



Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

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

Supplement zu VPP 2/2012  
16. Mai 2012

### *Aus dem Inhalt*

- **Extra-HonorarTOPf für Psychotherapie?  
Arztgruppen und Krankenkassen ringen ums Geld  
Interviews mit Vertretern der KBV und der GKV**
- **Patientenrechtegesetz:  
Trotz guter Ansätze noch lückenhaft  
DGVT-Stellungnahme**
- **Perspektiven für die ambulante Psychotherapie:  
Informationen für unsere Mitglieder zur  
Niederlassung**

**Herausgeber:**

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.  
DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe

Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen  
Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen  
Telefon 07071 9434-0 / -10  
Telefax 07071 9434-35  
E-Mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de) / [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de)  
Internet: [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) / [www.dgvt-bv.de](http://www.dgvt-bv.de)

**Verantwortlich für den Inhalt:**

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

**Copyright:**

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

**Satz:**

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen  
Lia Kailer und Suse Stengel

**Druck:**

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

## INHALTSVERZEICHNIS

### *Gesundheits- und Berufspolitisches*

- **Berufsstand ist gut aufgestellt für die Zukunft  
Bericht über den 20. Deutschen Psychotherapeutentag** ..... 7
- **Versorgungsstrukturgesetz und die Folgen für die Bedarfsplanung**..... 10
- **Stellungnahme der DGVT zum Patientenrechtegesetz**..... 13
- **Psych-Entgeltgesetz - Versorgung in psychiatrischen Kliniken  
muss verbessert werden** ..... 15
- **Neuropsychologische Therapie wird Kassenleistung**..... 16
- **Neue Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störung**..... 17
- **Krankenversicherung: Immer mehr Zweifel an der PKV** ..... 18
- **Kaum zu glauben: Kassen haben zu viel Geld  
Zuzahlungen und Praxisgebühr auf dem Prüfstand**..... 19
- **IGeL-Leistungen unter der Lupe: Kassen und Verbraucherzentralen  
fordern mehr Patientenschutz**..... 20
- **Neuer Missbrauchsbeauftragter kämpft gegen das Vergessen**..... 22

### *Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg	24
Bayern	26
Hamburg	26
Hessen	27
Mecklenburg-Vorpommern	28
Niedersachsen	30
Nordrhein-Westfalen	31
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	32
Rheinland-Pfalz	37
Schleswig-Holstein	38

### *Aus den Verbänden*

- **GK II mahnt Anpassung der Psychotherapie-Honorare an** ..... 41
- **Jochen Schweitzer neues Mitglied im wissenschaftlichen Beirat**..... 42
- **Rolf Rosenbrock neuer Vorsitzender des Paritätischen** ..... 42

- **Diotima-Preis für Dietmar Schulte** ..... 43

*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

- **Perspektiven für die ambulante Psychotherapie  
Informationen zur Niederlassung** ..... 45
- **Honorarwiderspruch: Hinweis für unsere Mitglieder** ..... 48

*Alles was Recht ist . . .*

- **Was zu tun ist bei Therapeutenwechsel und Verfahrenswechsel** ..... 50
- **BFH: Fahrtkosten bei Studium und Weiterbildung voll abzugsfähig** ..... 51

*Tagungsberichte*

- **Im Trialog: DDPP engagiert sich für benachteiligte Patienten** ..... 52
- **Prävention wirkt! Doch wie kommt das Konzept zur Klientel?** ..... 54
- **Wer macht was? Zur Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen  
Bei „KBV kontrovers“ ging’s um Chancen und Grenzen der Kooperation** . 55
- **Personalmanagement in der Psychiatrie  
Hilfesysteme und Ökonomie Thema einer Fachtagung in Berlin** ..... 56

*Weitere Infos*

- **Sprechende Medizin in den Fokus nehmen  
Neuer Dachverband für Ärztliche Psychosomatik und Psychotherapie** ..... 58
- **Pflegekräfte können bald Aufgaben von Ärzten übernehmen  
G-BA gibt grünes Licht für entsprechende Modellprojekte** ..... 58

*Letzte Meldung*

- **Extrabudgetäre Vergütung von ambulanter Psychotherapie!  
Interviews mit Jürgen Doebert, Vertreter im Beratenden Fachausschuss  
KBV und Dr. Thomas Uhlemann (GKV-Spitzenverband)** ..... 60

*Regionale Mitgliedertreffen, Termine*

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die DGVT-Familie hat erneut Zuwachs bekommen: Wurde vor zwei Jahren die AusbildungsAkademie gegründet, haben wir jetzt auch noch einen Berufsverband in unseren Reihen. Am 3. Februar fand – nach einem langen vereinsinternen Meinungsbildungsprozess – in Tübingen die Gründungsversammlung des DGVT-Berufsverbands Psychosoziale Berufe statt. Und bei der DGVT-Mitgliederversammlung am 29. Februar in Berlin wurden die notwendigen Satzungsänderungen beschlossen, die den Berufsverband eng mit dem Fachverband verzahnen.

Im DGVT-Berufsverband können wir Aufgaben, die von unseren Mitgliedern verstärkt nachgefragt werden, besser wahrnehmen: Die Beratung von Angestellten und Niedergelassenen oder KollegInnen, die die Niederlassung planen, und die Beratung zur Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren. Außerdem können wir uns als Berufsverband im Gesundheitswesen stärker mit unseren Vorstellungen positionieren und sie in die berufspolitisch relevanten Gremien einbringen.

Die Trennung der Aufgaben von Fachverband und Berufsverband wurde ausgelöst durch steuerrechtliche Vorgaben. Durch die Gründung des Berufsverbands stehen wir nun auf soliden Beinen und sind als gemischtes Doppel für die Zukunft gut aufgestellt. Etliche unserer langjährigen Mitglieder sind auf unserem Kongress Anfang März in Berlin bereits in den BV eingetreten. Um den Berufsverband zu stärken und zu unterstützen, bitten wir Sie um Ihren solidarischen Beitritt.

Eine stabile Verankerung ist auch dringend notwendig in den stets von hohem Wellengang begleiteten Gewässern, in denen wir uns bewegen. Das Gesundheitswesen ist ständig im Fluss, doch wir verfolgen konsequent und mit Nachdruck unsere zentralen Ziele: Die bedarfsgerechte psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung und die berufspolitische Interessensvertretung unser Mitglieder, unabhängig davon, welche Regierung den Gesundheitsminister oder die

Gesundheitsministerin stellt. Die Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein und die veränderten Konstellationen im Bundesrat machen es der schwarzgelben Regierung im Moment zumindest schwerer, zustimmungspflichtige Gesetze zu verabschieden.

Ein Jahr, nachdem Daniel Bahr das Amt des Gesundheitsministers von seinem FDP-Kollegen Philipp Rösler übernommen hat, sind neben dem bereits in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz weitere Gesetze auf den parlamentarischen Weg gebracht, bei denen allerdings nach wie vor Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf besteht. Wir verweisen hier auf die Artikel zum Versorgungsstrukturgesetz und die Folgen zur Bedarfsplanung, zur Stellungnahme zum Patientenrechtegesetz und zum Psych-Entgeltgesetz. Über die Dauerbaustelle „Pflegerreform“ berichten wir in der VPP, Seite 338.

Der Bericht über den 20. DPT zeigt die Vielfalt der Themen auf, mit denen sich die Bundespsychotherapeutenkammer – nach nunmehr fast zehnjähriger Tätigkeit – auf politischer Ebene auseinandersetzt.

Mehrere Artikel widmen sich dem Krankenversicherungssystem: den Zweifeln an der Privaten Krankenversicherung, der Sinnhaftigkeit von IGeL-Leistungen und den Überschüssen der Krankenkassen.

Die Aufnahme der Neuropsychologischen Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen ist ein wichtiger Schritt, allerdings bleibt die Perspektive für die Neuropsychologie unklar, solange noch keine adäquaten Gebührensätzen vereinbart sind.

Zu den Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einen eigenen Honorartopf für die Psychotherapie einzuführen, haben wir Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband befragt. Das Interview finden Sie in der Rubrik „Letzte Meldung“ ebenso wie ein Interview zum selben Thema mit Jürgen Doebert, Mitglied des Beratenden Fachausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Unsere frisch approbierten KollegInnen möchten wir besonders auf den Artikel „Perspektiven für die ambulante Psychothe-

rapie“ hinweisen. Niedergelassene finden Hinweise zum Honorarwiderspruch.

Außerdem finden Sie in diesem Heft wie immer zahlreiche Landesberichte, Tagungsberichte, Erläuterungen zu Urteilen und weitere aktuelle Hinweise.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

*Waltraud Deubert*  
*Angela Baer*

*Heiner Vogel*  
*Kerstin Burgdorf*

## Gesundheits- und Berufspolitisches

### Der Berufsstand ist gut aufgestellt für die Zukunft

#### Bericht über den 20. Deutschen Psychotherapeutentag

Der 20. DPT befasste sich zumindest auf den ersten Blick mit den Alltagsgeschäften einer Kammer, die auf eine mittlerweile fast zehnjährige Tätigkeit zurückblicken kann. Nachdem der vorangegangene DPT im November in Offenbach noch ganz im Zeichen möglicher rascher politischer Veränderungen gestanden hatte (insbesondere hinsichtlich der von der Psychotherapeutenchaft erhofften Ausbildungsreform sowie der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung), hatte sich der „Debattierdruck“ bei diesem DPT etwas reduziert – in beiden Fällen liegt es nun an der Politik bzw. den Selbstverwaltungsgremien, die notwendigen Schritte zu machen. Dennoch: sowohl eine rasche Änderung des Psychotherapeutengesetzes als auch eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung tun weiterhin Not.

#### Bericht des BPTK-Vorstands

Der Bericht des Vorstands und die sich an die einzelnen Themen anschließende Aussprache nahmen zeitlich großen Raum ein. Es zeigte sich hier sowohl die breite Palette der Aufgaben, die Politik und gesellschaftliche Entwicklungen dem Berufsstand aufgegeben haben, und mit denen sich die BPTK auch dieses Jahr wieder beschäftigt. Deutlich wurde daran aber auch, dass der Berufsstand und die BPTK (inklusive Mitarbeiterstab) gut aufgestellt sind, sich fachlich fundiert und mit zunehmenden Partizipations- und Einflussmöglichkeiten im Feld Gesundheitswesen und -politik zu bewegen.

#### Patientenrechtegesetz und Patientenorientierung

Aktuell befasst sich die BPTK mit Themen, die die Patientenperspektive betreffen. Das ist zum einen das aktuell geplante Patientenrechtegesetz. Hier steht aus Sicht der BPTK noch eine Klärung bei der Frage der Einsichtnahmerechte in die Patientenakte aus (Patienten mit psychischen Erkrankungen sollen hier nicht von vornherein gegenüber somatisch erkrankten Patienten diskriminiert werden). Ebenso stellt das Einsichtnahmerecht der Sorgeberechtigten bei der Behandlung von Minderjährigen (insbesondere bei vorliegenden Konflikten zwischen dem Patienten und den Sorgeberechtigten bzw. bei Sorgerechtsstreitigkeiten) eine Herausforderung im Praxisalltag dar. Hier sucht die BPTK noch nach Lösungen im Gesetzgebungsverfahren.

Zum anderen versucht die Bundeskammer mit den von ihr herausgegebenen Patientenbroschüren „Wege in die Psychotherapie“ und einem Kostenerstattungsratgeber Patientenrechte zu stärken – indem diese bspw. dabei unterstützt werden, einen Anspruch auf rechtzeitige Behandlung beim Psychotherapeuten zu realisieren.

#### Ausbildungsreform

Das föderale Chaos in Bezug auf die Zugangsvoraussetzungen insbesondere zur KJP-Ausbildung zu beseitigen, bezeichnete der BPTK-Vorstand als eine der wichtigsten Forderungen. Man werde diese weiterhin ans BMG herantragen. Die eingeschlagene Linie des Reformmodells (sog. große Lösung) will der BPTK-Vorstand nicht verlassen.

### **Situation der Angestellten in Kliniken**

Dietrich Munz, BpTK-Vizepräsident, stellte die aktuelle Umfrage unter angestellten KollegInnen in Kliniken vor. Bei der Sichtung der zur Verfügung gestellten Arbeitsverträge sei die mangelnde Verankerung von Leitungsfunktionen in den Arbeitsverträgen, trotz tatsächlich ausgeübter Leitungsfunktion, augenscheinlich geworden.

### **Neuropsychologische Therapie**

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Neuropsychologie hat bekannterweise dazu geführt, dass die neuropsychologische Therapie in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurde. Derzeit werden die EBM-Gebührenpositionen verhandelt. Hier zeichnet sich eine durchaus positive Einstufung ab. Die Möglichkeit, mit KV-Zulassung an der GKV-Versorgung teilzunehmen, ist nun eröffnet. Nebenbei sei angemerkt, dass neuropsychologische Leistungen von den Krankenkassen außerhalb des Budgets zu finanzieren sind.

In der Aussprache zu diesem TOP kam die Frage auf, was abweichende Weiterbildungsordnungen in einzelnen Landeskammern zukünftig bedeuten könnten. BpTK-Justitiar Martin Stellpflug wies darauf hin, dass für die Qualifizierung immer die Regelung gelte, die die jeweils zuständige Landeskammer erlassen habe. Diese sei der Anknüpfungspunkt für die Mitglieder in den jeweiligen Landeskammern. Hat eine Landeskammer aber keine Regelung erlassen, gelte die Muster-Weiterbildungsordnung. Sowohl Landes- als auch Muster-Weiterbildungsordnungen könnten jederzeit abgeändert werden, resümierte Stellpflug.

### **Nationale Präventionsstrategie**

Hierin sieht die BpTK die nächste „Großbaustelle“, v.a. die betriebliche Gesundheitsförderung mit Blick auf die psychische Gesundheit stellt für BpTK-Präsident Rainer Richter einen zentralen Ansatzpunkt dar. Derzeit wird seitens der Bundesregierung an

einer Nationalen Präventionsstrategie gearbeitet. Es liegt aber noch kein abgestimmter Vorschlag der Koalitionspartner vor.

In der anschließenden Aussprache zum Vorstandsbericht wies Heiner Vogel (DGVT) auf die Bedeutung der Zusammenarbeit mit den anderen psychologischen Berufsgruppen im Bereich Prävention hin. Prävention sei wesentlich nicht nur als heilkundliche Behandlungsleistung zu verstehen, sondern bilde vielfältige Angebotsformen ab.

### **Gute Praxis Psychotherapeutische Versorgung / Leitlinien-Prozess**

Die leitliniengerechte Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen steht im Mittelpunkt einer neuen Veranstaltungsreihe der BpTK. Dabei steht aus Sicht von BpTK-Präsident Rainer Richter als erstes Fazit fest, dass die Überarbeitung der Indikationen in der Psychotherapie-Richtlinie dringend geboten ist. Diese entsprächen nicht mehr dem Stand der Wissenschaft (da nicht – wie bislang vorgesehen – die Diagnose, sondern die Art der Funktionsbeeinträchtigung den Schweregrad einer Erkrankung bestimme). Die BpTK hat sich gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für eine Überarbeitung der Indikationsbeschreibung ausgesprochen, eine Reaktion des G-BA stehe derzeit noch aus.

Zu psychotischen Erkrankungen hat die BpTK 2012 einen Workshop veranstaltet (eine ausführliche Dokumentation liegt online vor). Weitere Termine wird es in 2012 noch zu folgenden Störungsbildern geben: Essstörungen, Borderline-Störungen, bipolare Störungen.

### **Weitere Tagesordnungspunkte, Resolutionen**

#### **Ausbildungsreform**

Obwohl die Ausbildungsreform bei diesem DPT kein eigenständiger Tagesordnungspunkt war, ist dieses Thema doch von größter Bedeutung für den Berufsstand. Der Problemdruck wird hier von Seiten des



BPtK-Vorstands als auch von den Delegierten und den Verbände-Vertretern gesehen. Es lagen im Vorfeld des DPT inhaltlich übereinstimmende Erklärungen sowohl von der BPtK (in Form eines entsprechenden Resolutionsentwurfs) als auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der Ausbildungsgemeinschaft der Träger der Ausbildungsinstitute (BAG) vor, die gleichermaßen den Master als einheitliches Qualifikationsniveau fordern. Über dieses wichtige Anliegen herrscht zwischen BPtK und BAG inhaltlicher Konsens. Im Rahmen ihrer jeweils eigenen Erklärungen erhoffen sich alle Beteiligten, das Gewicht der Problematik deutlicher an die Politik herantragen zu können.

Die BPtK bezieht sich in ihren Forderungen ganz deutlich auf eine Reform des postgradualen Ausbildungssystems und machte auch in der vorangegangenen Aussprache zum Vorstandsbericht klar, dass sie zu ihrem in die Politik eingebrachten Reformkonzept weiterhin stehe. Das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) aus rechtssystematischen Gründen favorisierte Modell der Direktausbildung werde von der BPtK weiterhin abgelehnt, insbesondere solange eine Erprobung und Evaluierung von Modellstudiengängen noch nicht stattgefunden hat. Dass man einen langen Atem hat, wenn es um die Zukunft der Profession geht, hatte man bereits beim letzten DPT in Offenbach zum Motto gemacht – damals unter dem Eindruck des Besuchs von Gesundheitsminister Bahr, von dem man sich deutlichere Signale in Richtung einer baldigen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes gewünscht hatte.

Der BPtK-Vorstand fasste das Thema schlussendlich unter dem programmatischen Satz „Ausbildungsreform jetzt!“ zusammen. Mit diesem Titel legte die BPtK zum DPT eine Resolution vor, die mit großer Mehrheit beschlossen wurde. Im Text fand man auch deutliche Worte bezüglich der prekären Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit, die „vielerorts an Ausbeutung grenze“.

Der Bologna-Prozess bewegt die BPtK in vielerlei Hinsicht: derzeit bemüht sich die

BPtK, die Beteiligung von Kammernvertretern an der Evaluierung von Studiengängen im sog. „Akkreditierungsrat“ zu ermöglichen, mit dem Ziel, das Niveau der notwendigen Zugangsqualifikationen zur postgradualen Ausbildung sicherzustellen.

### **Finanzen – Beitragserhöhungen**

Zum Antrag des BPtK-Vorstands zur Änderung der jährlichen Mitgliedsbeiträge der Landespsychotherapeutenkammern bei der BPtK um 7 Euro auf insgesamt 55 Euro (pro approbiertem Kammermitglied) wurde noch kurzfristig ein Änderungsantrag der hessischen Kammer-Delegierten eingebracht. Darin forderten sie, die Beiträge nur um 6 Euro zu erhöhen. Damit sei die gewünschte und auch erforderliche Steigerung zugestanden und man „müsse nicht in eine andauernde Finanzdebatte eintreten“. Zudem sei die Steigerung mit 6 Euro etwas moderater und besser begründet. Der Änderungsantrag konnte sich nicht durchsetzen. Der Antrag des Vorstands auf Erhöhung um 7 Euro wurde mehrheitlich angenommen.

### **Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung / Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Ein zentrales Thema kam ganz am Ende des DPTs zur Sprache – die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung und der Reformbedarf in der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Monika Konitzer vom BPtK-Vorstand erläuterte die historischen Fehler in der Bedarfsplanung für die Psychotherapie. Die Kernforderung eines von der BPtK erarbeiteten Positionspapiers ist die Korrektur des Stichtags zur Berechnung der Verhältniszahlen. Die BPtK schlägt vor, das Jahr 2005 als Bezugsgröße für die Bedarfszahlen zu wählen. Damit wäre eine Vielzahl neuer Kassen-Sitze zu erwarten.

Zudem machte die BPtK deutlich, welche weiteren Verschlechterungen der Versorgung zu erwarten wären, sollte der Demografiefaktor auch auf die Arztgruppe Psychotherapie angewandt werden. Bei psychi-

schen Erkrankungen ergibt sich, anders als bei vielen somatischen Krankheiten, kein altersbedingter Behandlungsmehrbedarf.

In einer Resolution „Dringend in ambulante Psychotherapie investieren“ wurde vom DPT mit großer Mehrheit gefordert, dass die Krankenkassen den notwendigen Ausbau der ambulanten Psychotherapie anerkennen, sowohl in anstehenden Gesetzgebungsverfahren als auch innerhalb der zuständigen Gremien der Selbstverwaltung. Dies soll dazu beitragen, dass eine deutlich erhöhte Zahl an Psychotherapeuten, speziell in ländlichen Bereichen, zugelassen wird. Gleichzeitig wird die Zurverfügungstellung der entsprechenden zusätzlichen Mittel gefordert.

### **Pauschalierendes Entgeltsystem in Krankenhäusern der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Einleitend zu diesem TOP erläuterte, BPTK-Präsident Rainer Richter, dass die Einführung der pauschalierenden Vergütung notwendigerweise durch die Entwicklung von Qualitätsstandards und Dokumentationspflichten ergänzt werden muss, um der Gefahr der Qualitätsverschlechterung vorzubeugen. Darüber hinaus kann dies auch zur stärkeren Etablierung von evidenzbegründeten bzw. leitlinienorientierten Behandlungen in den entsprechenden Einrichtungen beitragen.

An dieser Stelle wurde auch eine Resolution „Mehr Psychotherapie im Krankenhaus“ diskutiert. Sie fand zwar breite Zustimmung, sollte jedoch vor Veröffentlichung in einigen Passagen noch einmal reaktionell überarbeitet werden.

Damit hatte der Deutsche Psychotherapeutentag sein Programm abgearbeitet. Der Tag war wichtig, um sich über die aktuell laufenden Entwicklungen und Herausforderungen der Psychotherapeuten auszu-tauschen, um Positionen abzuklären und Perspektiven abzustimmen, und er wurde schon fast routinemäßig abgewickelt.

Die Versammlungsleitung (Wolfgang Schreck, Gerd Höhner und Gabriele Küll)

sorgte auch unter dem Eindruck des anstehenden Fußball-Großereignisses (DFB-Pokalendspiel) am Abend souverän für einen reibungslosen und professionellen Tagungsablauf bis zum Sitzungsende gegen 17.30 Uhr – ganz Berlin befand sich zu diesem Zeitpunkt längst in der Hand von König Fußball.

*Kerstin Burgdorf, Heiner Vogel*

## **Versorgungsstrukturgesetz und die Folgen für die Bedarfsplanung**

Bei der im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) für 2013 vorgesehenen Reform der Bedarfsplanung wird es wohl erneut lediglich zu einer Stichtags-Lösung kommen. Dabei wäre gerade für die Psychotherapie eine wissenschaftlich-empirisch basierte Bedarfsplanung vonnöten, denn dieser Zweig der Gesundheitsversorgung funktioniert nach etwas anderen Gesetzen als die restliche somatozentrierte medizinische Versorgung.

Ein Anstieg der Nachfrage nach Psychotherapie bei z. B. Depressionen ist alleine schon mit Nachlassen deren gesellschaftlicher Stigmatisierung zu verzeichnen – eine Beobachtung, die man z. B. auf die Nachfrage ärztlicher Behandlung bei Blinddarmdurchbrüchen kaum übertragen kann (auch wenn die Jahreshäufigkeitsstatistik aller AU-Tage in der Bundesrepublik durchaus z. B. mit unserer Arbeitslosenquote korreliert). Der Bedarf an ambulanter Psychotherapie dürfte wahrscheinlich trotz alternder Bevölkerung künftig steigen, weil die künftig Älteren einer Alterskohorte entstammen werden, in der die Inanspruchnahme von Psychotherapie immer weniger tabuisiert wird. Auch die verlängerte Lebensarbeitszeit dürfte zukünftig insbesondere psychische Belastungen vermehren. Ein Bedarfsplanungsgutachten müsste diese Aspekte mit thematisieren, dies steht jedoch derzeit nicht in Aussicht.

Alles in allem, unsere berufspolitischen Vertreter wären gut beraten, in Fragen der Bedarfsplanung sich nicht allein in Fragen der Tagespolitik und der Hinterzimmer-Diplomatie zu verlieren oder eine Wartezeiten-Kampagne nach der anderen durch die Medienlandschaft zu jagen, sondern für eine langfristige fachliche Fundierung der Debatten zu sorgen.

Nichtsdestotrotz läuft die administrative (Selbst-)Verwaltungsmaschinerie bereits auf Hochtouren und es gilt, nicht hinterherlaufen zu müssen. Dafür ist gute Information über den Stand der Überlegungen nötig. Diese bot eine Veranstaltung der OPK in reichem Maße, auf der Vertreter von BptK und KBV referierten.

Die BptK umschrieb dies als die „Modellierungsoptionen bei der Bedarfsplanung“ und zeigte als erstes die Bedeutung der Wahl eines Stichtags als Basis aller nachfolgenden Kalkulationen auf: die Zahl der niedergelassenen psychotherapeutischen KollegInnen ist seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes von 14.071 (1999) auf ca. 22.799 (9/2011) deutlich gestiegen, um 62 %. Unsere Eingruppierung bei der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung (Planungsbereiche / Kreise) und nicht bei der hausärztlichen Versorgung (Gemeinden) ist unstrittig. Einen künftig moderneren Zuschnitt der Raumordnungskategorien dürfte wohl keine Interessensgruppe in Frage stellen. Die künftige rechnerische Definition von Überversorgung (derzeit 110 % der Regelversorgung) scheint eine eher nachgeordnete Stellenschraube zu sein. Die Anwendung des sog. Demografie-Faktors hingegen ist wohl ein heißes Eisen, gerade für die Psychotherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat den gesetzlichen Auftrag, bis Ende Juni die Bedarfsplanungsrichtlinie zu beschließen. (Nach Festlegung von Verhältniszahlen für die Planungs- Gruppen/Regionen sowie Demografie- und Morbiditätsfaktoren entstehen daraus dann die jeweiligen neuen Versorgungsgrade.)

Ab 2013 wird es bei Antragstellung der PraxisinhaberIn auf Nachbesetzung dann noch zusätzlich ein Vorverfahren zum Nach-

besetzungsverfahren geben. In diesem entscheidet der Zulassungsausschuss dann, ob der Sitz überhaupt wieder ausgeschrieben wird oder ob dies durch den Zulassungsausschuss aus Versorgungsgründen abgelehnt wird (dem Abgeber ist dann ein Ausgleich zu gewähren). Daneben soll der freiwillige Verzicht auf Neuausschreibung weiter gefördert werden. Es wird dann der Verkehrswert der Praxis erstattet. Die Mittel hierfür sind allein von den KVen aufzubringen. Neu ist ab 2013 auch, dass bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 % Zulassungen auch befristet erteilt werden können. Wie unter diesen Bedingungen ein Praxisverkauf vonstatten gehen kann, ist noch unklar.

