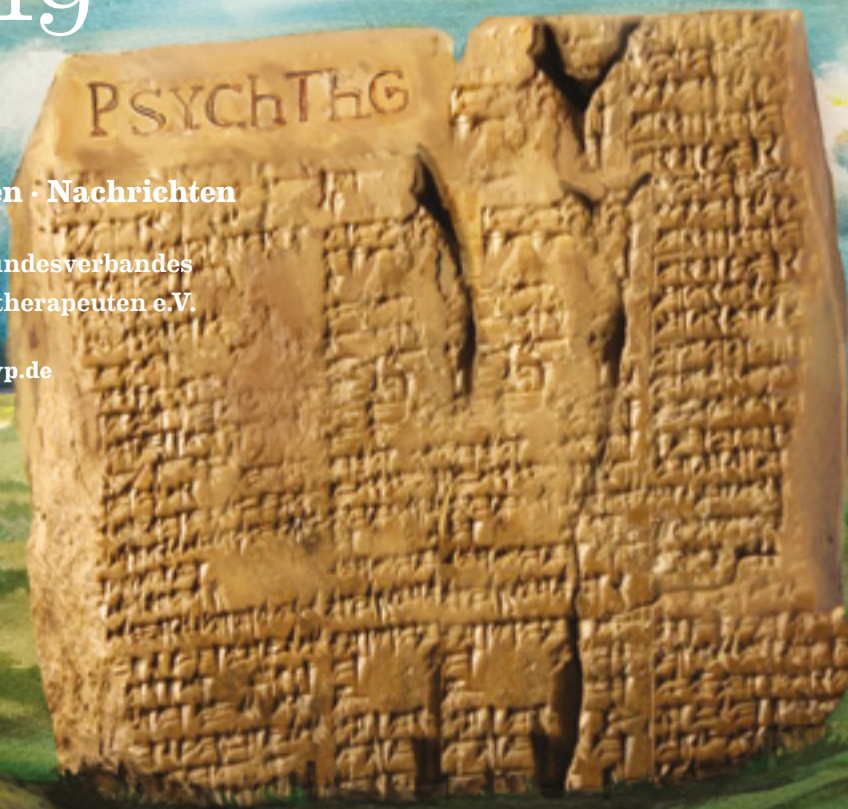


Projekt Psychotherapie 01/2019

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



DER MEILENSTEIN

**20 Jahre Psychotherapeutengesetz – Rückblick,
Ausblick und Reformforderungen**

Rituale, Exorzismen, Naturheilkunden

Bericht einer erstaunlichen bvvp-Fachexkursion nach Äthiopien

217.000

Der bvvp initiiert größte Petition an den Bundestag –
und nimmt an politischem Sitzungsmarathon teil

bvvp

Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,-
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,-
Jahresbeitrag:	€ 531,-
Beitrag pro Monat:	€ 44,-



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: 089 / 665 99 310 • www.dr-rinner.de



**Sechs Wochen
Praxisstillstand?
Kein Problem!
Dank meiner P.U.V**

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Fast auf den Tag genau zum 20-jährigen Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zum 01.01.1999 kam am 03.01.2019 der Referentenentwurf für die Überarbeitung dieses einstmals bahnbrechenden Berufsgesetzes für alle Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Als vor elf Jahren im Januar 2008 der Startschuss zu dieser Reform mit der Beauftragung eines Fachgutachtens zum Stand der Ausbildung der PP und KJP, damals noch von Ulla Schmidt als Gesundheitsministerin, gegeben wurde, hatte niemand damit gerechnet, dass sich der Prozess über mehrere Regierungen mit insgesamt fünf Gesundheitsministern hinziehen würde. Nun ist der Referentenentwurf da. Der Entwurf ist zu begrüßen, muss nun aber daraufhin überprüft werden, ob er dem Anspruch gerecht wird, den die Profession und auch der Gesetzgeber selber daran stellen. Zum Teil scheint das gelungen, aber auch ein weiter bestehender Regelungsbedarf wird deutlich: Wichtige Punkte, etwa die ausreichende Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, regelt dieser Gesetzesentwurf nur unzureichend. Der Anteil der praktischen Tätigkeit entspricht nicht den Forderungen der Profession, und die formulierten Übergangsbestimmungen scheinen nicht ausreichend. Und gegen den erklärten Willen des größten Teils der Profession hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) nun doch den Modellstudiengang Psychopharmakotherapie aufgenommen. Lesen Sie hierzu die sehr detailreiche Bewertung von Robin Siegel aus der Nachwuchsriege des bvvp (S. 14–16).

Der eigentliche Schwerpunkt dieses Magazins ist aber „20 Jahre Psychotherapeutengesetz“. Wir haben verschiedene Akteure aus der Zeit der Entstehung des Gesetzes in den Jahren 1996 bis 1999 zu ihrer Einschätzung bezüglich dessen, was aus ihren Erwartungen und Hoffnungen geworden ist, befragt und geben diese eigentlich schon historischen Statements gerne an Sie weiter.

Als im November die Diotima-Ehrenpreise der Bundespsychotherapeutenkammer verliehen wurden, gingen die Preise an zwei Psychologische Psychotherapeuten, die damals aktiv waren und zweifelsfrei viel für das Zustandekommen des Gesetzes getan haben. Ellen Bruckmeier, eine der beiden PreisträgerInnen, spricht auch in unserem Magazin über diesen Kraftakt.

Leider wurden unsere ärztlichen Mitstreiter von damals, besonders bvvp-Vorstandsmitglied Norbert Bowe, der sehr viel für dieses Gesetz und die immer wieder auszuhandelnden Kompromisslinien getan hat, nicht gewürdigt. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat offensichtlich nicht daran gedacht, auch verdiente ärztliche Psychotherapeuten auszuzeichnen. Auch Birgit Clever, unsere damalige Bundesvorsitzende und ebenfalls ärztliche Psychotherapeutin, wäre eine weitere Kandidatin für diese Auszeichnung gewesen.

Ohne die tatkräftige Unterstützung unserer ärztlichen Kollegen wäre das Gesetz 1999 in dieser Form jedenfalls so nicht zustande gekommen. Deshalb möchten wir vom aktuellen Bundesvorstand des bvvp wenigstens symbolisch durch ihre Erwähnung unsere Vorkämpfer, die das Gesetz so maßgeblich mit beeinflusst haben, ehren.

Das dritte große Thema in diesem Heft ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Dieses Gesetz beziehungsweise der Kabinettsentwurf vom 26.09.2018 hatte uns zur massiven Gegenwehr herausgefordert. In diesem Zusammenhang haben die Psychotherapeuten, ihre Patienten, viele Angehörige und andere Betroffene oder engagierte Menschen die größte Petition aller Zeiten in Deutschland auf den Weg gebracht. Mit 217.000 Unterschriften, wie der Vorsitzende des Petitionsausschusses Herr Wendt (CDU) am 14.01.2019 bei der Anhörung dieser Petition ausführte, übertrifft sie alle anderen bisherigen Bundestags-Petitionen bei Weitem. Lesen Sie hierzu den interessanten Textbeitrag von Angelika Haun und Ariadne Sartorius (S. 8–9), welche die Hauptakteure innerhalb des bvvp für diese Petition waren.

Herzliche Grüße,
Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Projekt Psychotherapie

01/2019

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Meinung & Wissen

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **Die Petition**
Erfolgreicher Protest gegen den Entwurf des Bundesgesundheitsministers zum TSGV
- 10 **Zwischen heiligem Wasser und Marathon-Gin**
Reportage von der bvvp-Fachexkursion nach Äthiopien
- 14 **Erwartungen enttäuscht**
Einschätzung des Referentenentwurfes zum PsychThg-Reformgesetz

Schwerpunkt PTG – Geschichte und Ausblick

- 19 **20 Jahre Psychotherapeutengesetz**
Akteure der Schaffung des Regelwerkes im Gespräch
- 26 **Schwere Geburt**
Größte drohende Katastrophe abgewendet
- 29 **Steter Tropfen**
Die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes am Beispiel der KV Südwürttemberg
- 32 **„Wir setzen dem Kriegsmodus einen Friedensmodus entgegen“**
Interview mit dem Initiator des psychohistorischen Dialogs 33
- 33 **Literatur**
- 34 **Termine, Impressum**
- 35 **Ausblick auf Heft 02/2019**

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Petition gegen die Zwangsregulierung des Psychotherapie-Zugangs

Der bvvp, namentlich das Mitglied des Bundesvorstands Ariadne Sartorius, hat eine Petition beim Deutschen Bundestag gegen den Zusatz in § 92, Absatz 6a* eingereicht, die in der Folge von den beiden Koalitionspartnern auf Bundesebene DPtV und VAKJP und schließlich von 28 weiteren vvv-Verbänden der Psychotherapeuten unterstützt wurde.

Am Ende lagen über 200.000 Unterschriften vor, das ist bisheriger Rekord und ein Beispiel gelebter Demokratie.

Ungewöhnlich ist, dass mit der Petition in ein Gesetzgebungsverfahren eingegriffen und Einfluss genommen wurde. Ungewöhnlich ist außerdem, dass sich der Bundesgesundheitsminister als Teilnehmer der öffentlichen Anhörung im Petitionsausschuss am 14. Januar ankündigte, neben der Petentin Frau Sartorius. Es scheint jedenfalls klar, dass der umstrittene Passus so nicht ins Gesetz kommt.

Grundannahme der weiteren Diskussionen ist, dass alle Beteiligten ein Interesse an einer guten Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten haben. Dass es hier an manchen Stellen Verbesserungsbedarf gibt, ist unumstritten. Als zwei zentrale Punkte seien die Reform der Bedarfsplanung und Konzept für Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf genannt.

Lesen Sie die Details zur Anhörung im Petitionsausschuss im Artikel von Angelika Haun und der Petentin auf Seite 8 und 9. *„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten.“*

Freiburg: Viele Therapeuten helfen nicht?

An mehreren Stellen (Gesundheitsausschuss, „Morgen-Magazin“) bezog sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) auf die Versorgungssituation in Freiburg mit dem Inhalt, dass es dort die größte Therapeutendichte gäbe und gleichzeitig die längsten Wartezeiten. Seine Schlussfolgerung: Es bringe nichts, einfach noch mehr Psychotherapeuten zuzulassen, sondern man müsse stattdessen besser steuern (vgl. § 92, Absatz 6a im Kabinettsentwurf).

Die BptK veröffentlichte daraufhin Zahlen zu den Wartezeiten in Freiburg, die diese Behauptung eindeutig widerlegen. Selbstverständlich ist dort die Versorgung besser und sind die Wartezeiten kürzer, wo es mehr Psychotherapeuten gibt.

Sollte sich der Minister auf die höhere Vermittlungsrate von Terminen über die Terminservicestelle in Freiburg im Vergleich zum Umland beziehen, so ist dies kein Maß für die Länge der Wartezeiten. Bei einer freiwilligen Meldung von Terminen, wie dies in Baden-Württemberg der Fall ist, werden dort Termine gemeldet, wo Psychotherapeuten die Kapazitäten für die Meldung von Psychotherapeutischen Sprechstunden haben und auch im Anschluss bei dringendem Bedarf eine Akutbehandlung anbieten können. Patienten aus dem Umland werden dann in den Ballungsraum vermittelt, denn es wird ein nicht unerheblicher Anfahrtsweg gesetzlich zugestanden beziehungsweise von den Hilfesuchenden in Kauf genommen.

Es ist jedenfalls immer Vorsicht geboten bei einer Interpretation von Zahlen, insbesondere von solchen, die die Versorgung betreffen.

Vorsicht, Glosse!

Karl Lauterbach schrieb in der „Ärztezeitung“ vom 21.12.18: „Der ein oder andere Arzt wird ab Mittwochnachmittag auf dem Golfplatz gesehen.“ Petra Neumann, VVPSW, meint dazu: „Ich dachte immer, unsere Parlamentarier sind in der Ausschusssitzung, wenn der Plenarsaal mal wieder leer ist. Jetzt weiß ich aber: Sie sind auf dem Golfplatz, wo sie sich offensichtlich von den Ärzten gestört fühlen. So ein überfüllter Platz ist ja auch ärgerlich.“

Vor allem finde ich die Idee der Öffnungszeiten von Praxen rund um die Uhr so etwas von irre: Bitte schön, ihr dürft zwar krank sein, aber zum Arzt bitte nur außerhalb der Arbeitszeiten!

Und von wem kommt es? Von den Sozialdemokraten, es ist einfach unfassbar.

Ich sehe mich schon nachts um 4 Uhr Motivationstraining machend mit Patienten, die als therapierbar eingestuft wurden und die ich zu Höchstleistungen im Job antreiben soll.

Aber es zeigt auch mal wieder, dass nicht immer die zu uns kommen, die eigentlich zu uns kommen sollten.“

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Bund-Länder-Konferenz der BPtK zu Indikatoren der regionalen Bedarfsplanung

Am 4. Dezember lud die BPtK zu einer Konferenz ein, um zu diskutieren, welche Indikatoren bei der regionalen Sicherung der Versorgung beachtet werden sollten. Zuvor hatte die BPtK eine schriftliche Anfrage an die Landeskammern gestellt, deren Ergebnisse nun vorgestellt wurden und als Grundlage dienen. Immer, wenn es um die Bedarfsplanung geht, zeigt sich, dass es sich um ein hochkomplexes Thema handelt, dem man sich immer nur bestmöglich annähern kann. Mehrfach fiel in der Diskussion der Ausdruck „Störfaktor Mensch“: Selbst bei guter Planung verhalten sich Patienten nicht zuverlässig so, wie man sich das ausrechnet, und Ärzte und Psychotherapeuten lassen sich in ihrer Berufstätigkeit auch nur begrenzt festschreiben. So steht man dann im Spannungsbogen zwischen Theorie und menschelnder Praxis.

Als wichtige Faktoren wurden die Sozial- und Morbiditätsstruktur, das regionale Nachfrageverhalten und die Erreichbarkeit genannt. Bei Letzterem sollte nicht das Auto, sondern die öffentlichen Verkehrsmittel zugrunde gelegt werden.

Pendlerströme, Wartezeiterhebungen, ambulant-sensitive Krankenhausfälle sind hingegen nur bedingt geeignet für die regionale Bedarfsplanung.

Für den Einbezug des Ausmaßes der Kostenersatzung und des Anfrageverhaltens bei den Terminservicestellen sind die vorliegenden Zahlen zu wenig valide: Bei Ersterem wird das Honorarvolumen seit einigen Jahren und trotz wiederholter Forderung der Psychotherapeuten nicht mehr veröffentlicht.

Umsetzung der BSG-Rechtsprechung ab 2012

Unsere Hoffnung, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses noch 2018 verabschiedet würde, hat sich leider nicht erfüllt. Die beiden Verhandlungspartner KBV und GKV-Spitzenverband lagen mit ihren Vorstellungen der Umsetzung zu weit auseinander. Der nächste Bewagt nun am 22. Januar. Bis dahin ändert sich nichts an der für alle Beteiligten unerfreulichen Tatsache, dass weiterhin gegen die Honorarbescheide Widerspruch eingereicht werden muss.

Stiftung Warentest zu Online-Interventionen

Die Stiftung Warentest beabsichtigt, in der Zeitschrift „test“ (<https://www.test.de/shop/test-hefte/aktuell/>) einen Artikel zum Thema „Online-Interventionen bei psychischen Störungen“ zu veröffentlichen. Sie möchte darin den Lesern eine Orientierung bei der Suche nach Hilfe aus dem Internet geben, als Ergänzung beziehungsweise Alternative zur traditionellen Psychotherapie vor Ort mit teils langen Wartezeiten. Der Artikel soll auch eine Bewertung ausgewählter Online-Angebote enthalten.

Um für eine fundierte Untersuchung und ausgewogene Darstellung entsprechender Online-Angebote zu sorgen, hatte die Stiftung Warentest mehrere Experten zu einer Gesprächsrunde einladen, unter anderem aus dem bvvp Eva Schweitzer-Köhn und Dr. Claudia Ritter-Rupp. In dem Gespräch sollte es um das Versorgungssystem bei psychischen Störungen und die Chancen sowie Risiken der

Angebote aus dem Internet gehen. Die angefragten ExpertInnen waren sowohl ÄrztInnen als auch PsychologInnen, VertreterInnen der Verhaltenstherapie oder Psychodynamik, aus der Forschung oder VertreterInnen des Berufsstandes, namentlich Prof. Harald Baumeister, Prof. Thomas Probst, Dr. Jan Philipp Klein, Dr. Stefanie Bauer, alle in der Forschung mit Online-Interventionen befasst, Dr. Enno Maaß und Dr. Dietrich Munz aus der Berufspolitik.

In angenehmer Gesprächsatmosphäre wurde intensiv zu dem Thema diskutiert mit Gunnar Schwan, einem bei der Stiftung Warentest angestellten Psychologen, und zwei Redakteurinnen. Die Vor- und Nachteile wurden von allen ExpertInnen sehr differenziert besprochen. Es wurde festgestellt, dass es noch keine ausreichende Evidenz dazu gebe, ob Online-Intervention tatsächlich hilft, Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu überbrücken. Es gebe noch nicht viele gute Studien zu Schäden oder Nebenwirkungen oder die Wirkung auf die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Bezüglich der häufig berichteten Evidenz der Wirksamkeit der Programme müsse genau unterschieden werden, ob es sich bei den Untersuchten in der Studie lediglich um TeilnehmerInnen oder tatsächlich um PatientInnen handelte. Das Wartezeitenargument komme von den Krankenkassen und den Anbietern. Als problematisch wurde angesehen, dass die Krankenkassen ein paralleles Versorgungssystem aufbauen, wenn sie ihren Versicherten Online-Programme zur Behandlung psychischer Störungen anbieten. Es wurde die Forderung aufgestellt, die Programme sollten verordnungsfähig sein. Auf alle Fälle müsse eine fachgerechte Diagnostik vor der Empfehlung eines Programms stattfinden. Der PHQ9, der häufig ausschließlich bei Online-Programmen angewendet wird, reicht als Diagnostik keineswegs aus! Die ausschließliche Symptomorientierung bei den Programmen wurde problematisiert

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

und dass schnelle Lösungen für die psychischen Probleme suggeriert würden. Psychotherapie ist hingegen sehr individualisiert. Psychotherapie müsse immer den ganzen Menschen im Blick haben. Daher können Online-Interventionen eine f2f-Psychotherapie niemals ersetzen. Andererseits hole man manche PatientInnenengruppen, vorzugsweise Jugendliche, dort ab, wo sie sind, im Internet. Man erreiche PatientInnen, die (noch) nicht bereit sind, eine Praxis aufzusuchen. Datensicherheit müsse selbstverständlich oberste Priorität haben. Krankenkassen seien aber vor allem interessiert an Daten.

