



Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 26. Mai 2009

Inhaltsverzeichnis

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Aktueller Stand zur 20%-Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
Kerstin Burgdorf und Waltraud Deubert 5
- **Umgehensweise der KVen mit der Nachbesetzung halber Vertragsarztsitze**
Kerstin Burgdorf..... 6
- **GK II-Sitzung am 29. März 2009 in Frankfurt/a.M.**
- Resolution des GK II zur „elektronischen Gesundheitskarte (eGK)“ 7
- **Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP)**..... 9
- **AWMF-Leitlinien Angststörungen** 10
- **Pseudo-Aufklärung von RTL gefährdet alle Beteiligten** 11

Gesundheitssystem

- **Das monetäre Arztgeheimnis – Oder die Sache mit dem Döner**..... 12
 - **Chimäre Wettbewerb – Kritische Anmerkungen über ein zentrales Element der GKV-Struktur**..... 14
 - **Deutschland ist wieder Mitglied im Exekutivrat der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**..... 17
 - **Bröckelt der einheitliche Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen bereits?** 18
 - **Meldung vom 24.5.: Bund sichert Gesundheitsfonds mit vier Milliarden Euro ab ..** 18
-

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	19
Bayern.....	24
Berlin	26
Hamburg	29
Hessen.....	30
Niedersachsen	31
Nordrhein-Westfalen	34
Sachsen	37
Sachsen-Anhalt	38
Schleswig-Holstein	40

Aus den Kammern

● 14. Deutscher Psychotherapeutentag am 9. Mai 2009 in Berlin <i>Ursula Luka-Krausgrill</i>	41
● Bericht von der fünften Delegiertenversammlung (DV) der OPK <i>Jürgen Friedrich</i>	45
● Gegendarstellung des Ausschusses für Qualitätssicherung zum Landesbericht Hessen	51

Alles was Recht ist . . .

● Bundesverwaltungsgericht: Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Ausbildungsverfahren für Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie gescheitert	52
● Psychiatrische Institutsambulanz hat Anspruch auf Ermächtigung <i>Rechtsanwalt Jörg Hohmann</i>	53
● Rundfunkgebührenpflicht für Internet-PCs <i>Waltraud Deubert</i>	54
● Sozialdatenschutz im Rahmen von Selektivverträgen <i>Kerstin Burgdorf</i>	54

Tagungsberichte

● Österreich: „Medizinische Psychotherapie: Neues ärztliches Angebot mit traditioneller Wurzel“	55
● 112. Ärztetag in Mainz vom 19. 5. – 22.5.2009 <i>Waltraud Deubert</i>	58

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

● Deutschaufsätze bis zur Rente <i>Wolfgang Palm</i>	61
--	----

● Ziele der Vergütungsreform – Auswirkungen auf die Psychotherapie: angemessene Vergütung je Zeiteinheit und Zeitkapazitätsgrenzen <i>Dieter Best</i>	63
---	----

Berufspolitische Informationen für Angestellte

● G-BA: Fortbildungsverpflichtung für PsychotherapeutInnen im Krankenhaus <i>Kerstin Burgdorf</i>	67
---	----

Weitere Infos

● Österreich muss Bedarfsplan nachbessern	69
● Neue Informationsplattform für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen zum Thema Codierung	69
● Klage-Hotline für PatientInnen	70
● Aktuelle Broschüre der KVB	70
● Regionale Mitgliedertreffen, Termine	71

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Der konjunkturelle Einbruch und die damit verbundene Verschlechterung der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung haben unmittelbare Auswirkungen auf die Einnahmen der Krankenkassen. Durch den Rückgang der Erwerbstätigenzahl und die Kurzarbeit entgehen der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) Milliarden an Beiträgen. Die Deutsche Presseagentur Berlin (DPA) meldete am 7. Mai in Berlin, dass der Schätzerkreis¹ beim Bundesversicherungsamt (BVA) mit rund 2,9 Mrd. EUR geringeren Einnahmen für die GKV rechnet. Müsste dieses Defizit im laufenden Jahr ausgeglichen werden, würde den Versicherten und Arbeitgebern eine Beitragserhöhung um rund 0,3 Beitragssatzpunkte ins Haus stehen. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds müssen die Krankenkassen erst einmal die Beiträge nicht erhöhen. Er schützt sie, allerdings nur vorübergehend, vor dem Ausgleich der Einnahmehausfälle in den Zeiten der Wirtschaftskrise. Der Defizitausgleich für das Jahr 2009 aus dem Bundeshaushalt wird allerdings nur als Darlehen gewährt, das spätestens im Jahr 2011 von den Beitragszahlern zurückgezahlt werden muss.

Eine weitere **Gesundheitsreform** nach der Bundestagswahl scheint den GKV-Versicherten ins Haus zu stehen. Mehr oder weniger gehen die Parteien in ihren Wahlprogrammen dementsprechend auf die Gesundheitspolitik ein. Auf die Positionen von **SPD** und **CSU** haben wir bereits in **VPP 2/2009** Seite 439 ff. hingewiesen. **Bündnis 90/Die Grünen** haben auf ihrer Bundesdelegiertenkonferenz vom 8. – 10. Mai in Berlin ihr Bundestagswahlprogramm verabschiedet. Sie fordern die Bürgerversicherung und die Abschaffung der PKV zugunsten eines einheitlichen „Wettbewerbsrahmens“ – sowie die Beitragspflicht der anderen Einkommensarten. Unter dem Titel „Die Mitte stärken“ wurde das Wahlprogramm der **FDP** beim Parteitag in Hannover (15. – 17. Mai) verabschiedet. Bei der Gesundheitspolitik setzt die FDP weiterhin auf das Prämienmodell. Sie will in der Krankenversicherung weg von lohnbezogenen Beiträgen und vom Umlageverfahren, hin zu einem Prämiensystem, das über Kapitaldeckung ei-

¹ Der Schätzerkreis schätzt jeweils im Herbst eines Jahres die zu erwartenden Ein- und Ausgaben des Gesundheitsfonds. Auf dieser Grundlage legt die Bundesregierung den Beitragssatz fest.

ne ihrer Meinung nach sicherere Grundlage für eine generationengerechte Verteilung der Lasten schafft und das zudem den Bürger selbst bestimmen lässt, was er zusätzlich absichern will. Der soziale Ausgleich zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen soll in das Steuersystem verlagert werden. Den gesetzlichen Krankenkassen soll die Beitragsautonomie belassen werden und somit der Gesundheitsfonds wieder abgeschafft werden.

Auch die **Honorarreform** für die niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen hat in der Politik zu Grundsatzdebatten geführt. Die ärztliche Selbstverwaltung wird in Frage gestellt. Vor allen Dingen im Süden von Deutschland ist die Empörung über die Neuverteilung der Gelder der gesetzlichen Krankenversicherten groß, wie der Briefwechsel zwischen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Ministerin für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg, Monika Stolz, abgedruckt unter dem Landesbericht von Baden-Württemberg, zeigt. Die Ärzte gehen auf die Straße, schließen ihre Praxen und machen Front gegen die Partei der Gesundheitsministerin, die ihrer Meinung nach das Gesundheitswesen zerstört und die Versorgung massiv gefährdet. Aber auch innerhalb der Ärztfunktionäre hat das Honorarsystem für Ärger gesorgt. Der bayerische KV-Vorsitzende Dr. Axel Munte forderte einen radikalen Umbau der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und zeichnete das Bild des gierigen Arztes. Eine Debatte über die Abschaffung der KVen flammte auf. Nicht nur der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach machte sich für die Auflösung stark, auch von Seehofer und Söder waren solche Töne zu hören. Auf einmal nahm sogar Ulla Schmidt die KVen in Schutz und bekannte sich zum System der Selbstverwaltung. Schmidt schlug wegen des Honorarstreits dagegen vor, dass die Ärztehonorare aus der gesetzlichen Krankenversicherung offen gelegt werden sollten. Dann könne jeder sehen, welche Arztgruppe wie viel verdiene und ob das Geld ausreiche.

Dieter Best geht ausführlich in seinem Artikel „Ziele der Vergütungsreform“ auf die **Auswirkungen der Honorarreform** im Hinblick auf die **Psychotherapie** ein.

Auf den Artikel zum **Gutachterverfahren** von Dirk Zimmer in der Rosa Beilage 1/2009 zielt der Beitrag „Deutschaufsätze bis zur Rente“ von Wolfgang Palm.

Unter Gesundheits- und Berufspolitisches stellen wir den aktuellen Stand zur Umsetzung der **20%-Mindestquote** und der **Nachbesetzung halber Vertragsarztsitze** dar. Die GK II Fach- und Berufsverbände haben auf ihrer letzten Sitzung eine **Resolution zur elektronischen Gesundheitskarte** und „**zur Ausbildung und sozialrechtlichen Anerkennung der systemischen Therapie**“ verabschiedet.

Mit dem **Tagungsbericht** Medizinische Psychotherapie: „Neues ärztliches Angebot mit traditioneller Wurzel“ blicken wir über die Landesgrenze nach Österreich. In dieser Rubrik finden Sie auch noch einen Bericht zum Ärztetag 2009 in Mainz.

Unter der **Rubrik „Alles was Recht ist ...“** beschäftigen wir uns mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes zur Gesprächspsychotherapie als Ausbildungsverfahren für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, mit einem BSG-Urteil zur Psychiatrischen Institutsambulanz, mit der Rundfunkgebührenpflicht für Internet-PCs sowie dem Sozialdatenschutz im Rahmen von Selektivverträgen. Der **14. Deutsche Psychotherapeutentag in Berlin** beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit dem Thema „Zukunft der Ausbildung nach dem PTG“. Das mit Spannung erwartete Forschungsgutachten zu diesem Thema wurde von Prof. Strauß, Jena, vorgestellt. Eine Zusammenfassung des Gutachtens finden Sie als Sonderbeilage in der VPP 2/2009.

Ferner finden Sie etliche Landesberichte und vieles mehr.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen

Gesundheits- und Berufspolitisches

**Aktueller Stand zur
20%-Mindestquote für Kinder- und
JugendlichenpsychotherapeutInnen**

Die Umsetzung der im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens des GKV-OrgWG beschlossene Erhöhung der sog. Mindestquote für PsychotherapeutInnen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, von 10 % auf 20 % kommt nicht in Gang. Das Gesetz, das zum 1.1.2009 in Kraft getreten ist, kann sein Ziel nicht entfalten, da die erforderliche Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den zuständigen Unterausschuss des G-BA noch aussteht. Für die Versorgungssituation ist dies eine katastrophale Entwicklung, hatte man doch zunächst mit einer Verbesserung durch die Neuausschreibung von bundesweit ca. 700 Vertragsarztsitzen bereits ab April 2009 gerechnet.

Zuletzt hatte die Psychotherapeutenchaft beim 14. Deutschen Psychotherapeutentag auf die unzumutbar langen Wartelisten für psychisch Kranke hingewiesen und eine Bedarfsplanung gefordert, die sich endlich an der gesellschaftlichen Realität orientiert.

Nach Angaben der BPtK erkranken jährlich mindestens fünf Millionen Menschen an einer schweren psychischen Störung, darunter mindestens 700.000 Kinder und Jugendliche. Tatsächlich sind jedoch nur insgesamt rund eine Million ambulante und ca. 500.000 stationäre Behandlungsplätze verfügbar. Die Wartelisten für psychisch kranke Menschen sind katastrophal lang. BPtK-Präsident Richter forderte daher beim Psychotherapeutentag in Berlin im Mai 2009 endlich eine realistische Bedarfsplanung einzuführen, die die massive Unterversorgung von psychisch Erkrankten beende.

Die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf einen Behandlungsplatz sind mit regionaler Varianz zum Teil sechs Monate und länger. Obwohl sich der Gesetzgeber angesichts der angespannten Lage bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine weitreichende Gesetzesänderung vorgenommen hat, gerade mit dem Ziel, die aktuelle schlechte Lage schnell zu verbessern, bleibt die Selbstverwaltung inaktiv und verzögert die Sache um annähernd ein ganzes Jahr. Denn selbst wenn der G-BA nun, wie angedeutet im Juni tagen wird, sieht der Zeitplan wie folgt aus:

- Der Unterausschuss des G-BA passt die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgrund des GKV-OrgWG an. Dann erfolgt noch die Abstimmung im G-BA.
- Das Bundesministerium für Gesundheit muss zustimmen, ggf. den Wortlaut beanstanden (Frist: 4 Wochen).

Nach Ablauf der Frist und der anschließenden Veröffentlichung im Bundesanzeiger können die KVen den Bedarf in den einzelnen Planungsbezirken berechnen. Die Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen tagen und entscheiden, welche Bezirke zu entsperren sind. Sie veröffentlichen den Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen für die betreffenden Planungsbereiche und legen die Entscheidungskriterien für die Zulassung sowie die Frist für die Bewerbung (ca. 6 Wochen) fest. Innerhalb dieser Frist können potenzielle BewerberInnen ihre Zulassungsanträge abgeben.

Mit ersten neuen Sitzen ist auch im günstigsten Fall also nicht vor September 2009 zu rechnen.

Die Berechnungsmodalitäten der Quote werden mit Spannung erwartet. Entscheidend wird sein, ob nur die Psychotherapeuten gezählt werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, deren Leistungen auf diesem Gebiet also einen Anteil von 90 Prozent an den Gesamtleistungen erreichen (dies sieht ein Vorschlag der Rechtsabteilung der KBV vor), oder ob der Kreis der „Behandler von Kindern und Jugendlichen“ weiter gefasst wird. Die ursprünglich geplante Sitzung des Unterausschusses im März wurde vertagt, die nächste Sitzung findet erst im Juni statt.

Ländliche Regionen jedenfalls werden durch die bisherige Bedarfsplanung gegenüber Städten bei den derzeitigen „Kreisstellenkennzahlen“ tendentiell benachteiligt. Wir gehen davon aus, dass auch nach der Ausschreibung der neuen Kassensitze aufgrund der Mindestquote bisher unterversorgte Gebiete weiterhin unterversorgt bleiben und neue Praxissitze überwiegend in den bereits jetzt schon besser versorgten Planungsbezirken entstehen werden. D.h. ländliche Planungsbereiche werden weiterhin mit massiver Unterversorgung konfrontiert sein. Wir empfehlen unseren Mitgliedern in diesen Regionen, die von der neuen Quote nicht profitieren werden, weiterhin Sonderbedarfszulassungen bzw. Ermächtigungen zu beantragen.

Die DGVT fordert die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und die politisch Verantwortlichen auf, umgehend die erforderlichen Schritte zur Umsetzung einzuleiten und die zusätzlichen Praxissitze auszuschreiben.

Waltraud Deubert und Kerstin Burgdorf

Umgehensweise der KVen mit der Nachbesetzung halber Vertragsarztsitze

Bei der Frage, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Nachbesetzung halber Kassensitze verfahren werden, scheint sich in einigen KV-Bezirken die Lage (zum Positiven) geklärt zu haben.

Zur Erinnerung: im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-OrgWG im Jahr 2008 hatte die KBV mit folgender Begründung die Möglichkeit, halbe Sitze nachzubesetzen, abgelehnt: „Für das entsprechende Instrument der Kommerzialisierung halber Versorgungsaufträge besteht kein Bedarf. Das Instrument würde zu einer ungleichen Verteilung und weiteren Erhöhung der Arztszahlen vor allem in Ballungsgebieten führen. (...) Das System der Zulassungsbeschränkungen würde durch die Vermehrung von Arztszahlen – unbeschadet der Überwachung der Einhaltung hälftiger Versorgungsaufträge – weiter ausgehöhlt.“

Demnach war mit „Anlaufschwierigkeiten“ seitens der KVen bei der Umsetzung der dann doch erfolgten Gesetzesklarstellung (wir berichteten, vgl. Rosa Beilage 4/2008) zu rechnen. Inzwischen haben einige KVen bereits gute Lösungen gefunden.

Aus den KVen Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und Bayern haben wir Informationen, dass halbe Sitze nun nach folgendem Modus nachbesetzt werden können:

Es sollen für die Nachbesetzung eines halben Praxissitzes dieselben Bedingungen wie für einen vollen Versorgungsauftrag gelten. Praxisabgeber **und** Nachfolger auf einem halben Sitz sollen nur der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze von jew. ca. 15.000 Minuten pro Quartal unterliegen, d.h. sowohl Abgeber als auch Übernehmer erhalten einen halben Versorgungsauftrag,

der ca. 18 Wochenstunden entspricht. Jenseits der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze kommt es dann allerdings zu einer Abstaffelung. Es gibt nach Auskunft der Abteilung Sicherstellung der KV Westfalen-Lippe keine Vorbedingungen, die an die zu teilende Praxis gestellt werden (Mindest-Anzahl abgerechnete Fälle in den Vorquartalen o.ä.). Ausschreibungen und Zulassungen haben innerhalb der KV WL und der KV Niedersachsen bereits stattgefunden.

Dies ist eine wünschenswerte Regelung und entspricht der aktuellen Rechtsauffassung der DGVT.

Die Situation in der KV Nordrhein hingegen sieht derzeit noch unerfreulich aus. Nach Auskunft der dortigen Abteilung Sicherstellung wird bei der Teilung einer Zulassung wie folgt entschieden:

Es soll nur für den Fall, dass der bisherige Inhaber eines vollen Versorgungsauftrags auch eine vollzeitige Praxis geführt hat (ca. 30-50 Behandlungsfälle pro Quartal!) die Übergabe eines halben Praxissitzes ermöglicht werden. Die KV Nordrhein behält sich vor, jeden Fall im Wege einer „Einzelfallentscheidung“ zu bearbeiten. Damit wird es schwierig werden für potentielle Praxisabgeber, mit der KV Nordrhein ohne Beschreiten des Rechtsweges „handelseinig“ zu werden. Sollte die KV Nordrhein diese Vorgaben an die Nachbesetzung halber Sitze anwenden, könnten vermutlich nur sehr wenige Praxen überhaupt geteilt werden.

Zwischenzeitlich haben diverse Landespsychotherapeutenkammern und KVen sog. Tauschbörsen ins Leben gerufen. Hiermit sollen potentielle Abgeber und Nachfolger zueinander finden. Es empfiehlt sich für InteressentInnen, frühzeitig potentielle Vertragspartner zu finden, um die Übernahme eines halben Sitzes durch die frühzeitige Vereinbarung eines Jobsharings vorzubereiten.

Kerstin Burgdorf

**GK II-Sitzung am 29. März 2009
in Frankfurt/a.M. -
Resolution des GK II zur
„elektronischen Gesundheitskarte (eGK)“**

Die im GK II zusammengeschlossenen Verbände von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie „gemischten“ Verbänden mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten verfolgen die Einführung der eGK mit großer Sorge. Auf ihrer Sitzung am 29.3.2009 haben sie nachfolgende Resolution verabschiedet und dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundespsychotherapeuten- und Bundesärztekammer, dem Gesundheitsausschuss des Bundestages sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übersandt.

Vor dem Hintergrund einer Fülle an ungeklärten technischen, juristischen und ethischen Problemen im Zusammenhang mit der Einführung und der alltäglichen Nutzung der eGK halten wir vor allem die Art und Weise, wie durch einen massenhaften „Rollout“ von Lesegeräten für die eGK, ausgehend vom „Durchstichmarkt“ Nordrhein, Fakten geschaffen werden sollen, für äußerst bedenklich. Darüber hinaus erscheint uns der medizinische Nutzen der eGK sehr zweifelhaft.

Für unser Fachgebiet jedenfalls, d. h. für die Psychotherapie, ist kaum ein Nutzen erkennbar. Im Gegenteil: Das Prinzip der zentralen Datenspeicherung ist aus unserer Sicht eine ernsthafte Bedrohung für das auf Vertraulichkeit beruhende Verhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. Psychotherapeut und Patient. Es gefährdet nicht nur die ärztliche, sondern ganz besonders die psychotherapeutische Beziehung, die als zentraler Faktor für den Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen anerkannt ist.

Wir verweisen auch auf die zahlreichen, differenzierten Stellungnahmen sowohl vieler ärztlicher, als auch einzelner psychotherapeutischer Verbände zur eGK bzw. zur Telematik sowie auf anstehende gerichtliche Klärungen.

Vor der weiteren Verfolgung des Telematik-Projekts muss u. E. zum Schutz der Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. Psychotherapeut und Patient unbedingt Folgendes gewährleistet sein:

- Keine zentrale Datenspeicherung
- Freiwilligkeit der Nutzung, sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Psychotherapeuten
- Aufklärung aller potenziellen Nutzer über Missbrauchsmöglichkeiten
- Keine Speicherung von Diagnosen psychischer Krankheiten, Berichte an den Gutachter oder sonstiger Arztbriefe
- Keine Freigabe der eGK für weitere Dienste

Darüber hinaus müsste absolut und nachweislich sichergestellt sein, dass die unbefugte Nutzung der Karte und jegliche Manipulationsmöglichkeit ausgeschlossen sind.

Die im GK II zusammengeschlossenen Verbände ersuchen daher das Bundesgesundheitsministerium dringend, die Einführung der eGK auszusetzen, bis die zahlreichen Probleme in diesem Zusammenhang gelöst bzw. die Bedenken geklärt sind. Außerdem fordern sie Kammern und KVen auf, alles in ihrer Macht stehende zu tun, um die oben genannten Punkte zu gewährleisten

Der GK II kann derzeit den Mitgliedern seiner Verbände aus den oben genannten Gründen nicht empfehlen, sich an der Einführung der eGK zu beteiligen. Er fordert seine Mitglieder auf, nicht auf die Angebote von KVen zum Kauf von Lesegeräten unter Inanspruchnahme einer Erstattungspauschale einzugehen. Es gilt hier zwischen den schutzwürdigen Interessen unserer Patienten und dem persönlichem Vorteil abzuwägen, der durch zeitlich befristete Angebote der KVen zur Erstattung der Anschaffungskosten entstünde.

Für die Verbände des GK II
gez. Dr. Karin Schoof-Tams

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP)

Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung²

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat sich am 20. November 2008, in seiner letzten Sitzung des Jahres 2008 in Berlin, abschließend mit der Systemischen Therapie befasst und in einem Beschluss vom 14. Dezember 2008 festgestellt, dass die Systemische Therapie sowohl für die Psychotherapie Erwachsener als auch für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die vom Beirat definierten Voraussetzungen für die wissenschaftliche Anerkennung erfüllt und daher als "Verfahren für die vertiefte Ausbildung" zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden könne.

Grundlage dieses Beschlusses ist eine von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) gemeinsam im Sommer 2006 eingereichte und wenig später als Buch veröffentlichte Expertise „Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie“ des Autorenteamts Kirsten von Sydow, Stefan Beher, Rüdiger Retzlaff und Jochen Schweitzer (Hogrefe, Göttingen, 2007).

Diese Expertise – und weitere von den Verbänden nachgereichte Studien – wurden aufgrund eines Auftrages des Landesprüfungsamtes Nordrhein-Westfalen zur erneuten Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie vom WBP sorgfältig geprüft. Die jetzt vom WBP vorliegende Beurteilung der Systemischen Therapie als „wissenschaftlich anerkannt“ stellt den Abschluss der gut zweijährigen Prüfung dar.

Unmittelbare Wirkung des jetzigen Votums des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie ist zunächst "nur", dass Systemische Therapie als Grundlagenverfahren gelehrt werden kann und die vertiefte Ausbildung in Systemischer Therapie gemäß Psychotherapeutengesetz zur Approbation führt, was bisher nicht möglich war.

Was bedeutet dieser Beschluss?

Im Wissenschaftsdiskurs kann Systemische Therapie nun unbestritten als Verfahren mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit angesehen werden. Das sollte Konsequenzen für psychotherapeutisch bedeutsame Behandlungsleitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften), für die Wissenschaftspolitik (Forschungsförderung) sowie für die Hochschulpolitik (Lehrstuhlbesetzung) haben. All diese wissenschaftspolitischen Konsequenzen sind möglich, aber nicht zwangsläufig!

Sofern die Landesaufsichtsbehörden der Empfehlung des WBP folgt, kann nun im Prinzip eine zur Approbation führende Psychotherapeutenausbildung mit Systemischer Therapie als Schwerpunktverfahren begonnen werden. Allerdings muss sie von einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte angeboten werden. Dann muss – solange Systemische Therapie noch keine Kassenleistung ist – die (Re-)Finanzierung der Ausbildung geklärt werden: Die bisherigen Approbationsausbildungen (mit „vertiefter Ausbildung“ in tiefenpsychologisch fundierter

² Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates siehe unter www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.71.83

Psychotherapie, analytischer Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) können durch – von den Kassen bezahlte – Behandlungsstunden (mind. 600), die im Rahmen der Ausbildung unter Supervision durchgeführt werden müssen, mitfinanziert werden.

Der Beschluss bedeutet nicht, dass Systemische Therapie bereits auch von den gesetzlichen Krankenkassen in der ambulanten Psychotherapie bezahlt wird. Dazu bedarf es eines weiteren Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Resolution des GK II „zur Ausbildung und sozialrechtlichen Anerkennung der systemischen Therapie“

Bei der o. g. GK II-Sitzung am 29.3.2008 wurde auch dieser Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats behandelt und folgende Resolution verabschiedet.

„Die im GK II vertretenen Verbände begrüßen die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in seinem „Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie nach den von ihm angewandten Beurteilungskriterien als „wissenschaftlich anerkannt“ gelten kann.

Da der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie mit seinem Gutachten die Empfehlung verbunden hat, das Verfahren für die vertiefte Ausbildung zuzulassen, hat das Land Nordrhein-Westfalen inzwischen mitgeteilt, die Systemische Therapie als Vertiefungsverfahren für die Psychotherapeutenausbildung anzuerkennen.

Der GK II setzt sich dafür ein, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Überprüfung einleitet, ob die systemische Therapie als Verfahren zur Krankenbehandlung zugelassen wird.“

AWMF-Leitlinien Angststörungen

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat im Frühjahr 2008 zu einer Kommission zur Erarbeitung von Leitlinien zu Angststörungen eingeladen. Beteiligt sind die wesentlichen ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften, darunter auch die DGVT.

Die Kommission beschränkt sich auf die Erarbeitung von Leitlinien zur Behandlung von Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie und Spezifische (isolierte) Phobie bei Erwachsenen. Insofern ist der Arbeitsauftrag eingeschränkter als der Name der Kommission suggeriert.

Inzwischen hat die Kommission vier Mal getagt und durchaus schon einiges erreicht. In verschiedenen Arbeitsgruppen wurden bisher grundlegende Schlüsselfragen weitgehend erarbeitet, so dass nun bald mit einer spezifischeren Bearbeitung begonnen werden kann. In nächster Zeit stehen Aufgaben an, wie die Erarbeitung von allgemeinen Konzepten der relevanten Psychotherapierichtungen, Fragen zur allgemeinen und spezifischen Diagnostik der hier zu bearbeitenden Angststörungen, therapeutischen Grundkonzepten (von Pharmakotherapie bis Psychotherapie). Es werden sich dann Bewertungen spezifischer Therapiekonzepte nach Evidenzkriterien anschließen. Mit einer ersten Vorlage der Leitlinien kann (nach meiner Einschätzung) im Sommer oder Herbst 2010 gerechnet werden, wenn weiterhin so kooperativ und einvernehmlich gearbeitet wird wie bisher. Dies ist ganz sicher ein Verdienst von M. Beutel als eigentlichem Leiter der Kommission.

Ob diese Harmonie in der Kommissionsarbeit bei den späteren Bewertungen (Welche Therapieverfahren sind effektiver und effizienter: Pharmakotherapie, Psychoanalyse, psychodynamische Therapie oder Verhaltenstherapie?; welche Evidenzkriterien sollen zugrunde gelegt werden?) durchgehalten werden kann, muss wohl abgewartet werden.

Heinz Liebeck, Göttingen

Pseudo-Aufklärung von RTL gefährdet alle Beteiligten

„Erwachsen auf Probe“ ist ein neuer Höhepunkt des virtuellen Doku-Soap-Unwesens – Pressemitteilung der DGVT

Mit der Sendereihe „Erwachsen auf Probe“, die der Fernsehsender RTL von Anfang Juni an ausstrahlen will, wird ein neuer Höhepunkt des TV-Voyeurismus angesteuert. Zugunsten einer erhofften Zuschauerquote werden alle Hemmungen gegenüber den langfristigen Folgen für die beteiligten Babys, Jugendlichen und Eltern fallen gelassen. Der mündige Zuschauer ist gefragt – denn die vorgegaukelte Realität solcher „Doku-Soaps“ ist ein geistig armseliger Betrugversuch.

In „Erwachsen auf Probe“ sollen Teenager-Paare mit Leih-Babys den Alltag einer Familie testen. RTL-Unterhaltungschef Tom Sänger rechtfertigt das Menschenexperiment mit der steigenden Zahl von Teenager-Müttern und Schwangerschaften bei minderjährigen Mädchen: „Auch wegen dieser großen sozialen Relevanz machen wir das Projekt“, beteuert er im Focus-Interview. Im gleichen Atemzug versichert Sänger, dass keinem der „ausgeliehenen“ Babys durch die Dreharbeiten ein Schaden entstanden sei. Überwachungskameras rund um die Uhr, „erfahrene Erzieherinnen“, eine Kinderpsychologin und eine Ärztin hätten für „absolute Sicherheit“ der Kinder gesorgt.

Schon diese beiden Aussagen genügen eigentlich, um den ganzen Schwindel zu entlarven. Gemeinsam ist „Erwachsen auf Probe“ mit all den anderen Kuppel-, Erziehungs-, und Pseudoberatungsschows auf RTL und anderen Kanälen vor allem eines: Sie gaukeln eine Realität vor, die so nie existiert hat und mit dem realen Alltag der Protagonisten so wenig zu tun hat wie mit der Wirklichkeit der Zuschauer. Die Akteure vor und hinter den Bildschirmen werden schlichtweg betrogen.

Der Preis dafür ist hoch: Experten aus dem Bereich des Kinderschutzes und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie warnen unisono vor den langfristigen Folgen für die psychische Entwicklung der Babys, aber auch der Teenager und der echten Eltern durch diese Instrumentalisierung. Bindungsprobleme, Verlustängste, seelische und körperliche Beschädigungen bis hin zu organischen Veränderungen in den Gehirnen der Säuglinge und Kleinkinder werden als mögliche Folgen für die menschlichen Versuchskaninchen beschrieben. Auf Unterschriftenlisten, in Protestschreiben an RTL und Appellen an die Medienaufsicht fordern die Fachleute, die Ausstrahlung der längst abgedrehten Folgen zu verhindern. Dieser Forderung schließt sich auch die DGVT mit Nachdruck an.

Auf Einsicht bei den Machern solcherlei Doku-Soap-Schwachsinn zu hoffen, hat allerdings vermutlich mit der Wirklichkeit kaum mehr gemein als die zu befürchtenden Bilder, die in Kürze auf den Bildschirmen flimmern werden. Gefordert sind an dieser Stelle deshalb auch die TV-Konsumenten. Sie laufen Gefahr, zu Mittätern zu werden, indem sie solchen Fernsehbeiträgen und -serien zu den angestrebten hohen Einschaltquoten verhelfen. Denn diese Einschaltquoten sind es, die die Sender zu einer immer ungehemmteren Instrumentalisierung von

wehrlosen oder vorgeschädigten Menschen anstiften, weil sie es ihnen erlauben, teure Werbespots zu platzieren.

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Gesundheitssystem

Das monetäre Arztgeheimnis³ Oder die Sache mit dem Döner

"Wollen Sie für eine Curry und einen Döner behandelt werden?", fragte der **MEDI-Verbund** im Berliner U-Bahn-Fernsehen. Die Antwort wird gleich mitgeliefert: "Viele Ärzte in Berlin müssen das."

In **Baden-Württemberg** geht es den Ärzten nach eigener Einschätzung wirtschaftlich auch nicht viel besser. Hier wird der hilfeschende Patient im Wartezimmer mit einem Faxaufruf konfrontiert, den er zur Unterstützung seines Arztes doch bitte an Bundesgesundheitsministerin Ulla **Schmidt** und die Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg, Monika **Stolz**, richten möge. Zum Kreis der Adressaten dieser Demarche gehören auch der SPD-Bundestagsabgeordnete Professor Karl **Lauterbach** sowie die Fernsehjournalisten Anne **Will** und Frank **Plasberg**.