Der KBV-Vertreter stellte zunächst einmal das „Inverse Care Law“ dar, nach dem wohl zumindest im englischsprachigen Raum die Verfügbarkeit guter Versorgung negativ mit der Höhe des Versorgungsbedarfs korreliere. In Deutschland schütze das Solidarprinzip (§ 1 SGB V) weitgehend vor dieser Eigendynamik. Nachfolgend mache dann der Sicherstellungsauftrag eben eine Bedarfsplanung nötig. Die Umsetzung der aktuell anstehenden G-BA-Bedarfsplanungsrichtlinie müsse zuerst die KBV bis Ende September konkretisieren und dann haben die Länder-KVen bis Ende 2012 das Ganze noch zu regionalisieren.

Die bisherige Bedarfsplanung ist laut KBV im internationalen Vergleich gut, 89% der BürgerInnen würden eine Hausarztpraxis in weniger als 15 Minuten erreichen können. Aber der Zuschnitt der Planungsräume sei für einige Arztgruppen nicht mehr angemessen und manche regionale Verflechtung sei unzureichend berücksichtigt. Derzeit sind den nach zehn Regionstypen (Ballungsraum etc.) eingestuft Kreisen und Städten für 14 Arzt-Planungsgruppen (Haus-, Facharztgruppen) Verhältniszahlen (Einwohner pro Psychotherapeut) zugeordnet.

Die KBV schlägt künftig 34 statt der bisherigen 14 Arzt-Planungsgruppen vor. Die Größe des regionalen Planungsbereichs solle sich künftig an der jeweiligen Versorgungsebene (hausärztliche, wohnortnahe sowie fachärztliche Sonder-Versorgung) orientie-

ren. Hierfür will die KBV auf das Raumordnungskonzept des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zurückgreifen. Die Psychotherapie soll in die wohnortnahe Versorgungsebene fallen. Für diese sei eine einheitliche Verhältniszahl wegen der Umland-Mitversorgungseffekte der Kernstädte nicht möglich. Die Berufspendlerströme entsprächen recht gut den Arzt-Patienten-Strömen. Abgestufte Verhältniszahlen sollte es dann für sog. Ergänzungsgebiete sowie für weitere und engere „Pendlerverflechtungsräume“ geben, letztere hätten dann die niedrigste BehandlerInnendichte. In Großstädten wolle man (wie bei der Hausärzte-Bedarfsplanung) innergemeindlich untergliedern können.

Räumliche Sitze-Verschiebungen wird es langfristig nach jedem der drei vorgestellten Modelle massiv geben. Rechne man die Verhältniszahlen konkret mit den verschiedenen Planungsraum-Modellen durch, zeige sich, dass das (von der BptK geforderte) Aufsatzjahr 2010 in jedem Fall zu mehr neuen PT-Zulassungsmöglichkeiten führen würde als das Aufsatzjahr 1999 mit Demografiefaktor. Da die Altersgruppe 60+ bislang weniger Psychotherapie in Anspruch nahm als jüngere Altersgruppen, würde die Anwendung eines Demografiefaktors beim 1999er Stichtag unsere (Einwohner pro Psychotherapeut) Verhältniszahlen um ca. 20 % erhöhen. Zwar würde eine künftig stärkere Inanspruchnahme durch 60+ das wieder ändern können, aber wie soll es zu dieser kommen, wenn zuvor viele Psychotherapeutesitze (gerade in den Städten) abgeschafft wurden?

Nun zu den Rechenmodellen. Spielt man all die erwähnten Maßgaben durch, würden für die Psychotherapie die neuen Verhältniszahlen in jedem Fall deutlich weniger Spreizung aufweisen (3,6 -fach neu; 8,9 -fach alt), zwischen Kernstädten (Einwohner pro Psychotherapeut: neu 3.242,2 [1999+Demografiefaktor] bzw. 2059,4 [2010]) und Ländlicher Kreis / Weiterer Pendlerverflechtungsraum (Einwohner pro Psychotherapeut: neu 11.551,8 [1990+Demografiefaktor] bzw. 7.363,4

[2010]). D.h. langfristig würde also das Stadt / Land-Gefälle zurückgehen.

Eine extrem kleinräumige Planung (auf Gemeindeebene) würde auf Grund von Auffülleffekten zwar zunächst zu einem starken Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten führen, auf lange Sicht würden aber auch viele Sitze „abbaubar“ werden (auf 2010er Basis: 6.763 überzählige / 11.156 zusätzliche PT-Sitze; auf 1999er Basis mit Demografiefaktor: 10.312 überzählige / 6.052 zusätzliche).

Die von der KBV präferierte und damit wahrscheinlichste Variante ist die mit den Pendlerverflechtungsräumen, sie würde zu deutlich weniger neuen Zulassungsmöglichkeiten führen, auch wenn dann ebenfalls weniger Sitze abbaubar gemacht würden (auf 2010er Basis: 2.558 überzählige / 5.019 zusätzliche PT-Sitze; auf 1999er Basis mit Demografiefaktor: 7.212 überzählige / 1.149 zusätzliche). Eine großräumige Planung (nach Raumordnungsregionen) würde in ihren Auswirkungen auf Psychotherapeutesitze der vorigen Variante ungefähr gleichen.

Nach Meinung der KBV sollte die Neukonzeption der Bedarfsplanung den tatsächlichen Versorgungsbeitrag der Arztgruppen berücksichtigen. Tabellen zeigten, dass bundesweit nur 6,5 % der PsychotherapeutenInnen weniger als 25 % der Fälle (50 Fälle) des Fachgruppen-Jahresdurchschnitts (199 Fälle) behandelten. Bei den NervenärztInnen waren es 18,3 %, das übertrafen nur noch die Anästhesisten mit 20,8 % (Minimum: Hautärzte 5 %). Auch gemäß eines absoluten Zeitkriteriums gab es nur 3,1 % (N=635) PsychotherapeutInnen, die im Quartal weniger als 60 Stunden (gem. EBM-Prüfzeiten) GKV-Patienten behandelten. Radiologen, Kinderärzte, Fachinternisten, Hautärzte, Chirurgen, Augenärzte, Anästhesisten, Hausärzte, bei all diesen Arztgruppen gab es einen höheren Anteil solcher „Wenig-BehandlerInnen“. Das Vorurteil über die „faulen PsychotherapeutInnen“ sollte sich spätestens mit diesen Zahlen überlebt haben. Würde man die Viertel-LeisterInnen künftig nur als halbe Sitze verrechnen, ergäben sich ca. 500 neu auszusprechende Psychotherapeutesitze, auch

wenn es gleichzeitig ca. 6000 überzählige Sitze geben wird. Diese könnten aber ohnehin erst abgebaut werden, wenn sie am Ende des jeweiligen Arbeitslebens frei werden. So betrachtet meint die KBV wohl ganz generell, den Sitz-Abbau-Szenarien gelassen entgegen sehen zu können. Ob die Krankenkassen und die PolitikerInnen diese Masche so durchlässig werden lassen, wie es die KBV sich anscheinend für ihre künftige Klientel derzeit erhofft, daran habe ich dann aber doch große Zweifel. Mich erinnert das entfernt an den schwarz-gelben AKW-Restlaufzeiten-Beschluss.

Neue Landesgremien für regionale sektorübergreifende Versorgungslösungen sollen wohl bundesweit eingerichtet werden. Sie werden allerdings nur beratende Funktion haben. Es sei noch unklar, ob die Psychotherapeutenkammern in den Landesgremien eine Stimme haben werden. Neben diesen regionalen Korrekturfaktoren wird es weiterhin die lokale Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung geben. Vor Ausweisung eines lokalen Sonderbedarfes würde die KBV künftig gerne eine „Kleinräumige Versorgungsanalyse“ stellen. Sie soll vier Kriterien umfassen: unterdurchschnittliche Versorgungslage, strukturelle Standort-Mindestvoraussetzungen, eventuelle Einzugsbereiche müssen ausreichend Patienten versorgen, bestehende Standorte dürfen nicht destabilisiert werden. Dieser Präzisierungsversuch der lokalen Versorgungssituation könnte zukünftig durchaus mehr Rechtssicherheit schaffen.

*Jürgen Friedrich  
Sprecher der DGVT-Fachgruppe Niedergelassene*

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie zum Patientenrechtegesetz**

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) setzt sich seit ihrer Gründung im Jahr 1968 für die Verwirklichung einer psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung ein, die den Interessen und Rechten der Bevölkerung entspricht. Daher begrüßt sie die Initiative des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit, durch ein Gesetz die Rechte von Patientinnen und Patienten zu stärken. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, das bestehende Informations- und Machtgefälle zwischen PatientInnen und BehandlerInnen abzubauen und die Weichen in Richtung Gleichstellung zu stellen.

Der Vorteil eines Patientenrechtegesetzes ist außerdem in der größeren Transparenz zu sehen: Viele Bereiche sind übersichtlicher und klarer für die PatientInnen dargestellt.

Trotz dieser positiven Ansätze bleibt der vorgelegte Referentenentwurf nach Auffassung der DGVT zum Teil hinter dem Erforderlichen zurück. Ziel eines Patientenrechtegesetzes müsste sein, auch die besonderen Bedürfnisse von psychisch Kranken, von älteren und chronisch kranken Menschen sowie von behinderten Menschen zu berücksichtigen.

Die DGVT benennt nachfolgend den aus ihrer Sicht notwendigen Änderungs- und Ergänzungsbedarf:

- Die Einrichtung eines Härtefallfonds, der Geschädigte, finanziell unterstützt. In Österreich hat man mit einem solchen Fonds gute Erfahrungen gemacht. Finanziert werden könnte der Fonds durch ein Mischmodell aus Steuermitteln, aus Mitteln der Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer, aus Mitteln der KBV usw.
- Die Einrichtung eines Zentralregisters für Behandlungsfehler.

- Ein verbindliches Beschwerdemanagement nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich.
- Die aktive Einbindung der PatientInnen: Patientenbriefe sollen Diagnose und Behandlungen in verständlicher Sprache darstellen.
- Die Etablierung von unabhängigen PatientenfürsprecherInnen.
- Die bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechte der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V sollten durch das Stimmrecht in Verfahrensfragen gestärkt werden. Darüber hinaus sollten die im SGB V bestehende Patientenbeteiligung auch auf das SGB XI ausgeweitet werden.
- Das Recht der PatientInnen zur Einholung einer Zweitmeinung: Hierauf sollte der erstbehandelnde Arzt hinweisen müssen.
- Regelungen zur Vereinheitlichung der Schlichtungsverfahren und zur Stärkung der Verfahrensrechte von PatientInnen in (außer-)gerichtlichen Auseinandersetzungen.
- Außerdem sollte das Verhältnis der Patientenrechte zu anderen Rechtsbereichen wie insbesondere dem SGB IX und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) berücksichtigt und entsprechend gestaltet werden.
- Die Einrichtung und Finanzierung von unabhängigen Beschwerdestellen im Bereich Psychiatrie. Gerade psychisch Kranke profitieren zurzeit selten von der unabhängigen Patientenberatung.

**Darüber hinaus möchten wir noch auf einzelne Punkte - den Bereich Psychotherapie betreffend - eingehen:**

- Die bislang im Gesetzentwurf unsystematische Auflistung der Gesundheitsberufe sollte geändert werden. Die PsychotherapeutInnen sollten gleichrangig mit den ÄrztInnen genannt werden.
- Bei der Definition von Heilbehandlung sollte der fachwissenschaftlich aktuelle Stand zugrunde gelegt werden (Heilung

oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert).

- Problematisch ist die vorgesehene Regelung, dass die Aufklärungs- und Informationspflichten entfallen, wenn erhebliche therapeutische Gründe der Information und Aufklärung der Patienten entgegenstehen. Gerade bei psychischen Erkrankungen wird es in der Praxis oft Definitionsprobleme geben, was „erhebliche therapeutische Gründe“ sind. Zudem ist bei psychischen Erkrankungen die Ausgestaltung von Informations- und Aufklärungspflichten von zusätzlicher Brisanz, da hier der Eingriff nicht in einer Operation besteht, sondern eine Psychotherapie immer ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht darstellt, für den es grundsätzlich einer Einwilligung bedarf. Von besonderer Bedeutung wird dies bei einer Psychotherapie mit Minderjährigen und sollte entsprechend in den Gesetzestext einfließen. Hierzu gibt es eine ausführliche Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer, die Ihnen zugegangen ist.

**Schließlich möchten wir noch auf eine besondere Problematik im Bereich Psychotherapie hinweisen: Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung.**

Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung sind leider keine Seltenheit. Rund 10 % der TherapeutInnen und BeraterInnen hatten mindestens einmal in ihrem Berufsleben sexuelle Kontakte zu Klientinnen. Die Dunkelziffer liegt weitaus höher. Männliche Therapeuten sind wesentlich häufiger Täter als weibliche Therapeutinnen.

*Aus Gründen des Patientenschutzes ist eine unabhängige niedrigschwellige und professionelle Beratungsmöglichkeit für betroffene PatientInnen im geplanten Patientenrechtegesetz zu verankern.*

Da es den Betroffenen schwer fällt, sich zu artikulieren, muss darauf besondere Rücksicht genommen werden. Eine Verankerung der Beratungsmöglichkeiten im Pati-

entenrechtgesetz kann der Forderung zusätzliches Gewicht verleihen und den Umdenkungsprozess befördern. Leider werden sexuelle Übergriffe manchmal immer noch als Kavaliersdelikt abgetan und nicht als das geahndet, was sie sind: Nämlich Straftaten. Da sich Patientinnen oftmals erst viele Jahre nach dem Übergriff oder Missbrauch trauen, gegen ihren früheren Therapeuten vorzugehen, ist die Heraufsetzung der Verjährungsfristen im Straf- und Berufsrecht wichtig.

Patientenschutz sollte sich an den Anspruch der Selbstbestimmung des Patienten und dem Konzept einer gleichberechtigten Arzt-Patientenbeziehung orientieren im und im Sinne eines modernen Verbraucherschutzes ausgestaltet sein.

*Dr. Heiner Vogel, Rudi Merod,  
Wolfgang Schreck  
Geschäftsführender Vorstand der DGVT*

Insgesamt liegen nach Auskunft der Ministerien für das Patientenrechtgesetz über 70 Stellungnahmen von Verbänden vor. Nach der Einarbeitung der verschiedenen Anträge und Stellungnahmen wird Ende Mai wahrscheinlich ein Kabinettsentwurf vorgestellt werden; die Anhörung des Gesundheitsausschusses ist für den Herbst vorgesehen. Das Gesetz soll am 1. Januar 2013 in Kraft treten.

## **Psych-Entgeltgesetz**

### **Versorgung in psychiatrischen Kliniken muss verbessert werden**

Der Gesetzentwurf zur Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems (Psych-Entgeltgesetz) wurde am 23. April im Ausschuss für Gesundheit behandelt. Bei der öffentlichen Anhörung wurden auch die Anträge der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke beraten.

Die Linksfraktion forderte, die Fallpauschalen in den Krankenhäusern ergebnisoffen zu prüfen und hierfür einen eigenen Sachverständigenrat einzusetzen. Die Grünen reichten eine Reihe von Änderungen und

Ergänzungen ein: Z. B. soll im Verfahren zur Einführung eines neuen Entgeltsystems den fachspezifischen Anforderungen und regionalen Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung getragen werden. Die jährliche Fortschreibung der Personal- und Sachkosten soll bei den Leistungsentgelten berücksichtigt werden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer, vertreten durch den BPTK-Präsidenten, Prof. Rainer Richter, begrüßte den Gesetzentwurf, da er die Chance zu einer leistungsgerechten Vergütung biete und zu mehr Transparenz bei der Behandlung beitrage. Mittlerweile existierten S3-Leitlinien oder vergleichbare internationale Leitlinien für die häufigsten psychischen Erkrankungen wie unipolare Depressionen, Schizophrenie, Demenz, Zwangs- oder Essstörungen. „Auch Krankenhäuser sollten sich heute an den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin und an Leitlinien messen lassen.“ Für die geplante Weiterentwicklung bzw. den Aufbau einer Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und der Psychosomatik ist nach Auffassung der BPTK Voraussetzung, dass „die Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hinsichtlich der Orientierung an Leitlinien und evidenzbasierter Medizin präzisiert“ werden. Das Angebot der Psychotherapie müsse als Mindeststandard für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in § 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert werden. Nach heutigem Wissensstand ist die Psychotherapie aber bei allen psychischen Erkrankungen ein oder das Behandlungsverfahren der Wahl.

Des Weiteren biete die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) keine ausreichende Grundlage mehr, um die Personalausstattung in den Kliniken für psychisch Kranke festzulegen. Nach wie vor berücksichtige die Psych-PV nicht das Psychotherapeutengesetz von 1999 und die damit geschaffenen neuen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - und dies obwohl bereits im Jahr 2010 ca. 6 250 PsychotherapeutInnen in Krankenhäusern arbeiteten. „Bei der Personalbemessung und

der Reform der Krankenhausfinanzierung müssen sie deshalb endlich angemessen berücksichtigt werden“, so BPTK-Präsident Richter.

Prof. Peter Kruppenberg von der Aktion Psychisch Kranke vertrat die Ansicht, dass der Gesetzentwurf zu sehr an den Finanzierungs- und Organisationskonzepten des DRG-Systems für die Körpermedizin orientiert sei, „so dass bei einer wesentlich unveränderten Verabschiedung des Psych-Entgeltgesetzes Qualität und Effizienz der Krankenhausbehandlung voraussichtlich sogar schlechter würde.“ Schwer psychisch Kranke benötigen eine „sehr individuelle therapeutische Begleitung“ und dem trage der Gesetzentwurf nicht ausreichend Rechnung.

Auch der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Prof. Jörg M. Fegert, äußerte Bedenken. Wichtig war ihm, dass die personelle Ausstattung in den Einrichtungen auch bei Überführung in ein neues System gesichert werde, da gerade in der besonders personalintensiven Kinder- und Jugendpsychiatrie dies unabdingbar sei.

Herbert Weißbrot-Frey von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bemängelte, dass die sektorenübergreifende Behandlung nicht konsequenter ausgebaut wurde: „Gute Versorgung darf es nicht nur in Modellprojekten geben.“

Die DGVT hat anlässlich des o. g. Gesetzentwurfs auf den für uns zentralen Aspekt hingewiesen, der die Situation der in den Kliniken tätigen PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) betrifft. Unseres Erachtens bietet der Gesetzentwurf die Chance, die Bezahlung der PiA, die im Rahmen ihres Ausbildungsbausteins „Praktische Tätigkeit“ in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken arbeiten, endlich festzuschreiben. Dies könnte durch eine sachgerechte Berücksichtigung der Kosten, die in den Kliniken für die Vergütung der PiA entstehen, im Rahmen der Neuberechnung der OPS-Ziffern-Beträge erfolgen (siehe hierzu Stellungnahme der DGVT unter [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)).

Der Zeitplan für das Gesetz stellt sich nach jetzigem Kenntnisstand folgendermaßen dar:

13. Juni 2012: Gesundheitsausschuss des Bundestages

14. oder 15. Juni 2012: Zweite/Dritte Lesung im Bundestag

6. Juli 2012: Zweiter Durchgang Bundesrat

*Waltraud Deubert*

## **Neuropsychologische Therapie wird Kassenleistung**

Versicherte haben ab sofort Anspruch auf ambulante neuropsychologische Leistungen. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 23.2.2012 ist die Neuropsychologie-Richtlinie in Kraft getreten. Dies dürfte zu einer merklichen Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Hirnschädigungen beitragen. Die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Einzelnen gibt allerdings noch Klärungsbedarf auf. Sie wird sich im Detail an den Vorgaben des Sozialrechts auszurichten haben und hängt dementsprechend auch von Vereinbarungen der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung ab, die aber noch ausstehen. Bspw. müssen im sogenannten Gemeinsamen Bewertungsausschuss von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes neue EBM-Ziffern und Abrechnungsregeln vereinbart werden.

Die Behandlungserlaubnis kann allerdings bereits jetzt beantragt werden. Den Antrag kann jede/r stellen, der sowohl über die Approbation und den Fachkundenachweis in einem Richtlinienverfahren verfügt als auch über ein Zertifikat als Neuropsychologe der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer, sofern diese eine entsprechende Regelung in der Weiterbildungsordnung erlassen hat. In Ländern, in denen die Landeskammer keine Weiterbildungsordnung fest-



gelegt hat, wird die Qualifikation anhand der Anforderungen der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer nachzuweisen sein. Derzeit wird in einzelnen Landeskammern, die noch keine entsprechende Regelung festgelegt haben, der sinnvolle und notwendige Umfang der Weiterbildung für Neuropsychologie diskutiert.

Der Wortlaut der Neuropsychologie-Richtlinie betreffend der *möglichen Wege zum Erhalt der Abrechnungsgenehmigung* ist wie folgt auszulegen:

1. Eine KV-Zulassung liegt bereits vor, der Antragsteller weist die Kriterien in der Neuropsychologie-Richtlinie nach und erhält die zusätzliche Abrechnungsgenehmigung von der KV. Das Leistungsspektrum wird damit ergänzt.
2. Es liegt keine KV-Zulassung vor, die Kriterien der Neuro-Richtlinie werden nachgewiesen – der Antragsteller kann einen Sonderbedarf oder eine Ermächtigung beantragen (beschränkt auf die Erbringung neuropsychologischer Leistungen). Hierzu muss ein Mangel an den entsprechenden Angeboten nachgewiesen werden (sog. qualitativer Sonderbedarf).
3. Auch für NeuropsychologInnen, die in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen tätig sind, gibt es zukünftig die Möglichkeit, eine Ermächtigung zu erhalten, um „eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden“. Zu beachten wird sein, dass der Antrag auf Ermächtigung die Erlaubnis des Arbeitgebers voraussetzt.

Sobald die EBM-Leistungsbeschreibungen und die Euro-Beträge, die derzeit noch erarbeitet werden, vorliegen, wird man die wirtschaftliche „Auskömmlichkeit“ für die potentiellen BehandlerInnen beurteilen können. KollegInnen, die die Qualifikationsanforderungen der G-BA-Richtlinie erfüllen, können bis zu einer Klärung der konkreten Punktwerte (zuständig hierfür ist ein Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses) ambulante neuropsychologische Leistungen über

das Kostenerstattungsverfahren bzw. nach GOP abrechnen (es empfiehlt sich, die Leistungen analog Kap. 35 EBM abzurechnen). Dies wurde auch bislang (vor dem G-BA-Beschluss) von vielen Krankenkassen so akzeptiert.

*Kerstin Burgdorf*

## **Neue Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störung DGVT an Erarbeitung beteiligt**

In Frankfurt hat sich im Februar eine sogenannte „Steuerungsgruppe“ zusammengefunden, um die Vorbereitung für das Erarbeiten einer S3 Leitlinie zur Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter zu beginnen. Mehrere Kinder- und Jugendlichenpsychiater hatten die Initiative dazu ergriffen, da sie eine in Deutschland eine solche Leitlinie für unbedingt notwendig halten. Diese Vorbereitungsgruppe hatte sich dann auch über das Prozedere und die Bedingungen kundig gemacht, die notwendig sind, um eine S3 Leitlinie zu erstellen.

Eingeladen zu diesem Treffen hat dann die Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie der Universität Frankfurt, die die Federführung zugesprochen bekommen hat.

Was bedeutet nun „Steuerungsgruppe“? Die Steuerungsgruppe macht die eigentliche Arbeit bei der Erstellung einer Leitlinie. Sie sichtet die bestehenden nationalen und internationalen Leitlinien, macht Literatur-Recherchen, vergleicht die Literatur mit den bestehenden Leitlinien, sichtet die in diesen noch nicht berücksichtigte Forschungsliteratur, bewertet sie auf Methodengenauigkeit und integriert die Ergebnisse dieser Studien in die neu zu erstellende Leitlinie.

Als nächstes werden diese Ergebnisse in Textform gebracht. Diese Textvorschläge werden dann in einer „Konsensgruppe“ diskutiert und beschlossen.

Diese „Konsensgruppe“ umfasst alle relevanten Verbände und Gruppen, die mit

diesem Störungsbild konfrontiert werden, inklusive der Betroffenen und der Angehörigen. Natürlich geht es nicht nur um den engeren medizinisch-psychotherapeutischen Bereich, sondern unbedingt auch um alle komplementären Bereiche. Es ist selbstverständlich, dass diese große und heterogene Gruppe die inhaltlichen Vorarbeiten nicht bewerkstelligen kann, sondern erst im zweiten Schritt einbezogen wird, wenn es um eine Konsentierung der Endversion der Leitlinie geht. Vorstellbar ist natürlich auch, dass dieser Konsentierungsprozess aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen, aber auch aufgrund unterschiedlicher Interessen nicht einfach ist und es in der Regel zu umfangreichen Diskussionen kommt, bis ein eindeutiger Konsens erreicht wird.

Dieser Prozess wird wahrscheinlich aber erst im nächsten Jahr stattfinden, da es sich bei dem anstehenden Thema „Autismus-Spektrum-Störung“ um einen sehr umfangreichen Bereich handelt, vor allem weil diese Leitlinie den gesamten Lebensbereich abdecken will: Also anders als in anderen Leitlinien keine Aufspaltung in Kinder, Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen. In Berücksichtigung der Komplexität hat sich die Steuerungsgruppe auch entschlossen in zwei Stufen vorzugehen und zwar zunächst einmal den Bereich Diagnostik zu bearbeiten und anschließend den Bereich der Behandlung.

Fazit: Die DGVT hat als Fachverband in den letzten Jahren deutlich gewonnen und das auch im ärztlichen Bereich, denn ansonsten wären wir nicht als einziger nicht-ärztlicher Fachverband eingeladen worden. Natürlich kein Vorteil ohne Nachteil: Dieser Gewinn an Renommee bedeutet für die Beteiligten aus unserem Verband ein Mehr an (ehrenamtlicher) Arbeit. Dennoch müssen wir im Sinne unserer Satzungsziele diesen Weg konsequent weitergehen.