Psychotherapeuten in Anstellung

Psychotherapie findet in verschiedenen Kontexten statt, und unsere Aufmerksamkeit gilt oft besonders den Ereignissen in der niedergelassenen Arbeit. Nach wie vor arbeitet knapp die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen in Anstellungsverhältnissen, in Kliniken, im Öffentlichen Dienst, bei freien Trägern und in der privaten Wirtschaft. Auch Anstellungen in Praxen werden immer häufiger genutzt. Für diese Zusammenhänge gelten neben unserer Berufsordnung weitere, teilweise sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen.

Approbierte Angestellte in Jugendhilfeeinrichtungen warten gespannt auf Neuigkeiten aus dem Gesundheitsministerium. Mit dem angekündigten Referentenentwurf könnte die Möglichkeit entstehen, zukünftig neben Kliniken auch Erziehungsberatungsstellen für einen Teil der praktischen Ausbildung zu nutzen. Damit wären mittel- und langfristig Veränderungen und Verbesserungen in der Aus- bzw. Weiterbildung und in der Versorgung psychisch belasteter oder erkrankter Menschen möglich.

Wenn es ums Geld geht, geht für Angestellte kaum ein Weg an gewerkschaftlichem Engagement vorbei. Nachdem es 2017 ver.di gelungen ist, eine Eingruppierung für KJP und PP in Entgeltgruppe 14 erfolgreich auszuhandeln, gelingt die Umsetzung in einigen Bereichen und mit einigen Trägern nur schleppend. Bisher fand die Eingruppierung (und damit die Vergütung) meist auf der Basis der Hochschulabschlüsse statt, wodurch besonders KJP mit pädagogisch-erziehungswissenschaftlichen Diplom- und Masterabschlüssen deutlich unterbezahlt waren. Für 2019 erwarten wir die Weiterführung der guten Kooperation von ver.di und der BPTK; 2017 hatte es erstmals in Berlin eine gemeinsame Veranstaltung zu Fragen rund um die Lage angestellter Psychotherapeuten gegeben, eine ähnliche Veranstaltung ist für 2019 angedacht. Ebenfalls auf Bundesebene wichtig ist die Neugründung einer Plattform für Angestellte.

Am 14.10.2018 fand die Gründungssitzung „Bundesvereinigung angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BVAP)“ in Frankfurt am Main statt. Es entsteht ein Austausch- und Beratungsformat für die Zusammenarbeit der Vertreter unterschiedlicher Verbände zu Fragen und Bedürfnissen angestellter Psychotherapeuten. Der bvvp ist in der nächsten Sitzung ebenfalls vertreten. In unserem Kontakt mit anderen Verbänden konnte auch ein Fortschritt erreicht werden, bvvp-Mitglied Jonas Goebel wurde in den Vorstand der „Bundeskongferenz für Erziehungsberatung (bke)“ gewählt und nimmt die Funktion ab 1.1. 2019 wahr.

Telematik-Infrastruktur

Der vierte Konnektor, der Secunet-Konnektor, wurde schließlich am 11.12.2018 von der gematik und dem BSI für den Betrieb in der Telematikinfrastruktur zertifiziert. Damit kann das Roll-out der TI auch für die meisten Psychotherapie-Praxen beginnen, die mit den PVS-Programmen Psyprax, elefant, epikur, smarty oder psychodat arbeiten.

Laut E-Health-Gesetz müssen alle Praxen ab einem bestimmten Datum an die TI angeschlossen sein und als erste Anwendung das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführen können. Können sie das nicht, wird Vertragsärzten/-psychotherapeutInnen das Honorar um ein Prozent gekürzt (siehe § 291 Absatz 2b Satz 14 SGB V). Den im Gesetz genannten Termin musste der Gesetzgeber jedoch immer wieder verschieben, weil es fortwährend zu Verzögerungen bei der Bereitstellung der notwendigen Technik gekommen war.

Nun hat der Bundestag mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das am 1. Januar 2019 in Kraft trat, wiederum eine Fristverlängerung beschlossen: Bis zum 30. Juni 2019 sollen keine Honorarkürzungen erfolgen. Ärzte und Psychotherapeuten müssen die notwendigen Komponenten für den Anschluss an die TI allerdings bis spätestens 31. März 2019 verbindlich bestellen und dies gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. In einigen KVn (zum Beispiel Berlin) erfolgt dieser Nachweis dadurch, dass lediglich im Online-Portal der KV, über das auch die Online-Abrechnung und andere Online-Dienste der KV erfolgen, an einer bestimmten Stelle ein Häkchen gesetzt werden soll. Die KV bittet ausdrücklich darum, keine Nachweise an die KV zu schicken! Erkundigen Sie sich daher bitte bei Ihrer KV, in welcher Weise der Nachweis zu erfolgen hat.

Die Petition

Der vom bvvp initiierte Protest gegen den Entwurf des Bundesgesundheitsministers zum TSGV war ein demokratischer Kraftakt zum Erhalt der psychotherapeutischen Versorgung – und die wohl größte in Deutschland je eingereichte Petition

Von **Angelika Haun** und **Ariadne Sartorius** – beide im bvvp-Vorstand

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten.“

Dieser Zusatz im Abs. 6a des § 92 SGB V tauchte in letzter Minute ohne jede Kenntnis oder gar Rücksprache mit Berufsverbänden oder Kammern im Kabinettsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf.

Zur weiteren Erklärung heißt es: „Bei der Implementierung des hiermit gesetzlich vorgegebenen, gestuften und gesteuerten Verfahrens wird der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten zu konkretisieren haben. Hierbei hat er sicherzustellen, dass die Zahl der diese Anforderungen voraussichtlich erfüllenden Leistungserbringer hinreichend ist, um einen nahtlosen Übergang in die gestufte Versorgung zu gewährleisten. Hierzu kann es erforderlich sein, eine Einführungsphase vorzusehen, in der die gestufte Versorgung nur für definierte F- und G-Diagnosen des ICD-10-GM vorgegeben wird.“

Die beabsichtigte Neuregelung konnte nur als der ungerechtfertigte Versuch einer Rationierung und Priorisierung von Behandlungsleistungen aufgefasst werden, vorgesehen für alle nach einer Einführungsphase. Untermauert wird dies noch durch Aussagen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) in der Bundestagsdebatte am 26. September 2018: „Wir haben das Problem ..., dass diejenigen mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf, die dringend

Innerhalb von drei Tagen schoss die Zahl der Onlinezeichnungen von 30.000 auf über 100.000 in die Höhe

behandlungsbedürftig sind, nicht in eine ambulante Therapie kommen. ... Die Wahrheit ist aber: Wenn wir einfach nur 10.000, 20.000 oder 30.000 Psychotherapeuten zusätzlich zulassen, wird das das Problem nicht lösen. ... Und trotzdem steigt mit dem Angebot der Bedarf, weil die Versorgungssteuerung nicht funktioniert. ...“ Patienten, „bei denen es etwas angenehmer ist, Therapie zu machen“ erhalten eher einen Termin als diejenigen, „die man nicht ganz so gern als Patienten

im Wartezimmer sitzen hat“. Jens Spahn fordert damit, die Versorgungssteuerung müsse besser werden: „Damit diejenigen, die wirklich etwas brauchen, auch Versorgung bekommen.“

Diese unausgegorene, auf Vorurteilen und einem verzerrten Bild von Psychotherapie und der gegebenen Versorgung beruhende Regelung, noch dazu innerhalb der Psychotherapierichtlinie, darf nicht Gesetz werden.

Klar war: Wir müssen uns mit aller Kraft gegen diesen Hürdenlauf für unsere Patienten stemmen, gegen ihre Diskriminierung gegenüber anderen Patientengruppen, die einen ungehinderten, freien Zugang zur Behandlung haben, gegen diese Erschwerung unserer Arbeitsbedingungen und gegen die Diskriminierung unserer fachlichen Kompetenzen, als hätten wir nicht alle die Qualifikation zur Indikationsstellung und Behandlungskoordination.

Es war dann ein ehrgeiziges Ziel, das wir uns steckten, als wir schließlich gemeinsam mit DPtV und VAKJP beschlossen, eine Petition im Deutschen Bundestag einzureichen: das Quorum von 50.000 Unterschriften innerhalb von vier vorgegebenen Wochen, um eine Anhörung im Petitionsausschuss zu erreichen.

Es haben sich insgesamt 31 Psychotherapeutenverbände unterstützend beteiligt. In der Hälfte der Zeit kam unser

Anliegen jenseits der Fachöffentlichkeit mitten in der Bevölkerung an. Innerhalb von drei Tagen schoss die Zahl der Onlinezeichnungen von 30.000 auf über 100.000 in die Höhe. Am Ende konnten wir über 40.000 schriftliche Unterschriften von insgesamt 217.000 Mitzeichnungen in einer gemeinsamen Aktion an den Vorsitzenden des Petitionsausschusses, Herrn Marian Wendt (CDU), überreichen. Es wurde die vermutlich größte Petition an den Bundestag bisher überhaupt.

Durch die unerwartete Verschiebung der ersten Lesung des TSVG im Bundestag – unsere Übergabe fand exakt zwei Stunden zuvor statt – wurde unsere Petition vor dem Gesetzgebungsverfahren eingereicht. So kann der Petitionsausschuss seiner demokratischen Aufgabe nachkommen, Einfluss im Sinne der Bürger zu nehmen auf ein Gesetz, das zu schädlichen Verwerfungen führen würde.

In der Zwischenzeit hatten viele Gespräche und eine Flut von Mitgliederbriefen, auch entsprechende Positionierungen von KBV, Beratenden Fachausschüssen, DPT und Psychotherapeutenkammern, Wirkung gezeigt. Auf Empfehlung seines Gesundheitsausschusses beschloss der Bundesrat als Empfehlung an den Bundestag: „Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Ergänzung von § 92 Absatz 6a SGB V ... sollte nicht vorgenommen werden.“

Eine Stunde dauerte die Befragung in der öffentlichen Sitzung des Petitionsausschusses am 14. Januar, in welcher Ariadne Sartorius als Petentin zusammen mit Ulrike Böker sowie der eigens anwesende Minister Spahn als Regierungsvertreter die Fragen der Ausschussteilnehmer beantworteten. Diese Sitzung wurde live im Parlamentsfernsehen übertragen und ist online weiterhin abrufbar. Unsere Vertreterinnen konnten die Sachlage klar darstellen. Deutlich wurde: Wir brauchen bessere Vernetzungsstrukturen für bestimmte Patientengruppen. Diese müssen aber auf einer reformierten Bedarfsplanung fußen, damit nicht andere Patientengruppen aus der Versorgung herausfallen.

Schon während der Petitionsübergabe waren wir von Gesundheitspolitikern darauf angesprochen worden, dass man den unausgereiften Zusatz streichen wolle. Aber wir sollten Alternativen für die notwendige bessere Versorgung aufzeigen.

Die Akutbehandlung ist recht gut gesichert. Danach fehlen bei Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf Möglichkeiten der strukturierten und vernetzten Behandlung im multimodalen Setting

Es geht dabei um Patienten mit ausgeprägteren Einbußen in der partiellen Lebensbewältigung, die einen komplexen Behandlungsbedarf teils jenseits der Richtlinienpsychotherapie haben. Sie brauchen den koordinierten Einbezug neurologischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, auch verschiedener Gesundheitsfachberufe, niedrigschwelliger Gruppenangebote,

Der bvvp nahm an einem Sitzungsmarathon mit öffentlicher Sitzung des Petitionsausschusses, Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss und KV-Dialog teil

sozialpsychiatrischer und komplementärer wohnortnaher Angebote. Während die gemeinsame Behandlung durch Teams unterschiedlicher Fachgruppen im stationären Bereich selbstverständlich ist, fehlen im ambulanten Bereich solche Möglichkeiten der strukturierten und vernetzten Behandlung. Diese Mög-

lichkeit wird derzeit zum Beispiel im NPPV-Projekt (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) in Nordrhein erprobt. Dort ist das Erstzugangsrecht erhalten. Es gibt einen Bezugsbehandler, der die Maßnahmen koordiniert, und es gibt die Verpflichtung der eingeschriebenen Behandler zu Vernetzung und Kooperation. Außerdem gibt es einen Netzkoordinator, der die Angebote der Behandler koordiniert und sich auch sonst auskennt in den regionalen Angeboten für psychisch Kranke. Hier wird die Intensität der Behandlung gestuft nach dem Bedarf des Patienten – und immer auf allen Seiten freiwillig unter Absprache. Die notwendigen Koordinierungsleistungen werden vergütet. Solche koordinierten Behandlungsangebote können im Bundesmantelvertrag geregelt werden.

Jens Spahn hat in seinen Ausführungen nicht unterschieden zwischen – zeitlicher – Dringlichkeit und notwendiger Intensität einer Behandlung. Die Akutbehandlung ist recht gut gesichert. Es fehlt aber bei Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf das nachfolgende Behandlungsangebot. Da fehlen derzeit dann auch die Kapazitäten.

Nach einem Sitzungsmarathon zwischen dem 14. und 18. Januar 2019 mit öffentlicher Sitzung des Petitionsausschusses (Ariadne Sartorius), Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags (auch Ariadne Sartorius), eigens von Jens Spahn einberufene Expertenrunde zu unserem Thema (Benedikt Waldherr) und KV-Dialog-Veranstaltung mit Jens Spahn (Ulrike Böker und Benedikt Waldherr) hat der Minister in Aussicht gestellt, eine bessere Formulierung zu finden. Vorschläge in einer parlamentarischen Demokratie seien grundsätzlich „nicht in Stein gemeißelt“.

Es besteht Hoffnung, dass eine sinnlose Regelung an falscher Stelle gestrichen und an einer echten Verbesserung der Versorgung gearbeitet werden kann. —

Zwischen heiligem Wasser und Marathon-Gin

Foto: Privat



Die bvvp-Fachexkursion nach Äthiopien führt in ein Land des Aufbruchs. Eine persönliche Reportage von Pressereferentin **Anja Manz**

—„Empower girls now: They are the next leaders!“, eine erstaunliche Aufschrift in einem armen afrikanischen Land, zu lesen auf den Trikots beim Great Ethiopian Run in Addis Abeba, Afrikas größtem Zehn-Kilometer-Straßenrennen. „Unterstützt Mädchen, sie sind die Führerinnen der Zukunft“: Tausende Läuferinnen und Läufer, die die Aufforderung auf dem Rücken tragen, fluten die Hauptstadt mit Jubel, Gesang und guter Laune. Ein hoffnungsvolles Bild. Und zumindest eines hier entspricht unseren Erwartungen und einem gängigen Klischee: Äthiopier sind leidenschaftliche Läufer, wie man spätestens seit Haile Gebrselassies 26 Weltrekorden als Marathonläufer weiß. Die Menschen sind sichtlich stolz auf diesen Ruf, weshalb sich wohl auch „Marathon-Gin“ in den Minibars unseres Hotels findet.

Die Trikotaufschrift zeigt aber – wie die feiernden jungen Paare, die einander ungeniert umarmen – zugleich ein neues, für die Einheimischen noch ungewohntes Gesicht des Landes. Äthiopien ist im Auf- und Umbruch, unübersehbar bereits am ersten Reisetag. Mit Abiy Achmed wird das Land erst seit wenigen Monaten von einem Premierminister regiert, der von vielen hier als Hoffnungsträger verehrt wird. 10 der 20 Ministerposten in seinem Kabinett hat er mit Frauen besetzt. Immer wieder hören wir von seinem Kampf für mehr Bildung und mehr Demokratie,

für die wirtschaftliche Modernisierung des Landes und gegen Korruption.

Ich gestehe, als ich zum ersten Mal von der psychotherapeutischen Fachexkursion hörte, war mein erster Gedanke: „Eine abwegige Idee!“ Äthiopien – dazu fiel mir zunächst vor allem ein Wort ein: „Hungerland“. Es streifte mich die vage Erinnerung an Fernsehbilder von Kindern mit aufgeblähten Bäuchen. Bald eine Million Menschen sind 1984/1985 den Hungertod gestorben, bestätigt das Internet und

Wir hören Schreie einer Frau im Kampf mit ihrem Dämon

ruft mir auch die schlimme Dürreperiode 2015/2016 zurück, bei der Millionen Menschen mit Nahrungsmittelspenden unterstützt werden mussten. Doch das Land steht an einem Wendepunkt. „Äthiopien – vom Hungerland zum Hoffnungsträger?“, so titelt zum Beispiel ein Papier der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), dem man entnehmen kann, dass „gezielte Investitionen in Gesundheit, Bildung und Jobs“ die Lebensbedingungen in Äthiopien deutlich verbessert haben: jährliche Steigerung der Lebenserwartung, Ver-

vielfachung der Einschulungsraten auf 85 Prozent, Wachstumsraten der Wirtschaft von über zehn Prozent. Beeindruckende Zahlen, doch wie sieht das Leben der Menschen dahinter aus? Dieser erste Tag unserer Reise zeigt uns nur eines der widersprüchlichen Gesichter des vielgestaltigen Landes, auf das wir uns eingelassen hatten.

20 Menschen, die einander erstmalig neugierig musterten, wurden am Flughafen von Addis Abeba von Abay, unserem örtlichen Führer, in Empfang genommen. Sein freundliches Lächeln und sein umfangreiches Wissen über die kulturellen Schätze dieses Landes würden uns durch diese 15-tägige Reise leiten. Die meisten Gruppenmitglieder sind niedergelassene PsychotherapeutInnen, viele sind Afrika-erfahren, doch niemand außer unserer deutschen Reiseleiterin, der Psychotherapeutin Inken Schütt, war je zuvor in Äthiopien. Von ihren Kontakten, ihrer Kenntnis der amharischen Sprache, auch ihrem besonderen Wissen um die traditionellen Heilmethoden seelischer Krankheiten, können wir alle schon am nächsten Tag profitieren.

