

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 3/2015
11. August 2015

Aus dem Inhalt

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz:
Veränderungen für die psychotherapeutische Praxis
- Präventionsgesetz:
Nach langem Ringen verabschiedet
- Datenschutzverstöße der Kassen:
Stellungnahme zu den Auswirkungen auf
die Psychotherapeutischen Praxen


Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.


Berufsverband Psychosoziale Berufe

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

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

Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen

Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen

Telefon 07071 9434-0 / 9434-10

Telefax 07071 9434-35

E-Mail: dgvt@dgvt.de / info@dgvt-bv.de

Internet: www.dgvt.de / www.dgvt-bv.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Vorstand von DGVT und DGVT-BV.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der DGVT und des DGVT-BV wieder.

Copyright:

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

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

Satz:

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen

Lia Kailer und Suse Stengel

Druck:

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Stellungnahmen von DGVT und DGVT-BV

- **Verstöße gegen den Datenschutz durch Krankenkassen:
Skandalöser Vertrauensbruch zu Lasten der PatientInnen** 6
- **Honorargerechtigkeit jetzt!
Offener Brief an den Vorstand der KV Westfalen-Lippe 29.5.2015** 7

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Immer noch keine Einigung beim Psychotherapeuten-Honorar** 12
- **Nach langem Ringen: Präventionsgesetz im Bundestag verabschiedet** 13
- **Entwurf für ein Hospiz- und Palliativgesetz liegt vor** 14
- **INFORMATIONEN zum SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe):
Reformvorhaben und Aktivitäten des BMAS** 15
- **BKK Gesundheitsatlas: Blickpunkt Psyche** 16
- **Gesundheitsmonitor der Barmer GEK: Ärztebefragung zur
Wahrnehmung von Patientenrechten und zum PatRG** 16
- **Barmer GEK-Bericht: Mehr Jugendliche mit Essstörungen** 17
- **Zweiter alternativer Drogen- und Suchtbericht fordert weiterhin
eine Reform des Betäubungsmittelgesetzes** 17
- **Wissenschaftliches Beratungsangebot zur Amokprävention** 18
- **Neue „Unabhängige Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch“** 19

Berichte aus den Landesgruppen

Bayern.....	20
Berlin	23
Hessen.....	25
Nordrhein-Westfalen	25
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)	26
Rheinland-Pfalz	30

Tagungsberichte

- **Hauptstadtkongress: Gesundheitspolitik der 18. Legislaturperiode** 33
- **Prävention im Fokus: Soziale Herausforderungen - Politische Chancen** 34
- **BMC-Expertenforum „Ambulante Versorgung vom Ärztenetz bis
zum großen MVZ nach dem GKV-VSG“** 35
- **88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) am
24./25. Juni 2015 in Bad Dürkheim/Rheinland-Pfalz** 40
- **Treffen der ver.di PiA-AG am 19.4.2015 in Berlin** 42

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Information zum DAK-Medi-Selektivvertrag in Baden-Württemberg**..... 43
- **Bericht von der 23. Sitzung der Konzertierten Aktion der KBV mit den Berufsverbänden** 48
- **Berlin: KV setzt klare Zeichen gegen Praxisaufkauf** 53
- **Aktionstag in Dortmund: PsychotherapeutInnen demonstrieren vor der KBV-Vertreterversammlung für Honorargerechtigkeit** 53
- **Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen**..... 54
- **Informationen für die psychotherapeutische Behandlung von Asylbewerbern**..... 56
- **Einführungsveranstaltung zum Psychotherapeutenverfahren der DGUV** 57
- **Zi-Praxisbericht zur wirtschaftlichen Lage niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten** 59
- **ICD-10-GM 2016: Vorabfassung online veröffentlicht** 59
- **IGEL-Leistungen in der Psychotherapie!?** 60
- **Das ‚Positionspapier der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie‘ – Eine kurze Stellungnahme**..... 61
- **Praxismachfolge planen - Veranstaltungen für KollegInnen in Berlin** 62

Alles was Recht ist . . .

- **G-BA ändert die sog. Kinder-Richtlinie zur Früherkennung** 64
- **Einzel- und Gruppentherapie auch im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren zukünftig kombinierbar**..... 64
- **Streikrecht für Vertragsärzte? Medi-Chef Baumgärtner zieht vor Gericht**... 65
- **BSG: Zwei Teilzulassungen in unterschiedlichen KV-Bezirken sind möglich** 66
- **Neues Antikorruptionsgesetz verabschiedet** 67
- **ADHS-Therapiekosten steuerlich absetzbar - Fiskus will aber Erkrankung bestätigt sehen** 67

Weitere Infos

- **Aufruf Mailingliste Inklusion**..... 68
- **Beteiligungsmöglichkeit am Leitlinienprozess „Unipolare Depression“** 68
- **TK-Campus-Kompass: Umfrage zur Gesundheit von Studierenden** 68

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen und Leser,

während wir das Vorwort schreiben, gibt es überall in Deutschland richtigen Sommer mit viel Sonne und viel Temperatur! Es ist Ferien- und Urlaubszeit und da, wo gearbeitet wird, drehen sich die Räder häufig langsamer, die Politik und der normale Arbeitsalltag wirken etwas weniger hektisch. Aber es geht dennoch weiter und es gibt an vielen Stellen und in verschiedenen Bereichen Veränderungen und Entwicklungen; in der Rosa Beilage berichten wir wieder davon.

Ein ständiger Brennpunkt ist die ambulante Psychotherapeutische Versorgung. Das gerade beschlossene Versorgungsstärkungsgesetz bringt hier manche Veränderungen, deren Ergebnisse noch nicht vollständig absehbar sind: teilweise Aufhebung der Befugniseinschränkungen, Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde, Soll-Regelung zum Praxisaufkauf bei sog. Überversorgung, grundlegende Neuregelung der Bedarfsplanung u.a. (vgl. ausführlichen Bericht in dieser VPP). Die Anpassung der Honorare für die ambulante Psychotherapie zieht sich als Thema schon seit vielen Jahren hin – Kassen und Kassenärztliche Vereinigung haben hier offenbar ein gemeinsames Interesse, die berechtigten (und vom Bundessozialgericht bestätigten) Ansprüche der Psychotherapeuten zu negieren.

Die Umsetzung der Kostenerstattungspsychotherapie durch viele Krankenkassen scheint deutlich rigider als es die gesetzliche Vorgabe erfordert und zulässt – hier sind wir als Verband engagiert, und inzwischen auch die Bundespsychotherapeutenkammer, was sehr wichtig ist. Gerade der hohe, in vielen Regionen steigende Bedarf nach Kostenerstattung zeigt doch, dass die amtliche, sog. Bedarfsplanung, die eigentlich nur eine Verteilungsplanung von Vertragspsychotherapeuten ist, mit dem realen Versorgungsbedarf nicht viel zu tun hat. Die gute Nachricht dabei ist, dass die Forschungsberichte und Routinestatistiken der Krankenkassen mit schöner Regelmäßigkeit auf die zunehmende Bedeutung der adäquaten Behandlung psy-

chischer Störungen (und auf deren steigende Bedeutung im Morbiditätsspektrum!) hinweisen. Der wohlmeinende Leser darf hoffen, dass diese Berichte auch in den Gremien der Kassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses gelesen werden und genutzt werden, wenn es darum geht, die Bedarfsplanung auf neue Füße zu stellen.

Ein weiteres Brennpunkthema ist die Reform der Psychotherapieausbildung. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat ein Konzept vorgeschlagen, an dem sich das Bundesgesundheitsministerium orientieren will. Die Umsetzung hängt aber zum einen davon ab, ob die bestehenden Hürden wirklich überwunden werden können (insb. Finanzierung der neuen Studiengänge und Finanzierung der stationären und ambulanten Weiterbildungszeiten der zukünftigen Psychotherapeuten). Zum anderen sind auch zahlreiche Fragen zu beantworten, die sich auf die Qualität der angestrebten Psychotherapieausbildung an der Hochschule richten. Sie muss auch nach der Reform in hohem Maße praxisorientiert erfolgen, damit nach Abschluss des Studiums die Erteilung einer Approbation für Heilberufe gerechtfertigt und der über die Approbation zu sichernde Patientenschutz gewährleistet ist. Der neugewählte Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer hat sich zur Vorbereitung von Vorschlägen für die zukünftige Approbationsordnung und weitere erforderliche Neuregelungen einen engmaschigen Beratungs- und Austauschprozess („Transitionsprozess“) verordnet. Beteiligt sind die Landeskammern, die Fach- und Berufsverbände, die Deutsche Gesellschaft für Psychologie und der Fachbereichstag für Soziale Arbeit sowie die Verbände der Ausbildungsträger, u.a. auch die DGVT.

Und dann gibt es noch viele andere interessante Entwicklungen in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Rechtsprechung, aus den Landesgruppen und zu vielen anderen Themen, die Sie in dieser Rosa Beilage finden: Wir wünschen eine anregende Lektüre!

Waltraud Deubert
Jana Arndt

Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf

Stellungnahmen von DGVT und DGVT-BV

Verstöße gegen den Datenschutz durch Krankenkassen:

Skandalöser Vertrauensbruch zu Lasten der PatientInnen: DGVT und DGVT-BV fordern Konsequenzen aus dem Bericht der Bundesdatenschutzbeauftragten

Im aktuellen Tätigkeitsbericht dokumentiert die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationssicherheit (BfDI), Andrea Voßhoff, schwerwiegende und anhaltende Verstöße gegen den Datenschutz im Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). So wurden offenbar über lange Zeiträume hinweg Unterlagen, die von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen an den MDK adressiert waren, von den Krankenkassen unrechtmäßig geöffnet. Außerdem hat der MDK Informationen über PatientInnen, die nur an ihn gerichtet waren, den Krankenkassen zur weiteren Verwahrung überlassen. Beide Sachverhalte stellen skandalöse Verstöße gegen PatientInnenrechte sowie Datenschutzvorschriften dar und führen zudem die ärztliche und psychotherapeutische Schweigepflicht in den zugrunde liegenden Fällen ad absurdum.

Vermutungen, dass es zu solchen Verstößen kommt, gab es in Reihen der PsychotherapeutInnen bereits seit geraumer Zeit. Erst durch das dankenswerte Einschreiten der Bundesdatenschutzbeauftragten wurden diese jetzt zweifelsfrei belegt. Die Kassen haben – offenkundig über Jahre hinweg – den Datenschutz bei Unterlagen, die Vertragsärzte und VertragspsychotherapeutInnen an die Kassen „zur Weiterleitung an den MDK“ geschickt haben, nicht eingehalten. Dabei geht es häufig um Anfragen zur Arbeitsfähigkeit nach § 275 SGB V. Niedergelassene PsychotherapeutInnen, die im sogenannten Kostenerstattungsverfahren arbeiten, sind noch in weitaus größerem Umfang betroffen. Sie müssen Anträge auf Begutachtung durch den MDK stellen, die Anamnese, Details der probatorischen Sitzungen, per-

sönliche Daten und weitere Informationen über die PatientInnen enthalten. Weil die Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen erfolgen muss, wurde bisher in vielen Fällen das sogenannte „Umschlagverfahren“ genutzt. Dabei wird ein Anschreiben an die zuständige Krankenkasse gerichtet, in dem um eine Beauftragung des MDK gebeten wird. Ein beiliegender verschlossener Umschlag zur Weiterleitung an den MDK mit dem Vermerk „Dieser Briefumschlag ist nur vom MDK zu öffnen“ enthält die oben genannten vertraulichen Unterlagen.

Es liegt auf der Hand, dass gerade bei psychischen Erkrankungen ein besonders sensibler Umgang mit vertraulichen Daten von PatientInnen gefordert ist. Stattdessen heißt es im Bericht der Datenschutzbeauftragten hierzu: „Wie ich (...) feststellen musste, werden diese datenschutzrechtlichen Vorgaben in der Praxis jedoch häufig nicht beachtet. In der Zwischenzeit durchgeführte Kontrollen haben dies leider erneut bestätigt. Wie mir zudem bei Kontrollen aufgefallen ist, werden vom MDK in einem verschlossenen Umschlag erhaltene Unterlagen an die Krankenkasse zur dortigen Ablage offen zurückgegeben; spätestens zu diesem Zeitpunkt erhielt die Krankenkasse Kenntnis vom Inhalt der Unterlagen.“ In der Konsequenz hat die Datenschutzbeauftragte die Anwendung des Umschlagverfahrens als datenschutzrechtlich nicht mehr zulässig mit sofortiger Wirkung untersagt.

Die hinter diesen Zeilen steckende Botschaft lautet: Kassen und MDK pflegten bislang einen eigentlich unfassbaren Umgang mit vertraulichen PatientInnendaten. Damit wurde auch die Einhaltung der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Schweigepflicht und damit die unverzichtbare Vertrauensbasis gerade zwischen PsychotherapeutInnen und ihren PatientInnen in Frage gestellt. DGVT und DGVT-BV fordern deshalb die gesetzliche Krankenversicherung auf, umgehend ein Verfahren zu etablieren, das diese Praxis beendet und Rechtssicherheit für alle Beteiligten herstellt. Den betroffenen ÄrztInnen

und PsychotherapeutInnen müssen Wege für eine Informationsübermittlung aufgezeigt werden, die den rechtlichen Vorgaben entsprechen.

Die von der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit angekündigten weiteren Kontrollen begrüßen wir ausdrücklich. Ebenso halten wir es für richtig, dass im Falle von weiteren Verstößen gegen § 276 Absatz 2 SGB V wie angekündigt förmliche Beanstandungen ausgesprochen werden. Angesichts der Schwere und der Tragweite der nun bekannt gewordenen Verstöße in der Vergangenheit hielten wir allerdings bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Verhängung von Ordnungsgeldern gegen die betroffenen Kassen und MDKs für angezeigt.

