

deutsche gesellschaft für verhaltenstherapie e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Neckarhalde 55 · 72070 Tübingen · Telefon 07071 9434-0 · Telefax 07071 9434-35

E-Mail-Adresse: dgvt@dgvt.de · Internet: <http://www.dgvt.de>

Supplement zu VPP 4/2007

Die  informiert:

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 4. Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Ulla Schmidt legt Entwurf für Präventionsgesetz vor** 3
Waltraud Deubert
- **Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Depression“**
Waltraud Deubert 4
- **Berufsanerkennungsrichtlinie EU**
Waltraud Deubert 5
- **Vom Ausbleiben der Störche in Norddeutschland und dem Geburtenrückgang:
Der Gesundheitsreport 2007 der Gmünder Ersatzkasse liegt vor** *Heiner Vogel*..... 6
- **Vorratsdatenspeicherung**
Katja Kühlmeyer..... 7

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	8
Bayern	15
Hessen	16
Mecklenburg-Vorpommern.....	17
Niedersachsen.....	18
Nordrhein-Westfalen	20
Schleswig-Holstein.....	21
Thüringen	23

Aus den Psychotherapeutenkammern

- **Bericht vom 11. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT)**
Katja Kühlmeyer24
- **2. Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer**26

Alles was Recht ist . . .

- **Der PKV-Standardtarif in der psychotherapeutischen Praxis**
Kerstin Burgdorf29
- **Aktuelle Rechtsprechung im Kostenerstattungsverfahren**
Susanne Locher-Weiß31

Tagungsberichte

- **Zur Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinien –
Zweite Tagung des GK II in Berlin** *Irmgard Schüller, Jürgen Friedrich*34
- **Aktuelle Trends in der psychosozialen Versorgung im Akutkrankenhaus –
Leitlinien, Behandlungspfade, Zertifizierungen**
Bettina Seekatz37

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)**
Waltraud Deubert39
- **Umfrage zu Praxiskosten auch 2007 – Ein déjà vu?**
Katja Kühlmeyer40

Weitere Infos

- **Stabsstelle Patientenorientierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**
Katja Kühlmeyer42
- **Eine neue Petition – diesmal zur Angleichung der Psychotherapieausbildung
an die ärztliche Psychotherapeuten-Weiterbildung** *Heiner Vogel*43
- **Regionale Mitgliedertreffen, Termine**44

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Debatte um das **Präventionsgesetz** geht weiter – eine erste Einschätzung des vorgelegten Entwurfs von Ulla Schmidt finden Sie gleich im Anschluss an dieses Editorial. Weitere Artikel in der Rubrik Gesundheits- und Berufspolitisches: Der Umsetzung von „EU-Richtlinien“ in „Nationales Recht“ kam die Bundesregierung mit den Gesetzen zur **Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung** und zur **Anerkennung der Heilberufe** nach. Zum aktuellen **Gesundheitsreport 2007**, der kurz vor Redaktionsschluss von der GEK vorgelegt wurde, nehmen wir kurz Stellung.

Die **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Depression**, die im Sinne der AWMF-Klassifikation als S3-Leitlinie ausgearbeitet wurde, soll bis zum Frühjahr 2008 zur Veröffentlichung fertig gestellt werden. **Der 11. Deutsche Psychotherapeutentag** in Mainz hat sich vor allen Dingen mit der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) und der Einführung eines Schwellenkriteriums bei der Zulassung durch den G-BA beschäftigt.

Die niedergelassenen KollegInnen möchten wir auf die Berichte zum **EBM 2008**, zum **PKV-Standardtarif in der psychotherapeutischen Praxis**, die **Rechtssprechung in der Kosten-erstattung** sowie die **Umfrage zu ihren Praxiskosten 2007** aufmerksam machen. Immer häufiger wenden sich einzelne Personen oder auch Berufsgruppen an den Petitionsausschuss, um auf persönliche und strukturelle Benachteiligung hinzuweisen. Ferner finden Sie zwei Tagungsberichte, **umfangreiche Landes- und Kammerberichte**, einige Kurzinfos und Termine.

Wir hoffen, Sie zahlreich in Berlin auf dem Kongress und bei der Mitgliederversammlung begrüßen zu können.

Ihnen allen eine schöne und angenehme Vorweihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr wünschen

Waltraud Deubert Katja Kühlmeyer Heiner Vogel

Gesundheits- und Berufspolitisches

Ulla Schmidt legt Entwurf für Präventionsgesetz vor – Ergänzung zu unserem Bericht „Zweiter Anlauf für ein Präventionsgesetz“ in dieser VPP (4/2007)

Ulla Schmidt (Bundesgesundheitsministerin) hat trotz Uneinigkeit in der Koalition und dem Abbruch der Gespräche zwischen den Fachpolitikern von SPD und Union einen Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt. Der Entwurf wurde am 28.11.07 den zuständigen Ministerien, den Fraktionen und Verbänden zugeschickt. In dem 40-seitigen Gesetzentwurf ist nicht mehr von der ursprünglich vorgesehenen Bundesstiftung die Rede, stattdessen soll ein nationaler Präventionsrat die Koordination von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen vornehmen.

An der Umsetzung und Finanzierung sollen sich die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, gesetzliche Renten- und Unfallversicherung sowie die Pflegeversicherung beteiligen. Sie bilden gemeinsam den Präventionsrat, der verbindliche Präventionsziele beschließen und Qualitätsanforderungen formulieren sowie bundesweite Aufklärungskampagnen anstoßen soll. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände erhalten einen Sitz im Präventionsrat. Auch auf Landesebene will Schmidt Präventionsräte einrichten. Eine Mitfinanzierung durch die Arbeitslosenversicherung ist nicht vorgesehen. Der Nationale Präventionsrat wird durch einen Beirat beraten, in dem u. a. auch die Bundespsychotherapeutenkammer vertreten sein wird.

Positiv ist anzumerken, dass der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen zukünftig ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt werden soll. Die körperliche und psychische Gesundheit werden in der Begründung als gleichrangige Ziele von Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten genannt.

Die GesundheitspolitikerInnen der Union lehnen den Referentenentwurf von Ulla Schmidt (SPD) ab, wie bereits zuvor das SPD-Stiftungsmodell. Zöller (Unionsfraktionsvize) äußerte die Befürchtung, dass die Länder sich für ihre jeweiligen Präventionsprogramme aus den Mitteln der Sozialversicherung bedienen und gleichzeitig ihre Ausgaben für diesen Bereich zurückfahren. Außerdem ist die Union gegen den Einbezug der privaten Krankenversicherung. Die Ablehnung wird mit grundsätzlichen sozialrechtlichen Erwägungen begründet. Privatkassen hätten nämlich keine sozialstaatlichen Aufgaben (sind ja per definitionem außerhalb des GKV-Systems) und könnten daher auch nicht für gesamtgesellschaftliche Aufgaben herangezogen werden.

Die SPD dagegen betont, dass der Entwurf in Inhalt und Geist dem entspricht, was im Koalitionsvertrag verabredet worden sei. Man darf gespannt sein, wer sich durchsetzt!

Waltraud Deubert

Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Depression“ – Es ist (fast) geschafft

Am Mittwoch, dem 26.9.2007, war es so weit. Die 12. und vorletzte Sitzung der Leitlinienkonsensgruppe fand in Frankfurt am Main statt. Die vorletzte deshalb, weil am 4.12. noch ein allerletzter Termin zur Endabstimmung vorgesehen war. Danach ging der Entwurf in die Peer-Review-Phase, in der die Verbände und Gruppierungen, die in der Konsensrunde nicht mit dabei waren, um ihre Stellungnahmen und Meinungen gebeten wurden, sodass die vollständige Leitlinie dann bis zum Frühjahr 2008 zur Veröffentlichung fertig gestellt werden soll.

Jetzt scheint uns der Zeitpunkt gekommen, einen Rückblick auf die zwei Jahre intensiver Beratungsarbeit zu wagen. Die VertreterInnen der Berufs- und Fachverbände der Psychologischen PsychotherapeutInnen, der Hausärzte, der Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik, Klinikchefärzte, Hochschulprofessoren und PatientenvertreterInnen – um nur einige zu nennen – haben ihr Wissen über eine wirksame Depressionsbehandlung eingebracht und über eine verbindliche Leitlinie zur Behandlung der unipolaren Depression intensivst beraten. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Rainer Richter, war in der Steuerungs- und Konsensrunde mit Rede - aber ohne Stimmrecht - dabei. Eine Freiburger Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Martin Härter und Prof. Mathias Berger hat die Redaktion der Texte und Entwürfe zur Leitlinie übernommen. Die DGVT wurde von Prof. Thomas Heidenreich und Rudi Merod bei den Treffen der Konsensgruppe vertreten.

Manche Hürde musste genommen werden um bei den unterschiedlichen Standpunkten eine Einigung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zu erreichen. Konfliktlinien waren u.a.

- Medikamentöse Behandlungen versus Psychotherapie
- Stationäre Behandlung versus ambulante Therapie
- Verhaltenstherapie versus Psychoanalyse bzw. psychodynamische Psychotherapie
- Der Begriff der Wissenschaftlichkeit

– Welche Studien sollten einbezogen werden

Obwohl verschiedene Themen, wie z.B. Qualitätsindikatoren, Kostenstruktur und Versorgungscoordination noch nicht bearbeitet wurden, hat man sich für eine vorläufige Endversion der Leitlinie entschieden. Der Konsensusprozess soll abgeschlossen bleiben und die beteiligten Verbände sollen Veränderungen möglichst nur zur Beschreibung der Leitlinie, d.h. zur Langfassung, einbringen.

Es wird sich zeigen, wie lange die Leitlinie in der derzeitigen Fassung Bestand hat und wie weit sie tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung bewirkt.

Waltraud Deubert

Gesetz über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom Bundesrat verabschiedet

Mit der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates der EU über die Anerkennung von Berufsqualifikationen wurde die Anerkennung von Berufsqualifikationen, die in den Mitgliedstaaten der EU erworben wurden, am 7.9.05 neu geregelt.

Die Richtlinie gilt für alle Beschäftigten und Selbständigen, die in einem anderen EU-Mitgliedsstaat einen Beruf ausüben wollen, der durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an eine bestimmte Qualifikation gebunden ist. Berufliche Qualifikationen werden danach von den Mitgliedsstaaten grundsätzlich gegenseitig anerkannt; allerdings kann bei deutlichem Unterschreiten der geforderten Qualifikation ein „Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung verlangt werden. Für die Ausübung des Berufes in einem anderen Mitgliedsland der EU gilt das Bestimmungslandprinzip. Diese Berufsanerkennungsrichtlinie musste in allen EU-Staaten bis Oktober 2007 umgesetzt werden.

In Deutschland erfolgte die Umsetzung erst am 20.9.07, nachdem der Bundestag den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf angenommen hat (Drucksache 16/5385). Damit erkennt auch Deutschland die Ausbildungen anderer Mitgliedsstaaten bei Heilberufen an, die o. g. EU-Richtlinie wurde in nationales Recht umgesetzt. Es werden nun Heilberufe, für deren Ausbildung der Bund zuständig ist (dies sind u. a. Psychotherapeuten-, Arzt-, Apotheker-, Physiotherapeuten- und Pflegeberufe) anerkannt.

Geändert und/oder ergänzt werden mussten dadurch auch z. B. die Approbationsordnung für Ärzte, das Psychotherapeutengesetz, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die entsprechenden Verordnungen und Gesetze der anderen betroffenen Heil- und Pflegeberufe.

Neben der Niederlassungsfreiheit sollen dadurch größere Freiheiten der Dienstleistungserbringung geschaffen werden und Hindernisse für den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr zwischen den Mitgliedstaaten bei Selbständigen und abhängig Beschäftigten beseitigt werden. Trotzdem bleibt der Patientenschutz gewahrt, da bei erstmaliger Dienstleistungserbringung die Qualifikation der Leistungserbringer in den Berufen nachgewiesen werden muss und wie bereits oben erwähnt kann bei deutlichem Unterschreiten der geforderten Qualifikation ein „Anpassungslehrgang“ oder eine Eignungsprüfung verlangt werden.

Alle Änderungen können im Detail auf der Homepage beim BMG nachgelesen werden unter www.bmg.bund.de/Gesetze undVerordnungen/Gesundheitsberufe.

Waltraud Deubert

Was hat das Ausbleiben der Storche in Norddeutschland mit dem Geburten- rückgang in den letzten Jahrzehnten zu tun?

oder:

Die Gmünder Ersatzkasse legt ihren Gesundheitsbericht 2007 vor!

Kurz vor Redaktionsschluss der Rosa Beilage legte die Gmünder Ersatzkasse (GEK) ihren Gesundheitsbericht 2007 mit dem Schwerpunktthema Psychotherapie vor. Hier wurden insbesondere die Daten über das ärztliche Inanspruchnahmeverhalten personenbezogen mit den Daten über Beantragung und Durchführung ambulanter Psychotherapien in Verbindung gebracht und es wurden weitreichende Schlussfolgerungen auf die Wirksamkeit von Psychotherapien gezogen (speziell Kurzzeittherapien) – Zitat aus der Pressemeldung der GEK: „Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2006 nahm die Zahl der ambulant Behandelten in der Psychotherapie um 61 Prozent zu. Dabei“, so der Report weiter, „zeigen die Daten der GEK für die ambulante Kurzzeitpsychotherapie keine deutlich nachweisbaren positiven Wirkungen.“

Gesundheitsberichte der Krankenkassen sind aktuell und sie sind sinnvoll, denn ohne Frage lassen sich auf der Grundlage von Routinedaten zahlreiche Fragen über Versorgung von, über Inanspruchnahmeverhalten und epidemiologische Kennziffern untersuchen. Jedoch ist es angezeigt und wichtig, bei der Interpretation der Ergebnisse mit großer Umsicht vorzugehen. Die Lancierung der Studie durch die GEK weckt jedoch große Zweifel, ob hier die nötige Umsicht und Sorgfalt verwendet wurde. Zahlreiche Fragen lassen sich bereits auf den ersten Blick an die Studie (bzw. die Forschergruppe) richten. Ist die Anzahl der Arztbesuche das richtige Kriterium für eine erfolgreiche Psychotherapie? Ist es sachgerecht, Psychotherapiepatienten hinsichtlich ihrer Behandlungsverläufe mit Normal-Versicherten (in der Regel ohne psychische Störungen und damit ohne Psychotherapie) zu vergleichen? Ist es angemessen, jegliche Form von Kurzzeitpsychotherapie, unabhängig von Diagnose, Verfahren oder Behandlergruppe unterschiedslos als gemeinsame Gruppe zu interpretieren? Fragen über Fragen, die hier nur angedeutet werden sollen und sicher geeignet sind, eine ausführliche kritische Diskussion einzuleiten. **Hierzu möchten wir ausdrücklich aufrufen.**

Im Prinzip sind Auswertungen wie die von der GEK wünschenswert, denn sie zeigen eine Fülle von Untersuchungsmöglichkeiten auf. Sie bieten sicher auch die Chance, zukünftige Datensätze so anzulegen bzw. auszuwerten, dass Zweifel an Fehlinterpretationen von vorneherein ausgeschlossen sind. Man darf gespannt sein, ob und wann vergleichbare Untersuchungen auch über die Behandlungseffekte anderer Fachgruppen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung umgesetzt werden.

Die Studie kann heruntergeladen werden unter: www.gek.de/presse/studien/index.html

Heiner Vogel, Würzburg

Vorratsdatenspeicherung: Der Staat nimmt Einsicht in das Kommunikationsverhalten seiner Bürger

Mit dem Gesetz zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung (BT-Dr. 16/5846) gelang es der Regierungsfraktion die staatlichen Befugnisse in der Strafverfolgungspraxis zu erweitern. So sollen mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1.1.08 die Verkehrsdaten von Telefonverbindungen (im Umfang der Einzelverbindungsanzeige auf Telefonrechnungen), die Internetverbindungen (IP-Adressen der Inhalte und des Abrufenden) sowie Email-Verkehr und SMS-Nachrichten für ein halbes Jahr ohne konkreten Verdacht auf Vorrat gespeichert werden.

Anstoß für die Gesetzesinitiative war die Umsetzung der EU-Richtlinien zur Vorratsdatenspeicherung, nach denen Telekommunikationsanbieter die anfallenden Verkehrsdaten und Rufnummern für sechs Monate speichern müssen, um sie an öffentliche Stellen auf Anforderung herausgeben zu können. Ein Anlass für die Änderung seien darüber hinaus die technischen Neuerungen in der Kommunikation und Schwierigkeiten in der bisherigen Strafverfolgung gewesen.

Das Gesetz lässt wenige Einschränkungen der Überwachung zu. Hinsichtlich der Gestaltung des Zeugnisverweigerungsrechtes wurden einige Änderungen eingebracht, die vor allem Journalisten und ihre Mandanten schützen sollen. Darüber hinaus rechtfertigen nur strafrechtliche Gründe eine Herausgabe der Daten. Erhalten dürfen diese Daten Polizei, Staatsanwaltschaft, Nachrichtendienste und ausländische Staaten. Ein zivilrechtlicher Auskunftsanspruch wurde nicht aufgenommen.

Das Gesetz führte zu viel Unmut unter den Bürgen. Zahlreiche Initiativen von Vereinen, Verbänden und Ortskreisen laufen beim „Arbeitskreis (AK) Vorratsdatenspeicherung“ zusammen. Er hat sich gebildet um gegen das Überwachungsgesetz vorzugehen. Mehrere Ärzteverbände haben sich bereits in dem Arbeitskreis engagiert, um gegen die Missachtung des Arztgeheimnisses vorzugehen. Tritt das Gesetz wie geplant zum Jahresbeginn in Kraft, will der Arbeitskreis eine Sammel-Verfassungsklage einreichen.

Es besteht die Gefahr, dass sich in seelischer Not befindende Menschen nicht mehr an Psychotherapeuten wenden, weil sie Angst haben müssen, dass ihr Anruf oder ihre Email ein halbes Jahr zurückverfolgt werden könnte. Denn die heimliche Überwachung der Kommunikation mit Psychotherapeuten wurde nicht ausgesetzt, im Gegensatz zu der Telefonüberwachung von Geistlichen.

Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts hätten die Gespräche mit Geistlichen einen „höchstpersönlichen Charakter“. Sie umfassten den Kernbereich privater Lebensgestaltung, der sogar bei der Verfolgung schwerer Straftaten vor verdeckter Ermittlung zu schützen sei (1BvR 668/04, 2 BvR 308/04, 2 BvR 2099/04). Dieser Bereich umfasst die Kommunikation über innerste Gefühle, Ansichten und Erlebnisse höchstpersönlicher Art. Durch eine Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und in einer Resolution des Deutschen Psychotherapeutentags (DPT) will die BPtK auf diesen Missstand Einfluss nehmen. Die Telekommunikation mit Psychotherapeuten berühre den Kernbereich der privaten Lebensgestaltung und sei unbedingt vor Überwachung zu schützen. Durch die Benutzung von Pauschaltarifen kann eine Speicherung bisher gänzlich vermieden werden.

Katja Kühlmeyer

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Regionale MV in Stuttgart: Erster PiA als Landessprecher gewählt

Die **regionale Mitgliederversammlung** der DGVT-Landesgruppe fand am 21.9.07 in Stuttgart statt. Ein Diskussionspunkt war die geplante Änderung der Umlageordnung der Kammer. Vertreten waren die Kammerdelegierten Günter Ruggaber, Jürgen Pitzing und Renate Hannak-Zeltner. Im August wurde von den Landessprechern und der Geschäftsstelle der DGVT dazu eine Umfrage unter dem Titel „**Blitzlicht BaWü**“ verschickt, die dankenswerterweise von vielen approbierten DGVT-Mitgliedern beantwortet wurde. Katja Kühlmeyer aus der DGVT-Geschäftsstelle stellte die vorläufigen Ergebnisse vor. Eine eindeutige Aussage zugunsten eines Beitragsmodells konnte nicht getroffen werden. Die Ergebnisse werden in dieser Rosa Beilage im Anschluss an diesen Landesbericht ausführlich dargestellt.

