

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 1/2009

Die  informiert:

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 18. Februar 2009

Inhaltsverzeichnis

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Bundeskabinett beschließt 15. AMG-Novelle** 4
- **Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – Diagnosestellung wird zum Politikum** 5
- **Melchinger-Kontroverse** 7
- **Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – Wie geht es 2009 weiter?**..... 11
- **RWI-Studie sieht Einsparreserven im Gesundheitswesen** 12
- **Bundesrat lässt Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) passieren** 14
- **Programm zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Großbritannien** 15

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	16
Bayern	18
Berlin	19
Bremen	22
Hamburg	22
Hessen	23
Niedersachsen	24
Nordrhein-Westfalen	25
Rheinland-Pfalz	26

Saarland	27
Schleswig-Holstein	28
Thüringen.....	28

Psychotherapeutengesetz und Psychotherapie-Ausbildung

● 10 Jahre Psychotherapeutengesetz (PsychThG)	30
● Trippelschritte zur Reform der Psychotherapeutenausbildung - das Expertenpanel zum Forschungsgutachten am 28. Januar 2009 in Berlin.....	31
● DGVT-Statements im Rahmen des Panels	34
● PsychotherapeutInnen in Ausbildung: Bezahlung praktischer Ausbildung.....	36
– Antwortschreiben Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 19.12.2008 zur Vergütungsproblematik bei den in Ausbildung befindlichen PP bzw. KJP.....	36
– Antwortschreiben Annette Widmann-Mauz (MdB) vom 19.1.2009 zur Vergütungsproblematik bei den in Ausbildung befindlichen PP bzw. KJP.....	38
– PiA-Stellungnahme	38

Alles was Recht ist . . .

● Schutz von Patientendaten soll verbessert werden	40
● Haftungsrechtliche Fragen bei suizidgefährdeten PatientInnen.....	41
● Bundestag debattierte Entwürfe zur Patientenverfügung	44

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

● Die Quälerei mit dem Abfassen von Therapieanträgen – Wie kann man mit dem Gutachterverfahren leben?	45
● Honorarreform zur vertragsärztlichen Vergütung	50
● Honorar-Widerspruch weiterhin einlegen.....	52
● BMG will neue Krankengeldregelung für Selbstständige korrigieren	52

Weitere Infos

● Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	53
● Regionale Mitgliedertreffen, Termine.....	55

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

im Jahr 2009 stehen nach der Landtagswahl im Januar in Hessen noch insgesamt 15 Wahlen an: im Mai die Bundespräsidentenwahl, im Juni die Europawahl und insgesamt 8 Kommunalwahlen, Landtagswahlen im Saarland, in Sachsen, Thüringen und Brandenburg und last not least die Bundestagswahl im September.

In der Gesundheitspolitik hat die Große Koalition einige Gesetze auf den Weg gebracht, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV sowie die Pflegereform. Auch das letzte Gesetzgebungsprojekt dieser Wahlperiode, das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, fand im Februar seinen Abschluss. Das Präventionsgesetz ist eines der wenigen Vorhaben der schwarz-roten Regierung, das im Koalitionsvertrag zwar vereinbart worden war, aber bisher nicht umgesetzt wurde. Das Präventionsgesetz wird zwar immer mal wieder vom BMG ins Gespräch gebracht, aber ohne dass es bisher zu einer Einigung kam.

Der Wahlkampf über die Gesundheitspolitik hat bereits begonnen. Er wurde u. a. von der FDP eingeläutet mit einem Antrag „für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen“, den sie am 12. Februar in den Bundestag eingebracht hat. Darin fordert die FDP, das SGB V zu entrümpeln, „Gesundheitsfonds und Zentralisierung zurückzunehmen, den Morbi-RSA zu überarbeiten, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen durch ein Prämienmodell, von Sachleistung auf Kostenerstattung umzustellen, die freiwillige Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte zu garantieren, die Freiberuflichkeit zu stärken und Kochbuchmedizin zu verhindern.“¹ Aber nicht nur die FDP, sondern auch die CSU hat bereits eine Neuorientierung in der Gesundheitspolitik gefordert. „Um wieder Vertrauen bei PatientInnen und ÄrztInnen zu gewinnen, sei eine ernsthafte Alternative zum Bürgerversicherungsmodell von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) vonnöten. Die neue Honorarverordnung für Ärzte müsse aufgehoben und die Ausweitung medizinischer Versorgungszentren gestoppt werden“². Aber auch Regierungsvertreter stellen sich zunehmend der Kritik an der Gesundheitspolitik der Großen Koalition. So lud Professor Lauterbach kurzfristig ÄrztInnen in seinem Wahlkreis zur Diskussion ein. Wie bei Veranstaltungen mit PolitikerInnen in vielen anderen Städten waren ÄrztInnen mit Postern, Plakaten und Flugblättern angereist und äußerten heftige Kritik an der derzeitigen Gesundheitspolitik.

Mit den Beiträgen „**Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**“ sowie zur „**Honorarreform der vertragsärztlichen Vergütung**“ greifen wir zwei heiß diskutierte Themen auf. Derzeit laufen zahlreiche Protestveranstaltungen der niedergelassenen Ärzte – von kleinen Briefaktionen bis hin zu Demonstrationen wegen der Umsatzeinbrüche durch die neue Vergütungsregelung. Dabei geraten häufig auch die PsychotherapeutInnen in die Schusslinie als angebliche Gewinner der Honorarreform. Unter der Rubrik „*Gesundheits- und Berufspolitisches*“ setzen wir die Debatte um die sog. „**Melchinger-Studie**“ fort, die diese Argumentationslinie noch zu unterstützen scheint. Dort finden Sie außerdem wie es mit der **Sozialpsychiatrievereinbarung** weitergeht und wo eine Studie der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft **Effizienzreserven im Gesundheitswesen** sieht.

In dem Artikel „**Programm für Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Großbritannien**“ wagen wir einen Blick über die Landesgrenzen hinaus.

Dirk Zimmer geht unter der Rubrik „*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*“ der Frage nach, wie man mit dem **Gutachterverfahren** leben kann. Unter der Rubrik „*Alles was Recht ist ...*“ beschäftigen wir uns mit dem **Schutz von PatientInnendaten**, den **haftungsrechtlichen Fragen bei suizidgefährdeten PatientInnen** sowie der Patientenverfügung.

¹ Quelle: facharzt.de vom 12.02.2009

² Quelle: facharzt.de vom 07.02.2009

Psychotherapeutengesetz und Psychotherapieausbildung beschäftigen uns im 10. Jahr nach der Verabschiedung des Gesetzes. Viele KollegInnen, insbesondere die PsychotherapeutenInnen in Ausbildung, setzen große Erwartungen in das Forschungsgutachten und die anstehende Reform des Psychotherapeutengesetzes. Durch die Bundestagswahl im September und die sich anschließende Regierungsbildung ist allerdings davon auszugehen, dass damit kaum vor 2010 zu rechnen ist.

Ferner finden sie etliche Landesberichte und noch einiges mehr.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen

Waltraud Deubert

Kerstin Burgdorf

Heiner Vogel

Gesundheits- und Berufspolitisches

Bundeskabinett beschließt 15. AMG-Novelle

Das Ende der Legislaturperiode kommt näher. Ein sichtbares Zeichen ist die Häufigkeit, mit der Gesetze im sog. Omnibusverfahren beraten werden. Dazu gehört auch die 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG), mit der ganz unterschiedliche gesundheitspolitische Bereiche neu geregelt werden sollen. Sie wurde kurz nach Redaktionsschluss vom Bundeskabinett beschlossen.

Der Kabinettsentwurf enthält insgesamt 18 Artikel, die u. a. Änderungen bei folgenden Gesetzen nach sich ziehen sollen: Betäubungsmittelgesetz, Sozialgesetzbuch V, Risikostruktur-Ausgleichsverordnung und Krankenhausentgeltgesetz. Wegen der Eilbedürftigkeit – die Novelle soll noch vor der Bundestagswahl im September beschlossen werden – geht der Kabinettsentwurf gleichzeitig zur Beratung an Bundesrat und Bundestag. Die Anhörung ist am 6. 5.2009 geplant. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung der Länder. Es soll am 1. August in Kraft treten.

Wichtige im Kabinettsentwurf geplante Veränderungen:

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die Krankenkassen müssen für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit eine angemessene Vergütung vereinbaren. Das Nähere dazu muss im Bundesmantelvertrag geregelt werden.

GKV-Krankengeld für Selbstständige

Diese Versicherten sollen wie normale ArbeitnehmerInnen einen Krankengeldanspruch von der siebten Woche an haben. Sie können sich aber auch mit einem Wahltarif bei ihrer Krankenkasse absichern.

Alles Weitere werden wir auf unserer Homepage unter www.dgvt.de berichten.

Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) - Diagnosestellung wird zum Politikum

Krankenkassen erhalten mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine Kopfpauschale für jeden Versicherten. Um Unterschiede in der Versichertenstruktur auszugleichen und insbesondere um das Problem der Risikoselektion zu verringern, wurde in der GKV bereits 1994 ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Der (RSA) soll den Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen gerechter machen, da manche Kassen vorwiegend junge, gesunde Mitglieder haben, die wenig kosten, und andere Kassen eher ältere und behandlungsintensivere Versicherte. Mit dem Gesundheitsfonds ist dieser Mechanismus weiterentwickelt worden. Kassen, deren Versicherte an behandlungsintensiven Krankheiten leiden, erhalten ab 1.1.2009 einen Zuschlag aus dem sog. morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Der Begriff leitet sich vom lateinischen Wort „morbidus“ für „krank“ ab und ist ein „epidemiologisches“ Krankheitsmaß. Er gibt die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe an. Für Versicherte, die zu einer dieser Risikogruppen gehören, erhält eine Kasse mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds. Basis der Berechnung sind Erfahrungswerte, die Kassen in der Vergangenheit mit der Behandlung einzelner Bevölkerungsgruppen und bestimmten Krankheiten gemacht haben.

Kaum eingeführt, gibt es Kritik am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Der SPD-Bundestagsabgeordnete Professor Karl Lauterbach steht in der ersten Reihe der Politiker, die eine Änderung der Methodik des Morbi-RSA ins Gespräch bringen. Die derzeitige Handhabung könne leicht dazu führen, dass Krankenkassen und Ärzte Diagnosen manipulierten, um mehr Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen. Dies ist in Anbetracht der Tatsache, dass der Morbi-RSA ab 1. Januar 2009 zu einer wichtigen Einnahmequelle für die gesetzlichen Krankenkassen wurde, leicht nachvollziehbar. Die Höhe der Morbiditätszuschläge kann dabei monatlich zwischen 20 Euro und 5 000 Euro variieren.

Die Krankenkassen erhalten diese Zuschläge für Versicherte, die an einer oder an mehreren der 80 im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen leiden. Die Begrenzung auf 80 Krankheiten kann u. U. aber bedeuten, dass Krankenkassen für PatientInnen mit nicht berücksichtigungsfähigen chronischen Erkrankungen aus dem Gesundheitsfonds nur so wenig bekommen, dass ihre Kosten nicht entsprechend gedeckt werden. Ein Morbiditätszuschlag wird allerdings erst dann ausgelöst, wenn die Diagnose derselben Krankheit in zwei unterschiedlichen Quartalen in einem Jahr gestellt wird. Bei einer relativ geringen Anzahl von ambulanten Diagnosen muss sogar ein zusätzliches Arzneimittelkriterium für eine chronische Krankheit im Sinne des Morbi-RSA erfüllt werden. Da der Beitragssatz den Krankenkassen nun von staatlicher Seite vorgegeben wird und damit als Wettbewerbsmerkmal wegfällt – sieht man von der Möglichkeit der Erhebung eines Zusatzbeitrages ab – kommt für die wirtschaftliche Bilanz Krankenkassen der Optimierung der Morbi-RSA-Zuschläge eine hohe Bedeutung zu.

Bei der Berechnung der den einzelnen Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel wird die dokumentierte Morbidität zugrunde gelegt, wobei den o. g. 80 Erkrankungen insgesamt 3 799 unterschiedliche ICD-Diagnoseschlüssel zugeordnet sind. Unter Berücksichtigung der Methodik des RSA liegen offenbar 75 % bis 80 % der Ausgleichszahlungen oberhalb des realen Bedarfs. Hier wird ein großes Problem innerhalb der GKV-Gemeinschaft gesehen, da hieraus Anreize zu einer verstärkten Diagnoseerfassung gesetzt werden.

Auch der Report der Gmünder Ersatzkassen (GEK-Report) zur ambulanten ärztlichen Versorgung 2008 befasst sich schwerpunktmäßig mit Erkrankungen und zukünftigen Ausgaben. Ei-

nes von mehreren Motiven für diese Themenwahl war die für das Jahr 2009 in der GKV vorgesehene Einführung des Morbi-RSA. Bei der Vorstellung des GEK-Reports kritisierte der Vorstandsvorsitzende der Gmünder Ersatzkasse, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, dass der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen zu unpräzise sei und deshalb nachgebessert werden müsse. „Eher unspezifische schwer eingrenzbare Erkrankungen wie Depression, Herzinsuffizienz und Hypertonie bekommen mit dem Morbi-RSA enorme Bedeutung für den Ausgleich von Krankheitsrisiken“ so der GEK-Vorstand. Am Beispiel der Depression machte der Projektleiter des GEK-Reports deutlich was gemeint ist. Bei 5,8 % aller gesetzlich Versicherten sei 2006 die Diagnose Depression gestellt worden, das sind etwa 4,1 Mio. Menschen. Für jeden Fall erhielten die Krankenkassen 1 500 Euro Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds – gleichgültig ob jemand schwer oder leicht erkrankt sei. So wurden knapp 60 % der diagnostizierten Depressionen von den Ärzten der Kategorie „depressive Episode“ zugeordnet. Der Ausgleich zwischen den Krankenkassen ergebe sich so nicht aus der Schwere der Krankheiten, sondern aus der Häufigkeit der Diagnose, sagt Kassenchef Schlenker. Der Krankheitsbegriff müsse daher enger gefasst werden. Allein die Diagnose Depression wird erhebliche Umverteilungen zur Folge haben: Insgesamt 4,1 Mrd. Euro dürften nach den Berechnungen 2009 aufgrund der Diagnose umverteilt werden.

Diagnosestellung wird zum Politikum – BVA plant verstärktes Vorgehen gegen Diagnosebetrug

Die Meldungen in der Fachpresse, dass Krankenkassenvertreter versuchen, auf Ärzte Einfluss zu nehmen und sie zu einer „Nachcodierung“ ihrer Patienten respektive Versicherten zu bewegen, haben eine heftige Debatte über die Sinnhaftigkeit der Einführung des Morbi-RSA ausgelöst. Das sog. „Upcoding“, also das Erstellen einer gravierenderen Diagnose als tatsächlich vorliegend, würde allerdings nur dann einzelne Krankenkassen bevorteilen, wenn gezielt PatientInnen bestimmter Kassen auf diese Weise eine unzutreffende Diagnose erhielten. Eine annähernd gleichmäßige allgemeine Zunahme von Morbi-RSA-günstigen Diagnosen bei allen Krankenkassen könnte nur zu einer Verwässerung der erhobenen Daten führen, jedoch nicht zu einer Verbesserung der finanziellen Zuteilung aus dem Morbi-RSA im Vergleich aller Krankenkassen.

Für den Bereich Psychotherapie kommt noch ein weiteres wichtiges Argument hinzu, das ganz abgesehen von der rechtlichen Unzulässigkeit einer falschen Diagnosestellung von Bedeutung ist. Wegen der immer noch vorhandenen Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der Gesellschaft muss mit psychischen Diagnosen vorsichtig und verantwortlich umgegangen werden. „Ein Upcoding psychischer Krankheiten aus ökonomischem Interesse würde der gerechtfertigten zunehmenden Aufmerksamkeit im Gesundheitswesen auf psychische Krankheiten schaden und einer weiteren Stigmatisierung der Betroffenen Vorschub leisten“, formulierte Dieter Best in der Ärztezeitung vom 4.2.2009.

Das Bundesversicherungsamt (BVA), das für die Verteilung des Morbi-RSA zuständig ist, will nun gegen möglichen Betrug bei Arztrechnungen intensiver vorgehen. ÄrztInnen bzw. PsychotherapeutInnen, die unzutreffende Diagnosen stellen, müssen zukünftig verstärkt mit Strafen rechnen wie Bußgelder oder Entzug der Kassenzulassung. "Unregelmäßigkeiten und Verwerfungen bei Diagnosedaten aus der vertragsärztlichen Versorgung" sollen "evaluiert" und "gerichtsfest sanktioniert" werden, heißt es in einem Schreiben des BVA an die Aufsichtsbehörden der Länder. Der Betrugsvorwurf richtet sich gegen Kassen und ÄrztInnen in einzelnen Regionen. Es wird behauptet, einzelne ÄrztInnen machten die PatientInnen auf dem Papier kränker als sie eigentlich sind.

Spannendes Detail dieser Frage ist die unterschiedlich geregelte Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden über die einzelnen Krankenkassen. Die bundesweit organisierten Kassen unterstehen der Aufsicht des BVA, die regionalen Krankenkassen unterstehen der jeweiligen Landesbehörde. Uneinheitliche Rechtsauffassungen über die Zulässigkeit von Überprüfungen der

korrekten Codierung der Patienten durch die jeweilige Krankenkasse könnten in diesem Sinne wiederum zu einer verzerrten Verteilung des Morbi-RSA führen.

Änderungen der Morbi-RSA-Regelung geplant

Nach einem Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 29. Januar 2009 plant das BVA, die tatsächlich verordneten Arzneimittel zum Ausgangspunkt dafür zu machen, wie viel Geld eine Krankenkasse für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält, und will damit das vermutete Up-Coding bei Diagnosen verhindern.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung will gegen überzogene Diagnosen vorgehen. "Wir wollen ein anonymes Rückmeldesystem aufbauen", sagte KBV-Sprecher Roland Stahl. Die Ärzte sollen sich ihrer Kassenärztlichen Vereinigung anvertrauen können, falls eine Krankenkasse überzogene Diagnosen erwarte.

Die PatientInnenvertreterInnen befürchten, dass PatientInnen, deren Erkrankung nicht in dem BVA-Katalog der 80 Krankheitsgruppen stehen, schlechter versorgt werden. Versorgungsprogramme zu entwickeln, kostet die Krankenkassen Geld.

Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geforderte Verbesserung der PatientInnenversorgung harrt weiterhin auf die Umsetzung.

Waltraud Deubert, Kerstin Burgdorf

Melchinger-Kontroverse: Die KBV-Studie zu unterschiedlichen Vergütungen für Psychotherapeuten und Psychiater

Leserbrief: Zur Reaktion des DGVT-Vorstandes (Rudi Merod im Supplement zur VPP 4/2008) auf die sogenannte „Melchinger-Studie“

Wenn es um Geld geht, hört bekanntlich der Spaß auf. Heiner Melchinger wird gewusst haben, dass man sich warm anziehen muss, wenn man zur Mittelverteilung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich kritisch Stellung nimmt. Um so mehr verdient er Respekt dafür, als Psychologe und Versorgungsforscher mutig auf die Problematik hinzuweisen, dass schwer psychisch Kranke, die in der überwiegenden Mehrzahl von niedergelassenen Psychiatern behandelt werden, im Vergleich zum typischen Psychotherapiekieklientel wenig bis gar keine Chancen haben, sich länger und intensiver auf gesprächstherapeutischer Ebene mit ihrem Leiden auseinander zu setzen. Mit im Mittel ca. 50 Euro pro Quartal, ist dies nachvollziehbar nicht leistbar.

Die ersten Repliken seitens der Fachverbände der Psychotherapeuten nach der Veröffentlichung einer Zusammenfassung seiner Studie im Deutschen Ärzteblatt (105; 46, A 2457-A2460) laufen darauf hinaus, Melchinger vorzuwerfen, er wolle Mittel von den PsychotherapeutInnen zu den Psychiatern verschieben und leichter gestörte Patienten im Regen stehen lassen.

Dies ist eine nicht gerechtfertigte Interpretation: Melchinger geht es zunächst einmal schlicht um Transparenz bezogen auf das, was man heute Ressourcenallokation nennt. Betrachtet man die Mittelverteilung im Versorgungssystem für psychisch Kranke aus dieser Perspektive, so kommt man an der Schlussfolgerung nicht vorbei, dass psychosekranke Menschen (um diese Gruppe dürfte es sich im Kern handeln, wenn Melchinger von „schwer psychisch Kranken“ spricht) im Kampf um die begrenzten Ressourcen eindeutig die Verlierer sind. Melchinger

geht also vom Bedarf der Patienten aus und nicht von den Interessen und Wünschen der Leistungsanbieter.

Unbestreitbar ist es ungerecht und gleichzeitig stigmatisierend, die Behandlung psychosekranker Menschen vorwiegend auf die Medikation zu beschränken, ihre Probleme entsprechend auf Stoffwechselstörungen zu reduzieren und ihnen psychotherapeutische Hilfestellung faktisch vorzuenthalten. Betroffene beklagen dies immer wieder und zunehmend deutlicher - regelmäßig nachzulesen in der DGSP-Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“, eines der wenigen Foren, wo sie selbst zu Wort kommen.

Die Grundforderung ist die nach mehr bezahlter Zeit für „sprechende Medizin“ im persönlichen psychiatrischen Behandlungskontakt. Es geht um Zeit, die benötigt wird, um Standards wie Behandlungskontinuität, Einbeziehung des familiären Umfeldes, Krisenintervention und in Einzelfällen auch die Fallführung im Rahmen einer integrierten Rehabilitationsplanung gewährleisten zu können. Wer sowohl die psychiatrische als auch die psychotherapeutische Versorgungswirklichkeit kennt, für den sind die Schlussfolgerungen Melchingers nicht überraschend. Zum unzureichend finanzierten Angebot an notwendigen Hilfen kommen für schwer psychisch Kranke weitere Benachteiligungen hinzu. Soziale Randständigkeit und krankheitsbedingte Defizite erschweren den Zugang zum Psychotherapiemarkt und ganz allgemein die Durchsetzung von Patienteninteressen. Tudor Hart, englischer Mediziner und bekannter Autor gesundheitsökonomischer Veröffentlichungen, hat diesen Zusammenhang 1971 mit seinem „inverse care law“ beschrieben: Je größer der Bedarf an guter medizinischer Versorgung, desto geringer ist die Chance, dass dieser Bedarf auch angemessen berücksichtigt wird, und umgekehrt. Noch direkter auf die psychotherapeutische Versorgung in unserem Land bezogen lässt sich diese Gesetzmäßigkeit so auslegen: Solange ein Behandler bei gleichem Entgelt und hoher Nachfrage wählen kann zwischen schwierigen und weniger schwierigen Patienten, wird er dazu neigen, solche Fälle auszuwählen, die mit weniger Aufwand zu behandeln sind. Dieser Zusammenhang ist weder eine Sache der persönlichen Einstellung noch Beleg für ein ungelöstes Indikationsproblem sondern ein versorgungsökonomisches Strukturproblem (Budgetierung, Pauschalfinanzierung).

Lösungen, die mehr Verteilungsgerechtigkeit versprechen und schwer psychisch Kranken zu ihrem Recht verhelfen, können selbstverständlich nicht in einer schlichten Umverteilung der Mittel von den Psychotherapeuten zu den niedergelassenen Psychiatern liegen - das muss man nicht weiter diskutieren. Mehr Geld führt auch hier nicht automatisch dazu, dass die schwierigen und schwer kranken Patienten mehr Leistungen erhalten. Ob das psychotherapeutische Behandlungssystem weiter optimiert und vor allem flexibilisiert werden kann – was Ressourcen für dieses spezielle Klientel frei setzen könnte – darüber muss allerdings gesprochen werden. Im Ergebnis muss dies nicht zum Nachteil der Psychotherapeuten sein, denn nichts spricht dagegen, diese stärker in die Versorgung schwer psychisch Kranker einzubeziehen.

