



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

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

Supplement zu VPP 3/2011  
9. August 2011

### ***Aus dem Inhalt***

- **Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes:**
  - Es drohen Kollateralschäden für die psychotherapeutische Versorgung
  - Studien belegen: Neudefinition der Bedarfsplanung notwendig
- **Antrags- und Gutachterverfahren für die ambulante Psychotherapie:**  
Ein Reformvorschlag

**Herausgeber:**

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

**Verantwortlich für den Inhalt:**

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

**Copyright:**

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

**Satz:**

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen  
Lia Kailer und Suse Stengel

**Druck:**

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

## INHALTSVERZEICHNIS

### *Gesundheits- und Berufspolitisches*

- **Gesetz mit Kollateralschäden?  
Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz vorgelegt**..... 6
- **Mit Depression ins Krankenhaus: Krankenhausreport der Barmer GEK**.. 10
- **Psychotherapeuten haben die längsten Wartezeiten: AOK-Umfrage**..... 10
- **Steigt die Anzahl psychischer Erkrankungen wirklich an?  
Eine provokante Zwischenfrage der Zeitschrift Test** ..... 11
- **KV Rheinland-Pfalz kritisiert Defizite der Bedarfsplanung**..... 12
- **Lange Wartezeiten – Mehrkosten für die Volkswirtschaft** ..... 12
- **„Versorgungsstrukturgesetz ist patientenunfreundlich“  
Verbraucherzentrale checkt Entwurf** ..... 13
- **Neue Runde im Ringen um ein Präventionsgesetz**..... 14
- **Kritik an unzureichender Forschung zur Therapie neurologischer  
und psychiatrischer Krankheiten**..... 15
- **PsychotherapeutInnen zum Billigtarif: PiA-Protesttag in Berlin** ..... 16

### *Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg	18
Bayern	19
Hessen	21
Niedersachsen	21
Nordrhein-Westfalen	22
Rheinland-Pfalz	23
Sachsen	24
Sachsen-Anhalt	24
Schleswig-Holstein	25

### *Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

- **Vorschläge zur Reformierung der Bewilligungspraxis  
psychotherapeutischer Leistungen und des Gutachterverfahrens**  
Von Wolfgang Bürger ..... 27
- **Stellungnahme der VT-Fachverbände zu EMDR als Methode** ..... 33

- **Zum Einkommen von niedergelassenen PsychotherapeutInnen**  
Von Jochen Maurer und Kerstin Burgdorf..... 37
- **Honorarwiderspruch** ..... 42
- **Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation von Praxen** ..... 43
- **Qualitätsmanagement: Was ist zu tun?** ..... 44

*Alles was Recht ist . . .*

- **Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag** ..... 46
- **Glücksspielstaatsvertrag immer noch in der Schwebe**..... 47
- **GEZ-Gebühren müssen nicht doppelt bezahlt werden** ..... 47

*Tagungsberichte*

- **Expertenkreis „Psychiatrie“ Bayern** ..... 48
- **(K)ein neuer Weg der Ärzteschaft? 114. Deutscher Ärztetag in Kiel** ..... 49
- **Grüner Ärztetag: Auftakt zum Dialog** ..... 52

*Weitere Infos*

- **Was tun beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch?** ..... 54
- **Broschüre informiert über „Häusliche Gewalt“** ..... 54
- **Neuer Ratgeber über „ADHS und Recht“**..... 54
- **Beruf und Familie? Tipps von der KBV**..... 55
- **Online-Diskurs zu Intersexualität** ..... 55
- **Aktionsbündnis Seelische Gesundheit lädt zu Info-Tag**..... 56
- **Beschwerdeberatung zu Psychotherapie** ..... 56

*Regionale Mitgliedertreffen, Termine*

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,*

mitten im kalendarischen Sommer bietet die wechselhafte Wetterlage genügend ruhige Momente, um ein hoffentlich anregendes Vorwort zu schreiben. Und es bleibt zu wünschen, dass wir Ihnen mit diesem Heft auch wieder Interessantes bieten können. Denn es gibt eine ganze Menge zu berichten.

„Die Politik“ hat sich zwar in die Sommerpause verabschiedet, vorher hat sie uns aber noch ein dickes Ei gelegt, mit einer harten Schale. Das Bundeskabinett hat am 3. August den Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes verabschiedet. Das Gesetz soll zwar die Versorgung verbessern und auf jeden Fall wird es auch die Vergütung von Ärzten verbessern – ob allerdings die Gesundheitsversorgung damit verbessert wird, bezweifeln viele maßgebliche Gruppen wie der DGB, Arbeitgeber und Krankenkassen. Insbesondere die psychotherapeutische Versorgung wird – wenn das Gesetz so beschlossen wird, wie es der jetzige Entwurf verspricht – deutlich darunter leiden. Vermutlich sind bis zu ein Drittel der Psychotherapeutenplätze vom Abbau bedroht (siehe hierzu den ersten Beitrag nach diesem Vorwort). Psychotherapeutenkammern und -verbände engagieren sich derzeit – in selten gewohnter Eintracht –, die Fachöffentlichkeit und auch die PolitikerInnen darauf aufmerksam zu machen. Fernsehbeiträge (ZDF-Sendung Frontal21) oder auch Beiträge in renommierten Zeitungen (FAZ) greifen das Thema auf. Die Chancen aber, dass der Gesetzentwurf noch verändert wird, sind ungewiss.

Zeitgleich mit den Vorbereitungen zum Versorgungsstrukturgesetz werden immer mehr empirische Studien veröffentlicht, die sich mit der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen beschäftigen. Das wirkt geradezu wie ein Hohn, denn die eigentlich logische Folge für vernünftige Gesundheitspolitik müsste doch sein, die Behandlungskapazitäten für psychische Krankheiten auszuweiten. Aber: Nichts da! Eine Veränderung des Gesetzentwurfes in diesem Punkt wird vom Gesundheitsministerium abgelehnt.

Wir berichten in dieser Ausgabe u.a. über die aktuellen Studienergebnisse der Techniker Krankenkasse sowie der Barmer GEK, über eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung sowie der AOK Rheinland.

Auch in der VPP 3/2011 finden Sie einiges zum Thema Versorgungsstrukturgesetz, darunter unsere Stellungnahme zum PROGNOSE-Gutachten des GKV-Spitzenverbands, das den Aufkauf überzähliger Psychotherapeutenplätze durch die KVen befürwortet.

Besonders hinweisen möchten wir Sie außerdem noch auf einen Beitrag von Wolfgang Bürger, in dem er einen Vorschlag zur Revision der Psychotherapie-Richtlinie ausarbeitet, der u.a. im Anschluss an die sog. TK-Studie, deren Ergebnisse von der Techniker Krankenkasse im Mai veröffentlicht wurden, entwickelt wurde. Im Kern geht es dem Autor darum, das Gutachterverfahren zu vereinfachen. Auf diese Weise sollen die Zugangsprozesse beschleunigt werden, damit kürzere psychotherapeutische Behandlungen rasch eingeleitet werden können.

Schließlich finden Sie in diesem Heft zahlreiche Landesberichte, Erläuterungen zu wichtigen neuen Gerichtsurteilen für PsychotherapeutenInnen sowie weitere aktuelle Hinweise.

Wir hoffen, dass Sie alle noch einen schönen Rest-Sommer genießen können.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

*Waltraud Deubert  
Angela Baer*

*Heiner Vogel  
Kerstin Burgdorf*

## Gesundheits- und Berufspolitisches

### Gesetz mit Kollateralschäden?

#### Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz lässt Verschlechterung der Psychotherapieversorgung erwarten

Bereits in der letzten Rosa Beilage (S. 6-10) hatten wir ausführlich über das drohende GKV-Versorgungsstrukturgesetz berichtet. *Drohend* – weil es für die ambulante Psychotherapie sicher Verschlechterungen der Versorgung bringen wird, wenn das Gesetz vom Bundestag so beschlossen wird, wie es von vom Bundeskabinett am 3. August 2011 verabschiedet wurde.

Doch zunächst in aller Kürze die Inhalte des Gesetzes gemäß der Übersicht aus dem Gesetzentwurf vom 3.8.2011:

1. **Sicherstellung der ambulanten wohnortnahen und flächendeckenden ärztlichen Versorgung**
  - Weiterentwicklung der Regionalisierung der Bedarfsplanung mit Mitsprachemöglichkeiten der Länder
  - Anreize im Vergütungssystem und Förderung mobiler Versorgungskonzepte
  - Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (bei Vertragsärzten)
2. **Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems**
  - Wiedereinführung der Regionalisierung bzw. Rücknahme zentraler Vorgaben. Mehr Flexibilität der regionalen KVen bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung und auch bei der Honorarverteilung.
  - „Überregulierung abbauen“: Verpflichtung zur Umsetzung ambulanter Kodierrichtlinien entfällt.
3. **Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems**
  - Größere Spielräume für regionale Verhandlungen der Vertragspartner (Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV) auf KZV-Bezirksebene)
  - Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen Krankenkassen
4. **Ambulante spezialärztliche Versorgung**
  - Schrittweise Einführung eines neuen Versorgungsbereichs, der das Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung gewährleisten soll
5. **Innovative Behandlungsmethoden**
  - Der G-BA (Gemeinsame Bundesausschuss) erhält ein neues Instrument zur Bewertung innovativer Behandlungsmethoden, das eine Erprobung von „Methoden mit Potential“ ermöglicht, auch wenn noch keine hinreichende Evidenz dafür vorliegt.
6. **Weiterentwicklung der Strukturen des G-BA**
  - Diese Vorschläge dienen dem Ziel, die Transparenz und Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA zu erhöhen und die Beteiligungsmöglichkeiten zu stärken.
7. **Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen**
  - Die Möglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen werden ausgeweitet, damit diese im Wettbewerb um Versicherte individualisiertere Angebote ausbauen können.
8. **Weitere Maßnahmen des Gesetzes**
  - Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren, um deren Unabhängigkeit (von Kapitalgesellschaften) zu gewährleisten
  - Flexibilisierung und Deregulierungen im Bereich der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere im Heilmittel-, aber auch im Arzneimittelbereich
  - Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel, die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern
  - Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen

### **Erste kritische Stellungnahmen - sogar aus dem Finanzministerium**

Der Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes (VSG) wurde außerordentlich rasch nach Veröffentlichung von vielen Seiten überaus heftig kritisiert: Natürlich von der Opposition und vom Deutschen Gewerkschaftsbund/DGB („Zeugnis beispielloser Klientelpolitik“), aber auch von Arbeitgebern und, ein überaus seltener Vorgang: Auch aus dem Bundesfinanzministerium (BFM) gelangte eine Fundamentalkritik des Gesetzentwurfes an die Öffentlichkeit (GID 12/2011, S. 9ff). Danach sei der Gesetzentwurf unsolid erstellt, die Folgekosten sowohl für den Bundeshaushalt als auch für die Krankenversicherten seien nicht seriös abgeschätzt, vielmehr würden verschiedentlich als Gegenfinanzierung für Mehrkosten Kosteneinsparungen in Aussicht gestellt, die erst weit in der Zukunft lägen und von Verhaltensänderungen bei Ärzten und Versicherten abhängen, deren Eintreffen nur schwer abzuschätzen sei. Im Ergebnis der differenzierten „Mängelrüge“ des Entwurfs halten die Autoren des BFM fest: „Das BMF kann [dem VSG] in der vorgesehenen Form nicht zustimmen.“ Einschränkend sei darauf hingewiesen, dass die BFM-Kritik sich auf den vorletzten Entwurf bezogen hat und im letzten versucht worden sein soll, zumindest einige Kritikpunkte aufzugreifen.

Die übrigen Kritiker betonen, dass der Gesetzentwurf zwar manche Einzelregelungen enthalte, die begrüßt werden können, dass aber der „große Wurf“ zur Verbesserung der Versorgung nicht erkennbar ist. Vielmehr würde das Gesetz zu unkalkulierbaren Mehrkosten führen. Auch wird kritisiert, dass die Kosten fachärztlicher Überversorgung in Ballungsgebieten nicht angestastet würden.

Die einzige Gruppe, die keine ernsthafte Kritik an dem Entwurf hat, ist die Ärzteschaft. Das war vorauszusehen: Schließlich war der Entwurf für das VSG im Wesentlichen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmt worden und die frühere Idee, Mehrausgaben für Zulagen bzw. För-

dermaßnahmen in unterversorgten Gebieten bzw. gegenüber HausärztInnen durch Abzüge bei Honoraren etc. in überversorgten Gebieten gegenzufinanzieren, ist fallen gelassen worden. Ferner wurde ein umfangreiches Förderprogramm für Landärzte und -ärztinnen im Entwurf aufgenommen und außerdem finden sich genügend unklar formulierte Stellen (auf die auch das BFM kritisch hinweist), z.B. die Definition von ‚Morbiditystruktur‘ oder die Ausformulierung der ‚Anforderungen durch regionale Besonderheiten‘, die in den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben zu berücksichtigen seien. Diese dürften aus (vertrags-)ärztlicher Sicht bei der anschließenden näheren Operationalisierung in den ärztlichen oder vertragsärztlichen Selbstverwaltungsgremien (nach In-Kraft-Treten des VSG) erfahrungsgemäß genügend Freiräume bieten, um die Umsetzung der (vertrags-)ärztlichen Interessen zu gewährleisten.

### **Kritik von Seiten der PsychotherapeutInnen**

Zwei Punkte sind es, die zu der heftigen Kritik der PsychotherapeutInnen an dem Gesetzentwurf führen: Die Regelungen zum Abbau von Überversorgung und die Regionalisierung der vertragsärztlichen Honorare.

- **Das geplante Vorkaufsrecht durch die jeweilige KV** in sogenannten überversorgten Planungsbezirken stellt für die Psychotherapeuten die provokanteste Neuregelung dar. Zukünftig soll die KV bei Ausschreibungen von Zulassungen im Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Bezirken ein Vorkaufsrecht ausüben können. Ziel dieser Regelung ist es, mittel- und langfristig eine bedarfsorientierte Versorgung zu sichern. Dies ist im Prinzip ein unterstützenswertes Ziel. Fatal ist es allerdings, dass als Kriterium zur Beurteilung der Bedarfsorientierung die historischen Anhaltszahlen der Bedarfsplanungs-Richtlinie verwendet werden.

Nur am Rande sei auf den seltsamen Sachverhalt hingewiesen, dass es bei der 1993 erstmals beschlossenen Bedarfsplanungsrichtlinie gar nicht um eine Orientierung am „Bedarf“, also am Versorgungsbedarf der GKV-Versicherten ging, sondern darum, einen überregionalen Ausgleich der Anzahl der Leistungserbringer (Ärzte) zu erreichen. Der Verordnungsgeber nahm damals an, dass die reale, zum Stichtag 31.12.1993 erhobene Anzahl der Leistungserbringer in definierten, nach Bevölkerungsdichte vergleichbaren Planungsbezirken irgendwie etwas mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf zu tun habe.

Während diese für die übrigen ärztlichen Fachgebiete im Jahr 1993 bei erstmaligem In-Kraft-Treten der Bedarfsplanungsrichtlinie festgelegt wurden, stammen die Soll-Zahlen für die Psychotherapie aus dem Jahr 1998, einem Jahr, in dem selbst der vormalige Bundesgesundheitsminister Seehofer erklärte, dass die Versorgung im Bereich Psychotherapie außerordentlich unzureichend sei. Zwischenzeitlich zeigen zudem viele Untersuchungen und auch die Statistiken der Krankenkassen, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf erheblich gestiegen ist – dennoch wurden die Anhaltzahlen bis heute nicht verändert.

Ein aktuelles Gutachten der PROGNOSE AG, im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellt, kommt dementsprechend zum Schluss, dass das Potential der von KVen aufkaufbaren Praxen im Bereich Psychotherapie (und bei fachärztlichen Internisten) am größten ist. Wenn man bis zu einem Versorgungsgrad von 130% „abschmelzen“ wolle, dann würden in den nächsten fünf Jahren bis zu 3.524 Praxen betroffen sein. Nach zahlenmäßiger Einschätzung der Bundespsychotherapeutenkammer könnten sogar bis zu 6.000 psychotherapeutische Praxissitze, also fast ein Drittel der jetzigen niedergelassenen Psychotherapeuten, betroffen sein.

- **Regionalisierung der Honorarregelungen:** War die bundeseinheitliche Festlegung von Honoraren und der Vergütungssumme erst vor wenigen Jahren

eingeführt worden, um die erheblichen Unterschiede in den Arzthonoraren zwischen den KVen auszugleichen, so will man es jetzt den KVen wieder ermöglichen, regionale Abweichungen zu vereinbaren. Gerade Psychotherapeuten, die innerhalb der KV-Selbstverwaltung(en) in aller Regel wie ungeliebte Stiefkinder behandelt werden (außer sie werden gerade einmal als Mehrheitsbeschaffer benötigt), können sich bei dieser Perspektive ausrechnen, dass die Honorarregelungen für den Psycho-Bereich kaum zu ihren Gunsten ausfallen werden.

### Wie geht es weiter?

Unsicherheit besteht zunächst bei einigen Insidern, ob das Gesetz „zustimmungsbedürftig“ ist, d.h. ob der Bundesrat zustimmen muss. Dies böte die Hoffnung und die Chance, über die dort vorhandene Mehrheit der Oppositionsparteien Verbesserungen zu erreichen. Wie zu vernehmen ist, hat sich die Regierung aber bemüht, aus dem bisherigen Gesetzentwurf alle Passagen herauszunehmen, die eine Zustimmungsbedürftigkeit eindeutig verlangen und sie geht deshalb von einem zustimmungsfreien Gesetz aus, das mit der schwarz-gelben Mehrheit im Bundestag verabschiedet werden kann. Dem rot-grün dominierten Bundesrat bliebe in diesem Fall nur noch die Möglichkeit, den Vermittlungsausschuss anzurufen, um eine Veränderung des VSG-Entwurfs herbeizuführen.

Der weitere Zeitplan der Regierung geht demzufolge von einem nicht zustimmungsbedürftigen Gesetz aus und enthält folgende Daten:

29.9.11: 1. Lesung im Bundestag.

27.10.11: Anhörung im Gesundheitsausschuss.

11.11.11: 2./3. Lesung im Bundestag.

16.12.11: Lesung im Bundesrat.

Das Gesetz soll zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Ernsthafte Veränderungen eines Gesetzentwurfes erfolgen üblicherweise, wenn überhaupt, zwischen der 1. und der 2. Lesung im



Bundestag, ggf. aufgrund der Experten- und Lobby-Anhörung im Gesundheitsausschuss. Nun bleibt also zu hoffen, dass die Zeit bis dahin genutzt werden kann, um über verschiedene Kanäle Überzeugungsarbeit bei den entscheidenden Personen in Politik und

Gesundheitsministerium zu leisten. In den Gesetzentwurf müssen Regelungen eingebaut werden, die verhindern, dass die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zum Kollateralschaden des Gesetzes wird.

*Heiner Vogel, Kerstin Burgdorf*

**10. DGVT - Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**  
am 05. und 06. November 2011 in Hamburg

**Fürs Leben stark**  
Resilienz und ressourcenorientiertes Vorgehen

Workshops zu folgenden Themen sind geplant:

Salutogenese  
Biographiearbeit  
Multi-Familien-Therapie  
Positive Psychotherapie  
Schematherapie bei Kindern  
Prävention psychischer Störungen  
u. v. m.



**Anmeldung**  
Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e. V.  
Fort- und Weiterbildung  
Postfach 13 43  
72003 Tübingen

E-Mail: [awk@dgvt.de](mailto:awk@dgvt.de)  
[www.dgvt.de/praxistage](http://www.dgvt.de/praxistage)



Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e. V.

## Mit Depressionen ins Krankenhaus

### Krankenhausreport der Barmer GEK

(ab). Was PsychotherapeutInnen natürlich längst wissen und beklagen, scheint nun endlich auch ins öffentliche Bewusstsein zu rücken: Depression ist eine Volkskrankheit. Am 26. Juli veröffentlichte die Krankenkasse Barmer GEK ihren Krankenhausreport, wonach die Zahl der Menschen, die wegen einer Depression im Krankenhaus behandelt werden müssen, sich in den vergangenen zehn Jahren mehr als verdoppelt hat.

Die Kasse spricht von einer Zunahme der Fälle von 129 Prozent. Demnach wurden im Jahr 1990 statistisch 3,7 von 1.000 Versicherten aufgrund einer psychischen Störung stationär behandelt. 2010 waren es 8,5. Gleichzeitig sei die Verweildauer pro Fall von 45 auf 31 Tage gesunken, erklärte Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK. Die Rückfallquote sei allerdings hoch: Jeder fünfte Patient sei drei Monate nach seiner Entlassung wieder im Krankenhaus.

Der Barmer GEK-Vize hob einerseits die Leistungen der Krankenhäuser in Bezug auf die Versorgung von psychisch Kranken hervor, stellte andererseits aber die Frage, ob denn wirklich jeder Fall ins Krankenhaus gehöre. Die PatientInnen sollten verstärkt ambulant behandelt werden, die Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt müsse verbessert werden. Diesem Ziel stünden allerdings die langen Wartezeiten bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen entgegen, räumte Schlenker ein. Die Anzahl der Kassensitze zu erhöhen – ein zentrales Anliegen der DGVT, vieler anderer Fachverbände und der Bundespsychotherapeutenkammer –, hält er jedoch nicht für die richtige Lösung. Stattdessen müssten „vorhandene Effizienzreserven aktiviert werden“. Kurzzeit- und Gruppentherapien seien oftmals geeignete Mittel.

*Weitere Informationen:*

*www.aerztezeitung.de, www.bptk.de*

## Psychotherapeuten haben die längsten Wartezeiten

### Umfrage der AOK Rheinland/Hamburg

(ab). Dass KassenpatientInnen länger auf einen Arzttermin warten müssen als PrivatpatientInnen, nimmt man mittlerweile fast schon als gottgegeben hin. Zu viele Studien gab es schon zu diesem Thema. Und die eigene Erfahrung lehrt einen auch nichts anderes. Am längsten warten Patienten allerdings auf einen Termin beim Psychotherapeuten. Interessant dabei allerdings: Privat Versicherte haben hier nur geringe Vorteile gegenüber gesetzlich Versicherten.

MitarbeiterInnen der AOK Rheinland/Hamburg hatten im Juni 800 Anrufe in Praxen getätigt und um Termine gebeten und sich dabei einmal als Kassenpatient/in und einmal als Privatpatient/in ausgegeben. Es ging nicht um Notfallversorgungen.

Das Ergebnis: Beim Kardiologen warten Kassenpatienten 71 Tage und Privatpatienten nur 19 Tage auf einen Termin, beim Radiologen 46 bzw. sieben Tage, beim Augenarzt 37 bzw. 16 Tage und beim Orthopäden 22 bzw. sechs Tage. Die Wartezeiten bei PsychotherapeutInnen sind die längsten: 94 Tage im Schnitt für gesetzlich Versicherte und 88 Tage für privat Versicherte.

Andere Studien kommen – was die Psychotherapie anbelangt – noch zu dramatischeren Ergebnissen: Ein halbes Jahr Wartezeit ist demnach keine Ausnahme. Dessen ungeachtet kursiert jetzt ein Prognosegutachten, das die Gesetzlichen Krankenkassen in Auftrag gegeben haben, demzufolge 3.500 Psychotherapie-Praxen bundesweit geschlossen werden könnten – wegen angeblicher Überversorgung.