Die Neuwahl der LandessprecherInnen stand ebenfalls an: Gewählt wurden Renate Hannak-Zeltner und **Kai-Uwe Jörß**. Mit Letzterem konnte ein Psychotherapeut in Ausbildung (**PiA**) für die ehrenamtliche Mitarbeit gewonnen werden, der die jüngeren und in Psychotherapieausbildung befindlichen Mitglieder aus eigener Erfahrung kennt.

Die **Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer** fand am 13.10.07 statt.

Anlässlich der jährlichen **Wirtschaftsprüfung** der LPK-BW waren Unregelmäßigkeiten in der Buchhaltung der Kammer festgestellt worden, die sich auf eine bei der Kammer angestellte Person mit Zugriffsmöglichkeiten in der Buchhaltung zurückführen ließen. Um größeren Schaden von der Kammer abzuwenden, übernahm Renate Hannak-Zeltner die politische Verantwortung und kündigte ihren **Rücktritt vom Vorstandsamt** der Rechnungsführerin in der LPK-BW an. Dieser Schritt hat bei der Kammerversammlung für großen Respekt gesorgt, zumal Wirtschaftsprüfer und Vorstandskollegen nochmals ausdrücklich deutlich gemacht haben, dass eine persönliche Verantwortung der Rechnungsführerin ausgeschlossen werden kann.

Auf Wunsch der Vertreterversammlung wird sie ihr Amt noch bis zur nächsten VV im März 2008 kommissarisch ausüben, erst dann kann eine Neuwahl stattfinden. Eine strukturelle Neuregelung steht aus diesem Anlass ebenfalls an: So kann eine Haushalts- und Kassenordnung zwar nicht alle Verfehlungen verhindern, aber doch für klare Strukturen im Finanzbereich sorgen. Für die Gründungsphase der LPK-BW waren die einfachen Standards verständlich. Nun ist der Zeitpunkt erreicht, in dem vorliegende Regelungen systematisch auf den Prüfstand gestellt werden müssen und in Form einer Haushalts- und Kassenordnung verbindlich verabschiedet werden sollten. Diese Ordnung ist nun bis zur nächsten VV angekündigt.

Uns als DGVT-Vertretern in der Kammer war die „**schlanke Kammer**“ ein Anliegen. Für das Jahr 2006 sah die Bilanz nicht schlecht aus: Nach einem Minus im Jahr 2005 ergab der Jahresabschluss 2006 einen deutlich über dem Plan liegenden Jahresüberschuss und die prozentuale Rücklage erreichte wieder das vorgeschriebene Minimum. Für 2007 wurde von der Rechnungsführerin ein ausgeglichener Haushalt prognostiziert, vorbehaltlich weiterer Erkenntnisse (siehe unten). Dennoch wurde mit den Stimmen unserer Liste (Psychotherapeutenbündnis) eine **Beitragserrhöhung** von 320 Euro **um 40 Euro** auf 360 Euro pro Mitglied beschlossen. Die **bestehende Beitragsordnung** mit dem Regelbeitrag für alle wurde **beibehalten**. Zuvor war nach kontroverser Diskussion eine Assistenzstelle für eine ebenfalls neu eingerichtete Geschäftsführerstelle beschlossen worden. Da auch die Beiträge zur BPTK pro

Mitglied um 9 Euro im nächsten Jahr erhöht werden und einige Projekte von Seiten des Vorstandes geplant sind, mussten diese Aufwendungen gegenfinanziert werden. Eine vorgesehene Änderung der Umlageordnung wurde aus Zeitgründen nicht behandelt.

Kommentar zur Umlageordnung (Beitragsordnung)

Zwei Modelle lagen vor, ein Modell wurde vom Haushaltsausschuss erarbeitet, ein weiteres Modell war von Vertretern einer Liste eingebracht worden. Beide Modelle sollten soziale Aspekte besser berücksichtigen als das derzeitige Modell mit Einheitsbeitrag, entweder sollten Reduktionsmöglichkeiten für Geringverdiener eingeführt werden (z.B. Reduktion auf 60 % des Mitgliederbeitrages bei einem Jahreseinkommen unter 23.520 Euro), oder die Mitgliedsbeiträge sollten direkt proportional zum Verdienst aus psychotherapeutischer Tätigkeit erhoben werden.

Die Vertagung der Änderungsanträge zur Umlageordnung ist für Geringverdiener unter den Kammermitgliedern besonders schmerzlich. Nach der jetzt beibehaltenen Umlageordnung zahlt z.B. ein Mitglied mit einem Jahreseinkommen von 20.000 Euro genau den gleichen Beitrag von 360 Euro wie jemand mit vollem Verdienst. Auch ein Antrag für geringere Mitgliedsbeiträge bei Angestellten wurde nicht behandelt, ebenfalls aus Zeitgründen. In anderen Psychotherapeutenkammern wurden die Belange dieser Kammermitglieder bereits weit reichend berücksichtigt, entweder durch Beschlüsse der Vertreterversammlungen, Vorgaben aus dem Ministerium oder auch durch erfolgreiche Klagen vor Verwaltungsgerichten. Seit dem Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Rheinland-Pfalz, in dem der hälftige Beitrag einer Halbtagsangestellten für rechtens erklärt wurde, haben einige Kammern von sich aus dieses Urteil bei Änderungen berücksichtigt. In BAWÜ wurde die eigentlich erforderliche Anpassung der Umlageordnung wieder vertagt! Alles in Allem sind die Ergebnisse der letzten Vertreterversammlung der Kammer für uns nicht befriedigend.

Weitere Informationen: <http://www.lpk-bw.de/>

Kai Uwe Jörß, Renate Hannak-Zeltner

Kontakt: baden-wuerttemberg@dgvt.de

Blitzlicht Baden-Württemberg

Schon lange ist eine **Änderung der Beitragsordnung** der Landespsychotherapeutenkammer (LPK-BW) im Gespräch und nach langer Vorbereitung sollte im Oktober 2007 in der Kammerversammlung eine Entscheidung gefällt werden. Die LandessprecherInnen BaWü starteten deshalb im August 2007 eine Mitgliederbefragung zur DGVT-internen Meinungserkundung.

Der als „**Blitzlicht BaWü**“ an alle DGVT-Mitglieder in Baden-Württemberg (ca. 470 Personen), versandte **Fragebogen** speziell für die Mitglieder der LPK-BW (schätzungsweise 270 Approbierte) ist nun ausgewertet.

Immerhin 47 Mitglieder der DGVT, die auch Kammermitglieder sind, haben an der Befragung teilgenommen. Der Rücklauf, bezogen auf die angeschriebenen approbierten Psychotherapeuten, liegt bei ca. 17 %. Die **Stichprobe** hat ein Durchschnittsalter von 53 Jahren (was etwa dem Durchschnittsalter der Berufsgruppe bundesweit entspricht). Es antworteten jedoch mehr Männer (N=30) als Frauen (N=17). Es antworteten 42 Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und 12 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP), davon sind 7 PsychotherapeutInnen doppelt approbiert. Die meisten Befragten gaben an, in Vollzeit zu arbeiten (N=41). Im Angestelltenverhältnis (inklusive Honorarkräfte in Institutionen) arbeiten 31 Personen und als Niedergelassene mit und ohne KV-Zulassung arbeiteten 26 Personen (eine Doppelnennung war möglich). Ein Großteil der Befragten (N=37) hat sich zum Jahreseinkommen geäußert. Dieses lag im Schnitt bei 57.000 Euro Jahresbrutto. Nur 3 Personen gaben

an, weniger als 30.000 Euro zu verdienen. Nur 1 Person lag in dem Bereich, der aktuell als Besondere Härte eine Beitragsreduktion ermöglicht (< 13.000 Euro). Immerhin 14 Personen gaben an, mehr als 61.000 Euro zu verdienen.

1. Beitragsgestaltung: Welche Beitragsordnung befürworten Sie?

Die Befragten konnten sich äußern, ob sie eher einen Einheitsbeitrag für alle Mitglieder, einen gestaffelten Beitrag nach Einkommenshöhe oder zwei Beitragsstufen – für Angestellte und Niedergelassene befürworten.

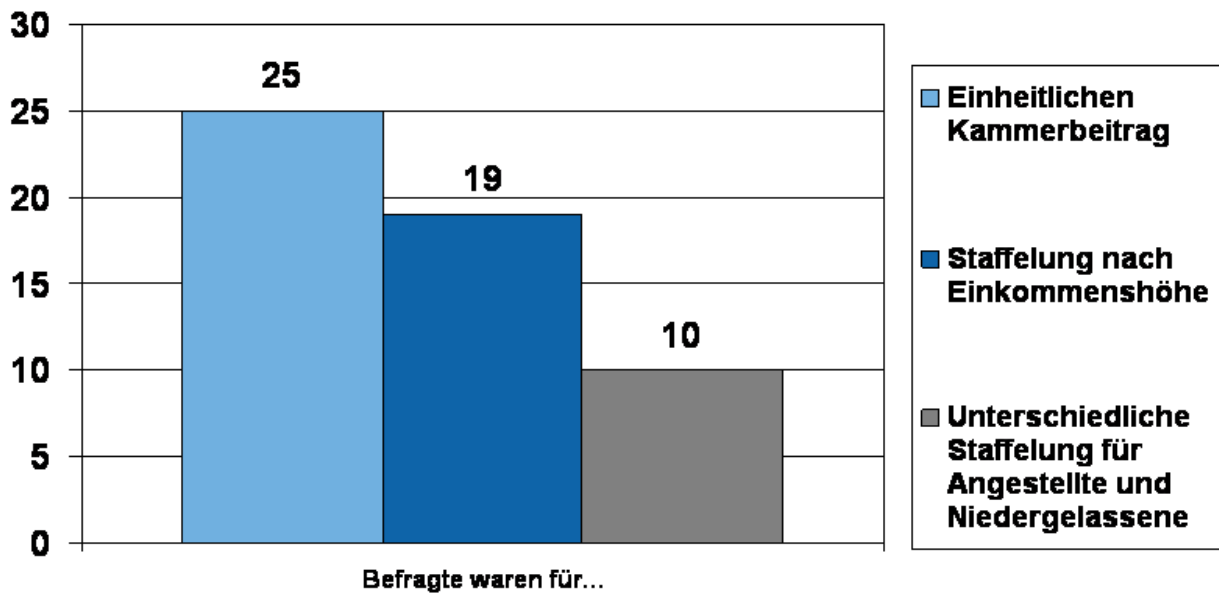


Abb. 1: Beitragsgestaltung

Eine Mehrfachnennung (auch sich widersprechender Alternativen) war möglich. Die Ergebnisse sind in der Abbildung 1 abgebildet.

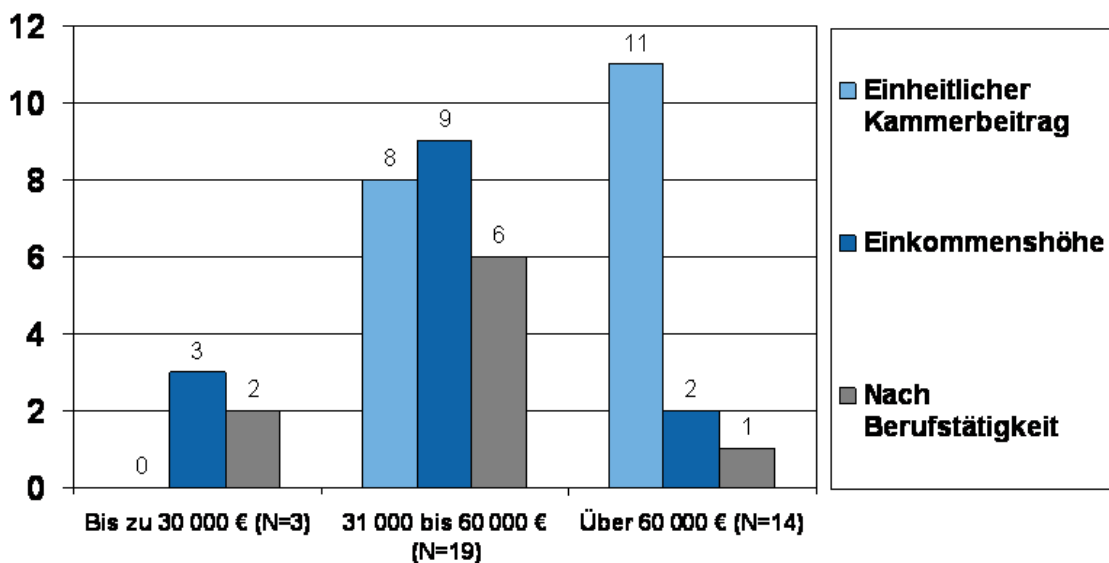


Abb. 2: Beitragsgestaltung nach Einkommen

Insgesamt waren die wenigsten für eine unterschiedliche Beitragshöhe für Angestellte und Niedergelassene.

Für die Staffelung des Kammerbeitrags nach Einkommenshöhe sprachen sich immerhin 19 Mitglieder aus. Die Mehrheit stimmte für einen einheitlichen Kammerbeitrag.

Wir haben eine Auswertung der Präferenzen bei der **Beitragsgestaltung nach Einkommen** vorgenommen. Es wurden nach Augenschein drei Gruppen gebildet, die Gruppe der „Geringverdiener“ (weniger als 30 000 Euro Jahreseinkommen, N=3), Die Gruppe der „Normalverdiener“ (zwischen 30 000 und 60 000 Euro, N=19) und die Gruppe der „Besserverdiener“ (mehr als 61 000 Euro, N=14). Die Ergebnisse entnehmen Sie Abbildung 2.

Deutlich wird, dass alle Personen mit geringem Einkommen eine Beitragsgestaltung nach Einkommenshöhe wünschen, während die deutliche Mehrheit der „Besserverdienenden“ sich für den Einheitsbeitrag ausspricht. Die „Normalverdiener“ sind unentschlossen.

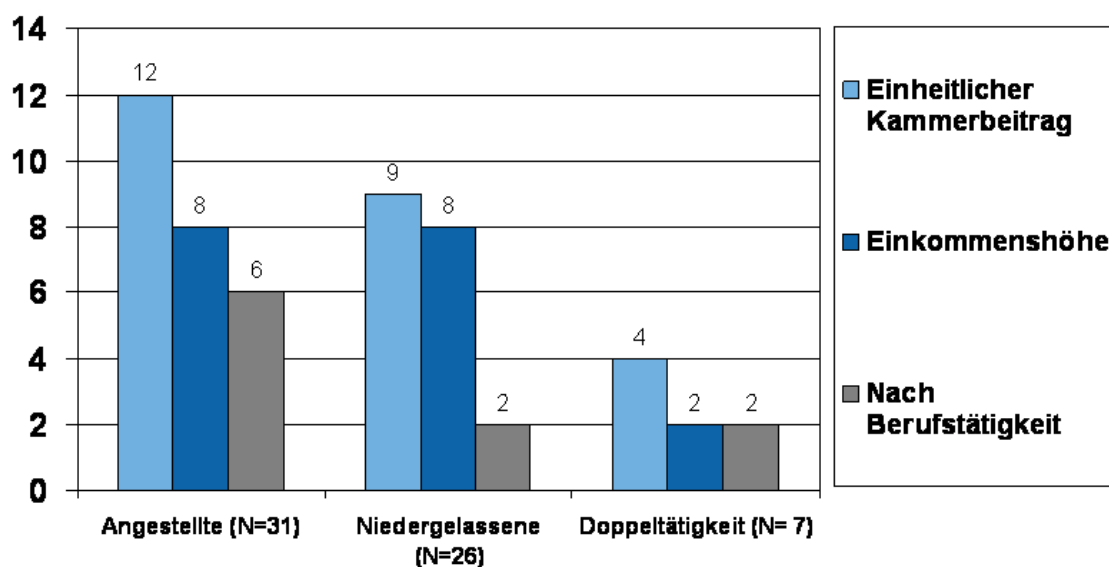


Abb. 3: Beitragsgestaltung nach Beschäftigungsverhältnis

Im Folgenden wurde eine Auswertung nach Art des Beschäftigungsverhältnisses vorgenommen. Für Angestellte kommt eher eine unterschiedliche Beitragshöhe nach Berufstätigkeit in Frage als für Niedergelassene. Es ist davon auszugehen, dass sich Angestellte eher einen Vorteil von so einer Regelung versprechen, z.B. mit der Begründung, dass Niedergelassene die Kammer mehr in Anspruch nehmen würden. Es gibt allerdings auch Diskussionen, die Angestellten mehr zu belasten, z.B. indem man die Sozialabgaben des Arbeitnehmers in die Einkommensberechnungen mit einbezieht.

Die ersten Ergebnisse wurden bei der Regionalen Mitgliederversammlung im September 2007 den Teilnehmern vorgestellt. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass durch die Mehrfachnennungen unscharf bliebe, wie viele Personen für eine **Beitragsstaffelung** in irgendeiner Form seien. So wurden beide Antwortalternativen (Staffelung nach Einkommenshöhe und nach den Kategorien Angestellte/Niedergelassene) zusammengefasst und die sich widersprechenden Meinungsäußerungen aus der Auswertung herausgenommen. Abbildung 4 gibt Aufschluss über das Ergebnis.

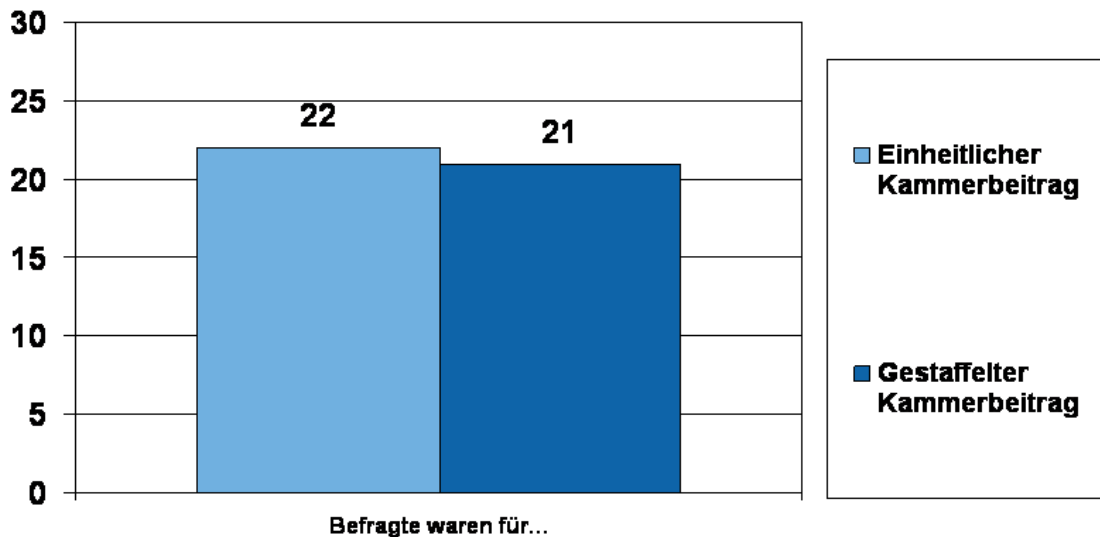


Abb. 4: Beitragsordnung: Für oder gegen den Einheitsbeitrag

Die Hälfte der Mitglieder wünscht einen Regelbeitrag, die andere Hälfte bevorzugt eine Anpassung an Einkommen oder Berufstätigkeit. Die Wünsche an die Beitragsregelung zeigen, dass kein Modell auf überwiegende Zustimmung stößt. Das Ergebnis spiegelt das **Dilemma** wieder, in dem sich auch die Politischen Vertreter der DGVT befinden. Jede Votierung für die eine Lösung, erzeugt ebenso viele unzufriedene Personen, wie die Befürwortung der anderen Lösung.