Gute Reformansätze gibt es bereits. Psychologische Psychotherapeuten arbeiten z. B. seit vielen Jahren kollegial und gleichberechtigt mit Psychiatern in psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischen Diensten zusammen und praktizieren hier bezogen auf das besagte Klientel eine Form von Psychotherapie, die sicherlich etwas anderes ist als die Richtlinienpsychotherapie mit ihren starren Vorgaben – aber es ist und bleibt doch professionelle Psychotherapie, die hier geleistet wird.

Um es auch für niedergelassene Psychotherapeuten attraktiv zu machen, sich zu spezialisieren und sich in Kooperationszusammenhänge einzubinden, bieten sich neue Vertragsmodelle mit den Krankenkassen an, die für spezielle Leistungen für definierte Zielgruppen besondere finanzielle Anreize bieten und die Kooperation mit den psychiatrischen Kollegen verbindlich regeln. Erste Ansätze in diese Richtung sind unter dem Stichwort Integrierte Versorgung auf den Weg gebracht. Auch dazu nimmt Melchinger Stellung, wobei es seiner Meinung nach der

Vertragspartikularismus der Kassen bislang verhindert, die Integrierte Versorgung zu einem Erfolgsmodell werden zu lassen.

Wichtig erscheint mir, dass sich die niedergelassenen Psychotherapeuten an der Entwicklung neuer Versorgungsformen aktiv beteiligen - bevor andere Berufsgruppen dieses Terrain besetzen.

Die von Melchinger nachgewiesene Ungerechtigkeit, dass die einen viel bekommen, die anderen wenig bis gar nichts - unabhängig davon, ob im Einzelfall reguläre Psychotherapie oder das psychiatrische Gespräch den Bedarf ausmacht, ist auf jeden Fall ein wichtiges Thema, das auf der Tagesordnung bleiben muss.

Dr. Gerd Möhlenkamp, Bremen

Erwiderung zur Stellungnahme von Möhlenkamp

Wir können an dieser Stelle der Analyse von Möhlenkamp nur zustimmen. Sie stellt ein deutliches Bild der Situation aus Sicht der betroffenen Menschen dar. Dies bezieht sich sowohl auf die Sicht von Seiten der PatientInnen wie auch der TherapeutInnen. Je ausgeprägter die Störung umso schwieriger wird es einen angemessenen Therapieplatz zu finden. Das betrifft aber nicht nur Menschen mit einer schizophrenen Störung, sondern z. B. auch Menschen mit einer Borderline-Störung und insbesondere viele Kinder und Jugendliche, gleichgültig welche Störung sie aufweisen.

Dennoch möchten wir noch einmal den Blick auf das eigentliche Problem richten: die Systematik unseres Gesundheitssystems. Wenn wir unsere gegenwärtige gesundheitspolitische Situation betrachten, dann ergeben sich daraus Schlüsse, die die von Melchinger und Möhlenkamp dargestellte Problemlage auf eine andere Ebene bringen, weg vom betroffenen Individuum hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Dimension.

Noch einmal ein Rückgriff auf Melchinger und seine Studie sowie die Idee einer Umverteilung der Gelder. Diese Idee wurde mittlerweile von einer gesetzlichen Krankenkasse aufgegriffen. Die Kasse hat die Daten der stationären Behandlung von depressiven PatientInnen analysiert und dabei hat man festgestellt, dass PatientInnen, wenn sie ½ Jahr nach der Entlassung aus dem stationären Setting keine ambulante Therapie bekommen konnten, mit extrem hoher Wahrscheinlichkeit wieder stationär aufgenommen werden. Dies bedeutet natürlich hohe Kosten, sowohl finanzieller Art aber auch ein Verlust von Lebensqualität, herausfallen aus dem Lebensumfeld, vermeidbares Leid. Der Schluss, den die Krankenkasse daraus gezogen hat, ist bisher relativ einfach: man plant den TherapeutInnen mehr Geld zu zahlen, wenn die depressiven PatientInnen innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung einen ambulanten Therapieplatz bekommen.

Dies freut zunächst die betroffenen PatientInnen und auch die TherapeutInnen, doch diese Lösung geht an dem eigentlichen Problem vorbei, da dadurch natürlich diese Plätze für andere PatientInnen nicht mehr zu Verfügung stehen. Leid wird also nur verschoben!

Ein wichtiger Teil des Problems liegt bei den so genannten „Bedarfszahlen“, die ja keine Bedarfszahlen sondern Angebotskontingentierungen darstellen. Wenn es wirkliche Bedarfszahlen sein sollten, dann müssten diese andere Bezugsgrößen haben, konkret müssten sie mit epidemiologischen Daten begründet werden. Die beiden Studien von Löcherbach et al. (1999) und Wittchen et al. (1999) haben Behandlungsbedarfszahlen aufgrund epidemiologischer Daten sowie weiterer Faktoren berechnet, die hier viel geeignetere Modelle darstellen könnten. Wenn also das Angebot weit unter dem wissenschaftlich berechneten, also epidemiologisch begründeten Bedarf liegt, kann eine Verschiebung von finanziellen Mitteln dieses Problem nicht lösen – wie bei dem oben erwähnten Ansatz der Krankenkasse! Und auch die von Melchinger implizit angeregte bessere Vergütung von Psychiatern würde nichts an deren Kapazitätsgrenzen ändern.

Ein weiteres Problem wird dadurch hervorgerufen, dass man zwei Bereiche die sehr unterschiedlich sind, in ein Raster steckt. ÄrztInnen können im Quartal sehr viele PatientInnen „sehen“. da viele dieser PatientInnen nur ein- bis zweimal und evtl. auch jeweils nur kurze Zeit bei ihnen sein müssen (ob sie diese im Durchschnitt wirklich gut behandeln, steht auf einem anderen Blatt). Durch die Besonderheiten der Psychotherapie (aber auch der psychiatrischen Betreuung) können PsychotherapeutInnen nur einen Bruchteil der PatientInnen „behandeln“, die von einem Psychiater „behandelt“ werden, da ihre Behandlungen in der Regel einen längeren Zeitraum mit regelmäßigen und zeitgebundenen Terminen erfordern. Diese Unterschiede zu ignorieren, wie es in den häufig zitierten Schlussfolgerungen zur Melchinger-Studie geschieht, bedeutet Äpfel mit Birnen zu vergleichen.

Und – wie bereits erwähnt: trotz aller angeblichen Benachteiligung der Psychiater erhalten diese im Durchschnitt eine erheblich bessere Vergütung und auch eine bessere Stundenvergütung als PsychotherapeutInnen.

Es kann unseres Erachtens also nicht darum gehen, mehr Geld für die Psychiater zu fordern (am besten zu Lasten der PsychotherapeutInnen), vielmehr muss es um mehr Geld für die Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen gehen und um qualifiziertere Versorgung.

Ein drittes Problem liegt in der von uns so genannten „Industrialisierung“ des Medizinsektors, zu dem wir auch den Bereich Psychiatrie/Psychotherapie zählen. Ähnlich wie in der Industrie versucht man über gerade auch jetzt wieder vorgelegten EBM-Leistungsziffern die „Taktzahl“ am Fließband zu erhöhen, auch in dem man die Leistungen des Arztes von diesem wegnimmt und an andere MitarbeiterInnen oder Maschinen delegiert. Dies zwingt natürlich auch zu einer schlechteren Versorgung zumindest in vielen Bereichen medizinischer Versorgung. Leider sagt niemand innerhalb der Politik offen, dass das gewünscht ist und dass es letztendlich darum geht eine „Grundversorgung“ zu schaffen und damit die PatientInnen, wenn sie gut versorgt werden wollen, zur Zuzahlung zu zwingen.

Um unsere Kritik noch einmal auf den Punkt zu bringen: Die Melchinger-Studie könnte hervorragend geeignet sein, um für eine qualitativ bessere Versorgung schwer und chronisch psychiatrisch kranker Menschen zu argumentieren. Dies mag auch die ursprüngliche Intention der Studie gewesen sein. Leider wird sie gerade so nicht rezipiert (und auch vom Autor so nicht primär dargestellt). Vielmehr wird die Arbeit in unseren Augen missbraucht, um Honorarstreitigkeiten zwischen Psychiatern und PsychotherapeutInnen (nicht nur gegenüber PP/KJP, sondern auch gegenüber ärztlichen PsychotherapeutInnen) anzuheizen. Das geben die Zahlen aber nicht her, das ist der Sache nicht angemessen und es schadet eigentlich dem begründeten Anliegen einer qualitativ guten Versorgung der betroffenen Menschen.

Für den DGVT-Vorstand

Rudi Merod

Löcherbach, P., Heinrich, H., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater, M., Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (1999). Entwicklung von Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (4), 615-643.

Wittchen, H.U., Müller, N. Pfister, H, Pfister, H., Winter, S. & Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 216–222.

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – Wie geht es 2009 weiter?

Die Sozialpsychiatrische Vereinbarung gibt es seit 1994 als Anlage zum Bundesmantelvertrag mit dem VdAK sowie in Einzelverträgen zwischen KVen und Primärkassen auf der regionalen Ebene (siehe [/www.kvno.de/mitglieder/vertraeg/sozipsyc/index.html](http://www.kvno.de/mitglieder/vertraeg/sozipsyc/index.html)).

Diese Vereinbarung ermöglicht den Kinder- und Jugendpsychiatern die Anstellung von Heil- und Sozialpädagogen in ihren Praxen. Als eigenständige Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind diese letztgenannten Berufsgruppen nicht zugelassen. Als Mitarbeiter von Ärzten ist es ihre Aufgabe, Betreuungsleistungen von Kindergärten, Schulen und Jugendämtern zu koordinieren und Hausbesuche zu erledigen. Damit wird das gesamte familiäre und soziale Umfeld psychiatrisch kranker Kinder erfasst.

Mit der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung wurde eines der ersten auch in der Fläche funktionierenden Integrationsmodelle geschaffen. Eine Besonderheit, die sich nun als Problem erweist, da es keine gesetzliche Grundlage gibt: Die Finanzierung durch die Krankenkassen ist freiwillig. Mitte des vergangenen Jahres begannen die bundesweit tätigen Ersatzkassen und viele regionale Primärkassen damit, diese Vereinbarung wegen ihrer unsicheren Finanzlage unter den neuen Bedingungen des Gesundheitsfonds zum Ende 2008 zu kündigen.

Durch die Streichung der Sozialpsychiatrievereinbarung zum Ende des Jahres wäre es den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern nicht mehr möglich gewesen, die eigens dafür eingestellten MitarbeiterInnen aus dem sozialpädagogischen, psychologischen oder ergotherapeutischen Feld zu finanzieren. Je Behandlungsfall und Quartal erhält der Arzt diese Leistung mit etwa 160 Euro vergütet. Dadurch würde nicht nur die Qualität der Arbeit leiden, sondern es könnte auch deutlich weniger Kindern und Jugendlichen geholfen werden. Mit dem Einsatz solcher MitarbeiterInnen kann ein Kinderpsychiater z. B. bis zu 400 PatientInnen behandeln, alleine sind nur 100 bis 150 (Quelle Ärztezeitung vom 14.7.2008) möglich.

Am 5.12.2008 meldete die Ärztezeitung, dass die Fortführung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zunächst für 2009 gesichert sei. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband hatten eine entsprechende Übergangvereinbarung abgeschlossen, die bis zum 31. März 2009 gilt.

Darüber hinaus verständigten sie sich darauf, bis zum 1. April 2009 einen Anschlussvertrag zu erarbeiten, mit dem die Versorgung mit sozialpsychiatrischen Leistungen sichergestellt werden kann.

"Die Übergangvereinbarung soll den Vertragspartnern Zeit für eine dauerhafte Vereinbarung geben und gleichzeitig den Betroffenen die Sicherheit, dass ihre Versorgung nicht gefährdet ist", sagte der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz, der Ärztezeitung. Die Möglichkeit, regionale Einzelvereinbarungen zu treffen, bleibt bestehen. Die einzelnen Krankenkassen machen den Beitritt vom Inhalt der zukünftigen Regelung abhängig, so sollten z. B. gleiche Vergütungsregelungen für alle Krankenkassen gelten. Zurzeit ist es wohl noch offen, welche Kassen dem zukünftigen Rahmenvertrag beitreten. Dieser Zustand entziehe den sozialpsychiatrischen Praxen die Planungsgrundlage für die Zeit nach dem 31. März 2009, so dass diese sich gezwungen sähen, ihre Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen jetzt zum Ende des 1. Quartals 2009 zu kündigen, um dem Risiko nicht refinanzierbarer Personalkosten zu entgehen. Befürchtet wird, dass damit die seit 1994 ausgebauten sozialpsychiatrischen Strukturen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammenbrechen würden.

Die Bundestagsfraktion der Grünen hat sich dieser Thematik in einer kleinen Anfrage (16/11490) an die Bundesregierung angenommen und will wissen, wie es um die Zukunft der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung bestellt ist. Die Abgeordneten fragen unter anderem, wie viele Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland in der ambulanten Versorgung praktizieren und wie viele psychisch kranke Kinder und Jugendliche pro Jahr von Kinder- und Jugendpsychiatern behandelt werden. Die Anfrage vom 19.12.2008 finden Sie unter dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/114/1611490.pdf.

Aus der Antwort der Bundesregierung vom 5.1.2009 (Drucksache 16/11551) geht hervor, dass zum 31.12.2007 in Deutschland 732 FachärztInnen für Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Die Bundesregierung beruft sich dabei auf Angaben des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zu den anderen Fragen hat das BMG die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen um Mitteilung gebeten.

Waltraud Deubert

† Nach Redaktionsschluss erreichte uns folgende Meldung:

„Spitzenverband der Krankenkassen handlungsunfähig –
Leidtragende sind psychisch kranke Kinder und deren Familien“³

Die Gespräche zu einer bundesweit und kassenübergreifend einheitlichen Fortführung der kinder- und jugendpsychiatrischen Sozialpsychiatrievereinbarung sind am 11.2.2009 ergebnislos vertagt worden. Damit ist der Fortbestand der sozialpsychiatrischen Praxen in Baden-Württemberg, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt akut gefährdet (in den anderen Bundesländern existieren derzeit regionale Vereinbarungen). Mindestens 50.000 psychisch kranke Kinder können, wenn es nicht zu einer Lösung kommt, in diesen Ländern ab dem 1.4. nicht mehr versorgt werden, so das Fazit des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland.

RWI-Studie sieht Einsparreserven im Gesundheitswesen

Die gesetzlichen Krankenkassen könnten 5,6 – 9,8 Mrd. EUR einsparen, so das Ergebnis einer Studie, die die arbeitgebernahe Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) am 8. Januar 2009 vorgelegt hat und die in der Presse oft zitiert wurde. Durchgeführt wurde die Studie vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung und dem Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie der Universität Duisburg-Essen. Die Studie basiert auf öffentlich zugängliche Daten des Statistischen Bundesamtes, des Bundesministerium für Gesundheit, des AOK-Bundesverbandes, des GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystems und der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Jahre 2005 – 2007. Die Studie vergleicht Ausgaben für medizinische Leistungen in allen Bundesländern und stellt dabei erhebliche Unterschiede fest. So wird die Leistung von ÄrztInnen in Hamburg um 42 % höher vergütet als in Niedersachsen. Durch eine Reduktion des Punktwertes in der Ärztevergütung könnte das Bundesland Ham-

³ Quelle: www.journalmed.de/newsview.php?id=24670

burg dementsprechend die Ausgaben pro GKV-Versicherten von heute 362 EUR um mindestens 56 EUR senken. Große Unterschiede wurden auch hinsichtlich der Anzahl der Arztbesuche und der verschriebenen Leistungen festgestellt. Bayern könnte diesbezüglich 14 % einsparen, wenn es den Umfang vertragsärztlicher Leistungen auf den Bundesdurchschnitt reduzieren würde, heißt es in der Auswertung.

Der Schwerpunkt der Studie liegt im Krankenhausbereich. Auch dort gibt es erhebliche Unterschiede, z. B. werden von den Krankenkassen bei der Behandlung einer akuten Blinddarm-Entzündung in einem Krankenhaus in Rheinland-Pfalz 10 % mehr erstattet als in Schleswig-Holstein. Auch hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte unterschieden sich die Bundesländer – beispielsweise verzeichnet das Saarland 13 % häufiger Krankenhausaufenthalte, als der Bundesdurchschnitt. Krankheitsrisiken wie Alter und Geschlecht, die in den Bundesländern unterschiedlich verteilt sind, seien für diese Unterschiede nicht verantwortlich. Sie seien bei dem Vergleich der Effizienzreserven berücksichtigt worden. Im Bereich der Arzneimittel gab es 2007 Ausgaben pro Kopf in Höhe von 346 EUR in Bayern und 462 in Mecklenburg-Vorpommern. Auch unter Berücksichtigung der Altersbereinigung erscheint es den Autoren unwahrscheinlich, dass diese Unterschiede alleine durch Morbiditätsunterschiede erklärt werden können. Die brachliegenden Effizienzreserven seien Folge des mangelnden Wettbewerbs im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Dies führe u. a. zu überhöhten Preisen und zu hohen Fallzahlen bei Leistungen der Krankenhäuser und Arztpraxen, zu Überkapazitäten bei den Krankenhäusern und zu überzogenen Mengen bei Arzneimitteln. Die drei untersuchten Sektoren machten zusammen 72 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Die Verfasser der Studie fordern u. a.:

- die duale durch eine monistische Krankenhausfinanzierung zu ersetzen
- die Möglichkeiten der Krankenkassen zu erweitern, unabhängig von KVen Verträge mit ambulant tätigen ÄrztInnen zu schließen
- ein integriertes Vergütungssystem für den ambulanten und stationären Sektor zu entwickeln
- die fixen bzw. vorgeschriebenen Großhandels- und Apothekenzuschläge durch wettbewerbliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu ersetzen.

Die Kritik an der Studie ließ nicht lange auf sich warten. Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) bezeichnete die Studie als höchst fragwürdig und als Gesundheitspolitik auf Stammtischniveau, ohne die Konsequenzen zu bedenken. Die schlechtesten Vergütungen und die dünnste Versorgung werden hier zum Standard erhoben. Regionale Unterschiede würden unmittelbar als Effizienzreserve gewertet. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ließ verlauten, dass bei 60 % Personalkosten jede Milliarde weniger für die Kliniken den Entzug von Mitteln zur Finanzierung von ca. 15 000 Arbeitsplätzen bedeuten würde. Bei der Streichung von 4 Mrd. EUR für die Krankenhäuser würden damit ca. 60 000 Arbeitsplätze verloren gehen und dies in Zeiten, in denen sich alle darauf konzentrieren sollten Arbeitsplätze zu sichern.

Waltraud Deubert

Der Bundesrat hat das Krankenhaus- finanzierungsreformgesetz (KHRG) wie erwartet passieren lassen⁴

In seiner Plenarsitzung am 13. Februar hat der Bundesrat zu dem zustimmungsfreien KHRG nicht die Anrufung des Vermittlungsausschusses verlangt. Das Gesetz kann nunmehr - in großen Teilen rückwirkend zum 1. Januar - in Kraft treten.

Diese Entwicklung hatte sich auch bereits durch die Ergebnisse der Sitzung des Gesundheitsausschusses der Länderkammer am 28. Januar absehen lassen. Dieser hatte mit deutlicher Mehrheit empfohlen, zum KHRG in der vom Bundestag beschlossenen Fassung keinen Antrag auf Einberufung des Vermittlungsausschusses zu stellen. Lediglich die Länder Berlin und Nordrhein-Westfalen hatten sich bei der Abstimmung enthalten.

Die Länder Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen hatten einen Entschließungsantrag eingebracht, in dem die **Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung** begrüßt wurde. Als eine Maßnahme schlugen sie vor den „Sanierungsbeitrag“ zu streichen. Des weiteren sollte die Möglichkeit geschaffen werden, die Personalkostensteigerungen bei der Krankenhausvergütung zu berücksichtigen. Ferner wurden der Orientierungswert sowie die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals hervorgehoben.

Zur Thematik der **Investitionsfinanzierung** heißt es weiter:

*"Im Übrigen belässt das Gesetz es beim **dualen System in der Krankenhausfinanzierung**, wonach die Länder weiterhin eigenverantwortlich über die Ausgestaltung ihrer Krankenhausinfrastrukturen entscheiden können. Zusätzlich wird den Ländern auf freiwilliger Grundlage ermöglicht, sich im Rahmen der Investitionsförderung zukünftig an sogenannten **Investitionspauschalen** zu orientieren. In diesem Zusammenhang bedauert der Bundesrat allerdings, dass seine Forderung nicht erfüllt wurde, die **Beteiligungsrechte der Länder bei der Entwicklung und Festlegung der Investitionsbewertungsrelationen** gesetzlich zu verankern. Er fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, die Länder insofern umfassend zu beteiligen."*

Zusammengefasst besagt der **neue § 10 KHG** folgendes:

- Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen ab 2012 (für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab 2014)
- Entwicklung von **Grundsätzen und Kriterien** für die Ermittlung eines Investitionsfallwerts auf Landesebene bis Ende 2009
- Berücksichtigung der **Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken**
- Entwicklung und Kalkulationen **bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen** bis Ende 2010 respektive 2012 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Wahlrecht der Länder zur **Beibehaltung der Einzelförderung**.

Eine **Beteiligung der Länder** ist **nicht vorgesehen**. Gegen diesen Antrag gab es im Gesundheitsausschuss vereinzelte Gegenstimmen und Enthaltungen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer weist auf die Bedeutung eines einheitlichen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik hin. „Ein neues Entgeltsystem könnte Anreize da-

⁴ *Quelle:* Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid) 6/2009

für setzen, den wissenschaftlichen und therapeutischen Fortschritt schneller in die Versorgung zu integrieren und eine stärker teilstationär und ambulant orientierte Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen einzuführen. Der Gesetzgeber gab den Auftrag für die Entwicklung des Vergütungssystems an die gemeinsame Selbstverwaltung. Dabei erhält die BPtK ein Beteiligungsrecht“

Programm zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Großbritannien

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in Großbritannien zukünftig bessere Chancen, einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin zu finden, welche(r) den Auftrag hat, sie im Rahmen einer Art (Ultra-)Kurzzeitpsychotherapie zu behandeln. Um die effektive Behandlung zu gewährleisten, soll ein Vorgehen streng nach Leitlinien eines Nationalen Qualitätsinstitutes implementiert werden.

„Improving Access to Psychological Therapies, IAPT“ so der Name des Programms, das seit 2006 besteht und in der Phase 2008 – 2011 mit 173 Millionen Englischen Pfund (umgerechnet ca. 248 Millionen Euro) gefördert wird. Das Programm verfolgt das Ziel, Menschen mit psychischen Störungen, vorwiegend Angsterkrankungen und Depressionen, den Zugang zu Psychotherapie zu erleichtern. In Großbritannien ist die Gesundheitsversorgung die Aufgabe des NHS (National Health Service), der dem Gesundheitsministerium (British Department of Health) untersteht. Leistungserbringer (Psychologen, Psychiater, auch geschulte Krankenschwestern, Pfleger) sind beim NHS angestellt und praktizieren ambulante Psychotherapie in Kliniken des NHS, nach vorheriger Überweisung des Hausarztes (General Practitioner, GP). Längere Wartezeiten auf einen Therapieplatz und längere Arbeitsausfallzeiten sind die Folge. Die britische Gesundheitspolitik hat erkannt, dass die Kosten für die Gesellschaft höher sind, als die Investitionen in eine psychotherapeutische Behandlung, die sie nun seit 2006 bereitstellt.