Für DGVT-Vorstandsmitglied Rudi Merod sind die von der Datenschutzbeauftragten aufgedeckten Missstände empörend: „Es geht um den Schutz von Patientendaten“, betont er. „Nach vielen Berichten aus der Praxis zu urteilen, die uns seit einiger Zeit erreichen, handelt es sich bei dem, was jetzt offengelegt wurde, nur um die Spitze eines Eisberges. Wir als Verband werden die aktuelle Situation bei den Krankenkassen nicht hinnehmen.“

*Vorstand DGVT und DGVT-BV
Rudi Merod, Wolfgang Schreck,
Heiner Vogel*

Stellungnahme vom 21.07.2015

Honorargerechtigkeit jetzt! Offener Brief an den Vorstand der KV Westfalen- Lippe vom 29.5.2015

Sehr geehrter Herr Dr. Dryden, sehr geehrter Herr Dr. Nordmann, sehr geehrter Herr Dr. Kriedel,

wir Psychotherapeuten – ärztliche, psychologische und Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapeuten – sind heute nach Dortmund gekommen, um auf die gravierende

Benachteiligung unserer Berufsgruppe in der Selbstverwaltung aufmerksam zu machen.

In Puncto Honorarverteilung werden wir faktisch fremdverwaltet

Die demokratisch gedachte Körperschaft öffentlichen Rechts sollte uns integrieren, hat dies aber bis heute nicht wirklich vollzogen. Am Rande unserer Protestaktion vor der KBV-VV in Frankfurt vor gut zwei Wochen hat der Vorsitzende der KV Nordrhein dies deutlich zum Ausdruck gebracht, als er äußerte, dass die KVen „selbstverständlich versuchen“, Honorargerechtigkeit zu erreichen. Das Problem seien jedoch die gekoppelten Honorare, die dazu führten, dass eine Erhöhung auf der einen Seite immer eine Belastung auf der anderen Seite nach sich ziehe. „Wir tun uns in Nordrhein schwer, unsere Fachärzte auf der ohnehin schon niedrigen Honorarbasis weiter zu belasten, auch wenn wir den Psychotherapeuten gerechte Honorare von Herzen gönnen“, sagte Potthoff im Gespräch mit dem Ärztenachrichtendienst. Also „unsere Fachärzte“ hier und „die Psychotherapeuten“ dort: Deutlicher kann man es nicht sagen!

Worum geht's?

Psychotherapeuten sind hoch qualifizierte jedoch derzeit schlecht bezahlte Fachkräfte im Gesundheitswesen. Das trifft in gleicher Weise für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie auch für die ärztlichen Psychotherapeuten zu.

Jahrelang sind die Psychotherapiehonorare nicht adäquat an die gestiegenen Honorare der somatisch tätigen Ärzte angepasst worden. Die Diskrepanz zwischen den Erträgen der grundversorgenden rein somatisch tätigen Fachärzte und denen der Psychotherapeuten nimmt stetig zu. Seit anderthalb Jahrzehnten müssen wir den Rechtsweg beschreiten, um schließlich vor dem Bundessozialgericht eine Mindestvergütung zu erstreiten, die es der vollausgelasteten Psychotherapeutenpraxis zumindest ermöglicht, den

durchschnittlichen Facharzertrag zu erreichen. Seit dem Jahr 2009 hat die Selbstverwaltung die rechtlich gebotene jährliche Anpassung ausgesetzt. Dutzende von Klageverfahren sind deshalb vor den Sozialgerichten anhängig, damit wir unser Recht bekommen. Wir sind empört!

Es reicht!

Der Bewertungsausschuss hat am 18.12.2013 beschlossen, die Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bis Juni 2014 zu überprüfen. Man hat diesen Termin verstreichen lassen, offenbar als deutlich wurde, wie viel Geld uns Psychotherapeuten schon vorenthalten worden war. Unsere große Demonstration in Berlin im September vergangenen Jahres mit Kundgebungen vor dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) und vor dem Gesundheitsministerium hat zwar öffentlich viel Beachtung gefunden, den Bewertungsausschuss jedoch anscheinend kalt gelassen. Im März diesen Jahres war immer noch nichts passiert. Deshalb haben unsere Berufsverbände beim Bundesgesundheitsminister Aufsichtsbeschwerde eingelegt. Nun hat das BMG eine zeitnahe Beschlussfassung angemahnt: Bis zum 23. Juni – also in drei Wochen - soll der Bewertungsausschuss ein Ergebnis mitteilen.

Erneut sind die Psychotherapeuten an den laufenden Verhandlungen im Bewertungsausschuss nicht beteiligt und erhalten nur sporadisch Einblick in den Stand der Verhandlungen. Zum wiederholten Male wird von den Vertragspartnern KBV und Krankenkassen die Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung zu Lasten der Psychotherapeuten neu „interpretiert“: Das Modell der Kostenermittlung einer voll ausgelasteten Musterpraxis wird in Frage gestellt, die Vergleichsfacharztgruppen werden zu unseren Lasten neu zusammengestellt, es wird mit veralteten Daten kalkuliert usw. Keiner der Vertragspartner scheint ein Interesse an einer rechtskonformen und gerichtsfesten Umsetzung der längst überfälli-

gen Neubestimmung der Psychotherapeutenhonorare zu haben.

Will man uns erneut auf den Klageweg durch die gerichtlichen Instanzen schicken?

Es ist eine erneute Verhöhnung unserer Berufsgruppe. Und man wird den Eindruck nicht los: eine Fortschreibung der Stigmatisierung des ganzen Feldes von psychischer Erkrankung – also der Erkrankten ebenso wie ihrer Behandler. Solche Gedanken kursieren unter unseren Kollegen auf der Suche nach Erklärungen für ein derartig rechtswidriges und undemokratisches Handeln und entstehen, wenn man als selbstständiger Psychotherapeut – als Freiberufler - weniger verdient als Angestellte ohne Abitur und Studium - je nach Lage der Praxis und anfallenden Mieten sogar weniger als ein Facharbeiter.

Und das nach einem langen Studium mit Numerus Clausus, nach dem Erwerb höchster Qualifikationen und Spezialisierungen und (anders als bei Medizinerinnen) auf eigene sehr hohe Kosten und unter Bedingungen unbezahlter Weiterbildungs- und Arbeitszeiten – nicht umsonst wurde für die Abkürzung PiA, was Psychotherapeut in Ausbildung bedeutet, der Terminus Psychotherapeut in Ausbeutung geprägt - und das bei höchstem Engagement und persönlichem Einsatz für Patienten in Not, mit sehr viel Verantwortung auch auf Leben und Tod. Wie viel ist unserer Selbstverwaltung denn die psychische Gesundheit der Bevölkerung wert? „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ – das gilt auch für unsere Psychotherapie-Patienten!

Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit!

In öffentlichen Diskussionen wird immer wieder und fälschlicher Weise verbreitet, wir würden nur deswegen wenig verdienen, weil wir zu wenig arbeiten. Dabei wird die Zeit im direkten Patientenkontakt mit der Arbeitszeit gleich gesetzt. Richtig ist – so hat das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Ver-

sorgung (Zi) ermittelt – dass Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung durchschnittlich 46 Stunden pro Woche Arbeitszeit aufwenden, während die somatisch tätigen Kolleginnen und Kollegen 51 Stunden pro Woche aufbringen.

Diese Unterschiede rechtfertigen die erheblichen Ertragsunterschiede in keiner Weise. Psychotherapeuten können sich in der Behandlung ihrer Patienten nicht vertreten lassen, sie können Leistungen in der Regel nicht delegieren und somit ihre Arbeitszeit nicht verdichten. Der wichtigste Wirkfaktor in der Psychotherapie ist - laut wissenschaftlichen Studienergebnissen - die Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Für diese persönlich zu erbringenden Leistungen brauchen wir eine gerechte Vergütung.

Das Bundessozialgericht hat formuliert, dass Psychotherapeuten mit einer Vollaustattung mindestens so viel, also nicht weniger als die durchschnittliche Somatiker-Praxis verdienen können sollten. Daraus wurde entgegen der Rechtsprechung aber von der Selbstverwaltung ein „höchstens“ gemacht: Wir sollen nicht mehr verdienen, selbst wenn wir uns tot schuften gegenüber dem durchschnittlichen Somatiker. Die behaupteten Unterschiede in der Länge und Spezialisierung der Ausbildungen rechtfertigen das nicht. In einem Rechtsgutachten hat der renommierte Sozialrechtler Professor Ebsen nun festgestellt, dass die derzeitigen Bestimmungen zur Festlegung des Psychotherapiehonorars eine nicht verfassungskonforme Ungleichbehandlung zwischen somatisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten darstellen.

Wir fordern ein Ende der rechtswidrigen Vergütung und der undemokratischen Zustände in der Selbstverwaltung!

Bitte setzen Sie sich als unsere Vertreter dafür ein, dass dies ein Ende hat. Wir bitten Sie, gegen die Schieflage in der Honorierung psychotherapeutischer Leistungen im Vergleich zu den somatisch-ärztlichen Leistungen einzutreten. Die Vergütung im Bereich

der Psychotherapie befindet sich seit Integration der Psychotherapie in die GKV am untersten Ende der Honorartabelle. Die Diskrepanz ist derart ausgeprägt, dass das Prinzip der Honorargerechtigkeit auf extreme Weise verletzt wird. Daher legen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seit 15 Jahren gegen jeden Honorarbescheid Widerspruch ein und warten langjährig auf das ihnen zustehende Honorar, bis Entscheidungen des Bundessozialgerichtes getroffen und in der KV Westfalen-Lippe umgesetzt sind – 1999, 2004 und zuletzt 2008! Wir als Mitglieder der KV Westfalen-Lippe bitten Sie ausdrücklich darum, sich in der gemeinsamen Selbstverwaltung, in der KBV und bei den Krankenkassen aktiv und nachdrücklich dafür einzusetzen, dass die Schieflage der Honorarverteilung dauerhaft aufgehoben wird.

Dabei ist das Ziel sowohl eine *substantielle Erhöhung* der Honorare für psychotherapeutische Leistungen als auch ein *fester Mechanismus für eine regelmäßige* Anpassung an die Steigerung von ärztlichen Honoraren für die Zukunft.

Eine Anpassung der psychotherapeutischen Honorare an gestiegene Honorare in den Vergleichsarztgruppen fand in den letzten sieben Jahren nicht statt. Der Honorarbericht der KBV zeigt erneut: Während die Erträge der Vergleichsfacharztgruppen in den Vergleichsquartalen 4/2012 zu 4/2013 um 7,2 % gestiegen sind, konnten die Psychotherapeuten lediglich eine Ertragssteigerung von 2,3 % erreichen. Die absoluten Zahlen zeigen: Die Schere geht immer weiter auseinander. 7,2 % bei den Fachärzten bedeuten ein durchschnittliches Plus von ca. 1770 €. Bei den Psychotherapeuten bedeuten 2,3 % ein Plus von nur ca. 290 €.

Seit dem 1.1.2013 werden die wesentlichen Leistungen der Psychotherapie (probatorische Sitzungen und genehmigungspflichtige Psychotherapie) extrabudgetär vergütet. Daher würde eine zukünftige bessere Vergütung der Psychotherapie die übrigen fachärztlichen Honorare in keiner Weise beeinträchtigen.

In der Gesamtvergütung verblieben sind primär die diagnostischen Leistungen und

die sogenannte 10-Minuten-Ziffer (EBM 23220), unsere einzige flexible Gesprächsziffer. Das in einem Budget gedeckelte Honorar unterliegt floatenden Punktwerten, das heißt, es wird nicht zu 100 % ausgezahlt, sondern abgestaffelt. Dabei sind gerade diese Leistungen für Krisenintervention und Akutversorgung sowie für die Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen dringend notwendig!

Gleichzeitig möchten wir deutlich machen, dass es uns nicht um eine Umverteilung der Gesamtvergütung geht; jede Arzt- bzw. Behandlergruppe hat ein Recht auf angemessene Vergütung ihrer Leistungen, auch die der Psychotherapeuten. Daher fordern wir die Vorstände der KBV und der Landes-KVen sowie alle weiteren auf Landes- und Bundesebene beteiligten Mitarbeiter der KVen auf, sich bei den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene für eine zukünftig angemessene Honorierung aller Fachgruppen einzusetzen.

Wenn es allerdings wegen der nicht erfolgten regelmäßigen Überprüfung der Angemessenheit der Psychotherapeutenhonorare seit 2009 und der dann auch nicht diesbezüglich erfolgten Honorarforderungen an die Krankenkassen nun zu einer Nachzahlung der den Psychotherapeuten vorenthaltenen Honorare kommen wird, so sehen wir es nicht in der Verantwortung der Psychotherapeuten liegend zu klären, wo dieses Geld herkommen soll.

Wir sehen es als gemeinsame Aufgabe aller Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung an, für eine größere Honorargerechtigkeit einzutreten und dabei endlich für angemessene Honorare in der Psychotherapie zu sorgen. Wir möchten die Entscheider deshalb ausdrücklich auffordern, auch auf der Bundesebene bei der Gestaltung des neuen EBM die berechtigten Interessen der Psychotherapeuten einzubringen. Wir erwarten, dass die KV Westfalen-Lippe auch die Interessen der psychotherapeutisch tätigen Mitglieder angemessen und nachhaltig würdigt, schützt und offensiv vertritt.

app: Arbeitskreis niedergelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen Bielefeld e.V.

bvvp: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.

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

DPtV: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

K KJP WL: Kompetenznetz der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Westfalen-Lippe e.V.

vpp im BDP: Verband Psycholog. PsychotherapeutInnen im Berufsverband Deutscher Psychologen e.V.

LERNTHERAPIE

mit Kindern und Jugendlichen bei Lern- Leistungsstörungen

Unter den kinder- und jugendpsychotherapeutisch relevanten Störungsbildern haben die Lern-Leistungsstörungen in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Um die für deren erfolgreiche Behandlung spezifischen Kompetenzen zu vermitteln, bietet die DGVT FW einen **10-teiligen Lehrgang zum/zur LerntherapeutIn (DGVT)** an:

Termine:	Einführung/Psychologie:	30.-31.01.2016
	Deutsch I:	12.-13.03.2016
	Deutsch II:	23.-24.04.2016
	LRS:	21.-22.05.2016
	Mathe I:	18.-19.06.2016
	Mathe II:	24.-25.09.2016
	Dyskalkulie:	29.-30.10.2016
	Nachbardisziplinen:	26.-27.11.2016
	Fallseminar:	28.-29.01.2017
	Prüfung/Praxisaspekte:	18.-19.02.2017

Ort: Bottrop

dgvtFW

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de

Gesundheits- und Berufspolitisches

Immer noch keine Einigung beim Psychotherapeuten- Honorar

Nachdem die Verhandlungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband am 23.6.2015 gescheitert sind, wird nun der Erweiterte Bewertungsausschuss voraussichtlich im August 2015 über die Höhe der psychotherapeutischen Vergütung entscheiden. Damit besteht, wenngleich mit zeitlich großer Verzögerung, die Chance auf einen rechtssicheren Beschluss.

