



Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

# /Newsletter

2. Jahrgang, Nr. 2 / August 2008

Sehr geehrte, liebe Kollegin,  
sehr geehrter, lieber Kollege,

Sie halten den zweiten Newsletter dieses Jahres aus der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg in Ihren Händen (oder sehen ihn auf Ihrem Bildschirm). Wegen des im Juli durchgeführten Landespsychotherapeutentages haben wir uns entschlossen, vom vierteljährlichen Rhythmus abzuweichen und den Newsletter erst jetzt fertig zu stellen. Dies ermöglicht nun eine zeitnahe und umfassende Berichterstattung über die Vorträge und Ergebnisse der Tagung.

Der diesjährige LP-Tag stand unter dem Motto „10 Jahre Psychotherapeutengesetz“ und diskutierte die Errungenschaften durch das Gesetz wie auch die Schwierigkeiten, die es an manchen Stellen mit sich gebracht hat. Insgesamt zogen alle Referenten und Diskutanten ein sehr positives Fazit, das Gesetz hat ja nicht zuletzt berufsrechtliche, qualitätsbezogene und auch existenzielle Sicherheiten geschaffen, sowohl für die Therapeuten als auch für die Patienten. Vielen ist heute die unsichere und abhängig Lage vor allem der niedergelassenen PTs bevor es das Gesetz gab, nicht mehr klar und es ist wichtig, das wieder in Erinnerung

zu rufen. Dass die Schaffung des Gesetzes zur von vielen (Zwangs-) Mitgliedern beklagten Verkammerung und damit auch zu Pflichten (z.B. bzgl. Ausfort- und Weiterbildung, Berufsordnung, Qualitätssicherung) geführt hat (was wiederum den Berufsstand auch absichert), ist nicht nur eine Folge der Gesetzgebung, sondern kann auch als Chance gesehen werden für die Psychotherapeutenchaft als Ganzes, die sich bis zum PsychThG oft nur mit unterschiedlichen und nicht selten heillos zerstrittenen Positionen an die Öffentlichkeit und v.a. auch an die Politik wandte. Hier hat der Gesetzgeber den Psychotherapeuten eine Möglichkeit an die Hand gegeben, besser und effektiver mit gemeinsamer Stimme zu sprechen und hat damit insgesamt die Psychotherapeuten als Berufsstand gestärkt.

Im vorliegenden Newsletter steht die Berichterstattung über den LP-Tag im Zentrum. Weitere Infos finden Sie auch auf unserer Kammerhomepage. Des weiteren berichten wir u.a. über die Kammerumfrage zur Beitragsordnung und über den Beitritt zum Versorgungswerk. Neu aufgenommen haben wir auch eine Leserbriefspalte, bei der wir uns über Kommentare und Beiträge Ihrerseits freuen.

Wir wünschen Ihnen noch einen schönen Sommer und gegebenenfalls schöne Urlaubstage!

Mit den besten Grüßen,

Ihr Redaktionsteam

## Inhalte dieser Ausgabe

- Landespsychotherapeutentag 2008
- Umfrage zur Beitragsordnung
- Kampagne „Gesundheitsfond – so nicht“
- Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk
- Mahnung zur Datensicherung
- Impressumspflicht Homepage

## BPK-Nachrichten

- Gerüst des Morbi-RSA steht
- G-BA: Organisationsreform, PP neuer Stellvertreter
- Urteil Gesprächspsychotherapie
- TK-Gesundheitsreport
- Zukunft der Psychotherapieausbildung: Auftaktsymposium der Bundespsychotherapeutenkammer
- BMG ignoriert schlechte Versorgung psychisch kranker Kinder

## Neue Rubrik: Diskussion & Leserbriefe

- Rückmeldung zum letzten Newsletter und Antwortschreiben von Dr. Munz

## Landespsychotherapeutentag 2008 am 5. Juli in Stuttgart

Auf eine insgesamt gute Resonanz war der Landespsychotherapeutentag 2008 zum Thema „10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung“ am 5. Juli in Stuttgart gestoßen. Es waren rund 300 Teilnehmer und Gäste zur wichtigsten und zentralen Kammerveranstaltung gekommen. Auf und mit einem fachlich sehr kompetenten Podium wurden Fragen der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, insbesondere aber die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung und der psychotherapeutischen Arbeitsbedingungen diskutiert.



Blick ins Plenum

### Eröffnung durch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz

Kammerpräsident **Dr. Dietrich Munz** wies in seiner Begrüßungsansprache darauf hin, dass durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) nach jahrelanger Diskussion und gegen viele Widerstände von verschiedenen Seiten die neuen Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstmals als eigenständige Heilberufe anerkannt und den anderen Heilberufen gleichgestellt worden seien. Im Gesetz wurden dabei sowohl die Ausbildung als auch die sozialrechtliche Zulassung geregelt. Dr. Munz hob hervor, dass aber schon bald die ersten Schwachpunkte erkennbar wurden, so z.B. die unterschiedlichen akademischen Voraussetzungen zur Zulassung zur Ausbildung von PP und KJP, die Umsetzung und v.a. angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit im so genannten psychiatrischen Jahr,

die berufsrechtliche Einbeziehung weiterer schon bestehender oder neu entwickelter psychotherapeutischer Verfahren und Methoden und die Weiterbildungen nach Abschluss der Psychotherapieausbildung. Spätestens seit Etablierung der Landespsychotherapeutenkammern sei als weiterer Schwachpunkt deutlich geworden, dass an die große Gruppe der angestellten Psychotherapeuten, die etwa 50% der Kammermitglieder ausmache, bei der Erarbeitung des Gesetzes wenig gedacht worden war. Über die Kammer sei es den dort aktiven Kolleginnen und Kollegen gelungen, sich zunehmend besser Gehör zu verschaffen und zu verdeutlichen, wo sowohl gesetzlicher als auch tarifrechtlicher Regelungsbedarf bestehe.

Im System der Rehabilitation sei zwischenzeitlich anerkannt, dass die PPs und KJPs den Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie gleichgestellt sind. Auf Landesebene sei dies, wie Dr. Munz mit Blick auf die Politik mahnte, im Landeskrankenhausgesetz bisher nicht vollzogen worden mit dem Argument, dass dann auch für die anderen 30 dort arbeitenden Berufsgruppen entsprechende Regelungen notwendig seien. Ebenso sei es auch im Strafvollzug bisher im Gegensatz zu anderen Bundesländern nicht als notwendig erachtet worden, Regelungen zur Psychotherapie von Strafgefangenen durch approbierte Psychotherapeuten im Justizvollzug rechtlich zu verankern.



Dr. Dietrich Munz

Zur Versorgungslage wies Dr. Munz darauf hin, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen – zwischenzeitlich eine der häufigsten Ursachen für

Arbeitsunfähigkeit – noch immer unterschätzt würden. Die mittelbaren und unmittelbaren Kosten seien enorm, etwa 20 % der Kosten im Gesundheitssystem entstünden durch psychische Erkrankungen. Der ökonomische Schaden werde europaweit auf jährlich 300 Mrd. € geschätzt. Gleichzeitig kritisierte Dr. Munz, dass das Gesundheitssystem zunehmend mehr den Regeln der Marktwirtschaft unterworfen werde und mit dem Ziel der Kostenreduktion „zwischen den Leistungserbringern, also auch zwischen uns Psychotherapeuten Konkurrenz entfacht werde“. Dr. Munz sieht weiterhin dringenden Bedarf zur Prävention, wobei sozial Benachteiligte einer besonderen psychosozialen Unterstützung bedürften.

### Grußwort von Sozialministerin Dr. Monika Stolz

In ihrem Grußwort betonte die baden-württembergische Ministerin für Arbeit und Soziales, Frau **Dr. Monika Stolz**, dass die „zunehmende Zahl psychischer Erkrankungen belegt, wie notwendig und wichtig eine gute psychotherapeutische Versorgung ist. Die Politik muss hierfür die Rahmenbedingungen schaffen. Sie ist aber angewiesen auf den Einsatz und das fachliche Können der Fachleute.“ Die Ministerin wolle sich für die 20%-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einsetzen, weil damit auch in Baden-Württemberg die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verbessert werden könnte.

Dr. Stolz hob hervor, dass das PsychThG die Gleichstellung mit den anderen Heilberufen gebracht, das Selbstverständnis eines Berufsstands befördert und die Integration verschiedener Schulen und Richtungen ermöglicht habe. Die Landespsychotherapeutenkammer habe diesen Prozess vorangetrieben und sei ein verlässlicher Ansprechpartner für die Politik; sie habe für ihre Mitglieder in der kurzen Spanne ihres Bestehens schon sehr viel erreicht. Hierfür dankte Frau Dr. Stolz den in der Kammerarbeit Engagierten ausdrücklich. Frau Dr. Stolz hob hervor, dass die

Perspektiven psychotherapeutischer Versorgung auch von der Gesundheitsreform abhängen. Sie wisse, dass diese auch in der Psychotherapeuten-schaft heftig diskutiert und kritisiert würde. Da die Reform beschlossen sei, rücke jetzt die Mitgestaltung der Umsetzungsschritte in den Vordergrund. So habe die Bundespsychotherapeutenkammer erreichen können, dass auch die leichten und mittelschweren depressiven Störungen im Morbi-RSA abgebildet würden. Die Landesregierung werde bei der Umsetzung der Reform v.a. auf zwei Punkte drängen: erstens dürfe Baden-Württemberg mit nicht mehr als 100 Millionen Euro zusätzlich belastet werden und zweitens müssten bei der Vergütung für Ärzte und Psychotherapeuten auch in Baden-Württemberg noch Zuwächse möglich sein, um keine Abstriche an der insgesamt guten Versorgungslage in Baden-Württemberg hinnehmen zu müssen.



Dr. Monika Stolz

Dr. Stolz informierte die Teilnehmer auch darüber, dass das Land beim derzeitigen Gesetzgebungsverfahren sich dafür einsetze, dass die Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von den bislang im Gesetzesentwurf vorgesehenen 10 auf 20 Prozent erhöht werde, was zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher führen würde. Diese müsse aber ergänzt werden durch präventiv wirkende Maßnahmen, wie z.B. die vom Land initiierten und geförderten Modellprojekte und Programme wie das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Frau Dr. Stolz betonte abschließend, dass die wachsende Bedeutung der Prävention für die Psychotherapeuten ja nichts Neues sei. Viele würden in Beratungsstellen arbeiten, wo Präven-

tion zur Hauptaufgabe zähle. Aber auch im Bereich der Akutbehandlung psychischer Erkrankungen habe Psychotherapie eine hohe präventive Komponente. Die zunehmende Zahl psychischer Erkrankungen belege die Notwendigkeit einer guten psychotherapeutischen Versorgung. Die Politik müsse hierfür die Weichen stellen, sei aber auf den hohen Einsatz und das hohe fachliche Können der Psychotherapeuten angewiesen. Der Landesregierung sei bewusst, was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten leisteten, sei es in den Praxen, in den Kliniken, in Reha-Einrichtungen oder in Beratungsstellen.

### Hauptreferate von Dieter Best und Jürgen Hardt

Im ersten Hauptreferat zeichnete **Dieter Best** die Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes nach und thematisierte die wichtigsten Errungenschaften und die wesentlichen Mängel des Gesetzes. Er erinnerte daran, dass Psychotherapeuten über zwanzig Jahre lang gebangt hätten, ob dieses Gesetz Wirklichkeit werden würde oder ob der Psychotherapeutenberuf nur eine Fußnote der Geschichte der Psychologie bliebe. Psychotherapie sei seit 1968 als Kassenleistung anerkannt, „Nicht-Ärzte“ hätten nur in Delegation eines Arztes handeln können. Als Meilensteine des PsychThG skizzierte Best: Mitte der 1970er-Jahre erste Überlegungen für ein PsychThG, erster Referentenentwurf 1978, gescheitert auch an der Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände, 1990 Forschungsgutachten zum PsychThG, 1993 zweiter Referentenentwurf, massive Widerstände der Ärzte, Scheitern aber an Zuzahlungsfrage, 1994 Integrationsmodell (in die KVen) von R. Hess, 1995 und 1997 Beschlüsse der Ärzteschaft zur Verhinderung des PsychThG, Ende 1997 Bundestagsbeschluss für das PsychThG, Februar 1998 Zustimmung Bundesrat, Juni 1998 Inkraft-Treten des PsychThG.