*Quelle: www.aerztezeitung.de*

## **Steigt die Anzahl psychischer Erkrankungen wirklich an?**

**Eine provokante Zwischenfrage der Zeitschrift Test**

Der Untertitel des Beitrags in der Zeitschrift der Stiftung Warentest (Juli 2011, S. 83) ist noch etwas reißerischer: „*Angeblich wächst die Zahl der psychischen Krankheiten in Deutschland. Vielleicht werden aber bloß mehr entdeckt*“. Wer die regelmäßigen Statistiken und Gesundheitsberichte der verschiedenen Krankenkassen aus den vergangenen Jahren kritisch im Blick hat, muss tatsächlich zunehmend verwundert sein. Übereinstimmend wird konstatiert, dass es einen dramatischen Anstieg der psychischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Krankheiten gibt und dass dies mit erheblichen Folgekosten für das System verbunden ist, etwa bei den Kosten für Arbeitsunfähigkeitszeiten oder stationäre Behandlungen. Auch die Rentenversicherungsträger zeigen in ihren Statistiken, dass die „Psycho-Diagnosen“ (ICD 10, Kap. F) inzwischen die wichtigste Diagnosegruppe bei der Verursachung von Erwerbsminderungsrente darstellt, und der Anteil steigt weiter. Die Zeitschrift „Test“ berichtet – mit Verweis auf die Statistiken von DAK, TK und BKK –, dass inzwischen zwölf Prozent der Fehltag auf das Konto psychischer Erkrankungen geht, und dass dieser Anteil vor zehn Jahren halb so hoch war.

### **Wie kann man nun den Anstieg der Bedeutung psychischer Erkrankungen erklären?**

Sicheres weiß man nicht. Die Krankenkassenberichte führen ihn u.a. auf die gestiegenen psychosozialen Belastungen in der modernen Arbeitswelt zurück. Allerdings muss klar sein, dass dies keine derart deutlichen Veränderungen innerhalb weniger Jahre nach sich ziehen wird, zumal es keinen Hinweis gibt, dass die Zunahme der „Psycho-Diagnosen“ bevorzugt bei erwerbstätigen Personen festzustellen ist. Die Stiftung Wa-

rentest erwähnt auch, dass die DAK zu dieser Frage schon Wissenschaftler interviewt hat und diese darauf hinweisen, dass der Anstieg auch daraus resultieren könne, dass Ärzte inzwischen die Psycho-Erkrankungen besser diagnostizieren könnten und dementsprechend auch mehr entdecken, oder dass psychische Störungen weniger Tabu-behaftet sind und Patienten daher auch häufiger von ihren seelischen Belastungen erzählen und die entsprechende Diagnose auch leichter akzeptieren.

### **Entscheidend ist: Was folgt daraus?**

Das Verbrauchermagazin Test macht es sich einfach: Man brauche mehr und bessere epidemiologische Forschung und verweist auf den Bundesgesundheitsurvey von 1998, der fortgeschrieben und im Sinne einer Längsschnittstudie auch etwas erweitert werden sollte. Sicher wünschenswert. Allerdings ist dies die akademische Schlussfolgerung bzw. zunächst nur der Weg, um Genaueres über die Gründe der Veränderung zu erfahren.

Merkwürdig bleibt, dass die Verbraucherzeitschrift sich nicht, oder nur am Rande, mit der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Versorgung der Bürger beschäftigt. Denn die Zahlen zeigen doch zunächst mal, dass der bei den Krankenkassen gemeldete Behandlungsbedarf (und nichts anderes dokumentieren die Krankenkassenstatistiken) erheblich gestiegen ist. Und da man weiß, dass die Behandlungskapazitäten im Psycho-Bereich schon immer defizitär waren, geht die Schere zwischen beidem immer weiter auf und es gibt hier zunehmend größere Versorgungsdefizite und Fehlbehandlungen. Genau darauf weisen zahlreiche Indikatoren in aktuellen Studien auch hin (z.B. die Wartezeiten bei Psychotherapeuten, die deutlich länger sind als bei allen anderen Facharztgruppen; vgl. u.a. Beitrag „Psychotherapeuten haben die längsten Wartezeiten“ in dieser Rosa Beilage).

Und gleichzeitig – welch eklatanter Widerspruch – plant das Bundesgesundheitsministerium ein Versorgungsstrukturgesetz, mit dem die angebliche Überversorgung bei Psy-

chotherapeuten, d.h. die Zahl der Kassenzulassungen bundesweit, deutlich abgebaut werden soll. Schön wäre es gewesen, wenn das Verbrauchermagazin auf diesen Widerspruch hinweist und deutlich (im Interesse seiner Leser und Leserinnen) „veto“ ruft.

*Heiner Vogel*

## **KV Rheinland-Pfalz kritisiert Defizite der Bedarfsplanung für PsychotherapeutInnen**

(hv) Erstmals hat auch eine Kassenärztliche Vereinigung öffentlich dargelegt, dass die Bedarfsplanungs-Richtlinie im Bereich Psychotherapie und Psychiatrie unzureichend ist. Die KV Rheinland-Pfalz hatte als erste KV zum 1. Juli 2011 den sogenannten Demografiefaktor in die Bedarfsplanung eingeführt, wie es das letzte Gesundheitsreformgesetz vorgesehen hatte. Dies hatte jedoch nicht, wie es sachgerecht gewesen wäre, zu einer Ausweitung der Vertragsarztsitze für die Bereiche Psychotherapie und Psychiatrie geführt.

Vielmehr ergab sich, dass gemäß den Vorgaben des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) zur Umsetzung des Demografiefaktors die Sollzahl für Vertragsarztsitze in diesem Bereich geschrumpft ist. Das lässt sich damit erklären, dass die Leistungen dieser Fachgebiete von Menschen im höheren Lebensalter weniger in Anspruch genommen werden als von jüngeren Kohorten. Wenn man nun, wie es dem Anspruch des Demografiefaktors entspricht, die Zahl der Vertragsarztsitze an die „gealterte Bevölkerung“ adjustiert, dann ist es mathematisch korrekt, dass die entsprechenden Vertragsarztsollzahlen reduziert werden. Betroffen waren in Rheinland-Pfalz u.a. Psychotherapeuten-Sitze, die im Rahmen der sog. KJP-Mindestquote ausdrücklich zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorgesehen waren.

Die KV RLP kommt aufgrund dieses widersinnigen Ergebnisses in einer differenzierten und sehr sachlichen Stellungnahme zu folgender Schlussfolgerung: *„Nach der von der Bundesebene vorgegebenen Bedarfsplanungsrichtlinie haben wir in Rheinland-Pfalz eine Überversorgung mit Ärzten und Therapeuten bei der Versorgung psychisch kranker Menschen. Jedoch bildet die Bedarfsplanung nicht die Realität ab. Wir beobachten seit Jahren eine zunehmende Nachfrage auch im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.“* (Pressemitteilung KV RLP vom 2.8.2011; vgl. [www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de))

## **Lange Wartezeiten für psychisch Kranke Viele Milliarden Mehrkosten für die Volkswirtschaft**

Eine vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und von der Allianz Versicherung veröffentlichte Studie beziffert den volkswirtschaftlichen Schaden, der durch Depression im Jahr 2008 verursacht wurde, auf 22 Mrd. Euro. Eine beeindruckende Zahl, sollte man meinen. Für das Bundesgesundheitsministerium war dies jedenfalls kein Grund, beim Entwurf für das Versorgungsstrukturgesetz die von unserem Berufsstand so dringend geforderten Nachbesserungen für die psychotherapeutische Bedarfsplanung vorzunehmen. Die bereits jetzt unzumutbaren Wartezeiten für psychisch Kranke auf einen Psychotherapieplatz könnten sich zu-künftig durch Regelungen im Gesetz gar noch verlängern, weil das Gesetz explizit den Abbau von Praxissitzen von Psychotherapeuten vorsieht. Blickt man auf die statistischen Analysen in der RWI-Studie, dürfte das Versorgungsstrukturgesetz schon vor seiner Einführung das Verfallsdatum erreicht haben.

Die RWI-Studie berechnet zum einen die direkten Kosten durch die ambulante und stationäre Behandlung, zum anderen die indirekten Kosten durch den Produktionsausfall, den die Krankheit verursacht. Bei

der Beurteilung der direkten Kosten stützt sich das RWI auf Daten des Statistischen Bundesamts, das in einer sog. Krankheitskostenrechnung seit 2002 alle zwei Jahre die ökonomischen Folgen von Krankheiten für die deutsche Volkswirtschaft schätzt.

Die Krankheitskosten für Depressionen beziffert das Statistische Bundesamt im Jahr 2008 mit 5,2 Mrd. Euro (1,8 Mrd. Euro für den ambulanten und 2,9 Mrd. Euro für den stationären Bereich). Die durch Depressionen verursachten Krankheitskosten sind seit dem Jahr 2002 um 1,3 Mrd. Euro angestiegen. Das ist ein Anstieg um ein Drittel in sechs Jahren. Die Krankheitskosten insgesamt sind seit 2002 nur um 16 % auf 254,3 Mrd. Euro angestiegen.

Die durch Depressionen verursachte Gesamtsumme der erwerbsunfähigkeitsbedingten indirekten Kosten liegt nach dieser Studie für das Jahr 2008 bei 4,6 Mrd. Euro. Für das Jahr 2002 lieferte das Rechenmodell der RWI-Studie Kosten von 2,6 Mrd. Euro. Das ist ein Plus von 77 %.

### **Volkskrankheit Depression verursacht 22 Mrd. Schaden**

Zur Berechnung der gesamten depressionsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage 2008 orientiert sich die Studie am AOK-Fehlzeitenreport 2008. Für 2008 ergibt sich eine Zahl von 10,60 Mio. depressionsbedingter Arbeitsunfähigkeitstage. Das Bundesministerium für Gesundheit schätzt die pro Jahr durch depressive Erkrankungsfälle anfallenden Arbeitsunfähigkeitstage auf elf Millionen. Kosten von depressiven Arbeitnehmern, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme nur eingeschränkte Leistungen erbringen können (sog. Präsentismus) wurden auf insgesamt 9,28 Mio. Euro geschätzt.

In der Summe macht das 22 Mrd. Euro an Schaden, den die Volkskrankheit Depression jährlich verursacht - ein Großteil der Kosten könnte nach unserer Auffassung eingespart werden durch rechtzeitige und ausreichende ambulante Behandlungsangebote. Die Notwendigkeit der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sollte der

Berufsstand - trotz des vorliegenden Entwurfs für ein Versorgungsstrukturgesetz des BMG - nicht aufhören anzumahnen.

*Kerstin Burgdorf*

*Quelle: Depression – Wie die Krankheit unsere Seele belastet, RWI / Allianz Deutschland AG, Februar 2011*

## **„Versorgungsstrukturgesetz ist patientenunfreundlich“**

### **Verbraucherzentrale checkt Entwurf**

Die Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) hat das geplante Versorgungsstrukturgesetz, das in Psychotherapeutenkreisen wegen möglicher Praxisschließungen für so viel Wirbel sorgt, auf seine Versicherten- und Patientenfreundlichkeit hin überprüft. Das Ergebnis: Das Gesetz bedient alles Mögliche, am wenigsten aber die Interessen der Patienten.

Dr. Ilona Köster-Steinebach, vzbv-Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, befürchtet, dass das Gesetz Patienten nur wenig Verbesserungen bringt. Durch die geplante Reform der Bedarfsplanung würden die regionalen Unterschiede in der Versorgung voraussichtlich eher gestärkt als abgemildert. Die Versorgung müsse umgeschichtet werden, anstatt dass weitere Kapazitäten aufgebaut werden. Nach Auffassung der vzbv sind vor allem die „unkoordinierten Sonderzulassungen“ zu unterbinden. Auch Krankenhauskapazitäten gehörten auf den Prüfstand.

*Quelle: [www.gerechte-gesundheit.de](http://www.gerechte-gesundheit.de)*

## **Neue Runde im Ringen um ein Präventionsgesetz**

### **Debatte im Bundestag über Anträge der Oppositionsparteien**

Das Präventionsgesetz kommt nicht so recht in Schwung. Seit 2005, als die rot-grüne Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt hatte, der jedoch vom Bundesrat abgelehnt wurde, köchelt das Thema vor sich hin, obwohl alle Parteien behaupten, wie wichtig es sei, Gesundheit zu fördern und Krankheiten vorzubeugen. Am 1. Juli gab es erneut eine Debatte im Bundestag über Anträge der Oppositionsfractionen zu Prävention und Gesundheitsförderung. Das Thema wird nun weiter im Gesundheitsausschuss behandelt.

Dabei ist es nicht etwa so, dass es in Deutschland keine Präventionsangebote gebe, doch es fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept. So fließen 80 Prozent der Mittel, die die gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung ausgeben (immerhin 300 Millionen Euro), in die individuelle Förderung der Versicherten, die sich u.a. über kostenlose Yoga- und Kochkurse freuen dürfen. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die die Unterstützung besonders bräuchten, werden dadurch allerdings nicht erreicht.

Die Parteien haben unterschiedliche Vorstellungen, wie ein Präventionsgesetz auszusehen habe. Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen will Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe in den Sozialgesetzbüchern verankern und neben der gesetzlichen auch die private Kranken- und Pflegeversicherung an der Finanzierung beteiligen. Das Finanzvolumen solle in der ersten Phase 500 Millionen Euro betragen und in den Folgejahren jeweils um zehn Prozent erhöht werden. Flankiert werden soll dies durch ein „Nationales Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für nicht-medizinische Prävention und Gesundheitsförderung“.

Die Hälfte der Mittel soll in „lebensweltbezogene“ Programme fließen, also in

Kindertagesstätten, Schulen usw. Denn bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien oder Familien mit Migrationshintergrund ist die Situation, was den Gesundheitsstatus anbelangt, besonders kritisch. Nach dem Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts von 2006 sind nahezu 20 Prozent der Kinder in ihrer physischen und psychischen Gesundheit so ernsthaft gefährdet, dass sie wahrscheinlich keinen Beruf erlernen können und lebenslang Sozialhilfe-Empfänger bleiben.

Die SPD hat ähnliche Vorstellungen zur Prävention wie die Grünen. Sie möchte die Gesundheitsförderung als vierte Säule der Gesundheitsversorgung neben Kuration, Pflege und Reha etablieren. Ein „Nationales Institut für Prävention“ soll die Kompetenzen der bislang schon tätigen Einrichtungen der Gesundheitsförderung bündeln. Die Finanzierung könnte folgendermaßen aussehen: Es soll eine Stiftung errichtet werden, in die Sozialversicherung, Bund und Länder einzahlen. Die Krankenkassen sollen zehn Euro pro Versichertem und Jahr beisteuern.

Die Fraktion Die Linke schlägt eine Koordinierungsstelle auf Bundesebene vor, die organisatorisch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden und über eigene finanzielle Mittel im Rahmen eines Fonds verfügt.

Die Regierungsparteien lehnen jedoch ein Präventionsgesetz und zentrale Institutionen zur Förderung der Prävention ab. Zwar haben auch CDU/CSU und FDP das Thema im Blick und kündigten eine „Nationale Präventionskonferenz“ an, die die vorhandenen Initiativen koordinieren soll. Doch prinzipiell setze man auf mehr Eigenverantwortung. Neue Gesetze und Behörden allein änderten nichts an gesundheitsschädlichem Verhalten wie zum Beispiel übermäßigem Alkoholkonsum.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., die 130 Mitgliedsorganisationen, darunter auch die DGVT, vertritt, begrüßt es sehr, dass der Bundestag sich erneut des Themas Prävention und Gesundheitsvorsorge angenommen

hat. Der Verband hat bereits im Jahr 2009 unter dem Titel „Potential Gesundheit“ Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 17. Legislaturperiode vorgelegt.

Die Empfehlungen lauten:

- Transparenz zu Prävention und Gesundheitsförderung erhöhen,
- Gesundheitsförderung und Prävention als durchgängiges Handlungsprinzip in allen Politikbereich verankern,
- vorhandene Strukturen nutzen und weiterentwickeln,
- Qualität sichtbar machen – Wirksamkeit nachweisen – Zielorientierung verbessern,
- gesetzliche Regelungen schaffen und
- das Thema „Gesundheit“ öffentlich diskutieren.

Die Empfehlungen werden getragen von den Mitgliedern, darunter vor allem Bundesverbände des Gesundheitswesens (wie die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger sowie Verbände der Heil- und Hilfsberufe) und von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Bildungseinrichtungen und Akademien, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ aufweisen.

*Angela Baer*

### **Kritik an unzureichender Forschung zur Therapie neurologischer und psychiatrischer Krankheiten**

*(ab/hv)*. Das „National Institute of Mental Health“ (USA) und die „Global Alliance for Chronic Disease“ (eine Allianz von führenden staatlichen Forschungs-Institutionen aus sechs Ländern mit Sitz in London) kritisieren, nach einem Bericht in [facharzt.de](http://facharzt.de), die weltweiten Defizite in der Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychiat-

rischen Erkrankungen wie Parkinson, Schizophrenie, Depressionen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Offenbar ziehen sich forschende Arzneimittelfirmen aus der Entwicklung von Psychopharmaka zurück, so dass die Zukunft der medikamentösen Therapie psychisch Kranker düster aussehe. Die weltweit schwerwiegendste Erkrankung sei, so die Darstellung weiter, die Depression, an zweiter Stelle stehen – in den wohlhabenden Ländern – die Demenzerkrankungen und in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen die Alkohol-bedingten Krankheiten.

Ob man primär die defizitäre Forschung im Bereich der Psychopharmakologie beklagen muss, kann man getrost in Frage stellen: Aus Sicht der Betroffenen muss es natürlich generell um Prävention, Behandlung und Rehabilitation in diesen Feldern gehen (und nicht nur um dem den Spezialbereich Psychopharmaka), aber das mag am Blickwinkel der Autoren der eingangs genannten Erklärung und der Berichtstatter liegen. Die Defizite sind, wenn man den Blick weitet, sicher noch größer.

Auch für die Forschungsförderung in Deutschland lässt sich feststellen, dass es einen ähnlichen Trend der Vernachlässigung von Forschung im psychosozialen/psychiatrischen Bereich gibt. Bekanntlich hat Annette Schavan, Bundesministerin für Bildung und Forschung, im Juni sechs neue Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung eingeweiht. Im Fokus stehen Diabetes, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen, Krebs, Infektionen und neurodegenerative Erkrankungen. In keinem spielen Depressionen und Suchtkrankheiten eine Rolle. Auch die Schwerpunkte der allgemeinen Förderung der Gesundheitsforschung in Deutschland entsprechen kaum dem steigenden Anteil psychischer Krankheiten am Morbiditätsspektrum, der in den letzten Jahren zunehmend offensichtlicher geworden ist (vgl. z.B. den Bericht über den aktuellen Krankenhausreport der Barmer GEK in dieser Rosa Beilage: „Mit Depression ins Krankenhaus“).

## **PsychotherapeutInnen zum Billigtarif**

### **DGVT unterstützte PiA-Protest in Berlin**

„PsychotherapeutInnen in Ausbeutung“ – unter diesem Motto versammelten sich am 8. Juni rund 200 PiAs (PsychotherapeutInnen in Ausbildung) vor dem Vivantes Klinikum am Urban in Berlin, um gegen die Ausbildungsbedingungen zu protestieren. Die DGVT unterstützte die Aktion spontan mit einem offenen Brief an das Organisationsteam, mit einer Stellungnahme an Gesundheitsminister Daniel Bahr und mit einer Pressemitteilung.

Hier der DGVT-Standpunkt im Wortlaut:

*Die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) verstehen sich oftmals eher als „PsychotherapeutInnen in Ausbeutung“. Aus diesem Grund haben sie für Mittwoch, 8. Juni, Protestaktionen in Berlin geplant. Die DGVT unterstützt seit vielen Jahren die Forderungen der PiA nach angemessener Bezahlung für den Ausbildungsbaustein „Praktische Tätigkeit“ in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik.*

*Das lang erkämpfte Psychotherapeutengesetz von 1999 war für die Profession insgesamt zwar ein großer Schritt nach vorne. Ob und wie die eineinhalb Jahre dauernde Praktische Tätigkeit im Rahmen der postgradualen Ausbildung vergütet wird, wurde allerdings nicht festgeschrieben. Infolgedessen handhaben die Kliniken die Bezahlung sehr unterschiedlich: Im Durchschnitt erhalten die PiA 500 Euro im Monat, hat ein Forschungsgutachten ergeben, das das Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegeben hatte. Gut die Hälfte der derzeit rund 8000 PiA – zu 80 Prozent übrigens Frauen – arbeitet jedoch zum Nulltarif.*

*Ein Zustand, der aus Sicht der DGVT aus mehreren Gründen unhaltbar ist. Denn die PiA sind als HochschulabsolventInnen bereits qualifizierte Kräfte, die eigentlich Anspruch auf eine angemessene Bezahlung hätten. Dass sie es mit gut ausgebildeten und motivierten jungen Leuten zu tun haben, wis-*

*sen die Kliniken und setzen die PiA deshalb nicht selten als vollwertige Arbeitskräfte ein. Darüber hinaus ist der psychotherapeutische Nachwuchs durch die hohen Ausbildungskosten, die selbst getragen werden müssen, ohnehin finanziell stark belastet.*

*Dringender Handlungsbedarf besteht nach Ansicht der DGVT außerdem bei der Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in bzw. bei der Zulassungsvoraussetzung zur Ausbildung. Seit der Einführung von Bachelor und Master gibt es keine bundesweit einheitliche Regelung mehr, welchen Abschluss ein/e Interessent/in vorweisen muss. Die DGVT vertritt die Auffassung, dass aus Gründen der Qualitätssicherung nur der Master akzeptiert werden kann. Auch diese Gesetzeslücke betrifft die Nachwuchs-TherapeutInnen, die mit unterschiedlichen Handlungsweisen konfrontiert sind, je nach dem, in welchem Bundesland sie sich befinden oder an welches Ausbildungsinstitut sie sich wenden.*

*Eine komplette Reform des Psychotherapeutengesetzes wäre zwar angesagt, doch da das Bundesgesundheitsministerium im Moment kein Interesse an einer grundlegenden Reform zeigt, sollten wenigstens die dringlichsten Änderungen in einem raschen Artikelgesetz untergebracht werden. Angesichts des hohen Bedarfs an PsychotherapeutInnen – Depression ist mittlerweile die Volkskrankheit Nummer eins – hat die Politik eigentlich keine Zeit mehr zu verlieren.*

*Das Berliner Organisationsteam informierte darüber, dass in den Kliniken der Hauptstadt Psychotherapeuten-Planstellen mit PiA besetzt werden. Ihre qualifizierte Arbeit werde mit 0 bis 300 Euro im Monat vergütet. Viele angehende PsychotherapeutInnen leben deshalb unter dem Existenzminimum. In Hamburg hätten nun einige Kliniken angefangen, 800 Euro monatlich zu bezahlen – immer noch zu wenig angesichts der Qualifikation, wie PiA-Vertreter meinen. Mit dem Verlauf der Protestaktion waren die Veranstalter „durchweg zufrieden“. Sie bedankten sich auch für die tatkräftige Unterstützung durch die DGVT.*

*Angela Baer*



Online-Anmeldung!



Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e. V.

## Ergänzungsqualifikationen

### Psychotherapie (Verhaltenstherapie) bei Kindern und Jugendlichen

Zusatzqualifikation zur Abrechnungserweiterung (KJP)

**Start:** Januar 2012      **Ort:** TAVT, Tübingen,  
David-von-Stein-Weg 26

**Start:** Februar 2012      **Ort:** Münster

### Verhaltenstherapie in Gruppen

Ergänzungsqualifikation zur Abrechnungserweiterung

**Die Termine sind einzeln buchbar.**

**Termine:** Gruppentherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung  
10.-11. September 2011 (16 UE)

Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen und jungen  
Erwachsenen  
12.-13. November 2011 (16 UE)

Zieloffene Verhaltenstherapie in Gruppen  
21.-22. Januar 2012 (16 UE)

**Ort:** Friedrichshafen

**Ein weiterer Kurs startet 2012.**

[www.dgvt.de/programm.html](http://www.dgvt.de/programm.html)

## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden-Württemberg

#### Landespsychotherapeutentag

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg veranstaltete im Juli einen Landespsychotherapeutentag mit dem Titel „Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“. Zunächst ging es um die derzeitigen Sorgen: Präsident Dr. Dietrich Munz wies insbesondere auf die mit dem Versorgungsstrukturgesetz geplante diesjährige Gesundheitsreform hin mit den zu erwartenden Auswirkungen auf die Anzahl der Kassensitze für PsychotherapeutInnen in Baden-Württemberg. Theoretisch herrsche in fast allen Regionen Überversorgung (laut der Definition des Gesetzes), tatsächlich beständen aber lange Wartezeiten. „Gemeinsam müssen wir verhindern, dass nahezu flächendeckend Praxissitze reduziert werden“, forderte er. Wenn die KV die überzähligen Kassensitze aufkaufen würde, wie es der Gesetzentwurf in seiner jetzigen Fassung vorsehe, dann könnten „knapp 900 Kassensitze aus der Versorgung genommen werden“. An die neue Sozialministerin Katrin Altpeter gewandt, bat er als zweiten wichtigen Punkt seiner Eröffnungsrede um Unterstützung für die Reformierung des Psychotherapeutengesetzes, die auf Bundesebene derzeit anstehe.