Am Verhandlungstisch hatte die KBV eine Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen um 5,4 % gefordert. Dies hätte eine Erhöhung für die Therapiestunde (im Jahr 2012) um ca. 4,35 Euro auf ca. 85,50 Euro bedeutet. Die Erhöhung hätte rückwirkend ab 2012 gegolten. Für 2015 hätte die Höherbewertung eine Anhebung auf 88,65 Euro bedeutet. Die KBV hält, ebenso wie die psychotherapeutischen Berufsverbände, die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für zu niedrig bewertet. Bei den Verhandlungen wurde von KBV-Chef Gassen gefordert, dass dies endlich auch die Krankenkassen anerkennen sollten. In einer Pressemitteilung der KBV war zu lesen, dass die „KBV damit nur das fordere, was den ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten auch zustehe“.

Die KBV-Vorschläge trafen bei den Kassen jedoch nicht auf Akzeptanz. Aus Sicht der Kassen ist die aktuelle Honorarsituation der Psychotherapeuten angemessen. Ein zentraler Streitpunkt bei den Verhandlungen zwischen KBV und Kassen war der sog. Strukturzuschlag, der die höheren Aufwendungen der Praxisorganisation (Beschäftigung von Praxispersonal) abdecken soll. Der Strukturzuschlag soll u.a. einen Anreiz schaffen, dass PsychotherapeutInnen künftig mehr antrags- und genehmigungspflichtige

Leistungen anbieten, um so den steigenden Bedarf (Wortlaut der KBV-Pressemitteilung) besser abzudecken. Dafür hatte die KBV einen Antrag auf einen Strukturzuschlag von bis zu 15.000 Euro im Jahr für überdurchschnittlich ausgelastete Praxen eingebracht. Nachdem sich im Bewertungsausschuss keine Einigung ergab, ist nun ist der Erweiterte Bewertungsausschuss als Schiedsgremium eingeschaltet worden.

Der Auftrag an die KBV und die Kassen war zu prüfen, ob die Bewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen angemessen ist (Basis der Prüfung ist das Jahr 2012). Der Bewertungsausschuss sollte für den Fall, dass die Honorare als nicht angemessen bewertet würden, eine Anpassung beschließen. Es muss an dieser Stelle im Grunde nicht erwähnt werden, dass die Beurteilung dieser Frage schon längst durch das Bundessozialgericht (BSG) erfolgt ist.

Das BSG hat mit seinen Urteilen vom 28.1.2004 und 28.5.2008 festgestellt, dass es einem Psychotherapeuten mit einer maximal ausgelasteten Praxis möglich sein muss, ein durchschnittliches fachärztliches Einkommen zu erzielen. PsychotherapeutInnen können jedoch auch bei maximalem Arbeitseinsatz kein Einkommen erreichen, das dem Durchschnitt der anderen zum Vergleich heranzuziehenden Arztgruppen (zum Beispiel AugenärztInnen, GynäkologInnen oder HNO-ÄrztInnen) entspricht. Sie verdienen im Vergleich zu anderen Facharztgruppen nicht nur am wenigsten, auch der Abstand zu einem vergleichbaren Facharzteinkommen ist eklatant groß.

Kerstin Burgdorf

Nach langem Ringen: Präventionsgesetz im Bundestag verabschiedet

Nach drei vergeblichen Anläufen in den vergangenen zehn Jahren hat der Bundestag am 18.5.2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) verabschiedet. Damit soll eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden, die der demografischen Entwicklung, dem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt gerecht wird.

Das Gesetz enthält tatsächlich eine Reihe von deutlichen Verbesserungen für die Gesundheitsförderung: So wird es zum Beispiel eine deutliche Erhöhung der Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen von bisher 0,55 Cent auf 1,05 Euro pro Versichertem geben (§ 20c SGB V).

Darin enthalten ist auch eine verankerte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, im Rahmen derer eine gezielte Früherkennung und -behandlung von Patient/-innen, z. B. mit psychischen Erkrankungen, möglich wird (§ 25 SGB V).

Und das Gesetzespaket enthält, wie viele andere Gesetze auch, einige Regelungen für andere Themenfelder, die im sog. Omnibusverfahren quasi mitbeschlossen wurden: So wurden im Vorgriff auf ein Gesetzgebungsverfahren zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitende Maßnahmen beschlossen. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) wird mit der Regelung im § 17 a SGB XI der gesetzliche Auftrag erteilt, mit der Entwicklung von Begutachtungs-Richtlinien zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) zu beginnen. Inhaltliche Richtschnur des Auftrages sollen laut Gesetzesbegründung die vorliegenden Berichte und Empfehlungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009) und des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbe-

griffs (2013) sowie die Ergebnisse und Empfehlungen aus den Erprobungsprojekten zum neuen Begutachtungsverfahren, die Anfang 2015 abgeschlossen wurden, sein.

Die DGVT begrüßt die Verabschiedung des Präventionsgesetzes. Nach jahrzehntelangem Ringen und mehreren gescheiterten Gesetzesanläufen ist das Gesetz ein wichtiges Zeichen, um die gesellschaftliche Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung stärker in das politische und öffentliche Bewusstsein zu rücken. Zugleich sehen wir aber auch auf einige kritische Punkte. Aus Sicht der DGVT fehlen nach wie vor konkrete Maßnahmen, um die gravierende sozial bedingte gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland nachhaltig zu reduzieren. Das Gesetz beschränkt sich im Kern auf Prävention bzw. auf die Verteilung entsprechender Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen also von deren Versicherten. Bürger, die privat versichert sind, oder Beamte sind damit nicht an der Finanzierung der Leistungen beteiligt, werden aber sehr wohl davon profitieren. Wichtige Akteure wie zum Beispiel Bund, Länder und Gemeinden werden somit nicht wirklich in die Verantwortung genommen werden. Gleichwohl: Ein wesentlicher Fortschritt liegt darin, dass Prävention in Lebenswelten, also in Kitas, Schulen, Betrieben, Pflegeeinrichtungen und Stadtteilen, ein stärkeres Gewicht als Kurse zur Verhaltensänderung erhalten soll.

Psychotherapeutische Angebote werden zukünftig auch einzubeziehen sein, wenn es um die Definition von Handlungsfeldern und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention geht. Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht in einer Stellungnahme zum Präventionsgesetz eine Reihe von Aufgabenbereichen für PsychotherapeutInnen bei der Gesundheitsförderung, die im jetzigen Gesetz noch nicht ausdrücklich berücksichtigt wurden. So erfordert z.B. die Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 oder Adipositas bei Kindern und Jugendlichen schwierige Einstellungs- und Verhaltensänderungen, für die Psychotherapeuten über die fundierteste Expertise verfügen.

Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Dietrich Munz hält in seiner Stellungnahme Folgendes fest: „Stellt ein Psychotherapeut Symptome einer psychischen Überforderung fest, die zu einer psychischen Erkrankung führen können, sollte er präventive Maßnahmen empfehlen können“, so Munz. „Es gibt keinen sachlichen Grund dafür, dass diese Leistungen nur von Ärzten erbracht werden sollen.“ Dies gilt auch für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen. Zeigen Kinder und Jugendliche psychische Auffälligkeiten, sollten diese in der Sprechstunde von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeklärt werden. Bei Risiken für die psychische Gesundheit, aus denen sich noch keine behandlungsbedürftigen Erkrankungen entwickelt haben, sollte der Psychotherapeut unmittelbar eine Präventionsempfehlung geben können.“

Waltraud Deubert

Entwurf für ein Hospiz- und Palliativgesetz – Erste Lesung am 17.6.15

Die Bundesregierung hat einen Entwurf für ein Hospiz- und Palliativgesetz vorgelegt, mit dem gezielte Anreize zum Aus- und Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt werden sollen. Der Bundestag befasste sich am 17. Juni in erster Lesung damit.

Die Palliativversorgung soll Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden. Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, die PatientInnen bei der Auswahl von Angeboten der Palliativ- und Hospizversorgung individuell zu beraten.

Im Gesetzentwurf ist eine bessere finanzielle Ausstattung der stationären Hospize für Kinder und Erwachsene vorgesehen. Die Tagessätze für Hospize werden pro Patient um 25 % von derzeit rund 198 Euro auf rund 255 Euro angehoben und die Krankenkassen

sollen künftig 95 statt 90 % der zuschussfähigen Kosten tragen.

Bei den ambulanten Hospizdiensten sollen künftig neben den Personalkosten auch die Sachkosten bezuschusst werden. Die sogenannte Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll flächendeckend verbreitet werden.

Für den Fachbereich *Behindertenhilfe und Soziale Psychiatrie* von Bedeutung ist, dass Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung künftig bezahlt von der Krankenkasse für ihre Bewohner eine Planung zur individuellen medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren können (§ 132g SGB V).

Die Sterbebegleitung soll Bestandteil des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Pflegeversicherung werden. Pflegeheime sollen gezielt *Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten* abschließen, um die medizinische Versorgung in den Heimen generell aufzuwerten. Vorbild ist die zahnärztliche Versorgung in Heimen, die bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz der vorigen Koalition durch eine ähnliche Vorschrift zur Kooperation verbessert worden ist. Aus der bisherigen Kann-Möglichkeit, Kooperationen mit Ärzten einzugehen, soll nun auch hier eine Soll-Vorschrift.

Ärzte sollen zusätzliche Vergütungen erhalten können, wenn sie sich an der medizinischen Versorgung von Bewohnern von Pflegeheimen beteiligen. Mit Wirkung zum 1. April 2016 sollen entsprechende Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verankert sein, heißt es in dem Entwurf.

Ausdrücklich erwähnt werden auch Praxisnetze, die von den ergänzenden Vergütungsregeln profitieren können sollen. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung zu evaluieren.

Die DGVT begrüßt das Hospiz- und Palliativgesetz und die damit verbundenen Pläne der Bundesregierung, die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu verbessern. Allerdings wurden in dem

Entwurf bisher psychische Erkrankungen nicht berücksichtigt. Psychotherapie in Pflegeheimen ist eine dringende Notwendigkeit – darauf weist eine Vielzahl empirischer Studien hin. Denn Bewohner von Pflegeheimen haben eine erhöhte Prävalenzrate von 25 bis 35 Prozent an Depressionen. Laut Bundespsychotherapeutenkammer wird nur ungefähr die Hälfte der psychischen Erkrankungen in Palliativ- oder Hospizeinrichtungen erkannt und nur etwas mehr als ein Drittel behandelt.

Nach jetzigem Kenntnisstand ist folgendes parlamentarische Verfahren vorgesehen:

- September 2015: Anhörung Gesundheitsausschuss Bundestag
- November 2015: 2./3. Lesung Bundestag
- November 2015: 2. Durchgang Bundesrat.

Den Gesetzentwurf, Stand 12.06.2015, finden Sie unter
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/051/1805170.pdf>

Waltraud Deubert

INFORMATIONEN zum SGB IX: Reformvorhaben und Aktivitäten des BMAS

1) Teilhabeforschung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat eine Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse auf der Homepage des BMAS einsehbar sind:
<http://www.bmas.de/DE/Service/Publicationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb447.html>.

Die methodischen Voraussetzungen für eine Teilhabeforschung sind nach Informationen des BMAS geklärt. Das von den Wissenschaftler/-innen vorgeschlagene Konzept soll umgesetzt werden. Bestandteil der Forschung soll auch eine Befragung von 40.000

Menschen mit Behinderung sein. Das BMAS befindet sich demnach hinsichtlich der finanziellen Mittel mit dem Bundesministerium für Finanzen (BMF) im Gespräch. Wenn dieses zustimmt, könnten ab 2016 Mittel für die Teilhabeforschung bereitgestellt werden.

2) Teilhabebericht

Die Bundesregierung erstellt seit 2004 einen "Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe" gem. § 66 SGB IX. Für diese Legislaturperiode ist die Veröffentlichung des Berichts für Ende 2016 geplant. Nach Informationen des BMAS sollen in diesem Bericht zwei Schwerpunktthemen aufgegriffen werden: a) Behinderung auf Grund von Obdachlosigkeit und b) Migration und Behinderung.

3) Bundesgleichstellungsgesetz (BGG)

Ein erster Referentenentwurf soll in Kürze in die Abstimmung mit den Ländern und den Verbänden gegeben werden.

4) Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das Gesetzgebungsverfahren zum BTHG soll Mitte 2016 abgeschlossen sein. Das bedeutet, dass der Referentenentwurf, wie bisher geplant, im Herbst 2015 vorliegen und die Befassung im Bundeskabinett zu Beginn des Jahres 2016 erfolgen soll.

5) Nationaler Aktionsplan (NAP)

Eine überarbeitete Fassung soll bei den Inklusionstagen am 24./25. November 2015 in Berlin vorgestellt werden.

6) Misshandelte Heimkinder mit Behinderung

Während nichtbehinderte, ehemalige Heimkinder, die in der Vergangenheit Gewalt in Heimen erlebt haben, Entschädigungsleistungen bekommen, gehen Menschen mit Behinderungen in der gleichen Situation bislang leer aus. Laut BMAS sei man mit den Ländern wieder im Gespräch, um gemeinsam einen Weg zu finden. Demnach arbeiten Bund, Länder und Kirchen zurzeit gemeinsam an einem Lösungsvorschlag, der bis Ende August dieses Jahres vorliegen soll.

7) Opferentschädigungsrecht

Ein Gesetzentwurf zum Opferentschädigungsrecht wurde für Herbst dieses Jahres angekündigt. Nach Informationen des BMAS sollen bereits vorhandene Instrumente gestärkt und zum Beispiel Trauma-Ambulanzen gesetzlich verankert werden.

