der Haushalt war vom Finanzausschuss zur Genehmigung empfohlen worden. Kritische Diskussionen begleiteten den Antrag des Vorstands, den Hebesatz der Selbstständigen auf 0,6% zu senken. Dies ist allerdings nötig, um nicht wieder zu hohe Beiträge einzunehmen. Der Hebesatz der Angestellten wird bei 0,85% bleiben, was allerdings nicht bedeutet, dass im Durchschnitt unterschiedlich hohe Mitgliedsbeiträge bezahlt werden. Diese sind praktisch gleich: der Durchschnittsbeitrag der Angestellten betrug 2011 440,58 €, der der Selbstständigen 441,01 €. Es sind strukturelle Unterschiede zwischen den Gruppen, die den unterschiedlichen He-

besatz bedingen. Wichtig ist: Diese durchschnittlichen Mitgliedsbeiträge lagen ca. 14 € unter den in 2007 veranschlagten durchschnittlichen 455 €. Am Ende wurde der Antrag mehrheitlich angenommen.

Nach einer kurzen Mittagspause wurde dann die vom Ausschuss Aus- und Weiterbildung in den letzten Monaten ausgearbeitete Ergänzung der Weiterbildungsordnung um den Bereich „Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie“ mit großer Mehrheit beschlossen. Damit ist es möglich, über unterschiedliche Module verschiedene spezifische Titel im Bereich der Gutachtertätigkeit zu erlangen. Flankiert wird die Einführung dieser Weiterbildung durch geplante Gespräche mit dem Richterbund und den Staatsanwaltschaften, die der Vorstand nun anstrebt. Hier soll deutlich gemacht werden, dass Psychotherapeuten mit diesem Titel in gleicher Weise wie Ärzte geeignet sind, Hauptgutachten zu schreiben.

Wie bei einer Vorstandssitzung in der Forensischen Klinik Nette-Gut deutlich wurde, berufen sich viele Richter bei der Vergabe von Hauptgutachten an Ärzte auf ein Urteil aus der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz, in dem deutlich gemacht wird, dass Psychologen keine Hauptgutachter sein können, da sie nicht heilkundlich tätig sein können. Dass dies bei Psychotherapeuten nun anders ist, hat sich noch nicht bei jedem Juristen herumgesprochen. Mit der Weiterbildung zum Rechtspsychologischen Sachverständigen soll eine verlässliche „Marke“ für Richter und Staatsanwälte geschaffen werden, bei der sich alle darauf verlassen können, dass diese Gutachter sehr wohl heilkundlich tätig sein können und dürfen. Im Zuge dessen wurde die Berufsordnung ebenfalls geändert, indem die Abstinenzregel klarer auch für Gutachter und Sachverständige gefasst wird.

Auch die Fortbildungsordnung wurde geändert. Es fand eine Angleichung statt an die in den anderen Landeskammern schon praktizierte Vorgehensweise, nach dem jeweiligen Fünf-Jahres-Zeitraum alle Punkte verfallen zu lassen. Bisher konnten für eine persönliche Zählung überschüssige Punkte

weitergeführt werden, was die Berechnung jeweils sehr kompliziert machte. Dabei war es aber immer schon so, dass jeweils 250 Punkte im Fünf-Jahres-Zeitraum gesammelt werden mussten. Diese klare Regelung erleichtert die Arbeit für die Geschäftsstelle und macht die Punktezahlung für das einzelne Mitglied transparenter.

Am Ende nutzte Präsident Alfred Kappauf die Gelegenheit, die Arbeit der letzten fünf Jahre Revue passieren zu lassen. Er dankte den Vertretern für die geleistete Arbeit und die konstruktive Zusammenarbeit. Er werde sich bei der nächsten Wahl zwar wieder aufstellen lassen, werde aber nicht mehr für einen Vorstandsposten zur Verfügung stehen. Dinge, die in den letzten zehn Jahren seiner Präsidentschaft zurückstehen mussten, sollen nun in den Vordergrund treten. Mehrere Vertreter dankten Alfred Kappauf und betonten, dass er der Kammer Rheinland-Pfalz ein Image verliehen habe, auf das man sehr stolz sei. Auch die Vizepräsidentin, Dr. Andrea Benecke, bedankte sich mit sehr persönlichen Worten für die vertrauensvolle Zusammenarbeit, in der die streitbare, aber immer konstruktive und verständliche Art des Präsidenten prägend war.

Wahlen ante portas

Vom 06. bis zum 24. Januar 2012 wird eine neue Vertreterversammlung gewählt. Wir haben in anderen Verbänden Mitstreiter gefunden, die sich wie wir für *Transparenz, Innovation, Mitgliederorientierung* und *Oekonomie* einsetzen. Mit der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (GwG) und dem Verband der Psychologischen Psychotherapeuten (VPP) im BDP werden wir dieses Mal eine gemeinsame Liste bilden.

Wir wollen uns einsetzen für eine starke Kammer, die ihre Arbeit transparent darstellt und über gute Kontakte mit politischen Entscheidungsträgern verfügt. Wir wollen nicht vor neuen Entwicklungen zurückschrecken, denken aber, dass wir sie kritisch prüfen müssen, z.B. die Veränderungen im Zusammenhang mit dem Vormarsch des Internet. Wir setzen uns ein für die weitere Stabilität

der Kammerbeiträge. Dabei berücksichtigen wir, dass auch die Mitarbeiter der Kammer ein Recht auf tarifliche Gehaltssteigerungen haben, wie wir dies für angestellte Psychotherapeuten auch in Anspruch nehmen. Die allgemeine Teuerung durch steigende Kosten für Dienstleistungen, Anschaffungen und höhere Steuern u.a. wird sich allerdings früher oder später auch auf die Beiträge auswirken. Strukturelle Veränderungen, die steigende Kosten nach sich ziehen (z.B. eine Ausweitung der Geschäftsstelle oder unnötige Tätigkeitserweiterung des Vorstands), soll es mit uns nicht geben. Wir wollen aber auch nicht sparen um jeden Preis, denn der Einsatz für eine Verbesserung der Stellung und der Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten kostet auch Geld. Eine billige Kammer, die nichts tut oder nichts tun kann, ist dann das wenige Geld auch nicht wert.

Unser Wahlprogramm und weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.timo-online.net. Bei zwei Veranstaltungen können Sie KandidatInnen aus Ihrer Nähe kennen lernen:

Am Dienstag, 22. November, in Trier: Veranstaltung mit Dr. Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der DGVT, zum Thema: „Selbstverwaltung statt Staat: Psychotherapeutenkammern – ihre Aufgaben und wie sie umgesetzt werden“. Ort: Suchtberatung Trier e.V. „Die Tür“, Oerenstr. 15, 54290 Trier, Beginn: 19.00 Uhr.

Am Dienstag, 28. November, in Landau: Veranstaltung mit Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der LPK Rheinland-Pfalz zum Thema: „Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen – Was macht die Kammer eigentlich?“. Ort: Universität Koblenz-Landau, Rote Kaserne, Seminarraum RK 107, Marktstr. 40, 76829 Landau. Beginn: 18.30 Uhr.

Fortbildungspunkte sind bei der LPK RLP beantragt. Wir würden uns freuen, wenn viele die Gelegenheit nutzen würden, die Mitglieder der Liste TIMO kennenzulernen und mit uns zu diskutieren.

Wir bitten Sie um Ihre Unterstützung bei der Wahl zur Vertreterversammlung. Geben Sie der Liste TIMO Ihre Stimme und geben

Sie einzelnen Kandidaten Ihres Vertrauens auf unserer Liste Ihre Personenstimmen. Bitte fordern Sie auch KollegInnen auf, von ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen, so dass die nächste Vertreterversammlung und der von ihr gewählte Vorstand auf einer breiten demokratischen Basis legitimiert sind.

*Andrea Benecke und Sabine Maur
Landesprecherinnen Rheinland-Pfalz
Kontakt: rlp@dgvf.de*

Schleswig-Holstein

Kammerwahl 2011: Ein Weg entsteht, wenn man ihn geht!

Im Sommer wurde in Schleswig-Holstein die dritte Kammerversammlung gewählt. Wie berichtet, errang unser Wahlbündnis Kam On von den 18 Kammerversammlungssitzen wieder die Hälfte, ein erfreuliches Ergebnis, das uns alle mit großer Freude und Stolz erfüllt. Da das konkurrierende Wahlbündnis, „Kammerpolitik nach vorne!“, bestehend aus KandidatInnen der DPTV u.a., ebenfalls auf neun Sitze kam, hatten wir eine Pattsituation.

Unmittelbar nach Bekanntwerden der Wahlergebnisse wurden deshalb alle Gewählten durch Juliane Dürkop als amtierender Präsidentin zu Sondierungsgesprächen eingeladen. Die Delegierten des Wahlbündnisses Kam On wollten in Anerkennung des Wahlergebnisses den Vorstand, wie auch schon vor vier Jahren, gemeinsam mit den Delegierten des anderen Wahlbündnisses besetzen. In den Sondierungsgesprächen sollten dazu inhaltliche und personelle Vorabsprachen getroffen werden. Leider machte die andere Seite, von der nur zwei gewählte Vertreter überhaupt der Einladung zu den Sondierungsgesprächen gefolgt waren, unmissverständlich deutlich, dass sie nach Absprachen innerhalb ihres Wahlbündnisses definitiv nicht bereit seien, sich personell am neu zu wählenden Vorstand zu beteiligen.

Als damit klar war, dass es keinen gemeinsamen Vorstand geben können würde,

tat sich ein weiteres Problem für die konstituierende Kammerversammlungssitzung auf. Da aus dem Wahlbündnis Kam On kein/e KJP-Vertreter/in in die Kammerversammlung gewählt war, hätte die Wahl des Vorstandes daran scheitern können, dass der Platz des Delegierten für den Bereich der KJP leer geblieben wäre. Ein Umstand, den wir auf keinen Fall hinnehmen wollten. Nach Recherche in der Satzung der PKS SH stellte sich heraus, dass sich jedes Kammermitglied in den Vorstand wählen lassen konnte, auch unabhängig von der Wahl in die Kammerversammlung. Dieser Umstand eröffnete nunmehr die Lösung. Nach kurzem Zögern erklärte sich Diana Will bereit, zu kandidieren, falls sich wirklich keiner der gewählten KJP-Vertreter zur Verfügung stellen würde.

Erwartungsgemäß verlief die konstituierende Sitzung der Kammerversammlung der PKS SH dann auch eher unspektakulär. Da das Bündnis „Kammerpolitik nach vorne!“ auch auf explizite Nachfrage keine KandidatInnen benannte, wurde Juliane Dürkop als Präsidentin der Kammer bestätigt. Auch Bernd Schäfer (Vizepräsident), Detlef Deutschmann und Klaus Thomsen (Vorstandsmitglieder) haben wieder ihre Ämter inne. Neu dazu kam Diana Will, die sich besonders um die Belange der Kinder- und Jugendlichentherapie kümmern wird. Aus DGVF-Sicht erfreulich ist, wir damit mit drei Personen dem Vorstand angehören.

Als DPT-Delegierte wurden folgende Personen gewählt: Detlef Deutschmann, Juliane Dürkop, Bernhard Schäfer, Ute Theising und Diana Will sowie als Ersatzmitglieder Dorothee Katz, Dr. Dietmar Ohm und Klaus Thomsen. Damit ist nun der Vorstand, genau wie die Liste der DPT-Delegierten, für die neue Wahlperiode bestimmt und wir freuen uns alle auf eine möglichst erfolgreiche und interessante Zusammenarbeit in den nächsten vier Jahren.

Abschließend bleibt nun noch ein wenig Raum, der Verwunderung Ausdruck zu verleihen, was eigentlich die Mitglieder des konkurrierenden Wahlbündnisses mit ihrer Verweigerung bezweckten. Immerhin erhielten sie, wie wir auch, ungefähr die Hälfte der

Stimmen der Kolleginnen und Kollegen im Land, verbunden mit dem Auftrag, verantwortungsbewusst und engagiert die Interessen, Wünsche und Anliegen ihrer Wähler in der Kammer zu vertreten. Als gewähltes Kammerversammlungsmittglied dann die Übernahme der übertragenen Verantwortung kompromisslos abzulehnen, zeugt nach unserer Auffassung nicht gerade von Pflichtbewusstsein und Respekt vor dem Wählervotum.

Wie dem auch sei, es ist uns dennoch gelungen, einen handlungs-, entscheidungs- und arbeitsfähigen Vorstand zusammen zu stellen, der inzwischen mit großem Engagement in die dritte Amtsperiode der PKS H gestartet ist. Auf der letzten Kammerversammlung in 2011 am 4.11. wurde der vom Vorstand in Zusammenarbeit mit dem Finanzausschuss eingebrachte Haushaltentwurf 2012, der die Haushaltspolitik der letzten Jahre mit minimalen Veränderungen fort schreibt, verabschiedet. Die Kammerbeiträge bleiben damit 2012 ebenfalls unverändert. Der Vorstand kämpft darüber hinaus gemeinsam mit der BPTK und den übrigen Landespsychotherapeutenkammern für eine Modifikation des Entwurfes des Versorgungsstrukturgesetzes, das in seiner jetzigen Fassung schlimmstenfalls zum Abbau von ca. 30% der Kassensitze führen könnte, statt zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Mitgliederversammlung

Wenn Sie mehr von unserer Arbeit in Schleswig-Holstein erfahren wollen, oder sich auch gerne selbst beteiligen mögen, kommen Sie doch gerne am Donnerstag, 24.11.2011, um 19.00 Uhr in die Feldstraße 92 in Kiel zur nächsten Mitgliederversammlung oder melden Sie sich einfach einmal bei uns.

*Diana Will, Detlef Deutschmann,
Bernd Schäfer
LandessprecherInnen Schleswig-Holstein
Kontakt: sh@dgvst.de*



**Akademie für
Fortbildung in
Psychotherapie**

Seminarreihe Traumatherapie

Start: 23.-24. März 2012

+ 3 weitere Blöcke

Ort: Institut München

Psychotraumatologie im Kindes- und Jugendalter

Start: September 2012

Ort: Institut Münster

Tagung "Traumatherapie"

am 8.-9. September 2012

Ort: Potsdam

www.afp-info.de

Bundesakademie@afp-info.de

Tel./Fax 0700 237 237-00/-11

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie
ist eine Einrichtung der DGVST e. V.

Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

„Vollwertige“ Therapeuten oder Praktikanten?

PiAs skizzieren prekäre Situation während der Praktischen Tätigkeit

Zweimal haben PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) dieses Jahr in Berlin bereits gegen die Ausbildungsbedingungen im Rahmen ihrer Praktischen Tätigkeit protestiert. Vom 5. bis zum 9. Dezember werden die Proteste fortgesetzt: Das Auguste-Viktoria-Klinikum und die Charité Mitte werden bestreikt. 1600 Berliner PiA sind aufgerufen, sich an dem Streik zu beteiligen. Ihr Hauptkritikpunkt: Sie erhalten kein oder nur wenig Geld für ihre Arbeit. Im Psychotherapeutengesetz ist zwar festgeschrieben, wie viele Stunden die PiA in einer psychiatrischen Klinik ableisten müssen, nicht aber die Vergütung. Wir befragten dazu die SprecherInnen der DGVT-PiA.

Frage: Die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) in Berlin haben dieses Jahr bereits zweimal zu öffentlichen Protestkundgebungen aufgerufen. Mit dem Slogan „PsychotherapeutInnen in Ausbeutung“ machen sie vor allem auf die schlechte Bezahlung im Ausbildungsabschnitt „Praktische Tätigkeit“ aufmerksam. Wie stellt sich diese Situation aus Eurer Sicht dar?

Antwort: Die PiA-Sprecher unterstützen den Protest in vollem Umfang. Die Situation der PiAs während der Praktischen Tätigkeit (PT) ist häufig prekär. In der Regel gibt es keine Bezahlung und selten Urlaubsregelungen. In zahlreichen Kliniken und Praxen arbeiten wir therapeutisch, übernehmen Arztaufgaben und Aufgaben angestellter Therapeuten. Vielerorts gibt es keine Stellen für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) im herkömmlichen Sinne, sondern nur Therapeutenstellen. Dabei fehlt es jedoch i.d.R. an Supervision.

Daraus ergibt sich ein immenser Interessenskonflikt: Wir möchten in der PT lernen, fachlich begleitet und gleichzeitig eigenver-

antwortlich tätig werden. In der Realität ist es jedoch so, dass wir als „vollwertige“ Therapeuten arbeiten, was wir jedoch – offiziell – nicht dürfen. Wir sind keine PiPs (PsychologInnen im Praktikum), sondern wir sind PiAs, was eher einer facharzt-äquivalenten Ausbildung entspricht. Wir sind Hochschulabsolventen und fordern daher eine angemessene Bezahlung.

Um diesbezüglich eine Verbesserung zu bewirken halten wir – neben den Diskussionen um eine adäquate Besoldung der PiAs in der PT – die Einführung von Arbeits-/Musterverträgen durch die DGVT bzw. vom jeweiligen Ausbildungsinstitut sinnvoll, die an alle betreffenden kooperierenden Einrichtungen versandt werden und von PiAs eingefordert werden können. A priori sollten nur noch Kooperationsverträge mit Kliniken etc. geschlossen werden, die die geforderten Kriterien berücksichtigen. Eine Vernetzung der Institute kann darüber hinaus dazu beitragen, eine entsprechende Qualität der PT zu sichern/zu gewährleisten.

Frage: Wie könnten die Probleme angegangen werden?

Antwort: Wie bereits benannt, braucht es eine klare Entscheidung, welche Aufgaben PiAs zukünftig übernehmen, welche Verantwortungen daran geknüpft sind und welche Entlohnung damit einhergeht. Zudem könnte beispielsweise mit der Aufwertung der Zwischenprüfung ein äquivalenter Status zum Staatsexamen erlangt werden.

Es muss aus unserer Sicht eine Entscheidung darüber geben, welcher Status uns während der PP-Ausbildung, besonders in den ersten eineinhalb Jahren, zukommt. Der eines Praktikanten (dann mit Praktikantengehalt und den dazugehörigen Aufgaben, in erster Linie dem „Mitlaufen“) oder der Status eines diplomierten/M.Sc.-Psychologen – der dann auch in den Kliniken als solcher eingesetzt wird. Letzteres entspricht derzeit der Realität.

Frage: Welche Vergütung wäre angemessen?

Antwort: Wenn es bei einem Praktikumsstatus der PiAs bleibt, sollte zumindest eine Existenzsicherung – d.h. mind. ALG II zzgl. Ausbildungskosten – gewährleistet werden. Eine entsprechende tarifliche Einigung und vertragliche Regelungen sind hier dringend notwendig, damit PiAs nicht unter das Existenzminimum fallen. Dies käme sonst einer Nichtachtung des bisherigen Hochschulabschlusses und einer Entwertung der Tätigkeit der PiAs gleich. Die Mehrzahl der PiAs übernimmt eine verantwortungsvolle Arbeit in den Kliniken etc., eine angemessene Vergütung (z.B. nach TVöD) entsprechend eines Hochschulabsolventen ist daher unumgänglich.

Frage: Die DGVT hat den PiA-Protest in Berlin mit einem offenen Brief an das Organisationsteam, mit einer Stellungnahme an Gesundheitsminister Daniel Bahr und einer Pressemitteilung unterstützt. Was kann die DGVT noch tun?

Antwort: Wir freuen uns über die Unterstützung aus den Reihen der DGVT und das offene Ohr für die Belange der PiAs. Eine derartige emotionale Unterstützung ist auch in Zukunft sehr wichtig.