*Rudi Merod  
DGVT-Vorstand*

## **Krankenversicherung: Immer mehr Zweifel an der PKV**

**Nach SPD, Grünen und Linken stellt  
nun auch die CDU das System in Frage**

„Nie mehr zweite Klasse – in Deutschland steht eine Revolution bevor: Die Zeit der privaten Krankenversicherung neigt sich dem Ende zu“, titelte die Wochenzeitung *DIE ZEIT* am 3. Februar 2012. Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der Union, bekannt dafür, auch mal unpopuläre Positionen auszusprechen, sagte der Zeitung *DIE WELT* am 14. März 2012, dass die Trennung zwischen zwei Krankenkassensystemen „nicht mehr zeitgemäß“ sei. Nur noch historisch lasse es sich begründen, dass nur Selbstständige, Beamte und Gutverdiener sich privat versichern können. Steht hier die nächste Reform nach der Bundestagswahl im Herbst 2013 an? Die private Krankenversicherung kämpft gegen exzessive Kostensteigerungen. Betroffen sind vor allem langjährige Bestandskunden und ältere Menschen ab 45 Jahren.

Der Bundesverband der Verbraucherschützer (vzbv) hat im März eine Studie vorgestellt, die aus einer Stichprobe von 144 Beschwerden über Beitrags- und Wechselprobleme resultiert und daraus folgende Forderungen abgeleitet: Die Bundesregierung solle sich einschalten, um den Tarifwechsel und den Wechsel der Versicherung zu vereinfachen. Hier ist nach Meinung der Verbraucherschützer eine grundlegende Reform erforderlich. Ein Tarifwechsel müsse auch ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich sein und diese dürfe auch keine zusätzlichen Gebühren oder Kosten verursachen. Darüber hinaus müsste es nicht nur für Neu-, sondern auch für Bestandskunden eine Chance geben zu wechseln. Außerdem bemängeln die Verbraucherschützer die fehlende Qualitätssicherung und die Möglichkeiten von Kostendämpfungen in der PKV. „Die Folgen einer finanziellen Überforderung der Verbraucher dürfen nicht sozialisiert werden, sondern müssen innerhalb des PKV-Systems gelöst

werden“, so der Vorsitzende der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv).

Weitere Forderungen, die faktisch einer Abschaffung der PKV gleichkommen, sind Änderungen im Abrechnungssystem, wonach der Patient nur noch eine Rechnungskopie erhalten und die Gebührenordnung auf GKV-Niveau abgesenkt werden sollte. Des Weiteren sollte eine Einkommenskomponente bei der Prämienkalkulation eingeführt werden. Außerdem sollte, ähnlich wie beim Basistarif, eine Kostendeckelung greifen, sobald die Beiträge die finanzielle Leistungsfähigkeit der Verbraucher übersteigen. Soziale Härten sollten durch einen Härtefallfonds ausgeglichen werden, der innerhalb des PKV-Systems eingerichtet werden sollte und durch die PKV-Versicherte finanziert wird. Damit fordert der vzbv Schritte, PKV und GKV auf eine einheitliche Basis zu stellen, was das Ende der PKV als Vollversicherung bedeuten würde.

Während die Mehrheit in Union und FDP nach wie vor zur PKV stehen, sieht die SPD dringenden Handlungsbedarf. „PKV steht für *Preislich Kein Vergnügen*“, so die SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles am 29. März in der Zeitschrift DIE WELT. Bedenkt man, dass in der Zwischenzeit etliche Strukturelemente, die eigentlich der GKV zuzurechnen sind, in die PKV übernommen wurden, was u. a. mit der Einführung einer Versicherungspflicht sowie dem Standard- bzw. Basistarif zusammenhängt, wäre eine Fusion der beiden Systeme durchaus vorstellbar. Dies scheint umso realistischer, da es immer mehr Menschen als ungerecht ansehen, dass nicht alle den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Dies gilt zumindest für die Linke, für den größten Teil der SPD und der GRÜNEN und in der Zwischenzeit auch für einen Teil in der CDU.

*Waltraud Deubert*

## **Kaum zu glauben: Kassen haben zu viel Geld**

### **Zuzahlungen und Praxisgebühr auf dem Prüfstand**

Man reibt sich die Augen: Seit Jahrzehnten beklagen die Krankenkassen ihre schwierige finanzielle Situation. Sparen, sparen, sparen – lautete die Devise. Hier keine Krankengymnastik, dort keine Kur, Zuzahlung hier, Zuzahlung dort. Jetzt haben sich Überschüsse in Höhe von 20 Mrd. Euro angesammelt. Was soll nun mit dem vielen Geld passieren?

Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble hat die Idee, angesichts der schwarzen Zahlen den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung zu streichen und das Geld lieber für Banken- und Griechenland-Rettungsschirme zu verwenden. Doch so einfach ist das nicht, denn der Bundeszuschuss finanziert den Sozialausgleich innerhalb des GKV-Systems: Unter 18-Jährige und nichtverdienende EhepartnerInnen sind beitragsfrei mitversichert, und RentnerInnen und ArbeitnehmerInnen in prekären Arbeitsverhältnissen zahlen geringfügige Beiträge.

Das Geld könnte den BeitragszahlerInnen zurückerstattet werden – auch dies ist eine Vorstellung, die derzeit diskutiert wird. Das Bundesversicherungsamt hat drei Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse und IKK Gesund plus) mit Konsequenzen gedroht, weil sie ihre Maximalreserve deutlich überschritten hätten und nun Prämien auszahlen müssten. Es könnte sich um eine Summe von 60 Euro im Jahr pro Mitglied handeln.

Denkbar wäre auch, die Krankenkassenbeiträge – derzeit bei 15,5 Prozent – wieder abzusenken. Doch auch dies ist nicht unbedingt sinnvoll, denn die Gesundheitskosten werden – schon allein aufgrund der demographischen Entwicklung – weiter steigen.

Da erscheint es einfacher – und auch populärer – die ungeliebte Praxisgebühr (eigentlich eine „Kassen-Gebühr“) zur Disposition zu stellen. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr will sie jetzt abschaffen, Bun-

deskanzlerin Angela Merkel hält daran fest. Die Praxisgebühr spült derzeit 2 Mrd. Euro in die Kassen, verursacht aber auch 300 Mio. Euro Kosten. Das ist im Grund kein sinnvolles Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

Abgesehen davon hat die Praxisgebühr in ihrer jetzigen Form nicht die erwünschte Steuerungswirkung, darin sind sich alle ExpertInnen einig. Ursprünglich war sie eingeführt worden, um die Versicherten zu disziplinieren und von unnötigen Arztbesuchen abzuhalten. Doch die Deutschen gehen weiterhin im Schnitt 17 Mal im Jahr zum Arzt und bleiben damit Weltmeister.

Also doch abschaffen und dadurch die PatientInnen entlasten?

GesundheitsökonomInnen haben sich jetzt in die Diskussion eingeschaltet und erklären, dass Zuzahlungen im Prinzip richtig seien, denn sie tragen dazu bei, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö), der Prof. Dr. Volker Ulrich (Bayreuth), Prof. Dr. Friedrich Breyer (Konstanz) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Essen) angehören, ist allerdings der Meinung, dass das Zuzahlungssystem, wie es heute praktiziert wird, grundsätzlich reformiert werden sollte.

Erstens sollten Zuzahlungen im Krankenhaus generell gestrichen werden, da die Entscheidung über Krankenhausaufenthalte in aller Regel nicht vom Patienten, sondern vom Arzt getroffen werde. Das Argument, den Patienten zur Sparsamkeit erziehen zu wollen, greife hier nicht. Stattdessen werden Schwerkranke zusätzlich belastet. Zweitens sollte die Praxisgebühr dahingehend reformiert werden, dass sie auf fünf Euro abgesenkt wird, dafür aber nicht nur einmal im Quartal, sondern bei jedem Arztbesuch erhoben wird. Die Regelungen zum sozialen Ausgleich sollen beibehalten werden: Die Summe der Zuzahlungen, die ein Versicherter im Jahr leisten muss, ist auf maximal zwei Prozent des Einkommens (bei chronisch Kranken: ein Prozent) begrenzt.

Es gibt jedoch auch Stimmen, die besagen, dass das gegenwärtige Zuzahlungssystem durchaus Steuerungswirkung habe, al-

lerdings nicht in die erwünschte Richtung, sondern dahingehend, dass PatientInnen von notwendigen Arztbesuchen und von der Einnahme wichtiger Medikamente abgehalten werden. „Zuzahlungen treffen hauptsächlich schwächere Gruppen wie chronisch Kranke und Personen mit niedrigem Einkommen“, stellen der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) und der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) fest. Sie fordern daher die Streichung aller Zuzahlungen von Versicherten zu medizinisch notwendigen Leistungen.

Die Bundestagsfraktion der LINKEN argumentierte in einem entsprechenden Antrag ähnlich: „Der Verzicht auf notwendige Arztbesuche kann zur Verschleppung von Krankheiten, zu negativen Folgen für die Gesundheit und auch zu Zusatzkosten führen.“

Was es für die Psychotherapie bedeuten würde, falls künftig pro Therapie-Termin fünf Euro zu berappen wären, haben wir bereits in der letzten Rosa Beilage kurz skizziert: Psychisch Kranke, die einen Therapie-Termin pro Woche haben, hätten mit Kosten von 20 Euro im Monat (und mit 60 Euro im Quartal) zu rechnen.

Sparen ist im Gesundheitssystem trotz des überraschenden Geld-Segens sicherlich weiterhin angebracht, doch es sollten nicht gerade die schwächsten Mitglieder dafür die Verantwortung tragen.

*Angela Baer*

## **IGeL-Leistungen unter der Lupe**

### **Kassen und Verbraucherzentralen fordern mehr Patientenschutz**

---

Die 1998 auf den Markt gekommenen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) bieten immer wieder Anlass zu Ärger und politischen Diskussionen. Im Zusammenhang mit dem Patientenrechtegesetz erinnerte der Verband der Ersatzkassen (vdek) an eine ältere Forderung seiner Mit-

glieder: PatientInnen sollten stärker vor Leistungen geschützt werden, die die Ärzte gegen Privatrechnung erbringen und deren Nutzen nicht wissenschaftlich bewiesen ist.

2010 haben die PatientInnen rund 1,5 Mrd. EUR privat für IGeL-Leistungen gezahlt. Für viele Mediziner sind sie in der Zwischenzeit ein fester Bestandteil ihres Einkommens aus. Die Krankenkassen haben sich des Problems angenommen und ein eigenes Projekt dazu präsentiert: den IGeL-Monitor. Auf einer Internetseite des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ([www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)) haben Versicherte die Möglichkeit, sich über den Nutzen von angebotenen individuellen Gesundheitsleistungen zu informieren.

Es wurden Angebote bewertet wie die Glaukom-Früherkennung oder die Akupunktur zur Vorbeugung von Spannungskopfschmerzen, so dass nach und nach eine größere Datenbank entstehen soll. Die Krankenkassen werten hierzu Studien zur Wirksamkeit systematisch aus und ihre Urteile reichen von „positiv“, „tendenziell positiv“ und „unklar“ bis zu „tendenziell negativ“ und „negativ“. Von insgesamt 24 bisher untersuchten Angeboten erhielten nur zwei die Bewertung „tendenziell positiv“, und zwar die Akupunktur zur Migräne-Prophylaxe und die Lichttherapie gegen Winterdepression. Die Reaktion der ÄrztInnen ließ nicht lange auf sich warten. Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Köhler, sieht in den IGeL-Leistungen ein Thema, mit dem die Ärzteschaft sensibel umgehen sollte und gab eine „Checkliste“ heraus, wie mit den Extraangeboten in der Praxis umgegangen werden sollte. Die SPD-Bundestagsfraktion legte am 21. März 2012 einen Antrag vor, in dem der Bundestag aufgefordert werden soll, bei den IGeL-Leistungen gesetzgeberisch aktiv zu werden (Bundestagsdrucksache 17/9061). Die SPD begründet ihren Vorstoß zum einen mit dem missbräuchlichen Verhalten in Teilen der Ärzteschaft, zum anderen mit der Gefährdung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Die SPD fordert u. a. einen schriftlichen Behandlungsvertrag bei individuellen Gesundheitsleistungen und

eine umfassende Informationspflicht, weshalb eine individuelle Gesundheitsleistung nicht GKV-Leistung ist bzw. unter welchen Bedingungen sie es wäre. Nur bei ausreichender Information und Behandlungsvertrag sollte der Patient auch verpflichtet sein, die anschließende Rechnung zu bezahlen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll beauftragt werden, allgemein verständliche und patientenorientierte Informationen über IGeL-Leistungen zu formulieren, die PatientInnen helfen sollen, eine fundierte Entscheidung dafür oder dagegen zu treffen.

Last but not least nehmen auch die Verbraucherzentralen die IGeL-Leistungen unter die Lupe. Mit einer Online-Befragung wollen sie nach eigenen Angaben prüfen, an welchen Stellen Regelungsbedarf besteht, um unnötige Belastungen der PatientInnen zu verhindern. Mit Unterstützung einer Online-Befragung wollen sie prüfen, wie die geltende Rechtslage von den ÄrztInnen eingehalten wird und an welchen Stellen nachgebessert werden sollte, um die Rechte der PatientInnen zu stärken. Anhand von 13 Fragen soll u. a. ermittelt werden, welche Zusatzleistungen von den Ärzten angeboten werden und welche von PatientInnen nachgefragt werden, wie über die Kosten der IGeL-Leistungen informiert wird und ob das jeweilige Angebot in eine schriftliche Vereinbarung mündet. Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist und in den letzten zwölf Monaten IGeL-Leistungen in Anspruch genommen hat, kann sich an der Umfrage beteiligen. Die Befragung wird gefördert vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (siehe auch [www.verbraucher.de](http://www.verbraucher.de)).

*Waltraud Deubert*

## **Neuer Missbrauchsbeauftragter kämpft gegen das Vergessen**

**Johannes-Wilhelm Rörig hat Nachfolge  
von Christine Bergmann angetreten**

Johannes-Wilhelm Rörig hat die Nachfolge der ersten Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, angetreten. Er ist seit Ende letzten Jahres im Amt. Rörig ist Betriebswirt und Jurist, seit 1998 im Bundesfamilienministerium tätig und langjähriger Mitarbeiter von Christine Bergmann. Seine Aufgabe ist es nun, die Verbände und Organisationen dabei zu unterstützen, Strukturen zu verbessern, um die Gefahr eines sexuellen Missbrauchs zu minimieren.

Rörig hat sich bereits mit Vertretern von Kirchen und Dachverbänden wie zum Beispiel dem Deutschen Olympischen Sportbund, der Arbeiterwohlfahrt und dem Paritätischen getroffen und will auch im Bundestag für weitere Unterstützung werben. Es wurde ein Verhaltenskodex ausgearbeitet, der Kontakte zwischen BetreuerInnen und Jugendlichen und Kindern regelt. Hierbei geht es unter anderem um die Anwesenheit von Erwachsenen in Schlaf- und Duschräumen sowie um Privatkontakte.

Doch nach wie vor wartet Rörig auf einen Bericht aus den zuständigen Ministerien, was sich in punkto Ausbau der Hilfsangebote getan hat. Bei den Ministerien scheint aber in der Zwischenzeit der Alltag eingekehrt zu sein und das Thema ist offenbar nicht mehr sehr präsent. Einen Bericht habe man mangels Zeit bisher noch nicht erstellen können und ein für Anfang März vereinbarter Termin im Sozialministerium, in dessen Zuständigkeit die Reform des Opferentschädigungsgesetzes fällt, wurde abgesagt. Im Familienministerium wird noch diskutiert, bei wem das für Herbst geplante Online-Portal für die Opfer angesiedelt werden soll, ob beim Ministerium selber oder beim Missbrauchsbeauftragten.

Der Missbrauchsbeauftragte Rörig hat keinen leichten Stand. Zwei Jahre ist es her, dass die Bundesregierung die Einrichtung eines Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ beschlossen hat. Die Empfehlung vom vergangenen Herbst, einen 100-Millionen-Hilfsfonds für die Opfer einzurichten, verbunden mit einer Clearingstelle, die die Ansprüche schnell prüfen sollte, stockt ebenso wie der Ausbau des Hilfesystems. Unterdessen wird die eingerichtete Telefon-Hotline des Missbrauchsbeauftragten stark frequentiert. Betroffene möchten Hilfe in Anspruch nehmen, wissen aber nicht wie. Ihnen soll das neue Online-Portal weiterhelfen, das noch nicht eingerichtet ist. Im Herbst will Rörig eine Kampagne starten, die sich an Eltern und Fachkräfte richten soll, um sie zu ermutigen, in Vereinen und Schulen nachzufragen, welche Präventionsangeboten es dort gibt.

Im Herbst wird sich der Runde Tisch noch einmal treffen, um zu prüfen, was aus seinen Empfehlungen geworden ist. In der Zwischenzeit ist immerhin der Fachbeirat institutionalisiert, dem Vertreter aus Ministerien, Kirchen, Wissenschaft sowie Missbrauchsoffer angehören. Dem Gremium gehört auch Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, an.

*Waltraud Deubert*

## Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



## Psychotraumatologie im Kindes- und Jugendalter

Qualifikation in spezieller Psychotraumathe­rapie bei Kindern und Jugendlichen nach den Richtlinien der DeGPT - Möglichkeit zur EMDR-Ausbildung. Umfang: ca. 140 UE + 20 UE Supervision

**Lehrgang­leitung:** Iris Schulte-Pankoke

**Termine:** 21.-23.09.2012  
18.-19.01.2013  
22.-23.02.2013  
06.-07.03.2013  
04.05.2013  
05.-06.06.2013  
18.-19.09.2013  
18.-19.10.2013  
08.-09.11.2013  
30.11.2013

**Ort:** Münster

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

## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden-Württemberg

#### Aus der Kammer

Die jüngste Vertreterversammlung (VV) der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK) Ende März fand in ungewöhnlich lockerer Atmosphäre statt und die Diskussionen waren sachlich, ganz ohne die manchmal früher gepflegte Polemik. Vielleicht lag es an der Zeit, in der Mitte der Wahlperiode? Oder an dem sonnigen Frühlingswetter? Auf jeden Fall war es eine angenehme Veranstaltung.

Die Änderung der Psychotherapeuten-Ausbildung wird seit Jahren heftig diskutiert, so auch dieses Mal bei der VV. Am Vorabend fand eine durch die LPK organisierte Fortbildung zu den „Grundlagen und Kompetenzen für eine Psychotherapeuten-Ausbildung“ statt. In dieser Veranstaltung wurde auch ein Modell der Direkt-Ausbildung zum Psychotherapeuten durch einen Studiengang näher beschrieben. Da inzwischen die Lage so eingeschätzt wird, dass eine Direkt-Ausbildung in der politischen Entscheidung durchaus zum Zuge kommen könnte (so überhaupt eine Änderung kommt), wurden mögliche Bedingungen dafür überlegt und die Rolle der derzeitigen Ausbildungsinstitute am Erfolg einer Psychotherapeutenausbildung wurden herausgearbeitet. Eine Resolution mit den Ergebnissen der Diskussion wurde durch die VV verabschiedet.

Eine Verlängerung der Wahlperiode von vier auf fünf Jahre war erst zu Jahresbeginn ins Gespräch gebracht worden, jetzt lag bereits der Antrag dafür vor. Die Argumente sowohl dafür wie dagegen wurden ausgetauscht. Eine Verlängerung der Sitzungsperiode bietet seltener die Möglichkeit einer Wahl, andererseits kann die Effizienz durch längere Zeiten kontinuierlicher Arbeit erhöht werden, auch die direkten Wahlkosten fallen seltener an. Die Mehrheit entschied sich für die Verlängerung – ich selber (R.H.-Z.)

stimmte für die Beibehaltung des Vier-Jahres-Rhythmus, auch wenn dies nur ein bisschen mehr demokratische Beteiligung hergibt. Aber wie schon oben gesagt, die Diskussionen verliefen ohne Vehemenz, und die Entscheidung fiel in großer Einigkeit. Die nächste Wahl findet dann noch nach vier Jahren, 2013, statt. Dann erfolgt der Wechsel.

Die einzelnen Ausschüsse der Kammer durften über ihre Arbeit berichten, mein Versuch, während des Schreibens dieses Textes diese Berichte auf der Homepage der Kammer zu finden, ist jedoch gescheitert. Schade, von daher kann ich nicht darauf verweisen. Nur so viel dazu: Es fand sich ein Statement im Bericht des Ausschusses „Ambulante Versorgung“, das kritisch betrachtet werden muss. Bei der Beschäftigung des Ausschusses mit dem Thema „Ambulante Versorgung außerhalb von KV-System und Selektivverträgen“ werden Beratungsstellen an sich ausgeschlossen („Beratungsstellen sind dabei (fehlende Heilkunde) nicht zu betrachten“). Da sich jedoch niemand von diesem Ausschuss in der VV befand, konnte dazu keine weitere Diskussion stattfinden. Immerhin wurde klar, dass manche diese Aussage problematisch fanden und dass durchaus gesehen wird, dass sich auch in Beratungsstellen Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ihre Arbeit tun, gelegentlich sogar psychotherapeutisch tätig werden.

Zuletzt lohnt es sich noch auf die Leitbild-Diskussion einzugehen. Wer was auf sich hält, der hat heutzutage ein Leitbild, warum nicht auch die LPK? Also galt es einen ersten Entwurf zu besprechen. Vorweg gleich die Schlussfolgerung: Die Mitglieder sollen in die weitere Diskussion mit einbezogen werden. (Auch zu diesem Punkt fand sich nichts auf der Homepage.) Neben sehr sinnvollen berufsethischen Standards fanden sich auch viele Punkte zur Arbeit der Kammer. Etwas weniger wäre da für ein Leitbild mehr gewesen. Falls jemand sich selbst ein



Urteil dazu bilden möchte, schicken wir den Entwurf gerne per Mail zu. Über eine Rückmeldung würden wir uns freuen. Wir bringen die Ergebnisse dann in die nächste VV ein.

### **Länder-Fusion als Vorbild für Kammer-Fusion?**

Baden-Württemberg ist 60 Jahre alt geworden und anlässlich dieses Datums hat unser Ministerpräsident Winfried Kretschmann daran erinnert, dass auch andere Bundesländer sich zusammenschließen könnten. Dies erinnert an die Diskussion der Landeskammern der Psychotherapeuten, sich aus vielen rationalen Gründen länderübergreifend zusammenzuschließen, Vorbild ist hier die Ostkammer. Vermutlich wird der Vorschlag von Kretschmann auch kein anderes Ergebnis zeigen, wie die Vorschläge zum Zusammenschluss einzelner Psychotherapeutenkammern.

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

### **Resolution der Vertreterversammlung zur Psychotherapieausbildung**

Zukünftige Psychotherapieausbildungen sollen auch weiterhin das hohe Qualifikationsniveau des Psychotherapieberufs sicherstellen

Trotz dringender Appelle und ausgearbeiteter Vorschläge (Forschungsgutachten, Bundespsychotherapeutenkammer) lässt eine Reform der Psychotherapieausbildung weiter auf sich warten.

Die Delegierten der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg begrüßen deshalb ausdrücklich die vom Bundesminister für Gesundheit Daniel Bahr auf dem 19. DPT bekundete Absicht, notwendige Reformschritte zügig angehen zu wollen.

Die Delegierten der Landespsychotherapeutenkammer sprechen sich nachdrücklich

für eine rasche Reform der Psychotherapieausbildung aus.

Die Delegierten nehmen dabei zur Kenntnis, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aus ordnungspolitischen und nicht fachlichen Gründen eine Angleichung der Ausbildungswege aller Heilberufe anstreben möchte und deshalb einer sogenannten Direktausbildung zum Psychotherapeuten besondere Bedeutung zumisst.

Das vom BMG in Auftrag gegebene Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung hat ausdrücklich das hohe fachliche Niveau der derzeitigen postgradualen Ausbildung hervorgehoben. In ihren Empfehlungen hatten die Gutachter ein Festhalten an postgradualen Ausbildungsstrukturen empfohlen. Dies befürworteten zum jetzigen Zeitpunkt auch die Delegierten der Vertreterversammlung der LPK-BW. Des Weiteren regten die Gutachter die modellhafte Erprobung von Ausbildungswegen über ein akademisches Psychotherapiestudium an. Dem ist die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrem Reformentwurf ebenfalls gefolgt.

Bei jeder Reform der Psychotherapieausbildung ist im Sinne des Patientenschutzes das notwendig hohe Qualifikationsniveau der psychotherapeutischen Approbation sicher zu stellen. Eine eventuelle Abkehr von der qualitätsbewährten derzeitigen postgradualen Ausbildungsstruktur darf erst nach eingehender und evaluierter Erprobung unterschiedlicher neuer Modelle erfolgen.

Zur Sicherstellung einer qualitativ-hochwertigen Versorgung müssen an solche Modellprojekte notwendige Rahmenanforderungen gestellt werden:

- Vor Erteilung der Approbation müssen Ausbildungskandidaten über Kenntnisse in Diagnostik und Behandlungsplanung in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren sowie über vertiefte Kenntnisse und Behandlungserfahrung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sowie Selbsterfahrung verfügen. Hierfür ist eine konzeptionelle curriculare Ausbildung notwendig.

- Die Lehre in den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren muss durch in diesen Verfahren ausgebildete und erfahrene Dozentinnen und Dozenten erfolgen.
- Eine ausreichende Finanzierung aller Ausbildungsabschnitte muss sichergestellt werden.

Unter diesen Bedingungen und unter durchgehender Sicherstellung derzeit hochwertiger psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen und ausreichender Nachwuchsbildung halten die Delegierten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg die modellhafte Erprobung eines direkten Psychotherapiestudiums für vertretbar. Nicht zustimmen können die Delegierten der Landespsychotherapeutenkammer der Einführung einer Psychotherapie-Direktausbildung ohne zuvor evaluierte Erprobung.

## Bayern

### Aus der Kammer

Vorstandswahl der Kammer: In der ersten Delegiertenversammlung der neuen Kammerversammlung am 15. März wurde der Vorstand neu gewählt. Aufgrund des Delegiertenwahlergebnisses gab es hier keine wesentlichen Änderungen: Wiedergewählt wurden Präsident Nikolaus Melcop (DPtV), die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer (VAKJP) und Bruno Waldvogel (DGPT) sowie die Beisitzer Heiner Vogel (DGVT) und Benedikt Waldherr (BVVP). Neu hinzugekommen sind als weitere Beisitzer Anke Pielsticker und Birgit Gorgas.