Waltraud Deubert

BKK Gesundheitsatlas: Gesundheit in den Regionen - Blickpunkt Psyche

Der BKK Gesundheitsatlas 2015 legt den Fokus auf psychische Erkrankungen, insbesondere auf Depression und Burn-out-Syndrom. Dazu wurden BKK-Versicherten-daten von rund 4,3 Millionen beschäftigten Versicherten hinsichtlich regionaler Unterschiede hinsichtlich der Erkrankung und den daraus resultierenden Fehlzeiten analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass ungefähr 15 % aller AU-Tage durch psychische Störungen bedingt sind. Die am häufigsten genannte Ursache waren die affektiven Störungen (46,2%). Zudem verursachen psychische Störungen auch die längsten Krankheitsdauern (ca. 40 Krankheitstage). Frauen sind insgesamt häufiger krankgeschrieben als Männer und auch häufiger aufgrund von psychischen Störungen (v.a. Depression und Burn-out). Dementsprechend fallen bei Frauen auch mehr krankheitsbedingte Ausfallzeiten an. Am häufigsten und längsten sind Personen kurz vor der Berentung krankgeschrieben.

Krankentage aufgrund von psychischen Störungen haben sich laut BKK seit 2003 mehr als verdoppelt. Die Falldauer bei Krankschreibung ist in zehn Jahren um 25 Prozent gestiegen. Empirische Studien zeigen jedoch keine wesentliche Zunahme psychischer Störungen. Laut BKK lässt sich dieses Ergebnis dadurch erklären, dass die Menschen ihr psychisches Leiden mittlerweile eher akzeptieren und dadurch auch häufiger Hilfe in Anspruch nehmen. Daraus

folgt, dass die Menschen auch häufiger aufgrund von psychischen Störungen krankgeschrieben werden.

Außerdem zeigen sich große regionale Unterschiede bei den psychischen Diagnosen. Depressionen werden häufiger in Süddeutschland diagnostiziert als im Norden oder Osten Deutschlands. Außerdem werden in Großstädten (z.B. Berlin, Hamburg, München) häufiger psychische Störungen attestiert als in ländlichen Gegenden.

Weitere Informationen finden Sie hier:

<http://www.bkk->

[dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/](http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/)

<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/arbeitsunfae-2.html>

Jana Arndt

Gesundheitsmonitor der BARMER GEK

Ärztebefragung zur Wahrnehmung von Patientenrechten und zum PatRG

(ja) Die Bertelsmann Stiftung und die Barmer GEK haben im Rahmen eines Gesundheitsmonitors Online-Interviews mit 800 Ärzten durchgeführt. Gefragt wurde nach der Selbsteinschätzung der Ärzte bezüglich ihrer Kenntnisse über Patientenrechte (PatR) und das Patientenrechtegesetz (PatRG).

Bezüglich der PatR wurden vier Hauptdimensionen abgefragt: Die Qualität und Sicherheit der Behandlung, Dokumentationspflichten, das Patientenrecht auf Einsicht in die Krankenunterlagen sowie die Pflichten zur Information und Aufklärung der Patienten. Die meisten der befragten Ärzte (80%) gaben an, dass sie sehr gute bis gute Kenntnisse über Patientenrechte haben. Krankenhaus-ärzte gaben häufiger als niedergelassene Ärzte an, dass sie eine hohe Kenntnis von PatR haben.

Bezüglich des PatRG gaben 20% der Ärzte an, dass sie das Gesetz in allen oder mindestens in den meisten Bestimmungen

gut kennen würde (Gruppe der Experten). 48% der Befragten Ärzte gaben an, dass sie einige der Bestimmungen kennen (Gruppe der Kenner). 32% der Befragten gaben an, dass sie das Gesetz entweder gar nicht kennen oder nur vom Hörensagen (Gruppe der Nichtkenner).

Beim Vergleich der Angaben zu PatR und PatRG zeigte sich, dass 44 Prozent der Befragten mit hoher Kenntnis von PatR auch das PatRG sehr gut kennen. Allerdings zeigte sich auch, dass etwa jeder sechste Arzt, der angibt die PatR gut zu kennen, das PatRG nicht kennt. Fünf Prozent mit niedriger Kenntnis von Patientenrechten kennen immerhin das PatRG sehr gut. Fast 70 Prozent der PatRG-Experten haben auch hohe Kenntnisse von Patientenrechten. Bei den Befragten, die angegeben haben das PatRG gut zu kennen, sehen 75% im Gesetz eine höhere Belastung für Ärzte, mehr Rechtssicherheit oder Transparenz für die Patienten (53%), jedoch nicht mehr Rechtssicherheit für die Ärzte selbst (52 %).

Die Ergebnisse dieser Befragung deuten darauf hin, dass auf Seiten der Ärzte noch Informationsbedarf, vor allem in Bezug auf das PatRG, besteht. Dies spricht dafür, dass die Ziele des Gesetzes, nämlich Rechtssicherheit, Transparenz und Information bislang nicht zufriedenstellend erreicht wurden. Da bei dieser Befragung lediglich eine subjektive Einschätzung der Ärzte über ihre Kenntnisse bezüglich der PatR und dem PatRG abgefragt wurde, könnten die Ergebnisse durch soziale Erwünschtheit (also die Tendenz, Fragen so zu beantworten, dass sie sozialen Normen entsprechen) verzerrt sein. Daher wäre es möglich, dass die Befragten ihre Kenntnisse bezüglich PatR und PatRG positiver darstellten, als sie tatsächlich sind. Nun wäre es interessant, wenn man in einer weiteren Befragung die tatsächlichen Kenntnisse der Ärzte abfragen würde, um dann die Ergebnisse der beiden Befragungen zu vergleichen.

Weitere Informationen finden Sie hier:
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Sub>

*portal/Presseinformationen/Aktuelle-
Pressemitteilungen/150617-
Gesundheitsmonitor/Gesundheitsmonitor-2-
2015,property=Data.pdf*

Barmer GEK-Bericht: Mehr Jugendliche mit Essstörungen

Die Barmer GEK berichtet in einer Pressemitteilung vom Juli 2015, dass in Berlin und Brandenburg deutlich mehr Jugendliche mit Essstörungen als vor fünf Jahren behandelt wurden. Wegen Magersucht, Bulimie oder Esssucht wurden in Brandenburg 2009 noch 94 Barmer-Versicherte zwischen 13 und 18 Jahren behandelt. 2014 waren es bereits 220 Patienten in dieser Altersgruppe, die an einer Essstörung litten. In Berlin sei die Zahl im gleichen Zeitraum um fast 50 % gestiegen (von 149 auf 223 Jugendliche). In Berlin und Brandenburg hat die Barmer GEK 839 200 Versicherte.

Zweiter alternativer Drogen- und Suchtbericht fordert wei- terhin eine Reform des BtMG

(ja) Am 18. Mai 2015 wurde der alternative Drogen- und Suchtbericht veröffentlicht, der seit 2014 von akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und dem JES Bundesverband e.V. jährlich herausgegeben wird. In diesem Bericht wird die bestehende Drogenpolitik stark kritisiert und eine Reform des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) gefordert. Der alternative Drogen- und Suchtbericht beinhaltet auf fast 200 Seiten eine Vielzahl an Beiträgen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten, die aus Sicht der Herausgeber aus dem Blick der Sucht- und Drogenpolitik geraten sind. In ihrem Vorwort schreiben Heino Stöver, Bernd Wese und Dirk Schäffer, dass „die Öffentlichkeit ein starkes Interesse an einer

realitätsnahen und integrativen Drogenpolitik hat und eine Politik ablehnt, die größtenteils auf dem Wunsch basiert, dass es bestimmte Drogen gar nicht gäbe sowie politisch überwiegend mit Verboten und Kriminalisierung der Konsumentinnen reagiert“. Die Autoren kritisieren, dass es der Drogenpolitik der Bundesregierung an „strategischen, innovativen und substanzübergreifenden Konzepten sowie konsistenten Aktionsplänen“ fehlt. Deshalb sei der alternative Drogen- und Suchtbericht ein notwendiges Instrument, um eine zusammenfassende Gegenöffentlichkeit gegenüber den offiziellen Verlautbarungen der Bundesregierung zu schaffen.

Die Autoren vertreten die Ansicht, dass das BtMG massive Schäden anrichtet und beschreiben die Strafverfolgung und Repression als Mittel einer längst gescheiterten Drogenpolitik. Verbote allein würden weder den Drogenkonsum, noch den Drogenhandel verhindern, sondern lediglich das Geschehen in die Illegalität und damit ins Verborgene drängen. Dort seien die Konsumierenden jedoch für Hilfsangebote kaum erreichbar. Es werden noch weitere Argumente gegen die bestehende Drogenpolitik aufgeführt, wie beispielsweise die Beschaffungskriminalität aufgrund horrender Schwarzmarktpreise und die unkontrollierbare Beimischung gefährlicher Strecksubstanzen. Außerdem würden durch die Strafverfolgung von Konsumierenden enorme Summen von Steuergeldern verschwendet.

Anstelle einer Verbotspolitik wird eine wirksame staatliche Regulierung gefordert. Nach dem Prinzip der Schadensminimierung soll das Leben der Abhängigen und deren Gesundheit geschützt werden. Dafür sollen individuelle, suchtakzeptierende Hilfsangebote gegeben werden. Ausgangspunkt jeglicher Drogenpolitik sollen damit die Konsumierenden und ihr gesundheitliches und gesellschaftliches Wohlergehen sein. Die Autoren fordern verschiedene Maßnahmen, die in Bund und Länder umgesetzt werden sollen. Unter anderem wird eine staatlich kontrollierte Distribution von Cannabis-Produkten und ein massiver Ausbau des Zugangs zu

Diamorphin über das Medizinsystem, eine Festlegung von bundesweit einheitlichen straffreien Drogenmengen für den Eigenbedarf sowie eine bundesweite Verfügbarkeit von Drogenkonsumräumen gefordert.

Weitere Informationen finden Sie hier: <http://alternativer-drogenbericht.de/>

Wissenschaftliches Beratungsangebot zur Amokprävention

Im Folgenden möchten wir Ihnen Informationen des Beratungsnetzwerks Amokprävention zur Verfügung stellen, die der Lehrstuhl für Kriminologie der Uni Gießen (Prof. Bannenberg) gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Amoklauf Winnenden initiiert hat. Der Lehrstuhl bietet fachliche Beratung zur Amokprävention sowie zur Gefahrenprognose an.

Bitte reichen Sie diese Informationen an interessierte KollegInnen weiter.

Sie fürchten eine Amoktat? Du machst Dir Sorgen, es könnte zu einer Amoktat kommen?

Sie sind besorgt wegen des Verhaltens eines Schülers (eines Mitschülers / einer Mitschülerin) / eines Freundes Ihrer Kinder / eines Kollegen / eines Bekannten?

Das Verhalten wirkt bedrohlich, ist jedoch schwer einzuschätzen? Es könnte sich um eine Amokdrohung handeln? Es könnte auch ein unbedachter, dummer Scherz sein? Es könnte aber auch der Hinweis auf eine andere Problemlage sein?

Sie sind sich nicht sicher, ob Sie die Polizei informieren sollten? Ob es sinnvoll wäre, die Schulpsychologie oder andere externe Berater einzuschalten? Ob Sie den Schüler / den Kollegen selbst ansprechen sollten?

Gern beraten wir Sie, über bestehende Strukturen und Angebote hinaus, kostenlos bei der Abklärung der Bedrohung (Gefahrenprognose)

se) und beim Umgang mit der bedrohlichen Person.

Rufen Sie uns (Mo. – Do. von 9:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 15:00 Uhr) an.

Telefon: 0641 99 21571

Falls Sie ausnahmsweise niemanden erreichen, rufen wir Sie rasch zurück. Bitte hinterlassen Sie Ihre Rufnummer auf dem Anrufbeantworter. Rufen Sie im Notfall die Polizei (110)!

Schreiben Sie uns eine Mail: sekretariat.bannenberg@recht.uni-giessen.de

Wir arbeiten mit dem Aktionsbündnis Amoklauf Winnenden zusammen. Weitere Informationen zum Beratungsnetzwerk Amokprävention finden Sie hier auf der Homepage der hiesigen Professur unter: <http://www.uni-giessen.de/fbz/fb01/professuren/bannenberg>

Unsere Expertise: Forschung zu Amoktaten

An der Professur für Kriminologie, Jugendstrafrecht und Strafvollzug der Justus-Liebig-Universität Gießen befassen wir uns seit Jahren mit der interdisziplinären Erforschung von Amoktaten und Amokdrohungen. Seit 2013 bis 2016 forschen wir, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), in einem nationalen Forscherverbund zum Thema. Unser Anliegen ist es, Amoktaten zu verhindern und betroffene Institutionen mit unseren wissenschaftlichen Erkenntnissen zu unterstützen.

Ihr Team der Professur Bannenberg

Neue „Unabhängige Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch“ (UAK)

(ja) Am 2. Juli 2015 hat der Deutsche Bundestag abschließend über die Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch (UAK) abgestimmt. Die Kommission wird im Januar

2016 ihre Arbeit aufnehmen und zunächst bis März 2019 tätig sein. Mit der UAK wird erstmals der Missbrauch in Institutionen und in der Familie durch eine staatliche Kommission untersucht. Die Kommission wird dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, zugeordnet. Die UAK wird in einer interdisziplinären Zusammensetzung aus bis zu sieben Mitgliedern bestehen, unter anderem auch aus psychologischen Disziplinen. Für die anstehenden Kosten sollen jährlich ca. 3 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Eine gesetzliche Grundlage wird es für die Kommission nicht geben. Auch die Finanzierung ist noch nicht abschließend geklärt. Die Einrichtung einer Kommission war seit Jahren eine zentrale Forderung von Betroffenen, weiteren ExpertInnen und dem Beauftragten.

Die UAK soll Betroffene anhören, Zeitzeugen- und ExpertInnengespräche führen und bereits vorliegende Aufarbeitungsberichte auswerten, dokumentieren und archivieren. Damit soll in der Kindheit erlittenes Unrecht gesellschaftlich Beachtung finden und anerkannt werden. Es sollen Forschungsaufträge initiiert werden, beispielsweise für die Aufarbeitung des Missbrauchs in Familien durch die Untersuchung von Straf-, Familiengerichts- und Jugendamtsakten. Das Ziel ist dabei, ein größeres gesellschaftliches Verständnis für das Ausmaß und die Folgen von Missbrauch für die Betroffenen und die Gesellschaft zu erlangen. Damit soll aus Erfahrungen der Vergangenheit für die Zukunft gelernt und Verantwortung für Fehler und Versäumnisse übernommen werden.

Mit der UAK setzt Deutschland international Akzente, da sie die erste Kommission ist, die Missbrauch in allen institutionellen Einrichtungen und in der Familie in den Fokus nehmen will.