Im Rahmen des Fachexkursionsprogramms besuchen wir das Kloster Hammere Kidane Miheret, eine typische Stätte zur Behandlung physischer wie seelischer Erkrankungen durch die christliche Kirche. Fast alle Reiseteilnehmer probieren es selbst aus, trinken hier



Das Team der leitenden Psychologen des Amanual Hospitals in Addis Abeba im Kreis der Reisegruppe.

von dem „holy water“, das unerlässlicher Bestandteil der Therapie ist. Manche von uns trauen sich sogar unter das kalte Wasser der heiligen Dusche – wie es in Vorbereitung der Dämonenaustreibungen üblich ist. Psychologie ist hier noch eine junge Studienrichtung, die Psychiatrie nur an wenigen Standorten vertreten, in der medizinischen Ausbildung nimmt sie nur kleinen Raum ein. Daher sind es noch immer die traditionellen Heiler und Priester, die bei der Behandlung psychischer Erkrankungen die zentrale Rolle spielen, mit Ritualen und Exorzismen arbeiten, auch Amulette und Naturheilkunde einsetzen. Inken Schütt erläutert uns die vier Formen dämonischer Besetzung, die dabei zugrunde gelegt werden. Hunderte Erkrankte werden hier gleichzeitig wochenlang „therapiert“, ringen mit den Geistern, die sie als ursächlich für ihr Leiden betrachten.

Vielleicht ist ja überhaupt eine der größten Überraschungen die tiefe Religiosität der Menschen und die Allgegenwart und der Einfluss der äthiopisch-orthodoxen Tewahado-Kirche. Ihre identitätsstiftende Bedeutung fußt unter anderem in der jahrtausendealten christlichen Geschichte. Und auch wenn Äthiopien ein Vielvölkerstaat ist, in dem 80 Sprachen gesprochen werden und die mittlerweile zweitstärkste Religion der Islam ist, so dominiert doch die äthiopisch-orthodoxe Kirche im Land.

Im Gebetsraum des Klosters sehen wir Menschen, deren Dämonen durch die Behandlung hervorgehockt werden sollen, sich unablässig vor den Marienbildern auf den Boden werfen und die geweihten Gegenstände wieder und wieder küssen. Wir hören Schreie einer Frau im Kampf mit ihrem Dämon. Und dennoch hat der Ort in seiner profanen Anmutung mehr Ähnlichkeit mit einer einfachen Kurklinik oder einem Wallfahrtsort als mit den Schreckensbildern des Exorzismus.

250 stationäre Patienten, 900 weitere in der angeschlossenen Ambulanz

Auch den eigenen Schauerbildern im Kopf begegne ich noch in Addis Abeba: Gergesenon Association heißt eine Einrichtung, die sich zum Ziel gesetzt hat, jenen Menschen zu helfen, die psychisch krank und zugleich ohne Obdach und Angehörige in der Stadt leben. Es ist viel, was man den Menschen zu geben versucht, die auf den Straßen eingesammelt werden. Vielleicht ist es mehr, als die Einrichtung zu geben vermag: „Essen, Kleidung, Zuflucht, Gesundheitsfürsorge und familiäre Liebe“, heißt es in einem Infoblatt.

Die Busfahrt dorthin zeigt uns, woher die Betreuten kommen: Blech an Blech schieben sich Taxis, Busse, überladene Autos in Zeitlupe durch ein Wimmelbild meist junger Menschen. Hier ist die ungeheure Armut vieler Stadtbewohner nicht mehr zu übersehen. Zwischen Bauruinen reihen sich immer wieder Wellblechhütten dicht an dicht. Inmitten all der Großstadtgeschäftigkeit liegen hier Menschen im Staub, wohnen in Kartons oder einem vergessenen Betonrohr.

Schmal ist er, der Hof der Gergesenon Association. Kranke drängen sich um uns, eine Frau weint und schreit, Erbrochenes klebt an ihrem Hemd, ein etwa dreijähriges Kind spielt mit dem Kopftuch der vor sich hinstarrenden Mutter, ein Mann mit verwachsenen Gliedmaßen scheint mit offenen Augen zu dösen. Dunkel und stickig sind die beiden Schlafräume für die etwa 300 Männer und Frauen. Der einzige Aufenthaltsraum ist überfüllt. Und doch zeigen Vorher/Nachher-Bilder einiger der früheren Betreuten Gesichter, die erwacht sind, Menschen, deren Blicke wieder ein Ziel haben. Ein einziger ausgebildeter Psychologe arbeitet hier, er ist nicht fest angestellt, ein Freiwilliger – wie auch die wechselnden Helfer, die Pflege und Betreuung übernehmen. Immerhin werden die Patienten durch Äthopiens einzige originär-psychiatrische Klinik, die wir noch am selben Tag besuchen sollten, medizinisch betreut.



Hochland von Äthiopien – tief berührende Bilder der Bergwelt.



Die Kaffezeremonie ist in Äthiopien Sache der Frauen

„Es ist vielleicht nicht viel, was die Gergesonon Association leisten kann“, sagt der leitende Psychologe des Amanual Mental Hospital, „doch ihre Arbeit ist wichtig“, sei doch der Bedarf an Hilfe enorm.

In der Klinik sind 250 Menschen in Mehrbettzimmern untergebracht, in gestreiften Schlafanzügen sitzen viele auf ihren Betten oder auf Mauern im Hof. „Wenn wir die Kapazität hätten, müssten wir weit mehr Patienten behandeln“, sagt der Psychologe. Immerhin: 900 Menschen werden zudem in der angeschlossenen Ambulanz betreut. Die meisten litten an einer Psychose, aber auch neurotische Erkrankungen nähmen spürbar zu.

Auf dem Papier gibt es Gruppen-, Kunst-, Musik-, Arbeits- und Sozialtherapie, doch bei der Umsetzung aller Angebote fehlt es einmal mehr an Geld und Personal. Etwa acht Psychologen und zehn Psychiater gehören zu den Behandlern, unter ihnen auch vier Frauen. Aber in welchem Verhältnis stehen sie zu den kirchlichen Heilmethoden? Gibt es Formen der Zusammenarbeit?

„Wenn die Patienten die Medikamente zusammen mit dem heiligen Wasser zu sich nehmen, ist es uns recht“ Der

Psychologe zögert: „Die meisten Patienten kommen erst, wenn die Behandlung mit dem heiligen Wasser nicht geholfen hat.“ In den Dörfern herrsche die Vorstellung vor, die Menschen seien von Dämonen besessen – und zwar, weil die Familie oder der Patient eine Schuld trage. In der Behandlungsausrichtung der Klinik haben die Therapeuten eine klare Entscheidung getroffen: Sie orientieren sich an der westlichen Psychologie. Es gehe schließlich um die Behandlung von Krankheiten, und ein kranker Mensch sei stets schuldlos.

Nachdenklich verlassen wir die Klinik – und bald den Moloch von Stadt, um uns diesem weiten Land zu öffnen. Unser Kleinbus schaukelt über Staubpisten durch das Hochland. Die bergige Landschaft auf über 2000 Metern, die einen Großteil Äthiopiens einnimmt, der Anblick der Felder und Weiden noch an den steilsten Hängen, die vielen Menschen, die ihre Esel oder Buckelrinder auf Dreschplätzen im Kreis führen, das alles berührt tief. Wir sind anfällig für Projektionen von Idylle nach den Bildern der Armut, offen für das Lachen der Kinder, erleichtert, wenn wir Vieh sehen, das uns wohlgenährt erscheint. Und der

Eindruck täuscht nicht, erfahren wir von unserer Reiseleiterin: Die Menschen hier haben ein gesichertes Auskommen, wenn auch auf niedrigem materiellem Niveau. Dieses Jahr fiel allerdings viel Regen, ergänzt Inken Schütt – und deutet auf kahle Hänge, an denen wir vorüberfahren. „Aber viel Boden ist abgerutscht, eine Folge des großen Holzverbrauchs in diesem bevölkerungsreichen Land.“ Ja, Aufforstungsprojekte gebe es – aber das bekannte Problem: Geldmangel.

Eine Zahl aus dem Papier der KFW taucht unvermittelt vor mir auf: Zwei Millionen – so viele Jobs müsse Abiy Achmed pro Jahr schaffen, um mit dem Bevölkerungswachstum mitzuhalten. Wie soll das gehen?

Und dennoch: Überall auf dieser Reise lauert schon die Idylle, um uns gefangen zu nehmen. Nicht selten sind es geradezu biblische Bilder, denen wir begegnen – zum Beispiel am spektakulären Wasserfall des Blauen Nil. Auf einem schmalen Pfad kommen uns Hunderte Menschen entgegen. Stunden schon sind viele oft barfuß unterwegs zu einem Viehmarkt. Ihre Lasten transportieren sie auf dem Kopf oder sie werden von Eseln getragen, die sie am Strick führen. Wenn



Heiliges Wasser im Hammere Kidane Miheret:
Mehr Ähnlichkeit mit einfachem Kurort ...

man blinzelt, könnte man glauben, man sei in die Weihnachtsgeschichte geraten. So könnten sie ausgesehen haben, wie eines der Bauernpaare: Maria und Josef auf dem Weg nach Bethlehem.

Und dann sind es natürlich die überwältigenden Zeugnisse dieser großen Kultur, die uns unvergessliche Bilder einprägen: die Felsenkirchen von Lalibela zum Beispiel, die bereits um 1200 n. Chr. entstanden, oder die Inselklöster im Tanasee, dem größten See Äthiopiens, in dem wir Nilpferde beobachteten. Die Klöster sind nicht nur wunderschön wie die riesige Rundkirche Ura Kidane Mihret mit ihren ausdrucksstarken Wandmalereien, sondern auch seit uralten Zeiten spirituelle Zentren.

Wir staunen im Weltkulturerbeort Gondar über den prächtigen Palastkomplex aus dem 17. Jahrhundert. Und dann natürlich über die Ruinen und Monumente des Reiches von Axum, die Geburtsstätte der äthiopischen Zivilisation, mit dem beeindruckenden Stelenpark, monumentale antike Grabmale. Ja, hier lebte einst eines der mächtigsten Völker der Antike.

In Gondar und Bahir Dar können wir uns erneut von der engagierten akademischen Arbeit an den Universitäten im Fachbereich Psychologie überzeugen.

Noch einmal treffen wir an der Uni von Gondar auf die wichtige Frage, die

uns schon in Addis Abeba beschäftigt: Wie kann und sollte die Behandlung psychischer Erkrankungen in einem Land wie Äthiopien aussehen? Die Wissenschaftler stellen uns dazu Ergebnisse einer qualitativen Studie vor, die die Behandlungsformen traditioneller Heiler in dieser 300.000-Einwohner-Stadt und ihrer Umgebung beleuchten. Skizziert wird, dass nicht nur im Christentum, sondern auch im Islam wurzelnde Verfahren üblich sind.

Heilpflanzen werden eingesetzt, psychologische, übernatürliche oder parapsychologische Verfahren

Therapien mittels Heilpflanzen, die auf Schriften aus dem 15. Jahrhundert basieren, kommen ebenso zur Anwendung wie psychologische, übernatürliche oder parapsychologische Verfahren. Sehr verbreitet in der Region ist der Sar-Kult, ein Besessenheitskult. Sar ist eine der vier Dämonengruppen, die in den Büchern der äthiopisch-christlichen Kirche beschrieben werden.

Was überrascht: Es sind noch immer Menschen jedes Bildungshintergrunds, jedes Status, Alters oder Einkommens, die sich diesen Heilern anvertrauen. Die Wissenschaftler stellen zur Diskussion,

ob nicht in Äthiopien eine Fusion traditioneller Heilverfahren mit modernen westlichen der angemessenere Weg für die Zukunft der Behandlung psychischer Krankheiten sei – angesichts der großen Akzeptanz der traditionellen Verfahren, der einfachen Zugänglichkeit, der vergleichsweise niedrigen Kosten. Gerade die jungen, selbstbewusst wirkenden WissenschaftlerInnen fragen uns: Müsse man in diesem Bereich nicht generell hinterfragen, ob die westlichen Krankheitskonzepte und die diagnostizierten Krankheitsbilder tatsächlich universell auf andere Kulturen übertragbar seien?

Als die Diskussion am Abend bei einem gemeinsamen Essen fortgesetzt wird, sitzt eine junge Frau neben mir. Für Tigist ist Psychologie bereits ihr zweites Graduiertenstudium nach Sozialpsychologie. Jeden Tag arbeitet sie sechs Stunden als Lehrerin, um sich das Studium leisten zu können. „Ich werde es schaffen“, strahlt sie, „später werde ich für mein Land arbeiten.“ Nein, finanzielle Unterstützung erhalte sie nicht, ihr Vater sei Bauer, und sie habe noch acht Schwestern. Ihnen will sie zeigen: „I'll become the best version of myself!“ Sie lächelt: „Dr. Abiy wird uns Frauen helfen.“

Und da ist sie wieder, die Trikotaufschrift aus Addis Abeba: „Empower girls now: They are the next leaders!“

Licht und Schatten

Ausbildungsreform auf dem Weg: Die Richtung stimmt, aber Korrekturen sind notwendig - eine Einschätzung des Referentenentwurfs zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes

Von **Robin Siegel**

Am 3. Januar 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz sowie zwei Anlagen zur Gestaltung eines Approbationsstudiums mit Staatsexamen vorgelegt. Nach über zehn Jahren des berufspolitischen Engagements wird hiermit das Gesetzgebungsverfahren offiziell eröffnet. In vielen Punkten aber erfüllt der Entwurf nicht die Erwartungen des Berufsstandes, um eine zukunftsfähige und faire Aus- und Weiterbildung zu gestalten.

Studium mit zuwenig Praxis

Der Gesetzgeber sieht in dem Referentenentwurf ein Bachelorstudium mit einem konsekutiven Masterstudium mit insgesamt 300 Leistungspunkten nach dem European Credit Transfer System (ECTS) vor. Von den 180 ECTS im Bachelorstudiengang werden 101 ECTS vordefiniert, während im Masterstudium 79 von 120 ECTS durch die Approbationsordnung vordefiniert werden. Darüber können diese Studiengänge ausschließlich an Universitäten und ihnen gleichgestellten Hochschulen durchgeführt werden. Mit diesem Rahmen folgt das BMG den Forderungen der Kultusministerien, die einen neuen Staatsexamensstudien-

gang ohne Berücksichtigung der Bologna-Reform strikt abgelehnt haben. Mit der ersten Beschreibung der Inhalte des Approbationsstudiums in der Anlage 1 zum Referentenentwurf wird deutlich, dass die vorgeschlagenen Inhalte zum Bachelorstudium weitgehend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) für heutige Bachelorstudiengänge Psychologie entsprechen. Diese werden lediglich durch insgesamt zehn ECTS in den folgenden Fächern ergänzt: medizinische Grundlagen für Psychotherapeuten, Psychopharmakologische Grundlagen für Psychotherapeuten, Berufsrecht und Berufsethik. Daneben sind – wie aktuell an vielen psychologischen Instituten fast üblich – 13 ECTS für Praktika vorgesehen. Der Masterstudiengang wird demgegenüber deutlich ausführlicher definiert, sodass nur wenig Spielraum für die Hochschulen besteht. Von den 120 ECTS des Masterstudienganges werden 54 durch psychotherapiespezifische Inhalte definiert, 25 ECTS durch berufsqualifizierende Tätigkeiten und 25 ECTS durch die Masterarbeit. Das BMG verzichtet auf die Einführung eines Praxissemesters im Anschluss an das viersemestrige Studium und versucht trotzdem einen ausreichenden Praxisbezug einzu-

bauen. Dadurch wirkt der Praxisbezug zum Teil sehr gepresst und unrealistisch abgebildet. So sind zum Beispiel nur fünf ECTS für eine ambulante berufsqualifizierende Tätigkeit III vorgesehen, wobei eine umfassende Beteiligung an mindestens drei ambulanten Therapien mit mindestens zwölf Behandlungsstunden, die Dokumentation sowie die eigenständige Durchführung von Basismaßnahmen und die eigenverantwortliche Erstellung von mindestens einem ausführlichen psychologisch-psychotherapeutischen Gutachten darin enthalten sind. Wenn schon kein Praxissemester vorgesehen wird, so wäre es zumindest wünschenswert, wenn anderweitig mehr Praxis in das Studium integriert werden könnte. Zum einen sollte im Bachelorstudiengang die berufspraktische Tätigkeit durch eine Einführung in Kommunikation und Gesprächsführung eingerahmt werden. Ergänzend könnte analog zur Approbationsordnung für Ärzte ein Vorpraktikum vor dem Studium gefordert werden, um bereits zu Beginn des Studiums theoretisches Wissen auf eigene praktische Erfahrungen aufbauen zu können.

Die starke Orientierung an den Empfehlungen der DGPs birgt eine große Gefahr für die Verfahrensvielfalt. Sollte sich

die DGPs mit ihrer Definition in der noch zu gestaltenden Approbationsordnung durchsetzen, würde eine flächendeckende Verfahrensvielfalt, wie sie der Deutsche Psychotherapeutentag mehrfach gefordert hat, nicht stattfinden. Die DGPs erweitert hierfür nämlich den Begriff der Verfahrensvielfalt: Sie will den Erwerb von basalen Handlungskompetenzen in mindestens zwei wissenschaftlich anerkannten Ansätzen aus den verschiedenen Psychotherapieverfahren, - methoden und/oder Neuentwicklungen ermöglichen. Diese Neudefinition ermöglicht es, dass neben der Verhaltenstherapie noch eine Neuentwicklung praxisorientiert gelehrt wird (zum Beispiel Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)). Eine vertiefende Lehre in mindestens zwei wissenschaftlich anerkannten Verfahren könnte so umgangen werden.

Insgesamt stellt das BMG mit der Orientierung an den Vorschlägen der DPGs die Machbarkeit des neuen Studiums in den Vordergrund. Das BMG errechnet zusätzliche Kosten von etwa 50 Mio. Euro, welche die Bundesländer für die Einrichtung dieser Studiengänge zur Verfügung stellen müssten. Derzeit ist nicht abzuschätzen, wie sehr die Kultusministerien der Bundesländer dieser Forderung nachgehen werden. Zu befürchten ist, dass neben einer Erhöhung des Budgets auch die Anzahl der Studienplätze für den neuen Masterstudiengang reduziert werden. Darüber hinaus bleibt zu bezweifeln, ob die Hochschulen diese zusätzlichen Mittel tatsächlich dafür nutzen, die Bandbreite der wissenschaftlich anerkannten Verfahren personell abzudecken, um eine hinreichende Vertiefung anzubieten. Dennoch ist festzuhalten, dass dieses Studium natürlich deutlich mehr psychotherapiespezifische Praxis implementieren würde, als es derzeit im Psychologiestudium der Fall ist. Ob die Inhalte allerdings schon den Approbationstitel rechtfertigen, hängt von den weiteren psychotherapiespezifischen Verbesserungen ab. Auf jeden Fall wird mit der Festlegung auf universitäre psychologische Institute der

Zugang für Absolventen pädagogischer und sozialpädagogischer Studiengänge zukünftig verwehrt.