Im Vorstandsbericht wurde auf die zahlreichen Aktivitäten der letzten Jahre hingewiesen, beispielsweise auf die vielen Kontakte mit Politikern, Kassenvertretern und Pressevertretern, die vielfach auch zu günstiger Resonanz geführt hätten – etwa bei Bundsratsinitiativen aus Bayern zur Verbesserung des Versorgungsstrukturgesetzes. Es gab auch recht viele Zeitungsartikel zur Psychotherapie in bayerischen Zeitungen

und man kann die Mitwirkungen an vielen Beratungsgremien der Landesministerien auf die Kontaktpflege zurückführen.

Aktuell hat sich die Kammer sehr engagiert eingebracht bei der Umsetzung des neuen Glückspielstaatsvertrages. Einerseits übernahm sie auf Wunsch der BPTK die Vertretung bei der länderübergreifenden Anhörung zum jüngsten Entwurf (der letztlich dann zum Vertrag wurde), andererseits hat sie Änderungsforderungen zum bayerischen Umsetzungsgesetz gemacht, die hier auch tatsächlich teilweise Eingang in den letzten Gesetzesentwurf gefunden haben. Die anderen Kammern wurden über die Vorschläge informiert. Es geht beispielsweise um Schließzeitenregelungen für Spielhallen, Abstandsgebote und die Möglichkeiten der Kommunen, restriktivere Regelungen vorzusehen, als es allgemein vorgesehen ist. Im Sinne der Suchtprävention lagen hier zahlreiche Ansatzpunkte.

Ein anderes Thema sind die Anfragen der Bundeswehr zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von SoldatInnen mit Traumafolgestörungen (v.a. nach Kriegseinsätzen). Hier bietet sich aus Sicht der Kammer die Chance, durch entsprechende sachgerechte Vertragsgestaltung Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung außerhalb des KV-Systems zu erschließen und damit die Versorgung Betroffener deutlich zu verbessern. Ein ähnliches und ähnlich schwieriges Thema stellt die psychotherapeutische Versorgung von forensischen Patienten bzw. von Strafgefangenen dar. Hier sind ebenfalls Initiativen vorgesehen.

*Heiner Vogel*  
Kontakt: bayern@dgvt.de

## Hamburg

Ein Treffen der Akkreditierungsverantwortlichen für Fortbildungsveranstaltungen in den Länderkammern fand im April in der Psychotherapeutenkammer Hamburg statt. Ziel ist es, sich an eine bundesweit einheitliche Akkreditierungspraxis möglichst anzu-

nähern, ohne die auch hilfreiche Vielfalt von Fort- und Weiterbildungsangeboten zu ersticken. Weitgehende Einigkeit konnte z.B. darüber erzielt werden, dass Anschlussfähigkeit an biografische Störungsmodelle der wissenschaftlich begründeten Psychotherapieverfahren ein Kriterium der Akkreditierungspraxis sein soll und dass weltanschaulich oder religiös geprägte Fortbildungsangebote nicht akkreditierungsfähig sind.

Die Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände hat unter der Schirmherrschaft der Hamburger DGVT im April eine gut besuchte Fortbildungsveranstaltung veranstaltet. Prof. Heinrich Berbalk hielt einen interessanten Vortrag über seine schematherapeutische Arbeit unter Nutzung von Puppen in verschiedenen Anwendungsbereichen. Mit Veranstaltungen dieser Art versuchen wir, unsere Mitglieder besser zu vernetzen, am Info\_Tisch zu informieren und auch für aktive berufs- und fachpolitische Mitarbeit zu gewinnen.

*Thomas Bonnekamp  
Landessprecher Hamburg  
Vorsitzender des Fortbildungsausschusses  
der Psychotherapeutenkammer und Sprecher  
der Allianz  
Kontakt: hamburg@dgv.t.de*

## Hessen

### **Delegiertenkonferenz der Psychotherapeutenkammer**

Die Frühjahrs-Delegiertenkonferenz (DV) der hessischen Kammer diskutierte mehrere Fragen, die die PsychotherapeutInnenschaft auch in der nächsten Zeit intensiv beschäftigen werden.

Die Feststellung des finanziellen Jahresabschlusses 2011 wurde zum Thema genommen, grundsätzliche Fragen der Finanzsteuerung zu diskutieren. Gegenwärtig, auch für das Jahr 2012, hat die Kammer ihre Finanzen so gestaltet, dass ein Defizit aus den operativen Abläufen durch eine Entnahme aus den Rücklagen gedeckt wird. Diese Ent-

wicklung war und ist gewollt und konnte auch mit Beitragssenkungen umgesetzt werden, da die Kammer über sehr hohe Rücklagen verfügte. Mittlerweile entsteht aber eine Situation, in der gegengesteuert werden muss. Für die Bündnisliste VT-AS, an der die DGVT beteiligt ist, war es im letzten Kammerwahlkampf ein wichtiger Punkt, dass auch Einsparungsmöglichkeiten diskutiert werden müssen. Dabei dürfen nach Ansicht der DGVT keine Themen ausgespart werden.

Mittlerweile hat der Kammervorstand sowohl die Geschäftsstelle wie auch den Finanzausschuss beauftragt, Modellrechnungen durchzuführen, aus denen hervorgeht, in welcher Größenordnung finanziell umgesteuert werden muss. Darüber hinaus beschloss die Delegiertenversammlung die Fortschreibung des Personalentwicklungsplans. VT-AS hatte diesen Antrag eingebracht, um die gegenwärtigen und möglichen künftigen Aufgabenverteilungen in der Geschäftsstelle transparent dargelegt zu bekommen. Auf dieser Grundlage hat es der Kammervorstand dann auch leichter, gestaltend einzuwirken.

Als Gast der DV war diesmal Prof. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, eingeladen worden. Mit ihm ergaben sich spannende Diskussionen – sowohl zum Thema Patientenrechtegesetz als auch zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Beim Patientenrechtegesetz wurde intensiv über das vorgesehene (und mancher sagt: „jetzt schon durch Gerichtsurteile verbindliche“) Einsichtsrecht von PatientInnen in die Mitschriften der PsychotherapeutIn diskutiert. Während von verhaltenstherapeutischer Seite „Transparenz“ angemahnt wurde, wiesen die psychodynamisch ausgerichteten KollegInnen auf die hinsichtlich Beziehungswahrnehmung sehr persönlich gehaltenen Aufzeichnungen hin. Prof. Richter betonte, dass es sich um ein „Patientenrechtegesetz“ handle und nicht um ein „Therapeutenrechtegesetz“; eine angemessene Gestaltung der Dokumentation solle auch Thema der Fachverbände sein.

Nachdem sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auf dem letzten Deutschen Psychotherapeutentag für eine Direktausbildung stark gemacht hatte (PsychotherapeutInnen-Ausbildung analog der MedizinerInnen-Ausbildung), griff nun auch Prof. Richter diesen Faden auf und forderte Modellstudiengänge, die direkt zur Approbation führen sollten. In der Diskussion der Delegiertenkonferenz wurde diese Kehrtwende der Bundeskammer mit ihrer zumindest teilweisen Abkehr von der bisherigen Institutebasierten Ausbildung hörbar kritisch kommentiert.

Die hessische DGVT-Landesgruppe hat mittlerweile einige Diskussionspapiere zu dem Thema „Direktausbildung“ zusammengestellt, die von interessierten KollegInnen angefordert werden können.

Dritter wichtiger Punkt der DV war die stärkere Einbeziehung der PiA in die Gestaltung der Kammerpolitik. Dabei wurde diesmal besonders das Institutesprechertreffen als wichtige Schnittstelle zwischen den PiA und der Kammer erörtert. Das Institutesprechertreffen soll formal aufgewertet werden und künftig AusbildungsteilnehmerInnen für die Vertretung der PiA in einem oder mehreren Kammergremien vorschlagen können. Wichtiger noch als das formale Ergebnis der Beratungen war dabei die atmosphärische Aufwertung der PiA. Diese Aufwertung war meines Erachtens wichtig, um die Schaffung eines PiA-Gremiums, eingebunden in das Netzwerk der anderen Kammergremien, weiter voranbringen zu können.

*Karl-Wilhelm Höffler  
Landessprecher Hessen  
Kontakt: hessen@dgvt.de*

## **Mecklenburg-Vorpommern**

### **Landesgruppentreffen und Sommerakademie**

Das Wichtigste zuerst: Das diesjährige Treffen der DGVT-Landesgruppe findet am Donnerstag, 21. Juni, statt, und zwar im An-

schluss an den Eröffnungsvortrag der Sommerakademie. Der Vortrag ist für DGVT-Mitglieder kostenfrei!

Beginn ist um 18 Uhr Christof T. Eschenröder (Bremen) spricht über „Energetische Psychotherapie, Blockierungen auflösen und Kraftquellen aktivieren“ (2 UE, Fortbildungspunkte sind beantragt). Die Sommerakademie findet in Warnemünde im Hotel Hübner statt. Ab ca. 20 Uhr tagt dann die Landesgruppe. Jürgen Friedrich wird als bisheriger Landessprecher einen kurzen Bericht erstatten. Dann findet die Landessprecher-Wahl statt. Jürgen Friedrich will wieder kandidieren, weitere Kandidaturen sind möglich. Im Anschluss besteht sicherlich die Möglichkeit zum geselligen Ausklang in sommerlicher Atmosphäre. Das Workshop-Angebot der Sommerakademie ist wieder sehr attraktiv, ein Kurs zur Selbstfürsorge als PsychotherapeutIn ist z. B. schon lange ausgebucht. In den anderen Kursen (Energetische PT; Umgang mit hochstrittigen Paaren; Burnout und andere Lebenskrisen) sind noch Buchungen möglich. Das Programm ist im Internet zu finden ([www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)).

### **Honorare ...**

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hatte den hiesigen Niedergelassenen als bundesweit erste KV 2012 einen neuen Honorarverteilungsmaßstab beschert, über dessen Nachteile für Psychotherapeuten ich bereits im letzten Heft berichtete. Noch immer wissen die niedergelassenen PTs nicht, mit welchem Punktwert ihre nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen von Januar bis März letztlich vergütet werden. Und das wird Quartal für Quartal so weitergehen. Daran hatte auch alle Kritik seitens des Beratenden Fachausschusses nichts ändern können.

Andererseits erwies sich unser Widerstand gegen die Entscheidung des KV-Vorstandes, die Nachvergütungen für 2008 nicht allen Niedergelassenen zukommen zu lassen, sondern nur denen, die geklagt hatten, als nicht umsonst. (Wir hatten den KV-Vorstand sogar aufgefordert, dann künftig

Rücklagen für solche Fälle zu bilden.) Der bei der letzten Fachausschusssitzung verhinderte KV-Präsident Dr. Wolfgang Eckert bekam von unserem Rostocker DGVT-Mitglied Dr. Thomas Steinbüchel auf private Nachfrage hin eine ausführliche Stellungnahme zur Nachvergütungs-Frage zugesandt. (Ihm sei hier noch einmal ausdrücklich für sein Engagement gedankt!). Dies alles bewegte Dr. Eckert wohl letztlich dazu, die fragliche Vorstandsentscheidung zu revidieren und allen niedergelassenen KollegInnen die jeweiligen Nachvergütungen für 2008 freiwillig auszuzahlen. Pro Praxis waren das zuweilen über 1000 Euro. Wenn man das mal kurz überschlägt, dürfte das den KollegInnen landesweit mindestens eine größere fünfstellige Geldsumme eingebracht haben. Berufspolitik kann sich für alle lohnen!

Was aber folgt daraus für die Frage: Widerspruch einlegen oder nicht? Auch die aktuellen Quartalsabrechnungen enthalten Vorbehalts-Klauseln. Wir haben nun gelernt, dass es keinesfalls ein sicheres Recht auf Nachvergütung im Falle positiver Entscheidungen, z. B. von Schiedsgerichten, gibt. Auch wenn der KV-Vorstand fairerweise diesmal aus freien Stücken rückvergütete ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein, heißt dies nicht, dass er in Zukunft wieder so entscheiden wird. (Man hatte wohl eingesehen, dass die damaligen Vorbehalts-Formulierungen in den Quartalsabrechnung ein wenig missverständlich bis irreführend waren). Deswegen bleibt leider nichts anderes übrig, als weiterhin bei jeder Quartalsabrechnung mit Vorbehalts-Klauseln schriftlich Widerspruch einzulegen. Eine quartalsaktuelle Formulierungshilfe können Berufsverbands-Mitglieder (DGVT-BV) bei der Geschäftsstelle erhalten. Aufgrund steuerrechtlicher Bestimmungen darf der DGVT-Fachverband seinen Mitgliedern solche Dienste nicht anbieten. Anderenfalls würde er seine Gemeinnützigkeit verlieren. Hierfür ist nun der Berufsverband zuständig und kann diesen wichtigen Service anbieten. Wer noch dieses Jahr zusätzlich zur DGVT-

Mitgliedschaft dem BV beitrifft, zahlt drei Jahre niedrigere Beiträge!

### **Krisenintervention**

Ansonsten wirkte ich in einer Arbeitsgruppe „Krisenintervention“ des Beratenden Fachausschusses der KV-MV mit. Sie will Pilotprojekte (z. B. nach § 73c SGB V) vorbereiten, dass von Psychotherapeuten landesweit direkt mit Krankenkassen Verträge – vermittelt über die KV – abgeschlossen werden können. Hintergrund: Die Krisenintervention, die derzeit von Niedergelassenen angeboten wird (s. Formular „PTV 2“), verdient diesen Namen eigentlich nicht, denn sie setzt das volle Antragsverfahren voraus. Und das bedeutet ja im Regelfall: Nach Überweisung durch den Hausarzt (mehrere Wochen Wartezeit auf den dortigen Termin) Erstgespräch beim Psychotherapeuten (auch mehrere Wochen Wartezeit), dann Einleitung des Kurzzeittherapie-Antragsverfahrens (mehrere Wochen Warten auf Arzt-Konsil, dann auf Krankenkassen-Genehmigung), ... Die Zeit mit probatorischen Sitzungen zu überbrücken, ist eigentlich sinnwidrig, denn die schon gestellte Indikation ist „Krisenintervention“ und nicht „Probesitzung“. Korrekt im Sinne des gegenwärtig gültigen Procedere wäre also, vor weiteren Sitzungen erst die Genehmigung der Kassen abzuwarten. Wer trotzdem schon weitermacht, nimmt zum eigenen wirtschaftlichen Nachteil in Kauf, dass die indikationsfreie Probatorik deutlich niedriger vergütet wird als die Krisenintervention, die man dann inhaltlich schon macht. So gesehen kann bislang die Not der Klienten höchstens auf Kosten gutwilliger Kassen-Psychotherapeuten gelindert werden.

Und oft genug kommt es verständlicherweise dazu nicht. Die über die Jahre rasant angestiegenen Antidepressiva-Verschreibungen von HausärztInnen sprechen Bände. Ob es letztlich möglich sein wird, mittels eines Selektivvertrages neue Entwicklungsmöglichkeiten für diese - für PatientInnen, BehandlerInnen und Kassen - unbefriedigende Situation zu schaffen, erscheint mir allerdings ungewiss.

Die Arbeitsgruppe will deswegen auch auf der Selbstverwaltungs-Bundesebene die Schaffung einer eigenen EBM-Ziffer "Krisenintervention" anregen, die nach einem deutlich vereinfachten, kürzeren Bewilligungsverfahren abrechenbar sein sollte. Wenn aber nun bald die KBV mit einem Gesetzesentwurf zwecks Abtrennung der ambulanten Kassen-Psychotherapie aus dem Topf der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung große Politik machen will, dürfte sie für solche Kleinigkeiten wie eine bessere psychotherapeutische Krisenintervention keine Kapazitäten haben. Manchmal ist Berufspolitik eben auch sehr mühsam.

### **Info für Angestellte**

Infolge meines Rundschreibens zur letztjährigen OPK-Wahl hat sich ein Mail-Kontakt zu Brigitte Terner, einem angestellten DGVT-Mitglied in Schwerin, entwickelt. Nach einiger geduldiger Netzwerkarbeit wurde dann mit der Hilfe unseres OPK-Vorstandsbeisitzers für Mecklenburg-Vorpommern, dem DGVT-Mitglied Johannes Weisang, die Idee einer regionalen Informationsveranstaltung für Angestellte von der OPK übernommen und realisiert. Sie fand in Schwerin statt und war mit 40 angestellten PsychotherapeutInnen sehr gut besucht.

### **Geldsegen für Uniklinik Greifswald**

In den letzten Tagen konnte man in der Ostsee-Zeitung eine kurios anmutende Nachricht lesen. Unter dem Titel: „Helios-Gruppe beschenkt Greifswalder Uni“ erfuhr man, dass Helios den Vertrag von 1997 mit dem Greifswalder Universitätsklinikum über die Verlagerung von psychiatrisch-psychotherapeutischer Forschung und Lehre nach Stralsund versehentlich, aber rechtswirksam zum 20.4.2012 gekündigt hatte. Das Uniklinikum nahm, wohl freudig überrascht, an. Nervenkliniken gelten wegen der Tagespauschalen-Abrechnung als lukrativ. Helios versuchte den „Bürofehler“ Kündigung alsbald zurückzunehmen, die Chancen dafür gelten

aber als äußerst schlecht. Das Uniklinikum dürfe sich nun auf ca. 12,8 Mio. € jährlichen Umsatzzuwachs freuen.

### **Rostocker Reihe**

Ab dem Sommer wird die Landesgruppe hoffentlich die neuen Räumlichkeiten des DGVT-Ausbildungszentrums für Psychotherapie Rostock, Goethestr. 8, für weitere Veranstaltungen der "Rostocker Reihe" nutzen können. Unsere regionale Fortbildungsreihe war zwischenzeitlich ohne kostenfreie Räumlichkeiten im Winterschlaf. Nun suchen wir aber wieder KollegInnen, die über ein interessantes Thema referieren möchten. Den Auftakt bildet der Eröffnungsvortrag der Sommerakademie mit Christof T. Eschenröder. Also dann bis zur Landesgruppen-Versammlung am 21. Juni!

*Jürgen Friedrich  
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern  
Kontakt: mv@dgvt.de*

## **Niedersachsen**

### **Aus der Kammer**

Noch im Februar gab es für die Delegierten der DGVT in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen eine Veränderung: Nachdem Jens Niemann kurzfristig aus der Kammer ausgeschieden war, rückte ich für die Liste „Neue Kooperation KJP“ in die Delegiertenversammlung nach. Durch die Teilnahme an den Landesgruppentreffen und den Telefonkonferenzen und durch die Unterstützung der anderen DGVTler konnte ich mich gut in die berufspolitische Arbeit in der Psychotherapeutenkammer einarbeiten.

In den vergangenen Kammerversammlungen war es den Delegierten der DGVT zusammen mit unserem Bündnispartner, den Krankenhauspsychotherapeuten, immer wieder gelungen, wichtige Impulse zu setzen: So konnte auf unsere Initiative hin ein Ausschuss für Nachwuchsförderung etabliert werden. Als Tagesordnungspunkt für die

nächste Delegiertenversammlung hat dieser Ausschuss nun die Diskussion über Modelle der Praxiswertermittlung angeregt und wird diese vorbereiten.

Eine Erhöhung der Kammerbeiträge konnten wir leider nicht verhindern. Aber es ist uns ein zentrales Anliegen einer weiteren Erhöhung der Beiträge entgegenzuwirken. So ist es uns gelungen, dass eine Erhöhung der Reisekosten nur in Höhe eines Inflationsausgleiches erfolgte.

Als ein weiterer Kostenfaktor erweisen sich die stetig steigenden Beiträge zur Bundespsychotherapeutenkammer. Um diese einzugrenzen, haben wir uns dafür eingesetzt, einer kurzfristig von der Bundeskammer geforderten weiteren Erhöhung der Abgaben an die BPTK nicht nachzukommen. Auf unsere Initiative hin verabschiedete die Delegiertenversammlung der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer (PKN) eine Aufforderung an die Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT), der geplanten Beitragserhöhung nur bis zu einer Höhe von 5 EUR pro Kammermitglied zuzustimmen. Gefordert wird von der BPTK jedoch eine Erhöhung um weitere 2 EUR, also insgesamt 7 EUR, vor dem Hintergrund einer neuen Festlegung durch das Bundesfinanzministerium, die besagt, dass die Vorstandsmitglieder der BPTK höhere Steuerabgaben auf ihre Vorstandsbezüge leisten müssen. Die Erhöhung des Betrags um 5 Euro ist bereits im Haushalt der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer (PKN) berücksichtigt, so dass auf die Kammermitglieder keine höheren Beiträge zukommen, wenn es bei dieser Erhöhung bliebe.

Insgesamt habe ich nach meiner ersten Delegiertenversammlung einen sehr positiven Eindruck. Viele neue und interessante Themen und Abläufe mitzugestalten und das formale Procedere der berufspolitischen Arbeit zu erleben, empfand ich als junger, frisch approbierter Kollege als sehr spannend. Um so motivierender, da sich unsere Arbeit in Niedersachsen als so produktiv darstellt.

Die Landesgruppe organisiert sich jeden ersten Montag im Monat im Rahmen einer

Telefonkonferenz. Einmal im Quartal findet ein Treffen statt. Wer sich an unserer Arbeit beteiligen möchte, kann eine E-Mail an folgende Adresse schicken: [niedersachsen@dgv.de](mailto:niedersachsen@dgv.de)

### **Mitgliederversammlung**

Die nächste Mitgliederversammlung der Landesgruppe Niedersachsen soll am Freitag, 14.9.2012, stattfinden. Vorgesehen ist ein Workshop zum Thema Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. Für Anregungen sind wir immer offen. Bitte einfach eine E-Mail an die LandesgruppensprecherInnen bzw. die o.g. E-Mail-Adresse schicken.

*Florian Wasilewski*

*DGVT-Kammerdelegierter Niedersachsen*

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

## **Nordrhein-Westfalen**

### **KJP-Vernetzung**

Wir haben uns vorgenommen, den Mitgliedern in NRW regionale Angebote zu machen. Regionale Mitgliedertreffen hatte die Landesgruppe NRW bereits regelmäßig veranstaltet. Anstelle dieses offenen Austauschs laden wir in diesem Jahr zu drei Themenveranstaltungen in Köln ein.

Die erste Veranstaltung befasste sich mit „Kooperationen und Vernetzungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“. Das Treffen fand am 25. 4. 2012 im DOMFORUM in Köln statt. Referenten aus den verschiedenen Hilfesystemen stellten ihre Angebote und die Wege zu einer vernetzten Versorgung vor. Bei den Teilnehmenden an dieser Fortbildung zeigte sich ein großer Informationsbedarf in Bezug auf die institutionellen Angebote für Kinder und Jugendliche. Besonders die in der Ausbildung zum KJP befindlichen DGVT-Mitglieder machten deutlich, dass wir in der KJP-Ausbildung den Erfordernissen für institutionelle Beschäftigungen nachkommen müssen. Die nächste Veranstaltung

soll sich mit Tariffragen von Angestellten beschäftigen. Einladungen erfolgen über E-mail an die Mitglieder in NRW.

#### **Aus der Kammer**

Die Kammerversammlung diskutierte am 24. März ein Leitbild für die Psychotherapeutenkammer NRW. Das Leitbild soll eine einheitliche und nachvollziehbare Orientierung schaffen: für alle Kammerangehörigen, die Vertreter der Kammer, die Geschäftsstelle sowie die Öffentlichkeit. Es formuliert z.B. die Grundlagen des Berufs, die Aufgaben der beruflichen Vertretung durch die Kammer, die demokratische Verfassung der beruflichen Selbstverwaltung und die hohe wissenschaftliche Qualifikation der psychotherapeutischen Heilkunde. Das Leitbild soll das Selbstverständnis der Organisation verdeutlichen und ihre Werte und Prinzipien darstellen.

Der Kammerversammlung lag ein Entwurf für das Leitbild vor, der vom Vorstand im Januar und Februar entwickelt worden war. Er besteht aus einer Präambel und vier Kapiteln: der Beruf, die Psychotherapeutenkammer NRW, die Hauptaufgaben und die Organisation. Die Mitglieder der Kammerversammlung diskutierten den Entwurf detailliert in Workshops. Die Ergebnisse der Diskussion gehen jetzt in die weitere Entwicklung des Leitbildes ein.

In der Kammerversammlung und im Vorstand beteiligen wir uns aktiv an diesem Prozess, weil wir darin die Möglichkeit sehen, ein klares Profil der Kammerarbeit herauszuarbeiten und Grundpositionen so zu diskutieren.

*Johannes Broil  
Landessprecher Nordrhein-Westfalen  
Kontakt: nrw@dgv.t.de*

## **Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer**

#### **Delegiertenversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer**

Die 11. Delegiertenversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer fand am 23. März in Stralsund statt. Die Wahl eines weiteren Bundesdelegierten, die Änderung der Sachverständigen-Richtlinie und ein Beschluss zur künftigen Neufassung unserer Beitragsordnung standen an.

Vorstand und Geschäftsführung berichteten, dass mit dem Thüringer Gesundheitsministerium seit Dezember eine Vereinbarung zur Notfall-Psychotherapie besteht und dass im Februar diesen Jahres eine Schulung stattfand und nun 24 PsychotherapeutInnen für Notfälle bereitstünden. In Schwerin fand, wie schon zuvor einmal in Dresden, eine Informationsveranstaltung für angestellte approbierte Psychotherapeuten statt. Mit 40 Teilnehmerinnen war sie für mecklenburgische Verhältnisse (327 Kammermitglieder, davon rund 150 Angestellte) sehr gut besucht. Aus Brandenburg wurde berichtet, dass der Modellvertrag der gesetzlichen Unfallversicherung bezüglich psychotherapeutischer Versorgung nach Amokläufen sich mittlerweile auch auf das OPK-Curriculum Trauma-Psychotherapie als Kriterium beziehe. Die nächsten Länder-Informationsveranstaltungen des OPK-Vorstandes finden am 5.9. für Mecklenburg-Vorpommern in Rostock, am 6.9. für Brandenburg in Potsdam, am 19.9. für Sachsen, am 20.9. in Magdeburg für Sachsen-Anhalt sowie am 25.9. in Weimar für Thüringen statt.

In Leipzig fand am 7. März eine Fachtagung der OPK zur Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss müsse bis Sommer Beschlüsse fassen, die dann die Länder-KVen umzusetzen hätten. Neue Ländergremien für sektorübergreifende regionale Versorgungslösungen werden wohl eingerichtet. Sie haben allerdings nur beratende Funktion. Es ist unklar, ob die OPK in ihnen eine



Stimme haben wird. Eine gewisse inhaltliche Vorbereitung will die OPK im 4. Quartal 2012 mit einer Veranstaltung in Leipzig zu Modellen der „Gestufted Versorgung“ bieten. Solche wurden in Großbritannien, den Niederlanden und Schweden bereits realisiert und könnten irgendwann auch auf uns zukommen.