Der Patient soll in diesem Faxaufruf seine Sorge um die Zukunft der Hausarzt- und Facharztpraxen und um seine wohnortnahe ärztliche Versorgung bekunden. Als **kleine Handreichung** wird auch schon gleich eine Formulierung mitgeliefert, mit der der Patient den Adressaten **die finanzielle Not seines Arztes erklären** soll:

*"Die niedergelassenen Ärzte machen seit Jahren darauf aufmerksam, dass sie ihre Praxen mit den Einnahmen, die sie von den gesetzlichen Krankenkassen für die Behandlung eines Patienten erhalten, nicht mehr finanzieren können. Ich gebe zu, dass ich es kaum glauben kann, dass meine Ärzte, je nach Fachgruppe, **im Vierteljahr gerade einmal 12 bis 14 Euro** für ihre Arbeit bekommen, egal, wie oft ich im Quartal da war. Wenn man sich vorstellt, dass mein Arzt davon sein Praxisteam, die Miete für die Räume und Geräte auch noch bezahlen muss, macht man sich so seine Gedanken und sagt sich, dass es so nicht gehen kann."*

Der Faxaufruf endet mit der Versicherung des Patienten, er unterstütze seine Ärzte und **solidarisere sich ausdrücklich** mit ihren Forderungen, dass ihre Arbeit leistungsgerecht vergütet werden muss.

Es ist noch nicht abzusehen, welche Gedanken sich die Patienten bei dem Studium dieser Formulierung machen. Möglicherweise beschleicht sie der Gedanke, dass die **Wiederherstellung ihrer Gesundheit** das entscheidende Motiv für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe gewesen ist und sie eigentlich **nicht mit der Kassenlage der Ärzte im allgemeinen und ihres Hausarztes im besonderen konfrontiert** werden wollen. Der eine oder andere Patient wird aber wohl auch zur Sicherung des Vertrauensverhältnisses mit seinem Arzt das Faxwunschgemäß verschicken.

³ *Quelle:* Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid) 14. Jg. Ausgabe 12; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Von einem anderen Kaliber sind **Einzelaktionen von Ärzten**, die eindeutig zu Lasten der Patienten gehen und sich **fernab vom Berufs- und Vertragsrecht** der Ärzte bewegen. So schreibt ein Gynäkologe an seine Patientinnen, seit dem 1. Januar müsse er bei der Behandlung mit einer Summe von 15,96 Euro auskommen, für alle Leistungen außerhalb von Vorsorgeuntersuchungen. Der Arzt und sein Praxisteam bitten um Verständnis:

- **Ultraschalluntersuchungen** können während eines Besuchs **nur in Akutfällen** durchgeführt werden.
- **Erforderliche Kontrollen** von Veränderungen an der Gebärmutter, Eierstöcken oder Brust können in einer Sitzung **nur als Selbstzahlerleistungen** oder **nur im darauffolgenden Quartal** durchgeführt werden.
- Ultraschalluntersuchungen bei Kinderwunschbehandlung, Elektrostimulation des Beckenbodens und kleine operative Leistungen können in Zukunft nur als Selbstzahlerleistungen erbracht werden.

Die Aktionen in Berlin und Baden-Württemberg, aber auch die für die SPD einigermaßen unangenehme **Kampagne in den Wartezimmern** "Aktion 15 Prozent" haben einen Krieg der Zahlen ausgelöst, der womöglich dazu führt, das "monetäre Arztgeheimnis" weiter zu lüften.

Das BMG hat ein **umfangreiches Argumentationspapier** entwickelt, mit dem die tatsächliche finanzielle Situation der Ärzte beleuchtet werden soll. Ist die **finanzielle Lage der Ärzte womöglich besser** als ihre Situation und die gegenüber den Patienten kommunizierten Zahlen? Mit der "Döner-Währung" in der Berliner U-Bahn und den in der Öffentlichkeit genannten Zahlen zur GKV-Vergütung sind die hier ausgewiesenen Zahlen zu den Umsätzen der einzelnen Fachgruppen aus der GKV-Abrechnung respektive aus der ärztlichen Tätigkeit inklusive Privatbehandlungen nur sehr schwer in Einklang zu bringen.

Durchschnittlicher Überschuss je Arzt aus der Leistungsabrechnung

Arztgruppe	GKV-Überschuss je Arzt im Bund in Euro	Geschätzter Überschuss inkl. Privateinnahmen alte Bundesländer in Euro	Geschätzter Überschuss inkl. Privateinnahmen neue Bundesländer in Euro	Ost im Verhältnis zu West in Prozent
Fachärztliche Internisten	174.860	225.450	205.530	91,2
Radiologen	113.019	142.347	131.437	92,3
Augenärzte	99.823	141.498	96.890	68,5
Orthopäden	93.065	128.301	88.500	69,0
Kinderärzte	89.654	112.874	84.029	74,4
Urologen	84.533	112.646	96.957	86,1
Frauenärzte	84.444	110.298	88.705	80,4
Allgemeinärzte	84.332	100.901	88.990	88,2
Hausärztliche Internisten	83.715	108.292	96.766	89,4
HNO-Ärzte	77.971	110.620	74.145	67,0
Chirurgen	72.678	109.992	97.880	89,0
Hautärzte	66.880	93.355	70.078	75,1
Hausärzte	85.609	102.361	90.684	88,6
Fachärzte (ohne nicht-ärztliche Psychotherapeuten)	94.564	117.194	107.459	91,7

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Erläuterung des BMG: Die genannten GKV-Überschüsse wurden berechnet vom durchschnittlichen Umsatz mit der GKV unter Abzug der durchschnittlichen Betriebsausgaben des Arztes, d.h. ohne Einnahmen aus privatärzt-

licher Tätigkeit. Die Ermittlung der Betriebsausgaben erfolgte jeweils mit den Anteilen der Betriebsausgaben am Gesamtumsatz lt. Bericht des Bewertungsausschusses 2007 bzw. Berechnungen der KBV vom Dezember 2008.

Chimäre Wettbewerb⁴

Kritische Anmerkungen über ein zentrales Element der GKV-Struktur

Sieht man einmal vom Geld und seiner Verteilung ab, haben keine Topoi die Diskussionen um die strukturelle Weiterentwicklung der GKV in den letzten zwei Jahrzehnten mehr dominiert als "Solidarität" und "Wettbewerb". Auch jetzt wieder, vor einer Bundestagswahl, die **möglicherweise für die künftige Struktur der GKV entscheidend** sein könnte, spielen sie eine vorrangige Rolle. Dabei ist ziemlich deutlich erkennbar, was sich hinter der Forderung nach mehr Solidarität konkret verbirgt, also etwa die völlige **Nivellierung aller Unterschiede** zwischen privater Krankenversicherung (PKV) und GKV, der Ausbau des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), die **Vereinheitlichung der Leistungshonore** zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder die **Wiederherstellung der Parität** bei der Finanzierung.

Nicht so bei "Wettbewerb". Er soll zwar **irgendwie die Qualität der Versorgung verbessern** und **mehr Wirtschaftlichkeit** bringen, und die Erfüllung dieser Ziele soll operativ mit den "Selektivverträgen" zusammenhängen. Doch ob und wie dies zustande kommen könnte, bleibt angesichts der vielen Widersprüchlichkeiten der einzelnen einschlägigen Regelungen im Verborgenen. Dies dürfte auch dem einen oder anderen Experten nicht verborgen geblieben sein, der vorsichtig von **"wettbewerblicher Orientierung"** oder **"wettbewerblicher Prägung"** spricht, während andere von "fairem Wettbewerb" träumen oder gar, wie vor allem Politiker, ohne intellektuelle Hemmung schlicht "mehr Wettbewerb" fordern.

Dabei hat der bestehende wie der künftige Wettbewerb in der GKV mit dem **wirtschaftswissenschaftlichen Konzept von Wettbewerb** bzw. einer Wettbewerbsordnung herzlich wenig zu tun. Bei aller Vielfalt wissenschaftlicher Begriffsbildung haben die diversen Wettbewerbskonzepte doch **einiges gemein**, so etwa die freie Wahl der Wettbewerbsparameter, die freie Wahl der Vertragspartner und die freie Gestaltung der Vertragsgegenstände.

Wettbewerb im wirtschaftswissenschaftlichen Sinne stellt somit **ein sich selbst regelndes System** dar, in dem sich frei bildende Preise den wirtschaftenden Menschen signalisieren, wie knapp die verfügbaren Güter im Vergleich zum Bedarf sind. Hohe oder steigende Preise weisen auf erhebliche Knappheit hin, fallende Preise auf einen sich abzeichnenden Überfluss. Direkte lenkende oder steuernde staatliche Eingriffe beeinträchtigen den Mechanismus der Selbstregelung. Die Charakteristika eines sich selbst regelnden Systems sind samt und sonders **in der GKV nicht gegeben** sind. Aber nur bei ihrer Gültigkeit, und wenn es darüber hinaus keine einseitigen monopoloiden Zusammenschlüsse einzelner Teilnehmer gibt, ist die Wirtschaftswissenschaft in der Lage, die wunderschönen Optimumeigenschaften abzuleiten, die angeblich auch der Wettbewerb in der GKV zustande zu bringen in der Lage sein soll.

Die **Mangelhaftigkeit der wettbewerblichen Ordnung der GKV** ist im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern anders als in deren Verhältnis zu den Versicherten. Zwar können die Versicherten ihren Vertragspartner unter den Krankenkassen frei wählen, so dass die Kassen um die Versicherten wetten können, dürfen und vielleicht sogar

⁴ *Quelle:* Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid) 14. Jg. Ausgabe 12; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

müssen. Doch können **weder der Vertragsgegenstand** - also insbesondere der Umfang des Versicherungsschutzes - **noch die Wettbewerbsparameter** von den Vertragspartnern vereinbart werden. Sie sind vielmehr **gesetzlich vorgegeben**. Insbesondere ist nunmehr **jeder Preiswettbewerb** über die Beitragssätze **ausgeschlossen**, weil diese staatlich einheitlich fixiert werden - ein Hohn auf die Gesetzesbezeichnung "Wettbewerbsstärkung".

Dieser Ausschluss des Preiswettbewerbs um die Versicherten wird von sozialdemokratischer Seite **explizit programmatisch vertreten**, wohl weil er als Verstoß gegen das Gebot der Solidarität verstanden wird. Folgerichtig hat sich die SPD auch **gegen den Zusatzbeitrag gestemmt** und ihn nur im Zuge des interfraktionellen Kompromisses akzeptiert. Seine Ausgestaltung, die einkommensbezogene Begrenzung, macht jedoch deutlich, dass er in der jetzigen gesetzlichen Fixierung **nicht als ein wettbewerbliches Element missverstanden** werden darf. Er stellt vielmehr **eine Art Geldstrafe** für "unwirtschaftliche" Kassen dar, die durch ihn diszipliniert werden sollen. Dass er keinen Wettbewerbsparameter darstellt, wird auch daran erkennbar, dass den Kassen durch die Festschreibung des (medizinischen) Leistungskatalogs verwehrt ist, **zahlungswillige Versicherte** durch **umfangreichere Angebote** zu höheren Prämien zu akquirieren.

Alternativ wird der Ausschluss des Preiswettbewerbs um Versicherte damit begründet, dass die Kassen "veranlasst" werden sollen, um Versicherte ausschließlich mit der von ihnen angebotenen **Versorgungsqualität** zu konkurrieren, die von ihnen über **Selektivverträge** mit bestimmten Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern sichergestellt werden muss. Wirtschaftlich gesprochen handelt es sich dabei um eine Art "After-sales-Service". Für die Struktur des GKV-Systems stellen sie einen **De-facto-Übergang des Sicherstellungsauftrags** von Organisationen der Ärzteschaft auf die Krankenkassen dar und können insoweit als ein Einstieg in die formelle Übertragung des gesamten Sicherstellungsauftrags auf die Kassen verstanden werden, der außer von den Kassen selbst auch von vielen, insbesondere "linken" Gesundheitspolitikern seit einiger Zeit betrieben wird.

Das **Qualitätsargument** vermag jedoch nur beschränkt zu überzeugen. In einigen Fällen ist es **schlicht eine Täuschung**. Was haben beispielsweise die **Rabattverträge** mit der Qualität der Arzneimittelversorgung zu tun? Sie dienen ausschließlich dazu, die Hersteller **zu Preiszugeständnissen zu zwingen**, von denen die Versicherten bestenfalls dann indirekte materielle Vorteile zu gewärtigen hätten, wenn die durch die Verträge erzielten Einsparungen einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags ermöglichen würden. Sie stellen deshalb bestenfalls ein Wettbewerbsinstrument zwischen Kassen und Leistungserbringern dar, ohne erkennbare Reflexwirkung auf den Wettbewerb der Kassen um Versicherte. Auch die Vereinbarung einer **leitliniengerechten Behandlung** der Versicherten in einem Selektivvertrag dürfte wenig wettbewerbliche Wirkung auf die Versicherten ausüben. Sie erwarten eine Behandlung *lege artis*, wie sie eigentlich durch die Ärztekammern sichergestellt werden müsste. Dasselbe gilt für die vielbesungene **Lotsenfunktion**, etwa die Organisation fachgebietsübergreifender Behandlungsfälle. So wichtig sie ist, wird sie sich kaum als Wettbewerbsargument gegenüber potentiellen Versicherten eignen. Nur Maßnahmen, durch die dem Versicherten **direkt erfahrbare Vorteile** erwachsen, eignen sich als Wettbewerbsinstrument. Demzufolge darf man vom Angebot perfekt ausgestatteter und zeitsparend organisierter Versorgungszentren einen echten Wettbewerbseffekt auch im Verhältnis zu den Versicherten erwarten.

Selektivverträge dienen somit in erster Linie der Durchsetzung versorgungspolitisch zwingend gebotener oder dringend erwünschter **Verbesserungen der Versorgungsrealität** und nicht dem Wettbewerb um Versicherte. Natürlich ließen sich diese Verbesserungen auch auf regulatorischem Wege erzielen. Die Umsetzung über Verträge der Basisakteure hat aber zwei entscheidende Vorteile für die Politik. Sie dürfte **preiswerter und wirksamer** sein als der hoheitliche Erlass direkter Vorschriften und deren Überwachung. Und sie entbindet die handelnden Politiker in dem besonders eingriffsresistenten Gesundheitswesen von jeder **direkten Verantwortung** für Maßnahmen, die auf einen öffentlichkeitswirksamen Widerstand der Be-

troffenen stoßen könnten. Letzteres gilt in ganz besonderem Maße für die Durchsetzung von "Wirtschaftlichkeit" und die verborgenen Systemveränderungen, die die eigentlichen Ziele des Instituts der Selektivverträge darstellen. Der **Umgang des Ministeriums mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss** bietet hinreichendes Anschauungsmaterial für diese These.

Das vorgebliche Bemühen um mehr Wirtschaftlichkeit ist eine Täuschung, wenn in den Selektivverträgen **keine Abwägung verschiedener Maßnahmen mit unterschiedlichen Kosten** und die Entscheidung für das "Preiswerte" vorgesehen ist, wie es ansonsten bei öffentlichen Ausschreibungen Vorschrift ist: Nicht das billigste, sondern das preiswerteste Angebot erhält den Zuschlag. Schreibt man aber einzelne Wirkstoffe aus und nicht die medikamentöse Behandlung einer Indikation, so läuft der Zuschlag zwangsläufig auf das Billigste hinaus. Es geht in solchen Fällen also **ausschließlich um Ausgabensenkung**, vulgo Kostendämpfung. Der Druck auf die Kassen, die Aufwendungen für Leistungserbringer zu senken, wird durch den Fonds und dessen aktive und passive Finanzierungsmodalitäten noch verschärft, auch wenn die volle Wirksamkeit erst nach Ablauf der Übergangsregelung im Jahr 2011 auftreten dürfte. Das altbekannte Reaktionsmuster wird **mit größerer Wirksamkeit erneut angewendet**, wie die jüngste Aufforderung der Ministerin, die Kassen möchten nicht über die Wirtschaftskrise lamentieren, sondern die vielfältigen Instrumente zur Ausgabenanpassung nach unten nutzen, die ihnen zur Verfügung stünden. Wo? Natürlich in den (Selektiv-)Verträgen.

Das vorgebliche Bemühen um mehr Wirtschaftlichkeit ist aber auch deshalb eine Täuschung, weil die Selektivverträge in dieser Hinsicht an einem **inneren Widerspruch** leiden. Weil die Teilnahme von Ärzten freiwillig ist, müssen die Kassen das Mitmachen von Ärzten belohnen. Selektivverträge weisen deshalb **höhere Arztkosten** auf als die Regelversorgung. Zu einer Senkung der Gesamtkosten könnte es daher nur kommen, wenn durch die versorgungsbezogenen Maßnahmen, die Gegenstand des Selektivvertrags sind, **überkompensierende Einsparungen** zu erzielen wären. Dies ist schon a priori so gut wie ausgeschlossen, und tatsächlich gibt es keine belastbaren, wissenschaftlich fundierten Aussagen, die eine solche Ersparnis bestätigten. Tatsächlich herrscht vornehmes Schweigen. Die Masse der politikinduzierten Klein-Klein-Integrationsverträge dürfte sich bei genauerem Hinsehen als **grandiose Geldverschwendung** entpuppen, die zumal zu dem eigentlichen Ziel der Integrationsverträge, die "Versäulung" des Systems in eine stationäre und eine ambulante Versorgung zu überwinden, nichts beigetragen hat. Andererseits könnten sich in vielen von ihnen die oft beschworenen vorteilhaften "Suchprozesse der Basisakteure nach besseren Problemlösungen" des Versorgungsgeschehens niedergeschlagen haben.

Eine besondere Form der Geldverschwendung dürften die **Verträge nach § 73b SGB V** vor allem in der jüngsten Fassung darstellen. Schon das Bestehen der Politik auf den hausarztzentrierten Verträgen ist ökonomisch zweifelhaft, weil schon immer mehr als zwei Drittel der GKV-Versicherten von sich aus einen Hausarzt als primären Ansprechpartner genutzt haben, ohne dass dadurch den Kassen zusätzliche Aufwendungen entstanden sind. Die Gesundheitsökonomien, die weiland die primärärztliche Versorgung in die deutsche gesundheitspolitische Diskussion eingeführt haben, taten dies unter anderem deshalb, weil US-amerikanische Erfahrungen **kostensenkende Effekte** versprochen. Aber wie so häufig in der deutschen Gesundheitspolitik sind Elemente ausländischer Erfahrungen übernommen worden, ohne deren **unabdingbare Randbedingungen** zu berücksichtigen, so dass daraus ein inkonsistenter Flickenteppich entstanden ist, eine Neigung, die unvermindert anhält. Die Privilegierung der hausärztlichen Verteilungsansprüche durch § 73b SGB V hat sich in Verträgen niedergeschlagen, die eine **massive Umverteilung** zu Lasten der Fachärzte mit sich bringen und die eine schamlose Nachahmung der Lokomotivführer, Piloten und Krankenhausärzte zum Ausdruck bringen.

Dass das **BMG** die derzeitige Privilegierung der Allgemeinärzte nach anfänglichem Widerstand nunmehr toleriert, ja verteidigt, hat vermutlich weniger mit den **Verteilungswirkungen** zu tun, auch wenn diese natürlich **wahltaktisch keinesfalls unerwünscht** sein dürften. Man

hat vielmehr Grund zu der Annahme, dass die Privilegierung eines Allgemeinärztemonopols in die strukturellen Reformvorstellungen bestimmter, vor allem sozialdemokratischer Kreise bestens passt, die **ambulante Facharztschiene zu beseitigen** und die ambulante Versorgung ganz den Haus- und Allgemeinärzten zu überlassen. Der Versicherung aus dem BMG, dass das Verhandlungsmonopol nur "**vorübergehend**" bestehen solle, um die widerstrebenden Kassen zu disziplinieren, mag die ehrliche Meinung eines Unterabteilungsleiters sein, ist aber dennoch **ziemlich unglauwürdig**. Zu sehr eignet sich diese Regelung dazu, die verhassten **Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)** weiter zu schwächen und auch in den Augen ihrer Mitglieder **als Auslaufmodell darzustellen**. Nachdem es dem Gesetzgeber über eine Reihe von Reformen offensichtlich nicht gelungen ist, den Haus- und Allgemeinärzten innerhalb der KVen die erwünschte Dominanz auch de facto zu verschaffen, ist der **Aufbau einer Konkurrenzorganisation** neben den KVen, die den Haus- und Allgemeinärzten vorbehalten ist, geradezu der Königsweg, dieses Ziel dennoch zu erreichen.

Die Haltung der Ministerin zu § 73b SGB V macht zugleich deutlich, wie verlässlich Äußerungen aus ihrem Hause oder ihrer Mitarbeiter sind, das an der wettbewerblichen Orientierung festgehalten, ja, diese sogar ausgebaut werden solle. § 73b schafft einen **neuen Kollektivvertrag**. Auf Seiten der Ärzte durch die Gesetzesvorschrift selbst, aber auch auf Seiten der Kassen werden sich de facto Überlegungen durchsetzen, in **möglichst großer Gemeinsamkeit** aufzutreten, um gegen die Forderungen der allgemeinärztlichen Organisationen ein angemessenes Gegengewicht zu bilden, zumal sie von den Umständen und der Ministerin ebenso gnadenlos in die Pflicht genommen wie kaltschnäuzig im Stich gelassen werden, jegliches **Ausufern der Ausgaben** der GKV zu unterbinden.

Es lässt sich überhaupt eine gewisse, wenn auch nicht einheitliche Tendenz beobachten, die gesetzlich gegebene Möglichkeit zu nutzen, **Selektivverträge durch Kollektive** abzuschließen. Schon diese Möglichkeit stellt keine "wettbewerbsorientierte" Regelung dar. Es fehlen auch alle Vorschriften, hiergegen **kartellrechtlich vorzugehen**. Die kartellrechtlichen Ergänzungen, die das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gebracht hat, betreffen allein die öffentlichen Ausschreibungen und schränken diese auch noch auf den besonderen Auftrag der GKV ein.

Schließlich lässt sich anstandshalber weder die Existenz von Kollektivverträgen das völlig **planlose Nebeneinander von Kollektivverträgen und Einzelverträgen über dieselben Sachverhalte** als "Wettbewerbsorientierung" verkaufen, es ist schlicht Zeichen für ein völliges strukturelles Chaos, eine konzeptionelle Desorientierung und ein politisches Fischen im Trüben. Eine weitere Reform der GKV sollte vorrangig auch dieses Wirrwarr anpacken und zu einer **funktional differenzierenden Zuordnung** von Kollektiv- und Individualverträgen kommen.

Deutschland ist wieder Mitglied im Exekutivrat der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Nach Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ist Deutschland nach neunjähriger Unterbrechung wieder Mitglied im Exekutivrat der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Auf der 62. Weltgesundheitsversammlung in Genf wurde am 21. Mai als deutscher Vertreter für drei Jahre Dr. Ewold Seeba gewählt, Leiter der Zentralabteilung Europa und Internationales im Bundesministerium für Gesundheit. Schwerpunkte der deutschen Mitgliedschaft im

Exekutivrat soll die Stärkung der Gesundheitssysteme sein, um eine gute gesundheitliche Versorgung der Menschen auch in Transformations- und Entwicklungsländern zu gewährleisten, und Sicherheit und Qualität von Arzneimitteln. Deutschland engagiere sich in vielfältiger Weise bei der WHO und möchte dies künftig noch stärker tun, erklärte das BMG.

Quelle: Facharzt.de vom 22.5.2009

Bröckelt der einheitliche Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen bereits?

Wie die Ärztezeitung vom 22. Mai meldet, erhalten gesetzlich Versicherte bei der Securvita Krankenkasse eine Prämie, wenn sie auf bestimmte Leistungen verzichten. Die Krankenkasse aus Hamburg sieht darin eine "Alternative zum starren Kassen-Einheitssystem". Sie erwartet, dass eine vierstellige Zahl von Versicherten die Möglichkeit nutzen wird, um für eine Prämie von 300 Euro (maximal 20 Prozent des eingezahlten Beitrags) auf bestimmte Leistungen zu verzichten. Dies sind Fahrtkosten (mit Ausnahme von Rettungsfahrten), Badekuren, Mutter-Kind-Kuren, Haushaltshilfen, Heilmittel und Homöopathie. Dieser Tarif beinhaltet einen Rettungsschirm: Wer die Prämie erhält und dennoch eine der Leistungen in Anspruch nehmen muss, trägt einen Selbstbehalt von 600 Euro - das Risiko bleibt also auf 300 Euro beschränkt. Die Laufzeit des Wahltarifs beträgt drei Jahre und kann kombiniert werden mit einem weiteren Angebot, bei dem Mitglieder 900 Euro erstattet bekommen, wenn sie in einem Jahr gar keine Leistungen in Anspruch nehmen.

Nach Auskunft der Krankenkasse ist dieser Wahltarif nach Paragraph 53 SGB V erlaubt und bereits vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Meldung vom 25.5.: Bund sichert Gesundheitsfonds mit vier Milliarden Euro ab

Der Gesundheitsfonds soll mehr Geld vom Bund erhalten als bisher bekannt. Der Nachtragshaushalt stelle einen Ermächtigungsrahmen von bis zu vier Milliarden Euro bereit, sagte der Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums, Klaus Vater, der „Berliner Zeitung“ (Samstagsausgabe) laut Vorabbericht. Der Schätzerkreis aus Experten des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesversicherungsamtes und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen hat für 2009 ein Einnahmedefizit von 2,9 Milliarden Euro prognostiziert.

Vater sagte, der Ermächtigungsrahmen von bis zu vier Milliarden sei eine „Vorsichtsmaßnahme“ um allen Eventualitäten vorzubeugen. Ob der Rahmen tatsächlich ausgeschöpft werde, hänge von der weiteren Konjunktorentwicklung ab.

Quelle: www.facharzt.de vom 24.5.2009

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Psychotherapeutenkammer: Im März 2009 fand eine zweitägige VV statt mit Beginn am Freitagnachmittag und wechselnder Gruppenarbeit zu einzelnen Fragestellungen (gefragt waren u.a. Visionen für die Zukunft der Kammerarbeit) und einem gemeinsamen Abendessen von Kammerdelegierten sowie einigen Mitarbeitern der Geschäftsstelle. So bestand die Möglichkeit, sich auch außerhalb der eigenen Fraktionen oder Ausschüsse besser kennen zu lernen. Die aktuelle VV trifft sich in dieser Zusammensetzung noch ein letztes Mal am 19. September 09. Danach wird neu gewählt und mit der übernächsten VV konstituiert sich bereits eine neue Kammerversammlung.

Zum **Bericht des Vorstandes:** Die größte Neuigkeit war, dass der Geschäftsführer der Kammer; Herr Gerlach, zum September 2009 gekündigt hat. Eine von ihm geforderte Personalaufstockung in der Geschäftsstelle war vom Vorstand nicht befürwortet worden.

Neue Informationen gab es auch in Bezug auf die Unregelmäßigkeiten durch die frühere Geschäftsstellenleiterin. Inzwischen wurde ein gerichtlicher Vergleich mit ihr geschlossen, der die Rückzahlung der vermissten Gelder sicherstellt. Gleichzeitig wurde von Seiten der Kammer auf eine strafrechtliche Verfolgung verzichtet. Inzwischen ist die vollständige Rückzahlung der fraglichen Beträge erfolgt (siehe den aktuellen Newsletter der Kammer, in dem auch ausführlich über die VV berichtet wird), und zumindest der materielle Schaden ist dadurch wieder ausgeglichen.

Im schriftlichen Bericht wurden die Aktivitäten auf Bundesebene zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, dem BKA-Gesetz, dem Gesetzentwurf zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung dargelegt; auf Landesebene wurde über den Eintritt ins Versorgungswerk, über eine geplante Ombudsstelle für Patientenbeschwerden, die neue Beitragsordnung und über viele weitere Aktivitäten berichtet.

Eine Diskussion entspannte sich um die **Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigung** in Baden-Württemberg (KVBW). Anlass waren die tumultartigen Szenen, die sich in einer der letzten Versammlungen der KV abgespielt hatten und die Hinweise auf den Zustand der KV geben. Darüber wurde auch in der letzten Rosa Beilage berichtet. Die Sorge wurde geäußert, dass eine Schwächung der KV auch Nachteile für die Richtlinienpsychotherapie bringen könnte. Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ wurde gebeten, aktiv zu werden und mögliche Folgen frühzeitig zu bedenken.

Änderungen in der Berufsordnung: 1. Für KJP wurde die Zustimmung eines Elternteils während der Probatorischen Sitzungen, die auch eine fundierte Diagnose ermöglichen sollen, als ausreichend bewilligt. 2. Es werden keine Fortbildungszertifikate mehr verlangt, es genügt in Zukunft, „Fortbildungsnachweise auf Verlangen der Kammer“ vorzulegen. Da die Niedergelassenen die Fortbildungszertifikate für die KV benötigen (Achtung: Endspurt bis 30.6.09!), betrifft dies hauptsächlich Angestellte, die auf eine Beantragung eines Zertifikates verzichten können. Allerdings gibt es bereits im kürzlich beschlossenen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz die Maßgabe, dass bei bestimmten Krankenhäusern auch die Psychologischen Psychotherapeuten ein Zertifikat vorlegen müssen, dies für einen 5-Jahres-Zeitraum ab 2009. Also, das Punktesammeln geht weiter.

Was in dieser VV nicht behandelt wurde: In der vorletzten VV wurde ein Entwurf einer Haushalts- und Kassenordnung vorgelegt, dessen Beratung verschoben wurde mit der Maßgabe, alle kritischen Einwendungen im Vorfeld zur Diskussion zu stellen. Dies wurde jetzt

nicht weiter verfolgt. Vermutlich wird dies eine Aufgabe für die nächste Kammerperiode werden. Bis zu einer möglichen Änderung gilt die Landeshaushaltsordnung.

Termine der Kammerwahl im Überblick: Im Rahmen der Workshoptagung der DGVT trafen sich im April 2009 einige Interessierte in Tübingen, die bei der Wahlliste von DGVT-Mitgliedern und Angestellte mitmachen werden. Allgemein unterstützt wurde der Beschluss, sich als eigene Liste zu präsentieren und damit für ein klares Profil zu sorgen. Demnächst werden sich die KandidatInnen auf der Homepage der DGVT vorstellen. Die Darstellung des Wahlprogramms erfordert noch einige Zeit und wird rechtzeitig vor der Wahl an alle Mitglieder gehen. Neu ist für die anstehenden Wahlen, dass auch zwei PiAs in die Vertreterversammlung gewählt werden können. Der Landessprecher der DGVT, Kai-Uwe Jörß, wird sich als PiA-Vertreter zur Wahl stellen.

Die Wahlen im Überblick:

Wahlvorschläge sind bis zum 15. September 2009 einzureichen. Die Wahl findet vom 15. Oktober 2009 – 16. November 2009 als Briefwahl statt. Stimmzettel werden spätestens einen Monat vor Ende der Wahlfrist versendet, also spätestens bis zum 15. Oktober 2009.

Das Ergebnis der Wahl wird innerhalb von zwei Wochen nach Ende der Wahlfrist auf der Homepage bekannt gegeben. Die neue Vertreterversammlung wird dann voraussichtlich im Januar 2009 den Vorstand und die Ausschüsse bestimmen. Die VV wird dann 43 Delegierte umfassen.