2. Aufgaben der Kammer: Was für eine Kammer möchten Sie?

Die Gelegenheit einer regionalen Mitgliederbefragung wurde genutzt, um die Erwartungshaltung der DGVT-Mitglieder an die Kammer zu erfassen. Organisationen tendieren zu Wachstum und Ausdehnung. In einigen Landeskammern für Psychotherapeuten ist eine Aufgabenausweitung zu beobachten, so auch in der baden-württembergischen Landeskammer. Entspricht diese Entwicklung auch den Vorstellungen der DGVT-Mitglieder in der Kammer?

Welche Aufgaben der Psychotherapeutenkammern sind Ihnen besonders wichtig?

- **Berufspolitische Vertretung** oder Interessensvertretung ist mehr als der Hälfte der Befragten wichtig (N=28).
- Rund um **Fortbildungen** benennen die Befragten, die Zertifizierung (N=5), die Registrierung der Fortbildungspunkte (N=1) und das Angebot von Fortbildungsveranstaltungen (N=6).
- Viele Befragte nennen **Serviceleistungen**, wie eine juristische Beratung (N=10).

Es werden darüber hinaus eine Vielzahl von **differenzierten Wünschen** und Ansprüchen an die Landeskammer genannt, z.B. „**Schutz vor Anwürfen von Außen** nicht nur von Ärzten sondern von Patienten.“ „Nicht nur kontrollieren sondern **steuern und lenken**.“ „Die Interessen als unabhängige Psychotherapeuten schützen“ und „**Methodenvielfalt** zulassen!“.

Was möchten Sie uns für die weitere Kammerarbeit mit auf den Weg geben?

Hier wurde zum großen Teil mit anderen Kommentaren geantwortet.

- Explizit benannt wurde der **Abbau von Bürokratie** (N=5) und die **Reduktion des Kammerbeitrags** (N=6) (Zitat „*small is beautiful*“).
- Es wurde zur **Kooperation** mit und **Offenheit** gegenüber anderen (z.B. Psychotherapeuteschulen, Berufsgruppen) aufgefordert (N=3).
- Die Anliegen der Angestellten sollten stärker berücksichtigt werden (N=5).
- Darüber hinaus wurden eine Reihe von **Einzelanliegen** kommuniziert, die zum Teil die eigene berufliche Situation betrafen: z.B. **Kostenerstattung**, **Zulassung** von Psychotherapeuten in die Kassenärztliche Versorgung (N=3), Änderung der **Richtlinienpsychotherapie**, Master-Abschluss als Zulassung für die **KJP**, bei der **Beitragsbemessung** nicht das Gehalt des Partners hinzuziehen, Anerkennung der **Gesprächspsychotherapie** und **Neuropsychologie**, Reallohnverlust, da **Beiträge steigen** und **Honorare** sinken.
- Die Kammer sollte stärker in der **Öffentlichkeit** präsent sein (N=2).
- Immerhin 3 Personen nutzten die Gelegenheit, die **DGVT** zu **loben** und ihr gute Wünsche mit auf den Weg zu geben.

Das Ergebnis zeigt, dass die DGVT-Mitglieder **differenzierte Wünsche** und Ansprüche an ihre Psychotherapeutenkammer haben. Die Mitglieder wünschen eine Kammer, die ihre Interessen in der Öffentlichkeit vertritt und sie in ihrer Arbeit (unbürokratisch) unterstützt. Die Wünsche gehen in Richtung Offenheit der Kammer für andere Psychotherapierichtungen und Methodenvielfalt - *keine Kontrolle, sondern Angebote an die Mitglieder*. Gleichzeitig fordern sie geringere Beiträge von ihren Pflichtmitgliedern.

Unproblematisch ist der Begriff der Interessenvertretung jedoch nicht, darunter können mannigfaltige Aktivitäten subsumiert werden. Wenn wir dem Expansionsstreben und damit auch dem Streben nach Beitragserhöhung Einhalt gebieten wollten, sollten wir uns Gedanken machen, in welcher Form wir eine Interessenvertretung sinnvoll finden. Die Worthülse sollte mit Inhalt gefüllt werden.

Grenzen der Übertragbarkeit, Ausblick

Wenn wir die Sozioökonomischen Daten der Befragung betrachten, können wir die Ergebnisse nicht auf die gesamten Mitglieder der LPK-BW übertragen. Die Männer sind überrepräsentiert. Sie interessieren sich womöglich mehr für Berufspolitik als die Frauen.

Andererseits kann angenommen werden, dass sich eher Personen auf die Befragung gemeldet haben, die zu den „Besserverdienern“ zählen, was womöglich auch auf Männer zutrifft. Vielleicht wurde hier versucht, die mit einer Beitragsstaffelung verbundene Mehrbelastung für Besserverdiener abzuwenden.

Die Antworten der Befragten sind eher durch persönliche Interessen geleitet. Wir nahmen an, dass viele DGVT-Mitglieder sich eher für soziale Gerechtigkeit einsetzen, als ihren eigenen Vorteil zu suchen.

Über die Selbstverwaltung sind Berufsgruppen in der Lage, ihre ureigenen Interessen direkt einzubringen. Das Modell einer selbstverwalteten Körperschaft, wie es die Kammern generell sind, hat die demokratische Legitimierung. Sofern es eine Vertreterversammlung allerdings nicht schafft, übergeordnete gerechte Beitragslösungen zu finden, zeigt sich die Kehrseite von Mehrheitsentscheidungen zugunsten der eigenen Interessenlage.

Die Frage der Beitragsgerechtigkeit stellt sich gerade deshalb so dringend, da für die Berufsgruppen eine Zwangsmitgliedschaft besteht und Kammerbeiträge den Einzelnen nicht über

Gebühr belasten dürfen. Die Beitragsstaffelung wurde nicht in der Kammerversammlung im Oktober 2007 entschieden, sondern aus Zeitnot auf die nächste Sitzung vertagt. Unser Blitzlicht erweckt den Eindruck, dass mit diesem Vorhaben genau so viele Mitglieder zufrieden wie unzufrieden gemacht werden können.

Renate Hannak-Zeltner
(Landessprecherin)

Unterstützung bei der Fragebogenauswertung:
Belgin Canbay, Katja Kühlmeyer (DGVT Geschäftsstelle)

Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg

In der Rosa Beilage zur VPP 3/2007 haben wir über die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) in Baden-Württemberg berichtet. Die DGVT hat sich direkt und in der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg für eine Aufnahme der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Gesetzestext und für weitere Präzisierungen eingesetzt. Der Brief an den Sozialausschuss und alle darin vertretenen Fraktionen wurde in der Rosa Beilage abgedruckt.

Die gemeinsamen Bemühungen des DGVT-Vorstands, der LandessprecherInnen und einzelner engagierter Mitglieder hatten leider nur teilweise Erfolg. Unsere Änderungsvorschläge lagen den Delegierten des Sozialausschusses bei der Sitzung vor. Die SPD-Landtagsfraktion hat Änderungsanträge eingebracht, in denen sie einen Teil unserer Anregungen aufgegriffen hatte. Sie machte deutlich, dass sie dem Sachverhalt Rechnung tragen wolle, dass mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) die nichtärztlichen Psychotherapeuten den ärztlichen Psychotherapeuten gleichzustellen seien. Die Fraktion der Grünen hat diesen Antrag unterstützt.

Leider hat die Regierungsfraktion die Änderungsanträge der SPD-Fraktion abgelehnt. Sie hätte die Ablehnung damit begründet, dass andere in Krankenhäusern tätige Berufsgruppen auch keine Berücksichtigung im Gesetz finden würden.

Diese Haltung kommt nicht der Gleichstellung der PP und KJP mit den Ärzten nach, sondern degradiert die PP und KJP eben zu „sonstigen Berufsgruppen in Kliniken“.

Im Nachgang können Sie den Brief der Abgeordneten Mielich an die DGVT lesen. Sie ist für die Grünen im Sozialausschuss und hat uns zugesichert, unser Anliegen im Auge weiter zu verfolgen und für Gespräche mit unseren Vertretern zur Verfügung zu stehen.

Katja Kühlmeyer

Abs.: Bärbl Mielich MdL

An die DGVT

Sehr geehrte Frau Kühlmeyer,

vielen Dank für Ihre ausführliche Stellungnahme zum Änderungsgesetz der Krankenhausplanung. Das Gesetz wurde bereits in erster Lesung im Parlament eingebracht, nur kurz beraten und anschließend im Sozialausschuss behandelt.

Die Forderungen der Psychotherapeutenkammer lagen uns zu dem Zeitpunkt vor, die SPD-Fraktion hat entsprechende Änderungsanträge gestellt, die trotz der Unterstützung der grünen Abgeordneten alle abgelehnt wurden.

Ihr Anliegen ist sehr richtig und auch sehr wichtig. Denn letztlich funktioniert die kurze Liegezeit in Krankenhäusern, wie Sie auch schreiben, nur, wenn sie eingebettet ist in ein enges Vor- und Nachsorgekonzept. Der Hebel, doch noch etwas an den Strukturen zu ändern, ist für uns dabei die Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflege im Rahmen eines neuen Einrichtungs- und Dienstrechts. Qualitätssicherung, Kontrolle und Transparenz sind die zentralen Eckpunkte die wir deutlich stärken wollen. Dazu gehört auch die Anerkennung psychosomatischer Ursachenbekämpfung von Krankheiten und ihre qualifizierte Beratung und Begleitung. Vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologischen Betreuung ist dringender Handlungsbedarf angesagt. Die Unterversorgung auch in Baden-Württemberg führt zu nicht hinnehmbar langen Wartezeiten.

Wir werden Ihr Anliegen im Auge behalten, immer wieder einbringen und darauf setzen, dass wir irgendwann die dicken Bretter durchgebohrt haben werden. Viel Diskussionen und Öffentlichkeitsarbeit werden dazu noch nötig sein.

Für die Grüne Landtagsfraktion stehe ich Ihnen gerne für weitere Gespräche und einen Ideenaustausch zur Verfügung.

Schönen Gruß

Bärbl Mielich

Bayern

Im Bereich der KV standen einerseits das Vertragsrechtsänderungsgesetz (VändG), andererseits der EBM 2008 im Fordergrund. Bei **VändG** hat sich gezeigt, dass der Andrang auf **Zweigpraxen** nicht so stark war wie erwartet. Weniger als 10 % der Antragsteller waren Psychotherapeuten. Das war auch nicht anders zu erwarten, da ein wirklicher Nutzen von Filialisierung für Psychotherapeuten nicht erkennbar ist. Problematisch stellt sich die Umsetzung des Gesetzes in Hinblick auf die **halben Praxissitze** dar. Zwar wurden vier solcher Zulassungen Anfang diesen Jahres ausgesprochen, aber seitdem die KBV ihre Umsetzungsrichtlinie beschlossen hat, sieht es wie folgt aus: Wenn jemand einen halben Praxissitz zurückgibt, dann wird dieser nicht wieder ausgeschrieben, sondern geht verloren. Bei einer späteren Übergabe kann nur ein halber Praxissitz veräußert werden. Die Umwandlung eines ganzen Sitzes in zwei halbe Sitze ist nur möglich, wenn der jetzige Praxisinhaber seine Praxis aufgibt. Ein Versuch, seine Praxis aufzugeben, um sich dann mit jemand anderem auf diesen Sitz (im Sinne von zwei halben Sitzen) zu bewerben ist unzulässig. Das heißt also, bei der Aufgabe eines halben Sitzes gehen psychotherapeutische Kassensitze verloren.

Die KV Bayern hat angekündigt, ab dem Quartal 4/2007 mit der Überprüfung der Abrechnungsgewohnheiten zu beginnen. Wer weniger als 20 Therapiestunden in der Woche abrechnet, wird aufgefordert werden, seine Arbeitstätigkeit zu erhöhen bei Androhung des **Entzuges einer halben Zulassung**. Jedem Therapeut wird eine "angemessene" Zeit zur Verfügung stehen, um seine Therapiezahl zu erhöhen. Was ein angemessener Zeitraum darstellt, ist noch nicht ganz klar, wahrscheinlich wird es ein halbes Jahr sein. Diese Regelung wird Auswirkungen auf die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen haben, so dass die Punktwerte für nicht genehmigungspflichtige Leistungen deutlich sinken werden. Inwieweit sich das BSG Urteil über eine "angemessene" Vergütung dieser Leistungen auswirken wird, ist noch nicht abzusehen, da die schriftliche Begründung noch aussteht.

Der **EBM 2008** nimmt Gestalt an, die **Punktezahl** für Psychotherapeutisch Leistungen steigen, es ist aber noch nicht abzusehen, wie die **Punktwerte** aussehen werden. Mit etwas Glück bleibt alles beim Alten. Leider war die Erfassung der "Realen Praxiskosten" nicht so erfolgreich, wie es hätte sein können. Zwar wurden die Praxiskosten von ca. € 25 000 auf knapp € 36 000 erhöht, liegen damit aber insgesamt noch unter dem vor Jahren vom Bundessozialgericht (BSG) postuliertem Wert von € 45 000.

Woran liegt das? Zu vermuten ist, dass die bei der Erfassung beteiligten KollegInnen ihre Praxiskosten unterschätzt haben, beispielsweise Zeiten für das Schreiben von Berichten nicht eingerechnet haben. Es könnte etwa eine halbe Verwaltungskraft damit beauftragt werden. Da diese Befragung alle 2 Jahre wiederholt wird, sollten wir die nächste Erfassung noch besser vorbereiten, beispielsweise indem wir vorab Checkliste erstellen, um Zeiten für bestimmte Leistungen zu erfassen. Das subjektive Empfinden der tatsächlich notwendigen Zeiteinheiten könnte trügen und damit die Praxiskosten fälschlicherweise zu niedrig eingeschätzt werden.

Der bvvp plant eine ergänzende Honorar-Musterklage. Sie betrifft die in den Quartalen 3/06 und 4/06 erstmalig durchgeführte teilweise Anpassung der Honorare an die im EBM 2000 plus gewollten Umverteilungen und Verschiebungen der Honoraranteile. Diese Anpassung bildet die Grundlage für den neuen EBM 2000 plus und diesem geht eine Praxiskostenkalkulation voraus, die auf dem mit STABS (Standardbewertungssystem) ermittelten Durchschnittswert bei den Praxiskosten beruht. Im EBM 2000 plus wird von Praxiskosten im Umfang von nur 24 000 Euro ausgegangen (ein viel zu niedriger Wert, im Vergleich zu der Rechtssprechung des BSG). Die Musterklage wird den gesamten Komplex des neuen EBM und seine Folgen für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen umfassen. Bisher ist unklar, ob sie Aussicht auf Erfolg haben wird.

Rudi Merod, Heiner Vogel, Sonja Stolp

Kontakt: bayern@dgv.de

Hessen

Am 25. Oktober 2007 fand die diesjährige regionale Mitgliederversammlung der DGVT Hessen in Frankfurt statt. In der Diskussion konnte ausgelotet werden, dass es vier Bereiche gibt, zu denen die Mitglieder sich vertiefende Informationen wünschen:

(a) die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch über die Erschwernisse und Erfolge eigener psychologischer Arbeit; (b) Informationen über verhaltenstherapeutische Fortbildungen „vor Ort“, wobei von der DGVT gewünscht wird, hierbei ein Mittler von Informationen zu sein; (c) gesundheits- und sozialpolitische Informationen, um sich hinsichtlich der laufenden Veränderungen des Gesundheitswesens frühzeitig auf Entwicklungen einstellen zu können; (d) schließlich wollten alle gerne über die laufende Arbeit unserer Liste VT-AS in der hessischen Psychotherapeutenkammer informiert werden.

Die nächste Mitgliederversammlung ist für das 1. Halbjahr 2008 geplant, u.a. mit einer Neuwahl der Landessprecher, da sich Wilfried Schaeben und Anke Teschner nach 6 Jahren aus diesen Funktionen zurückziehen werden. Wie immer freut sich das Landessprecherteam über interessierte Mitglieder, die sich gerne austauschen und mitarbeiten möchten.

Psychotherapeutenkammer Hessen

Am 2. und 3. November 2007 fand eine weitere Delegiertenversammlung der hessischen Psychotherapeutenkammer statt. Zu Beginn einer Delegiertenkonferenz wurden sehr umfangreiche Berichte aus den verschiedenen Ausschüssen/Gremien der Kammer und des Kammervorstandes diskutiert. Zwei Informationen waren besonders interessant: Der Datenschutzbeauftragte der Kammer gab in einer schriftlichen Stellungnahme wichtige Hinweise zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten (Fax, E-Mail). Für in Krankenhäusern angestellte KollegInnen war die Nachricht wichtig, dass auch sie nun über 5 Jahre hinweg ihre Fortbildungspunkte sammeln und dem Arbeitgeber nachweisen müssen. Beide Informationen können als PDF-Datei über hessen@dgv.de angefordert werden.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Delegiertenversammlung war das Thema „Supervision“. Konsens war – trotz der unterschiedlichen Handhabung von Supervision in den verschiedenen

Therapieschulen – dass Supervision ein wichtiger Beitrag psychotherapeutischen Qualitätsmanagements darstellt. Etwas schwer tat sich die Kammer bei der Formulierung ihres Willens, Supervisionsforschung im Land Hessen zu initiieren. Schließlich folgte die Delegiertenversammlung dem Antrag unserer Liste VT-AS, dass ein Forschungsprogramm (nicht ein Forschungsprojekt) angestoßen werden soll. Besonders wichtig war uns dabei sicherzustellen, dass die Kammer weder als Auftraggeber noch als Träger von Forschung fungiert, und insbes. keine Kammermittel für (Therapieschulen spezifische) Forschungsarbeiten ausgegeben werden. Der verabschiedete Antrag hat zum Ziel, in Hessen dezentrale Forschungsarbeiten verschiedenster Ansätze zum Thema „Supervision“ ideell anzuregen und für eine entsprechende Beteiligung der Kammermitglieder zu werben.

Im Rahmen der Haushaltsberatungen 2008 sahen wir eine erneute Gelegenheit, mittels einer Veränderung der Progression eine Beitragsentlastung für die überwiegende Zahl der Kammermitglieder zu erreichen, zumal die Kammer nach wie vor über beträchtliche Rücklagen verfügt. Dem von unserer Liste in Kooperation mit der Liste IL eingebrachten Antrag mochten aber die Mehrheitsfraktionen nicht folgen. Aus diesem Grund enthielten sich die Faktionsmitglieder der VT-AS bei der Abstimmung über den Haushalt 2008. Konsens in unserer Fraktion ist, dass wir weiterhin sehr kritisch die Ausgabenpolitik des Kammervorstands verfolgen werden und einem Wuchern von Aufgaben, die sich die Kammer „an Land ziehen“ könnte, entgetreten werden. Es ist unser entschiedenes Ziel, einer Über-Reglementierung psychotherapeutischer Arbeit entgegen zu wirken.

Karl-Wilhelm Höffler, Wilfried Schaeben, Anke Teschner

Kontakt: hessen@dgvtd.de

Mecklenburg-Vorpommern

Über 20 TeilnehmerInnen bei der 2. Rostocker Reihe belegten, dass unsere KollegInnen rund um Rostock weder Wind noch Wetter scheuen, um diese Art der kollegialen Kurzfortbildung zu nutzen. *Dipl.-Psych. Thomas Lay („Lösungsorientierte Ansätze in der VT“)* hatte seinerseits alle motivationalen Verstärker geboten, um uns einen kurzweiligen Abend zu beschern. Neben einem kurzen Ausflug in die Attribuierungstheorie war es ihm gelungen, innerhalb der knappen 90 Minuten mit Behandlungstechnikdemonstrationen echte Workshopatmosphäre zu erzeugen, was bei den TeilnehmerInnen nicht zuletzt auch aufgrund des gelungenen Entertainments sehr gut ankam.