Ebenfalls in Leipzig fand ein erstes OPK-PiA-Treffen statt, 15 ostdeutsche Ausbildungszentren hatten PiA entsandt. Neben der Arbeitsgemeinschaft zur Entwicklung eines gemeinsamen Managements von Beschwerden über PiA-Therapien wurde von der OPK jetzt also auch ein direkter Kontakt zu den hiesigen PiAs initiiert. Ebenfalls eingeladen waren frisch Approbierte; es kamen 22. Sie wurden in die Kammerthemen eingewiesen und zu berufspolitischem Engagement motiviert. Aus dem Kreis der anwesenden PiAs wurden spontan erste ostdeutsche Vertreter für die PiA-Bundeskonferenz erkoren. Mehrere OPK-Delegierte regten in der Diskussion an, eine offiziellere Form der Beteiligung der ca. 1.000 ostdeutschen PiAs an der OPK zu suchen.

In die OPK-Sachverständigenliste konnten bislang 23 Antragstellende (von 33) neu aufgenommen werden. Unsere Sachverständigen-Fachkommission (Sprecher: Dr. Stefan Dauer) prüft mittlerweile auch für die NRW-Kammer Anträge. Künftig einmal jährlich bietet die OPK das Basismodul an, dazu noch zwei bis drei Spezialisierungs-Module. Das größte Interesse besteht an Familienrecht sowie an Straf- bzw. Vollstreckungsrecht.

Der Prüfungsausschuss Klinische Neuropsychologie konnte von 18 Anträgen bislang neun positiv bescheiden. Für die OPK-Psychotraumathepatie-Liste liegen bislang 45 Anträge vor, die größtenteils noch in Bearbeitung sind.

Die wissenschaftliche Referentin, Dipl.-Psych. Kerstin Dittrich, informierte über ihren neuen Arbeitsschwerpunkt "Entwicklungen der Integrierten Versorgung". Mittlerweile entstünden häufiger als anfangs Modelle zur Versorgung psychischer Störungen. Sie werde einen Kriterienkatalog als

Entscheidungshilfe sowohl für Interessenten wie auch für die politische Diskussion entwickeln.

Für das Psychotherapeutenjournal, die bundesweite Kammerpublikation, sei zwischen den Länderkammern nun eine neue vertragliche Konstruktion gefunden worden. Der OPK-Vorstand trage diese mit, wolle aber aufmerksam deren Tragfähigkeit im Auge behalten.

Die Neuregelung des Umsatzsteuergesetzes (§ 4 Nr. 26b UStG), nach der für die Entschädigungen der BPTK-Vorstände künftig wohl Umsatzsteuer anfallen wird, dürfte zu einer Erhöhung der BPTK-Abgaben führen. Vom BPTK-Vorstand werde wohl eine Beitragserhöhung verlangt werden, pro Kammermitglied sieben Euro. Nicht eingeplante Umsatzsteuer sowie die Auflage, mögliche Übergangsgelder für den Vorstand in die Rücklage einzustellen, würden diese Erhöhung ab dem Jahr 2013 nötig machen.

Der *Zweite ostdeutsche Psychotherapeutenstag* soll am 21. u. 22. März 2014 in Leipzig mit dem Leitthema "Therapeutische Beziehungen" stattfinden.

Der Mitgliederstand der OPK ist weiter gewachsen, wir haben aktuell 2.917 Mitglieder. So war ein weiterer OPK-Delegierter für die deutschen Psychotherapeutentage zu wählen. Es kandidierten Rüdiger Bürgel, KJP aus Thüringen, und Christoph Bosse, PP aus Mecklenburg-Vorpommern. Das Abstimmungsergebnis war denkbar knapp, auf Bosse entfielen 17, auf Bürgel 16 Stimmen, bei einer Enthaltung. Nun musste für Mecklenburg-Vorpommern ein neuer Vertreter anstelle von Christoph Bosse gewählt werden, Dr. Reininger wurde bei einer Enthaltung gewählt.

Der Entwurf zur Neufassung der Richtlinie der OPK zur Eintragung in die *Sachverständigenliste* wurde vorgestellt, diskutiert und einstimmig beschlossen. Hauptsächlich ging es bei den Neuerungen um die Einschränkung der Liste auf reine OPK-Mitglieder. So halten es wohl auch die anderen Länderkammern. Langfristig sollen die zwei in den Bundesländern realisierten un-

terschiedlichen Richtlinien evaluierend miteinander verglichen werden.

Die Weiterentwicklung unserer *Beitragsordnung* will die bisherige Aufteilung der Beitragsklassen nach Angestellten und Niedergelassenen durch eine reine Einkommensorientierung ersetzen. Der Maximalbeitrag bliebe weiterhin 450 €, in dieser Beitragsklasse befände sich, wer im Jahr 33.600 € oder mehr verdient. In der Beitragsklasse darunter (360 €, angestellte und verbeamtete Vollbeschäftigte, bislang ein Drittel der Mitglieder) fiele künftig, wer mehr als 26.880 € Einkünfte hätte. Das entspricht 100% der Bezugsgröße des aktuell durchschnittlichen Einkommens deutscher Rentenversicherungspflichtiger. Ändert sich diese Bezugsgröße des deutschen Durchschnittseinkommens, würden sich automatisch die Grenzen der Beitragsklassen ändern. In Beitragsklasse drei fiele, wer lediglich 20.160 € (60 %) überschreitet. Wenn das Jahreseinkommen darunter liegt, befindet sich in Beitragsklasse vier (180 €). Eine Änderung der Beitragshöhe hingegen könnte auch in Zukunft lediglich von der OPK-Delegiertenversammlung beschlossen werden. Von all dem soll unbenommen bleiben, dass man jederzeit Antrag auf Einzelfallentscheidung stellen könne. Wer keinen Einkommensnachweis führen möchte, käme automatisch in Beitragsklasse eins. Nach Einschätzung des Vorstandes sollte diese Beitragsordnung für die OPK tendenziell ertragsneutral sein. Die Delegiertenversammlung beauftragte den Vorstand einstimmig, die Beitragsordnung im vorgestellten Sinne auszuarbeiten demnächst zur Abstimmung vorzulegen.

Der *Ausschuss für Satzung und Geschäftsordnung / Berufsordnung und Berufsethik* wendet sich nach den Worten seines Vorsitzenden Johannes Pabel verstärkt berufsethischen Fragen zu. Diese wolle man auch in einem Workshop zum Kammer-Beschwerdemanagement einbringen. Der Ausschuss bat den Vorstand, das Thema „Status von PIAs in der OPK“ auf die Tagesordnung einer der nächsten Kammerversammlungen zu setzen, damit die Delegierten darüber inhaltlich diskutieren. Daneben

suche man weiter Ideen, wie es künftig zu mehr Kandidaturen bei unseren Kammerdelegierten-Wahlen kommen könnte. Eine Änderung der Wahlordnung sei aber nicht nötig.

Der *Ausschuss für die besonderen Angelegenheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* beschäftigte sich mit dem geringen Bekanntheitsgrad von KJP, dem anderen Krankheitskonzept, verschränkt mit Entwicklung und Erziehung und der stärkeren Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Punkt 1: Man habe mit der Überarbeitung einer Broschüre der Techniker Krankenkasse und der Ärztekammer in Thüringen begonnen. Punkt 2 und 3: Der Ausschuss denkt über alternative Versorgungsformen nach. Für ADHS z. B. gebe es viele Versorgungsmodelle ohne psychotherapeutische Versorgung, dabei liege von der KBV-Vertragswerkstatt hierzu ein guter Mustervertrag vor. Man wolle auch mit KollegInnen, die im Kostenerstattungsverfahren arbeiten, Kontakt aufnehmen. In der Diskussion wurde angeregt, auch auf die Ausbildungsinstitute zuzugehen.

Der *Schlichtungsausschuss* hatte erfreulicherweise wenige Fälle zu bearbeiten. Nachdem man einen Entscheidungsbaum „Beschwerdemanagement“ verfasst habe, wolle man sich nun einem neuen Schwerpunktthema widmen, der Problematik alkoholkranker Psychotherapeuten.

Der *Forschungsausschuss* berichtete von einer demnächst erscheinenden Publikation im Psychotherapeutenjournal zum Thema „Spezialisierung“. Man versuche, den Kontakt zu Forschungsausschüssen in anderen Landeskammern auszubauen. Es mussten einige Anfragen von Forschungsprojekten bearbeitet werden. Man wolle eine Kooperationsvereinbarung für Forschungsprojekte erarbeiten, um Forschungsvorhaben Dritter gegebenenfalls besser unterstützen zu können. Hauptsächlich widmete man sich aber den eigenen Projekten. Es erfolge eine weitere Datenauswertung des erhobenen Fragebogens bezüglich Angestellten/Beamten. Im nächsten Quartal soll eine Pilot-Befragung möglichst aller neuen PatientInnen der

Kammerdelegierten erfolgen. Ein kurzer Fragebogen sei fast fertig und werde alsbald verschickt. In der Diskussion wurde von den Delegierten ein großer Bedarf an empirischer fundierter Argumentation im Feld der Versorgungspolitik gesehen.

Für den *Angestellten-Ausschuss* berichtete Jürgen Golombek von der erfreulich gut besuchten Info-Veranstaltung in Mecklenburg. Man plane ein Informationsschreiben an Krankenhäuser wegen der Fortbildungspflicht unserer Mitglieder. Weiter soll eine Veranstaltung für leitende Psychotherapeuten durchgeführt werden.

Für den *Aus- Fort- u. Weiterbildungs-Ausschuss* schlug Dr. Thomas Guthke vor, einen einheitlichen Fortbildungsnachweis von allen OPK-Mitgliedern zu fordern. Dessen Kriterien sollten der Maximalvariante, der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht Niedergelassener, entsprechen. Transparenz, Übersichtlichkeit und Gleichbehandlung sprächen für eine solche Ausdehnung der berufsrechtlichen Fortbildungspflichten. In 2011 wurden übrigens 346 Akkreditierungen von Fortbildungsveranstaltungen geprüft (2010: 280). Eine Dauer-Akkreditierung hatten vergangenes Jahr 47 Veranstalter.

*Landes-Psychiatriebeiräte*: In Brandenburg engagieren sich einige OPK-Mitglieder in den verschiedenen Arbeitsgruppen: ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, gemeindepsychiatrische Versorgung, gerontopsychiatrische Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung. Zum Beispiel konnte die Empfehlung verhindert werden, Kliniken als Psychotherapie-Ausbildungspraxen anzuerkennen. Auch dem Ansinnen der Refinanzierung von Forensik-Ambulanzen aus Niedergelassenentöpfen konnte erfolgreich widersprochen werden. Fehlt in Brandenburg noch ein Landespsychiatrieplan, so ist er in Mecklenburg-Vorpommern bereits etabliert. In Sachsen hingegen stehe man im Psychiatriebeirat noch ziemlich am Anfang.

Aus der Arbeit in der *Bundespsychotherapeutenkammer* wurde am Beispiel des Patientenrechte-Gesetzentwurfs berichtet. Informationspflichten, Werbung, Aufklärung,

Dokumentations- und Einsichtspflichten, das sind die für uns wesentlichen Felder. Es sei etwas zu pauschal, dass Ärzte-Vertreter Ausnahmen von diesen Pflichten immer zuerst mit den Besonderheiten psychisch Kranker zu begründen versuchten. Die aktuelle Gesetzentwurfs-Formulierung zu den Einsichtspflichten, man solle im Zweifelsfall einfach nichts mehr aufschreiben, stehe klar im Gegensatz zu unserer Berufsordnung. Auf einem OPK-Workshop zum Beschwerdemanagement am 8.6. will man sich auch mit diesen Fragen beschäftigen, ebenso auf einem BPTK-Workshop am 29.9. Eine Kammerrechts-Klausurtagung wird sich mit Problemen der Kinder- und Jugendpsychotherapie beschäftigen und findet am 22.6. in Düsseldorf statt.

### **Vortrag: Hohe Prävalenzraten psychischer Störungen**

Zwei Impulsreferate kreisten um den Themenkomplex, wer bzw. wie viele Menschen künftig psychotherapeutisch zu behandeln sei. Den Anfang machte *Professor Dr. Frank Jacobi* von der Psychologischen Hochschule Berlin mit seinem Vortrag "Wie sind die hohen Prävalenzraten psychischer Störungen zu bewerten?". Er zeigte zuerst den Unterschied zwischen der Populationsprävalenz und der normalerweise in klinischen Forschungen berücksichtigten Behandlungsprävalenz auf. Eine adäquate Deskription z. B. der Depressionsprävalenz bietet zum Beispiel die Ein-Monatsprävalenz, sie beträgt ca. 6 %. Jacobis erste Hauptthese lautete: psychische Störungen gehören genauso zum Leben wie primär somatische Störungen. Auf diesem Hintergrund sollte man die Ein-Jahres-Gesamtprävalenz von 38,2 % 'Brain Diseases' sehen. Zudem bedeute nicht jede Diagnose automatisch einen Handlungsbedarf.

Der Eindruck einer gesellschaftlich insgesamt zunehmenden psychischen Morbidität entspringt wohl hauptsächlich einer Bedeutungszunahme des Psychischen im gesellschaftlichen Bewusstsein. Die Ergebnisse epidemiologischer Bevölkerungsstudien hin-

gegen seien über die Jahrzehnte recht stabil. Auch bedeute der starke Anstieg psychogener Frühberentungen insgesamt keine Kostenexplosionen, da zugleich die somatogenen Frühberentungen in noch größerem Maße zurückgingen.

Wichtiger als die Verfeinerung der Diagnosen sei die Betrachtung der Krankheitslast, die im Maß 'YLD' (Krankheitsbeeinträchtigte Lebensjahre) deutlich werde, diese gingen zurzeit zu 42 % auf psychische Erkrankungen zurück! Möglicherweise könnte man durch Investitionen in direkte Kosten (frühzeitige Behandlung) die lebenslangen (eher indirekten) Kosten in großem Maße senken. Insgesamt muss man sagen: "No health without mental health!".

### **Vortrag: Wen sollten die Psychotherapeut/innen behandeln?**

Den zweiten Vortrag hielt *Dr. med. Markus Pawelzik* von der EOS-Klinik Münster zum Thema "Wen sollten die Psychotherapeut/innen behandeln? Normative Aspekte der ‚diagnostischen Inflation‘. Er startete mit einer eher soziologischen These: Normen konstituieren Tatsachen. So könne eine Zunahme der Diagnose-Stellung z. B. davon abhängen, wie bewusst Hausärzten bestimmte Krankheitskonzepte bzw. wie bekannt einzelne Diagnosekriterien sind oder ob überhaupt ein effektives Behandlungsverfahren geläufig ist.

Ethische Imperative in der heutigen Heilkunde seien noch am ehesten die vier von Beauchamp und Childress postulierten Prinzipien der Benefizienz, Non-Malefizienz, Autonomie und Gerechtigkeit. Ressourcenverschwendung z. B. sei ungerecht. Auch praktisch sei die Frage „Wen behandeln?“ bereits vor jeder individuelle ethischen Abwägung existent, sie steckt z. B. in der definitorischen Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit oder in Übereinkünften, was als behandelbar gilt. Das in der heilkundlichen Ethik relativ neue Prinzip der Autonomie führt in logischer Konsequenz hin zum expliziten Vereinbaren von Behandlungsaufträgen. Das Vorenthalten einer ef-

fektiven Behandlungsmethode wäre somit ein Verstoß gegen das Non-Malefizienz-Prinzip. Das Gerechtigkeits-Prinzip führt dann wiederum hin zu Abwägungen zwischen Effektivität und Effizienz.

Für praktischere Antworten auf die Frage, wen Psychotherapeuten behandeln sollten, spielte Pawelzik eine ‚Stakeholder‘-Analyse durch. Um sich zu orientieren, sei für den Patienten zuerst die Frage wichtig: „Was habe ich, kann man’s behandeln?“, für den Therapeuten: „Kann und will ich das behandeln?“, für den Kostenträger: „Wie viele Mittel muss ich dafür einsetzen?“. Die Antworten auf diese Fragen bestimmen, was als Behandlungsbedarf zu Tage tritt. Für das Weitere wurde eine Art Motivationsanalyse herangezogen: Patienten mögen Kuscheltherapie und meiden Arbeitsaufwand meiden, Therapeuten mögen Erfolg und meiden Frustration, Kostenträger mögen Berechenbares und meiden hohe Ausgaben. Unterm Strich laufe das zusammen auf die Behandlung von YAVIS (young, attractive, intelligent, verbal, successful)-PatientInnen und MAVEZ (motiviert, änderungsbereit, vertrauensvoll, engagiert, zuversichtlich)-PatientInnen hinaus. Das passe zu Analysen von DGPPN-Repräsentanten, nach denen die Hausärzte mehr als zehnmal so viele, die Psychiater mehr als doppelt so viele Psycho-Diagnosen versorgen als es Psychotherapeuten tun. Hier stelle sich die Frage, warum die Psychotherapie nur einen Bruchteil der PatientInnen erreiche und welche Bias da selegiere.

Als Zwischenresultat sei festzuhalten, dass alle Stakeholder tendenziell unmoralisch bzw. interessensgesteuert sind. Insofern bedrohten die Psychotherapeuten ihre eigene Profession. Ethik und Moral fiele die Aufgabe zu, alle Stakeholder auf dem Weg des Guten und Rechten zu halten. Insofern sei zu fordern, dass die psychisch Schwerkranken besser psychotherapeutisch versorgt würden. Eine Selektion anderer Patientengruppen sei nur zu vertreten, wenn für diese größerer Behandlungserfolg nachgewiesen sei. Für die Forderung nach einer Ausweitung der psychotherapeutischen Versorgung gebe es

also nicht nur Pro-, sondern durchaus auch Contra-Argumente. Das britische Modell zeigt hingegen, dass nicht die Ethik, sondern allein der gesellschaftliche Rationalisierungsdruck Behandlungen nach dem ‚state of the art‘ durchsetze. Dort würden neuerdings z. B. wesentlich mehr Depressive psychotherapeutisch versorgt, allerdings mit max. 15 Sitzungen pro Patient. Neben der Heilkunde entscheiden der gesellschaftliche Wohlstand und die gültigen sozialen Standards in einem gesellschaftlichen sozialen Diskurs über die Behandlungsbedingungen. Auch unsere Krankheitskonzepte seien nicht nur biologisch, sondern auch sozial und lebensweltlich.

In einer allzu großen Moralisierung der Gesellschaft liege eine Gefahr, für die psychotherapeutischen Methoden seien hingegen die gesellschaftlichen Chancen unerkannt groß: gesundheitspsychologisch könne die große allostatistische Last der Gesellschaft gemindert werden, 60% unserer gesundheitlichen Morbidität gelten als primär verhaltensabhängig!

Mit einem solchermaßen geweiteten Horizont verabschiedeten sich die Delegierten ins schmale Rest-Wochenende.

*Jürgen Friedrich*

*Der Autor ist DGVT-Landessprecher in Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied der Kammerversammlung und Mitglied des Forschungsausschusses.*

## Rheinland-Pfalz

### Konstituierende Sitzung der Kammer

Die letzte Sitzung der „alten“ Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz war auch von ein bisschen Wehmut geprägt. Denn einige VertreterInnen verabschiedeten sich, darunter welche, sie schon im Errichtungsausschuss tätig gewesen waren, quasi „schon immer“ in der Vertreterversammlung waren und die Geschicke unseres Berufsstandes mitbestimmt hatten. Jürgen Kammler-

Kaerlein verabschiedete sich aus dem Vorstand, er wird für unsere TIMO-Liste aber weiter in der Vertreterversammlung präsent sein. Insofern markiert diese VV eine Zäsur für die Kammer in Rheinland-Pfalz. Vieles muss und wird sich nun verändern und wir wollen mit unseren fünf VertreterInnen, die von der TIMO-Liste in die VV gewählt worden sind, diesen Prozess mitgestalten.

Nach der Routine - Vorstands- und Geschäftsführungsberichte wurden vorgestellt, der Wirtschaftsprüfungsbericht diskutiert und der Vorstand sowie die Geschäftsführung entlastet – trat die neue Vertreterversammlung zu ihrer konstituierenden Sitzung nach der Wahl Anfang des Jahres zusammen. Vielen Dank an dieser Stelle nochmals allen, die unsere Liste TIMO gewählt haben. Alle, die uns nicht gewählt haben, werden wir mit unserer Arbeit in den nächsten fünf Jahren hoffentlich überzeugen können. 2017 ist die nächste Kammerwahl ...

Natürlich hätten wir gerne mehr Sitze bekommen und wir müssen daran arbeiten, dass wir beim nächsten Mal besser abschneiden. Die Erfolge der letzten Jahre wurden offenbar vornehmlich der DPtV zugeschrieben. Wir werden daran arbeiten, unsere Anteile an den Ergebnissen und unser Engagement besser zu transportieren. Wie in der Legislaturperiode davor, sind wir eine Koalition mit der DPtV-Liste eingegangen. Und wir denken, dass wir uns gut positioniert haben neben einer DPtV mit absoluter Mehrheit. Hier die Ergebnisse (angegeben ist, ob jemand DGVT-Mitglied oder Listenmitglied ist):

*Vorstand* (5 Mitglieder): Alfred Kappauf (Präsident), Andrea Benecke (DGVT, Vize), Gisela Borgmann-Schäfer (DGVT/GwG), Peter Andreas Staub, Udo Porsch (jeweils DPtV)

*Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag* (im Mai 5, ab November 6 Delegierte): Sabine Maur (DGVT, Vertreter Jürgen Kammler-Kaerlein, TIMO), Andrea Benecke (Vertreterin Gisela Borgmann-Schäfer, jeweils DGVT)

*Ausschuss Aus- und Weiterbildung* (5): Ulrike Löw, Marcus Rautenberg (jeweils TIMO)

*Ausschuss Finanzen* (4): Andreas Stamm (DGVt), Walter Roscher (TIMO)

*Ausschuss Angestellte* (5): Heike Jockisch, Jürgen Kammler-Kaerlein (je TIMO)

*Ausschuss Berufsordnung und Ethik* (3): Arne Bürger (TIMO)

*Ausschuss Fortbildung und QS* (3): Kristina Nehls, Inge Ruckes (je TIMO)

*Beirat mit der Landesärztekammer* (4): Annette Morawietz-Schäfer (TIMO)

Die VV zeigte eine klare Linie zwischen DPtV/TIMO und der Transparenz-Liste, deren Mitglieder bei allen Wahlen geschlossen gegen unsere KandidatInnen gestimmt haben (im Grunde ging jede Abstimmung mit 7 Gegenstimmen aus), unabhängig davon, ob man den/die Kandidat/in für geeignet hielt oder nicht. Wir haben dagegen zwei kompetente Kandidaten der Transparenz-Liste natürlich mit sehr großer Mehrheit gewählt. Wir sind der Meinung, dass es darauf ankommt, den Sachverstand der Mitglieder zu nutzen, unabhängig davon, welcher Liste der- bzw. diejenige angehört. Wir werden sehen, ob sich der Lagerwahlkampf nun die nächsten Jahre fortsetzt. Es wäre schön, wenn dies nicht so wäre.

Eine wichtige Information gibt es noch: Birgit Heinrich, „schon immer“ Geschäftsführerin der Kammer, verabschiedete sich ebenfalls in der VV. Sie hat offiziell ihr Ausscheiden zum 1.5. bekannt gegeben. Die Vertreterversammlung dankte ihr mit minutenlangem Beifall für ihre Unterstützung beim Auf- und Ausbau der Kammer zu dem, was sie heute ist. Am 20.4. fand die offizielle Verabschiedung im Kreise vieler Prominenter aus der Bundeskammer und der Landespolitik mit vielen gelungenen Reden statt, die das Wirken von Birgit Heinrich widerspiegeln. RA Hartmut Gerlach hat die Geschäftsführung kommissarisch übernommen, bis ein neuer Geschäftsführer gefunden ist. Um die Effektivität der Geschäftsstellen zu erhöhen, werden dort strukturelle Veränderungen vorgenommen, an denen wir wesent-

lich mitbeteiligt sind. Letztlich wird sich natürlich noch der neue Geschäftsführer in diesen Prozess einbringen.

*Andrea Benecke*

*Landessprecherin Rheinland-Pfalz*

*Kontakt: rlp@dgv.de*

## Schleswig-Holstein

### Pro und contra

### Weiterbildungsregelung Neuropsychologie

In der Kammerversammlung herrschten bekanntlich bislang recht unvereinbar erscheinende, weitgehend gegensätzliche Positionen bezüglich der Notwendigkeit bzw. Entbehrlichkeit einer Weiterbildungsregelung zur neuropsychologischen Therapie vor. Im Lichte des G-BA-Beschlusses vom November 2011 sah nun der Vorstand aber die dringende Notwendigkeit, in der Kammerversammlung eine offene Diskussion zu führen, wie die Kammer sich in dieser Frage angesichts des G-BA-Beschlusses zukünftig positionieren soll.

Als inhaltlichen Input ließ er zunächst den G-BA-Beschluss sowie die diesbezüglichen Auflagen und Prüfaufträge des BMG vom 30.1.2012 an den G-BA erörtern. Es wurde hervorgehoben, dass nach dem G-BA Beschluss ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie zukünftig gesetzlich Versicherten bei kognitiven und seelischen Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung als Kassenleistung zur Verfügung gestellt werden solle. Während die Feststellung, ob eine erworbene Hirnschädigung oder Hirnerkrankung als Indikation für eine neuropsychologische Diagnostik und Therapie vorliegt, definierten Ärztegruppen vorbehalten bleibt, werden als mögliche Leistungserbringer für die spezifische neuropsychologische Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung neben bestimmten Ärztegruppen auch Vertragspsychotherapeuten mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren und neuropsychologischer Zusatz-

qualifikation benannt. Die neuropsychologische Zusatzqualifikation muss dabei inhaltsgleich oder gleichwertig der Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landeskammer sein oder, soweit eine Weiterbildungsregelung nicht besteht, gemäß der Musterweiterbildungsregelung der BPTK.