Des Weiteren wünschen wir uns eine tatkräftige Unterstützung hinsichtlich der Verbesserung der Bedingungen in der PT, wie oben bereits angesprochen. Empfehlungen der DGVT an Ausbildungsinstitute/Ausbildungszentren bzgl. der Kooperationskliniken oder die Kündigung von Kooperationsverträgen mit „schwarzen Schafen“ und damit der Boykott von Kliniken ohne adäquate Standards wären denkbar.

Auch die Werbe- und PR-Trommel zur aktuellen Situation von PiAs zu rühren, macht aus unserer Sicht Sinn: Flyer, Artikel in Fach- oder öffentlicher Presse, Info-Veranstaltungen für Neueinsteiger zur Lage der PiAs, Teilnahme an Protestveranstaltungen, all das unterstützt uns. Treten wir, d.h. die AusbildungsAkademie, die DGVT und die PiAs, in der Öffentlichkeit als Einheit auf, ist der Wirkungsgrad deutlich höher. Andernfalls kann nach außen schnell das Bild entstehen, wir PiAs seien Bittsteller mit unberechtigten und realitätsfernen Forderungen.

Gen. Gerade die Präsenz des DGVT-Vorstands bei Protestaktionen ist hier wichtig. Nicht zuletzt ist die finanzielle Unterstützung der PiAs hilfreich, z.B. ganz konkret bei Protestveranstaltungen oder auch indem Räume zur Planung und Durchführung von PiA-Treffen zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus sehen wir Handlungsbedarf auf politischer Ebene. Die DGVT und die AusbildungsAkademie können uns PiAs dabei unterstützen, in dem sie insbesondere in den Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern für eine Verbesserung der o.g. Punkte stimmen und unsere Interessen mit vertreten.

Als letzten Punkt zu dieser Frage möchten wir auf die Vernetzung mit den Ausbildungsinstituten anderer Träger hinweisen. Wenn es um „PsychotherapeutInnen zum Billigtarif“ geht, so betreffen die Fragen nicht allein die DGVT. Eine weitere Vernetzung, wie sie auch schon im Rahmen von PiA-Foren besteht, muss aus unserer Sicht zwingend gepflegt werden, um eine Lobby aufbauen zu können

Frage: Die DGVT setzt sich dafür ein, dass die PP- und die KJP-Ausbildung nur nach abgeschlossenem Master absolviert werden kann. Der Bachelor wird als nicht ausreichend angesehen. Wie stehen die PiAs dazu?

Antwort: D'accord. Auch aus unserer Sicht sollte der Master verpflichtend sein. Um während des Studiums bereits zielführend auf die Ausbildung als Psychotherapeut hinzuarbeiten, ist denkbar, bestimmte Ausbildungsanteile (Praktika, Theorie) bereits in das Master-Studium zu integrieren.

Frage: Gibt es weitere Themen, bei denen Ihr Handlungsbedarf seht?

Antwort: Ein immer wieder brandaktuelles Thema ist aus unserer Sicht die Qualitätssicherung der Ausbildung in Instituten, Ambulanzen, Kliniken und Lehrpraxen. Die schließt ebenso die Diskussion um Supervisionen oder die adäquate Vorbereitung auf die Approbationsprüfung sowie die Praxis ein. Aber dazu gern in einer neuen Ausgabe der Rosa Beilage.

InterviewpartnerInnen waren Kristin Pfeiffer, Kristin Ackermann, Carla Kästner, Daniel Bergmann, Marijke Huven und Sonja Hermeling.

Die Fragen stellten Waltraud Deubert und Angela Baer.

Approbation nun auch für Nicht-EU-Bürger möglich

Wie die Bundespsychotherapeutenkammer berichtet hat (vgl. [www.bptk.de /Aktuell](http://www.bptk.de/Aktuell)), wurde das Psychotherapeutengesetz nun doch dahingehend geändert, dass PsychotherapeutInnen für die Approbation nicht länger EU-Bürger sein müssen bzw. aus einem EWR-Vertragsstaat kommen müssen. Im Entwurf zum „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ (Bundestags-Drucksache 17/6260) waren zunächst entsprechende Änderungen für alle Heilberufe mit Ausnahme des Berufsstands der Psychotherapeuten vorgesehen.

Das BMG begründete dies in der Vergangenheit damit, dass es die Aufhebung des Staatsangehörigkeitserfordernisses bei Psychotherapeuten derzeit noch nicht in Angriff nehmen wolle, weil dies im Rahmen einer größeren Reform des Psychotherapeutengesetzes – Stichwort Ausbildungsreform – erfolgen solle. Nun stagniert die Reform der Ausbildung bekannterweise – eine Änderung des PsychThG bezüglich der Approbation von Nicht-EU-Bürgern wurde deshalb kurzerhand mit in das o.g. Gesetzgebungsverfahren mit aufgenommen.

Zum Inhalt der Gesetzesänderungen: Bislang konnte Staatsangehörigen, die nicht der EU bzw. dem EWR angehören (auch bei vollständig nach PsychThG erfolgter Ausbildung), nur aufgrund einer Ermessensentscheidung der Approbationsbehörde und nur ausnahmsweise eine Approbation erteilt werden. Dasselbe galt für Angehörige der genannten Staaten, die mit einer in einem nicht-europäischen Staat erworbenen Ausbildung die Approbation beehrten. In die-

sen genannten Fällen war nach bisheriger Gesetzeslage im Einzelfall zu prüfen, ob Gründe des öffentlichen Gesundheitsinteresses (vgl. § 2 Abs. 3 PsychThG) für die Befürwortung einer Approbation sprechen.

Die DGVT hatte diese Diskriminierung kritisiert und eine Änderung des Psychotherapeutengesetzes in diesem Punkt zuletzt in der DGVT-Stellungnahme „Für eine kultursensible, muttersprachliche psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Zuwanderungshintergrund“ gefordert.

Nun hat der Bundesrat am 4.11.2011 im Rahmen des oben zitierten Gesetzgebungsverfahrens eine Verbesserung der Situation künftiger Psychotherapeuten beschlossen. Berufsabschlüsse von Zuwanderern in Deutschland können ab dem kommenden Frühjahr einfacher anerkannt werden. Mit diesem Gesetz wurden gleichzeitig die entsprechenden Änderungen des Psychotherapeutengesetzes beschlossen.

Für die Approbation als Psychotherapeut ist es zukünftig nicht mehr notwendig, deutscher Staatsangehöriger oder EU-Bürger zu sein.

Kerstin Burgdorf

Reformentwurf zum Psychotherapeutengesetz: Der Stand der Dinge

Nichts geht voran, so scheint es, bei der Reform des Psychotherapeutengesetzes, seit der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) im Herbst 2010 ein Konzept für die Reform konsentiert hat. Und wenn man bedenkt, dass die derzeitige Bundesregierung viele andere Sorgen und Themen hat und dann berücksichtigt, dass der Partei des alten und des jetzigen Bundesgesundheitsministers (FDP) die freiberuflichen Ärzte und Zahnärzte vermutlich näher stehen als die Psychotherapeuten, so ist es kein Wunder, dass sich auf der Ebene der offiziellen Politik nicht so sehr viel entwickelt.

Dass gar nichts passiert, ist aber auch nicht richtig. Denn nach dieser Legislaturperiode des Bundestags gibt es eine neue, vielleicht mit neuen Mehrheiten im Bundestag und auch einer neuen Regierungskoalition. Und es finden tatsächlich bereits viele durchaus positiv verlaufende Gespräche mit Gesundheitspolitikern der verschiedenen Bundestagsparteien statt, von denen Peter Lehdorfer, Mitglied des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer, beim DPT am 12.11.2011 berichtete. Das von der BPTK konsentrierte Konzept, welches manche Anregungen des entsprechenden Forschungsgutachtens aufgreift, wird dabei als Basis für eine zukünftige Reform angesehen. Eine wichtige Rückmeldung, die Lehdorfer von diesen Gesprächen resümierte, war der nachhaltige Rat von vielen Politikern, dass die Psychotherapeuten gegenüber der Politik möglichst mit einer Stimme sprechen solle.

Und es gibt noch ein anderes Feld, auf dem (zumindest zaghafte) Entwicklungen zu verzeichnen sind. Die Diskussion zur Reform des Psychotherapeutengesetzes verlief bis Ende 2010 bekanntlich teilweise recht kontrovers. Ein zentrales Streitthema war die Frage, ob es zukünftig weiterhin zwei PT-Berufe oder nur einen mit Spezialisierungsmöglichkeit in Richtung auf Kinder-/Jugendlichen- versus Erwachsenenpsychotherapie (KJP vs. EP) geben solle. Im Hintergrund steht dabei die Frage, ob weiterhin Absolventen anderer Studiengänge als nur Psychologen den Zugang zur Psychotherapieausbildung erhalten sollten. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat im Herbst 2010 zu diesem Thema – fast so, wie es in der großen Politik auch manchmal üblich ist – eine Lösung gefunden, die bei näherer Betrachtung höchstens als vorläufige Lösung oder Kompromissformel angesehen werden kann und muss. Der DPT hat mit jeweils großer Mehrheit zwei Anträge verabschiedet. Einerseits wurden inhaltliche Anforderungen an die Voraussetzungen des zukünftigen Zugang zu einer Psychotherapieausbildung (mit späteren Vertiefungsmöglichkeiten KJP vs. EP) formuliert, die im Prinzip nur von Psycholo-

gie-Studiengangabsolventen auf Masterniveau erfüllt werden können. Andererseits hat der DPT gefordert, dass der breite Zugang zur PT-Ausbildung für die bisherigen Studiengänge erhalten bleiben soll. Am Ende hat der DPT in seiner Weisheit festgehalten, der Vorstand der BPTK möge mit den Fachgesellschaften der Studienfächer Gespräche führen, um die Umsetzung dieser Beschlüsse zu ermöglichen und eine Feinjustierung der Vorgaben vorzunehmen. Diese Gespräche mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften und dem Fachbereichstag Soziale Arbeit haben im Laufe des Jahres nun stattgefunden (inzwischen drei). Und nach einigen turbulenten Verläufen, so ist zu hören, deutet sich an, dass man tatsächlich einem Kompromiss nahe ist. Dieser wird (wenn es ihn gibt) von beiden Seiten erhebliche Zugeständnisse verlangen, soviel ist klar. Aber er wird es ermöglichen, dass die PsychotherapeutInnen (Verbände und Kammern) sich gemeinsam hinter ein Reformkonzept stellen können und dass sie damit eine wichtige Voraussetzung dafür erfüllen, dass die Gesundheitspolitiker und das Bundesgesundheitsministerium bereit sein werden, sich mit ihrem Reformkonzept auseinanderzusetzen.

Heiner Vogel

Aus den Kammern

BPtK-Symposium zur Wirksamkeit der Psychotherapie

**Mit empirischen Studien Kritikern
Wind aus den Segeln nehmen**

„Wege zu einer bedarfsgerechten Versorgung“ lautete der Untertitel des Symposiums „Wirksamkeit der Psychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in Berlin am 15. September 2011. Wie Präsident Prof. Dr. Rainer Richter in seiner Begrüßung betonte, sollte es nicht etwa um grundlegende, prototypische Wirknachweise gehen, die schon existierten, als es noch kein Psychotherapeutengesetz gab, sondern darum, was in unserer heutigen ambulanten psychosozialen Versorgungsrealität immer schneller anders werden muss, als es Ende des letzten Jahrhunderts noch war.

TK-Studie in der Diskussion

Erste flächendeckende empirische Effizienz-Nachweise ambulanter Kassenpsychotherapie liefert ganz aktuell die sogenannte *TK-Studie*, auch wenn das Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse (TK) primär die Qualitätssicherung des Behandlungserfolgs beim altbekannten Antragsgutachten-Verfahren gegen ein neues Fragebogen-Feedback-Verfahren prüfen wollte. Das tut der Sache deswegen keinen Abbruch, weil man sich in der Versorgungs-Feldforschung ohnehin vom Denken im klassisch-naturwissenschaftlichen Experimente-Paradigma lösen muss. Im Kassenbehandlungs-Setting wäre z. B. keine Doppelblind-Studie möglich, es wäre auch ethisch nicht vertretbar. Im Gegenteil, die gewünschte externe Validität gewinnt man gerade erst durch den Verzicht auf die gewohnte interne Validität. Diese boten ja bereits die prototypischen Wirknachweise, die uns in Cochrane Reviews u.ä. meta-analysiert vorliegen.

Man kann m.E. also durchaus die TK-Studie resteverwerten, um – vergleichbar der letzten Phase einer Medikamenten-Zulassungsprüfung – Nutzen und Risiken der massenhaften Anwendung im Feld empirisch zu sichern. Unsere Profession kann so etwas nicht finanzieren, im Gegensatz zu Pharmakonzernen. Schön, dass dieses Krankenkassen-Vorhaben als Nebenprodukt hierzu etwas abwarf, selbst wenn es keine dafür repräsentative Stichprobe war.

Man muss die Daten natürlich umsichtig interpretieren. Hierzu lieferte Prof. Dr. Wolfgang Lutz von der Universität Trier einige erste Hinweise. So fanden sich in der Haupthypothesen-Gruppe (nur Fragebögen statt GutachterInnen) deutlich mehr VerhaltenstherapeutInnen als tiefenpsychologische KollegInnen ein. Die dort erzwungenermaßen strukturiertere Diagnostik führte zu mehr Diagnosen pro Patient. Das beides ist für die hier interessierende verfahrenübergreifende Effizienz-Evaluation allerdings ziemlich egal. Die Antworten der PatientInnen in den Fragebögen sind natürlich subjektiver Natur und schließen sicher auch einen sozialen Zufriedenheits-Bias gegenüber den TherapeutInnen mit ein, aber das ist durchaus Teileffekt unseres realen Wirkens. Schließlich wird ja auch der Placebo-Effekt bei medikamentösen Behandlungen auf bis zu 40% geschätzt. Dass niedergelassene PsychotherapeutInnen vor allem mit YAVIS-Patienten – young, attractive, verbal, intelligent, successful – arbeiten, wie Dr. Heiner Melchinger behauptet, dafür gab es in dieser Studie wohl keine Belege. Eher im Gegenteil, denn falls die Therapeuten gezielt nur ihre ‚besten Pferde‘ ins Rennen geschickt haben sollten, wären mehr YAVIS-Patienten zu erwarten gewesen.

Prof. Dr. Werner Wittmann, Evaluationsexperte von der Uni Mannheim, zeigte sich angesichts der zentralen Ergebnisse zur Wirksamkeit aus der TK-Studie fast schon begeistert. Er bildete ein multiples Ergebniskriterium und brachte damit sinnvollerweise

die allgemeinen und die störungsspezifischen Skalen-Resultate unter einen Hut. Selbst sehr konservativ geschätzt, betrage damit die mittlere Effektstärke (ES) der fast 600 Psychotherapien rund 1,0. Daten von der Ein-Jahres-Katamnese lagen nur noch von ca. der Hälfte der Therapien vor, zumindest für diese zeigte sich eine hohe Erfolgsstabilität. Das gleiche Bild ergab sich übrigens auch bei separater Analyse des Beck'schen Depressions-Inventars (BDI).

Nach Cohen gelten ES ab 0,8 als „groß“. Der vorab festgelegte Break-Even-Point für das „Return on Investment“ (ROI) hätte schon bei 0,2 ES gelegen. Selbst wenn man argwöhnisch eine Selektion zugunsten günstiger Therapieverläufe annimmt, auch dafür wäre eine ES von 1,0 ein gutes Resultat!

Bezogen auf die durchschnittliche deutsche Produktivität, liege das Nutzen-Kosten-Verhältnis bei 2,5 / 1 (3.200 / 8000 €). Pro investiertem Euro entstehe gesellschaftlicher Nutzen von 2,50 Euro. Schade, dass davon die Krankenkassen nichts sehen, sonst würden sie in ambulante Psychotherapie investieren!

Schlussendlich merkte Prof. Wittmann an, die Psychotherapie verkaufe ihre Nutzen-Evidenzen unter Wert bzw. noch gar nicht (in der medizinerorientierten Cochrane Library trägt nur ca. 1 Promille der Einträge „Psychotherapie“ im Titel). Die Profession könnte gut eine eigene „Collaboration“ (Zusammenarbeit) gebrauchen. Denn man sollte viel lauter fragen: Warum werden eigentlich Maßnahmen ohne jegliche gesicherte Evidenz aus den gemeinsamen Kassen finanziert?

Sicherung der Qualität

Anschließend stellte Dr. Irmgard Pfaffinger von der KV Bayern mit der *QS-PSY-BAY Pilotstudie* ein weiteres Qualitätssicherungs-Vorhaben aus dem Bereich der ambulanten Psychotherapie vor. Es startete 2002 und wurde von dem Verband der Ersatzkassen (VDEK) finanziert. Das Rationale war, schnell und unaufwendig über die TherapeutInnen verfahrensunabhängige QS-Daten von Patient wie Therapeut einzusammeln. Mit

einer Ein-Jahres-Katamnese wollte man dem tiefenpsychologischen Ansatz entgegenkommen. Es nahmen über 60% tiefenpsychologische TherapeutInnen teil, der Anteil ärztlicher KollegInnen war mit 55% recht hoch. Beim Behandlungsanlass dominierten mit ca. 49% Depressionen vor 19% Angststörungen.

Von 200 anfangs teilnahmewilligen TherapeutInnen brachten letztlich 158 einen oder mehrere Fälle ein. Es kam zu 1696 Erstkontakten, 1449 genehmigten Therapien, Daten bis zum Therapieende lagen in 1121 Fällen vor. Die Effektstärke lag alles in allem prä / post bei sehr erfreulichen 0,87 ES. Katamnese-Fragebogendaten lagen leider wohl nur von ca. einem Zehntel dieser beendeten Therapien vor. Auch in dieser Studie wurde wohl nicht der strengere LMC-Standard (last measurement continued) des „Intention to treat“-Ansatzes angewandt. Wie bei der TK-Studie stand es den Therapeuten wohl frei zu wählen, welche Patienten sie in die Evaluation aufnehmen. Aber selbst bei einer gewissen Erfolgselektion erscheint mir der ES immer noch recht bemerkenswert für Behandlungen unter Alltagsbedingungen.

In der vom Moderator des Symposiums, Hans-Bernhard Henkel-Hoving, geleiteten Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass solche Kriterien wie „Return on Investment“, nicht zur alleinigen Leitschnur unseres Handelns werden sollten, denn dann könnte es unethisch werden. Andererseits fand man es gut, nun Dr. Melchingers Behauptung, die Psychotherapie würde den schwer psychisch Kranken Geld stehlen, etwas Handfestes entgegenhalten zu können. Schade sei, dass man in beiden Studien zu den Kosten der ja initial als Qualitätssicherungsverfahren ins Rennen gegangenen Datenerfassungen selber gar nichts erfahre. Doch die hohen Effektstärken überstrahlten dies, sie sprechen für eine hohe Wirksamkeit unserer ambulanten Kassenpsychotherapien, und welche Kassenleistungen können so etwas schon evidenzbasiert von sich behaupten?

Den zweiten Teil des Symposiums eröffnete Prof. Dr. Frank Jacobi von der Psychologischen Hochschule Berlin mit seinem Vortrag über *Psychische Erkrankungen in*

Deutschland – Krankheitslasten, evidenzbasierte Behandlungen und ungedeckte Versorgungsbedarfe. Er referierte über im Jahr 2011 aktualisierte epidemiologische Befunde. Diese blieben im Vergleich mit 2005 recht stabil. Danach beträgt unser lebenszeitliches Risiko, zumindest einmal eine „disorder of the brain“ zu bekommen, 50%. Am wahrscheinlichsten trafe uns Depression, Angst- oder Schlafstörung. In einem Jahr ließ sich bei 30% aller Frauen und 23% aller Männer eine neuropsychiatrische Störung finden.