Gesundheitsreform: Schon oftmals wurde an dieser Stelle von den Auswirkungen auf BW berichtet. Es wird nun konkreter, wer die Verlierer in BW sind: es trifft besonders die Nervenärzte und Neurologen! Und zwar bei der Mehrheit massiv mit über 50 % Verlusten im Vergleich zum Vorjahr (Stuttgarter Zeitung vom 30.4.09, S.6, Bericht über die Vertreterversammlung der KVBW). Obwohl es theoretisch wie praktisch eindeutig ist, dass die Gesundheitsreform auch geringfügig erhöhte Gelder nach Baden-Württemberg leitet, so scheint es doch keine Gewinner hier zu geben. Zitat aus der Stuttgarter Zeitung vom 30.4.09, S.6: „Möglicherweise gebe es gar keine Gewinne, aus denen die Verluste kompensiert werden könnten. Herz (Wolfgang Herz, Vorstandsmitglied der KVBW) sagte, in diesem Fall müssten die Kassen mehr zahlen. Es sei zum Beispiel rechtlich ungeklärt, ob man profitierenden Praxen so viel wegnehmen könne, dass auch sie in die Verlustzone gelangen.“ Es steht also zu erwarten, dass auf Baden-Württemberg in dieser Sache noch einiges zukommt.

Renate Hannak-Zeltner

Kai-Uwe Jörß

Baden-Württemberg und die Reform der ärztlichen Vergütung

Im Folgenden drucken wir einen Briefwechsel zwischen der Ministerin für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Monika Stolz, und der Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, ab. Der Schlagabtausch veranschaulicht unseres Erachtens gut die derzeitige Situation der Gesundheitspolitik – die einzelnen Akteure kämpfen um ihre Pfründe, die Gesamtsituation ist selbst von ministerialer Seite her nicht mehr zu überblicken. Inwieweit der Vorschlag von Ulla Schmidt, die Ärztehonorare aus der gesetzlichen Krankenversicherung offen zu legen, eine Befriedung der Lage stiften wird, ist noch abzuwarten. Möglicherweise entstehen so vollkommen neue Begehrlichkeiten, die zu neuen Streitpunkten führen werden.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg · Pf. 103443 · 70029 Stuttgart

03. März 2009

Frau
Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt MdB
Berlin

Honorarreform der Ärzte

Ihr Schreiben vom 23. Februar 2009

Sehr geehrte Frau Bundesministerin,

für Ihr Antwortschreiben danke ich Ihnen. Im Ergebnis teile ich Ihre Auffassung nicht, dass die mit der Reform verbundenen Probleme durch die Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebenen gelöst werden können. Ich bedauere außerdem, dass Sie zu meinen konkreten Vorschlägen nicht Stellung bezogen haben.

Daher möchte ich Sie erneut darauf hinweisen, dass die bis dato eingeräumten Spielräume auf der Landesebene viel zu gering sind, die grundlegenden strukturellen Fehler der Reform treten immer deutlicher zu Tage. Wegen den von der Bundesebene verbindlich vorgegebenen Nivellierungen, die die Vergütungsmöglichkeiten der einzelnen Arztpraxen stets bezogen auf einen abstrakten Durchschnitt definieren, sind die Korrekturmöglichkeiten äußerst begrenzt. Die „Konvergenzklausel“, die der Erweiterte Bewertungsausschuss eröffnet hat, kann die Schwierigkeiten nicht aus dem Weg räumen. Denn die praktische Umsetzung stößt sehr schnell an Grenzen. In Baden-Württemberg gibt es bereits im Durchschnitt keine Gewinne, sondern eine negative Vergütungsentwicklung. Nach den letzten Angaben der KBV beträgt das Minus 3,6 Prozent bei einem Vergleich von 2009 zu 2008. Wenn nun auch noch die Gruppen der Haus- und Fachärzte sowie der Psychotherapeuten auf Grund der Bundesvorgaben getrennt für Ausgleichsregelungen herangezogen werden müssen, bestehen kaum Spielräume, solche Ausgleichs darzustellen. Hinzu kommt das Problem, solche Regelungen rechtssicher anzuwenden. Viele Experten raten dazu, durch eine Änderung in den §§ 87 ff. SGB V Rechtssicherheit herbeizuführen. In einem Schreiben an Herrn Staatssekretär Dr. Schröder vom 13. Februar 2009 haben wir bereits auf dieses Problem aufmerksam gemacht und erwarten hierzu noch eine Stellungnahme des BMG.

Darüber hinaus muss ich nochmals eine schnellst mögliche Angleichung der Mengenverteilung einfordern. Es liegt mir noch keine Begründung dafür vor, dass der Preis zwar auf ein einheitliches Niveau festgesetzt wurde, der Behandlungsbedarf aber erst in einem späteren Schritt angepasst werden soll. Diese Entscheidung führt heute zu zusätzlichen Umverteilungen, die nicht auf Landesebene abgefangen werden können.

Grundsätzlich halte ich die Reform in ihrem derzeitigen Umsetzungsstand für gescheitert. Die Ziele Transparenz, Kalkulierbarkeit und Verteilungsgerechtigkeit sind verfehlt worden. Dies ist auch keine Frage der Kommunikationsstrategie innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern schlicht das Resultat eines nicht zu Ende gedachten Reformkonzepts. Genau so wie bei der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds zeigt sich, dass das Unterlassen seriöser Berechnungen im Vorfeld zu unscharfen Entscheidungsgrundlagen führt und dadurch Umsetzungsprobleme geschaffen werden, die ohne Rechtsänderungen kaum zu lösen sind.

Sie tragen dafür die politische Verantwortung, und ich möchte dringend an Sie appellieren, die Vergütungsreform sofort einzufrieren und grundlegend zu überarbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Monika Stolz MdL

Antwortschreiben Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:

Bundesministerium für Gesundheit

*Ministerin für Arbeit und Soziales des
Landes Baden-Württemberg
Frau Dr. Monika Stolz
Stuttgart*

Ulla Schmidt

*Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages*

Bonn, 5. März 2009

Reform der ärztlichen Vergütung

Sehr geehrte Frau Kollegin,

vielen Dank für Ihr erneutes Schreiben zur Reform der ärztlichen Vergütung. Angesichts der Entstehungsgeschichte der Neufassung der ärztlichen Vergütung mit intensiver und konstruktiver Mitarbeit gerade Ihres Hauses befremdet mich Ihre Schuldzuweisung.

Ich darf daran erinnern, dass es ein zentrales und vordringliches Anliegen der CDU/CSU seit 2003 war, eine grundlegende Reform der ärztlichen Vergütung entlang den Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorzunehmen. Ihr Haus war an den entsprechenden politischen Verhandlungen der Jahre 2003 und 2006 von Anfang bis Ende beteiligt. Gerade die aus Baden-Württemberg stammende gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, Frau Kollegin Annette Widmann-Mauz, hat sich mit Ihrer und der Unterstützung Ihres Ministeriums energisch und beharrlich für Übernahme der jeweiligen Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarreform in das Gesetz ausgesprochen.

Ich kann daher nicht akzeptieren, wenn jetzt diejenigen, die im engen Schulterschluss mit der verfassten Ärzteschaft die bis ins kleinste Detail abgesprochenen Verhandlungen betrieben haben, ihre örtliche Verantwortung im Rahmen der Rechtsaufsicht bei operativen Problemen in der Umsetzung der Honorarreform nicht wahrnehmen wollen, und obendrein ihre eigene Mitwirkung bei der Erarbeitung der gesetzlichen Regelungen leugnen. Soweit zur Frage der politischen Verantwortung.

Zum Sachstand halte ich fest, dass das Bundesministerium für Gesundheit bis an rechtlich und politisch gerade noch vertretbare Grenzen gegangen ist, um sicher zu stellen, dass im Vergleich von 2007 zu 2009 keine Kassenärztliche Vereinigung zu den Verlierern zählen muss. Der Vergleichszeitraum von 2008 zu 2009, der insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg immer wieder angestellt wird, ist irreführend. Ihnen ist bekannt, dass bei der Beschlussfassung über die Ausgestaltung der Honorarreform in der gemeinsamen Selbstverwaltung im Konsens aller Beteiligten auf Daten des Jahres 2007 abgestellt werden musste. Dies schon deshalb, da zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei Daten für das Jahr 2008 vorliegen konnten.

Jetzt veröffentlichten Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die das erste Halbjahr 2008 mit dem ersten Halbjahr 2007 vergleichen, sollte mit äußerster Skepsis begegnet werden, da sich diese Zahlen in den letzten Wochen bereits mehrfach verändert haben, ohne dass eine Begründung für diese Veränderungen gegeben wurde. Sollten die Zahlen der KBV so zutreffen, so muss ich feststellen, dass trotz noch geltender Budgetierungen die Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg im Jahr 2008 weit über der Einnahmeentwicklung der Krankenkassen liegende Vergütungsgewinne realisiert haben, die bei der Gesamtbetrachtung selbstverständlich zu berücksichtigen sind.

Hinsichtlich der regionalen Gestaltungsmöglichkeiten hat der Bewertungsausschuss in seiner Sitzung am 27. Februar 2009 die bestehende Konvergenzregelung verändert, um weitere Spielräume zu schaffen. Eines ist klar: in keinem Fall wird es mit mir ein Zurück zur Grund-

lohn orientierten Budgetierung und auch keine Weg zu einer Gebührenordnung ohne Mengensteuerung mit Kostenerstattung durch die Versicherten geben.

Der Aspekt der Mengenverteilung ist in meinen Gesprächen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vielen KVen, einschließlich der KV Baden-Württemberg, sehr unterschiedlich thematisiert worden. Während die KVen aus Baden-Württemberg und Nordrhein eine schnelle Angleichung der Behandlungsbedarfe fordern, wehren sich die meisten anderen KVen, insbesondere die KV Bayern, gegen einen solchen Anpassungsschritt. Das Gesetz gibt dem Bewertungsausschuss einen weiten Spielraum, über Zeitpunkte und Inhalte dieser Angleichungen zu entscheiden.

Ich halte es für sinnvoll, den gemeinsam mit Ihnen eingeschlagenen Reformweg fortzusetzen und dabei Fehlentwicklungen zu beseitigen. Die Ziele Transparenz, Kalkulierbarkeit und Verteilungsgerechtigkeit lassen sich nicht im Hinblick auf ein abstraktes Ideal einer Vergütungsordnung erreichen, sondern müssen sich am Vergleich zur bis 2008 bestehenden vollständig intransparenten und teilweise rechtswidrigen Honorarverteilung in den einzelnen KVen messen lassen. Wenn Sie mit mehr als einer KV sprechen, wird sehr deutlich, dass diejenigen KVen im Vorteil sind, die sich frühzeitig auf das System der Regelleistungsvolumina, das immerhin bereits seit 2004 im Gesetz steht, eingestellt haben.

Andere KVen, die entgegen den gesetzlichen Bestimmungen an virtuellen oder realen Praxisbudgets festgehalten haben und eine Vielzahl extrabudgetärer Töpfe eröffnet haben, haben größere Probleme bei der Honorarumstellung. Hierfür tragen die Länderministerinnen und -minister die Verantwortung, die die Aufsicht über regionale Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen führen. Auch vor diesem Hintergrund bitte ich Sie herzlich, zu einer sachlichen Debatte über eine konstruktive Umsetzung der gemeinsam beschlossenen Reform zurückzukehren.

Schließlich wundere ich mich sehr über Ihre Bemerkungen zum Gesundheitsfond. Die vollständig untaugliche ursprüngliche Konvergenzregelung zur regionalen Mittelverteilung, die von Ihren Parteifreundinnen und -freunden in München zur Schicksalsfrage der letzten Gesundheitsreform hoch stilisiert worden war, konnte nur durch unsere Kompromissbereitschaft in vernünftige Bahnen gelenkt werden.

Im Übrigen hätte ich mir aber eine Konvergenzregelung in der Honorarreform gut vorstellen können. Dann hätte es aber eine langsamere Anpassung für die Ärzte in den neuen Bundesländern gegeben. Das wurde von der Union in den Verhandlungen ebenso abgelehnt wie ein stärker regionalisiertes Honorarsystem. Wenn überhaupt etwas gescheitert ist, dann der Versuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zum allein entscheidenden Akteur innerhalb der Ärzteschaft zu werden. Ich bleibe deshalb dabei, dass die Verantwortung für die Umsetzung der Honorarreform bei der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene liegt und werde dies auch weiterhin öffentlich deutlich machen.

Mit freundlichen Grüßen

Ulla Schmidt

Aktuelle Meldungen bei Redaktions-Schluss:

Baden-Württembergs Ärzte und Psychotherapeuten sind die Verlierer der Honorarreform!

Rechtzeitig zum Deutschen Ärztetag hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) am 15. Mai 2009 als eine der ersten KVen bundesweit konkrete Abrechnungsergebnisse für das erste Quartal 2009 vorgelegt. Die Mehrzahl der Praxen in Baden-Württemberg erleidet erhebliche Verluste im Vergleich zu 2008.

Rund zwei Drittel aller Arztpraxen in Baden-Württemberg verlieren Honorar im Vergleich zum Vorjahr, in einigen Fachgruppen (beispielsweise bei den Augenärzten und Orthopäden) fast alle. Für die Abrechnung des ersten Quartals wurden die Daten von etwa 90 Prozent der Praxen in Baden-Württemberg verarbeitet.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KVBW unter www.kvbawue.de

Oettinger erhält Zusage für Honorar-Nachschlag

Zwischenzeitlich hat sich die oben beschriebene Lage offenbar geklärt. Nach den Worten von Ministerpräsident Günter Oettinger werden die Einbußen der niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg in diesem Jahr vom Bund ausgeglichen. Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) habe ihm dafür die Zusage gegeben. Dies berichtete der SWR am 16.5.2009. Oettinger geht von einem Nachschlag in einer Größenordnung von 140 Millionen Euro aus. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) werde ihr Versprechen einlösen, dass kein Land durch die Honorarreform einen Nachteil haben dürfe. Landessozialministerin Monika Stolz (CDU) erklärte die Honorarreform für gescheitert. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung haben fast zwei Drittel der Arztpraxen im Südwesten in den ersten drei Monaten ein Minus im Vergleich zum Vorjahreszeitraum hinnehmen müssen. Die Abrechnung von etwa 90 Prozent der Praxen zeige, dass davon 65 Prozent im Schnitt mehr als ein Zehntel weniger Honorar erhalten haben, beklagte der Landeschef der Kassenärztlichen Vereinigung (KVBW), Achim Hoffmann-Goldmayer: "Die massiven Honorareinbußen über alle Fachgruppen hinweg können von der Politik nun nicht mehr schön geredet werden."

Kontakt: baden-wuerttemberg@dgvt.de

Bayern

Kammerarbeit

Bei der letzten Delegiertenversammlung (DV) der Kammer am 2.4.09 konnte ein zusätzlicher 14. Bundesdelegierter für den Deutschen Psychotherapeutentag gewählt werden. Die Versammlung verständigte sich – ohne Gegenkandidat – auf Dr. Klaus Stöhr, Ltd. Psychologie im Klinikum Ingolstadt, von der Wahlliste der Krankenhauspsychotherapeuten, die mit der DGVT in der DV zusammenarbeitet. Klaus Stöhr kann damit als weiterer Angestellter die bayerische Kammer beim DPT vertreten.

Im Schwerpunkt hat sich die DV mit der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung beschäftigt, insbesondere mit dem heftigen Auflösungserscheinungen des Kassenärztlichen Versorgungssystems, die scheinbar besonders in Bayern Befürworter finden. Die Kammer hat sich in einer Stellungnahme für den Erhalt der KV ausgesprochen, weil sie nur so eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und Psychotherapie gewährleistet sieht. Erneut bestätigt wurde auch die kritische Haltung zur elektronischen Gesundheitskarte.

Kontrovers wurde die Möglichkeit der Einrichtung einer Patientenbeschwerdestelle diskutiert. Der Haushaltsabschluss 2008 wurde angenommen und die Arbeit der Kammer aus dem letzten halben Jahr positiv gewürdigt: So gab es im März eine zu Recht sehr gut besuchte und auch interessante Veranstaltung in München zur Prävention psychischer Störungen, die sich insbesondere an Mediatoren/Multiplikatoren (LehrerInnen u.a.) richtete. Auch wurde die Pressearbeit intensiviert, seit die Kammer einen Pressereferenten hat und schließlich ergeben sich nach der Wiederbesetzung der Stelle des wissenschaftlichen Referenten auch mehr Gelegenheiten für fundierte fachliche Stellungnahmen der Kammer gegenüber der Politik oder der (Fach)Öffentlichkeit – beide Verbesserungen der Kammerressourcen konnten in den zurück liegenden Monaten verschiedentlich genutzt werden, beispielsweise für Initiativen anlässlich problematischer Pressebeiträge der Süddeutschen Zeitung, für die Entwicklung spezieller Flyer der Kammer u.ä. Ein Angestelltentag der Kammer wurde für den Herbst angekündigt und schließlich gab es noch eine Resolution, die das Bemühen der Systemischen Therapie um Anerkennung beim Gemeinsamen Bundesausschuss unterstützen soll.

Was tut sich im KJP-Bereich in Bayern?

Mittels landesweiter **Kinderschutzkonferenzen**, an denen auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen aus dem KJP-Bereich teilnehmen, wird in Bayern versucht die Zahl der Kindesvernachlässigungen zu reduzieren. Der Tod des kleinen Kevin in Bremen zeigte einmal mehr, dass ein akuter Handlungsbedarf besteht. Das Kindeswohl hat, endlich muss man sagen, nicht nur ein fachliches, sondern auch ein politisches Interesse ausgelöst.

Eine engere Koordination und Verknüpfung von Institutionen, die im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe tätig sind, stellt einen ersten Ansatz zu einer Prävention bzw. zur Vorbeugung von Gewalt gegen Kinder dar.

In einer ersten Phase haben die verschiedenen Vertreter, von Jugend- und Gesundheitsämtern, Wohlfahrtsverbänden und privaten Initiativen ihre Konzepte und Erfahrungen vorgestellt.

In einem nächsten Schritt muss es nun darum gehen verbindliche Regelungen zu finden, wie eine effektive Koordination, dieser oft nebeneinander wirkenden Kräfte, geschaffen werden kann. Dazu gehört natürlich auch eine gesicherte Finanzierung.

In diesen Zusammenhang hat der KJP-Ausschuss der Bayerischen Psychotherapeutenkammer auch den Kontakt mit dem Bayerischen **Hebammenverband** gesucht. Unter dem Schlagwort „Frühe Hilfen durch Familienhebammen“ hat der Verband eine Weiterbildung zur Familienhebamme etabliert.

Schwerpunkt der Tätigkeit einer Familienhebamme liegt auf der psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung von mehrfach belasteten Familien. Dies geschieht durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen.

Als erstes wurde eine bessere Kooperation zwischen den KJPs und den Familienhebammen vereinbart. Dazu wird die Kammer einen Rundbrief an die Mitglieder schreiben, um zu eruieren, wer von den Niedergelassenen (PP und KJP) mit Eltern und Säuglingen arbeitet. Des Weiteren wird ein KJP-Vertreter an einer Fortbildungsveranstaltung der Familienhebammen mitwirken, um psychotherapeutische Grundkompetenzen zu vermitteln.

Auf Initiative von Peter Lehndorfer, dem stellvertretenden Vorsitzenden der Bayer. PTK, kam es zu einer Kooperation zwischen Kammer und dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (StMAS) beim Themenschwerpunkt ADHS.

Ziel ist es dabei, durch zwei große Fachtagungen, mit ca. 500 Teilnehmern, ein breites Fachpublikum (Lehrer, Erzieherinnen, Sozialpädagogen, Kinderärzte ...), über das Krankheitsbild ADHS aufzuklären. Ein weiteres Ziel besteht auch darin psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten weiter zu entwickeln.

Folgendes Vorgehen ist dabei geplant:

- Erstellen eines Konzeptes für Fachtage und Inhalte für Vorträge.
- Erstellen von Aufklärungsmaterial, Standardvorträgen für Schulen und Kindergärten.
- Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten optimieren.
- Einbeziehung von Selbsthilfegruppen.
- Netzwerke von KJP und PP als Berater und Ansprechpartner vor Ort schaffen.

Die ersten Schritte zu diesem Projekt sollen noch in diesem Jahr in Angriff genommen werden.

Rudi Merod, Anselm Mugele, Willi Strobl, Heiner Vogel

Kontakt: bayern@dgvf.de

Berlin

Informationsveranstaltung „Möglichkeiten und Gefahren der Neuen Versorgungsformen“

In Zusammenarbeit mit der Freien Universität Berlin wurde am 12.3.2009 eine Informationsveranstaltung zu den Möglichkeiten und Gefahren der Neuen Versorgungsformen durchgeführt.

In der *Einführung* skizzierte **Professor Dr. Armin Kuhr** die gegenwärtige gesundheitspolitische Situation. Er zitierte den Abteilungsleiter aus dem Bundesgesundheitsministerium, Knieps, der die Meinung vertritt, dass „die spezialisierte Medizin des 21. Jahrhunderts sich nicht mit den Organisationsformen des 19. Jahrhunderts erbringen lässt“ und den Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Ersatzkassen Ballast, der denkt, dass „der Einzelkämpfer in dieser Welt verloren ist“. Eines der wichtigen Ziele der Gesundheitspolitik in den letzten zehn Jahren bestand darin, die Kollektivverträge durch neue sektorübergreifende Versorgungsstrukturen zu ergänzen, die dezentral angelegt und wettbewerblich ausgerichtet sind. Die Krankenkassen hoffen, durch die neuen Versorgungsstrukturen Effizienzpotenziale im deutschen Gesundheitswesen zu nutzen.

Im ersten Vortrag sprach **Professor Dr. Dieter Kleiber von der Freien Universität Berlin** über *Die Prävention psychischer Störungen: eine Herausforderung für die Zukunft*. Zunächst gab er einen epidemiologischen Überblick. Es liegen fundierte Daten darüber vor, dass nahezu jeder dritte Bundesbürger im Alter zwischen 18 und 65 Jahren unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leidet (viele davon an mindestens zwei Störungen). Auch um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist es nicht gut bestellt. Kleiber nannte Daten, nach denen bei ca. zwanzig Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten vorliegen. Angesichts dieser Zahlen ist es nicht verwunderlich, wenn die Mehrzahl der Störungen (zumindest zunächst) unbehandelt bleibt und die Gefahr der Chronifizierung hoch ist. Nur jeder vierte, bei dem eine psychische Störung mit Behandlungswert vorliegt, erhält rechtzeitig eine angemessene Behandlung. Die daraus folgende Chronifizierung treibt Behandlungskosten für psychische Störungen hoch. Vor diesem Hintergrund ist es ratsam, nicht nur die Behandlung psychischer Störungen effizienter zu gestalten, sondern auch mehr für die Früherkennung bzw. Prävention psychischer Störungen zu tun. Dabei geht es um die Reduktion von Risiken (Vermeidung gesundheitsschädigender Lebensweisen und Umwelteinflüsse, Abbau sozialer Konflikte und Belastungen) zugunsten des Erlernens gesundheitsgerechter Bewältigungsformen und der Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen. Da die Risikofaktoren und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit bekannt sind, lassen sich entsprechende Programme ohne weiteres entwickeln (soweit sie nicht ohnehin bereits vorliegen).

Besonders im Kinder- und Jugendalter ist die Notwendigkeit früher Präventionsmaßnahmen unumstritten. Dennoch sind die politischen Rahmenbedingungen für Prävention nicht ge-

schaffen, seit vielen Jahren wird an einem Präventionsgesetz gearbeitet, das aber trotz der entsprechend formulierten Absicht im Koalitionsvertrag (November 2005) bislang nicht erlassen worden ist. Kleiber plädierte dafür, dass international und national die Voraussetzungen für die bessere Förderung der Prävention geschaffen werden, da Epidemiologie, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie den dringenden Bedarf verstärkter Grundgesundheitsförderung begründen. Der Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen-Spezialisten für Verhaltensänderung – fallen hier wichtige Aufgaben zu: Präventionsmaßnahmen entwickeln, sie flächendeckend implementieren und sie wissenschaftlich zu evaluieren. Er schloss mit dem Hinweis: Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit!

Im zweiten Vortrag stellte **Dr. Christina Tophoven, die Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, Überlegungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung** an. Auch sie verwies auf die große Anzahl von Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden und setzte diesen Versorgungsbedarf in Relation zu den Behandlungskapazitäten. Die Versorgungsressourcen bestehen aus etwa 20.000 Vertragspsychotherapeuten (PP, KJP, Ärzte), die nach der Statistik der KBV 2008 als Niedergelassene arbeiteten, 5000 PP/KJP, die in Psychiatrie, Psychosomatik und medizinischer Rehabilitation stationär tätig sind und schließlich den KollegInnen, die in 12.500 psychosozialen Beratungsstellen für die Versorgung zur Verfügung stehen. Damit ist der gesellschaftliche Bedarf nicht gedeckt. Lediglich die Leistungen auszuweiten, ist angesichts angespannter Finanzen fast ein Tabu. Daher setzt die Gesundheitspolitik auf Veränderung der Strukturen, besonders mehr Wettbewerb über Selektivverträge. Damit wird die Stellung der Selbstverwaltung relativiert, sie hat das Vertragsmonopol verloren. Die Krankenkassen streben eine Verbesserung der Versorgung durch neue Strukturen an. Nach Einschätzung von Tophoven werden die Kassenärztlichen Vereinigungen die Entwicklung „kaum noch bremsen“ können. Wenn sie überleben wollen, müssen sie eventuell sogar zum Motor von Veränderungen werden. In jedem Fall gilt für die Zukunft, dass sie nicht mehr *der entscheidende Mitspieler* sind, sondern nur noch *einer von mehreren* oder sogar von vielen.

Was sind aus Sicht von Tophoven die **zukünftig wichtigen Felder für die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung?**

- a. Natürlich die Versorgung psychisch kranker Menschen, wobei diese in Zukunft nicht mehr primär nach „Systemkompetenz“, sondern nach der medizinisch/ psychotherapeutischen Notwendigkeit erfolgen und weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialer Schicht und Migrationshintergrund sein soll.
- b. Der Stellenwert der Primärversorgung und des Erstzugangs wird erneut diskutiert werden.
- c. Das Versorgungsangebot muss differenziert werden im Hinblick auf Umfang, Intensität, Format (Einzel/Gruppe) und nach Verlauf (akut/chronisch).
- d. Neben der Orientierung an spezifischem Versorgungsbedarf (Alter, Geschlecht, Menschen mit Migrationshintergrund, soziale Schicht) wird auch der Unterstützungs- und Behandlungsbedarf somatisch erkrankter Patienten an Bedeutung gewinnen (Beispiel Rückenschmerz).

In dieser Diskussion wird sich der Stellenwert der Richtlinienpsychotherapie verändern und vermutlich relativieren. Die Berufsgruppen, die sich an der psychotherapeutischen Versorgung im weitesten Sinne beteiligen, werden sich differenzieren analog dem Versorgungsangebot. Tophoven denkt, dass die Frage nach den organisatorischen Rahmenbedingungen (selektiv oder kollektiv? Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ?) sich erst mittelbar stellt, dass wir als Berufsgruppe aber unmittelbar mit den Fragen konfrontiert sind, wie wir mit den existierenden Versorgungsproblemen umgehen, wie der Zugang zur Psychotherapie sinnvoll gesteuert werden kann und wie gestufte, differenzierte Angebote aussehen sollten. Sind wir bereit, die Rolle der Richtlinienpsychotherapie zu relativieren? Welche Rolle wollen wir in multiprofessionellen Teams einnehmen? Es sei wichtig, diese Fragen zu diskutieren, um Standpunkte zu entwickeln, die in die politische Diskussion eingebracht werden

können. Aus Sicht der Referentin liefe die Entwicklung „derzeit an der Richtlinienpsychotherapie vorbei“. Das Finden einer gemeinsamen Position wird schwer werden, da die berufliche Situation und damit die Ausgangslage je nach therapeutischem Verfahren, nach Tätigkeitsfeld und zeitlicher Perspektive sehr unterschiedlich ist. Der Erhalt des Status quo ist eine Strategie, die nur kurzfristig trägt. Insofern sollten die Kammern und die Bundespsychotherapeutenkammer aus Sicht der Referentin einen Diskussionsprozess anstoßen und moderieren. Das Ziel wäre die Erarbeitung eines Positionspapiers, das auf die Lösung von Versorgungsproblemen gerichtet ist und das eine Konkretisierung mit Hilfe von „Leuchtturmprojekten“ versucht.

Im letzten Vortrag mit dem Titel *Neue Versorgungsformen – von der Theorie zur Praxis* stellte Frau **Birgit Heinrich, Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz**, das **Netz für seelische Gesundheit Mainz** vor. Im Jahr 2000 trafen sich mehrere niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten und Vertreter des DPWV mit der Zielsetzung, die ambulante Versorgung psychisch Kranker im Raum Mainz zu verbessern und nach mehr als einjähriger Vorbereitungszeit wurde mit zwölf Gründungsmitgliedern das Netzwerk aus der Taufe gehoben. Da psychische Erkrankungen häufig erst spät diagnostiziert und nicht adäquat behandelt werden, ging es darum, genau diese Situation zu verändern. Die Voraussetzung dafür war eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit: Vernetzung medizinischer Fachgruppen, engmaschige Kooperation mit Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, Einbindung der Sozialleistungsträger. Aktuell (März 2009) beträgt die Mitgliederzahl des Netzes 45 - sieben PP, zwei KJP, zwei Kinder- und Jugendpsychiater/Psychotherapie und circa 30 ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen. Durch die niedergelassenen Netzmitglieder werden zurzeit circa 7.000 Patienten pro Quartal ambulant, in den halbstationären und stationären Einrichtungen 470 Patienten pro Quartal behandelt. Rechtliche Grundlage sind die Möglichkeiten, die sich aus der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V ergeben. Ein Vertrag mit der Technikerkrankenkasse, der im Frühjahr 2006 geschlossen wurde, ermöglicht es, Patienten stationär/teilstationär und ambulant entsprechend den Notwendigkeiten parallel zu behandeln. Die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung durch den niedergelassenen Arzt/Psychotherapeuten muss nicht unterbrochen werden! Dies ermöglicht eine Kooperation, wie sie das Kassenarztrecht derzeit nicht erlaubt. Für die Umsetzung des Modells in die Praxis ist eine gemeinsame Dokumentation von Bedeutung, wie auch regelmäßige Treffen der Beteiligten zu gemeinsamen Visiten und Fallkonferenzen, bei denen **verbindliche Absprachen** getroffen werden. Die Anmeldung für das Netz (Clearingstelle) erfolgt durch die Krankenkasse, das Krankenhaus, den Facharzt oder den Hausarzt. Von der Clearingstelle werden die Leistungen koordiniert und umgesetzt. An jedem Punkt werden der Verlauf und die Zielerreichung durch den gerade federführenden Behandler dokumentiert. Ist das Ziel erreicht, Entlassung und Bericht an den Zuweiser, wenn das Ziel nicht erreicht wurde, erneutes Durchlaufen der Schleife. Ein Patient ist nur dann für die Einschreibung in dieses Projekt geeignet, wenn aufgrund seiner Erkrankung die Erbringung mehrerer Leistungskomplexe nebeneinander erforderlich ist. Im Team wird, orientiert am individuellen Bedarf an Komplexleistungen, die multiprofessionelle Betreuung sichergestellt. Mögliche Leistungskomplexe: Ärztliche Behandlung, psychotherapeutische Behandlung, psychiatrische Pflege, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Soziotherapie, Milieuthérapie (von tagesklinischer Betreuung bis zur Betreuung im häuslichen Umfeld).

Die Behandlung umfasst ausschließlich die mit der Aufnahmediagnose in Zusammenhang stehenden Leistungen einschließlich der Pharmakotherapie, die sonst auch regulär zu dem mit der Aufnahmediagnose korrelierenden Leistungsumfang gehören. Die Leistungserbringer müssen zugelassen oder ermächtigt, im Netz Mitglied sein und eine QM-Fortbildung durchlaufen haben. Regelmäßige Teilnahme an weiteren Fortbildungen innerhalb und außerhalb des Netzes sind gefordert. Die Behandlungsleistungen werden für alle Beteiligten transparent und

überprüfbar dokumentiert. Die pauschale Vergütung wird an eine Stelle gezahlt, die interne Verteilung der Vergütung erfolgt zwischen den am Projekt Beteiligten.