Vor diesem Hintergrund konnte festgestellt werden, dass eine fehlende Weiterbildungsordnung Mitglieder der PKS H nicht von der Leistungserbringung ausschließe; PKS H-Mitglieder müssten dann nur die Qualifikationen gemäß Musterweiterbildungsregelung nachweisen. (Auch in den Psychotherapeutenkammern HH und Bayern sowie in sämtlichen Ärztekammern fehlt es aktuell ebenfalls noch an entsprechenden Weiterbildungsregelungen zur Neuropsychologie). Hieraus ergebe sich also keine Notwendigkeit, nun schnell eine entsprechende Weiterbildungsregelung zu verabschieden. Nachteil wäre allein, dass Mitglieder der PKS H einen entsprechenden Zusatztitel auch bei nachgewiesenen Qualifikationen nicht führen könnten.

In der Diskussion wurde weiter erörtert, dass das Heilberufekammergesetz die Einführung einer Zusatzbezeichnung (Weiterbildungsordnung) nur dann vorsieht, wenn diese im Hinblick auf eine „angemessene gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung“ „erforderlich“ sei. Erforderlichkeit setze zumindest voraus, dass durch eine entsprechende Weiterbildungsregelung eine angemessene Versorgung prognostisch auch wirklich erreicht werden könne. Hieran bestehen bislang in einem erheblichen Teil der Kammer und im Vorstand begründete Zweifel. Die Qualifikationsanforderungen (zwei Jahre Vollzeitweiterbildung, mindestens 400 Stunden Theorie und 100 Stunden Supervision) erscheinen so hoch, dass wohl kaum ein sozialrechtlich zugelassener Vertragspsychotherapeut mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren (nur diese gehören nach dem G-BA-Beschluss aktuell zu dem Leistungserbringerkreis) bereit sein dürfte, eine solche Weiterbildung in Angriff zu nehmen. Nach dem verkündeten Ergebnis einer von

der Kammer durchgeführten kurzfristigen Umfrage unter den Landeskammern, die schon eine entsprechende Weiterbildungsordnung verabschiedet haben, wurde deutlich, dass hier bislang ausschließlich KollegInnen nach Übergangsregelungen unter Nachweis früher erworbener Qualifikationen den Zusatztitel beantragt haben, aber kein Einziger die Weiterbildung nach den neuen Regelungen begonnen habe. Somit würde eine Weiterbildungsordnung analog zur Musterweiterbildungsregelung die Versorgung prognostisch gerade nicht sicherstellen, sondern eher behindern und wäre nach dem Heilberufekammergesetz gerade nicht „erforderlich“, müsste im Gegenteil sogar wieder aufgehoben werden (§ 33 Abs. 2). Auch das BMG teile offensichtlich diese Zweifel und habe mit Fristsetzung bis zum 31.7.2012 diesbezüglich konkrete Prüfaufträge an den G-BA erteilt.

Die Attraktivität einer eventuellen Weiterbildungsregelung hänge neben dem Aufwand, die notwendigen Qualifikationen zu erwerben, auch von den damit verbundenen (zusätzlichen) Erlösmöglichkeiten ab. Die Honorarziffern für die neu zu definierenden neuropsychologischen Leistungen zu Lasten der GKV sind aber noch gar nicht festgelegt. Hierzu gaben verschiedene Kammerversammlungsmitglieder unterschiedliche persönliche Einschätzungen ab und berichteten über verschiedene Gerüchte zu dieser Thematik. Einigkeit bestand aber darin, dass die Leistungen für den definierten Leistungserbringerkreis gänzlich unattraktiv wären, wenn die Honorarziffern deutlich unter denen für antragspflichtige Psychotherapie zurückbleiben sollten.

Dr. Heinz Liebeck, vom Vorstand zu dieser Thematik als Experte in den Bereichen Ausbildung und Leitlinien eingeladen, referierte zunächst über den Bedarf an neuropsychologischen Leistungen in Schleswig-Holstein und über die Entwicklung der in der Musterweiterbildungsregelung definierten Qualifizierungsstandards, verglich diese im weiteren mit Weiterbildungsregelungen zu Zusatzbezeichnungen im ärztlichen Bereich und arbeitete abschließend Redundanzen mit

der Psychotherapieausbildung nach dem Gegenstandskatalog des IMPP bzw. dem Psychologiestudium heraus. Er verwies auf die Thematik der Finanzierung von Weiterbildung vor dem Hintergrund bekannter eklatante Unterschiede in den Regelungen der Bezahlung zwischen ärztlicher Weiterbildung und Ausbildung zum PP/KJP.

Nach einer langen, angeregten, sehr konstruktiven und sachbezogenen Diskussion sprach sich die Kammerversammlung einstimmig dafür aus, den Fort- und Weiterbildungsausschuss zu beauftragen, bis November einen Entwurf einer eigenen Weiterbildungsregelung zu erarbeiten, der um Re-

dundanzen und überzogen erscheinende Anforderungen im Vergleich zur Musterweiterbildungsregelung reduzierte, inhaltlich aber begründbare Weiterbildungsstandards definiert. Dann solle die Kammerversammlung an dem konkreten Entwurf die Frage der Notwendigkeit oder Sinnhaftigkeit einer Weiterbildungsregelung zur neuropsychologischen Therapie weiter diskutieren. Die Entwicklung bleibt also spannend.

*Claudia Tiefert, Patrick Will, Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer  
LandessprecherInnen Schleswig-Holstein  
Kontakt: sh@dgvt.de*

<i>Online-Anmeldung!</i>	 DGVT Fort- und Weiterbildung
<b>Seminarreihe</b>	
<b>Weiterbildung in Lauftherapie zum/ zur LauftherapeutIn (DGVT)</b>	
<b>Nach neun erfolgreichen Lehrgängen startet im März 2013 der zehnte Kurs.</b>	
<p>Wer regelmäßig läuft, spürt, dass es ihm/ihr durch diese sportliche körperliche Betätigung physisch und psychisch besser geht. Da es inzwischen wissenschaftlich belegt ist, dass Laufen und Joggen neben den körperlichen auch umfassende positive psychische Effekte hat, ist diese Methode in vielen therapeutischen Institutionen ein fester Bestandteil der Behandlung.</p>	
<b>Termine:</b>	16.-17. März 2013 + 9 weitere Termine
<b>Ort:</b>	Würzburg
<b>Zielgruppe:</b>	Fachkräfte mit einer psychosozialen Ausbildung wie SozialpädagogInnen/-ArbeiterInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, Krankenpflegekräfte, PraktikerInnen in Rehabilitation und psychosozialer Arbeit
<a href="http://www.dgvt.de/programm.html">www.dgvt.de/programm.html</a>	



## Aus den Verbänden

### **GK II mahnt Anpassung der Psychotherapie-Honorare an**

Die im GK II zusammengeschlossenen Psychotherapieverbände wenden sich mit einem Brief an den Bewertungsausschuss mit der Bitte um Auskunft darüber, " ob eine Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen in den Jahren 2009 und 2010 bereits vorgenommen wurde und welches Ergebnis sie hatte bzw. wann eine solche Überprüfung geplant ist".

#### **Brief des Gesprächskreises der Psychotherapeutenverbände II an das Institut des Bewertungsausschusses vom 25. März 2012**

Sehr geehrter Herr Dr. Köhler, sehr geehrter Herr Dr. Partsch, sehr geehrter Herr Dr. Reschke,

in den letzten Monaten haben die Psychotherapeuten in den KVen eine Nachzahlung für das Jahr 2008 erhalten. Dies geschah aufgrund einer Überprüfung der Höhe der Kosten für eine psychotherapeutische Praxis aufgrund eines entsprechenden BSG-Urteils.

Mit dem Jahr 2009 wurde die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen durch einen Anpassungsfaktor auf eine bundesweit gleiche Höhe festgesetzt. Dabei wurde jedoch das o.g. Ergebnis der Überprüfung der Kosten nicht direkt umgesetzt, sondern eine Anpassung an den damals höchsten Punktwert für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen in der KVWL vorgenommen. Dadurch ergab sich für nahe-zu alle KV-Bereiche eine Verbesserung der psychotherapeutischen Stundensätze.

Unbeschadet dieser Maßnahmen bleibt jedoch die Notwendigkeit bestehen, auch für das Jahr 2009 sowie die folgenden Jahre festzustellen, ob die Vergütung der Psychotherapeuten angemessen im Sinne des SGB V sowie der BSG-Rechtsprechung ist, d. h.

ob mit einer optimal ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis ein Gewinn erwirtschaftet werden kann, der dem Gewinn der zum Vergleich herangezogenen fachärztlichen Praxen entspricht.

Die im GKII zusammen geschlossenen Verbände hätten nun gern Auskunft, ob eine solche Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen für die Jahre 2009 und 2010, für die schon alle Daten vorliegen müssten, bereits vorgenommen wurde und welches Ergebnis sie hatte, bzw. wann eine solche Überprüfung geplant ist.

Es ist die Meinung des GK II, dass die Überprüfung der Angemessenheit der Honorare möglichst zeitnah erfolgen muss. Diese Verpflichtung ergibt sich schon daraus, dass im Sozialrecht keine Zinsen für zu Unrecht einbehaltenes Honorar fällig werden.

Mit freundlichen Grüßen

*Doris Müller*

*Für die derzeit geschäftsführenden Verbände*

#### **Antwortschreiben von Matthias Sokoll, Abteilungsleiter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 17. April 2012**

*Überprüfung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die Jahre 2009 ff.*

Sehr geehrte Frau Müller,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 25. März 2012 an das Institut des Bewertungsausschusses, welches gemäß der Verfahrensabsprache an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses weitergeleitet worden ist. In diesem Schreiben bitten Sie um Informationen zum Sachstand der Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die Jahre 2009 und 2010.

Hierzu laufen derzeit die Berechnungen und innerärztlichen Beratungen. Nach deren Abschluss wird die Ärzteseiten den Sachverhalt im Bewertungsausschuss thematisieren. Einen genauen Termin für die Aufnahme dieser Beratungen können wir Ihnen leider zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht benennen.

Wir bedauern, Ihnen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine konkretere Nachricht zum Sachstand geben zu können und stehen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

*i. A.*  
*Matthias Sokoll*  
*Abteilungsleiter*

---

### **Jochen Schweitzer neues Mitglied im wissenschaftlichen Beirat**

---

(*ab*). Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers ist von der Bundespsychotherapeutenkammer als stellvertretendes Mitglied in den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 12 PsychThG berufen worden.

Schweitzer ist Diplom-Psychologe und approbierter Psychotherapeut für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche. Derzeit leitet er die Sektion "Medizinische Organisationspsychologie" im Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg und lehrt Systemische Therapie am Helm Stierlin Institut. Darüber hinaus ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF).

Er war viele Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik und in einer psychotherapeutischen Hochschulambulanz tätig. Seine bisherigen Forschungsprojekte befassten sich mit Spontanremissionen bei psychischen Störungen, mit Therapie dissozialer Jugendlicher, mit systemischer Therapie in der Akutpsychiatrie (SYMPA-Projekt), mit der Wirksamkeit systemischer

Therapie und mit der Wirksamkeit von Systemaufstellungen. Er ist Autor dreier Lehrbücher zur systemischen Therapie. Als Gründungsmitherausgeber der Zeitschrift "Psychotherapie im Dialog" hat er sich für einen intensiveren praxisnahen Austausch zwischen verschiedenen Therapieverfahren eingesetzt.

Mehrere Landespsychotherapeutenkammern und psychotherapeutische Fachgesellschaften, so auch die DGVT, haben Jochen Schweitzer vorgeschlagen. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Jochen Eckert an.

Der Wissenschaftliche Beirat hat vor allem die Aufgabe, Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung gemäß Psychotherapeutengesetz zu erstellen.

---

### **Rolf Rosenbrock neuer Vorsitzender des Paritätischen**

---

(*wd*). Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (66), der auf der Mitgliederversammlung des Paritätischen am 26. April 2012 in Potsdam zum 1. Vorsitzenden gewählt wurde, ist seit mehr als 35 Jahren in der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Gesundheitsforschung tätig. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehört die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Seit 1995 leitet er die Forschungsgruppe „Public Health“ im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB) Berlin.

Dem Paritätischen und seinen Mitgliedsorganisationen ist Prof. Rosenbrock seit Jahrzehnten eng verbunden, u.a. durch sein Engagement für die Deutsche AIDS-Hilfe sowie als Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg, die jährlich den Kongress „Armut und Gesundheit“ organisiert. In vielfältigen Funktionen war er als politischer Berater aktiv, u.a. als Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sowie aktuell als Vorsitzender des wissenschaftlichen

Beirates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Mitglied in der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

In seiner Antrittsrede kündigte Prof. Rosenbrock an, das Profil des Verbandes als „Wächter in sozialen Fragen“ weiter schärfen zu wollen: „Das Lebensthema meiner Arbeit ist die Verminderung sozial und gesundheitlich bedingter Ungleichheit von Lebenschancen und die Förderung von Teilhabe. Ich habe dazu auf nahezu allen Feldern der Sozialpolitik und der Gesundheitsförderung gearbeitet. Gesundheitsförderung heißt für mich ganz allgemein vor allem Selbsthilfe und Hilfe zur Selbsthilfe – zur Entfaltung der eigenen Potenziale und damit zur Vermehrung von Teilhabe. Gute Gesundheitspolitik geht in meinem Verständnis über gute Krankenversorgung und die Verhütung einzelner Krankheiten hinaus; und gute Sozialpolitik als Wohlfahrtspflege ist immer auch gute Gesundheitspolitik“.

„Wir erleben einen Prozess wachsender Spaltung, zugleich lockern sich soziale Bindungen und Netze, das gesellschaftliche Bindegewebe erodiert. Darauf kann sinnvoll nur in Vielfalt geantwortet werden und das ist die besondere Stärke des Paritätischen. Es ist sein Auftrag, Vielfalt nicht nur als Element lebendiger Demokratie wertzuschätzen, sondern sie zu entwickeln, fruchtbar zu machen und die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern. Daran mitzuwirken und für eine inklusive, solidarische Politik zu werben, das interkulturelle Verständnis auszubauen und Teilhabe und Selbstgestaltung zu fördern, ist mein Anliegen“.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband ist mit über 10.000 selbstständigen Mitgliedsorganisationen einer der größten Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland.

## **Diotima-Preis für Dietmar Schulte**

(ab). Prof. Dr. Dietmar Schulte (Schwerte) ist auf dem Deutschen Psychotherapeutentag am 11. Mai 2012 in Berlin mit dem Diotima-Preis ausgezeichnet worden. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Dr. Rainer Richter, würdigte Schultes besondere Verdienste um die wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie und die Weiterentwicklung des Psychotherapeutenberufs. Schulte ist DGVT-Mitglied seit der ersten Stunde und war Vorsitzender des DBV (Deutscher Berufsverband der Verhaltenstherapeuten), einer der Vorgängerverbände der DGVT. Die DGVT freut sich mit ihm über die Ehrung.

Dietmar Schulte studierte von 1964 bis 1968 Psychologie an der Universität Münster. Von 1968 bis 1974 war er als wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung für Klinische Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Lilly Kemmler tätig. 1974 erhielt er den Ruf auf den neu eingerichteten Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum, wo er bis zu seiner Emeritierung 2009 wirkte. Dietmar Schulte gilt als einer der Pioniere der Verhaltenstherapie und der empirischen Psychotherapieforschung in Deutschland. In seinen Studien widmete er sich insbesondere der Behandlung von Angsterkrankungen und der Therapieprozessforschung. Seine Arbeiten zur Problemanalyse und zur Therapieplanung zählen zur den Standardwerken der Klinischen Psychologie.

Dietmar Schulte war maßgeblich an der Entwicklung und dem Zustandekommen des Psychotherapeutengesetzes 1998 beteiligt. Von 1999 bis 2011 wirkte Prof. Schulte im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie mit, dessen Arbeit er auch als Vorsitzender von 2005 bis zu seinem Ausscheiden 2011 stark prägte.

Der Diotima-Ehrenreis der deutschen Psychotherapeutenchaft wird einmal im Jahr an Personen oder Organisationen verliehen, die sich in besonderem Maß um die Versorgung psychisch kranker Menschen

verdient gemacht haben. Der Preis ist nach Diotima aus Mantinea benannt, einer mythischen Priesterin der Antike. Sie gilt als Lehrerin des Sokrates, die ihn dazu inspirierte, als erster Philosoph die Seele des Menschen

in den Mittelpunkt seines Denkens und Lehrens zu stellen.

*Quelle: Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer*

## WEITERBILDUNG MEDIATION

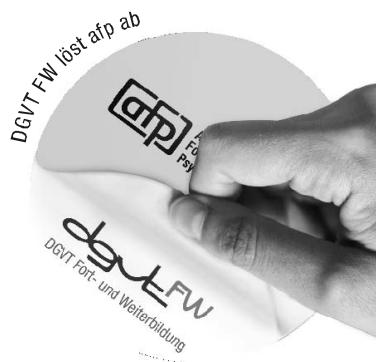
### Dreiteilige Seminarreihe - anrechenbar für die Ausbildung zum/ zur Familienmediatorin (BAFM)

Die Weiterbildung soll in die Praxis der Familien-Mediation einführen. Dabei werden die Grundlagen der Mediation vermittelt sowie zwei Vertiefungen angeboten. Die TeilnehmerInnen sollen nach Abschluss der Weiterbildung in der Lage sein, einen Überblick über die wichtigsten Prozessstufen, Methoden und Techniken der Mediation zu haben, mediative Elemente in der eigenen Arbeit einzubauen, sowie begrenzte Konflikte in der Praxis medieren zu können.

**Lehrgangleitung:** Heiner Krabbe

**Termine:** 21.-23. Februar 2013  
18.-20. Juli 2013  
10.-12. Oktober 2013

**Ort:** Münster



**dgvt FW**  
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

[www.dgvt-fortbildung.de](http://www.dgvt-fortbildung.de)

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### Perspektiven für die ambulante Psychotherapie Informationen für unsere Mitglieder zur Niederlassung

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) bietet nur wenige konkrete Ansatzpunkte für Veränderungen, die die psychotherapeutische Versorgung unmittelbar verbessern könnten. Dennoch – die Sicherstellung einer angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung ist im neuen Gesetz vorgesehen. Wie diese Vorgaben umgesetzt werden können, ist derzeit noch vollkommen unklar. Psychotherapie-Patienten in Deutschland sehen sich laut aktueller Daten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) mit einer durchschnittlichen Wartezeit von über zwölf Wochen auf ein Erstgespräch (nicht den Beginn der Psychotherapie!) konfrontiert.

#### **BPtK fordert 4000 zusätzliche Sitze**

Die BPtK hat dies nun zum Anlass genommen, für die psychotherapeutische Versorgung insbesondere im ländlichen Raum 4000 neue Sitze für PP/KJP zu fordern. Diese aktuelle Forderung wird in diesem Jahr in den Verhandlungen mit der Politik eine große Rolle spielen. Auch die Psychotherapeutenverbände, die bereits im vergangenen Jahr die Dringlichkeit einer Versorgungsverbesserung gemeinsam mit der BPtK angemahnt hatten, werden sich diesen Zahlen anschließen können. 4000 neue Sitze bundesweit bedeuten aus Sicht der BPtK einen zusätzlichen finanziellen Bedarf für Psychotherapie von 300 Mio. Euro. Um die Relationen zu verdeutlichen, einige Zahlen: aktuell werden 28,7 Milliarden Euro jährlich für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung insgesamt ausgegeben. Davon 1,4 Milliarden Euro für psychotherapeuti-

sche Behandlungen (das sind 4,9 %). Im Jahr 2010 gaben die Krankenkassen zusätzlich für Psychotherapien im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens 30 Mio. Euro aus, Tendenz: steigend.

Würde die Forderung umgesetzt, könnten sich Wartezeiten für Patienten sukzessive verringern, und junge KollegInnen könnten in die GKV-Versorgung neu aufgenommen werden. Darunter sicher eine Vielzahl an KollegInnen, die derzeit in Privat- bzw. Kostenerstattungs-Praxen auch GKV-Patienten mit versorgen, denen das KV-System keine zeitnahe Versorgung zur Verfügung stellen kann.

#### **Kostenerstattung**

Die Psychotherapie in der Kostenerstattung wird, bis eine flächendeckende Versorgung sichergestellt ist, das Mittel der Wahl sein, um Versorgungsmängel des KV-Systems aufzufangen. Versicherten steht bei Vorliegen eines sog. Systemversagens („eine Krankenkasse konnte eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen, vgl. § 13 Abs. 3 SGB V“) ein Anspruch zu, sich die Kosten für eine notwendige, selbst beschaffte Leistung von ihrer Krankenkasse erstatten zu lassen.

Mitglieder des DGVT-Berufsverbands erhalten umfassende Informationsangebote, wie ein Einstieg ins sog. Kostenerstattungsverfahren gelingen kann (Formulare für die Antragstellung, Infoblätter, Mailingliste Kostenerstattung sowie individuelle Beratung durch die DGVT-Geschäftsstelle). Derzeit sind ca. 500 KollegInnen auf unserer Mailingliste vernetzt.

#### **Sonderbedarfszulassung**

Die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 24.6.2010, Az.: B 6 KA 22/09 R) bietet Ansatzpunkte für Kolle-

gInnen, Sonderbedarfsanträge zu stellen. Im großräumigen Planungsbezirk kann unter Hinweis auf eine qualitative Unterversorgung in Bezug auf ein bestimmtes Richtlinien-Verfahren ein entsprechender Antrag erwogen werden.

Das GKV-VStG sieht zudem vor, dass die Vorgaben zum Sonderbedarf zukünftig präziser gefasst werden sollen. Damit soll die Zulassung im Wege des Sonderbedarfs erleichtert werden. Das Gesetz besagt, dass der „Sonderbedarf als Mittel der Feinsteuerung der Versorgung“ aufzufassen ist. Sonderbedarfszulassungen wurden bislang nur in engem Rahmen erteilt und insbesondere für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Ob sich weitere Tatbestände ergeben können, die von den Zulassungsausschüssen akzeptiert werden (z.B. Sonderbedarf für die Behandlung von MigrantInnen), wird sich zeigen. Die derzeitige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sieht hier bisher noch sehr enge Schranken vor.

Sonderbedarfszulassungsmöglichkeiten sind neuerdings auch für die neuropsychologische Therapie entstanden, allerdings ist in diesem Rahmen keine Richtlinien-Psychotherapie abrechnungsfähig. Inwieweit hiermit wirtschaftlich auskömmliche Praxen aufgebaut werden können, wird sicherlich von der Festlegung der EBM-Ziffern abhängen (steht derzeit noch aus, vgl. Artikel zur Neuropsychologie in dieser Zeitschrift).

Mitgliedern des DGVT-Berufsverbands stehen umfassende Unterlagen zur Antragstellung auf Sonderbedarfszulassung zur Verfügung. Diese können bei der DGVT-Geschäftsstelle angefordert werden.

#### **Neue Auswahlkriterien beim Praxis-Nachbesetzungsverfahren**

Zudem wurden durch das GKV-VStG die Auswahlkriterien im Nachbesetzungsverfahren (Praxisverkauf) erweitert. Als Kriterium für einen Vorrang eines Bewerbers gegenüber anderen Bewerbern gelten nun auch eine fünf Jahre dauernde Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet sowie die Erfüllung

besonderer Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung des Sitzes definiert sein müssen. Für KollegInnen, die Kinderbetreuungszeiten vorweisen können, ergeben sich neue Spielräume: das Kriterium „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ wird um Zeiten verlängert, in denen Kinder erzogen wurden.

Das Bundessozialgerichts (BSG) hat zudem das Kriterium Approbationsalter (§ 103 Abs. 4 SGB V): im Rahmen des Praxis-Nachbesetzungsverfahrens relativiert: *„Die Kriterien Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit zielen darauf ab, einen gewissen Erfahrungsstand und den dadurch erworbenen Standard zu berücksichtigen; dieser dürfte in den meisten ärztlichen Bereichen nach ca. fünf Jahren in vollem Ausmaß erreicht sein, so dass das darüber hinausgehende höhere Alter eines Bewerbers und eine noch längere ärztliche Tätigkeit keinen zusätzlichen Vorzug mehr begründen.“* Diese Rechtsprechung stellt einen wichtigen Beitrag zur Generationengerechtigkeit dar.

#### **177 zusätzliche Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ab 2013**

Eine bereits definitiv beschlossene Verbesserung der Versorgung steht ab Januar 2013 an: eine Nachbesserung der sog. KJP-Mindestquote bringt ab 2013 bundesweit 177 neue Sitze für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16.2.2012 beschlossen. Das Gesetz zur Mindestquote, das zum 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist, und das einen Mindestanteil von 20 Prozent der niedergelassenen Psychotherapeuten, die „ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln“ vorsah, kann damit endlich vollständig umgesetzt werden. Die Landesausschüsse hatten in fast allen KVen bei der Neuberechnung der Sitze KollegInnen, die sowohl als „Psychologischer Psychotherapeut“ als auch „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ zugelassen sind, mit einem Faktor 0,5 als Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, hinzugerechnet. Das führte dazu,

dass insgesamt zu wenige neue Sitze geschaffen wurden.

Auf die neuen Sitze werden sich sowohl KJP als auch PP (mit Behandlungserlaubnis für Kinder und Jugendliche) bewerben können. Allerdings steht derzeit noch nicht fest, in welchen Planungsbezirken Ausschreibungen stattfinden werden. Zuvor müssen innerhalb des Jahres 2012 von den einzelnen KVen die Vorgaben des GKV-VStG umgesetzt werden. Dieses Gesetz hat dem G-BA aufgegeben, die Bedarfsplanungs-Bezirke zum 1.1.2013 neu zu definieren mit dem Ziel, eine „flächendeckende ambulante Versorgung“ sicherzustellen. In diesem Zuge werden die Verhältniszahlen Einwohner/Psychotherapeuten bundesweit neu berechnet. Und dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Berechnung der 20 %-Mindestquote und die Verteilung der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in den einzelnen Planungsbezirken.

Die ab 1.1.2013 neu zu ermittelnden Praxissitze werden auch von PP/KJP besetzt werden können, die zum Zeitpunkt der Bewerbung bereits eine Zulassung in einem anderen Planungsbezirk haben. Die im Jahr 2009 in Kraft getretene Regelung des G-BA sah zunächst vor, dass Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits in einem Planungsbereich zugelassen waren, und nach Wegzug aus dem Planungsbereich eine erneute Zulassung aufgrund der Mindestquote beantragten, erst nach einer sechsmonatigen Karenzfrist einen Antrag auf Zulassung stellen konnten. Dieser § 47 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist nun ersatzlos weggefallen (aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 16.2.2012).