Die neue Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Altpeter war mit Spannung erwartet worden und überzeugte in ihrer Rede durch Kompetenz und Gradlinigkeit. Die Sozialministerin der gerade ins Amt gekommenen grün-roten Landesregierung griff in ihrem Grußwort letzteren Gedanken auf: Sie sehe ebenfalls den Bedarf, das Psychotherapeutengesetz zu novellieren und an den Bologna-Prozess anzupassen und möchte sich auch dafür einsetzen. Gleichzeitig äußerte sie Skepsis, ob dies in dieser Legislaturperiode der Bundesregierung noch erfolgen könne. Die Sicherstellung bedarfsgerechter psychotherapeuti-

scher Versorgung sei ihr ebenfalls ein wichtiges Anliegen, und sie nannte insbesondere die Prävention und die Gesundheitsförderung, zu der Frühförderung und Frühbehandlung gehöre.

Neue Akzente sollen mit der „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ gesetzt werden. So soll ein landesweiter Gesundheitsdialog gestartet werden, und eine bessere Vernetzung soll durch kommunale Gesundheitskonferenzen erfolgen. Diese Gesundheitskonferenzen werden derzeit eingerichtet, es gibt dazu eine Anschubfinanzierung des Landes. Mit dem Hinweis auf ökonomische Aspekte - „Effektivität und Effizienz werden in den Blick genommen“ - war im Prinzip schon der Übergang zu den ersten beiden Vorträgen des Vormittags geschafft, in denen es um die Effektivität von Psychotherapie ging.

Nachmittags beschäftigte sich Prof. Dr. Heiner Keupp, emeritierter Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie und DGVT-Mitglied, mit den Entwicklungschancen für Kinder und Jugendliche in einer globalisierten Welt. U.a. gehöre zur Gesundheitsförderung die Beteiligung an gesellschaftlichen Entwicklungen, also die Mitwirkung an Entscheidungen. Danach ging es wirklich zur Zukunft der Psychotherapie bzw. zu Gedanken darüber. Die interessanten Vorträge sind momentan als Abstracts auf der Homepage der Kammer verfügbar ([www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de), es gibt einen Button LP-Tag 2011).

#### Was macht der Bahnhof in Stuttgart?

Er wurde dem sogenannten Stresstest unterzogen, über den die Medien bundesweit berichteten und dessen Ergebnisse die Bahn nun den beteiligten Gruppen vorgelegt hat. Die Veröffentlichung der ausführlichen gutachterlichen Bewertung lässt noch auf sich warten (zum Zeitpunkt der Niederschrift).

Ein persönlicher Blick in die graphisch gestalteten DB-Unterlagen ließ zumindest

mich (R.H-Z.) weniger an meinen kognitiven Fähigkeiten als an dem Willen zur Verständlichkeit der Gutachten-Autoren zweifeln. Immerhin konnte ich eines entnehmen: Es handelt sich nicht nur um acht Gleise in dem geplanten Halbtunnel-Schräg-Durchgangsbahnhofs, sondern um fiktive 16 Gleise, die durch Doppelbelegung des jeweiligen Gleises erzielt werden. Also Gleis 1 und Gleis 1a und so weiter. Einen Fahrplan habe ich vergeblich gesucht, zumindest in der Form, wie unsereiner sich das vorstellt. Ob da einfach die normalen Züge in der Mitte geteilt und als weitere Züge ins Rennen geschickt wurden? So einfach hat es sich die Bahn wohl doch nicht gemacht, aber einen Fahrplan zeigt sie erstmal auch nicht. Wer selbst sich mit den Stresstest-Darlegungen versuchen will, findet die Bahnstudie übrigens nicht so ganz einfach beim „Googlen“. Tipp: Online-Wochenzeitung Kontext eingeben, dort „Stresstest“ in die Suchfunktion eintippen. Viel Spaß!

### Landesgruppentreffen

**„Stuttgart 21 – (sozial)psychologisch betrachtet“** – unter diesem Motto findet am **Freitag, 14. Oktober**, eine Führung über das Bahnhofsgelände mit anschließender Diskussion statt. Dies erfolgt im Vorfeld der eventuellen Volksabstimmung über S 21 und bietet die Möglichkeit zu weiterer Information. Landessprecherin Renate Hannak-Zeltner ist seit vielen Jahren eine genaue Beobachterin der Protestbewegung. Bei der Führung zeigt sie die Orte des Protests (den Schlosspark, den Südflügel des Bahnhofs, der vom Abriss bedroht ist, usw.) und stellt anschließend Thesen zur Diskussion, wie die Bewegung entstand, was sie trägt, wie sie sozialpsychologisch beschrieben werden kann. Im Sinne einer gemeindepsychologischen Vorgehensweise soll überlegt werden, was der Konflikt um S 21 für das Stadtleben bedeutet und ein Blick in die Zukunft gewagt werden. Ergänzungen durch TeilnehmerInnen sind ausdrücklich willkommen.

Treffpunkt ist um 17 Uhr am Nordeingang des Bahnhofs. Für den Rundgang sind

etwa eineinhalb Stunden Zeit veranschlagt. Anschließend gibt es in den Räumen der Evangelischen Gesellschaft, Büchsenstraße 34/36 einen Umtrunk, bei dem es dann um DGVT-spezifische Themen gehen wird.

*Renate Hannak-Zeltner*  
Landessprecherin Baden-Württemberg  
Kontakt: [bawue@dgvt.de](mailto:bawue@dgvt.de)

## Bayern

### Aus der Kammer

#### Masterstudienplätze an der LMU: Proteste haben sich gelohnt

Im Frühjahr 2011 erhielt die Kammer die Information, dass die Zahl der Psychologie-Masterstudienplätze gegenüber der Zahl der früheren Diplomstudienplätze drastisch reduziert werden soll (auf ca. 60), und nur etwa die Hälfte davon mit klinischem Schwerpunkt. Viele derzeitige Studierende planen allerdings, die Psychotherapie-Ausbildung zu beginnen, sehen sich aber nach Abschluss des Bachelor-Studiums um die Chance auf einen der wenigen Masterstudienplätze gebracht. Und so begannen rasch nach Bekanntwerden der Zahlen zahlreiche Initiativen, u.a. Protestveranstaltungen und viele Briefe, über die die Süddeutsche Zeitung ausführlich berichtete.

Auch die Kammer hat sich engagiert und gegenüber dem Wissenschaftsministerium und der Politik die Forderung nach Fortführung einer ähnlich hohen Masterstudienplatzzahl wie im früheren Diplomstudium vorgebracht. Zuletzt geschah dies – unter Beteiligung eines Fachschaftsvertreters - im Landtag bei Gesprächen mit Staatssekretärin Huml und Wissenschaftsminister Heubisch, der versprach sich direkt einzuschalten. Die Aktivitäten waren offenbar erfolgreich, denn inzwischen wurde vermeldet, dass die Zahl der Masterstudienplätze 90 betragen solle, davon 60 mit klinischem Schwerpunkt.

### **PsychotherapeutInnen in Kliniken: Leitungsfunktionen und PiA-Vergütung**

Eines der Schwerpunktthemen der Kammer ist das Bemühen, die Stellung von PsychotherapeutInnen in Kliniken zu verbessern. Hier gibt es zwei bemerkenswerte Entwicklungen:

Einerseits fanden Gespräche mit dem für Krankenhausplanung zuständigen Ministerium statt. Dabei ging es um die Frage rechtlicher Hindernisse für Leitungsfunktionen von PsychotherapeutInnen in Krankenhäusern (wie es sie früher beispielsweise im Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz gab, die dort mittlerweile überwunden wurden). Im Ministerium wurde bestätigt, dass es in Bayern auch jetzt schon keine entsprechenden Einschränkungen für die Übernahme von Abteilungs- oder Bereichsleitungen in Kliniken/Krankenhäusern gibt. Die einzige Einschränkung ergibt sich aus § 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (Bundesgesetz), nach dem das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher (Gesamt-)Leitung stehen muss. Diese Freiräume, die in den Kliniken gelegentlich anders dargestellt werden, sollten unseres Ermessens auch genutzt werden!

Andererseits bemüht sich die Kammer um engen Kontakt mit den ChefärztInnen der psychiatrischen Bezirkskrankenhäuser und so fand ein erstes Gespräch zwischen Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Heiner Vogel und dem Sprecher der Bezirksklinikchefärzte statt. Hier ging es neben allgemeinen Fragen der möglichen näheren Zusammenarbeit insbesondere auch um die Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung, die sich offensichtlich in den Bezirkskliniken recht unterschiedlich darstellt.

### **Der Sündenfall der KV – oder: Soll die KVB die Krankenkassen gegeneinander ausspielen?**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat Ende Dezember über eine Vereinbarung (Selektivvertrag) mit der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) informiert. Nach dieser

Vereinbarung können niedergelassene PsychotherapeutInnen, wenn sie PatientInnen der SBK nehmen, ein Zusatzhonorar erhalten. Viele Niedergelassene – speziell in Mittelfranken (Nürnberg, Erlangen u.a.), der Hochburg der SBK – waren über diese Regelung erfreut, denn das Honorar für probatorische Sitzungen ist ohnehin mager. Bei näherer Betrachtung gibt diese Regelung aber Anlass zum Innehalten.

War es nicht so, dass die KV als Kollektivvertragssystem ihre Mitglieder verpflichtet, alle Patienten bedarfsgerecht gleich zu versorgen? War es nicht so, dass das Konzept der Selektivverträge von der Politik ins Sozialgesetzbuch eingefügt wurde, um die KV zu schwächen? Und nun schließt ausgerechnet die KV Bayern einen Vertrag, der darauf gerichtet ist, die Patienten einer Krankenkasse (durch Psychotherapeuten) bevorzugt zu behandeln. Sozusagen einen Vertrag, der ihre eigenen Grundlagen pervertiert? Sägt sie damit nicht an dem Ast, auf dem sie sitzt? Vielleicht, und vielleicht stört es sie auch nicht. Und im Übrigen ist der jetzige KVB-Vorstand ja gerade aus einem Wahlbündnis hervorgegangen, welches eigentlich die KV abschaffen wollte (vereinfacht gesagt). Tatsächlich gab es in der KV Bayern, aber auch in anderen KVen, immer wieder Zeiten, in denen bestimmte Honorare oder auch bestimmte Strukturverträge nur für Patienten einzelner Krankenkassen oder Krankenkassenarten galten. Nunmehr sind erstmals auch PsychotherapeutInnen an solch einer ethisch-moralischen Zwickmühle beteiligt.

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

## Hessen

### Kammerwahl 2011: Großer Erfolg für die DGVT

Die Kammerwahl in Hessen ist für die DGVT sehr erfolgreich verlaufen: Die Liste VT-AS (Verhaltenstherapie – Angestellte, Selbständige, AusbildungsteilnehmerInnen), auf der die DGVT-Mitglieder kandidierten, hat zwei Sitze zusätzlich errungen und ist nun mit acht Sitzen die stärkste Gruppe in der neuen Delegiertenversammlung.

Bis 31. Mai hatten die WählerInnen die Möglichkeit, ihre Stimmzettel zur dritten Wahl einer Delegiertenversammlung abzugeben. Mit 62 Prozent lag die Wahlbeteiligung knapp zehn Prozent unter der von 2006. VT-AS erhielt die meisten Stimmen (nämlich 1.166 - wobei zu bedenken ist, dass jedes Kammermitglied über zwei Stimmen verfügte). Unsere Liste hat sich damit deutlich verbessert (von 18 Prozent im Jahr 2006 auf 24 Prozent bei dieser Wahl). Auf Platz zwei folgt die Psychodynamische Liste (PP) mit 832 Stimmen, was sechs Sitzen entspricht. Rang drei belegt die DPtV mit 810 Stimmen und fünf Sitzen.

Den Kammer-Präsidenten stellte bislang die Psychodynamische Liste, der Vize-Präsident kam von der DPtV. Die weiteren Vorstandsmitglieder gehörten QdM, Liste Freier Berufe, Psychodynamischer Liste PP sowie Psychodynamischer Liste KJP und BKJ an. Die DGVT mit VT-AS war im bisherigen Kammervorstand nicht vertreten.

VT-AS wird in der künftigen Delegiertenversammlung vertreten durch:

- Karl-Wilhelm Höffler (Wiesbaden)
- Dr. Claudia Stromberg (Frankfurt)
- Urban Leim-Frübis (Frankfurt)
- Dr. Renate Frank (Gießen)
- Dr. Kurt Quaschner (Marburg)
- Christian Alte (Frankfurt)
- Wilfried Schaeben (Darmstadt) und
- Dr. Heike Winter (Offenbach).

Hier die Übersicht über alle in der Delegiertenversammlung vertretenen Listen:

<b>VT-AS</b>	1.166 Stimmen	8 Sitze
<b>Psychodynamische Liste (PP)</b>	832 Stimmen	6 Sitze
<b>Psychodynamische Liste (KJP)</b>	279 Stimmen	2 Sitze
<b>Integrative Liste PP/KJP (VHVP/BVVP)</b>	775 Stimmen	5 Sitze
<b>Vereinigungsliste (VT Niedergelassene)</b>	165 Stimmen	1 Sitz
<b>DPtV</b>	810 Stimmen	5 Sitze
<b>Qualität durch Methodenvielfalt (QdM)</b>	463 Stimmen	3 Sitze
<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BKJ)</b>	256 Stimmen	2 Sitze
<b>Gesamtzahl der Delegierten</b>		32

Die konstituierende Sitzung der neuen Delegiertenversammlung sollte eigentlich am 29. Juni 2011 stattfinden. Doch da sich die Wahlkommission bei der ersten Feststellung des Wahlergebnisses und zwar speziell bei der Umrechnung der Stimmen in Delegiertensitze (nach dem Verfahren Hare-Niemeyer) verrechnet hatte, was leider erst kurz vor der ursprünglich geplanten konstituierenden Sitzung aufgefallen war, musste dieser Termin nun verschoben werden. Der neue Termin für die konstituierende Delegiertenversammlung – mit Vorstandswahl – ist nun voraussichtlich Anfang September. Wir werden weiter berichten.

*Karl-Wilhelm Höffler*  
Landessprecher Hessen  
Kontakt: [hessen@dgvt.de](mailto:hessen@dgvt.de)

## Niedersachsen

### Mitgliederversammlung am 9. September in Hannover

Die nächste Mitgliederversammlung der DGVT-Landesgruppe Niedersachsen findet am Freitag, 9. September 2011, von 16.30 bis ca. 18.30 Uhr in der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Berliner Allee 22, 30175 Hannover statt.

Beginnen wird das Treffen mit einer Fortbildung von 15.00 bis 16.30 Uhr. Kerstin

Burgdorf, DGVT-Bundesgeschäftsstelle Tübingen, wird zu aktuellen zulassungsrechtlichen Fragen und zur Psychotherapie in der Kostenerstattung referieren. Die Akkreditierung der Fortbildung wird bei der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen beantragt.

*Landesgruppe Niedersachsen  
Kontakt: niedersachsen@dgv.de*

## Nordrhein-Westfalen

### Tipps für BetreuerInnen von Arbeitslosen

(ab). Die psychische Gesundheit ist der Bereich, in dem Arbeitslose und Beschäftigte in unsicheren Arbeitsverhältnissen die größten Defizite aufweisen. Aus der Erwerbslosigkeit bzw. der prekären Situation resultieren Ärger, Frustration, depressive Stimmungen, Stress und Angst. Für BeraterInnen und BetreuerInnen dieser Klientel steht nun ein Ratgeber zur Verfügung: Der „Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen“ hat das Handbuch „Psychische Gesundheit bei Arbeitslosen“ herausgegeben, das viele Tipps und Informationen für die Alltagspraxis enthält. Eine weitere Publikation befasst sich mit „Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit“. Herausgeber ist die LIGA.NRW, das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit.

„Regionale Knoten“ sind Kontakt- und Koordinationsstellen für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf Landesebene. Die Arbeit wird in den jeweiligen Bundesländern finanziert, in der Regel paritätisch vom Gesundheitsministerium und den gesetzlichen Krankenkassen. Zusätzlich werden die „Regionalen Knoten“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt, die wiederum beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt ist.

Erwerbslos zu sein, das belastet und kann krank machen. Der Leitfaden „Psychische Gesundheit bei Arbeitslosen“ zeigt auf, warum Gesundheitsförderung für erwerbslose Menschen grundsätzlich wichtig ist und gibt praxisnahe und detaillierte Hin-

weise, wie sich die seelische Gesundheit von Erwerbslosen konkret verbessern lässt. Dabei werden verschiedene Settings und Handlungsfelder betrachtet - wie etwa die Arbeitsagentur, der Qualifizierungsträger oder das persönliche Umfeld.

Zeitarbeitskräfte haben mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen und Belastungen wie Erwerbslose zu kämpfen. Der zweite neue Leitfaden „Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit“ zeigt Zusammenhänge auf, veranschaulicht den Nutzen von Gesundheitsförderung und gibt Hilfen für die praktische Arbeit. Dabei stehen neben dem Zeitarbeitsunternehmen und dem Entleihunternehmen auch die Arbeitsvermittlung und Beschäftigungsförderung sowie die Kommune als Handlungsräume für die Gesundheitsförderung von Zeitarbeitskräften im Fokus.

*Weitere Informationen:  
Download auf [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten/nordrhein-westfalen](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten/nordrhein-westfalen)*

### Mitgliederversammlung

Die Landesgruppe Nordrhein-Westfalen lädt am **Mittwoch, 19. Oktober**, um 19 Uhr zu einer Mitgliederversammlung ein. Tagungsort ist das DGVT-Ausbildungszentrum in **Dortmund**, Chemnitzer Straße 38.

Folgende Tagesordnungspunkte sind vorgesehen:

1. Rechenschaftsberichte über die vergangenen zwei Jahre  
Bericht aus der DGVT, Bericht aus der Psychotherapeutenkammer
2. Wahl der LandessprecherInnen
3. Umstrukturierung der DGVT:  
Diskussion
4. Förderung angestellter verhaltenstherapeutischer Tätigkeit: Austausch über entsprechende Möglichkeiten

*Eva Bell, Johannes Broil, Jürgen Kuhlmann,  
Irene Seiderer  
LandessprecherInnen Nordrhein-Westfalen  
Kontakt: nrw@dgv.de*

## Rheinland-Pfalz

### Aus der Kammer

In den vergangenen Monaten beschäftigte sich der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz vor allem mit der Bedarfsplanung, die „eine „Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung“ gewährleisten soll. Sollte der gegenwärtige Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes allerdings verabschiedet werden, ist – im Gegenteil – mit einer massiven Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung zu rechnen.

Schon im März stellten Kammerpräsident Alfred Kappauf und -Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke in einem Gespräch mit der Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Malu Dreyer, Zahlen zur psychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz dar. Die Ministerin zeigte sich bestürzt über diese Daten, die dankenswerterweise von der Bundespsychotherapeutenkammer berechnet und zur Verfügung gestellt worden waren. Sie wusste zwar aus eigener Erfahrung (mehrere Wähler aus ihrem Wahlkreis hatten sie bei der Suche nach einem Therapeuten um Hilfe gebeten, doch auch ihr Engagement führte nicht zu einem schnelleren Therapiebeginn), dass die Wartezeiten sehr lang sind. Dass Rheinland-Pfalz aber das psychotherapeutisch am schlechtesten versorgte alte Bundesland ist, war ihr noch nicht bekannt. Prekär wird dieser Umstand auch durch eine weitere Aussage: In Rheinland-Pfalz werden mehr Psychopharmaka verschrieben als in anderen Bundesländern, und das Land hat die zweithöchste Antidepressiva-Verordnungsquote (TK-Dossier 2010).

Hier einige Eckpunkte, die die Versorgung in Rheinland-Pfalz kennzeichnen:

- Die durch psychische Erkrankungen verursachten Fehlzeiten liegen über dem Bundesdurchschnitt. Dies erklärt sich mit höheren Fehltagen durch eine psychische Erkrankung (AU-Zeiten) und auch mit mehr AU-Fällen insgesamt.

- Nach einer ersten Auswertung warten Patienten im Schnitt noch zehn Tage länger auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten als im Bundesdurchschnitt (12,5 Wochen)
- In 24 der 27 Planungsbereiche ist die Psychotherapeuten-Dichte geringer als im Bundesdurchschnitt.
- Die Spreizung bei der Psychotherapeuten-Einwohner-Relation zwischen den Planungsbereichen beträgt in Rheinland-Pfalz 10,7, bundesweit liegt diese Relation bei nur 6,2.

Ein eklatantes Beispiel: Der Kreis Bitburg-Prüm, ein dünn besiedelter Flächenkreis, weist im Moment einen rechnerischen Versorgungsgrad von 317% aus, obwohl hier mit elf Psychotherapeuten weniger als halb so viele je 100.000 Einwohner zugelassen sind als im Bundesdurchschnitt für vergleichbar dünn besiedelte Regionen. Die Ministerin versprach, die Zahlen genau zu prüfen.

Einig waren sich alle Gesprächsteilnehmer, dass die Berechnung der Sitze nicht nachvollziehbar und dass einer Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken sei. Gerade durch die stark ländliche Prägung des Landes ergibt sich eine gravierende Spreizung in der Anzahl der Praxissitze und eine unzureichende Versorgung insbesondere in den ländlichen Gebieten. Der Vorstand der LPK warb angesichts der jetzt schon vielerorts mangelhaften Versorgung und der steigenden epidemiologischen Daten bei psychischen Erkrankungen dafür, den jetzigen Ist-Zustand zum Soll-Zustand zu erklären, womit das Stadt-Land-Gefälle etwas ausgeglichen werden könnte und keine Praxissitze gestrichen werden könnten.

Inzwischen liegt ein Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vor, der in der jetzigen Form für Rheinland-Pfalz eine Streichung von 163 der 765,5 ambulanten Psychotherapie-Kassen-Sitze bedeuten würde! Hier wäre auch wieder der oben schon genannte Planungsbereich Bitburg-Prüm betroffen. Durch die rechnerische angebliche Überversorgung würde die KV ermächtigt,

von den derzeitigen elf Sitzen sechs abzubauen. Die meisten Sitze wären in Mainz (31 von 99) und Trier/Trier-Saarburg (26 von 53,5) bedroht. Nur sieben Planungsbereiche könnten vor einem Abbau sicher sein (Altenkirchen, Birkenfeld, Cochem-Zell, Donnersbergkreis, Kaiserslautern Stadt und Kreis sowie der Westerwaldkreis).

Dies wurde zum Anlass genommen, alle Landtags- und Bundestagsabgeordneten anzuschreiben und ihnen die Auswirkungen des jetzigen Entwurfs für ihren Wahlkreis darzustellen. Der Vorstand wird weiter im Gespräch mit dem Ministerium bleiben und weitere Bündnispartner suchen, um die Umsetzung des Gesetzes in der jetzigen Fassung zu verhindern.

### **Wahl der Vertreterversammlung**

Und noch ein wichtiger Hinweis: Im Januar 2012 wird die neue Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer gewählt! Wir wollen weiter Einfluss nehmen auf die Berufspolitik unseres Landes und suchen MitstreiterInnen, die sich zur Wahl zur Verfügung stellen oder den Wahlkampf unterstützen. Wenn Sie Interesse haben, sich bei der Wahl zu beteiligen, melden Sie sich bitte bei den Landessprecherinnen (rheinland-pfalz@dgv.de). Wir freuen uns über jegliche Beteiligung und insbesondere über KandidatInnen.