Für die Behandler von Vorteil ist die gute Koordination der Behandlung, die Möglichkeit, die Patienten in Krisensituationen weiterzubehandeln und damit „eine punktuell größere Zufriedenheit“ mit der Arbeit „trotz der schwierigen Situation des Gesundheitssystems“.

Das Projekt ist so erfolgreich, dass der Verband der Ersatzkassen im April 2009 seine Bereitschaft erklärt hat, das Projekt auf alle Mitgliedskassen auszudehnen. Dieses Angebot wird innerhalb des Netzes zurzeit diskutiert. Es besteht die Befürchtung, dass mit der Annahme des Angebots die Gefahr von Überforderung und damit des Scheiterns gegeben ist.

Armin Kuhr

Kontakt: berlin@dgvt.de

H a m b u r g

Gründungstreffen des DGVT–Arbeitskreises Kostenerstattung Hamburg am 4.4.2009

Am Gründungstreffen des DGVT-Arbeitskreises Kostenerstattung am 4.4.2009 nahmen ca. 20 Kolleginnen und Kollegen teil, darunter Thomas Bonnekamp und Birgit Nocke in unterstützender Funktion. Zunächst wurde das Für und Wider eines zusätzlichen Arbeitskreises diskutiert, da bereits Diskussionen zu anderen Formen der Vernetzung und Zusammenarbeit, insbesondere in Form einer Genossenschaft laufen, die aber nicht auf Kostenerstattung eingeschränkt sind. Dazu gibt es bereits eine Arbeitsgruppe in der Kammer sowie einen Kostenerstattungsstammtisch von Christel Kock. Da das „Projekt Genossenschaft“ einen weitaus größeren Rahmen haben wird als ein Arbeitskreis und darüber hinaus noch einige Zeit der Vorbereitung in Anspruch nehmen wird, stand die Bildung des Arbeitskreises nicht im Widerspruch zu anderen Überlegungen und wurde von allen Teilnehmenden befürwortet.

Auch gab es einen Austausch über die Wahrscheinlichkeit, dass die Bedarfsplanung für den Bereich Psychotherapie aufgehoben werden wird. Eine Kollegin erwähnte, dass es dazu eine EU-Regelung geben sollte. Gesicherte Informationen lagen nicht vor.

Voraussetzung für die Teilnahme am Arbeitskreis ist die DGVT-Mitgliedschaft. Der Arbeitskreis widmet sich den Interessen von PP, KJP und ärztlichen PsychotherapeutInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind.

Ziele des Arbeitskreises sind bislang:

- Austausch über alle Belange und Besonderheiten der Kostenerstattung
- Austausch und gegenseitige Informationsvermittlung über berufspolitische Entwicklungen
- Entwicklung von Qualitätsstandards in unseren Praxen
- -Verbesserung unserer beruflichen Perspektive
- Gemeinsames Auftreten und Vertretung unserer Interessen gegenüber Gremien, Verbänden und Kostenträgern

Für die Vertretung nach außen wurde für den Zeitraum von zunächst einem Jahr als Sprecherin Stefanie Fritz-Krieger gewählt; als Stellvertreterin Monika Scholz.

Der Arbeitskreis trifft sich an jedem ersten Dienstag im Quartal. Die Berichte und Terminankündigungen des Arbeitskreises werden auch auf der Website der DGVT vertreten sein.

Das nächste Treffen findet am Dienstag, **7.7.2009 um 19.00 Uhr in den Räumen der DGVT in der Seewartenstr. 10 Haus 5 statt.**

Tanja Boelicke

Kontakt: hamburg@dgvt.de

Hessen

Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 24./25.4.2009

Neue Versorgungsformen

Die Delegiertenversammlung (DV) begann mit einer Diskussion über die „Verantwortung der Kammer bei der zukünftigen Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung“. Ein besonderer Schwerpunkt der Diskussion war die Entwicklung, dass inzwischen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) Kassensitze aufkaufen. Chancen und Risiken dieser aktuellen Entwicklung wurden erörtert. Einerseits wird durch diese Strategie meist großer Anbieter am Gesundheitsmarkt der Status der Psychotherapeuten als eines „freien Berufes“ untergraben. Andererseits können die MVZ Angestellten-Verträge mit einem ganz flexiblen Stundenkontingent abschließen und bieten so die Chance, auch mit weniger als einer halben Stelle an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Derzeit wird diese Option aber noch wenig genutzt - weit häufiger werden volle Kassensitze halbiert und die Hälfte zum Verkauf angeboten.

Kammerbeitrag

Erneut gab es bei der Delegiertenversammlung eine Diskussion um die Höhe der Kammerbeiträge. Die Diskussion spitzte sich in zwei Anträgen zu. Die „Mehrheitsfraktionen“ der DV wollten erst zum Haushalt 2011 über eine Senkung des Kammerbeitrags entscheiden, da erst dann die Verbesserung des EBM beitragswirksam wird. Die Minderheitsfraktionen (zu denen auch unsere Bündnisliste VT-AS gehört) unterlagen mit ihrem Antrag, unter Verweis auf die hohen Kammerrücklagen schon zum Haushalt 2010 hin in eine Beitragssenkung einzusteigen.

Änderung der Berufsordnung

Die Delegiertenversammlung hat in großem Konsens eine überarbeitete Berufsordnung verabschiedet. Zuletzt wurde noch das Abstinenzgebot mit einer Operationalisierung präzisiert: „... *Das Abstinenzgebot gilt nach Beendigung der Psychotherapie noch mindestens für ein Jahr und darüber hinaus, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des/r Patienten/in zum/r Psychotherapeuten/in gegeben ist.* ...“. Auf Initiative unserer Liste VT-AS wurde auch der Passus zu den ethischen Verpflichtungen der in der Forschung tätigen PsychotherapeutInnen noch einmal ausgeweitet und präzisiert. Mit dem „geltenden Recht“, das eine Berufsordnung darstellt, wurden so forschende PsychotherapeutInnen bei der ethischen Bewertung ihres Tuns gestärkt.

Curriculum zur Fortbildung in Akut- und Notfallpsychotherapie

Ein von einer Projektgruppe vorgelegtes Curriculum für die Fortbildung (nicht Weiterbildung!!) in Akut- und Notfallpsychotherapie wurde wohlwollend diskutiert und zur inhaltlichen Präzisierung an den zuständigen Ausschuss der Kammer verwiesen. (Wer an dem Thema interessiert ist, kann den Entwurf über hessen@dgvt.de anfordern.)

Freiwilliger Meldebogen

Der Kammervorstand möchte einen freiwilligen Meldebogen einführen, der sowohl bei der PsychotherapeutInnensuche von KlientInnen nützlich sein kann wie auch bei statistischen Zwecken. Die Angaben zur Art der Tätigkeit werden z.B. aggregiert über die Bundespsychotherapeutenkammer an das Statistische Bundesamt geleitet und gehen dort in die Bundesstatistik der Gesundheitsberufe ein. Unsere Liste VT-AS trug den Meldebogen mit, äußerte aber - wie auch andere - Bedenken hinsichtlich der Vermischung von statistischen Zwecken und Versorgungszwecken. Diese Bedenken sollen in der Formulierung des Bogens berücksichtigt werden. Der Meldebogen ist freiwillig.

Resolutionen

Die Kammer verabschiedete zwei Resolutionen: eine zur unzureichenden Vergütung psychiatrischer Praxis seit 1.1.2009 und eine weitere mit der Forderung zur raschen Umsetzung der 20%-KJP-Quote.

Fazit

Die Frühjahrs-Delegiertenversammlung der hessischen Kammer agierte bei vielen Themen in einem breiten Konsens. Anregungen aus den Mehrheits- und Minderheitsfraktionen flossen gleichermaßen in Beschlussfassungen ein. Bei der Gestaltung der Kammerbeiträge gibt es jedoch nach wie vor einen deutlichen Konflikt, wenngleich die Mehrheitsfraktionen inzwischen auch eine weitere Beitragssenkung ins Auge fassen.

Karl-Wilhelm Höffler und Lisa Huber

(LandessprecherInnen)

Kontakt: hessen@dgv.de

Stellungnahme des Ausschusses Qualitätssicherung der hessischen Psychotherapeutenkammer - abgedruckt in dieser Rosa Beilage unter „Aus den Kammern“

Im Vorfeld der Herbst-Delegiertenversammlung 2008 gab es einen Austausch mit dem QS-Ausschuss der Kammer über das Anliegen eines VT-AS-Antrages, der es auch angestellten PsychotherapeutInnen ermöglichen sollte, mit Qualitätszirkel-Arbeit „Punkte zu sammeln“. Niedergelassene PsychotherapeutInnen haben diese Möglichkeit über die Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Diesem Anliegen wollte die damalige Kammer-Delegiertenversammlung nicht folgen (vgl. Landesbericht Hessen in Rosa Beilage 4/2008, S. 25). In der Folge erhielten wir eine schriftliche Reaktion des Ausschusses für Qualitätssicherung der Kammer, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht ist. Wir danken an dieser Stelle zunächst für die Stellungnahme, die die Vorgänge im Wesentlichen richtig darstellt. Richtig bleibt aber auch, dass die DV sich tatsächlich nicht dem Antrag anschließen wollte. Es wäre aus unserer Sicht begrüßenswert, wenn das Anliegen des VT-AS-Antrages noch einmal gemeinsam in der Kammerversammlung diskutiert würde, um dem Anliegen der Gleichbehandlung von angestellten und selbstständigen PsychotherapeutInnen gerecht zu werden.

Karl-Wilhelm Höffler

(Landessprecher und Mitglied in der Kammer-Delegiertenversammlung)

Niedersachsen

Bericht vom berufspolitischen Fortbildungstag der DGVT-Landesgruppe Niedersachsen am 21.2.2009 in Hannover

Am 21.2.2009 trafen sich auf Einladung der DGVT-Landesgruppe Niedersachsen etwa 30 Interessierte zu einem berufspolitischen Fortbildungstag in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Hannover, um sich über aktuelle berufspolitische Themen zu informieren und zu diskutieren. Der Tag sollte auch dazu beitragen, in engem Austausch mit den Mitgliedern der DGVT Niedersachsen Positionen für die Kammerwahl im nächsten Jahr zu erarbeiten.

Zunächst berichteten Dr. Heinz Liebeck und Dieter Haberstroh, Delegierte der DGVT in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, über ihre bisherige Arbeit. In letzter Zeit wurden in der PKN insbesondere die Themen Fort- und Weiterbildungen und Kammerbeitrag / Entschädigung der Delegierten kontrovers diskutiert. Dabei versuchten unsere Delegierten sowohl in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, als auch in der Bundespsychotherapeutenkammer weitere Weiterbildungsordnungen zu verhindern, die zu einer Abwertung

der Approbation führen könnte. Bezüglich der Kammernbeiträge setzen sie sich für die Stabilität der Mitgliedsbeiträge ein und versuchen eine Erhöhung der Entschädigung für die Delegierten zu verhindern. Wenn die Fusion der Kammern der norddeutschen Bundesländer zu einer Nordkammer gelänge, ließen sich durch Nutzung von Synergien viele (finanzielle) Ressourcen einsparen. Insofern erscheint dies aus Sicht unserer Delegierten ein wichtiges Thema für die Zukunft.

Anschließend berichtet Bernd Schäfer, Landessprecher der DGVT-Schleswig-Holstein und Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein seit der neuen Wahlperiode (ab 2007), über die Situation unserer nördlichen Nachbarn. Dort gelang es, durch schlankere Strukturen und die Konzentration auf die Kernaufgaben der Kammer, die Mitgliedsbeiträge zu senken. Plastisch beschrieb Bernd Schäfer, wie die Tatsache, dass die meisten Bundesländer ihre eigene Kammer aufbauten, dazu führte, dass viele unterschiedliche Regelungen und Strukturen entstanden sind, die nun mit viel Aufwand wieder angeglichen werden sollen. Vor diesem Hintergrund plädierte auch er für die Fusion zu einer gemeinsamen Nordkammer.

In einem weiteren Beitrag ging Bernd Schäfer auf das Thema Fort- und Weiterbildungen der Kammern ein. Er zeigte auf, dass die Hoffnung, durch Weiterbildungsordnungen die Tätigkeitsfelder für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zu erweitern, sehr vage sind, während andererseits die konkrete Gefahr einer Abwertung der Approbation bestehe, weil neue Weiterbildungsregelungen dazu führen können, dass der Kreis der BehandlerInnen störungsspezifisch eingeschränkt wird. Am Beispiel von Vorschlägen für neue Weiterbildungsregelungen, (z.B. Psychotraumatologie) verdeutlichte Bernd Schäfer, dass mit diesen die Behandlung von Störungen reglementiert würde, obwohl die Muster-Weiterbildungsordnung dies ausdrücklich ausschließe. Es wurde die Frage aufgeworfen, in wie weit die Motivation zum Erstellen neuer Fort- und Weiterbildungsordnungen ausschließlich fachlich begründet ist oder ob auch die wirtschaftlichen Interessen von in der Weiterbildung tätigen Organisationen hier eine Rolle spielen.

Kerstin Burgdorf, Referentin in der Geschäftsstelle der DGVT in Tübingen, stellte die rechtlichen Grundlagen zu den Themen Praxisverkauf und Teilzulassung dar. Die Umsetzung der mit dem GKV-OrgWG eingeführten sog. Mindestquote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch die Selbstverwaltung in diesem Jahr sowie die Umgehensweise der Zulassungsausschüsse mit der Angabe halber Praxissitze müsse kritisch beobachtet werden. Zu wünschen sei eine schnelle Umsetzung der neuen 20 %-Quote, damit neue KollegInnen schon bald die Versorgung verbessern können.

Beim Thema Praxisverkauf wurde darauf hingewiesen, dass die potentiellen Käufer einer Praxis, wenn sie den Eindruck haben, der vorgeschlagene Kaufpreis sei überhöht, keinen Vorvertrag mit dem Verkäufer abschließen müssten. Es genüge, vor dem Termin beim Zulassungsausschuss eine sogenannte „Verkehrswertklärung“ abzugeben, mit der die Bereitschaft erklärt wird, den noch zu ermittelnden Verkehrswert (vgl. SGB V) zu bezahlen für den Fall der Zulassung durch den Zulassungsausschuss. Eine Bewerbung ohne Vorvertrag müsse vom Zulassungsausschuss gleichwertig berücksichtigt werden. Im Anschluss stellte Kerstin Burgdorf drei verschiedene Modelle der Praxiswertermittlung vor, die die Interessen von Käufern und Verkäufern jeweils recht unterschiedlich berücksichtigen. Keines der Modelle gelte derzeit als „anerkannt“ für die Bewertung von psychotherapeutischen Praxen. Eine Klärung dieser Frage sei jedoch angesichts der steigenden Praxisverkaufspreise mehr als wünschenswert. So ergeben sich anhand des für die Bewertung ärztlicher Praxen etablierten sog. Ärztekammermodells (vgl. die aktuellen Hinweise der Bundesärztekammer zur Bewertung von Arztpraxen, die mittlerweile häufig auch für die Bewertung psychotherapeutischer Praxen herangezogen werden: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 51-52, 22. Dezember 2008, A 2278 ff.), anhand des Hamburger Modells der Psychotherapeutenkammer Hamburg (vgl. <http://www.ptk-hamburg.de>) bzw. des Modells des Geschäftsführers der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Ekkehardt Mittelstaedt, („modifizierte Ertragswertmethode“) ganz unterschiedliche

Praxiswerte für eine psychotherapeutische Praxis. Bei so extrem unterschiedlichen Bewertungen sollten nach Meinung der Referentin die Bundes- und die Landespsychotherapeutenkammern sowie die Berufsverbände zu einer Klärung und einheitlichen Regelung beitragen.

Am Nachmittag moderierte Inga Lutosch mit den Elementen einer „Zukunftswerkstatt“ einen Austausch unserer Mitglieder über Kritik an der bisherigen Kammerpolitik und Wünsche an die künftige.

Als positive Aspekte der Kammern wurden die Idee der demokratischen Selbstverwaltung, die damit verbundene Identitätsbildung, die politische Vertretung des Berufsstandes und die Unterstützung gegenüber anderen Akteuren (z.B. gegenüber der KV) genannt. Kritisch setzten sich die TeilnehmerInnen damit auseinander, dass die Regelungen der Kammern oft unnötig bürokratisch seien und der Rahmen dessen, was gesetzlich notwendig sei, oft unnötig erweitert werde. In verschiedenen Kleingruppen wurden anschließend zu unterschiedlichen Themen Utopien und Wünsche für die künftige Kammerarbeit entwickelt. In einer Kleingruppe zur Identität der Psychotherapeutenkammer wurde diskutiert, warum die Mitglieder sich oft nur unzureichend mit ihrer Kammer identifizieren und wie dies geändert werden könnte. Hier wurden insbesondere eine verbesserte Informationspolitik, ein Ausbau der Medienpräsenz und eine verbesserte Information der AusbildungsteilnehmerInnen diskutiert. Eine andere Kleingruppe setzte sich mit Ideen zur Bürokratie und zum Service der Kammern auseinander. Die TeilnehmerInnen konnten sich schnell darauf einigen, dass sie sich eine „schlanke“ Kammer wünschen, die sich auf ihre Kernaufgaben konzentriert. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben gehören dazu auch die Interessenvertretung gegenüber Politik, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Arbeitgebern sowie die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen. Das Anbieten von Fort- und Weiterbildungen hingegen wurde als keine notwendige Kernaufgabe der Kammern gesehen. Darüber hinaus wäre es wünschenswert aus Sicht der TeilnehmerInnen, wenn die Kammer ihren Mitgliedern gegenüber auch als „Dienstleister“ aufträte (z.B. durch rechtliche Beratung und Unterstützung von Musterprozessen). Insbesondere AusbildungsteilnehmerInnen und KollegInnen ohne Zulassung sollten durch die Kammern besonders gefördert und unterstützt werden.

Insgesamt ergaben sich an diesem Tag viele Impulse und Anregungen, sowohl durch die Vorträge der ReferentInnen, als auch durch Beiträge der TeilnehmerInnen. Auf den kommenden Treffen der Landesgruppe sollen diese konkretisiert und weiterentwickelt werden, wozu wir alle Mitglieder der DGVT in Niedersachsen herzlich einladen möchten. **Die Mitgliederversammlung der DGVT Niedersachsen findet am 9.6.2009 ab 19.30 in Hannover statt. Ab 18.00 ist eine Fortbildung geplant.** Auch hierzu möchten wir alle Mitglieder der DGVT Niedersachsen ganz herzlich einladen.

Elisabeth Jürgens, Klaus Ditterich & Susanne Schöning

Fortbildungstag „Therapeutisches Spielmaterial“ der Fachgruppe KJP Niedersachsen am 21.3.2009 in Hannover

Am 21.3.2009 fand der 3. Fortbildungstag der Fachgruppe KJP der DGVT Niedersachsen in Hannover statt. Teilgenommen haben 12 interessierte Kolleginnen, die sich mit viel Freude und Engagement mit Spielen für die therapeutische Praxis auseinandergesetzt haben. Vorge stellt wurden die Materialien von zwei kompetenten Fachleuten der „Spieleoase“ in Oberhausen. Neben dem Kennenlernen der Materialien spielte der Austausch über therapeutische Einsatzmöglichkeiten eine besondere Rolle. Dabei war es spannend zu entdecken, wie viele wertvolle Materialien gerade von den kleineren Spiele-Verlagen herausgeben werden, die uns bislang weitgehend unbekannt waren.

Neben der fachlichen Weiterbildung fand sich wieder Zeit für Austausch und gegenseitige Unterstützung in manchen Fragen. Gemeinsam haben wir auch einen weiteren Fortbildungstag geplant. Er findet am 21.10.2009 in der Praxis von Katrin Ruß statt. Start ist wieder um

10.00 Uhr. Thematisch werden wir uns mit dem persönlichen Umgang mit Belastungen und der Selbstfürsorge beschäftigen.

Unsere **Fachgruppe** trifft sich darüber hinaus wieder am **19.5.2009 um 20.00 Uhr** in der Praxis Ruß zu berufspolitischen Themen. Über neue interessierte KollegInnen freuen wir uns!

Katrin Ruß

Kontakt: niedersachsen@dgv.de

Nordrhein-Westfalen

In den letzten Wochen hat die Wahl zur Psychotherapeutenkammer NRW die Landesgruppe intensiv beschäftigt, denn die DGVt tritt in fast allen Wahlbezirken als Liste AS – „Angestellte und Selbständige kooperieren“ an. Von Mitte Mai bis Mitte Juni 09 haben insgesamt ca. 7.500 Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen die Möglichkeit, über ihre Wahl Einfluss auf die weitere Entwicklung ihres Berufes und dessen Vertretung zu nehmen.

**Wir rufen unsere Mitglieder in NRW auf: Nehmen Sie an der Wahl teil!
Wählen Sie die Liste AS.**

Beim Ausblick auf die dann dritte Legislaturperiode, mag man der Meinung sein, die nächsten fünf Jahre seien gewissermaßen vorgezeichnet, die Verwaltung habe sich gefunden, die Entwicklung sei quasi festgeschrieben. Für Teilbereiche des Kammerbetriebes mag dies sogar zutreffen. Ihr sind eben vorrangig Verwaltungsaufgaben gesetzlich aufgegeben.

Andererseits stehen bei der Weiterentwicklung unseres Berufsstandes in nächster Zeit Veränderungen an, bei denen wir nur erfolgreich agieren können, wenn wir als Berufsangehörige bei allen unterschiedlichen Sichtweisen und entsprechenden Diskussionen einen entschiedenen und konsentierten Eindruck nach außen repräsentieren.

Die Basis stellt unserer Meinung nach ein integratives Konzept dar, in dem die Interessen der KollegInnen unabhängig von der jeweiligen Ausbildung, des praktizierten Verfahrens oder der Tätigkeit in Anstellung, als Beamter oder als Selbständiger vertreten werden.

In der letzten Legislaturperiode lag unser Schwerpunkt auf der Erarbeitung einer professionellen Interessenvertretung auch für die angestellten KollegInnen seitens der Kammer, eine Orientierung, die wir weiterhin hochhalten wollen.

Für die angestellten und beamteten PsychotherapeutInnen hat sich noch zu wenig verändert. Bei Arbeitgebern und Tarifpartnern sind unsere Berufe noch nicht genügend verankert, so dass bei allen für unseren Berufsstand relevanten Verträgen, Richtlinien, Verordnungen und Gesetzen auf die Einbeziehung zu achten ist. Da die Arbeitsfelder so heterogen sind, haben wir dabei ein großes Feld zu überblicken. Mit Initiativen, Anfragen, Stellungnahmen und Anträgen haben wir uns dann zu Wort zu melden. Es ist Kleinarbeit in Schritten, immer ein Stück weiter.

Eine Weiterentwicklung halten wir auch für erforderlich bei der wachsenden Zahl der Neuprobierten, die als Pflichtmitglieder die Psychotherapeutenkammer NRW (und das Versorgungswerk der PTK) „bereichern“ werden. Dieser Entwicklung muss sicher in den nächsten Jahren verstärkt Rechnung getragen und eine entsprechende Berücksichtigung auf den Weg gebracht werden. Weiter unten nehmen unsere beiden neuen Landessprecherinnen zu diesem Themenschwerpunkt noch gezielter Stellung.

Auch im Bereich der Niederlassung werden wir um Anpassungsleistungen an neue, teils auch gesetzlich vorgegebene Strukturen nicht umhin können, die wir darüber hinaus auch nicht durchgängig als Nachteil werten. Es scheint fraglich, wie viel von der „alten“ klassischen

Versorgungsstruktur in Einzelpraxen noch in die nächsten Jahre hinüber gerettet werden kann/soll. Aus dieser Perspektive macht eine zu einseitige und enge Verpflichtung auf überkommene, rein KV-gebundene Versorgungsmuster im Sinn eines vorausseilenden Gehorsams so gar keinen Sinn mehr. Vielmehr geht es um die Implementierung unseres Berufsstandes mit seinem umfassenden Behandlungsangebot, das flexibel aufgestellt ist und in jedem denkbaren gesundheitspolitischen Szenario seinen möglichst abgesicherten Stellenwert hat. Interessant und lohnenswert scheint uns vor allem eine Intensivierung der Arbeit an den Schnittstellen des Gesundheitssystems zu sein, bei der es uns eher um die Wahrnehmung von Chancen geht, denn um die Gefährdung alter Muster.

Auch die **zentrale Wahlkampfveranstaltung der DGVT, die am 27.4.2009 in Krefeld** stattfand, darf sich dieser Perspektive, der Nutzung der Chancen an den Nahtstellen des Systems, verpflichtet fühlen. Unter der Moderation von Wolfgang Schreck, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes der DGVT, trafen sich im prall gefüllten „großen Saal“ des Krefelder Ausbildungszentrums von Wolfgang Schneider interessierte Kolleginnen und Kollegen, die sich mit Kerstin Burgdorf, der Juristin aus der Geschäftsstelle der DGVT in Tübingen, über die neuen Möglichkeiten der Niederlassung, die sich aus der Umsetzung der aktuellen Gesetzesvorschriften und der Quotierung der KJP ergeben, auszutauschen. Nach einer differenzierten Einführung durch die Referentin, die den neuesten Stand mitteilte, entwickelte sich eine lebhaft Diskussionsrunde, bei der immer wieder deutlich wurde, wie viel Interesse, aber auch Verunsicherung auf der Seite der Neuapprobierten auf dem Weg in die Versorgung spürbar ist.

Als eine denkbare Alternative zur reinen KV-bezogenen Niederlassung stehen integrative Versorgungsmodelle parat, die bisher von unserer Berufsgruppe noch zu zögerlich angedacht werden. Prof. Dr. Armin Kuhr erläuterte zu diesem Thema ein gerade gestartetes Versorgungsmodell, das im Rahmen eines Selektivvertrages die psychotherapeutische Versorgungsqualität der Betriebskrankenkasse einen großen Autokonzerns aus Wolfsburg optimieren soll. Auf der Basis einer wissenschaftlich begleiteten modularen Modellrechnung ergeben sich vielfältige Möglichkeiten zur Förderung im weitesten Sinne betrieblicher Gesundheit. Als positive Nebeneffekte ergeben sich vielfältige, interessante Einsatzmöglichkeiten für psychotherapeutisches Know-how, die weit über die gewohnte Versorgungsstruktur hinausgehen. Es bleibt zu wünschen, dass sich produktive Beispiele dieser Art weiter verbreiten und sich so eine zusätzliche Facette der Versorgungslandschaft etablieren lassen.

Jürgen Kuhlmann und Johannes Broil, die "alten" Landessprecher der DGVT in NRW

Und nun zum oben angekündigten Thema

Gute Chancen für den Nachwuchs? oder „Jung“ versus „Alt“, muss das sein?

2009 sind in NRW Kammerwahlen.

In der Zeit vom 18.05. bis 18.06.09 kann per Briefwahl gewählt werden.

Die DGVT wird in vielen Wahlkreisen als Liste AS – „Angestellte und Selbständige kooperieren“ antreten.

Im Rahmen der Vorbereitung der Kammerwahl hat sich dieses Mal auch eine Reihe junger Therapeutinnen dazu entschieden, sich zur Wahl aufstellen zu lassen. Diese, nach Psychotherapeutengesetz approbierten Kolleginnen haben sich entschlossen, aktiv an politischen Veränderungen mitzuarbeiten, denn in der zukünftigen Kammerarbeit sollen die Interessen der neu Approbierten umfassendere Berücksichtigung erhalten.

Die DGVT fordert in ihrem Wahlprogramm angemessene Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für den psychotherapeutischen Nachwuchs. Aber was bedeutet das genau für uns „junge“, nach Psychotherapeutengesetz Approbierte?

Im DGVT-Wahlflyer heißt es:

- *“Für eine gute psychotherapeutische Versorgung ist eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung unabdingbar.”* Wir wollen uns für die Sicherstellung einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung einsetzen, damit der Beruf des approbierten Psychotherapeuten ein akademischer Heilberuf bleibt und nicht zu einem ärztlichen Assistenzberuf – mit entsprechenden Honorarabsenkungen – abgewertet wird. Hieraus folgt die Forderung, den Master-Abschluss zur Zugangsvoraussetzung für eine postgraduale Psychotherapieausbildung zu machen und die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten an Hochschulen anzubinden. Die beiden Ausbildungs- und Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen erhalten bleiben.
- *“Ebenso ist für unseren psychotherapeutischen Nachwuchs ein guter und gesicherter Start ins Berufsleben ein unbedingtes Muss”.*
Die belastenden Ausbildungsumstände und die Schwierigkeiten auf dem Weg zum selbständigen und Lebenshaltungskosten sichernden Gelderwerb sind offenbar hinreichend bekannt. So kursieren in manchen Ausbildungsinstituten Begriffe wie „Ehegattinenausbildung“ oder „reiche Töchterausbildung“, da ohne privaten finanziellen Rückhalt oder die Aufnahme von Krediten eine Ausbildung nach aktueller Regelung kaum machbar ist. Wir fordern eine angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung. Neben einer deutlichen Verbesserung der Lebensumstände der AusbildungsteilnehmerInnen durch angemessene Bezahlung, darf der Einsatz „kostenloser“ PiAs auch nicht dazu führen, dass in Einrichtungen reguläre Planstellen für PP und KJP nicht mehr besetzt werden oder sogar wegfallen.
- *„Jung“ vs. „Alt“, das muss doch nicht sein, oder?*
Nach Berechnungen der KVen sollte der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung in weiten Bereichen gedeckt sein, de facto stehen nach wie vor viele Patientinnen und Patienten am Ende einer langen Warteliste und warten dringend auf Hilfe. Auf der anderen Seite stehen gut ausgebildete und hoch qualifizierte junge PsychotherapeutInnen, die den offensichtlich bestehenden Bedarf an Psychotherapie decken könnten. Für diese gestaltet sich ein Einstieg ins bestehende Gesundheitssystem momentan als sehr schwierig, weshalb sich viele Neuapprobierte gezwungen sehen, auf das abgeschafft geglaubte Modell der Kostenerstattung zurückgreifen.

Die Gruppe der nach Psychotherapeutengesetz approbierten Kollegen und Kolleginnen gibt es noch nicht lange. Daher ist es dringend notwendig, dass wir „Jungen“ uns in die Kammerarbeit einklinken. Wir wissen selbst am besten, worin die Schwierigkeiten im Rahmen der Ausbildung und während der postgraduellen Phase bestehen. Daher wollen wir diese für uns wichtigen Themen mit in die Kammerarbeit einbringen, um ihnen an der richtigen Stelle Gehör zu verschaffen und Veränderungen anzuregen. Gleichzeitig wollen wir die Kommunikation zwischen den verschiedenen Altersgruppen anregen, um so langfristig gegenseitig voneinander lernen und profitieren zu können.

AusbildungsteilnehmerInnen können z.B. durch Beobachtung und Begleitung von Therapiestunden erfahrener Kollegen lernen. Daher fordert die DGVT „die fachkundige Anleitung der „Praktischen Tätigkeit“ z.B. in Kliniken durch den eigenen Berufsstand.“ Umgekehrt können so die älteren KollegInnen ihr Know-how an die jüngeren weitergeben und umgekehrt z.B. vom aktualisierten Wissensstand der Auszubildenden profitieren.

Wir wünschen uns einen verbesserten Austausch der Generationen, wollen psychotherapeutische Traditionen verknüpfen und fortführen und dieses Interesse gerne durch unser Engagement in die Psychotherapeutenkammer einbringen.

Wir möchten uns als Neu-Approbierte im Rahmen der Kammerarbeit verstärkt für die Maßnahmen zur Nachwuchsförderung einsetzen, wie u.a.

- Entwicklung und Ausbau von Altersteilzeit- und Übernahmmodellen
- Hilfestellung zum Einstieg in die vertragspsychotherapeutische Versorgung
- Ausbau der Versorgungsstrukturen im KJP-Bereich (Integrierte Versorgung, Teilung von Kassensitzen, verbesserte Vernetzung mit der Jugendhilfe)
- Einrichtung von Jobbörsen zur Vermittlung von Jobsharingangeboten, Anstellungen, Sicherstellungsassistenzen usw.