Für den neuen Terminkalender:

- Rostocker Reihe Nr. 3: *Dipl.-Psych. Stefan Mohr „Die therapeutische Beziehung ressourcenorientiert gestalten“* am 23. Januar 2008, 20:00 Uhr, CJD Rostock (Kontakt über mv@dgvtd.de oder rostock@afp-info.de oder 03 81-8 57 70 58).

Anfang Oktober tagte die AWK in Rostock, unter anderem, um die *1. Sommerakademie der afp ost vom 17. bis 19.7.2008* vorzubereiten. Geplant ist eine kleine Workshoptagung in Warnemünde, bei der neben der Thematik Achtsamkeit und Körperorientierung in der Psychotherapie auch das persönliche Bedürfnis der TeilnehmerInnen nach aktiver Erholung nicht zu kurz kommt (siehe Flyer in VPP 4/2007 oder www.afp-Info.de). Anmeldungen auch für den Segeltörn sind schon möglich.

Aus der Berufspolitik: Die Niedergelassenen PP und KJP im Lande müssen nun bei Honorarwidersprüchen an die KVMV pro Quartal mit 100 Euro Verwaltungsgebühr rechnen. Wegen einer zurückgezogenen Musterklage in MV lehnte die KVMV für einige Quartale die Widersprüche der KollegInnen ab, in Folge musste jeder einzeln klagen und dafür schon mal vo-

rab Gerichtskosten entrichten. Nun lässt das Gericht nach Einverständnis der KVMV die Klagen erst mal ruhen.

Außerdem hat Ende November die Kammerversammlung der OPK in Leipzig zum 2. Mal getagt. Berufsordnung, Weiterbildungsordnung (beide angelehnt am BPtK-Muster) und Schlichtungsordnung angelehnt an HH) wurden verabschiedet. Ein gesonderter Bericht zur Kammerversammlung befindet sich ebenfalls in dieser Rosa Beilage (zur VPP 4/2007).

Katrin Prante, Jürgen Friedrich

Kontakt: mecklenburg-vorpommern@dgv.de

Niedersachsen

Liebe Mitglieder der DGVT-Niedersachsen!

Im Rahmen von drei Treffen der DGVT-Landesgruppe wurde das Thema Fort- und Weiterbildung der PKN diskutiert: Alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) hatten im Mai 2007 Post erhalten. Das Schreiben der PKN informiert über die neuen *curricularen Fortbildungen Sexualtherapie und Palliative Psychotherapie* zum Erwerb des ankündigungsfähigen Titels *Sexualtherapie PKN* bzw. zur Aufnahme auf eine Liste *qualifizierter Palliativbehandler*.

Nach der Entwertung des Diploms nun die Entwertung der Approbation?

Wir begrüßen es sehr, dass unsere KammervertreterInnen das Thema *Weiterbildung* vorerst von uns abgewendet haben (sieht man von der Weiterbildung zum Neuropsychologen einmal ab) und stattdessen *curriculare Fortbildungen* beschlossen haben. Andererseits enthält auch die Entwicklung hin zu curricularen Fortbildungen, die zum Erwerb bestimmter Titel führen bzw. zur Aufnahme in eine Liste qualifizierter BehandlerInnen berechtigen, bestimmte Probleme, auf die wir Sie im Folgenden aufmerksam machen möchten.

Fortbildungen machen wir alle selbstverständlich seit Jahren, auch solche Fortbildungen, für die wir dann ein Zertifikat erhalten bzw. beim jeweiligen Fachverband auf einer Liste geführt werden. Dies sollte unserer Ansicht nach auch weiterhin so bleiben – allerdings gilt es der Gefahr entgegen zu wirken, dass nur diejenigen TherapeutInnen, die auf solchen Listen stehen, für die Behandlung der jeweilige Patientengruppe qualifiziert erscheinen!

Auch ist zu bedenken, dass die Kammer als Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft in gewisser Weise ein Monopol auf die Vertretung der Berufsangehörigen hat, und diese Konstellation nicht als Wettbewerbsvorteil gegenüber den bisherigen Fortbildungsträgern nutzen darf.

Nachdem durch das Psychotherapeutengesetz das Psychologie-Diplom zu einer Art Zugangsberechtigung zur Psychotherapieausbildung wurde, besteht die Gefahr, dass die Fortbildungen der PKN zu einer Entwertung der Approbation führen, indem man eines Tages als PP/KJP trotz Approbation nicht mehr das breite Spektrum aller psychischen Störungen wird behandeln dürfen.

Curriculare Fortbildungen wurden bisher nicht von der Psychotherapeutenkammer, sondern in der Regel von Fachverbänden angeboten. Mit dem oben genannten Schreiben legt die PKN jedoch erstmals ein detailliertes Curriculum für eine Fortbildung vor, wirbt für ein bestimmtes Fortbildungsangebot und will den ankündigungsfähigen Titel *Sexualtherapie PKN* für die Teilnahme daran vergeben.

Was ist der Unterschied zwischen Fortbildungen von Fachverbänden und denen der Kammer?

Der entscheidende Unterschied liegt unseres Erachtens darin, dass in Fachverbänden die Mitgliedschaft freiwillig erfolgt, während die Kammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, in denen jeder approbierte TherapeutIn Mitglied sein muss, die Berufsvertretung aller PP und KJP sind. Die Fortbildung einer solchen öffentlichen Institution und die von ihr geführten Listen *qualifizierter Therapeuten* haben sowohl was die öffentliche Wahrnehmung, als auch was die möglichen gesundheitspolitischen Konsequenzen einer solchen Fortbildung angeht, eine völlig andere Bedeutung als Fortbildungsangebote verschiedener Fachverbände: Wenn es in Zukunft Kolleginnen und Kollegen mit dem Titel *Sexualtherapie PKN* gibt, so besteht die Gefahr, dass Kostenträger eines Tages die Behandlung von Menschen mit sexuellen Störungen nur noch denjenigen KollegInnen bezahlen, die diesen offiziellen Titel erworben haben.

Diese Gefahr scheint uns bei Fortbildungen von Fachverbänden deutlich geringer. Unserer Ansicht nach sollten sich alle Kollegen und Kolleginnen je nach ihren Bedürfnissen und Interessen frei fortbilden können, ohne dass die Gefahr besteht, dass einem einzelnen Fortbildungsangebot – nur weil hinter diesem die Kammer steht – eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden kann.

Inhaltlich problematisch erscheint uns an dem Fortbildungscurriculum *Sexualtherapie* der PKN, dass dieses sich in weiten Teilen mit dem Inhalt der Psychotherapieausbildung nach dem PsychThG und dem Gegenstandskatalog für die schriftliche Prüfung (vgl. <http://www.impp.de>) überschneidet. Diese Tatsache wurde offensichtlich bei der Orientierung an dem Gegenstandskatalog der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) und dem geplanten europäischen Diplom für Sexualmedizin und Sexualtherapie übersehen. Gerade die jungen KollegInnen, die in ihrer Psychotherapieausbildung den Studiustoff ein zweites Mal lernen mussten, weil sie sich die Inhalte des Studiums nicht mehr für die Therapieausbildung anerkennen lassen können, sehen sich nun der Tatsache gegenüber gestellt, dass sie den gleichen Stoff ein drittes Mal vorgesetzt bekommen.

Unserer Meinung nach bedarf das vielfältige curriculare Fortbildungsangebot der unterschiedlichsten Fachverbände keiner Erweiterung durch die Psychotherapeutenkammern.

Wir würden es begrüßen, wenn sich die Kammer (auch weiterhin) dafür einsetzt, eine Entwertung der Approbation zu verhindern. Dies bedeutet auch, deutlich zu machen, dass approbierte PsychotherapeutInnen bereits durch ihre Therapieausbildung in der Lage sind, das breite Spektrum aller psychischen Störungen qualifiziert zu behandeln. Eine zusätzliche Liste „qualifizierter Behandler“ für Störungen, die wir bereits jetzt erfolgreich behandeln, erachten wir diesbezüglich nicht als hilfreich. Das gleiche gilt für curriculare Fortbildungen zum Erwerb ankündigungsfähiger Titel.

Wenn Sie dieser Brief angeregt hat, mit uns zu diskutieren, so sind Sie herzlich zum **nächsten Treffen der Landesgruppe eingeladen: Dienstag, 22.1.08, 19.30 Uhr**, Freizeitheim-Linden, Windheimstr. 4, 30451 Hannover, Raum U5.

Ihre Meinung können Sie auch per E-mail schicken an niedersachsen@dgv.de oder sich telefonisch mit einem der LandessprecherInnen in Verbindung setzen.

Mitglieder der DGVT-Landesgruppe Niedersachsen
und die Landessprecher

Klaus Ditterich, Elisabeth Jürgens

Kontakt: niedersachsen@dgv.de

Nordrhein-Westfalen

Ärztækammern geben uns Unterstützung bei der Identitätsfindung

Den Ärztekammern in NRW ist es gelungen, zur Identitätsfindung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Entscheidendes beizutragen. Ihnen ist wohl aufgefallen, wie schwer sich Patienten damit tun, die richtige Bezeichnung der neuen Heilberufe zu lernen. Während Ärzte als Ärzte oder „Herr/Frau Doktor“ bezeichnet werden (auch dann, wenn sie keinen haben) werden die neuen Kollegen als Psychologe, Kindertherapeutin, Psychotherapeut oder manchmal auch Psychiater bezeichnet (was wohl am meisten wurmt).

Nun haben die Ärztekammern doch Ihren Beitrag zur Sicherstellung der Berufsbezeichnung beigetragen. Sie haben dafür gesorgt, dass das **Heilberufegesetz NRW** dahin gehend geändert wurde, dass die Psychotherapeutenkammer NRW sich als „Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ zu bezeichnen hat. Damit soll der Verwechslung mit den psychotherapeutisch tätigen Ärzten Einhalt geboten werden. Endlich wissen alle Patienten, mit wem sie es zu tun haben. Ärzte sind die Doktoren, alles andere, was mit „Psycho-“ zu tun hat, hat einen komplizierten unaussprechlichen Namen.

Nur mit großer Anstrengung und intensiver Lobbyarbeit, auch von Seiten der NRW-Landesgruppe der DGVT, ist es gelungen, einen Kompromiss zu erreichen. Der bisherige Name „Psychotherapeutenkammer NRW“ darf als Kurzbezeichnung verwandt werden, wenn „Irreführung“ ausgeschlossen ist. (Fragt sich, wodurch Hilfe suchende Patienten mehr in die Irre geführt werden. Durch ein Wortungetüm wird es nicht zur Klarstellung kommen.) Die Ärztekammern werden weiter darüber stolpern, dass die neuen Heilberufe nicht eindeutig benannt werden und es zu Verwechslungen kommt. Dabei wäre es doch so einfach, zwischen Ärzten und Psychotherapeuten zu unterscheiden, auch wenn es Ärzte gibt, die sich zusätzlich als Psychotherapeuten bezeichnen (Geht es hier womöglich um Konkurrenz und Machtstreben?).

Es ist uns gelungen, den bisherigen Namen weiter zu verankern, wenn auch mit Einschränkung. Der Name „Psychotherapeut“ kann als der Name verwandt werden, der weniger in die Irre führt. Es wird den Patienten gelingen, diese eingängige Berufsbezeichnung als eindeutige Kurzform für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu verwenden und diese sicher von psychotherapeutisch tätigen Ärzten zu unterscheiden.

Viele Gespräche und Kontakte haben dazu geführt, dass die Frage der eingängigen Berufsbezeichnung ins Blickfeld geraten ist. Immer wieder wurde Unverständnis über das Ansinnen der Ärztekammern geäußert. Der Name „Psychotherapeutenkammer“ wurde als der „richtige“ angesehen. Dies bestärkt in der Überzeugung, sich diese Berufsbezeichnung zu Eigen zu machen. Alles andere wäre Irreführung. Natürlich wird jeder Kollege darauf verweisen, dass er auf Basis psychologischer oder pädagogischer Grundausbildung psychotherapeutisch weitergebildet ist. Dies werden wir als Qualität herausstellen, alternativ zu den Psychotherapeuten, die als Ärzte auf Basis einer medizinischen Grundausbildung psychotherapeutisch weitergebildet sind.

Wir werden sehen, dass solche Scharmützel dazu beitragen, dass irgendwann für Patienten klar ist, wann sie zu einem Psychotherapeuten und wann sie zu einem Arzt gehen.

Johannes Broil, Jürgen Kuhlmann, Veronika Mähler Dienstuhl

Kontakt: nordrhein-westfalen@dgv.de

Schleswig-Holstein

Neues aus Schleswig-Holstein: 11. Regionale Mitgliederversammlung

Am Mittwoch, dem 10.10.07 fand in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt unsere 11. Regionale Mitgliederversammlung statt. Leider verirrte sich auch diesmal nur ein recht überschaubarer Teil unserer Mitglieder in die Versammlung, so dass die Organisatoren auf einigen Gläsern des (alkoholfreien) Sektes sitzen blieben, der zur Feier des Tages geöffnet wurde. Gefeiert wurde das **Wahlergebnis** der letzten **Kammerwahl**, über das wir in der letzten Rosa Beilage bereits ausführlich berichtet hatten.

Auf der **Mitgliederversammlung** haben wir unsere Rolle noch einmal kritisch reflektiert. Während wir bislang aus einer Oppositionsrolle heraus das Kammergeschehen beobachten und kommentieren konnten, tragen nun DGVT-Mitglieder im Vorstand der Landeskammer Verantwortung. Das birgt natürlich die große Chance, die Kammer tatsächlich in der Folge unserer bisherigen Vorstellungen zu verändern. Was davon gelingen kann, wird man angesichts der knappen Mehrheitsverhältnisse in der Kammerversammlung sehen. Eine Gefahr wurde darin gesehen, durch die Mitwirkung im Kammervorstand unsere kritische Distanz zu verlieren, die nach Auffassung der TeilnehmerInnen aber als eine Art Markenzeichen der DGVT erhalten bleiben soll. Um dieser Haltung, aber auch um der Mehrbelastung der bisherigen Landessprecher durch Vorstandsarbeit in der Kammer, Rechnung zu tragen, wählte die Regionale Mitgliederversammlung **Diana Will** als eine weitere **Landessprecherin**, die sich in diesem Bericht vorstellen wird.

Neben der ausführlichen Reflexion der Situation der DGVT in Schleswig-Holstein nach der Kammerwahl, beschäftigte sich die Versammlung noch etwas ausführlicher mit der **Heilpraktikerdebatte**, die seit geraumer Zeit in der Länderkonferenz und dem Länderrat der DGVT auf Bundesebene diskutiert wird. Angesichts des Bestrebens mancher Psychotherapeutenkammern, auf eine Abschaffung der Erlaubnis für die Anwendung von Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz (HPG) hinzuwirken, sah der Länderrat sich herausgefordert, sich hierzu zu positionieren. Mehrheitlich wird ein Erhalt der Psychotherapie nach HPG befürwortet. Der Zugang zur Approbation ist gegenwärtig nur über die Richtlinienverfahren und die Gesprächspsychotherapie möglich. Diese Verfahrensorientierung wird als zu eng gefasst gesehen, angesichts der Vielfalt der Psychotherapieverfahren; das Heilpraktikergesetz bildet einen legalen Rahmen für eine Berufsausübung im Sinne dieser Vielfalt, die auch als notwendige Voraussetzung für Weiterentwicklungen von Psychotherapie betrachtet wird. Der Länderrat plant hierzu eine Stellungnahme. Eckpunkte, die in dieser Stellungnahme enthalten sein sollen, wurden vom Länderrat bereits im September erarbeitet. Sie wurden in der Regionalen Mitgliederversammlung vorgestellt und diskutiert. Die Auffassungen des Länderrates fanden überwiegend Akzeptanz, wenngleich deutlich darauf hingewiesen wurde, dass auch in der Arbeit nach HPG **Qualitätsstandards** in der Berufsausübung einzufordern und einzuhalten sein müssten.

Am Ende wurden Überlegungen angestellt, ob eine **örtliche Rotation** der Regionalen Mitgliederversammlungen durch die verschiedenen Teile des Bundeslandes mehr Mitglieder zur Teilnahme bewegen könnte.

Sie können uns das sagen: So geht an dieser Stelle die herzliche Einladung an die Leserinnen und Leser dieser Zeilen, sich jederzeit in die aktive DGVT-Arbeit in Schleswig-Holstein „einzumischen“.

Diana Will, neue Landessprecherin in Schleswig-Holstein, stellt sich vor.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Oktober dieses Jahres ergänze ich das altbewährte "Dreamteam" der Landesgruppe Schleswig-Holstein, Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer, als dritte Landessprecherin.

Damit Ihr mich ein wenig kennen lernen könnt, habe ich hier einige Angaben über mich zusammengestellt.

Geboren und aufgewachsen bin ich in Frankfurt am Main, in Hessen. Während meines Studiums zur Diplom-Sozialarbeiterin an der Frankfurter Fachhochschule hörte ich erstmals von der DGVT. Jemand hatte Flyer vom DGVT-Kongress 1992 (oder 1994) in den Fluren der FH ausgelegt, die mein Interesse geweckt haben. Dort gestaltete der Kabarettist Volker Pispers einen Abend, den ich super fand. Nach dem Besuch des Kongresses wurde ich Mitglied bei der DGVT, zunächst einmal, um Infos zu bekommen und den nächsten Kongress nicht zu verpassen. 1996 zog es mich in das wunderschöne Timmendorfer Strand, bei Lübeck, an der Ostsee. Mit meinem damals 13-jährigen Sohn war dieser Umzug vielleicht das größte Wagnis in meinem bisherigen Leben. Im Laufe der Jahre kam mein Pflegesohn in die Familie. Im Winter 1999 begann ich die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am damals gerade neu gegründeten Ausbildungszentrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Berlin, die ich im Herbst 2004 abschließen konnte.

Kurz nach der Approbation stellte ich meinen ersten Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Kreis Ostholstein. Nach zwei ablehnenden Bescheiden der KV Schleswig-Holstein war ich so weit, das Projekt "Niederlassung" aufzugeben, zumal die Arbeit im Kostenerstattungsverfahren ganz gut lief. Die sehr aufmunternden Worte und immer gute Unterstützung durch Juristische Beratung in der DGVT-Bundesgeschäftsstelle durch Kerstin Burgdorf (*Danke noch mal!*) führten schließlich dazu, dass ich noch einmal in Widerspruch ging. Ohne Hoffnung auf Erfolg kam völlig überraschend die Zusage. So kam es, dass ich schließlich im Mai dieses Jahres, mit 45 Jahren, endlich eine Praxis eröffnen konnte. Bereits zwei Wochen vor Praxiseröffnung hatten sich über 20 Familien telefonisch gemeldet. Jetzt, nach knapp 7 Monaten sind alle Therapieplätze vergeben und eine Warteliste weist darauf hin, dass weiterhin Bedarf besteht.

Also, an alle, die mit ihrer KV "kämpfen": Immer mutig weiter argumentieren, belegen und dokumentieren - es gibt Licht am Ende des Tunnels. Neben meiner Praxis in Oldenburg in Holstein leite ich die Ambulanz und Beratungsstelle des Vereins "Hilfe für das autistische Kind" Landesverband Schleswig-Holstein, wo zur Zeit 20 Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigt sind.

In der DGVT bin ich dabei mein Engagement auszubauen, zum Beispiel in der Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der DGVT und jetzt auch in der Landesgruppe Schleswig-Holstein.

Gegen den bundesweiten Trend: PKS H senkt 2008 den Kammerbeitrag!