Mangelhafte Finanzierung der Weiterbildung

Größter Kritikpunkt und K.-o.-Kriterium ist jedoch die mangelhafte Finanzierung der Weiterbildung. Die Sicherstellung einer angemessenen Vergütung entsprechend des Hochschulabschlusses war das zentrale Ziel für den Referentenentwurf. Dies wird insbesondere im Hinblick auf die ambulante Weiterbildung deutlich verfehlt.

Das BMG überlässt die Einrichtung der Weiterbildungsordnungen natürlicherweise den Psychotherapeutenkammern (in der Regel auf der Grundlage der Musterweiterbildungsordnung der BptK) unter Aufsicht der zuständigen Landesbehörden. Aktuelle Konzepte zur Weiterbildung der BptK sehen eine fünfjährige Weiterbildung mit mindestens zwei Jahren in (teil-)stationären Einrichtungen und mindestens zwei Jahren in Einrichtungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vor. Im Hinblick auf die stationären Einrichtungen lässt der Gesetzgeber offen, wie mögliche Weiterbildungsplätze in den Kliniken geschaffen werden können. Dies liegt in der Hoheit der Kliniken beziehungsweise Klinikträger in Verhandlungen mit den Kostenträgern. Das BMG beschreibt lediglich, dass hierdurch Zusatzkosten in Höhe von circa 100 Millionen Euro für diese neuen Stellen entstehen würden. Ob und vor allem wie viele Weiterbildungsstellen geschaffen werden, ist bisher nicht abzuschätzen.

Gleiches gilt für die ambulante Weiterbildung. Die Änderungen des SGB-V stellen eine notwendige, aber keine hinreichende Verankerung des neuen Berufes in das Krankenversicherungsrecht dar. So wird mit der Anpassung des § 117 SGB-V zwar die aktuelle Vergütung der Ausbildungstherapeuten um eine Vergütung der zukünftigen Weiterbildungstherapeuten erweitert. Dies reicht jedoch nicht aus, um eine ambulante Weiterbildungsphase mit einer angemessenen Vergütung

der Weiterbildungsteilnehmer realistisch umzusetzen. Das von der BptK vorgelegte Gutachten zur Finanzierung einer angemessenen Vergütung kommt eindeutig zu dem Schluss, dass die reinen Entgelte der Psychotherapeuten in Weiterbildung nicht ausschließlich aus den Versorgungsleistungen der Weiterbildungskandidaten finanziert werden können. Weitere Kosten der Weiterbildungsambulanzen als zukünftige Arbeitgeber zum Beispiel für Personalverwaltung, die verpflichtende Ausfallversicherung für Arbeitgeber oder die Räumlichkeiten und erst recht die Supervision, Selbsterfahrung und den theoretischen Unterricht der Weiterbildungsteilnehmer werden nicht durch diese Finanzierung abgedeckt. Insofern wird es ohne eine weitere Finanzierungsmöglichkeit der ambulanten Weiterbildung keine verbesserten Bedingungen für zukünftige Weiterbildungskandidaten geben. Dies war jedoch das zentrale Ziel des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes! Der Gesetzgeber muss daher dringend aufgefordert werden, weitere Finanzierungsmöglichkeiten für die Weiterbildungszeit in ambulanten Weiterbildungseinrichtungen zu ermöglichen. Sollte sich hier keine Lösung ergeben, ist meines Erachtens das Gesetz in der bisherigen Form abzulehnen.

Gefahr des dreifachen Flaschenhalses

Wie oben skizziert, ist der Rahmen der zukünftigen Aus- und Weiterbildung gesteckt. An vielen Stellen bleibt der Vorschlag hinter den Erwartungen zurück. Gerade die zu erwartende Begrenzung von Masterstudiengängen und gegebenenfalls auch Weiterbildungsstellen bedeutet, dass sich zukünftige Psychotherapeuten dreimal gegenüber anderen Mitbewerbern durchsetzen müssen. Zunächst einmal müssen sich Abiturientinnen und Abiturienten um den Erhalt eines Studienplatzes für einen Bachelorstudiengang bewerben. Aktuell liegt der NC für einen Studienplatz im Fach Psychologie zwischen 1,0 und 1,5. Anschließend werden sich Bachelorabsolventen voraussichtlich auf eine geringere Anzahl von Masterstu-

dienplätzen bewerben, die durch die kostspieligen Approbationsstudiengänge weiter begrenzt werden dürften. Die Anzahl der tatsächlichen Weiterbildungsstellen ist derzeit zwar noch nicht absehbar. Sollte es auch hier zu einer Verknappung kommen, wäre dies der dritte Flaschenhals für zukünftige Psychotherapeuten. Aus meiner Sicht wird der durchgängige Konkurrenzdruck einen ungünstigen Einfluss auf die Sozialisation bekommen.

Modellstudiengang und Berufsbezeichnung

Neben der Struktur von Aus- und Weiterbildung sollen noch zwei Punkte angeführt werden, die im Berufsstand eine besonders kontroverse Diskussion erzeugen. Als neue Berufsbezeichnung hat der Gesetzgeber den Titel „Psychotherapeut/ Psychotherapeutin“ gewählt. Im Gesetz wird explizit aufgeführt, dass Ärztinnen und Ärzte die Berufsbezeichnung mit dem Zusatz „ärztlich“ verwenden dürfen. Insbesondere beim bvvp, als gemischtem Berufsverband, führt der Umgang mit der Berufsbezeichnung immer wieder zu kontroversen Diskussionen, da hier die Identität der ärztlichen und psychologischen beziehungsweise pädagogischen Berufsgruppen stark berührt wird. Bisher fehlt ein Lösungsvorschlag, der alle Beteiligten zufriedenstellt und die Anforderung der eindeutigen Berufsbezeichnung erfüllt.

Klarer kann sich unser Verband im Hinblick auf die Modellstudiengänge positionieren. Während die Approbationsordnung für Ärzte Modellstudiengänge ermöglicht, um neue Lehr- und Prüfungsformen zu konzipieren und zu evaluieren, wird bei dem aktuellen Referentenentwurf durch die vorgeschlagene Regelung zu den Modellstudiengängen ein ganz neues Berufsbild entwickelt. Dies lehnt der bvvp mit Entschiedenheit ab. Falls der Gesetzgeber trotz der vielfältigen Kritik an seinem Vorhaben festhält, müssen dringend Kriterien benannt werden, die von den Modellstudiengängen erfüllt werden. Neben inhaltlichen Beschreibungen könnte dazu die Genehmigung durch den

Wissenschaftlichen Beirat gehören, der hälftig von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer besetzt wird.

Bessere Bedingungen für aktuelle Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)

Es ist damit zu rechnen, dass es bis zur Umsetzung noch mindestens acht bis zehn Jahre dauern wird, bevor die flächendeckend approbierten Masterabsolventen die Weiterbildung starten. Dies bedeutet, dass bis dahin die heutigen PiA weiter unter den aktuellen inakzeptablen Bedingungen ausgebildet werden. Der Gesetzgeber sollte für diese PiA eine Übergangsregelung schaffen, damit sie die Ausbildung unter fairen Bedingungen durchführen können. Daneben ist auch der Berufsstand gefordert, die PiA bei Verhandlungen mit Klinikträgern zu unterstützen oder andere Regelungen zu finden, möglichst gute Bedingungen für die Ausbildung zu schaffen. Wir können es uns nicht leisten, weitere 20.000 bis 25.000 PiA so zu sozialisieren, dass die eigene Arbeit keinen Wert hat beziehungsweise minderwertig vergütet wird. —



Foto: Privat

Robin Siegel

ist ehemaliger Sprecher der Bundeskonferenz PiA (2011–2013); heute Leiter des Studiendekanats Psychologie

und Psychotherapie, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke; seit 2017 Mitglied im Vorstand des BVVP Westfalen-Lippe.

Zusammenfassung des PsychThGAusbRefG

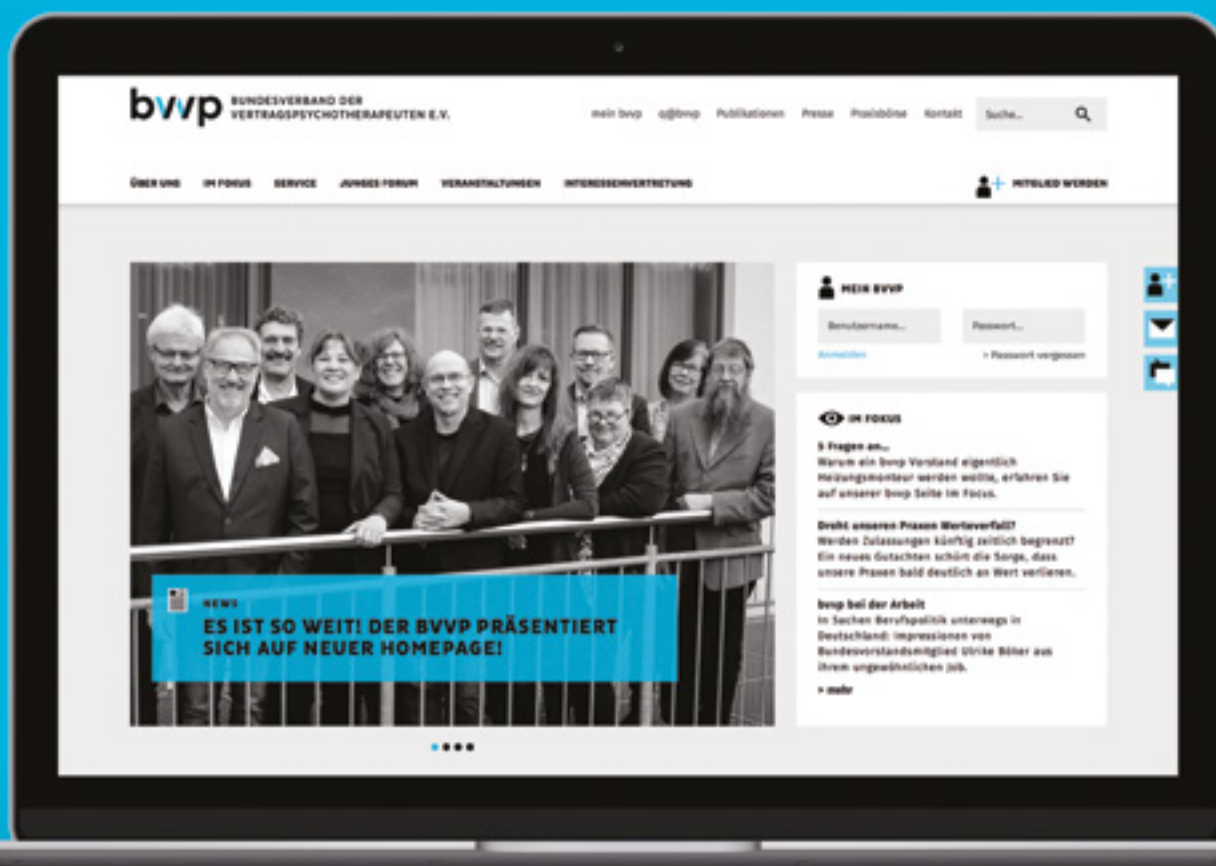
- Die neue Berufsbezeichnung soll zukünftig „Psychotherapeutin“ beziehungsweise „Psychotherapeut“ lauten.
- Studium besteht aus einem Bachelorstudiengang und einem Masterstudiengang

an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule.

- Der Bachelorstudiengang wird ein leicht modifiziertes Psychologiestudium darstellen. Hier sind nur wenige Inhalte vordefiniert. Das Masterstudium wird fast vollständig durch die Approbationsordnung definiert werden, allerdings kein eigenes Praxissemester enthalten.
- Das Studium endet mit dem akademischen Masterabschluss (zum Beispiel Master of Science in Klinischer Psychologie und Psychotherapie). Zusätzlich zum Masterabschluss kann im Anschluss durch das Ablegen einer einheitlichen staatlichen Prüfung die Approbation als Psychotherapeut erlangt werden.
- Fachhochschulen werden explizit ausgeschlossen. Es entfällt der Zugang über Studiengänge Pädagogik, Sozialpädagogik und andere nicht psychologische Studiengänge.
- Modellstudiengänge, die auch die Verschreibung von Psychopharmaka zum Ziel haben, sind im Referentenentwurf weiterhin enthalten.
- Das SGB-V wird so verändert, dass ambulante Weiterbildungstherapien weiterhin entsprechend heutiger Ausbildungstherapien vergütet werden. Dies entspricht einer Vergütung analog der regulären Psychotherapie. Eine weitergehende Finanzierung ist nicht geplant.
- Das SGB-V wird so verändert, dass eine Niederlassung im Anschluss nur mit einer Weiterbildung und der dadurch erlangten Fachkunde möglich ist. Die Gestaltung der Weiterbildung ist Aufgabe der Bundesländer beziehungsweise der Landespsychotherapeutenkammern. Die aktuellen Konzepte zur Weiterbildung sehen eine fünfjährige Weiterbildung mit mindestens zwei Jahren in (teil-)stationären Einrichtungen und mindestens zwei Jahren in der ambulanten Versorgung vor.

JETZT NEU: BVVP.DE

Die neue Website ist online



Neu: Praxisbörse
Zur Suche von Partnern,
Mitarbeiter*innen, Praxis-
oder Therapieräumen ...



Neu: bvvp-Blog „Im Dialog“
bvvp-Blogautoren schreiben
über brisante Themen –
diskutieren Sie mit!



Neu: Junges Forum
Service und Informationen
für PIA und den Weg in die
Selbstständigkeit

PSYCHThG

DER MEILENSTEIN

Das vor 20 Jahren verabschiedete Psychotherapeutengesetz stellte die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den ärztlichen KollegInnen gleich. Der Zugang zur Ausbildung und die Ausbildungsstandards wurden damit bundeseinheitlich geregelt. Das Gesetz löste viele der bis dahin bestehenden Probleme, schuf aber auch neue

20 Jahre Psychotherapeutengesetz

Der bvvp blickt zurück auf die schweren Stunden der Geburt dieses Gesetzes – und wirft einen kritischen Blick auf die anstehende Reform

Von **Martin Klett**

Am 01.01.1999 trat das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Kraft. Damit wurde eine geschützte Berufsbezeichnung für Psychotherapeuten geschaffen, Standards für die Psychotherapeutenausbildung gesetzt und insbesondere der Zugang zur kassenärztlichen Versorgung geregelt, also wer unter welchen Bedingungen gesetzlich Versicherte behandeln darf. Bis zur Verabschiedung des PsychThG gab es keinen direkten Zugang zu Psychotherapeuten, die keine Ärzte waren. Tätig werden durften die Psychotherapeuten mit psychologischem oder sozialpädagogischem Grundberuf nur im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren.

Ein erster Anlauf zu einem solchen Gesetz war 1978 an der Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände und am Widerstand der Ärzteschaft gescheitert. 1994 scheiterte ein zweiter Anlauf am Widerstand des Bundesrates. Am 16.06.1998 wurde es endlich beschlossen. Zahlreiche der am Gesetz beteiligten Akteure schildern in diesem Heft ihre Eindrücke von damals und auch zur aktuellen Diskussion: Unter anderen beschreibt Norbert Bowe eindrücklich die Geburtswehen des Gesetzes, Jürgen Doebert schildert als einer der direkt an der Umsetzung in einer Kassenärztlichen Vereinigung Beteiligten seine Erfahrungen aus der damaligen Zeit. Das Gesetz löste viele der bis dahin bestehenden Probleme, schuf aber auch neue. Wobei sich als größtes Problem die im Gesetz vorgeschriebene „Praktische Tätigkeit“ erwies, die in der Ausbildungs-

und Prüfungsverordnung im § 2 genauer ausgestaltet wurde. Die praktische Tätigkeit soll demnach dem Erwerb praktischer Erfahrungen in der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert dienen. Außerdem sollte sie Kenntnisse über andere Störungen vermitteln, bei denen Psychotherapie nicht indiziert ist. Fachkundige Anleitung und Aufsicht sind in der Verordnung ebenfalls vorgeschrieben. Die Finanzierung der Praktischen Tätigkeit wurde jedoch nicht geregelt, sodass die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) das vorgeschriebene praktische Tätigkeitsjahr bis heute mit keiner oder nur geringer Entlohnung ableisten müssen. Kritik seitens der PiA kam und kommt aber nicht nur bezüglich der miserablen finanziellen Situation während der Praktischen Tätigkeit, sondern auch aufgrund der Arbeitsbedingungen in vielen Einrichtungen, in denen sie diese ableisten. Viele der PiA fühlen sich als billige Arbeitskräfte missbraucht, auch eine mangelnde fachliche Anleitung wird oft beklagt.

Viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fühlen sich durch die Beschränkung auf die Behandlung von Patienten nur bis zum 21. Lebensjahr ungleich behandelt, da die Psychologischen Psychotherapeuten mit ihrer Approbation alle Altersgruppen behandeln können. Die strukturellen und finanziellen Mängel führten schon bald zu Forderungen nach einer Reform des Psychotherapeutengesetzes. Der ebenfalls 1999 angestoßene Bolo-

gna-Prozess, der eine europaweite Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen zum Ziel hatte, führte zu weiteren gravierenden Problemen im Zusammenhang mit der Psychotherapeutenausbildung. Die im Gesetz benannten Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung wurden durch die auf Bachelor- und Masterabschlüsse umgestellten Studiengänge zunehmend unklarer. Studienabschlüsse, insbesondere bei der Ausbildung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, müssen nun oft von den zuständigen Behörden im Einzelfall geprüft werden. Die inhaltlichen Anforderungen an einen zugangsberechtigenden Studiengang sind also nach der Einführung der Bologna-Reform nicht mehr wie zuvor im Gesetz klar definiert. Diese Kritikpunkte führten letztlich dazu, dass im aktuellen Koalitionsvertrag der CDU, CSU und SPD die Novellierungen der Ausbildung der PP/KJP in Form einer Direktausbildung mit einer Approbationsordnung auf die aktuelle politische Agenda kam. Nach einem Arbeitsentwurf zum Gesetz im Sommer 2017 legte das Bundesgesundheitsministerium am 03.01.19 einen Referentenentwurf vor, der nun von allen Betroffenen und am Verfahren Beteiligten intensiv diskutiert wird.