Weitere Informationen finden Sie hier:

<http://beauftragter-missbrauch.de/aufarbeitung/aufarbeitung-in-deutschland>

Berichte aus den Landesgruppen

Bayern

Aus der Landeskonferenz der Richtlinienpsychotherapieverbände (LAKO) und dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (BFA-PT)

Böse Zungen, zumindest „preußische“, behaupten in Bayern gingen die Uhren anders. Selbst als gebürtiger Bayer muss man dem manchmal zustimmen.

Ein Paradebeispiel an rückwärtsgerichteter Gesundheitspolitik lieferte die 2. stellvertretende Vorsitzende der KVB, Dr. Ilka Enger, mit einem Brief, den sie an Minister Gröhe, die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages und an die Bayerischen Mitglieder des Deutschen Bundestages schickte. Diesen Brief sandte sie einen Tag vor der dritten Lesung des GKV Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG).

Was war der Inhalt dieses Briefes? Die Vertreterin der niedergelassenen Psychotherapeuten in Bayern fordert Minister Gröhe zu Folgendem auf:

„[...] Allerdings soll durch einen Änderungsantrag auch die Befugniseinschränkung für Psychotherapeuten zurückgeführt werden. Hier unterstütze ich die geplanten Änderungen nicht, sondern erbitte eine erneute Reflexion. Die vorgesehenen Kompetenzerweiterungen sollten auch zukünftig auf Ärzte begrenzt werden, da nur sie über die Möglichkeiten der notwendigen Organdiagnostik und eines mehrdimensionalen Therapieansatzes aus Psychotherapie, Pharmakotherapie und Soziotherapie verfügen. Eine Krankenhausbehandlung darf im Sinne der Patienten, aber auch des Wirtschaftlichkeitsprinzips nur erfolgen, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend sind. Dies muss im Rahmen der Verordnung einer Soziotherapie (vgl. §4 Abs. 1 der Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung) beurteilt werden. Dies bedeutet, dass alle

Möglichkeiten eines ambulanten Therapieansatzes ausgeschöpft sein müssen, bevor eine Krankenseinweisung angezeigt ist. Dies kann auf Grund der erworbenen Kompetenzen im Studium und Ausbildung nur ein Arzt beurteilen.

Grundsätzlich unterstütze ich im Rahmen der Ausbildungsreform der Psychologischen Psychotherapeuten die Vermittlung medizinischer Basiskennnisse. Dies sollte zukünftige Psychologischen Psychotherapeuten noch besser in die Lage versetzen, in welchen Situationen Ärzte zur differentialdiagnostischen Klärung oder zur Einleitung einer zusätzlichen pharmakotherapeutischen Intervention hinzuzuziehen sind. Ohne medizinisches Studium können aber nicht die notwendigen pathophysiologischen, neuroanatomischen, pharmakologischen aber auch sozialmedizinischen Kenntnisse erworben werden, um den möglichen Erfolg, der durch die Kombination von Psychotherapie mit weiteren therapeutischen Maßnahmen auch unter ambulanten Bedingungen eintreten könnte, abschätzen zu können.

Die Überarbeitung der Psychotherapie-richtlinie und damit verbunden die Aufnahme einer offenen Sprechstunde und weitere Angebote wie Krisenintervention, Prävention u.a. werden eine Veränderung des Praxisalltags der psychotherapeutischen Praxen bedeuten. Die Praxen werden sich einer neuen Struktur und einem neuen Ablauf stellen müssen und darüber hinaus auch einen stärkeren Anteil an Bürokratie in ihren Alltag integrieren müssen. Darüber hinaus hat der G-BA erst Anfang dieses Jahres eine jahrelange Diskussion mit einem Beschluss auf die Neufassung der Soziotherapierichtlinie beendet, die vom Bundesministerium Anfang April nicht beanstandet wurde.

Sehr geehrter Herr Bundesminister: Die Rückführung der Befugniseinschränkung für Psychotherapeuten stärkt nicht die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland. Vielmehr sollte die anvisierten Änderungen der Ausbildung und der Psychotherapierichtlinie die volle Aufmerksamkeit

zu Teil werden und eine angemessene Zeit zur Umsetzung auch der neuen Soziotherapie-richtlinie gegeben werden.“

Für Experten war diese für uns PP/KJP brüskierende Initiative von Frau Enger überraschend und unverständlich. Zu den Aufgaben von Frau Enger im KV-Vorstand gehört die besondere Sorge um die Bedürfnisse der Psychotherapeuten, insbesondere der PP und KJP. Häufig wirkt sie auch sehr bemüht, Ausgleich und Verständnis zu erreichen. Wieso dann dieses Schreiben – wem sollte es dienen? Jeder Insider weiß, dass der Text für ein Gesetz am Tag vor der dritten Lesung im Bundestag nicht mehr verändert werden kann, zumindest nicht durch die öffentliche Initiative einer Lobbyistin. Sollte sie hier den Einflüsterungen ärztlicher Psychotherapeuten erlegen sein, und wollte sie hier zumindest symbolisch besonderes Verständnis zeigen wollen? Ohne Rücksicht auf Verluste? Ihre Beziehungen zu den PP/KJP hat sie zumindest nachhaltig geschädigt. Die Verbände der Psychotherapeuten haben die nächste Gesprächsrunde mit Frau Enger als zuständigem KV-Vorstand im Juli unter Hinweis auf das beschädigte Vertrauensverhältnis abgesagt.

Aber es geht auch vorwärts in Bayern, zumindest in einigen Teilen Bayerns. So hat der Bezirk Oberbayern beschlossen, ein Projekt mit dem Ziel „wohnortnahe Hilfen für Menschen in seelischer Not“ über fünf Jahre zu fördern flächendeckend auszubauen.

Der Krisendienst sei ihm für mich ein „Herzensanliegen“, sagte Bezirkstagspräsident Josef Mederer. *„Endlich können Menschen in akuten seelischen Krisen wohnortnah und rasch einen Hilferuf absetzen, ohne dass sie fürchten müssen, mit dem Notarzt auch die Polizei im Haus zu haben. Zudem werden sie fachkompetent unterstützt, das jeweils am besten für sie geeigneten Hilfeangebote zu finden.“* Das Projekt sei erfreulicherweise das Ergebnis der hervorragenden Kooperation zwischen den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, den Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) und dem Bezirk Oberbayern, so Mederer weiter.

Der Ausbau des Krisendienstes erfolgt laut dem Beschluss des Bezirkes stufenweise. Geplant sind vier Versorgungsgebiete, die fast deckungsgleich mit den vier Planungsregionen sind.

Der Startschuss wird im Landkreis München fallen – gefolgt von der Region 10 (Ingolstadt, LK Eichstätt, LK Neuburg, LK Pfaffenhofen), weil dort die Vorbereitungen am weitesten gediehen sind.

Die Leitstelle ist weiterhin beim Atriumhaus in München angesiedelt. Bei ihr gehen – wie beim bestehenden Krisendienst München – die telefonischen Erstkontakte ein. Sie ist ärztlich geführt, mit speziell geschulten Fachkräften besetzt und übernimmt die Erstberatung. Die Leitstelle koordiniert die geeigneten Hilfen. Erreichbar ist sie künftig über eine zentrale 0180-Rufnummer aus ganz Oberbayern von 9 Uhr bis 24 Uhr.

Das wichtigste Anliegen ist die bestmögliche Wohnortnähe der Hilfeangebote. Deshalb übernehmen in den vier Versorgungsregionen dezentral verortete Fachstellen (u. a. Sozialpsychiatrische Dienste und Psychiatrische Institutsambulanz) die persönliche Krisenintervention. Je nach Bedarf erfolgt dies über kurzfristige ambulante Beratungstermine, Kriseneinsätze vor Ort oder stationäre Klinikeinweisungen.

In den Krisendienst können sich alle Bürger und Bürgerinnen Oberbayerns in akuten seelischen Notlagen wenden ebenso wie deren Angehörige, Betreuer und sonstige beteiligte Dritte im sozialen Umfeld. Auch Experten aus Medizin und Fachstellen finden dort ein offenes Ohr. Eingerichtet ist der Dienst auf Anrufer aller Altersgruppen ab 16 Jahren, Menschen mit und ohne Behinderungen sowie verschiedener Kulturkreise und aller gesellschaftlichen Gruppen.

Das Projekt wird derzeit ausschließlich über Mittel des Bezirkes gefördert, da die Krankenkassen bisher eine Unterstützung ihrerseits abgelehnt haben, mit der Begründung, dass dieser Bedarf über das Notfallsystem für somatische Erkrankungen abgedeckt werde, das von ihnen mitfinanziert werde.

Dieses reiche aber aus Sicht des Bezirks Oberbayern nicht aus, um die vielfältigen

Problemlagen von Menschen mit einer akuten seelischen Erkrankung zu bewältigen. In diesem Kontext hat die Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bezirksverband Oberbayern, vom Bezirk den Auftrag erhalten ein Konzept zu erarbeiten, wie ein möglicher Kriseninterventionsdienst für Jugendliche aussehen könne und aufgebaut werden kann.

Willi Strobl war beim ersten Arbeitsgruppentreffen dabei und es kristallisierte sich deutlich heraus, dass die Bedürfnisse der jungen Menschen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, die an einer seelischen Krise leiden, ganz anderer Natur sind und auch ein völlig anderes Herangehen notwendig machen. Ob sich auch für Jugendliche eine entsprechende Institution etablieren lässt, wird sich zeigen.

Willi Strobl

Landessprecher Bayern

Aus der Psychotherapeutenkammer

Delegiertenversammlung der Kammer am 26.6.2015

Die Delegiertenversammlung hat sich neben vielen notwendigen Routinen (Jahresabschluss, Entlastung Vorstand, Bericht über Umsetzung Weiterbildungsordnung u.a.) intensiv mit der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen beschäftigt. Unser Fraktionsmitglied Dr. Maria Gavranidou hat hierzu einen spannenden Fachvortrag gehalten. Nach einer längeren Diskussion wurde noch eine Resolution zum Thema verabschiedet, die sich auf die bessere Verfügbarkeit von Dolmetschern bezieht und insgesamt eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen fordert.

Wichtig noch: Die Kammer wächst und hat nunmehr Anrecht auf einen weiteren Bundesdelegierten (zum Deutschen Psychotherapeutentag). Hier wurde unser Fraktionskollege Priv.-Doz. Dr. Markos Marakos gewählt (1. Stellvertreter: Willi Strobl, 2. Stellvertreter Frank Mutert)!

Maßregelvollzugsgesetz verabschiedet und eine kleine Revolution ist geglückt!

Man mag es sich kaum vorstellen, aber es gab nun auch in Bayern einen Schritt zur Gleichstellung von PP/KJP mit Ärzten. Als der erste Gesetzentwurf im vergangenen Jahr vorgelegt wurde, war er konservativ gefasst, wie es nicht anders zu erwarten war: Klinikleitung und Zuständigkeit für Anordnungen (über Maßregeln): Alles in ärztlicher Hand. Seitens der Kammer haben wir anschließend viele gute Argumente zusammengetragen und fortschrittliche Beispiele aufgezählt. Es half alles nichts (zunächst mal) – das zuständige Sozialministerium meinte (ganz ähnlich wie Frau Enger, s.o.), Psychotherapeuten seien per se derart (begrenzt) ausgebildet, dass sie einer ärztlichen Aufsicht bedürfen. Dann begannen den Herbst/Winter über viele intensive Diskussionen mit Beteiligten und Insidern. Unser Fraktionskollege Dr. Christian Hartl als Mitarbeiter in der Forensischen Klinik im Universitätsklinikum Regensburg beispielsweise traf sich zum Gespräch mit dem regionalen Landtagsabgeordneten. Die Gewerkschaft ver.di nutzte gute Kontakte und auch die Kammer, die über Jahre hinweg manche wertvolle Kontakte zu Gesundheitspolitikern im Landtag (gerade bei der CSU) hatte, nutzte diese für Überzeugungsarbeit. Und alles zusammen fruchtete letztlich: Eine Gruppe von CSU-Abgeordneten aus dem Sozialausschuss des Landtages unter Leitung des Ausschussvorsitzenden Hr. Unterländer beantragte eine Änderung des Gesetzentwurfes. Zukünftig sollten Maßregelvollzugseinrichtungen in besonderen Fällen auch von PP geleitet werden können, und diese sollen auch, gleichberechtigt zu Ärzten, sofern die Leitung des Hauses nicht erreichbar ist, in ihre Verantwortungsbereich über Disziplinarmaßnahmen etc. entscheiden können. Am 8. Juli wurde das Gesetz mit diesen Änderungen verabschiedet.

Das neue bayerische Maßregelvollzugsgesetz enthält auch sonst einige fortschrittliche Regelungen: Die Untergebrachten haben Anspruch auf einen Therapieplan und eine Behandlung nach anerkannten Standards. Es gibt Regelungen für die Aufsicht der Ein-

richtungen (externe Fachaufsicht) sowie verschiedene Vorschriften zur Erhöhung der Transparenz und zu Beschwerdestellen.

Heiner Vogel

Kontakt:

bayern@dgvt.de; bayern@dgvt-bv.de

Berlin

Mittagsgespräch mit Jürgen Voigt zur Integrierten Versorgung

Jürgen Voigt, niedergelassener Psychotherapeut aus Berlin und assoziiertes Mitglied der Berliner DGVT-Liste NEUE WEGE, hat sich bereits in verschiedenen Kontexten intensiv mit der Integrierten Versorgung beschäftigt. Bei einem Listen-Treffen brachte er seine Gedanken zum Thema der Integrierten Versorgung ein.

Wir, Alexandra Rohe und Beate Lämmel, Delegierte der Berliner Psychotherapeutenkammer, verabredeten uns mit ihm und fragten nach.

A. Rohe: Was ist denn das, Integrierte Versorgung?

J. Voigt: Direkt übersetzt könnte man sagen: Integration verschiedener Versorgungsaspekte aus verschiedenen Sektoren in ein Behandlungskonzept. Wir kennen das: Jeder von uns behandelt PatientInnen unter einer bestimmten Diagnose, mit einem bestimmten Behandlungskonzept, das ausschließlich Gültigkeit für unseren Bereich hat (ambulante Psychotherapie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung). In einigen Fällen gibt es einen Austausch oder eine Abstimmung mit einem/einer anderen niedergelassenen BehandlerIn (meist ein/e Psychiater/in oder Neurolog/in) oder mit einem Krankenhaus. Von vielen Seiten wurde in der Vergangenheit immer wieder auf die Begrenztheit dieser Behandlungspfade für eine adäquate PatientInnenversorgung hingewiesen.