Best verband seine historischen Betrachtungen mit einem besonderen nachträglichen Dank an die damalige KBV-Spitze, die gegen den Widerstand ihrer Ärzteschaft den Mut und die Beharrlichkeit gehabt hätte, das Psychotherapeutengesetz zu unterstützen. Besonderer Dank gebühre auch den Gesund-

heitspolitikern, die damals den Weg mitgegangen seien.



Dieter Best

Das PsychThG habe den unwürdigen und rechtsunsicheren Zustand des Delegations- und des Erstattungsverfahrens beendet und für Psychotherapeuten und Patienten eine größere Sicherheit und Planbarkeit erbracht. Die einheitlichere Versorgung in ganz Deutschland habe zu einer gesamtgesellschaftlich höheren Akzeptanz von psychischen Erkrankungen und Psychotherapie geführt, zu kollegialem und unproblematischem Umgang mit ärztlichen Kollegen und zu existentieller Absicherung der niedergelassenen Psychotherapeuten. Das heute höhere Qualitätsniveau der Psychotherapie sei durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Berufsordnung gesichert.

Trotz PsychThG weiter bestehende Mängel sieht Best u.a. darin, dass angestellte PTs, obwohl psychotherapeutisch oft besser ausgebildet als ihre Vorgesetzten, immer noch und fast ausschließlich in untergeordneten Positionen tätig seien. Im System der KVen und der KBV habe es die gesamte Psychotherapie noch immer sehr schwer, sich neben der somatischen Medizin zu behaupten. So hätten z.B. die Ansprüche auf ein Mindesthonorar in vielen Prozessen eingeklagt werden müssen, die Vergütung probatorischer Sitzungen sei noch immer unbefriedigend, eine gründliche Diagnostik und Indikationsstellung deshalb wirtschaftlich nicht möglich. Es bestehe weiterhin nachweisbar eine Mangelversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Best äußerte sich skeptisch, ob die Selbstverwaltung, d.h. KBV und Krankenkassen bereit seien, die Psychotherapeuten darin zu unterstützen, diese Mängel zu beheben. So wäre die Psychotherapeuten-schaft

auf den Gesetzgeber angewiesen, wie schon oft in der Vergangenheit.

Zur Verbesserung der Situation für die Psychotherapeuten benannte Best einige Hausaufgaben, „die wir ... selbst zu erledigen (haben), wenn Psychotherapie zukünftig eine wichtigere Rolle im Gesundheitswesen spielen soll“. Trotz der Mängel des kollektivvertraglichen Systems sollten sich die PTs zu diesem bekennen, es sichere nicht nur einen hohen und einheitlichen Standard der psychotherapeutischen Versorgung, sondern auch die wirtschaftliche Grundlage der niedergelassenen Psychotherapeuten. Dort wo das kollektivvertragliche System seine Grenzen habe, böten neue Vertragsformen grundsätzlich die Möglichkeit, die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern. Darüber hinaus müssten die Psychotherapeuten die Versorgungsforschung stärker mitgestalten. Schließlich stehe derzeit die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf dem Prüfstand, der ggf. eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes folgen werde. Nach Best's Überzeugung sollte die Gelegenheit genutzt werden, die Erfahrungen aus den vergangenen 10 Jahren spätestens bei einer Gesetzesnovellierung zusammenzufassen.



Jürgen Hardt

Im folgenden Vortrag beschrieb **Jürgen Hardt** unter dem Titel „Sinn und Ökonomie der Psychotherapie“ die Schwierigkeiten, denen eine Psychotherapie bei immer fortschreitender Ökonomisierung ausgesetzt sei. Er erinnerte daran, dass mit dem PsychThG zwei neue, freie Heilberufe entstanden und diese als selbständige Leistungserbringer den Regeln des Gesundheitsversorgungssystems un-

terworfen seien. Die beiden neuen Berufe seien einer kaum zu lösenden Spannung ausgesetzt, die aus einer grundlegenden Paradoxie resultiere: Einerseits Differenzierung und Ausbildung relativ autonomer gesellschaftlicher/ kultureller Bereiche und andererseits eine aus gesellschaftlicher Steuerungsnotwendigkeit resultierende Vereinheitlichung, die die Vielfalt wieder unter ein Regiment zwingt.

Wie Hardt ausführte, reicht die Vorgeschichte der neuen Heilberufe bis in die Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg zurück. Bereits 1926 habe Sigmund Freud die Meinung vertreten, dass auch Nicht-Ärzte nach gründlicher Ausbildung Psychoanalyse, das heißt also Psychotherapie, ausüben könnten und betont, dass das Medizinstudium keine gute Voraussetzung für die psychotherapeutische Tätigkeit sei, weil sie durch ihre somatische Einseitigkeit den künftigen Arzt von der seelischen Realität des Leidens ablenke und ihm wichtige Kenntnisse über das Leben, Kultur, Gesellschaft und Sexualität fehlten. Dass die psychoanalytische Psychotherapie gegen den expliziten Willen Freuds schließlich doch zu einer rein ärztlichen Angelegenheit geworden sei, hänge mit den Besonderheiten des amerikanischen Gesundheitswesens zusammen, dessen Regelungen nach dem Zweiten Weltkrieg auf Westdeutschland übertragen worden seien.

Die fachliche Begründung für die Selbstverwaltung eines freien Berufes liege, wie Hardt betonte, im entscheidenden Kennzeichen freiberuflicher Tätigkeit, der inneren moralischen Haltung, dem professionellen Ethos, das die Tätigkeit leiten sollte. Das könne nur gelingen, wenn der Tätigkeit Entscheidungs- und Handlungsspielraum zugestanden und sie von fachfremder Kontrolle geschützt werde. Während die Lebenswelt Sinnfragen nachgehe, werde das System von Verwaltung und Wirtschaft durch zweckrationale Berechnungen vorangetrieben. Dabei entstehe ein schwerwiegendes Problem: diene ursprünglich Wirtschaft und Verwaltung der Sicherung des Lebens (der Lebenswelt), so kehre sich allmählich das Dienstverhältnis um. Weil das System dominant sei, verkümmere die Lebens-

welt, sie werde schließlich entmündigt, kolonialisiert und für die Zwecke des Systems ausgebeutet.

Hardt mahnte, dass Therapeuten Bewohner und Hüter der Lebenswelt seien, Sachkundige und Begleiter des Lebens. Weil Therapie aber nicht in einer Eigenwelt geschehe, sondern in der modernen Lebenswelt, sei die Therapie in ihrer Eigenlogik bedroht, die Dominanz von Verwaltung und Wirtschaft drücke sie an den Rand. Die Therapeuten selbst befänden sich in einer Zwischenposition, an der Nahtstelle zwischen Lebenswelt und System.

Viele Menschen würden, wie Hardt weiter ausführte, mit hohen Behandlungskosten am Leben erhalten, um schließlich zu sterben. Die Gesellschaft sei ratlos, das solidarische Gesundheitswesen überfordert. Niemand wage lebensweltliche Sinnfragen zu stellen. Die Fragen, was an Krankheit zum Leben gehöre oder ob es in Zeiten unbeschränkter Machbarkeit ein natürliches Ende des Lebens gebe, würden vermieden und den Gesundheitsökonomien zugespielt. Diese Fragen stellten sich aufgrund des wissenschaftlich-technischen Fortschritts, der ständig die Grenze zwischen Kultur als dem Machbaren und Natur als dem Hinzunehmenden verschiebe. So müssten Lebensfragen gerade im Bereich der Heilkunde ständig neu gestellt und beantwortet werden.

Weil diese Fragen so schwer zu beantworten seien, seien die moralischen Probleme der Behandlungswirklichkeit zu wirtschaftlichen und administrativen Kalkulationen umetikettiert worden. Es werde nicht mehr gefragt, welchen lebensweltlichen Sinn eine lebensverlängernde Maßnahme habe, sondern was sie koste und ob sie sich lohne. Das sei die Geburtsstunde der Gesundheitsökonomie gewesen, erleichtert begrüßt von einer überforderten Gesellschaft. Die lebensweltlichen Sinnfragen unserer Behandlungskultur seien so verschoben worden. Die Behandlungskultur sei zur Gesundheitswirtschaft und zum Gesundheitsmarkt umfunktioniert worden, in dem sich alles um die Ware Gesundheit drehe. Wesentlich sei hier aber, dass in den beiden Auffassungen zweierlei Logiken zum Ausdruck kämen, die

sich kaum miteinander vereinbaren ließen.

Die Kultur der Behandlung, so Hardt weiter, gehe von einem Menschen in Beziehung aus. Der Mensch der Therapeutik sei ein ‚animal sociale‘ aus der Einsicht in die eigene Hinfälligkeit und Hilfsbedürftigkeit. Die Gesundheitsökonomie gehe von einem völlig anderen Menschenbild aus. Sie rechne mit dem ‚homo oeconomicus‘, dem die Überlegung zugrunde liege, dass jeder vernünftige Versicherte seinen Beitrag logischerweise bis zum Äußersten ausschöpfe und alle Gesundheitsleistungen beanspruche solange der Grenznutzen die Grenzkosten überwiege. Soziale Bindung und soziales Gewissen kämen bei ihm nicht vor. Die Faszination des Ökonomismus sei in allen sozialen Bereichen groß, denn er verspreche alle Lebensprobleme zu lösen, wenn sie erst einmal in ökonomische Berechnung überführt seien.

Hardt betont, dass es ihm keineswegs darum gehe, die Gegensätze zwischen Therapeutik und Verwaltung sowie Bewirtschaftung zu verschärfen oder einer prinzipiellen Feindschaft zwischen Lebenswelt und System das Wort zu reden. Er möchte im Gegenteil die offensichtlichen Widersprüche verstehen, aber nicht unbeteiligt, sondern um die Therapeutik aus dem Griff des Systems zu befreien und zugleich auch die Gesundheitsökonomie von Sinnfragen zu entlasten, die ihr zugeschoben worden seien und die sie nicht beantworten könne. Therapeuten könnten in einer kulturellen Situation des Widerstreits nicht neutral bleiben. Sie seien über das freiberufliche, therapeutische Ethos der Lebenswelt verpflichtet. Sie müssten sich auf die Seite der Lebenswelt stellen, ihre Partei ergreifen und ihr Wort führen. Sie müssten unausweichliche Sinnfragen stellen und die Gesundheitsökonomie auf das ihr zustehende Maß zurückstutzen. Nicht die Lebenswelt habe dem System, das System habe der Lebenswelt zu dienen.

### Podiumsdiskussion

Die anschließende Podiumsdiskussion hatte die Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung zum Thema.

**Andreas Vogt**, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse Baden-Württemberg, zog eine positive Bilanz aus zehn Jahren PsychThG. Die Psychotherapie sei zu einem festen Baustein der gesundheitlichen Breitenversorgung in Deutschland geworden. Psychische Erkrankungen stünden für die GKV im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, da sie einen wachsenden, hochrelevanten Ausgabenbereich darstellten. Gesucht würden dabei Versorgungswege, die messbare Effizienzgewinne gewährleisten.

Ebenfalls ein positives Fazit zog **Birgitt Bender**, MdB für die Grünen und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Aktuelle Zahlen u.a. aus Versichertenstudien (TK, GEK) zeigten die Notwendigkeit einer guten psychotherapeutischen Versorgung. Sie plädierte für eine Versorgungsstudie, die über den Tellerrand einer Krankenkasse hinausschäue. Auf der gesundheitspolitischen Agenda stehe aktuell die Frage nach den Quoten für ärztliche sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen sowie in der nächsten Wahlperiode die Weiterentwicklung der Psychotherapieausbildung. In diesem Zug sollte auch das Problem der vielfach fehlenden Vergütung der PiAs während des einjährigen Praktikums gelöst werden. Besonders am Herz liege Birgitt Bender die Integrierte Versorgung sowie die Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

**Prof. Dr. Harald Rau** (Zieglersche Anstalten), der die Position der stationären Psychotherapeuten vertrat, forderte eine mehr somatisch-medizinische Ausrichtung in Studium und psychotherapeutischer Ausbildung, die Zulassung Psychologischer PsychotherapeutInnen nach absolvierter Ausbildung zur Verordnung von Psychopharmaka und die Schaffung der formalen Voraussetzungen für die Übernahme von Leitungsfunktionen und Nacht- und Wochenenddiensten in Akut- und Rehabilitationskliniken.

