



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

Stand: 11. Dezember 2008

### **Inhaltsverzeichnis**

#### *Gesundheits- und Berufspolitiches*

- **Interview mit Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom, Essen..... 4**
- **Umsteuerung dringend geboten? Versuch einer Auseinandersetzung  
mit der so genannten „Melchinger Studie“ ..... 8**
- **Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ..... 11**
- **Finanzielle Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) ..... 13**
- **IGES Institut erstellt 5. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens ..... 14**
- **Konsequenzen der Erhöhung der Mindestquote für PsychotherapeutInnen,  
die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln ..... 16**
- **Möglichkeiten des neuen Vertragsarztrechts nutzen - Chance zur  
Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung..... 16**

#### *Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg.....	19
Bayern.....	22
Bremen.....	23
Hessen.....	25
Hamburg.....	26
Niedersachsen.....	26
OPK.....	28
Rheinland-Pfalz.....	32

---

Saarland .....	34
Schleswig-Holstein .....	35

### *Aus den Kammern*

<b>■ Bericht vom 13. Deutschen Psychotherapeutentag in Leipzig.....</b>	<b>39</b>
---	-----------

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

<b>■ Ablehnungsbeschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg zur Gesprächspsychotherapie.....</b>	<b>45</b>
<b>■ Bundessozialgericht: KV ist nicht verpflichtet, bestandskräftige rechtswidrige Honorarbescheide zu korrigieren.....</b>	<b>47</b>
<b>■ Keine Lobby für Forensik und Rechtspsychologie?.....</b>	<b>47</b>
<b>■ Krankenkassen müssen nicht für rezeptfreie Medikamente zahlen.....</b>	<b>48</b>
<b>■ Krankenkasse muss Vollnarkose bei Zahnarztphobie zahlen.....</b>	<b>49</b>
<b>■ GEZ-Gebühren für Praxis-PCs?.....</b>	<b>49</b>

### *Tagungsbericht*

<b>■ Tagung „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ am 25.11.2008 in Berlin.....</b>	<b>51</b>
---	-----------

### *Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

<b>■ Ausweitung und Flexibilisierung psychotherapeutischer Leistungsangebote innerhalb der ambulanten Versorgung Jochen Maurer und Kerstin Burgdorf.....</b>	<b>54</b>
<b>■ Bewertungsausschuss verbessert Jobsharing.....</b>	<b>59</b>
<b>■ KBV veröffentlicht Sonderpublikation zum EBM 2009.....</b>	<b>59</b>
<b>■ Das gesetzliche Krankengeld für Selbstständige läuft Ende des Jahres aus.....</b>	<b>60</b>

### *Weitere Infos*

<b>■ BKK Studie: Psychische Belastungen im Unternehmen kosten 6,3 Mrd. Euro jährlich.....</b>	<b>61</b>
<b>■ Sachverständigenrat stellte am 12.11.08 sein Jahregutachten 2008/2009 vor und übte scharfe Kritik an der Gesundheitspolitik.....</b>	<b>61</b>
<b>■ BKA-Gesetz scheitert im Bundesrat .....</b>	<b>62</b>
<b>■ Buchtipp: Survivalguide PiA – Die Psychotherapieausbildung meistern.....</b>	<b>62</b>
<b>■ Regionale Mitgliedertreffen, Termine.....</b>	<b>63</b>

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in der letzten Rosa Beilage hatten wir ausführlich über den aktuellen Stand des Gesetzgebungsverfahrens des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Organisationsstrukturgesetz**) berichtet. Das Gesetz wurde inzwischen am 17.10. im Bundestag und am 7.11. im Bundesrat **verabschiedet** und tritt zum 1.1.2009 in Kraft. Wir freuen uns, dass es gelungen ist, die Abgeordneten des Bundestages doch noch zu überzeugen, dass eine Mindestquote von 20 % für PsychotherapeutInnen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, unverzichtbar ist. Laut Bundespsychotherapeutenkammer schafft sie bundesweit zusätzlich rund 700 Praxissitze.

Auch die Nachfolgelizenz nach Praxisabgabe (§ 103 Abs. 4 SGB V) wird ab dem 1.1.2009 auch bei „hälftigem Verzicht“ auf die Zulassung möglich. Die KBV hatte sich – wir berichteten darüber – gegen diese Regelung ausgesprochen, da sie Verwerfungen in der Bedarfsplanung befürchtete. Inwieweit dies Vertragsärzten und –psychotherapeuten, die sich langsam aus ihrer beruflichen Tätigkeit zurückziehen wollen, oder aber auch Neueinsteigern und Jobsharern aus familiären Gründen oder wegen gleichzeitiger Tätigkeit in einer Institution neue Perspektiven eröffnet, wird sich erst im neuen Jahr zeigen.

Am 23. Oktober hat der erweiterte Bewertungsausschuss Korrekturen an den bisherigen Beschlüssen zur **Vergütungsreform** vom 27. und 28. August, über die wir in der Rosa Beilage 3/08 S. 39 f. berichteten, vorgenommen. Die Korrektur war notwendig geworden, da einige KVen (Baden-Württemberg, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) durch die bisherigen Berechnungen benachteiligt gewesen wären. Zur Honorarreform und zur Gesundheitsreform äußert sich **Jürgen Wasem**, Gesundheitsökonom aus Essen und Schlichter bei den Honorarverhandlungen zwischen KBV und Krankenkassen im **Interview** mit uns unter der Rubrik Gesundheits- und Berufspolitisches. Mit einem Artikel von Heiner **Melchinger** „**Umsteuerung dringend geboten**“, der als Zusammenfassung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde, setzen wir uns kritisch auseinander. Ein Bericht zum **Krankenhausfinanzierungsgesetz**, die **Stellungnahme der DGVT zur finanziellen Situation der PIA** und der Bericht zur **5. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens** ergänzen die „Gesundheits- und Berufspolitischen Informationen“.

Die **Ausweitung und Flexibilisierung psychotherapeutischer Leistungsangebote** innerhalb der ambulanten Versorgung werden von Jochen Maurer und Kerstin Burgdorf beleuchtet, ein für niedergelassene KollegInnen spannendes Thema. Hier finden Sie außerdem einen Hinweis auf die **Sonderpublikation der KBV zum EBM 2009** sowie zum Ende des **Krankengeldes für Selbstständige ab 2009**.

Unter „**Alles was Recht ist ...**“ besprechen wir einen Beschluss zur Gesprächspsychotherapie sowie mehrere Urteile, die das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen.

Ferner finden Sie einen ausführlichen Bericht zum **13. Deutschen Psychotherapeutentag** in Leipzig, **Berichte aus den Ländern** und noch einiges mehr in diesem Heft.

Ihnen allen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das Neue Jahr.

*Waltraud Deubert*

*Kerstin Burgdorf*

*Heiner Vogel*

---

## Gesundheits- und Berufspolitisches

---

# Interview mit Prof. Dr. Jürgen Wasem<sup>1</sup>

*Die Fragen wurden von Kerstin Burgdorf, Waltraud Deubert, Katja Kühlmeyer und Heiner Vogel gestellt.*

### **FRAGEN ZUM THEMA „HONORARREFORM“**

➤ *Sie werden von der Boulevardpresse als EBM-Pabst bezeichnet, was war Ihre Rolle in den Verhandlungen?*

Man muss zunächst einmal sehen, dass beide Seiten (KBV, Kassen) mit einer großen Zahl von Profis, die sich vollberuflich mit der Thematik der ärztlichen Vergütung beschäftigen, antreten. Bei mir ist dies hingegen ein Ehrenamt, dem ich nur begrenzte Zeit widmen kann. Um überhaupt „mithalten“ zu können, habe ich dieses Mal allerdings eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, die zum Thema der ärztlichen Vergütung promoviert, gewinnen können, mich bei den Beratungen zu unterstützen. Das war sehr sinnvoll. Sie hat etwa auch wesentlich die Fragen der Vergütung der Psychotherapie, die für mich vorher ziemliches Brachland waren, so aufbereitet, dass ich da verhandlungs- und entscheidungsfähig geworden bin.

➤ *Zu Ihrer Rolle als Schlichter: Waren es schwierige Verhandlungen?*

Der unparteiische Vorsitzende des Erweiterten Bewertungsausschusses wird ja von beiden Seiten gemeinsam berufen und für vier Jahre gewählt. Beide Seiten vertrauen daher darauf, dass er sich um einen fairen Interessenausgleich bemüht. Das eigentlich „Schwierige“ ist für mich, mir selber ein Urteil zu bilden, wo ich diesen fairen Interessenausgleich sehe. Wenn ich dann einen Vorschlag entwickelt habe, von dem ich denke, dass er einen fairen Interessenausgleich realisiert, muss ich für diesen Vorschlag werben. Ich muss mindestens eine der beiden Seiten und eines der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder (die jeweils von einer der beiden Seiten vorgeschlagen werden und ihnen nach meiner bisherigen Erfahrung auch relativ nahe stehen) für diese Position gewinnen. Dabei ist nahe liegend: Je weiter mein Vorschlag von den Ausgangspositionen der beiden Seiten weg ist, um so schwerer fällt es ihnen, dem Vorschlag etwas abzugewinnen. Umgekehrt aber gilt: Gerade ein Vorschlag, der einen fairen Interessenausgleich bietet, ist von den Ausgangspositionen beider Seiten logischer Weise weit weg.

➤ *Welches Ergebnis kam heraus? Wie bewerten Sie das Ergebnis?*

Wir haben ja eine größere Zahl von Beschlüssen gefasst – teilweise Ende August und dann noch einmal, zum Teil präzisierend, zum Teil ergänzend, in geringeren Teilen auch korrigierend – Ende Oktober. Das für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer wichtigste Ergebnis ist sicher, die Festlegung des Wachstums der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf 5,1 % für 2009. Dies bedeutet, dass wir einen großen Spielraum für zusätzlich vergütete Mengen geschaffen haben. Ich erhoffe mir dadurch auch einen Abbau der versteckten Rationierung, die dadurch teilweise eingetreten ist, dass Ärzte nach

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement, FB Wirtschaftswissenschaften, an der Universität Duisburg-Essen sowie „Unparteiischer Vorsitzender“ des Erweiterten Bewertungsausschusses (Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen).

Ausschöpfung der mit festen Punktwerten vergüteten Leistungsmengen Leistungen nicht mehr erbracht haben. Das zusätzliche Finanzvolumen beläuft sich auf rd. 2,5 Mrd. Euro. Den Erwartungen vieler Ärzte entspricht dies offenbar nicht. Aber man muss auch bedenken, dass die Beitragszahler die Mehrausgaben finanzieren müssen. Ich halte die Entscheidung daher vor diesem Hintergrund keinesfalls für unvertretbar niedrig.

Besonders wichtig ist mir, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss einen rechtskonformen Weg gefunden hat, die Honorare der vertragsärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern stärker als im Westen ansteigen zu lassen. Die Honorarangleichung ist damit nach meiner Einschätzung erreicht.

➤ *Was können Psychotherapeuten vom EBM 2009 erwarten?*

Die Leistungen der Psychotherapeuten werden nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses künftig bundesweit einheitlich vergütet. Zwar kann es da unter Umständen noch Modifikationen auf der Landesebene geben, ich gehe aber nicht davon aus, dass hier größere Veränderungen vorgenommen werden. Der Erweiterte Bewertungsausschuss ist dabei meinem Vorschlag gefolgt, die Vergütung knapp unterhalb des Niveaus von Westfalen-Lippe anzusiedeln – für die Psychotherapeuten in den meisten KVen bedeutet dies einen spürbaren Anstieg der Vergütungen.

Auch werden – dies hat schon der Gesetzgeber so geregelt – die psychotherapeutischen Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet. Hier findet vielmehr eine Mengensteuerung über Zeitkontingente statt.

➤ *Welche Rolle nehmen PP/KJP in den Verhandlungen ein?*

Auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung nehmen Vertreter der Psychotherapeuten an den Verhandlungen teil. Ich habe diese Vertreter als kompetent und sachbezogen schätzen gelernt.

➤ *Wie viel verdienen PP und KJP (nicht ärztliche PT) künftig im Vergleich zu (anderen) Fachärzten/Hausärzten?*

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat ja festgelegt, dass ein Psychotherapeut bei voller Auslastung in der Lage sein muss, das Einkommen, das ein Facharzt mit einer durchschnittlich ausgelasteten Praxis erzielt, zu realisieren. Dazu hat es in den einzelnen KVen jeweils spezifische Regelungen geben müssen. Ich denke, mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ist dies nun bundesweit erreicht. Deswegen wird es nach meiner Einschätzung nur noch in spezifischen Situationen erforderlich sein, dass die Psychotherapeuten sich ihre Honorare vor den Sozialgerichten erstreiten müssen.

➤ *Es werden Alternativen zur KV diskutiert; welche Chance/welche Risiken sehen Sie?*

Ich gehöre zu denjenigen Gesundheitsökonominnen, die seit längerem dafür eingetreten sind, Selektivverträgen parallel zum System der Kollektivverträge über KVen eine faire Chance zu geben. Der Gesetzgeber hat dies in den letzten Gesundheitsreformen stärker aufgegriffen. Teilweise allerdings kehrt er davon wieder ab – wenn er etwa mit den Änderungen des § 73b SGB durch das GKV-OrgWG nun Kollektivverträge mit den Hausarztverbänden vorschreibt.

**FRAGEN ZUM THEMA „GESUNDHEITSREFORM“**

*Sie befürworten eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung. Was verstehen Sie darunter?*

Die Krankenkassen sind heute noch weit überwiegend gezwungen, die Leistungen für ihre Versicherten unter dem Dach von „gemeinsam und einheitlich“ einzukaufen – teilweise agiert auch gar nicht die einzelne Krankenkasse, sondern die Landesverbände oder der GKV-Spitzenverband. Außerdem gilt zumeist der Kontrahierungszwang: Die Leistungserbringer wie auch die Krankenkassen sind zum Vertragsabschluss miteinander verpflichtet, wenn sie im GKV-System tätig sind. Mein Konzept einer stärker wettbewerblichen Ausrichtung der

GKV geht davon aus, dass die Krankenkasse – untereinander im Wettbewerb stehend – Versorgungsleistungen für ihre Versicherten bei den Leistungserbringern durch Versorgungsverträge einkaufen, die keinem Kontrahierungszwang unterliegen. In diesem System – um einen häufig gehörten Einwand anzusprechen – muss eine Letztverantwortung des Staates gegeben bleiben für die Sicherstellung der Versorgung. Dazu sind umsetzbare Modelle entwickelt worden.

Demgegenüber bin ich deutlich skeptischer, ob sich der Wettbewerb der Krankenkassen auch auf den Leistungsumfang beziehen sollte. Denn hier besteht ein Spannungsverhältnis zum Solidarprinzip der GKV.

*Durch welche Maßnahmen könnten Beitragsanhebungen verhindert werden? Sind alle Sparmöglichkeiten im Gesundheitssystem ausgeschöpft?*

Nach meiner Einschätzung gibt es sowohl innerhalb der Gesundheitseinrichtungen als auch in der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Bereichen noch Wirtschaftlichkeitsreserven. So haben in der Krankenhausversorgung erst relativ wenige Krankenhäuser durch die Einführung „klinischer Pfade“ die Möglichkeiten zur Effizienzverbesserung genutzt.

Gleichwohl werden wir wegen der Interaktion von Alterung und medizinischem Fortschritt Beitragsanhebungen nicht verhindern können, wenn wir nicht in ein System der Rationierung hineinlaufen wollen.

*Kam die Einführung des Gesundheitsfonds zu früh?*

Zunächst einmal: Ich halte den Gesundheitsfonds grundsätzlich für sinnvoll. Weil dies ein eleganter Weg ist, einerseits (über den einheitlichen Beitragssatz für den Beitrag an den Fonds) die von breiten Bevölkerungskreisen getragene solidarische Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge zu realisieren, gleichzeitig aber (über einkommensunabhängige kassenspezifische Zusatzbeiträge der Versicherten) adäquate Preissignale im Kassenwettbewerb zu setzen.

Gleichwohl hätte ich eine Verschiebung der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes um ein Jahr für sinnvoll gehalten: Sowohl auf der Ausgabenseite (Reform der ärztlichen Vergütung, zusätzliches Geld für die Krankenhäuser) als auch auf der Einnahmenseite (morbidityorientierter RSA) bestehen für die Kassen erhebliche Unsicherheiten. Auch ist angesichts der möglichen Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Realwirtschaft unklar, ob der Fonds die vorgesehenen Ausgaben mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent wird finanzieren können.

Als Problem habe ich übrigens immer angesehen, dass der Fonds mit 100 Prozent Finanzausstattung startet. Denn dies bedeutet umgekehrt, dass die durchschnittliche Zusatzprämie Null ist. Ich habe von Anfang an gesagt, dass dann alle Kassen bei der Einführung um jeden Preis vermeiden wollen, dass sie einen Zusatzbeitrag erheben müssen und deswegen eine rigide Kostendrosselungspolitik betreiben wollen. Genau dies sehen wir jetzt.

Aber der Fonds wird jetzt kommen – und das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird deswegen nicht untergehen.

*Die Private Krankenversicherung wurde nicht in den Gesundheitsfonds einbezogen. Wie sehen Sie die Entwicklung bei den privaten Krankenversicherungen?*

Wir haben gegenwärtig ein duales Versicherungssystem, bei dem Teile der Bevölkerung individuell wählen können, ob sie einem System angehören wollen, das einkommensabhängige Beiträge und beitragsfreie Familienversicherung kennt, oder einem System, das risikoabhängige Beiträge für jeden Versicherten kalkuliert. Dies ist nicht sinnvoll – denn die Wahlentscheidungen der Bürger gehen, verständlicherweise, zulasten des GKV-Systems. Ich denke daher, dass die Diskussion über die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems weiter gehen wird. Dies bedeutet nicht das Ende der Vollversicherung in der PKV. Es muss vielmehr darum gehen, einen Rahmen zu schaffen, in dem GKV und PKV miteinander in ei-

nen fairen Wettbewerb treten. Der Gesundheitsfonds kann dafür eine geeignete Plattform darstellen.

*Wie sieht es mit der Möglichkeit aus, in den Gesundheitsfonds notfalls Steuermittel zu schießen, damit die Belastung für die Beitragszahler sinkt?*

Um Steuermitteln in das Gesundheitswesen zu stecken, braucht man keinen Gesundheitsfonds – wie man alleine daran sieht, dass der Bundeszuschuss an die GKV bereits seit 2004 besteht, ohne dass wir den Fonds hatten. Ich halte eine Verbreiterung der Finanzbasis der GKV durch Steuermittel für sinnvoll. Allerdings stellt sich die Frage, wie verlässlich der Bund hier als Partner ist – die Erfahrungen von 2004 bis heute stimmen da nicht optimistisch, da die Spielregeln für den Bundeszuschuss in dieser kurzen Zeit bereits mehrfach geändert wurden.

*Sollte die Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung verlängert werden?*

Es ist fatal, dass die Politik gleichzeitig zur Einführung des Gesundheitsfonds die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung hat auslaufen lassen. Denn die Kassen kündigen jetzt zahlreiche dieser Verträge auch dann, wenn sie sich bezüglich der Versorgungsziele eigentlich bewährt haben, um auf jeden Fall das Erheben eines Zusatzbeitrages verhindern zu können. Dies war seit Monaten absehbar, die Politik hat dies unverständlicherweise hingenommen.

*Risikostrukturfinanzausgleich - wie bewerten Sie die jetzige Ausgestaltung des "Morbi-RSA"?*

Bekanntlich habe ich vor über 10 Jahren mit einem empirischen Forschungsprojekt zu einer möglichen Morbiditätsorientierung des RSA die Diskussion über diese Weiterentwicklung des RSA angestoßen. Von daher bin ich sehr froh, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab 2009 unter Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten erfolgen. Ohne Morbi-RSA hätte Wettbewerb der Kassen um Versorgungsinhalte keine Chancen.

Allerdings birgt die im Rahmen des politischen Kompromisses der Gesundheitsreform vereinbarte Beschränkung des Morbi-RSA auf 50-80 Erkrankungen durchaus Nachteile: Es gibt jetzt nämlich Krankheiten, für die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds ausreichend Mittel erhalten, und Krankheiten, bei denen das nicht der Fall ist. Es ist schon jetzt erkennbar, dass die Kassen sich bei den „schlechten“ Erkrankungen schwerer tun, Versorgungsaktivitäten zu planen.

*Praxisnetze - Welche Perspektiven sehen Sie da?*

Die isolierte Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes wird sich zunehmend schwer tun. Daher werden Kooperationen weiter an Bedeutung gewinnen. Ich denke, dass hier unterschiedliche Modelle erprobt werden. Dazu gehören Praxisnetze, insbesondere wenn sie sinnvolle betriebswirtschaftliche Funktionen wahrnehmen, aber natürlich auch Medizinische Versorgungszentren. Welchen Stellenwert die unterschiedlichen Kooperationsformen künftig haben werden, ist nach meiner Einschätzung noch nicht absehbar.

*Sind Hausarztverträge ein Fortschritt für die Patienten?*

Zum Nutzen von Hausarztverträgen wissen wir zu wenig, bislang liegen für Deutschland keinerlei Evaluationen vor, die ihren Nutzen belegen würden. Dass bestimmte Formen von Hausarztverträgen nur zusätzliches Geld kosten, ohne Nutzen gestiftet zu haben, konnten wir am Vertrag der Barmer Ersatzkasse sehen. Von daher hatte ich schon 2004 und 2007 überhaupt kein Verständnis dafür, dass die Politik hausarztzentrierte Versorgung obligatorisch gemacht hat. Mit dem GKV-OrgWG hat sie nun auch noch geregelt, dass die Kassen bis Mitte 2009 zwingend Verträge mit den Hausarztverbänden schließen müssen. Dies kann ich mir in erster Linie mit Ideologie und mit politischen Tauschgeschäften erklären, aber nicht wirklich aus der Sache heraus.

*Wer soll über den Leistungskatalog und den Zugang zu innovativer Medizin entscheiden?*

In Deutschland liegt diese Entscheidung ja gegenwärtig beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Ich halte das grundsätzlich für sinnvoll. Allerdings würde ich mir eine stärkere Legitimation des G-BA wünschen. So habe ich vor einigen Jahren vorgeschlagen, dass dort auch die gesellschaftlichen Gruppen (Kirchen, Gewerkschaften) vertreten sind – denn bei der Fragen nach dem Zugang zu Innovationen handelt es sich um eine ethisch anspruchsvolle gesellschaftliche Aufgabe. Ich wüsste nicht, was etwa die Vorstände der Deutschen Krankenhausesellschaft oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung besonders legitimieren würde, hierüber zu entscheiden.

Wir werden voraussichtlich stärker als in der Vergangenheit Leistungen nicht finanzieren, die zwar einen Zusatznutzen aufweisen, aber bei denen das Kosten-Nutzen-Verhältnis sehr ungünstig ist. Bei den Arzneimitteln ist mit der Einführung der Kosten-Nutzen-Bewertung die Weichenstellung in diese Richtung bereits erfolgt. Es fehlen bislang die Maßstäbe für solche Entscheidungen. Ich hielte es für sinnvoll, dass die Politik hier grundsätzliche Pflöcke einzieht, wie solche Maßstäbe aussehen könnten.

*Wann erwarten Sie die nächste Gesundheitsreform?*

Sie wird sehr wahrscheinlich in 2010 beraten werden und zum Jahresbeginn 2011 in Kraft treten.

**Umsteuerung dringend geboten?  
(Versuch einer) Auseinandersetzung mit  
der so genannten “Melchinger Studie” zur  
ambulanten psychiatrischen Versorgung**

Der Beitrag von Heiner Melchinger im Deutschen Ärzteblatt (105; 46, p A2457 – A2460) als Zusammenfassung seiner gleichnamigen Studie bedarf unbedingt einer Gegenrede und gleichzeitig auch einer kritischen Auseinandersetzung. Melchinger reißt einerseits wichtige Punkte an, andererseits gibt sein Beitrag diesen wichtigen Themen einen Beigeschmack, der bitter bleibt. Seine Ausführungen erschweren eher eine seriöse Beschäftigung mit den unzweifelhaft kritischen Punkten, als diese zu fördern.

Zunächst einmal beschreibt Melchinger Fakten, die all jenen, die sich im Bereich der ambulanten Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen bewegen, seit langem bekannt sind. Unstrittig ist, dass Psychiater aufgrund der Abrechnungssystematik pro Patient und Quartal weniger Geld bekommen als PsychotherapeutInnen und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Dies ist aus der Systematik des EBM erklärbar und natürlich auch inhaltlich begründbar. Aus dieser Systematik ist es auch unmittelbar abzuleiten, dass ambulant tätige PsychotherapeutInnen weniger PatientInnen betreuen können. Melchinger unterschlägt leider das Faktum, dass Psychiater im Bundesdurchschnitt dennoch ein höheres Einkommen haben, als rein psychotherapeutisch tätige ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen<sup>2</sup>. Abgesehen

<sup>2</sup> Nach einer aktuellen Übersicht lag der durchschnittliche Praxisüberschuss für Psychotherapeuten im Jahr 2006 bei 37 061 EUR, für Psychiater bei 65 882 EUR (alte Bundesländer); im Jahr 2000 waren es für Psychotherapeuten 28 296 EUR, für Psychiater 69 814 EUR (Forum Psychotherapeutische Praxis, Ausgabe 8, 2008, S. 164).



davon stellt sich natürlich die Frage, welche Schlüsse Melchinger aus diesen bekannten Fakten zieht und was könnte sein Ziel bei diesem Beitrag sein?

Als VerhaltenstherapeutInnen fragen wir beharrlich nach dem Ziel eines Vorgehens und stellen gleichzeitig immer auch die Frage, ob das entsprechende Vorgehen geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen. Zunächst einmal unterstellen wir Herrn Melchinger, dass es ihm um eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen geht. Ist sein Vorschlag vom Ansatz her geeignet, die Versorgung der PatientInnen zu verbessern? Wir denken Kollege Melchinger geht am entscheidenden Problem vorbei: Dem Problem, dass es mehr psychisch kranke Menschen gibt, als entsprechend TherapeutInnen zur Verfügung stehen. Wenn nun ein Mangel besteht, dann wird dieser erst einmal nicht dadurch behoben, dass Ressourcen verschoben werden. Spielen wir seinen Vorschlag einmal durch: Die Gelder aus der ambulanten Psychotherapie würden in größerem Maße den Psychiatern zur Verfügung gestellt. Dann könnten sie entweder ihre jetzigen PatientInnen intensiver betreuen und es stellt sich die Frage, was würde mit den bisher in ambulanter Psychotherapie befindlichen PatientInnen passieren? Würden diese dann weniger versorgt (was er indirekt ja fordert, indem er unterstellt, dass diese nicht so dringend Behandlung benötigen, „Für leichter gestörte PatientInnen, die auch noch ein halbes Jahr warten können...“, S A2458). Benötigen all die leicht und mittelgradig depressiven Menschen, die AngstpatientInnen oder die PatientInnen mit einer Borderline-Störung, um nur einige herauszugreifen, nach Meinung von Melchinger keine oder nur eine ausgedünnte Therapie? Sollten die TherapeutInnen für diese Arbeit etwa schlechter bezahlt werden? Womit ist eine solche Stellungnahme (und unserer Meinung nach eine verletzende Abwertung dieser Patienten und deren BehandlerInnen) begründet? Herr Melchinger müsste wissen, dass diese Wartezeit in der Regel aus der Tatsache herrührt, dass keine entsprechenden Therapieplätze zur Verfügung stehen und nicht weil diese PatientInnen sinnvollerweise warten können.