Wir jungen KollegInnen haben ebenso ein Recht darauf, einen Einstieg ins System zu finden, wie die älteren TherapeutInnen darauf, ihre Sitze auch noch nach dem 68. Lebensjahr weiter führen zu dürfen.

Also, denkt daran zu wählen!

Wir brauchen Eure Unterstützung in Form Eurer Stimme.

Nur so könnt Ihr eine langsam beginnende Generationengerechtigkeit innerhalb der Kammer unterstützen!

Eva Bell und Irene Seiderer, die "jungen" Landessprecherinnen der DGVT in NRW

Kontakt: nrw@dgvt.de

Sachsen

Ärztammerpräsident stellt das Konzept „Aktives Altern“ vor

Sachsens Ärztekammerpräsident, Professor Jan Schulze, erläutert, dass es Ziel sei, „ältere Menschen in ihrem sozialen Umfeld zu halten“. Ein Steuerungskreis unter seiner Leitung hat ein detailliertes Konzept erarbeitet, mit dem die Umsetzung der Gesundheitsziele des Landes Sachsen erreicht werden sollen. Das Konzept „Aktives Altern“ will Angehörige bestimmter Berufsgruppen, ehrenamtlich Tätige sowie MitarbeiterInnen von Unternehmen und Kommunen im Umgang mit Senioren qualifizieren. Geplant ist, bis zum Jahr 2012 die Ausbildung für Pflegekräfte durch das integrierte Fachabitur aufzuwerten und einen Bachelor-Studiengang Pflege aufzubauen. Vorgesetzte in Betrieben sollen in Kursen alters- und geschlechtsspezifisches Führungsverhalten trainieren können. Senioren sollen am Ende ihres Berufslebens beim Übergang in den Ruhestand beraten und begleitet werden.

Das Thema „Altern“ soll verstärkt in den Medien aufgegriffen werden, um es in der Öffentlichkeit stärker zu verankern. Mit diesem Plan will sich das Bundesland mit dem höchsten Alterdurchschnitt den Herausforderungen stellen, die durch den demographischen Wandel entstehen.

Beispiele für die Gesundheitsziele

Prävention, Behandlung und Nachsorge bei Typ-2-Diabetikern:
Ermunterung zu Änderungen im Lebensstil.

Gesundheitsförderung von Arbeitslosen:
Kurse, freiwillige Tätigkeiten, Vernetzung.

Quelle: Ärztezeitung vom 22.5.2009

Kontakt: sachsen@dgvt.de

Sachsen-Anhalt

Ärzttekammer Sachsen-Anhalt fordert Finanzierungsreform

Eine Reform zur Finanzierung des Gesundheitswesens hat die Ärztekammer Sachsen-Anhalt gefordert. Das schließt auch "eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte ein", heißt es in einem Zehn-Punkte-Papier, in dem die Kammerversammlung Thesen zur aktuellen Situation im Gesundheitswesen formuliert hat.

Wir dokumentieren im Folgenden die Thesen im Volltext:

"Präambel:

Das deutsche Gesundheitswesen gewährleistet im internationalen Vergleich eine Gesundheitsversorgung auf weit überdurchschnittlichem Niveau. Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt stellen in der Zukunft das Versorgungssystem vor Herausforderungen, die besondere Anstrengungen erfordern, um seine Qualität und Finanzierbarkeit zu erhalten. Dies wird nicht ohne Veränderungen des Systems Krankenversicherung möglich sein. Die Ärzteschaft setzt sich für eine medizinische Versorgung ein, die sich allein am individuellen Behandlungsbedarf des Patienten und nicht an seinem sozialen Status orientiert.

1. Maßstab einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung kann nur das ärztliche Fachwissen sein. Die Ärztekammer weiß um die Bedeutung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Die Erfüllung der Weiterbildungsinhalte bedarf der Zusammenarbeit aller Ärzte. Sowohl die Weiterbilder als auch Weiterzubildende benötigen finanzielle und rechtliche Sicherheit. Das politisch verfolgte Leitbild gesundheitsökonomischer und administrativer Reglementierung muss aufgegeben werden. Eine weitere "Vernormung" ärztlicher Tätigkeit lehnt die Ärzteschaft ab.

2. Mit Sorge ist zu registrieren, dass sich immer mehr junge Kollegen von der kurativen Medizin abwenden und ältere Ärzte frühzeitig ihren Beruf aufgeben. Ursachen sind Unvereinbarkeit von Beruf und Familie, enorme Arbeitsüberlastung mangelnde berufliche und finanzielle Anerkennung ihrer Leistung, vor allem aber eine überbordende Bürokratie im Berufsalltag. Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt appelliert an die Verantwortlichen in der Politik, alles zu tun, um der Demotivierung der Ärzte entgegenzuwirken. Sie geht zu Lasten der Patientenbetreuung und deren Qualität.

3. Eine zunehmende Rationierung in der Patientenversorgung, die durch den Gesetzgeber zu verantworten ist, darf die Ärzteschaft nicht in berufsethische und rechtliche Konflikte bringen. Transparenz der Leistungsgewährung ist die Basis für ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis.

4. Die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung erfordert eine öffentliche Diskussion über die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt hält eine Finanzierungsreform für notwendig, in der maßgeblich eine gute individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung im Vordergrund stehen muss. Dies schließt eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte ein.

5. Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt sieht in der ärztlichen Selbstverwaltung den Garant für eine umfassende Qualitätssicherung in der Berufsausübung. Ganz besonders einbezogen werden auch die durch die Gesundheitsreform geschaffenen institutionellen Versorgungsstrukturen.

6. Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt setzt sich für eine patientenorientierte Strukturpolitik ein und versteht darunter eine verlässliche und bedarfsgerechte ambulante und stationäre haus-

und fachärztliche Versorgung, besonders auch in ländlichen Gebieten. Niedergelassene Haus- und Fachärzte - auch in geeigneten Kooperationen - gewährleisten die Patientenbetreuung.

Die Ärzteschaft tritt für die Aufrechterhaltung bewährter Steuerungskonzepte ein und sieht darin unverändert eine Aufgabe für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forderung nach mehr Wettbewerb darf sich nicht auf kostengünstigere Vertragsmodelle beziehen, sondern kann sich nur auf die Qualität der Versorgung konzentrieren.

7. Die Ärzteschaft setzt sich mit Nachdruck für die Würde und das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patienten ein. Die Gesetzgebung im medizinisch-ethischen Bereich hat diesem Prinzip zu folgen. Die Ärzteschaft ist bereit, sich aktiv an der Gesetzgebung zu beteiligen, um das medizinisch Mögliche vom ethisch Vertretbaren zu unterscheiden.

8. Im deutschen Gesundheitswesen arbeiten 4,3 Millionen Menschen, deren Leistungsfähigkeit in der Welt anerkannt ist. Das umfangreiche Leistungsangebot auch außerhalb der Krankenversicherung wird durch die Anwendung vielfältiger Innovationen ständig aktualisiert. Diese Dynamik muss erhalten und gefördert werden, sie garantiert und schafft Arbeitsplätze. Dirigistische und bürokratische Hemmnisse müssen durch eine flexible Gesundheitspolitik beseitigt werden.

9. Die ärztliche Berufsausübung bedarf der Rechtsicherheit! Die Ärzteschaft fordert klare und eindeutige Regelungen mit strikter medizinischer Orientierung.

10. Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt bekennt sich zum europäischen Einigungsprozess. Sie widersetzt sich jedoch einer Absenkung der Qualität ärztlicher Versorgung auf ein Niveau, welches deutlich unter dem Standard in Deutschland liegt. Die Ärzteschaft wird ihren Beitrag zur Verbesserung der Qualität im europäischen Gesundheitswesen leisten."

Do, 09.04.2009 16:45 / k

Kontakt: sachsen-anhalt@dgv.de

Schleswig-Holstein

Die DGVT in der Kammer

Am 20.3.2009 gab es die 18. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Wie immer diente die März-Sitzung primär dem inhaltlichen und formalen Abschluss des vergangenen Geschäftsjahres. Auf Vollständigkeit der Berichterstattung möchten wir an dieser Stelle verzichten, hierzu sei auf den entsprechenden Bericht im Psychotherapeutenjournal 2/09 verwiesen. Gleichwohl wollen wir aus DGVT-Sicht auf das Geschäftsjahr 2008 zurückblicken. Es wurde maßgeblich von den DGVT-Mitgliedern im Kammervorstand mitgeprägt und so wollen wir ein paar Essentials beleuchten, die bisher für die DGVT-Politik kennzeichnend waren.

Das Geschäftsjahr 2008 war das erste Geschäftsjahr, das vollständig unter den Bedingungen einer bewussten Sparpolitik geführt wurde. Durch eine deutliche Reduktion der Entschädigungen konnten ja die Pflichtbeiträge für 2008 gesenkt werden. Darüber hinaus gab es eine Ausgabenpolitik, die darauf ausgerichtet war, die Pflichtbeiträge möglichst effizient einzusetzen, d.h. die Aufgaben der Kammer gut erledigen zu können und auf Überflüssiges zu verzichten. Am Ende des Geschäftsjahres konnte nun festgestellt werden, dass es der Kammer finanziell gut geht. Die RechnungsprüferInnen attestierten der Kammer eine solide Haushaltsführung und auch unter diesen Bedingungen konnten die Rücklagen der Kammer um weitere ca. 50.000 € erhöht werden. Schließlich wurde der Vorstand ohne Gegenstimme (bei vier Enthaltungen) für das Geschäftsjahr 2008 entlastet.

Die Senkung der Beiträge durch Reduktion der Entschädigungen war Ende 2007 in der Kammerversammlung – wie seinerzeit berichtet – heftig umstritten. Viele äußerten grundsätzliche Bedenken, fürchteten sie doch eine Entprofessionalisierung und eine Qualitätsreduktion in der Kammerarbeit. Erfreulicherweise kann festgehalten werden, dass derart grundsätzliche Vorwürfe in der letzten Kammerversammlung nicht geäußert wurden. Aus unserer Sicht wären sie auch nicht berechtigt gewesen. Die Kammer hat alle wichtigen Inhalte abgedeckt, und einen Rückgang der professionellen Aufgabenwahrnehmung dürfte kaum jemand festgestellt haben. Klar wurde in den Versammlungen auch inhaltlich kontrovers diskutiert, bisweilen auch heftig, aber das ist auch gut so. Jedoch hat der befürchtete Untergang des psychotherapeutischen Abendlandes offensichtlich nicht stattgefunden.

Inhaltlich besonders erwähnenswert ist aus DGVT-Sicht sicher, dass es in Schleswig-Holstein nach wie vor keine Weiterbildungsordnung gibt. Trotz heftigem Gegenwind, insbesondere von der Bundeskammer bzw. dem Deutschen Psychotherapeutentag gewichtet die Kammerversammlung in Schleswig-Holstein die Risiken einer Weiterbildungsordnung auch heute noch deutlich stärker als deren Chancen.

Fazit: Man kann die Kammer schlanker machen und trotzdem gut arbeiten.

Der finanzielle Spielraum von 2008 erlaubte es für 2009 nunmehr auch eine soziale Staffe- lung der Pflichtbeiträge einzuführen. Damit wurde eine alte DGVT-Forderung in der Kam- merversammlung sogar einstimmig verabschiedet.

Seit Anfang 2008 sind auch die PiAs Kammermitglieder, beitragsfrei. Mitbestimmung von Anfang an ist sicher beste DGVT-Tradition. Bei der aktuell laufenden Novellierung des Heil- berufekammergesetzes in Schleswig-Holstein gab es zwischenzeitlich kammerseits die Initia- tive, dass PiAs sowohl das aktive wie auch das passive Wahlrecht erhalten sollen. Des Weite- ren wurde hinsichtlich der Vorstandszusammensetzung eine gesetzliche Regelung einge- bracht, die gewährleisten würde, dass zukünftige Vorstände nicht mehr ausschließlich aus niedergelassenen KollegInnen (wie in der letzten Wahlperiode), aber selbstverständlich auch nicht ausschließlich aus angestellten KollegInnen bestehen können. Was davon tatsächlich ins Gesetz aufgenommen werden wird, wissen wir noch nicht, wir werden aber sicher berichten.

Mitgliederversammlung

Wenn Sie Näheres über die DGVT in Schleswig-Holstein erfahren wollen, wenn Sie mitreden wollen oder auch nur mal reinschnuppern, dann kommen Sie doch einfach am

5. Oktober 2009

zu unserer nächsten **Regionalen Mitgliederversammlung**. Stattfinden wird sie in **Timmen- dorfer Strand**. Wir freuen uns über jedes neue und natürlich auch über jedes bekannte Ge- sicht. Persönliche Einladungen mit Uhrzeit, genauem Ort und Tagesordnung werden rechtzei- tig verschickt. Anregungen können Sie aber auch im Vorfeld gerne einbringen. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf (siehe LandessprecherInnen-Liste in der VPP).

Diana Will, Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer

Kontakt: s-h@dgvt.de

Aus den Kammern**14. Deutscher Psychotherapeutentag
am 9. Mai 2009 in Berlin**

Der 14. Psychotherapeutentag wurde umrahmt von zwei Veranstaltungen, die anlässlich des 10-jährigen Jubiläums des Psychotherapeutengesetzes ausgerichtet wurden – einerseits eine interessante Fachtagung „Psychotherapie bei alten Menschen“, andererseits eine Festveranstaltung mit Verleihung des erstmals von der Bundespsychotherapeutenkammer vergebenen Diotima-Preises der Deutschen Psychotherapeutenchaft. Beides fand am Vortag zum Psychotherapeutentag statt - bemerkenswert war neben den fundierten Beiträgen der Fachtagung auch der Vortrag von Staatssekretär Theo Schröder vom Bundesgesundheitsministerium anlässlich der Festveranstaltung. Er erwähnte das gerade überreichte Forschungsgutachten zur Umsetzung und zum Revisionsbedarf des Psychotherapeutengesetzes und verwies insbesondere darauf, dass das BMG zwei Dinge möglichst sofort versuchen wolle umzusetzen: einerseits eine Verbesserung der stark kritisierten Lage der PiA in den Kliniken, andererseits die angeregte Ermöglichung von Fördermaßnahmen für Ausbildungsteilnehmer, z.B. analog zum „Meister-Bafög“.

Der DPT am 9. Mai begann dann traditionell mit dem Vorstandsbericht durch den Präsidenten Rainer Richter. Er wies in seinem Tätigkeitsbericht eingangs auf den Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen hin. Nach konservativen Schätzungen liege der Versorgungsbedarf über alle Altersgruppen hinweg bei ca. 5 Millionen Menschen. Ambulant oder stationär behandelt werden können aber nur maximal 1,5 Millionen Menschen. Er sprach von einer Fehlversorgung: die Bedarfsplanungsrichtlinien nehmen den tatsächlichen Bedarf nicht zur Kenntnis, die Behandlung psychisch Kranker ist pharmakologisch und häufig nicht an evidenzbasierten Leitlinien orientiert. Der Zugang zur Psychotherapie ist mit langen Wartezeiten verbunden. Die Bedarfsplanung ist eine Zugangsplanung, eine Rationierung der Leistungen.

Erfreulich seien die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses im August 2008, wonach nun psychotherapeutische Leistungen angemessen vergütet werden und flexiblere Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht wurden. Er sprach seinen Dank an die Kollegen Döbert und Best für ihren Einsatz aus.

Es ist deutlich, dass „mehr Psychotherapie“ in der Versorgung gebraucht wird. Diesem Versorgungsgesichtspunkt steht die Frage der Finanzierung gegenüber. Richter stellt die Frage, ob sich die Psychotherapeutenchaft auf die Debatte „Rationalisierung vor Rationierung“ einlassen will und warnt davor, dies nicht den Ökonomen zu überlassen. In dieser Debatte werden Fragen aufgegriffen wie: Wer erhält wie viel Psychotherapie? Welche andere Behandlungssettings sollten beispielsweise stärker gefördert werden? Wie könnte ein stärker gestuftes Behandlungsangebot aussehen? Weitere Punkte sind die Leitung z.B. von Tageskliniken und MVZs durch Psychotherapeuten, die Anstellung von Ärzten in Praxen. Eine präventiv ausgerichtete psychotherapeutische Versorgung erfordere eine Klarstellung im SGB V.

Die Versorgungsforschung soll einige dieser Fragen beantworten, die Bundespsychotherapeutenkammer will sich hier verstärkt engagieren. Der Präsident betonte dabei, dass sich eine Unter- und Fehlversorgung allerdings nur dann nachweisen lässt, wenn die Diagnosen den Umfang der psychischen Erkrankung zeigen.

Zusammenfassend plädiert der Präsident dafür, in die Diskussion zur Rationalisierung und Priorisierung von Leistungen einzusteigen.

In der anschließenden Diskussion wurde erneut auf die Wichtigkeit der Versorgungsfor- schung hingewiesen. Die Beiträge drehten sich um den Punkt „Rationierung und Rationalisie- rung“, mit Verweis auf die horrenden Zahlen des Versorgungsbedarfs. In mehreren Beiträgen wurde auf zukünftige Entwicklungen hingewiesen und dabei die Chancen und Risiken betont. Aufgeworfene Fragen waren dabei: Wie sehen wir die Psychotherapie zukünftig? Überwie- gend als Einzeltherapie? Arbeiten Psychotherapeuten verstärkt in Teams? Werden sie stärker tätig als „Supervisoren“ für andere Berufe? Welchen Stellenwert erhält zukünftig die Präven- tion?

Ein Beitrag, der kritisch darauf hinwies, man solle nicht schon vorwegnehmen, dass die Kos- ten im Bereich Psychotherapie nicht steigen dürfen, fand große Zustimmung unter den Dele- gierten.

Des Weiteren wurde betont, dass die Psychotherapeutenschaft auf die nächste Gesundheitsre- form sehen solle und sich überlegen solle, welche Forderungen zu stellen sind, auch im Kon- sens mit den Verbänden und Fachgesellschaften. Es solle jetzt schon auf die besonderen Be- lange der psychisch Kranken hingewiesen werden.

Der DPT verabschiedete eine Resolution „Psychotherapeutische Versorgung sicherstellen“, in der auf die Versorgungsdefizite hingewiesen und Bestrebungen entschieden entgegengetreten wird, Behandlungskapazitäten einzuschränken. Die Deutsche Psychotherapeutenschaft be- trachtet die Unter- und Fehlversorgung psychisch kranker Menschen als eines der großen ge- sundheitspolitischen Themen der 17. Legislaturperiode. Die Bedarfsplanung muss der realen Versorgungssituation gerecht werden.

Der weitere Verlauf des 14. Deutsche Psychotherapeutentags stand ganz im Zeichen des **For- schungsgutachtens zur Ausbildung von PP und KJP**. Das Gutachten wurde von dem Vor- sitzenden der Gutachtergruppe Professor Strauß am 7. Mai 2009 der Ministerin Ulla Schmidt übergeben und am gleichen Tag im Internet bereitgestellt. Strauß erläuterte zunächst den Hin- tergrund des Forschungsgutachtens. Dies waren im Einzelnen, die neuen Studienabschlüsse (BA und MA) im Zuge der Bologna-Reform, die uneinheitlichen Zugänge zur Ausbildung in PP und KJP, die Finanzierung des Studiums, Redundanzen in der Ausbildung, die Unter- scheidung zwischen ärztlicher Weiterbildung und Ausbildung in PP und KJP. Strauß be- schrieb den Ablauf der gesamten Untersuchung, die durch Stellungnahmen unterschiedlicher Gruppen gekennzeichnet war. Am 28. Januar 2009 fand ein Panel in Berlin statt. Die sehr um- fangreiche Untersuchung und Stellungnahme wurde innerhalb von nur 16 Monaten durchge- führt.

Professor Strauß stellte ausgewählte Ergebnisse des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von PP und KJP vor. Es gibt zurzeit 173 anerkannte Ausbildungsstätten für Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP), 18% der Ausbildungen finden in einer Universität oder in einem mit der Universität verbundenen Institut statt. Es überwiegen davon in 52% aller Institute Ausbildungen in einem psychody- namischen Vertiefungsfach und 42% in Verhaltenstherapie. Allerdings absolviert der größte Teil der ca. 11 000 AusbildungsteilnehmerInnen die Ausbildung in Verhaltenstherapie (PP/VT: 72%; KJP/VT:62%). Die AusbildungsteilnehmerInnen bewerten die praktische Aus- bildung, die Supervision, die Selbsterfahrung und den Theorieteil als positiv, Unzufriedenheit herrscht bei der praktischen Tätigkeit und der „Freien Spitze“. 49% der TeilnehmerInnen er- halten keine Vergütung während der praktischen Tätigkeit.

Die Praxisstätten sind unterschiedlich spezialisiert, nicht überall lernen die TeilnehmerInnen die ganze Bandbreite psychischer Erkrankungen kennen. Hier sei eine klarere curriculare Struktur im Sinne von „Logbüchern“ notwendig sowie die Zuweisung eines Status.

Hinsichtlich der Ausbildungsdauer ist ein Trend zur Bevorzugung einer Teilzeitausbildung in 5 Jahren zu erkennen. 36% der TeilnehmerInnen absolvieren die Ausbildung in 3 Jahren.

Bei den Ausbildungskosten besteht eine große Varianz. Sie bewegen sich im Mittel zwischen 20 000 und 30 000 Euro, eine verhaltenstherapeutische Ausbildung ist insgesamt preisgünstiger. In diesen Beträgen seien noch nicht die Kosten für die Lebenshaltung enthalten. Die Kosten sind nicht in allen Fällen transparent. Nur 39% der TeilnehmerInnen erhalten eine ausbildungsbezogene Vergütung.

Ein wesentlicher Auftrag des Gutachtens war die Frage nach dem Zugang zur PsychotherapeutInnenausbildung. Im Bereich der KJP-Ausbildung ist dieser Zugang sehr heterogen. In den schriftlichen Abschlussprüfungen schneiden die KJPler im Vergleich zu PPlern schlechter ab. Auch zeigen sich Zusammenhänge zwischen den Noten der mündlichen Prüfung und speziellen Studienabschlüssen.

Die Ergebnisse der Befragung von Studierenden zeigen, dass 54% eine PsychotherapeutInnenausbildung anstreben. Bei der Frage nach den Gründen, die gegen eine Ausbildung sprechen, werden in 87% der Fälle finanzielle Gründe genannt. Es wird das vertiefte Verfahren bevorzugt, das auch an der Universität gelehrt wird.

In seiner abschließenden Bewertung der Ergebnisse benennt Professor Strauß folgende Punkte:

- Die Zugangsvoraussetzung sollte sowohl für KJP als auch für PP der Masterabschluss sein. Begründung: Berufsqualifikation, Kompetenzprofile, PatientInnenschutz, ethische und gesundheitspolitische Gründe.
- Aus dem Bachelor- und Masterstudium sollten mindestens 150 ECTS-Punkte nachgewiesen werden, die sich auf allgemein-psychologische (85 ECTS) und klinisch-psychologische Inhalte (30 ECTS) beziehen sowie auf Abschlussarbeiten und Praktika (35 ECTS). 35 ECTS können durch ein Propädeutikum vor der Ausbildung nachgeholt werden.
- Das duale Ausbildungssystem sollte beibehalten werden. Es wird vorgeschlagen, Modellstudiengänge einzurichten im Sinne eines Direktstudiums.
- Hinsichtlich der Ausbildung von PP und KJP wird vorgeschlagen, in einem „Common Trunk“ die Inhalte zu vermitteln, die in beiden Ausbildungsgängen relevant sind. Danach erfolgt dann die Differenzierung.
- Die Ausbildung sollte theoriebasiert und störungsübergreifend an einem Schwerpunktverfahren ausgerichtet sein. Die anderen wissenschaftlich anerkannten Vertiefungsverfahren sollten in ausreichender Form vermittelt werden.
- Das Psychotherapeutengesetz sollte erweitert werden um die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Rehabilitation.
- Einen dringenden Handlungsbedarf sehen die Gutachter im Bereich der Finanzierung der Ausbildung. Dies betrifft zum einen die Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen im Rahmen der praktischen Tätigkeit und eine verbesserte staatliche Ausbildungsförderung („Meister-Bafög“).
- Es wird vorgeschlagen die Kompetenzen der PsychotherapeutInnen zu erweitern, d.h. Ihnen die Befugnis zu erteilen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, Einweisungen in Kliniken vorzunehmen und zu Fachärzten, psychotherapierelevante Heil- und Hilfsmittel zu verschreiben. Eine Verschreibung von Medikamenten sowie eine Einweisung nach PsychKG wird abgelehnt.
- Es wird empfohlen, die Ausbildung auf 3 400 Stunden zu verkürzen. Im Einzelnen sollte die praktische Tätigkeit auf insgesamt 1 200 Stunden reduziert werden. Die frei zu gestaltenden Stunden („freie Spitze“) sollten von 930 auf 500 reduziert werden, da-

bei können auch zertifizierte Veranstaltungen besucht werden. Die Selbsterfahrung sollte auf 150 Stunden erhöht werden, die praktische Ausbildung auf 800 Stunden. Die zu dokumentierenden Fällen („lange Fälle“) auf 3 reduziert werden.

In seinem Fazit betont Professor Strauß, dass sich die Befragten in ihren Beurteilungen überraschend einig gewesen seien, ebenso die Gutachter. Es wies auf die Notwendigkeit hin, die Ausbildung weiter zu entwickeln und durch eine Ausbildungsforschung zu begleiten. Internationale Entwicklung sollten verfolgt werden.

Die nachfolgende Diskussion zeigte, dass die Delegierten die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Gutachterkommission im Wesentlichen teilen. Es wurde darauf hingewiesen, dass in der praktischen Ausbildung sowohl stationäre als auch ambulante Fallbehandlungen möglich sind und dies auch stärker genutzt werden sollte. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sollte jedoch an einigen Stellen präzisiert werden. Außerdem wurde vorgeschlagen, die Ausbildungsermächtigung der Kliniken nicht von der ärztlichen Weiterbildungsermächtigung abhängig zu machen.

In den folgenden Beiträgen griff Professor Richter nochmals den Versorgungsbedarf auf und die Notwendigkeit, die Strukturen und Angebote im Gesundheitswesen zu flexibilisieren. Wer soll in Zukunft diesen Bedarf decken? Welche Szenarien sind vorstellbar? Andrea Mrazek, Mitglied des BPtK-Vorstandes, konkretisierte diese Überlegungen in ihrem Statement und nannte Beispiele wie – eine stärkere Berücksichtigung von Gruppenverfahren.

In einem kabarettreife Vortragsduo von Monika Konitzer und Peter Lehndorfer, ebenfalls BPtK-Vorstandsmitglieder, wurde die zukünftige Ausbildung der KJPLer debattiert. Beide waren sich einig, dass eine wissenschaftliche Methodenkompetenz und psychologische Basiskompetenzen wichtige Voraussetzungen für die Ausbildung sind und der Masterabschluss zur Ausbildung führen soll.

Dr. Dietrich Munz, BPtK-Vizepräsident, ging in seinem Beitrag der Frage nach, welche Kompetenzen in welcher Phase der Qualifikation vorliegen müssen. Er unterstrich nochmals die Notwendigkeit, die praktische Tätigkeit zu vergüten.

Folgende Beschlüsse wurden gefasst:

- Der DPT spricht sich dafür aus, dass die Systemische Therapie auch als Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen wird und damit den Versicherten als Behandlungsoption zur Verfügung steht.
- Der Vorstand wird beauftragt, in Gesprächen mit den Gesundheitspolitikern aller Parteien kurzfristig erneut darauf hinzuwirken, dass die KJP und PP neben den Kinder- und Jugendpsychiatern in der anstehenden Gesetzesänderung zur Sozialpsychiatrievereinbarung Vertragspartner sind.
- Der Vorstand übernimmt den von den dgvt-Delegierten eingebrachten Antrag Initiativen zu starten, um die Situation der AusbildungsteilnehmerInnen während der praktischen Tätigkeit einschließlich der Ausbildungsförderung zu verbessern.

Eine weitere Resolution „Bessere Versorgung für Kinder und Jugendliche nicht länger verzögern“ wurde verabschiedet sowie eine Resolution, in der das neue BKA-Gesetz als rechtsstaatlicher Tabubruch kritisiert und mit Nachdruck Verfassungsbeschwerden unterstützt werden.

Insgesamt ein beinahe harmonischer DPT, der vielleicht damit auch dokumentiert, dass die Psychotherapeuten als normale Mitwirkende im Gesundheitssystem angekommen sind.

Ursula Luka-Krausgrill, Mainz

Bericht von der fünften Delegiertenversammlung (DV) der OPK

Am 17. April begannen um 15.00 Uhr 29 der 35 Delegierten die erste diesjährige Kammerversammlung im sächsischen Schloss Machern. Im Tätigkeitsbericht des Vorstandes wurden Aktivitäten bezüglich der Niedergelassenen-Bestandsquoten, des Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), der Prüfungskommission Neuropsychologie und der Themenreihe Psychotherapie in Europa hervorgehoben. Die **ambulante Versorgung mit Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie** habe sich trotz der gesetzlich veränderten Quotenregelungen bundesweit leider noch nicht verbessert. Es gebe noch keinen Durchführungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, diese Verzögerungstaktik lasse frühestens ab Dezember diesen Jahres auf erste Verbesserungen hoffen. Eine Resolution des Vorstandes wurde von den Delegierten einstimmig angenommen. Die Gremien der vertragsärztlichen Selbstverwaltung werden darin aufgefordert "die Vorgabe des Gesetzgebers unverzüglich und ohne Einschränkung umzusetzen". Nur gerecht ist die geforderte Definition der KJPler-Gruppe über 90% Tätigkeit mit Kindern u. Jugendlichen, analog zur Definition ärztlicher KJP'ler. Für die Zukunft darf man gespannt sein, welche Winkelzüge die VerzögerInnen sich noch einfallen lassen werden.

Auch wenn im neuen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz erneut keine adäquate Einstufung der psychotherapeutischen Profession vorgenommen wurde, werden doch einige Änderungen als positiv bewertet. So ist künftig die Bundespsychotherapeutenkammer bei Fragen, die die Psychotherapie und Psychosomatik betreffen, grundsätzlich mit einzubeziehen.

Die OPK-Verhandlungsgruppe **Versorgungswerk** traf sich Ende 2008 mit dem Verwaltungsrat des nordrhein-westfälischen Versorgungswerks. Einige Punkte müssen noch weiter verhandelt werden, aber es wird ein Staatsvertrag angestrebt. Das sächsische Ministerium wird allerdings erst ab Mai in dieser Sache tätig werden können. Die große Zeitfrage ist, ob nur das sächsische Landesparlament oder alle fünf Länder Vertragspartner sein müssen (unter diesen Umständen würde das Ganze ein bis zwei Jahre länger dauern). Auf jeden Fall wird es zu gegebener Zeit dann Info-Veranstaltungen für die Mitglieder geben.

Da die OPK-Kammerversammlung ja bereits eine **Prüfungsordnung Neuropsychologie** verabschiedet hat, wurde mittlerweile eine Prüfungskommission Neuropsychologie besetzt. Der Vorstand plant, künftig die Kammerversammlungen alternierend in Leipzig und den einzelnen Bundesländern abzuhalten. In Verknüpfung mit Veranstaltungen vor Ort kann man so den Mitgliedern in den Ländern die Kammer näher bringen. Für März 2011 ist in Leipzig ein erster 'Ostdeutscher Psychotherapeutentag' geplant.

Im Vorstand gibt es Bestrebungen, die Entwicklung **führungsfähiger Zusatztitel** für die Mitglieder voranzutreiben.

Als vorteilhaft für die **politische Lobbyarbeit** wurde die Teilnahme am Jahresempfang der Heilberufekammern, einem parlamentarischen Abend, vorgestellt. Unter dem Motto "Wir müssen uns zur Ausbildung positionieren!" schilderte die Präsidentin der OPK, Frau Mrazek, Kontakte zu den Landesprüfungsämtern und den Landespsychiatriereferenten.