**Jürgen Doebert**, der für die niedergelassenen Psychotherapeuten auf dem Podium saß, sieht v.a. drei Herausforderungen für die Zukunft: 1. die Arbeit an dem Konflikt zwischen dem Anspruch der Patienten auf eine angemessen lange und damit ruhige Behandlung und langen Wartezeiten für einen Therapieplatz. Eine erste Perspektive dafür deutete sich z.B. durch eine bessere Ausnutzung vorhandener Versorgungsaufträge und die Änderung der Bedarfsplanung an. 2. die Vermeidung einer unreflektierten Anpassung an den sich u.a. durch immer kürzer werdende „Interventionen“ ausdrückenden Zeitgeist und 3. die Verbesserung der Zusammenarbeit der Psychotherapeutenverbände (auch der ärztlichen) mit dem Ziel, eine Zersplitterung der Psychotherapeuten zu verhindern und gemeinsam eine sinnvolle Weiterentwicklung der weltweit ausgezeichneten psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen.



Podiumsteilnehmer

**Thomas Merz** hob für die Beratungsstellen hervor, dass sie v.a. im Jugendhilfebereich, in der ambulanten Suchtkrankenhilfe und in der psychiatrischen Nachsorge ein flächendeckendes Beratungsangebot für verschiedenartige psychosoziale Problemlagen zur Verfügung stellten und damit einen unverzichtbaren Beitrag zur psychosozialen Versorgung leisteten. Obwohl psychotherapeutische Angebote fester Bestandteil viele Beratungsstellen seien, seien Tendenzen erkennbar, diese aus Finanzierungsgesichtspunkten auszulagern. Darüber hinaus stellt er für den Klinik/Rehabereich in Frage, inwieweit die von ökonomischen Grundlagen der Gesundheitskonzerne bestimmten Behandlungskonzepte für psychisch Kranke sich mit den Leitvorstellungen unserer Heilberufe vereinbaren könnten.

Nach **Rudi Bittner**, Psychologe im Vorstand der KV Bayern, haben die letzten Jahre eindrucksvoll unterstrichen, dass Psychotherapie sowohl für die Behandlung psychischer Erkrankungen als auch psychischer Faktoren bei körperlichen Krankheiten im System der GKV unverzichtbar sei. Dabei warnte er die Psychotherapeuten vor einer Aufgabe der kollektivvertraglichen Regelungen, wie sie im KV-System vorhanden sind, zugunsten von selektiven Verträgen. Letztere seien vorrangig an wirtschaftlichen Interessen ausgerichtet und gingen an den Bedürfnissen der Patienten vorbei. In einer vernünftigen Gesundheitsversorgung hält Bittner folgende beispielhafte Punkte für unverzichtbar: den Erstzugang zum Psychotherapeuten, die Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker, eine deutliche Erhöhung der Finanzmittel für Psychotherapie sowie die ausreichende Vergütung der PiAs im Praktischen Jahr.

### Workshops

Im von **Susanne Loetz** (Heidelberg) und **Günter Ruggaber** (Tübingen) moderierten Workshop zum Thema „**Quo vadis Psychotherapeutenausbildung?**“ gab **Susanne Walz-Pawlita** (Gießen) einen in 10 Thesen gefassten Überblick über die derzeitigen und v.a. künftig wahrscheinlichen und möglichen Wege der Psychotherapieausbildung, insbesondere hinsichtlich der Änderungen durch den Bologna-Prozess und der damit verbundenen Umstellung der relevanten Studiengänge vom Diplom auf Bachelor/Master. Dabei kritisierte Frau Walz-Pawlita, dass die unterschiedlich qualifizierenden Hochschulzugänge für die beiden Heilberufe PP und KJP durch die Bologna-Studienreform sowohl aus fachlichen als auch aus berufs-/sozialrechtlichen Überlegungen nicht zu rechtfertigen seien. Die erforderliche Zugangsvoraussetzung müsste auch für die KJP-Ausbildung ein Masterabschluss sein. Die derzeit durch die Äquivalenzauslegung der Bologna-Reform mögliche Bachelor-Qualifikation für KJP könne nicht bestehen bleiben. Des Weiteren machte sie darauf aufmerksam, dass es den

psychologischen Studiengängen unter Einschluss der Klinischen Psychologie voraussichtlich nicht alleine gelingen werde, den erforderlichen Nachwuchsbedarf an Psychologischen Psychotherapeuten für die Zukunft zu sichern. Aus der gewollten Verknappung des Studienplatzangebotes am Übergang zwischen Bachelor- und Masterstudium (Flaschenhalsproblematik) werde – bereits heute – absehbar ein Mangel an qualifizierten Kandidaten für die psychotherapeutischen Ausbildungen resultieren. Dabei sei davon auszugehen, dass Umstrukturierungen der Hochschullandschaft, insbesondere im Verhältnis zwischen Fachhochschulen und Universitäten, neue fachübergreifende oder anwendungsbezogene Studiengänge im Gebiet der Psychologie hervorbringen würden. Wenn an den Universitäten keine Psychologieausbildung mit Relevanz für die Praxis mehr möglich sei, könne dieser Teil der Ausbildung auch von Fachhochschulen übernommen werden. Bzgl. der vertiefenden Weiterbildung könne das vorgeschlagene Modell der Direktausbildung mit Approbation an den Universitäten aus formalen und inhaltlichen Gründen nicht befürwortet werden, eine Neuordnung der Studiengänge in Richtung auf einen Master "Psychotherapiewissenschaften" als Zugang in die Ausbildung sei hingegen denkbar. Aus Sicht der Institute müsse allerdings die notwendige Verschränkung von Selbsterfahrung, Theorievermittlung und Behandlungspraxis in der psychotherapeutischen Ausbildung gewährleistet bleiben. Auch die schwierige soziale und finanzielle Lage vieler Ausbildungskandidaten müsste durch flankierende gesetzliche Veränderungen und Maßnahmen der Ausbildungsträger erleichtert werden. Insgesamt, auch unter Berücksichtigung des steigenden Bedarfs, sieht Frau Walz-Pawlita in den beiden Heilberufen Berufe mit guten bis sehr guten Zukunftsaussichten.

**Thomas Feldmann-Hauptstein**, Ausbildungssprecher der LPK Baden-Württemberg, nannte in seinem Co-Referat die unterschiedlichen Therapie-schulen, die Vielfalt der Ausbildungsinstitute und die nichtstaatliche Organisation als erhaltenswerte Ausbildungsstrukturen. Veränderungsbedarf sieht er

insbesondere in der Praktikums- bzw. Ausbildungsvergütung, in der Klärung der Zugangsvoraussetzungen und in der Gleichbehandlung von PP und KJP. Aus seiner Sicht sollte der Masterabschluss unbedingt Voraussetzung dafür sein, eine psychotherapeutische Ausbildung beginnen zu können. Künftig könnte dabei eine Integration von Masterstudiengang und Psychotherapieausbildung sowie eine Modularisierung der Ausbildungsinhalte und Akkreditierung der Institute sinnvoll sein. Darüber hinaus forderte er die Förderung von Promotivmöglichkeiten.



Workshop 1: S. Walz-Pawlita, S. Loetz, T. Feldmann-Hauptstein, G. Ruggaber

Im zweiten, von **Rolf Wachendorf** (Esslingen) moderierten, gut besuchten, sehr lebhaft und kritisch diskutierten Workshop über „**Neue Vertragsformen**“ referierten **Werner Conrad** (Stuttgart) und **Rolf Wachendorf** über Änderungen der Strukturen und der Vertragslandschaft der Psychotherapeuten als Folge der Gesundheitsreform. Fokussiert wurde auf die Integrierte Versorgung, §73b- und §73c-Verträge, Disease-Management-Programme, Teilgemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren sowie auf künftige Ausschreibungen mit Übernahme von Versorgungsbereichen (Zu diesem Workshop lag uns bei Redaktionsschluss noch keine Zusammenfassung vor).

Workshop 3 zur Mediensucht von Jugendlichen musste wegen einer kurzfristigen Absage des Referenten (Wolfgang Bergmann, Hannover) leider ausfallen. Dass die Veranstalter in der Kürze der Zeit keinen Ersatzreferenten gewinnen konnten, führte bei einigen der Interessenten zu einem gewissen Unmut. Wir bitten auch auf diesem Wege alle Betroffenen um Nachsicht und um Entschuldigung.



Workshop 4: A. Schöllhorn und U. Böttinger

Im von **Ullrich Böttinger** (Lahr) moderierten Workshop über „**Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (0 – 3 Jahre) in besonderen Belastungssituationen**“ berichtete **Angelika Schöllhorn** (Ulm) über die Möglichkeiten präventiver Tätigkeit für Psychotherapeuten im Rahmen von Institutionen und in freier Praxis am Beispiel des auch vom Land Baden-Württemberg geförderten Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“. Wie Frau Schöllhorn ausführte, ist der Schutz insbesondere von Säuglingen und Kleinkindern nur zu gewährleisten, wenn möglichst frühzeitig mit Hilfe und Unterstützung für Familien begonnen wird. Das Modellprojekt versuche, die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von Eltern zur wirksamen Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter zu stärken. Ein wichtiges Ziel sei die Bereithaltung passgenauer und möglichst lückenloser Angebote für die frühe Kindheit und Optimierung/Ergänzung der bestehenden Angebotsstruktur. Hieraus ergebe sich die Schnittstelle zur Tätigkeit von Psychotherapeuten in Institutionen und in freier Praxis. Insbesondere Erziehungsberatungsstellen kommt hierbei eine wichtige Aufgabe zu. Nötig sei eine breite Palette von niedrigschwelligen und aufsuchenden Angeboten bis zu hoch spezifischen und differenzierten Angeboten (z.B. für psychisch kranke Eltern, jugendliche Mütter und Familien mit unterschiedlichen psychosozialen Risiken) im therapeutischen Bereich. Die einzelnen Angebote müssten untereinander verknüpft sein bzw. sich ergänzen, hierdurch sei mittelfristig eine nachhaltige Verbesserung im Kinderschutz erreichbar. Am Beispiel der videogestützten entwicklungspsychologischen

Beratung wurde im Workshop auch praktisch verdeutlicht, wie in Risikogruppen eine verbesserte Mutter-Kind-Interaktion als Grundlage für eine sichere Bindung entwickelt werden kann.



Workshop 5: M Reisch

Ein weiterer, von **Michael Reisch** (Emmendingen) geführter Workshop diskutierte die **Schnittstellen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**. Reisch, zugleich Referent, wies darauf hin, dass trotz vieler Berührung- und Überschneidungsbereiche die Schnittstellen oft zu wenig ausgeleuchtet seien. Während die Jugendhilfe meist einen ganz fehlenden oder zu späten Einbezug in die Hilfeplanung beklage, kritisierten die KJPs, dass die Jugendhilfe ihre fachliche Expertise nicht ausreichend wertschätze und berücksichtige. Ausgehend von den typischen Arbeitsstrukturen und Verfahrensabläufen innerhalb eines Jugendamtes, insbesondere des Kommunalen Sozialen Dienstes, wurden Themen benannt, wie die Zusammenarbeit verbessert werden kann. Bei Anfragen durch die Träger der Jugendhilfe, zum Beispiel im Rahmen einer Einschätzung bezüglich des Sorgerechts oder zur Stellungnahme beziehungsweise Mitwirkung vor und während der Gewährung von Hilfen zur Erziehung bestünden gute Möglichkeiten für niedergelassene KJP zur Zusammenarbeit. Hier böten sich insbesondere, neben dem Erstellen von Bescheinigungen, Stellungnahmen und Empfehlungen vor allem auch die konkrete Teilnahme an Hilfeplan-Konferenzen und/oder Hilfeplan-Gesprächen an. Hierbei sind neben den Auswirkungen auf das therapeutische Geschehen vor allem auch die Kostenübernahme der Leistungen niedergelassener KJP zu klären.