Die gesellschaftliche Belastung mit „Disability-Adjusted Life Years“ (DALY) durch Depression betrug 134,4 Jahre auf 10.000 Bürgerinnen, erst mit weitem Abstand gefolgt von 83 Alkoholismus-DALY auf 10.000 Bürger. Die AU-Tage (Arbeitsunfähigkeit) bei körperlichen Störungen steigen aufs ca. Dreifache an, wenn komorbid eine psychische Störung vorliegt. Besonders brennend wird's bei der Kombination von Depression und Angststörung. Auf psychische Störungen gehen 27% aller DALYs zurück. All das verursacht große Kosten und Produktivitätsminderungen. Trotz der epidemiologisch konstanten Prävalenz psychischer Störungen haben Krankenschreibungen und Berentungen aufgrund dessen um über 100% zugenommen, obwohl Suizide und Alkoholismus abnahmen. Dies weist auf eine rapide gesellschaftliche Bedeutungszunahme psychologischer Krankheitskonzepte hin, bei bislang relativ konstanter Unterversorgung.

Nichtwissen und Stigmatisierung psychischer Störungen scheinen in den modernen Industrie-/Dienstleistungs-Gesellschaften allmählich abzunehmen. Das könnte sowohl an besserem ärztlichen Diagnostizierverhalten wie auch an zunehmendem Aufsuchverhalten der Betroffenen bei höherer Sensibilität des psychosozialen Umfeldes liegen. Die Detektion primär psychischer Störungen bleibt dennoch grundlegend schlechter als bei primär körperlichen Störungen.

Mehr Wissen um Behandlungsmöglichkeiten

Gestiegene subjektive Behandlungsbedürftigkeit und mehr Wissen um Behandlungsmöglichkeiten haben wohl den gesellschaftlichen Behandlungsbedarf vergrößert, auch wenn dieser noch weit von der epidemiologischen Prävalenz entfernt bleibt. 15,6 Jahre vergingen im Schnitt vom Störungsbeginn bis zur fachgerechten Behandlung. Noch kommen europaweit 48 bis 70% der potentiellen PatientInnen mit keinem Behandler in Kontakt, 8 bis 16% mit Spezialisten, nur 2 bis 9% werden zumindest minimal adäquat behandelt. Je nach Land kommen lediglich 0 bis 3% in psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapie ist derzeit nur ein Nischenangebot!* Damit dürften die psychischen Störungen weiterhin einzigartig schlecht unter allen Störungen dastehen.

Die deutsche Bedarfsplanung (extrem regional unterschiedliche Behandler-Kopf-Kontingente bar jedes epidemiologischen oder morbiditätsorientierten Bezugs) schreibt jedoch niedrige ambulante Behandlungsquoten und damit lange Wartezeiten für die nächsten Jahre fest. Und das, obwohl evidenzbasierte Leitlinien für zehn von zwölf psychischen Störungen Psychotherapie gegenüber Psychopharmaka als potentere Behandlungsmethode ausweisen. Bei der starken Sektorsierung des deutschen Gesundheitswesens bleibt dann oft nur die teure stationär-psychiatrische Behandlung als Ausweg, bei deren Evidenzbasierung es zudem noch besonderen Klärungsbedarf gebe.

Den letzten Vortrag hielt der Präsident der BPTK, Prof. Dr. Rainer Richter. Er verwies darauf, dass nicht allein die Psychotherapeuten (Stadt/Land Gefälle = 9/1), sondern auch Hausärzte zu Recht über Bedarfsplanungs-Fehler klagen. Zum *Versorgungsstrukturgesetz* schlägt die BPTK vor, statt der alten Zahlen zumindest den gegenwärtigen Ist-Zustand als Planungsgrundlage zu nehmen, wenn schon kein Morbiditätsbezug komme. Eine Regionalplanung könne keinesfalls sinnvoll gelingen, wenn 30% der Niedergelassenen-Sitze zur Disposition gestellt werden.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung könne patientenorientierter werden, wenn unsere Behandlungsangebote differenzierter sein dürften. Dazu wären adäquat honorierte Akut-Sprechstunden, niederschwellige, schnellere, kürzere oder gestufte Angebotsformate zu ermöglichen. Bei dem vielen, was dem Versorgungsstrukturgesetz nachfolgend untergesetzlich zu regeln sein wird, sollten hochakute und schwerbeeinträchtigte Patienten (sog. „Wartezimmer-Unfähige“) nicht vergessen werden. Aber selbst wenn all diese Vorschläge umgesetzt würden, sei fraglich, ob der steigende Behandlungsbedarf, den die Epidemiologie erwarten lässt, damit abzudecken wäre, und zudem sicher nicht kostenneutral. Generell sollte Evidenzbasiertheit Leitschnur aller Neujustierungen in der deutschen Gesundheitsversorgung sein, nicht etwa bloß eine erhoffte Kostenbegrenzung.

Versorgung medikamentenlastig

Dr. Bernhard Gibis von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) merkte in der Abschlussdiskussion an, die Versorgung der psychischen Störungen sei derzeit klar *medikamentenlastig*. Gerade für die Psychotherapie wäre statt der kopfbezogenen eine kapazitätsorientierte Bedarfsplanung adäquater, nur wenige niedergelassene PsychotherapeutInnen füllten ihren Sitz voll aus. Er vermutete, die Bedarfsplanungszahlen würden via Regionalisierung geändert werden, die bisherigen Kreise seien aber ungeeignete Planungsräume. Man solle auch nicht vergessen: *Die Patienten wollten in die Städte* und keiner wisse genau, wie viele. Ein Zuhörer schränkte das ein: Zumindest Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten müssten auf dem Lande präsent sein.

Der psychologische Psychotherapeut Jürgen Matzat, Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (und deutscher „Selbsthilfe-Papst“) meinte, wegen des Versorgungsstrukturgesetzes würden die Länder hinter den Berliner Kulissen schon noch kräftig pokern. Man könne z.B. mit dem Verfassungsgericht drohen, falls der Bundesrat nicht zustimmungspflichtig werde. Der

Profession allein solle man nicht zu viel überlassen, denn handle es sich letztlich auch nur um Lobbyisten. Die derzeitige *Bedarfsplanung sei eine doppelte Lüge* und in der ambulanten Psychotherapie geradezu grotesk. Die Wartezeiten zeigten den unbefriedigten Bedarf.

Prof. Richter von der BPTK wies darauf hin, dass die PsychotherapeutInnen in der Selbstverwaltung zwar offiziell durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten würden, die aber von konkurrierenden Mediziner-Interessen dominiert seien. Ohne funktionierende Bedarfsplanung sei der Osten „verloren“. Dennoch sei er, Richter, für die Zukunft optimistischer, als es ihm die reale Lage gestatte. Schon bald würden die Arbeitgeber der Politik immer mehr Druck machen müssen. Der Fehlallokation zu vieler Gelder zugunsten der somatischen Störungen sollten auch die Kassen politisch entgegenreten. Strukturelle Änderungen am Versorgungssystem von Seiten der Politik seien vonnöten. Wir müssen evidenzbasiert flexibler werden!

Dr. Thomas Ruprecht von der TK Hamburg kommentierte die BPTK-Forderungen nach mehr Niederlassungen damit, dass ein Mehr des Gleichen unsere Versorgungsprobleme nicht wirklich löse. Alle wollten mehr und wir hätten schon eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit. Man müsse vielmehr das vorhandene Geld anders verteilen, 50% der Katheter- und Bildgebungs-Untersuchungen seien z. B. überflüssig. Man wisse auch, dass die *stationäre Psychiatrie „cashcow“ der Krankenhäuser* sei, aber das seien heiße Eisen. Man brauche intelligente Modelle für eine Umschichtung der Mittel. Eine schnellere Anbehandlung könne Kosten sparen, die Psychotherapeuten sollten sich öfter ihre Sitze teilen. Auch integrierte Versorgungskonzepte brächten einiges, aber die Selbstverwaltung schaffe solche Weichenstellungen nicht, die Politik müsse sie initiieren.

Prof. Lutz wand ein, das hiesige Versorgungssystem sei recht bewährt und keineswegs das schlechteste, wenn man ins Ausland schaue, z. B. auf das englische ‚stepped care‘ System. Ein Zuhörer relativierte das:

Die Anzahl der mit den hiesigen Psychotherapie-Angebotsformaten versorgbaren Patienten sei einfach zu gering für den künftigen Bedarf. Prof. Jacobi untermauerte das, 30% der Epidemiologie, aber nur 5% der Mittel für die „Brain Diseases“ sei ein krasses Missverhältnis. Hier müsse die Versorgung deutlich aufgerüstet werden, aber mit modernen Versorgungskonzepten, auch mit Hilfe von ‚stepped care‘. Dr. Pfaffinger ergänzte, die Therapien müssten künftig wohl schneller helfen, auch seien mehr ambulante Gruppenangebote zu ermöglichen.

Prof. Wittmann resümierte, das in der Niedergelassenen-Psychotherapie angelegte

Geld sei gut investiertes, dieses Faktum solle die Politik nun beachten. Die PsychotherapeutenInnen täten gut daran, generell auf evidenzbasierte Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zu drängen. Er fragte provokant: „Und was kriegt ihr denn für ein Geld dafür? Holt doch die Hausärzte mit ins Boot, wenn die mehr Patienten schicken, müsst ihr aber den Durchlauf erhöhen!“. Amüsiert konnte man nach dieser interessanten und zukunftsorientierten Veranstaltung die Heimreise antreten.

Dr. Jürgen Friedrich, Sprecher der DGVT-Fachgruppe Niedergelassene



**INTERAKTIVE
FORTBILDUNG**

Klicken Sie sich rein:

www.afp-info.de

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

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Kommentar zum neuen AOK-Selektivvertrag in Baden-Württemberg

Der neue Selektivvertrag für die ambulante psychiatrische, neurologische und psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg: PNP-Facharztvertrag nach § 73c SGB V zwischen AOK, Bosch BKK und Medi-Verbund, Freie Liste, DPtV und BVDN-BW ist unterzeichnet. Im Folgenden wird der Vertrag in seiner Bedeutung für PsychotherapeutInnen erläutert und diskutiert.

Vertrag und Vertragsbeginn

Am 10. Oktober 2011 wurde in Baden-Württemberg der Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nach § 73 c SGB V zwischen der AOK und der Bosch BKK auf der einen sowie den beteiligten Vertragspartnern Medi-Verbund, Freie Liste, DPtV und BVDN-BW auf der anderen Seite unterzeichnet.

Seit diesem Zeitpunkt können sich interessierte Psychotherapeuten und Fachärzte „in den Vertrag „einschreiben“. Der Medi-Verbund als Managementgesellschaft übernimmt die entsprechende Organisation und später die Abrechnung der Leistungen.

Der Vertrag ist auf der Internetseite des Medi-Verbundes und der AOK (http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/meldungen/index_06692.html) einsehbar.

Sollten sich genügend KollegInnen einschreiben - bei den Psychotherapeuten wurde eine ausreichende Zahl von 450 Teilnehmern in BW als Bedingung für den Vertrag festgelegt -, können innerhalb des Vertrages Leistungen ab dem 1. Januar 2012 erbracht werden.

Zu den Grundzügen des Vertrages

Patienten kommen auf Zuweisung durch den Haus- oder Facharzt, durch die Kasse oder auch direkt zum Psychotherapeuten. Sie müssen, damit sie innerhalb des Vertrages behandelt werden können (ansonsten ist eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der KV-Versorgung wie üblich möglich), im Hausarztvertrag eingeschrieben sein und bereit sein, sich im vorliegenden Facharztvertrag einzuschreiben (oder bereits eingeschrieben sein). Mit der Einschreibung werden Patienten dann außerhalb des KV-Systems behandelt und haben auch nur noch Zugang zu entsprechend in den Vertrag eingeschriebenen Behandlern.

Psychotherapeuten können, wenn sie sich als Behandler in den Vertrag eingeschrieben haben, weiterhin parallel im KV-System diejenigen Patienten behandeln, die sich nicht in den Vertrag eingeschrieben haben.

Für psychotherapeutische Behandlungen innerhalb des Vertrags entfällt eine Antrags- oder Gutachterpflicht ebenso wie der Konsiliarbericht. Es besteht aber die Verpflichtung zu einer somatischen Abklärung, zudem müssen in Form eines strukturierten Berichtes Hausärzte und evtl. vorbehandelnde Psychiater informiert werden.

Psychotherapeuten vergeben im Erstkontakt oder in den Folgekontakten eine gesicherte Diagnose, die dann darüber bestimmt, welche Leistungen erbracht werden können und wie sie vergütet werden.

Im Rahmen des Vertrages wird eine größere Vielfalt an therapeutischen Verfahren und Methoden finanziert, neben der Richtlinienpsychotherapie ist auch die systemische Therapie abrechenbar, zudem können als Methoden und Techniken Entspannungstechniken, Hypnose, Hypnotherapie, EMDR, Interpersonelle Therapie und verhaltenmedizinische Behandlungen (z.B. Biofeedback) angewandt werden. Der Einsatz

dieser Methoden ist allerdings jeweils diagnoseabhängig.

Erstmals sind bestimmte therapeutische Leistungen an Diagnosen gekoppelt, nicht alle Leistungen sind bei allen Diagnosen möglich. Unspezifische ICD-Diagnosen sind von der Behandlung ganz ausgeschlossen. Für die neu eingeführten Verfahren und Methoden haben sich die Anwendungsbereiche an den vom wissenschaftlichen Beirat empfohlenen Anwendungsbereichen orientiert.

Unterschieden wird in der Behandlung zwischen Akutversorgung, Erstversorgung, Weiterbehandlung und niederfrequenter Behandlung, die jeweils diagnoseabhängig geleistet werden können und unterschiedlich, aber mit jeweils festen Euro-Beträgen vergütet werden.

In der Erwachsenenpsychotherapie wird die Akutversorgung im Umfang von bis zu 10 Stunden diagnoseabhängig mit 105 € vergütet. Auch die Erstversorgung mit maximal 20 Stunden, wiederum nur bei bestimmten Diagnosen möglich, wird mit 90 € besser vergütet als eine Therapiestunde in der Richtlinienpsychotherapie der KV. Eine Weiterbehandlung ist im Umfang von bis zu 30 Sitzungen möglich, so dass insgesamt 60 Stunden Psychotherapie erbracht werden können. Danach kann unbegrenzt eine niederfrequente Behandlung mit maximal 2 Terminen im Monat angeboten werden. Weiterbehandlungen und niederfrequente Behandlungen werden mit 82 € wie die genehmigungspflichtigen Leistungen im KV-System honoriert. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben ein etwas höheres Stundenkontingent zur Verfügung.

Hochfrequente analytische Psychotherapie mit bis zu 5 Sitzungen pro Woche ist bis maximal 300 Stunden möglich, ist aber auf Persönlichkeitsstörungen begrenzt und weiter antrags- und gutachterpflichtig.

Gruppenbehandlungen sind diagnoseabhängig parallel zur Einzelbehandlung möglich und können durch den Behandler selbst oder im Auftrag durch andere Behandler erbracht werden. Patienten können in kleinen Gruppen mit max. 4 Patienten für max. 20 Stunden behandelt werden, vergütet werden

die Sitzungen pro Patient mit 50 € pro 100 Minuten. Werden Patienten in großen Gruppen mit maximal 9 Patienten behandelt, können ebenfalls 20 Stunden mit gleicher Vergütung geleistet werden. Verbliebene Stunden aus der Einzeltherapie können als Gruppenstunden übernommen werden.

Zusätzlich sind pro Quartal und Patient Vergütungen zwischen 5 und 50 € für Hilfsplokonferenzen, Kooperationszuschläge und Krankengeldzuschläge vorgesehen. KJP erhalten wegen des erhöhten Aufwandes pro Patient und Quartal einen Zuschlag von 25 €.

Psychotherapeuten sind in ihren Leistungen nicht mengenbegrenzt, sie können zudem über den regionalen Zulassungsausschuss von KV und Krankenkassen maximal 3 Assistenten einstellen, die innerhalb des Vertrages Leistungen erbringen dürfen.

Diagnoseabhängige Einschränkungen sind den Vertragsunterlagen zu entnehmen, Beschränkungen gibt es vor allem hinsichtlich unspezifischer Diagnosen und leichtgradiger Störungen, so kann z.B. eine Psychotherapie bei der Diagnosevergabe einer leichten depressiven Episode oder einer nicht näher bezeichneten affektiven Störung nicht erbracht werden. Die am besten honorierten Akutbehandlungen sind nicht möglich bei Zwängen, Somatisierungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Dysthymien, weil hier nicht von einer akuten Erkrankung ausgegangen wird.

Psychotherapeuten, die in den Vertrag eingeschrieben sind, verpflichten sich, Patienten innerhalb von 14 Tagen, in dringenden Fällen innerhalb von 3 Tagen zumindest einen kurzen Ersttermin zu gewähren. Zudem müssen sie mindestens eine Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr vorhalten, an allen Werktagen Termine anbieten können und eine bestimmte Mindestmenge an Terminen im Quartal (55 Sitzungen) für die Akutversorgung leisten, um die höchste Vergütungsstufe zu erhalten. Zudem müssen sie einen in den Vertrag eingeschriebenen Vertreter benennen, der in besonderen Notfällen Ansprechpartner für die Patienten sein kann, wenn der Therapeut selbst in Urlaub oder länger krank ist. Psychotherapeuten ver-

pflichten sich innerhalb des Vertrages auch, innerhalb von 14 Tagen nach Behandlungsbeginn einen strukturierten Bericht an den Hausarzt zu verfassen, damit dieser über alle Behandlungen informiert ist.

Zudem fallen zusätzliche einmalige Kosten von 300 € für die Einschreibung und spezielle Anpassung der Software sowie laufende monatliche Kosten für im Rahmen des Vertrages zusätzlich erforderliche Hard- und Software (Konnektor und Prüfmodul) an. Die Softwarehäuser nehmen die entsprechenden Programmanpassungen derzeit vor, die monatlich zusätzlichen Kosten stehen noch nicht fest. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über Medi, die Verwaltungsgebühren (für Nichtmitglieder von Medi) liegen mit 3.5% über denen im KV-System.

Grundlegende Einordnung des Vertrages

Mit diesem Vertrag wird für die psychotherapeutische Versorgung erstmals eine umfassende versorgungspolitische Alternative zur kollektivvertraglichen Regelversorgung im KV-System geschaffen.

Diese ist in jüngerer Zeit in Zusammenhang mit dem Entwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) intensiv diskutiert worden. Weil in der kollektivvertraglichen Regelversorgung seit Jahren faktisch eine Unterversorgung mit langen Wartezeiten für eine Psychotherapie stattfindet, hat der Gesetzentwurf mit der Schaffung von Möglichkeiten eines Aufkaufs von psychotherapeutischen Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in nach den bisherigen Bedarfsplanungszahlen überversorgten Gebieten heftigsten Protest bei den Psychotherapieverbänden ausgelöst. Die Bedarfsplanungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind hinsichtlich der Psychotherapie veraltet und spiegeln nicht den in den letzten Jahren drastisch gestiegenen Bedarf an solchen Leistungen wieder. Alle Erhebungen zu Wartezeiten, zu Fehlzeiten und Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen deuten auf einen entsprechenden gestiegenen Bedarf hin.

Mehr Psychotherapeuten aber bedeuten mehr abgerechnete Leistungen, die innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen entweder den anderen Arztgruppen fehlen würden, von den Krankenkassen zusätzlich finanziert werden müssten oder bei einer Leistungsausweitung ohne zusätzliches Honorar das Einkommen der niedergelassenen Psychotherapeuten schmälern würden. Letztere hinken der Einkommensentwicklung der Fachärzten ohnehin seit Jahren hinterher, die Kassenärztlichen Vereinigungen kommen dem gesetzlichen Gebot zur Honorarverteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf die Psychotherapie, das den Psychotherapeuten ein Einkommen einer vergleichbaren Arztgruppe (Facharzt) zusichert, bis heute nicht nach.