*Andrea Benecke und Sabine Maur  
Landessprecherinnen Rheinland-Pfalz  
Kontakt: rlp@dgv.de*

## **Sachsen**

### **Gesundheitsförderung von Arbeitslosen**

(ab). Unbestritten sind Zusammenhänge zwischen Erwerbslosigkeit und vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Das Land Sachsen hat es sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheit von Erwerbslosen zu fördern

und ist daher bestrebt, Politik, Praxis und Wissenschaft in diesem Bereich stärker zu vernetzen. Unterstützt wird die Landesregierung dabei von einem Fachbeirat.

Dipl.-Psych. Susann Mühlpfordt (Technische Universität Dresden), Prof. Dr. Gisela Mohr (Universität Leipzig) und Prof. Dr. em. Peter Richter (Technische Universität Dresden) sind die Herausgeber eines neuen Buches "Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung". Es fasst die Aktivitäten aus Forschung und Praxis in Sachen zusammen, die sich auf Erwerbslosigkeit und Gesundheit beziehen. Zielgruppe sind Personen, die im beruflichen und privaten Alltag mit Erwerbslosen zu tun haben. Grundlage der Beiträge sind Arbeiten des Fachbeirats aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen wie Psychologie, medizinische Soziologie und Angewandte Sozialwissenschaften.

Wie auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Erwerbslosen, seien es Landzeitarbeitslose oder jugendliche Arbeitslose, eingegangen werden kann, zeigt beispielsweise das Kapitel „Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung für die Risikogruppe Arbeitsloser“. Das Kapitel steht im Internet als kostenlose Leseprobe zur Verfügung.

*Weitere Informationen:  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)*

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

## **Sachsen-Anhalt**

### **Regionales Mitgliedertreffen**

Die Landesgruppe Sachsen-Anhalt plant für Ende November ein Regionales Mitgliedertreffen in Magdeburg. Es stehen eine Reihe aktueller Themen an: Neue Versorgungsstrukturen für niedergelassene und angestellte PsychotherapeutInnen, Integration der PiAs in die Landesgruppen-Arbeit und die Zukunft der Landesgruppe allgemein. Der genaue Termin steht noch nicht fest, wird



aber spätestens Anfang September bekannt gegeben.

*Petra Auerbach, Andreas Scholz und  
Georg Rausch  
LandessprecherInnen Sachsen-Anhalt  
Kontakt: sachsen-anhalt@dgv.de*

## Schleswig-Holstein

### Ergebnis Kammerwahl 2011

In Juni und Juli wurde in Schleswig-Holstein zum dritten Mal die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein gewählt. Die DGVT trat wie bei der vorausgegangenen Wahl im Wahlbündnis KAM ON zusammen mit nicht verbandsgebundenen KollegInnen und KollegInnen aus BDP und GwG an. Mit Diana Will, Andrea Radvan, Angela Kartschall, Ute Theissing, Jan Wiedemann, Dietmar Ohm, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer kandidierten insgesamt acht DGVT-Mitglieder für die Kammerversammlung, drei mehr als bei der letzten Wahl 2007.

Das Ergebnis der Wahlen ist schwierig zu interpretieren: Insgesamt errang unser Wahlbündnis KAM ON neun der 18 Kammerstimme. Das war auch in 2007 so, so dass bei dieser Wahl das damals überraschend gute Ergebnis bestätigt wurde. Mit Ute Theissing, Dietmar Ohm, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer wurden vier DGVT-Mitglieder in die Kammerversammlung gewählt. Auch dies ist von der Anzahl her eine Bestätigung der in 2007 gewonnenen Stärke. Die Anzahl der Stimmen war bei allen DGVT-Mitgliedern, die auch bereits 2007 antraten, höher als vor vier Jahren. Leider reichte der Stimmenzuwachs bei Andrea Radvan nicht aus, um erneut in die Kammerversammlung gewählt zu werden. Auch ein KJP-Sitz in der Kammerversammlung wurde von Diana Will nur ganz knapp verpasst (es fehlten 2 Stimmen), obwohl sie ca. 25 % mehr Stimmen auf sich vereinen konnte als in 2007. Erfreulich hoch sind

auch die Stimmenanteile bei Angela Kartschall, Ute Theissing und Jan Wiedemann, die sich erstmalig zur Wahl stellten. Glückwunsch an Ute Theissing, für die es aus dem Stand zum Einzug in die Kammerversammlung gereicht hat.

Während man also mit Fug und Recht behaupten darf, dass die Stärke der DGVT in Schleswig-Holstein bei diesen Wahlen bestätigt wurde, kommt trotzdem nur verhaltene Freude über das Gesamtergebnis auf. Denn wie in der jetzt abgelaufenen Wahlperiode hat KAM ON keine eigene Mehrheit in der Kammerversammlung. Die zu erhalten, war aber unser erklärtes Ziel gewesen. Das wurde leider knapp verpasst. Und bei den anderen 50% der Kammerversammlung hat sich für uns leider eine ungünstige Veränderung ergeben. Neben KAM ON gibt es in Schleswig-Holstein ein weiteres großes Wahlbündnis. Während dies bei den Wahlen 2007 nur acht der verbleibenden neun Sitze erreichte und ein Einzelkandidat in den wichtigsten Fragen unsere Auffassungen teilte, konnten wir trotz der fehlenden eigenen Mehrheit unsere Ideen weitgehend umsetzen. Das wird nun nicht mehr der Fall sein, da sich die beiden großen Bündnisse nunmehr die 18 Sitze brüderlich teilen.

Bei z.T. grundlegend unterschiedlichen Auffassungen darüber, was die Kammer tun und wie die Kammer sein soll, war bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch völlig offen, wie sich die beiden Lager arrangieren werden (Konstituierung der neuen Kammerversammlung: 02.09.11). Nur dass sie sich arrangieren müssen, stand mit diesem Wahlergebnis fest und dass die VertreterInnen der DGVT selbstbewusst an dem Arrangement beteiligt sein werden, versteht sich von selbst. Für KAM ON ist der Weg für ein Arrangement auch nicht so weit, denn wir versuchten schon in 2007 die Opposition mit am Vorstand zu beteiligen, was aber seinerzeit wegen der grundlegenden Auffassungsunterschiede abgelehnt wurde. Die Unterschiede gibt es immer noch, man darf gespannt sein, und wir werden in der nächsten Rosa Beilage

ausführlich darüber berichten, worauf man sich verständigen konnte.

### **Interessante Einzelheiten**

Insgesamt kandidierten 30 Personen. Das waren drei weniger als in 2007. Die Reduktion der KandidatInnenzahl wurde zwar deutlich gebremst, konnte aber nicht ganz gestoppt werden, und so standen erneut nicht wenigstens zwei KandidatInnen pro Sitz zur Auswahl. Will man ernsthafte Wahlen auch für die Zukunft garantieren, bleibt die Aufgabe, mehr Leute für eine aktive Beteiligung zu gewinnen.

Wirklich neue Gesichter traten fast ausschließlich mit KAM ON an, gewählt wurden aber fast ausschließlich die alten Hasen. Zwei PiA kandidierten mit KAM ON, erhielten auch beachtliche Stimmenanteile, letztlich hat es aber nicht ganz gereicht. Fazit: Wenn man Kammer lebendig halten will, ist Nachwuchsförderung angesagt.

In der neuen Kammerversammlung sitzen nunmehr elf KollegInnen mit KV-Zulassung, sieben Angestellte und ein Kollege, der beides macht. Zwei Personen wurden leider nicht mehr gewählt, die ohne KV-Zulassung, aber selbständig ihren Beruf ausüben. Aus Sicht von KAM ON (Repräsentativität der Kammerversammlung für alle Approbierten) stellt dies eine Verarmung dar, was zudem befürchten lässt, dass die in diesem Wahlkampf z.T. auch künstlich hochgepushten vermeintlichen Interessensgegensätze von angestellten und KV-zugelassenen KollegInnen manche Auseinandersetzung prägen werden. Hoffen wir, dass die Kammer eine für alle Approbierten bleibt.

Die Wahlbeteiligung lag mit 55% etwas niedriger als 2007 (63%). Allerdings wurden aktuell erheblich mehr gültige Stimmen abgegeben. Der Anteil ungültiger Stimmzettel war in 2007 so hoch, dass dies als Protestverhalten interpretiert werden musste. 2011 hielt sich der Anteil ungültiger Stimmzettel in den üblichen Grenzen und die WählerInnen vergaben jeweils deutlich mehr ihrer möglichen Stimmen an die KandidatInnen. So gab es also eine geringere Wahlbetei-

gung. Gleichzeitig hat aber eine deutlich positivere Wahl stattgefunden.

### **Regionale Mitgliederversammlung**

Auch in diesem Jahr wird es noch eine Regionale Mitgliederversammlung der DGVT in Schleswig-Holstein geben. Über Ort und Zeit werden Sie noch rechtzeitig in persönlichen Einladungen informiert werden. Insgesamt hatten wir im Vorfeld der Kammerwahl unzählige Telefonate mit Mitgliedern geführt und dabei viel Unterstützung für unsere Aktivitäten erhalten. Manche ließen sich sogar für eine Kandidatur gewinnen. Auch die Landesgruppe der DGVT in Schleswig-Holstein lebt vom aktiven Engagement ihrer Mitglieder und wir hoffen, dass der Anteil der aktiven MitstreiterInnen weiter wächst. Der Ausbau von Vernetzung und kontinuierliche politische Arbeit sind sicher wichtige Voraussetzungen dafür, dass es beim nächsten Mal dann klappt mit der eigenen Mehrheit.

In diesem Sinne hoffen auf eine rege Teilnahme

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

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### Vorschläge zur Reformierung der Bewilligungspraxis psychotherapeutischer Leistungen und des Gutachterverfahrens

Glücklicherweise ist in Deutschland die Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen durch die gesetzlichen (und die meisten privaten) Krankenkassen rechtlich gesichert, was im internationalen Vergleich nicht selbstverständlich ist. Gleichwohl ist die psychotherapeutische Versorgung nicht befriedigend, wenn Patienten mit zum Teil akutem Behandlungsbedarf oft Monate auf ein Erstgespräch warten müssen. Vertreter der Psychotherapeuten verweisen in diesem Zusammenhang auf eine überholte und nicht adäquate Versorgungsplanung, die nicht den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung entspricht, und fordern die Möglichkeit von Neuzulassungen psychotherapeutischer Praxen. Vertreter der Krankenkassen, die die mit einer Ausweitung der Leistungserbringer verbundenen höheren Kosten scheuen, argumentieren in diesem Zusammenhang mit einer mangelnden Auslastung der bestehenden Praxen und einer Fehlversorgung durch zu lange Behandlungen.

Anders als viele medizinische Leistungen werden die Kosten für psychotherapeutische Leistungen in Deutschland erst nach Einholen einer Genehmigung durch die Krankenkassen übernommen. Zusätzlich ist bei den nichtärztlichen Psychotherapeuten die konsiliarische Einschaltung eines Arztes zwingend erforderlich, der Kontraindikationen und die Notwendigkeit medikamentöser Behandlungen prüfen soll. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens für psychotherapeutische Behandlungen soll

durch die Kassen die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Leistungen geprüft werden. Gutachter prüfen in diesem Zusammenhang im Auftrag der Krankenkassen einen von den Behandlern verfassten Bericht, in dem Aussagen über die Symptomatik, bereits erfolgte Vorbehandlungen, die Behandlungsprognose, über den biographischen Hintergrund sowie das geplante therapeutische Vorgehen formuliert werden.

Neben der gutachterlichen Überprüfung ist der Gesamtumfang der psychotherapeutischen Behandlung aber regelhaft begrenzt (Ausnahmen siehe unten). Psychotherapie soll demnach eine vorübergehende Hilfe zur Selbsthilfe und keine lebensbegleitende Behandlung sein.

Bemerkenswerterweise ist der zur Verfügung stehende Umfang einer Behandlung nicht alleine vom Störungsbild oder von patientenbezogenen Bedingungen abhängig, die die Behandlung erleichtern oder erschweren. Vielmehr spielt zunächst die Art des bei der Behandlung eingesetzten psychotherapeutischen Verfahrens die entscheidende Rolle. So sind die Zeitkontingente für Psychotherapie je nach psychotherapeutischem Verfahren unterschiedlich festgelegt.

Nach fünf (Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) bzw. acht (analytische Psychotherapie) sogenannten probatorischen Sitzungen, die vor allem zur Abklärung der Indikation, der Behandlungsfähigkeit und Prognose und der Passung zwischen Patient und Therapeut dienen, kann auf Antrag eine Kurzzeittherapie mit bis zu 25 Stunden erfolgen.

Besteht Bedarf für eine längere Therapie, kann nach Prüfung im Rahmen eines Gutachterverfahrens eine Langzeittherapie erfolgen. Die Höchstgrenzen für Langzeittherapien betragen bei Erwachsenen (für

Kinder und Jugendliche gelten etwas niedrigere Stundenzahlen) in der Verhaltenstherapie bis zu 45 Stunden, bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis zu 50 Stunden und in der analytischen Psychotherapie bis zu 160 Stunden. Auf Antrag unter nochmaliger Prüfung durch einen Gutachter kann dann in der Verhaltenstherapie eine Verlängerung auf 60 Stunden, in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie auf 80 Stunden und in der analytischen Psychotherapie auf 240 Stunden erfolgen.

In besonders begründeten Einzelfällen können diese Zeiten nach nochmaliger Antragstellung und Gutachterprüfung in der Verhaltenstherapie auf 80 Stunden, in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie auf 100 und in der analytischen Psychotherapie auf bis zu 300 Stunden ausgedehnt werden. Nach Ausschöpfung dieser Kontingente wird für den Zeitraum von zwei Jahren regelhaft ohne besondere Begründung keine weitere psychotherapeutische Behandlung mehr erstattet. Ausnahmen sind auch hier wieder gutachterlich zu prüfen.

In diesem Sinne genehmigte Stundenkontingente werden mit einem einheitlichen festen Honorarsatz vergütet. Außerhalb dieser genehmigungspflichtigen Leistungen können Psychotherapeuten ihren Patienten unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren zusätzlich maximal bis zu drei Sitzungen pro Quartal anbieten, die allerdings als nicht genehmigungspflichtige Leistungen deutlich schlechter vergütet werden.

### **Kritik am bestehenden Bewilligungs- und Gutachterverfahren**

Diese Genehmigungspraxis psychotherapeutischer Leistungen und das Gutachterverfahren sind seit der Einführung immer wieder aus verschiedensten Gründen kritisiert worden.

Kritikpunkte am Gutachterverfahren betreffen zum einen die im Gesundheitswesen außergewöhnliche Kontrolle solcher

Leistungen und vor allem die Frage, ob Gutachter im Rahmen dieses Verfahrens alleine auf der Basis eines vom Behandler selbst verfassten Berichtes valide und reliabel die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit einer geplanten psychotherapeutischen Behandlung überhaupt überprüfen können (vgl. Vogel et al 2002). Kritisiert wird aber auch das Verhältnis von fraglichem Nutzen bei gleichzeitig hohem Aufwand und Kosten dieses Verfahrens. Die GKV gibt vermutlich etwa 40 bis 50 Millionen Euro im Jahr für das Gutachterverfahren aus (vgl. Bühring 2011). Antragstellende Psychotherapeuten werden für die aufwändige Berichterstellung sehr schlecht honoriert. Dieser Kritikpunkt gilt insofern insbesondere für die Verhaltenstherapeuten, weil sie, verglichen mit den anderen Verfahren, nur kurze Bewilligungsschritte zugewilligt bekommen und deshalb besonders viele schlecht vergütete Anträge schreiben müssen. Sie sind in diesem Sinne gegenüber den anderen Verfahren deutlich schlechter gestellt.

Bei einer geringen Ablehnungsquote von Anträgen durch die Gutachter wird aber auch der Nutzen dieses Verfahrens in Frage gestellt. Angesichts des monetären und verwaltungsmäßigen Aufwandes, der mit der Berichterstellung und Begutachtung für die Behandler und die Krankenkassen verbunden ist, erscheint die Steuerungswirkung durch dieses Verfahren in seiner aktuellen Form gering. Es ist auch fraglich, ob die Systematik der Bewilligungs- und Begutachtungspraxis in ihrer jetzigen Form die bestmögliche psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung mit den bestehenden Ressourcen unterstützt. Vermutlich schreckt das Verfahren am ehesten Behandler ab, den Aufwand für eine Beantragung von Langzeitpsychotherapien auf sich zu nehmen. Sollte dies ein gewünschter oder auch nur in Kauf genommener Effekt sein, entfaltet er allerdings wegen der Ungleichbehandlung der psychotherapeutischen Verfahren einen paradoxen Effekt, werden doch in diesem Sinne vor allem Behandler getrof-

fen, die vergleichsweise kurze Psychotherapien durchführen.

Die wissenschaftliche Datenlage zur Effizienz des Gutachterverfahrens ist bemerkenswert gering. Hier fehlt es an einer rationalen Datengrundlage zur Beurteilung des Verfahrens.

Eine Studie von Vogel und Meng (2007) zeigt eine nur unzulängliche Reliabilität und Objektivität des Verfahrens, Gutachter kommen insbesondere bei mangelhaften Anträgen häufig zu unterschiedlichen Stellungnahmen und Empfehlungen.

Auch eine jüngst von der Techniker Krankenkasse in Auftrag gegebene und von den Universitäten Mannheim und Trier durchgeführte Studie (Wittmann et al 2011) zum Vergleich des externen Gutachterverfahrens mit einem internen Qualitätsmonitoring deutet nicht auf einen inkrementellen Nutzen des Gutachterverfahrens hin.

#### **Diskussion um Abschaffung des Gutachterverfahrens**

Die Diskussion um eine Abschaffung des Gutachterverfahrens ist bei aller Kritik an dem jetzigen Verfahren insofern problematisch, weil die gesetzlich geschützte Vergütung für psychotherapeutische Leistungen sich auf die genehmigungspflichtigen Leistungen beschränkt. Allerdings setzt die Genehmigungspflichtigkeit nicht zwingend ein externes Gutachterverfahren in der jetzigen Form voraus. Die Krankenkassen hätten auch bereits jetzt die Möglichkeit, Stundenkontingente ohne Einschaltung eines Gutachters zu bewilligen und erst dann ein solches Verfahren in Gang zu setzen, wenn ihrer Einschätzung nach eine Übernahme der Kosten nicht indiziert oder wirtschaftlich ist.

In der derzeitigen Bewilligungspraxis aber wird der Gutachter regelhaft eingeschaltet. Kritiker bemängeln den Aufwand, die Bürokratie und die Kosten des Verfahrens bei fraglichem Mehrwert bzw. Nutzen (s.o.). Befürworter des jetzigen Systems verweisen darauf, dass die Einschaltung externer Experten, die die Notwendigkeit von

Psychotherapien begutachten, auch einen Schutz gegenüber Begehrlichkeiten einer Kürzung oder Beschränkung notwendiger Leistungen bieten könne.

#### **Vorschlag zur Reform des Bewilligungsverfahrens**

Angesichts der Unzulänglichkeiten und der fraglichen Steuerungswirkung des Bewilligungsverfahrens in seiner jetzigen Form wird hier für eine Reform der Bewilligungspraxis unter prinzipieller Erhaltung des Gutachterverfahrens plädiert.

Eine Reform sollte nach den Vorstellungen des Autors verschiedene Ziele anstreben.

Zunächst sollte eine Reform helfen, bestehende Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung zu lindern, indem für dringende Fälle Möglichkeiten eines schnellen Behandlungsbeginns ohne lange Wartezeiten und bürokratische Hemmnisse gefördert und insgesamt unnötiger Verwaltungsaufwand reduziert wird. Sie sollte auch dazu beitragen, dass Patienten bedarfsgerecht und nicht unter- oder auch überversorgt werden. Eine Reform des Bewilligungs- und Gutachterverfahrens sollte in diesem Sinne den Aufwand des Gutachterverfahrens reduzieren helfen, keine Mehrkosten im System erzeugen und Steuerungswirkungen in dem Sinne erzielen, dass notwendige Behandlungen möglichst schnell und bedarfsgerecht erfolgen können. Das jetzige System mit fehlenden Anreizen für frühzeitige psychotherapeutische Versorgungsangebote und hohem Aufwand für das Verfassen von Bewilligungsanträgen verführt tendenziell dazu, einmal bewilligte Stunden auszuschöpfen, weil Neuaufnahmen und Neuanträge mit erhöhtem Aufwand verbunden sind.

Weiter sollten Regelungen gefunden werden, die die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren in ihrer Existenz und Vorgehensweise nicht gefährden, Methodenvielfalt und Breite ganz unterschiedlicher Therapieansätze sind für die Versor-

gung wünschenswert. Hier wird davon ausgegangen, dass es Patienten mit Problemkonstellationen gibt, die unabhängig von der Art des eingesetzten Verfahrens auch umfangreicher und intensiver ambulanter Langzeitbehandlungen bedürfen. Die Reform sollte deshalb keine notwendigen psychotherapeutischen Behandlungen beschneiden. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass ambulante psychotherapeutische Behandlungen auch in der Regelversorgung wirksam sind und dazu beitragen, Kosten für andere Leistungen (z.B. stationäre Behandlungen, Arbeitsentgeltzahlungen) sowie volkswirtschaftliche Kosten zu reduzieren (Wittmann et al 2011, vgl. auch Margraf 2008).

Eine Reform sollte auch eine Vereinheitlichung der Verfahrensweise für alle psychotherapeutischen Verfahren erreichen. Hintergrund für dieses Bestreben ist u.a. die Annahme, dass die Ungleichbehandlung der psychotherapeutischen Verfahren hinsichtlich des in unterschiedlichem Umfang zur Verfügung stehenden Stundenkontingentes bzw. das Bemühen um die Erhaltung des Status Quo dieser Ungleichbehandlung ein wesentlicher Faktor einer Spaltung der Psychotherapeutenchaft ist, der ein gemeinsames Vorgehen der verschiedenen Verfahren für die Interessen der Psychotherapie an anderer Stelle verhindert bzw. beeinträchtigt. Zudem erscheint die Benachteiligung der Verhaltenstherapie heute fachlich und rechtlich nicht begründbar. Die Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen sollte ausschließlich abhängig vom individuellen Bedarf, d.h. der Problemkonstellation und den individuellen Voraussetzungen des Patienten erfolgen, und nicht abhängig von der Art der eingesetzten Behandlungsmethode. Historisch mag es Gründe für unterschiedliche Stundenkontingente der psychotherapeutischen Verfahren gegeben haben. Inzwischen dürften sich alle für die gesamte Bandbreite psychischer Störungen zugelassenen Therapieverfahren, auch die Verhaltenstherapie mit ihrem verstärkten Fokus auch auf kognitive und emotionale Prozesse, im Hinblick auf die behandelten Patien-

ten und die angestrebten Wirkungen und Ergebnisse nicht mehr voneinander unterscheiden. Sind aber behandelte Patienten und erreichte Ergebnisse identisch, sollte die Wahl der Methode selbst keine unterschiedliche Finanzierung rechtfertigen.

Angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten wird kein Reformvorschlag den Maximalvorstellungen von Vertretern aller Therapieschulen und auch den Krankenkassen gleichermaßen gerecht. Gleichzeitig erscheint eine Beibehaltung des Status Quo angesichts der langjährigen Kritik und der Versorgungsdefizite unbefriedigend.

Zentraler Ansatzpunkt des hier vorgelegten Vorschlages sind die Etablierung einer Krisenintervention und einer psychotherapeutischen Grundversorgung unter Wegfall unnötigen Aufwandes für Antragstellung und Bewilligung, die eine bedarfsgerechte Versorgung erleichtern sollen. Zudem sollen spezielle Anreize für eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung geschaffen werden, die im gegenwärtigen System fehlen. Andere potentielle Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung, wie z.B. die Förderung von Gruppenpsychotherapien, sollen an anderer Stelle diskutiert werden.