Im von Michael Müller-Mohnssen (Ravensburg) geleiteten Workshop zur „**Psychologischen Therapie der Sucht**“ waren mit Rainer Baudis (Schorndorf), Wolfgang Langer (Rastatt) und dem Moderator selbst gleich drei Referenten zu hören. Zunächst ging **Rainer Baudis** auf die spezifische Situation in der stationären medizinischen Rehabilitation ein. Ausgehend von der zentralen Bedeutung der psychologischen Therapie der Sucht, die auch durch die aktuelle neurobiologische Forschung Unterstützung erfahre (z.B. durch die neuen lernbasierten neuroplastischen Rehabilitationsverfahren), kritisierte Baudis den aktuellen "Rollback", bei dem die Positionierung der Psychologischen Psychotherapeuten in der Suchtrehabilitation zurückgefahren werde. So habe die Deutsche Rentenversicherung Bund per Dekret die bisherige Personal- und Organisationsstruktur geändert und eine medizinische Struktur und Hierarchie für alle Suchtrehaeinrichtungen verordnet, in der Ärzte einen Alleinvertretungsanspruch hätten („Suchtbehandlung ist per se eine ärztliche Aufgabe“). Dies sei von der Kompetenz her nicht zu rechtfertigen. Baudis verweist darauf, dass bei DRV-Bund die ärztlichen Standesinteressen hoch angesiedelt und alle Schlüsselpositionen im medizinischen Bereich durchweg mit Ärzten besetzt seien. Baudis fordert die Gleichstellung des Psychologen in der Suchtrehabilitation mit dem Arzt, was insbesondere auch Leitungsverantwortung, Übernahme von Rufbereitschaften und auch Zugang zu Medikamentenverordnung bedeute.



Workshop 6: R. Baudis, M. Müller-Mohnssen

Im zweiten Referat des Workshops ging **Wolfgang Langer** auf die Bedeutung der psychologischen Therapie der Sucht in Beratung und ambulanter Rehabilitation ein. Im ambulanten Bereich gebe es

derzeit ca. 1200 Suchtberatungsstellen, v.a. für die Grundversorgung von Suchtkranken und für ambulante Behandlungen. Von den in den Beratungsstellen beschäftigten Fachkräften seien über 75% Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Diplompädagogen u.ä. und nur ca. 10% Psychologen. Das zu leistende Angebot sei sehr umfangreich und gehe über Gruppen- und Einzelberatung inklusive Motivationsförderung und Therapievorbereitung, über Beratung von Angehörigen und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen bis hin zu konkreten Präventionsmaßnahmen. Obwohl die psychologische Therapie der Sucht, meist verhaltenstherapeutischer Orientierung, ausgesprochen erfolgreich sei, werde die ambulante Suchttherapie überwiegend von sozialtherapeutisch ausgebildeten Fachkräften durchgeführt. Im Rahmen des Aufbaus regionaler Suchtthilfenetzwerke, die u.a. auf eine Senkung der Zugangsschwellen, eine bessere Abstimmung vorhandener Angebote, ein verbessertes Fallmanagement und damit insgesamt auf eine Optimierung der Angebotsqualität hin zielten, könnte eine psychologische Therapie der Sucht künftig eine größere Rolle spielen.

Wie **Michael Müller-Mohnssen** im abschließenden Referat zur Psychologischen Therapie der Sucht in der psychiatrischen Suchtbehandlung ausführte, würden für die derzeit ca. 7000 stationären psychiatrischen Sucht-Betten bzw. ca. 200.000 jährlichen Behandlungen rund 300 bis 400 Psychologen in der Suchtkrankenversorgung zur Verfügung stehen. Dabei könne die geltende Personalverordnung (PsychPV) keine PP, sondern nur Diplom-Psychologen. Trend sei seit Einführung der PsychPV eine Steigerung der medizinischen Behandlungstypen auf Kosten der mehr psychotherapeutisch orientierten. Aktuell würden unter anderem auch wegen der Verkürzung der Verweildauer und damit geringeren Möglichkeiten zu psychotherapeutischen Interventionen Psychologen durch Ärzte/ Sozialarbeiter ersetzt und psychologische Behandlungsmodule durch diese oder sogar durch Pflegekräfte durchgeführt. Auch würden zunehmend die Lei-

tungsfunktionen auf den Behandlungsstationen u.a. mit dem versicherungsrechtlichen Argument wieder fachärztlich besetzt. Auch die im Aufbau befindlichen psychiatrischen Institutsambulanzen würden bevorzugt mit Ärzten besetzt. Dies geschehe ungeachtet dessen, dass die psychologische Therapie der Sucht in den vergangenen Jahrzehnten einen wesentlichen Beitrag geleistet habe zur modernen evidenzbasierten Suchtbehandlung, wie sie sich auch z.B. in den Standards bzw. Leitlinien der AMWF niedergeschlagen haben. Unter anderem aus diesem Grund sei es in allen Bereichen der Suchtkrankenbehandlung unbedingt erforderlich, die Kompetenzen der Psychologischen Psychotherapeuten für die Erhaltung und Weiterentwicklung einer hohen Versorgungsqualität einzubeziehen.



Workshop 7: J. Bengel, D. Schmucker

Workshop 7 beschäftigte sich unter Leitung von **Dieter Schmucker** (Aulendorf) speziell mit der Psychotherapie in der Rehabilitation. Referenten waren Jürgen Bengel (Freiburg) und Stefan Lueger (Bad Kissingen). **Jürgen Bengel** führte in seinem Referat in die Bedeutung von psychischen Störungen und Psychotherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen ein. Studien zur psychischen Komorbidität von orthopädischen, kardiologischen und onkologischen Rehabilitationspatienten ergäben übereinstimmend einen deutlich höheren Anteil v.a. für Affektive Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen (jeweils 1,5-2 mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung). Insgesamt litten etwa 1/3 der Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen auch an psychischen Störungen. Einer der wesentlichen Gründe für die bestehenden ungünstigen Entdeckungschancen liege in der Diagnostik, unter anderem in der Fehlinterpretation von Symptomen, in der Tendenz zur Unterschätzung

psychischer Störungen, in der Unkenntnis über psychische Störungen und der mangelnden Kenntnis hinsichtlich ihrer Behandelbarkeit. Am Beispiel der koronaren Herzerkrankung wurde die Relevanz der psychischen Faktoren unter anderem bezüglich der Krankenhausliegedauer, für die somatische Morbidität und Mortalität, für die Chronifizierung, für Compliance und Lebensqualität sowie auch für die Inanspruchnahme und Kosten (alles jeweils erhöht) hervorgehoben. Die Versorgung solcher Patienten gehe über eine Psychotherapie im engeren Sinne hinaus, deshalb müsse sich die Psychotherapie verstärkt auf diese Patienten einstellen und ihre Behandlung entsprechend anpassen, z.B. unter anderem auf die häufig begrenzte Therapiemotivation, die eher somatisch begründete Lientheorie, auf die Einschränkung durch die körperliche Erkrankung und Behandlung und auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Künftig komme der Versorgung dieser Patientengruppen aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts eine wachsende Bedeutung zu.

**Stefan Lueger** ging in seinem Referat über Anspruch und Wirklichkeit der Psychotherapie in der Rehabilitation zunächst auf die Entwicklung ihres Stellenwerts am Beispiel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ein, nachdem in der neuesten, 2007 veröffentlichten Version die Psychotherapie eine deutlich höhere Bedeutung hat als noch in der Version 2000. Dort wurde z.B. die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten als eine notwendige Voraussetzung für eine psychotherapeutische Einzelintervention definiert. Auch im 2007 neu aufgelegten Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung spiele die psychologische Beratung und Psychotherapie eine deutlich größere Rolle. Hierbei sei u.a. auch den Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation Rechnung getragen worden. Dem erheblichen Bedarf an Psychotherapie stehe jedoch in den Reha-Kliniken ein Stellenschlüssel entgegen, der in der Regel bei etwa einem Psychologen auf 100 Patienten entspreche. Auch in den Leitlinien, wie sie von der



Deutschen Rentenversicherung (DRV) federführend entwickelt worden seien, hätten psychologische Leistungen einen zentralen Stellenwert. Als mögliche negative Auswirkungen der Prozessleitlinien thematisierte Lueger die Gefahr, dass Mindeststandards geregelt, dass Einzeltherapien durch mehr Gruppenveranstaltungen ersetzt würden (was jetzt schon Trend sei) und dass möglicherweise bestehende Patientengruppen benachteiligt werden könnten (z.B. Patienten im hohen Alter). Hinsichtlich der Durchführung von Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation werde es notwendig werden, wenn die ersten Bachelor-Absolventen im Fach Psychologie auf den Markt kämen, neue Regelungen zu treffen, wer welche Tätigkeiten machen dürfe. Der Trend, diesen Absolventen generell den Titel "Psychologe" abprechen zu wollen, wie es z.B. der BDP (Pressemitteilung vom 05.05.07) mache, erscheine aus Luegers Sicht sehr diskussionswürdig.



Workshop 8: Diskussionsrunde mit M. Merz und J. Eckert

Der von **Mareke de Brito Santos-Dodt** (Heidelberg), **Jochen Eckert** (Hamburg) und **Jochen Schweitzer** (Heidelberg) geleitete Workshop 8 beschäftigte sich mit der Frage, wann und wie die **Gesprächspsychotherapie** und die **Systemische Therapie / Familientherapie** zugelassen werden. Die über zwanzigjährige Geschichte des PsychThG lehre, dass fällige Veränderungen lange brauchen können, sie aber letztlich nicht aufzuhalten seien und irgendwann kämen. Dies werde auch mit der Integration der Gesprächspsychotherapie und der

Systemischen Therapie in die kassenfinanzierte Psychotherapie so sein. Fraglich erscheinen das "Wann" und das "Wie". Im dem als Gruppenarbeit konzipierten und durchgeführten Workshop wurden vier Wege diskutiert, die einander ergänzen können: (1) die Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (wie erfolgt), dann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, nicht erfolgt), (2) die Gerichte, (3) direkte Verhandlungen mit interessierten Krankenkassen und (4) dem Aufbau einer institutionalisierten Psychotherapie außerhalb des jetzigen KV-Systems. Mit Hilfe erlebnisorientierter, personenzentrierter und systemischer Aktionsmethoden sollte in diesem Workshop ein variationsreiches Szenario für die nächsten zehn Jahre Berufspolitik entwickelt werden. Ein zusammenfassender Bericht zu diesem Szenario lag uns allerdings bei Redaktionsschluss noch nicht vor, weshalb wir hier leider auf den nächsten Newsletter verweisen müssen.

Im letzten, von **Rüdiger Nübling** (Stuttgart) geleiteten Workshop zum Thema „**Psychotherapeutische Versorgungsforschung**“ referierten **Holger Schulz** (Hamburg) und **Werner W. Wittmann** (Mannheim). **Holger Schulz** gab einen aktuellen Überblick über den Stand der Versorgungsforschung in und für die Psychotherapie und zeigte dies am Beispiel von Klinikvergleichen, die im Rahmen einer Versorgungsstudie im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt wurden. Ausgehend von einer Definition der Versorgungsforschung, die Effektivität und Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen untersucht, wurden als zentrale Themen der Versorgungsforschung benannt: Zugang und Assessment (z.B. Bedarfsplanung, Zugang und Inanspruchnahme sowie Setting und Zielgruppenspezifität), der Behandlungsprozess selbst (z.B. Implementierung von Angeboten, Ausmaß der Standardisierung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, Schnittstellen / Vernetzung) sowie der Outcome (v.a. Effektivität und Effizienz, Kosten-Nutzen-Relation, Transfer). Beklagt wurde für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker – wie für andere Gesundheitsbereiche – dass ein immer noch erhebliches Defizit an Forschungsergebnissen besteht. Damit würden wichtige empirische Grundlagen für eine rational begründete Versorgungsplanung fehlen. Versorgungsforschung könne allerdings hinsichtlich ihrer Methodik nur begrenzt auf anerkannte Standards (RCT) zurückgreifen, da zum Beispiel eine Randomisierung dem Versorgungsalltag widerspreche. Die Datenerhebungen müssten in die klinische Routine implementiert werden, weshalb nur konsequente und nicht selektive Stichproben herangezogen werden könnten. Eine weitere zentrale methodische Besonderheit liege darin, dass primär Selbsteinschätzungen (der Patienten) Grundlage seien. Nicht unbedeutend war in diesem Zusammenhang auch, dass der wissenschaftliche Nachwuchs, insbesondere im internationalen Bereich mit Studien, die nicht den RCT-Standards entsprechen, kaum konkurrieren könnten und sich deshalb auch nur wenige mit diesem Thema beschäftigen würden. Bezogen auf die durchgeführten Klinikvergleiche zeigte Schulz eindrucklich, wie wichtig es für einen fairen Vergleich ist, dass konfundierende Variablen (z.B. ein erhöhter Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen) miterhoben und in die Analysen einbezogen werden. Die Übertragbarkeit von solchen Verfahren auf die ambulante Versorgung wurde ausführlich diskutiert.