Damit konnte das **Wahlbündnis KAM ON**, das bei der Wahl im Sommer sensationell 50% der Sitze in der neuen Kammerversammlung erringen konnte (4 der 9 Delegierten sind DGVT-Mitglieder, davon 3 im Vorstand), eines seiner zentralen Wahlziele nach nur 84 Tagen Amtszeit umsetzen. Doch das war alles andere als leicht!

Auf der **Kammerversammlung am 23.11.2007** ging der denkbar knappen Entscheidung eine kontroverse Debatte voraus. Als Finanzausschussprecher und Vorstandsmitglied machte Detlef Deutschmann zunächst die schwierige Ausgangssituation deutlich: So standen für 2008 **Mehrausgaben** in Höhe von ca. 30.000 € unweigerlich fest (u. a. ca. 10.000 € Erhöhung der BPTK-Beiträge, ca. 8.000 € Einführung Heilberufsausweis (HBA), das Gegenstück zur elektronischen Gesundheitskarte auf Behandlerseite). Eine erste differenzierte Berechnung des Finanzausschusses bezüglich der zu erwartenden Ausgaben und Einnahmen 2008 auf der Basis der vorliegenden Daten für 2007 und schon feststehender Veränderungen für 2008 hatte gezeigt, dass aufgrund eines Ausgabenüberhanges von ca. 42.000 € eine Beitragserhöhung von 30 € notwendig gewesen wäre. In einer Vorstandsklausur waren deshalb vielfältige Einsparungen, insbesondere einschneidende Veränderungen der Entschädigungsordnung abgestimmt worden. **Alle Entschädigungspauschalen sollten** danach um ca. 20 – 25% **reduziert werden**. Dabei ging der Vorstand mit gutem Beispiel voran: um ca. 20.000 € pro Jahr sollte allein die Summe der unmittelbaren Entschädigungen aller Vorstandsmitglieder reduziert werden, die Summe der jährlichen Aufwandsentschädigungen und Reisekosten aller Gremien und Delegierten/Beauftragen insgesamt sogar um ca. 34.000 € (auf dann nur noch ca. 110.000

€/Jahr). Durch die Einsparvorschläge gelang es ferner, im Haushaltsplan für 2008 **die Kosten**, die unmittelbar **der Geschäftsstelle** zuzuordnen sind einschließlich der Personalkosten (allein ca. 135.000 €) **nicht weiter ansteigen** zu lassen, sondern mit ca. 186.000 € sogar knapp unter dem Niveau von 2007 zu halten. Auch die Summe der Aufwendungen für die „Vertretung nach außen“ konnte trotz massiv erhöhter Beiträge zur BPtK und Mehrausgaben für das PTJ sowie zusätzlicher Kosten für den HBA um insgesamt ca. 6.000 € gegenüber dem Vorjahrsatz reduziert werden (jetzt ca. 85.000 €). Dazu war jedoch für 2008 der Verzicht auf die Ausrichtung eines eigenen Psychotherapeutentages (Nettokosten ca. 8.000 – 10.000 €) notwendig. Alle Einsparmaßnahmen zusammen eröffneten die Möglichkeit, volle **Kammerbeiträge um 20 €/Jahr zu reduzieren**, statt, wie vorher notwendig, um 30 € zu erhöhen!

Insbesondere der Vorschlag, die Entschädigungssätze drastisch zu reduzieren, wurde auf der Kammerversammlung lange und kontrovers diskutiert. Von Vorstandsseite wurde darauf hingewiesen, dass es sich um „**Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten**“ und nicht um ein Entgelt oder Verdienstausfallentschädigung handele, und dass sicher nicht jedes beitragspflichtige Mitglied ein Arbeitsentgelt von 30 €/Std. erhalte.

Obwohl ein Mitglied aus den KAM ON-Wahlbündnis aus gesundheitlichen Gründen leider nicht an der Kammerversammlung teilnehmen konnte, fanden der vom neuen Vorstand unterstützte Haushaltsentwurf, die geänderte Entschädigungsordnung und die vorgeschlagene Beitragsreduktion eine denkbar knappe Mehrheit von 9 Stimmen gegen 8 Stimmen aus dem Wahlbündnis um den alten Vorstand! Wir, die DGVT-Landessprecher, sehen darin einen ersten **großen Erfolg**, sind doch ähnliche Anträge unsererseits in der Vergangenheit in der Kammerversammlung kläglich gescheitert.

Diana Will, Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer

Kontakt: schleswig-holstein@dgvt.de

Thüringen

Wann gibt es eine Landesgruppe Thüringen?

Leider gibt es über Aktivitäten der DGVT in Thüringen in den letzten Monaten nicht viel zu berichten. Ich würde es begrüßen, wenn sich MitstreiterInnen finden, die ein Interesse am Aufbau einer Landesgruppe haben. Unterstützung von der Geschäftsstelle gibt es mehr als genug.

Ganz aktuell kann ich von der 2. Kammerversammlung der OPK in Leipzig berichten. In einem sehr vollen Programm wurde wieder einiges besprochen, um die OPK auch für die Mitglieder wahrnehmbar zu machen. Unsere Berufsordnung wurde nach fast zweistündiger Diskussion verabschiedet, zum möglichen Aufbau eines Versorgungswerkes wurde berichtet, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellten ein Papier zu ihrer besonderen Situation vor, die Internetseite soll neu gestaltet werden und das möglichst bald, die Geschäftsstelle ist arbeitsfähig. Für viele wahrscheinlich die wichtigste Nachricht, die **Kammerbeiträge bleiben 2008 stabil**. Es tut sich also viel und es wäre schön, wenn ich für die nächste Kammerversammlung Ende April 2008 durch eine Landesgruppe ein Meinungsbild der DGVT-lerInnen in Thüringen zur Kammerarbeit hätte.

Silke Langen

Kontakt: thueringen@dgvt.de

Aus den Psychotherapeutenkammern

Bericht vom 11. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Wolfgang Schreck mit überwältigender Mehrheit als Versammlungsleiter gewählt

Mit viel Zuspruch aus allen Fraktionen wurde der bisher stellvertretende Versammlungsleiter, Wolfgang Schreck, zum neuen **Versammlungsleiter** des DPTs gewählt. Wolfgang Schreck ist langjähriges DGVT-Mitglied, für die DGVT in der Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und seit 2005 Bundesdelegierter. Der ehemalige Versammlungsleiter Jürgen Hardt, wurde mit viel Beifall verabschiedet. Er wolle sich nun größeren Fragen widmen, wie der, nach dem „Sinn von Krankheit im Gesundheitswesen“.

Nicht nur bei dieser Wahl, auch bei der Wahl zu den Ausschüssen konnte sich die DGVT gut platzieren. In den **Ausschuss Psychotherapie in Institutionen** wurden die DGVT-Mitglieder Johannes Broil und Heiner Vogel gewählt. In den Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde Wolfgang Schreck. gewählt.

Vielseitig und umfangreich war die Tagesordnung des 11. DPT. „*Die Akzeptanz der Psychotherapie wächst, die Anerkennung der neuen Heilberufe nimmt zu*“, begrüßte zur Eröffnung des Tages Gerald Gaß aus dem **Ministerium** für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz die Delegierten des DPT.

Im Anschluss bedankte sich Alfred Kappauf, Präsident der **rheinland-pfälzischen Psychotherapeutenkammer** und Gastgeber des DPT für die anerkennenden Worte seines Vorredners und sagte zu, das „Beziehungsangebot des Ministeriums“ annehmen zu wollen. Er bat um Unterstützung bei der von Ärztekammern angestrebten Namensänderung der Psychotherapeutenkammern in Hessen und Nordrhein-Westfalen (siehe NRW-Landesbericht in dieser Rosa Beilage) und brachte die unter Psychologen bekannte Formel ins Spiel „if you don't want to lose it, use it“. Sein Vortrag schlängelte sich entlang an den Diskussionen um die Neuzulassung von Psychotherapieverfahren („Riesenslalom“) und die Erweiterung psychotherapeutischer Kompetenz z.B. in Bereich der Prävention oder Palliativversorgung. „Mit der Zeit nehme die Seele die Farbe der Gedanken an“, zitierte er Marc Aurel.

Im anschließenden **Bericht des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer** kam die Vielseitigkeit der Themen, mit denen sich die Psychotherapeutenzeitung beschäftigt, zum Ausdruck. Alleine die Gesetzesentwürfe und -vorhaben, zu denen sich die BPtK geäußert hatte, waren 10 an der Zahl, darunter das Präventionsgesetz, das Telekommunikationsüberwachungsgesetz (zu welchem auch eine Resolution des Vorstandes vom 11. DPT verabschiedet wurde) und das Hausarztstärkungsgesetz.

Die Bundeskammer setzte sich dafür ein, der **Gesprächspsychotherapie (GT)** zur Anerkennung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verhelfen. Es galt eine anwendungs- bzw. indikationsbezogene sozialrechtliche Zulassung eines Psychotherapieverfahrens abzuwenden. Eine indikationsspezifische Zulassung sei nicht mit dem umfassenden Ansatz der Psychotherapie vereinbar. Deshalb begrüße der Vorstand der BPtK in seiner Stellungnahme vom 23.10.2007 die Einführung eines Schwellenkriteriums durch den G-BA ausdrücklich.

Die Diskussion wurde unter TOP 7 aufgegriffen und von anderer Seite beleuchtet. Die Stellungnahme wurde von einigen nachdrücklich kritisiert. Sie sei zu fachlich, zu wenig berufs-

rechtlich. Durch die Auflage, im Vergleich zu den bereits zugelassenen Verfahren zusätzlichen Nutzen zu bringen, sei die Gesprächspsychotherapie gegenüber den bereits bestehenden Richtlinien-Verfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie) benachteiligt. Der Begriff der indikationsbezogenen Zulassung könne ja auch anders verstanden werden, eine Zulassung, die bei „seelischer Krankheit“ indiziert sei. Dieser Wortauslegung wurde vehement widersprochen.

Die **Expertenkommission der BptK** (bestehend aus Professoren verschiedener Universitäten) habe die Studienbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die zu einer Ablehnung der Zulassung der GT als Psychotherapieverfahren geführt hatte, nachvollzogen, gehe allerdings nicht mit ihr konform. Sie legen der Gesprächspsychotherapie eine andere (von drei Fachgesellschaften vertretene) Definition zu Grunde und empfehlen bei der vorliegenden Evidenz die sozialrechtliche Zulassung der GT. Unter Zeitnot sei der Entwurf der BptK-Stellungnahme an die Landespsychotherapeutenkammern gegeben und um eilige Rückmeldung gebeten worden, so dass die 76 Seiten dem G-BA am 5.11.07 zugesandt werden konnte.

Später sprachen sich die Delegierten des DPT in einer Resolution gegen die aktuellen Pläne zur **Geschäftsordnung des G-BA** aus, weil durch die geplante Reduzierung der G-BA Ausschüsse die Mitwirkung von Psychotherapeuten in den Arbeitsgremien und auch ein Ausschuss Psychotherapie nicht mehr zustande kommen dürften.

Dem Vorstandsbericht folgten **Berichte aus Ausschüssen und Kommissionen** und erstmals der **Bericht aus dem Länderrat** der BptK, das dritte Gremium der Bundeskammer, neben Vorstand und DPT, in dem die Präsidenten der Landeskammern vertreten sind.

Aus dem **Ausschuss Psychotherapie in Institutionen** (ugs. „Angestelltenausschuss“) wurde u.a. eine Studie vorgestellt, die sich dem Thema des Nutzens bzw. der Kosteneinsparung durch psychosoziale Beratung in Beratungsstellen widmete. Der Ausschuss KJP befasste sich u.a. mit der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und mit der Reform der Studiengänge („Bologna-Prozess“) aus der Perspektive der KJP. Er regte an, den Ausschuss zu vergrößern und durch eine paritätische Besetzung Expertisen aus allen Institutionen einzubringen.

Vom BptK-Vorstand war vorgeschlagen worden, ständige Konferenzen zur Beratung der Musterordnungen (speziell Berufs- und Weiterbildungsordnung) der BptK einzurichten. Die Ständigen Konferenzen sind auf einen Antrag der DGVT-Delegierten hin erst bei konkretem Bedarf durch Veranlassung des Vorstandes einzurichten, so dass sie nunmehr nur dann zusammentreten, wenn konkrete Fragen zu klären sind.

Der **Haushalt** der BptK wurde ohne Änderungen verabschiedet. Die Entschädigungsordnung der Bundeskammer hat eine Klausel bekommen, nach der Vorstandsmitglieder, sofern sie sich eine Zeit in der Bundeskammer engagiert haben, eine Fortzahlung der Vorstandsentschädigungen über drei Monate hinweg erhalten sollen. Wenn ein Vorstand geschlossen von seinem Amt zurücktreten würde, kämen damit auf die Bundeskammer Kosten in Höhe von mehr als 45 000 Euro zu. Die DGVT-Delegierten brachten dazu einen Änderungsantrag auf den Weg, der nur die Zahlung an Hinterbliebene bei Tod oder Berufsunfähigkeit garantieren sollte, er wurde jedoch knapp abgelehnt.

Die von der DGVT vor zwei Jahren angestoßene Debatte um eine Vertretung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (**PiA**) in der BptK mündete in der Genehmigung des Antrags, eine Bundeskonferenz der PiA einzurichten, die einmal pro Jahr tagen wird. Dort werden zwei Sprecher benannt, die als Ansprechpartner für den Bundesvorstand fungieren und auf Einladung an den Vorstandssitzungen und als Gäste mit Rederecht an den DPTen mitwirken dürfen. Land und Bund teilen sich die anfallenden Kosten.

Das Thema **Weiterbildung** bzw. Weiterbildungsordnung wurde auf den 12. DPT Ende Mai 2008 in Bremen vertagt. Bundeskammerpräsident Rainer Richter gibt allen Delegierten mit auf den Weg, dass eine Aussprache dazu nicht einfach sein wird, sich die Delegierten aber unbedingt damit befassen müssten. Die Weiterbildung zum Neuropsychologen sei verabschiedet und nun sollten sich die Psychotherapeuten Gedanken machen, ob und in welcher Form andere Weiterbildungen folgen sollten. Ein Argument für Weiterbildung ist die Möglichkeit des qualitativen Sonderbedarfs, die für viele Psychotherapeuten ein Weg in die kasernenärztliche Zulassung bedeuten könnte.

Eine Befassung mit dieser Thematik wird auch die Ausbildung in Psychotherapie betreffen. Am 9.4.08 veranstaltet die Bundeskammer ihren „Tag der Ausbildung“. Sie will sich u.a. damit an der Diskussion zur Neuregelung der Psychotherapieausbildung in Zuge der Anpassung an das Bachelor- und Mastersystem beteiligen.

Katja Kühlmeyer

Bericht von der 2. Delegiertenversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Am 23. und 24. November 2007 fand die **zweite Delegiertenversammlung** der Ostdeutschen Psychotherapeuten Kammer (OPK) statt. Ihr ging eine **Pressekonferenz des Vorstands** voraus. Dort wurde auf die starke Unterschätzung der Relevanz psychischer Erkrankungen aufmerksam gemacht. Es wurde gezeigt, dass diese Fehleinschätzung mit den Eigenarten unseres medizinischen Versorgungssystems zusammenhängt. Mit der Überweisung zur Psychotherapie erhalten Patienten oft wenig Information zu den Fragen ihrer Behandlung, hier solle künftig u.a. auch die Homepage der OPK aufklären und weiterhelfen. Zudem wünsche man sich mehr Synergie-Effekte im bisher stark sektorierten Gesundheitssystem. Zum Problem der sehr langen Wartezeiten in manchen Regionen wurde Kritik an der starren Bedarfsplanung und am unflexiblen Bewilligungssystem geäußert.

Mit Zahlenmaterial wurde belegt, dass in den neuen Ländern ein erheblich knapperes **ambulantes Psychotherapie-Angebot** besteht. Für 16,2% der Gesamtbevölkerung stehen nur 6,33% der Psychotherapeuten zur Verfügung. So kommen in den alten Bundesländern 3.850 Einwohner auf jeden niedergelassenen Psychotherapeuten, in den neuen Bundesländern hingegen 10.922 Personen. In Widerspruch dazu steht, dass die offiziellen Versorgungsgrade zwischen 97% (Sachsen-Anhalt) und 118% (Mecklenburg-Vorpommern) liegen, auch wenn es in Chemnitz, Halle, Gera und Cottbus und einigen ländlichen Bezirken noch freie KV-Sitze gebe. Am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS) wurde gezeigt, wozu die reale Unterversorgung in den neuen Bundesländer führt: lange Wartezeiten und unnötig hoher Medikamentenverbrauch.

Dem **Bericht des Vorstands** (Präsidentin Fr. Mrazek und Vizepräsident Hr. Rosendahl) war u.a. zu entnehmen, dass die (jeden Mittwoch zwischen 11 und 13 Uhr stattfindende) Vorstands-Telefonsprechstunde von den Mitgliedern gut genutzt wird. Für 2008 seien Veranstaltungen in den einzelnen Ländern zur Mitgliederinformierung geplant. Als ein weiteres Vorhaben wurde ein 'Osteuropa-Symposium' angedacht, um wertvolle europäische Kontakte zu vertiefen und z. B. interessante Entwicklungen in Polen aufgreifen zu können.

Es folgte ein Vortrag Dr. Hannövers (Uni Greifswald), der Vorschläge für die Planung einer **versorgungsepidemiologischen Studie** im Auftrag der OPK präsentierte. Unter anderem we-

gen den (für eine Kammer) hohen Kosten wurde zunächst weitere Beratung durch einen Forschungsausschuss beschlossen. Er soll die diesbezüglichen Vorarbeiten des KJP-Ausschusses weiterführen. Dieser hatte einen Text zu „Besonderheiten in der Berufsausübung von KJPs“ verfasst, den unser Abgesandter für das Psychotherapeuten-Journal, Prof. Hoyer, gerne veröffentlichen würde.

Der neue Geschäftsführer (Herr Jacknau) teilte den aktuellen Stand von 1.860 Mitgliedern mit, aber wies auch auf die mehreren 100 „Schläfer“ (inaktiven Mitgliedern) hin. Diese zu aktivieren, d.h. auch zahlenden Mitgliedern zu machen sei eine der Geschäftsstellen-Aufgaben in der nächsten Zeit. Aus einem Datenblatt zur OPK ging hervor, dass circa 2/3 ihrer zahlenden Mitglieder Niedergelassene sind. Die frisch eingerichtete und besetzte Geschäftsstelle befindet sich in der Karl-Rothe-Straße 4, 04105 Leipzig Tel. 0341/462432-0.

Ausgaben ungewisser Höhe kommen auf die OPK im Zusammenhang mit der Einführung des **Heilberufeausweises** (HBA) frühestens Ende 2008 zu. Zumindest Niedergelassene werden später für die Anschaffung eines Lesegerätes weitere Kosten selbst tragen müssen. Vor der Geschäftsstelle liegt als Aufgabe des Weiteren die individuelle Bescheinigung bzw. Zertifizierung von Fortbildungspunkteständen.

Vom Delegierten Hr. Pabel wurde eine Verbesserung des Internet-Auftritts (<http://www.ihre-opk.de>) empfohlen. Der Vorstand sieht die Mängel, hat aber leider vertragliche Probleme mit dem bisherigen Betreuer noch zu lösen.

Mit Angestelltenbelangen betraut im Vorstand ist Herr Peikert. Er berichtete von der Unterstützung zweier Angestellten-Tarifvertragsverhandlungen.

Als in vielen Ländern unterschiedlich erwiesen sich Kooperationen zur psychotherapeutischen Notfallversorgung. Leider würde oft nur Bereitschaft geweckt, aber kaum Geld für adäquate Versorgungsstrukturmaßnahmen bereitgestellt.