Der Vorwurf, PsychotherapeutInnen behandeln zu wenige PatientInnen, ist natürlich leicht zu entkräften, da bei einer festgelegten Zeiteinheit für eine Behandlungsstunde eben nur eine begrenzte Zahl von PatientInnen pro Tag behandelt werden können, die auch nicht ausweitbar ist. Bleibt also nur die Frequenz und die Stundenzahl pro PatientIn. Dies kann sicherlich wissenschaftlich betrachtet werden, darauf werden wir aber weiter unten noch eingehen. Oft wird PsychotherapeutInnen vorgeworfen nicht die von der KBV angesetzten 36 Therapiesitzungen/pro Woche mit GKV PatientInnen umzusetzen. Die Zahl von 36 Therapiesitzungen pro Woche ist aus mehrfacher Hinsicht unsinnig. Zum einen ist eine fachlich gute und qualitativ hochwertige, sprich verantwortungsvoll am Wohl der PatientInnen orientierte Behandlung nicht mehr möglich, zum anderen führt dies zu einer permanenten Überforderung der TherapeutInnen. Eine 60-Stundenwoche Regelarbeitszeit als Basis für die Berechnung einer Praxis anzusetzen ist arbeitsrechtlich schon sehr fraglich und inhaltlich sicherlich nicht angemessen, wenn es um qualitativ hochwertige Arbeit geht. Auch hierzu gibt es mittlerweile wissenschaftliche Ergebnisse, die diese Ansicht gut untermauern. Wenn diese Erkenntnisse umgesetzt würden, also insgesamt von sinnvollen Vorgaben ausgegangen würde, müssten noch mehr PatientInnen warten, deren Leiden verlängert, die Störung weiter chronifizieren würde, usw.

Wenn wir uns erst einmal Melchingers Sichtweise anschließen und davon ausgehen, dass die Gelder von der ambulanten Psychotherapie zur psychiatrischen Versorgung umverteilt werden könnten, bedeutet das, dass entweder weniger PatientInnen psychotherapeutisch behandelt werden oder wenn die Zahl gleich bleiben sollte, diese weniger Behandlungstunden und/oder sie diese in einer geringeren Frequenz bekommen würden. Eine wichtige Frage lautet doch, wären unter diesen Umständen die Qualität und auch die Ergebnisse die sowohl die PatientInnen erhoffen und auch gesundheitspolitisch zu fordern sind, dann noch vorzufinden? Auch hier sollte ein genauere Blick auf die internationale Therapieforschung geworfen werden, da hier entsprechende Antworten zu finden sind.

Die undifferenzierte Behauptung von Herrn Melchinger, dass diese PatientInnen „leichter gestört“ sind, hat er als einfache Setzung dargestellt, aber nicht mit epidemiologischen Daten belegt. Er hat ebenfalls nicht belegt, dass sich die Störungen durch weniger intensive Behandlungen ähnlich gut verbessern und nicht verschlimmern / chronifizieren und dann wesentlich kostenintensiver sein würden, als dies bei einer frühzeitigen Behandlung der Fall ist. Er vergleicht hier zum wiederholten Male Äpfel mit Birnen und uns stellt sich die Frage, wem dieses standespolitische Gerangel letztendlich dienen soll. Den PatientInnen sicherlich nicht, denn wenn einer Gruppe besser, der anderen schlechter geholfen wird, dann wissen wir nicht wirklich, wo der Gewinn sein soll. Es sei denn, Herr Melchinger unterstellt, dass die Behandlung der in Psychotherapie befindlichen Menschen nicht notwendig sei und durch eine psychiatrische Fremdversorgung ersetzt werden könnte.

Es stellt sich weiterhin die Frage, ob er mutmaßt, dass er mit seinen Ausführungen der Profession als solcher hilfreich unter die Arme greift. Eine Abwertung einer Teilgruppe unserer Profession, nur aufgrund von Geldströmen ohne fachlich inhaltliche Begründung, kann aber der Profession insgesamt ebenso wenig dienen. Eine inhaltliche Position hätte er zumindest mit der wissenschaftlichen Literatur, wie sie immer wieder in entsprechenden Leitlinien repliziert wird, untermauern müssen, aber das tut er leider nicht.

Sicherlich ist es sinnvoll und notwendig, den Einsatz der Ressourcen auch im Bereich der Psychotherapie immer wieder kritisch zu prüfen. Wie bereits weiter oben angeführt, sind die Leitlinien der Versuch, wissenschaftliche Ergebnisse in die alltägliche Versorgung zu überführen. Dabei geht es immer auch um differenzielle Indikation bestimmter Vorgehensweisen. Wenn wir uns aber auf diese Methode einlassen, dann müsste dies auch radikal umgesetzt werden. Was heißt das für unseren Bereich? Es würde bedeuten, dass nicht nur alle Behandlungsansätze bei allen Störungsbildern zur Disposition gestellt werden müssten, sondern auch die Indikationen für stationären Maßnahmen mit erfasst und genauer definiert und operationalisiert werden. Es müsste auch das bisherige Gießkannenprinzip „gleiche Stundenzahl für eigentlich alle Störungsbilder“ in Frage gestellt und kritisch überprüft werden. Genauso wie die Frage erlaubt sein müsste, ob und wann das bisherige psychiatrische Vorgehen wirklich die Methode der Wahl darstellt oder ob nicht mittlerweile andere und bessere Vorgehensweisen zur Verfügung stehen.

Bei genauerer Betrachtung der von Melchinger angerissenen Fragen müssen wir festhalten, dass Kollege Melchinger ein Problem des Gesundheitswesens auf standespolitische Querelen reduziert hat, und versucht, eine Gruppe als die Besseren und die andere als die Schlechteren zu beschreiben. Wenn es aber grundsätzlich um eine bessere PatientInnenversorgung geht, greifen seine Argumente nicht, sondern lenken sogar vom Hauptproblem ab. Eine Verbesserung der Versorgung kann möglicherweise durch Umverteilung zumindest zum Teil gelöst werden, indem zumindest nach differentiellen Indikationen für die jeweiligen Behandlungen unterschieden wird. Zusätzlich müsste auch die stationäre Behandlung auf dem Prüfstand stehen, um auch hier genauere Indikationen erarbeiten zu können. Gehen wir nur so vor, wie es mittlerweile einige Studien beschreiben und setzen die Verhältniszahl der Anbieter in Bezug zu den epidemiologischen Daten über die Verbreitung der psychischen Störungen, dann wird das Problem nicht durch Umverteilung von Geldern gelöst. Denn, wie die vorliegenden Studien belegen, wird der real existierende Bedarf derzeit in keinster Weise durch die, in der Bedarfsplanung definierte Therapeutenzahl gedeckt. Dann muss auch die Frage gestellt werden dürfen, ob es sachgerecht ist, die Psychiatrie und die Psychotherapie in die allgemeine Bedarfsplanung zu packen, da ja bekannt ist, dass durch die zeit- und personengebundene Behandlung letztendlich jede Behandlerin/jeder Behandler nur eine viel kleinere PatientInnengruppe betreuen kann, als dies bei anderen Erkrankungen der Fall ist.

Daraus müsste sich aber konsequenterweise die Frage ableiten, ob die gegenwärtigen Behandlungsmethoden die bestmögliche Behandlungsform für die betroffenen Menschen darstellt oder ob die internationale Wissenschaft nicht bessere und effizientere Möglichkeiten zur Ver-

fügung stellt. Letztendlich müsste auch die Frage gestellt werden, ob die Politik bereit ist, auch Strukturen (wie die Bedarfsplanung) in Frage zu stellen und ggf. mehr Geld zu investieren, um PatientInnen besser zu versorgen. Es zeigt sich hier ein grundlegender Spagat: Wenn es um Lohnkosten geht, wird die Gesundheitsökonomie präferiert, wenn es um die einzelnen PatientInnen geht, dann wird die bestmögliche Versorgung gefordert. Beides passt manchmal eben nicht direkt zusammen und erfordert eine politische Entscheidung für die eine oder andere Seite.

Insgesamt sind wir sicher, dass dieser Beitrag und die gesamte Studie nur wieder Gräben aufreißen wird, die längst hätten überwunden sein können. Gleichzeitig denken wir, dass der Beitrag von Melchinger eher dazu angetan ist, von den wirklichen Problemen abzulenken und diese hinter Standesdünkel verschwinden zu lassen. Auf die wirklich interessanten und brennenden Fragen geht er nicht ein, kann dementsprechend dazu auch keine Antworten geben. Dies schadet sowohl den PatientInnen als auch allen KollegInnen unserer Professionen. Es führt sicherlich auch nicht dazu, dass sich wieder mehr ärztliche KollegInnen dafür entscheiden, Psychiater zu werden und die Versorgungslücken zu schließen.

Unser Fazit: Melchinger hat wichtige, weil gesundheits- und gesellschaftspolitische, Fragen aufgeworfen, aber leider falsche, weil standespolitische, Antworten gegeben. Damit dürfte er seinem Anliegen, einer verbesserten Versorgung psychisch kranker Menschen, mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Bärendienst erwiesen haben!

*Rudi Merod für den DGVT-Vorstand*

## **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG)**

In der Rosa Beilage 3/2008, S. 9 f. haben wir über die Einigung von Bund und Ländern zur Finanzreform der Kliniken berichtet und die Kernpunkte des KHRG aufgezeigt. Am 24.11.2008 hat der Gesundheitsausschuss des Bundestages 56 Sachverständige, Institutionen, Verbände und Einzelpersonen nach Berlin eingeladen, um zum Krankenhausfinanzierungsgesetz Stellung zu nehmen. Den Gesetzentwurf sowie die Sachverständigenliste und die einzelnen Stellungnahmen finden Sie unter

[www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/100/index.html](http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/100/index.html).

Das geplante KHRG ist bei den meisten ExpertInnen auf Kritik gestoßen. Trotz einiger positiver Ansätze würden die wesentlichen Probleme der Klinikfinanzierung nicht gelöst. Vor allem werde das Gesetz nichts an der mangelnden Bereitschaft der Länder ändern, dringend notwendige Investitionen im Krankenhaussektor zu tätigen. Viele ExpertInnen befürchten, dass die Versorgung psychisch Kranker im stationären Bereich nur noch unzureichend erfolgen kann. Vermutet wird, dass der Gesetzgeber die Mindestanforderung für die Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken weiter kürzt und damit der bereits vorhandene Versorgungsmangel in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik fortgesetzt wird.

Das Bundesgesundheitsministerium dagegen möchte bei Verhandlungen über die Personalausstattung für die psychiatrische Behandlung Nachverhandlungen ermöglichen, wenn das zur Verfügung stehende Budget nicht voll in Anspruch genommen worden ist. Für diese Verhandlungen solle der Spielraum bis zu 10 % betragen. Für das vorhandene Budget bedeutet dies, dass es auch zukünftig bei 100 % bliebe. In der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) von 1991 hatte der Gesetzgeber zuletzt festgelegt, wie viel Personal psychiatrische Einrichtungen benötigen, um eine Mindestversorgung sichern zu können. Danach, so die Exper-

tInnen, habe kaum eine psychiatrische Klinik ausreichend Personal. Der Arzt-PatientInnen-Kontakt sei seit Einführung der Psych-PV stetig gesunken und betrage heute lediglich 40 Minuten pro Woche. Die Rahmenbedingungen in psychiatrischen Kliniken, die besonders problematisch sind, stehen im krassen Gegensatz zur wachsenden Zahl der psychischen Erkrankungen. Laut DAK-Gesundheitsreport sind für 10 % aller Krankmeldungen Depressionen, Suchterkrankungen, Ängste und andere psychische Störungen verantwortlich. Der statische Charakter der Psych-PV erschwert auch die Integration neuer Behandlungsansätze in die Krankenhausversorgung.

Die Einführung der Heilberufe der Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) wurde auch zehn Jahre nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in der Psych-PV noch nicht nachvollzogen. Ergänzend zu dem Interview mit Professor Dr. Jürgen Wasem geben wir hier seine Stellungnahme<sup>3</sup> zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wider:

### **1. Kein Übergang zur Monistik**

*Die duale Krankenhausfinanzierung weist – wie seit Jahren erörtert wird – zahlreiche Mängel auf. Dabei sind grundsätzliche Mängel (Auseinanderfallen der Verantwortung für Investitionen und laufende Kosten) von spezifischen Mängeln (die Länder kommen ihrer Investitionsverantwortung nicht nach) zu unterscheiden. Im Ergebnis kann nur ein Übergang zur Monistik einen sinnvollen Ordnungsrahmen bieten. Konzepte, wie ein Einstieg in die Monistik gelingen kann, sind (auch vom Autor dieser Stellungnahme<sup>4</sup>) vorgelegt worden.*

*Der Gesetzentwurf enthält zwar einen „Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung“ (§ 10). Dieser leistet jedoch genau keinen Einstieg in eine monistische Krankenhausfinanzierung. Weder die grundsätzlichen ökonomischen Probleme der dualen Finanzierung noch die Verweigerung der ausreichenden Finanzierung durch die Bundesländer können damit angegangen werden. Der Entwicklungsauftrag deutet zwar an, in welche Richtung eine Reise gehen könnte, bleibt jedoch weit vor den eigentlichen Notwendigkeiten stehen.*

### **2. Kein Einstieg in das selektive Kontrahieren**

*Die Überwindung der Sektorengrenzen bei gleichzeitiger Umsetzung vertragswettbewerblicher Freiheiten wird aus gesundheitsökonomischer Sicht seit langem als notwendige ordnungspolitische Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung angesehen. Für den Übergang in die Welt des Vertragswettbewerbs liegen ausgereifte Konzepte<sup>5</sup> sowie intelligente Einstiegsmodelle<sup>6</sup> vor. Die Letztverantwortung des Staates für die Sicherstellung wird hierin adäquat gewahrt, ohne dass der Krankenhausbereich im Status quo der staatlichen Krankenhausbearbeitungsplanung verharren muss.*

*Leider bietet der Gesetzentwurf nicht einmal einen Einstieg in das selektive Kontrahieren, geschweige denn, dass er einen Rahmen für den Übergang in das System der Einzelverträge anvisiert.*

---

<sup>3</sup> BT-Drucksache 16/10807

<sup>4</sup> Felder, Fetzer, Wasem: „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J., Robra B. P., Schellschmidt H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Schattauer Verlag Stuttgart, 2007, 143-153

<sup>5</sup> Ebsen, Greß, Jacobs, Szecsenyi, Wasem: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003. AOK im Dialog. Bd. 13. Bonn 2003.

<sup>6</sup> Leber, Malzahn, Wolf: Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. Bonn 2007.

*Trotz grundsätzlich sinnvoller Schritte (u. a. ist die technische Umstellung nach der Vollen-  
dung der Konvergenzphase intelligent gelöst), kann daher der Entwurf insgesamt nicht be-  
friedigen.“*

Bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags wurde auch die Frage der Vergütung der Klinik-tätigkeit der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) thematisiert. Im Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz sehen wir einen Ansatzpunkt für eine angemessene Vergütung der sog. praktischen Tätigkeit der PiAs in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken gesetzlich zu regeln. Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren wurde von der Gewerkschaft ver.di und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) in Stellungnahmen zum Referentenentwurf die Forderung erhoben, die Kosten der Beschäftigung von PiAs während ihrer praktischen Tätigkeit nach § 5 Abs. 1 Satz 2 PsychThG in Verbindung mit § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische PsychotherapeutInnen und der entsprechenden Regelung für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in den Ausbildungsbudgets der ausbildenden psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung zu berücksichtigen, um eine zu vereinbarende tarifliche Vergütungsregelung der praktischen Tätigkeit zu refinanzieren. Die DGVT hat sich in einem Schreiben an die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktion gewandt, das wir nachfolgend abdrucken.

Nach der Anhörung wird das Gesetz voraussichtlich am 19. Dezember 2008 im Plenum des Deutschen Bundestages in zweiter und dritter Lesung verabschiedet und nach dem zweiten Durchgang im Bundesrat nächstes Jahr in Kraft treten.

Waltraud Deubert

## **Schreiben der DGVT an die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen zur finanziellen Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)**

9.12.2008

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*in den vergangenen Wochen und insbesondere im Rahmen der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestags zur Reform der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) am 24.11.2008 wurden Sie als gesundheitspolitische SprecherInnen Ihrer Fraktion verstärkt auf die Notwendigkeit hingewiesen, den Status der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) im Rahmen der sog. praktischen Tätigkeit (Psychiatriejahr) zu revidieren und entsprechende Gesetzesänderungen auf den Weg zu bringen. Im Zusammenhang mit dem derzeit im Bundestag diskutierten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) sehen wir gemeinsam mit anderen die Interessen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) vertretenden Verbände, Psychotherapeutenkammern und Gewerkschaften (insbesondere ver.di) zum jetzigen Zeitpunkt eine konkrete Möglichkeit, die langjährigen Forderungen umzusetzen.*

*PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) sind im Rahmen der durch das Psychotherapeutengesetz festgelegten eininhalbjährigen praktischen Tätigkeit in den überwiegenden Fällen ohne tarifliche Einbettung, d.h. und ohne finanzielle Absicherung seitens der ausbildenden Klinik bzw. einer vom Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der*

*psychotherapeutischen Versorgung tätig. Dabei übernehmen sie als voll ausgebildete Dipl.-Psych., Dipl.-SozialpädagogInnen bzw. Dipl.-PädagogInnen meist Aufgaben, die ansonsten durch anderweitige Planstellen erbracht werden müssten. PiA können im Rahmen dieser Tätigkeit aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz bereits Leistungen erbringen, die für die psychotherapeutische Versorgung in den Einrichtungen essentiell ist. Sie tragen auf diese Weise nachhaltig zur Sicherstellung des psychotherapeutischen Leistungsangebots in den Einrichtungen bei.*

*In der Mehrzahl der Fälle haben die ausbildenden Kliniken/Einrichtungen überhaupt keine Finanzierung für die Leistungen der PiA vorgesehen. Zum Teil werden die PiAs als Praktikanten bezahlt und erhalten dann nur eine geringe finanzielle Anerkennung für ihre Leistungen. Dies ist nur möglich, da es bislang keine gesetzliche Regelung für PiA in diesem Ausbildungsabschnitt gibt. Die PiA fordern zurecht, dass sie eine geregelte Ausbildungsvergütung erhalten sollen.*

*Wir unterstützen die Forderung, die Dipl.-Psych. Jürgen Tripp, PiA-Sprecher NRW und Vertreter der PiA-AG von ver.di, im Namen etlicher berufspolitischer Vertretungen von PiA aus ganz Deutschland im Brief vom 20.11.2008 an die Bundestagsfraktionen gerichtet hat, die Kosten der Beschäftigung von PiA während ihrer praktischen Tätigkeit nach § 5 Abs. 1 S. 2 PsychThG (PsychThG) in Verbindung mit § 2 der PsychTh-APrV bzw. § 2 der KJPsychTh-APrV in den Ausbildungsbudgets der ausbildenden psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung zu berücksichtigen. Da zu befürchten ist, dass Kliniken in ihrer jetzigen finanziellen Situation Stellen für PiA drastisch abbauen könnten, falls eine tarifliche Vergütungsregelung der Praktischen Tätigkeit eingeführt wird, ist eine Refinanzierung dieser Ausgaben unbedingt geboten. Dies könnte über sog. Ausgleichsfonds geschehen, wie sie bei anderen Gesundheitsberufen bereits eingerichtet wurden.*

*Die DGVT fordert Sie hiermit dazu auf, sich im Rahmen der Beratung und Beschlussfassung des KHRG im Bundestag im Dezember 2008 entsprechend für die Belange der PiA einzusetzen und einer gesetzlichen Regelung im oben dargestellten Sinne zuzustimmen.*

*Mit freundlichen Grüßen*

*Für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie*

*gez. Waltraud Deubert  
-Geschäftsstellenleitung-*

## **IGES Institut erstellt 5. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens**

Seit 1994 gibt der Pharmahersteller Janssen-Cilag die Delphi-Studienreihe heraus. In diesem Jahr wurde in Berlin der 5. Band vorgestellt. Wie auch die vorhergegangenen vier Studien wurde Delphi V vom IGES Institut wissenschaftlich konzipiert und betreut. Die V. Delphi-Studie trägt den Titel "Perspektive 2020 - Gesundheit als Chance". Im Mittelpunkt steht die Frage, wie unser Gesundheitssystem im Jahr 2020 aussehen kann. Wie bleibt medizinischer Fortschritt finanzierbar, angesichts der älter werdenden Bevölkerung? Wie sieht sie aus, die richtige Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung?

Auf der Grundlage unseres derzeitigen Gesundheitssystems haben die IGES Wissenschaftler unter Mitwirkung eines unabhängigen Expertenbeirats zunächst drei alternative Zukunftssze-

narien für ein Gesundheitssystem 2020 entworfen. Jedes dieser Szenarien ist von einer Leitidee geprägt. Welche Auswirkungen diese auf zentrale Bereiche des Gesundheitswesens haben wird, geht aus der Szenariobeschreibung hervor. Den Auftakt bildete ein Ideenwettbewerb unter Nachwuchswissenschaftlern, dessen Ergebnisse in die Gestaltung der Zukunftsszenarien mit eingeflossen sind.

In der zweiten Phase wurden die Zukunftsszenarien in einer Serie von Workshops gründlich analysiert und aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven begutachtet. Beteiligt waren rund 60 Fachleute aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und Patientenorganisationen. Im Anschluss stellten sich die Szenarien der Bewertung durch die Bevölkerung, die zu den zentralen Handlungsoptionen befragt wurde.

Wissenschaftlich konzipiert und betreut wurde die Studie von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, und Hans-Dieter Nolting, IGES Institut Berlin.

Der Geschäftsführer von Janssen-Cilag, Dr. Marcel Mangen, äußerte sich in der Ärztezeitung vom 26.11. zu der Studie:

*„Eine wesentliche Erkenntnis aus der Studie ist, dass sich grundsätzlich alle am Gesundheitswesen Beteiligten einig sind, dass durchgreifende Veränderungen im System erforderlich sind, um auch in Zukunft eine finanzierbare, qualitativ hochwertige und allen Patienten zugängliche Versorgung zu ermöglichen. Einigkeit besteht auch dahingehend, dass dabei die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitssystems erhalten bleiben müssen.*

*Die Bewertung der alternativen Zukunftsszenarien, die in interaktiven Workshops erfolgte, zeigt aber auch, dass ein gemeinsamer Weg nicht leicht zu finden ist. Ärzte, Krankenhäuser, private und gesetzliche Krankenversicherungen setzen unterschiedliche Schwerpunkte bei der Beurteilung der Szenarien.*

*Allerdings sehen alle Beteiligten die Chance und die Perspektive, die eine Veränderung des Gesundheitssystems bietet. Es wurde deutlich, dass diese interaktiven Workshops ein sehr gut geeignetes Format sind, um sich mit komplexen Inhalten auseinanderzusetzen. Die Beteiligten haben sich sehr viel stärker geöffnet und gemeinsam nach konstruktiven Lösungsansätzen gesucht. Das gleiche Phänomen war auch beim Zukunftskongress zu erleben, bei dem die Ergebnisse interessenübergreifend diskutiert wurden.*

*Ganz aktuell greifen wir die Fragen und Anregungen auf, die im Rahmen des Zukunftskongresses vorgetragen wurden, und führen sie zu einer Dokumentation zusammen. Wir werden die Bevölkerungsbefragung zur aktuellen Delphi-Studie noch detaillierter analysieren und die gesamten Studienergebnisse publizieren.*

*Der Startschuss ist erfolgt, doch der Weg ist noch weit. Ein nächster Schritt muss sein, dass alle Beteiligten des Gesundheitswesens Position beziehen und definieren, welche Rolle sie als Gruppe zukünftig einnehmen möchten und wie ihr Weg in eine tragfähige Zukunft aussehen soll. Denn je nach Ausgestaltung der Rahmenbedingungen eröffnen sich neue mögliche Rollen für die Akteure im Gesundheitswesen.*

*Eine wichtige Aufgabe für das nächste Jahr wird sein, das umfangreiche Szenarienmaterial der Delphi-Studie in Diskussionen und Planspielen in den jeweiligen Interessengruppen im Gesundheitswesen zu vertiefen. Dazu wird Janssen-Cilag geeignete Workshop-Formate zur Verfügung stellen, um in den Diskussionsrunden Vorwärtsstrategien für den Wandel zu entwerfen.*

*Bereits heute stehen wir im Dialog mit Patienten- sowie Angehörigenorganisationen und diskutieren mit ihnen ihre Präferenzen für das zukünftige Gesundheitssystem.*

*Der Politik werden wir die Studie in vollem Umfang zur Verfügung stellen und sie einladen, in die Diskussion einzusteigen und Konzepte zu entwickeln, die wählbare Optionen für die Bürger darstellen.*

*Dabei wird es notwendig sein, auch die Abgrenzung des Leistungsumfangs in die Betrachtung mit einzubeziehen und zu klären, in welchen Händen zukünftig die Gestaltung des Leistungskatalogs liegen soll. Wie viel kann und sollte die Politik an Definitionshoheit abgeben? Welche Rahmenbedingungen sind zu schaffen, um fortschrittliche Veränderungen in einer guten Balance von Wettbewerb und Regulierung gezielt zu fördern?*

*In einem Jahr wollen wir zusammen mit dem Expertenbeirat Bilanz ziehen und so konkret wie möglich konsensfähige Anregungen für den anzustrebenden Umbau in Richtung 2020 vorlegen.“*

Weitere Informationen finden Sie unter

[www.iges.de/ueber\\_iges/aktivitaeten/veranstaltungen/delphi\\_\\_studie/index\\_ger.html](http://www.iges.de/ueber_iges/aktivitaeten/veranstaltungen/delphi__studie/index_ger.html)

## **Konsequenzen der Erhöhung der Mindestquote für PsychotherapeutInnen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln**

Durch die erfreulichen Entwicklungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens des GKV-OrgWG und der nun doch beschlossenen Erhöhung der sog. Mindestquote für PsychotherapeutInnen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, von 10 % auf 20 % ergeben sich laut Schätzung der BPtK ab 2009 etwa 700 neue Vertragsarztsitze. Die gesetzliche Änderung bietet vielen KollegInnen nun die Möglichkeit, im Falle der sog. Entsperrung von Planungsbezirken Anträge auf Zulassung zu stellen.

Wie die Gesetzesänderung konkret umgesetzt wird, welche Auswahlkriterien gelten werden und was es für niederlassungswillige KollegInnen zu beachten gilt, hat uns in den letzten Wochen bereits auf den DGVT-Mailinglisten intensiv beschäftigt.

Mitglieder, die sich auf entsprechende Zulassungsanträge vorbereiten möchten, können sich gerne auf die Mailinglisten [kostenerstattung@dgvt.de](mailto:kostenerstattung@dgvt.de) eintragen lassen (auf dieser Liste befinden sich Mitglieder ohne KV-Zulassung und Mitglieder, die zum Teil im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens tätig sind). Anmeldungen hierzu können an die DGVT-Bundesgeschäftsstelle gerichtet werden ([dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de)). Ebenso können Mitglieder die Beratung der DGVT-Bundesgeschäftsstelle in Anspruch nehmen ([dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de)).

## **Möglichkeiten des neuen Vertragsarztrechts nutzen - Chance zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung**

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das zum 1.1.2007 weitreichende Veränderungen in Kraft setzte, sollte insbesondere eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen bzw. – psychotherapeutischen Versorgung eintreten. Zum 1.1.2009 gibt es mit der gesetzlichen Klarstellung zur Ausschreibung hälftiger Praxissitze (wir berichteten in der Rosa Beilage 3/2008, S. 5 f.) eine weitere wichtige Veränderung, die dazu beitragen kann, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.