Psychotherapie im Rahmen des IAPT-Programms erfolgt nach Leitlinien des „National Institute for Health and Clinical Excellence“ (NICE). Je nach Diagnose erhält der Patient eine mehr oder weniger „intensive“ Behandlung, was die Auswahl des Behandlers und die Festlegung der Therapielaufzeit zur Folge hat. Durch das Programm wird nun von den Fachverbänden, u.a. der (British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapy, BABCP) mehr Personal ausgebildet und nach vergleichsweise kurzer Trainingszeit eingestellt. Für „leichte Störungen“ (low intensity service) werden u.a. „geführte Selbsthilfe“ und Psychoedukation empfohlen. Die kognitive Verhaltenstherapie (cognitive behavioural therapy, CBT) wird bei nahezu allen Störungen bis hin zu schweren Depressionen indiziert. Um schwere Störungen behandeln zu können, wird neben der psychotherapeutischen Ausbildung einschlägige Berufserfahrung verlangt.

In der Zeitschrift Verhaltenstherapie weist Prof. Winfried Rief, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Marburg⁵, auf das Programm hin und bewertet die Übertragbarkeit der gesundheitspolitischen Maßnahmen auf Deutschland positiv. Laut Rief

⁵ Rief, W. (2008) 450 Millionen Euro Sondermittel für Verhaltenstherapie – Ist die britische Initiative für psychisch Kranke ein Modell für Deutschland? Verhaltenstherapie, 18, 212-213.

habe das Ministerium insgesamt 450 Millionen Euro in Psychotherapie investiert. Die Wartezeiten in Großbritannien seien zwar länger als in Deutschland, aber eine Unterversorgung mit effizienten, wissenschaftlichen Verfahren sei bei uns dennoch gegeben. Aus gesundheitsökonomischer Sicht seien Therapieverfahren im Umfang von 5-15 Stunden zu nennen, die in wissenschaftlichen Untersuchungen oft besonders gut abschneiden.

Großbritannien: Standardisiertes Vorgehen in der Psychotherapie stößt auf Kritik

Laut der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) bewerten humanistische und psychoanalytisch ausgerichtete KollegInnen eine zunehmende Standardisierung durch Leitlinien in Großbritannien negativ. Am 30.01.2009 ruft die GwG auf ihrer Homepage deshalb zur Unterstützung der PsychotherapeutInnen in Großbritannien auf. Im Zusammenhang mit den Bestrebungen des britischen Gesetzgebers, die Ausübung von Psychotherapie an nationale Standards anzupassen, die von dem Health Professions Council (HPC) bzw. dessen Partner Skills for Health (SfH) entwickelt werden sollen, erleben Psychotherapeuten einen zu starken Eingriff in ihre Berufsausübung. Ein standardisiertes Vorgehen würde den Menschen mit ihrer individuellen Lebensgeschichte und ihrem subjektiven Erleben nicht gerecht werden. An die Stelle einer am Individuum ausgerichteten Behandlung würde ein standardisiertes Verfahren treten, das das Vorgehen des Psychotherapeuten vorschreiben würde, so die veröffentlichte Resolution zur Unterstützung des Presseaufrufs britischer PsychoanalytikerInnen und PsychotherapeutInnen zur Situation von Psychotherapie und Psychoanalyse in Großbritannien der Freud-Lacan-Gruppe Köln.

Katja Kühlmeyer

Weitere Informationen:

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): www.iapt.nhs.uk/services/

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): www.iapt.nhs.uk

Resolution und Stellungnahme des GWG: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1440>

Health Professional Council (HPC): www.hpc-uk.org

Skills for Health (SfH): www.skillsforhealth.org.uk

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Informationen aus der LPK-BW: 2009 ist wieder ein Kammer-Wahljahr. Zwischen dem 19.10. und dem 16.11.2009 findet die Wahl der Delegiertenversammlung der LPK-BW statt. Die Delegierten der DGVT haben beschlossen, erstmals mit einer eigenen Wahlliste anzutreten. Dafür sprach vor allem, dass in einer eigenen Liste das Profil deutlicher entwickelt/vermittelt werden kann. Bis zur Wahl im Herbst 2009 werden wir regelmäßig weiter informieren. Wer Interesse an einer Mitarbeit hat, kann sich bei den LandessprecherInnen melden.

Fortbildungszertifikat: Bis zum 30.6.2009 gilt die Frist für die erste Beantragung des Fortbildungszertifikates. Auf der Homepage der Kammer kann man seit kurzem eine Zusammenfassung aller zu beachtenden Fristen und Regelungen finden, die von dem Mitarbeiter des Fortbildungsreferates Dr. Jürgen Schmidt erstellt wurde. In aller Kürze daraus (und unvoll-

ständig): Wer nicht in einer Praxis niedergelassen ist oder in einem Krankenhaus mit Fortbildungspflicht arbeitet und deshalb keine sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung hat, also nicht gegenüber der KV zum 1.7.2009 den Fortbildungsnachweis führen muss, kann ein Zertifikat als freiwillige Leistung erwerben. Er muss es allerdings nicht. Der Zeitraum, in dem Fortbildungen erbracht werden konnten, ist einmalig seit dem 1.1.2002 für alle schon vor dem 1.7.2004 Approbierten auf 7,5 Jahre erweitert; danach gelten immer 5-jährige Abstände, um erbrachte Fortbildungen nachzuweisen. Genauer ist nachzulesen unter www.lpk-bw.de. Übrigens wäre es gut, schon jetzt das Zertifikat zu beantragen, damit sich nicht im Mai/Juni 2009 plötzlich eine Antragsflut bei der Kammer ergibt.

Versorgungswerk: Seit 1.1.2009 haben die Kammermitglieder in BW ein Versorgungswerk. Wie 2007 durch die Vertreterversammlung beschlossen, hat sich die PLK BW dem Versorgungswerk in NRW angeschlossen. Der Staatsvertrag wurde kurz vor Jahreswechsel unterzeichnet und konnte damit zum Termin 1.1.2009 in Kraft treten. Für viele Gründungsmitglieder ergibt sich nun die Beitrittsfrage: Lohnt sich ein freiwilliger Beitritt oder sind andere Altersvorsorgen sinnvoller? Die Geschäftsstelle des Versorgungswerkes NRW informiert bereits auf ihrer Homepage und eine schriftliche Information ist kürzlich an alle Kammermitglieder gegangen. Die Diskussion unter den Kammerdelegierten ist bereits in vollem Gange. Wie sind die angebotenen Leistungen im Vergleich mit der gesetzlichen Rentenversicherung oder mit Lebensversicherungen? Die Zeit für Entscheidungen läuft ab dem 1.1.2009 für sechs Monate. Alle PsychotherapeutInnen, die ab jetzt neu in die Kammer eintreten, sind Pflichtmitglieder (es sei denn, es gelten die Bestimmungen für eine Befreiung). Wer sich heute schon genauer informieren möchte, sei auf die Homepage des Versorgungswerkes verwiesen: www.ptv-nrw.de.

Auswertung der Kommentare zur Mitgliederbefragung (Frühsommer 2008) der Kammer in Bezug auf die Änderung der Umlageordnung: Dieser Bericht, von mir selbst (R.H-Z) gemeinsam mit Michael Reisch erstellt, soll in gekürzter Fassung demnächst auf die Homepage der Kammer genommen werden. Wer Interesse an den Kommentaren der anderen hat, kann inzwischen auf der Homepage der LPK-BW fündig werden: Die Auswertung der Kommentare zur Umfrage "Umlageordnung" ist nun als Zusammenfassung unter www.lpk-bw.de bei "Aktuelles" eingestellt.

Beratungsstellen: Neue Förderrichtlinien PSB und Kontaktläden

Schon häufiger wurde an dieser Stelle auf die Entwürfe einer Neufassung der Förderrichtlinien des Sozialministeriums verwiesen, jetzt sind diese am 28.11.2008 in Kraft getreten. Nochmals in Kürze, jetzt aber verbindlich festgelegt: Die Beantragung der Fördergelder für die einzelnen Personalstellen läuft nun über die Stadt- und Landkreise und nicht mehr direkt an das Ministerium. Die Kommune muss zumindest in gleicher Höhe Fördergelder bereitstellen wie das Land. Erhöht wurden die Zuschüsse des Landes nicht und es handelt sich auch weiterhin um freiwillige Leistungen.

Auch sind die Zuwendungen an die Mitarbeit in einem Kommunalen Suchhilfenetzwerk gebunden (neu). Die Führung einer Klientenstatistik (deutscher Kerndatensatz) mit elektronischer Übermittlung an das IFT in München ist ebenfalls Voraussetzung.

Die Größe der Beratungsstellen wurde nun verbindlich auf mindestens 3 Vollstellen definierter Fachkräfte festgelegt. Der PSB muss ein Diplom-Psychologe, eine Diplom-Psychologin, ein Arzt oder eine Ärztin in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Die Übergangszeit wurde auf maximal zwei Jahre begrenzt.

Kommentar: Man wird damit leben können und die tatsächlichen Veränderungen müssen abgewartet werden. Ob die Kommunen enger auf die Arbeit Einfluss nehmen und mit welchen Auswirkungen, wird im Auge behalten werden.

Gesundheitspolitik und Emotionen: Es geht heiß her in der KVBW! Nach einem Bericht der Stuttgarter Zeitung vom 2.2.2009 gab es auf der letzten Versammlung Pfiße und Rücktrittsrufe, die dem Vorstand galten. Ein Antrag von Medi auf Abstimmung einer Rücktrittsforderung an den Vorstand konnte mangels Masse nicht mehr durchgeführt werden: zu viele Ärzte hatten den Saal verlassen, so dass die KV nicht mehr beschlussfähig war. Was man sich unter „tumultartigen Zuständen“ vorzustellen hat, bleibt der eigenen Phantasie überlassen. Hintergrund ist die Honorierung der Ärzteschaft, die bekanntlich bundesweit erhöht wurde, nur ist im Süden kaum etwas davon angekommen. Wenn nach der schwarzen Null nun eine Begrenzung der Einbußen auf höchstens minus fünf Prozent versprochen wird, manche aber höhere Honorareinbußen befürchten müssen, so ist der Hintergrund für Emotionen geschaffen. Auch die PsychotherapeutInnen sind in der KV vertreten. Deren Honorare gelten als gesichert (mündliche Information, ohne Gewährleistung). Auch manche andere Facharztgruppe hat wenig zu befürchten, es scheint zu Lasten der Hausärzte und einzelner Facharztgruppen zu gehen. Schuld ist die große Politik – also die Bundesregierung, nach Ansicht des Vorstandes.

Soweit aus Baden-Württemberg.

Renate Hannak-Zeltner und Kai-Uwe Jörß

baden-wuerttemberg@dgvt.de

Bayern

Neue Köpfe in der Landesgruppe: Mitgliederversammlung am 13. Dezember 2008

Am 13. Dezember fand die Mitgliederversammlung der Landesgruppe in den neuen Räumen des DGVT-Ausbildungszentrums am Candidplatz in München statt. Rudi Merod begrüßte die ca. 30 TeilnehmerInnen einleitend und berichtete von neuen Entwicklungen in der Kassenärztlichen Vereinigung. Anschließend gab Heiner Vogel einen Überblick über aktuelles in der Kammer und über DGVT-Positionen zu den dort laufenden Themen. Ein wichtiger Schwerpunkt war sodann die Beratung über die derzeitigen Diskussionen zu Strukturveränderungen in der DGVT. Die Idee, ein Delegiertensystem im Sinne einer Weiterentwicklung des derzeitigen Intergremientreffens einzuführen, soll die stärkere und verbindlichere Einbeziehung der verschiedenen Mitgliederbereiche und Fachgruppen der DGVT ermöglichen. Die Gefahr, dass sich dann allmählich eine Funktionärsstruktur bildet und der Kontakt zur Basis verloren geht, muss allerdings gesehen werden - ihr sollte bei den geplanten Änderungen begegnet werden.

Höhepunkt der MV war dann die Neuwahl des Landessprecherteams: Hier konnten zwei neue Mitstreiter gefunden werden: Anselm Mugele aus Erlangen und Willi Strobl als Wolznach bei Augsburg werden nun gemeinsam mit Rudi Merod als Sprecher der Landesgruppe fungieren.

Neues aus der Psychotherapeutenkammer

Was sind die Aufgaben der Kammer? Insbesondere die Vertretung der Interessen der Mitglieder und der Einsatz für eine gute psychotherapeutische Versorgung. Die Umsetzung dieser recht allgemeinen Ziele erfordert, so wird immer wieder an vielen Beispielen deutlich, erhebliche fachliche Vorarbeit und qualifizierten und kompetenten Einsatz. Für die Kammer gibt es in dieser Hinsicht seit dem Herbst 2008 deutlich verbesserte Chancen. Anfang Oktober konnten endlich zwei Stellen besetzt werden, die schon seit einiger Zeit vakant waren: Ein wissenschaftlicher Mitarbeiter, Herr Dr. Ruoff, wird sich verstärkt um die fachliche Fundierung, die Erstellung von Expertisen und Positionspapieren kümmern. In den Händen von Herrn Schuster, des anderen neuen Mitarbeiters, liegt insbesondere das Engagement für Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung.

Neben diversen anderen Initiativen kann die Kammer sich damit fundierter mit der Vorbereitung von Veranstaltungen und Tagungen beschäftigen. Für September/Oktober wird ein An-

gestelltag vorbereitet, am 21. März findet in München eine große Fachtagung zur Prävention psychischer Störungen statt.

Was war los im Bereich der KV?

Mit dem Jahreswechsel kamen der Gesundheitsfonds und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) und die daraus resultierenden Veränderungen. Diese Veränderungen haben die niedergelassenen PsychotherapeutInnen in Bayern nur wenig belastet. Anders sieht es bei den Fachärzten aus, diese mussten Honorareinbußen bis zu 45% hinnehmen. Dieses Faktum hat wiederum Auswirkungen auf die niedergelassenen PsychotherapeutInnen. Viele ärztliche KollegInnen, sprich KollegInnen mit Zusatztitel aber auch Psychiater, denken darüber nach, ihre Honorarverluste die sie hinnehmen müssen, dadurch (zumindest teilweise) zu kompensieren, dass sie mehr genehmigungspflichtige Psychotherapien machen. Dies könnte einerseits den PatientInnen zu Gute kommen, da durch diese Angebotsausweitung möglicherweise Wartezeiten verringert werden können. Die Frage ist, wie sich das auf das Gesamtbudget der PsychotherapeutInnen auswirken wird. Unklar ist auch, wie dann die Qualität dieser Therapien sein wird, da der „Zusatztitel“ deutlich eingeschränkte Fortbildungsanforderungen stellt. Hier muss sicherlich im Sinne des PatientInnenwohls eine Form des Qualitätsmanagements gefunden werden, die über das bisherige hinausgeht.

Zum zweiten Aspekt: der neuen Regelung der KJP Sitze. Hier gab es zunächst eine freudige Erregung, die langsam jedoch einem aufsteigenden Ärger Platz macht. Es fehlen genaue Angaben, wie sich die Zahlen in den einzelnen Kreisen darstellen, d.h. in welchen Kreisen noch zusätzliche TherapeutInnenplätze eingerichtet werden. Weiter fehlen Richtlinien, wie diese neuen Zahlen umgesetzt werden müssen, d.h. verlässliche Vorgaben, wie es sich mit denjenigen KollegInnen verhält, die bisher eine Ermächtigung haben usw. Die Auskünfte der KVen sind hier sehr widersprüchlich und führen zu deutlichen Verunsicherungen.

Ähnlich verhält es sich mit den „halben“ PsychotherapeutInnensitzen. Auch hier sind mehr Fragen als Antworten, obwohl diese Frage ja bereits seit zwei Jahren bekannt ist.

Im Sinne der KollegInnen und der PatientInnen ist bei all diesen Fragen zu hoffen, dass sehr bald verbindliche Vorgaben veröffentlicht werden.

Anselm Mugele, Willi Strobl, Rudi Merod

Kontakt: bayern@dgv.t.de

Berlin

Im Juni diesen Jahres steht in Berlin die Wahl zur Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer an. Eine Gelegenheit, Bilanz zu ziehen und einen Ausblick auf die Ziele für die nächste Wahlperiode zu geben.

Die Veränderungen/Entwicklungen in unserer Gesellschaft ziehen die Notwendigkeit der Anpassung des Gesundheitssystems nach sich. Seit Jahren wird immer wieder von Über-, Unter- und/oder Fehlversorgung gesprochen. Die demographische Entwicklung, das Ansteigen der Prävalenz psychischer (Mit-) Erkrankungen fordern unsere Gesellschaft heraus. Die Politik reagiert mit umstrittenen Konzepten, deren „Risiken und Nebenwirkungen“ nicht absehbar sind. Wie soll unsere Berufsgruppe, die ein inzwischen nicht mehr weg zu denkender Teil des Gesundheitswesens ist, auf diese dramatischen Entwicklungen reagieren?

Die „Industrialisierung des Gesundheitswesens“ scheint unaufhaltsam. Große Klinikkonzerne drängen in den Markt, kaufen für astronomische Beträge Kassensitze auf und drohen Teile der Versorgung zu monopolisieren. Andererseits ist es nicht (mehr) so, dass wir unsere Dienstleistung wie „sauer Bier“ anbieten müssen, sondern wir sind gesuchte Gesprächspartner von

Krankenkassen, Rentenversicherung und Industrie. Die Vernetzung mit Kliniken stellt in diesem Rahmen nicht mehr unbedingt eine Bedrohung für unsere Berufsgruppe dar, sondern sie eröffnet auch erhebliche Chancen.

Die Entwicklung von **gemeindenahen, integrativen Modellen der Gesundheitsversorgung** – orientiert am konkreten Bedarf – hat in der DGVT eine lange Tradition. Deren Bedeutung beruht nicht zuletzt auf der Tatsache, dass in den von der DGVT entwickelten Versorgungs-Modellen eine vernünftige Balance gesucht wird zwischen den Anforderungen einer bedarfsorientierten psychosozialen Versorgung einerseits und der Festigung einer angemessenen Rolle für unsere Berufsgruppe andererseits. Wenn wir bei der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen auch zukünftig eine wichtige Rolle übernehmen wollen, dürfen wir PsychotherapeutInnen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nicht beiseite stehen, sondern müssen uns auch an der konkreten Umsetzung solcher Konzepte beteiligen. Unser langer Erfahrungshintergrund ist eine besonders gute Voraussetzung dafür, Ideen in die Kammerarbeit einzubringen, welche die beruflichen Möglichkeiten **aller** Kammermitglieder erweitern und absichern. Daher sollen die Kammer und die Therapieverbände für Bereiche, in denen Versorgungslücken bestehen, den Abschluss von Verträgen mit den Krankenkassen unterstützen, die sowohl die Möglichkeiten der Niedergelassenen erweitern, als auch den KollegInnen, die keine KV Zulassung haben, die Arbeit als PsychotherapeutInnen eröffnen.

Die Erfahrungen in Berlin zeigen, dass PsychotherapeutInnen in den neu geschaffenen Versorgungsstrukturen deutlich unterrepräsentiert sind und dass in den Fällen, wo sie beteiligt sind, die Arbeitsbedingungen zum Teil sehr schlecht sind. Damit sind zukünftige Aufgaben der Kammer klar vorgezeichnet.

Wichtig ist und bleibt die kontinuierliche Information der Mitglieder, da die Entwicklungen bei diesem Thema zurzeit sehr rasant verlaufen.

Die nächste **Veranstaltung** mit hoch qualifizierten ReferentInnen **zu den Neuen Versorgungsformen** findet am

Donnerstag, dem 12. März 2009

von 18.00 bis 21.15 Uhr

im Seminarzentrum der Freien Universität in Dahlem (Otto von Simson Str. 27)

im Raum L 113 statt.

Nach der *Einführung ins Thema* durch **Prof. Dr. Armin Kuhr** geht **Prof. Dr. Dieter Kleiber** der Frage nach „*Werden PPs und KJPs gebraucht? – Zur Epidemiologie von Störungsbildern*“. **Dr. Christina Tophoven** (Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer) stellt anschließend Überlegungen zur „*Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung*“ an. **Birgit Heinrich** (Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz) spricht abschließend zum Thema „*Neue Versorgungsformen – Von der Theorie zur Praxis*“.

Max Weber beschreibt **Bürokratie** als die „Herrschaft der formalistischen Unpersönlichkeit“. Seit seinen Analysen wissen wir, dass bürokratische Systeme die Tendenz haben, sich von den „zu verwaltenden Menschen“ zu entfernen, zu wachsen und in der Folge ihr Budget zu „maximieren“. Dies geht einher mit der Tendenz, immer mehr Bereiche durch Vorschriften abzudecken, oder genauer - Freiheiten bzw. Spielräume einzuschränken. Die Gefahr des ineffizienten Wachstums bürokratischer Strukturen ist immer gegeben. Die DGVT, mit einer traditionell kammerkeptischen Haltung, beobachtet diese Entwicklungen sorgfältig und stellt die Kammerstrukturen immer wieder kritisch auf den Prüfstand. **Welche Dienstleitungen sollte die Kammer erbringen, welche nicht?** In der vergangenen Wahlperiode vergrößerte sich der Personalbestand und damit der Etat. Es erscheint sinnvoll, nach der nächsten Wahl Nutzen und Kosten der Psychotherapeutenkammer grundsätzlich zu diskutieren und nach Ein-

sparmöglichkeiten zu suchen. So mag es sein, dass sich auch Berlin um Synergien bemüht (z.B. engere Kooperation mit der OPK).

Ausgehend von unserer basisdemokratischen Tradition stehen wir für Transparenz und Entbürokratisierung der Kammerstrukturen. Dazu gehören eine offene Diskussionskultur und direkte Beteiligungsmöglichkeiten, damit die Gremien der Kammer von den Mitgliedern als **ihre** Interessenvertretung wahrgenommen werden.

Keine Abwertung der Approbation durch Weiterbildungsregelungen

Seit Jahren wird eine heftige Debatte um das Einrichten von Weiterbildungsgängen geführt. Immer wieder wird geltend gemacht, dass „die Rechtslage“ Weiterbildungen erfordere. Die DGVT ist nach wie vor der Meinung, dass es jeden Grund gibt, sich kontinuierlich fortzubilden, dass aber tragfähige Argumente dafür fehlen, die Approbation dadurch zu entwerten, dass auf Grund wirtschaftlicher Interessen Weiterbildungsordnungen lanciert werden, die unsere Berufsqualifikation fragmentieren.

Weiterentwicklung der Psychotherapie

Für die DGVT stellt die Anwendung von Verhaltenstherapie eine Kernkompetenz psychotherapeutischer Arbeit dar. Dennoch hatte unser Verband, der einer der großen Anbieter von Psychotherapieausbildung in Deutschland ist, selbstverständlich die Entwicklungen des Feldes immer im Blick. Verfahrensübergreifende und -integrative Vorgehensweisen spielen bekanntlich in vielen Tätigkeitsfeldern unserer Berufsgruppe eine große Rolle. Diese Tatsache ist bei der Arbeit der Kammer im Blick zu behalten.

Unbürokratischer Umgang mit der Fortbildungsordnung

Die KandidatInnen der DGVT stehen für eine Fortschreibung der Fortbildungsordnung, die sich nicht allein an dem wissenschaftlich umstrittenen Begriff der Evidenzbasierung orientiert, sondern auch der Komplexität und Vielfalt psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten gerecht wird. Mit diesem Ziel tragen wir nicht nur den Entwicklungen der Psychotherapieforschung Rechnung, sondern öffnen auch Wege, mit denen dem Zusammenwachsen Europas und den daraus folgenden erheblichen Konsequenzen für die Psychotherapie und damit unserem Berufsstand Rechnung getragen werden kann.