Lesen Sie dazu in diesem Heft den Artikel von Robin Siegel auf Seite 14–16. Der Geschichte des Psychotherapeutengesetzes und seiner Umsetzung ist auf den folgenden Seiten der Schwerpunkt in diesem Heft gewidmet.



Der Kraftakt

Die Etablierung psychotherapeutischer Behandlung neben der medizinischen Therapie war ein Kraftakt, der nur durch den Zusammenschluss verschiedener Akteure möglich war.

Er sicherte die Versorgung und den direkten Zugang zu qualifizierten Behandlern. Der bvvp hat am Entstehungsprozess des Psychotherapeutengesetzes Beteiligte gefragt, wie sie heute auf die Umsetzung des PTG blicken, warum die Verabschiedung des PsychThG letztlich gelang und was für die anstehende Reform des PsychThG zu lernen ist

— **Das wichtigste Ziel war**, den Psychotherapeutenberuf als Heilberuf, gleichrangig neben dem Beruf des Arztes, zu etablieren. Genauso wichtig war aber auch, ambulante Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten (PP) und KJP (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) als Leistung der GKV, und zwar ohne die bis zuletzt in der Politik diskutierte Selbstbeteiligung der Patienten, zu ermöglichen.

tengesetz auferlegt worden ist, voll und ganz gerecht geworden. Enttäuscht bin ich allerdings darüber, dass die Psychotherapie (wie übrigens auch die Psychiatrie) im Verhältnis zur somatischen Medizin immer noch viel schlechter vergütet wird. Eine Verbesserung der Situation der Psychotherapeuten und der Versorgung erwarte ich durch eine Reform der Ausbildung der PP und KJP mit einem psychotherapeutischen Studium und einer anschließenden Weiterbildung. Es wird dann mit vertretbarem Aufwand möglich sein, spezielle Weiterbildungs-Qualifikationen für die psychotherapeutische Mitbehandlung somatischer Krankheiten zu erwerben. Die interdisziplinäre Gesundheitsversorgung der großen somatischen Volkskrankheiten würde sich dadurch verbessern.

Eine große Leistung der damals ziemlich zerstrittenen Psychotherapeutenschaft war die schließliche Einigung auf gemeinsam gegenüber der Politik vorgetragene Positionen. In diesem Sinne haben die Bundespsychotherapeutenkammer und die Verbände jetzt bei der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes die Aufgabe, die Interessen der Psychotherapeuten zu bündeln und gemeinsam gegenüber der Politik zu vertreten, auch wenn die Abstimmungsprozesse untereinander oft mühsam und langwierig sind.

— **Es war längst überfällig**, den Beruf des Psychotherapeuten als eigenständigen Heilberuf gesetzlich abzusichern und für psychisch kranke Menschen den direkten Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung ohne Umweg über den Arzt zu ermöglichen. Das ist mit dem Psychotherapeutengesetz gelungen.

Als Vertreterin und Verfechterin von bereits in der Versorgung etablierten humanistischen und systemischen Psychotherapieverfahren hoffte und wünschte ich, dass die vielen KollegInnen, die entsprechend der Standards ihrer Fachge-

sellschaften gut ausgebildet waren und im Rahmen von Verträgen mit einzelnen Krankenkassen (zum Beispiel der TK-Regelung) beziehungsweise im sogenannten

Foto: Privat



Dieter Best

war zur damaligen Zeit stellvertretender Bundesvorsitzender und Geschäftsführer der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, einer der Vorgängerverbände der heutigen Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV).

Die Erwartungen sind mehr als erfüllt worden. Das Psychotherapeutengesetz hat entscheidend zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten beigetragen. Wie ernst psychische Krankheiten inzwischen genommen werden und welche Akzeptanz die Psychotherapie erfährt, zeigt sich gut an der Bundestagsdebatte zum TSVG im Dezember. Ausgelöst durch den Riesenerfolg der Petition gegen das Ansinnen des Gesundheitsministers, den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu erschweren, war die psychotherapeutische Versorgung ein Schwerpunktthema der Debatte, und fast alle Redner haben sich gegen die Pläne von Spahn ausgesprochen. PP und KJP sind der Verantwortung, die ihnen mit dem Psychotherapeu-

Foto: Privat



Dipl. Psych. Anni Michelmann

hat in verschiedenen Verbände-Gruppierungen die systemischen Fachverbände DFS/DGSF und SG sowie die „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände“ (AGPF) vertreten. In der AGPF hatten sich neun Fachverbände zusammengefunden, die einige sogenannte „Nicht-Richtlinienverfahren“ vertraten, wie die Bewegungs- und körperorientierten sowie die kunsttherapeutischen Verfahren, die Familientherapie beziehungsweise Systemische Therapie, das Psychodrama und die Gestalttherapie. Als Vertreterin der Systemiker und als Präsidentin der AGPF war Michelmann an Gesprächen im BMG, mit Politikern, Krankenkassen und der KBV beteiligt.

Kostenerstattungsverfahren tätig waren, als Psychotherapeuten in die psychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Versicherten übernommen würden. Diese Hoffnung hat sich leider nicht erfüllt. Viele Psychotherapeuten, die bislang die Versorgung psychisch Kranker sichergestellt hatten, aber keine Qualifikation in Richtlinienverfahren vorweisen konnten, mussten ihre Praxen schließen.

In § 1 Abs. 3 PsychThG hat der Gesetzgeber die Berufsausübung an die Anwendung „wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“ gebunden. Er hatte es vermieden, abschließend einzelne Verfahren aufzuführen, um einer Weiterentwicklung der Psychotherapie nicht im Wege zu stehen. De

facto wurde die in der Kostenerstattung zuvor praktizierte Verfahrensvielfalt jedoch wieder auf drei Richtlinienverfahren begrenzt. Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie (ST) wurden 1999 vom Wissenschaftlichen Beirat (WBP) zunächst einmal abgelehnt. Erst beim zweiten Anlauf stufte der WBP die GPT (Gesprächspsychotherapie) im Jahre 2002 und die ST 2008 als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren ein und empfahl sie zur vertieften Ausbildung. Der G-BA brauchte weitere zehn Jahre: Erst im November 2018 beschloss er, die Systemische Therapie als Verfahren zur Behandlung Erwachsener in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen.

Die jetzige Festschreibung der Berufsausübung auf die Anwendung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren in der Legaldefinition schränkt unsere Tätigkeit ein und stellt letztlich einen erheblichen Eingriff in die Berufsfreiheit dar. Neue gesetzliche Rahmenbedingungen sollten so gestaltet sein, dass in allen vier Grundorientierungen (psychodynamisch, behavioral, humanistisch und systemisch) aus- und weitergebildet werden kann sowie Innovationen in der psychotherapeutischen Versorgung nicht behindert, sondern befördert werden. —

— **Mit dem PTG** ist das Thema „Seelische Gesundheit“ erst richtig in der Welt des Medizinbetriebes und der Kassenszene angekommen. Obwohl Diagnose und Behandlung seelischer Leiden schon lange zur Lebensrealität zählten, bedurfte es eines großen Gesetzgebungswerkes, um mit der Einbeziehung der Psychotherapeuten in das kassenärztliche System die gleichsam offizielle Anerkennung der Psychotherapie zu erlangen.

Freilich war es dann noch ein weiter Weg, um aus der Erstattungspsychotherapie eine echte Regelversorgung für gesetzlich Versicherte zu machen. Selektivvertragliche Ansätze für eine effektivere Versorgung waren gut gemeint, blieben aber im

Foto: Privat



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

war von 1991 bis 2004 Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Baden-Württemberg. 2004 bis 2009 saß er im Vorstand der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und übernahm von 2010 bis 2014 die Funktion des Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der BAR-MER-GEK. Seit Juli 2018 ist er unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Mit dem PTG 1999 ist der Durchbruch für die Akzeptanz und deutliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eingeleitet worden

Dschungel der Interessen stecken. Ein echter Fortschritt erfolgte aus meiner Perspektive durch die Weiterentwicklung der PT-Richtlinien des G-BA im Jahr 2015. Die Einführung der Sprechstunde sowie die Neuregelung der Behandlungsstufen bedeuten eine wirkliche Verbesserung der Patientenversorgung.

Eine große Nummer stellt für das PTG die anstehende Ausbildungsreform dar. Auf die Grabenkämpfe mit den Vertragsärzten darf man gespannt sein. Aber jeder Tropfen höhlt den Stein. Chancen und Risiken einer internetbasierten Psychotherapie bedeuten eine weitere Herausforderung. Hierfür ist dringend ein regulatorischer Rahmen im PTG er-

forderlich. Kaum zu glauben, dass jetzt auch die „Systemische Psychotherapie“ eine grundsätzliche Anerkennung durch den G-BA erfahren hat. Aus meiner Sicht eine erfreuliche Entscheidung, die das Produkt einer beharrlichen Überzeugungsarbeit darstellt.

Also alles in allem: Mit dem PTG 1999 ist der Durchbruch für die Akzeptanz und deutliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eingeleitet worden. Und garantiert: Der „kontinuierliche Verbesserungsprozess“ im Rahmen des PTG wird munter weitergehen. —

— **Grundsätzlich hatte ich** zwei Anliegen. Einerseits konnte sich früher jedermann Psychotherapeut nennen und als solcher tätig werden. Andererseits durften wir – gemeinsam mit den Ärzten – beziehungsweise weitergebildeten Delegationspsychotherapeuten nur als Heilhilfspersonen der Ärzte tätig werden. Deshalb ging es mir darum, unseren Berufsstand als eigenständigen Berufsstand zu sichern und die Berufsbezeichnung zu schützen und an eine Qualifikation – unsere Richtlinien-Qualifikation – zu binden. Nachdem das PTG 1978 schon einmal an der Zerstrittenheit der Verbände gescheitert war, ging es mir außerdem darum, diesmal zu einer Einigung mit den Erstattungspsychologen und den Ärzten zu kommen. Deshalb kämpfte ich sowohl für die Integration in das bestehende KV-System als auch für eine Besetzung des Wissenschaftlichen Beirats paritätisch durch Ärzte und PP/KJP.

Zwar haben wir Richtlinienpsychotherapeuten unsere Ziele weitgehend erreicht, aber wir mussten dafür manchen Kompromiss akzeptieren. Beispielsweise mussten wir uns auf Psychotherapie als Krankenbehandlung beschränken, wie schon im Forschungsgutachten von Meyer 1991 gefordert. Natürlich muss das Gesetz im Rahmen der Novellierung jetzt um neue Tätigkeitsfelder, Prävention und

Man kann selbstbewusst nach der schweren Geburt auf den letzten Feinschliff des Psychotherapeutengesetzes zugehen, denn gemeinsam sind wir stark

Foto: Privat



Dipl. Psych. Ellen Bruckmayer

ist Analyt. Psychotherapeutin. Von 1989 bis 2001 war sie Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der DGPT. Im Mai 1998 Berufung in den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durch das Bundesministerium für Gesundheit; da Mitglied im Unterausschuss Psychotherapie bis Juli 2005. 1999 bis 2010 Delegierte der Vertreterversammlung und Mitglied im Beratenden Fachausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Später Delegierte unter anderem der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) und der Deutschen Therapeutentage. Von 2003 bis 2007 im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern.

Reha erweitert werden, obwohl die Qualifikation zur Krankenbehandlung immer noch die Grundlage sein muss. Nach der (nicht vorhersehbaren) Bologna-Entscheidung müssen die Qualifikationsvoraussetzungen wieder vereinheitlicht werden. Der Entwicklung im Wissenschaftlichen Beirat, der seine Kriterien so hoch gesetzt hat, dass kaum ein neues Verfahren anerkannt werden kann, muss wieder gegen-gesteuert werden, um Weiterentwicklung und Verfahrensvielfalt zu sichern. Eine weitere Kröte, die wir schlucken mussten, war der Ausschluss der Geltung des Berufsbildungsgesetzes in § 7, denn mit Bezahlung hätten die psychiatrischen Kliniken kaum Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt. Aber natürlich muss diese Finanzierung jetzt im Rahmen der Direktausbildung gesichert werden. Trotz aller Kontroversen sind uns immer wieder die von der Politik geforderten Einigungen gelungen. Im Oktober 1996 hat

sich die AGPT mit Schreiben an Bundesgesundheitsminister Seehofer gegen das Integrationsmodell ausgesprochen (zwei Tage, ehe die vertraglich geregelte Kostenerstattung durch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen für rechtswidrig erklärt wurde) und im Dezember die Spiegel-AG verlassen. Trotzdem haben wir uns immer wieder für gemeinsame Gespräche und Konsensfindung eingesetzt. Ähnlich heftig waren zum Teil die Auseinandersetzungen mit den Ärzten, und auch hier haben wir/habe ich als Vertreterin eines gemischten Verbandes nicht aufgegeben, nach gemeinsamen Lösungen zu suchen. Heute, im Rahmen der Novellierung des PTG, steht einerseits wieder eine Konsensfindung mit den Hochschullehrern der Psychologie zugunsten des Erhalts der wissenschaftlich anerkannten und mit KBV und Krankenkassen konsentierten Verfahren an. Andererseits steht wieder eine Einigung mit den Ärzten an, mit welchen wir im wissenschaftlichen Beirat, in den KVen, durch die Richtlinien und im Gemeinsamen Bundesausschuss untrennbar verbunden sind. Ohne immer neue Einigungsprozesse ging und geht es nicht.

— **Mein Hauptanliegen war es**, für die Menschen die Unterversorgung und die Zwei-Klassen-Struktur in der Psychotherapie zu überwinden. Seelisch Erkrankte durften gegenüber Menschen mit somatischen Erkrankungen nicht länger als zweitrangig betrachtet werden. Niemand muss nunmehr sieben Jahre durch das System irren, bevor er eine fachgerechte psychotherapeutische Versorgung erhält. Diese Barrieren mussten fallen.

Also war seinerzeit die SPD gut beraten, bei nächster Gelegenheit ihr Herzensanliegen, das Reformgesetz für die Psychotherapie, durchzusetzen. Das Glück dabei war, dass die SPD die Mehrheit im Bundesrat stellte und dass diese Länder einen eigenen Entwurf für das Psychotherapeutengesetz erarbeitet hatten. Deshalb musste niemand auf den schlechten Entwurf der Bundesregierung setzen. Aber die nächste Gefahr stand schon vor der Tür. Vor allem galt es, Politiker zu überzeugen, die die Therapie noch immer als eine Art „Wahlleistung“ betrachteten. Wer aber die GKV in Grund- und Wahlleistungen spalten will, der gefährdet auch die ganzheitliche Versorgung von somatisch und psychisch Kranken, jenem Ziel, dem all die jahrelangen Anstrengungen letztlich galten. Wir wollten deshalb auch keinen „Strafzoll für die Seele“.

Foto: Privat



Horst Schmidbauer

war Mitglied des Bundestages von 1990 bis 2005 mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik und in der Funktion des stellv. gesundheitspolitischen Sprechers der SPD.

Beim Psychotherapeutengesetz war er Berichterstatter und Sprecher für die SPD-Seite im Vermittlungsausschuss sowie Mitverfasser des eigenen Gesetzesentwurfs mit Vertretern der SPD-regierten Bundesländer.

Vor allem war auch die Integration der nicht ärztlichen Psychotherapeuten in die Kassenärztliche Vereinigung das Ziel der Reform. Dabei haben viele Funktionäre im ärztlichen Bereich übersehen, dass Eingliederung nicht „Unterordnung“ vor allem bei den Psychologischen Psychotherapeuten bedeutet.



Illustration: Selim Ben Brahim

Man kann sich ein Deutschland ohne Psychotherapeutengesetz nicht mehr vorstellen. Es war gut, dass mit der besseren Versorgungsforschung klargestellt wurde, wie groß der Kreis von Patienten ist, die dringend auf eine adäquate psychotherapeutische Versorgung angewiesen waren. Zum anderen hatte die Wissenschaft herausgearbeitet, dass Körper und Seele untrennbar zusammengehören, denn sie bilden von Natur aus eine Einheit. Noch wichtiger waren die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die die Wirksamkeit der Behandlung unterstrichen, sodass die Psychotherapie leichter „aus der Ecke, dem Halbschatten“ herauskam.

Von zentraler Bedeutung war auch die berufsrechtliche Regelung, die zunächst mit spitzen Fingern angegangen wurde. Heute betrachtet ist die eigene Psychotherapeutenkammer das Symbol für die

Gleichstellung von Ärzten und Psychotherapeuten. Ohne die eigene Kammer wären die komplexen Aufgaben nicht zu schaffen gewesen. Also: Psychotherapie ist kein Leichtgewicht mehr, sondern ein gleichgewichtiger Partner im Gesundheitswesen.

Gelungen ist das große Werk nur durch die eigene Stärke der Psychotherapie und mit der Unterstützung von Reformkräften in Politik und Gesellschaft. Ich hätte es mir nicht träumen lassen, dass ich eines Tages an der Spitze eines großen Demonstrationszugs der Psychotherapeuten durch Bonn marschiere. Dies zeigt, dass sie zum entscheidenden Moment ihre Differenzen zu Hause gelassen hatten, um gemeinsam in Bonn zu demonstrieren und Erfolg zu haben. Auch ein Dokument dafür, dass hinter der Vielfalt der Therapieform ein klar und fest umris-

sener Kern ist, der für die Gleichstellung, der für die Gleichbehandlung von Patienten und Therapeuten steht.

Die Quintessenz: Man kann selbstbewusst nach der schweren Geburt auf den letzten Feinschliff des Psychotherapeutengesetzes zugehen, denn gemeinsam sind wir stark.

— **Als Referatsleiterin** für Vertragsarztrecht war ich damals, Ende der neunziger Jahre, auf Fachebene für die Erarbeitung der Regelungen zuständig, durch die die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in das vertragsärztliche Leistungserbringersystem integriert werden sollten.

Mein Hauptanliegen dabei war für die Psychotherapeuten: die Ablösung des 1972 eingeführten Delegationsverfahrens und das Ersetzen des unregulierten, grauen Kostenerstattungsmarktes – damals Instrument des Wettbewerbs der Krankenkassen um Versicherte – durch die Schaffung von den Vertragsärzten gleichberechtigten Heilberufen sowie Integration dieser Berufe in das KV-System zu gleichen Rechten und Pflichten.

Für die Versicherten: Recht des Direktzugangs zum Psychotherapeuten; durch einen Vertragsarzt lediglich somatische Abklärung.

Meine Hoffnung, dass sich der Graben zwischen den Psychotherapeuten und den psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten schließen würde und dass sich die von Grawe konzipierte verfahrensübergreifende Psychotherapie durchsetzen würde, hat sich nicht erfüllt.