B. Lämmel: Dem versucht doch der Gesetzgeber seit einigen Jahren gerecht zu werden.

J. Voigt: Ja, mit der sog. „Integrierten Versorgung“ ermöglicht er AnbieterInnen Behandlungsstrukturen oder -pfade zu organisieren, die über die einzelnen Sektoren hinausgehen und andere Sektoren mit einschließen. D. h. es geht nicht nur um die Einbeziehung anderer AnbieterInnen aus dem gleichen Sektor (hier: ambulante, bzw. stationäre Behandlung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V), sondern der Gesetzgeber wollte hier grundsätzlich die Möglichkeit der Einbeziehung anderer Sektoren des Sozialgesetzbuches eröffnen (z.B. SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; oder SGB XI: Soziale Pflegeversicherung; oder SGB XII: Sozialhilferecht).

A. Rohe: Wer schließt Verträge mit wem ab?

J. Voigt: Die Verträge für Angebote der Integrierten Versorgung werden zwischen einzelnen Krankenkassen und den jeweiligen Anbietern (Trägern) abgeschlossen. Nachteilig und besorgniserregend für die Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) ist, dass die aktuellen Verträge fast ausschließlich von ärztlich dominierten Gruppen oder Managementgesellschaften (oder gar Tochterfirmen der Pharmaindustrie) abgeschlossen wurde. PP/KJP spielen sowohl bei der Gründung und Organisation, als auch bei den inkludierten Angeboten kaum eine Rolle. Teilweise wurden PP/KJP nicht mit in die Verträge aufgenommen, weil, so die Krankenkassen, diese Leistung ja auch anderweitig (über das Richtlinien-Psychotherapieverfahren) abgerufen werden könnte. Die Gefahr, dass die PP/KJP wieder, wie zu Zeiten des Delegationsverfahrens, nur die Rolle von „Heil-Hilfspersonen“ einnehmen werden, ist in der Integrierten Versorgung durchaus gegeben – und von manchen Akteuren möglicherweise sogar gewünscht.

B. Lämmel: Haben Sie ein Beispiel für uns?

J. Voigt: Hier ein Beispiel, um die Dimension zu verdeutlichen: Vor 2 Jahren fragte eine der größten BKKen bei einem Träger an, ob er Möglichkeiten sehe, für diese BKK die Psychotherapie für die gesamte Bundesrepublik zu organisieren – an der KV vorbei. So sehr wir uns immer wieder über die manchmal nicht optimale Integration der PP/KJP in die KV geärgert haben, erscheint diese Parallelstruktur für uns eher nachteilig.

A. Rohe: Wie nehmen Sie die Situation in Berlin wahr?

J. Voigt: Hier in Berlin gibt es mittlerweile zwei große und ein paar kleine Träger, die IV-Verträge mit verschiedenen Krankenkassen abgeschlossen haben. Mit durchaus guten und unterstützenswerten Angeboten für verschiedene, bisher nicht gut versorgte PatientInnengruppen. Das Dilemma für uns PP/KJP wurde dabei nur selten gelöst. Es gibt Träger, die extra PP/KJP anstellen, um die Versorgung für solche PatientInnengruppen zu verbessern. Das hört sich erst einmal gut an. Allerdings sind die Verdienstmöglichkeiten für unsere Kollegen und Kolleginnen dort meist deutlich schlechter, als in anderen Beschäftigungsverhältnissen.

B. Lämmel: Nur wie und vor allem warum sollten die PP/KJP eine Gesellschaft gründen?

J. Voigt: Zwischen der ambulanten Versorgung und den Sozialämtern, der Rentenversicherung, den Krankenhäusern und den psychiatriekomplementären Einrichtungen gibt es bis-her kaum eine Zusammenarbeit. Ziel sollte es also sein, ein sektorenübergreifendes Angebot zu schaffen, um ambulante PP/KJP-Praxen mit den o.g. Institutionen zu vernetzen. PatientInnen werden letztlich davon profitieren, wenn die Versorgung zentral organisiert wird - im Sinne eines Case-Managements – und durch andere Behandlungsbereiche ergänzt wird. Auch können PatientInnengruppen, die zurzeit schlecht oder kaum ambulant versorgt sind, besser eingebunden werden. Nach allen bisherigen Erkenntnissen werden die Krankenkassen ebenfalls davon profitieren.

A. Rohe: Was ist der Vorteil für die PP/KJP?

J. Voigt: Der liegt auf der Hand: Bei guter Vertragsgestaltung ist mehr Verdienst, ein Arbeiten im Netzwerk und das Schaffen von Arbeitsplätzen für junge KollegInnen möglich. Geht man davon aus, dass die IV weiter von Institutionen organisiert wird, die dadurch Mehrwert generieren können, werden weiterhin PP/KJP für weniger Entgelt angestellt, Gewinne werden zu Lasten der PP/KJP maximiert – und dass könnte zu Lasten der Arbeitszufriedenheit der PP/KJP gehen. Wenn wir PP/KJP keine IV-Verträge schließen, machen es weiterhin andere Berufsgruppen und Institutionen.

B. Lämmel: Was braucht man dazu?

J. Voigt: Zum einen braucht es PP/KJP, die Lust haben etwas zu entwickeln, zu bewegen und voran zu treiben. Sie sollten ihre Behandlungsschwerpunkte und Fachthemen ausloten und sich dabei gut vernetzen.

Um sich mit Geld, Zahlen und Rendite auseinandersetzen zu können, benötigen die PP/KJP zum anderen Unterstützung. Vielleicht in Form einer „Servicestelle“, wo Informationen zu dem Ablauf, den Bedingungen und Voraussetzungen gegeben werden können, wo Wissen zusammen getragen werden kann: z.B. wer bei welcher KK Ansprechpartner/in ist, welche Versorgungsbereiche bisher schlecht entwickelt sind, welche Gesellschaftsformen es gibt und welche davon für ein solches Vorhaben nützlich sind etc. Als kleinere Variante könnten auch Informationsveranstaltungen, Flyer oder ein "Logbuch" hilfreich sein.

A. Rohe, B. Lämmel: Vielen Dank, Herr Voigt.

Wir als Delegierte der PTK Berlin fragen: Könnte die Kammer hier unterstützen?

Alexandra Rohe und Beate Lämmel
Delegierte der Psychotherapeutenkammer
Berlin

Kontakt:

berlin@dgvt.de; berlin@dgvt-bv.de

Hessen

Diskussion mit Neu-Approbierten

Am 18. Mai 2015 haben VertreterInnen der Liste VT-AS (in der auch VertreterInnen der DGVT mitarbeiten) mit einer Gruppe von neu-approbierten KollegInnen in der Ausbildung zur PsychotherapeutIn aktuelle Fragen der Berufspolitik und Kammerpolitik diskutiert. In dieser Diskussion wurde deutlich, wie groß der Nachholbedarf an Informationen über Ziele und Aufgaben der Kammer bei den neu-approbierten KollegInnen ist.

Heike Winter und Karl-Wilhelm Höffler, die unsere Liste VT-AS im hessischen Kammervorstand vertreten, machten deutlich, dass die Kammern vor allem drei Aufgaben haben: Die Kammern seien zunächst eine Einrichtung, die der Qualitätssicherung der Psychotherapie diene. Dabei sei entscheidend, dass diese Qualitätssicherung unmittelbar aus der Profession heraus erfolge und nicht von staatlichen Aufsichtsgremien ausgeübt werde. Diese Funktion der Qualitätssicherung werde besonders deutlich bei Beschwerdefällen, die von PatientInnen an die Kammern herangetragen und von diesen bearbeitet würden. Eine zweite im Zukunft immer wichtigere Kammeraufgabe sei die Erschließung neuer Tätigkeitsfelder für junge KollegInnen, als Alternativen zur Niederlassung. Heike Winter und Karl-Wilhelm Höffler betonten darüber hinaus eine dritte Aufgabe, die schon jetzt intensiv diskutiert werde und künftig noch mehr die Arbeit der Kammern beeinflussen werde: Wenn im Rahmen der Neuformulierung des Psychotherapeutengesetzes ein Direktstudium eingeführt werde, sei es Aufgabe der Kammern, Regeln für die Weiterbildung nach der Approbation zu formulieren, die dann zur Fachkunde führen werde. Dabei komme es darauf an, die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung weiterhin auf sehr hohem Niveau zu halten, gleichzeitig aber auch anzuerkennen, dass ein Direktstudium „Psychotherapie“ (oder auch „Psychotherapiewissenschaft“, wie auch immer es heißen werde) bereits viele Kenntnisse vermittelt haben

wird, die in der Weiterbildung nicht „repetiert“ zu werden bräuchten.

Die Liste VT-AS plant, diese berufspolitische Info-Veranstaltung auch in der Fläche des Landes Hessen durchzuführen.

*Karl-Wilhelm Höffler,
Landessprecher Hessen*

Kontakt:

hessen@dgvt.de; hessen@dgvt-bv.de

Nordrhein-Westfalen

Am 10. Juli 2015 hat der Bundesrat dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), das der Bundestag am 11. Juni 2015 beschlossen hatte, zugestimmt. Damit ist es Gesetz, dass in Zukunft 4.500 Psychotherapeuten-Praxissitze durch die umstrittene Praxisaufkaufregelung im GKV-VSG bedroht sind.

Bislang konnten die Zulassungsausschüsse es ablehnen, ein Nachbesetzungsverfahren zu eröffnen, wenn ein Planungsbereich rechnerisch überversorgt war. Aus dieser „Kann-Regel“, die nach unserem Wissen nur sehr selten zur Anwendung kam, wird nun mit dem neuen Gesetz eine „Soll-Regel“. Dies bedeutet, dass die Zulassungsausschüsse zukünftig ab einem Versorgungsgrad von 140% Nachbesetzungsanträge ablehnen, Sitze schließen und entschädigen sollen. Die Zulassungsausschüsse können zwar noch nach Versorgungsgründen entscheiden, sie werden aber vom Gesetzgeber dahin gelenkt, Nachbesetzungen von Praxissitzen abzulehnen. Allein im Bereich der KV-Nordrhein sind 1.440 Praxen von dieser Regelung in Zukunft bedroht.

DGVT und DGVT-BV hatten sich im Gesetzgebungsverfahren dafür eingesetzt, dass psychotherapeutische Praxen von der Regelung ausgenommen werden – ohne Erfolg. Deshalb steht nun an, nach Wegen zu suchen, wie die Versorgung trotzdem weiter gesichert werden kann. Die Landesgruppe NRW von DGVT und DGVT-BV will sich dafür einsetzen, dass kein einziger Praxissitz stillgelegt wird. Es wäre doch ein Hohn, wenn bei den langen Wartezeiten und der

schlechten Versorgungssituation in NRW Versorgungssitze nicht weitergeführt werden könnten. Vielmehr soll die Versorgung durch Schaffung neuer Sitze zu verbessert werden – besonders im Ruhrgebiet.

Findige Juristen haben einen Weg beschrieben, wie über Verzicht, Anstellung und Übernahme eine Umgehung der Ablehnung einer Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss erfolgen kann. Dies ist jedoch ein Weg, den man langfristig vorbereiten muss und zu dem nicht nur zwei Partner, der/die Abgebende und der Nachfolger oder die Nachfolgerin mitspielen müssen, sondern noch ein/e Dritte/r, der/die bereit ist, die Anstellung in der eigenen Praxis für eine gewisse Zeit vorzunehmen. Dies ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

Die Landesgruppe NRW von DGVT und DGVT-BV wird diesen Weg fördern. Zunächst möchten wir für eine Vernetzung von Kolleginnen und Kollegen sorgen. Gerade in Städten wie Düsseldorf, Köln, Bonn und Dortmund, die hohe rechnerische Versorgungsgrade haben, werden wir uns um eine Vernetzung von Praxen, die in der nächsten Zeit abzugeben sind, von Praxen, die Anstellungsmöglichkeiten auf Zeit bieten können und von jungen Kolleginnen und Kollegen, die über den Weg einer Anstellung in die Niederlassung zu gehen bereit sind, bemühen. Wir können dann auch erfahrene Anwälte und Steuerberater vermitteln, die auf diesem Weg begleiten können.

Zunächst bitten wir Kolleginnen und Kollegen, die sich vorstellen könnten diesen Weg zu gehen, sich bei der Landesgruppe NRW zu melden. Wir können dann regionale Treffen organisieren, die zur Information und zur Vernetzung dienen sollen.

Johannes Broil

Landessprecher Nordrhein-Westfalen und Delegierter der Psychotherapeutenkammer NRW

Kontakt:

nrrw@dgvn.de; nrrw@dgvn-bv.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Sitzung des Vorstandes der KVMV und der LandesvertreterInnen der Berufsverbände

Am 3. Juni 2015 trafen sich in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) in Schwerin deren Vorstand und die LandesvertreterInnen der Berufsverbände. Wie immer berichtete zuerst der Vorstandsvorsitzende, Axel Rambow, über die aktuelle Lage.

Versorgungsstärkungsgesetz (VSG)

Herr Rambow nahm Stellung zum VSG, das inzwischen, am 23. Juli 2015, in Kraft getreten ist. Hinsichtlich der Sitzaufkauf-Soll-Regelung hob er neben der 140 % Schwelle die Erweiterung der Ausnahmen hervor. Die Bedarfsplanung, die Basis dieser 140 %, muss, nein soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zudem bis Ende 2016 kleinerer und versorgungsorientierter machen, insbesondere für die Psychotherapie.

(JF: Für die PT-Zulassungsausschüsse im Osten der Republik geht es bei der 140%-Schwelle des VSG schon jetzt fast nirgendwo über die alte 110 % "Kann"-Regelung hinaus. In Bezirken unter 110% Versorgungsgrad, wo aber keine Sitze mehr offen sind, werden niedergelassene PP / KJP ihren Praxissitz in Ost wie West ohnehin sicher weitergeben können, wenn sie jemand Geeignetes finden. In den westlichen Metropolen, befürchte ich, wird die Aufkaufregelung die Praxissitz-Abgabepreise noch höher treiben. Wer es sich nicht leisten will, sei willkommen im Rest der Republik!)