Wir stehen für eine Weiterentwicklung der Fortbildungsordnung auf Grund der bisherigen Erfahrungen, welche die bürokratischen Notwendigkeiten auf ein absolutes Minimum beschränkt – nicht nur, um Kosten zu sparen, sondern auch um die Handhabbarkeit für alle Beteiligten zu verbessern.

Qualitätssicherung

Berücksichtigung von PatientInnen-Interessen und den Interessen der PPs und KJPs ist aus unserer Sicht kein Widerspruch, da wir uns mit unseren Therapieergebnissen nicht verstecken müssen. Bürokratische Kontrolle ist unnötig. TeilnehmerInnen an Supervision, Intervention, Fortbildung usw. bieten die beste Gewähr dafür, dass die Qualität psychotherapeutischer Arbeit ständig weiterentwickelt wird.

Prävention

Jahrzehntelang wurde Prävention gefordert, aber bestenfalls punktuell umgesetzt. Heute bietet sich die Möglichkeit, deutlich voranzukommen. Ebenfalls ein Bereich, der für uns erhebliche Chancen bietet. Nicht zuletzt für die angestellten KollegInnen, die einen erheblichen Teil der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin ausmachen.

Psychotherapie in Institutionen

Die Vertreter der DGVT in der Kammer setzen sich besonders für Psychotherapie in Institutionen und Psychotherapeuten in Anstellung ein. Christian Remmert ist Sprecher des Aus-

schusses in der Landeskammer. Damit verbunden engagieren sie sich auch für die Interessen der PiAs. Dabei stehen sie weiterhin für Methodenvielfalt, wie sie z.B. in Institutionen praktiziert wird, für eine Verringerung von Bürokratie und überhaupt, wie immer, für alles schöne und gute in der Welt.

Weitere Themen, denen wir uns in der nächsten Zeit widmen möchten, sind die Berücksichtigung von PatientInnen-Interessen, die Förderung von Multiprofessionalität, die Psychotherapie nach dem KJHG, die stärkere Interessenwahrnehmung von AusbildungsteilnehmerInnen, die Verbesserung der Ausbildungssituation insgesamt, die Stärkung der Rechte der PsychotherapeutInnen in Ausbildung, Rehabilitation u.v.m..

Für selbstbewusste PsychotherapeutInnen (PP und KJP), die um ihre Fähigkeiten wissen!

Armin Kuhr, Christian Remmert

Kontakt: berlin@dgv.de

Bremen

Neues von der Waterkant

Der hohe Stand der psychotherapeutischen Versorgungsangebote in Bremen (ambulant stehen für 1690 Einwohner je ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin zur Verfügung) weckt große Erwartungen an unsere Profession. In Bremen gibt es Kassensitze für 222 Psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen (PP) sowie für 36 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen (KJP) und 87 Ärztliche Psychotherapeuten/-therapeutinnen (ÄP).

Durch die Veränderung der Mindestquoten wird es für KJP in Bremen Stadt statt 36 Sitzen nun 43 geben, in Bremerhaven statt bisher 0 in Zukunft 8 Sitze. Die Quote für ÄP wird in Bremen statt bisher 86 Sitze nur noch 54 Sitze betragen und in Bremerhaven statt 10 Sitzen (von denen 5 nicht besetzt sind) 9. Diese Zahlen teilte der Kammerpräsident auf der letzten Kammerversammlung in Bremen mit.

Die Krankenkassen erwarten eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und sind bereit, für qualitative Verbesserungen auch Geld einzusetzen (z.B. DAK-Einbeziehungsvereinbarung). Außerdem erwarten die Kassen eine schnellere und gezieltere Vermittlung von psychisch leidenden Menschen.

Die Ärzte bzw. Hausärzte erwarten eine verbesserte Kooperation, z.B. zeitnahe diagnostische Abklärungen, Behandlungsempfehlungen, Vermittlungen und ein gutes Schnittstellenmanagement.

In der letzten Kammerversammlung wurde die Möglichkeit einer zentralen Stelle für die Sammlung und Verwaltung freier Therapieplätze erörtert. In anderen Bundesländern habe sich wegen mangelnder Mitarbeit der Beteiligten, um die Informationen „fließen zu lassen“ diese Systeme als (noch) nicht gut funktionierend erwiesen.

In der nächsten Rosa Beilage wird der Termin für eine Mitgliederversammlung veröffentlicht. Es ist geplant, diese mit einem Fachvortrag zu verbinden.

Peter Hegeler

Kontakt: bremen@dgv.de

Hamburg

In Hamburg werden derzeit Themenschwerpunkte für die Landesaktivitäten erarbeitet. In der Hansestadt gibt es ein breites Angebot an Fortbildungen, die von der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp nord), afp Institut Hamburg organisiert werden. Über ein The-

menseminar zu einem psychotherapeutischen Schwerpunktthema können sich nicht nur DGVT-Mitglieder näher kennenlernen. Anfangs steht meist das therapeutische Thema im Mittelpunkt. Später können sich die DGVT-Mitglieder (berufspolitisch) austauschen. Es gibt darüber hinaus berufspolitische Themen, denen wir uns in Veranstaltungen widmen möchten.

Aus aktuellem Anlass und aufgrund großer Resonanz der Mitglieder haben wir uns das Thema "Kostenerstattung" vorgenommen. Der Besuch dieser Veranstaltung ermöglicht den Mitgliedern im Land mit uns in Kontakt zu treten und ihre eigenen Anliegen einzubringen. Außerdem sind in zwei Jahren Kammerwahlen und die DGVT Hamburg muss sehen, wie sie sich aufstellen möchte.

Weitere Informationen können beim Landessprecher Hamburg, Bernd Kielmann, und dem DGVT-Kammerdelegierten, Thomas Bonnekamp, angefordert werden.

Kostenerstattung in Hamburg

In Hamburg gründet sich am

Mittwoch, den 1.4.2009 (18 – 20 Uhr)
im Seminarraum Haus 5
in der Seewartenstraße

eine Arbeitsgruppe von Kolleg(inn)en, die in der Kostenerstattung tätig sind.

Ziele:

- Austausch und Vernetzung,
- Interessenvertretung gegenüber Kammer, Kassen und Berufsverbänden,
- Entwicklung von Strategien zur Sicherung von Berufsperspektiven,
- Vorbereitung auf mögliche Veränderungen in der Bedarfsplanung 2012,
- Qualitätsentwicklung in den Praxen

Auf dem Gründungstreffen sollen die Struktur der Arbeitsgruppe (Häufigkeit der Treffen, Sprecher/innenwahl etc.) gebildet und weitere Ziele diskutiert werden.

Tanja Boelicke, Thomas Bonnekamp, Bernd Kielmann

Kontakt: hamburg@dgvt.de

Hessen

Hessischer Psychotherapeutentag 2009

Am 3. Februar 2009 fand in Frankfurt ein Treffen der Liste VT-AS statt, an der die Fraktionsmitglieder in der Delegiertenversammlung der hessischen Kammer und die VertreterInnen in den Kammerrausschüssen teilnahmen. In der Liste VT-AS („Verhaltenstherapie - Angestellte und Selbständige“) arbeiten die DGVT, VT-Ausbildungsinstitute und die Institute für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universitäten zusammen.

Ein Tagesordnungspunkt dieses Treffens war der Stand der Vorbereitung des 5. Hessischen Psychotherapeutentages, der am 18./19.9.2009 stattfinden wird.

Die Liste VT-AS hatte sich bereit erklärt, den Kammervorstand bei der Konzeption dieser Veranstaltung, die unter dem Rahmenthema „Familie“ stattfinden wird, fachlich und personell zu unterstützen.

Als sehr positiv konnte gewertet werden, dass es gelungen ist, die Verhaltenstherapie als festen Bestandteil der Psychotherapie im Programm des Psychotherapeutentages zu verankern.

Unsere Vorschläge für Referenten, Moderationen und Fachbeiträge wurden vom Vorstand der Kammer konstruktiv aufgegriffen und im Programm umgesetzt. Die Verhaltenstherapie als ein wichtiger Strang familienbezogener Interventionen wird deutlich erkennbar sein. Wir werden vielen interessanten Beiträgen und Diskussionen - methodenbezogen und methodenübergreifend - entgegensehen können.

Mitgliedertreffen der DGVT in Hessen

Die DGVT wird in diesem Jahr die Tradition regelmäßiger Treffen wieder aufnehmen. Ein erstes Treffen fand am 17.2.09 statt. Hier die weiteren Termine zum Vormerken:

30.3.2009, 5.5.2009,
jeweils von 19.30 Uhr bis 21.00 Uhr
im Hotel National,
Baseler Str. 50 (Nähe Hbf.),
60329 Frankfurt/M., Grüner Salon.

Karl-Wilhelm Höffler, Lisa Huber

Kontakt: hessen@dgvt.de

Niedersachsen

Arbeit der Landesgruppe

Die Landesgruppe hat ihre regelmäßigen Treffen fortgesetzt und sich weiter mit verschiedenen berufspolitischen Themen und der Arbeit der Psychotherapeutenkammern beschäftigt. Im Fokus standen dabei weiterhin der Vergleich zwischen den Psychotherapeutenkammern anderer Länder und der Kammer in Niedersachsen sowie das Thema Praxiskauf.

Auch die Vorbereitungen zu unserem Fortbildungstag „Arbeit der Psychotherapeutenkammer“, der am 21.2.2009 von 9.30 bis 17.00 Uhr in Hannover (Kassenärztliche Vereinigung, Berliner Allee 20) stattfindet, schritten weiter voran. Alle Mitglieder der DGVT wurden hierzu bereits mit einem Rundschreiben eingeladen.

Heinz Liebeck und Dieter Haberstroh, Kammervorteiler der DGVT in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, werden ihre bisherige Arbeit und die nach der Wahl 2010 anstehenden Themen darstellen.

Bernd Schäfer, Landessprecher der DGVT-Schleswig-Holstein und Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, berichtet darüber, wie es unseren nördlichen Nachbarn gelungen ist, zentrale berufspolitische Positionen der DGVT in der Kammerarbeit umzusetzen und dabei sogar noch die Beiträge zu senken.

Mit den folgenden Themen möchten wir uns auseinandersetzen:

- Gefahr der Abwertung der Approbation durch Fort- und Weiterbildungscurricula der Kammern (Bernd Schäfer)
- Chancen der Niederlassung von neu-approbierten KollegInnen: Recht und Moral beim Praxisverkauf, Bedarfsplanung, KJP-Quote, Freigabe von ärztlichen Sitzen, halbe Sitze (Kerstin Burgdorf, Geschäftsstelle der DGVT)

Schließlich wollen wir mit Elementen einer Zukunftswerkstatt Kritikpunkte an der bisherigen Politik der Kammer sammeln und die Utopie einer künftigen idealen Kammer erstellen. Aus diesem Fundus kreativer Ideen unserer Mitglieder werden wir dann im Verlauf des Jahres die Positionen der DGVT-Landesgruppe Niedersachsen für die Kammerwahl 2010 entwickeln.

Der Fortbildungstag soll dazu dienen, dass die TeilnehmerInnen die Politik der Landesgruppe aktiv mitgestalten, damit auch Ihre Vorstellungen, Interessen und Anliegen verstärkt in die Politik der Kammer einfließen können.

Die Akkreditierung der Veranstaltung wird beantragt.

Mit den besten Wünschen,

Ihre LandesgruppensprecherInnen

Elisabeth Jürgens, Klaus Ditterich, Susanne Schöning

Kontakt: niedersachsen@dgv.de

Nordrhein-Westfalen

Das Jahr 2009 wird als das Superwahljahr bezeichnet. Wir berichten über die Wahlen der DGVT-Landesgruppe NRW und stimmen ein in die Kammerwahlen in NRW.

Aber zunächst zum Verbandsinternen.

Am 21.11.2008 fand die regionale Mitgliederversammlung der DGVT-Landesgruppe NRW in Köln statt. Trotz widriger Wetterverhältnisse stießen wir auf reges Interesse unserer Mitglieder. Der Raum im Domforum war bis auf den letzten Platz besetzt (ein besonderer Raum mit direktem Blick auf den Kölner Dom und Weihnachtsmarkt).

Von den vorgeschlagenen Themen bewegte uns an diesem Abend besonders die psychotherapeutische **Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen**. Es waren einige frisch approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) anwesend, die sich über Möglichkeiten des Berufseinstiegs informierten. Es wurde diskutiert, dass viele ältere KollegInnen, die ihre Arbeit reduzieren wollen, ein großes Interesse daran haben sollten, mit Neuprobierten zu kooperieren. Der Wunsch kam auf, dass die DGVT entsprechende Kontakte herstellt. Große Erwartungen wurden auch daran geknüpft, sich im Rahmen der neuen 20 %-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie niederzulassen.

Fragen und Diskussionsbedarf gab es auch zum Engagement der DGVT-Landesgruppe in der Psychotherapeutenkammer. Die Beteiligung am Vorstand der Kammer über die Fraktion AS in der 1. Vergangenheit wurde beleuchtet. Erwartet wurden Anstrengungen hinsichtlich der gemeinsamen Ziele der Landesgruppe, um in einen erfolgreichen Kammerwahlkampf gehen zu können.

Im Anschluss an einen Bericht über **Bestrebungen zur Veränderung der Gremienstrukturen** der DGVT begrüßten die Teilnehmer die Möglichkeit, über regionale Mitgliederversammlungen (MV) und eine „Aufwertung der Landesgruppen“ einen starken Einfluss auf die Vereinspolitik gewinnen zu können.

Bei der Einladung zu dieser regionalen MV hatten wir besonders junge KollegInnen zur Teilnahme aufgefordert. Wir freuen uns, dass viele unserer Aufforderung gefolgt sind. Auch der Aufruf zur Mitarbeit war von Erfolg gekrönt. Es ist uns gelungen, bei der LandessprecherInnenwahl zwei junge Kolleginnen, Eva Bell und Irene Seiderer, zur Kandidatur zu gewinnen. Damit kann das LandessprecherInnenteam, das einstimmig gewählt wurde, die anfallende Arbeit jetzt auf fünf Personen verteilen: Eva Bell und Irene Seiderer werden sich einarbeiten und dann Aufgaben des bisherigen Teams Veronika Mähler-Dienstuhl, Jürgen Kuhlmann und Johannes Broil übernehmen.

Die Wahl, die uns am meisten beschäftigt, ist die Kammerwahl 2009. Sie findet als Briefwahl bis zum 18. Juni 2009 statt. Wir werden uns wieder an dieser Wahl beteiligen als

Liste AS – „Angestellte und Selbständige kooperieren“.

Diesmal wird unter diesem Namen eine reine DGVT-Liste antreten.

Wir werden in der nächsten Kammerversammlung wieder das „AS“ für die Angestellten spielen, dies aber in Kooperation mit den Niedergelassenen. Es geht uns nicht um eine Angestelltenpolitik gegen die Niederlassung, so wie wir sie in der letzten Zeit öfter erleben.

Wir möchten vielmehr die Niedergelassenen einladen, mit uns die psychotherapeutische Versorgungsstruktur zu verbessern im institutionellen und freiberuflichen Bereich. Dabei machen wir keinen Hehl daraus, dass wir Verbesserungspotential in der Praxis z. B. durch neue Versorgungsmodelle und für Praxiszusammenschlüsse sehen. Das Motto der Liste soll ausdrücken: „Wir spielen das AS aus für die Angestellten in Kooperation mit den Selbständigen“. Mit dem spielerischen Moment möchten wir (bei aller Ernsthaftigkeit) der Arbeit in der Kammer neue Impulse geben.

Wahlaufruf: Liste „AS Angestellte und Selbständige kooperieren“ wählen!

Bei unseren Kontakten mit Kollegen mussten wir gerade im Angestelltenbereich ein breites Desinteresse an der Kammer feststellen. Da sich die Arbeit der Kammer bisher nur wenig auf die berufliche Situation von Angestellten ausgewirkt hat, wird die Meinung vertreten, die Kammer sei sowieso nur etwas für Niedergelassene und für Angestellte nur deshalb von Belang, weil man sich die Option zur Niederlassung offen halte. Aus dieser (Fehl)Einschätzung resultiert ein Desinteresse an der Wahl. Wir rufen alle DGVT-Mitglieder auf, dafür zu werben, das Wahlrecht in Anspruch zu nehmen. Durch die Wahl unserer Liste wird der politische Wille ausgedrückt, Angestellteninteressen in die Kammer einzubringen.

Im Vorfeld werden wir in den fünf Regierungsbezirken Kandidatenlisten aufstellen, für die wir Unterstützer ansprechen wollen. **DGVT-Mitglieder, die bereit sind zu kandidieren, sind aufgerufen, sich mit uns in Verbindung zu setzen.** Froh sind wir auch über Meldungen zur Bereitschaft, die Listen zu unterstützen. Jeder Wahlberechtigte kann nur eine Liste unterstützen. Bitte unterstützen Sie die Liste der DGVT. Der Erfolg unserer Liste hängt auch von Ihrer Wahlbeteiligung ab. Notieren Sie schon jetzt den Wahltermin:

Briefwahl in der Zeit vom 18.5. bis 18.6.09

Machen Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch. Unterstützen Sie damit unsere berufspolitische Arbeit in der Kammer, in Ihrem Interesse. Am 18.6.2009 um 18 Uhr ist alles vorbei.

Jürgen Kuhlmann, Johannes Broil

Kontakt: nrw@dgvt.de

Rheinland-Pfalz

Nachbardisziplinen erbringen neue Erkenntnisse, die gegebenenfalls sicher geglaubte Annahmen in Frage stellen und natürlich entwickelt sich auch unsere Disziplin aus sich heraus weiter, z. B. über Ergebnisse der Psychotherapieforschung. Wir haben daher Forscher aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingeladen, um mit Ihnen zusammen zu diskutieren, inwiefern sich daraus Veränderungen für unsere Disziplin ergeben.

Im Namen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz möchte ich Sie daher auf die Fachtagung, die am 26.9.2009 in Mainz stattfinden wird, aufmerksam machen. Wir wollen uns diesmal an eine Standortbestimmung der Psychotherapie wagen.

Wie kaum eine andere Forschungsrichtung haben in den letzten Jahren die Neurowissenschaften immer wieder für Aufregung gesorgt. Da dort mit neuen Strategien Verarbeitungsmechanismen im Gehirn untersucht werden, haben diese Ergebnisse unmittelbare Auswirkungen auf die psychologische Forschung und Berührungspunkte mit psychotherapeutischer Arbeit, die

einerseits mit großem Interesse aufgenommen werden, andererseits bei vielen auch auf Skepsis stoßen.

Wir haben daher Frau Prof. Braun von der Universität Magdeburg eingeladen, die dort als Verhaltensbiologin die Abteilung Zoologie und Entwicklungsneurobiologie leitet. Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt bei der Erforschung des Einflusses von Umweltreizen auf die Gehirnentwicklung. Sie wird uns kompetent auf den neuesten Stand bringen, in Bezug auf für Psychologie und Psychotherapie relevantes Ergebnis aus den Neurowissenschaften. Wir wollen außerdem einen speziellen Aspekt herausgreifen, nämlich die Diskussion, mit wie viel „freiem Willen“ der Mensch eigentlich tatsächlich gestalten kann (hierzu steht der Referent/die Referentin noch nicht fest). Fr. Dr. Odette Wegwarth wird sich der Frage annehmen, wie man „Intuition“ eigentlich erfassen kann und welche Rolle sie spielen kann (oder soll) in Zeiten evidenzbasierter Forschungsanwendung. Fr. Wegwarth arbeitet in der Forschergruppe um Prof. Gigerenzer am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin im Bereich „Adaptives Verhalten und Kognition“. Zu guter Letzt sollen in einem abschließenden Statement diese verschiedenen Aspekte gewichtet und bezüglich der Relevanz für die Psychotherapie bewertet werden.

Danach wird wie immer das Herbstfest der Landespsychotherapeutenkammer mit gutem Wein, gutem Essen und schöner Musik begangen, bei dem sich gute Gelegenheiten ergeben, neue Kontakte zu knüpfen und interessante Gespräche zu führen. Alle Mitglieder der Kammer sind zu Fachtagung und Herbstfest schon jetzt herzlich eingeladen.

Andrea Benecke

Kontakt: rheinland-pfalz@dgv.de

Saarland

Regionale Fortbildung zu neuen Entwicklungen der Verhaltenstherapie abgeschlossen

Im vergangenen Monat haben wir als DGVT-Regionalverband Saar unser nach den Sommerferien 2005 begonnenes, großangelegtes fünfteiliges Fortbildungsprogramm abgeschlossen. Jeder Teil bestand in einem Kurs aus mindestens 6 bzw. höchstens 10 Sitzungen mit 4 „Unterrichts“-Stunden. Im relativ kleinen Kreis von jeweils unter 10 Teilnehmer/inn/en haben wir eine(n) *tour d'horizon*⁶ durch die „Neubauviertel“ der Verhaltenstherapie unternommen, die jede(n) der von Anfang bis Ende ununterbrochen mit von der Partie Gewesene(n) atemberaubende Lernprozesse beschert hat. Das gilt zumindest dann, wenn der Verfasser dieser Zeilen nicht ganz und gar unrepräsentativ für seine *course mates* ist. Was für umwälzende viereinhalb Jahre! Übergreifendere neue Themen oder Grundkonzeptionen wie *mindfulness* (Achtsamkeit) und *forgiveness* (Vergebung) und große, wirklich (und nicht nur per Selbststilisierung) integrative Entwürfe wie die *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* manifestieren das gewaltige Entwicklungs- und Zukunftspotential unserer Disziplin namens Verhaltenstherapie, wie wir in der zurückliegenden halben Dekade erleben durften. Dazu gehören nicht nur die zur Reife gebrachten „klassischen“ Ansätzen der *Problem-Solving-Therapy* in der Nachfolge von M.R.Goldfried (T.D`Zurilla & A.Nezu), der Kognitiven Therapie des legendären A.T.Beck (Judith Beck) und des kürzlich verstorbenen Albert Ellis mit seiner nun in stärkerer Betonung des Verhaltensaspekts genannten REVT sowie dem originär deutschen „Soziale-Kompetenz-Programm“ in der Nachfolge von U.Pfingsten (Hinsch & Wittmann). Dieser Überblick war wichtig und für die Beteiligten außerordentlich identitätsstiftend – gerade in

⁶ „Tour“ in der Bedeutung „Rundfahrt“ ist im Französischen Maskulinum, während das Femininum *Tourm* bedeutet; das ins Deutsche übernommene französische Fremdwort für „Rundfahrt“ ist als *die* Tour „feminisiert“ worden, daher das vorher in Klammern gesetzte „n“.

einer Zeit, in der man befürchten muss, dass das eigentlich „verhaltenstherapeutische“ in den vielfältigen und oft diffusen Psychoansätzen verloren geht. Derzeit überlegen wir, ob wir unser Projekt fortführen werden. Ein ausführlicherer Bericht soll folgen.

Neues aus der Kammer

Bei der Wahl zur Delegiertenversammlung der Kammer sind wir mit einem breiten Oppositionsbündnis angetreten. Es ging uns darum, psychologische Kompetenzen für unseren Berufsstand herauszuarbeiten und dafür zu sorgen, dass die Kammer zukünftig stärker als bisher unsere Qualität als Alternative zur ärztlichen Psychotherapie herausstreicht.