*Kerstin Burgdorf*

#### **Praxisorganisation – Angebote für unsere Mitglieder**

Den Mitgliedern des DGVT-Berufsverbands bieten wir einen umfangreichen Service an.

#### **Kooperationsformen**

Sie erhalten bei der DGVT-Geschäftsstelle u.a. Vertragsbeispiele für Ihren Praxisalltag:  
Anstellungsvertrag  
Praxisgemeinschaftsvertrag  
Mietvertrag (Praxisräume)

#### **Abrechnungsfragen**

Fragen zum EBM oder zur Abrechnung in der Privaten Krankenversicherung behandelt das DGVT-EBM-Infopaket. Die Broschüre umfasst 30 Seiten und bietet Übersichten zu den einzelnen EBM-Ziffern, einen „ICD 10-Spicker“ und es beinhaltet auch eine instruktive Zusammenstellung der abrechnungsfähigen GOP-Ziffern. Bei Interesse kann das EBM-Infopaket bei der DGVT-Bundesgeschäftsstelle bestellt werden (18 €). Bestellungen richten Sie bitte direkt an [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de).

Als Mitglied des DGVT-BV erhalten Sie kostenfreie individuelle berufsbezogene Beratung per Telefon oder per Mail: Tel. 07071 9434-10 oder [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de).  
**Sprechzeiten: Di + Do, 14.00 – 15.30 Uhr und Mi, 10.00 – 11.30 Uhr**

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

(kb). Weiterhin empfehlen wir unseren Mitgliedern, regelmäßig Widerspruch gegen die Honorarbescheide einzulegen. Die Empfehlung gilt, solange die Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten nicht wenigstens dem sog. kalkulatorischen Arztlohn gem. EBM entspricht. Sie dokumentieren mit Ihrem Honorarwiderspruch, dass das Gebot der Honorargerechtigkeit (Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) noch durch einen entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses nachvollzogen werden muss. Psychotherapeuten können derzeit bei

maximaler Praxis-Auslastung einen Überschuss von ca. 85.000 Euro erzielen, der dem EBM zugrunde liegende kalkulatorische Arztlohn liegt bei etwa 105.000 Euro.

Mit einem schriftlichen Honorarwiderspruch innerhalb der jeweils einmonatigen Widerspruchsfrist sichern Sie sich einen eventuellen Nachvergütungsanspruch. In der Vergangenheit erhielten KollegInnen in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen nur dann eine Nachvergütung, wenn für das entsprechende Abrechnungsquartal ein schriftlicher Widerspruch eingereicht worden war.

Den jeweils aktuellen Widerspruchstext erhalten Mitglieder des DGVT-Berufsverbands bei der Geschäftsstelle.

### **Für DGVT-Mitglieder zu Sonderkonditionen:**

#### **ROLAND KompaktPlus: „Bester Rechtsschutz“ bei Focus Money**

Die Zeitschrift Focus Money hat in ihrer Ausgabe 11/2012 die Premium-Rechtsschutz-Tarife von 21 Anbietern getestet. Das Ergebnis: Der KompaktPlus-Rechtsschutz von ROLAND bietet den besten Premium-Rechtsschutz.

Die Pluspunkte **speziell für Ihre Berufsgruppe:**

- Universal-Straf-Rechtsschutz für PP/KJP auch bei Vorsatzvorwürfen
- Sozial-Rechtsschutz (auch Regressverfahren der Krankenversicherung) mit Widerspruchsverfahren
- Steuer- und Verwaltungs-Rechtsschutz mit Widerspruchsverfahren
- Praxisvertrags-Rechtsschutz ab Gericht inklusive Versicherungsvertragsstreitigkeiten
- Disziplinar- und Standes- Rechtsschutz

**Gothaer Versicherungsbüro für die DGVT:**

**Hauptgeschäftsstelle Rolf Richter**

Neckarkanalstr.73, 71686 Remseck – Tel.:07146 / 9925939 Fax: 9925940

**e-Mail: Rolf Richter@gothaer.de**



**Ihr Briefkopf****An die  
Kassenärztliche Vereinigung ...**

..... Datum

**Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal ...**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen den Honorarbescheid XXX ein. Die Einlegung des Widerspruchs erfolgt zur Fristwahrung. Der Widerspruch richtet sich gegen die aktuelle Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und dient zur Aufrechterhaltung sich ggf. daraus ergebender Honoraransprüche.

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

## Alles was Recht ist . . .

### Was zu tun ist bei Therapeutenwechsel und Verfahrenswechsel

**Wir beantworten rechtliche  
Fragen unserer Mitglieder**

#### Frage:

„In unserem Qualitätszirkel stellt sich immer wieder die Frage nach der Genehmigung von Therapiestunden durch die Krankenkasse bei *Therapeutenwechsel*. Wie ist hierzu die rechtlich verbindliche Regelung? Die Krankenkassen handhaben diese Fälle sehr unterschiedlich. Auch gibt es unterschiedliche Erfahrungen damit, im *Zwei-Jahres-Zeitraum* erneut einen Therapieantrag mit anderer Diagnose oder *Wechsel des Verfahrens* zu stellen.“

#### Antwort:

Zunächst ein grundsätzlicher Hinweis: Die weit verbreitete Auffassung, dass es einen Zwei-Jahres-Zeitraum gebe, innerhalb dessen keine neue Therapie beantragt werden darf, ist nicht zutreffend! Versicherte haben einen Anspruch auf Behandlung, auch wenn sie unmittelbar nach einem Behandlungsende wieder erkranken. *Es gibt hier keine Wartezeiten, die einzuhalten wären.*

Die Regelungen über die Antragstellung einer Psychotherapie finden sich in der Psychotherapie-Vereinbarung. In § 11 Abs. 4 PT-Vereinbarung wird der immer wieder diskutierte Zwei-Jahres-Zeitraum zwar erwähnt. Es ist in § 11 Abs. 4 jedoch lediglich geregelt, dass die Therapie *auf jeden Fall gutachterpflichtig* ist, sofern sie nach Abschluss einer vorausgegangenen Therapie in einem Zeitraum von zwei Jahren neu beantragt wird. Die Gutachterpflicht gilt auch dann, wenn der neue Therapeut von der Kurzzeit-Gutachterpflicht befreit ist.

**Es gibt in der Praxis der Krankenkassen zwei Varianten im Falle eines Therapeutenwechsels:**

1. Der neue Therapeut führt die probatorischen Sitzungen durch und kann vom vorhergehenden Therapeuten die bereits bewilligten „Reststunden“ *übernehmen*.
2. Der neue Therapeut *stellt einen neuen Antrag* (wir haben gesehen: innerhalb der Zwei-Jahres-Frist stets gutachterpflichtig, auch wenn der Therapeut ansonsten von der Gutachterpflicht befreit sein sollte). Der Patient erhält die üblichen Kontingente (25 + 20 + 15).

Die erste Variante wird von den Krankenkassen häufig angeboten. Diese Übung der Krankenkassen, bei einem Therapeutenwechsel nur sog. Restkontingente zu verteilen, ist aber im Grunde unzulässig. Bei einer neu beantragten Therapie stehen wieder die üblichen Stundenkontingente und Bewilligungsschritte gemäß § 23 b Psychotherapie-Richtlinie komplett zur Verfügung (sofern entsprechend neu bewilligt). Dass die Krankenkassen hier den Therapeuten gerne insofern entgegenkommen, indem sie auf einen (zeitaufwändigen) Antrag verzichten, damit aber die Konsequenz verbinden, dass nur noch die restlichen Stunden der vorherigen Therapie ausgeschöpft werden können, ist sicher zum Nachteil der Patienten. Dies kann man vermeiden, indem man einen neuen Therapie-Antrag stellt.

*Dasselbe gilt im Übrigen auch für einen Verfahrenswechsel.*

Noch ein Hinweis: Falls bei erneuter Erkrankung nach Abschluss einer bewilligten Psychotherapie zunächst kein neuer Antrag gestellt werden soll, kann (insbesondere zur Rückfallprophylaxe) ohne Neuantrag mit der EBM-Gesprächsziffer 23220 abgerechnet werden (je 10 Minuten, bis zu 15 Mal im Quartal).

*Kerstin Burgdorf*

## **BFH: Fahrtkosten bei Studium und Weiterbildung voll abzugsfähig**

(*kb*). Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in einem Urteil entschieden, dass die Fahrtkosten zur Universität oder zu einer Weiterbildungseinrichtung künftig in voller Höhe von der Steuer abgesetzt werden können (BFH, Urteil v. 9.2.2012, Az.: VI R 44/10). Nach der bisherigen Rechtsprechung waren Fahrten zwischen der Wohnung und einer Bildungseinrichtung nur in Höhe von 30

Cents je Entfernungskilometer als Werbungskosten abziehbar (analog zum Weg zur Arbeit).

Fahrtkosten von Studentinnen und Studenten zur Hochschule (Universität) oder einer anderen Bildungseinrichtung sind somit zukünftig nicht mit der Entfernungspauschale, sondern in tatsächlicher Höhe als *Werbungskosten* (wie bei Dienstreisen) zu berücksichtigen. Die Aufwendungen können laut Gericht allerdings nur dann steuerlich berücksichtigt werden, wenn die Kosten auch tatsächlich angefallen sind.

### **Bereicherung der therapeutischen Arbeit**



### **Kreativtherapie (DGVT)**

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

**Termine:** 13.-14. Oktober 2012  
10.-11. November 2012  
26.-27. Januar 2013

**Ort:** Rostock

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

## Tagungsberichte

### Im Dialog: DDPP engagiert sich für benachteiligte Patienten

#### Zweiter Kongress des jungen Verbandes: Therapie für Menschen mit Psychosen?

Der zweite Kongress des Dachverbands Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) im Mai in Berlin stand unter einem provokanten Motto: Es ging um die Frage, ob Psychotherapie für alle Menschen, die unter einer Psychose leiden, erstrebenswert oder gar notwendig ist. Im Vorfeld hatten sich nur ca. 10 Personen für die drei Arbeitsgruppen angemeldet, erschienen sind dann aber ca. 60 Personen, was die Ausrichter einerseits positiv überraschte und andererseits zu Raumproblemen führte, da die vorbereiteten Seminarräume für die anwesende Personenzahl eigentlich zu klein waren. Doch das tat dem Diskussionsdrang der Teilnehmenden keinen Abbruch. Die DGVT war, wie bereits bei den früheren Treffen, in allen Arbeitsgruppen vertreten.

Die *AG Aus-, Fort- und Weiterbildung* versuchte eine Zusammenfassung der Aktivitäten in diesem Bereich zu erstellen sowie die bereits bestehenden Master-Studiengänge zu erfassen, die sich dem Thema „Psychosenbehandlung“ ganz speziell widmen (Berlin, Magdeburg, München). Die Befragung in verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsinstituten stieß bislang auf wenig Resonanz, soll aber fortgeführt werden. Ziel ist es, mittelfristig Angebote von Seiten des DDPP an die Aus- und Weiterbildungsträger zu machen.

Die *AG Forschung* hat sich stark mit der Homepage beschäftigt, da hier aktuelle Forschungsaktivitäten im Bereich der Psychosenbehandlung eingestellt werden sollen. Dabei sind noch viele Fragen unbeantwortet, etwa ob alle eingehenden Projekte veröffentlicht werden sollen oder ob bestimmte Projekte nur in einem internen Bereich darge-

stellt werden. An dieser Stelle wurde ein Grundproblem aller neuen Verbände deutlich: Es gibt noch wenige Mitglieder, die zwar ambitioniert sind und viele Ideen produzieren, jedoch es mangelt an Geld, diese Ideen umzusetzen. Dies zeigte sich auch bei dieser AG - die Umsetzung der Pläne wird Geld kosten, zunächst für die Gestaltung der Homepage, aber vor allem auch für die dauerhafte Wartung und Pflege der Inhalte – Geld, das der DDPP noch nicht hat.

Die *AG Vernetzung*, an der ich teilnehme, hat sich mit den Problemen auseinandergesetzt, die sich durch die Sektorisierung im Gesundheitsbereich für Menschen mit einer Psychose ergeben. Hier gibt es verschiedene juristische, aber auch finanzielle Probleme, die die Therapie erschweren oder an einigen Stellen unmöglich machen. Um nicht die „große politische“ Lösung in den Vordergrund zu stellen, wurde beschlossen, zunächst möglichst viel Informationen über laufende Projekte zusammen zu tragen. Daraus sollen andere lernen können und damit soll die Behandlung der Patienten verbessert werden. Ein wichtiges Ergebnis dieser AG war aber, dass es eine Definition geben muss, was überhaupt als „Psychotherapeutische Psychosenbehandlung“ von Seiten des DDPP zu verstehen ist. In der gemeinsamen Diskussion der drei AGs wurde schnell deutlich, dass eine solche Definition auch für die Arbeit der anderen AGs grundlegend ist. Ergänzt wurde die Frage um den Aspekt der Rahmenbedingungen, unter denen die Therapie stattfindet.

Der „eigentliche“ Kongress begann mit einem Vortrag von Michael von Cranach, der als erstes den ursprünglichen Titel (Die Bedeutung von Psychotherapie von Menschen mit Psychosen) in „Zur Zukunft der Psychotherapie von Menschen mit psychotischen Störungen: Menschenbilder und Spannungsfelder“ geändert hat. Ein wirklich ausgezeichnete Vortrag, von dem ich hoffe, dass er zumindest auf der Homepage des Verbandes veröffentlicht wird.

Ein Impulsreferat mit dem Titel: „Möglichkeiten und Grenzen – Psychotherapie in der integrierten Versorgung von Psychosen“ eröffnete eine hochkarätig besetzte Podiumsdiskussion.

Der zweite Tag begann mit einem Vortrag der DGVT-Förderpreisträgerin 2010, Tanja Lincoln, zum Thema „Kognitive Therapie für psychotische Störungen: Ein empfehlenswerter Ansatz für die ambulante psychotherapeutische Versorgung?“. Sie konnte überzeugend belegen, dass sie eine Vorgehensweise entwickelt hatte, die sowohl bei Wahn wie bei Halluzinationen aber auch bei negativer Symptomatik wirkt und somit so häufig wie möglich eingesetzt werden sollte.

Michael Putzkes Vortrag hatte das Thema „Was fördert und was hindert die psychoanalytische Haltung in der Sozialpsychiatrie?“. Er konnte sehr überzeugend darstellen, dass die typische psychoanalytische Vorgehens- und Denkweise in sozialpsychiatrischen Teams nur schwer umsetzbar ist, da die Menschen mit psychotischen Symptomen gerade im stationär-psychiatrischen Kontext andere Gegenübertragungen erzeugen, aber vor allem den Mitarbeitern erst im Nachhinein die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit diesen Gegenübertragungen ermöglichen. Dies stellt eine enorme Herausforderung für die MitarbeiterInnen dar, mit der die meisten Einrichtungen Schwierigkeiten haben.

Den Abschluss machte Helga Felsberger, die zum Thema „Psychosenpsychotherapie und neurobiologische Prozesse“ sprach: Sie stellte Daten aus einer Wiener Studie dar, in der Patienten mit Neuroleptika sowie einer Gruppe die auf de mentalisierungs-basierten Therapie von Fonagy und Mitarbeitern beruht. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Kombination deutlich positivere Veränderungen im fMRT erzielen.

Am dritten Tag ging es weiter mit kasuistisch-technischen Seminaren. Drei dieser Kleingruppen waren auch für Betroffene und Angehörige geöffnet: Die Kongresse wollen ein Trialog sein, in dem auch die Betroffenen und Angehörigen beteiligt werden. Dem sollen auch die Vorträge Rechnung tragen,

indem sie weiterhin wissenschaftlich exakte Inhalte vermitteln, jedoch auf einem sprachlichen Niveau, das für Betroffene und Angehörige verständlich ist, um so Diskussionen zu den vorgetragenen Themen zwischen allen Beteiligten zu ermöglichen.

Den Abschluss des Kongresses bildete am dritten Tag der Vortrag von Hans Schulze-Jena und Karsten Schürmann zum Thema „Fallvignette zur Supervision eines Teams in der Akutpsychiatrie“, in dem sie die Spezifität dieser Supervision darstellten, vorausgesetzt, dass dieses Team tiefenpsychologisch handeln und denken will.

Anstelle eines sachlichen Fazits möchte ich hier eine persönliche Stellungnahme vornehmen: Hier hat, erstens, ein neuer Verband seinen zweiten Kongress durchgeführt, der von ca. 150 TeilnehmerInnen besucht wurde. Es war eine gute Stimmung und mich erinnerte vieles an die ersten DGVT-Workshop-Tagungen. Vieles war nicht so perfekt wie bei anderen Kongressen, es gab teilweise handgemalte Schilder zu den Räumen, keine Schilder für die TeilnehmerInnen und die Kaffeepausen waren kaum einzuhalten, da nur auf einem Tisch Getränke standen usw. Doch alle waren geduldig und hatten Verständnis, es war eine gute Atmosphäre und es gab einen regen Austausch. Es hat mir nicht nur einiges an Wissen gebracht, sondern auch viel Spaß gemacht, was ich nicht von allen besuchten Kongressen sagen kann.

Zweitens hat sich ein neuer Verband gegründet, der eine benachteiligte Patientengruppe vertritt und der unterschiedlichste Gruppierungen zusammenbringen will, nicht nur Ärzte und Psychologen als Berufsgruppen, sondern auch unterschiedlichste Therapieschulen. In diesem Verband wird auch versucht viele „Wurzeln“ zusammen zu fassen, die ich auch in Vergangenheit und Gegenwart der DGVT finde (Gemeindepsychologie, das multidisziplinäre und das politische Engagement). Die DGVT sollte auch weiter mit diesem Verband zusammenarbeiten und prüfen, wie eine Kooperation aussehen und möglichst erweitert werden kann. Dies wäre im Sinne der von Psy-

chese betroffenen Menschen und deren Angehörigen sehr wünschenswert.

*Rudi Merod*  
*DGVT-Vorstand*

## **Prävention wirkt! Doch wie kommt das Konzept zur Klientel?**

**Kongress Armut und Gesundheit  
entwickelt Strategien für die Praxis**

(ab). Strategien, wie der Präventionsgedanke in gefährdete Bevölkerungsgruppen hineingetragen werden kann, gibt es viele. Ob diese Strategien auch Wirkung zeigen, steht auf einem anderen Blatt. Der 17. Kongress „Armut und Gesundheit“, der unter dem Motto „Prävention wirkt!“ im März in Berlin stattfand, beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit dieser Frage.

In Deutschland wächst etwa jedes fünfte Kind unter schwierigen sozialen Bedingungen auf. So sinken die Chancen auf ein gesundes Leben, wenn Kinder mit nur einem Elternteil aufwachsen, die Eltern nur geringe formale Bildung aufweisen, einen Migrationshintergrund haben oder über längere Zeit hinweg arbeitslos sind.

Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage – nicht nur für Kinder – ist wissenschaftlich vielfach belegt worden. Arbeitslose verbringen doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie Berufstätige, ihre Sterblichkeit ist im Vergleich zu Menschen in Beschäftigung deutlich erhöht. Auch bei prekär Beschäftigten, Alleinerziehenden, Wohnungslosen und einigen Gruppen von MigrantInnen liegen Morbidität und Mortalität über dem Durchschnitt. Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2011 etwa 16 Prozent der BürgerInnen armutsgefährdet.

Organisiert von „Gesundheit Berlin-Brandenburg“ und unterstützt von zahlreichen Partnern wie dem Zentrum Technik und Gesellschaft (ZTG) an der TU Berlin und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hat der 17. Kongress Armut und

Gesundheit mehr als 2.200 Teilnehmende aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern nach Berlin gelockt. Vertreter/innen aus Wissenschaft, Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, von Sozialversicherungsträgern oder Berufsverbänden waren ebenso wie Mitarbeiter/innen aus Verwaltung und Öffentlichem Gesundheitsdienst, von Armut Betroffene und Vertreter/innen von Praxisprojekten vor Ort. Der jährliche Kongress ist das größte Public Health-Forum in Deutschland. Er hat – seit 1995 – ein Problembewusstsein für den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage geschaffen.

Prof. Dr. Margaret Whitehead von der Universität Liverpool zeigte im Eröffnungsvortrag aus internationaler Perspektive auf, dass Prävention, die rein auf Aufklärung und Bildung fokussiert ist, Gefahr läuft, sozial Benachteiligte nicht zu erreichen. Umgekehrt seien jedoch auch Strategien, die sich rein auf benachteiligte Gruppen konzentrieren, nicht effektiv. Whitehead forderte daher universal angelegte Strategien.

In den Symposien und Workshops wurden Strategien diskutiert, die eine wirksame Prävention für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit ermöglichen: So wurde beispielsweise das Projekt Eltern-AG vorgestellt, das mit seinem niedrig schwelligen Ansatz sehr erfolgreich Eltern in schwierigen Lebenslagen unterstützt, und in einem anderen Forum ging es um die Delmenhorster Präventionsbausteine, die vernetzte Frühe Hilfen in Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren ermöglichen.

In den Diskussionen wurde deutlich, dass scheinbare Patentrezepte und fertige Programme aus der Schublade nicht immer ohne Weiteres in der Praxis wirksam werden können. Ein Programm für Kitas beispielsweise könne nur funktionieren, wenn Träger und Kita-Leitung mitspielen. Die oftmals sehr unterschiedlichen Interessen der Akteure müssen zusammengeführt werden, und dies erfordere auch Zeit.

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

## Wer macht was? Zur Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen

### Bei „KBV kontrovers“ ging's um Chancen und Grenzen der Kooperation

(ab). „KBV kontrovers“ heißt eine Veranstaltungsreihe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): Zweimal im Jahr werden gesundheitspolitische Themen diskutiert. Im April stand die „Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen“ zur Debatte: Abgeben oder Loslassen – so lautete die zentrale Frage.

Wenig überraschend waren die gegensätzlichen Sichtweisen von Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, und Andrea Lemke, Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerates, zum Thema „Delegation vs. Substitution“. Köhler verwies auf die klare rechtliche Regelung der Delegation von Leistungen im ambulanten Bereich und sieht hier keinen weiteren Handlungsbedarf. „Im ambulanten Bereich trägt eindeutig immer der Arzt die Verantwortung. Das Problem liegt eher in der fachlichen Qualifikation derjenigen, an die Ärzte Aufgaben delegieren können. Hier brauchen wir dringend klare Definitionen“, sagte er.

Andrea Lemke vertrat eine pragmatische Sicht. Wenn Aufgaben an jemanden übertragen würden, übernehme derjenige automatisch die Verantwortung und sei haftbar. Sie sprach die Versorgung in Pflegeeinrichtungen an und befürwortete die weitere Erprobung von Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Aufgaben. Hier brauche man mehr Ideen und eine schnellere Umsetzung: Vorhaben dürften nicht immer an der Finanzierung scheitern. Das sieht Köhler anders: Erst müsse die Finanzierung sichergestellt sein, bevor Modelle umgesetzt würden.

Über „Chancen und Grenzen der professionsübergreifenden Kooperation“ diskutierten Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek (Verband der Ersatzkassen), Sabine Jansen (Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft), Dr. Burkhard John (Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen-

Anhalt), Sabine Ridder (Präsidentin des Verbands medizinischer Fachberufe) und Prof. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg, Direktor des Hamburg Center for Health Economics).

Erstes Stichwort war der Ärztemangel. Prof. Schreyögg führte an, dass die Arztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich immer noch relativ hoch sei. Das größere Problem liege in dem sich verändernden Krankheitsspektrum, das immer komplexer würde. John stimmte dem Problem der multimorbiden, älteren Patienten zu und wies darauf hin, dass man für die komplexen Behandlungen ein gutes Behandlungsteam brauche. Auch dadurch könne der Ärztemangel bekämpft werden, da der Arzt bei seinen Aufgaben entlastet würde.

Sabine Ridder betonte, dass es keinen größeren, dafür einen anderen Versorgungsbedarf geben werde und dass die Gesundheitsberufe sich wesentlich schneller auf Innovationen einlassen sollten. Die Patienten seien viel aufgeschlossener als oftmals angenommen. Sabine Jansen ergänzte, dass multiprofessionelle Teams eine große Chance seien. Man solle sich nicht nur auf die Ärzteschaft konzentrieren.

Des Weiteren ging es um die Frage, wer der „Koordinator“ sein solle, der Hausarzt, der Facharzt, das Krankenhaus oder auch Vertreter anderer Gesundheitsberufe. Burkhard John sprach sich für den Hausarzt aus, weil er die Patienten am besten kenne. Andere sagten, es komme auf die Beschwerden an, die ein Patient habe, und auf die Versorgungssituation vor Ort. Prof. Schreyögg wies darauf hin, dass es keinerlei wissenschaftliche Belege dafür gebe, dass der Hausarzt diese Funktion am Besten erfülle. Man solle außerdem auch dem Patienten ein Mitspracherecht einräumen.

Quelle: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

## **Personalmanagement in der Psychiatrie**

### **Hilfesysteme und Ökonomie Thema einer Fachtagung in Berlin**

---

(rs/ab). Schwerpunkt der Fachtagung Psychiatrie 2012, die vom Forum für Gesundheitswirtschaft e.V. veranstaltet wurde, war die aktuelle und zukünftige Situation der Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der regionalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Die Tagung fand im Februar in Berlin statt und stand unter dem Motto „Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie: Personal – Management – Mitbestimmung“.

Eine zentrale Frage war, wie durch Veränderung der Rahmenbedingungen und durch gestaltendes Personalmanagement Qualität und Effizienz psychiatrischer Versorgung beeinflusst werden können. In interaktiven Arbeitsformen wurden Erfahrungen und Strategien für beteiligungsorientiertes Personalmanagement diskutiert und entwickelt.

Als weiterer Schwerpunkt der Tagung fanden zwei Expertenforen mit offener Diskussion zu aktuellen Kernfragen der Psychiatrie-Entwicklung statt: 1. Die zukünftige Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen im regionalen Hilfesystem. 2. Prozess- und Ergebnisqualität der therapeutischen Arbeit im regionalen Hilfesystem.

Auch mit dieser dritten Tagung ist es wieder gelungen, die unterschiedlichen Akteure im Bereich Psychiatrie in einen Dialog zu bringen. Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft und Praxis, aus Klinikleitungen und Pflege, Betriebsräten und Verbänden haben die Gelegenheit genutzt, sich auszutauschen und ihre Erfahrungen, Kenntnisse und Standpunkte zur Entwicklung der regionalen psychiatrischen Versorgung einzubringen. So wurde auch das „Berliner Manifest zum Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen“ erfolgreich weiterentwickelt.