Bezüglich der Terminservicestellen betonte Herr Rambow den KV-Vorrang: wenn die KV eine Regelung biete, beschränke das den Krankenhaus-Zugang. Überweisungen zu FachärztInnen der Gynäkologie sowie der Augenheilkunde seien ohnehin ausgenommen, wie auch Routine- und Bagatellfälle. Die Psychotherapie werde überhaupt erst einbezogen, nachdem der G-BA tätig war

(neue Bedarfsplanung, mehr Befugnisse sowie Sprechstunden-Regelung). Auch bezüglich der Zweitmeinungen müsse ja erstmal vom G-BA die Gruppe der planbaren Eingriffe definiert werden. Dann allerdings werde man schon bei der PatientInnen-Aufklärung vor solchen Eingriffen auf das Zweitmeinungsrecht hinweisen müssen. Krankenhäuser dürften gemäß dem VSG künftig im Rahmen ihres Entlassmanagements leider auf Kosten des ambulanten Sektors verordnen. Die ebenfalls auf Kosten des ambulanten Sektors abrechnenden Hochschulambulanzen müssen künftig nicht mehr vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, ihre Fallzahlbegrenzungen entfallen. Gemeinsam sollen KBV, Kassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Zugangskriterien (Diagnose, Schwere bzw. Komplexität) prüfen, das BMG soll die Bereinigung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) prüfen. Generell erlaube das VSG eigentlich keine Umverteilung zu Lasten der MGV (§ 87a Abs. 4 SGB V).

Bei der Psychotherapie verlange das VSG vom G-BA, die Gruppentherapie zu erleichtern, Sprechstunden einzuführen, das Antragsverfahren inklusive Gutachterpflicht zu verschlanken und den Kassenpsychotherapeuten einige Verordnungen zu erlauben: Krankenhauseinweisung, Krankentransport, Empfehlung/Verordnung von psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen.

(JF: Man kann sich vorstellen, dass damit eine Sprechstunde auch in Bezug auf die Versorgung größeren Sinn ergibt.)

Den ambulanten Grundversorgern werden im VSG Geldmittel für die Weiterbildung zugesprochen, allein in M.-V. seien das 20 ambulante Arzt-Weiterbildungsstellen. Auch könnten über den Innovationsfonds des VSG ambulante Netzwerk-Projekte Förderung beantragen. Disease Management Programme (DMP) könnten nun auch für Depressionen und Rückenprobleme aufgelegt werden.

Aus dem Rettungsdienstgesetz wurde noch ein interessantes Detail berichtet, be-

züglich der gesetzlich vorgeschriebenen Hilfsfrist. Sie beträgt nun 10 Minuten, aber nicht mehr ab dem Anruf, sondern ab der Verständigung des Rettungsdienstes. Wer im Bereich der 108 Rettungsdienstwachen im Nordosten lebt, konnte zuletzt über den feinen Unterschied in empörten Zeitungsbeiträgen lesen. Hier oben liegen übrigens nur Rostock und Nordwest-Mecklenburg unter den 10 Min. Anfahrtszeit.

Zur „Selbsterfleischung“ der Hausärzte (HÄ) und Fachärzte (FÄ) innerhalb der KBV

Dieses Thema werde ich weglassen, da an anderer Stelle darüber genügend berichtet wird. Dasselbe gilt für die Skandale um die Ambulante spezialärztliche Versorgung. Neben der Parität von hausärztlichen und fachärztlichen VertreterInnen sei den KVen die Einrichtung von Ausschüssen für Angestellte (in der KVMV > 200) auferlegt worden. In der KBV-Vertreterversammlung (KBV VV) habe die Fraktion der FALK-KVen neuerdings über 50%. Das BMG hat der KBV inzwischen nur noch eine kurze Frist zur Beilegung der inneren Zwiste gewährt, bevor es dann von oben ordnend einzugreifen droht.

Man sollte unsere 6 PT-VertreterInnen in der KBV VV demnächst mal befragen, ob dort alles mit rechten Dingen zugeht. Als gewählte VertreterInnen haben diese ja u.a. eine Kontrollfunktion inne. Mich würde z. B. interessieren, ob in der KBV wenigstens unsere Verwaltungspauschal-Gelder korrekt verwendet wurden, wenn schon unsere Honorar-Interessen kaum vertreten werden. Aus Bayern hieß es: „...dass es da ein System der Selbstbedienung gab, die ihres Gleichen sucht“. Was da in letzter Zeit an Vorwürfen in der Fachpresse zu lesen war, warf schon größere Zweifel auf. Zumindest Kollege Weidhaas, Vorsitzender der KBV-VV hat sich wohl schon eindeutig (pro Dr. Gassen) positioniert, nachdem die Falk-Fraktion Gassens Rücktritt forderte. Mittlerweile liegen bereits Berichte von der außerplanmäßigen KBV-VV am 3. Juli 2015 vor. Dort wurde

der KBV-Vorsitzende Dr. Gassen nicht gekippt. Lesenswert ist auch die Verlautbarung der psychologischen PsychotherapeutInnen in der KBV-VV vom 30. Juni 2015 gegen einige FALK-Forderungen.

Zu den Krankenhäusern in M.-V.

Nicht erst seit einem Krankenhaus-Gutachten für die Landesregierung gibt es Diskussionen über die 37 Kliniken in unserem 1,2 Mio. Einwohner-Land. Die 29 Akutkrankenhäuser seien auch in der Fläche tätig, die Rehakliniken eher in „guter“ Lage. Kleine Häuser seien in der Regel ökonomisch nicht effizient, was sich z. B. wohl in Wolgast, Anklam und Ludwigslust zeigt. Kommunale Eigenbetriebe seien aber nur ein Drittel, die Hälfte der Häuser sei in privater Hand (von 5 börsennotierten Konzernen), der Rest in öffentlicher Hand. Der in M.-V. stark vertretene Helios-Konzern z. B. habe in 2013 15% Rendite ausgewiesen.

Zu den Honoraren in M.-V.

Der Deskription der 2013-2014er Honorar-Resultate in M.-V. war zu entnehmen, dass das Honorar pro PsychotherapeutIn um 3,6 % gesunken war, ganz entgegen dem Trend bei den Hausärzten und Fachärzten. Beim Honorarumsatz pro Arzt lag die KVMV im Ländervergleich an der Bundesspitze (2014er Jahreshonorarumsatz Psychotherapie lt. KVMV: 66.300 €). Beim Fallwert lag die KVMV jedoch unter dem Bundesdurchschnitt, wenn auch an der Spitze der neuen Bundesländer. Nur unsere Hausärzte in M.-V. schnitten da besser ab. Die PsychotherapeutInnen in M.-V. hingegen waren mit ihren Fallwerten sogar bundesweit das Schlusslicht.

Zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) 2015 in M.-V.

Die Bundes-Empfehlung des Bewertungsausschusses, quasi Vorgabe für die Landes-Verhandlungen, war ein 1,4 %-Anstieg des Orientierungspunktwerts (OPW) auf 10,2718

Cent. In M.-V. bildete das Schiedsamt am 27.4. aus +1,59 % Morbiditätszunahme und +0,62 % demografiebezogene Veränderungsrate gute +1,299 %. Für die Verlagerung von stationär zu ambulant kamen +0,2 % hinzu, für die bundesweite Förderung der fachärztlichen Grundpauschale +0,0277 % (JF: das will die KV M.-V. als pauschalen PFG-Zuschlag von 1 Cent verteilen, erneut ungerecht gegenüber uns), von der bundesweiten Förderung neuer Leistungen der Haus- und Fachärzte kamen weitere +0,8 % und von der Stützung haus- und fachärztlicher Leistungen +0,52 %. Und – man lese und staune - für den nicht ausbudgetierten Rest der Psychotherapie (die ngpL) +0,1 %. Letztes Jahr hieß es noch, die Krankenkassen würden nichts, was über ihre juristische Verpflichtung hinausgeht, verhandeln. Dieses Jahr ließen sie sich ziemlich genau zu der Summe bewegen, die die Fachärzte nach KVMV VV-Beschlusslage davon befreit, mit uns über Stützung aus unserem gemeinsamen Topf verhandeln zu müssen. Im 4. Quartal 2014 betrug der ausgezahlte Punktwert 7,28 Ct., inklusive Stützung wären es 8,78 Ct. gewesen. Mit diesem besseren Punktwert dürften unsere ngpL aus den 2015er Quartalen vergütet werden, wenn unsere ngpL-Leistungsmenge nicht weiter anwächst. Insgesamt steigt der M.-V. HVM 2015 durch all das um +4,35 %. Die Krankenkassen wollen gegen den Schiedsamts-Beschluss klagen, sagte Herr Rambow.

Zur Prüfung der Angemessenheit unserer Psychotherapie-Honorare

Was sich bezüglich unserer möglichen Honorarnachvergütungen ab 2009 mittlerweile getan hatte, darüber informierte der KVMV-Vorstand detaillierter als der KBV-Vorstand bei seiner konzertierten Aktion mit den Berufsverbänden (s. meinen Bericht im gleichen Heft) oder gar etwa unsere KBV-VV-VertreterInnen. Die M.-V.-Orthopäden hatten den KV M.-V.-Vorstand angefragt, ob sie künftig mit Honorareinschränkungen wegen uns rechnen müssten. Herr Martensen

von der KV M.-V. informierte die Anwesenden diesbezüglich also gründlich.

Aus der Sicht der KVen ist es ja ein großes Problem, dass wir bis 2012 innerhalb des Gesamtbudgets vergütet wurden. Das heißt, Nachvergütungen wären quasi rückwirkend aus diesem Budget zu entnehmen. Eine Nachvergütung, z. B. für 2009, würde zudem wiederum unsere Vergütungsbasis für 2010 anheben und so weiter. Das könnte sich zum reinen Horror für die Fachärzte entwickeln, denn unsere ngpL werden ja ab 2012 allein aus deren Topf umgetopft. Dass es für die PsychotherapeutInnen der reinste Horror war und ist, jenes Geld überhaupt systematisch und entgegen gerichtlicher Vorgabe vorenthalten bekommen zu haben, so denkt dort keiner.

Vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen wurde deswegen listigerweise vorneweg 2012 als Basis unserer Honorarvereinbarung vorgeschlagen, damit wäre 2009-2011 'wegverhandelt', auch wenn unsere Betriebskosten seit 2008 nicht mehr überprüft wurden. Zudem sollte der Bewertungsausschuss (BA) keine Entscheidung über die Honorarvereinbarungsbeträge treffen, dann wären diese in jeder KV regional auszuhandeln. Damit wären die ÄrztevertreterInnen wohl schon einverstanden gewesen. Aber die Krankenkassen (KK) boten das nur in Kombination mit zwei anderen Gemeinheiten uns gegenüber an: Sie waren auf die gewagte Idee gekommen, die uns zustehende halbe Verwaltungskraft (bei maximaler Auslastung) nur noch auf das Sitzungshonorar anrechnen zu wollen, wenn es diese auch real, also mit nachweislichen Entgeltzahlungen gab bzw. gibt. Diesen Vorschlag zur „Umstellung der Berücksichtigung der normativen Personalkosten“ der Krankenkassen haben die ÄrztevertreterInnen schlussendlich abgelehnt. Aber nicht etwa, weil es gemein wäre, uns das anzutun. Nein, weil sie fürchten, dass mit dem Entgeltzahlungsnachweis könne dann eher auch mal für sie selber folgen! Daraus kann die mittlerweile argwöhnisch gewordene PsychotherapeutIn schließen, dass vielleicht auch im ärztlichen Be-

reich einiges an angerechneter Verwaltungskraft nicht mit realen Stellen korrespondiert. Man hatte dann von der KBV aus selber den Krankenkassen angeboten, das Ganze lediglich an die reale Praxisauslastung zu knüpfen, in den gleichen zwei Stufen. Ab 50 Prozent der maximalen Auslastung (36h/Woche) sollten wir 4,84 € (pro GruppenteilnehmerIn 1,94 €) pro genehmigungspflichtiger Einzelsitzung hinzubekommen, bei über 80 Prozent Auslastung 9,69 €, (pro GruppenteilnehmerIn 3,88 €). Wahrscheinlich erbringen keine 5% unser aller Praxen über 80 Prozent der Maximalauslastung (29 Sitzungen/Woche). "Strukturzuschlag" soll sich das Ganze nennen, es würde den Personalkostenanteil aus unserem Standardhonorar für jede Sitzung Jahr für Jahr weiter herauslösen und diesen dann nur noch als Zuschlag an nachweisliche Großpraxen auszahlen. Den normativen Zuschlagsbetrag hatte die KBV auf 7,14 € für jede Einzelsitzung berechnet, für jede Gruppensitzung waren es 2,85 €.

Weiterhin wurde von den Krankenkassen darüber verhandelt, ob der BA den Fachgruppen-Mix, also unsere Einkünfte-Vergleichsgruppe (lt. BSG-Urteil: anderer fachärztlicher Gruppen im unteren Einkommensbereich) um Orthopäden und Augenärzte (sie verdienen mittlerweile mehr als der Durchschnitt ...) bereinigt oder es beim alten Stand belässt. Das Krankenkassen-Angebotspaket basierte auf dem neuem Arztvergleichsgruppen-Mix (81,14 € + 1,4 %) sowie auf dem Verwaltungskraft-Beschäftigungsnachweis mit obigen 2 Stufen. Das hätte den Kassen dann künftig in der Summe nur 27 Millionen € pro Jahr Mehrausgaben gemacht. Ohne den Beschäftigungsnachweis-Trick beim Verwaltungskraft-Strukturzuschlag wären es mit dem neuen Arztgruppen-Mix 69 Millionen € und mit altem Arztgruppen-Mix (81,14 € + 5,4 %) ca. 127 Millionen € Mehrausgaben. Auf all diese Varianten wollten sich die Krankenkassen dann aber gar nicht mehr einlassen. In der KV M.-V. hätte letztere für jedes Jahr ab 2012 zwei Millionen € Mehrzahlung an unsere PsychotherapeutInnen bedeutet.