Wir möchten an dieser Stelle nochmals auf die wichtigsten rechtlichen Möglichkeiten, die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit zu erweitern bzw. zu verändern, hinweisen. Neben den persönlichen Veränderungsmöglichkeiten bieten die neuen Zulassungsmöglichkeiten eine große Chance zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung.

Inwieweit die neuen zulassungsrechtlichen Möglichkeiten tatsächlich genutzt werden, liegt an den KollegInnen, die hier initiativ werden können. Wir würden uns freuen, von unseren Mitgliedern Hinweise zu erhalten, ob neue Modelle für die eigene Praxis genutzt werden und welche Erfahrungen sich damit verknüpfen.

### **Halbe Praxissitze**

Zum 1.1.2009 ist durch eine gesetzliche Klarstellung die Ausschreibung hälftiger Praxissitze und folglich deren Nachbesetzung möglich geworden. Von der nun möglichen Nachbesetzung von halben Praxissitzen erhoffen wir uns eine entscheidende Verbesserung der Versorgung und **möchten unsere Mitglieder dazu auffordern, die Möglichkeit einer Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte für ihre konkrete Situation zu prüfen.** Bei einem hälftigen Zulassungsverzicht kann der freiwerdende halbe Praxissitz veräußert werden; der freiwerdende Sitz kann von einem Kollegen/einer Kollegin mit dem halben Zeitkontingent (ohne Abstriche wie bei der Jobsharing-Gemeinschaftspraxis) besetzt werden. **Für die Versorgungslage können sich hier deutliche Verbesserungen ergeben, sofern bislang nicht voll ausgeschöpfte Versorgungsaufträge geteilt werden.**

### **Berufsausübungsgemeinschaften**

Unter den Oberbegriff der „**Berufsausübungsgemeinschaft**“ (BAG) fallen die örtliche Berufsausübungsgemeinschaft, die fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxis, die Teilgemeinschaftspraxis sowie die überörtliche Gemeinschaftspraxis.

#### **Örtliche BAG**

Bislang war eine gemeinsame Berufsausübung nur unter Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten des gleichen Fachgebiets zulässig. Aufgrund der Neuerung ist dies nun unter allen an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern möglich (vgl. § 33 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Ärzte – Ärzte-ZV). **D.h. eine BAG kann auch von Ärzten und Psychotherapeuten gemeinsam betrieben werden.** Ebenso kann eine BAG zwischen Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und einem MVZ begründet werden. Sie bedarf jeweils der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Das Nähere, d.h. die vertragsärztlichen Anforderungen an die BAG, ist in den Bundesmantelverträgen geregelt.

#### **Überörtliche BAG**

Die Änderung in § 33 Abs. 2 Satz 3-5 Ärzte-ZV ermöglicht die Kooperation von Praxen mit unterschiedlichen Standorten (entweder innerhalb desselben KV-Bezirks, innerhalb verschiedener KV-Bezirke oder über mehrere KV-Bezirke verteilt). Die Anzahl der Standorte wird im neuen Zulassungsrecht nicht beschränkt. Die überörtliche BAG bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses.

Für überörtliche, d.h. den Bereich einer KV übergreifende BAG hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Durchführungs-Richtlinie erlassen, die den Anwendungsbereich sowie auch die Frage der Zuständigkeit der Abrechnung der Leistungen klärt. Die Richtlinie ist veröffentlicht unter <http://www.kbv.de/rechtsquellen/10747.html>.

#### **Teilberufsausübungsgemeinschaft**

Die gemeinsame Berufsausübung ist auch bezogen auf einzelne Leistungen des jeweiligen vertragsärztlichen /vertragspsychotherapeutischen Tätigkeitsspektrums möglich, § 33 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV. In der Begründung zum Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes

(BT-Drucksache 16/2474) wird folgendes Beispiel genannt: ein Kinderarzt und ein Neurologe gründen zur Behandlung neurologischer Erkrankungen bei Kindern eine Teilberufsausübungsgemeinschaft bei Fortführung ihrer jeweiligen Einzelpraxis. Dieses Modell ist auch auf die Zusammenarbeit von PP und KJP übertragbar.

### Filialisierungsmöglichkeit (Zweigpraxis)

Die Aufhebung der Ortsgebundenheit (Residenzpflicht) ermöglicht es, sog. Zweigpraxen zu gründen. Diese können selbstverständlich nur dann gegründet werden, wenn eine wirtschaftliche Grundlage dies rechtfertigt (Auslastung des Vertragsarztsitzes muss gegeben sein). Der Vertragspsychotherapeut kann die für seinen bisherigen Sitz angestellten Psychotherapeuten im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort ebenfalls beschäftigen. Er kann darüber hinaus für die Tätigkeit in der Zweigpraxis weitere Psychotherapeuten anstellen, sofern die generellen Voraussetzungen für die Anstellung vorliegen.

Erfüllt sein muss das Kriterium der „**Verbesserung der Versorgung**“ **an dem Ort**, an dem der Praxisinhaber eine Zweigpraxis gründen will. Zwischen einer Filialbildung im eigenen Planungsbereich (KV-Genehmigung genügt) und einer KV-übergreifenden Filiale (Genehmigung durch den Zulassungsausschuss **notwendig**) besteht - **abgesehen von den unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Genehmigung** - hinsichtlich der nach der Ärzte-ZV gebotenen Voraussetzungen rechtlich kein Unterschied für die entsprechende Zweigpraxisbildung. Unter <http://www.kbv.de/themen/10308.html> werden die wichtigsten Fragen zur Gründung von Zweigpraxen durch die KBV beantwortet.

Kerstin Burgdorf

Online-Anmeldung!

## 2. Wiesbadener Fachtagung

### Verhaltenstherapie und Psychodynamische Psychotherapie im Dialog

In Kooperation mit

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.  
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)



„Die Behandlung von Angststörungen und Ängsten -  
tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische  
Ansätze“

16. - 17. Januar 2009 in Wiesbaden

Informationen unter [www.aip-info.de](http://www.aip-info.de)



Organisation:  
Akademie für Verhaltenstherapie und Psychotherapie  
Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (AWP)

Ein Alleinstellungsmerkmal sind die Einigungen Deutscher Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden - Württemberg

#### Kammerpolitik – Bericht von der Vertreterversammlung am 18.10.2008

An dieser Stelle möchten wir uns auf einen wesentlichen Beschluss beschränken: es wurde nach jahrelangem Anlauf und vielen Behandlungen in früheren VVs nun endlich eine neue Umlageordnung verabschiedet. In einer Mitgliederbefragung waren zuvor zwei Modelle vorgestellt worden. Die Mitglieder hatten hierbei die Möglichkeit, ihre Präferenz rückzumelden. Beide Modelle berücksichtigten nun mehr oder weniger die wirtschaftliche Lage des Mitgliedes. Diese Änderung der bestehenden Umlageordnung, die nur eine enge Härtefallregelung kannte, war nach entsprechenden Gerichtsurteilen (wir haben darüber immer wieder an dieser Stelle berichtet) überfällig gewesen. Die Mitglieder bevorzugten in ihrer Mehrheit ein Modell mit Regelbeitrag und Reduktionsstufen für Einkommen im Teilzeitbereich. Innerhalb der VV-Sitzung selbst wurde auf Antrag von Roland Straub und Dieter Schmucker (für den Ausschuss Psychotherapie in Institutionen) die Grenze für die Einkünfte der Reduktionsstufe 1 nochmals erhöht. Damit soll sichergestellt werden, dass Teilzeitbeschäftigte (zu 50 %) noch in den Genuss der Beitragsreduktion kommen können. Eine konkrete Antragstellung ist Voraussetzung für eine mögliche Reduktion des Kammerbeitrags und dabei sollte der Steuerbescheid des vorletzten Jahres die Angaben belegen. Auch alle Niedergelassenen mit Einkünften unterhalb der Schwelle können die Beitragsreduktion beantragen. Ein Antrag von Klaus Häberle, Renate Hannak-Zeltner und Michael Reisch auf Einfügung eines Kinderfreibetrages sowohl für die Härtefallregelung als auch für die Reduktionsstufen wurde nicht abgestimmt, sondern verschoben.

#### Die neuen Regelungen tabellarisch:

Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, beschlossen auf der VV vom 18.10.2008		
	Bedingung	
§ 1	Kammermitglieder bei Verzicht auf aktives und passives Wahlrecht und der Beruf wird nicht mehr ausgeübt.	Beitragsbefreiung
	Bei Doppelmitgliedschaft in weiterer Kammer, freiwillige Mitglieder	200 €
	freiwillige Mitglieder, die in Ausbildung sind (PiA) nach Beitrags-tabelle	0,00 €
§ 2	Regelbeitrag	400 €
	Ermäßigte Beiträge I (60 % des Regelbeitrags)	240 €
	Ermäßigte Beiträge II (40 % des Regelbeitrags)	160 €
	Mindestbeitrag (25 % des Regelbeitrags)	100 €

<sup>7</sup> Angaben z.B. unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) zu finden

	<p>Orientierung am der Bezugsgröße zum Durchschnittseinkommen (§ 18, 1, SGB IV) für die ermäßigten Beiträge I und II, nämlich 90 % und 60 % davon. Für 2008 in Euro sind das 90 % bzw. 60 % von 29.820 €<sup>7</sup>, also 26.838 € bzw. 17.892 €. Für 2009 gelten andere Werte, da die Bezugsgröße jährlich angepasst wird.</p> <p>Der Mindestbeitrag wird auf Antrag bei Unterbrechung der Arbeit von mehr als 6 Monaten wegen Arbeitslosigkeit, Erziehung von Kindern unter 3 Jahren und Krankheit erhoben. Ebenso bei Beziehung einer Rente (Alters- oder Erwerbsminderungsrente) ab Renteneintritt.</p>	<p>Achtung: Einkünfte werden aus den Gesamteinnahmen minus Abschreibungen berechnet!</p>
§ 3	Nachweispflicht	
§ 6	<p>Erlass, Niederschlagung, Stundung</p> <p>Insbesondere bei Unterschreiten der Einkünfte unter den Schwellenwert von 11.928 €, entspricht 40 % der Bezugsgröße 2008 (§ 18, 1, SGB IV). Familieneinkommen findet dabei Berücksichtigung.</p>	<p>Beitragsfreistellung bei Anerkennung als Härtefall.</p>
§ 9	<p>Rechtsbehelf</p> <p>Widerspruch gegen die Beitragsfestsetzung innerhalb eines Monats nach Zustellung an den Haushaltsausschuss möglich</p>	

**Kommentar:** Was lange währt, wird endlich gut. Mit der nun erfolgten Regelung sind allerdings die mittleren Einkommen benachteiligt, also die mit Einkünften zwischen 27.000 und 45.000 €. Dafür wird der bürokratische Aufwand hoffentlich geringer ausfallen und auch die persönlichen Daten zur Einnahmensituation werden nur bei Anträgen auf Ermäßigung relevant. Bei der Abwägung zwischen Bedürfnisgerechtigkeit (Versorgungsgerechtigkeit) und Leistungsgerechtigkeit wurde nach unserer Meinung ein tragbarer Kompromiss gefunden. Bedauert wird, nachdem der eigene Antrag dazu nicht behandelt wurde: Die Härtefallregelung ist nun noch enger gefasst: während zuvor Einkünfte (der Familie) unterhalb von 14.490 € zur vollständigen Beitragsbefreiung führten, ist dies jetzt an das jährlich neu bestimmte Durchschnittseinkommen (§ 18 Abs. 1 SGB IV) gebunden, davon 40 %, das entspricht für 2008 einer Einkünftebegrenzung auf 11.928 €. Da gleichzeitig ein Antrag auf Berücksichtigung von Kinderfreibeträgen verschoben wurde, wird die familiäre Situation nur im Wort „insbesondere“ berücksichtigt, d.h. die Härtefallgrenze gilt nicht automatisch und für alle Fälle, sondern nur „insbesondere“ und bei höheren Einkünften müsste „insbesondere“ die familiäre Situation dem Haushaltsausschuss in einem Antrag dargelegt werden. Die Härtefallregelung soll aber spätestens in einem Jahr überprüft werden. Mit der Einführung von Ermäßigungsstufen erfolgt eine Beitragsumverteilung (das Haushaltsvolumen ist konstant gehalten) und damit eine Erhöhung des Regelbeitrages auf 400 €. Angesichts der Entlastung der Geringverdiener fand dies unsere Zustimmung.

### Gesundheitswesen in Baden-Württemberg

Der Hausarztvertrag (es wurde regelmäßig über die Planungen berichtet) wird nun umgesetzt. Kassenmitglieder der AOK können sich jetzt in einen Hausarztvertrag einschreiben und damit einige Beschränkungen auf sich nehmen (einjährige Festlegung, Überweisungen nur durch gewählten Hausarzt, Zustimmung zur Datenübermittlung an weitere Behandler, Zustimmung zur Weitergabe bestimmter Daten an AOK und an ein Auswertungszentrum und Erlaubnis, für Befragungen an geschrieben zu werden). Dafür erhält der Hausarzt ca. 20 € im Quartal zusätzlich. Und – aber das muss man wissen, das steht nicht im Vertrag – die Abrechnung erfolgt nicht mehr über die Kassenärztliche Vereinigung, sondern direkt über die Krankenkassen.

### Sozialpolitik in Baden-Württemberg

Unter dem Titel „Suchthilfenetzwerke, Prävention, Glücksspielsucht – Zur aktuellen Suchtpolitik des Landes Baden-Württemberg“ berichtete Ministerialrat Fessel vom Sozialministerium Baden-Württemberg bei den **13. Tübinger Suchttherapietagen** im September 2008 über den aktuellen Stand einiger Projekte und über weitere Planungen aus der Suchtpolitik<sup>8</sup>.

Herr Fessel führte im Einzelnen aus:

Die Suchtpolitik, für die er als Ministerialrat zuständig ist, hat im Ministerium einen hohen Stellenwert. Bei für Baden-Württemberg geschätzten 300 000 Alkoholabhängigen, 130 000 Medikamentenabhängigen und 125 000 Drogenabhängigen werden etwa 10 % der Betroffenen durch das Hilfesystem erreicht.

1. Die Suchtprävention mit der Zielgruppe der 16- bis 18-Jährigen wird über Projekte gefördert, so das „**HALT**“-Projekt, das sich um Sekundärprävention kümmert, oder das Projekt „be free“ aus Konstanz. Die Präventionsprogramme des Bundes zum Thema Alkohol und Tabak werden umgesetzt, allerdings zeigen sich Widerstände bei Vertretern der Alkoholindustrie. Hier gilt wohl der Grundsatz: Genießen ja, besaufen nein. Für den Tabakbereich ist die Aktion „be smart – don't start“ weiter recht erfolgreich und die Prävention wird von der Tabakindustrie unterstützt.

Die Rentenversicherung ist offen für suchtpreventive Angebote auf der Ebene von Betrieben. Ein Versuch, mit leitenden Betriebsärzten zu kooperieren, führte jedoch nicht weiter. Diese hätten abgesagt, da es unwahrscheinlich sei, dass die Ärzte die Betroffenen erreichen würden.

Gesetzlich sei in Überarbeitung: Das Nichtraucherschutzgesetz, da in Eckkneipen bis 75 qm das Rauchen wieder erlaubt werden soll, in Diskos kann das Rauchen erlaubt werden, wenn ein Eintritt erst ab 18 Jahren möglich sei.

2. **Suchthilfe:** Besondere Bedeutung bekommt der kommunale Suchtbeauftragte als Koordinator aller Suchthilfeangebote, der bei Landratsämtern oder in den Kommunen eingerichtet wird und durch Stadt, Kreise und Land finanziert wird. Seit Jahren propagiert das Land die Einrichtung von kommunalen Suchthilfenetzwerken und diese sind nun zum Großteil umgesetzt. Beteiligte Stellen sollen durch gegenseitige Verträge so gebunden werden, dass der Betroffene die beste Hilfe bekommt.

**Suchtberatungsstellen:** Ab dem nächsten Jahr erfolgt die weitere Förderung nur dann, wenn die Stellen in kommunale Suchthilfenetzwerke eingebunden sind. Die Förderung beträgt wie bislang 16.900 €, sofern die Voraussetzungen vorliegen.

Die Koordination liegt in den Händen des Suchtbeauftragten. Da die Suchtärzte bislang nicht für die Mitarbeit bezahlt werden können, sei deren Beteiligung gering.

Auch die DRV- Baden-Württemberg nimmt durch ihre Mitarbeiter an den Sitzungen der kommunalen Treffen teil. Zu einem gestuften Versorgungssystem gehören die Ärzte, die Suchtberatungsstellen und ambulante Entzugsprojekte, wie derzeit in den Beratungs- und Behandlungsstellen in Stuttgart und Bietigheim geplant. Tageskliniken seien als ergänzendes Behandlungsangebot besonders für Frauen attraktiv. Ein Modellprojekt für schwerkranke suchtkranke Jugendliche wird über Krankenkassen, Jugendhilfe und DRV Baden-

---

<sup>8</sup> Als Hintergrund sollte bekannt sein, dass noch unter Ministerpräsident Teufel eine Verwaltungsreform stattfand, bei der die Kommunen und Kreise gestärkt wurden, also Verantwortung von der Landesebene weg verlagert wurde. Die Auswirkungen zeigen sich auch im Bereich der Suchtberatungsstellen, der Prävention und der medizinischen Behandlung (psychiatrische Versorgung). Neu sind die kommunalen Suchthilfenetzwerke und die Psychiatrischen Institutsambulanzen in mehreren Städten.

Württemberg finanziert (weitere Informationen unter [http://www.zfp-web.de/files/5-PM338\\_JUST.pdf](http://www.zfp-web.de/files/5-PM338_JUST.pdf)).

3. Substitution: Im Bereich der **Drogensubstitution** sieht Herr Fessel angesichts des Mangels an Substitutionsärzten die Honorierung der Arztleistung als Aufgabe der Selbstverwaltung an. Erleichtert wurde die Vertretungsregelung für Substitutionsärzte, während eine Erhöhung der Abgabemenge am Widerstand der Apotheker gescheitert sei. Ein Arbeitskreis am Ministerium befasse sich mit Fragen der Substitution. Die Diamorphin-gestützte Substitution für Schwerstabhängige sollte aus fachlicher Sicht befürwortet werden. Der Gesetzesentwurf dazu sei von 13 von 16 Ländern vor einem Jahr eingebracht worden, aber der Bundestag habe bis heute diesen Gesetzesentwurf nicht behandelt. In Baden-Württemberg habe sich die Landesregierung noch nicht zur weiteren Förderung des Modellprojektes entschieden.
4. **Spielsucht und Glücksspielstaatsvertrag**: Durch das Glücksspielmonopol soll insbesondere die Suchtprävention besser ermöglicht werden. Im Gesetz wird die angemessene Spielsuchtprävention festgelegt. Zu diskutieren bleibt, was unter „angemessen“ gemeint ist, die Wettmittel seien verplant. Für die Spielsuchtprävention gebe es in Baden-Württemberg im nächsten Jahr etwas über eine Million Euro zusätzliche Mittel. Durch einen Ministerratsbeschluss sei festgelegt worden, dass dafür ein wohnortnahes Angebot aufgebaut werde. Die in die Suchthilfenetzwerke eingebundenen Suchtberatungsstellen können auf weitere Stellenfinanzierung hoffen. Für die Beratungsstellen wird ein entsprechendes Fortbildungsangebot angeboten. Eine Schwerpunktbildung an einzelnen Orten soll dagegen nicht gefördert werden.

**Kommentar:** Für das Sozialministerium sind die Suchthilfe und die Präventionsarbeit von hoher Bedeutung. Allerdings sind die Fördermittel pro Personalstelle erneut nicht erhöht worden. Über die Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern und über die Förderung einzelner Projekte wird dennoch versucht, eine gezielte Förderung und Verbesserung der Behandlungsergebnisse zu erreichen. Der bislang erreichte Standard der Suchthilfe wird über die Stärkung der kommunalen Ebene weiterentwickelt. Zusammenarbeit und Ressourcen sollen stärker ins Blickfeld geraten. Im Bereich der Spielerberatung sind sogar weitere Förderungen geplant und damit eine gewisse Aufstockung der Beratung.

### **Landesgruppenarbeit**

Wir sind im Diskussionsprozess über unsere weitere Schwerpunktsetzung für die Kammerarbeit. Wer Interesse an einer Mitarbeit hat oder zumindest gelegentlich an Treffen der „Kammerinteressierten“ teilnehmen will, ist dazu herzlich eingeladen. Bitte melden Sie sich unter:

*baden-wuerttemberg@dgv.t.de*

*Renate Hannak-Zeltner und Kai-Uwe Jörß*

## **Bayern**

### **Psychotherapeutenkammer**

Die PTK Bayern plant für den 21. März 2009 eine *Fachtagung zur Prävention psychischer Störungen*. Hier sollen vor allem Schlüsselpersonen und Mediatoren die Psychotherapeuten als Experten für die Prävention in diesem zunehmend wichtigeren Bereich kennen lernen. Ebenfalls sollen bereits erprobte Konzepte vorgestellt werden.

Zudem konnten in den letzten Wochen zwei Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter in der Geschäftsstelle besetzt werden, die die Kammer sicher in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und wissenschaftliche Serviceleistungen deutlich unterstützen können.

In den zurück liegenden Monaten gab es – sicher auch bedingt durch die bayerische Landtagswahl bzw. den Wahlkampf – eine große Bereitschaft der Politiker in Bayern, auf Anliegen der Psychotherapeuten (zumindest verbal) positiv einzugehen. Viele Gespräche und Kontakte konnten durchgeführt werden. Die Kammer hat entsprechende Initiativen der Bundeskammer im Zusammenhang mit den Gesetzesberatungen auf Bundesrats- und Bundestagebene regelmäßig auch durch eigene Stellungnahmen gegenüber den Landespolitikern unterstützt (z.B. zum BKA-Gesetz, Krankenhausfinanzierungsreformgesetz u.a.). Wie weit die entstandenen Kontakte zur Politik auch für die Zeit nach den durchaus deutlichen personellen Veränderungen der Landespolitik genutzt werden können oder neu aufgebaut werden müssen, bleibt abzuwarten. Erste Kontakte zum neuen Gesundheitsminister Söder sind jedoch vielversprechend.

Am 2. Oktober fand eine interessante Kombi-Veranstaltung in der Geschäftsstelle der PTK statt. Um die Stellung der Psychotherapeuten in den Kliniken zu verbessern und auch die Position der PiAs dort zu sichern, hat der Kammervorstand die leitenden Psychologen/Psychotherapeuten zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen. Hier gab es einen sehr fruchtbaren Austausch über die Einordnung und Finanzierungsmöglichkeiten der PiAs. Anschließend konnte die Kammer Frau Prof. Willutzki, Universität Bochum, von der Forschergruppe für die Erstellung eines Gutachtens zu den Fragen der Reform des Psychotherapeutengesetzes gewinnen. Zu diesem Vortrag waren auch die Vertreter der Psychotherapie-Ausbildungsinstitute eingeladen. Anschließend gab es noch einen – in dieser Form vielleicht erstmaligen und auch ergiebigen – Austausch zwischen den Vertretern der Institute und den leitenden Psychologen/Psychotherapeuten über die Betreuung der PiA und die diesbezüglichen Erwartungen an die Kliniken.

### **DGVT-Landesgruppe**

Am 13. Dezember tagt die Mitgliederversammlung der Landesgruppe. Die bisherigen Landessprecher werden sich nach vielen Jahren in diesem Amt nicht mehr zur Wahl stellen und es soll ein neues Team gewählt werden (nach Redaktionsschluss). In der nächsten Rosa Beilage werden sich die neuen Landessprecher vorstellen.

*Rudi Merod, Sonja Stolp, Heiner Vogel*

*Kontakt: bayern@dgvt.de*

## **B r e m e n**

### **1. Bremer Klinikverbund will sich auf ambulante Behandlungen stürzen**

Die Kliniken im Raum Bremen blasen zum Angriff auf die ambulante Versorgung – anders lässt sich der Hilferuf der Niedergelassenen vor Ort kaum zusammenfassen: Die Obleute ärztlicher Berufsverbände in der Hansestadt warnen in einer Resolution heute gemeinsam vor den Plänen des Klinikverbundes „Gesundheit Nord“. Kurzfristig hatten die vier kommunalen Krankenhäuser des Verbundes insgesamt 18 Anträge zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V eingereicht. Auch die KV traf die Nachricht wie ein Schlag.

Mit dieser Maßnahme des Klinikverbundes sollen offensichtlich die kommunalen Kliniken saniert werden, möglicherweise auf Kosten der niedergelassenen Vertragsärzte:

Die von den Obleuten der ärztlichen Berufsverbände verfasste Resolution lautet wie folgt:

*Angesichts der wirtschaftlichen Bedrohung durch die gestellten und weiteren zu erwartenden Anträge sowie der ausgezeichneten vertragsärztlichen Versorgungssituation fordern die Obleute der Bremer Berufsverbände:*

- *Keine Sanierung der Bremer Krankenhäuser auf Kosten der Bremer Arztpraxen: Ambulante Patientenversorgung ist die Domäne der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.*
- *Keine Antragsstellungen gemäß § 116 b vor einvernehmlicher Abstimmung mit der KVHB als Interessenvertreterin der jeweils betroffenen vertragsärztlichen Berufsgruppen.*
- *Keine Bevorzugung der Krankenhäuser gegenüber Vertragsärzten hinsichtlich staatlicher Investitionen und fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen.*
- *Vermeidung von Interessenkonflikten in Folge der senatorischen Doppelfunktion durch transparente Entscheidungsprozesse.*
- *Anerkennung des Rechts der als Gast in den Krankenhausplanungsausschuss geladenen KVHB auf Hinzuziehung eines Rechtsbeistands ihrer Wahl.*

Politik und Geschäftsführung der „Gesundheit Nord“ sind aufgerufen, ihren Konfrontationskurs gegenüber Bremens Vertragsärzten und -psychotherapeuten zu beenden. Im Interesse der Patientinnen und Patienten unseres Bundeslandes dürfen die Bagger der „Gesundheit Nord“ nicht die lange Tradition eines konstruktiven Dialogs zwischen allen Beteiligten zerstören.

Inwieweit sich diese Maßnahmen der Kliniken auch auf psychotherapeutische Leistungen ausweiten bleibt abzuwarten.

In der Presse begründet der Klinikverbund seine Aktivitäten damit, dass er nur solche Leistungen erbringt, die von den Vertragsärzten nicht im nötigen Umfang erbracht werden könnten, z.B. bei der Behandlung chronischer Lebererkrankungen.

Über die weiteren Entwicklungen werden wir berichten.

## **2. Die Psychotherapeutenkammer Bremen befasste sich auf ihrer Sitzung am 18.11.2008 ebenfalls mit der Versorgungssituation in Bremen, speziell durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Kassensitzinhaber/in.**

Seit 2005 hat der Vorstand der KVHB begonnen, Kassensitze von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stillzulegen, entweder durch Ablösesummen, durch Nicht-Ausschreibung von Kassensitzinhabern, die aufgrund schwerer Erkrankung in den letzten vier Quartalen ihre Praxis nicht mehr ausüben konnten oder durch Verweigerung der Ausschreibung bei Inhaberrinnen und Inhabern, die im den letzten 4-8 Quartalen unterdurchschnittliche Praxisumsätze erzielt haben.