# 11. DGVT - Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

am 3. und 4. November 2012 in Erlangen

## Irgendwie anders?!

Kinder, Jugendliche und Familien zwischen Individualität und Konformität

Workshops zu folgenden Themen sind geplant:

Inklusion  
Migration  
Adoption / Pflegekinder  
Homosexualität  
u. v. m.



### Informationen

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

E-Mail: [fortbildung@dgvt.de](mailto:fortbildung@dgvt.de)

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

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

## Weitere Infos

### Sprechende Medizin in den Fokus nehmen

#### Neuer Dachverband für Ärztliche Psychosomatik und Psychotherapie

(ab). Ein „Dachverband für Ärztliche Psychosomatik und Psychotherapie in den somatischen Fachgebieten“ ist im April in München – im Rahmen des Psychosomatik-Kongresses gegründet worden. Er vereint Ärzte, die auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie, Pädaudiologie und Phoniatrie, Psycho-Onkologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie tätig sind. Die Initiative dazu hatte die Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK e.V.) ergriffen.

Im Sinne einer guten ärztlichen Versorgung von kranken Menschen sei es nicht zielführend, die Behandlung körperlicher und psychischer Symptome und Krankheiten strikt nach Fachgebiet zu trennen. Der medizinische Fortschritt habe zu einer oftmals einseitig auf Technik ausgerichteten Medizin geführt, die häufig zu Lasten individueller lebensgeschichtlicher und seelischer Faktoren der Patienten ginge. "Wir brauchen eine Medizin, die ausgewogen die körperlichen und seelischen Aspekte von Symptomen und Beschwerden im Verlauf von Krankheit und Genesung berücksichtigt", argumentieren die Mitglieder des Dachverbands. Im Zusammenhang mit den großen Volkskrankheiten wie Schmerzen des Bewegungsapparates, Bluthochdruck, Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus oder einer Krebserkrankung sei es erforderlich, dass Ärzte aller Fachrichtungen das Zusammenspiel von körperlichen und seelischen Faktoren kennen und adäquat berücksichtigen und therapieren.

Standespolitisch wollen sich die Mitglieder dafür einsetzen, dass das Curriculum "Psychosomatische Grundversorgung" obli-

gater Bestandteil der Weiterbildung in allen Fachgebieten der unmittelbaren Patientenversorgung wird und nicht - wie bisher - nur in der Allgemeinmedizin und in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Des Weiteren will der Dachverband erreichen, dass die Sprechende Medizin sowohl in der stationären wie in der ambulanten Behandlung künftig kostendeckend honoriert wird.

*Quelle: Pressemitteilung des Dachverbands für Ärztliche Psychosomatik und Psychotherapie in den somatischen Fachgebieten*

### Pflegekräfte können bald Aufgaben von Ärzten übernehmen

#### G-BA gibt grünes Licht für entsprechende Modellprojekte

(ab). Einige Behandlungstätigkeiten, die bislang ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, können künftig im Rahmen von Modellprojekten probeweise auf ausgebildete Kranken- und Altenpflegekräfte übertragen werden.

Dies regelt die neue Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), die am 22. März 2012 in Kraft trat. Dem Gesetzauftrag entsprechend bezieht sich die Richtlinie ausschließlich auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege. Für Medizinische Fachangestellte (MFAs - also ArzthelferInnen in Praxen) gilt sie nicht.

Den in der Richtlinie zur Übertragung vorgesehenen Tätigkeiten muss eine ärztliche Verordnung vorausgehen. Die Diagnose selbst sowie die Indikationsstellung bleiben damit weiterhin in ärztlicher Hand. Bei folgenden Krankheitsbildern können nun Tätigkeiten übertragen werden: Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Chronische Wunden, Demenz (außer Palliativversorgung) und Ver-

dacht auf Hypertonus/Bluthochdruck (nicht bei Schwangerschaften).

Kranken- und Altenpflegekräfte können folgende Aufgaben übernehmen: Blutentnahmen, die Durchführung von Infusionen und Injektionen, das Legen und Überwachen von bestimmten Sonden und Kathetern, die Verordnung und Versorgung mit Medizinprodukten, die beim Legen von Ableitungen, Entlastungen oder Zugängen benötigt werden, die Überwachung und Verabreichung enteraler (künstlicher) Ernährung, die Schmerztherapie sowie das Überleitungsmanagement in weiterbehandelnde Einrichtungen.

Bis es die ersten Modellprojekte starten können, dürfte allerdings noch einige Zeit vergehen. Denn zunächst müssen sie von gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern entwickelt und vertraglich geregelt werden. Zudem müssen die Fachpflegekräfte entsprechende Qualifikationen erwerben und nachweisen können.

Die Pflegefachkräfte werden im Rahmen der Modellprojekte als eigenständige Leistungserbringer auftreten, die für die Aufga-

ben die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung übernehmen. In welcher Form diese Einbindung in das ärztliche Leistungsgeschehen erfolgt, liegt in der Verantwortung der Modellvorhabenträger.

Info:

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen von den Kassen bezahlt werden.

Die Richtlinie geht auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 zurück. Darin beauftragte der Gesetzgeber den G-BA, in einer Richtlinie die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben zu regeln.

Quelle: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



**dgvtFW**  
DGVT Fort- und Weiterbildung

**INTERAKTIVE  
FORTBILDUNG**

**Klicken Sie sich rein:**

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

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

## Letzte Meldung

### **Extrabudgetäre Vergütung von ambulanter Psychotherapie! – Die aktuelle Forderung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Viele Gesundheitsberichte von Krankenkassen aus den letzten Jahren und auch die Statistiken der Gesetzlichen Rentenversicherung zeigen nachdrücklich: Psychische Erkrankungen bzw. entsprechende Diagnosen nehmen deutlich zu – sowohl bei den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen als auch bei den Anlässen für Frühberentungen. Eine Ausweitung psychotherapeutischer Leistungen im ambulanten Sektor hat in den letzten Jahren bereits stattgefunden, und sie reicht wahrscheinlich noch nicht aus, denn viele Indikatoren zeigen, dass die Angebote noch nicht bedarfsgerecht sind (Wartezeitenstatistiken etc.). Gleichzeitig ist das vorhandene Budget der KVen eng begrenzt, und es ist für die übrigen Arztgruppen schwer vermittelbar, dass sie zu Gunsten der Psychotherapeuten auf Budgetanteile verzichten sollen, zumal wenn sich andeutet, dass diese Entwicklung sich fortsetzen wird. Vor diesem Hintergrund entstand die aktuelle Forderung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach extrabudgetärer Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.

Nun mögen die Forderungen der Psychotherapeuten und der Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt, also der sogenannten Leistungserbringer, vielleicht verständlich sein, jedoch werden sie in einem korporativen Gesundheitssystem nur gemeinsam mit den Gesetzlichen Krankenkassen umzusetzen sein. Oder, anders ausgedrückt, die Forderungen können im Prinzip nur dann umgesetzt werden, wenn die Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen sie nachvollziehen können und bereit sind sie

umzusetzen. Die Sichtweise der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mindestens durch zwei Motive geprägt: Neben dem gesetzlichen Auftrag, die Gesundheit der Versicherten zu schützen bzw. wiederherzustellen, sind die Krankenkassen auch verpflichtet, auf Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu achten.

Vor diesem Hintergrund haben wir zunächst *Jürgen Doeber*t als langjährigen Vertreter der Psychotherapeuten im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebeten, die Forderung nach extrabudgetärer Vergütung der Psychotherapie und ihre Hintergründe näher zu erläutern. Und um die Sichtweise der Krankenkassen näher darzustellen, haben wir *Dr. Thomas Uhlemann* vom GKV-Spitzenverband, Abteilung Ambulante Versorgung, dazu einige Fragen gestellt.

#### **Interview mit Jürgen Doeber**t, Mitglied des Beratenden Fachausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV

*DGVT*: Lieber Jürgen Doebert, innerhalb der KBV wird schon seit längerem über die Forderung nach extrabudgetärer Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen diskutiert. Worum geht es da genau?

*Doeber*t: Schon immer gibt es ärztliche Leistungen, die direkt von den Kassen und nicht auf dem Weg der Honorarverteilung vergütet werden. Dazu gehören zum Beispiel das ambulante Operieren wie auch die Prävention. Eine solche extrabudgetäre Vergütung wird immer dann umgesetzt, wenn aus irgendeinem Grund feste Preise für die Leistung festgelegt werden, z.B. weil es eine besondere Förderungswürdigkeit gibt. Leistungen innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) unterliegen immer dem Risiko, dass sie durch Quotierungen innerhalb der Mengenbegrenzungen floaten. Da nun aber aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie zu einem festen Honorar vergütet

werden müssen, liegt es nahe, die Kassen direkt in die Pflicht zu nehmen und ihnen damit auch das Risiko für eine Mengenausweitung zu übertragen.

*DGVT:* Nach dem Konstruktionsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung ist vorgesehen, dass die Krankenkassen das Globalbudget mit „befreiender Wirkung“ an die Kassenärztlichen Vereinigungen überweisen, welche mit diesem die ambulante Gesundheitsversorgung finanzieren. Vor diesem Hintergrund erscheint die o.g. Forderung auf den ersten Blick systemfremd. Aus welchem Grund wird sie dennoch erhoben und scheint vielleicht sogar konsensfähig?

*Doebert:* Wie schon gesagt, so systemfremd ist das gar nicht. Man könnte auch sagen, dass die festen Preise für die genehmigungspflichtigen Leistungen systemfremd sind. Denn die mit befreiender Wirkung gezahlte Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) bedeutet folgendes: pro Kassenmitglied in einem KV-Bereich zahlen die Kassen einen festen Betrag an die KV. Und mehr nicht für das laufende Quartal. Wenn nun in diesem Quartal eine Leistungsausweitung stattfindet, muss die Kassenärztliche Vereinigung (KV) das endliche vorhandene Geld auf die abgerechneten Leistungen verteilen, was sie mit Hilfe von Regelleistungsvolumina, begrenzten voll zu zahlenden Quoten, der Abstufung von Leistungssteigerungen usw. bewerkstelligt. Im Folgejahr hingegen wird dann dieser erhöhte Leistungsbedarf ganz oder teilweise als „Morbiditätssteigerung“ dazu führen, dass die Kassen mehr zahlen müssen und sich die MGV erhöht. Innerhalb der MGV hingegen führt die Verpflichtung, aufgrund von BSG-Rechtsprechung den Psychotherapeuten feste Preise zu zahlen, dazu, dass – wenn das bereitgestellte Geld für Psychotherapie nicht reicht – nach gegenwärtiger Rechtslage sich die Honorare für die Fachärzte verringern. Dies ärgert die Fachärzte auch dann, wenn es vergleichsweise wenig Geld ist. Innerhalb der Ärzteschaft ist die extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen genau deswegen sehr erwünscht. Hintergrund ist die finanziell im Jahr 2000 nicht geglückte korrekte Berechnung des Honorarbedarfs

für alle neu Hinzukommenden und die schon vorhandenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie die ehemaligen Delegationspsychotherapeuten. Leider vermischt sich diese finanzielle Tatsache mit vielen alten Affekten und Fremdeleien gegenüber allem, was mit Psychotherapie zu tun hat. Da man sich von einer extrabudgetären Vergütung ein Ende des Streits um Geld versprechen kann, haben auch sich alle in der KBV aktiven PP/KJP sowie die ärztlichen Psychotherapeuten, auch der gesamte Beratende Fachausschuss dafür ausgesprochen.

*DGVT:* In den letzten Jahren gab es eine Mengenausweitung psychotherapeutischer Leistungen und diese wird vermutlich weiter zunehmen. In dieser Situation mag es auch für alle Fach- und Hausärztevertreter sympathisch erscheinen, dass die psychotherapeutischen Leistungen nicht mehr aus dem Globalbudget finanziert werden müssen, und damit ihre eigenen Honoraranteile zu schmälern drohen. Sehen Sie auch Probleme, die sich aus diesem Herausrechnen der Psychotherapie aus dem Gesamthonorar ergeben könnten?

*Doebert:* Ja, solche Nachteile sehen wir alle, die wir im Beratenden Fachausschuss sind: Extrabudgetäre Vergütung ist eine desintegrative Bewegung. Die Gesamtverantwortung aller Ärzte für die umfassende Versorgung, die sich über die MGV ausdrückt, würde tendenziell geschwächt. Ich möchte aber deutlich sagen: auch eine extrabudgetäre Vergütung würde über die KV laufen, von ihr berechnet und kontrolliert. Wir würden mit unserem Honorar in die sog. Gesamtvergütung gehören und unsere Verwaltungsgebühr würde weiterhin die KV mitfinanzieren und mit unseren nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen blieben wir in der MGV. Die desintegrative Wirkung des Streits um Geld muss also gegen die desintegrative Wirkung eines Sonderweges abgewogen werden. Ambulante Operateure fühlen sich jedenfalls nicht desintegriert.

Ein anderes Problem besteht darin, dass sich bisher die Kassen darauf verlassen konnten, dass die Ärzteschaft einen steigenden Bedarf aus sich selbst heraus finanziert. Sobald die Kassen selbst jede Steigerung

sofort finanzieren müssen, werden sie verstärkt Einfluss darauf nehmen wollen, wieviel Psychotherapie pro Patient erbracht wird. Das ist der einzige Weg, wie sie die überall festgestellte steigende Morbidität abfangen können, ohne zusätzliches Geld in die Hand nehmen zu müssen.

Allerdings ist ein Zwischenweg in der Diskussion, bei dem die Kassen nur das in jedem Quartal fehlende Geld zuschießen und dann im nächsten Jahr dieses Geld über die Morbidität in die MGV kommt. Auch dieses – Zuschuss-Modell genannte – Vorgehen würde das Psychotherapeuten-Honorar sichern und trotzdem die Fachärzte nicht belasten. Ist alles noch in der Diskussion.

*DGVT:* Gibt es einen Zusammenhang dieser Forderungen mit der Notwendigkeit, die Bedarfsplanung in der Psychotherapie neu zu justieren?

*Doebert:* Die Forderung, nach extrabudgetärer Vergütung zumindest der genehmigungspflichtigen Leistungen gibt es, seit es die erwähnte BSG-Rechtsprechung gibt. Denn schon immer ist die Finanzierung der Psychotherapie ein Zankapfel. Durch die gesetzliche Vorgabe des GKV-Versorgungsstruktur-Gesetzes (GKV-VStG) gibt es die Notwendigkeit, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu ändern und dabei u.a. auch die sog. Verhältniszahlen neu zu berechnen. Das gilt auch und in besonderer Weise für die Bedarfsplanungsgruppe „Psychotherapeuten“, zu der die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie die KJP gehören. Von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vorgelegte Berechnungen, nach denen bis zu 6.000 neue Psychotherapeuten notwendig seien, haben natürlich die Lage in den KVen etwas zugespitzt. Zwar werden es so viele – u.a. auch aus finanziellen Gründen – nicht und nicht so schnell werden, aber sowohl die Zunahme von Diagnosen aus dem psychisch/psychiatrischen Bereich wie auch eine höhere Zahl neuer Psychotherapeuten soll nicht von den Fachärzten finanziert werden. Jedoch müssen wir auch deutlich sagen: Diese Morbiditätszunahme ist auch nicht von den Psychotherapeuten selbst zu finanzieren. Letzteres allerdings ist in manchen KVen

schon jetzt der Fall durch eine Quotierung der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen. Neuerdings wird nun diskutiert, ob es Verlagerungen bei der Morbidität und deren Behandlung von den Haus- zu den Fachärzten gibt. Der logische Schritt, nun auch Verlagerungen von der somatischen zur psychotherapeutischen Behandlung zu betrachten, muss auch noch gegangen werden. Einschränkend sei jedoch erwähnt, dass natürlich nicht jede Psycho-Diagnose eine psychotherapeutische Behandlung zur Folge hat.

*DGVT:* Die Forderung nach separater Honorierung außerhalb des Globalbudgets mag schnell gestellt sein. Aber können Sie sich vorstellen, dass die Krankenkassen begeistert sein werden, dieser Forderung zu entsprechen?

*Doebert:* Die Interessenlage der Kassen ist von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich. Manche Kassen würden insgesamt gern mehr Einfluss auf den Bereich Psychotherapie bekommen – durchaus im positiven Sinne als Einsatz für eine bessere Versorgung ihrer Mitglieder. Dazu könnte eine extrabudgetäre Vergütung eine Unterstützung sein. Begeisterung allerdings löst es sicher bei den Kassen nicht aus, wenn sie das Morbiditätsrisiko voll übernehmen müssen, nachdem sie einen Report nach dem anderen veröffentlicht haben, aus dem immer wieder hervorgeht, wie dringend eine bessere Behandlung psychisch Kranker ist.

### **Interview mit Dr. Thomas Uhlemann, GKV-Spitzenverband**

*DGVT:* Sehr geehrter Herr Uhlemann, als GKV-Vertreter, der u.a. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und anderen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung die GKV-Positionen vertritt, sind Sie mit den Problemen der Psychotherapieversorgung befasst. Wie stehen Sie zu dem Vorschlag der KBV bzw. der Forderung an den Gesetzgeber, ambulante Psychotherapie, zumindest in Teilen, extrabudgetär, also außerhalb des Gesamthonorarbudgets, durch die Krankenkassen vergüten zu lassen?

*Uhlemann:* Insgesamt sind wir skeptisch, was dieses Vorhaben angeht. Sicher -

es gibt Wünsche vor allem seitens der Berufsverbände, dass mehr Psychotherapeuten zugelassen werden sollten, und da ist es klar, dass die Fachärzte sich schnell auf die gemeinsame Forderung mit den Psychotherapeuten einlassen, dass zusätzliches Geld sozusagen von außen kommen muss. Denn die Fachärzte werden von ihren Budgetanteilen nichts abgeben wollen.

Ich bin allerdings skeptisch, ob die Psychotherapeuten, die dieses Konzept in die KBV eingebracht haben oder die es dort unterstützen, sich wirklich einen Gefallen tun und ob es klug ist, diese Forderung zu stellen. Bedenken Sie bitte, der Umfang an Psychotherapieleistungen, die in unserem System finanziert werden, ist weltweit und auch in den westlichen Industriestaaten einzigartig. Stellt man nun die Forderung nach Ausgliederung dieser Leistungen (Richtlinienpsychotherapie) aus der Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen gezahlt wird, so ist das vielleicht in einer Zeit, in der die Rücklagen der GKV recht gut sind, finanzierbar. Sobald sich aber die Zeiten wieder ändern, wird wieder nach Sparmöglichkeiten gesucht werden. Und da könnte es dann sehr schnell zu Überlegungen kommen, Einschnitte gerade bei solchen Leistungen vorzunehmen, die noch nicht so etabliert sind.

Ich sehe in dieser Forderung nach Ausgliederung der Vergütung der Psychotherapeuten aus der MGV eher eine Gefährdung der ambulanten Psychotherapie als deren Absicherung. Es wäre vielleicht besser, sich dahingehend zu orientieren, den ganzen Bereich der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zu konsolidieren und nicht durch unmäßige Forderungen zu gefährden. Denn das psychotherapeutische Angebot ist aus Sicht der Krankenkassen sinnvoll und gut – wir sollten es erhalten.

*DGVT:* Aber der Bedarf nach Psychotherapieleistungen ist doch in den letzten Jahren sehr deutlich gestiegen und er wird in der Bedarfsplanung nicht annähernd berücksichtigt.

*Uhlemann:* Wir sehen das etwas anders. Wartezeiten gibt es auch bei vielen anderen Gesundheitsleistungen. Und von Wartezeiten umstandslos auf den Bedarf zu schließen scheint uns zu kurz gegriffen. Wir müssen doch feststellen, dass die Dichte von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland deutlich höher ist als in anderen westlichen Staaten und in manchen Großstädten und in der Nähe von Psychotherapie-Ausbildungsinstituten noch einmal wesentlich höher. Und dort, d.h. in Großstädten und in Regionen mit vielen Ausbildungsinstituten, sehen wir (beispielsweise in den häufig zitierten Wartezeitenstudien), dass sich die Wartezeiten mit zunehmender Dichte des Angebots nicht wesentlich verbessern. D.h. sie können das Angebot an Psychotherapeuten mehr und mehr erhöhen und sie werden nie zu einer Bedarfsdeckung kommen. Forderungen, die nur auf eine simple Erhöhung der Anzahl zugelassener Psychotherapeuten abstellen, sind deshalb aus unserer Sicht falsch. Dies gilt beispielsweise für die kürzlich von Prof. Richter (BPTK) wiederholt erhobene Forderung nach 4.000 zusätzlichen Psychotherapeuten. Und wenn Psychotherapeuten darüberhinaus in erheblicher Zahl für besondere Zielgruppen wie Missbrauchsopfer und Migranten oder besonders junge oder alte Patienten gefordert werden ohne das hier ein Ende zu erkennen ist, dann sehen Sie sehr schnell, dass dies alles nicht finanzierbar sein wird. Wir gehen hier von dem alten, vom Sachverständigenrat 2000/2001 postulierten Konzept der „angebotsinduzierten Nachfrage“ aus, die man nicht mit „Bedarf“ gleichsetzen darf.

Ich bin der Ansicht, dass die Politik nicht so phantasielos sein darf, die Probleme, die im Bereich Psychotherapie vor allem als Allokationsprobleme fraglos bestehen, einfach mit einer Mengenausweitung lösen zu wollen.

*DGVT:* Wie würden Sie denn den sachgerechten Bedarf, den das GKV-System gewährleisten muss, definieren?

*Uhlemann:* Sie können Bedarf nicht direkt aus der Epidemiologie herleiten. Nicht jeder Mensch mit einer Diagnose braucht eine Behandlung und er will vielleicht auch

gar keine. Zudem könnte die Behandlung ja auch von sehr unterschiedlicher Art sein. Eine sehr vernünftige Definition von Behandlungsbedarf, an der sich das System der Gesetzlichen Gesundheitsversorgung seit vielen Jahren orientiert, wurde vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor etwa zehn Jahren, damals noch unter der Leitung von K. W. Schwartz formuliert. Sinngemäß heißt es danach: ‚Bedarf ist das, was von den am Definitionsprozess beteiligten Gruppen ausgehandelt wird.‘ Der Gemeinsame Bundesausschuss legt als untergesetzlicher Normgeber genau diese Definitionen fest. Die entsprechende Bedarfsplanung wird dort zur Zeit gerade auf eine neue Grundlage gestellt und man wird auch für den Bereich der Psychotherapie eine Lösung finden.

*DGVT:* Wo sehen Sie denn Verbesserungspotentiale für die ambulante Psychotherapie?

*Uhlemann:* Meines Erachtens gibt es einerseits durchaus Ausweitungspotential, wenn Sie daran denken, dass viele Psychotherapeuten im Umfang ihrer Tätigkeit für gesetzlich Versicherte weit hinter dem zurückbleiben, wozu sie laut Vertrag (Bundesmantelvertrag) verpflichtet sind; diese Psychotherapeuten stehen den gesetzlich Versicherten nicht in dem vertraglich vereinbarten Umfang zur Verfügung. Über Wartezeiten muss man sich dann nicht wundern. Aus Sicht der Krankenkassen ist es allerdings nicht zielführend, Therapeuten zu zwingen, vollzeitlich zu arbeiten, denn es kann immer nachvollziehbare Gründe für eine Reduzierung der Zahl angebotener Therapiestunden geben, z.B. können familiäre Gründe zum Tragen kommen (Elternzeit etc.). Hier wäre es vernünftiger, eine freiwillige Beschränkung auf eine halbe Zulassung mit dem Recht zu kombinieren, bei Bedarf wieder aufstocken zu können.

Auch das Gutachterverfahren bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Begutachtungs- und Bewilligungsschritte, wie im Bereich der VT beispielsweise zwischen 45 und 60 Stunden, sind ggf. entbehrlich. Unterscheidungen zwischen Therapeuten, die in der KZT einer Berichtspflicht unterliegen,

und solchen, die davon befreit sind, erscheinen nicht mehr zeitgemäß. Stundenkontingente bedürfen der Überprüfung.

Daneben sind Möglichkeiten zu entwickeln oder zu verbessern, die es erlauben, mehr Patienten zu versorgen, Ich denke da u.a. an die eigentlich nicht ganz neue Form der Gruppenpsychotherapie. Krankenkassen und Therapeuten müssen hier ins Gespräch kommen.

*DGVT:* Vielen Dank für das Gespräch!

*(Die Fragen stellte Heiner Vogel.)*



## Regionale Mitgliedertreffen, Termine

### Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen, in der Regel an jedem ersten Donnerstag eines Monats von 17.00 bis 18.30 Uhr in Erlangen in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele, Universitätsstraße 31.  
Nächste Termine: 5. Juli, 6. September, 4. Oktober
- **Hessen:** Regionales Mitgliedertreffen am Dienstag, 19. Juni, in Frankfurt. Weitere Informationen per Mail bzw. per Post.
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Landesgruppentreffen am Donnerstag, 21. Juni, ab ca. 20 Uhr im Anschluss an den Eröffnungsvortrag der Sommerakademie. Beginn ist um 18 Uhr: Christof T. Eschenröder (Bremen) spricht über „Energetische Psychotherapie, Blockierungen auflösen und Kraftquellen aktivieren“. Ort: Warnemünde, Hotel Hübner.
- **Niedersachsen:** Die nächste Mitgliederversammlung der Landesgruppe Niedersachsen findet am Freitag, 14. September, von 15 bis 18 Uhr statt. Ort: KV Hannover. Einladung erfolgt per Mail bzw. per Post.
- **Sachsen:** Vernetzungstreffen am Mittwoch, 27. Juni, 17.30 Uhr. Alle KollegInnen sind eingeladen, den Wandel, dem unser Berufsstand unterliegt, mitzugestalten. Ort: Dresden, Bautzener Landstraße 49.





# 1. Tagung Psychotherapie-State-of-the-Art

Online-  
Anmeldung!



8.-9. September 2012  
in Potsdam am neuen Palais

## “Traumatherapie”

Vortrag und Workshops zu folgenden Themen:

- Traumafolgestörungen
- Narrative Expositionstherapie (NET)
- Komplexe Traumatisierung
- Cognitive Processing Therapy
- Dialektische-behaviorale Therapie bei PTBS

**Weitere Informationen:**

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)  
Bundesakademie  
Postfach 1343  
72003 Tübingen  
Tel.: 0700 237237 00  
E-Mail: [bundesakademie@afp-info.de](mailto:bundesakademie@afp-info.de)  
[www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)

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