**Zentraler Gegenstand der hier vorgeschlagenen Reform des Bewilligungsverfahrens ist die Etablierung einer psychotherapeutischen Krisenintervention einerseits und einer genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Grundversorgung andererseits. Mit diesen Leistungen soll ein Großteil des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs der Bevölkerung ohne übertriebenen Verwaltungsaufwand abgedeckt werden können.**

Das Reformmodell sieht vor, dass besonders behandlungsbedürftige Patienten mit einer entsprechenden Überweisung ihres behandelnden Arztes eine schnelle psychotherapeutische Krisenintervention im Umfang von acht Stunden erhalten können. Psychotherapeuten reichen diese Überwei-

sung mit einem kurzen Antragsformular bei der Krankenkasse ein, die die entsprechenden Sitzungen regelhaft als genehmigungspflichtige Leistung bewilligt. Um als Krisenintervention anerkannt zu werden, dürfen zwischen Ausstellung der Überweisung und Erstgespräch beim Psychotherapeuten maximal vier Wochen zeitliche Distanz vorliegen. Kriseninterventionen sind in 25 Minuten Einheiten teilbar. Um eine schnellere und bevorzugte Aufnahme der aufwändiger zu behandelnden Krisenfälle zu unterstützen, sollte hier u.U. über den Anreiz einer höheren Vergütung für diese Leistungen nachgedacht werden, da solche Kurzinterventionen mit den notwendigen Absprachen der Behandler untereinander auch aufwändiger sind.

Ist eine Krisenintervention nicht ausreichend oder keine so rasche Behandlungsaufnahme notwendig, besteht in Anlehnung an die Bewilligungspraxis einiger privater Krankenversicherungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Grundversorgung Anspruch auf insgesamt 30 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Jahr. Sie kann auf Antrag bei den Krankenkassen ohne Gutachterverfahren über einen Zeitraum von maximal 2 Jahren erbracht werden, wobei die Kriseninterventionssitzungen ebenso wie probatorische Sitzungen angerechnet werden. Diese Leistungen im Rahmen der Grundversorgung werden wie bislang auf Antrag bei den Krankenkassen und unter konsiliarischer Beteiligung eines Arztes gewährt, sind also genehmigungspflichtig, aber nicht gutachterpflichtig (evtl. Ausnahme für diejenigen Kollegen, die wie bislang noch nicht von der Gutachterpflicht für Kurzzeitpsychotherapien befreit sind).

Hier wird davon ausgegangen, dass eine solche Reform mit der Etablierung einer besser vergüteten Krisenintervention und der Reduzierung des Antragsaufwandes für Vertreter aller Psychotherapieverfahren Anreize schafft, Patienten schneller aufzunehmen und Behandlungen im notwendigen Umfang durchzuführen, ohne bewilligte Stundenkontingente unbedingt ausschöpfen

zu müssen. In Verbindung mit einer deutlichen Reduzierung des Aufwandes und der Kosten für ein Begutachtungsverfahren wird davon ausgegangen, dass von den zugelassenen Psychotherapeuten so insgesamt mehr Patienten bedarfsgerecht behandelt werden können. Da durch eine schnellere ambulante Behandlung auch Kosten für stationäre und sonstige medizinische Leistungen eingespart werden, könnte eine solche Reform letztlich auch kostenneutral für die Kassen sein.

Für die über die Krisenintervention und Grundversorgung hinausgehende Versorgung hängen Begutachtung und Bewilligung psychotherapeutischer Leistungen im vorliegenden Reformvorschlag dann ausschließlich vom individuellen Bedarf des zu behandelnden Patienten unabhängig von der Wahl der Methode ab.

Sollte im Hinblick auf Frequenz und Dauer die Notwendigkeit einer über diese psychotherapeutische Grundversorgung hinaus intensiveren oder längeren Behandlung bestehen, stellen die behandelnden Psychotherapeuten einen entsprechenden Antrag bei den Krankenkassen. Sollten die Krankenkassen angesichts des Krankheitsbildes oder der ihnen bekannten Vorbehandlungen einer Weiterbehandlung nicht zustimmen wollen, wird ein externes Gutachterverfahren in der bekannten Form eingeleitet, in dem die Behandler individuell begründen, warum eine umfangreichere oder intensivere Behandlung notwendig, erfolgversprechend und wirtschaftlich ist.

Die Gutachter entscheiden dann anhand der geschilderten Diagnosen, Problemlagen und individuellen Voraussetzungen jeweils patientenbezogen über die Notwendigkeit einer solchen intensiveren oder längeren psychotherapeutischen Behandlung. Der Gesamtumfang der bewilligungsfähigen psychotherapeutischen Behandlung ist aber alleine vom Bedarf und nicht mehr von der Art des verwendeten Verfahrens abhängig.

Dem Gutachterverfahren und der Bewilligung von Langzeitbehandlungen oder intensiveren Behandlungen könnte in dem hier vorgeschlagenen Modell insofern eine

rationalere Grundlage gegeben werden, als sich solche intensiveren Behandlungen verstärkt auf solche Patienten und Problemlagen konzentrieren könnten, bei denen beispielsweise eine hohe Rezidivgefährdung, häufige stationäre Behandlungen oder umfangreiche medikamentöse Behandlungen, lange Ausfallzeiten oder häufige Frühberentungen aufgrund der psychischen Erkrankung bekannt sind.

Ob in diesem Zuge auch eine Diskussion über die Frage der Gesamtzahl der zur Verfügung stehenden Stunden sowie der Bewilligungsschritte erfolgen soll oder muss, sei dahingestellt. Hier wird davon ausgegangen, dass es Patienten und Problemkonstellationen gibt, die unabhängig von der Art des eingesetzten Verfahrens einer Langzeitbehandlung auch im maximalen Umfang von 300 Stunden bedürfen. Da sich die Begutachtung im hier vorgeschlagenen Modell auf die Frage der Entscheidung über die Notwendigkeit und Erfolgsaussichten einer über die psychotherapeutische Grundversorgung hinausgehenden Behandlung konzentriert, wird hier vorgeschlagen, die entsprechenden Entscheidungskriterien im Gutachterverfahren zu objektivieren und zu vereinheitlichen und die Begutachtungspraxis weiterzuentwickeln, statt Behandlungsmöglichkeiten für dringende Fälle zu beschneiden.

#### **Ausblick**

Der hier vorgelegte Reformvorschlag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung setzt an der Bewilligungspraxis und dem Gutachterverfahren an. Andere Ansatzpunkte, z.B. die Etablierung neuer Leistungsziffern oder die Schaffung von speziellen Anreizen für eine bedarfsgerechte Versorgung, sind denkbar und sollen an späterer Stelle noch einmal diskutiert werden.

Unabhängig von diesen Vorschlägen wird aber davon ausgegangen, dass angesichts der Morbiditätsentwicklung bei psychischen Erkrankungen die bisherige Be-

darfsplanung für die Zulassung von psychotherapeutischen Praxen auf der Basis der Zahlen von 1999 unzureichend und nicht adäquat ist. Allerdings ist eine Neuzulassung von Psychotherapeuten nur sinnvoll, wenn angesichts des gestiegenen Krankheitsrisikos insgesamt auch mehr Mittel für psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung stehen, um endlich dem Grundsatz der Honorargerechtigkeit zu entsprechen, wonach ein Psychotherapeut mit einer vollausgelasteten Praxis in der Lage sein muss, das Einkommensniveau eines durchschnittlichen Facharztes zu erzielen. Gegenwärtig entspricht die Honorarverteilung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen dem noch nicht.

Soll das hier vorgelegte Konzept für Vertreter aller Psychotherapieverfahren und für die Kassen zustimmungsfähig sein, bedarf es einer einvernehmlichen Verständigung von Vertretern aller Verfahren und den Krankenkassen. Eine Einigung, der Vertreter aller Therapieschulen zustimmen können, würde endlich die Spaltung der psychotherapeutischen Verfahren durch die Ungleichbehandlung beseitigen.

Unabhängig davon stellt eine Diskussion über die Gesamtzahl der zur Verfügung stehenden Stundenkontingente und die Bewilligungsschritte bzw. Häufigkeit einer notwendigen Begutachtung bzw. über Grundsätze einer fairen und begründbaren Begutachtung von längeren oder intensiveren Behandlungen sowie über ein optimales Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag der Begutachtungen sicher noch eine Herausforderung der Diskussion zwischen den Verbänden und den Krankenkassen dar. Hier dürfte zukünftig noch Entwicklungs- und Verständigungsarbeit zu leisten sein. Die Vorteile des hier vorgeschlagenen Modells liegen in der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens und in der Schaffung von Anreizen, auch kurzfristig Patienten in Krisen zur Vermeidung von chronifizierenden Verläufen aufzunehmen. Im Hinblick auf die psychotherapeutische Grundversorgung wären alle Patienten und Behandler aller Verfahren gegenüber der



jetzigen Regelung bessergestellt. Möglichkeiten von notwendigen intensiven und längerfristigen Behandlungen wären nicht beschnitten. Das Gutachterverfahren wäre in seiner Substanz erhalten und würde einheitlich auf umfangreichere oder hochfrequenteren Behandlungen beschränkt. Für die Krankenkassen reduzierte sich der Begutachtungs- und Verwaltungsaufwand, weil der überwiegende Teil der Behandlungen mit den 60 Stunden innerhalb von zwei Jahren abgedeckt wäre.

Der Autor schlägt vor, dieses neue Konzept innerhalb der psychotherapeutischen Verbände und mit den Krankenkassen zu diskutieren. Sinnvoll wäre dann auch eine evaluative Überprüfung des Reformkonzeptes im Hinblick auf seine Steuerungswirkung und Kosteneffektivität, die mit Krankenkassen im Rahmen eines Modellprojektes durchgeführt werden könnte.

Dr. Wolfgang Bürger  
buergerpraxiska@online.de

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

#### Literatur

Bühring, P. (2011). Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie“. Die Diskussion beginnt erst. Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 7, Juli 2011, S. 293.

Margraf, J. (2008). Kosten und Nutzen der Psychotherapie: Eine kritische Literaturauswertung. Berlin. Springer.

Vogel, H. & Meng, K. (2007). Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachten bei Anträgen auf ambulante analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen. Psychotherapeut, 52 (1), 35-40

Vogel H., Lemisz W., Liebeck H. & Palm W. (2002). Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltensthera-

pie durch die GutachterInnen. Verhaltenstherapie, 12 (3), 228-231

Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg:

Techniker Krankenkasse.

<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>

## Stellungnahme der VT-Fachverbände zu EMDR als Methode

### Einzels psychotherapie bei Erwachsenen bei posttraumatischen Belastungsstörungen

Der G-BA hatte die Fachleute aufgefordert, ihre Überlegungen einzubringen. Nachfolgend drucken wir die gemeinsame Stellungnahme ab von

- Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation AVM
- Deutsche Ärztliche Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie DÄVT
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie DVT
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT
- Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs

#### Vorbemerkungen

Nach zusammenfassender Definition des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2005) ist EMDR „eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung traumatisch erlebter Erfahrungen ermöglicht wird. EMDR folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei

*dem der Patient sich auf bestimmte Anteile seiner traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt. Der Verarbeitungsprozess kann auch durch andere Formen der ‚bilateralen Stimulation‘ mit dem rhythmischen Berühren beider Hände oder durch wechselseitige Beschallung beider Ohren induziert werden. Es wird davon ausgegangen, dass dadurch ein ‚meist mit einer zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst‘ wird, indem durch spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit Elementen aus dem biografischen Gedächtnis („Kontextualisierung“) oder einfaches Verblässen der traumatischen Erinnerung für viele Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird.“*

In Anlehnung an die ausführliche Würdigung des wissenschaftlich-empirischen Status des EMDR durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wird nachfolgend zu den wichtigsten Fragen des Gemeinsamen Bundesausschusses im EMDR-Anhörungsverfahren (gemäß Beschluss des G-BA vom 17.2.2011) Stellung genommen.

**Zu den Fragen des G-BA:  
Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen**

**1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der EMDR.**

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat im Jahr 2005 bereits eine ausführliche Bewertung zum Stand der Wirksamkeitsforschung zur EMDR vorgenommen. Auf dieses Gutachten wird ausdrücklich verwiesen.

In der Zwischenzeit sind neben einem sorgfältigen Cochrane-Review (Bisson & Andrew, 2007) auch Leitlinien erschienen, auf die ebenfalls verwiesen wird, einerseits im Jahr 2005 vom National Institute of Clinical Excellence, andererseits eine AWMF-Leitlinie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aus diesem Jahr (Flatten et al., 2011). Beide empfehlen die Anwendung von EMDR bei Patienten mit PTBS.

Bisson und Andrew (2007) konnten mit der Cochrane-üblichen sorgfältigen Methodik aufzeigen, dass genügend qualifizierte Studien vorliegen, um zusammenfassende Bewertungen vorzunehmen und dass diese zeigen, dass eine signifikante Überlegenheit von EMDR gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen und gegenüber Vergleichsgruppen besteht, und zwar sowohl im Hauptkriterium Störungsschwere bei PTBS (Fremdbewertung) als auch in den Sekundärproblematiken Depression und Angst.

Unklar bleibt, ob die Wirksamkeit tatsächlich auf den postulierten Verarbeitungsprozess mit dem zentralen Aspekt der bilateralen Stimulation zurückzuführen ist. Dismantling-Studien haben für diese These keine Unterstützung gefunden. Vielmehr kann angenommen werden, dass es sich um eine stark strukturierte graduierte Konfrontation in-sensu handelt (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007).

**2. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung der EMDR?**

Bisson und Andrew (2007) finden keine systematischen Unterschiede in der Quote der Abbrecher gegenüber Vergleichsbehandlungen. In anderen Studien wird davon berichtet, dass durch „emotionale Abreaktionen“ Krisensituationen entstehen können, insbesondere, wenn die vorherige psychische Stabilisierung nicht ausreichend war. Es wird berichtet, dass von einer Anwendung bei Patienten mit psychotischen Störungen abzuraten ist, und dass der „Suchtdruck“ während der Behandlung steigt, so dass auch bei Patienten mit Suchtproblemen eine vorsichtige Indikation gestellt werden sollte. Ebenfalls wird von einem Einsatz bei Patienten mit akuten körperlichen Erkrankungen sowie bei schweren Angst- und Depressionserkrankungen (ggf. mit Suizidalität) abgeraten.

**3. Ist eine spezifische Überlegenheit der EMDR bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu anderen Methoden nachweisbar?**

Bisson und Andrew (2007) finden nur systematische Vergleiche mit kognitiver Verhaltenstherapie, die auswertbar sind. Hier zeigt sich keine Überlegenheit.

#### **4. Über welchen Zeitraum können**

##### **Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?**

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (2005) geht davon aus, dass eine Stabilität der Ergebnisse über einen Katamnesezeitraum von 6 Monaten als belegt gelten kann. In jüngster Zeit sind weitere Studien erschienen, die das zu bestätigen scheinen (z.B. Hogberg et al., 2008).

#### **5. Welche störungsspezifische Diagnostik sollte vor Anwendung von EMDR durchgeführt werden?**

Eine Indikation der EMDR besteht für die Behandlung von Personen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, die nach den entsprechenden Kriterien gesichert sein muss. Geklärt werden müssen Komorbiditäten oder Kontraindikationen wie das Vorliegen einer floriden Psychose, akute Suchtproblematik oder schwere körperliche Erkrankung.

#### **6. Welche Kriterien müssen für die Stellung der Indikation zur Durchführung von EMDR erfüllt sein?**

Eine Anwendung von EMDR setzt eine hinreichende psychische Stabilität und stabile therapeutische Beziehung voraus. Die Stabilität der sozialen Integration und auch die Möglichkeit des Fortbestehens der traumatischen Belastung müssen geklärt werden.

#### **7. Gibt es Kontraindikationen? Wenn ja, welche?**

vgl. Punkt 2

#### **8. In welchem therapeutischen Rahmen sollte EMDR erbracht werden? Als eigenständige Methode? Als Methode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten**

#### **Psychotherapie? Mit der Bitte um konkrete Begründung der Zuordnung.**

Theoretische Erklärung, Funktionsweise und Indikationsbereich machen deutlich, dass EMDR nur von approbierten Psychotherapeuten mit ausreichenden Kenntnissen im Bereich der Traumatherapie angewendet werden sollte. Theoretisch lassen die angenommenen Funktionsweisen sowie die Therapietechnik eine besondere Nähe zur kognitiven Verhaltenstherapie erkennen. Die professionelle Rezeption der Methode zeigt sich in Deutschland jedoch auch in psychodynamisch ausgerichteten Aus- und Fortbildungen.

Das Erlernen von EMDR als Psychotherapiemethode kann und soll daher nur im Kontext der Aus-/Weiterbildung in Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapie oder im Rahmen einer (curricularen) Fortbildung nach der Approbation bzw. der abgeschlossenen Psychotherapieweiterbildung (für Ärzte) erfolgen.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

#### **9. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der EMDR im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankung? Bitte machen Sie insb. Angaben**

- a) **a. zur Relevanz der medizinischen Problematik**
  - b) **b. zum Spontanverlauf der Erkrankung und**
  - c) **c. zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen**
- (VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 2 a) bis c))

Posttraumatische Belastungsstörungen sind psychische Störungen, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken, wie sich bereits aus den diagnostischen Kriterien ergibt. Art und Dauer des zugrunde liegenden traumatischen Ereignisses haben Einfluss auf Ausmaß der Störung. Sie haben –

richtig diagnostiziert – eine hohe zeitliche Stabilität und verlaufen meistens chronisch, ziehen unbehandelt nicht selten Folgestörungen nach sich, wie Angst- oder depressive Störungen. PTBS können sich durch Therapien deutlich bessern, auch Spontanremissionen treten auf. Eine frühzeitige psychotherapeutische Intervention kann der Entwicklung einer PTBS entgegenwirken.

Sowohl in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) als auch innerhalb der psychodynamischen Therapieansätze wurden spezielle Techniken zu Behandlung von PTBS entwickelt, die bis heute erfolgreich eingesetzt werden (z.B. spezielle Konfrontationstherapien bei der KVT oder psychodynamisch-imaginative Traumatherapie – beide Konzepte versuchen integrativ Anleihen bei unterschiedlichen psychotherapeutischen Vorgehensweisen). Das EMDR, das sich als relativ kurzes Behandlungsverfahren darstellt, kann von dafür qualifizierten Psychotherapeuten angewandt, eine sinnvolle Alternative für andere psychotherapeutische Ansätze sein, auf die der Patient oder die Patientin nicht angesprochen hat.

Alternativen sind Psychopharmaka (mit verhältnismäßig geringer Effektivität, so die vorliegenden Studien) oder die genannten KVT-Ansätze oder solche im Rahmen der psychodynamischen Therapien.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

**10. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der EMDR im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Methoden und Verfahren. Bitte machen Sie insb. Angaben zur**

- d) **Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten**
- e) **Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten**
- f) **Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten,**

**cherten, auch Folgekostenabschätzung, und**

- g) **Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden. (VerfO 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))**

Zu diesem Punkt liegen unseres Wissens keine ausreichenden Forschungsbefunde vor.

**Ergänzungen**

**11. Stehen psychometrische Messinstrumente zur störungsspezifischen Diagnostik zur Verfügung und wenn ja, welche sind das? Bitte benennen Sie diese und machen Sie Angaben zur Validität, Reliabilität und Objektivität dieser Instrumente.**

Zahlreiche, recht gut evaluierte Instrumente (Interviewverfahren und Fragebögen), die auch in den entsprechenden Studien eingesetzt werden. Wir verweisen hier auf die entsprechende Literatur sowie auf die systematische Übersicht, die mit der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegt wurde.

**12. Welche Ausbildung/Weiterbildung sollte der Therapeut haben?**

Vgl. Antwort zu Frage 8 – über die Details und Inhalte einer entsprechenden (curricularen) Fortbildung sollte auch unter Berücksichtigung der bereits erheblichen Aus-/Weiterbildungsumfänge von Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten beraten werden, die bereits häufig differenzierte Bausteine zur Behandlung einer PTBS umfassen.

**13. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?**  
nein

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

**14. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson)**

**und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.**

Die vorliegende Stellungnahme wird von Vertretern der maßgeblichen Verhaltenstherapiegesellschaften in Deutschland abgegeben. Diese Gesellschaften sind zumeist u.a. im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Verhaltenstherapie sowie von verschiedenen Methoden und Techniken der Psychotherapie engagiert. Konflikte, die sich daraus für die Stellungnahme ergeben, werden allerdings nicht gesehen, denn gerade die Verhaltenstherapie zeichnet sich durch ein offenes Verhältnis zu neuen psychotherapeutischen Ansätzen aus.

#### Literatur

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). *Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. ACPMH, Melbourne, Victoria.

Bisson J, Andrew M. (2007). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3

Davissou P. R. & Parker K. C. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 305-316.

Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud C., Lampe A., Liebermann P. et al. (2011). *S-3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F43.1. Verfügbar unter:*

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0101_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung.pdf)

[0101\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0101_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung.pdf)

Hogberg G., Pagani M., Sundin O., Soares J., Aberg-Wistedt A., Tarnell B. et al. (2008). *Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-*

*month follow-up*. *Psychiatry Research*, 159 (1-2), 101-108.

Institute of Clinical Excellence (2005). *Clinical guideline 26: Posttraumatic stress disorder: The management of PTBS in adults and children in primary and secondary care*. London, UK: National Collaborating Centre for Mental Health. <http://guidance.NICE.org/CG26>.

van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). *Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2006). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (37), A 2417-2419.

## **Zum Einkommen von niedergelassenen PsychotherapeutInnen**

### **Honorar Ausschöpfung und Arbeitszeiten bei ganzen und hälftigen Versorgungsaufträgen**

Lohnt es sich, einen halben Praxissitz zu erwerben bzw. auf einen halben Praxissitz zu verzichten? Wie sehen meine Verdienstmöglichkeiten aus bei einem sog. "hälftigen Versorgungsauftrag"? Darf und/oder muss ich mir weitere Einkommensquellen erschließen? Welche weiteren Kostenträger außer den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen kommen ggf. für Psychotherapie in Frage und wie wahrscheinlich ist die erfolgreiche Inanspruchnahme dieser Kostenträger?

Diese und weitere Fragen bewegen ärztliche/psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die sich mit der Idee befassen, sich auf einem halben Sitz niederzulassen oder eine Hälfte ihres Versorgungsauftrags zur Ausschreibung zu geben. Es sollen nachfolgend

einige Überlegungen und Berechnungen angestellt werden, die zur Klärung beitragen können. Um die Frage der Verdienstmöglichkeiten bei einem hälftigen Versorgungsauftrag zu beantworten, ist es zunächst einmal sinnvoll, die Verdienstmöglichkeiten einer psychotherapeutischen Praxis mit vollem Versorgungsauftrag, also der Standardpraxis, sowie einige ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen darzustellen.

### Rechtsgrundlagen der Honorare

Die wesentlichste Einkommensquelle für niedergelassene Psychotherapeuten sind Honorare zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, die von den jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen ausbezahlt werden. Relevante Rechtsgrundlagen für diese Psychotherapie-Honorare sind u.a. der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem die sog. Punktzahl für die verschiedenen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen festgelegt ist. Hinzu kommen die sog. Honorarverteilungsverträge (HVV), in denen für alle Vertragsbehandler Aspekte wie Leistungsgrenzen und Abstufung von Honoraren bei Leistungsgrenzenüberschreitung bestimmt werden, sowie honorarrelevante Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (G-BA) wie z.B. derjenige über die Höhe des bundesweit gültigen sog. Orientierungspunktwertes (OPW).