Kassenseitig wurde in der Vergangenheit ja häufiger gefordert, dass Psychotherapeuten ihre Sitze besser auslasten sollten, um die Versorgung zu verbessern. Einmal abgesehen davon, dass dieser Vorschlag im jetzigen KV-System ohne kassenseitige Zusicherung eines zusätzlichen Budgets für Psychotherapie zu Lasten der Einkommen der anderen Arztgruppen oder auch der Psychotherapeuten selbst ginge, und deshalb auf wenig Gegenliebe stößt, ist auch fraglich, ob die Forderung nach höherer Auslastung der Praxen ohne Einbußen der Versorgungsqualität überhaupt praktikabel ist. Psychotherapie stellt hohe Anforderungen an konzentrativer, mentaler und emotionaler Präsenz, die für einen großen Teil der Therapeuten auf Dauer nicht ohne Folgen über die jeweils individuelle Belastungsgrenze hinaus beansprucht werden kann.

In einer solchen Lage hatte keiner der Beteiligten bisher ein Interesse an einer Ausweitung des Angebotes an psychotherapeutischen Leistungen, zu Lasten der Patienten, die auf einen Behandlungsplatz oft Monate warten müssen.

In diesem Kontext bringt der Vertrag Bewegung in eine seit Jahren festgefahrene Versorgungssituation.

Von den beteiligten Vertragspartnern wird der Vertrag als innovativer Meilenstein in der psychotherapeutischen, psychiatrischen und neurologischen Versorgung vor-

gestellt, der zentrale Defizite der kollektivvertraglichen Regelversorgung beseitigen helfe. In diesem Kontext wird im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung auf die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, die fehlende Koordination der Versorgung zwischen den Behandlern, die unzureichende Vergütung der Psychotherapie, die fehlenden Anreize für eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung, die fehlenden Anreize für gruppenpsychotherapeutische Angebote und einen hohen Verwaltungs- und Zeitaufwand insbesondere für die Berichtspflicht bei Langzeitbehandlungen verwiesen.

Stellungnahme zum Vertrag aus der Perspektive von teilnahmeinteressierten Psychotherapeuten

Der Vertrag bietet für Psychotherapeuten bessere Einkommensmöglichkeiten mit einem voraussichtlich geringeren bürokratischen Aufwand und auch weniger Beschränkungen (z.B. auch hinsichtlich der möglichen therapeutischen Methoden und Techniken, wie z.B. EMDR, Hypnotherapie, IPT, Biofeedback, EMG).

Wichtig ist auch, dass Psychotherapeutische Praxen in ihrer Tätigkeit anders als im KV-System nicht mengenbegrenzt sind, sie können ihre Leistungen also außerhalb von Budgetbeschränkungen z.B. auch in Form von Anstellungen ausweiten. Zudem erhalten Psychotherapeuten garantierte Festbeträge für ihre Leistungen, die vor Quotierungen und Konvergenzregelungen geschützt sind.

Im Gegenzug bringt der Vertrag aber auch Bedingungen und Neuerungen für die teilnehmenden Psychotherapeuten, die Beschränkungen gegenüber der jetzigen Versorgungspraxis bedeuten. Wichtigste Punkte sind hier zunächst die Verpflichtung zur Bereitstellung eines schnellen Ersttermins sowie einer Abendsprechstunde.

Dafür wird die schnelle Erstversorgung deutlich besser vergütet gegenüber der Honorierung im KV-System und auch gegenüber der Weiterbehandlung und niederfrequenten Langzeitbehandlung. Gleichzeitig

entfällt auch die Berichtspflicht (Ausnahme langdauernde psychoanalytische Behandlungen), niederfrequente Langzeitbehandlungen mit maximal 2 Sitzungen pro Monat sind unbegrenzt möglich.

Damit werden einerseits Anreize für eine schnellere Aufnahme und kürzere Behandlungen vor allem von schwerer beeinträchtigten Patienten geschaffen, andererseits werden Benachteiligungen speziell für Verhaltenstherapeuten beseitigt, die hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Stundenkontingente und der Frequenz von notwendigen Begutachtungen gegenüber den tiefenpsychologisch und vor allem psychoanalytisch tätigen Kollegen immer benachteiligt waren (vgl. Bürger, 2011).

Die Voraussetzungen und Vergütungen für Gruppenbehandlungen werden deutlich verbessert, sie können in größerem Umfang und zusätzlich zur Einzelbehandlung erbracht werden und werden besser honoriert, so dass auch hier ein Anreiz geschaffen wird, entsprechende Leistungen anzubieten.

Eine Teilnahme am Vertrag lohnt vor allem für Psychotherapeuten, die ihre Leistungen außerhalb des KV-Systems ausweiten möchten, etwa weil sie an der Kapazitätsgrenze arbeiten oder weil sie Angestellte haben oder einstellen möchten.

Interessant ist der Vertrag auch für solche Psychotherapeuten, die dem Zwang zur Berichtspflicht entgehen wollen.

Eine Teilnahme am Vertrag lohnt nur für solche Psychotherapeuten, die einen verstärkten Fokus auf Kurzzeitpsychotherapien oder auf Gruppenpsychotherapie legen wollen, nur hier sind die Einkommensmöglichkeiten besser gegenüber dem KV-System.

Voraussetzung ist allerdings, dass genügend AOK-Patienten mit Hausarztvertrag und Bereitschaft zur Einschreibung in diesen Facharztvertrag im Einzugsgebiet vorhanden sind. Da die höhere Vergütung für die akute Versorgung auch an bestimmte Diagnosen gekoppelt ist und im Rahmen der Akutversorgung auch Behandlungsumfänge von insgesamt 55 Stunden im Quartal geleistet werden müssen, um diese zu erhalten, müssen entsprechend ausreichend viele Patienten

diese Akutbehandlung in der Praxis nachfragen. Diese Bedarfszahlen sind vermutlich gegenwärtig noch schwer abzuschätzen und insofern unsicher, weil noch nicht klar ist, wie viele Versicherte bereit sind, sich in diesen Vertrag einzuschreiben und weil für die einzelne Praxis auch unklar ist, wie viele andere Praxen sich in den Vertrag einschreiben. Derzeit sind etwa ein Drittel der AOK-Versicherten in BW in den Hausarztvertrag eingeschrieben, dies entspricht etwa einer Million Versicherten.

Weitere Voraussetzung ist die Verfügbarkeit über entsprechende Räumlichkeiten und Infrastruktur im Falle von Anstellungen oder einem stärkerem Fokus auf Gruppenpsychotherapien. Da der Vertrag zunächst eine Laufzeit von 5 Jahren hat und es bei Selektivverträgen keine Garantie gibt, dass diese anschließend fortgeführt werden, müssen entsprechende Investitionen in erweiterte Räumlichkeiten im Hinblick auf Kündigungsmöglichkeiten bzw. anderweitige Nutzungsmöglichkeiten bei einem evtl. Wegfall des Vertrages überdacht werden.

Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Leistungsverschiebung in Richtung auf diesen Selektivvertrag, sollte er nicht durch angestellte Kolleginnen oder eine Leistungsausweitung erfolgen, den Umfang an Leistungen im KV-System verringert. Dies ist zu berücksichtigen bei geplanten Praxisverkäufen oder auch bei späteren Einstellungen von KollegInnen, die im KV-System arbeiten sollen, da hier die entsprechenden Kapazitätsgrenzen sinken (üblicherweise auf der Basis der letzten vier Quartale berechnet).

Nicht zuletzt wird die Positionierung von Psychotherapeuten zu einem solchen Vertrag auch von der generellen Einstellung zu Selektivverträgen abhängen. Wie bereits früher ausgeführt (Bürger, 2009), sind Selektivverträge nur sinnvoll, wenn das konkurrierende KV-System erhalten bleibt und man nicht in seinen Praxisstrukturen ausschließlich von solchen Verträgen abhängig ist. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein Bereinigungsvertrag vorliegt, ist sehr schwer zu beurteilen, in welchem Umfang dieser Ver-

trag das kassenärztliche Versorgungssystem tangiert oder beschneidet.

Bedeutung des Vertrages für Patienten von AOK Baden-Württemberg und BKK Bosch

Für Patienten hat die Einschreibung in den Vertrag zunächst den Vorteil des Wegfalls der Quartalsgebühr und eines schnellen Zuganges zur Psychotherapie.

Gleichzeitig erklären sie sich damit einverstanden, nur noch durch Ärzte und Psychotherapeuten behandelt zu werden, die dem Vertrag beigetreten sind. Damit ist das Recht der freien Arztwahl eingeschränkt. Inwieweit dies relevant wird, hängt vor allem von der Zahl der in der Region eingeschriebenen Vertragsbehandler ab. Sollte es z.B. in der Beziehung zum Behandler zu Störungen und einem Abbruch der Behandlung kommen, könnten Probleme auftreten, einen anderen Behandler in erreichbarer Nähe zu finden, wenn nicht ausreichend Praxen in erreichbarer Nähe in den Vertrag eingeschrieben sind.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass auch im gegenwärtigen KV-System für Patienten die Möglichkeiten zur uneingeschränkten Nutzung des Rechtes auf freie Psychotherapeutenwahl de facto eingeschränkt sind. Aufgrund der langen Wartezeiten und evtl. schon in Anspruch genommener genehmigungspflichtiger Stunden, können z.T. erhebliche Probleme entstehen, Zugang zu einem anderen Behandler zu erhalten. Patienten, die monatelang auf einen Behandlungsplatz gewartet haben, werden sich einen Behandlerwechsel reiflich überlegen, auch wenn sie Schwierigkeiten im Kontakt mit dem Psychotherapeuten erleben oder mit der Behandlung unzufrieden sind.

Bedeutung des Vertrages für das psychotherapeutische Versorgungssystem insgesamt

Die Frage, ob der Vertrag mit seinen Bedingungen zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen kann,

ist gegenwärtig schwer vorherzusagen. In jedem Fall wird er in der Versorgung ganz andere und neue Anreize im Vergleich zum jetzigen System.

Zunächst sichern sich die AOK und BKK Bosch durch eine bessere Vergütung vor allem für ihre schwerer erkrankten Versicherten einen schnelleren Zugang zur Psychotherapie, der vermutlich auch Kosten für stationäre und medikamentöse oder auch andere Behandlungen sparen helfen kann. Gleichzeitig setzen sie deutliche Anreize für kürzere Behandlungen, indem diese besser vergütet werden. Werden Versicherte kürzer behandelt, können insgesamt mehr Patienten versorgt werden. Auch eine Förderung der Gruppentherapie kann zu einer Steigerung der Zahl an behandelten Patienten beitragen.

Im Rahmen des Vertrages findet daher vermutlich gegenüber dem KV-System eine Verschiebung von Leistungen zugunsten Kurzzeittherapien und Gruppenpsychotherapien sowie wegen des Wegfalls der Berichtspflicht zugunsten niederfrequenter Langzeittherapien statt. Vermutlich wird wegen der Anreize für eine Anstellung auch eine Ausweitung der Zahl der Psychotherapeuten insgesamt bzw. in Richtung größerer Praxen mit Anstellungen erfolgen.

Da sich für die psychotherapeutische Versorgung in den Vertrag nicht nur ausschließlich psychotherapeutisch Tätige einschreiben können, sondern alle Haus- und Fachärzte mit Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie, und die Vergütung hier deutlich attraktiver gegenüber dem KV-System ist, ist damit zu rechnen, dass es im Rahmen des Vertrages zu einer entsprechenden Verschiebung kommt. Welche Auswirkungen dies auf die KV-Versorgung insbesondere in solchen Gebieten mit hausärztlicher, psychiatrischer oder neurologischer Unterversorgung hat, weil die Ärzte dann im KV-System eben entsprechende Leistungen weniger anbieten können, bleibt abzuwarten.

Wird die Versorgung von Patienten im Rahmen des Vertrages nicht alleine über eine zusätzliche Anstellung von Mitarbeitern verbreitert, wird die bevorzugte Aufnahme von AOK- und BKK Bosch-Versicherten

vermutlich zu Lasten der Versicherten von anderen Kassen erfolgen. Es werden in einem solchen Fall Behandlungskapazitäten gebunden, die dann für andere Kassen nicht mehr zur Verfügung stehen. Dann dürfte auch ein starker Druck auf die anderen gesetzlichen Kassen wachsen, ähnliche Bedingungen anzubieten, wollen diese nicht für ihre Versicherten noch längere Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und damit möglicherweise höhere Kosten für Krankengeldzahlungen, stationäre und medikamentöse Behandlungen sowie Kosten für Arbeitsunfähigkeitszeiten in Kauf nehmen. Steigen auch andere Kassen in ähnliche Modelle ein, findet in der gesamtpsychotherapeutischen Versorgung eine Verschiebung zugunsten von Kurzzeittherapien, Gruppenpsychotherapien sowie niederfrequenten Langzeittherapien statt. Würden alle oder auch nur mehrere große Kassen gleiche oder ähnliche Bedingungen anbieten, ist aber zu bezweifeln, ob alleine durch eine solche Verschiebung ausreichende Behandlungskapazitäten entstehen würden, um die geforderten kurzen Wartezeiten für alle Versicherten zu gewährleisten.

Abzuwarten bleibt auch, welche Erfahrungen die im Selektivvertrag beteiligten Kassen hinsichtlich der Qualität der Versorgung z.B. hinsichtlich Rückfällen oder Wiederholungsbehandlungen und der Patientenbeurteilungen sowie der Kostenentwicklungen machen. Das Morbiditätsrisiko liegt im Falle des hier vorgestellten Vertrags bei der Kasse, da alle psychotherapeutischen Leistungen ohne Deckelung vergütet werden. Von daher werden vermutlich die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen steigen. Denkbar ist, dass die Kassen damit rechnen, dass diese Leistungsausweitung z.T. über verkürzte Behandlungszeiten und ein Mehr an Gruppentherapie, z.T. über Einsparungen in anderen Leistungsbereichen (Krankengeldzahlungen, stationäre und medikamentöse Behandlungen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen...) aufgefangen werden kann.

Hierzu werden im Verlauf des Vertrages, der mit einer Laufzeit von zunächst

mind. 5 Jahren konzipiert ist, sicher Erfahrungen gewonnen werden. Letztlich wird auch davon abhängen, ob ein solcher Vertrag langfristig Bestand hat.

Welche Folgen der Vertrag hinsichtlich des Einstiegs in eine Koppelung zwischen Diagnosen und möglichen Leistungen hat, muss ebenfalls abgewartet werden. Diagnoseabhängige Beschränkungen können in den Fällen problematisch werden, in denen bestimmte Störungsbilder nur in unspezifischen Diagnosegruppen einzuordnen sind und das ICD-System entsprechende Schwächen aufweist. In diesen Fällen darf mit dieser Diagnose keine Leistung abgerechnet werden. Besonders gravierend ist dies im Fall der hochfrequenten Psychoanalyse, die lediglich bei Persönlichkeitsstörungen abgerechnet werden kann.

Ausblick

Insgesamt sind mit diesem Vertrag eine Reihe von gegenüber dem KV-System ganz neuartigen Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung verbunden. Hier sind vor allem Versorgungsverpflichtungen hinsichtlich Wartezeiten und Präsenz, Kooperation mit anderen Behandlern, Anreizbedingungen für kürzere und niederfrequenteren Behandlungen und mehr Gruppenpsychotherapie, Anreize für Anstellungen und Vergrößerungen von Praxen, die Abkehr von einer Kontrolle des Leistungsumfanges durch Begutachtungen, der Einstieg in diagnoseabhängige Leistungsbegrenzungen, aber auch die Abkehr von verfahrensspezifischen Besonderheiten und eine Ausweitung an therapeutischer Vielfalt im Sinne einer allgemeinen Psychotherapie zu nennen.

Welche Folgen diese Steuerungswirkungen durch den Vertrag im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung haben, ist derzeit schwer abzusehen. Sie sind jedenfalls deutlich verschieden von den Steuerungswirkungen des jetzigen Systems, das mit z.B. mit der spezifischen Ausgestaltung der Genehmigungsbedingungen und der Antrags- und Berichtspflicht auch eine spezifische Steuerung der Versorgung mit sich bringt

(z.B. Ausschöpfung einmal beantragter Stunden, fehlende Anreize für schnelle Aufnahmen von Patienten).

Eine globale Beurteilung des Vertrages ist angesichts der Vorteile und auch Risiken, die mit dem Vertrag verbunden sein können, schwierig und wird wohl sehr auch von individuellen Bedingungen und Positionen abhängen.

In jedem Fall kommt mit dem Vertrag Bewegung in eine seit vielen Jahren hinsichtlich der Psychotherapie und ihrer Versorgungsbedingungen festgefahrene Situation. Man darf gespannt sein, welche Erfahrungen mit einem solchen Vertrag gemacht werden.

Dr. Wolfgang Bürger

Kontakt: buergerpraxiska@online.de

Literatur

Bürger, W. (2011). Vorschläge zur Reformierung der Bewilligungspraxis psychotherapeutischer Leistungen und des Gutachterverfahrens. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43 (3), Suppl. 3 [Rosa Beilage], 27-32

Bürger, W. (2009) PsychotherapeutInnen (PP und KJP) in den neuen Versorgungsformen (MVZ, IV, DMP): Eine Analyse der Situation, Perspektiven und Handlungsoptionen – Expertise im Auftrag der DGVT. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, (1) 41 (1), 176-194

Der Autor ist Psychologischer Psychotherapeut mit eigener Praxis in Karlsruhe, Mitglied im Beratenden Fachausschuss der KV Baden-Württemberg sowie Mitglied im Ausschuss Ambulante Versorgung der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Externe Abrechnung bei Selektivverträgen möglich

**Gesetz legalisiert bisherige Praxis
Datenschützer haben Bedenken**

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte es in seiner Entscheidung vom 10. Dezember 2008 (B 6 KA 37/07 R) für unzulässig er-

klärt, dass Krankenhäuser oder VertragsärztInnen Patientendaten an private Dienstleistungsunternehmen zur Erstellung der Leistungsabrechnung übermitteln dürfen – auch dann nicht, wenn die Patienten Einwilligungserklärungen unterzeichnet haben.

Da nach dem Urteil des Bundessozialgerichts eine kurzfristige Änderung der Abrechnungspraxis nicht möglich war, erließ die damalige Große Koalition von Union und SPD eine zunächst bis Mitte 2010 geltende Ausnahmeregelung, die dann noch einmal verlängert wurde.

Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes³ (!), das nach Billigung durch den Bundesrat am 8. Juli 2011 in Kraft getreten ist, wurde nun eine neue gesetzliche Regelung geschaffen: Der neue Paragraph 295a, der in das Sozialgesetzbuch V eingefügt wurde, regelt, dass auch private Dienstleister mit der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen beauftragt werden dürfen (Drucksache 17/6141). Damit hat der Gesetzgeber eine Verfahrensweise legalisiert, die die Datenschützer nach wie vor für bedenklich halten, da dadurch die Kontrollmöglichkeiten für einen funktionierenden Datenschutz erheblich eingeschränkt seien.

Nachdem diese Praxis zuvor monatelang in der Diskussion war, wurde die Neuregelung nun ohne große Diskussion mit einem Änderungsantrag zum Infektionsschutzgesetz von Bundestag und Bundesrat „durchgewunken“.

Nach dem neu geschaffenen Paragraphen 295a SGB V dürfen ÄrztInnen Patientendaten im Rahmen von 73b-, 73c- und 140a-Verträgen an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem beauftragte, private Abrechnungsstelle weiterleiten. Allerdings darf diese private Abrechnungsstelle – bei den Hausarztverträgen ist das oft die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) – die Datenverarbeitung nicht weiter nach unten delegieren. Und für die Praxen gilt: Sie müssen die Pati-

entInnen bei der Einschreibung in einen Selektivvertrag umfassend über den vorgesehenen Datentransfer informieren. Außerdem brauchen sie von den PatientInnen eine schriftliche Einwilligung für die Datenübermittlung.