Dass die Psychotherapeuten durch das Integrationsmodell in das KV-System einbezogen worden sind, wird heute auch von der Fachwelt überwiegend als richtig angesehen. Als mangelhaft wird von vielen die Angebotskapazität im vertragsärztlichen System eingeschätzt (Stichwort: Wartezeit). Unstreitig ist, dass die Verhältniszahlen für die Planungsbereiche in den Ost-KVen im Zuge der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinien nachgebessert werden müssen.

Ein Ärgernis ist der wieder erstarkte Wildwuchs der Kostenerstattungspsychotherapie gerade in übermäßig gut versorgten Planungsbereichen. Durch Veröffentlichungen von amtlichen Psy-

Erika Behnsen,

ehemalige Leiterin des Referats für Vertragsarztrechte im Bundesgesundheitsministerium, ist aktuell Unparteiisches Mitglied im Bewertungsausschuss, Vorsitzende im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, dort auch Vorsitzende des Erweiterten Landesausschusses und Vorsitzende des Landesschiedsamtes der KV Berlin.

chotherapeuten-Organisationen wird eine große Anzahl der Absolventen der Ausbildungsstätten darin unterstützt, in überversorgten Gebieten erneut über das Kostenerstattungs-system Psychotherapie von den Krankenkassen vergüten zu lassen. Erleichtert wird diese Praxis durch die Konkurrenz der Krankenkassen und dadurch, dass diese – durch die aktuelle Rechtsprechung noch einmal untermauert – in enormem Zeitdruck die Nichterfüllbarkeit des Primäranspruchs auf die notwendige Sachleistung überprüfen und über die Frage der Eignung der psychotherapeutischen Privatpraxis und der dort vorgehaltenen Psychotherapie entscheiden müssen.

Es wäre sachgerecht, dass ein Versicherter stattdessen auf die Akutbehandlung verwiesen wird, die wie bei somatischen Notfällen nicht auch umfassende, langwierige therapeutische Maßnahmen wie eine Richtlinienpsychotherapie umfasst. Es wäre deshalb zielführend, wenn § 13 Absatz 3 SGB V um folgenden Satz ergänzt würde: „Psychotherapeutische Behandlung mit Ausnahme der verbalen Intervention ist keine unaufschiebbare Leistung nach Satz 1.“

Ein weiteres Ärgernis ist die Unwucht in der räumlichen Verteilung zugunsten Personen mit höherem sozialem Status, weil, wie das Gutachten des Sachverständigenrates (vgl. BT-Drs. 19/318) unter Randnummer 1210 (diplomatisch) formuliert, „gerade in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen angebotsinduzierte Nachfrage angenommen

wird. Es zeigen sich u. a. regionale Unterschiede bei der administrativen Prävalenz, z. B. bei der häufigsten Diagnose der depressiven Episode (ICD-10: F32) (SVR 2015)“. Ein Beispiel sind die numerischen Versorgungsgrade mit Psychotherapeuten in den Verwaltungsbezirken Charlottenburg-Wilmersdorf mit 415,4 Prozent vs. Marzahn-Hellersdorf mit 60,7 Prozent in Berlin. Und dieses, obwohl laut Sachverständigenrat „Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ... deutlich häufiger Hilfe als solche mit höherem Status“ suchten. Es besteht die Gefahr, dass Bagatellerkrankungen behandelt werden und Versicherte in unterversorgten Gebieten unbehandelt bleiben oder in Kostenerstattungsverfahren gedrängt werden. Damals ist nach zwanzigjährigem erfolglosem Bemühen, isoliert den Beruf des Psychotherapeuten zu regeln, die Schaffung eines eigenständigen Heilberufs des Psychotherapeuten gelungen, weil die berufsrechtlichen Statusregelungen kombiniert wurden mit der Einbindung der Psychotherapeuten in das Zugangs- und Finanzierungssystem der krankenversicherungsrechtlichen Heilbehandlung der GKV.

Für die Zukunft sollten die Psychotherapeuten mit ihren Forderungen nicht überziehen, z. B. nicht wie die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Studie vom 11.4.2018, S. 32, ca. 7000 zusätzliche Psychotherapeutesitze fordern.

Sie sollten vielmehr Versuche unterstützen, angebotsinduzierte Nachfrage zu vermindern. Selbstkritik und Augenmaß sind gefragt.

Schwere Geburt in schwierigen Zeiten – das große Glück eines guten Psychotherapeutengesetzes

Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde die größte drohende Katastrophe für die Psychotherapie abgewendet und ein erfolgreiches Regelwerk geschaffen. Wie wertvoll und wie integrativ für die Versorgung dieses Gesetz ist, lässt sich nur beim Rückblick auf die damals kaum abwendbar erscheinenden Gefahren ermessen

Von **Norbert Bowe** – bvvp-Vorstandsmitglied

— Nach der ersten spontan zusammengerufenen Versammlung von Freiburger Psychotherapeuten am 16.02.93 im Nebenraum einer Wirtschaft und der darauf erfolgten Gründung der Freiburger Vertretung ärztlicher und nichtärztlicher Vertragspsychotherapeuten, der Keimzelle des bvvp, dauerte es gerade mal zwei Monate, bis eine erste Stellungnahme zum damals vorliegenden Referentenentwurf eines Psychotherapeutengesetzes (PTG) verfasst wurde. Es ist heute kaum noch vorstellbar, welche Bedrohungslage damals herrschte. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz sollten im wiedervereinigten Deutschland durch Budget und Niederlassungssperren die steigenden Ausgaben in der ambulanten Gesundheitsversorgung eingedämmt werden. Die Psychotherapie war in dringender erforderlichem Ausbau begriffen. Im Bereich der Vertragspsychotherapie, getragen von ärztlichen Psychotherapeuten und Delegationspsychotherapeuten, gab es jährliche Zuwachsraten von zehn Prozent. Die erhebliche Unterversorgung wurde durch sogenannte Erstattungspsychotherapeuten gelindert, die direkt mit den Krankenkassen abrechneten. Erstattungspsychotherapeuten waren nicht gleich Erstattungspsychotherapeuten: Im Rahmen der TK-Regelung waren Standards der Ausbildung zur Sicherung psy-

chotherapeutischer Qualitäten gefordert, daneben wurden aber auch Diplompsychologen mit dem ungeschützten Label „klinische Psychologie“ vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) zu Behandlern erklärt, die sich nach ihrem Studium lediglich in Interventionsgruppen gegenseitig „supervidierten“.

Der Anlauf zum Psychotherapeutengesetz startete unter schwierigsten Rahmenbedingungen: Einführung der Budgetierung, geplantes Einkaufsmodell der Krankenkassen und Priorisierung von Behandlungsleistungen

Es war gleichzeitig die Hochzeit von Gesundheitsökonomien und Politikern, die tiefgreifende Einschnitte in die Versorgungsstrukturen forderten: Einige wollten ein sogenanntes Einkaufsmodell, bei dem die Krankenkassen mit einzelnen Arzt- beziehungsweise Behandlergruppen Einzelverträge schließen sollten; an-

dere sahen das Heil in einer Einstufung der ambulanten Behandlungsleistungen in vier Kategorien, bei der die Psychotherapie der dritten Kategorie zugeordnet wurde als „nicht zwingend erforderlich“, daher als Satzungsleistung der Krankenkassen. Diese sollten das Wieviel und Wie der Psychotherapien zu kassenindividuell unterschiedlichen Bedingungen regeln und einkaufen können. Beiden Ansätzen gemeinsam war die Auffassung, durch Konkurrenz der Kassen die Versorgung wirtschaftlicher gestalten zu können.

Nun musste – so ausgeführt in unserer ersten Stellungnahme – allein schon der im Gesetz geplante Topfdeckel auf Basis der Jahresausgaben 1991 zur sicheren Existenzvernichtung der bereits im KV-System abrechnenden Delegationspsychotherapeuten führen. Dabei waren die per Übergangsvorschriften noch hinzukommenden zahlreichen Erstattungspsychotherapeuten noch gar nicht eingerechnet. Zusätzlich setzte mit der Planung des Psychotherapeutengesetzes (PTG) ein enormer Run auf ambulante psychotherapeutische Tätigkeiten ein. Mit den Gesetzesregelungen mussten also über die Übergangsbestimmungen Kriterien definiert werden, damit nicht unzureichend qualifizierte Psychologen und andere Tätigkeiten als Krankenbehandlung unter dem Label Psychotherapie Zu-

gang zum GKV-System fanden. Das hätte das Ende der Psychotherapie als Regelversorgung eingeläutet. Genügend Stoff für Konflikte mit Vertretern der Erstattungspsychotherapie, die verständlicherweise eine möglichst breite Aufnahme in die Versorgung wollten. Dass damit die ohnehin in Bedrängnis geratene Vergütung der Psychotherapie überhaupt nicht mehr zu finanzieren gewesen wäre, stellte nur ein weiteres Problem dar. Bei bereits eingetretenen Umsatzverlusten von neun Prozent seit 1987 hätte dies die Vergütung endgültig ins Bodenlose gedrückt.

Die erste Stellungnahme aus Freiburg und die im September 1993 folgende zweite Stellungnahme zeigten im Detail diese Gefahren und Zusammenhänge auf. Sie forderten qualifizierte Übergangsbestimmungen, wandten sich entschieden gegen das geplante Sektionsmodell, das unterschiedliche Strukturen und Töpfe für ärztliche Psychotherapeuten und PP/KJP vorsah, was unterschiedliche Arbeits- und Vergütungsbedingungen und damit einen Unterbietungs- und Entwertungswettbewerb zur Folge gehabt hätte. Und sie wandten sich entschieden gegen die Zuzahlungspflicht und deren diskriminierende und sozial massiv benachteiligende Wirkung.

Ende 1993 – als die Freiburger Vertretung schon Kooperationsbände in alle Richtungen der Bundesrepublik geknüpft hatte – kam die Idee einer bundesweiten Patientenbefragung zu den Folgen einer geplanten Zuzahlung von 25 Prozent pro Therapiesitzung auf. Über 1400 Patientenantworten wurden ausgewertet, wobei mehr als die Hälfte der Befragten angab, dass sie vermutlich nicht oder auf keinen Fall die Therapie hätten beginnen können unter der Bedingung einer 25-prozentigen Zuzahlungspflicht. Unter den Niedrigverdienern waren es sogar 88 Prozent. Selbst die begonnene Therapie hätten 50 Prozent vermutlich oder sicher nicht fortsetzen können. Diese Umfrage schlug wie ein Komet in die politische Landschaft ein und führte im Ergebnis mit dazu, dass die SPD, die damals im Bundesrat die Mehrheit hatte, auch nach zweimaliger Anrufung des Vermittlungsausschusses nicht nachgab und das

PTG scheiterte. Man muss sagen: zum Glück, denn sonst hätten Zuzahlung und konkurrierende unterschiedliche Psychotherapeutengruppen zum Niedergang der entwickelten qualifizierten Behandlungsmöglichkeiten geführt.

Doch noch einmal zurück: Den ersten öffentlichen Auftritt hatte der bvvp-Vorläufer im August 93 bei Ministerin H. Solinger, Ministerium für Gesund-

Geforderte Qualifikationen in Übergangsbestimmungen boten reichlich Konfliktstoff mit Vertretern der Erstattungspsychotherapie – ein Scheitern des zweiten Anlaufs zum PTG drohte

heit und Soziales in Stuttgart, anlässlich einer Anhörung von acht Verbänden. Dort bekam die wortführende Freiburger Vertretung immerhin hin, dass selbst der BDP-Vertreter sich gegen Zuzahlung und Extrabudget wandte. Noch vor der für 1996 geplanten dritten Stufe der Gesundheitsstrukturreform mit den geplanten Abstrichen an der solidarisch ausgerichteten gesetzlichen Krankenversicherung sollte für die gesamte Psychotherapie als erster Fachrichtung prototypisch und erstmalig in der Geschichte der bundesrepublikanischen Medizin eine Zuzahlungspflicht in einer Höhe eingeführt werden, wie sie bisher ohne Vergleich war.

Die Freiburger Vertretung und dann – nach Gründung des Bundesverbandes 1994 – der bvvp begannen einen in seiner Intensität kaum darstellbaren Austausch mit dem Gesundheitsausschuss des Bundes und des Bundesrates, dem Gesundheitsministerium, den gesundheitspolitischen Sprechern der Fraktionen, den Sozialministerien der Länder über unzählige Briefkontakte, Telefonate, viele Gesprächstermine. Über die regionalen Bundestagsabgeordneten der SPD und CDU, Gernot Eler und Sigrun Löwisch, wie auch über den in der Region wohnen-

den gesundheitspolitischen Sprecher der SPD-Fraktion, Klaus Kirschner, wurden weitere Kontakte zu wichtigen Personen gebahnt und Rat zum Vorgehen eingeholt.

Nach dem Scheitern des PTG im August 1994 wurde der bvvp, sobald nach der Bundestagswahl Ministerien und Ausschüsse geklärt waren, sofort wieder aktiv und forderte die Parteien auf, einen erneuten Anlauf zu dem immer dringlicher werdenden PTG zu unternehmen und auf eine Zuzahlung zu verzichten. Mit der im Oktober 1994 gegründeten Arbeitsgemeinschaft Richtlinienverbände (AGR), der ab Januar 1995 auch der bvvp beitrug, entstand ein wirkungsvolles Bündnis der Fach- und Berufsverbände der Delegationspsychotherapeuten und kooperierenden gemischten Verbände, das an der Erarbeitung der Details eines neu konzipierten Gesetzentwurfs über die ganze Zeitdauer beteiligt war. Der Autor als einziger Arzt in der Runde der Psychologen und KJP durfte mit zahlreichen inhaltlichen Eingaben zum Erfolg der AGR maßgeblich mit beitragen, wurde aber bei Abstimmungen und später hinsichtlich der Repräsentanz bei den Gesprächen im BMG außen vorgelassen. Eine positive Wende ganz im Sinne der bvvp-Auffassungen nahm das Ringen um das PTG, als im Februar 1995 die KBV überraschend das Grundlagenpapier zu einem Integrationsmodell Psychotherapeutengesetz öffentlich machte und sich damit aktiv in das Geschehen einbrachte. Möglich wurde diese Wende dadurch, dass ein der Psychotherapie nahestehender Nervenarzt, Dr. Winfried Schorre, 1. Vorsitzender der KBV geworden war und der Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Rainer Hess, sich mit großem Geschick und Einsatz für die Ausformulierung der Bedingungen einer Integration von PP und KJP in die KV-/KBV-Strukturen einsetzte. Für den bvvp bedeutete das einen zusätzlichen Aktivitätsschub mit engagierter Werbung für das Integrationsmodell (bvvp-Formel: gleiche Rechte – gleiche Pflichten) bei allen politischen Parteien, beim BMG und bei den Krankenkassen. Der Kreis der ständigen Ansprechpartner erweiterte sich um die AOK, den VdEK sowie IKK, BKK und

natürlich auch um die Akteure in der KBV und in den KVen. Es ging jetzt darum, Versorgungsstrukturen aus einem Guss in Gesetzesformulierungen zu übersetzen. Dabei war eine Balance zu finden zwischen berechtigten Interessen berufserfahrener Erstattungspsychotherapeuten, zugleich die Anzahl der zu integrierenden Psychotherapeuten überschaubar zu halten und die Strukturqualität und das bewährte Regulativ der Richtlinienpsychotherapie zu erhalten.

Parallel dazu hatte die SPD in der neuen Legislaturperiode sofort einen eigenen Gesetzentwurf erarbeitet, den sie im März 1995 über den Bundesrat in den Bundestag einbrachte – ohne einen Passus zur Zuzahlung, allerdings mit dem Manko eines Einkaufsmodells der Krankenkassen. Der SPD-Entwurf hielt einen heilsamen Druck auf die Regierungskoalition aufrecht, selbst wieder aktiv zu werden. Die zahlreichen bvvp-Kontakte über die gesamte Zeit trugen dazu bei, dass die SPD zu guter Letzt dem Integrationsmodell zustimmen konnte.

Dem bvvp kam als gemischtem Verband eine vermittelnde Funktion zu. Dies zum einen in der AGR. Praktische Kenntnisse über die inneren Strukturen der KVen und dem dortigen Zusammenspiel der verschiedenen Kräfte waren bei den Psychologenverbänden rudimentär, der bvvp konnte da interne KV-Erfahrungen einbringen, realistische Einschätzungen fördern, kontraproduktive Einstellungen verhindern. Ebenso war der bvvp vermittelnd tätig beim Aushandeln der näheren Bestimmungen des Integrationsmodells in der KBV, da das gleichberechtigte Miteinander von PP/KJP und Ärzten zu seiner DNA gehörte. Und ganz akut war der bvvp vermittelnd gefordert, als im Dezember 1995 die KBV-Vertreterversammlung der Version des Integrationsmodells, die mit AGR, BDP und den ärztlichen Psychotherapieverbänden erarbeitet worden war, die Abstimmung verweigerte. Ein damals von den ärztlichen Psychotherapieverbänden verfasstes Statement mit Formulierungen, die für die PP/KJP-Seite in keiner Weise akzeptabel waren, konnte in letzter Minute vom bvvp so umformuliert werden, dass es als Unterstützung des Integrationsmodells in

die KBV-Strukturen eingebracht werden konnte. Ein zusätzlicher bvvp-Appell an alle Mitglieder des KBV-Länderausschusses (1. und 2. Vorsitzende der 22 KVen) trug schließlich mit zu dessen Zustimmung zum Integrationsmodell bei. Aufgrund dieses Votums speiste die KBV den Modellentwurf in die Politik ein. Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) griff diesen Ball umgehend auf, lud zum 18.04.96 die KBV, AGR, die Verbände der Erstattungspsychotherapeuten (AGPT), Gesundheitspolitiker der Koalition und die AOK ins BMG ein. Seehofer brachte mit der Ankündigung, dass ein neuer Koalitionsentwurf zum PTG nur auf Basis des Integrationsmodells infrage komme, die Seite der Erstattler nun konstruktiv dazu, Modifikationen einzubringen.

Dem bvvp kam unter den Verbänden und gegenüber der Politik eine vermittelnde Funktion zu – aus der Zusammenarbeit von Ärzten und Delegationspsychotherapeuten im Verband

gen. Im Folgenden war der bvvp im Rahmen der AGR und in Eigenregie vermittelnd tätig beim Austarieren und Gestalten der Übergangsbestimmungen. Für faire Regelungen waren sowohl inhaltliche Klarheit (keine Benachteiligung gegenüber dem Zugang von Ärzten zum Zusatztitel Psychotherapie, Wahrung der Qualität durch Mindestanforderungen an die Vorqualifikation, Bestimmungen der Anforderungen der Nachqualifikation von Erstattungspsychotherapeuten) als auch Offenheit für die berechtigten Interessen der jeweils anderen Seite notwendig.