Eine herausragende Bedeutung für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen hat darüber hinaus bis heute das Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahre 1999, in dem bestimmt wird, dass eine maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxis das durchschnittliche Einkommen einer vergleichbaren Facharztpraxis generieren können muss (Stichwort: Honorargerechtigkeit). Eine Maximalauslastung wird in der Kommentierung dieses Urteils mit 36 Behandlungsstunden Richtlinienpsychotherapie (sog. genehmigungspflichtige Leistungen wie z.B. verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie) pro Woche bei zugrunde gelegten 43 Arbeitswochen pro Jahr definiert. Zusätz-

lich zur Richtlinienpsychotherapie, so die ebenfalls zugrunde gelegte Annahme, werden weitere sog. nicht-genehmigungspflichtige Leistungen wie z.B. probatorische Sitzungen oder Testverfahren erbracht, womit in einem begrenzten Leistungsumfang weiteres Honorar erwirtschaftet werden kann.

In den letzten Jahren gab es einige Veränderungen in der Vergütungslandschaft, allein drei EBM-Versionen seit 2007. Seit dem Jahre 2009 ist die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen jedoch recht stabil – das Praxiseinkommen ist damit kalkulierbar.

Wie bei den meisten Leistungen zu Lasten der Krankenkassen sind auch die psychotherapeutischen Leistungen, für die ein Anspruch auf Honorierung besteht, pro Behandler prinzipiell begrenzt, und zwar in Form einer Zeitkapazität gemessen in sog. Prüfzeit. (Diese Regelung gilt für Einzelpraxen, abweichende Bestimmungen gibt es für Jobsharing-Praxen.) Die Zeitkapazität wiederum setzt sich zusammen aus einem Wert für die genehmigungspflichtigen Leistungen in der Höhe von 27.090 Min. pro Quartal und einem von Quartal zu Quartal neu zu berechnenden und dementsprechend immer moderat variierenden Wert für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen in einer Größenordnung von ca. 3.000 bis 4.000 Min.

Charmanterweise dürfen nicht ausgeschöpfte Leistungszeiten aus dem Spektrum der genehmigungspflichtigen Leistungen auf den Bereich der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen übertragen werden – und umgekehrt. Für die psychotherapeutische Einzelpraxis mit vollem Versorgungsauftrag bedeutet dies, dass sie psychotherapeutische Leistungen bis zu einer Grenze von ca. 31.000 Min. pro Quartal – diese Leistungsmenge wird als 100% gewertet – abrechnen kann und hierfür die volle Vergütung erhält.

Was bedeuten die Prüfzeitminuten nun umgerechnet in Therapiestunden pro Arbeitswoche? Es sind ca. 40 Behandlungsstunden pro Woche, die sich zusammenset-

zen aus den oben erwähnten 36 Stunden Richtlinienpsychotherapie und ca. vier weiteren Stunden, z.B. probatorische Leistungen oder biographische Anamnese. Ein wenig Spielraum besteht noch für die Abrechnung der sog. Grundpauschale und von Testverfahren. Bei „Extremtestern“ reduziert sich die Obergrenze von 40 Behandlungsstunden/Woche ggf. auf 39.

Das Honorar für Behandlungsleistungen errechnet sich durch Multiplikation der im EBM definierten Punktzahl einer Leistung mit dem bundesweit einheitlich gültigen Orientierungspunktwert; dieser beträgt z. Zt. 3,5048 Punkte für die genehmigungspflichtigen Leistungen. Dabei ist das Honorar für genehmigungspflichtige Leistungen (81 €) – aus in diesem Zusammenhang nicht notwendigerweise zu erörternden Gründen – bei gleichem Zeitaufwand von 50 Min. höher als das für nicht-genehmigungspflichtige Behandlungssitzungen (probatorische Sitzung 61 €, psychotherapeutisches Gespräch 53 €, durchschnittlich also 57 €; Euro-Beträge jeweils gerundet). Das prozentuale Verhältnis genehmigungspflichtiger zu nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen liegt in der Praxis meist zwischen 85/15 und 90/10. Berechnet man nun – der Einfachheit halber im Verhältnis 90/10 – das potentielle Wochenhonorar bei Ausschöpfung der skizzierten Leistungsgrenzen, ergibt sich ein Betrag von ca. 3.150 € für eine Arbeitswoche mit 40 Behandlungsstunden.

#### **Honorierung von Leistungen über die definierte Grenze hinaus**

Darüber hinaus gibt es in den regionalen, d.h. von KV zu KV durchaus abweichenden Honorarverteilungsverträgen (HVV, s.o.) Regelungen über Honorarabstaffelungen für Leistungen, die über die definierten Leistungsgrenzen (100%, s.o.) hinaus erbracht werden. Definiert wird die Abstaffelung meist über einen niedrigeren Punktwert für Leistungen oberhalb der definierten 100%-Marke oder eine sog. „Quote“, d.h. ein prozentualer Anteil an der vollen Vergütungshöhe der psychotherapeutischen Leistungen.

Der Einfachheit und Vergleichbarkeit halber lässt sich der abgestaffelte Honorarbetrag für alle KVen als prozentualer Wert ausdrücken. Hierbei stellt man fest, dass dieser Wert von KV zu KV stark schwankt.

So bewegte sich der abgestaffelte Wert in den vergangenen Quartalen im Bereich der KVen Baden-Württemberg, Bayern und Westfalen-Lippe jeweils bei nur ca. 10% der Regelvergütung, in Rheinland-Pfalz lag das abgestaffelte Honorar zwischen 8 und 15 % der Regelvergütung. In der KV Nordrhein hingegen beträgt der Wert seit Einführung des aktuellen EBM und der damit korrespondierenden Honorarsystematik für den Bereich Psychotherapie stabil 84,4 %. Zu beachten ist, dass Leistungen, die darüber, also über 150% der Leistungsgrenze, hinausgehen, gar nicht vergütet werden.

Je nach den aktuellen Regelungen in den verschiedenen KVen ist aus betriebswirtschaftlicher Perspektive die Überschreitung der 100%-Marke unterschiedlich attraktiv. Während man z.B. im Bereich der KV Westfalen-Lippe derzeit lediglich ca. 8,- € für eine Therapiestunde vergütet bekäme, ließe sich im Bereich der KV Nordrhein mit einer Arbeitswoche mit 60 Behandlungsstunden ein Honorar von  $3.150 + 1.329 = 4.479$  € erwirtschaften.

In der Praxisrealität erreichen jedoch weniger als 5% der Niedergelassenen die Abrechnungsobergrenze (100%) oder überschreiten diese gar. Die durchschnittliche Einzelpraxis rechnet gar – bei regionalen Abweichungen – ca. 24 Behandlungsstunden je Arbeitswoche ab (sog. Fachgruppenschmitt). Seit Bestehen der skizzierten Honorarsystematik sind daher nur recht wenige Kolleginnen in den Genuss bzw. in die Verlegenheit gekommen, jenseits der Leistungsgrenzen erbrachte Leistungen abgestaffelt vergütet zu bekommen.

#### **Honorarsituation bei hälftigem Versorgungsauftrag**

Wie sieht nun die Situation für eine Praxis mit hälftigem Versorgungsauftrag aus? Nach ersten Rechtsunsicherheiten darüber, wie

viel eine Praxis mit hälftigem Versorgungsauftrag abrechnen darf, hat sich mittlerweile eine einheitliche Spruchpraxis etabliert. Als Obergrenze gilt jeweils die Hälfte der Zeit in Prüfminuten, welche für eine Praxis mit vollem Versorgungsauftrag gilt; also  $27.090:2 = 13.545$  Min. plus bis zu ca.  $4.000:2 = 2.000$  Min., macht zusammen ca. 15.545 Min. Analog zur oben dargestellten Berechnung bedeutet dies 18 Behandlungsstunden Richtlinienpsychotherapie plus ca. zwei Stunden nicht-genehmigungspflichtige Leistungen, also zusammen 20 Behandlungsstunden/Woche – wobei das Verhältnis von genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen variabel gestaltet werden kann. Mit diesem Leistungsumfang kann also schon mal ein Honorar in Höhe von  $3.150:2 = 1.575$  € pro Arbeitswoche erwirtschaftet werden (= 100%).

Eine Überschreitung der 100% Marke ist leider nur in wenigen KVen attraktiv, sei es, weil die Honorierung für solche Leistungen wenig lukrativ (weniger als 10,- € je Therapiestunde) und/oder schlecht kalkulierbar ist und von Quartal zu Quartal variiert. Im Bereich der KV Nordrhein z.B. ist dies jedoch ein durchaus lohnenswerter Ansatz, da Leistungen bis zu 50% Überschreitung seit Einführung des neuen EBM stabil zu 84,4% des vollen Honorars vergütet werden. Hieraus ergibt sich als wöchentlicher Wert die Hälfte von 1.329 €, also gerundet 665 €. Addiert man diesen Betrag zu den bereits genannten 1.575 € ist festzustellen, dass im Bereich der KVNO mit hälftigem Versorgungsauftrag bei maximaler Ausschöpfung der Leistungsgrenzen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit ein wöchentliches Honorar in Höhe von 2.240 € zu erzielen ist.

Dies ist mehr, als eine Praxis mit vollem Versorgungsauftrag seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 durchschnittlich erwirtschaftet. Gehen wir von den durchschnittlich 24 Therapiesitzungen je Arbeitswoche mit ca. 21 Sitzungen genehmigungspflichtiger Psychotherapie und drei Sitzungen nicht genehmigungspflichtiger Behandlung aus, so ergibt sich ein durchschnittliches Honorar für eine solche Ar-

beitswoche in einer Größenordnung von 1.872 €.

Wie bereits oben ausgeführt, geht man bei der Bestimmung der Leistungsgrenzen von 43 Arbeitswochen pro Jahr aus. Um ein mögliches Jahreshonorar für psychotherapeutische Praxen mit hälftigem Versorgungsauftrag zu errechnen, müsste man also  $1.575 \text{ €} + x \text{ €}$  mit 43 multiplizieren. Es ergäbe sich somit eine Honorarhöhe von  $67.725 \text{ €} + x$ , im Bereich der KV Nordrhein käme man auf gesamt 96.320 € - vor Steuern und Abzug aller Unkosten (Praxiskosten, Vorsorgeaufwendungen, Versicherungsbeiträge etc.) selbstverständlich.

Ebenfalls selbstverständlich, dennoch an dieser Stelle explizit benannt, ist der Umstand, dass diese Einkommensmöglichkeiten natürlich für jeweils beide Praxen gelten, die sich einen vollen Versorgungsauftrag in der Form zweier hälftiger Versorgungsaufträge teilen.

Bei dieser Honorarkalkulation sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Berechnungen auf dem Modell einer optimalen Honorarausschöpfung basieren, der man sich in der Praxis meist nur annähern kann. Selbst bei guter Terminlogistik und ökonomischem Verhältnis von Patientenzahl und einkalkulierter wöchentlicher Therapiestunden (2:1 dürfte hier recht üblich sein) kann die maximal abrechenbare Therapiestundenzahl nicht zu 100% ausgeschöpft werden. Überdies müssen Honorarerausfälle durch Terminabsagen, eigene Erkrankungen, Witterungsprobleme oder andere Ursachen einkalkuliert werden. Es ist grob geschätzt daher davon auszugehen, dass eine 90-prozentige Termin- und Honorar-)Ausschöpfung ein recht ordentliches Ergebnis darstellt.

### **Kostenübernahme durch anderweitige Kostenträger**

Nun gibt es ja in der psychotherapeutischen Praxis noch weitere, vom Abrechnungssystem der KVen unabhängige Einkommensmöglichkeiten. Hierzu zählt insbesondere die Abrechnung psychotherapeutischer Leistun-



gen mit Selbstzahlern, Privatversicherten und Beihilfeberechtigten, mit Berufsgenossenschaften, Jugendämtern oder (seltener) anderen Kostenträgern (Haftpflichtversicherungen, „Weißer Ring“ u.a.). Der Umfang dieser Einkommensarten variiert von Praxis zu Praxis und liegt bei niedergelassenen Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag durchschnittlich zwischen ca. 5 und 30%. Selbstzahler sind eher selten, Privatversicherte und Beihilfeberechtigte stellen eine konstante und gewissermaßen kalkulierbare Größe dar (je nach Praxisstandort).

Die Abrechnung mit Berufsgenossenschaften ist insbesondere bei berufsbedingten Traumata (z.B. Verkehrsunfälle bei Berufskraftfahrern) oder berufsbedingten Schmerzsyndromen bedeutsam. Verschiedene Berufsgenossenschaften führen eigene Listen mit entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten, eine Überweisung eines „Durchgangsarztes“ genügt oft. Die Honorierung von Berufsgenossenschaften ist uneinheitlich, teilweise über Kassenniveau (allerdings mit einem Mehraufwand an Bürokratie), teils darunter. Jugendämter kommen bei Kindern und Jugendlichen als potentielle Kostenträger in Frage, ggf. bei Entwicklungsverzögerungen mit Krankheitswert. Nicht unüblich sind jedoch Komplikationen bei Finanzierungsfragen. Bei Unfällen oder Straftaten können auch private Versicherungen oder Organisationen wie der „Weiße Ring“ (bei Gewaltopfern) in Frage kommen.

Hilfestellung bei Fragen zu den verschiedenen Abrechnungsmodi dieser Kostenträger gibt die Mailingliste [kostenerstattung@dgv.de](mailto:kostenerstattung@dgv.de), auf die sich Mitglieder der DGVT jederzeit eintragen lassen können (kurze Anmeldung per E-Mail an [dgv@dgv.de](mailto:dgv@dgv.de)).

### **Supervision, Coaching, Paartherapie etc.**

Neben dem wichtigsten Honorarbaustein „Psychotherapie“ gibt es natürlich noch weitere Einkommensquellen für niedergelassene Psychotherapeuten. Zu diesen zählt die Durchführung von Supervision (Ausbildungs-, Teamsupervision), Paartherapie (ei-

ne Leistung, die nicht zu Lasten einer Krankenversicherung abgerechnet werden kann und daher i.d.R. eine Selbstzahlerleistung ist) oder Coaching. Eine Sonderrolle nimmt womöglich die Erbringung von neuropsychologischen Leistungen ein, die bei Vorliegen entsprechender Qualifikationen z.B. im Rahmen der sog. Kostenerstattung zu Lasten der Krankenversicherung erbracht werden können.

### **Nebentätigkeiten**

Nicht uninteressant ist überdies die rechtliche Möglichkeit, neben der KV-Tätigkeit auch noch in einem angestellten oder verbeamteten Arbeitsverhältnis tätig zu sein. Sehen wir einmal von den Bedingungen der Arbeitgeber (z.B. Nebentätigkeitserlaubnis) ab, so wäre aus KV-Sicht eine angestellte Tätigkeit in einer Größenordnung bis zu 13 Stunden wöchentlich bei einem vollen Versorgungsauftrag, bei hälftigem Versorgungsauftrag bis zu 26 Stunden wöchentlich zulässig (aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.10.2010, Az: B 6 KA 40/09 R, vgl. Besprechung in der Rosa Beilage 4/2010, S. 55).

Wie viel Arbeitszeit muss man nun für all diese Tätigkeit veranschlagen? Konzentrieren wir uns auf den hälftigen Versorgungsauftrag. Die zumindest im Bereich der KV Nordrhein möglichen 30 Behandlungsstunden (s.o.) pro Woche stellen ja nicht die gesamte Arbeitszeit dar. Realistischerweise sollte man für allgemeine Verwaltungstätigkeiten, Berichtswesen, telefonische und schriftliche Korrespondenz, Supervision, Fortbildung, Qualitätsmanagement, Dokumentation, Abrechnungserstellung etc. weitere zehn Stunden wöchentlich einkalkulieren – zeitweise wird's sogar mehr sein. Bei Maximalauslastung entspricht die benötigte Zeit also etwa der einer Vollzeitanstellung als abhängig Beschäftigter.

### **Wie viel zusätzliches Einkommen?**

Wie viel zusätzliches Einkommen ist nun durch die skizzierten Tätigkeiten zu realisie-

ren? Am ehesten gelingt wohl eine Schätzung für die Honorare über Privatversicherte/Beihilfeberechtigte. Veranschlagt man einen Anteil von ca. 10% an der Gesamtklientel, so ließen sich (bei im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten etwas höherem Honorar je Therapiestunde) ca. 200 € wöchentlich erzielen, bei höheren Anteilen entsprechend mehr.

Die möglichen Einkommen bei anderen Kostenträgern sind schwer abschätzbar, in der durchschnittlichen psychotherapeutischen Praxis spielen sie eine untergeordnete Rolle, d.h. weniger als ca. 5% am Gesamteinkommen. Bei entsprechender Spezialisierung (z.B. Traumatherapie, Schmerztherapie) kann dies z.T. anders aussehen.

Abschließend ein Wort zur Frage der persönlichen Belastbarkeit und einer realistischen Einschätzung einer leistbaren Wochenstundenzahl. Es ist vermutlich sinnvoll zu berücksichtigen, dass sich die allermeisten niedergelassen tätigen Psychotherapeuten, auch wenn dies bei vollem Versorgungsauftrag abrechnungstechnisch möglich wäre, gegen wöchentliche Arbeitszeiten von 50 Stunden und mehr entscheiden – dies lässt sich aus den Daten zum Abrechnungsverhalten eindeutig ablesen. Die Gründe für diese Entscheidung dürften überwiegend psychohygienischer Natur sein. Überdies gebietet uns unsere Berufsordnung zu Recht die Beachtung von Selbst-Benefizienz, denn nur PsychotherapeutInnen, die auf ihre eigene psycho-somatische Gesundheit achten, können dauerhaft ihre Tätigkeit effizient ausüben. Inwieweit die bisherige Annahme, dass ein Praxissitz 36 Wochenstunden Psychotherapie face-to-face leisten könne, haltbar ist, sollte der Berufsstand offen diskutieren. Einzelpraxen stoßen hier sicherlich an die Grenzen ihrer Belastbarkeit.

*Jochen Maurer & Kerstin Burgdorf*  
Kontakt: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de)

*Dr. Jochen Maurer ist Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit eigener Praxis in*

*Wuppertal sowie Dozent und Supervisor an DGVT-Ausbildungszentren. Darüber hinaus arbeitet er seit vielen Jahren in verschiedenen KV-Gremien mit.*

## **Honorarwiderspruch: Hinweis für unsere Mitglieder**

*(kb).* Wir empfehlen unseren Mitgliedern weiterhin, regelmäßig Widerspruch gegen die Honorarbescheide einzulegen. Die Empfehlung gilt, solange die Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten nicht wenigstens dem sog. kalkulatorischen Arztlohn gem. EBM entspricht. Sie dokumentieren mit Ihrem Honorarwiderspruch, dass das Gebot der Honorargerechtigkeit (Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) noch durch einen entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses nachvollzogen werden muss. Psychotherapeuten können derzeit bei maximaler Praxis-Auslastung einen Überschuss von ca. 85.000 Euro erzielen, der dem EBM zugrunde liegende kalkulatorische Arztlohn liegt bei etwa 105.000 Euro. Mit einem schriftlichen Honorarwiderspruch innerhalb der jeweils einmonatigen Widerspruchsfrist sichern Sie sich einen eventuellen Nachvergütungsanspruch. In der Vergangenheit erhielten KollegInnen in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen nur dann eine Nachvergütung, wenn für das entsprechende Abrechnungsquartal ein schriftlicher Widerspruch eingereicht worden war.

*Ihr Briefkopf*

*An die Kassenärztliche Vereinigung XXX*

*Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal XXX*

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*hiermit lege ich Widerspruch gegen den Honorarbescheid XXX ein. Die Einlegung des Widerspruchs erfolgt zur Fristwahrung. Der Widerspruch richtet sich gegen die aktuelle*

*Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und dient zur Aufrechterhaltung sich ggf. daraus ergebender Honoraransprüche. Die vorgenommene Honorierung verstößt sowohl gegen das sich aus Art. 12 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG ergebende Gebot der Verteilungsgerechtigkeit (vgl. Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20.1.1999 - B 6 KA 46/97 R - und vom 25.8.1999 - B 6 KA 14/98) als auch gegen das Gebot der Angemessenheit der Vergütung aus § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V.*

*Das BSG hat mit seinen Urteilen vom 28.1.2004 und 28.5.2008 seine früheren Rechtsgrundsätze hinsichtlich einer Honorarverteilungsgerechtigkeit bestätigt. Demnach muss es mir möglich sein, mit einer maximal ausgelasteten Praxis ein durchschnittliches fachärztliches Einkommen zu erzielen. Nach meinem Kenntnisstand ist aber auch bei maximalem Arbeitseinsatz kein Einkommen zu erreichen, das dem Durchschnitt der anderen zum Vergleich heranzuziehenden Arztgruppen entspricht.*

*Unter Berücksichtigung der Zeitkapazitätsgrenzen lässt sich für eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis ein maximaler Umsatz von ca. 125.000 Euro errechnen. Abzüglich der vom BSG bestätigten Kosten von 40.634 Euro (derzeit wird durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung anhand empirischer Daten überprüft, ob der Praxiskostenansatz von 40.634 Euro aktuell angemessen oder ggf. anzupassen ist) bleibt ein Überschuss von rund 85.000 Euro. Dieser maximal mögliche Überschuss (den nur 5 % aller Psychotherapeuten erreichen) liegt - nach allem, was aktuell bekannt ist (vgl. hierzu Deutsches Ärzteblatt PP 10 2010, S. 433) - deutlich unter dem Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Facharztgruppen.*

*Angesichts der aktuellen Steigerungen der Honorare der Fachärzte wird sich die Schere zwischen den möglichen Einkommen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Praxen auch bei voller Auslastung gegenüber den durchschnittlichen Einkommen der vergleichbaren fachärztlichen Praxen weiter*

*zu Lasten der Psychotherapeuten verschlechtern.*

*Ich bitte darum, diesen Widerspruch vorläufig nicht zu bescheiden und erst das Ergebnis möglicher Musterverfahren abzuwarten.*

*Mit freundlichen Grüßen  
N.N.*

### **Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation von psychotherapeutischen Praxen**

*(ab).* In diesen Tagen erhalten einige niedergelassene PsychotherapeutInnen wieder Post vom Zentralinstitut (ZI) für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland: Sie werden um Auskunft gebeten zur Personalausstattung, zur Versorgungsstruktur, zur Arbeitszeit der Praxisinhaber und Praxismitarbeiter sowie zu den Aufwendungen und den Erlösen der Praxis. Der Gesprächskreis II, zu dem über 30 Psychotherapeutenverbände (darunter auch die DGVT) zusammengeschlossen sind, empfiehlt die Teilnahme an der Studie. Angeschrieben werden insgesamt 30.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Mit dem ZI-Praxis-Panel (ZiPP) – wenn 7.000 Fragebögen zurückkommen, gilt die Umfrage als repräsentativ – will das ZI eine verlässliche Datengrundlage schaffen für die Vergütungsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Veränderung der Investitions- und Betriebskosten von Praxen ist ein Kriterium für die jährliche Anpassung der Gebührenordnung für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen.

Die TeilnehmerInnen erhalten – neben einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 200 € – einen Auswertungsbericht mit Vergleichskennzahlen, die für die Einschätzung der eigenen wirtschaftlichen Situation nützlich sein kann. Die Ergebnisse dieser bun-

desweiten Längsschnittstudie kommen letztlich auch der Versorgungsforschung zugute.

Im Juli hat die Versendung der Unterlagen begonnen, Einsendeschluss ist der 31. Oktober.

Weitere Informationen: [www.zi-pp.de](http://www.zi-pp.de)

## **Qualitätsmanagement: Was ist zu tun?**

### **Wie weit sollen Niedergelassene in eigener Praxis mit der Umsetzung von Qualitätsmanagement aktuell sein?**

Laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sollen alle niedergelassenen PsychotherapeutInnen den Aufbau ihres praxisinternen Qualitätsmanagements (QM) bis Ende 2009 abgeschlossen haben. Nun, nach einer Überprüfung und Bewertung in 2010, soll das QM weiterentwickelt und jährlich überprüft werden. Dies gilt für alle Niedergelassenen, die vor dem 1.1.2006 ihre Praxis eröffnet haben.