Das Ergebnis der Wahl hat leider keine Veränderung der bisherigen Machtverteilung erbracht: Unsere PP-Liste (Liste 1) erhielt 5 Sitze, darunter diesmal leider kein DGVT-Vertreter. Die Liste 2 „Angestellte PP“ erhielt 6 Sitze und die Liste 3 „Wahlbündnis Pt Saarland“ erhielt ebenfalls 6 Sitze. Im KJP-Bereich sah dies Stimmenverteilung günstiger für unsere Liste („Nur mit uns – KJP Saar“) aus: Sie gewann drei Mandate, während die andere KJP-Liste („KJP-Aktiv“) nur ein Mandat erreichen konnte. Der neue Vorstand wird überwiegend von den beiden anderen PP-Listen gebildet (Präsidentin wie zuvor Ilse Rohrs, der neue Vizepräsident ist auch der alte: Bernhard Morsch), allerdings ist diesmal auch Katja Klohs von unserer KJP-Liste dabei.

Raimund Metzger

Kontakt: saarland@dgvt.de

Schleswig-Holstein

Neues aus Schleswig Holstein...

...gibt es diesmal kaum zu berichten. Von der letzten Kammerversammlung und von der damit verbundenen Verabschiedung einer sozial gestaffelten Beitragsordnung (eine unserer Forderungen der letzten Jahre), erzählten wir bereits in der letzten Ausgabe. Dann kamen die Feiertage und der Jahreswechsel. Danach, am 21.1.2009, hat sich der aktive Teil der Landesgruppe bereits einmal getroffen. Hier ging es aber eher um eine Art brainstorming zu langfristigen strategischen Überlegungen, ohne dass schon Veröffentlichungsfähiges am Ende des Treffens gestanden hätte. So bleibt uns an dieser Stelle nur, sie auf die nächste Ausgabe der Rosa Beilage zu verträsten und die herzliche Bitte, sich schon mal vorsorglich den **5.10.2009** zu notieren. An dem Tag findet nämlich die nächste **Regionale Mitgliederversammlung** der DGVT in Schleswig-Holstein statt. Diesmal in Timmendorfer Strand.

Diana Will, Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer

Kontakt: s-h@dgvt.de

Thüringen

Herzlichst eingeladen sind alle InteressentInnen und DGVT-Mitglieder zu einem Treffen der Landesgruppe

am Montag, den 30.3.2009,
um 18 Uhr

in den Räumlichkeiten der Psychotherapeutischen Praxis von
Frau Silke Langen
in der Semmelweisstr. 10
in 99086 Erfurt.

Es geht formlos ums Kennenlernen und den kollegialen Austausch. Bei Lust und Laune können wir später von der Praxis weiter in die Stadt ziehen.

Christoph Hölting

Kontakt: thueringen@dgv.de

Seminarreihe in Kooperation mit der  **Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.**

Interkulturelle Kompetenz

Der Umgang mit kultureller Vielfalt wird zunehmend zu einer alltäglichen Herausforderung, vor die sich viele Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens gestellt sehen, sei es für ihre Arbeit in Deutschland oder auch für ihren Einsatz in anderen Kulturen. In der Fortbildungsreihe wird davon ausgegangen, dass die Teilnehmer über die erforderlichen fachspezifischen Kenntnisse bereits verfügen. Die Inhalte beziehen sich auf die Vermittlung kulturspezifischen Wissens.

- 11. - 12.09.2009 Grundlagen u. Einführung / Interkulturelle Kommunikation
- 11. - 12.12.2009 Interkulturelle Sensibilisierung nach Hofstede und Schmitz
- 29. - 30.01.2010 Vorderer Orient / Islam
- 19. - 20.03.2010 Südostasien (Vietnam)
- 28. - 29.05.2010 Südamerika
- 17. - 18.09.2010 Afrika
- 19. - 20.11.2010 China
- 21. - 22.01.2011 USA
- 18. - 19.03.2011 Migration und ihre sozialen Folgen
- 27. - 28.05.2011 Indien
- 16. - 17.09.2011 Osteuropa
- 25. - 26.11.2011 Westeuropa

Zielgruppe:
Ärzte, Psychotherapeuten und alle im medizinischen Bereich Tätigen sowie andere Berufsgruppen mit kulturspezifischen Anforderungen

Lehrgangsführung: Christine Volke, Dresden

Ort: Dresden

Anmeldung und Organisation:
Brücke - Institut für Interkulturelle Kompetenz
Neubühlauer Straße 12, 01324 Dresden
☎ 0351 2679999, 📠 0351 2685850
E-Mail: regionalinstitut@aol.com
www.interkulturelle-kompetenz-bik.de oder www.dgv.de/programm.html

Psychotherapeutengesetz und Psychotherapie-Ausbildung

10 Jahre Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

Es war ein langer Weg bis das Psychotherapeutengesetz am 1. Januar 1999 in Kraft treten konnte. Zwei Referentenentwürfe aus den Jahren 1978 und 1993, die einen eigenständigen nicht-ärztlichen psychotherapeutischen Heilberuf zum Ziel hatten, waren zuvor gescheitert, 1978 an der Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände, 1993 eher an den Widerständen der Ärzteschaft. Es bedurfte erst einer Psychologin als Gesundheitsministerin (Ursula Lehr), um dem Vorhaben mit einem Forschungsgutachten wieder Leben einzuhauchen, und eines durchsetzungsfähigen Ministers aus Bayern (Horst Seehofer), um das Gesetz dann auch auf der Tagesordnung zu halten.

Bei den Psychotherapeutenverbänden mussten auf zahlreichen Treffen unterschiedliche und strittige Positionen diskutiert, verworfen und abgestimmt werden. Die bisher gescheiterten Versuche und das Ziel vor Augen nahmen die Verbände manche „Klippe“. Wer es immer wieder verstand, den Verbänden klarzumachen, welche Folgen unterschiedliche Positionen nach sich ziehen, war Dietmar Schulte, Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Bochum. Dietmar Schulte, seit diesem Jahr emeritiert, kann auf ein bewegtes gesundheits-, fach- und berufspolitisches Arbeitsleben zurückblicken. Schon beim 1. Gesetzesentwurf 1978 zog er mit an den Fäden und dieses Engagement zeigte er bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999. Er betätigte sich neben den Zeichen seiner fachlichen Ideen vor allem als Integrator und Schlichter in den eigenen Berufsgruppen und trug so entscheidend dazu bei, dass das Gesetz der internen Zerstrittenheit wegen nicht wieder scheiterte. Die Berufsgruppen und nicht zuletzt auch die PatientInnen haben dem Engagement von Dietmar Schulte einiges zu verdanken.

Was hat das Psychotherapeutengesetz verändert?

Das Psychotherapeutengesetz hat in seinem berufsrechtlichen Teil zwei neue Heilberufe geschaffen: den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Auch die Ausbildung der zwei neuen Heilberufe sowie deren Zugang zur Approbation wurden im Gesetz im Detail geregelt. In seinem sozialrechtlichen Teil wurde die Einbindung der Psychotherapie in die gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet. Die Entscheidung, welche psychotherapeutischen Leistungen der Versicherte im Rahmen der GKV beanspruchen kann, hat der Gesetzgeber in die Hände des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gelegt. Organisationsrechtlich wurden die PsychotherapeutInnen in die Kassenärztlichen Vereinigungen eingebunden. Das sog. Delegationsverfahren gehörte damit der Vergangenheit an. Für die PsychotherapeutInnen bedeutete dies mehr Planbarkeit und Sicherheit. Für die PatientInnen hat das PsychThG mit einem einheitlichen Berufsrecht und einem hohen Ausbildungsstandard das Qualitätsniveau der Psychotherapie gesichert. Durch das Erstzugangsrecht wurde der Zugang zur Psychotherapie erleichtert.

Unabhängig von den positiven Errungenschaften ist die Versorgungslage nach wie vor nicht befriedigend. Psychische Erkrankungen nehmen zu, die Ausgaben im GKV-Bereich sind mit 6 % für psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung verschwindend gering. Die Bedarfsplanung ist nach wie vor nicht am realen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet.

Im System der KVen hat es die Psychotherapie oft schwer, sich neben der somatischen Medizin durchzusetzen. Die angemessene Bezahlung für Psychotherapie musste in vielen Prozessen vor dem Bundessozialgericht eingeklagt werden.

Durch die verschiedenen Gesundheitsreformen erleben wir zurzeit einen Umbruch im Gesundheitswesen. Das kollektivvertragliche System steht auf dem Prüfstand. Neue Versorgungsformen bieten die Möglichkeit, direkt mit den Krankenkassen Verträge zu schließen. Inwieweit dies Chancen oder Risiken auch für die psychotherapeutische Versorgung beinhaltet, damit setzt sich der Artikel „PsychotherapeutInnen (PP und KJP) in den neuen Versorgungsformen (MVZ, IV, DMP) – eine Analyse der Situation, Perspektiven und Handlungsoptionen“ in dieser VPP auseinander.

Last not least steht nach 10 Jahren die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, in erster Linie bzgl. der Ausbildungsregelungen, an. Die Bundesregierung hat hierzu ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, in welchem unter Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß die Ausbildung zum/zur Psychologischen PsychotherapeutIn und zum/zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn Deutschland evaluiert werden soll (siehe unten).

Über 10 Jahre PsychThG sind für die DGVT eng mit dem Namen Steffen Fliegel verbunden. Er hat seinen Verband nicht nur auf der politischen Ebene hervorragend vertreten, sondern auch wesentlich dazu beigetragen, die Psychotherapieausbildung nach PsychThG innerhalb der DGVT auf den Erfolgsweg zu führen. Zunächst als Ausbildungsleiter und später als Berater der Ausbildungsverantwortlichen, ist er stets Motor für eine konsequente Weiterentwicklung von Ausbildungsqualität und -organisation.

Waltraud Deubert

Trippelschritte zur Reform der Psychotherapeutenausbildung – das Expertenpanel zum Forschungsgutachten am 28. Januar 2009 in Berlin

Was bisher geschah

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist seit dem 1.1.1999 in Kraft. Zeitnah waren auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische PsychotherapeutInnen und für Kinder-/JugendlichenpsychotherapeutInnen erlassen worden. Nach der Anfangseuphorie von vermutlich allen Angehörigen der beiden neuen Berufe und der Phase, in der alle wichtigen Stellen, Verbände und Ausbildungsträger die Umsetzung des Gesetzes managen mussten, gab es Kritik an unterschiedlichen Regelungen des Gesetzes – aus jeweils etwas anderen Blickwinkeln. Irgendwann wurde immer deutlicher, dass es auch grundlegende Probleme in der Struktur und den festgelegten Vorgaben der Ausbildung gab.

Vor diesem Hintergrund veranstaltete die DGVT bereits im Jahr 2003 eine erste Expertentagung „**Psychotherapieausbildung – der Stand der Dinge**“, die recht großen Anklang fand und bei der sich unter den beteiligten Verbändevertretern und Politikern auch ein Konsens zu Veränderungserfordernissen zeigte⁷. Während einzelne Experten damals aber glauben machen wollten, es sei noch zu früh, eine Einschätzung abzugeben, fanden wir, es sei beinahe überfällig, die Politik an ihr Versprechen zu erinnern, die Umsetzung des Gesetzes zu überprüfen.

⁷ vgl. Kuhr, A. & Ruggaber, G. (Hrsg.) (2003). Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge. Tübingen, DGVT-Verlag

Immer häufiger gab es auch seitens anderer Verbände oder auch von PiA-Netzwerken Forderungen und Stellungnahmen, die an die Politik gingen und dort immer wieder freundlich beantwortet wurden.

Im Jahr 2006 fand ein von Heiner Vogel und Gisela Borgmann im Auftrag des Gesprächskreises II der Psychotherapeutenverbände arrangiertes Gespräch im Bundesgesundheitsministerium mit der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, statt, welches sich ausschließlich mit den unhaltbaren Zuständen für die AusbildungsteilnehmerInnen in der Psychiatriezeit beschäftigte. Auch hier: Angenehmes Gespräch – wertschätzende Rückmeldungen der Politik und zum Abschluss das Versprechen, man habe verstanden und werde prüfen, wie man Verbesserungen ermöglichen könne.

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat dann, wie bereits berichtet, Anfang 2008 ein Gutachten ausgeschrieben, welches die Grundlagen für eine mögliche Neugestaltung der Ausbildung für PsychotherapeutInnen liefern soll. Anlass ist nach offizieller Darstellung die Umgestaltung der Studienabschlüsse in den relevanten Ausgangsberufen, die keine einfache Anpassung an die Zugangsvoraussetzungen nach dem Psychotherapeutengesetz mehr zulässt.

Ein unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß etabliertes nationales Forschungsnetzwerk⁸ hat vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/zur Psychologischen Psychotherapeutin und zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Deutschland erhalten.

In dem Forschungsgutachten soll das ExpertInnenteam die Qualität der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten bewerten und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung erarbeiten. Weiterhin sollen Qualität und Inhalte der Ausbildung in einen internationalen Vergleich gestellt werden. Das Gutachten soll bis April 2009 fertig gestellt sein.

Um einen möglichst umfassenden Einblick in die aktuelle Ausbildungssituation zu erhalten, wurden neben den derzeitigen auch zukünftige und bereits approbierte AusbildungsteilnehmerInnen befragt. Außerdem erfolgte eine Befragung der MitarbeiterInnen der Ausbildungsstätten (DozentInnen, SupervisorInnen, SelbsterfahrungsleiterInnen), der Aufsichtsbehörden, der LeiterInnen von Praxiseinrichtungen und der PrüferInnen.

Zur Erarbeitung von Vorschlägen für eine mögliche Neugestaltung der Ausbildung wurden LeiterInnen der Ausbildungsstätten, VertreterInnen von Fachgesellschaften, weitere ExpertInnen und Opinionleader in eine Delphibefragung einbezogen. Derzeit führt die Forschergruppe im Rahmen ihrer Delphi-Befragung eine zweite Erhebung durch, an der sich die DGVT und ihr Ausbildungsverbund erneut beteiligen.

Die Expertenanhörung am 28. Januar 2009

Am 28. Januar 2009 hatte die Forschergruppe alle Verbände und Institutionen nach Berlin in die Kaiserin-Friedrich-Stiftung zu einem Panel eingeladen, die bereits an der schriftlichen

⁸ Der Arbeitsgruppe gehören an: Prof. Dr. Sven Barnow (Universität Heidelberg), Prof. Dr. Elmar Brähler (Universitätsklinikum Leipzig), Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm), Dr. Steffen Fliegel (Gesellschaft für Klinische Psychologie, und Beratung Münster), Prof. Dr. Harald J. Freyberger (Universität Greifswald/Hanse-Klinikum Stralsund), Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund Freud Institut Frankfurt/Universität Kassel), Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universitätsklinikum Jena - Projektleiter), Prof. Dr. Ulrike Willutzki (Universität Bochum).

Delphibefragung teilgenommen hatten. Auf der Grundlage ihrer bisherigen umfangreichen Erhebungen hatte die Forschergruppe diese Anhörung auf 7 Themen konzentriert:

1. Ein Beruf - zwei Berufe (Psychologische/r PsychotherapeutIn, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn)
2. Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen (Studiengänge, Kompetenzprofile) und deren Überprüfung
3. Ausbildungsstruktur (Verortung, Ausbildung, Weiterbildung)
4. Aufsicht, Qualitätssicherung, Kontrolle, Zertifizierung (Ausbildung und Ausbildungsstätten, Bedeutung der Hochschulen)
5. Ausbildungsbausteine (Theorie, Selbsterfahrung, Praktische Tätigkeit - u. a. "Psychiatriejahr" - und Praktische Ausbildung, Supervision, "Freie Spitze", Prüfungen)
6. Schwerpunktausbildung (orientiert an Psychotherapieschulen, orientiert an psychischen Störungen, andere Konzeptionen)
7. „Medizinorientierung“ (Inhalte, formale Kompetenzen wie Medikation, Krankschreibung, Einweisung usw.)

Jeder geladenen Gruppe wurde zu höchstens 2 der 7 Themen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Statements durften 3 Minuten nicht überschreiten. Insgesamt waren knapp 100 Wortbeiträge angemeldet worden.

Die DGVT hat zu den Themen 4 und 5, ihr Ausbildungsverbund zu den Themen 2 und 3 Stellung genommen (siehe unten).

Die Veranstaltung war für viele TeilnehmerInnen sehr ergiebig – brachte sie doch das scheinbar sehr breite Meinungsspektrum der zahlreichen Positionen und Wortmeldungen auf engem Raum zusammen. Sehr aufschlussreich war zunächst der einleitende Überblick über Zwischenbefunde der Erhebungen durch Bernhard Strauß, weil man sich im folgenden Teil mit seinem eigenen Statement auch dazu positionieren konnte. Überraschend war es dann für Viele, wie die Veranstalter es schafften, die Anhörung trotz aller zu erwartenden Vielfalt diszipliniert ablaufen zu lassen. Die hinreichend deutlichen Vorgaben an die Redezeiten führten dazu, dass fast alle Statements verständlich vorgetragen werden konnten und nur wenige ReferentInnen mit ihrer Zeit nicht auskamen.⁹

PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) waren direkt eingeladen (als Vertreter von Netzwerken und PiA-Initiativen bzw. der PiA-Bundeskammer-Vertretung), sie waren darüber hinaus auch mehrfach von Verbänden (u.a. von der DGVT) als ReferentInnen nominiert. So schafften sie es, die unhaltbaren Zustände der Ausbildung sehr offensiv deutlich zu machen und sich als unverzichtbare Teilgruppe zu artikulieren.

Ein paar weitere inhaltliche Eindrücke: Insgesamt zeigte sich ein sehr breiter Konsens unter den Vortragenden zu vielen offenen Fragen im Rahmen der möglichen Neugestaltung der Ausbildung. Die meisten Stellungnahmen begrüßten die Beibehaltung des bisherigen Ausbildungssystems (sprachen sich gegen eine Direktausbildung im Sinne des sog. „Groeger-Modells“ aus), kritisierten aber die vielfach unzureichende Betreuung und Finanzierungsprobleme im Rahmen der praktischen Tätigkeit. Konsens zeichnete sich auch ab, wenn es darum ging, Flexibilitäten und Nachschulungsmöglichkeiten zu schaffen angesichts der zukünftig keinesfalls mehr einheitlichen bzw. vergleichbaren Ausbildungsvoraussetzungen.

⁹ Alle TeilnehmerInnen wurden gebeten, ihre Statements anschließend auch schriftlich vorzulegen. Somit ist zu erwarten, dass die jeweils vorgetragenen Positionen auch über die Homepages der teilnehmenden Verbände und Institutionen einzusehen sind.

Die Fachkommission von Ver.di stellte gewerkschaftliche Aspekte in den Vordergrund und erläuterte ein Konzept, wie eine angemessene Finanzierung der Psychiatriezentren zu realisieren sei (eigentlich schon im Rahmen der jetzigen gesetzlichen Möglichkeiten möglich, wenn die Regierungskoalition nur dazu bereit wäre ...).

Wie wird es weitergehen?

Die Gutachter sind beauftragt, eine Einschätzung der Situation vorzulegen und ihre Empfehlungen für die zukünftigen Ausbildungsstrukturen und -inhalte Anfang April beim Bundesgesundheitsministerium abzugeben. Unklar ist, ob und wenn ja, wann das Gutachten bzw. die Empfehlungen veröffentlicht werden.

Danach wird das Bundesministerium für Gesundheit das Gutachten intern prüfen und über das weitere Vorgehen entscheiden. Hier wird sicher die kommende Bundestagswahl weitere Verzögerungen nach sich ziehen und ein evtl. Gesetzgebungsverfahren nicht vor Konstituierung einer neuen Bundesregierung erwartet werden können.

Zwei Varianten für eine mögliche Gesetzesänderung sehen wir: Entweder einen Minimalkonsens, der sich allein darauf beschränkt, die Zugangsberufe und -abschlüsse für die beiden Berufe neu zu ordnen. Oder aber eine weitergehende Lösung, die möglichst viele der vorgeschlagenen Änderungen am Gesetz bzw. der Psychotherapeutenausbildung enthält. Das Gutachten kann für das Ministerium eine wichtige Quelle bei der Klärung von Veränderungsbedarf sein. Wir dürfen letztlich gespannt sein.

Frühestens wird eine Gesetzesänderung also wohl Mitte 2010 im BMG vorbereitet und diese wird anschließend in den üblichen Gesetzgebungsprozess eingehen, der dann sicher nochmals Gelegenheit bietet, Positionen aus fachlicher Sicht einzubringen. Zunächst ist jetzt mit dem Forschungsgutachten die Hoffnung verbunden, dass durch das Gutachten und die intensive begleitende Diskussion in der Fachöffentlichkeit wichtige positive Weichenstellungen gelingen.

Waltraud Deubert, Heiner Vogel

DGVT-Statements im Rahmen des Panels

Die DGVT und ihr Ausbildungsverbund haben schon sehr früh Beratungen über die wünschenswerten Reformen an der Psychotherapieausbildung aufgenommen und ein gemeinsam abgestimmtes Positionspapier („Das Tübinger Modell“) vorgelegt, das unter www.pab-info.de/aktuell.html zu finden ist. Ziel ist, das mit dem Psychotherapeutengesetz erreichte hohe Niveau der Ausbildung und der Versorgung zu erhalten, Nachwuchs in ausreichendem Maße zu sichern und dort Änderungen umzusetzen, wo die Erfahrungen der vergangenen Jahre das nahe legen.

Für den **DGVT-Ausbildungsverbund (AV)** hat **Wolfgang Schneider** zunächst dargelegt, dass die zukünftige Studienlandschaft mit Bachelor- und Masterabschlüssen nicht mehr die heutige „Übersichtlichkeit“ haben wird. Eine Vielfalt unterschiedlicher Masterprogramme wird es notwendig machen, inhaltliche Kompetenzen festzulegen, die nachgewiesen werden müssen, um zu einer Psychotherapieausbildung zugelassen werden zu können. Als Kompetenzfelder, die unverzichtbar vorhanden sein müssen, zählt er exemplarisch auf: Sozial- und Entwicklungspsychologie, Physiologie, Klinische Psychologie und Psychodiagnostik sowie sozialrechtliche und gesundheitspolitische Grundlagen. Diese Aufzählung ist zunächst nur als Einstieg zu verstehen und bedarf intensiver Beratungen und eines Festlegungsprozesses. Angesichts der zu erwartenden Divergenz zukünftiger Studienabschlüsse sollte unbedingt die

Möglichkeit eröffnet werden, ggf. fehlende Kompetenznachweise aus dem Studium im Rahmen von Propädeutika „nachpflegen“ zu können, um so die notwendige Eingangsqualifikation vergleichbar sicherzustellen.

In einem zweiten Punkt weist Schneider auf bestehende Probleme mit Inhalt und Konzeption der derzeitigen schriftlichen Approbationsprüfung hin. Wie im Tübinger Modell vorgeschlagen skizziert er den Lösungsvorschlag, die schriftliche Prüfung als 1. Staatsprüfung vor die Ausbildung zu ziehen und die entsprechenden Inhalte dann entweder über die grundlegenden Masterstudiengänge oder die erwähnten Propädeutika erwerbbar zu machen. Die Psychotherapieausbildung könnte dann diese Grundlagen voraussetzen und sich stärker dem Transfer in die psychotherapeutische Praxis und der Vermittlung des Vertiefungsverfahrens widmen.