Workshop 9: H. Schulz



Bildergalerie – Impressionen vom Landspsychotherapeutentag 2008 (mehr Bilder gibt es demnächst auf der LPK-Homepage)

Im zweiten Beitrag dieses Workshops illustrierte **Werner W. Wittmann** an Beispielen aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation, was eine umfassende psychotherapeutische Versorgungsforschung leisten könne. Trotz der langjährigen Tradition der Psychotherapieforschung, die die Wirksamkeit von Psychotherapie eindrücklich belege, müsse festgehalten werden, dass nur ein geringer Anteil dieser Studien in der konkreten Versorgungspraxis unter Alltagsbedingungen durchgeführt wurde und deswegen nicht ohne weiteres auf die alltägliche Versorgung geschlossen werden könne. Psychotherapeutische Versorgungsforschung könne sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beziehen, wobei insbesondere der ergebnisorientierten Perspektive eine besondere Bedeutung zukomme („Ergebnisqualität ist nicht Alles, aber

ohne Ergebnisqualität ist alles Nichts!“ Wittmann et al. 2003). Eine entscheidende Frage ist demzufolge die nach den Ergebnissen in der realen Versorgung. Auf der Grundlage einer kürzlich publizierten Metaanalyse von 67 Studien und über 25.000 Patienten der psychosomatischen Rehabilitation wurde gezeigt, wie eine versorgungsnahere Forschung aussehen kann. Diese Studien haben nahezu ausschließlich ein naturalistisches Design und damit eine hohe externe Validität und damit auch eine hohe Evidenz jenseits des RCT-Dogmas. Gewissermaßen im Gegensatz zu den kritischen Ausführungen von Jürgen Hardt forderte Wittmann von den Psychotherapeuten, sich verstärkt auch auf die gesundheitsökonomische Perspektive zu konzentrieren. Der „Return of Investment“ bzw. das Kosten-Nutzen-Verhältnis von (hier stationärer) Psychotherapie sei mit ca. 1:2,5 bis 1:4

so gut, dass – wäre die Psychotherapie eine börsennotierte Aktiengesellschaft – ihr „Kurs“ seit vielen Jahren hätte enorm steigen müssen, also extrem hohe Gewinne hätten erzielt werden können. Die Psychotherapie müsse sich in der Diskussion um die Kosten im Gesundheitswesen bzw. der Wirtschaftlichkeit vor niemandem verstecken und könnte eigentlich um vieles selbstbewusster in dieser Diskussion vertreten sein. Im ambulanten Bereich werden die Ergebnisse – wegen den geringeren Kosten – möglicherweise noch besser ausfallen, weshalb z.B. die vielfach kritisierte und abgelehnte QS-Studie der TK nachträglich noch deutliche Impulse setzen können zur weiteren Stärkung der Psychotherapie. Wittmann forderte die Psychotherapeuten selbst zu mehr eigener Initiative zur Versorgungsforschung auf, der Einsatz werde sich lohnen.



Wie schon im letzten Jahr war der Landespsychotherapeutentag von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle glänzend organisiert. Auch die für die

schnelle Abwicklung am Tagungsbüro extra engagierten Hilfskräfte haben sehr geholfen, den Tag für alle Beteiligten so reibungslos wie möglich zu gestalten.

Ihnen allen gebührt der Dank der Teilnehmer und des Vorstandes.

## Umfrage zur Beitragsordnung: Kammermitglieder bevorzugen abgestuften Einheitsbeitrag

Die LPK stellte in einer Mitgliederumfrage zwei Beitragsmodelle zur Diskussion. Modell A mit einem in drei Stufen gestaffelten Beitrag, Modell B mit einer linearen Abhängigkeit des Beitrags von den Einkünften. Von den etwa 4000 Kammermitgliedern

antworteten 1422 (ca. 35%). Hiervon sprachen sich 882 (62%) für Modell A aus, 540 (38%) für Modell B. In Anbetracht dieser deutlichen Präferenz des Modells A wird sich auch der Vorstand für dieses Modell einsetzen. Die Abstimmung über die neue Beitragsord-

nung wird auf der Kammervertreterversammlung (VV) am 18.10.08 erfolgen. Eine Beitragsermäßigung für Angestellte ist in der Vordiskussion der VV sehr umstritten. Es wird bezweifelt, dass angestellte Mitglieder weniger Nutzen von der Kammer hätten.

## "Gesundheitsfond - so nicht" – Pressekonferenz und Kampagnenvorstellung

"Gesundheitsfond - so nicht" - zu diesem Thema fand am 7.5.08 eine Pressekonferenz in der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg statt. Dabei wurde die Kampagne "Gesundheitsfond - so nicht" vorgestellt. Diese Initiative wird getragen von den kassenärztlichen Vereinigungen Bayerns und Baden-Württembergs. In Baden-Württemberg wird die Kampagne auch von der Landespsychotherapeutenkammer, der Landesärztekammer, der Landeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sowie der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWK) unterstützt.

Die Vertreter der die Kampagne unterstützenden Organisationen wiesen in ihren Statements auf die Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds hin. Durch den Fond und die Honorarreform fließen demnach 500 Millionen Euro Krankenkassenbeiträge von Baden-Württemberg in andere Bundesländer ab, die der hiesigen Versorgung fehlen werden. Der Vizepräsident der LPK Baden-Württemberg, Herr Martin Klett, vertrat dabei die Landespsychotherapeutenkammer. Er wies in seinem Statement insbesondere auf die Auswirkungen für die psychotherapeutische Versorgung hin. Die Pressemitteilung der LPK zur Pressekonferenz finden Sie hier ([www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) → Aktuelles). In seinem Vortrag betonte er exemplarisch

die überwiegend unzureichende Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Einig waren sich alle, dass der Fond wenn auch schon nicht mehr aufzuhalten, so doch zu entschärfen oder zu verschieben wäre. Angesichts des bevorstehenden nächsten Bundestagswahlkampfes dürfte die Kampagne eine Wirkung bei der Politik entfalten.

Weiterführende Informationen finden Sie auf den Homepages der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der Landesärztekammer Baden-Württemberg, sowie auf den Seiten der Kampagne „Gesundheitsfond - so nicht“.

## Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk noch in diesem Jahr

Nach dem Beschluss der Vertreterversammlung der LPK BW über den Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk Nordrhein-Westfalen (PTV-NRW) musste zwischen NRW und Ba-Wü ein Staatsvertrag geschlossen werden. Nach den parlamentarischen Prüfungen und Verabschiedung durch die beiden Landtage tritt der Staatsvertrag voraussichtlich zum 1. Januar 2009 in Kraft. Die derzeitigen Kammermitglieder können dann entscheiden, ob ihre Alters-,

Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung auf andere Art ausreichend abgesichert ist und sie somit eine Beitragsbefreiung beantragen oder ob sie im PTV bleiben wollen. Künftige Mitglieder sind im Versorgungswerk pflichtversichert, wobei rentenversicherungspflichtige KollegInnen vom Beitrag befreit werden. Eine Zusatzversorgung ist über einen reduzierten Beitrag beim PTV möglich. Um unsere Kammermitglieder bei der Entscheidung zu unterstützen, ob sie sich vom Beitrag

zum PTV befreien lassen oder ob sie ihre Altersvorsorge über das PTV absichern/ergänzen wollen, werden kostenfreie Informationsveranstaltungen zum Versorgungswerk durchgeführt, zu denen alle Kammermitglieder herzlich eingeladen sind. Bei Bedarf werden Kammermitglieder auch ausführlich individuell beraten. Die Termine für die Info-Veranstaltungen werden Ihnen zugesandt und Sie finden sie auf der Kammerhomepage ([www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)).

## Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) als freiwillige Mitglieder der LPK BW

Nach einer Novellierung des Heilberufekammergesetzes hat im März 2007

die Vertreterversammlung der LPK-BW beschlossen, dass Psychotherapeuten in

Ausbildung (PiAs), die sich im zweiten Teil der Ausbildung befinden, Mitglie-



der der LPK-BW werden können. Sie haben den Status der freiwilligen Mitglieder und sind beitragsfrei gestellt. Mittlerweile wurde auch die Wahlordnung insofern geändert, dass PiAs bei der nächsten Wahl zur Vertreterversammlung im Herbst 2009 auf einer eigenen Liste zwei VertreterInnen für die Vertreterversammlung der

LPK-BW wählen können. Bisher sind insgesamt 93 PiAs freiwillige Mitglieder geworden. Aus deren Mitte wurden im Februar 2008 zwei vorläufige VertreterInnen für die Bundeskonferenz der PiAs gewählt, Frau Nicola Feig und Herr Thomas Feldmann-Hauptstein. Bei einem weiteren Treffen des Vorstands der LPK-BW mit den PiAs wurden

eingehend die bestehenden Probleme bei der Ausbildung, z.B. die finanziellen Engpässe, die im praktischen Jahr entstehen, besprochen und Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Auch über eine mögliche Neuordnung der Ausbildung nach Veröffentlichung des Forschungsgutachtens wurde informiert und diskutiert.

## **Mahnung zur Datensicherung – Pressemitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg**

In einer Pressemitteilung mahnt das Innenministerium bei allen Berufsgeheimnisträgern Maßnahmen zur Datensicherung an. Aufgrund eines Vorfalls in einer Waldshuter Rechtsanwaltskanzlei, über den Medien berichteten, wird auf die datenschutzgerechte Aufbewahrung und Entsorgung von Mandantenakten hingewiesen.

Im Herbst vergangenen Jahres war durch die Medien der Fall einer Rechtsanwaltskanzlei bekannt geworden, deren Mandantenakten teilweise als Altpapier gebündelt am Straßenrand aufgefunden worden waren. Daraufhin ermittelte die Aufsichtsbehörde für Datenschutz im nichtöffentlichen Bereich.

Die Aufsichtsbehörde empfiehlt infolgedessen, „mit den personenbezogenen Daten sorgsam umzugehen, MitarbeiterInnen auf das Datengeheimnis zu verpflichten und die im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) enthaltenen Vorschriften einzuhalten“.

## **Homepage - Impressumspflicht für Psychotherapeuten**

Auf der Kammerhomepage finden Sie eine Erläuterung für Psychotherapeuten zur Impressumspflicht in Folge des Telemediengesetzes. In einem kurzen

Paper wird die Rechtslage für Psychotherapeuten dargelegt, die ihre Dienste über eine Homepage im Internet anbieten. Hierbei sind bestimmte Angaben

verpflichtend zu machen. Die Anforderungen werden im Paper dargestellt und anhand eines Gestaltungsbeispiels verdeutlicht.

## **Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin – Sicherheit bereits jetzt**

Die LPK appelliert nochmals an alle VertragspsychotherapeutInnen, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, bereits jetzt das Fortbildungszertifikat

zu beantragen. Nur bei möglichst frühzeitiger Antragstellung kann eine rechtzeitige Prüfung der Unterlagen und Zertifikatserteilung von der Kammer

zugesichert werden. Näheres auf der Homepage der Kammer [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de).

## **Neues aus der Bundespsychotherapeutenkammer**

### **Zukunft der Psychotherapieausbildung: Auftaktsymposium der Bundespsychotherapeutenkammer**

(BPtK/LPK) Über die Zukunft ihrer Ausbildung diskutierten am 9. April in Berlin ca. 130 Psychotherapeuten. Vor zehn Jahren fanden die entscheidenden Gespräche zum Psychotherapeutengesetz statt. Daran erinnerte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, bei der Eröffnung des BPtK-Symposiums. Mit dem Gesetz seien zwei neue akademische Heilberufe etabliert worden, die heute aus der Versorgung psy-

chisch kranker Menschen nicht mehr wegzudenken seien.