Für alle, die sich nach 2006 niedergelassen haben und sich künftig niederlassen werden, gilt weiterhin der Phasenplan, der eine fünfjährige Einführung des QM vorsieht.

- Phase 1: Innerhalb von zwei Jahren soll die Einführung des QM geplant werden; entsprechende Schulungen können besucht werden.
- Phase 2: Innerhalb der nächsten zwei Jahre soll das QM eingeführt sein,
- Phase 3: Nun folgt die Selbstüberprüfung. Dann sollte alles am Laufen sein.

Die KVen überprüfen seit 2007 jährlich bei 2,5% ihrer Mitglieder (Ärzte und Psychotherapeuten) den Stand der Entwicklung des QM mit Hilfe von Selbstbeurteilungsbögen. Die gesammelten Rückmeldungen aus den KVen werden an den G-BA gesendet.

Die letzte Rückmeldung der KVen an den G-BA im Juni 2010 bescheinigt den Be-

fragten eine planmäßige Einführung des QM. „Die Zahlen belegen, dass sich Qualitätsmanagement bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten bundesweit weiter etabliert hat“, konstatiert Dr. Andreas Köhler (Vorsitzender des Vorstandes der KBV) in einem Schreiben an den G-BA.

Die Methode, wie Qualitätsmanagement umzusetzen ist, wurde allerdings nie festgelegt, auch gibt es nach wie vor keinen Hinweis auf die Notwendigkeit von Zertifizierungen. Weit verbreitet und häufig genutzt ist das QM-System der KBV: QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen). Dieses ist nun mit dem Qualitätszielkatalog 2010 aktualisiert im Deutschen Ärzteverlag erschienen.

Aber auch andere Ansätze, wie z.B. die Musterhandbücher, die auf der Website der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen angeboten werden, haben sich bei PsychotherapeutInnen verbreitet. Sie sind exemplarisch auf die psychotherapeutische Einzelpraxis der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugeschnitten. Es ist schließlich auch möglich, ein eigenes Qualitätsmanagementsystem zu entwickeln. Es muss lediglich den inhaltlichen Anforderungen entsprechen und nachvollziehbar, also dokumentiert, sein.

### **Zweifel und Kritik**

Unumstritten ist die Einführung des QM in Praxen nicht. In Diskussionen und Beiträgen werden von KollegInnen immer wieder Zweifel und Kritik über die Art und Weise des QM geäußert. Beispielhaft sei die Fokussierung der KVen auf das QEP genannt, das für viele Fragen und auch Ratlosigkeit bei den PsychotherapeutInnen in Einzelpraxen sorgte, die Zeit in Schulungen investiert hatten und danach feststellten, dass ein Großteil an ihrem Bedarf vorbeigeht.

Da die psychotherapeutischen Effekte und Veränderungen der Patienten bei den bisherigen weit verbreiteten Modellen von QM nicht im Mittelpunkt stehen, sondern Rahmenbedingungen im Praxisalltag, Fortbildungen und Vernetzungen etc., bleibt aus

unserer Sicht ein wichtiger Bereich unterrepräsentiert. Im Rahmen der DGVT-Ausbildungstherapien wird von daher seit Jahren Wert gelegt auf die Evaluation des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse.

*Anja Dresenkamp und Markus Hertle  
Qualitätssicherungskommission (QSK)  
der DGVT*

**Aktuelle Seminarreihen der afp**



**DBT und DBT-A**

**Dialektisch-Behaviorale Therapie (für Adoleszente)**

**Start:** 3.-4. Februar 2012  
+ 3 weitere Blöcke - auch einzeln buchbar

Block I: Grundlagen der Einzeltherapie  
Block II: Skills-Training  
Block III: Vertiefung der Themen aus Block I + II  
Block IV: DBT für Adoleszente

**Ort:** Institut München

**Kreativtherapie (DGVT)**

**Kompetenz in der Arbeit mit kunst- und kreativtherapeutischen  
Methoden - Basiskurs**

**Termine:** 24.-25. März 2012  
12.-13. Mai 2012  
11.-12. August 2012

**Ort:** Rostock

**www.afp-info.de**  
Bundesakademie@afp-info.de  
☎ 0700 - 237 237 00

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp) ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

## Alles was Recht ist . . .

### **Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag**

Sonderbedarfszulassungen können nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) auch als hälftige Versorgungsaufträge erteilt werden (Entscheidung vom 8.12.2010, Az.: B 6 KA 36/09 R). Das BSG hatte über die Sonderbedarfsanträge zweier Gefäßchirurgen zu entscheiden. Weitere ambulante gefäßchirurgische Versorgungsangebote existierten in der betreffenden Stadt bereits, allerdings – so das Gericht – nicht in ausreichendem Maße.

Nach Auffassung des BSG ist keine rechtliche Vorgabe ersichtlich, dass Sonderbedarfszulassungen nur als Vollzulassungen erteilt werden könnten. Vielmehr kann, wie in § 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung vorgesehen ist, der Bewerber seinen Zulassungsantrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken. Das Gericht urteilte weiter, dass **Bewerber um einen nur hälftigen Versorgungsauftrag gleichrangig mit Bewerbern auf einen vollen Versorgungsauftrag zu berücksichtigen seien**, es sei denn, es verbliebe durch die nur hälftige Zulassung ein nicht gedeckter Versorgungsbedarf.

Der Bewerber, der eine Sonderbedarfszulassung mit nur hälftigem Versorgungsauftrag begehrt, **muss dies gegenüber den Zulassungsgremien, spätestens vor dem Berufungsausschuss, deutlich zum Ausdruck bringen**. Denn diese benötigen diese Information für ihre Beurteilung, in welchem Umfang ein nicht gedeckter Versorgungsbedarf besteht und ob für dessen Deckung die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung mit nur hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht kommt.

Der Antrag kann auch in Form eines gestaffelten Antrags auf Zulassung – z.B. **vorzugsweise mit vollem, aber hilfsweise mit hälftigem Versorgungsauftrag** – gestellt werden. Kann der Versorgungsbedarf durch

einen hälftigen Versorgungsauftrag gedeckt werden, so darf nicht zum Nachteil des Bewerbers gewertet werden, dass er sein Zulassungsbegehren nur hilfsweise dementsprechend reduziert hat.

Reicht der festgestellte ungedeckte Versorgungsbedarf nicht für eine wirtschaftlich tragfähige (ggf. hälftige) Praxis aus, so ist kein Raum für eine Sonderbedarfszulassung, sondern nur für die Erteilung von Ermächtigungen. Wird in einem Planungsbezirk ein Versorgungsbedarf festgestellt, der sich für eine Sonderbedarfszulassung eignet, bewerben sich aber mehrere Ärzte, so haben die Zulassungsgremien eine **Auswahlentscheidung** zu treffen. Eine Auswahlentscheidung ist nicht nur im Fall mehrerer zeitgleicher Anträge auf Sonderbedarfszulassung erforderlich, sondern auch dann, **falls in der Zeit, bevor der Zulassungsausschuss einen Beschluss über die ersteingegangene Bewerbung gefasst hat, weitere Anträge eingehen**.

Die Auswahlentscheidung ist in erster Linie daran auszurichten, **welcher Bewerber von seiner Qualifikation, seinem Leistungsspektrum und vom geplanten Praxisstandort her den Versorgungsbedarf am besten deckt**. Dies haben aus BSG-Sicht die Zulassungsgremien zu beurteilen. Bei gleicher Eignung mehrerer Bewerber sind die Kriterien anzuwenden, die der Gesetzgeber für die Praxisnachfolge und für die Öffnung eines bisher wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrten Planungsbezirks normiert hat, das sind berufliche Eignung, Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit (vgl. § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V) sowie Dauer der Eintragung in die Warteliste (§ 103 Abs. 5 Satz 3 SGB V).

*Kerstin Burgdorf*

DGVT-Mitglieder erhalten bei uns Unterlagen für die Antragstellung auf Sonderbedarf. Insbesondere sind darin ergänzende Kommentierungen zu aktuellen Urteilen des BSG zum Sonderbedarf enthalten. E-Mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de)

## **Glücksspielstaatsvertrag immer noch in der Schweb**

Der Glücksspielstaatsvertrag ist nicht, wie geplant, bei der Konferenz der Ministerpräsidenten im Mai in Sachsen-Anhalt unterzeichnet worden. Der Entwurf müsse noch von der EU-Kommission geprüft werden, hieß es zur Erklärung. Die Unterzeichnung soll nun möglicherweise im Oktober bei der nächsten Konferenz in Schleswig-Holstein erfolgen. Wie zu hören ist, wird derzeit versucht, einen Konsens mit Schleswig-Holstein bzw. der dortigen schwarz-gelben Landesregierung zu erreichen. Diese hatte den Entwurf des Glücksspielstaatsvertrags vom Mai nicht mitgetragen und hatte für eine noch weniger einschränkende Regelung plädiert.

Die vorgesehene Neufassung des Glücksspielstaatsvertrags wird – alles in allem – eine Liberalisierung des bisherigen staatlichen Glücksspielmonopols bringen. Nach Auffassung der DGVT ist dies eine Entwicklung, die angesichts des hohen Suchtpotenzials von Glücksspielen mit Sorge zu sehen ist (wir berichteten mehrmals in der Rosa Beilage).

Sollten sich die MinisterpräsidentInnen im Herbst einigen, müssen die Landesparlamente noch zustimmen. Damit könnte der Vertrag aber noch scheitern, denn die Grünen lehnen die Reform in der Fassung vom Mai ab. Ein Vertrag, der Netzsperrern als Regulierungsmittel gegen illegale Wettangebote enthält, sei nicht zustimmungsfähig, wird erklärt. Dass dieses Instrument umstritten ist, ist aus der Diskussion über den Kampf gegen Kinderpornographie im Netz bekannt. Besser sei es, illegale Angebote konsequent zu löschen, ihnen ein Werbeverbot aufzuerlegen und Zahlungsströme zu kontrollieren, argumentieren Kritiker von Netzsperrern.

Der Europäische Gerichtshof hatte vergangenen Herbst den Anstoß für die Neuregelung des Glücksspielmarktes in Deutschland gegeben: Das staatliche Glücksspiel-Monopol sei so nicht zulässig. Auch das Bundesverwaltungsgericht fordert, die Re-

geln für Glücksspiele klarer an der Prävention und an der Bekämpfung von Spielsucht auszurichten.

*Angela Baer*

## **GEZ-Gebühren müssen nicht doppelt bezahlt werden ...**

**... wenn Praxis und Wohnung  
unter einem Dach sind**

(ab). Rundfunkgebühren sind seit einiger Zeit nicht nur für die klassischen Medien Radio und Fernsehen fällig, sondern auch für Computer mit Internet-Zugang. Wer kein Radio und keinen Fernseher hat, aber einen internet-fähigen PC, ist zahlungspflichtig. Auch beruflich genutzte Rechner sind deshalb für die GEZ (Gebühreneinzugszentrale der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten) von Interesse.

Doch wie ist die Lage für Freiberufler, die unter dem gleichen Dach wohnen und arbeiten? Ein freiberuflicher Computerfachmann war für seinen internet-fähigen Arbeits-PC zur Kasse gebeten worden, obwohl er für seine privaten Erstgeräte bereits Gebühren entrichtet. Dagegen hatte er geklagt. Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof hat nun ein Urteil des Verwaltungsgerichts bestätigt, dass Freiberufler keine Rundfunkgebühren für gewerblich genutzte PCs bezahlen müssen, wenn sie schon ein anderes Gerät auf demselben Grundstück bei der GEZ angemeldet haben (Az.: 7 BV 10.443). Für niedergelassene PsychotherapeutInnen, die ihre Praxis in ihrem Haus oder in ihrer Wohnung untergebracht haben, bedeutet dies: Für den Praxis-PC müssen sie nicht extra zahlen, wenn sie ihre privaten Geräte angemeldet haben. Der Praxis-PC gilt den Richtern zufolge als „Zweitgerät“, für das keine Gebühren anfallen.

*Quelle: [www.n-tv.de/ratgeber](http://www.n-tv.de/ratgeber)*

## Tagungsberichte

### **Expertenkreis „Psychiatrie“ in Bayern tagte zum zweiten Mal Ministerium und Landtag soll zugearbeitet werden**

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat am 29. Juni zum zweiten Treffen des Expertenkreises „Psychiatrie“ eingeladen. Der Hintergrund für die Einrichtung dieses Expertenkreises ist, dass ein Gremium geschaffen werden sollte, das dem Ministerium bzw. seinen Abteilungen und letztendlich dem Landtag zuarbeiten soll.

Der Expertenkreis hat sich selbst das folgende Leitbild gegeben: Er „basiert auf Nachhaltigkeit und steht grundsätzlich allen Akteuren der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung und Forschung offen. Er ist in Bayern die erste Vernetzungs-, Informations- und Koordinationsplattform für alle Akteure des psychiatrisch/psychotherapeutischen Hilfssystems und berät mit seinem Sachverstand die politischen Entscheidungsträger in der Staatsregierung“.

Ein in den ersten beiden Sitzungen festgelegtes Ziel besteht darin, „den Akteuren des Hilfssystems“ die Möglichkeit zur Optimierung ihrer Schnittstellen und Vernetzungsstrukturen zu bieten. Das Staatsministerium unterstützt sie dabei moderierend unter Beachtung gesetzlich vorgegebener Zuständigkeiten. Deshalb nimmt auch immer eine Person aus dem Justizministerium teil.

Die Zeit wird zeigen, in wieweit der Expertenkreis diesem Anspruch gerecht werden kann. Grundsätzlich erscheint es ja sehr sinnvoll, dass fachlich qualifizierte Personen zur Beratung der Politik hinzugezogen werden. Voraussetzung ist dabei allerdings, dass ein solches Gremium entsprechend besetzt ist. Bei den ersten beiden Treffen waren sicherlich die relevanten Gruppen, also Vertre-

ter der Professionen (Ärzte, Psychotherapeuten), der Betroffenen und Angehörigen, der Wohlfahrtsverbände, aber auch der staatlichen Stellen wie der Bezirke und der Jugendämter vertreten. Dennoch bleibt bei mir der Eindruck, dass die Gruppe der Klinikleiter zahlenmäßig stärker vertreten war als andere.

Hier wird in Zukunft zu beobachten sein, ob durch diese Zusammensetzung nicht Partialinteressen in den Vordergrund rücken, denn unter Umständen haben Klinikleitungen Interessen, die sich deutlich von denen der anderen beteiligten Gruppen unterscheiden - ich denke hier vor allem an finanzielle Interessen. Ziel muss es meiner Meinung nach sein, dass das Gesamtprojekt einer besseren Versorgung natürlich nicht solch vordergründigen Interessen zum Opfer fallen darf. Auch die Nachhaltigkeit von Behandlungen muss im Mittelpunkt stehen und hier gilt es natürlich darauf zu achten, ob die Erfolge nicht nur kurzfristig zu finden, sondern auch in drei- oder fünfjährigen Katamnesen nachweisbar sind.

Um die Arbeit sicherzustellen, wurden von Seiten des Ministeriums bisher zwei Sachbearbeiterstellen geschaffen, die dem Kreis zuarbeiten. Da es sich um einen recht großen Kreis handelt, wurden neben dem Plenum eine Steuergruppe installiert sowie weitere Arbeitsgruppen. Die bereits gebildeten Arbeitsgruppen unterteilen sich gegebenenfalls wieder in Untergruppen, die spezifische Fragestellungen bearbeiten.

Bisher existieren die Arbeitsgruppen

- Demenz
- Integrierende Versorgung
- Freiheitsentziehende Maßnahmen

Ich selbst bin Mitglied in den Arbeitsgruppen „Integrierende Versorgung“, hier in der Untergruppe Kinder und Jugendliche, sowie in der Arbeitsgruppe „Freiheitsentziehende Maßnahmen“. Letztere wurde gegründet, weil dieses Thema gerade in Bayern von



hoher Brisanz ist, denn in keinem anderen Bundesland werden diese Maßnahmen nach § 1906 BGB so oft angeordnet. Hier sollen Hintergründe, aber auch Veränderungsmöglichkeiten erörtert werden. Natürlich wird der Arbeitskreis sich auch mit allen anderen, auf den ersten Blick weniger einschneidenden Maßnahmen wie Fixierung oder ähnlichem auseinandersetzen und versuchen neue Strukturen und Regeln zu fassen.

Die zweite Arbeitsgruppe hat ganz gezielt den Namen „Integrierende Versorgung“ erhalten, da es darum gehen wird, die in der medizinischen Versorgung leider immer noch vorhandene Sektorsierung so weit wie möglich aufzulösen, was mit den bisherigen Modellen der „Integrierten Versorgung“ leider nicht wirklich der Fall ist. Ich habe mich für den Unterausschuss „Kinder und Jugendliche“ gemeldet, da bei dieser Klientel ja zusätzlich noch die Jugendhilfe mitbeteiligt ist und die Reibungsflächen hier noch weit aus größer sind als im Erwachsenenbereich. Daraus lässt sich unschwer ableiten, dass die Probleme für die Betroffenen durch diese Aufspaltung häufig nicht geringer werden und unnötigerweise Leiden verlängert wird.

Wie bereits gesagt: Grundsätzlich eine gute Einrichtung. Es bleibt aber abzuwarten, ob die gute Idee nicht letztendlich in der Weite der politischen Bühne verkümmert oder ob es tatsächlich zu positiven Veränderungen kommen wird.

*Rudi Merod*  
*Geschäftsführender Vorstand der DGVT*

## **(K)ein neuer Weg der Ärztenschaft?**

**Bericht vom 114. Deutschen Ärztetag  
in Kiel: Mehr Geld scheint die Lösung  
aller Probleme zu sein**

Der 114. Deutsche Ärztetag vom 31. Mai bis 3. Juni in Kiel war das erste große öffentliche Forum für den seit 19 Tagen amtierenden Gesundheitsminister Daniel Bahr. Seine Rede im Schloss zu Kiel war mit großer

Spannung erwartet worden. Schließlich gilt er, auch wenn kein Mediziner (macht das einen guten Gesundheitsminister aus?), als ärztfreundlicher Minister. Seine Rede war dann auch freundlich, aber in weiten Teilen völlig unverbindlich. Das anstehende Versorgungsgesetz, mit dem die hausärztliche Versorgung auf dem Lande verbessert werden soll, wurde skizziert, aber wesentliche Fragen blieben offen. Zu Recht wies Bahr darauf hin, dass die hausärztliche Unterversorgung auf dem Lande in erster Linie ein Strukturproblem sei: Fehlender Arbeitsplatz für den Ehepartner, schlechtes Schulangebot, wenig kulturelle Möglichkeiten. Erst an vierter Stelle komme die finanzielle Ausgestaltung. Leider sagte er wenig über kooperative Arbeitsmodelle auf dem Lande oder auch in der Stadt, die der heutigen Arbeitsperspektive junger Mediziner vielleicht eher entgegen kommen.

Dafür sprach Bahr dann doch wieder über das Geld: keine Budgets in unterversorgten Regionen, keine Abstufung. Nur, wer soll das bezahlen? Soll es von den Budgets aus den überversorgten Regionen abgezweigt werden oder sollen die Kassen zahlen? Er wolle keinen finanziellen Druck auf die Kassenärzte in gut versorgten Regionen ausüben, also deren Budget nicht kürzen. Bleiben also nur noch die Kassen zur Finanzierung dieser Mehrkosten. Das gilt auch für die neue Versorgungsform der spezialärztlichen Versorgung, einer Versorgungsform, die von Kassenärzten und Krankenhausärzten angeboten werden soll. Sie soll als Einzelleistung außerhalb des Budgets abgerechnet werden können. Bei dieser Versorgungsform soll schon das Tor zur Kostenerstattung als Abrechnungsgrundlage aufgestoßen werden. Es blieb zwar unklar, aber wahrscheinlich sollen die Kassen auch für diese Versorgungsform zusätzlich aufkommen. Die Botschaft ist: Es wird wieder teurer. Alles in allem verfolgte Bahr einen Kuschelkurs mit der Ärzteschaft.

An einem Punkt aber widersprach Bahr dem scheidenden Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe: Eine Priorisierung oder Rationierung ärztlicher

Leistungen sei nicht notwendig und eine Diskussion darüber unnötig.

Höhepunkt der Veranstaltung war die Verleihung der Paracelsus-Medaille, der höchsten Ehrung der deutschen Ärzteschaft. In diesem Jahr wurde der Mitbegründer der deutschen Sektion der IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs, Ärzte in sozialer Verantwortung) und deren langjähriger Vorsitzender Ulrich Gottstein für seinen unermüdlichen Einsatz für den Frieden und gegen die atomare Bedrohung ausgezeichnet. Diese Ehrung, die offenbar auf Initiative des Kammerpräsidenten Hoppe erfolgte, markiert einen Wendepunkt im friedenspolitischen Selbstverständnis der offiziellen Ärzteschaft. Wer mitbekommen hat, wie Vertreter aus der Friedensbewegung noch vor 25 Jahren auf Sitzungen der Ärztekammer als RAF-Anhänger diffamiert wurden, der weiß diese Wendung zu würdigen.

Der Tiefpunkt der Veranstaltung sollte allerdings auch nicht unerwähnt werden: Bei der jährlichen Totenehrung ließ man es sich nicht nehmen, auch den früheren, wegen seiner Nazi-Vergangenheit umstrittenen Ärztekammerpräsidenten Hans-Joachim Sewering zu ehren.

### **Es geht ums liebe Geld**

Die Tagesordnung des Ärztetages war thematisch völlig überfrachtet. Von Gesundheitspolitik über Präimplantationsdiagnostik (PID) und Sterbehilfe bis hin zur Palliativmedizin, Prävention im Jugendalter sollten die Themen in dreieinhalb Tagen diskutiert werden. Hinzu kam noch die Musterberufsordnung, Diskussion zur Weiterbildung, Rechenschaftsbericht des Vorstandes, und schließlich standen noch die Wahlen auf der Tagesordnung. Unmöglich, das alles gründlich in der vorgegebenen Zeit zu diskutieren. Man wurde den Verdacht nicht los, dass diese Überfrachtung gewollt war.

Durch viele Debatten zog sich wie ein roter Faden die Diskussion ums Geld. Die neue GOÄ soll die Rettung für die „darbende“ Ärzteschaft bringen. An diesem Punkt wurde wieder einmal deutlich, dass die Ärz-

teschaft weder getrieben noch treibend ist, sie läuft einfach der Politik hinterher. Von dem Gesundheitsminister einer untergehenden Splitterpartei, dessen Staatssekretär aus der PKV kommt, einer Kanzlerin mit dem Rücken zur Wand, einem Bundesrat, in dem die Regierungskoalition keine Mehrheit mehr hat und der die Gebührenordnung genehmigen muss, zu erwarten, dass der Ärzteschaft ein Plus von 10 bis 15 Prozent aus den Privateinnahmen genehmigt wird, ist schlichtweg Traumtänzeri. Es wäre stattdessen angebracht, sich zur Rolle der PKV unter einer Bürgerversicherung Gedanken zu machen.

### **PID – eine angemessene Diskussion**

Zur PID hatte der Vorstand einen Antrag vorgelegt, der die Freigabe der PID in beschränktem Umfang für spezielle Indikationen forderte. Zu diesem Problem gab es eine mehrstündige, auf angemessenem Niveau geführte Debatte. Die bekannte Diskussion darum, was Leiden, was Zumutbarkeit ist, was lebenswert und was eine freie Entscheidung ist, wurde mit Für und Wider diskutiert. Präsidiumsmitglied und CDU-Mann Rudolf Henke sprach sich gegen den Vorstandsantrag auf eine eingeschränkte Freigabe der PID aus. Insbesondere das Argument des „Dammbruchs“, Beginn der PID in stark eingeschränkter Indikation und dann Ausdehnung dieser Indikation, wurde immer wieder betont. Die Tatsache, dass seit der Einführung der Pränataldiagnostik heute kaum noch Kinder mit Down-Syndrom geboren werden, gab immer wieder Anlass zu Bedenken. Eltern mongoloider Kinder sowie diese Kinder selbst könnten in dieser Situation unter sozialen Druck geraten.