Waltraud Deubert

Vom Säen und Ernten

Berechnungs- und Gerechtigkeitskonzepte zur Praxiswertermittlung

Das Thema ist, vielen Erwartungen zum Trotz, immer noch nicht befriedigend gelöst, so dass die Diskussion um einen „fairen“ Preis bei der Veräußerung psychotherapeutischer Praxissitze wohl fortgeführt werden wird. Auch oder gerade innerhalb der DGVT stehen sich potentielle Praxisabgeber und -erwerber mit ihren divergierenden Positionen gegenüber – dies jeweils im Gefühl eigener, berechtigter Ansprüche. Die u.a. in den verschiedenen Mailing-Listen geführten Diskussionen zeigen konditionierte Reaktionen auf das Thema auf. Eine wirkliche Annäherung scheint dabei noch nicht erfolgt zu sein. Folgend sollen – der Situation des Autors als potentiell Praxisabgeber entsprechend akzentuiert – noch einmal einige Aspekte und Erwägungen zum Thema skizziert werden.

Die Position, aus der heraus ich diesen Beitrag schreibe, ist für mich selber ungewohnt. In den vergangenen Jahren bis zum heutigen Tag habe ich den Umstand der teilweise horrenden Preise, die bei Praxisverkäufen verlangt und auch erzielt werden, als unangemessen hoch kritisiert. Nach wie vor halte ich eine Politik des Interessenausgleichs zwischen Praxisabgebern und Praxiserwerbern für unterstützenswert.

Das jüngst von Wolfgang Bürger zur Diskussion gestellte sog. Differenzwertmodell (Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen: Entwurf einer „Differenzwertmethode“ als Orientierung für die Praxiswertermittlung, Rosa Beilage 2/2011, S. 14 ff., nähere Erläuterungen weiter unten im

³ In diesem Gesetz wurden die Voraussetzungen geschaffen, um insbesondere die Hygienequalität in Krankenhäusern und bei medizinischen Behandlungen zu verbessern.

Text) scheint mir jedoch die Seite der Praxiserwerber etwas einseitig zu begünstigen. Bei dem Versuch, diesen Sachverhalt auf der DGVT-Landesmitgliederversammlung in NRW rein bürokratisch bzw. nur auf Zahlen verweisend zu diskutieren, wurde (erneut?) der prinzipielle Misshandlung potentieller Praxiserwerber deutlich: Warum müssen wir überhaupt einen Preis für Praxisplätze entrichten, welche die bisherigen Praxisinhaber unentgeltlich erhalten haben? Die Praxis eines Praxisverkaufes an und für sich wird von potentiellen Käufern als unfair erlebt. Da es angesichts des emotional gefärbten Themas offenbar nicht genügt, mathematisch oder bürokratisch zu argumentieren, sollen hier zunächst einige der überwiegend bekannten Hintergrundargumente beschrieben werden – um anschließend erneut für eine bürokratisch einfache und dem Charakter nach (m.E.) vermittelnde Lösung zu werben.

Betrachten wir ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Argumente potentieller Praxiserwerber. Wie bereits oben erwähnt, wird von mehr oder weniger vielen potentiellen Praxiserwerbern die Realität des Praxisplatzverkaufes prinzipiell für unfair gehalten. Dies wird einerseits damit begründet, dass die bisherigen Praxisinhaber ihren Sitz auch nicht käuflich erwerben mussten, andererseits wird der Umstand kritisiert, dass häufig nur sog. „Praxishüllen“ verkauft werden, was als juristisch bedenklich, wenn nicht sogar unzulässig gilt. Es wird des Weiteren kritisiert, dass oft der Verkaufspreis und nicht die fachliche Eignung das maßgebliche Kriterium bei Neuzulassungen ist. Außerdem wird ins Feld geführt, dass angesichts der eh schon energetisch und finanziell belastenden Ausbildungsbedingungen (unbezahltes oder mies vergütetes Psychiatriejahr, hohe Ausbildungskosten, zeitliche Absorption durch Ausbildung und Vermögung paralleler Einkünfte etc.) die dann zu entrichtenden Praxispreise eine weitere schwer zumutbare bzw. unzulässige Hürde darstellen. Um es kurz zu machen: all diese Argumente sind auch aus der Perspektive eines Praxisabgebers nachvollziehbar und haben ihre Berechtigung. Weitere Ar-

gumente können authentischer von PPIA oder KJPiA vorgebracht werden.

Nun jedoch zu den Argumenten und Ansprüchen etwaiger Praxisabgeber, auch wenn es nicht nur innerhalb der DGVT ein etwas heikles Ansinnen ist, von jungen KollegInnen (und nicht etwa von der KV, den Krankenkassen, dem Staat oder Arbeitgebern) mehr Geld zu fordern. Zunächst zu einem Argument, was ich selber für – sagen wir einmal – konstruiert halte: die Altersvorsorge. Richtig und notwendig ist es, sich insbesondere als Freiberufler um Fragen der finanziellen Altersvorsorge zu kümmern. Hierbei sollten sinnvollerweise die verschiedensten Finanzquellen berücksichtigt werden, u.a. Erlöse aus Praxisverkäufen. Dass sich die planerische Einbeziehung potentieller Praxisverkaufserlöse bei künftigen Praxisabgebern etabliert hat, ist der Realität der vergangenen 12 Jahre im KV-System geschuldet und daher nachvollziehbar. Praxisverkaufserlöse konnten bei den jetzt niedergelassenen Kollegen realistischerweise jedoch erst nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und nicht schon während oft jahrelanger vorheriger Praxistätigkeit Bestandteil der Altersvorsorgeplanung gewesen sein, da die Integration ins KV-System und die damit verbundenen rechtlichen Möglichkeiten der Praxisveräußerung noch bis vor ca. 15 Jahren nicht viel mehr als eine ausgesprochen vage Zukunftsidee waren.

Warum können überhaupt Praxen veräußert werden? Diese Frage lässt sich aus formal-juristischer Perspektive verständlich beantworten. Die Antwort lautet verkürzt formuliert: aus gesetzlich (Sozialgesetzbuch V) verankerten Gründen des Eigentumschutzes! Alpinisten fühlen sich an eine andere Standardfrage erinnert: Warum besteigt Ihr diesen oder jenen Berg? Antwort: Weil er da ist! Übertragen auf die Frage des Praxisverkaufes hieße eine analoge Antwort: weil es geht!

Dass Praxisverkäufe auch für Psychotherapeuten möglich sind, verdanken diese wesentlich ihrer Eingliederung in das kassenärztliche Versorgungssystem im Jahre 1999.

Mit dieser Integration sind viele Rechte, Pflichten und Bestimmungen der (ärztlichen) Praxis angeglichen worden. Auch die bedeutsame Honorarfrage ist nicht innerhalb der Psychotherapeuten-schaft bzw. im Handel mit den Krankenkassen entschieden worden (mit dem bekannten Ergebnis, dass die Honorare so konstruiert sind, dass bei maximaler Auslastung einer psychotherapeutischen Praxis das Durchschnittshonorar einer ärztlichen Referenzpraxis erwirtschaftet werden kann), sondern eben im Vergleich mit anderen Arztgruppen. Honorargerechtigkeit bzw. -fairness wird durch vergleichende Berechnungen erzielt!

Auch die durch Praxiserwerb neu ins Versorgungssystem gelangenden KollegInnen werden Nutznießer (wenn auch manche/r das Psychotherapeutenhonorar als unzureichend niedrig empfinden mag) dieses Systems, und zwar vom ersten Tag ihrer Praxistätigkeit an. Dies ist ein Umstand, der womöglich nicht ausreichend gewürdigt wird: sobald ein Psychotherapeut mit den entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen niedergelassen ist, kann er mit der ersten Therapiestunde, den ersten Tests und den ersten Berichten zu Therapieanträgen Honorar erwirtschaften – und zwar bei GKV-Versicherten mit Honorargarantie. Dass dies nicht selbstverständlich ist, belegen u.a. die Aussagen von anderen Freiberuflern (z.B. Architekten) oder selbstständigen Handwerkern.

Dies war auch für Psychotherapeuten vor dem Psychotherapeutengesetz nicht selbstverständlich. Einige ausgewählte nostalgische Betrachtungen:

Die niedergelassene Psychotherapeuten-schaft war vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes aufgeteilt in die verschiedenen (Facharzt-)Gruppen ärztlicher Psychotherapeuten und die sog „nicht-ärztlichen“ Psychotherapeuten, also Kostenerstattler, Delegationspsychologen und Psychagogen (Vorform der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Die damals freiberuflich tätigen psychologischen KollegInnen praktizierten die unterschiedlichsten Therapieverfahren, die Vorschriften der

Richtlinienpsychotherapie galten nur für die im KV-System arbeitenden Therapeuten (Ärzte, Delegationspsychologen, Psychagogen); verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gab es zunächst noch gar nicht; Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche wurde von „Erwachsenenpsychotherapeuten“ mit zusätzlicher Spezialisierung angeboten.

Die Kostenerstattler bildeten innerhalb der großen Gruppe der „nicht-ärztlichen“ Psychotherapeuten die Mehrheit, wobei sich deren Anteil im Laufe der Jahre in dem Maße proportional verringerte, wie KollegInnen an KBV-zugelassenen Ausbildungsinstituten eine psychotherapeutische Zusatzausbildung absolvierten, und damit Delegationspsychologe oder analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wurden.

Die Ausbildung an den KBV-zugelassenen Instituten (die DGVT-Institute gehörten damals noch nicht dazu) verlief vergleichbar den heutigen Ausbildungen ab, es gab jedoch auch Unterschiede. Ähnlich verhielt es sich z.B. mit dem erforderlichen Psychiatriejahr, welches wie heute meist gar nicht oder ziemlich mager vergütet wurde. Deutlich ungünstiger – zumindest finanziell – gestaltete sich i.d.R die Phase der vertieften praktischen Ausbildung. Diese war weniger stark an die Institute gebunden, die heute übliche Honorierung der PPIA und KJPIA für die Behandlung von Patienten unter Supervision war uneinheitlicher geregelt. Zumindest in Übergangsphasen gab es sehr „graue“ Verfahrensweisen, z.B. derart, dass AusbildungskandidatInnen über die Abrechnungsnummer von Institutsmitarbeitern abrechneten und hierfür z.B. 20,- DM pro Therapiestunde erhielten.

Zu Zeiten, als es noch nicht so viele Delegationspsychologen gab, scheuten viele Kollegen den Aufwand (Psychiatriejahr, Ausbildungskosten) an einem Ausbildungsinstitut (die sich mehrheitlich in den 1980er Jahren etablierten), u.a. weil die psychotherapeutische Zukunft recht unkalkulierbar war; dies änderte sich im Laufe der Jahre (Selektionsdruck). Es gab jedoch auch ein ernstzunehmendes berufspolitisches Argu-

ment gegen den Delegationspsychologen: bei existierender eigener KV-Abrechnungsnummer hatte er formal den Status eines „Heilhilfsberufes“ (vergleichbar z.B. Physio- oder Ergotherapeuten). Der Status des Heilhilfsberufes implizierte, dass Patienten kein eigenes Zugangsrecht zum Delegationspsychologen hatten und dieser *ausschließlich* auf Delegation (eine Art Überweisung) von Psychiatern (i.d.R. mit psychotherapeutischen Qualifikationen) tätig werden konnte.

Letzteres galt übrigens auch für die große Gruppe der Kostenerstattler: Zwar konnten sich Patienten direkt bei Ihnen einfinden, eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen setzte aber eine sog. „Notwendigkeitsbescheinigung für Psychotherapie“ von einem Psychiater voraus. Während die Therapien der Delegationspsychologen als Pflichtleistung der Krankenkassen anerkannt waren und dementsprechend auch vergütet wurden (Ende der 90er Jahre lag das Honorar für Richtlinienpsychotherapie übrigens – regional verschieden – bei ca. 80,- DM!), mussten die Kollegen Kostenerstattler um die Bewilligungen ihrer Therapieanträge bangen. Die Bewilligungsquote variierte stark, sie lag oft bei ca. 50 %.

Wenn sich heute KollegInnen neu niederlassen, können sie im Kontrast zu früheren Jahren nicht nur ab dem ersten Tage an Honorar erwirtschaften, sondern sie sind auch viel unabhängiger als vor dem PsychThG.

Überweisungen/Konsiliarberichte können nicht nur von Psychiatern, sondern von allen Ärzten ausgestellt werden. Machbar, wenn auch inhaltlich und finanziell wenig sinnvoll, ist sogar eine zu Lasten der GKV finanzierte psychotherapeutische Tätigkeit völlig unabhängig von anderen Behandlern, nämlich über die Abrechnung nicht genehmigungspflichtiger Leistungen.

Vorläufiges Fazit: Die jetzigen Praxisinhaber haben in früheren Jahren und Jahrzehnten nicht unbedeutende Unwägbarkeiten und Risiken in Kauf genommen. Wer sich für die Niederlassung entschieden hatte, konnte sich parallel nur bedingt um andere

Tätigkeitsformen kümmern, die Berufstätigkeit in der Niederlassung qualifizierte auch nicht gerade für alternative Beschäftigungsformen. Selbst innerhalb der DGVT wurde Berufstätigkeit in der freien Niederlassung langjährig insofern diskreditiert (wenn nicht sogar diskriminiert), als dass freiberufliche Berufstätigkeit für die DGVT-interne Weiterbildung zur/m Verhaltenstherapeutin/en nicht anerkannt wurde. Ich selber habe 1990 als Mitglied der damaligen Anerkennungskommission gemeinsam mit den Kollegen Heiner Vogel und Georg Zilly einen diesbezüglichen Satzungsänderungsantrag in die MV eingebracht, der nach Verabschiedung zunächst eine Teilanerkennung freiberuflicher psychotherapeutischer Tätigkeit ermöglichte.

Man kann, etwas biblisch formuliert, die jahrelangen Bemühungen freiberuflich tätiger PsychotherapeutInnen und ihrer berufspolitischen VertreterInnen als Zeit des Säens bezeichnen. Wer sät, der erwartet auch zu ernten.

Wie obige Ausführungen hoffentlich illustrieren, postuliere ich einen berechtigten Anspruch von Praxisabgebern, ihre Praxis zu veräußern. Umstritten bleibt die Angemessenheit des Preises. Die Zulassungsausschüsse sind an geltendes Recht gebunden. Wie das mit dem Recht so ist: es ist nicht einheitlich, es bleiben große Interpretations- und Auslegungsspielräume, es gibt keine Zulassungen nach Preistabellen. Als bedeutsam hat sich jedoch die Notwendigkeit eines sog. Verkehrswertes einer Praxis herausgestellt. Um die Frage, wie dieser verbindlich zu bestimmen ist, streiten sich Juristen, die verschiedenen Interessensgruppen, Kammern sowie Angehörige der Zulassungs- und Berufungsausschüsse.

Unterschiedliche Instanzen haben unterschiedliche Vorstellungen über die Richtigkeit ihres Ansatzes zur Bestimmung des Verkehrswertes. Z.Zt. dominieren zwei Modelle die Diskussion um das Thema, nämlich das Ärztekammermodell und das Modell der Bundespsychotherapeutenkammer. Aus den Reihen der DGVT ist in diesem Jahr ein weiteres publiziert worden (Bürger, 2011), das

sog. Differenzwertmodell. Die drei Modelle sollen hier nur kurz skizziert werden, zur weiteren Information sei auf die bereits erwähnten Veröffentlichungen sowie die Publikationen der verschiedenen Psychotherapeutenkammern verwiesen.

Sowohl das Ärztekammermodell als auch das Modell der Bundespsychotherapeutenkammer sind sog. Ertragswertmodelle. Die Verkaufspreise einer Praxis basieren wesentlich auf dem vom Praxisabgeber zuvor erwirtschafteten Umsatz. Skurril in beiden Rechenmodellen ist jedoch ein Element, welches faktisch zu einer Verdoppelung des zu berechnenden Verkehrswertes führt. Im Ärztekammermodell heißt dieses Element Prognosemultiplikator, im BPTK-Modell Nachhaltigkeitsfaktor. In beiden Modellen beträgt dieser Wert übereinstimmend „2“, was faktisch zu einer Verdoppelung der errechneten Werte führt. Inhaltlich verbirgt sich hinter dem Prognosemultiplikator der ÄK die Erwartung, dass der Neuerwerber eine 2-jährige „Patientenbindung“ miterwirbt, die sich entsprechend auf seine Umsatzmöglichkeiten positiv auswirkt. Im BPTK-Modell werden zwar keine 2-jährige Patientenbindung erwartet, aber dennoch künftige Zahlungsströme von Patienten, die wiederum die Verdoppelung des bisherigen Ertragswertes – eben über den Nachhaltigkeitsfaktor – rechtfertigen. Die Ertragswertmodelle sind m.E. nicht unplausibel, berücksichtigen sie doch neben einem marginalen Praxiseinrichtungswert wesentlich die mit der Praxis erzielten Gewinne (Umsatz minus Kosten). Von diesem übertragbaren Gewinn ist ein durchschnittliches Arztgehalt abzuziehen (Begründung im Ärztekammermodell: „da eine Praxis ohne Arzt keine Einnahmen erwirtschaften kann“). Angenommen wird das Bruttogehalt aus einer fachärztlichen Tätigkeit nach TVöD. Dies bedeutet, dass eine gut ausgelastete Praxis bei durchschnittlichen Praxiskosten einen höheren Verkehrswert erzielt als eine unterdurchschnittlich ausgelastete Praxis. Im ÄK-Modell betrüge der Verkehrswert einer Praxis mit 100.000 € Jahresumsatz ca. 55.000 €, im BPTK-Modell weniger.

Das Differenzwertmodell versucht den Verkehrswert aus einem Vergleich zwischen der bisherigen Zulassungspraxis, nämlich einer Praxisübernahme mit mehr oder weniger stark ausgeprägter Patientenbindung sowie etablierten Kooperationen mit anderen Behandlern und einer „fiktiven“ Praxisneugründung ohne Rückgriffsmöglichkeit auf vorhandene Strukturen zu ermitteln. Wolfgang Bürger geht davon aus, dass Unterschiede mit Vorteilen für das Übernahmmodell lediglich für ca. ein halbes Jahr zu erwarten sind. Die mit diesem Modell ermittelten Verkehrswerte liegen je nach Auslastung der Praxis zwischen ca. 5.000 und 8.500 €.

Z.Zt. scheint für die Mitglieder der DGVT nicht klar zu sein, ob Bürgers Differenzwertmodell „nur“ ein kreatives, differenziertes und inhaltlich nachvollziehbares Modell unter anderen ist, oder ob es schon die politisch gewollte Haltung der DGVT widerspiegelt.

Aus Sicht der Praxiserwerber ist es natürlich ein attraktives Modell, aus der Perspektive der Praxisabgeber nicht. Wie oben dargestellt, ist Fairness ja ein relatives Konzept. Nicht wenigen potentiellen Praxisabgebern erscheint das Differenzwertmodell relativ unfair, zumal die erklärte Absicht der DGVT, einen Interessensausgleich zwischen Praxisabgebern und Praxiserwerbern zu betreiben, damit etwas einseitig zu Gunsten potentieller Erwerber gestaltet würde.

Was wäre eine Alternative? Sie ist weiter oben im Text bereits erwähnt worden, nämlich eine Reduktion oder gar Streichung des Nachhaltigkeitsfaktors bzw. des Prognosemultiplikators in den Ertragswertmodellen der Bundespsychotherapeutenkammer bzw. der Ärztekammer. Dieser Faktor beträgt in den genannten Modellen übereinstimmend „2“, er könnte jedoch auf einen Wert zwischen 1 (was faktisch einer ersatzlosen Streichung gleich käme) und 1,5 reduziert werden.