Die europäische Reform der Studiengänge, der so genannte Bologna-Prozess, erfordere aktuell eine erneute Beschäftigung mit dem Psychotherapeutengesetz, das die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) regelt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) habe dazu ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse im

Frühjahr 2009 vorliegen werden. Die BPtK werde die vom BMG angestoßene Diskussion über die Zukunft der Psychotherapieausbildung mit einer Reihe von Veranstaltungen begleiten und aktiv mitgestalten. Dabei verfolge die BPtK, so Rainer Richter, das Ziel, dass auch künftig qualifizierte Psychotherapeuten in ausreichender Zahl ausgebildet werden. Mit dem Auftaktsymposium wolle die BPtK die zentralen Fragen zur Debatte stellen, welche Kompetenzen ein guter Psychotherapeut braucht und wie

diese in der Ausbildung vermittelt werden können.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen habe 2007 festgestellt, dass "die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen nicht den demografischen Entwicklungen sowie den Veränderungen im Morbiditätsspektrum entspricht" und "den neuen strukturellen Anforderungen, insbesondere einer sektorübergreifenden Versorgung, nicht standhält". In den vergangenen zehn Jahren hätten die Psychotherapeuten unter Beweis ge-

stellt, dass mit der neu geschaffenen Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Psychotherapeuten ein entscheidender Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung geleistet werden konnte, stellte der BPTK-Präsident fest. Dies könne man als Verpflichtung sehen, die Diskussion innerhalb der Gesundheitsberufe, aber auch innerhalb der eigenen Profession in diesem Sinne weiterzuführen.

Am Symposium wurden die Entwicklung der bisherigen psychotherapeutischen Ausbildung dargestellt und ihr bisheriger Stand gewürdigt, gleichzeitig

jedoch auch Konflikte angesprochen und zukünftige Handlungsfelder diskutiert. Besonders in Zusammenhang mit der Umstrukturierung der psychotherapeutischen Ausbildung – und der Möglichkeit des Erwerbs psychotherapeutischer Kompetenz bereits im Studium – wurden unterschiedliche Positionen deutlich.

Auf der Homepage der BPTK finden Sie den ausführlichen Bericht zum Symposium, sowie die Vorträge der Referenten zum Downloaden ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

## Gerüst des Morbi-RSA steht – Versorgungsneutralität weitgehend gewährleistet

(BPTK) Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat am 3. Juli 2008 weitere zentrale Regelungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bekannt gegeben. Es liegt damit im Zeitplan für den Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009.

Bereits im März dieses Jahres legte das BVA die berücksichtigungsfähigen Krankheiten fest. Dabei konnte erreicht werden, dass ein relativ breites Spektrum an psychischen Erkrankungen zu den insgesamt 80 für den Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten gehört. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Krankenkassen an der Verbesserung der Versorgung beteiligen können, ohne Gefahr zu laufen, damit Risiken an sich zu ziehen, deren Kosten durch die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA nicht annähernd gedeckt werden.

Zu den im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen zählen:

- unipolare depressive Störungen,
- bipolare affektive Störungen
- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen
- Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen
- Persönlichkeitsstörungen
- Anorexie und Bulimie
- Aufmerksamkeitsstörungen und andere hyperkinetische Störungen
- demenzielle Erkrankungen.

Mit der jüngsten Festlegung des BVA wurden insbesondere die Morbiditätsgruppen und die Zuordnungsalgorithmen einschließlich der Aufgreifkriterien definiert. Das ursprünglich favorisierte Klassifikationsmodell (IPHCC plus RxGroups) sah gesonderte Morbiditätsgruppen auf der Basis der stationären Entlassungsdiagnosen und der ambulant verordneten und zu Krankheiten zugeordneten Arzneimittelwirkstoffe vor. In dem jetzt vom BVA festgelegten Klassifikationsmodell werden stationäre und ambulante Diagnosen (Auftreten in mindestens zwei Quartalen) in jeweils einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe berücksichtigt und führen damit zu denselben Zuschlägen. Bei psychischen Erkrankungen werden Arzneimittel als zusätzliches Aufgreifkriterium für die Zuschlagsfähigkeit von ambulanten Diagnosen lediglich für die Diagnosen bipolare affektive Störungen, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen gefordert. Das BVA ist damit einem zentralen Argument der BPTK gefolgt, dass sich die Morbidität psychischer Erkrankungen im ambulanten Bereich nicht angemessen über Arzneimittelinformationen abbilden lässt. Damit konnte verhindert werden, dass der Morbi-RSA gezielte finanzielle Anreize für vornehmlich pharmakotherapeutische Behandlungen von psychischen Störungen setzt.

In dem festgelegten Klassifikationsmodell werden die verschiedenen berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen in folgenden hierarchisierten

Morbiditätsgruppen (HMG) zusammengefasst, welche insbesondere unter dem Aspekt der Kostenhomogenität der HMG in einem prospektiven Modell zur Kostenvorhersage gebildet wurden:

- HMG051: Alkohol- und drogeninduzierte Psychose,
- HMG052: Alkohol- und Drogenabhängigkeit,
- HMG053: Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom,
- HMG054: Schizophrenie,
- HMG055: Bipolare affektive Störung, Anorexie, Bulimie,
- HMG056: Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen,
- HMG058: Depressionen und wahnhaftige Störungen,
- HMG066: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom.

Dabei bilden die HMG051 bis HMG053 sowie die HMG054 bis HMG058 jeweils eine strenge Hierarchie, die bewirkt, dass für Versicherte, die sich zu mehreren HMG einer Hierarchie zuordnen lassen, lediglich ein Zuschlag der in der Hierarchie am höchsten angesiedelten HMG und nicht mehrere Zuschläge gleichzeitig fällig werden. In den kommenden Monaten wird das BVA auf dieser Grundlage über ein prospektives Regressionsmodell die Höhe der Risikozuschläge pro hierarchisierter Morbiditätsgruppe für das Jahr 2009 berechnen.

## **G-BA: Organisationsreform und Personalien – Weidhaas als Stellvertreter des hauptamtlichen Unparteiischen benannt**

(BPtK) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat wichtige Personalentscheidungen gefällt: Neuer und alter Vorsitzender ist Dr. Rainer Hess, der das oberste Selbstverwaltungsgremium der gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig als hauptamtlicher Unparteiischer leiten wird.

Als einer der ehrenamtlichen Stellvertreter ist Hans-Jochen Weidhaas, Psychologischer Psychotherapeut, bestimmt. Darauf haben sich die Träger des G-BA: der neue GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie die Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) geeinigt.

Seit dem 1. Juli arbeitet der G-BA stärker sektorübergreifend und mit einer schlankeren Organisation. Der neu strukturierte G-BA erhält ein einheitliches Beschlussgremium, in dem der unparteiische Vorsitzende eine zentrale Rolle erhält. Neben Hess wurden Dr. Harald Deisler und Dr. Josef Siebig als weitere unparteiische, hauptamtliche Mitglieder des G-BA berufen. Die hauptamtlichen Unparteiischen werden auch den Vorsitz in den Unterausschüssen des G-BA übernehmen, in denen die Entscheidungen des Beschlussgremiums vorbereitet werden.

Hans-Jochen Weidhaas wurde 1952 in Ludwigshafen am Rhein geboren. Nach seinem Diplom in Psychologie 1980

war er von 1981 bis 1987 an der Psychosomatischen Fachklinik in Bad Dürkheim tätig. Seit 1987 arbeitet er als niedergelassener Psychotherapeut in freier Praxis. Er gehört der Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und der KBV an. Im bisherigen Unterausschuss Psychotherapie des G-BA war er zuletzt als alternierender Vorsitzender tätig. Dort hat er die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien und die Kooperation des G-BA mit dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in den vergangenen Jahren mitgeprägt.

## **G-BA gegen uneingeschränkte sozialrechtliche Zulassung der Gesprächspsychotherapie – "nicht ausreichend wissenschaftlich belegt"**

(BPtK) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschied erneut gegen die Gesprächspsychotherapie. In seinem Beschluss vom 24. April 2008 kommt er zu der Bewertung, dass Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie "nicht in ausreichender Breite wissenschaftlich belegt" seien.

Der G-BA, das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, bekräftigte damit seine ablehnende Entscheidung aus dem Jahr 2006. Die Gesprächspsychotherapie kann damit auch zukünftig nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

"Der Beschluss übergeht das einhellige Votum der gesamten deutschen Psychotherapeutenchaft", kritisiert Prof. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Der Deutsche Psychotherapeutentag, die BPtK und eine Expertenkommission hatten empfohlen, die Gesprächspsychotherapie als anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung zuzulassen. Die BPtK war in ihrer Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, "dass die Gesprächspsychotherapie bei einer Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wirksam und nützlich ist." Aufgrund der klinischen Breite dieser Anwendungsbereiche sei die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass die Nutzenbewertung der Gesprächspsycho-

therapie "insgesamt positiv ausfällt". Diese Bewertung "stehe überdies im Einklang mit einer jahrzehntelangen Bewährung in Forschung und Versorgung".

Der G-BA konnte in seinem Beschluss vom 24. April dagegen nur Belege dafür finden, dass die Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung von depressiven Patienten ebenso nützlich sei wie die bereits anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Damit habe die Gesprächspsychotherapie aber keine "ausreichend breite Versorgungsrelevanz". Der G-BA betont, dass seine Entscheidung sowohl anhand der bis zum 20. März 2008 gültigen Psychotherapie-Richtlinien als auch nach den neuen Psychotherapie-Richtlinien (Schwellenkriterium) erfolgte.

## **BMG sieht keine Möglichkeit der Beanstandung des ablehnenden Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie**

(BPtK) Mit Schreiben vom 24. Juni 2008 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) darüber in Kenntnis gesetzt, dass der ablehnende

Beschluss des G-BA vom 24. April 2008 zur Gesprächspsychotherapie nicht beanstandet werde.

Zugleich hat das BMG die Nicht-Beanstandung mit folgender Auflage

verbunden: "Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zu prüfen, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen die Gesprächspsychotherapie nach Abschnitt B I Nummer 4 der Psychothera-

pie-Richtlinien indikationsbezogen Anwendung finden kann."

Der G-BA war in seiner Bewertung der Gesprächspsychotherapie entgegen der Stellungnahme der BPTK zu dem Ergebnis gekommen, dass der Nutzen der Gesprächspsychotherapie lediglich in einem Anwendungsbereich der Psychotherapie (Affektive Störungen) belegt sei und damit die Kriterien für eine Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtli-

nienverfahren nach § 92 Abs. 6a i. V. m. § 135 SGB V und B I. 3. Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt werde. Das BMG sah keine Möglichkeit, diesen Beschluss des G-BA vom 24. April 2008 rechtlich zu beanstanden. Das BMG fordert den G-BA mit seiner Auflage auf zu prüfen, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen die Gesprächspsychotherapie aber indikationsbezogen **als Methode** für den Anwendungsbereich der Affektiven Störungen

zugelassen werden könne. Der G-BA kann nun binnen eines Monats Klage gegen die mit der Nicht-Beanstandung verbundene Auflage erheben oder der Auflage nachkommen, so dass der Beschluss dann mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger rechtskräftig wird.

Das Schreiben des BMG kann auf der Seite der BPTK eingesehen werden ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

## TK-Gesundheitsreport: Jeder fünfte Erwerbstätige psychisch krank

(BPTK) Mehr als jeder fünfte Erwerbstätige war 2006 mindestens einmal psychisch krank. Jeder siebte Patient war 2007 aufgrund seiner psychischen Krankheit arbeitsunfähig. Das geht aus dem Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse (TK) hervor, der jetzt vorgelegt wurde. Frauen sind doppelt so häufig krank wie Männer: Bei fast jeder dritten Frau wurde mindestens einmal eine psychische Störung diagnostiziert, bei den Männern war es nur jeder sechste.