Nach einer intensiven Diskussion wird eine Resolution verabschiedet, in der die Kammerversammlung das Vorgehen der KVHB entschieden ablehnt, da

- eine Verringerung von psychotherapeutischen Kassensitzen die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung erneut verringert
- hingegen der Erhalt der vorhandenen psychotherapeutischen Kassensitze der Förderung des psychotherapeutischen Nachwuchses dient

*Peter Hegeler*

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



## Hessen

### Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer am 7. und 8. November 2008 in Offenbach

#### „Miteinander“ in der Kammer

Die Delegiertenversammlung begann mit einer (für ein politisches Gremium ungewöhnlichen) Diskussion des Miteinanders der verschiedenen Therapierichtungen in dem Gremium, welches wohl in der Versammlung schwieriger ist als im Kreis der KollegInnen vor Ort. Unsere Liste VT-AS (Verhaltenstherapie - Angestellte & Selbständige) tat sich mit dieser Diskussion etwas schwer - haben doch VerhaltenstherapeutInnen komplizierte Konstrukte (wie „Menschenbild“) gerne operationalisiert. In unserer Stellungnahme arbeiteten wir heraus, dass für uns die Kammer weniger als berufsständisches Gremium interessant ist, sondern vielmehr als Institution zur Förderung der Versorgungsqualität aus der Sicht der zu Behandelnden und zur Anregung der Weiterentwicklung von Psychotherapie unter evidenzbasierter (schon dieses Wort ist in der Kammer teilweise ein Reizwort) Perspektive.

#### Berufsordnung

Die hessische Berufsordnung ist in Veränderung begriffen. Eine Anpassung an die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer steht an und soll auf der Delegiertenkonferenz im Frühjahr 2009 beschlossen werden. VT-AS wird darüber auf einer Klausursitzung im Frühjahr beraten - Anregungen aus dem Kreis der DGVT-Mitglieder sind willkommen.

#### Fortbildungspunkte für Angestellten-Qualitätszirkel

Unser Antrag auf Ermöglichung von Fortbildungspunkten für Angestellten-Qualitätszirkel fand keine Mehrheit. Zur Erinnerung: Niedergelassene PsychotherapeutInnen können über die Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Fortbildungspunkte erwerben. Für reine Angestellten-Qualitätszirkel gibt es diese Möglichkeit nicht. Die Argumente gegen unseren Antrag waren eine Gemengelage aus

- einer meines Erachtens generellen Skepsis gegenüber einem systematischen Qualitätsmanagement
- einer Unkenntnis über die Rolle, die die Qualitätszirkel z. B. im internen Qualitätsmanagement der Medizinischen Rehabilitation spielen (wo sie seit 1995 etabliertes Instrument sind)
- einer Unterbewertung der Anzahl der KollegInnen, die in Qualitätszirkeln mitarbeiten (als ob es sich um ein Problem einer zu vernachlässigenden Minderheit handeln würde)
- der Befürchtung, eine Initiative der Kammer in der von uns gewollten Richtung könnte die Anforderungen an psychotherapeutisches Qualitätsmanagement generell verschärfen.

Insgesamt wurde deutlich, wie wenig in der Delegiertenversammlung die Rolle des Qualitätsmanagements in einem institutionellen Bereich wie z. B. der Medizinischen Rehabilitation (aus der der Antrag kam) bekannt ist. Notwendig ist, dass sich Angestellte viel mehr als bisher für die Kammerarbeit interessieren und besonders auch die Reha-PsychologInnen in die Kammerpolitik einmischen.

#### Erziehungsberatung

In einer deutlichen Resolution kritisierte die Delegiertenversammlung die höchst unzureichenden finanziellen Mittel, die den Erziehungsberatungsstellen in Hessen zur Verfügung stehen.

#### Ausbildung in Psychotherapie

Die Umwandlung der Diplom-Studiengänge in Bachelor-Studiengänge und unterschiedliche Master-Studiengänge bringt es mit sich, dass sich die Eingangsvoraussetzungen, die Ausbil-

dungsteilnehmerInnen mitbringen, diversifizieren werden. Die Delegiertenversammlung sieht die Gefahr einer Dequalifizierung. Ein Zugehen auf die Kultusbehörden wird für notwendig gehalten.

### **Kammer-Mitgliederbefragung zur Supervision**

Während es vor einiger Zeit noch unklar war, in welchem Rahmen das Projekt durchgeführt werden kann (wir befürchteten das unverhältnismäßige „Verbraten“ der Beiträge der Kammermitglieder), konnte nun - auch unter Mithilfe der VT-AS-KollegInnen - Prof. Rief (Universität Marburg) als wissenschaftliche Begleitung und Durchführungsstelle gewonnen werden. Damit ruft VT-AS auf, sich an der Befragung zu beteiligen.

### **Hessischer Psychotherapeutentag 2009**

Unsere Liste VT-AS gibt derzeit dem Kammervorstand Anregungen zur Sicherstellung einer qualitativ guten Ausstattung des Psychotherapeutentages mit ReferentInnen (nicht nur VT-ReferentInnen, sondern vor allem solche, die etwas vom Thema der Tagung „Familie“ verstehen). Nach wie vor ist aber nicht gesichert, dass Polemiken gegen die VT auf der Tagung unterbleiben. VT-AS ist hierzu mit dem Kammervorstand in der Diskussion und will einen angemessenen Beitrag zum fachlichen und atmosphärischen Gelingen des Psychotherapeutentages leisten.

*Karl-Wilhelm Höffler, Elisabeth Huber*

*Kontakt: hessen@dgvvt.de*

## **H a m b u r g**

### **Bericht aus der Hamburger Kammer**

Nach dem **2. Hamburger Psychotherapeutentag am 28.6.2008** in der Uni Hamburg mit dem Thema "Neue Medien und deren Auswirkungen auf Beziehungen und Psychotherapie" war nun am **28.11. 2008 ein Angestelltentag** geplant. Es wurde auf neue Entwicklungen in der Versorgungslandschaft hingewiesen. Hierzu gehören neue Organisationsformen wie medizinische Versorgungszentren aber auch Tendenzen der Spezialisierung, wie sie in mögliche Weiterbildungsordnungen aufgenommen werden könnten. Aus den Reihen der DGVT wirkten als Referenten mit: Heiner Vogel, Brigitte Gemeinhardt und Thomas Bonnekamp.

Darüber hinaus wurde beim Angestelltentag der Kamer über neue Entwicklungen bei Tarifverhandlungen informiert und diskutiert.

In der letzten Delegiertenversammlung war neben der Abarbeitung notwendiger Formalia auch Thema, inwieweit sich die Kammerarbeit effektiver gestalten ließe. Insbesondere vor dem Hintergrund zu erwartender Umstrukturierungen im Gesundheitswesen gibt es viele heiße Eisen, von denen nicht alle angefasst werden.

*Thomas Bonnekamp*

*Kontakt: hamburg@dgvvt.de*

## **N i e d e r s a c h s e n**

### **Arbeit der Landesgruppe**

Die Landesgruppe traf sich regelmäßig und beschäftigte sich mit berufspolitischen Themen und der Arbeit der Psychotherapeutenkammer. Schwerpunkte der letzten Treffen waren die Arbeit der Psychotherapeutenkammern in anderen Bundesländern im Vergleich zur Arbeit der

PKN, die innerhalb der DGVT überlegte Strukturveränderung in Richtung auf ein Delegiertensystem, die von uns kritisch betrachtete Entwicklung eines neuen Curriculums „Palliative Psychotherapie“, das „Tübinger Modell“ der DGVT zur Psychotherapieausbildung, das Thema Praxisverkauf und Überlegungen zur Kammerwahl 2010. Da der Termin der Kammerwahlen in großen Schritten näher rückt, werden wir uns alsbald mit der Aufstellung der Wahllisten beschäftigen. Unsere Treffen geben allen Interessierten die Möglichkeit, sich mit Themen der Kammer vertraut zu machen und einen Einblick in die Berufspolitik zu bekommen.

Ferner planen wir für alle an der Kammerarbeit Interessierten einen *Fortbildungstag zum Thema „Arbeit der Psychotherapeutenkammer“*. Dieser soll am 21. Februar 2009 von 10-17 Uhr mit max. 30 TeilnehmerInnen stattfinden, der Ort steht noch nicht fest. Es werden an alle Mitglieder Niedersachsens schriftliche Einladungen verschickt, sobald die genauen Rahmenbedingungen geklärt sind. Themen sollen sein:

- Organisation und Arbeit der Psychotherapeutenkammer
- Kleingruppen zu folgenden Themen:
  - Fort- und Weiterbildungsordnung
  - IV-Verträge
  - Verkauf von Praxissitzen
  - Bedarfsplanung: Freigabe von ärztlichen Sitzen; KJP-Quote
- Zukunftswerkstatt: „Meine Traumkammer“

### **Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Neben den regelmäßigen Treffen in der Praxis von Katrin Ruß, die insbesondere der Vernetzung und dem Austausch von aktuellen Informationen dienen, organisierte die Fachgruppe am 15.11.2008 einen internen *Fortbildungstag* zum Thema „Therapeutische Geschichten in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“. In gemütlicher Runde tauschten sich die 10 Teilnehmerinnen in der Praxis von Katrin Ruß über ihre eigene Arbeit aus und übten unter der Anleitung einer Referentin die Entwicklung eigener therapeutischer Geschichten. Ein nächster *selbstorganisierter Fortbildungstag* ist im März 2009 zum Thema „Spielen in der therapeutischen Praxis“ geplant.

Neue Mitglieder - auch AusbildungsteilnehmerInnen - sind herzlich willkommen (Termine siehe unten)!

### **Sonstiges**

Die LandessprecherInnen luden die Kammerdelegierten der DGVT, Christiane Rokahr, Heinz Liebeck und Dieter Haberstroh, zu einem gemeinsamen Treffen ein, um sich über die aktuelle Arbeit der Kammer zu informieren und Möglichkeiten einer besseren Zusammenarbeit zwischen der Landesgruppe und den Delegierten zu besprechen.

### **Für den Terminkalender**

Treffen der Landesgruppe:

- 13. 1.2009 um 19:30 Uhr in der Praxis von Elisabeth Jürgens, Körnerstr. 9, Braunschweig
- 10.3.2009 um 19:30 Uhr in der Praxis von Susanne Schöning, Eichenweg 73, Hannover-Bothfeld – gemeinsames Treffen mit der KiJu-Gruppe
- 5.5.2009 um 19:30 Uhr in der Praxis von Susanne Schöning, Eichenweg 73, Hannover-Bothfeld
- Fortbildungstag zur Arbeit der Psychotherapeutenkammer:  
Samstag, 21.2.2009, 10-17 Uhr, Ort wird noch bekannt gegeben

Treffen der Fachgruppe KiJu:

- 20.1.2009 um 20 Uhr in der Praxis von Katrin Ruß, Seelhorststr. 53, Hannover-Zooviertel

- 10.3.2009 um 19:30 Uhr in der Praxis von Susanne Schöning, Eichenweg 73, Hannover-Bothfeld – gemeinsames Treffen mit der Landesgruppe

Mitgliederversammlung:

- Dienstag, 9.6.2009 ab 19:30 Uhr (ab 18 Uhr wird eine Fortbildung stattfinden); Ort wird noch bekannt gegeben

*Elisabeth Jürgens, Susanne Schöning, Klaus Ditterich*

*Kontakt: niedersachsen@dgv.de*

## **Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)**

### **Bericht von der 4. Delegiertenversammlung**

Am Wochenende 10./11.10.08 hat die vierte OPK-Kammerversammlung stattgefunden, von der wir Ihnen aus unserer Sicht berichten wollen.

Für die Steuerkanzlei BTK Halle erläuterte Frau Kapser den 07er Bilanz-Prüfungsbericht. Für den Finanzausschuss berichtete Ragna Richter von der Prüfung des **Jahresabschlusses 2007**. Es konnten 331.000 € in die allgemeine Rücklage eingestellt werden. Vorstand, Geschäftsführung und Errichtungsausschuss wurde für das Haushaltsjahr 2007 Entlastung erteilt. Das Jahr 2008 sei von erheblichen Ausgaben für die Errichtung der Geschäftsstelle und etliche Personalentscheidungen geprägt. Das Personal sei inzwischen eingearbeitet - Anfragen werden zeitnah und zuverlässig bearbeitet. Die Ausstattung der Geschäftsstelle ist nun angemessen. Bei zurzeit 2200 Mitgliedern trägt die **Geschäftsstelle** noch an der Last von fast 300 ungeklärten Mitgliedschaften in der Kammer. Hierbei handelt es sich um Adressen von möglichen Mitgliedern, die ihre Pflichtmitgliedschaft bislang nicht bestätigen. Für jeweils weitere 400 Mitglieder entsendet die OPK einen zusätzlichen Delegierten in die Bundespsychotherapeutenkammer. Insofern ist die Anzahl der Mitglieder - neben den offensichtlichen finanziellen Konsequenzen - mitentscheidend für unseren berufspolitischen Einfluss auf Bundesebene. Seitens der OPK sind derzeit 14 Delegierte in der BPTK, davon 2 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Vom Erfolg gekrönt waren die vielfältigen Vorstands-Aktivitäten für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugunsten einer Mindestversorgungsquote von 20 % für KJP in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung im Zuge des GKV-OrgWG, wie Andrea Mrazek im **Bericht des Vorstandes** schilderte. Wie Sie dem Ärzteblatt entnehmen konnten, hat z. B. Sachsen-Anhalt mit 3,3 % aller niedergelassenen Psychotherapeuten (Bundesdurchschnitt: 13,6 %) die niedrigste Quote an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Mit der gleichzeitig erfolgenden Reduktion der ÄrztInnen-Quote von 40 auf 25 % sollte vielen jungen KJP die Niederlassung in den östlichen Bundesländern ermöglicht werden. Bedarf ist allemal vorhanden.

Das Krankenhaus-Reformgesetz soll auch noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden, Andrea Mrazeks Aktivitäten hierzu als BPtK-Vorstand können Sie in diesem Heft im Bericht zum 13. Deutschen Psychotherapeutentag nachlesen. Der gemeinsame Beirat der OPK mit den 5 Landesärztekammern konstituierte sich im Mai 2008.

OPK-Vorstand Dietmar Schröder wurde zum Vorsitzenden gewählt. Austausch und Abstimmung bezüglich der verschiedenen Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen soll der erste Arbeitsschwerpunkt sein. Ähnliches ergab sich bei ersten KV-Vertreter-Treffen der OPK. Dort wurde eine Absprache hinsichtlich der Fortbildungsverpflichtungs-Nachweise der Niedergelassenen getroffen. Zur Erinnerung: wer am 30.06.2004 bereits niedergelassen war, muss bis zum 30.06.2009 seinen 5-Jahres-Nachweis erbracht haben. Erwähnung finden sollte noch, dass der Vorstand wegen dem Sachsen-Anhaltinischen Kinderschutzgesetz-Entwurf im dortigen Ministerium vorsprach. Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Vorstandes waren die ers-

ten Regionalversammlungen in S-A, M-V und Thüringen. In der Ausgabe 4 – 2/2008 der Zeitschrift „OPK-Aktuell“ wird über die 4. DV berichtet. Weiterhin verbesserungswürdig sieht der Vorstand selber den OPK-Internetauftritt. Kerstin Dittrich, die neue wissenschaftliche Referentin des Vorstands, stellte die Planungen zu einer Veranstaltungsreihe zu EU-Recht und Psychotherapie vor.

Das Anliegen, die **Notfallpsychotherapie** über die Kammer zu organisieren bzw. zu vernetzen, wurde von staatlicher Seite in Thüringen an die Kammer herangetragen. Hintergrund dürfte sein, dass bei entsprechenden Ereignissen in der Vergangenheit Defizite deutlich wurden. In der Geschäftsstelle der OPK soll nun eine Liste hinterlegt werden, aus der entsprechend qualifizierte KollegInnen hervorgehen. Die Qualifikation wird nicht seitens der Kammer festgelegt, sondern entspricht der **Selbsteinschätzung** der PsychotherapeutInnen. Bitte beachten Sie hierzu auch den Ausfüll-Abschnitt im neusten Mitteilungsblatt „OPK-Aktuell“. Es wurde als sinnvoll erachtet, dass für den Bereich der Kinderpsychotherapie eine eigenständige Liste zu erarbeiten sei, da sich Notfallpsychotherapie bei Kindern grundlegend von der bei Erwachsenen unterscheidet. Auch wurde seitens des Vorstandsmitglieds Peikert betont, dass keine Konkurrenz zu bestehenden Notfalldiensten (z. B. Notfallseelsorge, Notfallpsychologie) entstehen soll. Vielmehr würden die KollegInnen, die sich auf die besagte Liste eintragen lassen, damit ihre Bereitschaft erklären, nach Großschadensereignissen beispielsweise zeitnah, d. h. unter Umgehung einer sonst meist üblichen Warteliste, Therapieplätze anzubieten. Weitere Informationen werden auf dem internen Bereich der OPK-Homepage zu finden sein.

Auch bei seinem dritten **Haushaltsentwurf** fiel es dem Finanzausschuss noch immer schwer, einzuschätzen, welche Kosten der laufende Kammerbetrieb im kommenden Jahr verursachen wird. Die Änderung der Entschädigungsordnung habe zu einem leichten, 6%igen Einspareffekt geführt. Immerhin bestehen für künftige Ausgaben bereits ordentlich Rücklagen. Laut Angaben des zuständigen Ministerialen, Herrn Hommel müsse eine Kammer ca. 50% des Haushalts an Rücklagen haben, damit juristisch betrachtet keine Beanstandung möglich ist. Dieses Argument sowie die Unsicherheiten bzgl. bevorstehender Investitionen in den nächsten Jahren (Heilberufeausweis 2010, elektronisches Fortbildungskonto) führten uns dazu, von einem Antrag auf Ermäßigung des Kammerbeitrages vorerst Abstand zu nehmen.

**Stabile Mitgliedsbeiträge** ergab das Votum der Delegiertenversammlung. Die Finanzausschuss-Vorsitzende Ragna Richter sah keinerlei Gründe, die Beiträge zu senken und hatte empfohlen, die jährlich abzustimmenden Beitragshöhen unverändert zu lassen (was dann auch geschah).

Wolfgang Pilz, Jürgen Friedrich und Johannes Weisang brachten erfolgreich einen Auftrag an den Finanzausschuss ein. Sie fanden die Zustimmung der Delegiertenversammlung dafür, dass eine Kammerbeitragsregelung ausgearbeitet werden soll, die auf soziale Belange stärkere Rücksicht nimmt. Es soll dann künftig regelhaft möglich werden, nach Unterschreitung eines festzulegenden Jahreseinkommens per selbst eingereichtem Steuerbescheid Ermäßigung zu beantragen. Dies passiert jetzt höchstens als Einzelfallentscheidung. Falls Sie weitere Anregungen für gerechtere Regelungen haben, nehme wir diese gerne entgegen.

Ein künftiger Beitrag zur Kostendämpfung in der Kammerarbeit dürfte darin bestehen, dass für die Kammerversammlungen nun ein Hotel außerhalb Leipzigs mittlerweile gefunden wurde.

Das **Versorgungswerk** der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hatte seit unserer letzten Kammerversammlung seine Satzung dergestalt geändert, dass nunmehr ein Beitritt auch unserer Kammer möglich erschien. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates und der Hauptgeschäftsführer stellten der Kammerversammlung ihr Versorgungswerk NRW näher vor. Ein durch den Vorstand veranlasstes versicherungsmathematisches Gutachten zeigte de-

tailliert Vorteile dieses Versorgungswerks gegenüber dem ursprünglich favorisierten niedersächsischen Versorgungswerk auf.

Auf die hierbei ausführlich dargelegte Problematik der Sterbetafeln bzw. der Berücksichtigung sich verändernder Lebenserwartungen bei der Berechnung von Erträgen und Ausschüttungen können wir hier nicht näher eingehen.

In einem Vortrag (Klemens Färber) der erweiterten Vorstands-Arbeitsgruppe wurden folgende Desiderata bzgl. der weiteren Verhandlungen mit Versorgungswerken zur Vorbereitung eines möglichen Beitritts nach dem Referat des versicherungsmathematischen Gutachters abgewogen:

- Mitbestimmungsmöglichkeiten der Kammerversammlung im Versorgungswerk (z. B. durch die Entsendung von Delegierten);
- Eingegrenzte Härtefallregelungen, um das finanzielle Gesamtgefüge des Versorgungswerks nicht zu gefährden;
- Ein nicht allzu tief angesetzter Mindestbeitragssatz, damit ein nennenswerter Beitrag zur Altersversorgung entstehen kann;
- Einheitliche Beitragsbemessung im Osten und Westen. Ein Meinungsbild innerhalb der Kammerversammlung zeigte, dass 18 Jahre nach der Wende und insbesondere in Anbetracht der Honorarangleichung 2009 für Niedergelassene das Bestehen auf niedrigeren Beiträgen für Ostdeutsche anachronistisch erschiene.
- „Sichere“ Anlagestrategien (weit gehender Verzicht auf Aktien), die Anlagen sollten breit gestreut sein, die Entscheidungen sollten jederzeit transparent sein;
- Vorsichtige Gewinnrechnungen sind Versprechungen, die möglicherweise nicht eingehalten werden können, vorzuziehen;
- Die Verwaltungskosten sollten möglichst niedrig sein;
- Die zur Debatte stehenden Versorgungswerke sollten Datenmaterial möglichst umfassend und rasch zur Verfügung stellen können.

Seitens des Vorstandes waren im Vorfeld 10 Versorgungswerke bzgl. eines möglichen Beitritts überprüft bzw. kontaktiert worden. Immer wieder bestätigt wurden Vorteile von Versorgungswerken gegenüber der privaten Versicherungswirtschaft. Im Ergebnis bat der Vorstand um den Auftrag der Kammerversammlung, Verhandlungen bzgl. eines Beitritts mit dem Versorgungswerk Nordrhein-Westfalen aufzunehmen und zum Abschluss zu bringen. Formal ist jetzt keine Zustimmung der Delegiertenversammlung vor einem Beitritt mehr nötig. Zwei der DGVT-Delegierten ging das zu weit, sie enthielten sich der Stimme. Aufgrund der nötigen Staatsverträge in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen sowie der bevorstehenden Landtagswahlen in Sachsen ist allerdings ohnehin mit Verzögerungen zu rechnen.

Seitens des Vorstandes war Martin Stellpflug, der aus vielen Publikationen bekannte Justitiar der BPtK, zu einem Referat bzgl. der Vorteile erweiterter **Weiterbildungsordnungen** eingeladen worden.

Zum Hintergrund: Nach Erhalt der Approbation sind PP/KJP zur *Fortbildung* angehalten. Diese ist definiert als „Erhalt der beruflichen Qualifikation, indem das einmal erworbene Wissen gegen Vergessen geschützt und auf der Höhe des fachlichen Fortschritts gehalten wird“. Aufgrund der Pflicht zur Fortbildung verbietet sich ein Werben mit durch Fortbildung erhaltenen Titeln von selbst und könnte u. a. auch berufsrechtlich geahndet werden. Mit entsprechend zu regelnden *Weiterbildungen* – nicht zu verwechseln mit der im ärztlichen Bereich hinlänglich bekannten Weiterbildung zum Facharzt (diesem sind PP/KJP bereits mit der Anerkennung der Fachkunde gleichgestellt) könnten auch PsychotherapeutInnen zusätzliche Qualifikationen nachweisen, die Spezialisierung in einem bestimmten Fachgebiet betonen und damit für sich werben.

Um dieses Thema kreisten kontroverse Diskussionen beim 12. Deutschen Psychotherapeutentag am 31.05.08 in Bremen. Es gab es ein sehr knappes Abstimmungsergebnis, eine Stimme fehlte nur, um den Antrag, die Muster-WBO wg. ihres zweifelhaften Nutzens nicht weiter auszubauen, durchzusetzen. Darüber hinaus hatte dieser DPT zwei Anträgen zugestimmt, die nur schwer unter einen Hut zu bringen waren. So beschloss der DPT die weitere Diskussion der MWBO auf die Zeit nach dem Forschungsgutachten zur Ausbildung zu verschieben. Gleichzeitig beschloss er, den Bundesvorstand damit zu beauftragen, dem 13. DPT weitere Regelungsbereiche für die MWBO vorzuschlagen. Der Bundesvorstand hatte Kammern und Verbände aufgerufen, Vorschläge für die Weiterentwicklung der MWBO einzureichen.

Stellpflug argumentierte, dass die Kammern die Deutungshoheit für künftige Weiterbildung an sich ziehen sollten - und dies möglichst auf Bundesebene. Momentan hätten wir unterschiedliche Weiterbildungsordnungen in den Ländern, wodurch gegenseitige Anerkennungsprobleme entstehen. Von der OPK ist bereits die Weiterbildung Neuropsychologie geregelt worden.

Mit dem Ausbau der Weiterbildungsordnungen verbunden sein könnten lt. Stellpflug möglicherweise auch positive Entwicklungen im Niederlassungsrecht. Wenn eine Psychotherapeutin beispielsweise nachweist, dass die mit der von ihr absolvierten Weiterbildung verbundene Leistung bislang von keinem anderen Niedergelassenen erbracht wird, dann wäre dies eine Nachweismöglichkeit für einen bestehenden Bedarf.

Zum Ende der Kammerversammlung hatte Frank Massow über die laufende Arbeit im KJP-Ausschuss berichtet. Schwerpunkt der Diskussionen und Ausarbeitungen war, die Besonderheiten der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis herauszustellen. Dieses Anliegen wird seitens des Vorstandes durchaus unterstützt, allerdings wurde nunmehr auf die Formulierung konkreter Schritte und Anliegen gedrängt.

Der im Ausschuss erstellte Kostenvergleich hat gezeigt, dass die Praxiskosten verschiedener KJPs schwer vergleichbar sind, weil die unterschiedlichen KollegInnen ihre Schwerpunkte jeweils anders setzen. Offen ist die Frage, wie der in jedem Fall gegenüber einer ausschließlich mit Erwachsenen arbeitenden Praxis bestehende höhere Aufwand angemessene Berücksichtigung finden sollte. Tendenz im Ausschuss ist, für eine höhere Vergütung der einzelnen Psychotherapiestunde zu argumentieren. Die seit 2008 erhöhte Pauschale hat lediglich zu einer hohen Belastung der Regelleistungsvolumina geführt, was nicht zielführend sei.

Weiterbildungsordnungen (WBO) könnten einmal weitreichende Implikationen für KJPs bekommen. Innerhalb der Psychotherapeutenchaft gibt es noch keine klare Meinung darüber, ob die Zukunft unseres Berufes weiterhin in der Grundausbildung von zwei Arten von PsychotherapeutInnen (also PP und KJP) liegen soll oder es nach Novellierung des Psychotherapeutengesetzes nur mehr einen Beruf „PsychotherapeutIn“ geben soll, der im Rahmen von Weiterbildung zum KJP führt.

Eine offene Frage ist, weshalb KJPs in Kinderschutznetzwerken bislang kaum Berücksichtigung finden, aber auch von sich aus bisher wenig Engagement gezeigt haben.

Der **Eindruck** einer sachorientierten, schulenübergreifenden, diskussionsfreudigen und doch letztlich auf Integration zielenden Arbeitsweise innerhalb der Kammerversammlung hat sich erneut bestätigt. Der Vorstand - allen voran die Präsidentin Frau Mrazek - genießt hohes Vertrauen hinsichtlich einer engagierten berufspolitischen Arbeit auf unterschiedlichen Ebenen. Bezüglich der berufspolitischen Öffentlichkeitsarbeit erscheint es eher als Vorteil, dass einige wenige Funktionäre die gesamte ostdeutsche Psychotherapeutenchaft länderübergreifend repräsentieren.