Das 2. **AV-Statement** wurde von **Günter Ruggaber** schriftlich nachgereicht, da er bedauerlicherweise krankheitsbedingt nicht am Panel teilnehmen konnte. Dabei stellt er nochmals die Grundstruktur einer Ausbildung vor, wie sie nach dem Tübinger Modell vorgesehen wäre. Demnach soll die Ausbildung erst nach einem qualifizierten wissenschaftlichen Masterstudium begonnen werden können. Hierdurch muss sichergestellt werden, dass der Heilkundeberuf Psychotherapie weiter auf einem qualifizierten wissenschaftlichen Grundlagenstudium aufgebaut bleibt. Dies sollte für die beiden psychotherapeutischen Berufe gleichermaßen gelten. Im KJP-Bereich sollte ggf. über Übergangsregelungen nachgedacht werden, die sicherstellen, dass die Zeit bis zum Aufbau einer ausreichenden Anzahl an (sozial-)pädagogischen Masterstudiengängen nicht zu einem Engpass bei der Nachwuchssicherung führt.

Er stellt weiter klar, dass sich der Erhalt zweier unterschiedlicher psychotherapeutischer Berufe bewährt hat und erhalten bleiben sollte. Dabei sollte allerdings zukünftig eine geeignete bundesgesetzliche Regelung sicherstellen, dass der jeweils zweite Berufsabschluss unter Anerkennung bereits in der Erstausbildung erworbener Kenntnisse auf verkürztem Wege erreichbar wird. Eine solche Regelung könnte dann derzeitige Fachkunderegelungen aus dem Sozialrecht überflüssig machen. Schließlich sollte so der Weg geebnet werden, die sachlogisch nicht nachvollziehbare berufsrechtliche Asymmetrie zwischen PP und KJP aufzuheben und die Behandlungsbefähigung klar nach Alter der PatientInnen zu trennen (z.B. KJP 0-18 und zukünftig ErwachsenenpsychotherapeutInnen („EWP“) 18+). Die derzeitige umfassende Befähigung eines/r Psychologischen Psychotherapeuten/in wäre dann weiterhin über die Regelung zur Erlangung des Zweitabschlusses erreichbar.

Für die **DGVT** brachte **Rudi Merod** zwei bisher nicht beachtete Aspekte in die Diskussion ein. Im Gesetz sollte zum einen eine sog. „Erprobungsregel“ verankert werden, die es ermöglicht, rechtlich abgesichert auf aktuelle Entwicklungen im Bereich der sich ständig entwickelnden Psychotherapie zu reagieren und ggf. auch neue Formen der Lehre oder Prüfungen auszuprobieren. Zum anderen sollte bei der Neufassung des Gesetzes ein sog. „Haltbarkeitsdatum“ eingeführt werden, zu dem das Gesetz wieder auf den Prüfstand kommt, um Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie auch in der Ausbildung umzusetzen.

Rudi Merod stellt außerdem klar, dass eine Aufsicht über die Ausbildung weiter durch die Landesbehörden stattfinden sollte. Durch sie kann die notwendige Kontinuität und Unabhängigkeit gewährleistet werden. Dabei sollte die bundesweit einheitliche gesetzliche Ausbildungsregelung die Grundlage bilden. Allerdings schlägt er die Einrichtung von Beiräten vor, die die Landesbehörden inhaltlich bei ihrer Arbeit unterstützen und aus VertreterInnen aus Wissenschaft, Psychotherapeutenkammern, Fachverbänden, Ausbildungsstätten und AusbildungsteilnehmerInnen zusammengesetzt werden sollen.

Die Hochschulanbindung von Ausbildungsstätten bezeichnet er zum Erhalt eines hohen wissenschaftlichen Niveaus der Ausbildung für wünschenswert, wobei für die Form der Anbindung flexible Möglichkeiten eröffnet werden sollten (Kooperation, Forschungsverbund, QS-Kooperation o.ä.).

Das **2. DGVT-Statement** wurde aus den Reihen der **DGVT-PIA-AG** abgegeben und wird unter dem Bereich „PsychotherapeutInnen in Ausbildung“ im Wortlaut dokumentiert.

Günter Ruggaber

PsychotherapeutInnen in Ausbildung: Bezahlung praktischer Ausbildung

In der Rosa Beilage 4/2008 (S. 13.f.) hatten wir ein Schreiben der DGVT an die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen zur finanziellen Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) veröffentlicht. Aus unserer Sicht wäre es im Rahmen der Ausformulierung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) möglich gewesen, eine Regelung zur Refinanzierung der Vergütung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung vorzusehen (ähnlich wie es bereits jetzt für andere Ausbildungsberufe im Krankenhaus geregelt ist wie z. B. bei Hebammen oder Gesundheits- und KrankenpflegerInnen).

Am 13.2.2009 stimmte der Bundesrat der Reform der Krankenhausfinanzierung (KHRG) zu. Dabei wurde leider keine Regelung geschaffen, die PsychotherapeutInnen in Ausbildung eine ausreichende Finanzierung der "praktischen Tätigkeit" sichert. Wir bedauern dies sehr und werden uns weiterhin mit Nachdruck dafür einsetzen, eine leistungsgerechte Finanzierung der praktischen Tätigkeit der PiA zu erreichen.

Wir drucken nachfolgend das Antwortschreiben von Biggi Bender, der gesundheitspolitischen Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, sowie den Entschließungsantrag der Mitglieder der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen im Ausschuss für Gesundheit ab. Auch Annette Widmann-Mauz, Mitglied im Vorstand der CDU/CSU-Fraktion und Wahlkreisabgeordnete in Tübingen, hat uns geantwortet. Wir brauchen sicher nicht ausdrücklich zu betonen, dass uns ihr Hinweis auf das Forschungsgutachten nicht zufrieden stellt. Wir werden Frau Widmann-Mauz zu einem Gespräch mit der DGVT einladen, um mit ihr die Notwendigkeit der Finanzierung der praktischen Ausbildung und die Möglichkeiten, die wir in diesem Bereich sehen, zu erörtern.

Waltraud Deubert

Antwortschreiben Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 19.12.2008 zur Vergütungsproblematik bei den in Ausbildung befindlichen PP bzw. KJP

Sehr geehrte Frau Deubert,

vielen Dank für Ihre E-Mail zur Vergütungsproblematik bei den in Ausbildung befindlichen psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen.

Wir teilen Ihr Anliegen, die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen für diese Gruppen endlich zuverlässig zu regeln. Wir haben deshalb am 17.12.2008 einen Entschließungsantrag in den Gesundheitsausschuss des Bundestages eingebracht, in dem wir die Bundesregierung auffordern, bis zum März 2009 eine gesetzliche Regelung vorzulegen. Den Antrag hänge ich zu Ihrer Information an. Leider haben die Koalitionsfraktionen den Antrag mit ihrer Stimmenmehrheit abgelehnt. Eine zügige Regelung im Interesse der Betroffenen ist deshalb nicht zu erwarten.

Die von Ihnen dargestellte Problematik ist uns gut vertraut. Frau Bender hat im Jahr 2003 an Ihrer Tagung zur „Situation der Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung“ teilgenommen, Nachfragen im zuständigen Referat des Gesundheitsministeriums gestellt und diese Frage bei Gesprächen z.B. mit der Bundespsychotherapeutenkammer oder den Psychotherapieverbänden Gesprächskreis II aufgegriffen.

Auch auf den Ausgang der ersten Petition zur Ausbildung der PiA bzw. KJPiA an den Deutschen Bundestag versuchten wir Grünen Einfluss zu nehmen. Unser Ziel war, durch die sogenannte „Überweisung als Material“ die GesundheitspolitikerInnen der anderen Fraktionen im Bundestag auf dieses Problem aufmerksam zu machen und eine Ablehnung zu verhindern. Unser Vorschlag wurde abgelehnt, wie dem Auszug aus der Begründung zur Petition zu entnehmen ist: „Der von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gestellte Antrag, die Petition der Bundesregierung – dem BMG – als Material zu überweisen sowie den Fraktionen des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben, ist mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE abgelehnt worden.“

Dennoch hat sich inzwischen etwas in dieser Frage bewegt. Das Gesundheitsministerium hat - sicherlich auch mit beeinflusst durch Ihre Aktivitäten - ein „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ ausgeschrieben und vergeben. Eine solche Überprüfung wurde in den Jahren zuvor vom Ministerium zwar als sinnvoll und notwendig bezeichnet, jedoch als verfrüht angesehen.

Wir teilen die Ansicht über die Notwendigkeit einer grundlegenden Überprüfung, da

- sich die Übernahme der vor 1999 bestehenden Regelungen in das Gesetz in der Praxis zu Problemen geführt hat,
- die notwendige Umstellung der psychologischen und pädagogischen Diplomstudiengänge in die Bachelor-/Masterabschlüsse die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung wesentlich verändert haben,
- sich die Psychotherapie ebenso wie die Strukturen (z.B. Bildung von Kammern) in den letzten Jahren in großem Umfang entwickelt und verändert haben.

Den Zuschlag des Forschungsgutachtens erhielt ein Forschernetzwerk unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universitätsklinikum Jena). Die Ergebnisse sollen Ende März 2009 vorliegen. Wir hoffen, dass im Zusammenhang mit den Erkenntnissen dieses Gutachtens die Diskussion um angemessene Ausbildungsvergütungen weitere Dynamik erhält. Wir werden auf jeden Fall „dranbleiben“.

Mit freundlichen Grüßen

Annette Rausch

Wissenschaftliche Mitarbeiterin von Biggi Bender MdB

Gesundheitspolitische Sprecherin der

Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Antwortschreiben Annette Widmann-Mauz (MdB) vom 19.1.2009 zur Vergütungsproblematik bei den in Ausbildung befindlichen PP bzw. KJP

Sehr geehrte Frau Deubert,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 9.12.2008 zum Thema Psychotherapieausbildung. Den Mitgliedern der CDU/CSU-Fraktion ist die finanziell belastende Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit bekannt. Meine Kollegen und ich haben uns in vielen politischen Gesprächen mit dem Thema vertraut gemacht und wir danken für die zusätzlichen umfangreichen Informationen.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sieht bereits heute die Refinanzierung bestimmter Ausbildungsmehrkosten für die Krankenhäuser im Rahmen von Ausbildungsbudgets vor. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz bringt hier weitere Klarstellungen. Es bleibt allerdings bei der Beschränkung, dass sich die Finanzierung über Ausbildungsbudgets auf die Mehrkosten der praktischen Ausbildung zu bestimmten Gesundheitsberufen konzentriert. Die praktische Tätigkeit im Sinne des Psychotherapeutengesetzes fällt nicht unter diese Regelung. Die Einbeziehung der Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit würde einen neuen Tatbestand schaffen.

Damit wird deutlich, dass das von Ihnen geschilderte Problem nicht im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zu lösen ist. Vielmehr wird es darum gehen, die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dahingehend zu überprüfen, ob und in welchem Umfang sich das bisherige Konstrukt der praktischen Tätigkeit bewährt hat und inwieweit hier Anpassungsbedarf besteht.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, das sich mit dem Reformbedarf in diesem Bereich auseinandersetzt. Die Ergebnisse werden im Frühjahr vorliegen. Es wird dann zu entscheiden sein, mithilfe welcher Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung nachhaltig verbessert und die Attraktivität des Berufs weiter gesteigert werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Annette Widmann-Mauz

Stellungnahme der PiA-AG der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie im Rahmen des Panels der Arbeitsgruppe des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen am 28.1.2009

Wir möchten nicht die hinlänglich bekannte Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA), besonders während der Praktischen Tätigkeit beschreiben, wer diese nicht kennt, sei auf die Stellungnahme im Forum des Bundesgesundheitsministeriums verwiesen, in dem u. a. Jürgen Tripp, PiA-Sprecher NRW, die Lage der PiAs trefflich beschreibt. Vielmehr möchten wir unser Augenmerk darauf lenken, was aus unserer Sicht dazu beitragen könnte, die Situation der PiAs zu verbessern. Des Weiteren werden wir Veränderungsvorschläge aufzuführen, welche die Inhalte der Ausbildung konkret betreffen.

Zu Punkt 1) Praktische Tätigkeit:

Es muss endlich Schluss sein mit der Ausbeutung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung während ihrer Praktischen Tätigkeit!

Wir fordern

- die Klärung unseres Status
- Gewährleistung der Existenzsicherung in Form von Aufwandsentschädigung bzw. einem Gehalt in angemessener Höhe durch Subventionierung durch den Gesetzgeber und eine Regelung bzgl. der Kranken- und Sozialversicherung
- Unterstützung während der Praktischen Tätigkeit in Form von
 - Anleitung durch approbierte PsychotherapeutInnen
 - und
 - vom Arbeitgeber bezahlte Supervision

Wir fordern außerdem

- eine regelmäßige Überprüfung der Ausbildungsstätten durch eine unabhängige und externe Instanz
- eine Vereinheitlichung der Kooperationsverträge zwischen den Instituten und den Ausbildungsstätten, in denen die Praktische Tätigkeit durchgeführt wird

und

- einheitliche Verträge zwischen Arbeitgebern und PsychotherapeutInnen während ihrer Praktischen Tätigkeit, z.B. in Anlehnung an den schon ausgearbeiteten Mustervertrag von Ver.di

Wir plädieren für eine Verkürzung der Praktischen Tätigkeit auf 1000 Stunden. Ein Baustein soll die psychotherapeutische Behandlung im stationären Setting sein, aber nicht um Versorgungslücken zu füllen, sondern um psychiatrische Störungsbilder und deren Behandlung kennen zu lernen!

Zudem sollte es möglich sein, dass PsychotherapeutInnen in Ausbildung verschiedene Versorgungsfelder kennen lernen, um ein möglichst großes Spektrum an Erfahrungswissen in ihre zukünftige Arbeit einfließen lassen zu können.

Wir fordern außerdem, dass Praktische Tätigkeiten, die vor Beginn der Ausbildung geleistet wurden, und die nachweislich den Kriterien der Praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung entsprechen, anerkannt werden! Ein weiterer Schritt wäre es, auch die während des Hauptstudiums geleisteten Praktika anzuerkennen, sofern sie den Richtlinien der Ausbildung entsprechen. Wir erkennen keinen Grund, warum dies bis jetzt so noch nicht geschehen ist.

Zu Punkt 2) Ausbildung – speziell die Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung:

Wir plädieren für eine Erhöhung der Stundenanzahl der Selbsterfahrung, insbesondere die Einführung von Einzelselbsterfahrung in der Verhaltenstherapie bei entsprechender Umverteilung der Anforderungen in der Ausbildung.

Selbsterfahrung sehen wir als einen wichtigen Baustein der Ausbildung. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen biographischen Hintergrund ist in unseren Augen die Voraussetzung für gute therapeutische Arbeit und kann so als Ressource verstanden werden

Zu Punkt 3) Ausbildung – Freie Spitze

Wir fordern die Verkürzung der Freien Spitze von derzeit 930 auf 500 Stunden. Die Freie Spitze ist in ihrem zeitlichen Umfang nicht einsichtig, und erscheint in der Festlegung willkürlich. Wir wünschen uns eine inhaltlich genauer definierte Freie Spitze mit Wahlschwerpunkten wie z. B.

- Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie
- Einführung in die Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Weiterbildung in der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie
- usw.

Zu Punkt 4) Organisation der Ausbildungsinstitute

Wir wünschen eine gesetzliche Regelung der organisatorischen Struktur der privat geführten Institute. Wir fordern eine klare Trennung zwischen den Aufgabengebieten und Personen

- der PrüferInnen
- der SupervisorInnen
- der Institutsleitung
- der SelbsterfahrungsleiterInnen
- und der DozentInnen

Eva Kleinemeier, PiA-AG Sprecherin der DGVT

Kristina Köhler, PiA-AG Sprecherin der DGVT

Annegret Conrad, Mitglied der PiA-AG der DGVT

Alles was Recht ist...

Schutz von Patientendaten soll verbessert werden

Aktuelles BSG-Urteil zum Schutz von Patientendaten

Krankenhäuser und Ärzte dürfen Behandlungsdaten gesetzlich krankenversicherter Patienten nicht an private Unternehmen weitergeben, die für sie die Abrechnung erstellen. Ärzte und Krankenhäuser haben nun bis zum 30. Juni 2009 Zeit, ihre Abrechnungspraxis an die vom Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 10.12.2008 (Az. B 6 KA 37/07 R) geklärte Rechtslage anzupassen.

Das BSG hat ein entsprechendes Urteil zum Schutz von Patientendaten erlassen. Demnach dürfen Krankenhäuser und Vertragsärzte/-psychotherapeuten zur Erstellung von Leistungsabrechnungen keine Patientendaten mehr an private Dienstleistungsunternehmer übermitteln. Dies gilt selbst dann, wenn Patienten, wie im stationären Bereich üblich, weitgehende Einwilligungserklärungen unterzeichnet haben. Das Urteil hat zunächst nur Geltung für den Bereich der GKV-Versicherten. Für den Bereich der PKV (stationär/„Wahlleistungen“) ist das Problem der Weitergabe von Patientendaten an private Dienstleister bereits im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) geregelt (das KHEntG regelt die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen) und die Einschaltung von Verrechnungsstellen ist dort ausdrücklich zugelassen. Für PKV-Versicherte in der ambulanten Versorgung hat das Urteil demnach derzeit keine Auswirkungen.

Das BSG hat eine Übergangsregelung bis zum 30.6.2009 getroffen, bis dahin müssen Leistungen auch dann noch von den KVen vergütet werden, wenn sie unter Verstoß gegen das Verbot der Datenweitergabe an private Dienstleister abgerechnet wurden.

G-BA passt Reha-Richtlinie datenschutzrechtlich an

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung vom 22.1.2009 die Rehabilitations-Richtlinie den aktuellen Datenschutzbestimmungen angepasst (s.u.) und reagiert damit auf entsprechende Vorgaben des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, den Datenfluss zwischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und den Krankenkassen einzuschränken. Zukünftig werden nach dem Beschluss des G-BA Entlassungsberichte gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten, die sich einer medizinischen Rehabilitation unterzogen haben, lediglich der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und auf Wunsch den Versicherten selbst übergeben. Bisher werden diese Berichte, die unter anderem auch sensible Patientendaten enthalten, von den Rehabilitationseinrichtungen den behandelnden Vertragsärztinnen und -ärzten und auch den zuständigen Krankenkassen zugeleitet, damit diese ihren Aufgaben nach Beendigung einer medizinischen Rehabilitation nachkommen können.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Beschlusstext sowie eine entsprechende Erläuterung werden in Kürze im Internet auf folgender Seite veröffentlicht: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zur-richtlinie/23/>

Kerstin Burgdorf

Haftungsrechtliche Fragen bei suizidgefährdeten Patienten

Zur Haftung eines niedergelassenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie bei Suizid eines Patienten

Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie für die Selbsttötung eines Patienten haftet und inwiefern die Behandlungsdokumentation für die Beweisfrage eine Rolle spielt, hat sich das Oberlandesgericht (OLG) Braunschweig geäußert (*Hinweisbeschluss v. 11.2.2008, Az.: 1 U 2/2008*).

Sachverhalt:

Klägerin ist die Witwe eines nach Suizid verstorbenen Patienten. Sie macht gegenüber dem als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie praktizierenden Beklagten Anspruch auf Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 5000 Euro geltend. Der Verstorbene hatte sich nach Überweisung durch den Hausarzt in die Behandlung bei dem Beklagten begeben. Nach einem ersten Beratungsgespräch, bei dem die Indikationsfeststellung einer ambulanten Psychotherapie erfolgte (der Patient litt an Depressionen bedingt u.a. durch Probleme am Arbeitsplatz), wurde ein weiterer Termin eine Woche später vereinbart. Zwischenzeitlich fand ein weiterer Termin statt, nachdem die Klägerin für ihren Ehemann um einen kurzfristigeren Termin beim Beklagten gebeten hatte. Im Rahmen dieses zweiten Termins wurde ein **sog. Suizidpakt** geschlossen. Wenige Tage später erhängte sich der Patient.

Das Landgericht hatte die Klage in erster Instanz abgewiesen, da die Klägerin nicht bewiesen hätte, dass der beklagte Arzt bei den beiden Behandlungsterminen eine **akute Selbstmordgefährdung bei seinem Patienten erkannt habe oder nach den Umständen des Falles hätte erkennen müssen und dessen Suizid pflichtwidrig nicht verhindert habe**.

Beschlussgründe:

Das OLG geht in seinem Beschluss auf die Beweisfrage ein, ob eine akute Suizidalität im vorliegenden Fall erkennbar war oder sogar erkannt worden ist. Die Frage, ob aus der Tatsache, dass ein Suizidpakt geschlossen wurde, ein Rückschluss darauf gezogen werden kann, dass akute oder auch nur latente Suizidgefahr bestand, verneint das Gericht. Es hält die Einlassung des Beklagten, dass ihm keine Hinweise auf frühere Suizidversuche oder Suizidgedanken des Patienten vorgelegen haben und die Suizidalität auf ausdrückliches Befragen des Patienten verneint worden wäre und er einen Suizidpakt nur geschlossen habe, weil es sich um einen neuen Patienten gehandelt habe, für nicht widerlegbar.

Auch unter dem Gesichtspunkt der Dokumentation der Therapie ergebe sich keine Haftung des Beklagten. Anhaltspunkte für eine Lückenhaftigkeit der Dokumentation bestehen aus Sicht des Gerichts nicht, da die Dokumentation therapeutischen Belangen diene und sich nicht danach richte, wie ihr Inhalt und Umfang am besten Beweise für einen späteren Haftungsprozess sichern können. Die Dokumentation habe sich allein an den allgemein maßgeblichen medizinischen/therapeutischen Gesichtspunkten zu orientieren. Aus der Dokumentationspflicht lasse sich insbesondere nicht die Pflicht ableiten, einen sog. Suizidbogen schriftlich durch den Patienten anfertigen zu lassen, in dem die tägliche Einschätzung der Suizidgefahr eingetragen wird. Die Dokumentation des Beklagten habe die Frage der Suizidalität ausreichend umfasst.

Aus dem Umstand, dass die Klägerin einen kurzfristigen Termin für ihren Ehemann vereinbart habe, weil dieser unter Druck gestanden habe, ergebe sich kein Anhaltspunkt für eine akute Suizidalität und auch nicht dafür, dass der Beklagte eine gebotene Befunderhebung unterlassen habe. Der Anruf habe ja gerade dazu geführt, dass der Beklagte ein weiteres Behandlungsgespräch geführt habe. In diesem Gespräch habe nach der unwiderlegbaren Angabe des Beklagten der Patient weiterhin Suizidalität verneint. Es hätten nach Angaben des Beklagten die schon zuvor aufgeführten Probleme am Arbeitsplatz im Vordergrund gestanden. Somit hätten auch keine Voraussetzungen für eine Einweisung nach PsychKG vorgelegen. Demnach war eine Haftung des Beklagten nicht gegeben.

Kommentar:

Die Beweissituation für die Erkennbarkeit einer akuten Selbsttötungsgefahr leidet zumeist an einem grundlegenden Problem – allein der behandelnde Arzt/Psychotherapeut kann Angaben zur Frage der Suizidalität des Patienten machen, wie sie sich im Rahmen der letzten Therapie-sitzung dargestellt hat. Grundsätzlich liegt nämlich die Beweislast bei demjenigen, der einen Haftungs- oder Schadensersatzanspruch geltend macht. Deshalb gesteht die Rechtsprechung der Patienten-/Hinterbliebenen-Seite Beweiserleichterungen zu, die bis hin zur sog. Beweislastumkehr gehen können.

Das OLG setzt hier allein bei dem Haftungsvermeidenden Verhalten des behandelnden Arztes an und beschränkt die Bewertung, ob der Behandler eine akute Selbsttötungsgefahr hätte erkennen können, wie folgt: hat der Arzt die Gefahr einer möglichen Suizidalität ausreichend überprüft und verneint und hat er die diesbezüglichen Befunde sorgfältig dokumentiert, genügt dies, um eine Haftung zu verneinen.