Psychisch kranken Menschen fällt es vor allem nach Krankenhausbehandlung schwer, wieder im Alltag Fuß zu fassen. Die TK fordert deshalb insbesondere ein besseres Angebot für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen, z. B. 'Home-Treatment' mit ambulanten Kriseninterventionen sowie Rückzugsräume und Krisenpensionen. "Die Krankenkassen erkennen endlich, was die Experten schon lange kritisieren", stellte Prof. Dr. Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, fest. "Das enge Gerüst der bisherigen Richtlinienpsychotherapie ist nicht bedarfsgerecht. Wir brauchen bessere und flexiblere Regelungen, um

schwer psychisch Erkrankte ambulant zu versorgen."

Die TK wertete für ihren Gesundheitsreport 2008 erstmals nicht allein die Daten zur Arbeitsunfähigkeit ihrer 2,5 Millionen Versicherten aus. Um die psychischen Belastungen besser einschätzen zu können, zog sie diesmal zusätzlich Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung heran, die allerdings erst mit einer größeren zeitlichen Verzögerung vollständig bei den Krankenkassen verfügbar sind und deshalb erst für 2006 ausgewertet werden konnten. Psychische Erkrankungen sind danach noch häufiger, als es die bisherigen Auswertungen der Krankenscheinungen und Arzneimittelrezepte vermuten ließen.

Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen nach dem TK-Report Depressionen (7,2 Prozent), Reaktionen auf schwere Belastungen (4,6 Prozent) sowie somatoforme Störungen (8 Prozent). Zudem zeigen die Daten ein deutliches Ost-West-Gefälle, wobei in den neuen Bundesländern durchweg weniger psychische Störungen diagnostiziert wurden als in den alten Bundesländern. Schwerpunkte im Westen waren Berlin,

Hamburg und Bremen. In der Hauptstadt war fast jeder vierte Erwerbstätige 2006 mindestens einmal psychisch krank. Somatoforme Störungen und Reaktionen auf Belastungen waren im Osten besonders häufig. Dagegen wurden Depressionen in den neuen Bundesländern durchgängig seltener diagnostiziert.

Auffällig ist, dass in Berlin, Hamburg und Bremen nur wenige psychisch kranke Menschen Antidepressiva erhalten, obwohl dort Depressionen häufig diagnostiziert werden. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass in städtischen Ballungszentren das Angebot ambulanter Psychotherapie besser ist. "Psychotherapie ist bei leichten und mittleren Depressionen mindestens genauso wirksam wie Psychopharmaka", stellte BPTK-Präsident Richter fest. "Nur bei schweren Depressionen wird in den Leitlinien eine Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva empfohlen. Nach einer Krankenhausbehandlung lassen sich aber insbesondere die Übergänge zwischen stationärer und anschließender ambulanter Behandlung noch erheblich verbessern".

## BMG ignoriert schlechte Versorgung psychisch kranker Kinder

(BPTK) Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) belässt es bei der schlechten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Erkrankung oder Auffälligkeit festgestellt wird, erhält derzeit eine Behandlung. "Das BMG ist dennoch nicht

bereit, ernsthaft die Lage von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu verbessern und die Bedarfsplanung zu ihren Gunsten zu verändern", kritisiert Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK).

Das BMG plant für Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, mindestens zehn Prozent der Praxissitze zu reservieren. Der Anteil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beträgt jedoch bereits jetzt 13 Prozent. "Der BMG-Vorschlag ändert nichts an der bestehenden schlechten Versorgung von psychisch kranken Kindern und

Jugendlichen", stellt BPtK-Präsident Richter fest. "Kinder und Jugendliche brauchen eine Mindestversorgungsquote von 20 Prozent."

Kinder- und Jugendliche machen rund 20 Prozent der Bevölkerung aus. Sie sind durchschnittlich genauso häufig psychisch krank wie Erwachsene. Deshalb sollten auch 20 Prozent der Psychotherapeuten Kinder- und Jugendliche

behandeln. "Kinder und Jugendliche brauchen mehr als wohlwollende Worte, sie brauchen Politiker, die tatsächlich etwas für sie tun", mahnte Rainer Richter.

## Diskussion und Leserbriefe

### Rückmeldung zum Newsletter, Nr. 1, März 2008

(Auszüge aus einem Leserbrief)

„Sehr geehrter Herr Kammerpräsident Dr. Munz,

gestern habe ich den Newsletter der LPK-BW erhalten und sogleich auch aufmerksam gelesen. Da mir einige Dinge unklar oder aufgefallen sind, möchte ich Ihnen gerne eine Rückmeldung dazu geben:

#### Artikel ‚Kammerarbeit und Kammerbeitrag‘

(Zitat) „eine Entlastung durch eine Assistentin war ... unbedingt erforderlich“. Im Sinne der Transparenz interessiert es mich, ob diese Assistentin auf 400,-€-Basis oder als Vollzeitkraft angestellt worden ist?

(Zitat) „zu Fragen guter psychotherapeutischer Praxis muss inhaltlich u. juristisch behutsam und gut durchdacht geplant werden“. Das sehe ich völlig ein, doch im Hinblick auf die Erhöhung des Kammerbeitrages: was kostet denn Planung?

(Zitat) „muss sich die Kammer um die zukünftige Gestaltung der Psychotherapeutenausbildung kümmern“. Wann und wie bitte? Machen das nicht die Universitäten und die Ausbildungsstätten der Richtlinienverfahren?

(Zitat) „zur Information der Kammermitglieder ... den Newsletter verbessern“. Hier wird ja schon gespart, denn Sie erwähnen ja, dass es den Newsletter in gedruckter Form nicht mehr geben wird.

#### Artikel ‚Die Gestaltung des Kammerbeitrages – eine nicht enden wollende Diskussion‘

(Zitat) „Beitragsgerechtigkeit“. Dazu möchte ich sagen, dass es für mich sehr ärgerlich ist, zu wissen, dass mein Beitrag dazu verwendet wird, derartige Diskussionen zu führen. Nachdem ich nun Mitglied im BDP bin, im VVPN, im Ärzteregeister, im Medi-Verbund und nun – leider sehr unschön „zwangsverpflichtet“ – in der LPK-BW kann ich sagen, dass meine Mitgliedsbeiträge in den oben genannten Interessensvertretungen festgelegt wurden und ich noch nie den Eindruck hatte, „ungerecht“ behandelt worden zu sein! Lediglich bei der LPK-BW – der ich ja „zwangsverpflichtet“ beitreten musste, habe ich von Anfang an das sehr ungute Gefühl, sehr ungerecht behandelt zu werden. Grund: die LPK-BW hat schon sehr eifrig von ihren Mitgliedern Beiträge eingezogen, da gab es in einigen der neuen Bundesländer noch überhaupt keine LPK! Wo war denn da meine nun von Ihnen in eine Diskussion gebrachte Beitragsgerechtigkeit?

Nach wie vor völlig unklar ist mir auch der Begriff der „Landespsychotherapeutenkammer“! Für mich stimmt der Begriff „Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne die ärztlichen Psychotherapeuten“! Wo ist denn hier die begriffliche Gerechtigkeit? Und wenn nun auch die ärztlichen Psychotherapeuten in der Kammer wären, dann würde ja der Beitragsatz beträchtlich sinken, da es weit mehr Mitglieder wären, als es jetzt sind! Also wäre dies auch eine Annäherung an die von Ihnen genannte Beitragsgerechtigkeit (aber dies soll nur am Rande erwähnt sein).

#### Artikel ‚Geschäftsstelle: Unregelmäßigkeiten in der Buchhaltung‘

Diesen Artikel hätte ich kürzer gefasst. Zum einen ist es nicht sehr rühmlich, zugeben zu müssen, dass die Kammer – doch wohl sehr geschickt – bestohlen worden ist (dazu benötigt es keine Details). Und zum anderen schwindet dadurch mein Vertrauen in eine Kammer, die nicht nur meinen Beitrag, sondern auch meine Interessen vertreten soll, beträchtlich.

Die **Information zur gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung** fand ich sehr hilfreich, vielen Dank.

Das **SWR1 Interview mit Martin Klett** ist zwar interessant, aber auch hier hätte ich mir einen kürzeren Hinweis auf die Homepage der LPK gewünscht. Viele Kollegen sind in den Medien zu den Themen der Zeit befragt worden, nicht nur Kollege Klett.

Die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in BW** fand ich auch sehr interessant, vielen Dank dafür.

Bei dem Artikel „**Schwellenkriterium**“ fehlte mir der Hinweis, dass es geplant (und beabsichtigt ist), 2011 die Niederlassungsbeschränkungen aufzuheben, das heißt, jeder Psychotherapeut kann sich dann europaweit niederlassen, wo er (sie) möchte.

Sehr gefehlt haben mir auch Informationen zum Thema „**kollektiver Zulassungsverzicht**“. Denn interessanterweise habe ich gestern auch einen Brief von einem Verbund der bayerischen Hausärzte erhalten, mit beiliegendem (vorausgefülltem) Verzichtsformular von einem Rechtsanwalt Herrn Frank Schramm, in Kiel. Zum Glück war/bin ich durch den Mediverbund gut informiert. Aber: warum informiert mich „meine“ Kammer nicht darüber? Und vor allem: wie stellt sich die Kammer zu



dieser kollektiven Aktion? Am 16. April findet in Stuttgart eine große Kundgebung statt, zu der ich auch eingeladen wurde. Meine Kammer hat mich *weder darüber informiert, noch dazu eingeladen, oder mir zu- oder abgeraten!* Für mich kommt somit zur von Ihnen aufgestellten Frage der Beitragsgerechtigkeit somit unweigerlich auch die wichtige Frage der „*Informations-Gerechtigkeit*“!

**Fazit:** vom Newsletter - und vor allem von der Information durch „meine“ Kammer bin ich doch sehr enttäuscht. Und dafür zahle ich einen nicht zu knappen Mitgliedsbeitrag, der nun auch noch erhöht wird.

Mit frustriertem Gruß, U. P.“

\*\*\*\*\*  
Antwort des Kammerpräsidenten Dr. D. Munz:

„Sehr geehrter Herr P.,

vielen Dank für Ihr durch Ihren Brief deutlich gewordenen Interesse und Ihre kritischen und positiven Rückmeldungen zum Newsletter der Landespsychotherapeutenkammer (LPK). Ich möchte auf einige der von Ihnen genannten Punkte etwas näher eingehen.

Zum Kammernamen: Sie merken zu recht an, dass der Begriff „Psychotherapeutenkammer“ falsch interpretiert werden kann, dass dies die Kammer aller Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wäre. Der formale Name der Kammer ist deshalb gemäß Satzung auch: Landes-kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Landespsychotherapeutenkammer) Baden-Württemberg. In Baden-Württemberg gab es bisher um den Kammernamen und die Nutzung der Kurzversion „Landespsychotherapeutenkammer“ oder „Psychotherapeutenkammer“ keine politischen und rechtlichen Auseinandersetzungen, diese beiden Begriffe sind von allen Partnern der Kammer akzeptiert. In Hessen und Nordrhein-Westfalen gab es diesbezüglich Auseinandersetzungen und in

NRW kam es zu einer Entscheidung des Landtages, dass die Kammer im Alltags- und Rechtsverkehr die Kurzfassung ihres Namens, dort „Psychotherapeutenkammer NRW“, als Kurzbezeichnung führen darf, wenn Irreführung ausgeschlossen ist.

Zum Kammerbeitrag und der diesbezüglichen Diskussion: Da die Kammer im Unterschied zu den Verbänden eine gesetzlich verankerte Körperschaft mit Zwangsmitgliedschaft ist, sind Beitragsregelungen rechtlich relevanter als in Verbänden. Dort können Sie, wenn sie mit der Gestaltung oder Höhe des Beitrags nicht einverstanden sind, eine Diskussion in den entsprechenden Verbandsgremien und Versammlungen anregen. Sollte Ihr Vorschlag und Ihre Kritik kein Gehör finden, können Sie den Verband verlassen. Rechtlich können Sie jedoch gegen den Beschluss des entsprechenden zuständigen Verbandsgremiums nicht vorgehen, wenn dieser Beschluss verbandsintern satzungsmäßig zustande kam. Dies ist in der Kammer anders. Als Körperschaft können alle Beschlüsse des höchsten Kammerorgans (Vertreterversammlung), des Kammervorstands oder der Kammerverwaltung rechtlich durch Klage angegriffen werden. Die Vertreterversammlung und Vorstand haben immer abzusichern, dass ihre Beschlüsse nach politischen Abwägungen vor endgültigem Beschluss nicht gegen geltendes Recht verstoßen und nicht anfechtbar sind. Gerade bezüglich der Kammerbeiträge gibt es vielfach Prozesse um Höhe und Art der Kammerbeiträge im Einzelfall. Prozesse von Kammermitgliedern in Baden-Württemberg haben uns, wie im Psychotherapeutenjournal und Newsletter dargestellt, veranlasst, die Beitragsordnung zu überarbeiten. Die Gerichte haben die Beitragsordnung zwar aktuell für die „Aufbauphase der Kammer“ für rechtens erklärt, jedoch Änderungen angemahnt, ohne diese zu spezifizieren. Diese Diskussion führen wir nicht nur in der LPK-BW, auch in anderen Bundesländern wurden oder werden die Beitragsordnungen nach längeren Diskussionen modifiziert oder grundsätzlich überarbeitet, wie z. B. im letzten Psychotherapeutenjournal aus Rheinland-Pfalz berichtet.