*Wolfgang Pilz, Jürgen Friedrich, Friedemann Belz, Barbara Zimmermann, Anne Fallis*

## Rheinland-Pfalz

Am Ende dieses Jahres kann man eine erste Bewertung der Änderung der **Beitragsordnung der Kammer** wagen: insgesamt scheint es, dass der einkommensbezogene Beitrag mit größerer Akzeptanz einhergeht als der Einheitsbeitrag davor. Zunächst aber war die Verunsicherung groß: viele wussten nicht so recht, was offen gelegt werden musste, wo dies im Steuerbescheid steht u. ä. Man kann davon ausgehen, dass diese Verwirrung angesichts der vielen Zahlen in einem Steuerbescheid im nächsten Jahr nicht mehr in diesem Maß herrschen wird. Und ärgerlich, das soll nicht verschwiegen werden, waren auch Einige, die diese Offenlegung nicht gut heißen. Tatsächlich gibt es vergleichsweise wenige Widersprüche, die aufrechterhalten wurden und nicht in einigen Gesprächen mit der Geschäftsstelle geklärt werden konnten. Es zeigte sich zur Überraschung des Vorstands, dass eine Punktlandung zwischen erwarteten und tatsächlichen Einnahmen bei den Angestellten zu verzeichnen ist, war hier doch die Unsicherheit viel größer bei der Festlegung des Hebesatzes als bei den niedergelassenen KollegInnen. Bei den Selbstständigen wurde allerdings mehr Geld als veranschlagt eingenommen, was wohl an Rückzahlungen durch die KV lag, die anfangs nicht einberechnet werden konnten. Demzufolge hat die Vertreterversammlung am 29.11.08 auf Antrag des Vorstands beschlossen, den Hebesatz für die Angestellten beizubehalten, den für die Selbstständigen von 0,96 auf 0,89 zu senken. Es bleibt also bei einer Konstanzhaltung der Beiträge. Das „zuviel“ bezahlte Geld wurde im laufenden Jahr nicht ausgegeben, sondern wird als Rückstellung für die Selbstständigen angelegt. Dies hat den Vorteil, dass im Fall eines zu niedrigen Hebesatzes und damit einhergehenden Mindereinnahmen dieses Geld zum Ausgleich verwendet werden und auf eine schnelle Erhöhung des Hebesatzes verzichtet werden kann. So können Schwankungen ausgeglichen werden und man kann sich auf einen Hebesatz in einer gewissen Höhe verlassen. Der durchschnittliche Beitrag für 2009 liegt damit immer noch deutlich unter dem früher einmal gezahlten Einheitsbeitrag von 475 €.

Im November gab es Veränderungen im **Kammervorstand**: Sascha Gönner von der Transparenzliste hat seinen Rücktritt erklärt, nachdem es über Monate massive Auseinandersetzungen in den Vorstandssitzungen gab. Diese bezogen sich auf unterschiedliche Auffassungen bzgl. des Engagements der Vorstandsmitglieder (zuviel vs. zu wenig), vor allem aber auf die Höhe des Haushalts. Für uns Delegierte der DGVT-Liste steht, wie im Wahlkampfflyer dargelegt, nicht das Sparen um des Sparens willen im Vordergrund, sondern inhaltlich sinnvolles Sparen, wo immer es geht. Sparen bzw. Geldaufwendungen sind daher eng mit inhaltlichen berufspolitischen Überlegungen verbunden. Wir werden weiter diesen Kurs verfolgen, da wir davon ausgehen, dass die PsychotherapeutInnen in Rheinland-Pfalz sehr unzufrieden wären mit einer Kammer, die zwar auch viel Geld kostet (eine gewisse Infrastruktur muss ja vorgehalten werden), aber dann noch nicht einmal berufspolitisch etwas erreicht. Wo sich Sparpotentiale ergeben, werden wir versuchen, sie durchzusetzen, wobei sich dies noch nicht einmal immer mit sparwilligen Listen umsetzen lässt, wie sich in der letzten Vertreterversammlung zeigte. Zunächst wird der Vorstand nun mit vier Mitgliedern weitermachen, Bis zur nächsten Vertreterversammlung Ende März soll in Ruhe über das weitere Vorgehen und mögliche Nachbesetzungen verhandelt werden.

Auf der letzten **Vertreterversammlung** am 29.11. informierte Herr Krause von der Bundespsychotherapeutenkammer in einem Vortrag über die bevorstehende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des **Heilberufsausweises** (HBA). Deutlich wurde dabei, dass auf die Kammern in diesem Zusammenhang viel Arbeit zukommen wird, da sie verpflichtet sind, die Einführung insgesamt zu begleiten und den HBA auszugeben. Diese Aufgaben haben sich die Kammern nicht ausgesucht, sondern sie wurden von politischer Seite dazu „ausgesehen“. Wir werden diese zusätzlichen Aufwendungen über Gebühren für den HBA gegenfinanzieren, da nicht jeder Psychotherapeut einen HBA braucht und es von daher nicht vertretbar wäre, dass alle mit ihren Beiträgen für etwas bezahlen müssen, was aber nicht jeder



notwendigerweise braucht. Die Einführung ist noch mit vielen Unbekannten versehen (z.B. der Zeitpunkt der Einführung), die Kammer wird rechtzeitig ausführlich informieren, sobald das Thema für Sie aktuell wird. Nach dem Vortrag wurde der Haushalt 2009 beschlossen, dazu noch viele Satzungsänderungen, über die Sie im PTJ wieder informiert werden, bzw. auch über die Homepage der Kammer.

Apropos **Kammerhomepage**: Haben Sie sich in den letzten Monaten schon einmal die überarbeiteten Webseiten angesehen. Falls nicht, schauen Sie einmal rein...

Um die **Anliegen der angestellten PsychotherapeutInnen/PsychologInnen** drehten sich zwei Initiativen:

- Zum einen folgte der Verwaltungsleiter der Landeskrankenhäuser unserer Einladung zu einem ausführlichen Meinungsaustausch. Wir brachten unsere Wünsche nach statusmäßigen Verbesserungen der PP in den Kliniken vor, zentriert an der Frage, wie die im PsychThG erreichte weitgehende Gleichrangigkeit der Heilberufe in den Kliniken umgesetzt werden kann. Es wurde darauf verwiesen, dass PP/Psychologen in den Gremien der Krankenhäuser kaum eine Rolle spielen. Das Ziel der Übertragung von Leitungsverantwortung auch auf PP könne am ehesten realisiert werden, wenn die Behandlungsabläufe auf den Stationen mehr prozesshaft (und weniger berufsständisch) definiert werden. Aus der Sicht der LPK sollten bei Stellenausschreibungen als auch bei den Vergütungen die Approbation Berücksichtigung finden.
- Zum anderen fand am 27.09.08 die Fachtagung statt, die in diesem Jahr vom zuständigen Ausschuss für die Belange der PsychotherapeutInnen in Institutionen organisiert worden war. Eingebettet in eine Reihe fachlicher, tarif- und berufspolitischer Vorträge sollte vor allem eine Diskussionsplattform geschaffen werden, um den in Institutionen tätigen KollegInnen Gelegenheit zum direkten Dialog mit Entscheidungsträgern in der Gesundheitswirtschaft und Politik zu geben. Leider muss in der kritischen Rückschau gesehen werden, dass dieses Konzept nicht ganz so aufging wie erhofft, was sich u. a. in einer deutlich geringeren Nachfrage gegenüber den Vorjahren zeigte. Inwieweit sich die inhaltliche Attraktivität und Qualität der Vorträge oder auch der Referenten und Podiumsteilnehmer zuspruchbremsend auswirkten, ist im Einzelnen schwer beurteilbar, die Resonanz der Teilnehmer zumindest war überwiegend positiv und bestätigend. Die große Heterogenität in diesem Berufsfeld, die noch einmal anders als bei den Niedergelassenen bisher kaum zur Entwicklung einer gemeinsamen berufspolitischen Identität und Sprache beigetragen hat, macht es nicht leicht, einen für alle gleichermaßen attraktiven Themenkatalog aufzubereiten.

Welche jetzt schon absehbaren **Aufgaben** werden auf die Kammer im nächsten Jahr zukommen?

- Das Gesundheitsziel „Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen“ wird weiterverfolgt, von unserer Seite mit dem Schwerpunkt der Aufklärung über die in diesem Zusammenhang auftretenden psychischen Erkrankungen und deren Bedeutung für die Rekonvaleszenz, ebenso wie die Unterstützung der geschlechtsspezifischen Implikationen, soweit sie Erleben und Verhalten von Patientinnen betreffen.
- Das Gesundheitsziel „Psychische Gesundheit – ein Leben lang“ wird hoffentlich angegangen, bei dessen Umsetzung die LPK in vorderster Front gefragt sein wird.
- In Rheinland-Pfalz soll ein Kompetenznetz Depression aufgebaut werden. Die Kammer wurde um Unterstützung bei Planung, Aufbau und Implementierung gebeten, was in der Vertreterversammlung beraten wurde. Dort wurde beschlossen, hier nach Maßgabe der finanziellen und personellen Ressourcen zu unterstützen.
- Wir wollen die Kontakte zu den Ministerien weiter intensivieren, da wir den Eindruck haben, dort als Ansprechpartner wahrgenommen und auch gefragt zu sein. Dies gibt

uns die Möglichkeit, die Anliegen der PsychotherapeutInnen weiterzugeben und uns für deren Umsetzung einzusetzen.

- Die Homepage ist komplett überarbeitet und funktioniert inzwischen fast reibungslos. Im letzten Jahr wurden Kontakte zu verschiedenen Medien hergestellt, einige Artikel zum Thema Psychotherapie konnten lanciert werden. Diese Öffentlichkeitsarbeit soll weiter intensiviert werden.
- Für die Geschäftsstelle steht die Umsetzung verschiedenster europäischer Richtlinien im Vordergrund, was viel Arbeitskraft binden wird, ebenso laufen möglicherweise die ersten Vorbereitungen für die Einführung der HBA an.

*Andrea Benecke*

*Kontakt: rheinland-pfalz@dgv.de*

## **Saarland**

### **Kammerwahl**

Das Ergebnis der Wahl der Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer Saarland lag zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Beitrags noch nicht vor. Die beiden Kandidaten der DGVt auf der verbändeübergreifenden Liste „Nur mit uns“ werden an dieser Stelle in der nächsten Ausgabe berichten.

### **Fortbildungsreihe „Neue Entwicklungen und Konzeptionen in der Verhaltenstherapie“**

Unsere 2005 begonnene fünfteilige Fortbildungsreihe à jeweils 6 bis 10 Stunden neigt sich dem Ende zu. Sie umfasste neue Entwicklungen und Konzeptionen in der (und um die) Verhaltenstherapie. Ob es sich nun um solche handelt, die innerhalb unbeirrter Jahrzehnte hinweg verfolgter Projekte zu beeindruckender Substanz und Reife gelangt sind (*Problem-Solving Therapy*, in den "Gründerzeiten" von Goldfried und D'Zurilla auf den Weg gebracht; *Cognitive Therapy* der Depression in der Folge von A.T. Beck, "reduziert" im *Haute-Cuisine*-Sinne von dessen Tochter Judith Beck; Training sozialer Kompetenz verbunden mit dem Namen von U. Pfingsten, mit dem Ergebnis einer lebensnahen und in vorbildlicher Weise praktisch vermittelbaren Differenzierung von selbstsicherem und selbstunsicherem Verhalten), oder um viel versprechende Neuentwicklungen wie v. a. die *Acceptance and Commitment Therapy* von Steven Hayes und Mitarbeiter/inn/en ("dritte Welle" der Verhaltenstherapie) bzw. "Quereinstiegs"-Neuerungen wie der *Forgiveness*-Ansatz von R.D. Enright. In jedem Fall konnten wir das andere Therapierichtungen bzw. deren epistemologische, empirische, explorative und innovative Grundlagen weit in den Schatten stellende Potential unserer "behavioralen" Richtung erahnen bzw. anklingen und damit fast so etwas wie eine Verpflichtung entstehen lassen, das alles einem größeren Kreis von KollegInnen zugänglich zu machen (eine kondensierte Literaturliste wird auf Anforderung gerne "geliefert").

Über die Fortführung eines Fortbildungsprogramms im Saarland halten wir Sie auf dem Laufenden.

*Raimund Metzger*

*Kontakt: saarland@dgv.de*

## Schleswig-Holstein

### 12. Regionale Mitgliederversammlung der DGVT in Schleswig-Holstein

Am Donnerstag, dem 30. Oktober, fand in Kiel die diesjährige Regionale Mitgliederversammlung statt.

Mit sechs TeilnehmerInnen war das Treffen zwar erfreulicherweise recht gut besucht, jedoch wünschen sich die Veranstalter, dass das Interesse an der Landesgruppenarbeit bei den Mitgliedern in Schleswig-Holstein auch weiterhin steigen möge.

Entsprechend der Tagesordnung berichteten Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer zu Beginn der Sitzung über die Arbeit der DGVT-Vertreter in der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Seit etwas mehr als einem Jahr amtiert ein neuer Kammervorstand mit starker DGVT-Beteiligung, hervorgegangen aus dem Wahlbündnis KAM ON, dem auch VertreterInnen von BDP und GwG sowie verbandslose KandidatInnen angehören. Der Vorstand jedoch kann sich nur auf die Hälfte der Sitze in der Kammerversammlung stützen. Gemessen daran konnte ein sehr positives Fazit dieses ersten Amtsjahres gezogen werden. Angetreten war man u. a. mit der Forderung nach niedrigeren und sozial gestaffelten Beiträgen. Durch eine konsequente Sparpolitik und die Reduktion der Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich Tätigen konnte im ersten Jahr eine Beitragsreduktion durchgesetzt werden. Eine Staffelung der Pflichtbeiträge nach sozialen Gesichtspunkten gelang in 2008 noch nicht. Diese wird jedoch für 2009 angestrebt (die hierfür entscheidende Kammerversammlung stand zum Zeitpunkt der Regionalen Mitgliederversammlung noch aus – siehe Bericht weiter unten). Entscheidend für weitere Einsparmöglichkeiten wird sein, inwieweit es gelingt tatsächlich länderübergreifende Kammerstrukturen zu schaffen. Auch zum Thema Nordkammer war der neue Kammervorstand aktiv, leider jedoch (noch) ohne zählbare Ergebnisse. Die Kammervorstände aus Bremen und Hamburg zeigten sich ob des erneuten Vorstoßes eher verschupft und erteilten dem Ansinnen einer länderübergreifenden Kammer eine deutliche Abfuhr. Erfreulich entwickelt sich hingegen der Kontakt zum niedersächsischen Kammervorstand, der länderübergreifenden Strukturen nicht abgeneigt ist. Zwar konnte man sich über die Zusammenlegung bereits bestehender Strukturen (noch) nicht verständigen, es wurde aber die Verabredung getroffen, bei zukünftig anfallenden kostenrelevanten Aufgaben die Zusammenarbeit derart zu suchen, dass nicht in beiden Kammern dieselben Strukturen entstehen müssen, sondern Aufgaben gegenseitig übernommen werden können. Konkret geplant ist eine derartige Kooperation bei der anstehenden Ausgabe des Heilberufesausweises.

Aus zahlreichen inhaltlichen Aktivitäten wurde beispielhaft vom Einsatz für die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie berichtet und damit für den Erhalt einer Vielfalt von Verfahren in der Versorgungslandschaft. Geprägt war dieses erste Jahr auch von vielfältigen Diskussionen über Sinn und Zweck von Weiterbildungsordnungen. Bisher gelang es dabei entsprechend unserer Wahlziele in Schleswig-Holstein, eine Weiterbildungsordnung zu verhindern. Hierüber und zu allen anderen Themen war der Kammervorstand auch in den entsprechenden Gremien der Bundeskammer und auf den Deutschen Psychotherapeutentagen aktiv und stieß dabei zweifellos nicht immer auf Gegenliebe, insbesondere hinsichtlich der Sparpolitik, die vielen anderen Funktionsträgern eher ein Dorn im Auge zu sein scheint, büsst sie doch das häufig beobachtbare Expansionsstreben manch anderer Kammer gegen den Strich. Inwieweit die Informationspolitik des neuen Kammervorstandes gegenüber den eigenen Pflichtmitgliedern den Vorstellungen von Transparenz entspricht, mag jeder Leser für sich selbst beurteilen. Insgesamt fand die bisherige Kammerarbeit die Unterstützung der Mitgliederversammlung.

Im Rahmen des zweiten Punktes auf der Tagesordnung stellte Diana Will die Frage, welche Maßnahmen in Fällen von Kindeswohlgefährdungen innerhalb öffentlicher Institutionen sinnvoll und angemessen seien. Als Diskussionsgrundlage wurden verschiedene Fälle von körperlichen Übergriffen auf Kinder durch pädagogische MitarbeiterInnen in Kinderkrippen, Kindergärten und Kindertagesstätten vorgestellt.

Zu dem Problem, dass Institutionen und Träger häufig derartige Übergriffe bagatellisieren oder ignorieren wurde auch darüber diskutiert, dass Eltern, MitarbeiterInnen pädagogischer Einrichtungen und andere Personen derartige Ereignisse oft sehr unterschiedlich bewerten. Oft stehe wohl bereits die Frage, wo denn Gewalt gegen Kinder in pädagogischen Einrichtungen beginnt, im Vordergrund. Dabei ist die eigene erzieherische Haltung von Familien möglicherweise ein Grund für die geringe Gegenwehr von Eltern nach der Aufdeckung von körperlichen und seelischen Übergriffen.

Als mögliche präventive Maßnahmen wurden regelmäßige Elternabende zum Thema „Gewalt gegen Kinder“ benannt. Hier könnten Eltern und Pädagogen eine gemeinsame Basis erarbeiten und fremdes sowie ihr eigenes Erziehverhalten kritisch hinterfragen. Dabei sollten auch Fragen gestellt werden wie: „Was macht Gewalt mit Kindern?“, „Wo fängt Gewalt an?“ u.v.a.m. In der gemeinsamen Diskussion könnten dann angemessene pädagogische Konzepte entstehen, die allen Beteiligten mehr Sicherheit im Umgang mit kritischen Situationen vermitteln können. Auch die Einbeziehung der zuständigen Jugendämter wurde als Hilfsmöglichkeit erörtert.

Als letzter Punkt auf der Tagesordnung wurde die Positionierung der Landesgruppe Schleswig-Holstein im DGVT-Länderrat besprochen. Zunächst ging es dabei um die Überlegungen zur Einführung eines Delegiertensystems innerhalb der DGVT.

Ist ein Delegiertensystem mit der basisdemokratischen Grundhaltung der DGVT kompatibel?

Können Interessenkonflikte durch mehrere Ämter innerhalb der DGVT notwendige und wichtige Entwicklungen gefährden bzw. behindern?

Bernd Schäfer berichtete von dem Hintergrund, vor dem derzeit diese Diskussion in allen Vereinsgremien geführt wird. Die DGVT hat sich insbesondere in den letzten 10 Jahren, also nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes, deutlich verändert. So sind beispielsweise durch den Verkammerungsprozess Länderstrukturen im Verein entstanden, die es vorher so nicht gab, und auch der Ausbildungszweig des Vereins befindet sich in einem strukturellen Wandel. Deshalb wurden im geschäftsführenden Vorstand Überlegungen angestellt, die Vereinsstrukturen diesen Veränderungen anzupassen und dadurch eine optimalere und verbindlichere Einbindung der verschiedenen Interessen zu gewährleisten. Die bisher vorliegenden Überlegungen des geschäftsführenden Vorstandes wurden diskutiert, und die Mitgliederversammlung sprach sich bei allen noch offenen Fragen tendenziell für die Schaffung eines Delegiertensystems im Verein aus.

Abschließend wurde die Zukunft der Psychotherapieausbildung diskutiert, deren Reform derzeit auf der politischen Tagesordnung steht. Der geschäftsführende Vorstand und der Ausbildungsverbund der DGVT hatten hierzu ein Positionspapier entwickelt, das zwischenzeitlich nach Diskussion in den anderen Vereinsgremien in leicht veränderter Form als DGVT-Position verabschiedet wurde. Der vorliegende Vorschlag der DGVT wurde von der Mitgliederversammlung diskutiert und insgesamt positiv bewertet.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Sonstiges“ wurden dann noch die nächsten Termine der Landesgruppe festgelegt.

Die **aktive Arbeitsgruppe** der Landesgruppe Schleswig-Holstein **trifft sich am 21.1.2009**, wie gewohnt **um 19:00 Uhr im „Paradiso“ in Weede**.

Die nächste **Regionale Mitgliederversammlung** wurde auf den **5.10.2009 um 19:00 Uhr** terminiert. Die Veranstaltung soll dann im Lübecker Raum, in der **Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Steenbeek 29, in 23669 Timmendorfer Strand** stattfinden.

### **Kammerversammlung verabschiedet neue Beitragsordnung**

Die 17. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein fand am Freitag, dem 21.11.08, statt. Wie immer ist die letzte Kammerversammlung eines Jahres schwerpunktmäßig mit dem Haushaltsentwurf für das darauffolgende Jahr befasst und so standen die Beratungen des Haushaltsentwurfes 2009 im Vordergrund. Durch eine konsequente Sparpolitik in 2008 (die tatsächlichen Ausgaben würden deutlich unter dem Haushaltsplan 2008 bleiben) und diverse Veränderungen auf der Ausgabenseite im Plan 2009 (z.B. Umzug der Geschäftsstelle in andere Räumlichkeiten) sah der Finanzausschuss durchaus Spielraum für eine weitere Beitragsreduktion gegeben. Vorstand und Finanzausschuss brachten dann gemeinsam einen Antrag auf Änderung der Beitragsordnung ein. Dieser sah vor, dass das bisherige Recht der Pflichtmitglieder, einen Härtefallantrag stellen zu dürfen (der dann nach außen intransparenten Kriterien vom Vorstand zu entscheiden war), weitgehend durch zwei neue Beitragsklassen ersetzt wird. Härtefallanträge können bei wirtschaftlicher Not natürlich auch weiterhin gestellt werden. KollegInnen, die aber einfach nur relativ wenig verdienen (aus welchen Gründen auch immer) und bisher auf Härtefallanträge angewiesen waren, hätten nach dem Antrag des Finanzausschusses und des Vorstandes je nach Einkommen ein Recht auf einen ermäßigten Beitrag oder auf einen Mindestbeitrag. Der Vorschlag sah vor, dass die maximalen Beiträge für selbstständig Tätige (440,00 €) und für abhängig Beschäftigte (400,00 €) unverändert bleiben. Liegen die Einkünfte unterhalb eines nach SGB IV jedes Jahr neu festgesetzten Schwellenwertes, kann je nach Ausmaß der Abweichung ein ermäßigter Beitrag (255,00 € für Freiberufler und 235,00 € für abhängig Beschäftigte) oder der Mindestbeitrag von 70,00 € beantragt werden. Maßgeblich sind die Einkünfte, die auf dem Steuerbescheid des je vorletzten Jahres ausgewiesen sind.

Der Antrag von Finanzausschuss und Vorstand sah also eine sozial gestaffelte Beitragsordnung vor, die insgesamt einer Beitragssenkung von geschätzten 14.000 € entsprach. Und der Antrag fand dann erfreulicherweise die Zustimmung fast der gesamten Kammerversammlung (bei einer Enthaltung). Dies halten wir deshalb für so erstaunlich wie erwähnenswert, weil die Beitragsreduktion des Vorjahres noch heftigst umstritten war und mit Vorwürfen der Entprofessionalisierung und Entwertung des Ehrenamtes nur die knappstmögliche Mehrheit fand. Aus Sicht der DGVT-Delegierten konnte damit ein zentraler Bestandteil des Wahlprogrammes umgesetzt werden, der die sozial schwächeren Pflichtmitglieder entlastet und ein feudalistisch anmutendes Element der alten Beitragsordnung (Härtefallanerkennung nach Gutsherrenart) weitgehend abschafft.

Besonders erfreulich aus unserer Sicht ist auch, dass es in mehreren Abstimmungen wechselnde Mehrheiten gab und sich nicht zwei Blöcke prinzipiell gegeneinander stellten. Angesichts der fehlenden eigenen Mehrheit in der Kammerversammlung darf man hinsichtlich zukünftiger Handlungsoptionen deshalb vielleicht vorsichtig optimistisch sein.

Das war's in einem ereignisreichen 2008. Wir wünschen den DGVT-Mitgliedern in Schleswig-Holstein und allen, die diese Zeilen sonst noch lesen, schöne Feiertage und ein 2009, so wie sie es gerne hätten.

*Diana Will, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer*

*Kontakt: s-h@dgvt.de*



**Eine Veranstaltung in  
Zusammenarbeit mit der  
Landesgruppe Mecklenburg-  
Vorpommern und der Akademie  
für Fortbildung in  
Psychotherapie.**

**[www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)**

„Diese Veranstaltungen“ sowie die inaktive Fortbildung wird in der Regel bei den zuständigen Landeskammern akkreditiert. Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist die Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

## Rostocker Reihe

Im Rostocker Raum veranstaltet die Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit dem Institut Rostock eine „Rostocker Reihe“ mit Abendvorträgen von hauptsächlich ortsansässigen KollegInnen.

Wer hier mitmachen möchte, melde sich bitte bei [rostock@afp-info.de](mailto:rostock@afp-info.de)! Eine Akkreditierung der Veranstaltungen ist vorgesehen.

**Nr. 7:  
Energetische Psychotherapie  
Termin: 28.01.2009  
Referent: Markus Hamm**

**Ort: CJD Christophorusschule Rostock**

**Zeiten:  
20:00 - 21:30 Uhr (2 UE)**

**Teilnahmegebühren:  
Kostenfrei für DGVT-Mitglieder  
5,- Euro (Nicht-Mitglieder)**

**Akademie für  
Fortbildung in  
Psychotherapie  
ost**

## Aus den Kammern

**Bericht vom  
13. Deutschen Psychotherapeutentag in Leipzig**

Am 15.11.2008 fand in **Leipzig** die 13. Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) statt. Nachdem die 102 LändervorteilnehmerInnen von Andrea Mrazek, der Präsidentin der länderübergreifenden Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), freundlich begrüßt worden waren, ging es gleich an die Arbeit.

Im Bericht des Vorstands stellte Professor Rainer Richter, der Präsident der BPtK, zunächst die **20%-Quote für KJP-Sitze**, die nunmehr im GKV-OrgWG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung) festgeschrieben wurde, als Erfolg beständiger Überzeugungsarbeit gegenüber der Politik heraus, nicht ohne den Wermutstropfen einer bis 2013 reichenden 25%-Quote für ärztliche PsychotherapeutInnen zu vergessen. Diese werde in den ohnehin schlechter versorgten östlichen Bundesländern weiterhin viele Sitze leer stehen lassen. Der hauptsächlich dem Nachwuchsproblem der Ärzteschaft geschuldete **Wegfall der Altersgrenze Niedergelassener** könne nur durch rege Nutzung der ebenfalls neu geschaffenen Möglichkeit, Sitze zu halbieren, durch unseren PPT-Nachwuchs kompensiert werden. Sonst drohe diesem ein Debakel. Hier sei nun Überzeugungsarbeit auch der Länderkammern gegenüber den älteren KollegInnen nötig, z. B. mittels 'Jung trifft Alt'-Börsen.

Beim **Morbiditäts-Risikostrukturausgleich** („Morbi-RSA“), der ebenfalls zum 1.1.2009 in Kraft tritt, hob Richter die Früchte zäher Gremienarbeit hervor, ein breites Spektrum psychotherapie-relevanter Krankheiten habe Berücksichtigung gefunden: Neben den Depressionen und der Schizophrenie, Abhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Demenzen und nicht zuletzt das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS). Wichtig sei, dass nun auch ambulante Diagnosestellungen als 'Aufgreifkriterium' wirken, hingegen Pharmaka-Verschreibung nunmehr nur bei Schizophrenie, Demenz und bipolaren Depressionen. Krankenkassen erhielten übrigens ab 2009 im auf die Diagnosestellung folgenden Jahr neben einem Sockelbetrag von zum Beispiel (weiblich, 54 Jahre) 1027 € bei einer Schizophrenie einen Zuschlag von 6194 €, bei Essstörungen von 3435 €, bei Persönlichkeitsstörungen von 1964 € und bei ADS von 1458 €. Das wirke auf die Kassen als großer Anreiz.