Zwei Vorträge von Experten beschäftigten sich mit der wichtigen Frage eines **Versorgungswerkes**. Herr Farkas empfahl die Gründung eines eigenständigen, hatte aber nicht bedacht, dass unsere angestellten Mitglieder nicht mehr aus der Gesetzlichen Rentenversicherung aussteigen dürfen, was die Zahl der künftigen Versorgungswerk-Mitglieder selbst in weiter Zukunft auf ca. 1.000 beschränkt. Herr Jung von der AG berufsständischer Versorgungswerke betonte, dass auch kleine Versorgungswerke sich rechnen, wenn man die Verwaltung auslagert. Die Delegierten wurden davon überzeugt, dass Gründung oder Beitritt zu einem Versorgungswerk zumindest für unseren Kammer-Nachwuchs wohl nutzbringend sein werde. Für Neumitglieder unter einem bestimmten Alter würde dann Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk bestehen. Um eine verantwortliche Entscheidung fällen zu können, wurde die Einstellung von 25.000 Euro in den Haushaltsplan 2008 für ein diesbezügliches finanzmathematisches Gutachten beschlossen.

Der **Haushaltsplan** des Finanzausschusses wurde nach Diskussion und leichter Abänderung verabschiedet. Laut der OPK-Hauptsatzung muss jährlich eine Festsetzung der Kammermitgliedsbeiträge durch die Delegiertenversammlung erfolgen. Die große Mehrheit war für eine Beibehaltung der bisherigen Kammermitgliedsbeiträge. Als Argument dafür wurde z. B. mangelnde Planungssicherheit auf der Ausgabenseite angeführt, zumal es ja erst der zweite Haushaltsentwurf der Kammer sei. Für das nächste Geschäftsjahr versprach die Präsidentin (und Versammlungsleiterin) mehr Zeit für die Diskussion der Beitragshöhen in der Kammerversammlung.

Die **Entschädigungsordnung** wurde geändert, so dass künftig die Abrechnung der für die Kammer erbrachten Arbeitszeit in halbstündigen Schritten erfolgen kann. Es lagen Vorschlä-

ge vor, die Kosten einer Bahncard anteilig zu erstatten. In der Diskussion zeigte sich allerdings, dass diese Vorschläge noch zu unausgegoren waren, um eine diesbezügliche Änderung der Entschädigungsordnung zu rechtfertigen.

Nach Diskussion des **Berufsordnungs**-Entwurfes des Satzungsausschusses stimmten die Delegierten einigen Änderungsvorschlägen des Vorstandes zu. Dadurch ergeben sich für die OPK bedeutende Abweichungen von der BPTK-Musterberufsordnung. So wurde die einjährige Abstinenzpflicht bezüglich Aufnahme privater Beziehungen zu PatientInnen nach Therapieende gestrichen. Der Aufklärungspflicht-Paragraf wurde so abgeändert, dass er keine ‚Pflicht‘ mehr enthält, sondern stattdessen eine weniger verbindliche ‚Soll‘-Formulierung. Mit knapper Mehrheit wurde abgelehnt, die Mitteilung der Diagnose in diesen Paragrafen aufzunehmen. Wichtig zu wissen: Praxisgemeinschaften mit Heilpraktikern sind nach der OPK-Berufsordnung nicht mehr erlaubt. Die Paragrafen zu PsychotherapeutInnen als Forscher, Gutachter und Ausbilder wurden u. a. aufgrund vieler offener Fragen fürs erste gestrichen.

Am Ende eines langen Tages wurde nach recht kurzer Diskussion die **Musterweiterbildungsordnung** der BPTK mit unwesentlichen Modifikationen für die OPK übernommen. Damit ist die Neuropsychologie die vorerst einzige anerkannte Weiterbildung für Psychotherapeuten in den neuen Ländern. Mit der Annahme einer Schlichtungsordnung nach dem Muster der Hamburger Psychotherapeutenkammer war das geballte Programm dann erfolgreich bewältigt.

Friedemann Belz, Anne Fallis, Jürgen Friedrich, Silke Langen, Wolfgang Pilz



Institut Hamburg
Seewartenstr. 10
20459 Hamburg
Telefon: 040 253 178 55
E-Mail: hamburg@afp-info.de

www.afp-info.de

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

Kognitive Lebenszielanalyse in Therapie und Beratung

am Samstag, 26. Januar 2008
mit Tanja Boelicke

in Hamburg

 Akademie für
Fortbildung in
Psychotherapie
nord

Alles was Recht ist...

**Der PKV-Standardtarif in der
psychotherapeutischen Praxis****Der PKV-Standardtarif in der psychotherapeutischen Praxis**

Bedingt durch die vielfältigen Gesetzesänderungen der letzten Jahre und eine immer noch ausstehende Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte/Psychotherapeuten (GOÄ/GOP) herrscht unter niedergelassenen KollegInnen im Bereich der PKV große Rechtsunsicherheit.

Der Personenkreis, der sich im Standardtarif versichern kann, hat sich in den letzten Jahren vergrößert. In § 257 Abs. 2a Sozialgesetzbuch (SGB) V sind die im Standardtarif zu versichernden Personen genannt. Insbesondere sind auch Familienangehörige von Versicherten im Rahmen der Familienversicherung im Standardtarif zu versichern. In der psychotherapeutischen Praxis häufen sich daher Fragen, wie im Standardtarif abzurechnen ist.

Anhand eines Beispielsfalls soll die Umgehensweise mit im Standardtarif versicherten Patienten dargestellt werden. Insbesondere sollen Fragen der Privatliquidation bei Patienten im Standardtarif geklärt werden.

Ausgangsfall:

Der privatversicherte Patient wechselt während der laufenden ambulanten Psychotherapie seinen Tarif zu Tarif STN (Standardtarif). Bisher wurde mit dem 2,3-fachen Gebührensatz abgerechnet. Im neuen Tarif der PKV werden dem Patienten nur noch 74,33 € erstattet. Darf der behandelnde Psychotherapeut entsprechend in seiner Rechnungsstellung nur noch den 1,7-fachen Satz berechnen? Der Patient meint ja, alle anderen Ärzte hätten nach seinem Hinweis die Rechnungen entsprechend korrigiert.

Lösung:

Bei Privatpatienten, die im sog. Standardtarif versichert sind, darf nur maximal der 1,7-fache Satz liquidiert werden. Dies ergibt sich aus § 5 b der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

§ 5b GOÄ - Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257,2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7-fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7-fachen des Gebührensatzes das 1,3-fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7-fachen des Gebührensatzes das 1,1-fache des Gebührensatzes tritt.

Der sog. Standardtarif wurde im Jahr 2000 zusätzlich in der GOÄ verankert. Seither werden ärztliche Leistungen für Standardtarif-Versicherte nicht nur zu durchschnittlich geringeren Steigerungssätzen erstattet, sondern der Arzt darf bei diesen Patienten von vornherein seine Leistungen nur im Rahmen eines abgesenkten Gebührenrahmens (bis höchstens 1,7-fach) berechnen.

Der hier vorliegende Fall (Patient wechselt während der laufenden Behandlung in den Standardtarif) beinhaltet die weitergehende Frage, ob abweichend von § 5b GOÄ/GOP privat liquidiert werden darf.

Entscheidend ist, ob eine konkrete Honorarvereinbarung mit dem Patienten, die ein Abweichen von der GOÄ vorsieht, vorliegt oder nicht. Falls ja, muss zunächst geprüft werden, ob diese Honorarvereinbarung den aktuellen rechtlichen Vorgaben entspricht. Beim Abschluss einer abweichenden Honorarvereinbarung für privatärztliche Leistungen muss in jedem Fall die GOÄ Grundlage bleiben. Wird verbindlich auf eine bestimmte Leistung beziehungsweise Gebührenposition in der GOÄ Bezug genommen, kann nur der Steigerungssatz, nicht aber die Punktzahl für die Leistung oder ein abweichender Punktwert vereinbart werden. Die Vereinbarung von Pauschalhonoraren ist unzulässig. Ist eine abweichende Honorarvereinbarung vorgesehen, muss diese vor Behandlungsbeginn erfolgen und in einem gesonderten Schriftstück festgehalten werden. Dies erfordern Rechtsklarheit und Rechtssicherheit. Das Schriftstück darf außer den in § 2 Absatz 2 GOÄ genannten Inhalten keine weiteren Erklärungen enthalten, d.h. auch keine etwaige Selbstverpflichtung des Patienten, das vereinbarte Honorar zu zahlen, auch wenn er keine volle Kostenerstattung dafür erhalten sollte.

§ 2 GOÄ - Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5 a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig.(...)

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

Gemäß § 2 Absatz 2 GOÄ muss der Psychotherapeut den Patienten darüber aufklären, dass im Falle einer abweichenden Honorarvereinbarung die Kostenerstattung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Auf diese Gefahr, dass der Patient möglicherweise einen Teil der Behandlungskosten nicht erstattet bekommen kann, ist in einem gesonderten Schriftstück über die abweichende Honorarvereinbarung explizit hinzuweisen.

Des Weiteren setzt eine abweichende Honorarvereinbarung eine persönliche Absprache in jedem einzelnen Fall voraus. Konkret heißt das: In einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten sind die Voraussetzungen der Behandlung und der Vergütung zu klären. Wird dies unterlassen (Honorarvereinbarung wird z.B. durch eine im Wartezimmer geleistete Unterschrift unter einen Standardtext abgeschlossen), kann keine rechtswirksame Vereinbarung zustande kommen.

Ergebnis:

Für den Ausgangsfall bedeutet das: Falls eine solche Honorarvereinbarung nicht vorliegt, muss sich der Psychotherapeut auf den im Standardtarif vorgesehenen 1,7-fachen Satz einlassen.

Hintergrundinformation:

Der herkömmliche Standardtarif in der PKV

Der herkömmliche Standardtarif der privaten Krankenversicherung wurde 1994 brancheneinheitlich eingeführt. Ziel war es, insbesondere ältere Versicherte zu schützen, die aus finanziellen Gründen einen günstigeren Tarif benötigen. Ein Wechsel in den herkömmlichen Standard-

tarif ist nur innerhalb der jeweiligen privaten Krankenkasse möglich, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind. Die zu erbringenden Leistungen orientieren sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beitragshöhe bemisst sich nach der Vorversicherungszeit und dem Alter des Versicherten, darf aber für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV (2007: rund 500 Euro), bzw. für Ehepaare 150% des GKV-Höchstbeitrages nicht übersteigen.

Der modifizierte Standardtarif

Seit 1. Juli 2007 können auch alle ehemals privat Versicherten, die ihren privaten Versicherungsschutz verloren haben, beziehungsweise alle diejenigen, die nie versichert waren, wegen ihrer beruflichen Biografie aber der PKV zuzuordnen sind (z.B. Selbstständige) die Vorteile des neuen sog. modifizierten Standardtarifs für sich in Anspruch nehmen. Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, speziell für diese Personengruppe einen neuen Tarif anzubieten. Der modifizierte Standardtarif steht dem genannten Personenkreis seit dem 1. Juli 2007 offen. Bis zum 31. Dezember 2007 können sich Menschen, die ihren Versicherungsschutz verloren hatten oder nie versichert waren, in diesem Standardtarif versichern. Ab 1. Januar 2008 wird der modifizierte Standardtarif durch den sog. Basistarif abgelöst. Private Versicherungsunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, alle berechtigten Personen aufzunehmen - für den Zugang zum modifizierten Standardtarif gelten keine Altersbeschränkungen. Der aktuelle Gesundheitszustand des Antragstellers spielt für die Höhe des Beitrags keine Rolle, die Einordnung erfolgt nach Alter und Geschlecht. Auch bei Vorerkrankungen dürfen die Versicherungsunternehmen keine Risikozuschläge erheben oder Leistungsausschlüsse vereinbaren.

Sowohl für den modifizierten als auch für den herkömmlichen Standardtarif ist ab 1.7.2007 die ärztliche Versorgung durch die kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich sichergestellt. Alle Versicherten haben - wie gesetzlich Versicherte auch - einen Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung zu fest vereinbarten Vergütungen.

Kerstin Burgdorf

Urteile des Bundessozialgerichts zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V

- I. In zwei Entscheidungen vom 18.7.2006 (AZ – B 1 KR 24/05 R – und – B 1 KR 9/05 R –) hat sich das Bundessozialgericht mit wesentlichen Fragen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V auseinandergesetzt. Es besteht der Eindruck, dass die Entscheidungen in den betroffenen Kreisen noch nicht richtig „angekommen“ sind, möglicherweise auch deshalb, weil nicht jede Krankenkasse oder Ersatzkasse die Entscheidungsgründe des Bundessozialgerichtes zulasten der Psychotherapeuten aufgegriffen hat. Nichts desto Trotz werden in den Urteilsgründen strenge Maßstäbe zur Frage, wann ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V besteht, aufgestellt.
- II. Der Sachverhalt der einen Entscheidung – B1 KR 24/05 R – stellt sich kurz zusammengefasst dar wie folgt: Die Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie wandte sich im Oktober 1999 an die Beigeladene, die bis zum 31. Dezember 1998 als Erstattungstherapeutin tätig gewesen war und vor Jahresende 1998 ihre Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Behandlung beantragt hat. Sie ist seit 1999 approbierte Psychologische Psychotherapeutin. Gegen die Ablehnung ihres Antrags auf Zulassung zur vertragspsy-

chotherapeutischen Behandlung hat sie Widerspruch und Klage erhoben, blieb aber durch alle Instanzen hindurch erfolglos.

Ende 1999 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Hinweis auf eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit von 25 Stunden Psychotherapie wegen eines depressiven Syndroms, die Kosten der Therapie bei der Beigeladenen zu übernehmen. Die Klägerin zahlte der Beigeladenen kein Honorar, trat aber ihre Ansprüche auf „Erstattung der Honorarsätze“ schriftlich an die Beigeladene ab. Die beklagte Krankenkasse wurde von der Klägerin aufgefordert, den geforderten Betrag für die Therapie einschließlich Kriseninterventionen über insgesamt 5.975,16 DM = 3.055,05 € unmittelbar an die Beigeladenen zu überweisen.

Die beklagte Krankenkasse hat dies mit der Begründung abgelehnt, die Beigeladene sei nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen.

Das Bundessozialgericht hat die Klage zurückgewiesen, wobei in der Begründung mehrere Aspekte zum Tragen kommen, die im psychotherapeutischen Praxisalltag noch nicht ausreichend verankert scheinen.

Im Einzelnen:

1. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nur dann, wenn die Klägerin auch tatsächlich Kosten an die beigeladene Therapeutin bezahlt hat. Hat sie dies nicht – wie im vorliegenden Fall – besteht allenfalls ein Freistellungsanspruch, nicht jedoch ein Kostenerstattungsanspruch.
2. Ein Freistellungsanspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V wiederum setzt voraus, dass der Versicherte einer rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung aus der Honorarforderung des Psychologischen Psychotherapeuten ausgesetzt ist.
 - a) Einer solchen Zahlungspflicht ist die Versicherte dann nicht ausgesetzt, wenn sie ihren Kostenerstattungsanspruch „an Erfüllung statt“ an die Therapeutin abgetreten hat. Denn nach § 364 Abs. 1 BGB ist dann die Honorarforderung der Therapeutin gegenüber der Klientin erloschen (unabhängig davon ob die Therapeutin wiederum ihr Honorar letztendlich von der Krankenkasse bekommt). Wird in der Praxis mit Abtretungen gearbeitet, ist dieser Gesichtspunkt zu beachten.
 - b) Diese Klippe kann umschifft werden, wenn die Abtretung lediglich „erfüllungshalber“ erfolgt. Denn bei dieser Art der Abtretung tritt die Wirkung der Abtretung erst ein, wenn der Gläubiger (also die Psychotherapeutin) sich tatsächlich aus der Forderung befriedigen konnte, wenn also die Krankenkasse bezahlt hat.
 - c) Auch die Abtretung erfüllungshalber geht allerdings dann ins Leere, wenn die abgetretene Honorarforderung der Therapeutin gegenüber der Versicherten ins Leere geht, weil sie nichtig ist. Das Bundessozialgericht betont in seinen beiden Entscheidungen vom 18.7.2006, dass es an einer wirksamen Begründung einer Honorarforderung gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bereits dann fehle, wenn die Therapeutin vor Beginn der Behandlung des Versicherten keine Klarheit darüber schafft, auf welcher Grundlage die Behandlung stattfinden soll. Hierzu ist sie im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Aufklärungspflicht dem Versicherten gegenüber verpflichtet. Die Therapeutin hat vor Beginn der Behandlung darüber aufzuklären, dass der gesetzliche Krankenversicherte grundsätzlich einen zugelassenen Leistungserbringer zu wählen hat und dann einen Anspruch auf Naturalleistungen (Sachleistungen) gegenüber der Krankenkasse ohne Zuzahlungspflichten be-

sitzt. Ohne einen solchen Hinweis erwächst einem nicht zugelassenen Leistungserbringer aus der Behandlung kein Anspruch gegen den Versicherten. Hierbei bleibt es grundsätzlich auch dann, wenn der Versicherte sich auf ein Systemversagen berufen will und deshalb hofft, ausnahmsweise Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V erlangen zu können. Auch in einem solchen Fall hat ihn der nicht zugelassene Therapeut über die damit verknüpften Risiken vollständig und umfassend zu informieren, soll es zu einer wirksamen Honorarvereinbarung kommen. Nur der vollständig aufgeklärte Patient, der sich sehenden Auges aus dem Leistungs- und Schutzbereich der GKV begibt, darf mit dem Risiko der Kostentragung belastet werden.

3. Auch wenn aber eine solche umfassende zutreffende Aufklärung und korrekte Vertragsgestaltung – in Bezug auf die Abtretung – zugunsten der Klägerin durch das Bundessozialgericht unterstellt wird, kann sich diese nicht mit Erfolg auf einen Kostenerstattungsanspruch berufen. Denn Voraussetzung eines solchen Anspruches ist u.a., dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Im vorliegenden Falle (B1 KR 24/05 R) – bei dem oben beschriebenen Sachverhalt – war es jedoch so, dass jederzeit einer der zahlreichen vor Ort zugelassenen Psychotherapeuten oder zur Psychotherapie zugelassenen Ärzte aufgesucht hätte werden können.
4. In beiden Entscheidungen hat das Bundessozialgericht allerdings noch ergänzend auf folgenden Aspekt hingewiesen: Ist eine Behandlung so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt, so liegt ein Notfall vor, in dem auch andere, nicht zugelassene Therapeuten in Anspruch genommen werden dürfen (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Auch in einem solchen Fall ist jedoch ein Kostenerstattungs- oder Freistellungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, da in einem solchen Fall der leistungserbringende Psychotherapeut seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der kassenärztlichen Vereinigung verlangen kann. Denn die Notfallbehandlung erfolgt als Naturalleistung zulasten der GKV. Werden also in Notfällen von Nichtvertragsärzten/nicht zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet. Der Vergütungsanspruch des Psychotherapeuten richtet sich dann also nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse.
5. In seiner zweiten Entscheidung vom selben Tage – B 1 KR 9/05 R – vom 18.7.2006 weist das Bundessozialgericht noch gesondert darauf hin, dass der nicht zugelassene Therapeut auch im Notfall auf die Notfallbehandlung beschränkt ist und die enge Ausnahmerebestimmung des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht als Einfallstor für umfangreiche Leistungen zulassen der GKV nutzen darf. Seine Vergütung bekommt er deshalb nur unter der Voraussetzung, dass ein Notfall vorliegt. Hat der nicht zugelassene Therapeut einen Versicherten im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht nicht darauf hingewiesen, führt auch dies wiederum zur Nichtigkeit des Honoraranspruches. In diesem zweiten vom Bundessozialgericht am 18.7.2006 entschiedenen Fall (AZ – B 1 KR 9/05 R –) war es so gewesen, dass die Klägerin ab Mitte Juni 2001 bis zum 23. August 2001 zunächst 7 probatorischen Sitzungen absolvierte und erst am 23. August 2001 dann 25 tiefenpsychologisch fundierte Therapiesitzungen begannen. Hierzu stellt das Bundessozialgericht fest, dass probatorische Sitzungen den Zweck haben, insbesondere die Diagnose zu ermitteln und ggf. die Indikation zu stellen. All dies zielt nicht auf eine Notfallbehandlung im Rechtssinne ab, die letztlich in einer akuten Situation den Zeitraum des Behandlungsbedarfs überbrücken soll, bis ein zugelassener Leistungserbringer eingreifen könne.