Kerstin Burgdorf

Zur Haftung des Krankenhausträgers bei Suizid eines suizidgefährdeten Patienten

Im Folgenden soll ein weiteres, instruktives Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Naumburg (Urteil vom 8.2.2000, Az.: 1 U 140/99, zitiert nach NJW-RR 2001, Heft 18, 1251) zusammengefasst werden, das sich bereits im Jahre 2000 mit der Haftung eines Klinikträgers im Falle der Selbsttötung eines Patienten befasst hat. Die Urteilsgründe sollen an dieser Stelle kurz referiert werden, da sie von allgemeiner Gültigkeit für den stationären Bereich sind.

Sachverhalt:

Kläger ist der Witwer einer Patientin, die sich während eines stationären Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik des beklagten Krankenhausträgers durch einen Sturz aus dem Fenster im 2. OG das Leben nahm. Der Kläger verlangt Schadensersatz wegen schuldhafter Verletzung des Behandlungsvertrags zwischen Patientin und Beklagtem bzw. Schadensersatz aus unerlaubter Handlung („§§ 831 I, 823, 844 I, II BGB).

Urteilsgründe:

Die Beklagte hat als Krankenhausträgerin zwar grundsätzlich die Pflicht, ihre Patienten vor Gesundheitsschädigungen zu schützen. Dabei sind Patienten, die wegen Selbstgefährdung zu behandeln sind, grundsätzlich davor zu schützen, sich selbst Schaden zuzufügen. Hierzu sind die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Die Pflicht des Krankenhausträgers und des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten geht jedoch weiter. Die moderne Psychiatrie sieht ihre Hauptaufgabe darin, ihre Patienten nicht nur sicher zu verwahren, sondern zu behandeln bzw. zu heilen. Bei suizidgefährdeten Patienten kann bspw. sogar die Inkaufnahme von Risiken (auch des Risikos der Selbstschädigung) therapeutisch notwendig sein. Der behandelnde Arzt/Psychotherapeut muss über die Gefahr einer schrittweise zu gewährenden Freiheit entscheiden. Ermöglicht er diese Freiheit nicht, geht er zwar weniger die Gefahr des Todes eines Patienten ein, verhindert aber auch die zur Lebensbejahung notwendige Verwirklichung von Autonomie des Patienten.

Der im allgemeinen Arzthaftungsrecht geltende Grundsatz – richtiges ärztliches Vorgehen muss sich jeweils für den konkreten Behandlungsfall finden – ist auch bei der **Abwägung zwischen sichernden Maßnahmen einerseits und therapeutisch notwendigen Freiheiten andererseits zu berücksichtigen.**

Ein behandelnder Arzt/Psychotherapeut bzw. der Krankenhausträger haftet dann nicht, wenn **die Suizidgefahr eines Patienten als solche erkannt wurde und nicht durch Außerachtlassung wesentlicher Umstände unterschätzt wurde und dieser Gefahr im Rahmen der Therapie auf angemessene Art und Weise („lege artis“) begegnet wurde.** Auch bei geäußerten Suizidgedanken können medikamentöse Behandlung gemeinsam mit anderen therapeutischen Maßnahmen angemessene Methoden zur Behandlung dieser Patienten sein (auch ohne weitere sichernde Maßnahmen). Maßgeblich für die Einschätzung ist dabei der Zustand des Patienten, wie er sich dem behandelnden Arzt zum Zeitpunkt der Behandlung dargestellt hat.

Der Beklagten sowie dem behandelnden Personal war im vorliegenden Fall nach Auffassung des Gerichts unter Zugrundelegung der oben dargestellten Haftungsmaßstäbe weder ein schuldhafter Behandlungsfehler noch ein Organisationsverschulden vorzuwerfen, welches ursächlich für den Tod der Patientin war.

OLG Naumburg, Urteil v. 8.2.2000, Az.: 1 U 140/99

Kerstin Burgdorf

Bundestag debattierte Entwürfe zur Patientenverfügung

Patientenverfügungen, wie sie bereits Millionen Bundesbürger unterschrieben haben, sollen zukünftig mit mehr Rechtssicherheit für Betroffene, Ärzte und Betreuer ausgestattet werden. Dies ist das erklärte Ziel der Bundesregierung. Der Bundestag hat am 21.1.2009 darüber debattiert, wie dies in die Praxis umgesetzt werden kann.

In einer Patientenverfügung wird vorab festgelegt, wie ein Mensch im Falle einer schweren Krankheit medizinisch behandelt werden will, wenn er sich selbst nicht mehr äußern kann. Bislang müssen sich Ärzte nicht in jedem Fall an eine solche Willenserklärung halten, selbst wenn sie schriftlich vorliegt. Für den behandelnden Arzt gilt derzeit die (vage) Richtschnur: Der Patientenwille ist zu beachten, aber nicht in jedem Fall verbindlich. Der Bundesgerichtshof hat zwar Maßstäbe entwickelt, wann die Patientenverfügung gilt, doch kann die Rechtsprechung nicht für jeden Fall konkrete Handlungsanweisungen vorgeben. Ärzte bewegen sich deswegen allzu häufig in einer sog. rechtlichen Grauzone.

Der Bundestag plant nun, das zu ändern. Zwei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe standen im Parlament zur Debatte: der von einer Gruppe von Abgeordneten um Wolfgang Bosbach (CDU) und Karin Göring-Eckhardt (Bündnis 90/Die Grünen) eingebrachte Entwurf sowie ein zweiter Antrag des CSU-Abgeordneten Wolfgang Zöllner. Einen dritten Entwurf des SPD-Abgeordneten Joachim Stünker hatte der Bundestag bereits am 26. Juni 2008 in erster Lesung beraten. Im Folgenden sollen die drei unterschiedlichen Entwürfe kurz beschrieben werden.

Stünker-Entwurf: Wichtigste Voraussetzung für die Verbindlichkeit der Patientenverfügung ist nach dem von Stünker und anderen Parlamentariern vorgelegten Gesetzentwurf (Bundestags-Drucksache 16/8442) die schriftliche Form. Liegt eine Patientenverfügung schriftlich vor, ist der Patientenwille verbindlich und zwar unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung. Liegt keine schriftliche Verfügung vor, muss wie bislang der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden. Willigt der Angehörige/Betreuer in lebenserhaltende Maßnahmen nicht ein und können Arzt und Angehörige/Betreuer in dieser Entscheidung nicht einig werden, entscheidet ein Vormundschaftsgericht.

Bosbach-Entwurf: Bosbach (Bundestags-Drucksache 16/11360) differenziert nach Erkrankung und Krankheitsphase. Es muss jeweils einzeln bewertet werden, ob die Patientenverfügung voll verbindlich sein soll. Auch bei schriftlicher Verfügung, kann eine lebenserhaltende Maßnahme nur dann abgebrochen werden, wenn eine "unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit" diagnostiziert wurde oder der Patient auf Dauer bewusstlos ist. Bei nicht tödlichen Erkrankungen soll zudem Folgendes gelten: Ein Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ist nur möglich, wenn sich der Patient medizinisch beraten ließ, die Patientenverfügung notariell beglaubigt und nicht älter als fünf Jahre ist. Außerdem ist in jedem Fall zu einem Behandlungsabbruch die Genehmigung eines Vormundschaftsgerichts notwendig.

Zöllner-Entwurf: Zöllner hingegen will Betreuer und Ärzte dazu verpflichten, Patientenverfügungen in ihrer vorliegenden Form voll anzuerkennen. Beschränkungen auf eine bestimmte Erkrankung oder Behandlungssituation macht dieser Gesetzentwurf (Bundestags-Drucksache 16/11493) nicht. Sogar in mündlicher Form sollen Patientenverfügungen anerkannt werden. In der konkreten Situation muss jedoch zudem der aktuelle mutmaßliche Wille durch Ärzte, Betreuer oder Angehörige ermittelt werden. Ein Vormundschaftsgericht wird nur dann eingeschaltet, wenn zwischen Arzt und Betreuer Uneinigkeit über den mutmaßlichen Patientenwil-

len herrscht. Zöller und die Unterstützer des Antrags wünschten sich einen „dialogischen Prozess der Bewertung“, in den Ärzte, Betreuer und Angehörige mit einbezogen werden sollen.

Die Gesetzentwürfe werden nun in den zuständigen Bundestags-Ausschüssen weiter beraten. Der Rechtsausschuss des Bundestags hat eine entsprechende Sitzung für den 4. März 2009 terminiert.

Bundestagsdrucksachen zum Thema (<http://dip21.bundestag.de/dip21.web/bt>):

- 16/8442 - Gesetzentwurf mehrerer Abgeordneter: Änderung des Betreuungsrechts
- 16/11360 - Gesetzentwurf mehrerer Abgeordneter: Patientenverfügungsgesetz
- 16/11493 - Gesetzentwurf mehrerer Abgeordneter: Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz

Kerstin Burgdorf

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Die Quälerei mit dem Abfassen von Therapieanträgen – Wie kann man mit dem Gutachterverfahren leben?

Um es gleich zu sagen: Ich bin Gutachter, ich lebe zu 20 % vom Gutachterverfahren. Das macht meine Gedanken in manchen Augen vielleicht fragwürdig oder parteilich. Ich bin auch Ausbildungsleiter eines staatlich anerkannten Institutes mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Insofern habe ich nicht nur ein paar Tausend Gutachten gelesen, sondern bin tagtäglich mit den Ängsten, Stressgefühlen und Schreibproblemen junger AusbildungsteilnehmerInnen beschäftigt. Von diesen beiden Erfahrungen möchte ich berichten – in der vagen Hoffnung, dass Ihnen als Leser/in das Antragschreiben danach etwas weniger Magenschmerzen bereitet.

Ginge es nicht auch ohne Gutachterverfahren? Die Grundsatzfrage möchte ich hier nicht entscheiden, aber kurz meine Einschätzung der aktuellen Situation darlegen. Ich verstehe die Bedenken gut ausgebildeter berufserfahrener Kollegen, die neidvoll auf Ärztegruppen schauen und sich fragen, warum ausgerechnet wir ständig unsere Arbeit genehmigen lassen müssen. Ich verstehe auch, dass die Fähigkeiten eines guten Therapeuten nicht automatisch bedeuten, dass ihm das Schreiben leicht fällt. Ich verstehe die Frage, ob ein knapp dreiseitiger Bericht nach der vierten Stunde wirklich valide Aussagen über Therapieplanung machen kann (Ich bin übrigens sicher: Ja, kann er).

Bei all diesem Verständnis erlaube ich mir einige provozierende Meinungen. Seit Beginn der 70er Jahre habe ich innerhalb und außerhalb der DGVT dafür gekämpft, dass alle, also wirklich alle Patienten unabhängig vom persönlichen Wohlstand eine Chance bekommen, psychotherapeutisch betreut zu werden, dass Verhaltenstherapie zu 100 % von den Kassen getragen wird. Das wurde durch den Einsatz vieler engagierter KollegInnen und die gute Forschungslage erreicht, so wie dies in keinem anderen Land der Erde gelungen ist. Das war nicht zu erreichen ohne sehr dezidierte Regelungen der Mengenbegrenzung.

Zudem bin ich überzeugt, dass bei den derzeitigen Umwälzungen in unserem Gesundheitssystem das Gutachtersystem ein wirklicher Schutz dagegen ist, Psychotherapie wieder aus der

Regelversorgung herauszunehmen. Die Ablehnungsquote bei Gutachten ist sehr gering. Grundsatzdiskussionen über die Abschaffung des Gutachterverfahrens werden, so fürchte ich, eher den paradoxen Effekt hervorrufen, dass der Druck der Kassen wächst, das Verfahren sehr viel restriktiver zu handhaben.

Ein Ziel unserer Therapieausbildung ist, dass junge TherapeutenInnen in ein bis zwei Stunden einen Antrag zustande bringen, der den Qualitätskriterien einigermaßen genügt. Das geht! Die meisten schaffen das, einige etwas schneller, einige brauchen auch am Ende etwas länger. Dazu sind gute Kursangebote nötig. Entscheidend ist, dass die Teilnehmer sich von Anfang an einige Fehler abgewöhnen und einige systematische Hilfen angewöhnen, über die ich hier teilweise berichten möchte.

Eine Anregung ist z.B., vor dem Schreiben in der Fantasie ein Gespräch mit einem befreundeten Kollegen zu führen. Könnte man in einer Viertelstunde wichtige Grundfragen beantworten? („Warum kam der Patient? Ist sein Problem krankheitswertig? Warum schafft er es nicht, alleine mit den Problemen fertig zu werden (Aufrechterhaltung)? Welche biografischen Hintergründe erklären, dass er das nicht schafft und kaum eine Spontanremission zu erwarten ist? Wie möchte ich methodisch arbeiten? Ab wann kann er alleine weiterkommen und braucht mich nicht mehr wirklich?“). Mündlich gelingt dies meist. Allerdings merke auch ich erst beim Schreiben, an welcher Stelle ich ggf. Fragen nicht zu Ende gedacht habe, oder wo ich noch im Nebel stochere.

Ein weiterer Vorschlag ist, den Antrag nicht am Stück zu schreiben. Ausbildungsteilnehmer bitte ich, einen Entwurf zu schreiben, nachdem sie mindestens zwei Tage nicht in die Patientenakte geschaut haben. Diesen Entwurf gehe ich mit ihnen durch, und wir klären dann die Mängel des Antrages, auch, welche Informationen wirklich noch in der Akte gesucht oder noch erhoben werden müssen oder wo Vorberichte fehlen.

Das dritte Prinzip liegt auf der Hand: Rückmeldung. Lesen Sie wechselseitig Anträge in der Intervisionsgruppe. Ein unbeteiligter Außenstehender sieht Ungereimtheiten leichter.

Problematische Problemlöseversuche

Andere schreiben lassen: Zahlreiche Angebote gibt es von Leuten, die selbst lieber schreiben als therapieren und die ihr Geld mit dem Abfassen von Berichten an den Gutachter verdienen. Seriös könnte das nur gehen, wenn Sie das Material für den Schreiber wirklich gut aufbereiten und dann den Antragsentwurf gut überarbeiten. So aber zahlen Sie und sparen kaum Zeit. Oder Sie betrügen, wenn Sie die Formulare unterschreiben. Also investieren Sie das Geld lieber in einen Kurs. Das ist keine Eigenwerbung, weil ich solche Kurse nicht anbiete.

EDV: Von EDV-Unterstützung rate ich dringend ab, außer natürlich, dass Sie eine Textverarbeitung verwenden. Die gedankliche Arbeit der Beantwortung der wichtigen Fragen kann Ihnen kein Programm abnehmen. Vorformulierte „Texte zu Spontanangaben“, wie ich sie in der Werbung fand, sind ein Widerspruch in sich selbst. Die Überarbeitung ist dann meist mühsamer, als direkt in die Textverarbeitung zu schreiben.

Textbausteine: Es scheint naheliegend, dass Therapeuten Textbausteine früherer Anträge kopieren, wenn schon wieder ein Patient z.B. mit einer Depression kommt. Nach meiner Erfahrung ist auch hier das Suchen der Texte und die Überarbeitung mühsamer als die direkte Abfassung von neuen Berichten.

Krass ist natürlich, wenn ich als Gutachter beim Antragsteller um Klärung bitten muss, weil in jedem zweiten Absatz das Geschlecht des Patienten wechselt. Das ist mir nicht nur einmal untergekommen.

Doubletten: Früher öfters, jetzt kaum noch hatte ich als Gutachter Dejavu-Erlebnisse: Das kenne ich doch. Manche Therapeuten sparten sich die ganze Arbeit und reichten einfach alte Anträge ein oder die von Kollegen im Sinne einer Tauschbörse. Von einem Kollegen bekam

ich vier Mal den gleichen Antrag, der mir wegen der vielen Kommafehler bekannt vorkam. Ich bin froh, dass mir das in letzter Zeit nicht mehr aufgefallen ist. Denn das ist Betrug und wird üblicherweise mit Entzug der Kassenzulassung betrafft. Ist es das wert?

Keine Anträge mehr Schreiben: In Mailinglisten und unter der Hand berichten Therapeuten, dass sie nach 35 bewilligten Anträgen die Befreiung von der Antragspflicht bei der KV beantragen, dann für KZT keine Berichte mehr schreiben müssen und dann grundsätzlich nur noch Kurzzeittherapien übernehmen. Patienten, die innerhalb der letzten beiden Jahre eine Therapie hatten, werden mit dem Hinweis abgewiesen, dass Anträge vor einer Karenzzeit von zwei Jahren abgelehnt würden.

Natürlich kann eine neue Therapie jederzeit beantragt werden, nur ist hierbei ein Bericht an den Gutachter nötig, den der Therapeut aber nicht zu schreiben bereit ist.

Hier fällt es mir schwer, meinen Ärger zu kontrollieren. In meinen Augen liegt bei der Weigerung Berichte zu schreiben, ein schwergewichtiges ethisches Problem unterlassener Hilfeleistung vor: entweder werden Patienten aus der Versorgung ausgeschlossen, die schwerer belastet sind, als in einer KZT bearbeitbar scheint. Oder eine begonnene Therapie wird nicht fortgeführt, obgleich indiziert und notwendig, weil der Therapeut nicht schreiben mag.

Würden Sie ihre Tochter / Schwester zu einem Therapeuten empfehlen, der nach 25 Stunden aufhört, weil er nicht bereit ist Berichte zu schreiben, obwohl die Behandlung dringend indiziert ist?

Eine unvollständige Liste praktischer Empfehlungen

In Etappen schreiben: Wenn ich Anträge schreibe, benötige ich dafür zwischen 45 und 90 Minuten und mache das so: 1. Die Akte einige Tage nicht anschauen. Das filtert unwichtige Informationen raus. 2. Word-Vorlage mit den Überschriften für Berichte laden und in 20 Min. reinschreiben, was ich so weiß. 3. Die Textdatei eine Woche nicht anschauen und dann mit dem gewonnenen Abstand nochmals lesen ("Gut dass ich das so nicht abgeschickt habe"). 4. Überarbeiten, d.h. auch, jetzt die eine oder andere Information aus der Akte holen, und das Produkt 5. nochmals ein paar Tage ruhen lassen, um bei einem zweiten kritischen Blick Hinweise für letzte Korrekturen zu bekommen.

Rückmeldung: Eben, weil so leicht die kritische Distanz zum eigenen Textprodukt verloren geht, weil man nicht mehr weiß, was man sich nur gedacht hat, und was wirklich ausgedrückt und klar beschrieben ist, hilft der freundlich kritische Blick von Kollegen so immens.

Reihenfolge: Berichte an den Gutachter kann man von vorne nach hinten schreiben oder umgekehrt. Manchmal habe ich intuitiv Ideen für mein Vorgehen, also Punkt 8., den Behandlungsplan. Dann überlege ich, wieso, d.h. prüfe meine implizite Sicht von Zielen und der impliziten Problemanalyse. Dann frage ich mich, ob das zu der Anmelde-Symptomatik passt. Indem ich innerlich zwischen den Punkten des Berichtes springe, klären sich Gedanken. Widersprüche werden sichtbar und reflektierbar.

Symptomatik: „Mein Mann hat mich verlassen“ oder „Mein Chef mobbt mich“ sind keine Symptombeschreibungen. Symptome sind etwas, dass deskriptiv auf verschiedenen Ebenen (Emotion, Körpererleben, Gedanken etc.) festmachbar ist und letztendlich zuordenbar sein sollte, wenn später eine ICD 10 Diagnose gewählt werden soll. Punkt 1 (Symptome) und Punkt 6 (Diagnose) prüfe ich immer auf Stimmigkeit zueinander.

Anamnese: Es gibt Berichterstatter, die sich an der falschen Stelle unendlich viel Arbeit machen, sprich, in den Details der Anamnese versinken und alles darstellen wollen. Aber es bleibt unklar, was die Informationen bedeuten.

Meine Empfehlung: Überlegen Sie nicht, wie Sie die zahllosen Information knapp, aber vollständig darstellen, sondern überlegen Sie: Welche der biografischen Daten haben Bedeutung ,

haben wirklich Erklärungswert für die Vulnerabilität, die lebenslangen Schemata oder die Entstehung der Symptomatik.

Vorbehandler: Wenn Klinikaufenthalte oder psychotherapeutische Vorbehandlungen innerhalb der letzten zwei Jahre stattgefunden haben, hole ich Berichte der Vorbehandler ein. Das ist hochinteressant und oft hilfreich. Kopien gehen an den Gutachter, die Namen geschwärzt.

Bitte bedenken Sie: Wenn eine frühere Therapie nicht erfolgreich war, muss es nicht immer daran liegen, dass diese unpassend und inkompetent durchgeführt wurde.

Während Klinikberichte recht häufig eingeholt werden, scheuen sich die meisten, mit Kolleg/innen in Kontakt zu treten, die mit den Patienten zu tun hatten. Es ist wichtig zu wissen, dass Sie das Recht auf diese Informationen haben, dass die Kollegen – wie wir alle – dazu verpflichtet sind, Epikrisen zu schreiben und zur Verfügung zu stellen, auch, dass Gutachter darauf bestehen können.

Das Argument „Wird nicht extra bezahlt“ zählt nicht, das ist mit der Aktenführung auch so. Mit der Teilnahme an der GKV gehen alle diese Verpflichtung ein und könnten im Falle der Weigerung ggf. diese Zulassung verlieren.

Gutachter bekommen von den Kassen EDV-Ausdrucke zu Vorbehandlungen mitgeliefert. Neulich rief ich einen Antragsteller an, ob er wisse, dass sein Patient in den letzten drei Jahren 5 abgebrochene Therapieversuche hinter sich habe. Das hatte der Patient verschwiegen. Also bewilligte ich zunächst nur eine KZT, um zu prüfen, ob dieses Mal eine tragfähigere Beziehung aufgebaut werden kann.

Konsilberichte: Wir Therapeuten sind zuständig für die Auswahl des richtigen Arztes. Bitte bedenken Sie, dass manche der Patienten, die besonders kritisch gegen Kontakte zu Psychiatern eingestellt sind, diese besonders dringend benötigen. Meine Empfehlung hier: Nutzen Sie die Antragspflicht und die Erwartungen der Gutachter.

Leere Konsilberichte werden von Gutachtern nicht mehr akzeptiert. Leider ist es unsere Aufgabe als Berichterstatter, für aussagekräftige Konsilberichte zu sorgen. Es gibt freie Arztwahl!

Wenn ich lese zu Punkt 6: „Diagnose: Schizophrenie“ und der Konsilbericht von einem Augenarzt stammt, dann frage ich als Gutachter schon nach. Wenn ich dann höre „Die Patientin mag keine Psychiater. Sie hat schlechte Erfahrungen gemacht. Und der Augenarzt ist ihr Vetter.“, dann kann ich als Gutachter nur noch Kopf schüttelnd ablehnen.

Verhaltensanalyse: Allgemein gefragt: Warum ist mit keiner Spontanremission zu rechnen? Warum wird der Patient wohl ohne Psychotherapie in seinen festgefahrenen Mustern hängen bleiben? Die Erklärung kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen („verzerrte Kognitionen“, „Verhaltensdefizite“, „unangemessene löschungsresistente Emotionen“ etc.) und verschiedene theoretische Konzepte bemühen. Viele Berichterstatter setzen einfach auf Plausibilität („Bei der Vorschichte... ist doch verständlich!“), wo eher auf Erklärungen und Theorien Bezug genommen werden sollte („Vater war schlechtes Modell für ...“, „Seligmans Modell mangelnder Vorhersage und Kontrolle...“).