In der Abstimmung votierte eine Mehrheit für den Antrag des Vorstandes mit der Forderung nach beschränkter Freigabe der PID. Innerhalb des vdäa (verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte) wurde die Problematik der PID auch diskutiert, aber in dieser Frage gibt es keine „Verbands“-Meinung, die Einschätzung bleibt jedem Mitglied selbst überlassen.

### **Musterberufsordnung – von der Sterbehilfe zur Bestechlichkeit**

Die Berufsordnung für Ärzte regelt die kollegiale Zusammenarbeit und das ärztliche Handeln. Die Bundesärztekammer hat nur Vereinsstatus, sie kann nur eine Musterordnung verabschieden, die dann von den Landesärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechtes bindend verabschiedet werden muss.

Große öffentliche Aufmerksamkeit fand die Diskussion um den § 16, der in den Medien als Diskussion um die Sterbehilfe beschrieben wurde. Dies aber trifft die Änderungen nicht genau, denn es stand der „Beistand für Sterbende“ zur Diskussion, nicht eine allgemeine passive Suizidbegleitung. Der Änderungsvorschlag des Vorstandes lautete: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Zu diesem Passus gab es eine sehr intensive Diskussion, insbesondere um den letzten Satz. Diese Bestimmung ist eine eindeutige Verschärfung gegenüber den zu Jahresbeginn verabschiedeten Grundsätzen zur Sterbebegleitung, in denen es hieß, dass diese Hilfe „keine ärztliche Aufgabe“ sei. Mit der neuen Formulierung besteht weiterhin die Diskrepanz zwischen Strafrecht, das die Hilfe zur Selbsttötung nicht unter Strafe stellt, und Berufsordnung. In einer von der Bundesärztekammer durchgeführten Befragung hatten sich noch 30 Prozent der befragten Mediziner für die Möglichkeit einer passiven Sterbehilfe ausgesprochen.

Verschärft wurde ebenfalls die Beachtung des Willens des Patienten: Hieß es in der alten Fassung, dass Mediziner unter Vorrang des Willens des Patienten auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten können, so wurde jetzt ein „unter Achtung des Willens...“

Etwas unredlich war die Diskussion insofern, als es eigentlich nur um den Beistand für Sterbende ging, nicht um die Assistenz

beim Suizid. Es ist äußerst fraglich, ob todkranke Patienten am Lebensende überhaupt noch zur Selbsttötung in der Lage sind. Problematisch wird es zukünftig auch beim Therapieabbruch aufgrund von Patientenverfügungen werden. Es ist sicherlich nicht ganz abwegig zu vermuten, dass die Intervention von Erzbischof Robert Zollitsch und Kardinal Joachim Meisner bei der Bundesärztekammer die Verschärfung der Formulierung mitbewirkt haben. Enttäuschend, dass nach langer und sachlich geführter Diskussion doch die vom Vorstand vorgeschlagene Formulierung in die Berufsordnung ohne jegliche Änderung übernommen wurde.

Interessant dann noch die Diskussion um die §§ 32 und 33, in denen es um unerlaubte Zuwendungen geht. Zuwendungen sind jetzt nicht erlaubt, wenn „dadurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird“. Im Umkehrschluss: Wird der Eindruck nicht erweckt, so sind Zuwendungen unbegrenzt möglich - also eine Formulierung dehnbar wie Kaugummi. Auch das Sponsoring von passiven Fortbildungen durch Pharma- und Gerätehersteller soll weiterhin erlaubt bleiben. Anwendungsbeobachtungen und ihre angemessene Vergütung bleiben weiterhin erlaubt, Verträge sollten nur der Kammer vorgelegt werden. Alles in allem Verbesserungen gegenüber früher, aber lange noch keine klare Distanzierung von wirtschaftlicher Einflussnahme auf medizinische Entscheidungen.

### **Der neue Präsident – keine Überraschung**

Ohne Überraschungen verlief die Wahl von Präsident und Vorstand. Frank Ulrich Montgomery wurde im zweiten Wahlgang mit deutlichem Vorsprung vor seinem Rivalen vom Marburger Bund und Präsidenten der Berliner Ärztekammer, Günther Jonitz, gewählt. Montgomery hat schon angedeutet, dass er deutlich politischer als sein Vorgänger auftreten werde, dem er, etwas süffisant, starkes ethisch-moralisches Engagement als Präsident bescheinigte. Es ist fraglich, ob dieses politische Eintreten immer zum Vor-

teil von Patienten und Versicherten sein wird. Montgomery hat als langjähriges SPD-Mitglied zwar ein rotes Parteibuch, doch ist er nur deshalb nicht gelb oder schwarz, weil diese Farben für den modebewussten Präsidenten nicht zum Outfit passen würden. Inhaltlich dürfte er mit den aktuellen Koalitionsparteien keine Probleme haben.

Arbeitsaufträge an den neuen Vorstand gab es fast keine. Da der Ärztetag zum Schluss unter enormen Zeitdruck geriet, wurden die Anträge zum Rechenschaftsbericht, die eigentlich Arbeitsauftrag für den Vorstand sein sollten, praktisch nicht mehr diskutiert und zum Schluss kollektiv an den Vorstand überwiesen. Darunter auch ein Antrag, „aus medizinischen Gründen sofort aus der Atomenergie auszusteigen. Ein Antrag, der durchaus Aussichten auf erfolgreiche Verabschiedung gehabt hätte.

### **Kiel – ein neuer Weg der Ärzteschaft?**

Wohl kaum. Die alten Kräfte sind gestärkt aus dem Rennen gegangen. Inhaltlich wurden keine umwerfenden Beschlüsse gefasst. Innovative Ideen zu Ärztemangel oder Neuorganisation des Gesundheitswesens wurden nicht entwickelt. Mehr Geld scheint die Lösung aller Probleme zu sein. Positiv aber muss angemerkt werden, dass durch die Ehrung von Prof. Gottstein mit der Paracelsus Medaille jetzt auch die Friedensbewegung in der offiziellen Ärzteschaft hoffähig gemacht wurde.

*Dieser Artikel erschien im Rundbrief des vdä (verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte), Ausgabe 2/2011. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.*

## **Grüner Ärztetag: Auftakt zum Dialog**

### **PolitikerInnen und ÄrztInnen diskutieren aktuelle Probleme des Gesundheitssystems**

Erstmals hatte die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen zu einem „Grünen Ärztetag“ eingeladen. Rund 200 TeilnehmerInnen beschäftigten sich im Mai in Berlin mit dem Thema „Ärztliches Berufsbild im Wandel“.

Zu traditionellen Rolle des Heilberufers sind viele weitere hinzugekommen: ÄrztInnen sollen Team-ArbeiterInnen sein und eng mit anderen Gesundheitsberufen kooperieren. Sie sollen stets auf dem aktuellen Stand des immer größer werdenden medizinischen Wissens sein. Sie sollen, soweit sie niedergelassen sind, als Unternehmer auf dem Markt bestehen. Und den PatientInnen sollen sie nicht mehr als „Halbgötter in Weiß“ gegenüber treten, sondern als PartnerInnen.

In einem Einführungsvortrag, sechs Panels und einer Podiumsdiskussion wurde eine Vielzahl an Themen abgehandelt. Den Einführungsvortrag hielt Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung in Hannover. Er wies auf die derzeitigen Trends im Gesundheitswesen hin: Epidemische Zunahme von chronischen Erkrankungen, Verwissenschaftlichung aller Zweige der Medizin, medizinisch-technischer Fortschritt, zunehmende Bedeutung der Ökonomie. Er kritisierte die Fixierung der Gesundheitspolitik auf die Krankenversicherungssysteme. Eine bevölkerungsbezogene Perspektive fehle, und die Prävention habe einen zu niedrigen Stellenwert.

In Panel 1 ging es um „Rationierung, Priorisierung oder Rationalisierung“ im Gesundheitswesen. Prof. Dr. Christoph Fuchs von der Bundesärztekammer verwies auf die immer größer werdende Schere zwischen medizinisch notwendigen Leistungen und den zur Verfügung stehenden Mitteln. Ein „Unabhängiger Gesundheitsrat“ solle sich

mit „gerechter Ressourcenverteilung“ befassen.

„Der Arzt als Dienstleister – der Patient als Kunde?“ Diese Frage wurde in Panel 2 diskutiert. Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband) betonte, dass der Verbraucher als Nutzer von Gesundheitsleistungen sowohl Patient als auch Versicherter und Kunde sei. Verbraucher hätten das Recht, Angebote zu prüfen und Entscheidungen zu treffen. Etgeton warnte jedoch davor, den Patienten zu überfordern: Er könne „unsichere“ Angebote nicht überblicken.

60 Prozent der AbsolventInnen in der Humanmedizin sind mittlerweile weiblich. Damit geraten Themen wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, flexible Arbeitszeitmodelle und eine bessere work-life-balance immer stärker in den Fokus. Darüber diskutierten Dr. Regine Rapp-Engels (Deutscher Ärztinnenbund) und Dr. Ursula Hurst (Chefärztinnen-Netzwerk SOPHIA) in Panel 3, das unter der Fragestellung „Ist die Zukunft der Medizin weiblich?“ firmierte. Der Frauenanteil bei den ChefärztInnen liegt derzeit bei nur acht Prozent.

In Panel 4 wurde gefragt, wie viel Qualität angesichts überbordender Bürokratie noch möglich ist. Von ÄrztInnen werde ein hohes Maß an ethischer Verantwortung im Rahmen einer wertorientierten Versorgung erwartet, erklärte Dr. Günther Jonitz von der Ärztekammer Berlin. Andererseits sei das Gesundheitswesen zunehmend von Kostenbegrenzung und Wirtschaftlichkeitsorientierung bestimmt. Beides schließe sich gegenseitig aus und bringe nur Belastungen sowohl für die Berufsgruppe wie auch für die Patienten.

Um die Rolle der Komplementärmedizin – dazu gehören Einzelverfahren wie Akupunktur und Entspannungsverfahren sowie komplette Therapiesysteme wie Anthroposophie, Homöopathie und Traditionelle Chinesische Medizin – ging es in Panel 5. Anwendungen aus dem Bereich der Komplementär- oder Alternativmedizin werden überwiegend von den Patienten selbst bezahlt, obwohl sie zum Beispiel bei Krebskranken eine herausragende Rolle spielen, wie Dr. Markus Horneber (Klinikum Nürnberg-Nord) feststellte.

Probleme und Reformbedarfe des Medizinstudiums kontrovers zu diskutieren, war das Ziel von Panel 6. In Deutschland werden, bezogen auf die Einwohnerzahl, weltweit die meisten MedizinerInnen ausgebildet, von denen jedoch viele nach dem Studium ins Ausland abwandern. Gleichwohl sei der ärztliche Versorgungsgrad in Deutschland gut, sagte Dr. Volker Hildebrandt (Medizinischer Fakultätentag).

Die Grünen traten mit dieser Veranstaltung erstmals in Dialog mit der Ärzteschaft – ein Angebot, das von Dr. Frank Ulrich Montgomery, mittlerweile Präsident der Bundesärztekammer, gerne angenommen wurde –, denn man wisse durchaus, dass man ohne die Ärzte keine Veränderungen im Gesundheitssystem erreichen kann, wie Jürgen Trittin, Vorsitzender der Grünen-Bundestagsfraktion, betonte. Heiße Themen wie die grüne Bürgerversicherung und die unterschiedliche Versorgung durch private und gesetzliche Krankenkassen blieben allerdings außen vor.

*Angela Baer*

INTERAKTIVE  
FORTBILDUNG

Klicken Sie sich rein:

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

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

## Weitere Infos

### Was tun beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch?

Der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ hat Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden herausgegeben. Die Institutionen erhalten konkrete Anweisungen, was beim Verdacht auf sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu tun ist. Die Leitlinien wurden von der Arbeitsgruppe II des Runden Tisches unter der Leitung des Bundesjustizministeriums erarbeitet. Öffentliche und private Institutionen haben daran mitgewirkt. Ziel war es, den Schutzauftrag der Institutionen für das Kindeswohl mit der Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs in Einklang zu bringen.

*Weitere Informationen:*

*Die Leitlinien stehen zum Download zur Verfügung auf der Homepage der Bundesjustizministeriums [www.bmj.de](http://www.bmj.de). Sie sind allerdings nach ganz einfach zu finden ...*

*Klicken Sie auf „Medien“ und dann auf „Nachrichten“. Dort geben Sie den Suchbegriff „Runder Tisch“ ein. Gehen Sie auf „Runder Tisch gegen sexuellen Kindesmissbrauch“. Sie sehen rechts unten ein Kästchen mit „Dokumenten“, und hier finden Sie die Leitlinien.*

### Broschüre informiert über „Häusliche Gewalt“

Nicht selten sind PsychotherapeutInnen in ihrer Arbeit mit dem Thema „Häusliche Gewalt“ konfrontiert. Der Begriff umfasst alle Formen der körperlichen, sexuellen und seelischen Gewalt, die zwischen erwachsenen Menschen stattfindet, die in einer nahen Beziehung zueinander stehen oder gestanden haben, unabhängig vom Tatort. Jede vierte Frau, so heißt es in einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frau-

en und Jugend, hat in ihrem Leben mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen Beziehungspartner erlebt. Oftmals sind Kinder mitbetroffen, indem sie selbst Gewalt erleiden oder Gewalt beobachten.

Kommt es zu einem Verfahren, ist es für juristische Laien nicht ganz einfach, sich zurechtzufinden. Eine Broschüre, herausgegeben vom Familienministerium, kann hier Hilfestellung leisten. Die sogenannte Arbeitshilfe gibt auf 27 Seiten Auskunft, wie in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit wie Vormundschafts-, Betreuungs- und Unterbringungssachen vorzugehen ist. Gedacht ist die Broschüre u.a. für Frauenhäuser und Beratungsstellen.

*Weitere Informationen:*

*Die Broschüre steht zum Download zur Verfügung:*

*[www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste.html)*

### Neuer Ratgeber über „ADHS und Recht“

„ADHS und Recht“ heißt eine neue, 190 Seiten starke Broschüre, die von „ADHS Deutschland“, einem gemeinnützigen Selbsthilfeverein, herausgegeben wurde. Es geht darin um Themen wie „Versicherung und ADHS“, „Leistungspflichten der Jugendämter bei ADHS“, „Fördermöglichkeiten auf dem Weg zur Integration in den Arbeitsmarkt“ und um die Frage, ob ADHS eine Behinderung ist. Hyperkinetische Störungen (ICD-10) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zählen mit einer Prävalenz von zwei bis sechs Prozent zu den häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter, deren Symptome in 30 bis 50 Prozent aller Fälle bis ins Erwachsenenalter andauern. Das Handbuch kostet

9,50 € und ist bei „ADHS Deutschland“ erhältlich (Bestellung per E-Mail: [eshop@adhs-deutschland.de](mailto:eshop@adhs-deutschland.de)).

Weitere Informationen  
[www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

## **Beruf und Familie? Tipps von der KBV**

(ab). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Broschüre zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Fachangestellte herausgegeben. „Beruf und Familie verbinden: Wie sieht das in der Praxis aus?“ lautet der Titel und es geht um Themen wie Bereitschaftsdienst, Vertretungsregelungen, Elternzeit und Wiedereinstieg ins Berufsleben nach der Kinderbetreuung.

Da das Organisieren von Berufs- und Familienleben ein hochaktuelles Thema sei, hat die KBV darüber hinaus eine Website zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ eingerichtet, die seit Anfang Mai online ist. In kurzen Videobeiträgen und in einem Blog schildern Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Fachangestellte ihre Erfahrungen.

Weitere Informationen  
Die 30 Seiten starke Broschüre steht zum Download bereit auf [www.praxis-und-familie.de](http://www.praxis-und-familie.de). Klicken Sie auf den Button „Service“ und dann auf „Publikationen“.

## **Online-Diskurs zu Intersexualität Deutscher Ethikrat startet bislang einmaliges Projekt**

(ab). Dürfen zwischengeschlechtlich geborene Kinder durch medizinische Eingriffe dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugewiesen werden? Mit dieser Frage beschäftigt sich derzeit der Deutsche Ethikrat.

Betroffene fordern ein Ende der „Zwangsoperationen“ und ein Recht auf ein Leben jenseits von Mann und Frau. Denn unter den psychischen und physischen Folgen der operativen Zuweisung zu einem der beiden Geschlechter leiden sie ein Leben lang.

Vor rund 20 Jahren formierte sich die „Zwitterbewegung“ und versucht, ihre Anliegen in die Öffentlichkeit zu tragen. Große Hoffnungen wurden in den Deutschen Ethikrat gesetzt, der jetzt reagiert und sich des Themas Intersexualität angenommen hat. Im vergangenen Jahr wurde bereits ein Diskussionsforum veranstaltet, bei dem sich WissenschaftlerInnen verschiedener Disziplinen und Betroffenen-Verbände austauschten. Anfang Juni 2011 kam es zu einer Anhörung in Berlin, und kurz darauf wurde eine Online-Plattform eingerichtet, auf der sich jede/r in die Diskussion einschalten kann.

Dieses Diskursprojekt ist bislang einmalig, teilt der Deutsche Ethikrat mit. Man möchte damit auf zeitgemäße Weise eine Debatte auf breiter gesellschaftlicher Ebene ermöglichen und sich einen umfassenden Einblick in die Thematik verschaffen. Es gehöre zu den Aufgaben des Ethikrates, aktuelle gesellschaftliche Themen aufzugreifen und notwendige gesellschaftliche Diskurse anzuregen. Im Auftrag der Bundesregierung bereitet das Gremium bis Ende 2011 eine Stellungnahme zum Thema Intersexualität vor.

Mit Intersexualität bezeichnet man unterschiedliche Formen der Uneindeutigkeit der Geschlechtszugehörigkeit eines Menschen. Sie beruht auf der fehlenden Übereinstimmung zwischen den äußeren und inneren körperlichen Geschlechtsmerkmalen und den genetischen Merkmalen eines Menschen. Die Medizin betrachtet Intersexualität als Störung der Geschlechtsentwicklung, die operativ behoben werden muss. Die Betroffenen selbst fordern die gesellschaftliche Akzeptanz von mehr als zwei Geschlechtern und ein Verbot von nicht lebens- oder gesundheitsnotwendigen Eingriffen. Intersexuelle Menschen würden durch die Eingriffe irreversibel psychisch und physisch geschädigt. Daher verlangen die Verbände Ent-

schädigung sowie eine bessere psychosoziale Betreuung.

*Weitere Informationen:*

[www.diskurs.ethikrat.org](http://www.diskurs.ethikrat.org)

*Betroffene und ihre Eltern sowie Ärzte, Therapeuten, Sozialwissenschaftler und Juristen, aber auch die interessierte Öffentlichkeit können sich an diesem Diskurs beteiligen.*

## **Aktionsbündnis Seelische Gesundheit lädt zu Info-Tag**

Das „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“ lädt am Montag, 10. Oktober, zur Auftaktveranstaltung der bundesweiten „Woche der Seelischen Gesundheit“ in Berlin ein. Von 11 bis 17 Uhr wird ein Überblick gegeben über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und über neue Behandlungsmöglichkeiten. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr spricht ein Grußwort. Der Informationstag ist zugleich eine Veranstaltung im Rahmen des „Wissenschaftsjahres 2011: Forschen für unsere Gesundheit“, das auf Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt wird. Im vergangenen Jahr fanden in der „Woche der Seelischen Gesundheit“ in über 20 Städten und Regionen in ganz Deutschland Veranstaltungen statt.

Zum „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“ haben sich rund 70 Institutionen, Fachgesellschaften und Verbände, darunter auch die DGVT, zusammengeschlossen mit dem Ziel, die zahlreichen Initiativen zur Förderung der seelischen Gesundheit zu stärken und einen gesellschaftlichen Diskurs zur Enttabuisierung psychischer Erkrankungen anzustoßen.

*Weitere Informationen:*

[www.seelischegesundheit.net](http://www.seelischegesundheit.net)

## **Beschwerdeberatung zu Psychotherapie**

Der gesundheitsladen köln e.v. bietet eine unabhängige Beschwerdeberatung zu Psychotherapie an. Der Service wird angeboten in Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Ratsuchende erhalten Informationen über ihre Rechte als PatientInnen, über Berufspflichten von PsychotherapeutInnen und über offizielle Beschwerdemöglichkeiten bei den Psychotherapeutenkammern. Der gesundheitsladen köln e.v. ist ein Informations- und Kommunikationszentrum für alle Fragen rund um Gesundheitswesen und Gesundheit. Im Mittelpunkt steht der Patient, da dessen Belange „in einem Gesundheitswesen, das überwiegend geprägt ist von Interessen der Ärzteschaft, der Versicherungsträger und der Pharmaindustrie“ viel zu wenig berücksichtigt würden.

Die Beschwerdeberatung Psychotherapie ist erreichbar dienstags und donnerstags von 10 bis 12 Uhr und nach Vereinbarung unter der Telefonnummer 0221 / 16952149.

*Weitere Informationen:*

[www.gesundheitsladen-koeln.de](http://www.gesundheitsladen-koeln.de)



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



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

**21. - 23. Juni 2012**

**“Kraft”**

Weitere Informationen:  
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie - Bundesakademie

**[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.

## Regionale Mitgliedertreffen, Termine

### Termine der Landesgruppen

- **Baden-Württemberg:** „Stuttgart 21 – psychologisch betrachtet“ – unter diesem Motto lädt die Landesgruppe Baden-Württemberg am Freitag, 14. Oktober, zu einer Führung über das Bahnhofsgelände mit anschließender Diskussion ein.  
Treffpunkt ist um 17 Uhr am Nordeingang des Bahnhofs. Für den Rundgang sind etwa eineinhalb Stunden Zeit veranschlagt. Anschließend gibt es in den Räumen der „EVA“, Büchsenstraße 34/36, Stuttgart einen Umtrunk, bei dem das Thema „Stuttgart 21“ vertieft werden kann. Darüber hinaus stehen aktuelle Themen der DGVT-Landesgruppe auf dem Programm.
- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen an jedem ersten Donnerstag eines Monats um 19 Uhr in Erlangen in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele, Universitätsstraße 31.
- **Niedersachsen:** Mitgliederversammlung und Fortbildung zum Thema „Aktuelle zulassungsrechtliche Fragen, Psychotherapie in der Kostenerstattung“ am Freitag, 9. September 2011.  
Von 15.00 bis 16.30 Uhr Fortbildung  
Ab 16.30 Uhr Mitgliederversammlung  
Ort: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Berliner Allee 22, 30175 Hannover.
- **Nordrhein-Westfalen:** Mitgliedertreffen an jedem 2. Montag eines ungeraden Monats, nächste Treffen am 12.9. und am 14.11.2011 jeweils um 20 Uhr im Cafe Stanton ([www.cafe-stanton.de](http://www.cafe-stanton.de)) hinter der Antoniterkirche in der Schildergasse in Köln.  
Zur Mitgliederversammlung lädt die Landesgruppe am Mittwoch, 19. Oktober 2011, um 19 Uhr ein. Tagungsort: DGVT-Ausbildungszentrum in Dortmund, Chemnitzer Straße 38. Rechenschaftsberichte werden abgelegt, und es steht die Wahl der LandessprecherInnen an.
- **Sachsen-Anhalt:** Regionales Mitgliedertreffen Ende November; genaue Informationen werden noch bekannt gegeben. Voraussichtliche Themen: Neue Versorgungsstrukturen für niedergelassene und angestellte PsychotherapeutInnen, Integration der PiAs in die Landesgruppen-Arbeit und die Zukunft der Landesgruppe allgemein.
- **Schleswig-Holstein:** Nächste regionale Mitgliederversammlung im Herbst 2011. Eine schriftliche Einladung folgt.