6. Letztendlich weist das Bundessozialgericht in der Entscheidung, deren Ausgangssachverhalt oben geschildert wurde – B 1 KR 24/05 R – darauf hin, dass § 13 Abs. 3 SGB V die Möglichkeit unberührt lasse, dass berufsrechtlich hinreichend qualifizierte Leistungserbringer ohne Zulassung in Fällen wirklichen Systemversagens, in denen etwa mangels einer hinreichenden Zahl von Therapeuten eine Versorgungslücke besteht, Leistungen für Versicherte erbringen und sich honorieren lassen. In solchen Fällen kommt in Betracht, dass diese Kosten nach § 13 Abs. 3 SGB V zu erstatten sind. Das erfordert aber, dass alle Voraussetzungen dieser Anspruchsgrundlage erfüllt sind und daran fehle es vorliegend.

Zur Begründung wird darauf hingewiesen, dass Art. 2 und 10 PsychThG nach Wortlaut, Zweck und Entstehungsgeschichte § 13 Abs. 3 SGB V nicht modifizieren wolle, auch nicht bloß für einen Übergangszeitraum ab dem 1. Januar 1999. Vielmehr lasse Artikel 10 PsychThG die Rechtsstellung auch der bis zum 31. Dezember 1998 als sog. Erstattungstherapeuten tätig gewesenen Therapeuten unberührt. Für Erstattungs- (und die Delegationstherapeuten) stellt die Rechtsnorm im Zusammenwirken und der berufsrechtlichen Übergangsregelung in § 12 PsychThG sicher, dass sich deren Rechtsstellung durch die Einführung der neuen Berufsregelungen nicht verschlechtert. Allerdings sollte sie sich auch nicht verbessern. Auch bis zum 31. Dezember 1998 wurde die Kostenerstattung durch die Krankenkasse nur unter der Voraussetzung gewährt, dass eine Therapie durch ärztliche Psychotherapeuten oder Delegationspsychologen im Wege der Sachleistung nicht durchgeführt werden konnte. Die Kosten waren auch vor diesem Stichtag nur von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Inanspruchnahme durch das Unvermögen der Krankenkasse wesentlich mit verursacht wurde. Sofern im Bezirk des Versicherten ausreichend zugelassene Psychotherapeuten niedergelassen waren, die den Anspruch des Versicherten im Wege der Dienst- und Sachleistung erfüllen konnten, bestand kein Anspruch auf die Behandlung durch den nicht zugelassenen Therapeuten im Wege der Kostenerstattung. Danach haben Versicherte keinen Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V, wenn sie sich trotz (durch zugelassene Leistungserbringer) sichergestellter Versorgung ab 1. Januar 1999 von Therapeuten behandeln lassen, die bis zum 31. Dezember 1998 als sog. Erstattungstherapeuten tätig waren, als Psychotherapeuten approbiert sind und deren rechtzeitig gestellte Anträge auf Zulassung oder Ermächtigung zur Zeit der Behandlung noch nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt worden sind.

Rechtsanwältin Susanne Locher-Weiß, Reutlingen

Hinweis in eigener Sache

Die DGVT hat eine **Mailingliste**, in der sich KollegInnen zum Thema Kostenerstattung und über „Wege in die vertragsärztliche Versorgung“ (Sonderbedarf, Praxisübernahme) austauschen: **kostenerstattung@dgvt.de**.

Interessierte DGVT-Mitglieder können sich für diese Mailingliste bei der Geschäftsstelle anmelden: dgvt@dgvt.de.

Beim DGVT-Kongress 2008 werden sich die Teilnehmer dieser Mailingliste zum ersten Mal treffen: am 4.3.08, um 11.00 Uhr. Wir möchten dafür alle Mitglieder aufrufen, ihre **Anträge auf Sonderbedarf und Kostenerstattung** der DGVT-Geschäftsstelle zur Verfügung zu stellen!

Kontakt: dgvt@dgvt.de

Tagungsberichte

Zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-richtlinien – zweite Tagung des GK II in Berlin

Am 4. November 2007 fand in Berlin in der Humboldt-Universität die zweite Tagung des GK II statt, in der es um die Möglichkeiten ging, Einfluss auf die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien zu nehmen. Es wurden Impulsreferate gehalten, die durch ihre zum Teil kontroversen Perspektiven zu anschließenden Diskussionen führten.

Im ersten Themenblock mit dem Titel „Anerkennung von Psychotherapie-Methoden oder – Verfahren durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ stellte Prof. Dietmar Schulte, derzeitiger Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG das zukünftige methodische Vorgehen des Beirats bei der Beurteilung von Therapieverfahren vor, für die ein Antrag auf Bewertung als wissenschaftlich anerkannt vorgelegt wird. In Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurden 18 Anwendungsbereiche für Psychotherapie formuliert (z.B. affektive Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, ADS/ADHS), für die jeweils ein Antragsteller die Anerkennung einer Methode (z.B. EMDR) oder eines Verfahrens (z.B. Gesprächspsychotherapie) beantragt werden kann. Dafür muss a. ein Erfolgskriterium vorliegen (Heilung oder Linderung einer Störung von Krankheitswert), b. methodische Qualität nachgewiesen werden, c. interne Validität (Erfolg ist rückführbar auf das Verfahren/Methode) und d. externe Validität (Effektive Durchführbarkeit in der Praxis) vorliegen.

Zum gleichen Themenrahmen berichtete Dr. Tilman Grande, Universität Heidelberg, von einer in seinem Haus durchgeführten Studie zu psychoanalytischer Langzeittherapie mit insgesamt 1.800 Patienten. Aus diesen Erfahrungen resultiert seine Kritik an kontrollierten Studien. Als Beispiel nennt er die Patientenselektion, die auch in naturalistischen Studien zu finden sei: 50 von 100 Patienten fielen heraus, weil sie z.B. den Therapeuten als „zu schwer“ erschienen.

Im zweiten Themenblock ging es um den Praxis-Forschungstransfer und die Frage wie praxis- und versorgungsbezogene Forschung aussieht und wie sie weiterentwickelt werden sollte. Prof. Michael Buchholz, Göttingen, verwies darauf, dass Behandlung meist unidirektional gesehen wird und das Behandlungsziel oft nicht der individuelle Patient, sondern die Störung sei. Deshalb bewertete er RCT's als oft zweideutiger als es gemeinhin dargestellt wird: die Aufmerksamkeit in diesen Studien liege bei einzelnen Komponenten und weniger bei den Lebenszusammenhängen der Patienten. Er betonte, dass das, was Klient und Therapeut tun, immer individuelle, intimisierte und existenzielle Interaktion ist. Sein Vorschlag war, die (Forschungs-)Ignoranz gegenüber dem Gespräch zu überwinden.

Im Gegenzug referierte Prof. Thomas Fydrich, Humboldt-Universität Berlin, über Versorgungsforschung, in der es z.B. um angemessenen Zugang, Ergebnis und Aufwand von Psychotherapie geht. Auch der Bedarf an Psychotherapie in bestimmten Regionen oder die Inanspruchnahmeforschung sind relevante Themen. Er vertrat die Auffassung, dass die Psychotherapie zeigen muss, dass sie ihr Geld wert ist. Gerade in Zeiten knapper Geldverteilung werde die Frage nach Effizienz immer größer.

In der anschließenden Diskussion erzeugte gerade dieses Argument Widerspruch: Die Psychotherapeuten sollten mehr Selbstsicherheit zeigen, ein Arzt würde seinen Wert in der Gesundheitsversorgung nie in Frage stellen und sich nicht so drängen lassen, die eigene Effi-

zienz mittels wissenschaftlicher Studien nachzuweisen. Dem wurde entgegengehalten, dass die Kosten für Psychotherapie gemessen an der Gesamtvergütung zwar eher marginal, jedoch die Kosten pro Fall z.T. erheblich sind. Verhaltenstherapeuten versorgen im Durchschnitt jährlich 30-50 Patienten, Psychoanalytiker 8-12 Patienten und könnten damit nahezu ein Facharzteinkommen erzielen. Das könne uns bei fehlenden Argumenten schnell in die Defensive bringen.

Im letzten Themenblock stellte Prof. Martin Härter, Universität Freiburg die „Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Depression“ vor, die im Sinne der AWMF-Klassifikation als S3-Leitlinie ausgearbeitet wird. Die „Bekämpfung“ von Depressionen gehört zu den sechs nationalen Gesundheitszielen der Bundesregierung und die Vollendung der Leitlinie sei schon recht weit fortgeschritten. Prof. Härter geht davon aus, dass 30-60% der Behandlungen von depressiven PatientInnen durch die Leitlinie abgedeckt werden können. Da die Leitlinie konsentiert von den Fachgesellschaften in einem großen Gremium erarbeitet wurde, setzt er auf umfangreiche Akzeptanz nach der Veröffentlichung. Außerdem würden Leitlinien eine Gültigkeit von zwei Jahren haben, so dass neue Entwicklungen immer wieder einfließen können.

Norbert Bowe, Freiburg, entgegnete in seinem Referat, dass er Leitlinien in vielen Fällen für nicht sinnvoll hält, da Psychotherapie im engeren Sinne keine höchste Evidenz aufweisen könne, was in den Leitlinien jedoch ein wichtiges Kriterium zu sein scheine. Die Entscheidungsbäume der Leitlinie werden nach seiner Aussage Verallgemeinerungen notwendig machen, wo Differenzierung notwendig erscheine. Er drückte seine Befürchtung aus, dass Leitlinien auch schnell zu Richtlinien werden könnten, an die alle tätigen Psychotherapeuten dann gebunden wären.

Bei der abschließenden Diskussion der Tagung stand zunächst die Frage im Vordergrund, ob wir aus den Reflexionen etwas gewinnen können, was uns hilft, auf weitere Veränderungen der Richtlinien Einfluss zu nehmen, da wir nicht „Diskussionen im Elfenbeinturm“ führen wollten. Inhaltlich wie formal wurde jedoch Skepsis geäußert. Die Möglichkeiten, auf die politischen Akteure Einfluss zu nehmen, werden unterschiedlich gesehen. Den Pessimisten wurde dabei entgegengehalten, dass sich in unserem Kreis gut vernetzte KollegInnen mit deutlicher Außenwirkung befänden.

Einfluss auf die Politik kann nach allen Erfahrungen substantiell nur dann genommen werden, wenn die KollegInnen sich hinreichend einig sind, sie es also schaffen, trotz der Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren und Verbände dennoch Positionen zu entwickeln, die ein gemeinsames Arbeiten auf zentralen Themenfeldern (z.B. Leitlinien, Forschung) ermöglichen. Ob das dafür erreichbare Maß an Gemeinsamkeiten hinreicht, ist offen.

Positiv gesehen wurde der Reflexionsprozess der Tagung. Er helfe dabei, mit Abwehrhaltungen konstruktiver umzugehen. Die „bösen Anderen“ zu kritisieren sei wenig fruchtbar. Vielmehr stärke die Arbeit an der Identitätsbildung vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen das Selbstbewusstsein und verbessere damit die Souveränität im Blick auf zukünftige Auseinandersetzungen.

Sind Veränderungen am System der Richtlinien wirklich wünschenswert? Grundsätzlich wurde diese Frage überwiegend mit Ja beantwortet. Manche KollegInnen sehen aber doch die Gefahr, dass nach und nach das ganze System in Frage gestellt sein könnte (z.B.: Sollte sich die Zulassung von den anerkannten Verfahren lösen?).

Die Theorien der Genese psychischer Störungen und die daraus resultierenden unterschiedlichen Therapiekonzepte seien nur sehr reduktionistisch auf das Sozialrecht zu übertragen. Die Übersetzung habe Ergebnisse gezeitigt, die immer wieder als „inkonsistentes Regelwerk“ mit vielen Schwächen beurteilt werden. Auch bildeten die Richtlinien „moderne Entwicklungen der Psychotherapie“ nicht hinreichend ab. Ließe sich ein Modell finden, das eine präzisere

Umsetzung ermöglicht? Hier zeigen sich manche Fragen, die einer weiteren Bearbeitung bedürfen.

Erneut wird das Problem unserer Berufsgruppe angesprochen, dass wir im Hinblick auf Forschung und Praxis sehr heterogen seien und insofern kaum mit einer Stimme sprechen könnten. Auch habe sich in der Diskussion zum Transfer zwischen Praxis und Forschung gezeigt, dass diese nach wie vor schwer zu vereinbaren seien. Dies sei zwar keine neue Erkenntnis, dennoch bleibe es sinnvoll, nach Gemeinsamkeiten zu suchen. In diesem Sinne wird konzediert, dass die Kluft zwischen Theorie und Praxis sich in den letzten zehn bis 15 Jahren deutlich verringert habe, nicht zuletzt aufgrund des Psychotherapeutengesetzes. Generelle Lösungen seien zwar nicht rasch zu erwarten, jedoch führe der gemeinsame Diskurs zur Weiterentwicklung der Positionen, er sei fruchtbar und habe wahrscheinlich letztlich auch die gewünschte Außenwirkung.

Angesichts der sich schnell verändernden psychotherapeutischen Landschaft ist es wohl sinnvoll, nicht nur zu reagieren, sondern den Diskussionsprozess prospektiv durch konkreter ausgearbeitete Visionen zu beeinflussen. Der GK II könnte als Repräsentant der praktisch arbeitenden PsychotherapeutInnen gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) die Beiträge der Wissenschaft ergänzen. Ein konkreter Vorschlag für die weitere Arbeit war: Die zentralen Papiere des GBA genau analysieren und sie dann mit den Vertretern aus den entscheidenden Gremien diskutieren. So wie Leitlinien auf eine regelmäßige Revision angelegt sind, ist auch anzunehmen, dass die Psychotherapierichtlinien und die sie begleitenden Überlegungen immer wieder in die Diskussion gebracht werden können.

Wichtig bleibt für den GK II die Fähigkeit, auf politische Ereignisse schnell zu reagieren. Sinnvoll sei aber auch, den begonnen Strang der „Richtlinientagungen“ in einer geeigneten Form fortzusetzen, um die Besinnung auf Grundsatzfragen jenseits des Tagesgeschäfts zu ermöglichen. Beide Bereiche können sich dann im guten Fall gegenseitig befruchten.

Irmgard Schüller, Dinklar, und Jürgen Friedrich, Rostock

Aktuelle Trends in der psychosozialen Versorgung im Akutkrankenhaus – Leitlinien, Behandlungspfade, Zertifizierungen

**Fachtagung der Fachgruppe Klinische Psychologinnen und Psychologen im Allgemeinkrankenhaus
am 9./10.11.07 in Paderborn**

Die Veranstaltung wurde von der Fachgruppe Klinische Psychologinnen und Psychologen im Allgemeinkrankenhaus (BDP, Sektion Klinische Psychologie) ausgerichtet und hatte das Ziel, die Vernetzung klinischer PsychologInnen im Allgemeinkrankenhaus zu fördern sowie neue Perspektiven in der psychosozialen Versorgung zu diskutieren. Die Fachtagung wurde erstmalig als „Expertentagung“ der Fachgruppe durchgeführt und erstreckte sich über zwei Tage. Inhaltlich stand der interdisziplinäre Austausch verschiedener Professionen über die Ausgestaltung der psychosozialen Versorgung in der Akutversorgung, insbesondere die Bedeutung von Leitlinien, Behandlungspfaden und Zertifizierungen, im Mittelpunkt. Die meisten Teilnehmer arbeiteten als klinische PsychologInnen in Akutkrankenhäusern; viele hatten einen psychoonkologischen Hintergrund, was den Verlauf der Diskussionen prägte.

Nach der Vorstellung der Fachgruppe und ihrer Arbeit durch Rupert Roschmann, Mitglied des Leitungsteams der Fachgruppe, gab Axel Halim von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zum Einstieg einen Überblick zur Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in NRW. Durch eine Abnahme an Krankenhäusern, Betten und Beschäftigten bei gleichzeitig höheren Fallzahlen seien in den Kliniken immer mehr „schwere Fälle“ mit hohem Versorgungsbedarf anzutreffen, was zu einer Kostensteigerung führe. In NRW schrieben bereits ein Drittel der Krankenhäuser rote Zahlen. Vor diesem Hintergrund stelle die Einrichtung psychosozialer Zentren, beispielsweise zur psychoonkologischen Versorgung, ein finanzielles Wagnis für die Kliniken dar, da die Mehrkosten nicht ausreichend durch die Kassen aufgefangen würden. Vorrangiges Ziel sei es daher, verbindliche Regelungen zur Finanzierung psychosozialer Zentren zu treffen.

Andreas Einig, Leiter der Stabstelle Unternehmensentwicklung der Barmherzigen Brüder Trier e.V., schloss sich mit einem ebenfalls ökonomisch orientierten Vortrag an. Er stellte die Aufgaben des Krankenhausmanagements und die Rolle von Leitlinien bei der Unternehmensentwicklung dar. Leitlinien hätten Einfluss auf alle Versorgungsebenen – es gelte, den gesamten Behandlungspfad einschließlich der Prozesse und Mitarbeiter zu überarbeiten und zu optimieren. Es wies auf die Chance hin, durch knappe finanzielle Mittel eine Neustrukturierung der Abläufe und letztendlich eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlungspfade erreichen zu können.

Anschließend referierte Andreas Werner vom Tumorzentrum Rheinland-Pfalz e.V. über die Bedeutung von Leitlinien für die sektorübergreifende psychosoziale Versorgung. Er gab einen Überblick zu Leitlinien bzw. Zertifizierungsrichtlinien in der Onkologie und stellte Schwierigkeiten vor, die mit der Umsetzung von Leitlinien in die Praxis verbunden sind. Sollen Leitlinien als Empfehlung oder Verpflichtung behandelt werden? Wie sieht es aus mit der Compliance der Behandelnden? Ist für PsychologInnen die Approbation nötig? Wie können Leitlinien politisch umgesetzt werden?

Der zweite Tag begann mit einem Überblick über Leitlinien und Zertifizierungsrichtlinien für die psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus durch Ruth Wiedemann (Brüderkrankenhaus St. Josef, Paderborn). Sie hob die Bedeutung von Implementierungsempfehlungen für den Anwender der Leitlinien hervor und wies auf die Schwierigkeit hin, Leitlinien ständig auf aktuellem Stand zu halten. Sie bemängelte, häufig werde der Bereich der Akutversorgung in den Leitlinien nicht erwähnt und PsychologInnen seien nicht immer explizit genannt, sondern es werde von psychosozialer Versorgung allgemein gesprochen. Wiedemann wies auf die Bedeutung berufspolitischen Engagements und der aktiven Mitarbeit von PsychologInnen in Fachgesellschaften hin, um psychologische Stellen zu schaffen und zu sichern.

Martina Neikes vom berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg berichtete von der Implementierung von Leitlinien in der psychosozialen Versorgung Querschnittsgelähmter. Sie betonte, es sei wichtig, dass sich Praktiker mit der Wissenschaft vernetzten, um konkrete, umsetzbare und fundierte Leitlinien aufzustellen. Neben krankheitsspezifischen Unterschieden müsse man auch geschlechterspezifische Probleme wahrnehmen und dürfe die Angehörigen bei der Formulierung von Behandlungsleitlinien nicht vergessen.