Die weiteren Schritte nach diesem entscheidenden Startschuss für das PTG können hier nur in äußerst geraffter Form Erwähnung finden. Mehrere Runden im BMG und in der KBV waren erforderlich, um ein von allen Betroffenen akzeptiertes Regelwerk zustande zu bringen. Als im Juli 1997 die Koalition ihren Gesetzent-

wurf endlich in den Bundestag einbrachte, waren noch einige Ergänzungs- und Änderungsanträge erforderlich. Mit dem Schachzug, die Zuzahlung vom PTG zu trennen und in einem gesonderten Gesetz – ohne Zustimmungspflicht durch den Bundesrat – unterzubringen, konnten die SPD-Länder dem PTG zustimmen, ohne ihr Nein zur Zuzahlung zurückzunehmen. Der Schlussakt nahm dann noch einmal erheblich an Dramatik zu. Wenige Tage vor der Anhörung im Bundestag widerrief die KBV-Vertreterversammlung nach der Angstkampagne einiger Ärztevertreter, 15.000 Psychologische Psychotherapeuten würden in die Versorgung drängen, ihre Zustimmung zum im Gesetzentwurf realisierten Integrationsmodell. Das Bangen wegen eines drohenden Scheiterns auf der Zielgeraden wurde aber von Minister Seehofer durch seine klare Ansage beendet, dass es bei dem Gesetzentwurf bleibe. Der bvvp nutzte seine guten Verbindungen zur SPD, um im Vermittlungsverfahren möglichst noch eine Anhebung des viel zu niedrigen Budgets für 1999, des ersten Jahres der Integration, zu erreichen sowie das Einholen des Konsiliarberichts erst im Laufe der probatorischen Sitzungen – wie jetzt auch geregelt. Die Budgetaufstockung konnte zwar nicht in diesem Gesetzesverfahren durchgesetzt werden. Aber der bvvp blieb mit der SPD und den Grünen in dieser Hinsicht und in Sachen Zuzahlungsgesetz zum Zwecke dessen Rücknahme nach Verabschiedung im März 1998 im intensiven Kontakt. So konnte es zum großen Glück passieren, dass nach dem Wahlsieg der SPD und der Koalitionsbildung mit den Grünen im Herbst 1998 die neue Regierung das Zuzahlungsgesetz noch vor dessen Inkrafttreten wieder kassierte und eine Aufstockung des Psychotherapie-Budgets per Eilgesetz anordnete. Der jahrelange, unermüdliche Einsatz an allen Fronten hatte sich letztendlich ausgezahlt.

Nur wenn man im Gedächtnis behält, in welchem schwerem Fahrwasser es allen Beteiligten gelang, ein so tragfähiges und für die Entwicklung der Psychotherapie als Fachrichtung und Versorgungsbereich förderliches Regelwerk zu schaffen, kann man den enormen Wert des Psychotherapeutengesetzes richtig einschätzen. —



Illustration: Selim Ben Brahim

Foto: Privat



Steter Tropfen

Die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes – am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg

Von **Jürgen Doebert** – bvvp Vorstandsmitglied

— Mitte 1998 wurde das Psychotherapeutengesetz in seiner heutigen Form verabschiedet und trat dann am 1. Januar 1999 in Kraft. Darin war geregelt, dass die nun Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) genannten neuen Heil-

berufe in die Strukturen der kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) integriert werden. Das Gesetz beendete die Notwendigkeit, dass Delegationstherapeuten eine Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz haben mussten. Außerdem konnten sie nun ohne die Delegation durch einen

ärztlichen Psychotherapeuten eigenverantwortlich tätig werden. Dafür mussten sofort die Satzungen der KVen geändert werden, denn neue Gremien und Gremienzusammensetzungen in der Selbstverwaltung mussten geregelt werden. So wurde in der Satzung geregelt, dass es

einen Fachausschuss Psychotherapie geben würde, dass PP und KJP in den Zulassungsgremien repräsentiert sein sollten und auf welche Weise und in welcher Zahl sie in die Vertreterversammlungen der KVen und der KBV gewählt werden sollten. Mit dieser Arbeit wurde bereits 1998 begonnen. Da es damals noch keine demokratisch legitimierte Vertreter der PP/KJP gab, nahm das zuständige Sozialministerium in den Ländern die Bestimmung der Vertreter der Psychotherapeuten in den Gremien in die Hand. Hierzu fragte das Ministerium bei den vorhandenen Verbänden nach der Nennung von Vertretern nach, die dann vom Ministerium ernannt werden sollten. Dabei zeigte sich, dass in vielen Regionen nur bundesweit agierende Verbände vorhanden waren, aber keine regionalen Strukturen. Dies war in Baden-Württemberg anders, da sich in den damaligen vier KVen des Landes bereits berufspolitische Vertretungen gebildet hatten, die von ärztlichen Psychotherapeuten initiiert worden waren (siehe den Artikel von Norbert Bowe im gleichen Heft).

Berufspolitik für Psychotherapeuten begann natürlich nicht erst mit dem Psychotherapeutengesetz. Bereits in den sechziger Jahren war von Psychoanalytikern erkämpft worden, dass neurotische Erkrankungen als Krankheit anerkannt wurden, was 1967 zum Erlass der Psychotherapierichtlinie führte, in der zunächst die Kostenübernahme für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung bei ärztlichen Psychotherapeuten geregelt wurde. Kurz danach wurde das Delegationsverfahren eingefügt, dass es den sogenannten nichtärztlichen Psychotherapeuten (Psychologen, Sozialpädagogen, Wissenschaftlern jeder Provenienz) ermöglichte, analytische Psychotherapie im Rahmen der GKV durchzuführen.

Richtig Bewegung in die berufspolitische Landschaft kam jedoch durch eine Honorarreform in den neunziger Jahren: Für die Ärzte wurden Budgets eingerichtet, mit denen die KVen auskommen mussten. Je mehr Leistungen erbracht wurden, umso niedriger wurde der Punktwert und damit das Honorar pro Leistung. Das sogenannte Hamster-

rad entstand: Um den Punktwertverfall auszugleichen, wurden immer mehr Leistungen erbracht und abgerechnet. Dies traf die damals tätigen ärztlichen Psychotherapeuten und Delegationspsychotherapeuten schwer, und sie fingen an, sich gemeinsam zu organisieren. Da die Honorarverteilung regional geregelt wurde, machte es Sinn, regional tätige Verbände zu gründen. So gab es den „Verband der Vertragspsychotherapeuten Südwürttemberg“ (VVPSW). Genau wie der in Südbaden vorher gegründete Verband VVPS war auch der VVPSW fortschrittlich und integrierte von Anfang an auch die Delegationspsychotherapeuten, die zwar über die KV abrechneten, dort aber keinerlei Einflussmöglichkeiten und Repräsentanz hatten. Die Psychotherapeuten waren vom Niedergang der Punktwerte insofern besonders betroffen, als sie wegen der

Bereits in den sechziger Jahren war von den Psychoanalytikern erkämpft worden, dass neurotische Erkrankungen als Krankheit anerkannt wurden

festgelegten Mindestzeiten pro Sitzung nicht in der Lage waren, ihre Leistungen zu verdichten und den Punktwertverfall auszugleichen. Die Möglichkeit, insgesamt einfach mehr zu arbeiten, stieß schnell an die seelischen Kapazitätsgrenzen der Psychotherapeuten.

In der Vertreterversammlung der KV Südwürttemberg gab es damals die Möglichkeit, dass auch Kollegen, die der Vertreterversammlung nicht angehörten, auf Antrag eines VV-Mitglieds und nach einem Beschluss der gesamten VV drei Minuten Rederecht bekommen konnten. In aufregenden Sitzungen in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre kämpften unsere ärztlichen Kollegen in der hiesigen VV mit Unterstützung eines einzigen VV-Mitgliedes, das den Grünen angehörte, um Veränderungen im Honorar-Ver-

teilungsmaßstab. Gut in Erinnerung ist allen damals Beteiligten eine Rede von Dr. Weyland aus dem Vorstand des VVPSW, der nach einem Beschluss der VV zu Ungunsten der Psychotherapeuten verzweifelt und wutentbrannt ohne Erteilung des Rederechts den VV-Mitgliedern so ins Gewissen redete, dass ein Antrag auf Neubefassung gestellt wurde und eine Erhöhung des Punktwertes für die genehmigungspflichtigen Leistungen um einen Pfennig beschlossen wurde.

Der Vorteil des Vorhandenseins dieser regionalen Strukturen führte im Zuge der Vorbereitung des Psychotherapeutengesetzes dazu, dass es der VVPSW in die Hand nahm, das Gespräch mit berufspolitisch aktiven Angehörigen anderer Verbände zu suchen. Das Ergebnis war die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenverbände in Südwürttemberg (AGPSW), der zwölf Verbände angehörten. Diese Verbände vertraten sowohl die sogenannten Richtlinien-Psychotherapeuten wie auch Erstattungspsychotherapeuten.

Auf Bundesebene gab es auf der Zielgeraden des Psychotherapeutengesetzes Auseinandersetzungen unter den Psychotherapeuten darüber, wie die Übergangsregelungen gestaltet werden sollten. Klar war, dass alle im Delegationsverfahren arbeitenden Psychologen und Kinder- und Jugendlichentherapeuten zusammen mit der Approbation auch gleich die Zulassung als Psychotherapeuten im KV-System erhielten. Umstritten war, welche Bedingungen bis dahin im Erstattungsverfahren arbeitende Psychotherapeuten erbringen mussten. Unter dem Stichwort „schützenswerte Vortätigkeit“ wurden Übergangsregelungen definiert, die auch einer großen Zahl von Erstattungspsychotherapeuten die Möglichkeit eröffneten, sich nach einer Nachqualifikation niederlassen zu können – die sogenannte bedarfsunabhängige Niederlassung. Dies hatte Folgen für die noch heute gültige Bedarfsplanung: Die nach und nach per Nachqualifikation übernommenen Erstattungspsychotherapeuten wurden bei der Erfassung des Ist-Zustands nicht mitgezählt. Da dieser Ist-Zustand zum Soll

erklärt wurde, ergaben sich schon nach kurzer Zeit die bis heute geltenden Zahlen der angeblichen Überversorgung. Angesichts dieser Auseinandersetzung ist es nach wie vor bemerkenswert, dass sich die AGPSW auf regionaler Ebene zusammensetzte und bereits im Juli 1998 nach einer entsprechenden Anfrage des Sozialministeriums eine abgestimmte Liste für die Gremien der KV Südwürttemberg vorlegen konnte. Das Ministerium ernannte die vorgeschlagenen Mitglieder für die Ausschüsse bereits Ende 1998. Auf die psychotherapeutischen Mitglieder des Zulassungsausschusses und des Berufungsausschusses kam dann bald die Aufgabe zu, zunächst formal alle Delegationspsychotherapeuten zuzulassen, dann aber die Beurteilung der von den Erstattungspsychotherapeuten vorgelegten Qualifikationsnachweise. Nicht nur wegen der großen Zahl, sondern auch wegen der Wichtigkeit dieser Entscheidung für die berufliche Existenz der Kollegen war dies ein sehr anspruchsvoller und konfliktträchtiger Start in die Selbstverwaltung.

Als besonders sinnvoll erwies sich die Idee des Gesetzgebers, den Fachausschuss Psychotherapie einzuführen, dessen erste Sitzung in Reutlingen am 16. März 1999 stattfand. In ihm saßen sechs ärztliche Psychotherapeuten, fünf psychologische Psychotherapeuten und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Alle miteinander waren völlig unerfahren in der Gremienarbeit in der KV. Insofern bestanden die ersten Sitzungen des Fachausschusses Psychotherapie eher in einer Fortbildung der Psychotherapeuten, aber auch bereits ersten Auseinandersetzungen darüber, wer die Initiative für die Einberufung des Fachausschusses ergreifen darf. Der Kompromiss bestand schließlich darin, dass mindestens eine Sitzung des Fachausschusses pro Quartal stattfand. Ein erster Fortschritt bestand darin, dass sofort der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses ein Rederecht in der Vertreterversammlung hatte. Bis heute wechseln jährlich ein ärztlicher Psychotherapeut und ein PP/KJP im Vorsitz der Beratenden Fachausschüsse.

Der Fachausschuss öffnete die Tür zur Verwaltung, in der sehr viele hochkompetente und faire Mitarbeiter ihren großen Anteil daran tragen, dass die Integration der PP/KJP gelang.

In die Zeit des Starts der Fachausschüsse fiel dann auch die Verabschiedung der Honorarverteilungsmaßstäbe der KV für das Jahr 2000, ab dem nun auch die PP/KJP Mitglieder der KV waren. Strittig war damals in allen KVen, ob das von den Krankenkassen bereitgestellte Honorar der ehemaligen Erstattungspsychotherapie nicht viel zu niedrig war. Gleichzeitig aber waren die ersten Klageverfahren des bvvp beim Bundessozialgericht (BSG) terminiert. Auf Basis des ersten Urteils zur Musterklage aus Südbaden im Januar 1999 (Norbert Bowe) fällte das BSG im August 99 das sogenannte 10-Pfennig-Urteil zum bvvp-Klageverfahren aus

Viele Auseinandersetzungen – immer wieder zusammengesetzt

Hessen. Darin wurde für genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie die Vergütung zu einem Mindestpunktwert von 10 Pfennig als rechtlich geboten festgelegt, also so, wie sie im EBM auch kalkuliert waren. Der Start im Jahr 2000 war dadurch recht schwierig, mussten doch die KVen Millionen-Nachzahlungen an die ärztlichen Psychotherapeuten und die Delegationspsychotherapeuten für die gesamten neunziger Jahre zahlen, für die die Krankenkassen jegliche Verantwortung ablehnten. Hinzu kam die Verpflichtung, das entsprechende Geld auch ab dem Jahr 2000 zur Verfügung zu stellen. Nach der damaligen Honorarverteilungssystematik hieß das, dass die Kosten für die Psychotherapie auf die Fachärzte umgelegt werden mussten und deren Punktwert senkten. Auch wenn dies bei den Vertretern der Facharztgruppen wenig Liebe hervorbrachte, muss anerkannt sein, dass sie dennoch in Südwürttem-

berg auch die PP und KJP in ihre Treffen einluden und die neu gewählten Vertreter der PP und KJP in die Vorbereitungen der im Jahr 2001 anstehenden Wahl der Vertreterversammlung der KV einbezogen. Die Neuen merkten bald, dass sie in eine durchaus zerstrittene Familie hineingeraten waren. Hausärzte und Fachärzte bekämpften sich sehr. Dies führte dazu, dass die PP und KJP, die nun mit fünf Sitzen (zehn Prozent der Mitglieder der VV) Einfluss auf die Wahl des damals noch ehrenamtlichen siebenköpfigen KV-Vorstands haben würden. Sowohl die Funktionäre in der KV als auch die Verwaltung waren mit großer Offenheit auf die neuen Vertreter der PP/KJP zugegangen. „Wenn ihr nun dazugehört, werden wir auch mit euch zusammenarbeiten!“

Tatsächlich entstand eine Stimmung, in der es für sinnvoll gehalten wurde, dass ein PP oder KJP Mitglied im Vorstand wird. Sowohl Haus- als auch Fachärzte boten nun einen Sitz im Vorstand gegen entsprechende Unterstützung bei der Wahl anderer Vorstandsmitglieder. Die Wahlen zu den Vorständen erfolgten damals in einem ritualisierten Verfahren aufgrund vorheriger Absprachen.

Unerfahren verhedderten sich die fünf gewählten Vertreter der PP und KJP im Wahlverfahren und hätten beinahe den Sitz im Vorstand verspielt. Das hier besonders zu erwähnende großzügige Verhalten eines bis dahin dem Vorstand angehörenden Vertreters der angestellten Ärzte, des Chefarztes Dr. Segit, war es zu verdanken, dass doch ein Psychologischer Psychotherapeut in den Vorstand der KV gewählt wurde (Jürgen Doebert).

Bundesweit gab es zunächst nur noch einen weiteren PP im Vorstand der KV Hamburg. In anderen KVen, in denen es sogenannte Bezirksstellen gab, hatten PP oder KJP Sitze im Vorstand der Bezirksstellen. Die Arbeit im Vorstand der KV ermöglichte den Ausbau des Wissens über die Selbstverwaltung und damit eine wesentlich bessere Wahrnehmung der Rechte aller Psychotherapeuten in der KV. Sie bildete auch die Basis und den Rückhalt für Tätigkeiten auf der Bundesebene in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

„Wir setzen dem Kriegsmodus einen Friedensmodus entgegen“

Nach zwei erfolgreichen Konferenzen 2015 und 2017 suchen Teilnehmer aus Russland, der Ukraine und Deutschland erneut in einem psychohistorischen Trialog Wege der Verständigung

— „**Begegnungen III. Ein psychohistorischer Trialog**“, das ist der Titel der dritten Trialog-Konferenz, die vom 11. bis 14. April 2019 im brandenburgischen Kloster Lehnin stattfindet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – PsychotherapeutInnen sowie Interessierte – kommen wie bei den beiden vorangegangenen Konferenzen 2015 und 2017 aus Russland, der Ukraine und Deutschland. Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Geschichte will die Tagung zur ukrainisch-russisch-deutschen Verständigung beitragen. Gearbeitet wird in Klein- und Großgruppen im Setting einer Gruppentherapie. Die Gruppen werden von erfahrenen PsychotherapeutInnen geleitet und die Inhalte simultan übersetzt. Initiator der Konferenz-Reihe ist Dr. Stephan Alder, bvvp-Landesvorstandsvorsitzender in Brandenburg und Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie sowie Psychoanalyse. Mit ihm sprach Marina Ringel:

bvvp: Herr Dr. Alder, Russen und Ukrainer führen in der Ostukraine Krieg. Tausende Menschen sollen in dem Konflikt um die Krim und die Separatistengebiete getötet worden sein. Eine Versöhnung scheint unendlich weit entfernt. Was kann eine Konferenz wie die Ihre überhaupt ausrichten?