In Zusammenhang mit der späten Gründung der „Ostkammer“ führen Sie aus, dass das eine Ungerechtigkeit gegenüber den Kammermitgliedern sei, die den schon länger bestehenden Kammern – u. a. auch die LPK-BW – angehören. Da haben Sie natürlich insofern Recht, dass die dortigen Kollegen keine Kammerbeiträge zu entrichten hatten. Der Grund ist jedoch, dass die dortigen Bundesländer zur Gründung und zum Aufbau der dortigen Kammer erst Staatsverträge abschließen mussten, was die Gründung derart verzögerte.

Der grundsätzliche Unterschied zwischen den Körperschaften, d. h. Kammern und auch KVen und einem Verband ist der oben genannte, dass die Entscheidungen der Körperschaften justiziabel sein müssen und auch gerichtlich angefochten werden können. Ein Beispiel dafür war – das betrifft zwar den Bereich der KV - die juristische Einforderung einer angemessenen Vergütung für die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Hier wurde gerichtlich festgestellt, dass Entscheidungen der obersten KV-Organen zur Honorarverteilung für den Bereich Psychotherapie rechtlich nicht haltbar waren. In vereinsrechtlich geregelten Verträgen wäre eine solche gerichtliche Anfechtung nicht möglich, wenn das oberste Vereins- bzw. Verbandsorgan, die Mitgliederversammlung, etwas anderes beschlossen hätte. Deshalb ist die körperschaftliche Organisation auch ein Schutz für die Mitglieder, bedeutet aber auch einen größeren Aufwand für den Kammerjuristen. Es war, da er auch viel Beratung für Kammermitglieder durchführt und jetzt die Aufgabe des Geschäftsführers übertragen bekam, eine Entlastung durch eine Juristin als Assistentin mit einer Teilzeitanstellung erforderlich, eine Hilfskraft kann diese Aufgaben nicht wahrnehmen.

Eine Kammer für alle – Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapeuten wäre vermutlich mit einem günstigeren Beitragssatz verbunden. Der Gesetzgeber, d. h. Landesregierung und Landtag haben jedoch – wie bundesweit geschehen – anders entschieden, für unseren neuen Heilberuf der PP und KJP eine eigene Kammer geschaffen. Die Alter-



native wäre gewesen, uns – analog zur KV und KBV – den Ärzten zuzuordnen.

Zu Fragen der Psychotherapeutenausbildung: Sie fragen, ob sich die Kammer darum kümmern müsse. Wir beschränken unsere Aktivitäten hierzu auf das Notwendige. Da wir jedoch für die spätere Berufsausübung und Angelegenheiten wie Fort- und Weiterbildung die zuständige Selbstverwaltungsbehörde sind, müssen Probleme und Belange aus dieser Perspektive nach Absprache und in Abstimmung mit den Ausbildungsinstituten und Universitäten in die entsprechenden Planungsgremien eingebracht und vertreten werden.

Zu den Anliegen der angestellten Psychotherapeuten waren die Ausführungen tatsächlich knapp, die Aktivitäten der letzten Zeit sind aus den Mitteilungen im Psychotherapeutenjournal ersichtlich (Initiativen zum Landeskrankenhausgesetz, zum Justizvollzugsdatenschutzgesetz, Angestelltentag etc.).

Die Unregelmäßigkeiten der Buchhaltung haben, was wir äußerst bedauerlich finden, das Vertrauen in die Kammer geschwächt. Gleichzeitig sahen wir es als unsere Pflicht, die Kammermitglieder hierüber zu informieren, dies nicht zu vertuschen oder zu bagatellisieren.

Zur Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung: Eine solche ist derzeit nicht geplant. Der Gesetzgeber hat sich aber eine Möglichkeit eröffnet, die Bedarfsplanung wegfällen zu lassen, indem er im Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 folgenden Passus in den SGB V aufgenommen hat. (§ 87,7): (7) *Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für*

*Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.* Diese Option ist aus juristischen Gründen im SGB V festgeschrieben, damit niemand eine Übergangsfrist oder im Falle des Praxisverkaufs einen Bestandsschutz geltend machen kann, falls vom Gesetzgeber tatsächlich der Wegfall der Zulassungsbeschränkungen beschlossen werden sollte. Ob das denn so kommt, ist jedoch mehr als zweifelhaft. Unsere Mitglieder können wir demnach nicht in dem Sinne informieren, als sei der Wegfall der Niederlassungsbeschränkung bereits beschlossene Sache. Die daraus u.U. gezogenen Schlüsse, z. B. in den nächsten Jahren im Glauben auf die Niederlassungsfreiheit ab 2012 keine Praxis käuflich zu erwerben, wären nicht zu verantworten. Wir würden als Kammer eine sachlich falsche Auskunft geben, was u.U. justiziabel werden könnte.

Dieser und die weiteren von Ihnen angesprochenen Punkte betreffen aber den sozialrechtlichen Bereich, der nur randständig zum Aufgabenbereich der Kammer gehört. Die Kammer hat nur darauf zu achten, dass die neuen Versorgungsformen (Integrierte Versorgungsmodelle, Medizinische Versorgungszentren etc.) nicht gegen berufsrechtliche Belange verstoßen oder zum Nachteil von Patienten sind. Hierzu erarbeitet der Ausschuss Ambulante Versorgung derzeit Hinweise, was für unsere Kolleginnen und Kollegen zu beachten ist. Die Kammer soll und darf sich jedoch nicht anderweitig in die sozialrechtlichen Belange einmischen, das ist einerseits Sache der KVen, andererseits der Verbände, die beispielsweise teilweise zu kollektivem Zulassungsverzicht aufrufen. Dies hat berufsrechtlich – vereinfacht ausgedrückt – keine Relevanz, solange diese Kollegen bei der weiteren Berufsausübung nicht gegen Berufsrecht verstoßen – hier könnte man z. B. an Honorarregelungen, die erbrachten Therapien etc. denken. Ich vermute auch, dass die Einladung zu der Kundgebung durch einen Verband er-

folgt. Dies veranlasst mich zu einer abschließenden Bemerkung:

Die Kammer hat die Aufgabe, alle PP und KJP zu vertreten und deren Belange i. S. der Selbstverwaltung zu regeln. Sie muss deshalb sehr darauf achten, nicht partielle Interessen einzelner Psychotherapierichtungen oder Verbände zu vertreten, sondern in Abstimmung mit Berufs- und Fachverbänden das Gesamtinteresse sehen und wahren. Das ist nicht immer eine einfache Aufgabe, bedarf gelegentlich langer, manchmal auch heftiger Diskussionen. Ich bin jedoch davon überzeugt, dass unser Berufsstand hiervon langfristig profitiert und dass die Psychotherapeutenkammern gerade dadurch zunehmend mehr Akzeptanz finden, da diese alle Psychotherapeuten vertreten und konsentiertere Stellungen beziehen.

Meine Antwort wurde jetzt nahezu gleich lang wie Ihre Kommentare, ich hoffe, Sie nicht ermüdet zu haben.

Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. Dietrich Munz“

\*\*\*\*\*

Wir werden künftig an dieser Stelle Leserbriefe, welche die Kammer erhält, zu aktuellen oder auch grundlegenden Themen veröffentlichen und kommentieren. Schreiben Sie uns Ihre Anliegen! Meist sind Ihre Fragen oder Rückmeldungen auch die Ihrer Kollegen!

So haben Sie – neben den Wahlen oder über die Gremien – eine weitere Chance, konstruktive inhaltliche Diskussionen auszulösen. Sie können damit direkt oder indirekt die Arbeit IHRER Kammer beeinflussen, denn die Kammer lebt ja nur durch ihre Mitglieder. Je mehr sich beteiligen, desto stärker kann die Kammer als Vertretung Ihrer Interessen wirken und Ihre Anliegen auch in der Politik oder anderen wichtigen Bereichen vorbringen und durchsetzen. Wir freuen uns auf Ihre Meinungen.

\*\*\*\*\*



## Termine

Vertreterversammlungen:

18. Oktober 2008

21. März 2009

## Fortbildungsveranstaltungen

### PSYCHOTHERAPEUTISCHE NOTFALLVERSORGUNG

Frühinterventionen und psychotherapeutische Versorgung bei Großschadenslagen

Samstag, 08. November 2008

10.00 bis 17.00 Uhr in Heidelberg

*bereits belegt!*

### RECHTSFRAGEN VON ANGESTELLTEN PPs / KJPs (besonders auch für PiAs interessant)

Samstag, 29. November 2008

in Stuttgart

**Referenten:** *Dr. Dietrich Munz* (Präsident der LPK BW), *Dr. Roland Straub* (Psych. Psychotherapeut, Vorsitzender d. Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der LPK BW), *RAin Dagmar Löffler* (Leiterin der Rechtsabteilung der LPK BW)

*Weitere Informationen folgen!*

### BEGUTACHTUNG PSYCHISCH REAKTIVER TRAUMAFOLGEN

In Aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen nach dem 24-Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer  
17.-19. Oktober 2008

**Veranstalter:** Landesärztekammer BW und Landespsychotherapeutenkammer BW

**Fortbildungspunkte:** 24

**Themenübersicht:** Formen der Traumatisierung, Epidemiologie, Diagnostik, Asyl-/Ausländerrecht, Gutachtenerstellung (u.a. unter Berücksichtigung kulturspezifischer Besonderheiten, Einsatz von Dolmetschern, frauenspezifische Aspekte), Beziehungsaspekte (Übertragung / Gegenübertragung) u.e.m.

**Referenten:** *Hannah Adenauer* (Dipl. Psych., Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Universität Konstanz), *Wolfgang Armbruster* (Vorsitzender Richter am Verwaltungsge-

richt Sigmaringen), *Gaby Breitenbach* (Dipl. Psych./Soz.päd./ Psych. Psychotherapeutin, Stuttgart), *Claudia Egenolf* (Psych. Psychotherapeutin, Freiburg), *Ferdinand Haenel* (Dr. med, Facharzt f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Berlin), *Jan Kizilhan* (Dr.; leitender Dipl. Psych. Michael-Balint-Klinik, Königsfeld), *Walter Krämer* (Dr., Regierungsdirektor Referat 16 - Eingliederung, Ausländer- und Asylrecht des Regierungspräsidiums Stuttgart), *Matthias Odenwald* (Dr. med. f. Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie, Bosnien), *Angelika Rees* (Dipl. Psych. Psychotherapeutin, Ki.-Ju-Psychotherapeutin, Lahr)

**Veranstaltungsort:** Stuttgart-Degerloch

**Teilnahmegebühr:** inkl. Unterlagen und Verpflegung: 360,-€, Teilnehmerzahl: höchstens 35 Pers.

**Anmeldung:** direkt bei der Landesärztekammer BW oder online unter <http://www.aerztekammer-bw.de/25/08laek/081017/index.html>

### Impressum

Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

V.i.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz

Redaktion: Dr. Rüdiger Nübling, Martin Klett, Larissa Scheiffele

Geschäftsstelle:  
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart  
☎ 0711/674470-0  
Fax: 0711/674470-15

mail: [info@lpk-bw.de](mailto:info@lpk-bw.de)

Sprechzeiten der Kammer:  
Montag – Donnerstag  
9.00-12.00 und 13.00-15.30 Uhr

Besuchen Sie uns im Internet unter  
[www@lpk-bw.de](http://www@lpk-bw.de)