Von den vielen berichteten Vorstands-Aktivitäten seien hier als Beispiel die auf der europäischen Ebene genannt: zum Grünbuch Gesundheitsberufe in Europa (die deutschen Bedingungen für Psychotherapie seien in Europa "einzigartig") und zur EU-Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte. Vom Innerdeutschen sollen hier die Gespräche mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss GBA erwähnt werden. Man will eine sinnvolle Regelung zur **Fortbildungspflicht der KrankenhauserpsychotherapeutInnen** nach § 137 SGB V befördern. Interessant vielleicht auch die PatientInneninformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu psychischen Störungen (<http://www.Gesundheitsinformation.de/index.de.html>), wesentliche Punkte der BPTK-Stellungnahme dazu seien übernommen worden.

Ein weiterer Schwerpunkt im Vorstandsbericht des Präsidenten war die '**Zukunft der Ausbildung**'. In einer Petition an die Kultusministerkonferenz forderte die BPTK ihre Beteiligung an der Feststellung der Voraussetzungen für die Akkreditierung von Mastertudiengängen für die PT-Ausbildung. Dafür soll noch ein Lernzielkatalog erstellt

werden. Durch den Bologna-Prozess mit seinen Bachelor- und Master-Studienabschlüssen werde ca. 2010 eine **Änderung des Psychotherapeutengesetzes** vorgenommen, Reformmöglichkeiten tun sich auf. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gab ein Forschungsgutachten zur PP- und KJP-Ausbildung in Auftrag, welches im April vorliegen soll. Eminent wichtig ist also die Positionierung der Profession zu diesen Fragen. Allein 2008 initiierte die BPTK hierzu vier Workshops, und am 28.1.2009 diskutierte das Gutachtergremium mit der Profession unter der Schirmherrschaft der BPtK. Auf dem nächsten DPT am 9.5.2009 soll die politische Positionierung beraten werden. Am Vortag soll anlässlich '10 Jahre Psychotherapeutengesetz' ein gleichnamiges BPtK-Special vorgestellt werden, sowie im Rahmen einer Veranstaltung zum ersten Mal der Ehrenpreis der Psychotherapeutenenschaft verliehen werden.

Im zweiten Teil referierte Andrea Mrazek von den Weichenstellungen für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen im **Krankenhausfinanzierungsreformgesetz** (KHRG). Grundsätzlich begrüße die Bundespsychotherapeutenkammer den Gesetzentwurf, welcher die Budgetkalkulation anhand berufsspezifischer Tages-Minutenwerte statt durch Fallpauschalen vorgebe. So gebe es ein Personaltabelleau z. B. für jeden der 18 Bereiche der Erwachsenenpsychiatrie/-psychosomatik. In der Regelbehandlung würden dort 29 Wochenminuten diplompyschologischer Arbeit tarifvertragsgetreu „eingepreist“ (=kalkulatorisch berücksichtigt). Selbstverständlich fordere die BPtK den Einbezug des Berufsbildes 'Psychologischer Psychotherapeut' bzw. 'Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut' und damit die Anerkennung einer mittlerweile 10 Jahre alten Realität. Das Gesetz beauftrage die Selbstverwaltung (in diesem Fall: Gesetzliche Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft), bis 2009 die Struktur, bis 2012 die Entgelte und 2013 die Budgetumsetzung für dieses Tagesentgeltsystem zu regeln. Auch eine bessere Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung könne künftig mit den Kassen verhandelt werden. Unverständlich sei –so Mrazek-, wieso nur eine 90-prozentige und nicht die hundertprozentige finanzielle Umsetzung erfolgen soll. Unsere berufsständische Interessensvertretung müsse hier noch lange weiter am Ball bleiben, denn der Teufel liege wie immer im Detail. Als 'strategieanfällig' gilt z. B. die Behandlungsklassifikation der jeweiligen PatientInnengruppe (Die Tagespauschalen ergeben sich als Multiplikation der Betreuungsrelation mit den Basistageswerten.). Geregelt werde im Gesetz auch die Leistungsdokumentation. Hier sei der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) bezüglich der Berücksichtigung der PsychotherapeutInnen noch grundlegend zu überarbeiten. Wer multiprofessionelle Strukturqualität in der Psychiatrie abbilden wolle, komme heutzutage nicht ohne approbierte PsychotherapeutInnen aus. Auch die Vorgabe ärztlicher Leitung könne heutzutage nicht mehr vorbehaltlos erfolgen, sie sei begründungspflichtig wie alles andere auch.

Die große Bedeutung dieses Entgeltsystems liege letztlich darin, dass es über seine Tätigkeitsprofile den Psychotherapie-Anteil in der Psychiatrie determiniere. Seine Bewertungsrelationen würden mittelbar entscheidend für die künftige stationär-psychiatrische Versorgungsqualität. Die Tendenz des Gesetzgebers gehe hin zu mehr abgestufter, gemeindepsychiatrischer sowie tagesklinischer und gleichzeitig weniger pharmakologischer Versorgung. Auch die Verknüpfung mit dem ambulanten Sektor solle verbessert werden. Last but not least, eine essenzielle Forderung der BPTK: die **Vergütung des 'Psychiatriejahres'** praktischer Tätigkeit in der Psychotherapieausbildung müsse für Krankenhäuser refinanzierbar werden, in den § 17a des Krankenhausgesetzes müsse deren Pflegesatzfähigkeit hinein. Derzeit bekämen 57 % der PiAs keinerlei Gehalt während dieser häufig unzutreffend als Praktikum bezeichneten praktischen Tätigkeit!

Im dritten inhaltlichen Abschnitt des Vorstandsberichts referierte PD Dr. Frank Jacobi von der TU Dresden über "Psychotherapeutische Versorgung und **Versorgungsforschung**". Zuerst präsentierte er einige epidemiologische Befunde (Bei Krankschrei-



bungs-Datenanalysen erhöhe das Vorliegen einer F-Diagnose laut Technikerkrankenkasse die Zahl der AU-Tage im Schnitt um den Faktor 3). Die oft beeindruckend wirkende Zunahme psychischer Erkrankungen und ihres Einflusses relativierte Jacobi allerdings mit Verweis auf die 'Awareness'-Hypothese, demzufolge lediglich die Erkenntnis aufhole und sich der empirischen Wirklichkeit psychischer Störungen und ihrer Auswirkungen nähere. Harte Daten (Richter, 2008) könnten belegen, dass diese Epidemiologien schon lange unverändert bestehen.

Zur bundesdeutschen Versorgungslandschaft berichtete er von deren hoher Fragmentiertheit, bei gleichzeitigem Vorliegen vieler schwerer und komplexer Syndrome (39% der Pat. haben 2 oder mehr Störungsdiagnosen). Insgesamt betrage die totale Behandlungsrate bei Vorliegen psychischer Störungen in der BRD lediglich 40%. Ärzte trügen weniger als 10% der psychotherapeutischen Versorgung. Das Stadt/Land-Gefälle sei mit Faktor 9 extrem, hinzu käme das Süd/Nord-Gefälle.

Versorgungsforschung sei fachübergreifend sowie anwendungsorientiert und entspreche oft den so genannten Phase 3- und Phase 4-Studien. Sie beschäftige sich sowohl mit Interventionen wie mit deren Resultaten und berücksichtige die Strukturen, innerhalb derer interagiert werde. Ein deutscher 'Think Tank' habe sich erst unlängst mit den hiesigen Fragen und Mängeln beschäftigt (s. Psychiatrische Praxis, 7/2008). Top-Fragen für Deutschland zielten auf: Versorgungswege, Prävention, Ressourcenallokation, Barrieren der Versorgungsoptimierung, Komorbiditäten, Dissemination (stepped care, Selbstmanagement). Forschungsförderung gebe es derzeit bevorzugt im psychiatrischen Bereich, für die Psychotherapieversorgung bestünde ein erheblicher Nachholbedarf. Zu erwähnen sei jedoch die Initiative der ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, die auf Angebots- wie Bedarfsseite ostdeutsche Spezifitäten aufzeigen will. Die politisch-ökonomischen Verhältnisse dürften in nächster Zeit insbesondere Interesse an Kosteneffektivitätsstudien wecken. Im ambulanten Bereich könnten unsere Kammern Plattformen bilden, Praktiker-Netzwerke formieren, Versorgungsforschung im engeren Sinn zu betreiben, würde sie jedoch überfordern.

#### Einige **angenommene Beschlussvorlagen:**

- Der Auftrag der Kommission 'Zukunft der Krankenhausversorgung' wurde hinsichtlich Beratung des o. e. Tagesentgeltsystems verlängert und erweitert.
- Die BPTK soll zu Arbeitgebern Kontakt herstellen, um über die Existenz der Berufsfelder der PP und der KJP und deren sachgerechte Einordnung in den TVöD zu informieren.
- Der Vorstand will auf mehr Transparenz des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie hinwirken.
- Der Vorstand übernahm den Auftrag, dem nächsten DPT über Diskriminierungen durch Privatversicherungen zu berichten und Strategien gegen diese Stigmatisierung psychisch kranker Menschen vorzuschlagen.

Ein Antrag aus dem Ausschuss Psychotherapie in Institutionen, der den Vorstand verpflichten sollte, sich für eine Fortsetzung der angefangenen Studie zur gesundheitsökonomischen Bedeutung psychotherapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung einzusetzen (gerade in Verbindung mit dem neu geschaffenen Referat für Versorgungsforschung) wurde intensiv diskutiert, aber letztlich vertagt.

Zum **Haushalt** erfolgte mit Zustimmung aller Landeskammern die Entlastung für das Geschäftsjahr 2007. Den einfachen Delegierten lagen die konkreten Zahlen in der Sitzung zwar nicht vor. Die Überführung der Überschüsse 2007 (24 000 €) in die Rücklage wurde dennoch ebenfalls von allen Länderkammern einstimmig beschlossen. Zum Haushaltsentwurf 2009 monierten einige Delegierte, dass sie ihn ohne schriftliches Zahlenmaterial zum laufenden Geschäftsjahr nicht ernsthaft diskutieren könnten. Von Vor-

standsseite wurde hier für die Zukunft Besserung gelobt (Es sollen differenzierte Zahlen vorgelegt werden). Das ist gut so, denn die Einflussmöglichkeiten der Delegierten auf ihre den BPtK-Haushalt abstimmenden Landeskammervorstände sind zwar indirekt und zeitverzögert (sie erfolgt nach dem sog. Stimmführerprinzip), bleibt aber dennoch ein ernstzunehmendes demokratisches Element. Der Haushaltsentwurf 2009 enthielt als Option einer neue Personalstelle 'Referat Versorgungsforschung', diese sei für drei Jahre ohne Beitragserhöhung unter Verzicht auf eine halbe Sekretariatsstelle einplanbar geworden. Lediglich eine geringe Rücklagenschmälerung war dem Entwurf zu dieser Option zu entnehmen. Sie wurde von 16 Ländern mit einer Enthaltung angenommen und ist auf drei Jahre angelegt. Größere Veränderungen im Haushaltsplan 2009 sind eine 28-prozentige Steigerung bei Öffentlichkeitsarbeit sowie die 20-prozentige Minderung des Ausgabepostens für Ausschüsse.

Was lange währt, wird endlich gut, so könnte das Motto zur fünften **Satzungsänderung** lauten, die trotz aller Änderungsanträge dank der umsichtigen Versammlungsleitung von Wolfgang Schreck genauso zügig über die Bühne ging wie die anschließende **Änderung der Geschäftsordnung**. Sechs Änderungsanträge von Karl-Heinz Schrömgens aus Bremen sowie des Versammlungsleitungsteams, die allesamt der Wahrung breiter Delegiertenrechte dienen sollten, wurden von der Delegiertenversammlung angenommen; anschließend fand das auf größere Praktikabilität zielende GO-Änderungspaket des Vorstands breite Zustimmung.

Nun wurden die Resolutionsentwürfe besprochen und abgestimmt. Die **Telematik-Resolution** warnt vor datenschutzrechtlichen Gefahren der elektronischen Gesundheitskarte. Die Behandlungsbeziehung sowie die Selbstbestimmungsrechte der PatientInnen seien durch diese Technisierung gefährdet. Datensicherheit sei nicht mit Vertrauen zu verwechseln.

Auch die von einigen in der DGVT organisierten Delegierten vorbereitete **Resolution zur Legalisierung der Diamorphin-Behandlung** fand breite Zustimmung. Das gesetzliche Legalisierungsvorhaben war an der Mehrheit in der CDU/CSU-Fraktion in Bundestag/ Bundesrat vor knapp zwei Jahren gescheitert, wohl nicht nur, weil Diamorphin dreimal so teuer sei wie Methadon. Und das, obwohl die bundesfinanzierte 'Heroinstudie' empirisch belegt hatte, dass unter psychosozialer Betreuung mit diesem synthetischen Heroinderivat schwerstabhängige Opiatsüchtige wirkungsvoll und mit hoher Haltequote behandelt werden können. Die BPtK soll nun versuchen, den Gesetzgebungsprozess wieder voranzubringen.

Die **Resolution zum BKA-Gesetz** betont, dass psychisch kranke Menschen absoluten Vertrauensschutz brauchen. Ärzte und PsychotherapeutInnen als Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse zu behandeln und ihnen keine Geheimhaltungsmöglichkeiten zu geben, sei ein nicht hinnehmbarer Angriff auf das für die therapeutische Beziehung nötige Vertrauen.

Die **Resolution zur Entwicklung der Ausbildung** fordert die Kammern auf, auf Planung und Anerkennung von Studiengängen einzuwirken, damit jene zukünftigen Studiengänge, die zur psychotherapeutischen Berufsausbildung führen sollen, nicht zu Dequalifizierung der Heilberufe führen. So berechtigen in einigen Bundesländern bereits neue Bachelor-Abschlüsse zur KJP-Ausbildung.

Keine so große Einmütigkeit fand sich in der Delegiertenversammlung bei der Diskussion des Vorstands-Vorschlags zu weiteren Regelungsbereichen in der Musterweiterbildungsordnung. Professor Richter konstatierte, dass bereits 8 von 12 Kammern eine Weiterbildungsordnung haben, die die klinische Neuropsychologie regelt. Auf die Frage, ob sie weitere Weiterbildungsbereiche regeln wollten, habe er allerdings kein klares Votum erhalten. Von den um Vorschläge gebetenen Verbänden sei jeweils viermal Psychologi-

sche Onkologie sowie Diabetologie genannt worden. Der Vorstand habe nun bereits eigenständig entschieden, eine Spezialkommission zur Eignungsprüfung von Qualitätsmanagement, Psychoonkologie sowie Psychotraumatologie als mögliche Weiterbildung-Regelungsbereiche einzurichten. Diese Kommission solle bereits beim 14. DPT am 9. Mai 2009 in Berlin Ergebnisse berichten. Ansonsten würde der Vorstand selbstverständlich die Vorlage des Gutachtens zur Ausbildung abwarten, so wie es der letzte DPT beschlossen habe. In der nachfolgenden intensiven Diskussion wurde an den „F-Diagnosen-Konsens“ erinnert (Keine Weiterbildungsbezeichnung für die Behandlung einer Störung im F-Bereich, in dem PP/KJP bereits kompetent sind); Qualitätsmanagement wurde der Status eines psychotherapeutischen Tätigkeitsfeldes abgesprochen, und es wurde daran erinnert, dass die Einbeziehung von Onkologie und Traumatologie gegen die Präambel der Musterweiterbildungsordnung verstoßen würde. Auch wurde gefragt, wieso man sich nicht vor weiteren Neuerungen erst einmal über die Erfahrungen mit der Weiterbildung in klinischer Neuropsychologie berichten lassen wolle, wenn doch erklärtermaßen wegen des Gutachtens kein Zeitdruck bestehe? Herr Richter wandte hierauf u. a. ein, man müsse einfach die Realität akzeptieren und nicht verschlafen, Fortbildungsangebote zu Traumata und ähnlichem boomten seit Jahren.

Da es seit längerem zu diesem Themenkomplex zwei gegensätzliche Meinungsströme in den Kammern gibt, verfehlte auch dieses Mal Rainer Richters sanfter Überzeugungsdruck seine Wirkung nicht. Den von ihm mit der Spezialkommission geschaffenen Tatsachen stellte die Delegiertenversammlung ebenfalls Tatsachen gegenüber: Sie stimmte der Einrichtung einer nennen wir sie „neuerlichen Grundsatzkommission“ zu. Diese soll wiederum die kontroversen Positionen zur Weiterbildung reflektieren. Die Bewahrer des Generalismus und die Wegbereiter der Spezialisierung blieben also weiter uneint. Den meisten DiskutantInnen dürfte gemein gewesen sein, dass sie ihre Approbation nach den Übergangsregeln des Psychotherapeutengesetzes erwarben und weder die aktuelle vollumfängliche Ausbildung genossen, noch die Breite der staatlichen Wissensprüfung am eignen Leib erleben durften. Es scheint, als fürchteten die einen den schleichenden Verlust der Kernkompetenz und des Markenzeichens, die anderen eine Abkoppelung der Weiterentwicklungen des Faches und seines Marktes.

Wir möchten mit dem Wunsch schließen, dass eine Synthese entstünde, die beide scheinbar gegensätzlichen Interessen inhaltlich vereinen könnte. Im Grunde spürt doch jede/jeder von uns hierzu zwei Seelen in seiner Brust: Das Erreichte wird mit einer vorsichtigen Öffnung noch am ehesten zu bewahren sein. Vielleicht fällt unserem sympathischen Präsidenten ja ein weiterer Entwicklungsweg ein, der den von uns in der Psychotherapie tagtäglich angebotenen Problemlösungswegen ähneln dürfte.

*Jürgen Friedrich, Rostock*



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

**[www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)**

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

## **Brandenburger Reihe**

Wir möchten die Kommunikation unter den PsychotherapeutInnen in Brandenburg stärken und dabei die bereits bestehenden Qualitätszirkel, Intervisions- und Supervisionsgruppen als Ressource zur Förderung der Vernetzung nutzen.

Hierzu sollen Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden, die die spezifischen Interessen der oben genannten Gruppen aufgreifen.

Interessierte Gruppen und Kollegen/innen können sich an uns wenden.

### **Auftaktveranstaltung**

**Freitag, 6. März 2009**

**Anmeldung und Informationen:**  
[potsdam@afp-info.de](mailto:potsdam@afp-info.de)

**Ort:**  
In der Aue 49, Potsdam

**Zeiten:**  
ca. 18 Uhr

**Teilnahmegebühren:**  
kostenfrei

 **Akademie für  
Fortbildung in  
Psychotherapie**  
ost

---

**Alles was Recht ist...**

---

**Ablehnungsbeschluss des Landessozialgerichts  
Baden-Württemberg zur  
Gesprächspsychotherapie**

**Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg beurteilt den Ablehnungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Gesprächspsychotherapie als rechtskonform - Revision beim Bundessozialgericht ist zugelassen**

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (AZ L5KA 2851/106-L5KA3891/03<sup>9</sup>) hat am 29.10.2008 nach über fünfjähriger Verfahrensdauer sein Urteil gesprochen:

Hintergrund des Urteils war die Klage eines Psychotherapeuten gegen die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg auf Erteilung eines sog. Fachkundenachweises nach § 95c SGB V. Das Vorliegen des Nachweises ist eine Voraussetzung für die Zulassung als Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut. Der Kläger, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, erfüllte zwar nach unstreitiger gerichtlicher Feststellung alle Voraussetzungen eines Fachkundenachweises in der Gesprächspsychotherapie, habe aber keinen Anspruch auf Eintragung in das Arztregister, weil die Gesprächspsychotherapie nach wie vor kein Richtlinienverfahren sei. Der G-BA hatte am 24.4.2008 eine solche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie abgelehnt, weil der Nutzen der Gesprächspsychotherapie laut G-BA nur für die Behandlung von affektiven Störungen, nicht aber für andere wichtige, versorgungsrelevante psychische Störungen ausreichend wissenschaftlich belegt sei. Der Kläger sah durch den G-BA sein Grundrecht auf Berufsausübung verletzt. Er hatte geltend gemacht, dass die Gesprächspsychotherapie aufgrund der vorliegenden berufsrechtlichen Anerkennung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar sein müsse. Das LSG Baden-Württemberg verwies dagegen auf das Recht des G-BA, ein eigenständiges sozialrechtliches Prüfverfahren durchzuführen, d.h. er sei nach § 95c SGB V berechtigt auszuwählen, welche Vertiefungsverfahren der Psychotherapeutenausbildung er für die Versorgung der GKV-Versicherten für geeignet halte. Die Revision zum Bundessozialgericht wurde mit dem Hinweis auf die grundsätzliche Bedeutung der rechtlichen Fragen zugelassen.

**Die wesentlichen Urteilsgründe sind:**

*„Bei der Anwendung der §§ 95 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1, 95c Satz 1 Nr. 2, Satz 2 Nr. 3 SGB V muss der Senat vom gegenwärtig geltenden Normenbestand der Psychotherapie-Richtlinien ausgehen (zur Maßgeblichkeit der Rechtslage bei Urteilsfällung vgl. BSG, Urt. v. 31.8.2005, - B 6 KA 68/04 R -). Er braucht über die Vorwürfe des Klägers, der G-BA habe das Rechtssetzungsverfahren zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren zu zögerlich bzw. fehlerhaft durchgeführt, daher an dieser Stelle nicht zu befinden. Solange die Gesprächspsychotherapie als in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkanntes Behandlungsverfahren in den Psychotherapie-Richtlinien nicht benannt ist, kann der Fachkundenachweis des § 95c Satz 1 Nr. 2, Satz 2 Nr. 3 SGB V durch gesprächspsychotherapeutische Behandlungen oder Ausbildungen nicht erbracht werden.“*

---

<sup>9</sup> Das Urteil des LSG ist zu finden unter: [www.justizportal-bw.de](http://www.justizportal-bw.de) – Rubrik „Entscheidungen“

*„Da der Zugang der Leistungserbringer zum System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Verwirklichung des Grundrechts der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) wesentliche Sachverhalte betrifft, muss der Gesetzgeber die grundlegenden Regelungen selbst treffen. Dies hat er mit den hier einschlägigen Vorschriften in §§ 95, 95c SGB V getan. Danach erlangen Psychotherapeuten den Status eines zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung berechtigten Leistungserbringers (regelmäßig) durch Erteilung einer entsprechenden Zulassung (§ 95 Abs. 1, Abs. 10 ff. SGB V i. V. m. den Bestimmungen der Ärzte-ZV), was wiederum die vorgängige Eintragung in das Arztregister bzw. die (dafür notwendige) Erbringung des Fachkundenachweises gem. § 95c Satz 2, Satz 2 SGB V voraussetzt. Diese Regelung ist abschließend und nicht durch ungeschriebene Rechtsinstitute zu ergänzen. Der Psychotherapeut, der die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, kann zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht zugelassen bzw. in das Arztregister nicht eingetragen werden.“*

*„Der Kläger kann den geltend gemachten Anspruch auf Eintragung in das Arztregister nicht (unmittelbar) auf das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) stützen.“*

*„Der Kläger will der Sache nach offensichtlich erreichen, dass die Gesprächspsychotherapie zusätzlich zu den bereits anerkannten psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird. Der Senat soll im vorliegenden Berufungsverfahren zunächst inzident eine Rechtspflicht des G-BA zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren feststellen und die Beklagte hierauf gestützt dazu verurteilen, die in gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsverfahren erbrachten Fachkundenachweise des Klägers im Registerverfahren zu akzeptieren, ungeachtet dessen, dass der G-BA die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien – zuletzt durch Beschluss vom 24.4.2008 (a. a. O.) - ausdrücklich abgelehnt hat“ „...Nach Auffassung des Senats ist ein Anspruch auf Eintragung in das Arztregister auf diesem Wege aber nicht zu erwirken.“*

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sei indessen nicht eine gegen den G-BA gerichtete Normerlass- oder Normergänzungsklage auf Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren oder eine auf Normenkontrolle gerichtete Feststellungsklage gegen den G-BA. Eine Verurteilung des beigeladenen G-BA wäre vorliegend nicht möglich, da es sich bei ihm nicht um einen Versicherungsträger handle (§ 75 Abs. 5 SGG).

Selbst wenn das Gericht zu der Auffassung käme, der G-BA habe die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie mit dem Beschluss vom 24.04.2008 rechtswidrig unterlassen, könne es die Kassenärztliche Vereinigung nicht zur Eintragung des Klägers in das Arztregister verurteilen, solange der G-BA die Anerkennung nicht vorgenommen habe, wozu er jedoch auch auf eine - hier nicht streitgegenständliche - Normerlassklage hin nicht verurteilt werden könne.

Verwaltung und Gerichte seien an die Entscheidungen des G-BA über bestimmte Methoden im Grundsatz ebenso gebunden, wie wenn der Gesetzgeber die Entscheidung selbst getroffen hätte.

*"Der Senat braucht deswegen nicht abschließend zu klären, an Hand welcher inhaltlichen, insbesondere fachwissenschaftlichen Maßgaben im einzelnen der Beigeladene Nr. 1 (der G-BA) über die Aufnahme oder Nichtaufnahme der Behandlungsmethode der Gesprächspsychotherapie in die gesetzliche Krankenversicherung zu befinden hat bzw. ob und inwiefern eine indikationsbezogene Beurteilung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren (auch der bereits anerkannten Richtlinienverfahren) nach den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin - für Kinder und Jugendliche oder für Erwachsene – möglich und zulässig ist; hierüber herrscht offenbar auch in der Fachwissenschaft Streit."*

Waltraud Deubert

## **Bundessozialgericht: KV ist nicht verpflichtet, bestandskräftige rechtswidrige Honorarbescheide zu korrigieren**

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte am 17.9.2008 über das Begehren einer Klägerin zu entscheiden, die für mehrere Quartale der Jahre 1994 bis 1998 Leistungen nach dem Abschnitt G IV EBM (alt) als sog. **Delegationspsychotherapeutin** erbracht hatte und hierfür eine **Nachvergütung auf der Grundlage eines Punktwerts von 10 Pfennig** verlangte.

Das Gericht hatte die Frage zu beurteilen, ob es genügen musste, dass weder die Klägerin selbst noch der delegierende Arzt gegen die ursprünglichen Bescheide zunächst keinen Widerspruch innerhalb der regulären Rechtsmittelfrist eingelegt hatten, sondern erst nach Bekanntwerden des BSG-Urteils vom 3.3.1999. Mit Schreiben vom 28.12.1999 hatte die Klägerin beantragt, ihr Nachvergütung für die o. g. Quartale auf Grundlage der sog. 10-Pfennig-Rechtsprechung des BSG zu gewähren. Sowohl das angerufene Sozialgericht als auch das Landessozialgericht gaben der Klägerin Recht. Das Sozialgericht verurteilte die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Neubescheidung, das Landessozialgericht zur Bescheidkorrektur und Nachvergütung auf der Grundlage von § 44 Abs. 2 SGB X.

Diese Urteile hat das BSG nun aufgehoben. Das BSG geht in seiner Entscheidung davon aus, dass die ursprünglichen Honorarbescheide bestandskräftig geworden sind. Die Klägerin habe es versäumt, die Bescheide, denen keine Rechtsmittelbelehrung beigefügt war, binnen Jahresfrist anzufechten. Zudem sieht das BSG im Urteil des Landessozialgerichts eine fehlerhafte Anwendung des § 44 Abs. 2 SGB X. Die **KV dürfe ihr Ermessen rechtmäßig dahingehend ausüben, dass rechtswidrige, aber bestandskräftig gewordene Honorarbescheide nicht zu Gunsten der Vertragsärzte geändert werden können**. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz komme nur dann in Betracht, wenn die KV gezielt darauf hingearbeitet hätte, dass die Einlegung von Widersprüchen insgesamt unterbleibe. Dies sei hier aber nicht der Fall gewesen.