Dr. Alder: Es gibt Menschen, die sagen, man kann solch eine Konferenz gar nicht machen, weil dieser Bürgerkrieg im Osten der Ukraine weiterhin anhält und bis jetzt rund 10.000 Tote zu beklagen sind. Das ist furchtbar und es ist ja auch noch kein Ende in Sicht. Aber: Das Konzept der Tagung haben wir vor dem Aufstand in Kiew entwickelt, also vor 2014. Es ging uns im Hinblick auf die Geschichten unserer Familien im und nach dem Zweiten Weltkrieg und während der Zeit des Kalten Krieges tatsächlich um eine Verständigung, bestenfalls Versöhnung. Im Spannungsfeld dieser Belas-

tungen sind wir ja aufgewachsen und haben das glücklicherweise friedlich überlebt. Auf der anderen Seite sagen mir Menschen aus der Ukraine und teilweise aus Russland, dass sie über unser Konferenz-Angebot dankbar sind. Denn die psychotherapeutischen Kollegen dort beschäftigen sich in ihrer täglichen Arbeit auch mit traumatisierten Soldaten und deren Angehörigen, mit den Geflüchteten aus der Ostukraine. Uns alle beschäftigt also die Frage, wie es gelingen kann, die Sprache darüber nicht zu verlieren beziehungsweise sie neu zu gewinnen. Das ist schwer und deshalb bin ich froh, dass die Kolleginnen und Kollegen aus der Ukraine und Russland diese Tagung als Möglichkeit sehen, auch außerhalb dieses Konfliktes miteinander zu sprechen. Übrigens haben Teilnehmer aus der Ukraine nach den Konferenzen auch eigene Projekte angeschoben.

bvvp: Was können denn deutsche PsychotherapeutInnen gewinnen, die sich für die Teilnahme an einer solchen Konferenz entscheiden?

Dr. Alder: Sie lernen, dass es möglich ist, mit körperlichen und auch psychischen Verletzungen umzugehen, und dass es gelingen kann, sich zu verständigen. Wir setzen also dem Kriegsmodus einen Friedensmodus entgegen.

bvvp: „Das hier ist eine große Sache, die unbedingt weitergehen muss“, so äußerten sich KonferenzteilnehmerInnen nach der dreitägigen Zusammenkunft in Potsdam im Jahr 2015. Was ist aus Ihrer Sicht von beiden vorangegangenen Konferenzen geblieben?

Dr. Alder: Die Konferenzen haben nachhaltig Spuren hinterlassen. Wer denkt, dies sei nur ein Tropfen auf den heißen Stein, der irrt. Ich war beispielsweise im August vergangenen Jahres auf einer Tagung der Internationa-

len Gesellschaft für analytische Psychologie in Avignon. Dort haben meine Kollegin aus Moskau und ich über die Trialog-Konferenz berichtet. Es wurde sehr deutlich, dass diese Thematik nicht nur Deutsche, Russen und Ukrainer betrifft, sondern beispielsweise auch Polen und Weißrussen. Es ist ein europäisches Thema und sogar ein Weltthema. Dafür stehen die Konflikte zwischen Israel und Palästina, zwischen Saudi-Arabien und dem Iran sowie die Auseinandersetzungen in Nordirland, um nur einige Beispiele zu nennen.

Mehr Infos zu der Konferenz, die auch von den Fachgesellschaften D3G (Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie e.V.), DGAP (Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie) und IAAP (International Association for Analytical Psychology) unterstützt wird, unter www.trialog-conference.org. Die ausführliche Fassung des Interviews, Infos zur Anmeldung und zu Unterstützungsmöglichkeiten sowie Lesetipps zum Thema finden Sie auf unserer Homepage unter <https://bvvp.de/service/>



Foto: Privat

Dr. Stephan Alder,

Vertragsarztpraxis für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse in Potsdam, ist Vorsitzender des bvvp Brandenburg, Dozent, Gruppenlehranalytiker

(D3G, BIG) und Lehranalytiker (IfP-Potsdam, Ärztekammer). Mehrjährige Dozenten- und Supervisionstätigkeit in Deutschland, der Schweiz, Russland und Kasachstan. Er erhielt 2016 den Vamik-Volkan-Preis von der IDI (International Dialogue Initiative).

Väter und ihre Söhne – eine besondere Beziehung

Alexander Cherdron, Arzt und Psychotherapeut, beleuchtet ein zu Unrecht weitgehend unbeachtetes Thema

Von **Peter Stimpfle**

— Über die Widersprüchlichkeiten der Männer sang Herbert Grönemeyer schon vor einiger Zeit: „... weinen heimlich ... stehen ständig unter Strom ... außen hart und innen ganz weich ... und werden als Kind schon auf Mann geeicht ... Wann ist ein Mann ein Mann?“

Das ist eine gute Frage – nach wie vor. Muss in einer emanzipierten Gesellschaft eigentlich alles gleich sein? $X = Y$, möchte man sagen, aber es gibt eben doch Unterschiede zwischen den Geschlechtern, ob wir das nun wahrhaben wollen oder nicht. Bestimmte Themen scheinen immer noch belastet zu sein, wie etwa jenes des Mann-, Vater- und Sohn-Seins. Alexander Cherdron befasst sich mit diesem vernachlässigten Thema der Psychotherapie (ein blinder Fleck?) auf besondere Weise, nämlich explizit der Beziehung zwischen Vätern und Söhnen.

Zu Recht weist er darauf hin, dass die Dynamik der Vater-Beziehung durchaus ihren Spiegel in gesellschaftlichen Systemen findet, zum Beispiel Staat, Kirche, Wirtschaft, Organisationen, im Gesundheitssystem. Viele Themen werden über die Beziehung zwischen Vater und Sohn verhandelt, etwa Vertrauen, Sicherheit, Mut, Loyalität, Angenommensein, Würde, Freiheit, Abhängigkeit, Autonomie, Anerkennung, Umgang mit Autorität, Unterwerfung, Selbstverwirklichung, Resignation, Selbstwert. Umso erstaunlicher ist es, dass es so wenig Literatur über

diese Beziehung gibt. Hanne Seemanns „Artenschutzzone Männer“ war wohl eine Ausnahme. Alexander Cherdron, Arzt und Psychotherapeut, hat nun von einem psychoanalytischen Standpunkt aus ein sehr interessantes, kurzweiliges Buch geschrieben. Auch wenn man sich selbst nicht unbedingt der psychoanalytischen Sichtweise verpflichtet fühlt, ist es trotzdem sehr anschaulich geschrieben und verharnt vor allem nicht in Störungskategorien. Immer wieder nimmt Cherdron Bezüge zu aktuellen Situationen, aber auch zu Philosophie, Politik, Literatur und Musik (Goethe, Kästner, Sido, Nietzsche, Hesse, Willy Brandt, Lessing, Tom Petty, Jim Morrison, Wicke, Shakespeare, Astrid Lindgren, Die Ärzte, Simpsons ...), was das Buch vielseitig und unterhaltsam macht. Es ist gut gegliedert und sowohl wissenschaftlich fundiert als auch an praktischer Realität orientiert. Vater werden, so heißt es, ist nicht schwer. Vater sein dagegen sehr – weshalb auch etwas Wehklage über die heutige Situation Platz findet. Was bedeutet Vater- und Sohn-Sein heute? Neben einem interessanten historischen Überblick über die ungeheuren Wandlungen der Vater-Rolle und der tragenden Bilder versucht das Buch eine aktuelle Standortbestimmung über das Vater- und Sohn-Sein. So war es etwa in der Antike so, dass Kinder als das Eigentum des Vaters betrachtet wurden, während im

Mittelalter die patriarchalische Macht schon bröckelte und in der Reformation der „Elternschaft“ weichen musste. Die Auswirkungen zweier Weltkriege auf patriarchalische Vorstellungen sind weithin bekannt, bis hin zu Emanzipation und Feminismus. Neuere Forschungen zeigen die besondere Bedeutung der Väter für die Entwicklung der Söhne auf, etwa auf Kognition und Sprachentwicklung. Der Autor zeigt die klassischen Konflikte wie das ödipale Spannungsfeld und die Triangulierung in der Vater-Sohn-Beziehung auf. Er verdeutlicht die Bedeutsamkeit der väterlichen emotionalen Präsenz im dynamischen Spannungsfeld mit der Mutter. Viele Väter glänzen allerdings durch Abwesenheit, die einen körperlich, andere geistig. Die Spanne reicht bis hin zum Tod des Vaters, was immer wieder durch praktische Beispiele abgedeckt wird, die vom sog. „Normalen“ über die „Generation Y“ bis hin zu pathologisch ausgeprägten Vater-Sohn-Konflikten reicht. —

Väter und ihre Söhne – eine besondere Beziehung
Von Alexander Cherdron,
Taschenbuch, 120 Seiten,
Verlag: Springer

ISBN-10: 3662544504
ISBN-13: 978-3662544501

Preis: 17,99 Euro



Natur tut gut!



Nutzen Sie die positive Wirkung von Naturerfahrungen in Psychotherapie und Beratung:

Dieser Ansatz verknüpft therapeutisches Naturerleben mit der Praxis der Achtsamkeit, getragen von einer humanistisch-personenzentrierten Haltung. Außerdem gibt das Buch einen Überblick über die Vielfalt naturtherapeutischer Konzepte und den aktuellen Stand der empirischen Forschung.

Im praktischen Teil:

- Naturtherapeutische Interventionen und ihre Anwendung bei den häufigsten Störungsbildern (Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen, Traumafolgestörungen u.a.)
- Lebendige Fallgeschichten
- Insidertipps zur praktischen Umsetzung

Sandra Knümann
Naturtherapie
Mit Naturerfahrungen Beratung und Psychotherapie bereichern
Mit E-Book inside
203 Seiten. € 36,95 D
ISBN 978-3-621-28610-7

Termine 2019

2. März 2019

bvvp Bayern

Fortbildung: Abrechnung in der Psychotherapeutischen Praxis

Ort: München

Anschließend ab 18:00 findet die Mitgliederversammlung des bvvp Bayern statt (offen auch für interessierte Nichtmitglieder)

28. März 2019

bvvp Sachsen Stammtisch

Ort: Leipzig

4. April 2019

bvvp Sachsen Stammtisch

Ort: Dresden

8. April 2019

bvvp Südbaden

VVPS - Regionaltreffen der Kreise Rottweil und Schwarzwald-Baar (bvvp Südbaden)

Ort: Deisslingen

10. Mai 2019

bvvp Nordbaden (vvpn)

PiA-Stammtisch

Ort: Heidelberg

16. Mai 2019

vvpsw – Verband der Vertragspsychotherapeuten in Südwürttemberg

Regionaler Stammtisch

Ort: Tübingen

Weitere Informationen zu den Terminen finden Sie unter www.bvvp.de

Impressum

Herausgeber: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

Redaktion: Martin Klett (V. i. S. d. P.)
Verantwortlich für den Schwerpunkt:
Eva Schweitzer-Köhn, Tilo Silwedel

Autoren: Ulrike Böker, Norbert Bowe, Ariadne Sartorius, Jürgen Doeber, Angelika Haun, Marina Ringel, Anja Manz, Robin Siegel, Martin Klett, Eva Schweitzer-Köhn, Tilo Silwedel, Peter Stimpfle

Verlag: Medienanker Marketing & Kommunikation e.K. Chausseestraße 11 · 10115 Berlin
Tel: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

Projektleitung: Sonja Vukovic
Layout: Kaies Belaiba
Illustration: Selim Ben Brahim

Druck: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

Anzeigen: anzeigen@projekt-psychotherapie.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2019

ISSN: 2193-3766
Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

Info und Bestellung:
bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

Periodizität: Quartal

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

Wir suchen...

**psychotherapeutisch tätige
Ärzte (m/w)**

Einsatz: 2-4mal/Jahr für je 13 Tage
(Intervalltherapie)

**interessant auch für ältere
Kolleg/innen (kurz vor oder
nach Ende der Zulassung) oder
parallel zur eigenen Praxis**

Wir bieten unseren Patienten:

- Kurzzeittherapie
- Klinikaufenthalt nur 13 Tage
- Intensivtherapie
- täglich Gruppen- u. Einzeltherapie
- tägliche Chefarztbehandlung
- Nachbetreuung in verschiedenen Städten möglich

Therapie konsequent an allen Tagen
auch Sa/So kein Leerlauf!
Therapiemethoden siehe website

Spezielle Angebote auch für Kolleg/innen:

- **wegen akuter Krise (zB Burnout)**
- **bei bislang resistenten Themen**
- **zur Stärkung der Resilienz**

Nähere Informationen:

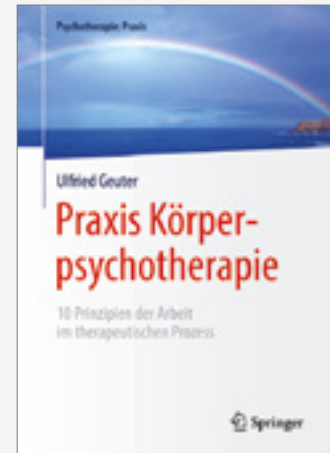
www.valere-klinik.de
info@valere-klinik.de
+49 (0) 77 55 / 9 39 94-0

Chefarzt Walter Hofmann

Welche Psychotherapie wollen wir, welche Psychotherapie brauchen wir?

Dieser Frage gehen wir im nächsten Heft nach. Während die Forscher an den Universitäten meinen, aus den Studienergebnissen ableiten zu können, was dem Patienten hilft, sehen die Behandlungen in der täglichen Praxis und das, was wir als Behandlungswünsche wahrnehmen, oft ganz anders aus. Was muss sich ändern, damit beides mehr aufeinander bezogen ist und den gemeinsamen Zielen einer guten Versorgung dienen kann?

Psychotherapie Neuerscheinung



U. Geuter

Praxis Körperpsychotherapie 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess

2019, XIV, 508 S. 7 Abb. Brosch

€ (D) 44,99 | € (A) 46,25 | *sFr 50,00

ISBN 978-3-662-56595-7

€ (D) 34,99 | *sFr 40,00

ISBN 978-3-662-56596-4 (eBook)

- Embodiment: So wird mit Körper und Psyche in der Psychotherapie gearbeitet
- Für die Praxis: Grundlagen zum Erleben und Erfahren in der Therapie
- Hoher Nutzwert: Techniken und Methoden professionell aufbereitet

Ihre Vorteile in unserem Online Shop:

- Über 280.000 Titel aus allen Fachgebieten
- eBooks sind auf allen Endgeräten nutzbar
- Kostenloser Versand für Printbücher weltweit

Jetzt bestellen auf springer.com/pk oder in Ihrer Buchhandlung.

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20 % MwSt. für elektronische Produkte. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

SIE WOLLEN EINEN MODERNEN INTERNETAUFTRITT?

Aber Ihnen fehlt die Zeit und die Muße? Oder die bisherigen Angebote waren Ihnen einfach zu teuer? Oder ihr Vorhaben ist so komplex, dass sie nicht so richtig wissen, wie Sie es anpacken sollen?

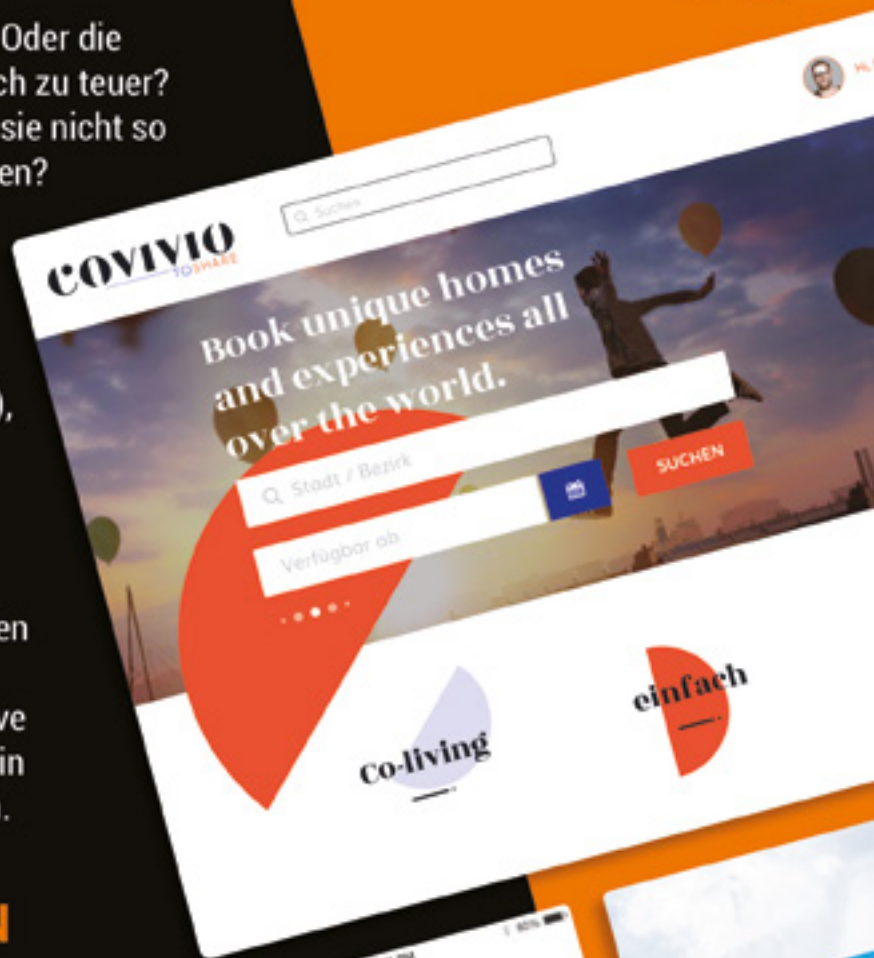
WIR HELFEN IHNEN!

- Konzeption und Umsetzung von Webseiten und Apps (IOS und Android), DSGVO-Konform
- State of the Art Web-Design
- Langjährige Erfahrung in der Konzeption von optimierten Benutzer- und Menüführungskonzepten
- Von einfachen Webseiten über individuelle Shop-Lösungen, interaktive Kurs- oder Coachingplattformen bis hin zu komplexen Softwareentwicklungen.

SETZEN SIE IHR VORHABEN JETZT UM!

Rufen Sie uns jetzt an oder schreiben uns eine Mail und wir können ihr Vorhaben schon bald in die Realität umsetzen.

DIE ERSTE BERATUNGSTUNDE IST KOSTENLOS!



REFERENZENZEN



uvm...



UTEK

info@uteek.net

+49 30 39 83 51 88 14

**NUR 40,- EUR PRO STUNDE
REGULÄRER STUNDENSATZ
FÜR ENTWICKLER 100,- EUR**