Der Vorstand informierte sich durch ein Treffen mit Vertretern aller ostdeutschen PT-Ausbildungszentren über deren Situation. Als wichtiges Zukunftsthema werden vom Vorstand die Auswirkungen der Gesetzeslage zu den Heilberufen in der Europäischen Union gesehen. Bei der EU-Dienstleistungsrichtlinie wie der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie steckt der Teufel im Detail der landesspezifischen Umsetzungen. Wer entscheidet darüber, welche Qualifikationen Psychotherapeuten aus dem europäischen Ausland vorweisen müssen, die in

Deutschland arbeiten wollen? Anliegen der OPK sei eine individuelle Prüfung dieser Sachfrage unter Beratung durch die OPK. Weiterhin wird der informelle Austausch des Berufsstandes innerhalb der EU gefördert, so fand ja bereits eine erste Informationsveranstaltung zum Nachbarland Österreich statt. Dort gibt es zwar auch ein Psychotherapeutengesetz, jedoch ist der Zugang zum Beruf des Psychotherapeuten auch anderen Grundberufen als in Deutschland möglich. Die nächste Europa-Veranstaltung der OPK wird am 14.10.09 dem Nachbarland Polen gewidmet sein. Mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wurde ein Vertrag über die Verwaltungsvereinfachung der Fortbildungspunkte-Regelungen geschlossen. Im Herbst werde die Reihe der Informationsveranstaltungen in den einzelnen Ländern fortgesetzt, die nächste finde am 10.9.09 in Rostock statt.

Zu Fragen der Fortbildung berichtete der Geschäftsführer der OPK, Herr Jacknau, von den Vereinbarungen nach § 95 d SGB V, nach denen die fünf KVen neue Niedergelassene direkt an die OPK melden werden. Seit dem 1.1.09 gebe es auch für angestellte KollegInnen verpflichtende Fortbildungsvorschriften. KrankenhauspsychotherapeutInnen (nicht diejenigen, die in Häusern der Rentenversicherer tätig sind!) müssen nun ebenfalls 250 Punkte sammeln (Krankenhäuser mit Zulassung nach § 108 SGB V), und zwar rückwirkend ab dem 1.1.2007. Davon müssen 150 Punkte fachspezifischer Fortbildung entstammen. Auch die ärztlichen Direktoren dieser Kliniken unterliegen einer Nachweispflicht für die in ihrem Haus beschäftigten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Meiner Meinung nach müssten demnach diese Klinikchefs also künftig alles, auch interne Fortbildungsveranstaltungen, durch die Kammern zertifizieren lassen.

Passend hierzu will die Geschäftsstelle der OPK mit dem neuen Fortbildungszyklus ab Sommer 09 ein professionelles Computerprogramm zur Fortbildungsantragsverwaltung einführen. Aus dem Bereich der OPK-Geschäftsstelle wurde weiterhin berichtet, dass die Mitgliederentwicklung zu einem Stand von inzwischen 2300 Verkammerten fortgeschritten sei. In Kooperation mit dem Forschungsausschuss seien mittlerweile die Meldebogendaten aller Mitglieder datenverarbeitungstechnisch erfasst worden. Im nächsten 'OPK-Aktuell' will man interessante Deskriptivstatistiken zu unserer ostdeutschen Berufsgruppe veröffentlichen.

Der beim letzten Mal von der Kammerversammlung angenommene Antrag einiger DGVT-Kammer-Delegierter, man möge bei der **Gestaltung der Beitragsordnung** soziale Gesichtspunkte stärker berücksichtigen, wurde vom Geschäftsführer umfassend und detailliert beantwortet. Die Anzahl der Anträge auf Einzelfallentscheidungen (ca. 50) sei gegenüber dem Vorjahr zurück gegangen. Man habe wie einige andere Kammern das Vorgehen am § 18 Abs. 1 des SGB IV orientiert und ein dreistufiges Kriterium für 'unbillige Härte' aufgrund geringen Einkommens angewandt. Für den Osten entsprächen ca. 25.000 € einem geringeren Einkommen (< 80 %), dann sei der Beitrag auf 75 % reduziert worden (Niedergelassene: 337 € Angestellte: 270 €). Bei Einzelfällen mit weniger als 40 % des eigentlich erwarteten Einkommens wurde sogar auf 50 % des regulären Beitrages reduziert (225 bzw. 180 €). Mit diesen Abstufungsmöglichkeiten seien 80 % der Anträge gut entscheidbar gewesen. Nur 10 % der Einzelfallanträge hätten abgelehnt werden müssen. Sonderfälle im eigentlichen Sinn konnten oft nach Beitragsklasse 3 taxiert werden (180 €). Beitragsklasse 4 soll nicht unerwähnt bleiben (60 €). Selbstverständlich können aus der Darstellung dieses internen Prozederes keine Rechtsansprüche von AntragstellerInnen hergeleitet werden. Insgesamt herrschte in der DV Zufriedenheit mit der vorgestellten Verfahrensweise, auch bei den Antragsteller(inn)en, zumal der Vorstand für die nächste Wahlperiode einen Änderungsvorschlag mit klarerem Einkommensbezug, á la PT-Kammer Baden-Württemberg ankündigte. Der Bericht des Vorstandes widmete sich anschließend dem Thema **„PT-Ausbildung“**. Über den Bologna-Studienreformprozess sind nicht-konsequente Studiengänge unter Wegfall der Rahmenprüfungsordnung entstanden, unabhängig davon, ob z. B. das PTG vom universitären Psychologie-Diplom mit Pflichtfach klinischer Psychologie ausging. Die wissenschaftliche Referentin der OPK Kerstin Dittrich berichtete von ihrer Teilnahme an vier BPtK-Workshops, die sich

den Folgefragen (z. B.: Kann ein FH-Sozialpädagogik-Bachelor für den Zugang zu jeder Richtlinien-Psychotherapieausbildung reichen?) widmeten. Welche Wissensinhalte sollte ein Graduierter mitbringen? Evidenzbasierte wissenschaftliche Methodenkompetenz und speziell diagnostische, psychopathologische sowie entwicklungspsychologische Kenntnisse. Was sollten AusbildungsteilnehmerInnen an Fertigkeiten mitbringen? Neben personalen und Beziehungs-Kompetenzen sollten sie fachlich in der Lage sein, Krankheitsmodelle zu konzeptualisieren. Welche Anforderungen wird die künftige Versorgungslandschaft stellen? Wohnortnah sollte es sein, hochqualitativ mit gesicherter dyadischer Passung und einer stärker präventiven Orientierung. Insbesondere im ambulanten Bereich sei die PT für Ältere auszubauen. Was folgt aus all diesen Anforderungen für eine Neugestaltung der PT-Ausbildung? Viele Uni-Angehörige favorisieren eine facharztähnliche Direktausbildung mit approbierendem Master an ihren Instituten, der Rest ist mit der derzeitigen separaten postgradualen Ausbildung an ABZs zufrieden, und nicht nur weil ansonsten die tiefenpsychologischen Verfahren drohten marginalisiert zu werden. Das Y-Modell schließlich symbolisiere den Wunsch nach einer gemeinsamen Grundausbildungsphase zweier sich danach spezialisierender eigener Berufe KJP und PP. Anschließend referierte Professor Strauß aus Jena etliche interessante deskriptive Ergebnisse aus dem mittlerweile vom Bundesministerium veröffentlichten Gutachten zur Zukunft der Ausbildung, bzw. aus den dafür erhobenen Daten bei Ausbildungsteilnehmerinnen Instituten, Studierenden, Dozenten u.a.

- In Deutschland gebe es derzeit 178 Ausbildungszentren (ABZ), an 78 ABZ davon werde (auch) KJP ausgebildet. Von den dortigen KJP-PiAs hatten nur 27 % einen Psychologie-Abschluss. Von den derzeitigen ca. 9000 Psychologie-Studierenden wollen 89 % im klinischen Bereich tätig werden und 54 % streben bereits jetzt eine einschlägige postgraduale Ausbildung an.
- Von den derzeitigen 3223 AusbildungsteilnehmerInnen befinde sich mehr als die Hälfte in 5-jähriger Ausbildung, 70 % seien im PP-Zweig. Insgesamt sei ca. 1/3 in Ausbildungen mit psychodynamischem Schwerpunkt, hier fallen für Psychoanalyse im Schnitt 51 000 € Kosten an, für Tiefenpsychologie 39 000 € Bei VT sind es nur 17 000 € Die Gegenfinanzierung der Ausbildungskosten durch Ausbildungsfall-Vergütung ergibt bei PA einen Überschuss von 4 000 €, bei TP einen Fehlbetrag von 8 000 €, bei VT von 2 000 €, natürlich bei allen exklusive der Lebenshaltungskosten für die unterschiedlich vielen Ausbildungsjahre. 62 % von allen PiAs finanzierten ihre Ausbildungszeit mit nicht ausbildungsbezogenen Berufstätigkeiten. Unzufriedenheit zeigten sie bezüglich der Praktischen Tätigkeit, nicht nur weil ca. 50 % dabei kein finanzielles Entgelt erhalten. Für die Theorieausbildung wurde mehr Praxisbezug und Fall- wie Behandlungsspezifisches gewünscht.
- Die ABZ-Leitungen selber sahen den Umfang der Ausbildung als zu hoch an, hielten aber mehr Einzel-Supervisionen für angezeigt. Nur 50 % der ABZ-Leitungen realisierten bislang QS-Maßnahmen.
Die ebenfalls befragten 2000 an den ABZs Lehrenden waren mehrheitlich dafür, dass PT künftig stationäre Einweisungen anordnen dürfen sollten, aber gegen das Recht auf Psychopharmaka-Verschreibung oder Krankenschreibung. Insgesamt erlebten sie die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen als die etwas leistungsschwächeren.
- Unter den befragten Absolventen befanden sich nur 15 % aus tiefenpsychologischen Vertiefungsfächern, was indirekt auf höhere Abbruchquoten als bei VT-Ausbildungen schließen lässt. Insgesamt brauchten über 50 % bis zum Abschluss länger als geplant. 3/4 der Absolventen erlebten ihre Berufschancen als verbessert.
- Zum Problemschwerpunkt Praktische Tätigkeiten wurde noch angefügt, dass 1/3 der PiAs wegen der meist vollzeitigen Praktischen Tätigkeit einen Job aufgeben mussten. 40 % mussten ohne Anleitung in eigenen Bereichen arbeiten, insgesamt erhielt nur 1/3 aller überhaupt fachliche Anleitung. 80 % führten Einzel-, 60 % Gruppen-PT durch.
- Interessant am Rande, dass 25 % der Landesprüfungsämter (LPA) keinen verfahrensspezi-

fischen Schwerpunkt verlangen. Nur in 2 Ländern werde beim VT Schwerpunkt Einzel-selbsterfahrung verlangt. 50 % der LPA's erkennen für die praktische Ausbildung auch stationär therapierte Fälle an.

Welche Schlüsse die Gutachter der Bundesregierung nahegelegt haben, wird man in der nächsten Zeit ja noch erfahren. Hoffen wir, dass die politischen Zeitläufe überhaupt Raum für einige wesentliche Verbesserungen unseres mittlerweile 10 Jahre alten Gesetzes lassen.

Am Samstag ging die Delegiertenversammlung mit einigen Interna weiter. Aus DGVT-Sicht ist es erfreulich, berichten zu können, dass mit Johannes Weisang einer unserer Aktiven als weiterer OPK-Delegierter, auf Vorschlag des KJP-Ausschusses, in die Bundespsychotherapeutenkammer gewählt wurde. Ebenfalls erfreulich ist, dass auf den dadurch freigewordenen Vertreter-Platz dann mit Wolfgang Pilz ein weiterer unserer Aktiven gewählt wurde.

Dann ging es an die Debatte und Abstimmung der ersten Änderungssatzung zur **OPK-Berufsordnung**. In der ersten Fassung waren keine Regelungen für Psychotherapeuten als Lehrende/Ausbildende, Forschende und Begutachtende aufgenommen worden. Dies war nun vom Ausschuss für Satzung u. Geschäftsordnung, zugleich Ausschuss für Berufsordnung u. Berufsethik (in dem Ausschuss mit dem längsten Titel wirken immerhin 3 DGVT-Aktive mit) nachbereitet worden. Sie wurden mehrheitlich angenommen und werden mit ihrer Veröffentlichung in Kraft treten. In Ausbildung Tätige dürfen demnach Abhängigkeiten nicht missbräuchlich ausnutzen, bei therapiegleichen Vertrauensbeziehungen gilt die Therapie-Abstinenzregelung der BO entsprechend. Lehrtherapeuten oder Selbsterfahrungsleiter dürfen keine Prüfungen abnehmen. Psychotherapeuten haben vor Übernahme eines Gutachtauftrages ihre gutachterliche Rolle zu verdeutlichen und von ihrer Behandlungstätigkeit klar abzugrenzen. Gerichtliche Gutachtaufträge zu eigenen Patienten sind in der Regel abzulehnen. Andernfalls sollte der Patient über die Risiken von Schweigepflichtsentbindung wie gutachterlicher Aussage auch für die Behandlung vorab aufgeklärt werden. PsychotherapeutInnen in der Forschung haben Studienteilnehmende vor Beginn nicht nur über Risiken, sondern auch Inhalte und Rahmenbedingungen aufzuklären. Natürlich sind generell die in der Forschung üblichen ethischen Grundsätze einzuhalten.

Anschließend trug der Delegierte Dr. Dauer zur „**Gutachtertätigkeit von Psychotherapeuten**“ nach einer Einführung ins Thema erste Überlegungen für einen führungsfähigen Zusatztitel 'Gutachter' vor. Im Grunde geht es hierbei alleine um gerichtliche Gutachter, so dass ein spezifischerer Titel sinnvoll wäre. Dr. Dauer berichtete auch vom (bald eingestellten) BPtK-Arbeitskreis Forensik zu einem Bundes-Curriculum. Zum einen werden bei den Kammern wohl immer wieder Namen bzw. Experten-Listen nachgefragt. Zum anderen ist strittig, inwieweit man einem Approbationsvorbehalt für psychologische Gutachter an Gerichten zustimmen kann.

Schlussendlich berichteten die Ausschüsse über ihre Arbeit. Für den KJP-Ausschuss schilderte Wolfgang Pilz die Vision des Ausschusses von einer KJP-Instituts-Ausbildung nach Erwerb eines ‚Master of Psychotherapy‘. Für den Satzungsausschuss (mit dem langen Titel) schilderte dessen Vorsitzende Frau Wonneberger Vorüberlegungen zu noch notwendigen Änderungen der Geschäftsordnung sowie der Wahlordnung und gab die Empfehlung einer baldigen Rekrutierung von (auch kammerfremden) Mitgliedern einer lt. Satzung einzurichtenden Ethikkommission, die aber nur bei Bedarf von Vorstand oder DV einberufen werden brauche.

Vom Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung (auch kein kurzer Titel) berichtete Dr. Guthke. Es gebe zum Teil bis zu 15 Anfragen pro Tag. Von 33 Anträgen von Veranstaltern auf Dauer-Fortbildungs-Zertifizierung konnten nur 24 akkreditiert werden. Von 783 Anträgen auf Einzel-Fortbildungsveranstaltungs-Zertifizierung wurden bereits 77 abgelehnt. Man solle schon besser mindestens 2 Monate vor Veranstaltungsbeginn den Antrag eingereicht haben. Von 60 Anträgen auf Zertifizierung als Fortbildungs-Supervisor sind 31 noch in Bearbeitung, 3 wurden aus formalen Gründen abgelehnt. Für Fort-

bildungen der Kategorie G (klinikinterne Veranstaltungen, Hospitationen, Fallvorstellungen) müssen Kliniken sich eigentlich zertifizieren lassen, was wegen der neu geregelten Fortbildungspflicht für im Krankenhaus tätige PP u. KJP bald an Bedeutung gewinnen dürfte. Der Ausschuss selber möchte gerne künftig auch Ausbildungs-Supervisoren zertifizieren (was m. W. allerdings keine Aufgabe der Kammer, sondern des Landesprüfungsamtes ist). Die von den KVen geforderten Fortbildungsnachweise haben 513 von 1293 dazu verpflichteten Niedergelassenen bereits eingereicht. Die Bearbeitung kostet die Geschäftsstelle ca. 40 Min., 2 Wochen nach Eingang ist es in der Regel erledigt, d. h. an die KV weitergereicht (bitte deadline am 30.6.2009 beachten!). Ragna Richter berichtet aus dem Finanzausschuss, dass unsere Ausschüsse anscheinend finanziell recht effizient arbeiten und nicht zu viel Kosten verursachen. Herr Pabel vom Schlichtungsausschuss berichtete erfreulicherweise von nur einem zu bearbeitenden Fall und dass er den Internetauftritt des Ausschusses gerne später mal von der DV abgesegnet bekommen möchte. Aus dem Forschungsausschuss berichtete Dr. Peikert von der datentechnischen Erfassung der Mitglieder-Meldebögen und aus den darauf gefolgten interessanten deskriptiven Auswertungen. Das durchschnittliche Mitglied ist 48 Jahre alt, im Februar hatten wir 2 300 Kammermitglieder, davon ‚nur‘ 1 635 Frauen. Die Versorgungsdichte ist in den 5 Ländern recht unterschiedlich, in M.-V. kommen 12 824 Bewohner auf einen PT, in Sachsen 7 563. Mehr solcher Informationen gibt's in der nächsten ‚OPK-Aktuell‘. Es laufen Vorbereitungen zu einer Mitglieder-Befragung, die uns weitere Aufschlüsse über die Spezifika unserer beruflichen Situation in Ostdeutschland geben soll, was auch für die politische Interessenvertretung sehr wichtig werden könnte.

Von den Delegierten in BPtK-Gremien war noch zu erfahren, dass der Arbeitskreis ‚PT in Institutionen‘ eine Tätigkeitsbeschreibungs-Vorlage erarbeiten und bald ins Netz stellen will, dort finde man auch schon ein Thesenpapier. Von der Kommission zur Krankenhaus-Versorgung war interessant, dass seit 1995 die Fallzahlen um 45 % gestiegen seien, eine große Arbeitsverdichtung. Nach der Zustimmung des Bundesrates zum Gesetz ist leider klar, dass der PiA-Status darin keine Regelung erfährt, genauso sieht's bezüglich der Instituts-Ambulanzen aus. Trotzdem freut man sich über das Gesetz, es wird doch einiges künftig nicht mehr ‚Eminenz‘-basiert, sondern Evidenz-basiert laufen. Vom Telematik-Arbeitskreis war zu hören, dass für PiA's keine Heilberufsausweise vorgesehen sind, was in Kliniken Probleme bereiten dürfte. In einer Resolution sei die komplette Löschung psychotherapiebezogener Informationen von der elektronische Gesundheitskarte gefordert worden.

Die nächste OPK-Kammerdelegiertenversammlung findet am 25.9.2009, 11:00 Uhr, in Erfurt statt.

Jürgen Friedrich



**Eine Veranstaltung in
Zusammenarbeit mit der
Landesgruppe Brandenburg
und der Akademie für
Fortbildung in Psychotherapie.**

www.afp-info.de

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

Brandenburger Reihe

Brandenburg ist ein Flächenland. Die Kommunikation zwischen den PsychotherapeutInnen – innerhalb und außerhalb der DGVT- ist gering. Eine Ressource zur Förderung der Vernetzung können die bestehenden Qualitätszirkel, Interventions- und Supervisionsgruppen sein. In ihnen kommen regelmäßig und fortlaufend Kollegen/innen zusammen, um sich auf offizieller und inoffizieller Ebene zu beraten und auszutauschen.

Die Aktiven der afp und dgvt vor Ort möchten da anknüpfen. Unsere Idee ist, Fortbildungen (Workshops, Vorträge etc.) im Rahmen dieser Zirkel und Gruppen anzubieten. Dies hat mehrere Vorteile:

- **Die Kollegen/innen können im Rahmen ihrer Gruppen das Fortbildungsinteresse ausloten;**
- **Es können sich gruppenübergreifende Fortbildungsthemen herauskristallisieren;**
- **Ort und Zeit lassen sich nutzerorientiert eingrenzen;**

Andere Veranstaltungen oder Themen (aktuelle Themen mit der KV, DGVTinterne oder verbandsübergreifende Treffen etc.) lassen sich an diese Fortbildungen anbinden.

InteressentInnen für die Planung und Teilnahme können sich an frank.mutterlose@arcor.de wenden.

Eine Akkreditierung der Veranstaltungen ist vorgesehen.

 **Akademie für
Fortbildung in
Psychotherapie**

Gegendarstellung des Ausschusses für Qualitätssicherung zum Landesbericht Hessen⁵

Im Namen aller Mitglieder halte ich es als Vorsitzender des Ausschusses für Qualitätssicherung der LPPKJP Hessen und Teilnehmer an der oben genannten Delegiertenkonferenz für erforderlich, die Darstellungen in Ihrem Bericht speziell zum Thema „Fortbildungspunkte für Angestellten-Qualitätszirkel“ und die darin getroffenen Wertungen in wesentlichen Punkten richtig zu stellen. In Ihrem Bericht wird die Ablehnung eines Antrages der Liste VT-AS zur „Ermöglichung von Fortbildungspunkten für Angestellten-Qualitätszirkel“ erwähnt. Über einen solchen Antrag wurde auf der oben genannten Delegiertenversammlung nicht abgestimmt.

Zutreffend ist vielmehr, dass der Antrag der Liste VT-AS, durch die Ausschüsse für Qualitätssicherung und Aus-, Fort- und Weiterbildung Beschlussvorlagen zur Einbeziehung von Angestellten-Qualitätszirkel in die Fortbildungsordnung zu erarbeiten, auf der vorausgegangen Delegiertenversammlung 5/II im Mai 2008 einstimmig angenommen wurde.

Der zuständige Ausschuss für Qualitätssicherung hat sich daraufhin in mehreren Sitzungen intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt. Da sofort Probleme bei der Bearbeitung der gestellten Aufgabe zu erkennen waren und zum Zwecke der Abstimmung eines praktikablen Verfahrens wurde wiederholt der Kontakt zum Antragsteller gesucht. Als Ergebnis eines längeren Arbeits- und Abstimmungsprozesses legte der QS-Ausschuss der Delegiertenversammlung eine differenzierte Stellungnahme sowie einen pragmatischen, allerdings zunächst sorgfältig zu durchdenkenden und zu diskutierenden Verfahrensvorschlag zur Einbeziehung von Angestellten-Qualitätszirkel vor (<http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/page/1/176> Link zur Ausschusspräsentation).

zutreffend ist weiterhin, dass dieser Vorschlag in der Delegiertenversammlung diskutiert und das Anliegen der angestellten KollegInnen hinsichtlich der Anerkennung ihrer Qualitätszirkelarbeit und der Gleichbehandlung mit den niedergelassenen KollegInnen gewürdigt, eine abschließende Beschlussfassung aber im Hinblick auf die in Kürze zu erwartenden Vorgaben des G-BA zur Frage der Fortbildung angestellter PP und KJP zurückgestellt wurde.

Aufgrund dieses Verfahrens und der aktuellen Beschlusslage auf eine „generelle Skepsis gegenüber einem systematischem Qualitätsmanagement“ in den Kammergremien und der Delegiertenversammlung zu schließen oder gar „Unkenntnis“ zu unterstellen, ist ebenso wenig nachvollziehbar, wie die Behauptung, es würden berechnete Interessen von angestellten KollegInnen unterschätzt oder gar vernachlässigt.

Diese Behauptung des Autors ist nicht nur unrichtig, sie missachtet darüber hinaus auch die Arbeit und die ausführliche Diskussion der Kolleginnen und Kollegen im Ausschuss und in der DV der Hessischen Kammer.

Jörg Wollstadt, Vorsitzender
Martin Franke, stellv. Vorsitzender
Else Döring
Dagmar Stassek
Norbert Sattler
Dr. Ulrich Müller (Vorstandsbeauftragter für den Ausschuss)

⁵ Abgedruckt in der Rosa Beilage 4/2008, Seite 25

Alles was Recht ist...

**Bundesverwaltungsgericht: Anerkennung der
Gesprächspsychotherapie als Ausbildungsver-
fahren für Kinder-/Jugendlichenpsycho-
therapie gescheitert**

Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat am 30.4.2009 über die Zulassung einer Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendpsychotherapie mit dem Vertiefungsgebiet Gesprächspsychotherapie entschieden. Das Psychotherapeutengesetz verlangt eine Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Die beklagte Behörde hatte die Zulassung versagt, weil die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht wissenschaftlich belegt sei. Sie hat sich dabei auf Gutachten des von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer gebildeten Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie gestützt. Auf die Klage des Ausbildungsinstituts hat das Oberverwaltungsgericht die beklagte Behörde zu einer Neubescheidung des Antrags der Klägerin verpflichtet. Es hat angenommen, dass ein Verfahren auch ohne Wirksamkeitsnachweis wissenschaftlich anerkannt sei, wenn es in der Fachdiskussion Resonanz gefunden habe und in der Praxis angewandt werde. Außerdem sei die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie jedenfalls bei Erwachsenen nachgewiesen; gleiches müsse deshalb für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gelten.

Das Bundesverwaltungsgericht hat das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache zur erneuten Entscheidung zurückverwiesen. Wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens im Sinne des Psychotherapeutengesetzes erfordere einen nachprüfbaren Beleg der Wirksamkeit. Das Erfordernis eines Wirksamkeitsnachweises und nicht nur einer gewissen Verbreitung in der Praxis zeige sich auch daran, dass der Gesetzgeber zur Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens in Zweifelsfällen die Einschaltung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) vorgesehen habe. Aus der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen könne nicht auf Kinder und Jugendliche geschlossen werden. Der Gesetzgeber habe durch die Trennung der Berufe in Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die unterschiedlichen Ausbildungen zwischen diesen Altersgruppen unterschieden. Zudem seien die Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ausdrücklich nur auf Erwachsene beschränkt; für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen habe der Beirat keine ausreichenden Wirksamkeitsbelege gesehen. Bei der erneuten Entscheidung werde das Berufungsgericht zu prüfen haben, ob der einem antizipierten Sachverständigengutachten gleichkommenden Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirates durchgreifende tatsächliche Gründe entgegenstehen; ansonsten sei sie zugrunde zu legen.

Quelle: Pressemeldung BVerwG 3 C 4.08 - Urteil vom 30. April 2009

Psychiatrische Institutsambulanz hat Anspruch auf Ermächtigung⁶

Urteil des BSG vom 28.01.2009 – B 6 KA 61/07 R

Eine psychiatrische Tagesklinik hat einen Anspruch gemäß § 118 Abs. 1 SGB V auf eine Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Versicherten.

Mit dieser Entscheidung konnte sich der Träger einer Tagesklinik durchsetzen, die im November 2001 als Krankenhaus für Psychiatrie mit 30 Tagespflegeplätzen in dem Krankenhausbedarfsplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen wurde. Die Zulassungsgremien hatten den Antrag auf Ermächtigung als psychiatrische Institutsambulanz abgelehnt.

Das LSG hatte die Auffassung der Zulassungsgremien bestätigt und ausgeführt, die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Landes entfalte keine Bindungswirkung dafür, dass der Status eines psychiatrischen Krankenhauses im Sinne des § 107 Abs. 1 auch nach § 118 Abs. 1 SGB V feststehe. Vielmehr sei dies von den Zulassungsgremien selbständig zu prüfen. Das Erfordernis jederzeit verfügbaren ärztlichen und weiteren Personals in § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bedeute, dass die Einrichtung rund um die Uhr versorgungsbereit sein müsse, was bei einer nur tagsüber geöffneten Klinik nicht der Fall sei. Die Kooperation der Tagesklinik mit 3 vollstationären Krankenhäusern reiche nicht aus, wenn zu diesem keine räumliche Nähe bestehe.

Dagegen wandte sich die Tagesklinik und hatte geltend gemacht, dass aufgrund der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan der Status als psychiatrisches Krankenhaus nach §§ 107 und 118 SGB V feststehe. Der Zuschnitt als nur teilstationäre Einrichtung stehe nicht entgegen, nur im dementsprechenden zeitlichen Rahmen müsse die in § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V geforderte jederzeitige Versorgungsbereitschaft gegeben sein.

Der letzteren Auffassung entsprach das Bundessozialgericht und hob das Urteil des LSG auf. Das Bundessozialgericht stellte fest, dass die Zulassungsgremien an die Entscheidung des Landeskrankenhausplanungsausschusses gebunden seien. Durch die Aufnahmeentscheidung hat die Klinik ungeachtet der nur tagsüber bestehenden Versorgungsbereitschaft den Status eines zugelassenen Krankenhauses. § 108 Nr. 2 SGB V ordnet im Falle so genannter Plankrankenhäuser für den Status der Zulassung ausdrücklich die Bindung an den Krankenhausplan an. Die Bindungswirkung sei weiterhin im Rahmen des § 118 Abs. 1 SGB V zu beachten, so dass auch hierfür der Status als psychiatrisches Krankenhaus feststehe und dementsprechend die Ermächtigung zu erteilen sei.

Entgegen der Auffassung des LSG komme es nicht darauf an, ob für den Personenkreis, auf den der besondere bedarfsunabhängige Ermächtigungstatbestand des § 118 Abs. 1 SGB V zugeschnitten sei, das Angebot eines nächtlichen Notdienstes und die Möglichkeit einer ärztlichen Versorgung „rund um die Uhr“ bestehe. Entsprechend dem Konzept des Gesetzgebers, gerade im psychiatrischen Bereich auch teilstationäre Einrichtungen vorzuhalten, könne der Ermächtigung einer solchen Einrichtung für ambulante Behandlungen nicht entgegen gehalten werden. Sie sei bei akuter Verschärfung einer psychischen Erkrankung nicht zur vollstationären Versorgung in der Lage, was im Übrigen auch in Fällen sonstiger Ermächtigungen nicht verlangt werde.

⁶ Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors, Rechtsanwalt Jörg Hohmann, Hamburg, E-Mail: medizinrecht@buchholzpartner.de

Rundfunkgebührenpflicht für Internet-PCs

Wir hatten in der Rosa Beilage 4/2008, S. 49, über ein Urteil des Verwaltungsgerichts (VG) Koblenz vom 15. Juli 2008 (Az. 1 K 496/08.KO) berichtet, aus dem hervorging, dass die Möglichkeit, mit dem Computer öffentlich rechtliche Rundfunksendungen empfangen zu können, nicht automatisch die Gebührenerhebung rechtfertigt. Ein Rechtsanwalt wollte für den beruflichen PC die GEZ-Gebühren nicht bezahlen und das VG Koblenz gab ihm zunächst recht. Das Oberverwaltungsgericht (OVG) Rheinland-Pfalz hat allerdings mit Urteil vom 20. März 2009 diese Entscheidung später aufgehoben. Ein Rechner (Personalcomputer [PC]) mit Internetzugang sei ein Rundfunkempfangsgerät i. S. des Rundfunkgebührenstaatsvertrages. Ein Rechtsanwalt, der einen Rechner mit Internetzugang in seiner Kanzlei einsetze, halte ein Rundfunkempfangsgerät zum Empfang bereit, wenn kein anderes herkömmliches Gerät zur Verfügung stehe. Er sei deshalb zur Zahlung der Rundfunkgebühren verpflichtet. Dieses Urteil ist allerdings noch nicht rechtskräftig, weil der 7. Senat des OVG die Revision (teilweise) zugelassen hat.