Wie ist eine solche Modifikation eines Ertragswertmodelles zu bewerten? Nun, die Reduktion des Nachhaltigkeitsfaktors bzw. Prognosemultiplikators auf einen Wert zwi-

schen 1 und 1,5 scheint irgendwie willkürlich – aber nicht unplausibel. Man kann als nachvollziehbares Argument die Besonderheit einer psychotherapeutischen Praxis anführen, welche die Vorteile einer Praxisübernahme im Unterschied zur Übernahme ärztlicher Praxen relativiert. Hierzu bräuchte man nicht eine gänzlich neue Berechnungslogik einführen, sondern lediglich einen Faktor in bekannten Berechnungsmodellen verändern. Diese Vorgehensweise dürfte dem Rechtsempfinden von Zulassungs- und Berufungsausschüssen durchaus entgegenkommen, weil sich in deren Augen Vertragswertmodelle prinzipiell bewährt haben. Womöglich würde ein solches Modell daher eine größere Gerichtsfestigkeit haben, da auch Sozialgerichte an Ertragswertmodelle gewöhnt sind.

Die konkreten Berechnungsergebnisse (d.h. die Praxispreise) eines solchen Modells liegen zwischen den Preisen der bekannten Ertragswertmodelle und dem Differenzwertmodell und entsprechen daher schon mathematisch betrachtet eher dem erklärten DGVT-Ziel, für einen Interessensausgleich zwischen Praxisabgebern und Praxiserwerbern einzutreten.

Hinsichtlich der Bewertung der verschiedenen Verkehrswertermittlungsmodelle ist ein Konsens zwischen potentiellen Praxisabgebern und Praxiserwerbern nicht zu erwarten. Vielleicht stellt die vorgestellte Alternativmethode einen erträglichen Dissens dar, vielleicht müssen wir uns um weitere Kompromisslösungen bemühen.

Wir sollten uns aus mehreren Gründen dafür nicht mehr allzu großzügig Zeit lassen. Zum einen ist die Zeit mehr als reif für ein gerichtsfestes Berechnungsmodell, was Praxisabgebern, Praxiserwerbern und Zulassungsausschüssen die zulassungstechnische Abwicklung von Praxisübernahmen erleichtert. Zum anderen sieht das neue Versorgungsstrukturgesetz den Ankauf von ausgeschriebenen Praxen durch die KVen in sog. „überversorgten“ Gebieten vor. Es ist noch völlig unklar, ob und in welchem Umfang dies passieren wird, es ist dies jedoch - laut Verlautbarung aus dem Kreise der KBV –

deren erklärtes Ziel. Vermutlich ist es günstig, ein akzeptables Berechnungsmodell ohne Mitwirkung der KBV zu erzielen.

Dr. Jochen Maurer

Der Autor ist Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit eigener Praxis in Wuppertal sowie Dozent und Supervisor an DGVT-Ausbildungszentren. Darüber hinaus arbeitet er seit vielen Jahren in verschiedenen KV-Gremien mit.

Elektronische Gesundheitskarte wird jetzt eingeführt

Sammlung von Patientendaten nach wie vor umstritten

Was lange währt ... Bereits vor neun Jahren, also 2002, hat die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) die Elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Meilenstein auf dem Weg zu mehr Qualität gepriesen. Sie sollte eigentlich bis 2006 flächendeckend eingeführt werden. Das Projekt verzögerte sich immer mehr durch technische und organisatorische Schwierigkeiten sowie unterschiedliche Vorstellungen von Kostenträgern und Leistungserbringern.

Die derzeitige Koalition hat nach dem Regierungswechsel eine Bestandsaufnahme aller Aktivitäten rund um die eGK vorgenommen. Die Verantwortlichkeiten wurden neu definiert, die Leistungserbringer sollten die Verantwortung für die medizinischen, die Kostenträger für die administrativen Anwendungen übernehmen. Außerdem verständigte man sich darauf, zunächst nur drei Anwendungen einzuführen: Versicherten-Stammdatenmanagement, Notfalldaten und der Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern. Die Private Krankenversicherung (PKV) hatte sich allerdings in der Zwischenzeit aus dem Projekt verabschiedet.

Beschleunigt wurde die Einführung bei der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) auf Druck des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), das per Gesetz regelte, dass die Krankenkassen eine Kürzung ihrer Verwaltungsausgaben um zwei Prozent ihrer Versicherten hinnehmen müssen, wenn sie bis Ende 2011 nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten die Gesundheitskarte ausgegeben haben.

Ein Änderungsantrag zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht zudem vor, dass die Kassen bis Ende 2012 an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten die eGK ausgegeben haben sollen. Ist dies nicht der Fall, sollen sich ihre Verwaltungskosten im Jahre 2013 gegenüber 2012 nicht erhöhen.

An der eGK scheiden sich nach wie vor die Geister, die einen loben den technischen

Fortschritt und erhoffen sich mehr Behandlungsqualität durch bessere Vernetzung der ÄrztInnen. Die anderen befürchten eine nicht zu kontrollierende personenbezogene Datensammlung. Ein Protest-Bündnis „Stoppt die e-Card“, zu dem sich Bürgerrechtsorganisationen, Datenschützer, PatientInnen und Ärzteverbände zusammengeschlossen haben, sieht in der Karte den Einstieg zum gläsernen Patienten und zum gläsernen Arzt. Patientendaten gehörten nicht auf einen zentralen Server, so das Bündnis.

Waltraud Deubert

**Online
Anmeldung!**



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

Aktuelle Angebote

**Weiterbildung in Lauftherapie
zum/zur LauftherapeutIn (DGVT)**

Für alle Fachkräfte mit einer Ausbildung in psychosozialen Berufen wie z. B.
Dipl.-SozialpädagogInnen, Dipl.-PsychologInnen, ErzieherInnen,
Krankenpflegekräfte, LehrerInnen usw.

Ort: Würzburg
Start: 24. - 25. März 2012 + 8 weitere Blöcke

Frühbucherpreis bei Anmeldung bis zum 15.12.2011!

www.dgvt.de

Alles was Recht ist . . .

Bessere Chancen für PP bei der Nachbesetzung von ärztlichen Sitzen

Mittlerweile liegt eine Reihe von Gerichtsurteilen vor, die die berufliche Eignung von Psychologischen Psychotherapeuten zur Weiterführung von Praxen ärztlicher Psychotherapeuten bestätigt haben. Dies ist für KollegInnen, die sich niederlassen wollen, eine positive Entwicklung, und es lohnt sich, die KV-Ausschreibungs-Organen auch auf Ausschreibungen ärztlicher KollegInnen hin zu studieren.

Im Folgenden sei auf einige zitierfähige Urteile verwiesen:

Zuletzt hat das Sozialgericht Düsseldorf in zwei Urteilen vom Mai 2011 (Az. S 14 KA 246/10 und S 14 KA 184/09) entschieden, dass Praxissitze, die bislang mit einem ärztlichen Psychotherapeuten besetzt waren, auch durch Psychologische Psychotherapeuten nachbesetzt werden können. In diesen Urteilen ging es zwar um die Nachbesetzung von Praxissitzen im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren (hier sollten nach dem Ausscheiden angestellter ärztlicher Psychotherapeuten Sitze mit Psychologischen Psychotherapeuten nachbesetzt werden). Diese Rechtsprechung lässt sich aber auf die Frage der Nachbesetzung von Einzel-Praxen unmittelbar übertragen.

Die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen lehnten bis vor kurzem eine Nachbesetzung in diesem Sinne flächendeckend ab. Verwiesen wurde auf die mangelnde fachliche Identität zwischen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, d.h. dem ausscheidenden und dem neu anzustellenden Leistungserbringer. Inzwischen ist es jedoch von den Sozialgerichten ganz überwiegend anerkannt, dass für die Frage der „beruflichen Eignung“ für eine Praxisnachfolge als Maßstab das Vertrags-

arztrecht heranzuziehen ist und nicht das ärztliche Weiterbildungsrecht.

Kern der Rechtsprechung ist die Annahme, dass Ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten (sie bilden eine Facharztgruppe) aus Sicht des Vertragsarztrechts gleich behandelt werden. Allerdings ist dem öffentlichen Planungsinteresse dadurch Rechnung zu tragen, dass Bewerber um die Praxisnachfolge vorrangig berücksichtigt werden, die der unterrepräsentierten Gruppe (hier: ärztliche Psychotherapeuten) angehören.

Das Landessozialgericht Hessen hat bereits im Jahr 2007 (Urteil vom 23.5.2007, Az. L 4 KA 72/06), ähnlich auch das Landessozialgericht Baden-Württemberg im Jahr 2009 (Az. L 5 KA 599/09 ER-B) diese Argumentation entwickelt:

„Die speziellen Regelungen zur Fortführung einer bereits bestehenden Praxis im gesperrten Planungsbereich nach § 103 Abs. 4 bis 6 SGB V enthalten keine Beschränkung der Praxisnachfolge auf Ärzte der Arztgruppe, der der bisherige Praxisinhaber angehörte und für die Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 2 SGB V angeordnet wurden. Wenn der Gesetzgeber eine Praxisnachfolge nur durch Angehörige der unterrepräsentierten Untergruppe zulassen wollte, so hätte er dies spezialgesetzlich regeln müssen. Es ist daher nicht anzunehmen, dass der Gesetzgeber den Ausschluss von Untergruppen der Arztgruppe der Psychotherapeuten unter Gesichtspunkten der Bedarfsplanung nach Nr. 22 b Bedarfsplanungs-Richtlinie bei der Praxisnachfolge wollte, ohne dies ausdrücklich zu regeln.“

Fazit: Sowohl bei der Praxisnachfolge als auch bei der Nachbesetzung einer frei werdenden Stelle eines ärztlichen Psychotherapeuten im MVZ sind Psychologische Psychotherapeuten zu berücksichtigen, sofern keine ärztlichen Psychotherapeuten ihre Bewerbung auf diesen Sitz angemeldet haben.

Kerstin Burgdorf

Immaterieller Praxiswert ist steuerlich absetzbar

Urteil des Bundesfinanzhofs

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit Urteil vom 9.8.2011 (Az.: VIII R 13/08) entschieden, dass „der mit dem Kaufpreis einer Kassensarztpraxis abgegoltene Praxiswert den Vorteil aus der Zulassung als Vertragsarzt grundsätzlich untrennbar umfasst und dieser wirtschaftliche Vorteil der öffentlich-rechtlichen Zulassung damit nicht von der Möglichkeit der Abschreibung ausgenommen werden kann“.

Geklagt hatte ein Orthopäde, der eine Facharztpraxis mit dem Patientenstamm (nur Kassenpatienten) erworben hatte. Der Kaufpreis (hier: 255.000 Euro, davon entfielen 30.000 Euro auf die Einrichtung der Praxis) war anhand des vom Verkäufer erzielten Gewinns/Umsatzes ermittelt worden. Der Praxiskäufer nahm auf den gesamten Praxiswert bezogene „Absetzungen für Abnutzung“ (AfA) vor⁴.

Das zuständige Finanzamt hatte die Auffassung vertreten, dass die Hälfte des vom Erwerber der Praxis zu entrichtenden Kaufpreises auf „den wirtschaftlichen Vorteil der öffentlich-rechtlichen Zulassung“ entfalle, welche vom Praxiswert getrennt zu betrachten und ein „nicht abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut bilde, für das keine AfA abzuziehen seien“.

Im Ergebnis bedeutet das Urteil für Erwerber von Kassenärztlichen Praxen (diese Rechtsprechung dürfte in der Praxis der Finanzämter übertragbar sein auf den Erwerb psychotherapeutischer Praxen), dass sowohl materieller als auch immaterieller Praxiswert steuerlich abgesetzt werden können.

Der BFH vertritt die Auffassung, dass sich der Kaufpreis einer Vertragsarztpraxis grundsätzlich nicht (und auch nicht teilweise) dem wirtschaftlichen Vorteil aus der Ver-

tragsarztzulassung zuordnen lasse. Er sieht vielmehr in dem Erwerb einer eingeführten Kassensarztpraxis ein „Chancenpaket“, das den Praxiswert bilde, der sich aus verschiedenen wertbildenden Faktoren zusammensetze, z.B. Patientenstamm, Standort, Umsatz, Facharztgruppe. Dabei handele es sich um eine Vielzahl von im Einzelnen nicht messbaren Faktoren. Wenn sich der Kaufpreis einer Praxis nach dem Verkehrswert richte, lasse sich von dem Praxiswert kein gesondertes Wirtschaftsgut „Vorteil aus der Vertragsarztzulassung“ abspalten.

Ein weiteres Argument gibt der BFH den Praxiserwerbern gegenüber den Finanzämtern an die Hand: „Der die Praxis übergebende Vertragsarzt kann den Vorteil aus der Zulassung grundsätzlich nicht selbstständig verwerten (Anm.: Die Zulassung hat er selbst in Form eines öffentlich-rechtlichen Zulassungsverfahrens erhalten). Er kann nur gegenüber der KV einen Antrag auf Fortführung der bestehenden Praxis durch einen Nachfolger stellen (vgl. § 103 Abs. 4 S. 1 SGB V). Daneben komme dem wirtschaftlichen Vorteil aus der Zulassung keine eigenständige wirtschaftliche Bedeutung zu, denn ein Kaufpreisanteil für den Vorteil aus der Vertragsarztzulassung sei gem. § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V nicht vorgesehen.“

Der BFH weist in seinem Urteil ausdrücklich darauf hin, dass die Begrenzung des berücksichtigungsfähigen Interesses des Abgebers auf den Verkehrswert der Praxis in § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V insbesondere verhindern solle, dass „sich durch die erhöhte Nachfrage nach Kassensarztpraxen der Kaufpreis für die Praxis ungerechtfertigt erhöhe“.

Orientiert sich daher der für eine Arztpraxis mit Vertragsarztsitz zu zahlende Kaufpreis ausschließlich am Verkehrswert der fortzuführenden Praxis, so ist in dem damit abgegoltenen Praxiswert der Vorteil aus der Zulassung als Vertragsarzt untrennbar enthalten.

Im Umkehrschluss dürfte aus dem Urteil zu folgern sein, dass sich für den anteiligen Betrag des Praxiskaufpreises, der den Verkehrswert übersteigt, keine Abschreibungs-

⁴ Von der Steuer abgesetzt bzw. abgeschrieben werden kann für jedes Jahr nur der Teil der Kosten, der sich bei einer Verteilung auf die voraussichtliche Nutzungsdauer als Teil-Jahresbetrag i.S. einer Wertminderung des angeschafften Wirtschaftsguts ergibt.

fähigkeit ergibt. Auch insofern lohnt sich für den Erwerber einer Kassenpraxis eine Bewertung des Verkehrswerts der Praxis.

Kerstin Burgdorf

Steuer: Ausbildungskosten bleiben Sonderausgaben

**Absetzbarer Höchstbetrag
wird auf 6000 € angehoben**

Es war eine kleine Sensation, als der Bundesfinanzhof (BFH) im Sommer entschied, dass Ausbildungskosten als Werbungskosten anerkannt werden können – und zwar vier Jahre rückwirkend. Junge Berufstätige hätten dann beispielsweise ihre Studienkosten nachträglich von der Steuer absetzen können. Doch dazu kommt es nicht: Die Bundesregierung stoppt die Werbungskostenregelung per Gesetz.

Viele Azubis und Studierende haben sich zu früh gefreut: Kaum hat der Bundesfinanzhof ihre Ausbildungskosten zu Werbungskosten erklärt, macht ihnen der Finanzausschuss des Bundestags einen Strich durch die Rechnung. Die Koalitionsfraktionen haben für eine "Klarstellung der vom Gesetzgeber gewollten Rechtslage" gestimmt, die in einen Gesetzesentwurf zum Steuerrecht eingefügt werden soll. Damit wird die vom BFH vorgesehene Absetzbarkeit von Ausbildungskosten faktisch ausgehebelt. Ausbildungskosten können aber weiterhin im Jahr ihrer Entstehung als Sonderausgaben angerechnet werden, und das in stärkerem Maß als bisher: Der Höchstbetrag wird ab kommendem Jahr von derzeit 4000 auf 6000 Euro angehoben.

Der BFH hatte Mitte August die Aufwendungen für eine erste Berufsausbildung oder ein Erststudium überraschend als steuerlich absetzbare Werbungskosten anerkannt und zur Begründung auf eine "nicht hinreichend" klare Gesetzesformulierung verwiesen. Der Finanzausschuss begründete seinen Änderungsantrag nun damit, "dass die erste Berufsausbildung und das Erststudium als

Erstausbildung der privaten Lebensführung zuzuordnen" seien. Dies folge auch den Grundsätzen des Sozialrechts, in dem diese Ausbildungsbereiche der Bildungsförderung und nicht der Arbeitsförderung unterliegen würden. Die Klarstellungen sollen rückwirkend für Veranlagungszeiträume ab 2004 gelten.

Quelle: www.n-tv.de

Um Glücksspielstaatsvertrag wird weiter gepokert

**Ministerpräsidenten stellen Weichen
in Richtung Liberalisierung des Markts**

Die Ampeln stehen auf „grün“ für eine Liberalisierung des milliardenschweren Glücksspielmarktes. Ende Oktober einigten sich die Ministerpräsidenten (mit Ausnahme von Schleswig-Holstein) auf einen neuen Entwurf des Glücksspielstaatsvertrags, der unter anderem vorsieht, 20 Lizenzen für private Sportwettenanbieter zu vergeben. Die DGVT hatte sich (zusammen mit vielen anderen Verbänden und Institutionen) für eine Einschränkung des Angebots ausgesprochen, um Suchtgefahren vorzubeugen (wir berichteten mehrmals in der Rosa Beilage.)

Im Einzelnen ist vorgesehen:

- Sportwetten: Bisher hatte der Staat das Monopol als Veranstalter von Sportwetten. Nun sollen 20 Lizenzen an private Anbieter vergeben werden. Wer illegale Spiele anbietet, erhält jedoch keine Lizenz. Jeder Wetteinsatz wird mit fünf Prozent besteuert.
- Lotto: Wie bisher darf nur der Staat Lotospiele veranstalten.
- Online-Glücksspiele: Poker und Casino-Spiele im Internet bleiben verboten.

Schleswig-Holstein geht seit September 2011 einen Sonderweg und hat ein eigenes Glücksspielgesetz verabschiedet, das privaten Anbietern noch wesentlich mehr Möglichkeiten eröffnet. Das Ziel sei, den unregulierten

ten Sportwettenmarkt mit seinen Milliardenumsätzen zu kanalisieren und im Online-Bereich den Schwarzmarkt auszutrocknen.


Der Europäische Gerichtshof hatte vergangenen Herbst den Anstoß für die Neuregelung des Glücksspielmarktes in Deutschland gegeben. Das staatliche Glücksspiel-Monopol sei so nicht zulässig: Man könne nicht gleichzeitig unter Verweis auf die Suchtprävention auf das Monopol pochen und andererseits Werbung für die eigenen

Glücksspiele betreiben, hieß es damals.

Die Ministerpräsidenten werten ihren Entwurf als einen Beitrag zur Suchtprävention: Insgesamt entstehe ein ausgewogenes, Suchtgefahren vorbeugendes Gesamtsystem des Glücksspiels. Die Länder stellten in Aussicht, den Vertrag bis zum 15. Dezember zu unterzeichnen. Wetten, dass weiter gepokert wird?

Angela Baer

Online-Anmeldung!



**Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.**

Ergänzungsqualifikationen

Psychotherapie (Verhaltenstherapie) bei Kindern und Jugendlichen

Zusatzqualifikation zur Abrechnungserweiterung (KJP)

Start: 10.-11. Februar 2012
+ 12 weitere Blöcke (206 UE)

Ort: Institut Münster

Lehrgangsführung: Iris Schulte-Pankoke

Verhaltenstherapie in Gruppen

Ergänzungsqualifikation zur Abrechnungserweiterung

Die Termine sind einzeln buchbar.

Termine: Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen
23.-24. Juni 2012 (16 UE)

Gruppentherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung
15.-16. September 2012 (16 UE)

Zieloffene Verhaltenstherapie in Gruppen
27.-28. Oktober 2012 (16 UE)

Ort: Friedrichshafen

www.dgvt.de/programm.html

Tagungsberichte

Psychotherapeutenverbände tagten in Berlin

GK II absolviert umfangreiche Tagesordnung

Eingeladen zu dieser Sitzung hatten der Verband Psychologischer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (VPP) im BDP (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen) und die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) als turnusgemäß gastgebende Verbände.

Beim Tagesordnungspunkt „Berichte aus den Verbänden“ berichtete die *Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie* (DGK) von einem neuen Zusammenschluss der Verbände mit humanistischen Verfahren.⁵ Zweck der *Arbeitsgemeinschaft* ist die Verbreitung der Humanistischen Psychotherapie als Grundorientierung und als Verfahren der Psychotherapie. Dies beinhaltet u. a. die Sichtung von Aus-, Fort-, Weiterbildungstätigkeit und von Forschungsarbeiten sowie die Anwendung unterschiedlicher Verfahren und Methoden der Humanistischen Psychotherapie. Ein ständiger Austausch darüber sei vereinbart worden.

Die *Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie* (DPGG) hat gemeinsam mit dem VPP und der *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und Beratung* (GwG) einen

⁵ Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie e.V. (DVG), Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie e.V. (DGK), Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DGTA), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse in Deutschland e.V. (GLE), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Verband Psychologischer PsychotherapeutInnen im BDP (VPP), Deutscher Fachverband für Psychodrama e. V. (DFP), Deutsche Gesellschaft für integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (DGIK)

Workshop zur Umsetzung des AOLG-Beschlusses (Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesbehörden) organisiert, Ziel ist die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie.

Der *Bundesverband der Klinikpsychotherapeuten* (BVKP), der vor allen Dingen die Angestellten in den Kliniken vertritt, führte aus, dass sie ein Treffen der Angestellten vor dem Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in Offenbach vorbereiten, um sich über den PTI (Psychotherapie in Institutionen)-Ausschuss abzusprechen. Fast die Hälfte der PP/KJP sind angestellt in Institutionen tätig. Da Angestellte in sehr heterogenen Aufgabenfeldern der Institutionen der Gesundheitsversorgung arbeiten, brauche es unbedingt weiterhin ein Gremium wie den Bundesausschuss PTI, in dem an der "Basis" noch tätige KollegInnen sowohl einige wichtige Tätigkeitsfelder repräsentieren als auch rasch an die Gremien der BPTK vermitteln. Die BPTK hat zwar gerade in den letzten Jahren den Problemen der Angestellten erheblich mehr Aufmerksamkeit gewidmet und z.B. die "Krankenhauskommission" geschaffen. Unterstützenswert sei auch das aktuell vorgesehene BPTK-Projekt „PP in Krankenhäusern und im Reha-Bereich“. Trotzdem besteht die Sorge, dass der Ausschuss zugunsten dieser "Projekte" weichen soll, da dessen "Effektivität" immer wieder bezweifelt werde.

Der *Deutsche Fachverband für Verhaltenstherapie* (DVT) nahm Stellung zu einem Treffen der Ausbildungsinstitute am 30. November in Berlin, bei dem es vor allen Dingen um die Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapie-Ausbildung gehen wird. Außerdem ist geplant, sich ausführlich mit der Direktausbildung auseinanderzusetzen. Walter Ströhm betonte, dass dies keine Veranstaltung der Verbände sei, sondern der Ausbildungsinstitute, zu der alle Ausbildungsinstitute, unabhängig von Trägerschaft und Verfahren, eingeladen wurden.

Die *Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familienthera-*

pie (DGSF) hat ihr Verbandsengagement vor allen Dingen darauf ausgerichtet, wie die systemische Therapie nach der Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat auch als Verfahren zur Ausbildung etabliert werden kann. Da die Refinanzierung schwierig ist, gibt es bisher nur ein Institut mit systemischer Therapie.

Der Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (VPP im BDP) berichtete über die Beteiligung des BDP am Runden Tisch zu sexuellen Übergriffen in Institutionen.

Fast alle Verbände berichteten außerdem über ihre Tagungen und Kongresse in Vergangenheit und Zukunft.

Außerdem haben sich fast alle Verbände mit dem *Versorgungsstrukturgesetz* beschäftigt und immer wieder zu den Gesetzentwürfen Stellung genommen, an die Politik geschrieben und die Öffentlichkeit auf die Probleme, insbesondere bei der Bedarfsplanung und der Honorierung, aufmerksam gemacht (siehe auch den Artikel „GK II zum Versorgungsstrukturgesetz“ in der Rubrik „Gesundheits- und Berufspolitisches“).

Des Weiteren tauschte man sich über die GK II-Fachtagung zur „Frage der Nutzenbewertung“ aus, die am 10./11. September in Frankfurt stattgefunden hatte. Norbert Bowe vom *Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)* gab einen kurzen Bericht zur Tagung, die in drei Teile gegliedert war. Zu Beginn setzte man sich mit der Definition von Hans Strotzka zu Psychotherapie auseinander, um sich dann in einem zweiten Teil der Operationalisierung der Verfahren zu widmen. Im dritten Teil ging es um die Etablierung von neuen Ausbildungsverfahren. In einem Meinungsbild wurde festgestellt, dass hinsichtlich der sozialrechtlichen Zulassung neuer Ausbildungsverfahren eine Regelungslücke besteht.

Abschließend wurden die kürzlich beendete TK-Studie bzw. die im Sommer veröffentlichten Ergebnisse der Studie diskutiert. Die Positionen reichten von „interessante und wichtige Bestätigung der Wirksamkeit von Psychotherapie“ bis hin zu „keine Aussagekraft aufgrund ungeklärter Repräsentati-

vität und hier Selektivität der Stichprobe“. Die Diskussion wird fortgesetzt werden.

Waltraud Deubert

Patientenrechtegesetz: „Eine politische Alibimaßnahme“

Berliner Ärztekammerpräsident verlangt mehr Qualität im Gesundheitssystem

(ab). An dem geplanten Patientenrechtegesetz lässt der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Günther Jonitz, kein gutes Haar: „Was wäre denn den Passagieren der Titanic lieber gewesen? Ein Passagierrechtegesetz oder ein guter Kapitän?“ fragte er pointiert beim 12. Deutschen Medizinrechtstag im September in Berlin. (Wir berichteten in der Rosa Beilage mehrmals über den Fortgang der Beratungen in punkto Patientenrechtegesetz.)

Der Deutsche Medizinrechtstag ist das jährliche Symposium von Medizinrechtsanwälten und Ärzten. ReferentInnen aus Justiz, Wissenschaft, Praxis, Verbänden und Politik stellen ihre Positionen dar. Veranstalter ist der Verein Medizinrechtsanwälte e.V. zusammen mit der Stiftung Gesundheit.

Dr. Günther Jonitz befasste sich in seinem Vortrag mit dem Themenkomplex „Patientenrechtegesetz, Gesundheitsrichtlinie und die Realität in der ärztlichen Praxis“. Das geplante Gesetz ist für ihn eine „politische Alibimaßnahme“. „Statt dahin, wo die Probleme ankommen, sollte man dorthin blicken, wo sie herkommen“, forderte Jonitz. Obwohl in Teilen gut gemacht, lenke das Gesetz von den wirklichen Schwachstellen des Gesundheitssystems ab: Ständig weniger Personal müsse mehr und immer schwerer erkrankte Patienten betreuen, und das in kürzerer Zeit. Zudem schwinde die medizinische Kompetenz durch fachübergreifende Bereitschaftsdienste und dadurch, dass Hilfspersonal medizinische Tätigkeiten übernehme.

Jonitz' Fazit: Die wirtschaftlichen Zwänge sorgten dafür, dass die Qualität ab-

nehme. Ein Patientenrechtegesetz helfe da nicht weiter. Im Übrigen seien die Patientenrechte in Deutschland bereits jetzt so gut wie in kaum einem anderen Land Europas.

Quelle: www.medizinrechts-beratung.netz.de

Mehr Kooperation der Gesundheitsberufe

Grüne Denkanstöße zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen

Im Mai ein „Grüner Ärztetag“, nun – im September – ein „Grüner Tag der Gesundheitsberufe“ – die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen beackert eifrig die Dauerbaustelle Gesundheitswesen und überrascht mit neuen Ideen. Das schwarz-gelbe Versorgungsstrukturgesetz ist für den stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Fritz Kuhn ein „reines Ärztebeglückungsprogramm“ und gehe die aktuellen Herausforderungen in keiner Weise an.

Rund 200 TeilnehmerInnen waren der Einladung zum „Grünen Tag der Gesundheitsberufe“ in Berlin gefolgt; in sechs Panels präsentierten ExpertInnen ihre Lösungsvorschläge, wie auf die Entwicklungen – steigende Zahl älterer/hochbetagter Patientinnen, Zunahme chronischer Leiden, Über- bzw. Unterversorgung usw. – reagiert werden könnte.

Gesundheitsberufe zwischen Jobwunder und Fachkräftemangel: Der verbreiteten Annahme, dass der Fachkräftebedarf in Deutschland enorm ansteigen werde, widersprach Dr. Bernhard Braun von der Universität Bremen: Zum einen altern die Menschen heute aufgrund der guten medizinischen Versorgung „gesund“. Höheres Alter führe also nicht automatisch zu Pflegebedürftigkeit. Zum anderen könnten Kapazitäten eingespart werden, indem z.B. Überversorgung abgebaut wird, die durch „Disease Mongering“ – normale Reaktionen des Körpers oder der Psyche werden zu behandlungsbedürftigen Krankheiten hochstilisiert,

und zwar just in dem Moment, in dem ein bestimmtes Medikament auf den Markt kommt – entstanden ist.

Von der Berufsschule an die Uni – Wie viel Bildung brauchen die Gesundheitsberufe? Um die Vor- und Nachteile einer Akademisierung von Gesundheitsberufen ging es in diesem Panel. Bessere Versorgungsqualität, internationale Anschlussfähigkeit und das Aufbrechen von Berufsgrenzen sprechen nach Ansicht von Prof. Dr. Thomas Bals (Universität Osnabrück) dafür. Kritiker dagegen fragen sich, ob der hohe Praxisanteil an der Ausbildung in einem Hochschulstudium überhaupt organisierbar sei.

Vom Einzelkämpfer zum Teamworker! Gemeinsam für eine bessere Patientenversorgung: Wie könnte eine kooperative Gesundheitsversorgung aussehen und welche Hemmnisse sind vorhanden? Ein Perspektivenwechsel sei zunächst vonnöten, betonte Prof. Dr. Michael Ewers (Charité Berlin): Das Gesundheitswesen müsse von den NutzerInnen aus gedacht werden und nicht von den Akteuren. Zudem sei das Gesundheitswesen zu „arztzentriert“, ergänzte Prof. Dr. Heidi Höppner (Fachhochschule Kiel). Hemmnisse für eine kooperative Versorgung sieht sie in der Sektoralisierung des Gesundheitswesens, fehlenden Anreizen etwa zur integrierten Versorgung und auch in massiven Unsicherheiten im Haftungsrecht (Wer darf was?).

Wie hält man bis 67 durch? Gute Arbeit braucht gute Arbeitsbedingungen: Zeitdruck, Arbeitsüberlastung, geringer eigener Handlungsspielraum, fehlende Anerkennung sowie einseitige Körperhaltungen und schweres Heben – von diesen psychischen wie physischen Faktoren sind die Gesundheitsberufe heute gekennzeichnet, erläuterte Dr. Nico Dragano (Universität Essen). Der hohe Frauenanteil führe außerdem zur typischen Doppelbelastung. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung, systematischem Gesundheitsmanagement und flexiblen Arbeitszeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf könnte gegengesteuert werden.

Praktische Beispiele guter Zusammenarbeit – Versorgung nutzerorientiert gestalten: Beispiele für die Behandlung und Be-

gleitung alter PatientInnen in ihrem Zuhause durch berufsgruppenübergreifende Teams wurden in diesem Panel vorgestellt, so etwa das Palliativnetz Travebogen. Hier arbeiten ÄrztInnen, Pflegekräfte, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, HospizhelferInnen und PastorInnen eng zusammen, um den Kranken rundum zu versorgen, von der Schmerzbehandlung über die angemessene Pflege bis zum seelischen Beistand.

Was macht die Gesundheitsberufe stark? Wege zu einem neuen Selbstbewusstsein der Gesundheitsberufe: Andrea Fischer (1998 bis 2001 Bundesgesundheitsministerin „unter“ Kanzler Gerhard Schröder) appellierte an die im Gesundheitswesen Tätigen, sich nicht nur über die mangelhaften Bedingungen zu beklagen, sondern sich aktiv des Themas Versorgung anzunehmen. So plädierte sie für die Errichtung einer Pflegekammer als wichtiges politisches Signal.

Elisabeth Scharfenberg, Grünen-Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik, fasste die Ergebnisse der Tagung zusammen: Zusammenarbeit lohne sich – und zwar für alle Beteiligten. Kooperation schaffe mehr Qualität für die PatientInnen (ganzheitlichere Versorgung), aber auch für die Gesundheitsberufe (befriedigendere, sinnerfüllte Arbeit). Es müsse mehr in die Versorgungsforschung investiert werden, um den Nutzen einer kooperativen Gesundheitsversorgung zweifelsfrei zu belegen und so auch zu entsprechenden Vergütungsstrukturen zu gelangen. Außerdem müsse die Professionalisierung der Gesundheitsberufe vorangetrieben werden. Auch über den gemeinsamen institutionellen Rahmen in Form einer Gesundheitskammer oder eines Gesundheitsparlaments müsse intensiv nachgedacht werden.

Angela Baer

Weitere Informationen: www.gruenebundestag.de (Themen A-Z, Gesundheit)

Internationaler Tag der Seelischen Gesundheit

Aktionen und Veranstaltungen
in 30 Städten in ganz Deutschland

Der Internationale Tag der seelischen Gesundheit, auch Welttag der geistigen Gesundheit genannt, findet immer am 10. Oktober statt. Er wurde 1992 durch die World Federation for Mental Health mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufen.

Die *World Federation for Mental Health (WFMH)*, ein eng mit der World Health Organization (WHO), der UNESCO und anderen wichtigen transnationalen Organisationen kooperierender Partner mit Mitgliedern und Kontakten in 112 Ländern, ruft als Initiator des World Mental Health Day zu weltweiten Aktionen auf.

Das *Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit (ABSG)*⁶ koordinierte die Aktivitäten in diesem Jahr in Berlin und hat selbst zwei Veranstaltungen angeboten. Diese informierten über Aspekte der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen und machten auf die Belange psychisch erkrankter Menschen aufmerksam.

Angst- und Suchterkrankungen, Depression, Demenz oder Schizophrenie – psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Sie zählen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Jeder Dritte ist im Laufe des Lebens von einer psychischen Störung betroffen. Dennoch werden seelische Erkrankungen häufig verschwiegen, weil sie zu Stigmatisierung und Ausgrenzung führen – mit schwerwiegenden Folgen für die Betroffene.

⁶ Vor einigen Jahren wurde das *Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit (ABSG)* mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit ins Leben gerufen. Zu den über 60 Mitgliedern des Bündnisses zählen Selbsthilfe-Verbände sowie zahlreiche Vertreter aus den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Politik, darunter die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde sowie der Verein Open the doors als Initiatoren des Netzwerks. Die DGVT ist ebenfalls Mitglied im Aktionsbündnis. Das ABSG hat das Ziel, verstärkt über psychische Erkrankungen aufzuklären und die Initiativen zur Förderung der seelischen Gesundheit zu vernetzen.

nen, ihre Angehörigen und unsere Gesellschaft insgesamt.

Nur besseres Wissen schafft Verständnis und baut Hemmnisse im Umgang mit psychischen Erkrankungen ab: Das Wissen voneinander und das Wissen über psychische Erkrankungen. In der Veranstaltung, zu der das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit im diesjährigen Wissenschaftsjahr 2011 – Forschung für unsere Gesundheit – eingeladen hatte, ging es daher auch um seelische Gesundheit. In kurzen und für Laien wie für Fachleute informativen Beiträgen wurde ein Überblick gegeben über psychische Erkrankungen und Highlights aus der Forschung.

Die Aktionswoche zur Aufklärung über psychische Erkrankungen findet jährlich rund um den Welttag der seelischen Gesundheit statt. Sie ist mittlerweile ein fester Bestandteil des Berliner Veranstaltungskalenders und mit jährlich 100 beteiligten psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen zu einem Highlight der Informationsarbeit zu den Themen der seelischen Gesundheit geworden.

Weitere 30 Städte in ganz Deutschland organisierten dieses Jahr am 10. Oktober Aktionstage.

Waltraud Deubert

Die  Akademie für Fortbildung in Psychotherapie informiert:

EABCT 2012
Congress of European Association
for Behavioural & Cognitive Therapies

42nd EABCT Congress
29. August - 1. September 2012 in Genf (Schweiz)

Die 1971 in München gegründete Vereinigung umfasst über 30 kognitiv- und verhaltenstherapeutische Mitgliedsorganisationen aus über 20 europäischen Ländern. Zielsetzung der EABCT ist die Förderung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Therapieansätze in Europa.

Die EABCT richtet jährlich stattfindende europäische Kongresse für kognitive und behaviorale Therapien aus. DGVT-Mitglieder erhalten die Möglichkeit, zu vergünstigten Gebühren an den jährlichen Kongressen der EABCT teilzunehmen.

Weitere Informationen zum Kongress finden Sie hier:
www.eabct2012.org

Frühbuchertermin bis 31. Mai 2012

www.eabct.com

Weitere Infos

Mehr Hilfen für Familien in Krisensituationen

Bundeskinderschutzgesetz verabschiedet Finanzierung zum Teil noch ungeklärt

Am 27. Oktober 2011 hat der Bundestag das Bundeskinderschutzgesetz (BuKiSchG) verabschiedet. Ziel dieses Gesetzes, das seit 2008 in Vorbereitung war, ist der bessere Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Verwahrlosung und Missbrauch.

Institutionen wie z.B. Kindertageseinrichtungen, Kinderärzte usw. sollen enger zusammenarbeiten und die Beratungsleistungen sollen ausgeweitet werden. Zugleich werden Standards in der Kinderschutzarbeit verpflichtend eingeführt. Damit sollen Risiken und Belastungen, die zu einer Gefährdung der gesunden Entwicklung von Kindern führen könnten, früher erkannt und die Qualität der Kinderschutzarbeit insgesamt verbessert werden.

Das Gesetz schafft auch eine bundesweit einheitliche Befugnisnorm für „Geheimnisträger“ wie Gesundheitsberufe (Ärztinnen, Ärzte, Hebammen, Beraterinnen und Berater z.B. in Schwangerenberatungsstellen), die nach § 203 Strafgesetzbuch an ihre Schweigepflicht gebunden sind. Haben diese Berufsgruppen einen hinreichenden Verdacht auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung und sind die Eltern nicht bereit, diese abzuwenden (oder sind die Eltern eine Ursache dieser Gefährdung), dann sind die Berufsgruppen befugt – nicht verpflichtet –, diese Information an das zuständige Jugendamt weiterzugeben, ohne dass sie damit gegen die Schweigepflichtsnorm nach § 203 StGB verstoßen. Die Eltern müssen sie allerdings über ihr Vorgehen informieren.