Silvia Jung, Gesundheitswissenschaftlerin von der Universität Bielefeld, stellte auszugsweise ihr Promotionsprojekt vor, in dem es um die Implementierung interdisziplinärer psychoonkologischer Versorgung in Akutkrankenhäusern nach dem CMP- (Case Management Psychoonkologie) Programm ging. Als Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Implementierung eines neuen Versorgungskonzeptes nannte sie einen geeigneten Kontext für die Umsetzung, sachliche Unterstützung bei der Umsetzung und wissenschaftliche Überwachung des Implementierungsprozesses. Schwierigkeiten träten besonders am Ende der Implementierungsphase auf, wenn die externe Unterstützung ausbleibe und das neue Konzept in den Klinikalltag übernommen werden solle.

Am Ende der beiden Tage fand jeweils eine Podiumsdiskussion mit den Referenten statt, bei der der Anwendungsbezug im Mittelpunkt stand. Es wurde diskutiert, wie konkret Leitlinien formuliert sein sollten, um einerseits als Argumentationsgrundlage für bessere Arbeitsbedingungen zu dienen (hier wurde immer wieder auf den Mangel an „angemessenen“ Räumlichkeiten für PsychologInnen hingewiesen), andererseits besonders in finanzschwachen Kliniken nicht als vermessene Forderung abgetan zu werden. Insgesamt waren sich alle Referenten einig, dass Leitlinien möglichst konkret ausformuliert sein sollten, was jedoch durch den Prozess der Konsensfindung bei der Erstellung von Leitlinien oft nicht zu erreichen sei. In diesem Zusammenhang gab es den Aufruf an alle Anwesenden, die Position und Bedeutung der psychologischen Arbeit im Rahmen psychosozialer Versorgung in der Akutbehandlung nach außen zu vertreten und nach Möglichkeit in die doch meist stark medizinisch ausgerichteten Leitlinien einfließen zu lassen. Besonders in einem noch relativ jungen Bereich wie der Psychologie im Allgemeinkrankenhaus sei es wichtig, die Bedeutung psychologischer Arbeit hervorzuheben, bekannt zu machen und in Leit- und Richtlinien festzuschreiben, da nur so die psychologische Versorgung auch in Zeiten knapper finanzieller Mittel zu gewährleisten sei.

Alles in allem waren es zwei gelungene Tage, in denen jeder das finden konnte, was er wollte - vom inhaltlichen Fachgespräch und angeregten Diskussionen über persönlichen Austausch, von der Stadtführung durch das nächtliche Paderborn bis hin zum kulinarisch wertvollen gemeinsamen Abendprogramm, welches die Vernetzung untereinander erfolgreich förderte. Am Ende war dann vielfach „Auf Wiedersehen im nächsten Jahr“ zu hören.

Bettina Seekatz, Würzburg, b.seekatz@uni-wuerzburg.de

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der neue EBM 2008 kann wie geplant Anfang 2008 in Kraft treten. Am 19. Oktober konnten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen im so genannten Erweiterten Bewertungsausschuss die letzten strittigen Punkte klären.

Die KBV hatte die Erarbeitung des neuen EBM mit der Forderung nach höheren Bewertungen verbunden, die Krankenkassen lehnten dies ab, so dass man sich im Erweiterten Bewertungsausschuss, einer Art Schiedsgericht für strittige Fragen der Selbstverwaltung auf Bundesebene, traf.

Erstmals konnte erreicht werden, dass die beiden Psychotherapeutenvertreter, Dieter Best und Jürgen Doebert, die bereits im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses Mitglieder sind, in ihrer Funktion als Stellvertreter an den Sitzungen des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses teilnehmen.

Strukturell bringt der EBM eine stärkere Pauschalierung. Im hausärztlichen Bereich wird eine Versichertenpauschale eingeführt, d. h. zukünftig rechnet der Hausarzt für jeden ersten Patientenkontakt im Quartal eine Pauschale ab. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sowie bei den entsprechenden ärztlichen Berufsgruppen bleiben die Leistungen des Kapitels 35 als Einzelleistungen erhalten. Auch die Gesprächsleistungen („220er-Ziffern“) der fachspezifischen Kapitel 14, 21, 22 und 23 bleiben erhalten, obwohl die Krankenkassen sie zunächst in den Grundpauschalen aufgehen lassen wollte. Erreicht werden konnte auch, dass PPs und KJPs den Aufwand für Behandlungen außerhalb der Praxisräume zusätzlich abrechnen können, was bisher nur für Ärzte

galt. Nicht abgerechnet werden kann weiterhin ein Zuschlag für die reguläre Sprechstunde am Samstag.

Wie oben bereits erwähnt, war vor allen Dingen die Bewertung strittig. Die Krankenkassen erhofften sich durch die Pauschalierungen eine Abnahme der abgerechneten Leistungen, die KBV eher eine Erhöhung durch erforderliche Anpassungen. Die Einigung erfolgte im Erweiterten Bewertungsausschuss mit dem Vorsitzenden Prof. Jürgen Wasem.

Die KBV erreichte,

1. dass der kalkulatorische Arztlohn um ca. 10.000 Euro erhöht wird. Statt bisher 95.553 Euro pro Jahr wird nun von 105.571 Euro ausgegangen. Daraus errechnet sich der Wert der ärztlichen Leistung pro Minute mit 0,8609 Euro, was wiederum zu einer allgemeinen Bewertungserhöhung führt.
2. dass die Mehrwertsteuererhöhung um 3 % auf 19 % berücksichtigt wurde und
3. dass die Ergebnisse der Kostenstudie in die Kostenkalkulation der sog. Praxisbetriebsmodelle übernommen wurden (mit 35.748 Euro pro Jahr, bisher 25.000 Euro pro Jahr).

Nicht erreicht wurde, dass die Kosten für delegierbare, jedoch selbst durchgeführte Tätigkeiten der Psychotherapeuten anerkannt werden. Es wären dann zusätzlich 2.500 Euro zu den Betriebskosten dazu gekommen. Außerdem wurde der Antrag der KBV die zunehmende Bürokratie zu berücksichtigen, indem man die sog. „Produktivität“, d. h. den direkten Arzt-Patient-Kontakt absenkt, abgelehnt. Dies hätte zu einer Erhöhung des Arztlohns und damit der Punktzahlen geführt.

Insgesamt erhöht sich die Punktzahl für eine Psychotherapiesitzung von jetzt 1495 auf 1755 Punkte. Dies führt jedoch nicht zu einem höheren Honorar 2008. Bundesregierung und Krankenkassen betonen immer wieder, dass die Punktzahlerhöhungen sich im Jahr 2008 nicht in höheren Kosten im Gesundheitswesen niederschlagen dürfen. Im Jahr 2008 gelten weiterhin die Honorarverteilungsverträge und die Formel zur Bestimmung des Mindestpunktwertes für Psychotherapie. Danach werden höhere Punktzahlen durch niedrigere Punktwerte kompensiert.

Im Jahr 2009 wird es nur noch einen sog. Orientierungspunktwert (OPW) für alle Ärzte und Psychotherapeuten geben, der deutlich niedriger sein wird als der derzeitige (bundesdurchschnittlich bei 5,11 Cent). Das Honorar wird durch diesen Punktwertabfall vermutlich stärker sinken, als die Punktzahlanhebung (von 1495 auf 1755) ausgleichen kann.

Um die angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im EBM sicherzustellen, wie es im § 87 Abs. 2c SGB V vorgesehen ist, muss sich die Selbstverwaltung etwas einfallen lassen. Denkbar wären ein eigener Orientierungspunktwert für die Psychotherapeuten oder einen Zuschlag zur Punktzahl oder zum Punktwert. Wenn der gesetzlich normierte Anspruch der Psychotherapeuten von der Selbstverwaltung in den KV'en nicht angemessen umgesetzt wird, dürfte sonst wieder ein Weg durch die Instanzen bis zum Bundessozialgericht nötig werden.

Bei der **Berichtspflicht** gab es ebenfalls eine Änderung. Dazu ist im neuen EBM ausgeführt:

„Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.“ Voraussetzung dafür ist, dass der Patient seine Zustimmung zum Weiterleiten eines Berichtes gibt. Zwar entfällt die bisherige vierteljährliche Berichtspflicht. Weil aber die Vorschrift jetzt im EBM steht, sind die KVen verpflichtet, die Erfüllung auch zu überprüfen.

Auf der Homepage der KBV finden Sie unter www.kbv.de/11203.html den EBM in der Fassung, die auf der Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses am 1. Januar 2008 in Kraft treten wird.

Waltraud Deubert

Umfrage zu Praxiskosten auch 2007 – Ein déjà vu?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wieder eine Erhebung der Praxiskosten durchführen lassen.

Sie haben bereits im Sommer eine Befragung zu Ihren Praxiskosten ausgefüllt? Die DGVT hat Sie damals schon darüber informiert? Ja, das ist richtig. Die Sommererhebung war von der KBV in Auftrag gegeben worden und wurde von der Firma Prime Networks umgesetzt. Sie bezog sich auf das Jahr 2005 und wurde als Grundlage des EBM 2008 durchgeführt. Nicht nur ausgewählte Psychotherapeuten in Niederlassung, alle KV-Zugelassenen Vertragsärzte konnten teilnehmen. Das Ergebnis war die Ermittlung von Praxiskosten Niedergelassener von durchschnittlich 37 000 Euro. Ein erster Erfolg, war die Grundlage für den EBM-2000-plus doch Praxiskosten von 25 000 Euro.

Dennoch ist der Mittel der empirischen Daten von dem vom Bundessozialgericht (BSG) veranschlagten Kostenpunkt für eine voll ausgelastete Musterpraxis von 45 000 Euro noch weit entfernt.

Die aktuelle Erhebung bezog sich nun auf das Kalenderjahr 2006. Es wurde wieder nur eine eingeschränkte Stichprobe aus allen Arztgruppen angeschrieben. Die Datenbasis der Erhebung des ZI ist die steuerliche Gewinnermittlung. Auf unserer Homepage konnten Sie wichtige Hinweise zu dieser Befragung lesen. Ein Leitfaden des bvvp zum Ausfüllen des Fragebogens wurde der DGVT auch dieses Mal wieder zur Verfügung gestellt.

Wir sind weiterhin der Meinung, dass es außerordentlich wichtig ist, dass das ZI korrekte Daten über Praxiskosten von Psychotherapeuten erhält. Sie werden als Grundlage für die Honorarberechnungen aller Psychotherapeuten verwendet.

Weitere Informationen zur Berechnung der Praxiskosten:

Forschungsinstitut ZI: <http://www.zi-berlin.de>

Katja Kühlmeyer



www.afp-info.de

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

**Einführung in
die Schematherapie
nach Jeffrey Young**

28. - 29. März 2008
Philipp Hammelstein

in Berlin

 Akademie für
Fortbildung in
Psychotherapie

Weitere Informationen

Stabstelle Patientenorientierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Nach § 77 Sozialgesetzbuch V sichern die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung für die gesetzlich Versicherten Patienten. Sie vertreten ebenso die Interessen der niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten. Auf Bundesebene bilden die einzelnen KVen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Sie ist, ebenso wie die regionalen KVen, Einrichtung der ärztlichen und psychotherapeutischen Selbstverwaltung und Körperschaft öffentlichen Rechts.

Wenn Patienten Schwierigkeiten haben, einen Arzt oder Psychotherapeuten in ihrer Nähe zu finden, dann wenden sie sich in der Regel an ihren Hausarzt, an ihre Krankenkasse oder an das Bürgerbüro ihres Wohnorts, doch selten kommen sie auf die Idee, sich an die KVen oder die KBV direkt zu wenden. Dabei gibt es eine Stabstelle Patientenorientierung, die für solche Anfragen die richtige Adresse sein kann. In Fragen der ambulanten Versorgung will sie (laut ihrem Flyer) „**Ansprechpartner Nummer eins**“ für Versicherte sein.

Im Mai/Juni 2006 hat sie eine Zufriedenheitsbefragung mit ca. 4000 Versicherten durchgeführt. Es wurden Fragen zur Häufigkeit von Arztbesuchen, zur Versorgungslage sowie zu Präferenzen und Erfahrungen mit Terminen und Wartezeiten dokumentiert.

Leider wurden die Facharztgruppen in der Befragung nicht näher unterteilt, so dass keine Rückschlüsse auf die psychotherapeutische Versorgung gezogen werden konnte. Die Ergebnisse sind auf der Homepage der KBV veröffentlicht.

Darüber hinaus gehen Patientenfragen und -beschwerden bei der Stabstelle ein. Meistens handele es sich, laut Klaus Balke, Leiter der Stabstelle, um Versicherte in den neuen Bundesländern, die sich über die langen Wartezeiten auf Facharzttermine (von mehreren Monaten) beklagen. Beschwerden wegen zu langer Wartezeiten auf Psychotherapie würden selten bei ihnen eingehen.

Das verwundert, arbeiten doch viele Psychotherapeuten im **Kostenerstattungsverfahren** mit der Begründung, dass ihre Patienten nicht in angemessener Wartezeit einen Psychotherapieplatz bei einem niedergelassenen Kollegen bzw. einer Kollegin finden können. Vielleicht ist es die Scham der Patienten, mit ihrem Anliegen in die Öffentlichkeit zu gehen und/oder sich gar an eine Körperschaft öffentlichen Rechts zu wenden. Personen, die beispielsweise selbst als Beamte oder Angestellte bei staatlichen Institutionen tätig sind, werden aufgrund psychischer Störungen benachteiligt und verschweigen diese oder nehmen dafür nicht ihre Krankenkasse in Anspruch. Vielleicht liegt es auch daran, dass die Patienten mit der KV nicht direkt in Kontakt stehen, sondern die Krankenkasse aus Patientensicht „dazwischengeschaltet“ ist.

Seit eineinhalb Jahren ist nun die Stabstelle Patientenorientierung eingerichtet und wer Näheres über ihre Aufgaben und Tätigkeiten wissen möchte, kann sich über den Patienten-Newsletter „KBV Kontakt“ informieren.

Katja Kühlmeyer

Patienten-Newsletter „KBV Kontakt“:

<http://www.kbv.de/patienteninformation/10110.html>

Kontakt zur Stabstelle Patientenorientierung:

Stabstelle Patientenorientierung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Tel.: 030-4005-1083, Fax: 030-4005-1081, Email: patientenorientierung@kbv.de,

Internet www.kbv.de

Eine neue Petition an den Bundestag - diesmal zur Angleichung der Psychotherapie- ausbildung an die ärztliche Psychotherapeuten-Weiterbildung

Nachdem im vergangenen Jahr die Petition der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) an den Bundestag für sehr viel Aufmerksamkeit innerhalb der Psychotherapeutenschaft gesorgt hat, ist nunmehr eine weitere Petition in Vorbereitung, die sich mit den Belangen von Psychotherapeuten beschäftigt. Es handelt sich um eine Petition vom 29. Oktober von Oliver Weiß aus Erlangen (Öffentliche Petition Nr. 557), die am 18. Dezember eingereicht werden soll.

Sie kann unter folgendem Link eingesehen kann:

http://itc.napier.ac.uk/e-petition/bundestag/view_petition.asp?PetitionID=557.

Inzwischen haben knapp 11.000 Personen die Petition mit-unterzeichnet.

In der Petition wird kritisiert, dass die ärztliche Psychotherapie-Ausbildung (PT-Ausbildung) nur 300 Stunden umfasse und auch sonst wesentlich weniger umfangreich sei als die Ausbildung von PP (dass es auch KJP gibt, wird von den Petitionen nicht erwähnt). Es wird verlangt, dass die Ärztliche PT-Ausbildung vom Bundestag an die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten angeglichen werde, um Benachteiligungen der PP abzubauen. Sollte der Bundestag nicht in der Lage sein, die ärztlichen Ausbildungsregelungen/umfänge zu ändern, wird er aufgefordert, die Ausbildung der PP an das Niveau der Ärztlichen PT-Ausbildung anzugleichen.

Bereits bei schneller Durchsicht kommt man zu dem Schluss, dass eine solche Petition nachvollziehbar ist, beispielsweise wurde bereits zur Zeit der erstmaligen Beratung über das Psychotherapeutengesetz die sehr heterogenen Ausbildungsumfänge der verschiedenen Berufe dargestellt und kritisch diskutiert. Gleichwohl finden sich aber sachliche Fehler in dem vorgetragenen Anliegen, die es uns schwer machen, die Initiative zu unterstützen.

Zunächst handelt es sich bei der PT-Zusatzausbildung für Ärzte um eine Weiterbildung, keine Ausbildung. Die Regelungshoheit für Weiterbildungen liegt bei der zuständigen Heilberufskammer, der Bundestag hat hier keine Zuständigkeit. Zudem muss man innerhalb der ärztlichen Weiterbildungsregelungen die verschiedenen Weiterbildungsgänge unterscheiden: den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, (beide setzen Ausbildungsumfänge und -inhalte voraus, die denen der PP vergleichbar sind) und den Zusatztitel Psychotherapie. Die Kritik richtet sich vermutlich gegen die fachgebundenen „kleinen“ Psychotherapiezusatztitel, die Gebiets-/Fachärzte unterschiedlicher Fachgebiete erwerben können. Sie haben allerdings – soviel muss man feststellen – innerhalb der Ärzteschaft eine zurückgehende Bedeutung und sind dort umstritten. Auch haben sie – im Verhältnis zum „richtigen Facharzt“ nur begrenzte Möglichkeiten zur Abrechnung psychotherapeutischen Tätigkeit, z.B. innerhalb der KV.

Schließlich gibt es ein pragmatisch-politisches Argument: Die massiven Veränderungen in der aktuellen Gesundheitsversorgung, die beispielsweise durch die zunehmenden Integrierten Versorgungsverträge und ähnliches gekennzeichnet sind, lassen darauf schließen, dass Psychotherapie immer wieder in Gänze zur Disposition steht und stehen wird (vgl. Bericht zum GEK-Gesundheitsreport in dieser Rosa Beilage zur VPP 4/2007). In solchen Zeiten kann es unklug sein, wenn sich die verschiedenen Psychotherapeuten-Gruppen gegenseitig Inkompetenz vorwerfen und damit das Klima für eine mögliche Zusammenarbeit verschlechtern.

Heiner Vogel, Würzburg

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Mecklenburg-Vorpommern:** Hinweise auf Fortbildungs-Veranstaltung
Rostocker Reihe Nr. 3: Dipl.-Psych. Stefan Mohr: „Die therapeutische Beziehung ressourcenorientiert gestalten“ am 23. Januar 2008, 20:00 Uhr, CJD Rostock
(Kontakt über mv@dgv.de oder rostock@afp-info.de oder 03 81-8 57 70 58).

Fortbildung an der Ostsee: qualifizieren und regenerieren!
am 17. - 19. Juli 2008 in Rostock-Warnemünde
- **Niedersachsen:** Treffen der Landesgruppe am Dienstag, den 22.1.09, 19:30 Uhr im Freizeitheim-Linden, Windheimstr.4, 30451 Hannover, Raum U5.

Weitere Termine

- **Länderrat:** Der Länderrat trifft sich am 15. und 16. Februar 2008 in Bremen.
- **Länderkonferenz:** Die Länderkonferenz findet im Rahmen des Kongresses am 29. Februar 2008 in Berlin statt.
- **8. KurssprecherInnenkonferenz** der AusbildungsteilnehmerInnen der DGVT für alle Lehrgänge innerhalb unseres DGVT/FernUni Hagen – Ausbildungsverbunds am 29. Februar 2008, 13.30 Uhr in Berlin
- **Treffpunkte beim Kongress:**
Meine Kammer und ich – Krieg ich fürs Geld nur Bürokratie oder was?
1. März 2008, 11:00 Uhr in Berlin

Berufseinstieg Niederlassung - Die Mitglieder der Mailingliste kostenerstattung@dgv.de treffen sich.
4. März 2008, 11:00 Uhr in Berlin