Das Urteil hat insofern für VertragspsychotherapeutInnen Bedeutung, als dass darauf geachtet werden sollte, regelmäßig Honorarwiderspruch einzulegen. Für die Anwendung des § 44 Abs. 2 SGB X (Anspruch auf Bescheidkorrektur und ggf. Nachvergütung) besitzen die KVen einen Ermessensspielraum, d.h. dass nicht in jedem Fall mit der Rücknahme eines rechtswidrigen, aber bestandskräftigen Bescheids zu rechnen ist..

*Kerstin Burgdorf*

## **Keine Lobby für Forensik und Rechtspsychologie**

Die Wochenzeitung „Die Zeit“ berichtet in ihrer Ausgabe vom 4.12.2008 über Entwicklungen, die Anlass zur Sorge geben. In Berlin soll die einzige Professur für Rechtspsychologie abgeschafft werden. Dies hätte verheerende Folgen für die Strafjustiz angesichts des stetigen Wachstums der Bedeutung forensischer Glaubhaftigkeitsgutachten, die Rechtspsychologen erstellen.

Laut Zeit-Bericht steht nun die Professur von Prof. Max Steller (Wissenschaftler am Institut für Forensik der Berliner Charité und einziger deutscher Professor für Rechtspsychologie) auf der Einsparungsliste. Steller gelte bei den Gerichten in Fragen der Aussage- und Glaubhaftigkeitspsychologie als kompetentester Fachmann im Land. 1999 beriet er als Sachverständiger den Bundesgerichtshof bei der Entwicklung von Standards für Glaubhaftigkeitsgutachten, die den Instanzgerichten helfen sollen, gute von schlechten Gutachten zu unterscheiden. Mit seiner Pensionierung soll die Stelle Ende März 2009 ersatzlos gestrichen werden. Das Berliner Uniklinikum Charité stellte keine Gelder mehr für die Professur zur Verfügung. Auch die Freie Universität Berlin habe sich bislang nicht bereit erklärt, die Verantwortung für diese Wissenschaft zu übernehmen.

Die Bedeutung der Rechtspsychologie für die Rechtssicherheit im Land ist zweifellos groß, geht diese Disziplin der Frage nach, ob Aussagen vor Gericht (sowohl von Tätern als auch von Opfern) glaubhaft sind oder nicht. Sie hat damit wesentlichen Anteil bei der Klärung der Schuldfrage im Strafprozess und stellt eine im Rechtsstaat unverzichtbare wissenschaftliche Instanz dar. „In ihren Expertisen für die Strafjustiz decken die Sachverständigen immer wieder Falschaussagen auf und verhindern so, dass Unschuldige verurteilt werden, ebenso verhelfen sie tatsächlich Geschädigten zu ihrem Recht. Auf die Unterstützung von Aussagepsychologen sind vor allem jene Verbrechensopfer angewiesen, die selber hilflos sind: Kinder, die missbraucht wurden; minderbegabte Frauen, die vergewaltigt wurden; psychisch Kranke, die einem Verbrechen zum Opfer fielen, deren Berichte aber zunächst als Fantasiegespinste abgetan wurden,“ erläutert der o. g. Zeit-Artikel.

Ähnlich besorgniserregende Hinweise liegen uns auch aus Baden-Württemberg vor. Hier sollen (analog auf ärztlicher Seite) die beiden Lehrstühle für Forensische Psychiatrie von Prof. Foerster, Tübingen, in 2009 und in wenigen Jahren der Lehrstuhl von Prof. Pfäfflin (Ulm), nicht wieder besetzt werden.

*Kerstin Burgdorf*

## **Krankenkassen müssen nicht für rezeptfreie Medikamente zahlen**

Das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel hat am 6.11.08 entschieden, dass der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV rechtmäßig ist (Az.: B 1 KR 6/08 R). Er ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz und den Grundrechten aus Art 2 Abs 2 und 2 Abs 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip vereinbar.

Dass der Gesetzgeber die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel grundsätzlich nicht in den Leistungskatalog der deutschen GKV aufgenommen hat, verstößt auch nicht gegen Europäisches Recht. Das hat der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften in der Sache Pohl-Boskamp (EuGHE I 2006, 10611) bereits hinreichend klar entschieden. Deshalb bedurfte es keiner Vorlage an den Europäischen Gerichtshof.

Geklagt hatte ein 74 Jahre alter Mann aus dem Raum Hannover, der wegen seiner chronischen Bronchitis jahrelang einen Schleimlöser verschrieben bekommen hatte. Obwohl sein Arzt auch nach der Gesetzesänderung eine Behandlung mit dem entzündungshemmenden Medikament für sinnvoll und notwendig erachtete, wollte die Krankenversicherung die Kosten seit 2004 nicht mehr tragen. Für den Kläger bedeutete das nach eigenen Angaben monatliche Zusatzausgaben von 23,80 Euro.



Deutschlands oberste Sozialrichter hielten es für zumutbar, wenn Versicherte für preiswerte, rezeptfreie Medikamente selbst zahlen müssen. Die gesetzlich festgelegten Ausnahmen reichten dem Senat aus: Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und Kinder sind von der Regelung ausgenommen. Außerdem gibt es einige nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und deshalb weiterhin auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Der spezielle Schleimlöser gehört aber nicht dazu.

*Quelle: Pressemeldung des BSG vom 6.11.08*

## **Urteil: Krankenkasse muss Vollnarkose bei Zahnarztphobie zahlen**

Bei nachgewiesener Angst vor einer Zahnarztbehandlung muss die Krankenkasse für eine Vollnarkose des Patienten aufkommen. Das entschied das Verwaltungsgericht Stuttgart am 13.10.08 (Az.: 12 K 721/08).

Im konkreten Fall hatte eine Frau geklagt, weil ihre Krankenkasse nicht die Kosten für eine Vollnarkose bei einer Zahnarztbehandlung ihrer 13-jährigen Tochter übernehmen wollte. Die Rechnung belief sich auf knapp 180 Euro.

Die Kasse lehnte die Erstattung mit dem Hinweis ab, dass eine Indikation für eine Vollnarkose bei einer zahnärztlichen Behandlung grundsätzlich nicht vorliege. Von ihrer Zahnarztpraxis hatte die Frau jedoch bescheinigt bekommen, dass die Vollnarkose notwendig gewesen sei. Das Mädchen habe hyperventiliert und angegeben, unendlich viel Angst vor der Behandlung gehabt zu haben. Nach Angaben des Zahnarztes wäre eine lokale Betäubung in diesem Fall lebensgefährlich gewesen. Mit der Vollnarkose habe er auch verhindern wollen, dass das Mädchen eine erhebliche "seelisch-psychische Traumatisierung" erleide.

Das Gericht gab der Klägerin Recht. Die Kasse habe zu Unrecht die Erstattung der Kosten abgelehnt, hieß es in der Urteilsbegründung. Der behandelnde Arzt habe deutlich gemacht, welche Gefahren eine nur lokale Betäubung mit sich gebracht hätte. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

*Quelle: Facharzt.de vom 5.11.08*

## **GEZ-Gebühren für Praxis-PCs?**

Aufgrund der Rückmeldungen einzelner Mitglieder möchten wir auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts (VG) Braunschweig hinweisen, auf das für den Fall, dass die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) Gebühren für beruflich genutzte PCs geltend macht, inhaltlich Bezug genommen werden kann.

Im Ausgangsfall nutzte der Kläger als Selbstständiger beruflich in seiner Wohnung einen PC. Obwohl er dort bereits für die private Rundfunknutzung GEZ-Gebühren zahlte, schickte die GEZ ihm einen Gebührenbescheid über 5,52 Euro pro Monat für zusätzliche PC-Gebühren.

Die Klage verlief erfolgreich und führte zu einer Befreiung von der GEZ-Gebühr bezüglich des beruflich genutzten PCs.

Das VG Braunschweig bezieht sich in seinem Urteil auf den Rundfunkgebührenstaatsvertrag (RGebStV). In § 5 Abs. 3 RGebStV sei klar geregelt, dass die PC-Gebühr für beruflich oder gewerblich genutzte Geräte (also nicht nur privat genutzte PCs) entfällt, wenn auf dem Grundstück bereits ein anderes Empfangsgerät bereitgestellt ist. Der Kläger zahle in seiner Wohnung – also auf demselben Grundstück – bereits GEZ-Gebühren für seinen privaten Rundfunkempfang. Damit entfalle nach § 5 Abs. 3 RGebStV eine Gebührensatzung für den dort gewerblich genutzten PC.

Gegen das Urteil wurde Berufung eingelegt. Die GEZ hält weiterhin an der grundsätzlichen Auffassung fest, dass beruflich genutzte PCs in Privatwohnungen gebührenpflichtig seien. Insofern ist auch weiterhin mit entsprechenden Gebührenbescheiden zu rechnen gegen die mit aufgezeigter Argumentation Widerspruch eingelegt werden sollte.

*Kerstin Burgdorf*

**2. Sommerakademie**  
der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie  
Institut Rostock

  
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie  
Rostock



**Fortbildung an der Ostsee:  
qualifizieren und regenerieren!**

Bewusstsein      Bewusstsein  
Bewusstsein      Bewusstsein      Bewusstsein  
Bewusstsein      Bewusstsein

vom 25. - 27. Juni 2009  
in Graal-Müritz

[www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)

Die Zertifizierung bei der OPK ist beantragt.  
Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung  
der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

---

**Tagungsberichte**

---

**Tagung „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ am 25.11.2008 in Berlin**

Unter dem Titel „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ fand am 25.11.2008 in Berlin eine gemeinsame Veranstaltung der Bundespsychotherapeutenkammer mit dem Fachverband Sucht statt.

In ihren einführenden Worten wies Sabine Bätzing, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, auf die Möglichkeit der niedergelassenen Psychotherapeuten hin, Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ambulant zu behandeln. In den Psychotherapie-Richtlinien, zuletzt geändert im März 2008, sei die ambulante Behandlung für Abhängige geregelt, sofern Abstinenz erreicht ist. Die Problematik dieser Vorgaben, u. a. keine Möglichkeit zur ambulanten Psychotherapie wegen Missbrauchs oder bei Substitution, wurde kritisch diskutiert.

Prof. Dr. Gerhard Bühringer gab dann einen Überblick über die Störungsmerkmale und das Versorgungssystem, bewusst ohne auf die unterschiedlichen Finanzierungswege einzugehen. Ausgangsfrage war, warum sich mit Psychotherapie befassen, wenn es so ein ausgebautes Suchthilfesystem für Substanzstörungen gibt (ein Begriff, den er passender als Abhängigkeit oder Suchterkrankung findet)? Anhand einer Grafik über das Ausmaß von Substanzstörungen konnte er belegen, dass Missbrauch von Alkohol oder Cannabis sehr häufig vorkommt. Hier sieht er Handlungsbedarf. Da eine Studie über Versorgungswege das wenig bekannte Ergebnis erbrachte, dass junge Erwachsene gerade bei Substanzstörungen frühzeitig um Psychotherapie nachsuchen, sieht er eine Einbeziehung von Psychotherapeuten in die Behandlung als Chance, die Weiterentwicklung zu einer Suchterkrankung zu verhindern. Eine Mitwirkung vertragspsychotherapeutischer Versorgung kann er sich gut bei Patienten mit akuten Substanzstörungen „geringer Ausprägung“ vorstellen, sowie bei begleitender/komplementärer Behandlung komorbider Störungen (er nannte Patienten in Substitution, Patienten nach qualifiziertem Entzug, Nachsorgebehandlung nach Rehabilitation und Patienten von Drogenberatungsstellen). Problematisiert wurde die Schwierigkeit bei der Kostenzusage für ambulante Psychotherapie, da diese an einen vorangegangenen Entzug und an Suchtmittelfreiheit gebunden sei und damit z.B. eine Behandlung bei Cannabismissbrauch (fehlender Entzug) oder bei Patienten in der Drogensubstitution nicht möglich sei.

Peter Missel vom Fachverband Sucht und leitender Psychologe bei den Kliniken Daun betonte an erster Stelle die erfolgreiche Arbeit der Fachkliniken. Er gab einen Überblick über die Ergebnisse katamnestischer Befragungen. Wichtig sind ihm Behandlungsformen mit nachgewiesener Effizienz, sektorübergreifende Behandlungsmodelle, Erleichterung der Zugangsvoraussetzungen zu Fachkliniken, Sicherung der Finanzierung („Qualität vor Kostengesichtspunkten“) und eine verbesserte Zusammenarbeit. Mögliche Leistungen von niedergelassenen Psychotherapeuten sieht er in folgenden Bereichen:

- Früherkennung und Frühintervention
- Behandlung von schädlichem Gebrauch und Missbrauch
- Behandlung von Tabakabhängigen
- Vermittlung in stationäre Rehabilitation (zuvor sollte gesetzlich dieser Weg geregelt werden)
- Postrehabilitative Weiterbehandlung insbesondere bei Komorbidität
- Durchführung von Suchtberatung
- Durchführung von Vorgesprächen bei ambulanter Rehabilitation

- Durchführung ambulanter psychotherapeutischer Angebote und
- Nacharbeit nach Rehabilitation

In der Kooperation müsste die Möglichkeit einer entsprechenden Schulung für die Niedergelassenen überlegt werden.

Prof. Dr. Fred Rist von der Universität Münster sprach sich für evidenzbasierte Behandlung der Suchtbehandlung aus und berichtete über bisherige Ergebnisse, u. a. von Berglind et al (Meta-Analyse).

Dr. Klaus Biliza, Psychoanalytiker, vertrat die Gruppe der niedergelassenen Psychotherapeuten. Als Supervisor ist er im Suchtbereich tätig und hat hierzu mehrere Veröffentlichungen. Nach seinen Ausführungen ist die Suchtbehandlung bei den niedergelassenen Kollegen nicht beliebt. Eine häufige Behandlungsform, die Gruppentherapie, sieht er als ökonomisch bedingt an und weniger als fachlich richtig. Nach einer Erhebung der Fachgesellschaft DGPT haben von den behandelten Patienten nur 1,1 % eine erste Diagnose mit Substanzstörungen. Als Begründung führt er die in den Psychotherapie-Richtlinien genannten Beschränkungen für eine Behandlung von Abhängigkeitskranken an, aber auch überholte Vorstellungen der Kollegen in Bezug auf Suchterkrankungen („Überpathologisierung von Patienten“).

Sein Wunsch wäre es, dass die Suchtpsychotherapie ein Arbeitsfeld für niedergelassene Psychotherapeuten würde. Als Modelle für „best practice“ nennt er sein eigenes Vorgehen, gemeinsam mit weiteren psychoanalytischen Kollegen (Rost, Woller und Redemann). Biliza kann sich eine Weiterbildung „Suchtpsychotherapie“ als Zusatzqualifikation für Psychotherapeuten vorstellen. Auch sieht er in einer Psychotherapie die Möglichkeit der Prävention von Abhängigkeit, insbesondere durch die Behandlung von Missbrauchsmustern.

Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer des Fachverbands Sucht, gibt erneut einen Überblick über das Suchthilfesystem und den Bereich der kassenfinanzierten Psychotherapie. Bislang überweisen die Ärzte/PP 3,3 % der Patienten in die Fachkliniken und 48 % die Suchtberatungen (wo der Rest herkommt, wird nicht ausgeführt). Er wünscht sich eine Änderung des § 73 Abs. 2 SGB V; PPs sollen Rehabilitation verordnen dürfen. Weiter: die Behandlung von schädlichem Gebrauch sollte in die Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen werden. Nach Beendigung der Rehabilitation sollte ein nahtloser Übergang in eine ambulante Psychotherapie möglich sein, um Rückfälle zu vermeiden. Es sollte Anforderungsmerkmale für PPs geben, damit diese Rehabilitation verordnen dürften und die Landespsychotherapeutenkammern sollten darüber informieren, wo qualifizierte PPs zu finden seien.

Monika Konitzer, Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, verwies auf den Morbi-RSA, der ab 2009 regelt, wie hoch die Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen bei bestehenden Diagnosen ausfallen und nennt 1791 € Ausgleichszahlung pro Patient mit einer Abhängigkeitserkrankung und 1145 € bei schädlichem Gebrauch. Als Versorgungsdefizite sieht sie, dass u. a. eine erste Entwöhnungsbehandlung erst nach 4 Entzügen stattfindet, dass die Erkrankung schon 11,8 Jahre vor einer ersten Rehabilitation bestanden habe und dass nur ein ganz geringer Anteil von Suchtkranken bei niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt würde. Es gäbe allerdings eine Dunkelziffer. Die BPTK fordere deshalb:

- Frühinterventionen im Krankenhaus
- Änderung des § 73 Abs. 2, SGB V
- Schädlicher Gebrauch sollte psychotherapeutisch behandelt werden dürfen
- Nachsorge durch PPs
- Mehr Geld für Sucht- und Versorgungsforschung

In der **anschließenden Podiumsdiskussion** über Perspektiven einer qualitätsgesicherten und vernetzten Versorgung suchtkranker Menschen verwies Dr. Christiane Korsukéwitz von der DRV-Bund auf die Bedeutung der Suchtberatungsstellen für Motivation, Vermittlung und

Nachsorge von betroffenen Menschen. Eine Konkurrenz zu den niedergelassenen PPs sehe sie nicht, allerdings sei die Vernetzung nötig.

Dr. Ingo Michels, Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, bezog sich auf zuvor geäußerte Forderungen, und merkte an, dass die Psychotherapie-Richtlinien eine Sache der Selbstverwaltung seien und nicht von der Politik bestimmt würden. Er sieht auch einen Webfehler bei der Erstellung des Psychotherapeutengesetzes, und zwar darin, dass die im Suchtbereich tätigen Sozialarbeiter nicht in das Gesetz mit aufgenommen wurden – anders wurde mit den im therapeutischen Bereich tätigen Pädagogen verfahren, die als KJP für die psychotherapeutische Behandlung zugelassen wurden. Bei der Psychotherapie-Richtlinie erkennt er als weitere Lücke, dass diese auf bestimmte Verfahren begrenzt sind, z.B. fehle die Behandlung bei Substitution.

Auch Ralf Schneider vom Fachverband Sucht wünscht sich durch die Einbeziehung von PPs eine bessere Nachsorge und Impulse für die Verbesserung im Schnittstellenbereich. Er forderte eine bessere Ausbildung der PPs für Suchtbehandlung.

Monika Konitzer nannte nochmals die Problematik einer Kostengenehmigung von Psychotherapie bei Substanzstörungen. Die Arbeitsweise einer Suchtberatungsstelle wäre auch schlecht in das ambulante Setting zu übertragen. Dr. Christiane Korsukéwitz merkte hier an, dass schon jetzt PPs an Beratungsstellen überweisen könnten, ebenso an Selbsthilfegruppen. Ob denn darüber Daten vorliegen würden? Im Schlusswort fasste Monika Konitzer die Schwierigkeiten zusammen. Es sei schwierig, einen Wegweiser zu einem kompetenten niedergelassenen PP zu installieren, eventuell wäre dies über eine Kennzeichnung als Interessengebiet möglich, es dürfe jedoch nicht zu einer Wettbewerbsverzerrung kommen. Viele Leistungen in dem Bereich Suchtbehandlung seien nicht als GKV-Leistungen abrechenbar. Kriseninterventionen seien schwierig. Diagnostik sei auch schwierig, da diese nur sehr gering bezahlt würde.

Persönliches Fazit (aus der Sicht als Mitarbeiterin einer Suchtberatungsstelle):

- Latent stand das Thema Konkurrenz der niedergelassenen Kollegen und der Kollegen in den Beratungsstellen im Raum. Von einigen Referenten aus der Suchthilfe wurde die besondere Bedeutung der Berufsgruppe der Sozialtherapeuten / Sozialarbeiter/päd. mit therapeutischer Zusatzausbildung hervorgehoben. Diese sind nicht in das Psychotherapeutengesetz aufgenommen worden, machen aber weiterhin den größten Teil der therapeutisch Tätigen in der ambulanten und stationären Behandlung aus. Dies ist auch von den RV-Trägern gewollt. Konkurrenz soll aber nicht sein, statt dessen Zusammenarbeit, gemeinsame Versorgungsverantwortung, sowohl kommunal als auch regional.
- Die niedergelassenen PPs sind im Moment wenig in die ambulante psychotherapeutische Behandlung von suchtkranken Patienten einbezogen. Es besteht der Wunsch, dass diese ihren Patienten auch stationäre Rehabilitation verordnen könnten.
- Die Suchthilfe (Reha-orientiert und PSBs) stehen gut da und brauchen den Vergleich mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht zu scheuen.
- Die Forderung nach evidenz-basierten Behandlungsformen wird durch Beratungsstellen bei der ambulanten Rehabilitation weitgehend erfüllt (regelmäßige Katamnesen und Auswertungen durch die Rentenversicherungsträger). Auch weitere Behandler müssten Effizienznachweise erbringen.
- Die Einbindung der PPs in kommunale Suchthilfenetzwerke wurde nicht angesprochen, eine solche wäre jedoch wünschenswert.

*Renate Hannak-Zeltner*



[www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)

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

Nehmen Sie teil an einer

## INTERAKTIVEN FORTBILDUNG

... und erhalten auf unserer Website akkreditierte Fortbildungsmaterialien zur Verfügung, die sich aus wissenschaftlich begründeten Fachartikeln und einer Lernerfolgskontrolle (Multiple-Choice-Fragenbogen) zusammensetzen.

**Aktuelle Fachartikel**

Leng, I. (2004):

**Theorie und Praxis der Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie**

Lammeklein, P. (2007):

**Psychotherapeutisches Arbeiten mit schwulen Männer  
Ein Beitrag zur Diskussion**

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### Ausweitung und Flexibilisierung psychotherapeutischer Leistungsangebote innerhalb der ambulanten Versorgung

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung zum 1.1.2009 bringt neben der Verbesserung der Honorarsituation für PP/KJP auch einige andere „materiell-rechtliche“ Veränderungen mit sich, deren Konsequenzen für den Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in diesem Beitrag diskutiert werden sollen.

Ausgangspunkt der Neuerungen sind Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 und vom 23.10.2008, die den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<sup>10</sup> einige entscheidende Veränderungen bescheren, durch die sie aus den verschiedenen Leistungen ihres Facharztkapitels freier verfügen können als bisher. Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist es mit diesen Beschlüssen in Zukunft möglich, ihre ärztliche Tätigkeit durch Leistungen zu ergänzen, die außerhalb der klassischen Richtlinienpsychotherapie liegen. Bereits im bisherigen EBM waren Leistungsziffern bspw. für körperliche Untersuchungen, Laboruntersuchungen oder auch für ungeplante Beratungsgespräche vorgesehen, doch war das Honorar hierfür so gering, dass v. a. antragspflichtige

<sup>10</sup> Der Deutsche Ärztetag 2003 änderte die bisherige Gebietsbezeichnung "Arzt für Psychotherapeutische Medizin" in "Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" (vgl. Musterweiterbildungsordnung Ärzte).

Psychotherapieleistungen abgerechnet wurden, die nicht unter die Mengenbegrenzung des EBM fielen.

Neuerdings kann die EBM-Ziffer 22221 „Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und / oder Abklärung (Einzelbehandlung)“ nahezu unbegrenzt (einzige Grenze ist die Plausibilitätsgrenze) angewandt und abgerechnet werden. Zeitpunkt und Dauer dieser mind. 10 Minuten dauernden Gespräche sind vom Arzt frei einteilbar. Auf diese Weise erhalten die ärztlichen PsychotherapeutInnen vielfältige Möglichkeiten, ihren PatientInnen über den zeitlich begrenzten Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie hinaus Therapieangebote zu machen. Die Vergütung pro Zeiteinheit liegt allerdings bei nur etwa 2/3 der Vergütung für Richtlinienpsychotherapie.

Nicht übersehen werden darf, dass die benannte „Abkoppelung“ der Ärzte von den Richtlinien-Leistungen nicht ohne jegliche Beschränkungen gilt. Der erweiterte Bewertungsausschuss hat den Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen VertragsärztInnen und eben auch den FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sog. „zeitbezogene Kapazitätsgrenzen“ je Quartal auferlegt, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.<sup>11</sup> Diese gelten sowohl für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen als auch für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen. D.h. pro Quartal darf eine bestimmte Stundenzahl nicht überschritten werden<sup>12</sup>.

Ob diese neue Flexibilität eine bessere Patientenversorgung ermöglicht, wird sich zeigen.

Die Sorge der PP/KJP, dass Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie „in die Menge gehen“ und quasi unbegrenzt auf den gemeinsamen Facharzttopf zugreifen könnten, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Entscheidend wird sein, wie die Krankenkassen, die ab 2009 das Morbiditätsrisiko tragen, ihre Gesamtvergütung anpassen, falls sich der erwartete Behandlungsbedarf ändert. Zur Erläuterung: Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bestimmt sich ab 2009 aus dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf, einem regionalen Orientierungswert und der Anzahl der Versicherten jeder Kasse. Ändert sich das sogenannte Morbiditätsrisiko in der Bevölkerung und damit der erwartete Behandlungsbedarf, müssen die Kassen (theoretisch) ihre Gesamtvergütung anpassen.

Unabhängig von der noch ungeklärten Frage der Honorierung etwaiger Ausweitungen psychotherapeutischer Leistungen soll in diesem Beitrag die Flexibilisierung des Leistungsspektrums und dessen mögliche Weiterentwicklung diskutiert werden.

Die o. a. Veränderungen bei den psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen laden zu Überlegungen ein, ob nicht auch für Psychologische PsychotherapeutInnen/Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eine Ausweitung und/oder Flexibilisierung des Leistungsspektrums sinnvoll ist. Analog zu der Erweiterung der Gebührenordnung bei Ärzten insbesondere in Form der Ziffer 22221 (Psychosomatisches Gespräch), deren Abrechnungsumfang nicht durch EBM-Leistungslegenden, sondern nur durch die allgemeinen, zeitbezogenen Quartalbudgets begrenzt wird, sollte insbesondere über flexibel zu erbringende, durch den EBM nicht begrenzte Leistungsangebote nachgedacht werden. Vorstellbar wäre, die Bestimmungen

---

<sup>11</sup> Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen eine bestimmte zu ermittelnde zeitbezogene Kapazitätsgrenze, so werden diese Leistungen nur bis max. zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen vergütet. (Vgl. Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses v. 27./28.8.2008, veröffentlicht unter [www.kbv.de/8157.html](http://www.kbv.de/8157.html)).

<sup>12</sup> Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen werden 27.090 Minuten je Quartal und Arzt/Psychotherapeut festgelegt; für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche/therapeutische Zuwendungszeit je Arzt ermittelt.

(Leistungslegenden im EBM) für bereits bestehende Leistungsangebote wie das psychotherapeutische Gespräch (EBM Ziffer 23220) dahingehend zu modifizieren, dass die bisherigen Leistungsbeschränkungen (max. 15 Leistungen pro Quartal) aufgehoben werden - oder ein weiteres Leistungsangebot zu etablieren. Eine solche zusätzliche Leistung könnte ebenso wie die Ziffer 22221 Elemente wie Erörterung und Beratung, und/oder auch andere Aspekte wie psycho-physiologische Sensibilisierung, Unterstützung bei Defocussierung auf Medikamentenbehandlung, Förderung der „selbst-compliance“ oder gar (Sekundär-)Prävention enthalten. Im Folgenden sollen einige Überlegungen zu Vor- und Nachteilen einer solchen Veränderung dargestellt werden.