Mir hilft zu überlegen, welche Erklärungsmodelle ich für ein bestimmtes Störungsbild kenne, um dann zu überprüfen, inwiefern diese auf meinen Patienten anwendbar sind, bzw. wo individuelle, spezifische Bedingungen in der Problemanalyse berücksichtigt werden müssen. So frage ich mich z.B. bei meinen depressiven Patienten, welche der gängigen Depressionsmodelle hier passen könnten – also Modelle des Verstärkerverlustes, kognitive Modelle, interpersonelle Funktionalität etc.

Eine SORKC-Mikroanalyse ist oft sehr erhellend, insbesondere, wenn es wirklich typische, repräsentative Konfliktsituationen gibt, an denen das Problem verdeutlicht werden kann. Das ist aber nicht immer der Fall. Für manche komplex gestörte Patienten ist mir daher eine

sprachliche Umschreibung der Aufrechterhaltung lieber. Hier unterscheiden sich die Gutachter im Anspruch, ob immer eine derartige Mikroanalyse notwendig ist.

Ziele: "Angstabbau, Aufbau eines positiven Selbstbildes und Wiedergewinnung der Lebensfreude" können Sie als Ziele bei 99,5 % der Anträge schreiben. Das passt auf den ersten Blick fast immer. Aber es ist eine Vereinfachung, die nicht weiter hilft.

Bitte verwechseln Sie nicht ZIELRICHTUNG mit der Frage nach dem ERREICHBAREN! Die Richtungsangabe „Abbau der Zwänge“ ist leicht formuliert. Wenn ich aber eine Patientin mit 25 Jahren Zwängen und 5 stationären Aufenthalten habe, dann ist nicht die Richtung interessant, sondern die Frage, was erreichbar scheint. Als Ziel für meine Patientin werde ich so nicht die Freiheit von Zwängen formulieren, wohl aber, dass sie erträgt, dass der Mann sich beim nach Hause kommen nicht mehr umziehen muss, oder dass sie wieder Besuch empfangen kann, ohne folgende Putzorgien.

Prognose: Nur so ist die Frage der Prognose interessant. Bei meiner Patientin ist die Prognose einer Symptomfreiheit unrealistisch, Teilziele erscheinen mir erreichbar.

"Der Patient ist motiviert, die Prognose ist daher gut". Als Standardtext kann das völlig unglaubwürdig werden, wenn vorher schwere, komplexe Störungen beschrieben werden. Wenn Sie auf die erwarteten Schwierigkeiten und die Punkte zu sprechen kommen, die eine gute Prognose erschweren, erhöht das Ihre Glaubwürdigkeit.

Behandlung: Analog zur Allgemeinheit der Ziele sind Auflistungen von Überschriften im Behandlungsplan üblich (Angstbewältigung, kognitive Therapie und Aktivitätsaufbau plus 15 weitere Textbaustein-Überschriften). Solche Listen sind in der Regel nicht wirklich falsch, aber meist nicht aussagefähig.

Doch, es gibt auch viele Therapeuten, die es schaffen, in ganzen Sätzen einen Behandlungsplan zu beschreiben, das methodische Vorgehen kurz zu skizzieren, zu zeigen, mit welchen interaktionellen und motivationalen Probleme sie rechnen und was sie dabei beachten, ggf. sogar, was vielleicht Alternativen im Vorgehen wären.

Umgang mit Gutachtern: (Nur) Auf den ersten Blick gibt es einen Graben zwischen Antragstellern und Gutachtern, es gibt Nachfragen, Ablehnungen und aufgeregte Auseinandersetzungen. Sie werden es bei der großen Zahl von Gutachtern natürlich mit Menschen unterschiedlicher Stile zu tun haben, die gelegentlich an Überarbeitungsgrenzen kommen, ähnlich wie Therapeuten, die entnervt vor einen Berg ungeschriebener Anträge stehen.

Sie haben keine Möglichkeit, sich Gutachter auszusuchen oder welche abzulehnen. Das haben alle Kassen beschlossen. Sie können sich (nur) bei Ablehnungen an Obergutachter wenden mit meist guten Chancen, wenn Sie inhaltlich auf die Kritik reagieren. Und Sie können sich bei der KBV beschweren, wenn Sie sich schlecht behandelt fühlen. Es gibt auch ehemalige Gutachter.

Mein Wunsch bzw. meine Empfehlung ist, das zu beachten, was Sie auch Ihren Patienten beibringen würden: Mit den meisten kann man reden. Das fiel mir von meiner Seite nur dann schwer, wenn ich zu Beginn erstmal beschimpft wurde „als Vertreter des Schweinesystems KBV“, als Stalinist oder Faschist oder was immer dem Jeweiligen als besonders verabscheuungswürdig erschien. Es gibt taktisch klügere Vorgehensweisen.

Zum Schluss möchte ich meine Anerkennung, ja meine Dankbarkeit ausdrücken, dass viele Therapeuten nicht nur solche Patienten nehmen, die in 25 Stunden behandelbar sind, dass viele sich redlich abkämpfen auch mit undankbaren und schwierigen Patienten mit wackeliger Prognose. Trotz der Lektüre manch problematischer Anträge machen mir die Berichte deutlich, dass sich viele Therapeuten wirklich Gedanken machen und um ihre Patienten bemühen. Da gewinne ich dann den Eindruck, dass es sich gelohnt hat, dafür zu kämpfen, dass diese Therapien anständig bezahlt und damit gesellschaftlich anerkannt werden.

Prof. Dr. Dirk Zimmer, Tübingen

Honorarreform zur vertragsärztlichen Vergütung

Nachdem es in manchen KVen zu heftigen Protesten wegen Umsatzeinbrüchen durch die neuen Vergütungsregelungen gekommen ist, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss am 15.1.2009 einen Korrekturbeschluss gefasst. Dieser Beschluss soll den KVen ermöglichen, auch rückwirkend zum 1. Januar 2009 die Regelleistungsvolumina von ÄrztInnen unter bestimmten Bedingungen mit Zustimmung der Krankenkassen vor Ort zu verändern. Dadurch sollen Honorarveränderungen bei den größten „Gewinnern“ begrenzt und bei den größten Verlierern gebremst werden. Für die KVen, die die Bescheide nur unter Vorbehalt verschickt hatten, gilt die Lösung bereits rückwirkend zum 1. Januar. Die Kassen müssen zwar zustimmen, das Ganze kostet sie aber nicht mehr, da der Ausgleich nur mit dem der KV bereits zur Verfügung stehenden Honorar erfolgt.

Im Jahr 2007 standen für die 130 000 niedergelassenen Ärzte 22 Milliarden Euro zur Verfügung. Die Verhandlungen der Ärzte im Jahr 2008 erreichten einen Honorarzuwachs in der Höhe von zusätzlich ca. 2,7 Milliarden Euro. Mit dem Gesundheitsfonds sollten die unterschiedlichen Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie die regional und nach Fachrichtungen sehr differierenden Einkommen der Ärzte angeglichen werden. Gleichzeitig wurde die Vergütung der kassenärztlichen Leistungen von relativen Punkten auf absolute Cent- und Euro-Werte umgestellt. Mit diesen Reformen verbunden war eine Anhebung der im Verhältnis deutlich niedrigeren Einkommen der ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in den neuen Bundesländern. Durch den Bundeszuschuss von knapp drei Milliarden Euro sollte verhindert werden, dass der Ausgleich zu Lasten der bisher bevorzugten Kolleginnen in den alten Ländern ging. Verluste sollten eigentlich vermieden werden.

Der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, richtete sich am 26.1.2009 in einem offenen Brief an die niedergelassenen Ärzte und schildert darin „den Ablauf der Honorarreform und die sich hieraus ergebenden Perspektiven“. Grund für die Verunsicherung unter den KollegInnen seien die zahlreichen Gerüchte und Fehlinformationen. "Was das neue System tatsächlich für den Quartalsumsatz Ihrer Praxis bedeutet, kann erst nach Abschluss der Abrechnung des ersten Quartals festgestellt werden", betont Köhler in dem Schreiben. Erst dann könne man diese analysieren und - falls nötig - Korrekturen vornehmen.

Viele ihrer Forderungen habe die KBV in Abstimmung mit der Politik umsetzen können. Dazu gehören die neue Transparenz des Abrechnungssystems durch feste Preise, eine stärker an das Westniveau angegliche Vergütung ostdeutscher Kollegen sowie eine deutliche Aufstockung des Gesamthonorarvolumens um drei Milliarden Euro im Vergleich zu 2007 berichtet Köhler weiter in seinem Brief an die VertragsärztInnen/-psychotherapeutInnen.

Er schreibt weiter: "Wir sind bei der Umsetzung abhängig von der Zustimmung unserer Vertragspartner. Die meisten Beschlüsse zur Honorarreform wurden leider konfliktiv getroffen." So basiere der Beschluss zu den Regelleistungsvolumen (RLV) auf Vorschlägen des Schlichters und der Krankenkassen. "Wir hatten daran von Anfang an kritisiert, dass das von den Krankenkassen favorisierte Modell systematisch solche Praxen benachteiligt, die kleine Fallzahlen, aber ein weitreichendes Leistungsangebot aufweisen. Aus diesem Grund hatten wir ursprünglich ein volumenbezogenes Modell vorgeschlagen, das große Fallzahlen berücksichtigt", erklärt der KBV-Chef in seinem Brief.

Die Zusage des Bundesgesundheitsministeriums, regionale Zuschläge zu

ermöglichen, sei zu spät gekommen: "Zu diesem Zeitpunkt waren die meisten Schiedsamtverfahren bereits abgeschlossen - und zwar zulasten des Honorarvolumens in diesen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Regionale Spielräume wurden entgegen der gesetzlichen Intention damit einfach gekürzt. Die damit verbundenen Folgen für die Vertragsärzteschaft werden wir nicht hinnehmen."

Der KBV-Vorstandsvorsitzende erinnert auch noch einmal daran, dass das RLV nicht die einzige Einnahmequelle der Ärzte ist. Hinzu kämen unter anderem Honorare für Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung, qualitätsgebundene Zuschläge und abgestaffelt zu vergütende Leistungen. Die entsprechenden Rückstellungen und Vorwegabzüge der KVen seien nicht verloren, sondern würden für den jeweiligen Zweck an die Ärzte ausgeschüttet.

Der KBV-Chef verspricht, den Beschluss zu den RLV zu überarbeiten und bis Mitte des Jahres Verbesserungen zu erreichen. Als Beispiele nennt er eine Begrenzung des Vorwegabzugs, Schutzmechanismen für kleine Arztgruppen, die Herausnahme weiterer Leistungen aus den RLV sowie einen eigenständigen Vergütungsbereich für Psychotherapie.

Der Brief an die Ärzteschaft ist in der Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts (Nr. 5 vom 30. Januar 2009) sowie auf der Website der KBV nachzulesen.

Für den niedergelassenen Arzt, dem 2,7 Milliarden mehr für die ambulante Versorgung und transparente Abrechnungen versprochen wurden, sind diese komplizierten Berechnungen sicher schwer nachvollziehbar. Viele fühlen sich um die Hoffnung auf einen 10 %igen Honorarzuwachs im Vergleich zu 2007 betrogen.

Nichtsdestotrotz darf dies nicht auf dem Rücken von PatientInnen ausgetragen werden.

Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) fordert daher die Standesvertretungen in KVen und Kammern auf, „sich nicht nur eindeutig von Kollegen zu distanzieren, die von GKV-Patienten Vorkasse oder Kostenerstattung verlangen oder die Leistungen ganz verweigern, sondern berufliche Ermittlungen wegen Verstoßes gegen die Berufsordnung der Ärzte einzuleiten“. Das „beschämende Gerangel um Gelder“ mache erneut deutlich, „wie absurd die Vergütungsform der niedergelassenen Ärzte ist“, kritisiert der Verein auch die Politik. „Es sollte eine Diskussion geben über eine grundsätzliche Reformierung der Honorierung im kassenärztlichen Bereich, die den Kassenärzten ein kalkulierbares Einkommen sichert, sie von bürokratischen Bürden befreit und eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Medizin erlaubt. Eine Förderung des Wettbewerbes zwischen den Arztgruppen, wie sie von der großen Koalition momentan betrieben wird, ist dazu kein probates Mittel.“

Die Koalitionsregierung in Bayern will die Honorarreform für Deutschlands Ärzte wenige Wochen nach ihrer Einführung sogar wieder kippen. Die Honorarverordnung für Ärzte sei von Grund auf gescheitert, sagt Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder (CSU) am Dienstag nach einer Kabinettsitzung in München. Die CSU/FDP-Regierung werde eine Initiative im Bundesrat starten, um die Reform auszusetzen. Stattdessen sollen die kassenärztlichen Vereinigungen zunächst wieder nach dem alten Vergütungssystem abrechnen. In den einzelnen Bundesländern müssten die Ärzte auch regional unterschiedlich bezahlt werden können. „Wenn die Bayern mehr Beiträge zahlen, muss davon auch mehr in Bayern übrig bleiben“, sagte Söder.

Honorar-Widerspruch weiterhin einlegen

Das Honorar-Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.5.2008 liegt inzwischen schriftlich vor. Auch wenn die hohen Erwartungen, die mit ihm verknüpft worden sind, nicht gänzlich erfüllt werden konnten, kann das Urteil den Psychotherapeuten eine Sicherheit bieten, auch in Zukunft eine adäquate Bewertung ihrer psychotherapeutischen Leistungen zu erhalten. Insbesondere der Schutz für die probatorischen Sitzungen, deren Vergütung nicht unter 2,56 ct. gehen darf laut BSG-Urteil, kann als äußerst erfreulich bewertet werden.

Für die Quartale in 2008 empfehlen wir, weiterhin regelmäßig Widerspruch einzulegen und gleichzeitig das vorläufige Ruhen des Widerspruchsverfahrens zu beantragen. Der Widerspruch sollte sich dabei sowohl auf die genehmigungspflichtigen als auch auf die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen beziehen. Bis die Vorgaben des BSG durch den Bewertungsausschuss umgesetzt sind, sollte wie beschrieben verfahren werden.

Da die aktuell vom erweiterten Bewertungsausschuss getroffenen Honorarregelungen ab 2009 vermutlich den Vorgaben des BSG vom 28.5.2008 gerecht werden, wird die Erfolgsaussicht von Honorar-Widersprüchen gegen Bescheide ab 2009 eher gering ausfallen.

Ein Muster für den Widerspruchstext ist auf der DGVT-Homepage unter Fachpolitik/Psychotherapie/KV/Aktueller Textvorschlag für den Widerspruch veröffentlicht.

BMG will neue Krankengeldregelung für Selbstständige korrigieren

Selbstständige sollen ihren Anspruch auf gesetzliches Krankengeld behalten. Dies plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (15. AMG-Novelle). Das BMG korrigiert damit eine neue Regelung zum Krankengeld von Selbstständigen, die erst Anfang des Jahres in Kraft getreten ist.

Nach der seit 1. Januar 2009 geltenden Regelung haben hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, keinen Anspruch auf Krankengeld mehr (siehe hierzu unter www.dgvt.de/48.html.) Dafür müssen sie einen besonderen Wahltarif abschließen, für den höhere Beiträge zu zahlen sind. Nach dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf des BMG können Selbstständige aber auch weiterhin das gesetzliche Krankengeld wählen. Die Beiträge richten sich nach dem allgemeinen Beitragssatz. Damit hätten sie einen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, ohne dafür extra bezahlen zu müssen. Die finanziellen Krankheitsrisiken bis zur siebten Woche können Selbstständige über einen besonderen Wahltarif absichern.

Laut Begründung soll die Neuregelung unverhältnismäßigen Belastungen entgegenwirken, die sich insbesondere für ältere Versicherte bei der Umstellung auf Krankengeldwahltarife ergeben haben. Die Regelung soll rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft treten. Das Kabinett soll sich am 18. Februar mit der Gesetzeskorrektur befassen. Das Gesetzgebungsverfahren soll kurz vor der Bundestagswahl im September abgeschlossen sein.

Waltraud Deubert

Weitere Infos

Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung

In den ersten 18 Monaten nach Einführung der Versicherungspflicht am 1. April 2007 sind rund 120 000 der zuvor 211 000 Nichtversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zurückgekehrt oder neu aufgenommen worden.¹⁰ Das sei „ein Teilerfolg“, heißt es in einer Studie der Gesundheitsökonominnen Walendzik, Professor Stefan Greß und Professor Jürgen Wasem. Um die Versicherungspflicht effektiver zu machen, empfehlen die Wissenschaftler die konsequente Überwachung durch einen Abgleich von Meldedaten und Versichertenlisten sowie den Verzicht auf rückständige Beiträge für frühere Zeiten. Nach Angaben der Bundesregierung hatten die Krankenkassen durch Rückkehrer bis Ende April 2008 Beitragsausfälle in Höhe von 97 Millionen Euro. 52 000 Rückkehrer konnten die Beiträge nicht voll aufbringen. Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können die Krankenkassen nachträglich zu entrichtende Beiträge für die Zeit seit Beginn der Versicherungspflicht ermäßigen, stunden oder ganz erlassen.

Laut Gesetz müssen die Krankenkassen bei Beitragsrückstand den Versicherten und ihren Angehörigen Leistungen in Notfällen sowie bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen gewähren. Aufschiebbare Behandlungen oder Vorsorgeuntersuchungen können sie allerdings verweigern, meldet „facharzt.de“ am 11. Januar 2009.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband fordert, Kinder müssten grundsätzlich von den Sanktionen ausgenommen werden. Der „ohnehin besorgniserregende Zusammenhang von Einkommensarmut und Gesundheit“ werde sonst weiter zementiert.

Der Sprecher des Gesundheitsministeriums wies die Vorwürfe zurück. Kinder, deren Eltern auch nach wiederholter Aufforderung ihre Krankenkassenbeiträge nicht entrichten, erhielten alle medizinischen Leistungen, die sie benötigen, um wieder gesund zu werden. Eltern, die kein Geld haben, den Krankenkassenbeitrag zu bezahlen, sollten sich an ein Grundsicherungsamt wenden und die Möglichkeit der finanziellen Hilfe prüfen lassen. Auf diese Hilfe hätten Eltern bei Bedürftigkeit Anspruch. Im Übrigen hätten manche Kinder vor der Neuregelung mit der Gesundheitsreform in vielen Fällen keinen Krankenversicherungsschutz gehabt, weil die Eltern überhaupt nicht versichert waren.

Auf eine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die GRÜNEN in einer Fragestunde des Deutschen Bundestages am 28. Januar korrigiert die Bundesregierung:

Die eingeschränkte Leistung auf eine Notfallbehandlung trifft laut Regierung nur den säumigen Beitragspflichtigen selbst, nicht aber die durch ihn mitversicherten Angehörigen. Für ihn (sie) ruht der Leistungsanspruch nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V, wenn das Mitglied mit dem Beitrag zwei Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt. Mitversicherte Kinder und Ehepartner erhalten dagegen alle Leistungen, auch dann, wenn der Versicherungsnehmer – also das Mitglied – keine Zahlungen leistet. Anders verhält es sich laut ‚Presseagentur Gesundheit‘ in der PKV, für die die beitragsfreie Mitversicherung sachfremd ist. Dort haftet der Versicherer bei zweimonatigem Zahlungsrückstand nur für Leistungen bei Schwangerschaft

¹⁰ Quelle: G+G – Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft – Ausgabe 1/2009, 12. Jg.

und Mutterschutz sowie zur Behandlung akuter Schmerzzustände unabhängig von dem Tarif. Dies gilt nicht im Falle der Bedürftigkeit (§ 193 VVG, Abs. 6).

Waltraud Deubert

Einladung

**zu einer Informationsveranstaltung der DGVT
in Zusammenarbeit mit der Freien Universität Berlin
„Neue Versorgungsformen“ – Chancen und Risiken für Psycho-
logische PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutInnen**

am Donnerstag, dem 12. März 2009, 18.00-21.30 Uhr

im Seminarzentrum der Freien Universität Berlin, Raum L113,
Otto-von-Simson Str. 26

Prof. Dr. Armin Kuhr (DGVT)
Einführung in das Thema

Prof. Dr. Dieter Kleiber (FU Berlin)
Werden PPs und KJPs gebraucht? - Zur Epidemiologie von Störungsbildern

Dr. Christina Tophoven (BPtK)
Überlegungen zur Weiterentwicklung der Psychotherapeutischen Versorgung

Birgit Heinrich (PTK Rheinland-Pfalz)
Neue Versorgungsformen – Von der Theorie zur Praxis

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Berlin:** Donnerstag, 12.3.2009, 18.00-21.30 Uhr: Informationsveranstaltung der DGVT in Zusammenarbeit mit der FU Berlin: „Neue Versorgungsformen“ – Chancen und Risiken für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen. Ort: Seminarzentrum der FU Berlin, Raum L113, Otto-von-Simson Str. 26.
- **Brandenburg:** Freitag, 6.3.2009, 15:30 bis 18 Uhr: Kurzseminar zu den rechtlichen Rahmenbedingungen von Stellungnahmen, Befundberichten und Gutachten in der ambulanten und stationären Psychotherapie statt. Referent: Dr. Dauer. Ort: Praxis Anne Fallis, Berliner Str. 120, 14467 Potsdam. Im Anschluss findet ab 18 Uhr die Mitgliederversammlung der Landesgruppe Brandenburg statt.
- **Hamburg:** Treffen der Arbeitsgruppe Kostenerstattung am 1.4.2009, 18 – 20 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum Hamburg, Seminarraum Haus 5, Seewartenstraße.
- **Hessen:** Regionale Mitgliederversammlung am 30.3.2009 und 5.5.2009 jeweils von 19:30 Uhr bis 21:00 Uhr im Hotel National, Baseler Str. 50 (Nähe Hbf.), 60329 Frankfurt/M, Grüner Salon
- **Niedersachsen:** Treffen der niedersächsischen Landesgruppe und der Fachgruppe KiJu am 10.3.2009, 19.30 Uhr in der Praxis von Susanne Schöning, Eichenweg 73, Hannover-Bothfeld
Treffen der niedersächsischen Landesgruppe am 5.5.2009, 19.30 Uhr in der Praxis von Susanne Schöning, Eichenweg 73, Hannover-Bothfeld
Regionale Mitgliederversammlung am 9.6.2009 ab 19.30 Uhr (ab 18 Uhr wird eine Fortbildung stattfinden), Ort wird noch bekannt gegeben.
- **Schleswig-Holstein:** Regionale Mitgliederversammlung am 5.10.2009
- **Thüringen:** Treffen der Landesgruppe Thüringen am 30.3.2009, 18 Uhr in den Räumlichkeiten der Psychotherapeutischen Praxis von Frau Silke Langen, Semmelweisstr. 10, 99086 Erfurt.
- **Länderkonferenz:** Die nächste DGVT-Länderkonferenz findet am 5. April 2009 in Tübingen im Anschluss an die DGVT-Workshoptagung statt.

**Online-
Anmeldung!**



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

17. Workshoptagung

der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

2. - 4. April 2009 in Tübingen

Basics⁺ Standards beherrschen - Neues integrieren

Eröffnungsveranstaltung

Der Einbezug des Körpers in die Hypnotherapie, Psychodynamische Psychotherapie
und Verhaltenstherapie

Mitwirkende:

Dr. Steffen Fliegel, Verhaltenstherapie
Dr. Tilman Moser, Psychoanalyse
Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Hypnotherapie

Fallseminare und Workshops u. a. zu folgenden Themen:

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

Referat für Aus- und Weiterbildung

Postfach 13 43, 72003 Tübingen

 07071 9434-34  07071 9434-35

E-Mail: awk@dgvt.de

www.dgvt.de