Waltraud Deubert

Sozialdatenschutz im Rahmen von Selektivverträgen

In einer Pressemitteilung vom 14.5.09 warnt die KBV vor der Weitergabe von sensiblen Patientendaten an private Abrechnungsstellen: „Die Daten von Teilnehmern an Selektivverträgen sind bei privaten Rechenzentren gefährdet. Diese Abrechnungsstellen bieten nicht die Datensicherheit, wie sie der Verbund der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gewährleisten kann.“

Hintergrund der Warnung der KBV ist die (sicherlich berechtigte) Sorge, dass der Schutz von Patientendaten unter den neuen Versorgungsformen Schaden nehmen könnte. Im Rahmen von §§ 73 b und c SGB V-Verträgen bzw. Verträgen über Integrierte Versorgungsformen (§ 140a SGB V) gelten zwar die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs, durch die Abgabe der Abrechnungen an private Abrechnungsstellen entzieht sie die sich jedoch zunächst dem Einflussbereich der KVen und deren Abrechnungsstellen entziehen. Ein weiterer Aspekt ist sicherlich, dass die KBV und ihr Verbund entgeltlich einen Abrechnungs-Service anbieten, der zunehmend auch von privaten Unternehmen angeboten wird. Die KBV bietet an, die Abrechnung von Leistungen in Selektivverträgen auch dann über die KV-Struktur abzuwickeln, wenn die KV selbst kein Vertragspartner ist.

Ein sog. obiter dictum des Bundessozialgerichts, das im Rahmen eines Urteils vom 10.12.2008 (Az.: B 6 KA 37/07 R) formuliert wurde, hält die Erstellung von Abrechnungen für ambulante Notfallbehandlungen von GKV-Patienten durch eine private Abrechnungsstelle im Auftrag eines Krankenhauses für rechtswidrig. Die Übermittlung und Weitergabe von Gesundheitsdaten von Patienten habe aufgrund des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten ausschließlich entsprechend den Regelungen des Sozialgesetzbuches zu erfolgen. § 35 SGB I formuliert dieses Recht auf das Sozialgeheimnis: „Jeder hat Anspruch darauf,

dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 Zehntes Buch) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.“

Die Abrechnung über externe, nicht im Sozialgesetzbuch explizit als Berechtigte aufgeführte Dritte (z. B. private Abrechnungsstellen) ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts rechtswidrig. Offenbar plant das Bundesgesundheitsministerium bereits eine entsprechende Gesetzesänderung, damit Selektivverträge durch dieses Urteil nicht eingeschränkt werden können. Im Rahmen der derzeit geplanten AMG-Novelle könnte die Rechtsauffassung des BSG elegant umgangen werden, indem private Abrechnungsstellen explizit ins SGB V aufgenommen würden.

Kerstin Burgdorf

Tagungsberichte

Blick über die Grenzen⁷: Pressekonferenz „Medizinische Psychotherapie: Neues ärztliches Angebot mit traditioneller Wurzel“⁸

Psychotherapie in die wissenschaftliche Medizin rückführen - Versorgungslücken auf- füllen – auf Behandlungseffizienz achten – Qualität sichern

Auf ein wesentliches Versorgungsproblem bei der Psychotherapie wies die Österreichische Ärztekammer am 10.3.2009 auf einer Pressekonferenz aus Anlass eines Symposiums über den Stellenwert und die spezifischen Aufgaben der Medizinischen Psychotherapie im österreichischen Gesundheitssystem hin. Experten sehen sowohl ein quantitatives wie auch ein qualitatives Defizit, das laut Befund des Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), Walter Dorner, „dem heimischen Gesundheitswesen Effizienzverluste einbringt und daher unnötige Kosten verursacht“. Er sieht in der Medizinischen Psychotherapie ein Mittel zur Beseitigung des Qualitätsproblems, da sie der einzige seriöse Ansatz auf gesicherter medizinischer Grundlage und auf wissenschaftlichem Boden sei. Dorner forderte die Forcierung der Medizinischen Psychotherapie und ihren schrittweisen Ausbau zu einem umfassenden, flächendeckenden Angebot in ganz Österreich. Die medizinische Psychotherapie sei ein unverzichtbarer und „idealtypischer“ Weg zur integrierten Patientenbehandlung auf Basis eines humanistischen und ganzheitlichen Menschenbildes, begründete der Ärztepräsident seine Forderung. Sie sei die Antwort auf „komplexe Fragen der modernen Medizin, die ganz auf die Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet ist“. Die Förderung der Medizinischen Psychotherapie sei daher eine „wichtige Maßnahme zur Behebung des Defizits an ärztlicher Zuwendung im österreichischen Gesundheitssystem“. „Medizin ist keine eindimensionale Wissenschaft – sie stellt den Menschen und die bio-psycho-sozialen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt“, so der Ärztepräsident. Die Gesundheitspolitik sei zum Paradigmenwechsel aufgerufen; und im Gesundheitssystem sei dem „menschlichen Faktor“ folglich erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Das entspreche nicht nur dem Wunsche der Patientinnen und Patienten sondern sei auch ein Gebot der Stunde, „da vermehrte ärztliche Zuwendung und der punktgenaue Einsatz Medizinischer Psychotherapie in Kombination mit anderen ärztlichen

⁷ Nachdruck – ausdrücklich unkommentiert, aber als Diskussionsanregung gedacht.

⁸ Quelle: www.aerztekammer.at

Schritten Fehlleitungen von Patienten verhindern. Und die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt lässt die Wirkung früher eintreten und erhöht sie. Das könnte erfahrungsgemäß auch eine Therapie gegen steigende Kosten im Gesundheitssystem sein.“ Dorner sieht daher in der integrativen Sichtweise, die über viele Jahrtausende ärztliche Tradition sei, eine notwendige Strategie zur „Rehumanisierung“ der Medizin sowie zur Bewältigung zentraler Probleme des modernen Gesundheitssystems und der finanziell angeschlagenen Krankenkassen.

Unübersichtliche Situation

Medizinische Psychotherapie sei „notwendiger denn je“, erläuterte der ÖÄK-Referent für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin, Michael Krenn, und führte dafür mehrere Gründe an. „Heute gibt es ein sehr vielfältiges psychotherapeutisches Angebot, das in zahlreichen Schulen kanalisiert wird und oft keinen berufsspezifischen akademischen Hintergrund hat. Die Situation ist so unübersichtlich, dass die Patienten oft ratlos sind und buchstäblich ohne Orientierung herumirren. Zur Behebung dieses Mankos brauchen wir eine Integrationszentrale durch spezialisierte Ärzte“, argumentierte der Psychiater. Ärztinnen und Ärzte, die durch spezielle Ausbildungen ein besonderes Know-how in der Medizinischen Psychotherapie erworben hätten, seien dem Aspekt der Ganzheitlichkeit auf der Grundlage einer uralten medizinischen Tradition verpflichtet. Sie seien unentbehrliche Garanten für die laufende Rückkoppelung zur „naturwissenschaftlichen“ Medizin. Es sei Aufgabe der medizinischen Psychotherapie, „über die Grenzen zahlreicher Schulen hinweg Behandlungspfade zu suchen und zwischen evidenzbasierter Strategie (EBM) und klinisch kontextbezogener Erfahrung zu verbinden“. Dies sei ein entscheidender Punkt der Qualitätssicherung, da Psychotherapie nicht nur Wirkungen sondern auch Nebenwirkungen haben könne. Die akademische Basis und „die klare ärztliche und disziplinarrechtliche Verantwortung stellen darüber hinaus sicher, dass Psychotherapie als Teil der Medizin auf dem Boden der Realität bleibt und nicht ‚konfessionell überhöht‘ wird“. Krenn: „Die Zuwendung und heilende Aufmerksamkeit des Arztes sind zentrale Bedürfnisse unserer Patienten und finden in der Medizinischen Psychotherapie eine besonders geschulte Entsprechung und Antwort.“ Man müsse den Ärzten aber durch gute gesundheitspolitische Maßnahmen mehr Gelegenheit geben, diese auch anwenden zu können.

Fehler der Vergangenheit

Krenn sieht aber auch durchaus Anlass für ärztliche Selbstkritik. In der Nachkriegszeit habe man die ärztliche Psychotherapie vernachlässigt. „Das Ziel der Kassenstrukturen war, die Menschen rasch arbeitsfähig zu machen. Auf Psychohygiene und Mental Health wurde dabei weniger Wert gelegt. Die Medizin ist in Österreich diesen Weg mitgegangen. Das war aus heutiger Sicht ein Fehler. Wir haben dies erkannt und an der Entwicklung psychotherapeutisch medizinischer Ausbildungen gearbeitet.“ Seit 20 Jahren gebe es nun ein eigenes Referat in der ÖÄK und seit 20 Jahren könnten Ärztinnen und Ärzte aus allen Fachrichtungen diese spezielle und gestufte fünf- bis sechsjährige Ausbildung machen und anwenden. Als jüngsten Schritt weiterer Qualifizierung nannte der Experte die Einführung des neuen Spezialfaches für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Doch die Entwicklung gehe noch weiter. Jetzt werde über eine fortschreitende Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Heilverfahren in ein ganzheitliches medizinisches Konzept nachgedacht. Mit diesen drei Schritten werde die Medizinische Psychotherapie nach Krenns Aussage als Plattform aller Ärztinnen und Ärzte mit psychotherapeutischer Kompetenz etabliert.

Der kleine Unterschied

Was unterscheidet nun die auf akademischer Grundlage stehende Medizinische Psychotherapie von sekundären Therapiezugängen, die in zahlreichen Schulen beheimatet sind? Die ärztliche Tradition verpflichte Ärzte zu einer konsiliären Zusammenschau auf einen Patienten, erklärt ÖÄK-Referent Krenn, denn: „Wir behandeln nicht Menschenbilder gemäß irgendeiner der zahlreichen psychotherapeutischen Traditionen und Schulen, wir behandeln einen be-

stimmten Menschen, der sich nicht in eine der Schulen hineinzwängen lässt. Ein Mensch kommt ja nicht vorsortiert und mit der Etikette einer psychotherapeutischen Schule versehen in unsere Ordination, sondern mit einem ganz persönlichen Problem, aber ebenso auch mit einer allgemein erkannten und erforschten Erkrankung.“ In diesem bio-psycho-sozialen Kontext stehe nun der Arzt als Begleiter, Katalysator und Problemlöser. „Die unterschiedlichen nicht-medizinischen Schulen und Traditionen sind und bleiben in einem losgelösten Kontext letztlich partikuläre Ansätze, was unserem Verständnis von ganzheitlicher Medizin nicht entspricht“, sagte Krenn. Die Medizinische Psychotherapie sei hingegen eine spezialisierte Heilkunst im Rahmen der gesamten Heilkunde - auf einem ganz klaren naturwissenschaftlichen Boden. Die ärztliche Aufgabe bestehe darin, zwischen Biologie, sozialer Wirklichkeit und geistig seelischen Prozessen zu vermitteln und das in Gegenwart des Patienten realisieren zu helfen. Ein weiterer Faktor für die notwendige Rückführung der Psychotherapie in die wissenschaftliche Medizin sei die „Multimodale Therapie“, die seit Jahren als „State-of-the-art“ in der Behandlung seelischer Erkrankungen gelte. Krenn: „Zum Beispiel ist in den modernen psychiatrischen Kliniken die Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Psychopharmakologie eine Selbstverständlichkeit.“ Der heutige Stand der Forschung führe sogar noch weiter. Demnach sei nachgewiesen worden, dass der Nutzen einer pharmakologischen Behandlung auch von der psychotherapeutischen Kompetenz und Effektivität des behandelnden Arztes abhängt. Das heißt: Medikamente und Psychotherapie seien oft in ihrer Heilkraft voneinander abhängig und ergänzen sich. Die Zusammenführung beider Faktoren bestimme damit den Erfolg, so Krenn. Krenns abschließende Folgerung: „Wenn man das gesamte Potential Medizinischer Psychotherapie und moderner Psychiatrie zulässt, dann kann eine radikale Aufteilung in psychologisch-psychoziale Interventionen einerseits und biologisch-pharmakologische Behandlungsformen andererseits überhaupt nicht mehr aufrecht erhalten werden.“

Wer braucht die Medizinische Psychotherapie?

Das wesentliche Merkmal der medizinischen Psychotherapie bestehe in der Integration psychotherapeutischer Maßnahmen und Vorgehensweisen in ein medizinisches Gesamtbehandlungsprogramm, unterstrich der Institutsvorstand und ärztliche Leiter des Anton Proksch Instituts, Univ. Prof. Michael Musalek. Musalek, der derzeit auch Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ist, teilt die Menschen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, in drei große Gruppen:

1. PatientInnen mit psychischen Erkrankungen, wie sie in den heute allgemein anerkannten Klassifikationssystemen festgeschrieben sind
2. PatientInnen in persönlichen Krisen bzw. Krisensituationen
3. PatientInnen mit Lebensproblemen und damit verbundenen Leidenssituationen

Nach neuesten Erkenntnissen seien psychische Erkrankungen als komplexes Geschehen anzusehen, so der renommierte Psychiater. Ihre Ursachen fänden sich gleichermaßen in körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren. Musalek: „Dementsprechend braucht es auch komplexe Behandlungsformen, um nachhaltige Verbesserungen erreichen zu können. Die Psychotherapie stellt dabei einen ganz wesentlichen Behandlungsbereich dar, der allerdings immer in einen medizinischen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren ist.“ Zwischen PatientInnen mit „klassifizierten“ psychischen Erkrankungen und solchen in Krisensituationen sei oft eine genaue Grenzziehung nicht möglich. Gerade Krisensituationen mit hoher Selbstmord-Neigung (Suizidalität) und Depressivität seien Beispiele für die unbedingte Notwendigkeit integrativer Behandlungsansätze, sagte Musalek. Auch die dritte Gruppe von Patienten zeige mannigfache Überschneidungen zu den ersten beiden Gruppen. Das Hauptproblem seien hier PatientInnen mit (noch) unerkannten Depressionen – wobei die Depressionsdiagnostik wohl zu den schwierigsten Diagnosebereichen gehöre. „Eine zielführende und umfassende Depressionsdiagnostik ist auch nur nach langer klinischer Erfahrung möglich“, betonte Musalek. Ein weiterer Teilbereich dieser dritten Gruppe umfasse Lebensprobleme, die in einem Zusammenhang mit kör-

perlichen Erkrankungen stünden. Auch diese psychosomatischen Störungen bräuchten „natürlich eine Integration psychotherapeutischer Maßnahmen in einen medizinischen Gesamtbehandlungsplan“.

Unterversorgung an Medizinischer Psychotherapie

Aus all den genannten Gründen seien nach Beurteilung des Fachmannes für PatientInnen der ersten und zweiten Gruppe und auch für einen großen Teil der dritten Gruppe komplexe integrative Behandlungsmodelle erforderlich. Idealerweise würden diese von Fachkräften vermittelt, die in einer Person sowohl die erforderlichen medizinischen sowie auch psychotherapeutischen Kompetenzen vereinen – „das sind Ärztinnen und Ärzte mit einer speziellen Ausbildung“ (Musalek). Freilich gebe es gegenwärtig für die Medizinische Psychotherapie „objektive Versorgungsengpässe, an deren Beseitigung konsequent zu arbeiten ist“. Bis dieses Ziel erreicht sei, müssten deshalb auch Modelle zur integrativen medizinischen Behandlung in multiprofessionellen Behandlungsteams entwickelt und umgesetzt werden. Als Beispiel für eine medizinische Psychotherapie auf Basis enger Kooperation nannte Musalek die enge Zusammenarbeit zwischen klinischen Psychologen und Psychiatern im Anton Proksch Institut.

112. Ärztetag in Mainz vom 19.5. – 22.5.2009

Ulla Schmidt hatte abgesagt und dies im Wahljahr, in dem gerade die Mediziner mit ihrer Plakataktion gegen ihre Partei Furore machen, und sie ansonsten keine Auseinandersetzungen scheut. Sie vertrat die Bundesrepublik Deutschland beim G7-Treffen in Genf, Thema „Schweinegrippe“. Stattdessen kam Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und machte in seiner Eröffnungsrede deutlich, dass die Sicherstellung Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung sei, weder Staat noch Krankenkassen könnten dies übernehmen. Kollektivverträge und Selektivverträge als deren Ergänzung müssten in einem „ausbalancierten Verhältnis“ stehen, sagte Schröder mit Blick auf die KBV-Vertreterversammlung vom Vortag, bei der der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Abschaffung der Selektivverträge gefordert hatte. Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) seien – so Schröder - eine Ergänzung zu der ambulanten Versorgung neben Haus- und Fachärzten unter Einbeziehung der Krankenhäuser.

Auch auf die Honorarreform 2009 ging Schröder in seiner Rede ein. Viele Vorschläge zu dieser Reform seien von Ärzten gekommen, wie z. B. feste Preise und die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Man müsse Geduld haben, Fehler könne man korrigieren und die Anpassung der Honorare im Osten auf Westniveau 20 Jahre nach der Deutschen Einheit war notwendig.

Jörg-Dietrich Hoppe, Bundesärztekammerpräsident, beklagte eine Mangelversorgung im Gesundheitswesen. Er forderte die Einsetzung eines Gesundheitsrates unter Beteiligung von Medizinern, Ethikern, Juristen, Theologen und Patientenvertretern, der Empfehlungen zur Verteilung der begrenzten Mittel ausarbeitet. Er bekräftigte seine Forderung nach der Rangfolge von Krankheiten und deren Behandlung. Grund ist für ihn die bestehende finanzielle Austrocknung des deutschen Gesundheitssystems. „Man dreht uns den Hahn zu und macht uns für die Trockenheit verantwortlich“, schilderte er die Lage. Seine Idee der Priorisierung, die bereits im Vorfeld des Ärztetages kursierte, erläuterte er auf dem Ärztetag wie folgt:

„.... Aber was versteht man nun genau unter Priorisierung und was würde sie für das Gesundheitswesen in Deutschland bedeuten? Im Prinzip bedeutet Priorisierung, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für

welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss. Unter Priorisierung versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden. Am Ende dieser Rangreihe finden sich dann solche Verfahren wieder, die keine messbar nachweisbare Wirkung mehr haben. Die Rangfolge kann innerhalb eines bestimmten Versorgungsbereichs, etwa im Hinblick auf die Versorgung von Herzerkrankungen, erfolgen. Diese Form wird als vertikale Priorisierung bezeichnet. Werden verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Kontext gestellt, so spricht man von horizontaler Priorisierung. Diese differenzierte Betrachtung, meine Damen und Herren, muss man kennen, wenn man über Priorisierung spricht. Sonst redet man nicht von Priorisierung, sondern betreibt Polemisierung....“

Mit diesen Forderungen geriet er ins Kreuzfeuer der Kritik von Gesundheitsministerin Schmidt, Arbeitgebern, Gewerkschaften und mehreren Ärzte- und Klinikverbänden. Ministerin Schmidt sprach von menschenverachtenden Forderungen. In einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung am 18. Mai äußerte sich Schmidt bereits zu dem Vorschlag von Hoppe, angesichts der Finanzprobleme die Krankheiten und deren Behandlung nach Dringlichkeit zu klassifizieren. *„Es wird keinen Prioritätenkatalog für Krankheitsbehandlungen geben. Bei uns hat jeder einen Anspruch darauf, behandelt zu werden. Was wir brauchen, ist eine Bewertung vor allem neuer Diagnose- und Therapieverfahren hinsichtlich Kosten und Nutzen. Da kann es zum Ausschluss von Leistungen kommen, wenn sie nichts nutzen. Aber es wird nicht zu einer Priorisierung von Leistungen nach dem Motto kommen: Herz- und Krebskranke zuerst, die neue Hüfte kann noch ein Jahr warten.“*

Der Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen (vdää) äußerte sich ebenfalls bereits im Vorfeld des Ärztetages zu den Vorschlägen von Hoppe in einer Presseerklärung: *„Anstatt in einem reichen Land wie diesem offen für Rationierung und eine zusätzliche Belastung einkommensschwacher Bevölkerungsschichten einzutreten, stünde es der Ärzteschaft gut an, ihre intime Kenntnis des Gesundheitswesens zu nutzen, um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu bekämpfen, um eine gute Versorgung für alle gesetzlichen Versicherten zu ermöglichen.“*

Frieder Hessenauer, Präsident der rheinland-pfälzischen Ärztekammer, erläuterte in einem Interview am 23. Mai gegenüber der Mainzer Allgemeinen Zeitung das Thema Priorisierung:

„... Wir Ärzte müssen frühzeitig warnen, und zwar so deutlich, dass man uns zuhört. Die Mittel im Gesundheitswesen sind endlich. Deshalb muss die Gesellschaft entscheiden, welche Leistungen im Gesundheitswesen von der Solidargemeinschaft noch bezahlt werden, und welche nicht. Darüber muss es eine breite Diskussion geben mit Patientenvertretern, Juristen, Theologen, Ethikern, Ökonomen, und schließlich eine demokratisch legitimierte Entscheidung... Es darf und wird niemals so sein, dass jemand nicht oder spät behandelt wird, wenn seine Gesundheit akut bedroht ist oder wenn massive Folgeschäden drohen. Dafür muss und wird immer genügend Geld da sein. Andererseits gibt es Behandlungen, über deren Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit man streiten kann... Dann gibt es noch eine Operationsmethode mit besonders kleinen Schnitten, so dass man die Narbe nicht sieht, wenn sich der operierte Mann in Mallorca am Strand ohne Badehose sonnt. Das macht die Operation aber noch ein bisschen teurer, und ich finde, die Gesellschaft muss diskutieren, ob die Solidargemeinschaft so etwas bezahlen soll...“

Als Gastredner sprach der Kölner Medizinrechtler Professor Christian Katzenmeier zum Thema Patientenrechte beim Ärztetag. Er beschäftigte sich mit der Frage, ob ÄrztInnen mit Blick auf den Kostenanstieg im Gesundheitswesen bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen die hohen Standards medizinischer Versorgung halten können. Zu bedenken sei dabei

auch, ob die vielen Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen zur Begrenzung des Heilauftrages führen. „Strategien der Mittelbeschränkung dürfen Ärzte nicht dazu zwingen, gesundheitsökonomische Entscheidungen am Krankenbett für oder gegen den einzelnen Patienten zu treffen“, so Katzenmeier. Er warf die Frage auf, inwieweit es ein Spannungsverhältnis zwischen dem Haftungs- und dem Sozialversicherungsrecht gibt. Die Untergrenze für den Handlungsspielraum des Arztes ergebe sich aus der Forderung nach der „erforderlichen Sorgfalt“, die Handlungsobergrenze werde mit der Maßgabe einer „ausreichenden Versorgung“ bestimmt. „Wenn sich das Haftungsrecht weiter am medizinisch Machbaren orientiert und damit tendenziell das Optimale fordert, während nach Sozialversicherungsrecht Leistungen nicht erbracht werden dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dann droht die Gefahr des Auseinanderdriftens beider Teilrechtsgebiete“, warnte Katzenmeier. Er forderte zum Abschluss eine gesellschaftliche Diskussion über Fragen der Priorisierung und Rationierung.

Geld fehlt, die Gesundheitsversorgung steht vor dem Kollaps – so der Tenor beim Ärztetag in Mainz. Die Gesellschaft müsse entscheiden, was die Solidargemeinschaft zahlen soll.

Die Freiberuflichkeit sei kein Selbstzweck, sondern ein „Privileg der Patienten“, das verteidigt werden müsse, betonte der Ärztetag. Wer unabhängig von Weisungen arbeite, könne auch nicht von der Politik instrumentalisiert werden.

Die Delegierten des Ärztetages sprachen sich für eine Verbesserung der Versorgung für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aus. Sie fordern, dass Medizinische Zentren für erwachsene Behinderte aufgebaut werden und eine bessere Finanzierung der Behandlung von Menschen mit Behinderungen.

Von einem speziellen Patientengesetz hielt die Mehrheit des Ärztetages nichts. Individuelle Patientenrechte seien im Behandlungsvertrag ausreichend gesichert, hieß es in einer verabschiedeten Entschließung.

Einen Rückzieher gab es bei der Forderung der Ärzteschaft nach direkter Abrechnung mit den gesetzlich versicherten PatientInnen. Es sei in intensiven Diskussion deutlich geworden, dass vor allem ärmeren Menschen nicht zugemutet werden könne, bei der Bezahlung ihrer ärztlichen Leistungen in Vorkasse zu treten, so Hoppe.

Das Projekt der elektronischen Gesundheitskarte in der derzeit geplanten Form wurde erneut abgelehnt. Die Ärzte sprachen sich für eine sorgfältige Erprobung aus. In dem von der Mehrheit der Ärzteschaft verabschiedeten Beschluss heißt es „Der 112. Ärztetag fordert die ernsthafte und ergebnisoffene Testung der eGK und der Telematikstruktur im Rahmen eines 1000.000er Feldtests, der nicht Bestandteil des Online-Rollouts sein darf ...“.

Die Einführung eines Bachelor-Studiengangs in der Medizin hat der 112. Deutsche Ärztetag entschieden abgelehnt, teilte die Bundesärztekammer am 22.5.2009 mit. „Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss ‚Staatsexamen‘ muss erhalten bleiben, da der Bachelor in der Medizin keinen berufsqualifizierenden Abschluss darstellt“, bekräftigten die Delegierten.

Waltraud Deubert

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene**Deutschaufsätze bis zur Rente**

Der kassenzugelassene Berufsstand der bundesdeutschen Psychotherapeuten schreibt seit Jahr und Tag Deutschaufsätze von zwei bis vier Seiten Umfang. Zum Glück hängt die ökonomische Existenz gut ausgebildeter Spezialisten nur zum Teil davon ab, dass die Lehrer und die Oberlehrer, die diese Deutschaufsätze bewerten - sprich die Gutachter und Obergutachter - diese Therapiebegründungen für gut genug befinden, um eine Therapie zu genehmigen oder zu verlängern. Natürlich wissen die Gutachter auch, dass diejenigen, welche gute Aufsätze schreiben, nicht notwendig gute Therapien machen und umgekehrt, dass diejenigen, welche holprige Aufsätze zimmern, nicht notwendig schlechte Therapien machen. Damit ist die immanente Logik des Verfahrens aber auch schon am Ende angelangt. Würde man das Gutachterverfahren ersatzlos streichen, würden sicherlich die Kosten für die Gutachter eingespart werden und vermutlich die Zahl der Therapien, die länger als 25 Sitzungen dauern, sprunghaft zunehmen. Aber deshalb würden die Gesamtkosten für Psychotherapie nicht wachsen, weil jeder Therapieplatz nur einmal besetzt werden kann. Möglicherweise müssten die Therapiesuchenden länger warten, was ungewiss ist, weil die Feststellung der Therapieplatznachfrage ein kniffliges Unterfangen ist, das von keiner Stelle oder Institution so richtig ernsthaft angepackt wird.

Die Kurzzeittherapie von 25 Sitzungen zu Lasten der gesetzlichen Kassen ist für erfahrene Therapeuten aufsatzfrei. Daher ist die Zahl der pro Therapeut gutachterpflichtigen Umwandlungs- und Verlängerungsanträge faktisch nicht allzu hoch. Nach den vorhandenen Zahlen werden schätzungsweise pro Monat und pro Praxis zwei davon geschrieben. Macht pro Therapeut ca. 20 bis 25 im Jahr, was mir immer noch als zu hoch veranschlagt vorkommt. Bei 20 Anträgen pro Therapeut und 19.000 Therapeuten sind das 38.000 Deutschaufsätze im Jahr, meist mit Rechtschreib-, Grammatik- und Semantikfehlern, weil kaum jemand Lust hat, sich mit den erzwungenen Textstücken länger als unbedingt nötig zu beschäftigen. 38.000 mittelmäßige bis mittelschlechte Deutschaufsätze befördert die Post im Jahr quer durch unser Land, echte Deutschlehrergreuel! (Auch die Hälfte wäre noch immer ein respektabler Stapel.) Fast tun mir die Gutachter leid. Alle Aufsätze werden auf traditionelle Weise befördert, nicht etwa per Emailhang verschickt!

Der Nutzen des Gutachterverfahrens wird seit Jahr und Tag bestritten (Köhlke, 2000), aber seine Gegner haben nichts erreicht. Sachlich-differenzierte Kritik (Vogel, Lemisz, Liebeck & Palm, 2002) läuft an alteingesessenen Positionen ab, wie Wasser an einer Glasscheibe. Immer wieder wird auf den pädagogischen Nutzen des Verfahrens verwiesen, doch die Psychotherapeutenverbände sind in erster Linie für das Verfahren, weil es vor dem Bundessozialgericht Argumente zur Absicherung der Honorare geliefert hat. Kaum ein Patient klagt vorm Sozialgericht gegen eine Ablehnung, obwohl es erstaunliche Urteile gibt, die einige gesetzliche Kassen zwingen, bis zu 700 (in Worten: siebenhundert) Sitzungen analytischer Psychotherapie zu bezahlen (Pfäfflin, 2008). Und so darf jeder Therapeut, egal wie lange er bereits Therapien gemacht hat, weiterhin Deutschaufsätze verfassen. Denn bekanntlich lernt der Mensch ja nie aus und lebenslanges Lernen bis zur Rente ist angesagt. Indes wird, wie die Gehirnforschung festgestellt hat, bei aversiven Beschäftigungen überwiegend der aversive Affekt konditioniert und so wird der Ekel vor dieser Schreiberei im Laufe der Jahre immer größer. Man könnte sagen: Jahrelang erzwungene Aufsatzschreiberei verstößt gegen fundamentale emotionale Prozesse, wogegen die gelegentlich von Seiten der Gutachter ausgeteilten Ratschläge auch nicht helfen. Wie schreibt man einen flotten Deutschaufsatz? Man skizziere das Ganze

aus dem Kopf, lasse es drei bis vier Tage liegen, nehme für die Entstehungsgeschichte nur das Wesentliche, das die psychische Dynamik und die Symptomatik bestimmt, beschreibe die Interventionen klar und praktisch und schreibe nicht zuviel theoretischen Kohl. So also ginge es doch - in ein bis zwei Stunden! (Zimmer, 2009)

Neuerdings muss im Antragsformular vom Therapeuten unterschrieben werden, dass er den Aufsatz eigenhändig verfasst habe. Denn es ist ein offenes Geheimnis, das viele, die die Schreiberei gründlich satt haben, das Material für die Anträge professionellen Schreibbüros übergeben. Dort werden oftmals wissenschaftlich aufgeplusterte Traktate verfasst, die der Praktiker dann wieder zusammenstreichen muss, damit die Fremdschreiberei nicht zu sehr auffällt. Immerhin spart das zwei Drittel des vormaligen Zeitaufwands und kostet zwischen 100.- und 160.- Euro pro Antrag. Davon fließen rund 53.- Euro durch die Honorarauszahlung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung wieder zurück. Diese Art, sich die Schreiberei von Hals zu schaffen, ist also nur bedingt erfolgreich. Ein- bis zweimal hilft hingegen die andere Methode: Man nehme vor X Jahren geschriebene, erfolgreiche Anträge, ändere die Personenkennezeichen und schicke sie frech erneut zur Gutachterei. Dazu braucht man eine tiefe Vorratskiste, denn viele Gutachter sind auch schon lange im Geschäft.