Die meisten verhaltenstherapeutisch orientierten PsychotherapeutInnen (PsychoanalytikerInnen vertreten diesbezüglich theoriekonsistent meist eine abweichende Auffassung) haben die im EBM 2000+ bzw. EBM 2008 bereits realisierte Erweiterung des Leistungsspektrums der sog. Richtlinienpsychotherapie um die EBM-Ziffern 23220 (psychotherapeutisches Gespräch) und 01410/01411 (Besuch eines Kranken; „Hausbesuchsziffer“) begrüßt. Die Ziffer 23220 ermöglicht psychotherapeutische Hilfestellung ohne vorheriges Antrags- und Genehmigungsverfahren, was im Rahmen der Leistungsbeschränkung (s. o.) eine gewisse Flexibilisierung der Hilfe zulässt. Indiziert ist das psychotherapeutische Gespräch z.B. dann, wenn zwar Hilfebedarf besteht, die Indikation für eine (längere) Richtlinienpsychotherapie aus den unterschiedlichsten Gründen (noch) nicht (mehr) gegeben ist. Im Unterschied zur Richtlinienpsychotherapie steht z.B. eine dezidierte Therapieplanung nicht im Vordergrund. Der Hilfecharakter des psychotherapeutischen Gespräches ist eher adjuvant, stabilisierend oder auch bisweilen kriseninterventorisch. In der Praxis wird die 23220 auch dazu verwandt, einen gutachterlich nicht festgestellten Hilfebedarf in Form von Richtlinienpsychotherapie zu kompensieren. Die Hausbesuchsziffer wurde von den Berufsvertretern der PP/KJP gegen lang anhaltenden Widerstand erkämpft. Sie ermöglicht z.B. die psychotherapeutische Behandlung von Agoraphobikern, die sich angstbedingt nicht aus der eigenen Wohnung wagen.

Aus PatientInnensicht ist eine Erweiterung des psychotherapeutischen Behandlungsspektrums fast ohne Einschränkung wünschenswert – sieht man von grundsätzlich möglichen Einwänden wie dem Abhängigkeitspotential von psychotherapeutischer Behandlung einmal ab. Versorgungspolitisch korrekt kann also eine solche Leistungsausweitung gefordert werden.

Auch aus Behandlerperspektive ist es durchaus sinnvoll, über ein gewisses Maß an Flexibilität bei der Ausgestaltung der psychotherapeutischen Arbeit und Alternativen zur Richtlinienpsychotherapie zu verfügen. Bereits die o. a. Anlässe für das psychotherapeutische Gespräch (23220) im Kontrast zur genehmigungspflichtigen Psychotherapie deuten Vorteile an. Perspektivisch könnte man sich einen Ausbau solch flexibler Leistungen vorstellen, welche u.a. dazu genutzt werden könnten, PatientInnen kurzfristiger ohne längere Wartezeiten zumindest erste psychotherapeutische Hilfestellung zukommen zu lassen. Sogar Versorgungsmodelle wie eine offene psychotherapeutische Sprechstunde, in welcher unangemeldet PatientInnen psychotherapeutische Hilfe in Form von nicht genehmigungspflichtigen Leistungen in Anspruch nehmen könnten, wären denkbar. Ein Teil des Klientels würde hiervon profitieren. Der Charakter einer reinen „Bestellpraxis“ würde sich hierdurch jedoch ändern. Neben den bereits in Behandlung befindlichen PatientInnen würde – je nach Lage der Praxis – auch sog. „Laufkundschaft“ diese Angebote wahrnehmen können und dürfen. Vermutlich könnte man sich perspektivisch durch solche psychotherapeutischen Versorgungsangebote Patientengruppen erschließen, welche vom bisherigen Leistungsspektrum nicht oder nur in geringem Umfang profitierten, z.B. chronisch psychisch Kranke oder PatientInnen, welche störungs- oder persönlichkeitsbedingt mit dem Prinzip einer Bestellpraxis nicht zurechtkommen, vorhandene Behandlungsanliegen z.B. schlecht aufschieben können. Denkbar wäre sogar, in einem gewissen Ausmaß kurzfristige psychotherapeutische Angebote für PatientInnen freizuhalten und hierfür gesonderte Verträge mit gesonderten Honoraren mit einzelnen Krankenkassen auszuhandeln.



Versorgungspolitisch wären diese Ideen sicherlich unterstützungswürdig, hat sich doch auch die DGVT für den Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten gerade für z.B. benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgesprochen, also z.B. chronisch psychisch Kranke, Multimorbide oder Angehörige „bildungsferner“ Schichten; die Niedrigschwelligkeit von Psychotherapie wurde propagiert.

Die Praxis sieht (immer noch) anders aus. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie, insbesondere Richtlinienpsychotherapie, ist an Voraussetzungen geknüpft. Neben dem Vorhandensein einer Störung mit Krankheitswert sind dies u.a. eine ausreichende Therapiemotivation sowie eine durchaus wünschenswerte Veränderungsmotivation. Mit diesen Voraussetzungen korrespondiert das bisherige System einer Bestellpraxis mit festgelegten Terminen und einem mittel- bis längerfristig angelegten Behandlungszeitraum; allesamt Variablen, die auf das Leistungsangebot der Richtlinienpsychotherapie abgestimmt sind. Eine allzu große Erweiterung des Leistungsangebotes würde mit diesen Angebotsbedingungen nur bedingt harmonisieren.

Auch die bereits jetzt bestehenden Möglichkeiten, psychotherapeutische Angebote über das Instrumentarium nicht genehmigungspflichtiger Leistungsziffern (23220, psychotherapeutisches Gespräch oder 35150, probatorische Sitzung) auszubauen, werden nur in geringem Umfang genutzt. Als wesentliche Ursache hierfür dürfen honorarstrategische Überlegungen der Behandler angenommen werden. So wird das psychotherapeutische Gespräch schlechter vergütet als probatorische Sitzungen oder Richtlinienpsychotherapie. Außerdem gilt im bisherigen Vergütungssystem für die genannten Leistungen ein sog. Regelleistungsvolumen (RLV). Dies bedeutet, dass bei Überschreiten des RLV, was bei regelmäßigem Ansatz der genannten Leistungsziffern zu erwarten ist, die Honorierung deutlich abgestuft wird, so dass für eine mindestens 50-minütige Sitzung nur wenige Euro vergütet werden. In der Praxis hat dieses Vergütungssystem gegen die Appelle der Berufsverbände dazu geführt, dass z.B. probatorische Sitzungen nur noch im geringen Umfang, in Einzelfällen sogar gar nicht mehr, abrechnet werden. Zwar gestattet der EBM 2009 für die meisten Behandler aufgrund anders konstruierter Leistungsbudgets wieder einen vermehrten Ansatz der aufgeführten Ziffern ohne 90 %ige Honorarabstaffelung, dennoch bleibt ein Honorarunterschied zwischen nicht genehmigungspflichtigen und genehmigungspflichtigen Leistungen: Mit genehmigungspflichtigen Leistungen erzielt man etwa ein Drittel mehr Honorar als mit probatorischen Sitzungen oder dem psychotherapeutischen Gespräch. Die bisherige Abrechnungspraxis lässt daher erwarten, dass nicht genehmigungspflichtige Leistungen auch künftig nicht ausgeschöpft werden.

Ein weiterer, wenn auch nicht für alle Behandler bedeutsamer Aspekt, ist die Frage des sog. Ausfallhonorars. Es ist bislang rechtlich zulässig, mit PatientInnen eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen, welche im Fall einer kurzfristigen Terminabsage durch PatientInnen dem Behandler gestattet, für das entgangene Honorar vom Patienten eine Ausfallgebühr zu erheben. Diese darf maximal die Höhe des zu erwartenden Honorars haben, bewegt sich in der Praxis zwischen ca. 50 und 100 % des Honorars. Das Ausfallentgelt ist rechtlich zulässig, weil es dem Charakter einer Bestellpraxis geschuldet ist und davon ausgegangen werden kann, dass bei kurzfristigen Absagen eine alternative Terminbelegung mit anderen Patienten kaum gelingt. Viele niedergelassene KollegInnen machen von dieser Ausfallregelung Gebrauch. Das Verfahren würde jedoch vermutlich zunehmend rechtlich fragwürdig, je mehr sich der Bestellpraxischarakter einer psychotherapeutischen Praxis durch eine Ausweitung flexibel zu erbringender Leistungen verändert.

Von ganz besonderer Bedeutung ist jedoch der hohe Anteil genehmigungspflichtiger Leistungen am Leistungsspektrum der PsychotherapeutInnen für die Berechnungsgrundlage des Honorars für psychotherapeutische Leistungen. Die Honorarhöhe der Leistungen der Richtlinienpsychotherapie, insbesondere der genehmigungspflichtigen Leistungen, fußt ganz wesentlich auf dem BSG-Urteil des Jahres 2004. Hierin wird den PsychotherapeutInnen ein Honorar zugesprochen, welches bei Vollaustattung einer psychotherapeutischen Praxis die durch-

schnittliche Höhe ärztlicher Referenzpraxen erreicht. Konsequenz dieses Urteils ist, dass den PsychotherapeutInnen für genehmigungspflichtige Leistungen ein sog. Mindestpunktwert zugesprochen wurde, der in Kombination mit der sog. Fallpunktzahl zu dem bisherigen Honorar von (je nach KV) 60-80 Euro je Richtlinientherapiestunde geführt hat. Im neuen Honorarsystem ab dem 1.1.2009 wird das bundeseinheitliche Honorar für eine gutachterlich befürwortete und seitens der Krankenkassen genehmigte Therapiestunde wahrscheinlich bei ca. 81,20 € liegen. Diese Honorarhöhe basiert fast ausschließlich auf dem traditionell hohen Anteil genehmigungspflichtiger Leistungen am psychotherapeutischen Leistungsspektrum und damit dem Effekt, dass psychotherapeutische Leistungen eben nicht flexibel ausweitbar sind, um ein höheres Einkommen zu erzielen. Die PsychotherapeutInnen verdanken also maßgeblich dem Charakter des unflexiblen, begrenzten Leistungsspektrums ein rechtlich abgesichertes Mindesthonorar. Eine Flexibilisierung und Ausweitung des Leistungsspektrums deutlich über das bestehende – und wie gesagt bereits bisher nicht ausgeschöpfte – Maß hinaus würde das rechtliche Fundament der Honorierung bedrohen.

Neben diesen notwendigerweise zu berücksichtigenden Überlegungen gibt es auch solche, die eher Ausdruck einer gegenwärtigen Indifferenz sind. Zu spezifizieren wäre z.B., ob die Erbringung flexiblerer psychotherapeutischer Leistungen an besondere Qualifikationen der Behandler gekoppelt wäre. Auch würde womöglich eine „neue“ Kategorie psychotherapeutischer Leistungen den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) und/oder den gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen (GBA) auf den Plan rufen. So hat sich der WBP (s. z.B. VPP 3/08, S. 630 ff.) zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren geäußert – und dabei auch die unterschiedliche Behandlungsdauer von Psychotherapien ins Visier genommen. Ob flexiblere psychotherapeutische Hilfeangebote den Anforderungen an eine evidenzbasierte Behandlung genügen, bliebe abzuwarten.

Vorläufiges Fazit: Über eine Ausweitung und/oder Flexibilisierung psychotherapeutischer Behandlungsangebote in der ambulanten Versorgung weiter nachzudenken, macht vermutlich Sinn. Ärztliche PsychotherapeutInnen haben diese Entwicklung bereits ein Stück vorangetrieben und damit Vorgaben gemacht. Die Veränderungen der letzten Jahre belegen, dass der sog. Gesundheitsmarkt offenbar mehr von PsychotherapeutInnen erwartet als die ausschließliche Konzentration auf die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen nach den Psychotherapierichtlinien. Behandlungsformen, die aus versorgungspolitischen und/oder marketingtechnischen Gründen aufgelegt werden – wie etwa der bundesweite ADHS-Vertrag oder lokale Versorgungsangebote für ausgewählte Störungsbilder, z.B. Depression - sind im Aufwind. Dagegen stehen jedoch u. a. honorarstrategische Überlegungen, wie sie oben ausgeführt wurden. Auch muss bedacht werden, ob eine etwaige Leistungsausweitung, die womöglich den Vertragspartnern abgerungen werden kann, von den niedergelassenen KollegInnen dann auch tatsächlich erbracht wird; nur fiktive Leistungspositionen herauszuhandeln macht die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen als Verhandlungspartner nicht seriöser. Nicht zuletzt muss die Finanzierung ausgeweiteter Leistungen, sowohl im bisher gültigen Leistungsspektrum als auch ggf. darüber hinaus, geklärt werden. Es bleibt also zunächst abzuwarten, wie sich das Abrechnungsverhalten der PsychotherapeutInnen unter den veränderten Bedingungen des neuen EBM entwickelt.

*Jochen Maurer und Kerstin Burgdorf*

## **Bewertungsausschuss verbessert Jobsharing – Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften beschlossen**

Die neue Vergütungsordnung sieht für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)<sup>13</sup> einen 10 %igen Zuschlag auf bestimmte EBM-Pauschalen vor. Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 17.10.2008 einen entsprechenden Beschluss getroffen (www.kbv.de). „In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10 Prozent auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen“, heißt es in dem Beschluss.

Ebenso hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1.1.2009 eine Übergangsbestimmung zur Fallzählung im 1. Halbjahr 2008 beschlossen. Es wird einen Zuschlag zu den Regelleistungsvolumina in fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften mit Wirkung vom 1.1.2009 bis zum 30.6.2009 geben. „Die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumen für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe wird unter Berücksichtigung eines Aufschlags von 10 % berechnet.“

Berufsausübungsgemeinschaften sind bislang bei der Abrechnung in ihrem Praxisumfang beschränkt. Gem. § 23 c **Bedarfsplanungs-Richtlinie** legt der Zulassungsausschuss die Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt in den vorausgegangenen vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). Diese dürfen die Punktzahlen in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt um nicht mehr als 3 % überschritten werden.

Die Neuerung wertet das Jobsharing deutlich auf. Angesichts der problematischen Versorgungslage in vielen Regionen sind diese Beschlüsse eine wünschenswerte Entwicklung, um die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften attraktiver werden zu lassen.

*Kerstin Burgdorf*

## **KBV veröffentlicht Sonderpublikation zum EBM 2009: „Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung“**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Sonderpublikation zum EBM 2009 herausgegeben. Unter dem Titel „Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung“ widmet sich

---

<sup>13</sup> Seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) von 2007 wird der Begriff Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) verwendet, vgl. § 33 Ärzte-Zulassungsverordnung.

die KBV der neuen Verteilung, den RLV der Gemeinschaftspraxen und wie es bis 2012 weitergeht. „Nach fast 20 Jahren haben wir erstmals die Chance, eine Vergütung zu erhalten, die mit der Zeit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten entspricht“, führen die KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller einleitend aus.

Dass die Reaktion der Ärzteschaft nicht euphorisch ausfalle, erklärt Köhler mit der Angleichung und den Streitereien zwischen den Bundesländern. Mit dem Verhandlungsergebnis hänge dies weniger zusammen. „Bislang hatten wir in 17 KVen unterschiedliche Honorarverteilungsverträge und Fallwerte. Jetzt geht es überfallartig in eine völlig neue Honorarwelt. Deshalb laufen jetzt auf vielen Ebenen Gewinner- Verlierer-Diskussionen.“

Die Honorarerhöhung sei ein großer Erfolg, auch wenn insgesamt sieben Milliarden Euro notwendig gewesen wären. „Aber das ließ sich nicht durchsetzen. Entscheidend ist doch, dass wir nun eine Ausgangsbasis haben, um die Vergütung weiterzuentwickeln“, sagte Köhler.

Unbegründet findet er Sorgen über die Regelleistungsvolumen. „Jahrelang haben die Ärzte beklagt, die Mengensteuerung lasse es nicht zu, dass alle ihre Leistungen bezahlt würden. Und jetzt sorgen sie sich, dass sie die Regelleistungsvolumen nicht ausfüllen können. Warten wir erst einmal ab, bis die Ärzte ein, zwei Quartale damit gearbeitet haben.“

Es sei jedoch zu diskutieren, ob die Vergütung nicht wieder mehr in Richtung Einzelleistung oder ablaufbezogene Komplexe entwickelt werden könne. Für Ärzte mit stark pauschalierten Leistungen könne es schwieriger sein, die RLV auszufüllen, erklärte Köhler.

Hier kommt man zum neuen EBM 2009: [www.kbv.de/publikationen/13884.html](http://www.kbv.de/publikationen/13884.html)

*Quelle Facharzt.de vom 24.11.08*

## **Das gesetzliche Krankengeld für Selbstständige läuft Ende des Jahres aus**

Wer als Selbstständiger freiwillig Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse ist, erhält ab 1.1.2009 im Krankheitsfall keinen Ausgleich mehr für seinen Verdienstausschlag. Durch den Wegfall des Krankengeldanspruchs beträgt der Krankenkassenbeitrag für diejenigen, die das Krankengeld nicht über ihre Krankenkasse absichern, für 2009 14,9 % (statt des allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von 15,5 %). Da der Gesetzgeber die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet hat, entsprechende Wahltarife anzubieten, kann die betroffene Personengruppe das Krankentagegeld in der gesetzlichen Krankenkasse mit absichern. In der Regel bindet sich der Versicherte damit für drei Jahre mit seinem gesamten Krankenversicherungsschutz an die Krankenkasse. Deshalb empfiehlt sich ein Preis-Leistungs-Vergleich zwischen den Wahlтарifen der Krankenkassen und den Krankentagegeldversicherungen der privaten Anbieter. Erste Beispiele zeigen, dass die Angebote sowohl der gesetzlichen Krankenkassen als auch der privaten Anbieter sehr unterschiedlich ausfallen. Das hängt u. a. davon ab, ob man einen Schutz bereits ab dem 1. Krankheitstag wünscht, in welcher Höhe und wie lange man sich durch das Krankentagegeld absichern möchte. Bei den gesetzlichen Krankenkassen wird meist erst eine Gesundheitsprüfung bei einer Anpassung des Tagegeldes erforderlich. Bei den privaten Anbietern ist in der Regel bereits beim Abschluss der Versicherung eine gesundheitliche Überprüfung Voraussetzung.

*Waltraud Deubert*

---

---

## Weitere Infos

### **BKK-Studie: Psychische Belastungen im Unternehmen kosten 6,3 Mrd. Euro jährlich**

In Deutschland entstehen laut einer aktuellen Studie des BKK Bundesverbandes durch arbeitsbedingte psychische Belastungen jährlich volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 6,3 Mrd. Euro. 3 Mrd. Euro seien direkte Kosten für die Krankheitsbehandlung, weitere 3,3 Mrd. Euro Produktionsausfallkosten. Insgesamt entstehen laut BKK durch arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühberentung volkswirtschaftliche Kosten von 44 Mrd. Euro.

Während die körperliche Beanspruchung zurückgehe, stiegen psychische Belastung und Arbeitsverdichtung, so die BKK. Ein erhebliches Risiko stellten etwa monotone Arbeiten mit geringer Entscheidungsfreiheit dar. Schlechtes Betriebsklima, Angst vor Arbeitsplatzverlust und psychomentele Belastungen wie Unter- oder Überforderung, Leistungs- und Zeitdruck könnten Krankheitsphasen auslösen und verstärken. Die Unternehmen sollten mit präventiven Maßnahmen reagieren, etwa mit Konfliktberatung oder Zeitmanagementkursen.

*Quelle: Facharzt.de vom 6.11.08*

### **Sachverständigenrat stellte am 12.11.2008 sein Jahresgutachten 2008/2009 vor**

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat am 12.11. 08 sein Gutachten veröffentlicht und kritisiert die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre scharf. Zwar sei die Reform des Vertragsarztrechts ein wichtiger Schritt zu einem modernen Gesundheitswesen, die Reform der Finanzierungsseite allerdings sei völlig misslungen.

*In dem Gutachten heißt es „Fasst man die Reform des Gesundheitswesens als einen letztlich nie endenden Prozess auf, sollte es in der nächsten Legislaturperiode als erstes darum gehen, die Konstruktionsfehler der zusammen mit dem Fonds am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Überforderungsklausel zu beseitigen. Als nächstes gilt es im Bereich der Krankenhausfinanzierung einen Umstieg zur Monistik einzuleiten, die wettbewerbsverzerrende Wirkung der sektoralen Budgets zu überwinden und die Distribution von Arzneimitteln zu liberalisieren. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass die Politik die Kraft findet, das Finanzierungssystem in Richtung des ökonomisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale umzugestalten.“*

Das komplette Gutachten finden Sie unter

[www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-content.php?gaid=53](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-content.php?gaid=53)

## BKA-Gesetz scheitert im Bundesrat

Nachdem der Bundesrat am 28.11.2008 den vom Bundestag mit den Stimmen der Großen Koalition verabschiedeten Gesetzentwurf abgelehnt hat, kündigte die Bundesregierung an, den Vermittlungsausschuss anzurufen. Diese Entscheidung soll bereits am 3.12. im Kabinett beschlossen werden. Damit soll gewährleistet sein, dass das Gesetz in der letzten Sitzung des Bundesrates in diesem Jahr, am 19.12., verabschiedet werden kann.

Die Länder mit Koalitionsregierungen, an denen FDP, Bündnis 90/Die Grünen oder die Linke beteiligt sind, verweigerten dem Gesetz ebenso die Zustimmung, wie die Landesregierungen in Sachsen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern, die von einer Großen Koalition geführt werden. Auch Rheinland-Pfalz, das mit absoluter Mehrheit der SPD regiert wird, stimmte dem Gesetz nicht zu.

Streitpunkt des Gesetzes ist vor allen Dingen die Online-Durchsuchung von Computern, die im Eilfall auch ohne vorherige richterliche Genehmigung erfolgen soll. Auch das Zeugnisverweigerungsrecht, das nach dem Entwurf nur noch für Geistliche, Strafverteidiger sowie Mitglieder des Bundestags und der Landtage in vollem Umfang gelten soll, wollen einige Länder nicht hinnehmen und fordern die gleichen Rechte für Journalisten, Ärzte/Psychotherapeuten und Rechtsanwälte. Das Gesetz würde das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen und PatientInnen gefährden. Eine erfolgreiche Behandlung setzt die Sicherheit der Patienten voraus, sich seiner/seinem PsychotherapeutIn ohne Einschränkung anvertrauen zu können. Dies betonte auch die beim 13. Deutschen Psychotherapeutentag verabschiedete Resolution zum BKA-Gesetzentwurf. „ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen als Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse zu behandeln und ihnen keine Geheimhaltungsmöglichkeiten zu geben, sei ein nicht hinnehmbarer Angriff auf das für die therapeutische Beziehung nötige Vertrauen.“

*Waltraud Deubert*

## Buchtipps: Survivalguide PiA – Die Psychotherapieausbildung meistern

Es war einmal ein „PiA“ in den Jahren vor 2007, allein und unentschlossen am Anfang seiner Ausbildung. Er irrte hin und her durch mindestens dreierlei Dschungel, **PsychThG** (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), **PsychTh-APrV** (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und **KJPsychTh-APrV** (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) genannt.

Zum Glück stieß er auf einen *Überlebensführer* aus dem Hause Springer, der ihn auf seinem schweren, teuren und vor allem unübersichtlichen Wege begleiten kann und sollte.

Wie nun, kann man sich fragen, sollte ein solcher Überlebensführer aussehen oder aufgebaut sein um den Ansprüchen und den Anforderungen eines „PiA“ zu genügen, der im Schnitt 18 000 bis 20 000 EUR oder sogar mehr für seine Ausbildung zahlen muss, dafür theoretisch 3-5 Jahre benötigt und zur der es erst seit wenigen Jahren Erfahrungsberichte gibt?

Nun, den Autorinnen Birgit Lindel und Ina Sellin ist genau dies hervorragend gelungen mit ihrem Buch: „Survivalguide PiA - Die Psychotherapieausbildung meistern“.

Die ersten Kapitel ihres Buches behandeln die Psychotherapieausbildung im Allgemeinen. Sie geben einen Überblick über gesetzliche Grundlagen und den Ablauf der Ausbildung. Sie helfen bei der Wahl und der Suche eines Ausbildungsinstitutes und geben einen Einblick in verschiedene Therapieschulen.

In den Kapiteln 5-10 geht es um die Ausbildungsteile theoretische Ausbildung, praktische Tätigkeit und praktische Ausbildung.

Besonders geeignet für den eiligen Leser und auch hilfreich zur notwendigen Auffrischung im Verlauf der Ausbildung ist die Einteilung in sog. Überblicks- und Detailkapitel.

Spannend und für mich als Betroffener im dritten von fünf Jahren Ausbildung auch Mut machend, sind insbesondere die Erfahrungskapitel „Aus dem Nähkästchen“, in denen die persönlichen Erfahrungen von AusbildungsteilnehmerInnen, und vielleicht noch wichtiger, von AusbildungsabsolventInnen aus sieben Jahren gesammelt sind.

Aus leidvoller eigener Erfahrung und aus den Berichten anderer Jahrgänge, ist es wohl unmöglich, alle Lebenskonzepte und „die Ausbildung“ unter einen Hut zu bringen. Jedoch ist es wünschenswert, vorab eine Vorbereitung auf den

- „Paragrafen-Dschungel“
- die Wünsche/Auslegungen der Regierungspräsidien der einzelnen Bundesländer
- die um wenige Klinikplätze und Lehrpraxen konkurrierenden Ausbildungsinstitute und ganz allgemein auf die Fallstricke, die das PsychThG schuf, zu bekommen.

Die Autorinnen führen den PiA in diesen Dschungel, zeigen ihm die mehr oder weniger ausgetretenen Pfade, doch seinen Weg muss er immer noch selbst gehen...

*Birgit Lindel und Ina Sellin, Survivalguide PiA – Die Psychotherapieausbildung meistern, Springer Verlag, 19,95 Euro.*

*Kai Jörß*

## Regionale Mitgliedertreffen, Termine

### Termine der Landesgruppen

- **Niedersachsen:** Treffen der niedersächsischen Landesgruppe am 13. 1.2009, 19:30 Uhr in der Praxis von Elisabeth Jürgens, Körnerstr. 9, Braunschweig.

Fortbildungstag der Landesgruppe zur Arbeit der Psychotherapeutenkammer am 21.2.2009, 10-17 Uhr, Ort wird noch bekannt gegeben.

Treffen der Fachgruppe KiJu am 20.1.2009, 20 Uhr in der Praxis von Katrin Ruß, Seelhorststr. 53, Hannover-Zooquartier.

**Frühbucherrabatt  
bis 15. Februar!  
Infolyer liegt bei.**



Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e. V.

## **17. Workshoptagung**

der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

2. - 4. April 2009 in Tübingen

**“Basics<sup>+</sup> Standards beherrschen - Neues integrieren”**

**Vorträge, Workshops, Fallseminare,  
Fachpolitik und Information**

**Fallseminare und Workshops u. a. zu folgenden Themen:**

Verhaltenstherapie in der Psychoonkologie  
Depressive Störungen im höheren Lebensalter  
Somatoforme Störungen  
CBASP (Cognitive Behavioral Analyses System of Psychotherapy)  
Schematherapie  
Energetische Psychotherapie  
Neuropsychotherapie  
Posttraumatische Belastungsstörungen und EMDR  
Emotionsfokussierte Arbeit  
Geleitetes individuelles Spiel  
Erlebnisorientierte Verfahren

Referat für Aus- und Weiterbildung  
Postfach 13 43, 72003 Tübingen  
☎ 07071 9434-34 ☎ 07071 9434-35  
E-Mail: [awk@dgvt.de](mailto:awk@dgvt.de)

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