Zudem schafft das Gesetz die rechtliche Grundlage dafür, Hilfsangebote für Familien vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes leichter zugänglich zu machen. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei die Familienhebammen. Diese

Hebammen mit einer sozialpädagogischen Zusatzausbildung sollen Eltern in Krisensituationen zukünftig bis zu einem Jahr nach der Geburt gezielt begleiten.

Problematisch ist die Kostenseite des Gesetzes. Die Länder und Kommunen kritisieren, dass der Bund sich auf eine Projektfinanzierung der Familienhebammen für 3 Jahre beschränkt, die wesentlichen Lasten jedoch von den Ländern und Kommunen zu tragen sind.

Waltraud Deubert

ICD-10-GM: Neue Fassung der amtlichen deutschen Diagnosenklassifikation online

Das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) hat die endgültige Fassung der ICD-10-GM Version 2012 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification) auf seinen Internetseiten veröffentlicht. In die neue Version flossen knapp 80 Vorschläge aus Fachgesellschaften und von Fachleuten aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken sowie Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein. Die Klassifikation bildet die Basis für das pauschalierende Vergütungssystem G-DRG (German Diagnosis Related Groups). In Kapitel V sind alle psychischen und Verhaltensstörungen aufgelistet. Änderungen gab es hier keine.

Diagnosen müssen im ambulanten und stationären Bereich nach der ICD-10-GM verschlüsselt werden. Ärzte und Dokumentare in Krankenhäusern sind verpflichtet, Diagnosen unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) der für das G-DRG-Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartner zu kodieren. Die Verschlüsselung nach der ICD-10-GM erfolgt auf der

Basis des Systematischen Verzeichnisses. Das zugehörige Alphabetische Verzeichnis mit seiner umfangreichen Sammlung an Krankheitsbezeichnungen und Synonymen erleichtert die Arbeit in der Praxis.

Weitere Informationen: www.dimdi.de

Regierung steigt aus ELENA-Verfahren aus Entgelt Daten werden nicht mehr an zentrale Speicherstelle gemeldet

Der Bundestagsausschuss für Wirtschaft und Technologie hat am 28.9.2011 endgültig die Einstellung des Verfahrens über den elektronischen Entgeltnachweis (ELENA) beschlossen. Der Ausschuss billigte mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und FDP sowie gegen die Stimmen aller Oppositionsfraktionen einen Änderungsantrag zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Beherbergungsstatistikgesetzes und des Handelsstatistikgesetzes (BT-Drs.: 17/6851), in das ELENA hineingepackt worden war. Was war ELENA?

Das bereits 2009 in Kraft getretene ELENA-Gesetz verpflichtet alle Arbeitgeber seit Anfang 2010 die Entgelt Daten ihrer Mitarbeiter an eine zentrale Speicherstelle zu melden. Die dahin übermittelten Daten sollten ab 2012 durch dafür zugelassenen Behörden abgerufen werden können.

Warum wird ELENA abgeschafft?

Ein Sprecher der FDP-Fraktion begründete in der Sitzung am 28.9.2011 die Abschaffung von ELENA mit dem Hinweis auf die unzureichende Verbreitung der qualifizierten elektronischen Signatur. Mit dieser Signatur sollten die Beschäftigten der Verwendung ihrer Daten im ELENA-Verfahren zustimmen.

Der Sprecher verwies außerdem auf die Einschätzung des Normenkontrollrats (NKR), nach der die Kosten des elektronischen Zertifikats nicht zehn Euro (bezogen auf drei Jahre), sondern 25 Euro betragen würden. Es sei daher zu erwarten, dass die

Kosten für Bürger, Wirtschaft und Verwaltung in keinem Verhältnis zu den erwarteten Einsparungen stehen würden. Daher sollten das ELENA-Verfahren eingestellt und alle bereits erhobenen Daten sicher gelöscht werden.

Mit welchen Argumenten ist die Opposition dagegen?

Die SPD-Fraktion warf der Regierung vor, ELENA nicht hinreichend bekannt gemacht zu haben. Ein gutes und ausgereiftes System dürfe nicht einfach so beendet werden. Die SPD-Fraktion verwies zudem auf die hohen Investitionen der Wirtschaft für ELENA.

Bündnis 90/Die Grünen warfen der Koalition vor, aus ELENA "heimlich, still und leise" auszusteigen. Kritisiert wurde besonders, dass die Regelung an das Beherbergungsstatistikgesetz angehängt wurde. Damit versuche die Koalition, den Normenkontrollrat zu umgehen, der zu einem eigenständigen Gesetzentwurf hätte Stellung beziehen müssen. ELENA sei "datenschutztechnisch, bürokratisch und kostenmäßig völlig aus dem Ruder gelaufen".

Quelle: Pressemeldung Bundestag vom 28.9.2011

Letzte Meldungen

19. Deutscher Psychotherapeutentag (DPT) am 12. November in Offenbach

Die beiden zentralen Botschaften, die Bundesgesundheitsminister Bahr in seiner Rede am Ende des 19. Deutschen Psychotherapeutentags an die Delegierten richtete, seien vorweg berichtet:

Bis 2013 wird es keinen Aufkauf von Psychotherapeuten-Sitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen geben! Und eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung wird kommen, unklar ist nur noch der Zeitpunkt! Dabei plant Bahr nach eigener Aussage eine Novellierung der Psychotherapeutenausbildung, "die diesen Namen auch verdient". Zusagen für konkrete Veränderungen zugunsten der psychotherapeutischen Versorgung im aktuellen Gesetzes-Entwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) machte Bahr - wie zu erwarten war - zwar keine. Immerhin schafft das Moratorium bis 2013 Zeit für unseren Berufsstand, sich bei der Politik weiter Gehör zu verschaffen.

Eines der bestimmenden Themen beim 19. DPT war die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung. Die Einstimmigkeit, mit der sich die Psychotherapeutenschaft in den letzten Monaten im Ringen um die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung angesichts der drohenden Verschlechterungen durch das neue Gesetz eingebracht hat, wie der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Rainer Richter später in seinem Vorstandsbericht betonte, wurde zu Beginn des 19. DPT stimmkräftig demonstriert: Versammlungsleiter Wolfgang Schreck ließ die Delegierten zum Start in den langen Sitzungstag ein Geburtstagsständchen für den Vize-Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Dietrich Munz, anstimmen. Vielleicht zeigte sich darin auch das Harmonie-

bedürfnis der 114 Delegierten, da im weiteren Verlauf des Psychotherapeutentags bei einigen Themen dann auch ganz kontroverse Debatten zu führen waren. Nicht selten mussten Abstimmungen ausgezählt werden, einige Ergebnisse gingen äußerst knapp aus.

Wahl einer neuen Versammlungsleitung des DPT

Bei dieser Wahl ging das Ergebnis einstimmig aus: DGVT-Vorstandsmitglied Wolfgang Schreck (seit der konstituierenden Sitzung des DPT Versammlungsleiter) wurde wieder gewählt. Neue stellvertretende Versammlungsleiterin ist Gabriele Küll, KJP aus Hamburg, die Bertke Reiffen-Züger folgt. Der DPT wurde von Wolfgang Schreck dann wie gewohnt souverän mit einer guten Portion Humor geleitet, was dafür sorgte, dass auch in kritischen Momenten ein ruhiger Ablauf des DPT möglich war.

Bericht des BPtK-Vorstands

GKV-VStG: BPtK-Präsident Richter betonte im Bericht des Vorstands die Vielfalt der Themen, denen man sich in einem sehr arbeitsreichen Jahr gewidmet habe. Insbesondere beim GKV-VStG habe die konsequente Arbeit der BPtK der Psychotherapie in der öffentlichen Wahrnehmung so viel Beachtung verschafft, dass man hinter diese Form der Partizipation in der Politik nicht mehr zurückfallen könne. Auch wenn das Engagement des Berufsstands bis dato noch zu keiner klaren Aussage der Politik geführt habe, die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zukünftig gesetzlich zu verankern. Richter legte in seinem Bericht immer wieder Wert darauf, dass auch die Bedürfnisse und die Rechte der Patienten durch die Politik gewahrt werden müssen. Der Wunsch der Patienten nach kontinuierlicher und aufeinander abgestimmter Versorgung könne aus seiner Sicht nur durch mehr Kooperation und Koordination

im Gesundheitssystem gelöst werden. Hier müssten die politisch Verantwortlichen klare Präferenzen ausbilden: im Zentrum stehe der Patient, nicht die Präferenzen der Krankenkassen.

Auch in Bezug auf die Ausbildungsreform resümierte Richter, dass der Berufsstand etwas ganz Wichtiges erreicht habe im vergangenen Jahr. Wenngleich auch hier bislang keine Signale der Politik angekommen seien, die Ausbildungsreform rasch anzugehen, habe man gezeigt, dass man sich in dieser Frage als Berufsstand nicht auseinander dividieren lasse: „Wir haben einen langen Atem. Es geht um die Zukunft unserer Profession“.

PsychotherapeutInnen in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen: Ein Schwerpunkt des Berichts des Vorstands war die Situation der Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen. Dietrich Munz stellte die ungenügende Verankerung von PP und KJP in diesen Bereichen dar. Stellenpläne, Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsverträge knüpften häufig nicht an die Approbation als PP oder KJP an. Hier mangle es immer noch an einer Abstimmung von sozial-, berufs- und haftungsrechtlichen Regelungen für die Psychotherapeuten und dies spiegele sich leider auch in untergesetzlichen Regelungen wider (Kodier-Richtlinien, OPS, Vorgaben der DRV). Hier müssten dringend die Rahmenbedingungen für unseren Berufsstand geändert werden, um Aufstiegsmöglichkeiten abzuschern.

Damit gab Munz die Vorlage für den PTI-Ausschuss der BPtK, der eine bessere Anbindung an die Arbeit des BPtK-Vorstands annahmte. Hier müsste aus Sicht vieler Delegierter ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der BPtK gesetzt werden, um endlich an der stagnierenden Situation der angestellten KollegInnen etwas ändern zu können. Mit einer neuen Projektkommission „PsychotherapeutInnen in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen“, unterstützt von einem juristischen Fachbeirat und in enger Absprache mit den Landespsychotherapeutenkammern, soll nun das Thema vorange-

bracht werden. Ob sich hierbei Forderungen nach der Entwicklung hin zu einem allgemeinen Heilberufegesetz ergeben werden, ließ Munz noch offen. Derzeit sind die Heilberufe landesrechtlich und deshalb z.T. recht unterschiedlich geregelt.

Ausbildungsreform: Zur Reform der Psychotherapeutenausbildung referierte BPtK-Vorstandsmitglied Peter Lehdorfer: der Reformdruck sei überall vorhanden, nur nicht im BMG. Eine sog. „kleine Lösung“ (bloße Regelung der Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapeutenausbildung) bedeute, dass das Problem der Bezahlung im Rahmen der praktischen Tätigkeit nicht gelöst werde. Das sei nicht akzeptabel. Die am DPT teilnehmenden VertreterInnen der PiA-Bundeskonferenz mahnten hier eine dringende Reform an, die auch diesen Aspekt umfasse. Lehdorfer sieht das Kernproblem des Reformstaus in der mangelnden Einheitlichkeit der Kultus- und der Gesundheits- bzw. Sozialministerien in den Ländern.

In der anschließenden Aussprache zum Vorstandsbericht wurde kontrovers diskutiert, wie der Berufsstand sich an einer möglichen „Etappen-Lösung“ beteiligen kann.

Haushalt: Beim Herbst-DPT steht traditionell das Thema Haushalt auf der Tagesordnung. Die Entlastung des Vorstands für 2010 wurde beschlossen. Zum Antrag des BPtK-Vorstands zur Änderung der Entschädigungsordnung (Erhöhung der Entschädigung für zeitliche Inanspruchnahme von derzeit 40 auf 50 Euro) lag ein Änderungsantrag von Delegierten aus den Reihen der DGVT vor (Erhöhung nur um 5 Euro auf 45 Euro). Der Antrag wurde abgelehnt. Bei der Diskussion über den Haushaltsentwurf 2012 kam es dann zu einem kontroversen Schlagabtausch. Entsprechende Empfehlungen des Finanz-Ausschusses aufgreifend, hatten Delegierte zwei Änderungsanträge eingebracht, die eine Reduktion des Projektkostenansatzes der BPtK um 10.000 Euro (auf 60.000 Euro) forderten sowie eine Senkung des Personalkostenansatzes der BPtK um 15.000 Euro (auf 768.000 Euro). Die Diskussion wurde jäh abgebrochen durch einen Antrag auf Schluss der Debatte. Beide Änderungs-

anträge wurden nachfolgenden bei der Abstimmung dann abgelehnt.

Resolutionen

Die vom BpTK-Vorstand vorgelegte Resolution zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten wurde mit wenigen Enthaltungen angenommen, die Resolution „Finanzielle Misere in der Psychotherapeutenausbildung beenden“ einstimmig, beim Resolutionstext „Ausreichend Behandlungsplätze sicherstellen“ wurde eine Präzisierung bezüglich eines notwendigen Finanzierungskonzepts für die Erhöhung von Behandlungskapazitäten beschlossen (bei der das Zeitkapazitäten-Konzept für die Psychotherapie erhalten bleiben soll).

Muster-Weiterbildungsordnung ergänzt um Weiterbildung zur Systemischen Therapie

Die Aussprache zum Antrag auf Aufnahme der Systemischen Therapie als neuen Weiterbildungsbereich in die Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) nahm wie zu erwarten war einen großen Raum beim DPT ein. Mit dem Antrag soll zum einen die Definition des Begriffs „Bereich im Sinne der MWBO“ ergänzt werden um die „gem. § 11 PsychThG wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren“, ebenso soll Abschnitt B der MWBO um den Bereich „Systemische Therapie“ ergänzt werden. In diesem Sinne hatte sich zuvor auch die BpTK-Kommission Zusatzqualifizierung geäußert. Ein im Ergebnis abgelehnter Alternativantrag hatte die Öffnung der Formulierung in der MWBO für alle wissenschaftlich begründeten Verfahren, nicht nur für die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Verfahren, gefordert. Viele Pro- und Contra-Argumente wurden dargestellt. Ob der Umfang der konzipierten Weiterbildung zu hoch oder zu niedrig sei, ob die Wertschätzung der Systemischen Therapie und die Chance einer sozialrechtlichen Anerkennung durch die Aufnahme in die MWBO verbessert oder verschlechtert wer-

de. Und auch, ob die hier beschriebenen Weiterbildungsumfänge in Anbetracht der zu erwartenden Kosten sachgerecht sind und ein hohes Interesse an systemischen Weiterbildungen fördere oder eher hemme.

Der Antrag zur Aufnahme des Weiterbildungsbereichs Systemischen Therapie wurde schließlich mit 58 Ja- und 40 Nein-Stimmen angenommen.

Ausschüsse

Im Vorfeld der Wahlen des PTI- und des KJP-Ausschusses hatte es vielfältige Diskussionen gegeben über die Präzisierung des Aufgabenzuschnitts und die Mitgliederanzahl dieser Ausschüsse des DPT. In der Versammlung lagen dann Anträge vor, die konkrete Wahlvorschläge beinhalteten. In den PTI-Ausschuss wurden u.a. Heiner Vogel, Karl-Wilhelm Höffler und Klaus Stöhr (DGVT) gewählt, in den KJP-Ausschuss u.a. Wolfgang Schreck (DGVT). Beide Ausschüsse haben zukünftig 9 Mitglieder, was durchaus als Herausforderung angesehen werden kann.

Rede von Bundesgesundheitsminister Bahr (FDP)

Ergänzend noch einige Ausführungen von Minister Bahr zur Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Der zunächst sehr allgemein gehaltene Vortrag Bahrs war für die Zuhörer zuweilen irritierend, da immer wieder die Bedürfnisse der Ärzte nach einer Regelung der Überversorgung erwähnt wurden, die spezifische Situation der psychotherapeutischen Versorgung hingegen den Delegierten des DPT gegenüber unerwähnt blieb. Stark betont wurde der liberale Ansatz der Reform, der „die Selbstverwaltung stärke und Marktmechanismen herausbilde – wir haben keine Staatsmedizin“, rief FDP-Mann Bahr der Psychotherapeutenschaft zu. Ein Bundesgesundheitsminister könne die Versorgung nicht bundesweit steuern, er brauche die dezentrale Verantwortung in den Regionen (will heißen in den Kassenärztlichen Vereinigungen).

Am Ende seiner Rede kam Bahr doch noch auf die Psychotherapie zu sprechen. Er versicherte („Erwarten Sie keine Geschenke, ich will aber dennoch eventuelle Sorgen nehmen“), dass sich die von seinem Hause angestrebte Reform der Bedarfsplanung in sinkenden Wartezeiten auch für die Psychotherapie niederschlagen werde. Insbesondere müsse auch im psychotherapeutischen Bereich etwas für die Patienten getan werden, die in ländlichen Regionen wohnen. Das bisherige Verhältnis von Einwohner je Psychotherapeut kennzeichne eine besondere Ungenauigkeit. In Zukunft sollten vor allem die regionalen Versorgungsbedarfe die Zahl der notwendigen Praxen bestimmen. Er wolle weg von zentralen Vorgaben und hin zu zielgenauer Bedarfsplanung vor Ort. Die Planungsbereiche sollen zum 1.1.2013 neu festgelegt werden. Dabei werde man sich nicht mehr an den gewachsenen Strukturen orientieren, die für die Versorgung (sowohl ärztliche als auch psychotherapeutische) keine ausreichenden Antworten mehr gebe. In den Regionen könne dann von den bisherigen Bedarfszahlen abgewichen werden, hierin liege die Chance der Reform für die Psychotherapie. Das GKV-VStG wird nach seiner festen Ansicht auch die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland verbessern, betonte Bahr abschließend. Aufgrund des sehr engen zeitlichen Budgets Bahrs konnte dieser Gedanke im Plenum leider nicht mehr vertieft werden. Bahr verließ den DPT ohne die Möglichkeit einer Diskussion mit den Vertretern der Psychotherapeuten-schaft gegeben zu haben.

Kerstin Burgdorf

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen an jedem ersten Donnerstag eines Monats um 19 Uhr in Erlangen in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele, Universitätsstraße 31
- **Sachsen-Anhalt:** Regionales Mitgliedertreffen am 25. November 2011, um 16 Uhr im MAPP (Magdeburger Ausbildungsinstitut für psychologische Psychotherapie), Klausenerstraße 12, 39112 Magdeburg
- **Schleswig-Holstein:** Regionale Mitgliederversammlung am 24. November 2011, um 19 Uhr in der Ambulanz und Beratungsstelle "Hilfe für das autistische Kind", Feldstr. 92, 24105 Kiel

Psychotherapie kann mehr

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

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

Freie Universität Berlin

Eröffnungsvortrag

Donnerstag, 01.03.2012,
9.15 Uhr

Prof. Dr. Anke Ehlers
(Oxford)

*Trauma überwinden -
Was kann
Psychotherapie leisten?*

**Workshop
am 29.02.2012**

Internationales Symposium

Samstag, 03.03.2012,
9.15 Uhr

**Prof. Dr. Tom
Borkovec** (Tucson)

**Prof. Dr. Steven C.
Hayes** (Reno)

**Prof. Dr. Stefan G.
Hoffmann** (Boston)

Hauptvorträge

**Prof. Dr. Christine
Knaevelsrud**

Online-Therapie

Prof. Dr. Dieter Vaitl
*Die Faszination des
Paranormalen*

**Prof. Dr. Siegfried
Gauggel**

Neuropsychologie

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

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

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

**Frühbucher-
Konditionen
nur noch
bis 15.12.2011
möglich**



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.