Die Terminologie der Aufsätze ist streng schulenbezogen: psychodynamischer Tiefblick ist nur in den analytisch-tiefenpsychologischen Traktaten gestattet, Problemanalysen mit technisch ausgefeilter Reiz-Kognitions-Reaktions-Konsequenz-Terminologie dominieren in den Verhaltenstherapieanträgen. Der Wechsel ins Nachbargebiet wird nicht gouttiert, daher muss Manches, was in der einen Terminologie kurz zu fassen wäre, in der anderen aufwendig und umständlich umschrieben werden. Was man oft so schlicht vor sich hindenkt, schreibt man am besten gar nicht, denn es klingt nicht wissenschaftlich und objektiv genug. Auch mit der Länge der Aufsätze empfiehlt es sich nicht zu scherzen, denn das Gutachterverfahren ist ein Prokrustesbett. Hat ein Therapeut wenig Material exploriert, weil ihm auf Grund seiner Erfahrung zu rasch klar geworden ist, wie die Probleme zu behandeln sind, dann muss er das Material strecken, d.h. stimmig Etwas dazu fantasieren, damit der Aufsatz mindestens drei Seiten ausfüllt. Denn wer weniger schreibt, kann unmöglich mehr Sitzungen benötigen. Umgekehrt muss natürlich überquellendes Material zurechtgestutzt und verbogen werden, damit es in die vorgegebenen, schulenspezifischen Denkschablonen hineinpasst. Ach, und noch eine Abstrusität existiert seit Jahr und Tag. Für die vielleicht gleiche Menge an Schreiberei gibt es ganz unterschiedliche Therapieverlängerungen: am wenigsten für eine Verhaltenstherapie, 5 bis 10 Sitzungen mehr für eine tiefenpsychologische Behandlung und mindestens 80 Sitzungen mehr für eine analytische Psychotherapie. Warum das so Sinn macht, wissen die Götter. Im Lande, in dem ehemals Dichter und Denker diese Götter priesen, ist der verbale Tiefsinn nach wie vor mehr wert als eine pragmatische Problemlösung. Oder, um es mit den Worten des verstorbenen, international renommierten Psychotherapieforschers Klaus Grawe zu sagen: "Die Fragwürdigkeit des gegenwärtigen deutschen Regelungssystems auf dem Gebiet der Psychotherapie ist für jemanden, der außerhalb der Gültigkeit dieses Regelungssystems psychotherapeutisch tätig ist, wohl leichter erkennbar als von innerhalb." (Grawe, 2005)

Literatur

Grawe K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1/2005

Köhlke H.-U. (2000). Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie, DGVT-Verlag

Pfäfflin F. (2008). Beschwer(d)en, Jammern und Klagen, *Psychotherapeut*, vol 53, 432-440

Vogel H., Lemisz W., Liebeck H. & Palm W. (2002). Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltenstherapie durch die GutachterInnen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (VPP)*, vol 12 (3), 228-231

Zimmer D. (2009). Die Quälerei mit dem Abfassen von Therapieanträgen – Wie kann man mit dem Gutachterverfahren leben? *Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik*, Supplement zu VPP 1/2009

Wolfgang Palm, Karlsruhe

Ziele der Vergütungsreform⁹ Auswirkungen auf die Psychotherapie: angemessene Vergütung je Zeiteinheit und Zeitkapazitätsgrenzen

Ginge man nach den Protesten gegen die Vergütungsreform, gäbe es nur Verlierer. Wenn man aber berücksichtigt, dass die Regelleistungsvolumina (RLV) nicht mit dem Umsatz gleichzusetzen sind, dass zusätzliche Umsätze mit Leistungen außerhalb der RLV gemacht werden können und das ein beträchtlicher Teil der Umsätze in Rückstellung geparkt sind, täuscht der Eindruck.

Allerdings ist es auch richtig, dass es unbeabsichtigte Umsatzeinbrüche bei den grundversorgenden Arztgruppen gibt, die fast ausschließlich auf der Basis von RLV arbeiten. Mit einer am 27. Februar 2009 vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Konvergenzregelung wird deshalb den regionalen Vertragspartnern mehr Freiheit gegeben, übergangsweise bis Ende 2040 ungewollte Umsatzverluste von Ärzten ausgleichen zu können.

Wegen gesetzlicher Vorschriften und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sind jedoch psychotherapeutische Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen genehmigt worden sind, von der Konvergenzregelung ausgenommen.

Sollte man erwartet haben, dass aus der Vergütungsreform nur Gewinner hervorgehen, musste diese Erwartung enttäuscht werden, denn das Ziel war eine Nivellierung der in den 15 Jahren Budgetierung gewachsenen ungerechtfertigten, zum Teil enormen Honorarunterschiede zwischen und innerhalb den kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Zusätzliche drei Milliarden Euro sollten gewährleisten, dass es wenigstens unter den KVen keine Verlierer gibt. Dass es zu „Verwerfungen“ zwischen und innerhalb der Arztgruppen kommen würde, hätte klar sein müssen. Es war nicht das Ziel der Vergütungsreform, dass ausnahmslos jeder mehr verdient. Dazu hätte es einige Milliarden Euro mehr gebraucht.

Unter dem Druck der Basis suchen jetzt manche KV-Vertreter nach Schuldigen. Unter anderem werden auch die Psychotherapeuten als die angeblichen Gewinner der Reform für die Misere verantwortlich gemacht. Was hat die Vergütungsreform für die Psychotherapie gebracht, was sind die Fakten?

Wie hoch ist die „angemessene Vergütung je Zeiteinheit“?

Zur Sicherung der nach dem SGB V in § 87 Abs. 2 c geforderten „angemessenen Vergütung“ der genehmigungspflichtigen Psychotherapie je Zeiteinheit wurde ein Honorar (Umsatz) von 81,03 Euro je Einzelsitzung Psychotherapie festgelegt. Eine Sitzung Psychotherapie besteht aus einer Patientenkontaktzeit von mindestens 50 Minuten. Im EBM wird sie wegen Vor- und

⁹ Quelle: GPK – Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 3/09 – März 2009; Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors.

Nachbereitungszeit mit 60 Minuten kalkuliert und die Plausibilitätszeit beträgt 70 Minuten. Dies gibt den gesamten Zeitaufwand an, den eine Sitzung Einzeltherapie mit einem Patienten benötigt.

Das Honorar von einheitlich knapp über 80 Euro liegt 9,9 Prozent über dem gemittelten Honorar von 2008 und nur knapp über 10 Prozent höher als das Honorar von 2007. Während bisher die Honorare von KV zu KV sehr unterschiedlich waren, sind sie nun bundesweit einheitlich auf dem Niveau des Honorars der Psychotherapeuten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) in 2008.

In diesem KV-Bereich hatte die Psychotherapie 2008 den höchsten Punktwert. Dies ist ein großer Fortschritt vor allem für die Psychotherapeuten in den ostdeutschen Ländern, wo der Sprung von 65 Euro auf 81 Euro Honorar für eine Einzelsitzung spürbar bessere Arbeitsbedingungen schafft.

Fakt ist aber auch, dass mit einem Honorar von knapp über 81 Euro bei maximalem Arbeitseinsatz nach den Vorgaben des BSG auch zukünftig kein Einkommen zu erreichen ist, das dem Durchschnitt der anderen Arztgruppen entspricht. Unter maximalem Arbeitseinsatz versteht das BSG 36 Sitzungen Psychotherapie pro Woche bei einer Gesamtarbeitszeit von 51 Wochenstunden und 43 Arbeitswochen im Jahr.

Daraus lässt sich ein maximaler Umsatz von 125.000 Euro errechnen. Abzüglich der vom BSG bestätigten Kosten von 40.364 Euro bleibt ein Überschuss von rund 84.000 Euro. Dieser maximal mögliche Überschuss, den nur fünf Prozent aller Psychotherapeuten erreichen, liegt noch unter dem Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Facharztgruppen.

Die Psychotherapeuten ebenso wie die Psychiater stehen auch nach der Vergütungsreform weiterhin am unteren Ende der Einkommenskala, allerdings mit etwas geringerem Abstand zu den somatischen Fächern als vorher.

Dass die Psychotherapie aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorwegabzug bezahlt wird, wurde in einigen Meldungen von KVen so dargestellt, dass das zu Lasten der anderen Arztgruppen gehe. Tatsächlich aber werden die Gesamtvergütungen um genau die Summe erhöht, die für die Psychotherapie zusätzlich zur Verfügung gehen soll.

Darüber hinaus hat der Erweiterte Bewertungsausschuss eine zusätzliche Summe für eventuelle Mengensteigerungen, z. B. durch Mehrarbeit der Psychotherapeuten, in die Gesamtvergütungen eingestellt. Dies macht bundesweit 40 Millionen Euro aus.

Für die politisch gewollte Zunahme der Behandlerzahlen in Folge der bestehenden Bedarfsplanungsmindestquote bei den ärztlichen Psychotherapeuten (25 Prozent) oder der neu eingeführten Mindestquote im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (20 Prozent) gibt es gesonderte Rückstellungen für Neupraxen.

Es verbleibt also lediglich das „Risiko“ einer durchschnittlichen Steigerung der Arbeitszeit je Psychotherapeut, das, wenn es über der geschätzten Zunahme der Ausgaben läge, zu Lasten der anderen Arztgruppen ginge.

Trotz Zunahme psychischer Krankheiten kaum, Mengenentwicklung"

Die Zunahme der Bedeutung psychischer Erkrankungen ist evident. Kaum ein Gesundheitsreport einer Krankenkasse, der hierauf nicht exponiert eingeht. Stellvertretend seien hier nur der Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse (TK) oder der Barmer-Gesundheitsreport 2009 („Psychische Krankheiten auf dem Vormarsch“) genannt.

Das statistische Bundesamt berichtet in einer Pressemeldung vom 10 März 2009: „Im deutschen Gesundheitswesen sind die Krankheitskosten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jahr 2006 auf 26,7 Milliarden Euro angestiegen.“ Die Kosten durch diese Erkrankungen

lagen damit um 3,3 Milliarden Euro höher als im Jahr 2002. Verglichen mit allen anderen Krankheitsarten sei das der höchste Anstieg in diesem Zeitraum gewesen.

Psychische Erkrankungen erlangen ihre ökonomische Bedeutung weniger durch die Anzahl, als durch die im Vergleich zu anderen Erkrankungen lange Dauer der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Klinikaufenthalte. Laut Barmer Ersatzkasse liegt die durchschnittliche Zahl der Fehltage bei 13,6, bei psychischen Krankheiten dagegen bei 39,1 Tagen. Bezogen auf statistische Versicherungsjahre und Diagnosen stellen psychische Erkrankungen bei Frauen die dritthäufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit, bei Männern die vierthäufigste Ursache dar.

Angesichts dieser Entwicklung wäre es nicht verwunderlich, wenn der große Versorgungsdruck zu einem verstärkten Angebot an Psychotherapie führen würde. Wie die Abrechnungsergebnisse aber zeigen, ist das nicht der Fall. Die Leistungsmenge, gemessen in Zeiteinheiten, wächst seit Jahren nur mäßig, nämlich um rund 2,5 Prozent pro Jahr in den letzten sieben Jahren. Eine Auswertung der KV Rheinland-Pfalz zeigt sogar einen Rückgang der Leistungsmenge in Psychotherapie von 2006 bis 2008

Über die Gründe der schwachen Mengensteigerung kann nur spekuliert werden. Eine plausible Erklärung wäre, dass die Arbeitszeiten der Psychotherapeuten wie die der Ärzte ein Abbild der gewachsenen persönlichen Leistungsgrenzen ist, entsprechend auch der jeweiligen, über die Zeit relativ stabilen Lebenssituation (Mitverdienst des Partners, familiäre Umstände, Einschränkung durch höheres Lebensalter usw.).

Das „Zeitkontingent“, ein ideales Instrument der Mengensteuerung

Die Vergütung psychotherapeutische Tätigkeit unterscheidet sich von der Tätigkeit aller anderen Arztgruppen dadurch, dass Psychotherapeuten nicht für eine definierte Tätigkeit, sondern für eine definierte Zeiteinheit bezahlt werden. Der Arzt wird für eine bestimmte Leistung nach dem Akkordlohnprinzip vergütet, der Psychotherapeut nach dem Stundenlohnprinzip. Rationalisierung durch Versichtung der Leistung je Zeiteinheit ist dem Psychotherapeuten naturgemäß (und richtigerweise) verwehrt, weil es den Veränderungsprozess beim Patienten behindern und nicht fördern würde.

Mengenbegrenzungsregelungen müssen deswegen für beide Bereiche unterschiedlich gestaltet werden.

Diese Notwendigkeit hat der Gesetzgeber erkannt und deshalb die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen von den RLV ausgenommen (§87b Abs.2). In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass die „zeitgebundenen und vorab von den Krankenkassen zu genehmigenden psychotherapeutischen Leistungen mengenbegrenzt sind und deshalb eine Einbeziehung in die Steuerung über Regelleistungsvolumina nicht erforderlich ist“.

Dies gilt jedoch nur für die Psychotherapeuten, die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und die Psychiater, nicht für Ärzte, die in geringem Umfang Psychotherapie betreiben.

Tatsächlich ist Psychotherapie durch mehrfache Maßnahmen beiseit mengenbegrenzt:

- durch das Genehmigungs- und Gutachterverfahren der Psychotherapierichtlinien,
- durch Bewilligungsschritte und Höchstkontingente,
- durch Mindestzeiten bei allen Leistungen im EBM,
- durch die vom BSG definierte maximale Sitzungszahl von 36 pro Woche, die mit einem geschützten Honorar vergütet wird. Jede Sitzung, die darüber hinaus geht, wird mit einem stark abgesattelten Punktwert vergütet.

Jede weitere Maßnahme wäre überflüssig. Sicherlich ist dies auch ein Grund für die geringe Steigerung der Leistungen je Psychotherapeut. Unter Versorgungsgesichtspunkten wäre es

wünschenswert, wenn Engpässe durch eine Erhöhung der Arbeitszeit der dort niedergelassenen Psychotherapeuten aufgefangen werden könnten.

Eine zusätzliche Mengengrenzung wäre auch versorgungspolitisch nicht zu vertreten, denn es muss angesichts des hohen Versorgungsdrucks und der langen Wartezeiten einem einzelnen Psychotherapeuten möglich sein, flexibel mit einer Erhöhung seiner Arbeitszeit reagieren zu können. Wie prekär die Lage in manchen Regionen Deutschlands ist, zeigt die zunehmende Anzahl von Kostenerstattungsanträgen nach § 13 Abs. 3 SGB V. Krankenkassen und KVen sind nicht mehr überall in der Lage, die Versorgung sicherzustellen.

Im Gegensatz zu den genehmigungspflichtigen Leistungen genießen die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten (vor allem probatorische Sitzungen, biographische Anamnesen, Diagnostik) keinen besonderen Schutz durch das Gesetz. Dementsprechend wurden sie in der Vergangenheit durch entsprechende Honorarverteilungsregelungen stark begrenzt und meist auch schlecht, mit Punktwerten von oft weniger als 2,5 Cent, bezahlt. Dem hat das BSG inzwischen einen Riegel vorgeschoben (Urteil vom 29.08.2007).

Die Einführung der Zeitkapazitätsgrenzen zum 1. Januar 2009 hat den Spielraum für Diagnostik und Abklärung der Indikation für eine Psychotherapie erweitert. So kann ein Psychotherapeut nun nach dem Prinzip kommunizierender Röhren je nach Bedarf nicht-genehmigungspflichtige und genehmigungspflichtige Leistungen austauschen, bei gleichbleibender Arbeitszeit.

Zunächst gilt ein allgemeiner Sockel von 27.090 Minuten pro Quartal und Psychotherapeut für die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Hinzu kommt die durchschnittliche Summe der Zeiten für alle nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen je Fachgruppe auf der Grundlage der Abrechnung des Vorjahresquartals.

Beides zusammen bildet ein Zeitbudget, das in der Regel bei einer Arbeitszeit von rund 32.000 Minuten pro Quartal liegt. Wird diese Grenze überschritten, wird bis maximal zum 1,5fachen mit dem stark reduzierten Punktwert vergütet, der für die abgestaffelten Leistungen der Fachärzte gilt

Flexiblere Behandlungsmöglichkeiten - bessere Versorgung

Wenn nun mit der Einführung der Zeitkapazitätsgrenzen die Menge der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen erhöht wird, sinkt logischerweise bei gleicher Gesamtarbeitszeit die Menge an genehmigungspflichtigen Psychotherapien. Die Mischkalkulation führt zu einer Minderung der Gesamtkosten, denn die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen werden deutlich schlechter honoriert (probatorische Sitzung im Verhältnis zur Psychotherapie z. B. minus 30 Prozent je Zeiteinheit).

Trotz des damit verbundenen ökonomischen Nachteils für den einzelnen Psychotherapeuten wird der Vorteil, flexibler auf die Versorgungssituation reagieren zu können, von den Psychotherapeuten sehr positiv aufgenommen. Dabei ist eine Ausweitung des Anteils der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen nur in sehr begrenztem Umfang zu erwarten, denn auch diese Leistungen sind, jede für sich, nur begrenzt anrechenbar.

So können z. B. Testleistungen nur bis zu einer Punktzahlbergrenze durchgeführt werden, was im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oft nicht ausreichend ist. Probatorische Sitzungen sind in der Anzahl auf bis zu fünf bzw. acht je Krankheitsfall begrenzt, eine biographische Anamnese ist bei jedem Patienten nur einmal abrechenbar.

Es ist zu erwarten, dass Behandlungen durch die mit der Vergütungsreform erreichte größere Flexibilität effektiver werden. Man fragt sich, wieso dies, obwohl seit Jahren von den Psychotherapeuten gefordert, erst jetzt mit der Vergütungsreform umgesetzt wurde.

Sollte der Erweiterte Bewertungsausschuss ab Juli 2009 allein aufgrund von Anmutungen über Mengensteigerungen in der Psychotherapie weitere Einschränkungen psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten planen, wäre dies ein versorgungspolitischer Rückschritt.

Alles in allem hat die Vergütungsreform eine Verbesserung für die Psychotherapie gebracht. Dies sollte nicht durch eine Rückkehr in flexible und unnötige Regelungen in Frage gestellt werden.

Dieter Best, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)

Berufspolitische Informationen für Angestellte

G-BA: Fortbildungsverpflichtung für PsychotherapeutInnen im Krankenhaus

Seit 29.4.2009 gelten neue Regelungen für die Fortbildung von FachärztInnen, Psychologischen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die im Krankenhaus tätig sind. Laut der „Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus“ müssen diese innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern oder der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden. Von den 250 Fortbildungspunkten müssen mindestens 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildung erworben worden sein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine entsprechende Richtlinie mit dem Ziel gefasst, den Erhalt und die dauerhafte Aktualisierung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Qualifikation für die qualitätsgesicherte Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus besser zu gewährleisten. Diese Fortbildungsregeln wurden analog der bereits bestehenden Fortbildungspflicht von Fachärzten im Krankenhaus gestaltet. Sie treten rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-334/Vb-Fortbildung-2009-03-19.pdf>.

Anlass für den Erlass der Richtlinie

Gesetzliche Grundlage der Regelung ist § 137 Abs. 3 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V. In einem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V haben die betroffenen Krankenhäuser anzugeben, in welchem Umfang die Fortbildungspflichten im Einzelnen erfüllt wurden. Hintergrund der Verpflichtung ist es, die PatientInnen über die Einhaltung der Fortbildungspflichten in den Krankenhäusern zu informieren und für eine verbesserte Transparenz zu sorgen.

Die Aktualisierung wurde aufgrund von Gesetzesänderungen erforderlich. Die Einbeziehung der Psychologischen PsychotherapeutInnen sowie der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen basiert auf Änderungen des Sozialgesetzbuches V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz.

Fortbildungsverpflichtete Personen

Die Regelungen gelten für FachärztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätig sind. Die Regelungen gelten nicht für die bezeichneten Personen, sofern diese gleichzeitig als VertragsärztInnen (einschließlich belegärztlicher Tätigkeit) oder als VertragspsychotherapeutInnen ermächtigt sind (vgl. § 1 Abs. 2 der oben bezeichneten Regelung).

gen des G-BA vom 19.3.2009), da für diesen Personenkreis bereits die Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V gilt.

Fortbildungsnachweis

Die geforderte Fortbildung gilt als nachgewiesen, wenn die fortbildungsverpflichtete Person ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer oder der Psychotherapeutenkammer vorlegt. Die Unterscheidung zwischen fachspezifischer und sonstiger Fortbildung (z.B. angestelltenrelevante Sachen wie Arbeitsrecht oder Mitarbeiterführung, nicht über die Kammern akkreditierungsfähig!) trifft die fortbildungsverpflichtete Person selbst; die Unterscheidung ist durch die/den Ärztliche/n Direktor/in schriftlich zu bestätigen (vgl. § 3 der Richtlinie). Die sog. Nachweispflege obliegt der Ärztlichen Direktorin/dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses, in dem die fortbildungsverpflichtete Person nach Ablauf der Fünfjahresfrist tätig ist. Dieser/diesem sind die Nachweise gemäß § 3 vorzulegen. Die Ärztliche Direktorin/der Ärztliche Direktor hat die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung nach diesen Regelungen der in seinem Krankenhaus tätigen fortbildungsverpflichteten Personen zu überwachen und zu dokumentieren. Dem Zertifikat der jeweiligen Kammer kommt letztlich nur noch ein bestätigender Charakter zu. Die inhaltliche Prüfung der vorgelegten Nachweise findet an anderer Stelle (Ärztliche Direktion) statt.

Beginn des Fünfjahreszeitraums

Gerechnet wird für PsychotherapeutInnen ab dem 1. Januar 2009, für die FachärztInnen begann der Fünfjahreszeitraum bereits am 1.1.2006. Bei einer späteren Aufnahme einer Tätigkeit ist der im Vertrag zwischen Krankenhaus und fortbildungsverpflichteter Person bestimmte erste Arbeitstag maßgeblich.

Übergangsregelung

Für den ersten Fünfjahreszeitraum ist eine Übergangsregelung vorgesehen, bei der auch Fortbildungen anrechnungsfähig sind, die zwischen dem 1. Januar 2007 und dem 31. Dezember 2008 durchgeführt wurden. Von

Konsequenzen für PP/KJP in Kliniken

KollegInnen, die in Krankenhäusern psychotherapeutisch tätig sind, jedoch laut Arbeitsvertrag nicht als PsychotherapeutInnen angestellt sind, sondern bspw. als DiplompsychologInnen, SozialpädagogInnen, stehen zunächst vor einer relativ unklaren Situation. Ob die Fortbildungsverpflichtung auch für sie gelten wird, ist strittig und abhängig davon, welcher Anknüpfungspunkt gewählt wird: die Berufsbezeichnung als Psychologische/r Psychotherapeut/in oder die Tätigkeitsbeschreibung im jeweiligen Arbeitsvertrag. Entscheidend wird sicherlich sein, wie viel Anteil psychotherapeutischer Tätigkeit vorhanden sein muss, damit die Fortbildungsverpflichtung greift. KollegInnen mit unklarer arbeitsvertraglicher Situation sollten diese Frage mit ihrem Arbeitgeber klären.

Die Fortbildungsverpflichtung ist in § 137 Abs. 3 SGB V als Verpflichtung des jeweiligen Krankenhauses formuliert. Insofern hat zunächst die jeweilige verpflichtete Klinik (im Rahmen ihrer Qualitätssicherung) dafür zu sorgen, dass die Fortbildungsregelung regelungskonform umgesetzt wird. Eine unmittelbare persönliche Verpflichtung der in Krankenhäusern angestellten PsychotherapeutInnen analog der Fortbildungspflicht der VertragspsychotherapeutInnen ist aus § 137 Abs. 3 SGB V nicht ablesbar. Die Richtlinie des G-BA zur Fortbildungsverpflichtung, die die Regelung in § 137 Abs. 3 SGB V inhaltlich ausgestaltet, setzt allerdings bei den einzelnen PsychotherapeutInnen als sog. fortbildungsverpflichtete Personen an, wobei den Ärztlichen Direktoren der Kliniken wiederum die Überwachung und Dokumentation der Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung (vgl. § 4 Abs. 2 der Richtlinie) obliegt. Die Umsetzung der neuen Fortbildungsverpflichtung für PP/KJP wird somit in enger Absprache mit den jeweiligen Vorgesetzten zu organisieren sein.

Kerstin Burgdorf

Weitere Infos

Österreich muss Bedarfsplan nachbessern

Österreich muss seine Bedarfsplanung für ambulante ärztliche Leistungen nachbessern. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden und verwarf Regelungen, wie sie heute existieren, als "inkohärent".

In Österreich bedarf die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums mit angestellten Ärzten einer vorherigen behördlichen Genehmigung. Diese kann nur erteilt werden, wenn das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere durch Vertragsärzte, nicht ausreicht. Der EuGH begründete sein Urteil damit, dass Österreich das Ziel einer "qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen medizinischen Versorgung" nicht schlüssig verfolge. Da nur für Ambulatorien mit angestellten Ärzten eine solche Genehmigung erforderlich ist, sind diese in ihrer Niederlassungsfreiheit eingeschränkt. Weil die Regelungen jedoch nicht für Gruppenpraxen mit einem vergleichbaren Angebot gelten, müssten diese nachgebessert werden.

Pressemitteilung des Europäischen Gerichtshofs, 10. März

Neue Informationsplattform für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen zum Thema Codierung

„Wir wollen feststellen, ob es bundesweit Bemühungen von Krankenkassen gibt, die Diagnosecodierung von Vertragsärzten zu manipulieren.“ Das hat der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), Dr. Andreas Köhler, gesagt. Deshalb hat das ZI die Website ZI-Observatorium eingerichtet. Diese soll eine Informationsplattform für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen zum Thema Codierung werden. Ärzte können hier namentlich oder anonym ihre Erfahrungen mitteilen oder fachliche Fragen rund um das Thema Diagnosecodierung stellen.

Wie viel Geld eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, hängt seit diesem Jahr auch von der Morbidität (den Krankheiten) ihrer Versicherten ab. Für Versicherte, deren Krankheiten durchschnittlich einen hohen Behandlungsaufwand erfordern, erhalten die Krankenkassen mehr Geld aus dem Fonds (Risikozuschläge). Seit Bekanntwerden der Zuschlags-systematik haben deshalb einige Krankenkassen versucht, die Diagnosezuschreibung (Codierung) der Ärzte zu beeinflussen. „Wir setzen uns für das medizinisch richtige Codieren ein. Das neue Angebot soll uns helfen zu beobachten, welchem Druck die Ärzte derzeit von Seiten der Kassen ausgesetzt sind. Darüber hinaus wollen wir fachliche Fragen erkennen, bei denen Vertragsärzte Unterstützung benötigen“, so Köhler.

Das ZI-Observatorium ist unter www.zi-berlin.de/zi-observatorium zu erreichen. Fragen und Hinweise nimmt das ZI über das dort bereitgestellte Kontaktformular oder per E-Mail unter zi-observatorium@zi-berlin.de entgegen.

Quelle: AZR – Zeitschrift für Fachanwälte Medizinrecht, Ausgabe 2/2009, Jg. 21

Klage-Hotline für PatientInnen

Mit der neuen Honorarordnung sind einige Ärzte so unzufrieden, dass sie PatientInnen zur Vorkasse bitten oder eine Behandlung ablehnen. Dagegen sollen sich KassenpatientInnen zur Wehr setzen: Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) hat eine kostenlose Hotline eingerichtet, an die sich verärgerte PatientInnen wenden sollen. Die AWO leitet die Beschwerden an die Krankenkassen weiter. Versicherte können sich auch direkt an ihrer Kasse wenden.

Aufgrund gehäufter Medienberichte über abgelehnte oder zur Vorkasse verdonnerte PatientInnen will die AWO nun mit Hilfe der Beschwerdesammlung herausfinden, wie verbreitet dieses Vorgehen ist.

Kostenlose AWO-Hotline: Telefon 0800 5887958

Quelle: AZR – Zeitschrift für Fachanwälte Medizinrecht, Ausgabe 2/2009, Jg. 21

Aktuelle Broschüre der KVB

Eine aktuelle Broschüre der KVB, die gute Infos und Zahlen zur psychotherapeutischen Versorgung bietet, ist unter folgender Adresse im Netz zu finden:

http://www.kvb.de/fileadmin/data/dokumente/2_Praxis/Service___Beratung/2.4.2_Fachinfo_aktuell/PT_V-Broschuere_RZ_final-V11.pdf

Stellenausschreibung

Das Institut für Beratung und Therapie am Standort Dinklar (bei Hildesheim) sucht eine/n

Wissenschaftliche/n MitarbeiterIn (Dipl.-Psych.)

für die Betreuung eines Forschungsprojekts zu den Neuen Versorgungsformen und für die Mitarbeit in der Ambulanz der Ausbildungsstätte. Die Stelle soll in Vollzeit (40 Wochenstunden) für zwei Jahre mit Verlängerungsmöglichkeit um ein Jahr besetzt werden.

Die Vergütung orientiert sich an den Regelungen des öffentlichen Dienstes.

Wünschenswert sind eine fortgeschrittene VT Ausbildung oder Approbation und Interesse an einer Promotion. Erstklassige Statistikenkenntnisse sind Voraussetzung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bitte an

Prof. Dr. Armin Kuhr, Dipl.-Psych.

Große Seite 14

31174 Dinklar

Tel.: 05123 2466

Fax: 05123 2488

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Hessen:** Mitgliedertreffen am 26.10.2009 von 19:30 Uhr bis 21:00 Uhr im Hotel National, Baseler Str. 50 (Nähe Hbf.), 60329 Frankfurt/M, Grüner Salon
- **Niedersachsen:** Mitgliederversammlung am 9.06.2009 von 18.30 bis ca. 21.30 Uhr im FZH Vahrenwald, Vahrenwalder Str. 92, 30165 Hannover. Die MV beginnt mit einem Fortbildungsangebot ab 18.30 Uhr zum Thema Bindungsforschung und Psychotherapie. Referentin: Dr. Katja Petrowski, Universitätsklinikum Dresden.
- **Sachsen-Anhalt:** Regionale Mitgliederversammlung im Rahmen der 8. DGVT-Praxistage in Magdeburg am 7.11.2009 um 17.45 Uhr im Anschluss an den Vortrag/Workshop von Frau Caspar
- **Schleswig-Holstein:** Regionale Mitgliederversammlung am 5.10.2009
- **AG Kostenerstattung Hamburg,** Dienstag, 7. Juli 2009, 19:00 Uhr im ABZ Hamburg, Seewartenstr. 10, 20459 Hamburg
- **Treffen der Fachgruppe KiJu:** 18.8.2009, 20:00 Uhr Fachgruppentreffen; 21.11.2009, 10:00 Uhr, Fortbildungstag Arbeitstitel: Selbstfürsorge für Psychotherapeuten; Ort ist jeweils die Praxis von Katrin Ruß, Seelhorststr. 53, 30175 Hannover

Schematherapie

Einführungsveranstaltungen in Berlin, Magdeburg,
Hamburg, Tübingen und München



Weitere Informationen zu den Veranstaltungen:

www.afp-info.de

und

bundesakademie@afp-info.de

Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Seit Mai laufen in Nordrhein-Westfalen die Wahlen zur Psychotherapeutenkammer, die am 17. Juni 2009 zu einem Abschluss finden werden. Die DGVT kandidiert in den verschiedenen Wahlbezirken als Liste

„AS – Angestellte und Selbständige kooperieren“.

Mit der Liste AS setzen sich KollegInnen der DGVT für das kooperative Zusammenspiel aller Berufsgruppen und Institutionen im Bereich der psychosozialen Versorgung ein. Dabei setzt die Liste auf die gleichberechtigte Berücksichtigung der Belange von angestellten und niedergelassenen KollegInnen und setzt sich für die bessere Ausgestaltung der Schnittstellen dieser Arbeitsfelder ein. Die DGVT-KandidatInnen möchten die Kammerpolitik in diesem Sinne in der nächsten Wahlperiode (2009 – 2014) mitgestalten.

Das Wahlprogramm der DGVT-Liste finden Sie auf der DGVT-Homepage unter [www.dgvt.de/Landesgruppen/Einzelne Länder/Nordrhein-Westfalen/Kammerwahlen](http://www.dgvt.de/Landesgruppen/Einzelne_Länder/Nordrhein-Westfalen/Kammerwahlen)

Wir fordern unsere Mitglieder nochmals dazu auf, von Ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen und unsere KandidatInnen mit Ihrer Stimme zu unterstützen.

Wahl zur Berliner Kammer für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen 2009

Vom 29. Mai bis 23. Juni 2009 wird auch die Berliner Kammerversammlung neu gewählt. KandidatInnen der DGVT werden mit einer eigenen Liste zur Wahl anzutreten. Als Liste „Ausbruch und Reform“ möchten sich KollegInnen der DGVT mit einem alternativen Wahlprogramm zur Wahl stellen.

Das Wahlprogramm ist veröffentlicht unter [www.dgvt.de/Landesgruppen/Einzelne Länder/Berlin/Kammerwahlen](http://www.dgvt.de/Landesgruppen/Einzelne_Länder/Berlin/Kammerwahlen).

Wir bitten unsere Mitglieder um rege Beteiligung an den Kammerwahlen und um die Unterstützung durch Ihre Stimme.