Die KBV mit Dr. Gassen sei jedenfalls letztlich von der 127 Millionen-€-Verhandlungsposition, also mit altem Facharzt-Mix und Strukturzuschlag ab 50 % bzw. 80 % Tätigkeitsumfang, nicht mehr abgewichen, habe dann nicht mehr weiter verhandelt und damit den erweiterten Bewertungsausschuss in dieser Frage auf den Plan gerufen. Was „unsere“ KV M.-V.-Vorstände bedauerten, sie schienen erfreut von der Möglichkeit, für 2009-2011 nichts nacherstatten zu müssen.

Was man nun vom unabhängigen Vorsitzenden des erweiterten Bewertungsausschusses, Professor Wasem, erwarten könne, dazu gab es gleich auch noch eine Prognose. Dieser werde sich zur Frage der Bereinigungszeiträume gar nicht festlegen lassen. Dann würde diese Frage letztlich von Land zu Land entschieden (und dann auch länderweise beklagt werden müssen). Zumindest für M.-V. fürchte ich schon vorhersagen zu können, dass es dann auf Bereinigung ab Basisjahr 2012 rauslaufen würde, was die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung der Fachärzte weniger schrumpfen lassen würde, was aber dazu führen würde, dass wir für die Jahre vorher gar nichts nachgezahlt bekämen. Hintergrund: die MV-Fachärzte rechnen ungefähr 20 Prozent mehr Leistungen ab, als die für sie errechnete Budgetierung aufgrund des MGV hergibt und diese 20% kriegen sie nur abgestuft bezahlt. Die Facharzt-VertreterInnen fürchten einfach, je mehr wir nachvergütet werden, desto weniger kriegen sie für diese 20%. Wir hingegen bekämen ja zu 85% ausbudgetierte Honorare, da sollen wir wegen der restlichen 15% nicht so rummachen. Das geht zwar am inhaltlichen Kern unserer Nachvergütungsansprüche völlig vorbei, ist denen aber ganz egal. Folge dürfte sein, dass auch in M.-V. Musterprozesse für die Jahre ab 2009 nötig werden. Diese werden uns erstmal Geld kosten. Zu hoffen ist, dass die Gerichte solcherlei Winkelzügen in der Ermittlung unseres Vergleichshonorars nicht folgen. Hoffentlich werden die Berufsverbände hierfür auch auf Landesebene gut kooperieren.

Fazit: der Rahmen für den Entscheid des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zu unseren Nachvergütungsforderungen ist wohl schon abgesteckt und Obigem zu entnehmen. Zu einer realen Berechnung unserer Nachvergütungsansprüche kommt es wohl erst gar nicht. Unsere KBV-Funktionäre scheinen schnell ausgebootet worden zu sein durch die Krankenkassen-Vorschläge, die bei vielen KV-Vorständen gut verfangen. Wieder mal ein Beweis, dass die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen für unsere Niedergelassenen einfach nicht greift und eine Fremdverwaltung ist!

*Jürgen Friedrich
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern
Sprecher der DGVT-BV-Fachgruppe Niedergelassene, und OPK-Kammerdelegierter
Kontakt:
mv@dgvt.de; mv@dgvt-bv.de*

Rheinland-Pfalz

Am 22.6.15 traf sich die DGVT-Landesgruppe Rheinland-Pfalz in Mainz. Wir werden uns bemühen, das nächste Treffen (voraussichtlich Ende 2015 oder Anfang 2016) in der Region Trier bzw. Pfalz stattfinden zu lassen (aufgrund der langen Anfahrtszeiten). Als Gast war Kerstin Burgdorf von der DGVT-BV-Bundesgeschäftsstelle in Tübingen anwesend. Sie stellte die Änderungen vor, die mit dem neuen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) auf psychotherapeutische Praxen zukommen werden.

Im Folgenden sind die wichtigsten Änderungen zusammengefasst:

- Ab 140 % Überversorgung droht der Aufkauf bzw. die Stilllegung von Praxissitzen durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). In Rheinland-Pfalz sind nach dieser Rechnung 62 Sitze "zu viel", d.h. gefährdet. Herr Roscher von der evangelischen Erziehungsberatungsstelle in Mainz wies darauf hin, wie absurd dies anmutet, da sie sehr viele Therapieanfragen bekämen und nicht wüss-

- ten, an wen sie überhaupt verweisen sollten, da alle KJP im Umkreis ausgebaut seien.
- Die Umgehensweise der KVen mit diesem Thema ist sehr unterschiedlich und derzeit noch nicht vorhersehbar. Es wurde vorgeschlagen, dass die Landeskammern unbedingt noch einmal die Wartezeiten erheben sollten. Sabine Maur bat um eine Differenzierung der Wartezeiten nach PP und KJP, da die Wartezeiten im KJP-Bereich häufig sogar noch länger seien als die der PP.
 - Wichtig sei auch, unter den Niedergelassenen publik zu machen, wie man Sitze schützen könne. Auch sei zu überlegen, wie Praxisabgeber und solche, die auf der Suche nach einem Praxissitz sind, zusammengebracht werden können.
 - Das sog. "Verzichtsmodell" ist eine Option des Verkaufs eines Praxissitzes, ohne dass die KV den Sitz einbehalten kann. Dieses Verfahren ist allerdings relativ aufwändig und erfordert drei aktive KollegInnen. Ein Erfahrungsbericht dazu ist in der Rosa Beilage 4-2014 (S. 55) zu finden (http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Rosa_Beilage/Rosa_Beilage_Heft_4-2014.pdf).
 - Mit den neuen gesetzlichen Regelungen sollen auch "vorbereitende und ergänzende Maßnahmen" zur Therapie delegiert werden können. Bisher war nur die Delegation der Testdiagnostik möglich. Zunächst ist dies eine begrüßenswerte Erweiterung, allerdings sind die Inhalte wie auch die Honorierung derzeit noch völlig ungeklärt, ebenso die Frage, wer mit welcher Qualifikation solche Maßnahmen durchführen darf. Es ist hier darauf zu achten, dass es nicht indirekt zu einer Abwertung psychotherapeutischer Aufgaben kommt.
 - Die im GKV-VSG vorgesehenen Befugnisserweiterungen für PsychotherapeutInnen werden frühestens ab 2017 in Kraft treten. Der G-BA muss zunächst die genaue Ausgestaltung formulieren.
- Zudem müssen die Niedergelassenen entsprechend informiert werden durch die KVen (genauer Ablauf, Formulare). Insgesamt werden die Befugnisserweiterungen als ein Fortschritt für den Berufsstand gesehen. Leider sei die Verordnung von Ergotherapie und Logopädie nicht ins Gesetz aufgenommen worden.
- Die psychotherapeutische Sprechstunde werde wohl frühestens Mitte 2016 kommen. Es sei sehr wichtig, dass die Kammern und Verbände Forderungen bzgl. der Gestaltung der Sprechstunde stellen, natürlich auch mit angemessener Honorierung. Das Angebot einer Sprechstunde soll zunächst freiwillig sein. Berufspolitisch ist es aber wichtig, dass unser Berufsstand hier aktiv wird und Best Practice-Modelle erarbeitet.
 - Die KV wird in Zukunft strenger kontrollieren, ob die Versorgungsaufträge erfüllt werden. In RLP ist dies bereits jetzt der Fall.
 - Es wird eine Vereinfachung des Gutachter-Verfahrens kommen, die genaue Ausgestaltung ist noch unklar. Voraussichtlich wird u.a. der der 15(+4)-Antragsschritt wegfallen. Der G-BA ist dazu aufgefordert, bis Januar 2017 die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überarbeiten mit dem Ziel, „eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen“.
 - MVZs dürfen in Zukunft auch von Psychotherapeuten geleitet werden.
 - Die neuen Konditionen zum Jobsharing sind eine wirkliche Verbesserung, weil die Kapazitätsobergrenze angehoben wird (genaue Stundenzahl noch nicht festgelegt). Dies wird auch zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Der DGVT-BV arbeitet an der Bereitstellung von Jobsharing-Verträgen.
- Sabine Maur
Landessprecherin Rheinland-Pfalz
Kontakt:
rheinland-pfalz@dgvt.de
rheinland-pfalz@dgvt-bv.de*

Diabetes-Nachhilfe für PädagogInnen

In Rheinland-Pfalz sollen PädagogInnen fit gemacht werden im Umgang mit zuckerkranken Kindern und Jugendlichen. Der Startschuss für das neue Projekt ist im Juni gefallen.

Die rheinland-pfälzische Sozial- und Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) hat gemeinsam mit Familienministerin Irene Alt (Bündnis 90/Die Grünen) das Pilotprojekt "Umgang mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen am Beispiel des Diabetes mellitus Typ 1" vorgestellt. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums in Mainz ist es bundesweit einmalig.

Kern des Projekts: PädagogInnen in Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen werden von ehrenamtlich arbeitenden Diabetesteams im Umgang mit diabeteskranken Kindern geschult. Zudem wird den Erziehern gezeigt und erklärt, wie sie die technischen Hilfsmittel korrekt benutzen - etwa für die Blutzuckermessung.

"Jedes Jahr erkranken in Rheinland-Pfalz circa 150 bis 180 Kinder und Jugendliche an Diabetes Typ 1. Es ist wichtig, dass wir ihnen und ihrem Umfeld unterstützend zur Seite stehen", sagte Ministerin Bätzing-Lichtenthäler laut einer Mitteilung.

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums haben Ende Mai 2015 die Schulungen für die PädagogInnen begonnen. Die Seminare werden von zertifizierten Diabetesteams durchgeführt, in denen Ärzte mit Weiterbildung in der Diabetologie eine tragende Rolle spielen.

Mit Bayer, Medtronic, Roche und Nintamed wurden vier Hersteller bzw. Vertreiber von diabetesspezifischen technischen Hilfsmitteln als Kooperationspartner gewonnen. Die Unternehmen zeigen den Pädagogen, wie sie diese Hilfsmittel korrekt anwenden.

Träger und Initiator des Pilotprojektes, das zunächst auf zwei Jahre ausgelegt ist, ist der Hilfeverein "Hilfe für Kinder und Jugendliche bei Diabetes mellitus e.V." Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Demografie beteiligt sich mit rund 30.000 Euro an der Finanzierung, wie es in der Mitteilung heißt.

Waltraud Deubert

Tagungsberichte

Hauptstadtkongress: Gesundheitspolitik der 18. Legislaturperiode – Rückblick und Perspektiven

Unter der Moderation von Ulf Fink, Senator a. D., Kongresspräsident, diskutierten auf dem Podium Maria Klein-Schmeink, MdB, Bündnis/Die Grünen-Fraktion im Deutschen Bundestag, Jens Spahn, MdB, CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag, und Harald Weinberg, MdB, Fraktion Die Linke im Deutschen Bundestag. Prof. Karl W. Lauterbach von der SPD-Fraktion fehlte wegen einer Sondersitzung im Deutschen Bundestag.

Die Frage nach dem Fazit der bisherigen Gesundheitspolitik der 18. Legislaturperiode beantwortete zunächst Jens Spahn zusammenfassend mit den Worten „Wir haben die Regelungen im Koalitionsvertrag so verbindlich vereinbart, dass wir in den vergangenen Monaten das Ganze ruhig und gelassen – ohne Streit - abarbeiten konnten.“ Wenn es in der Koalition Streit gegeben hat, dann nicht im Gesundheitsbereich“, so Jens Spahn. Deshalb konnten auch große Reformpakete konstruktiv umgesetzt werden. Hinzu käme außerdem, was er nie für möglich gehalten hätte, dass aufgrund der guten Finanzsituation kein Spargesetz im Gesundheitsbereich erforderlich war, wie sonst direkt nach den Regierungsbildungen in der Vergangenheit. Dies würde natürlich mit der guten wirtschaftlichen Situation zusammenhängen, die dem Gesundheitswesen mehr BeitragszahlerInnen beschert habe. Wenn alle Gesetze unter Dach und Fach seien, werde man sich auch darüber Gedanken machen müssen, wie die Finanzen im Gesundheitsbereich langfristig gesichert werden könnten. „Wir brauchen eine konstruktive Debatte darüber, wie wir steigenden Kosten zukünftig begegnen können – ob hierfür mehr Beitrags- oder mehr Steuergelder notwendig sind, wird man sehen“.

Maria Klein-Schmeink beurteilte die Gesundheitspolitik der 18. Legislaturperiode als Oppositionsabgeordnete verständlicherweise schon nicht mehr so positiv wie Jens Spahn. Sie sehe rasant steigende Ausgaben, deren Lasten die Versicherten alleine tragen müssten, da die Koalition den Arbeitgeberbeitrag eingefroren hätte. Jetzt würde sich rächen, dass die große Koalition das Geld der Versicherten mit vollen Händen ausgibt, Strukturreformen aber nicht anpacke und eine solide und gerechte Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch eine Bürgerversicherung in ihrem Koalitionsvertrag ausgeschlossen hat. Dass die SPD sich in die Koalitionsverhandlungen mit der Union auf Zusatzbeiträge und den eingefrorenen Arbeitgeberbeitrag eingelassen hat, sei nicht nachzuvollziehen. Sie forderte regional abgestimmte Behandlungswege und eine Stärkung der Primärversorgung.

Harald Weinberg von den Linken meinte, man könne der Koalition wirklich keine Arbeitsverweigerung vorwerfen. Das Grundproblem der Gesundheitspolitik in der Koalition sei, dass sie zu wettbewerbslastig wäre. Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung führe aber dazu, dass viele Akteure nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern im eigenen Interesse handeln würden. Wettbewerb führe nicht zu einer höheren Versorgungsqualität – im Gegenteil, Gesundheit werde zur Ware und das Gesundheitssystem zu einem Markt. Die Änderungen im Versorgungsstärkungsgesetz beim Abbau von Praxen bei Überversorgung von zunächst 110% und dann 140% zu erhöhen, bezeichnete Weinberg als die „Echternacher Springprozession“.

Weitere Themen, die auf der Podiumsdiskussion angesprochen wurden, waren die stationäre Versorgung und die Telematik. Für Jens Spahn gibt es in Deutschland keine Unterversorgung mit Kliniken, so dass er sich durchaus vorstellen könnte, dass Kliniken geschlossen werden, ohne dass die Versorgung vor Ort zusammenbricht. In der Telematik habe man bisher sehr viel Geld in-

vestiert, ohne dass man einen „Mehrwert“ sehen würde, so Jens Spahn. Bund und Länder hätten sich auf eine „Reform“ geeinigt, die möglichst wenig kosten solle, sagte dagegen Harald Weinberg von den Linken. Das Pflegeförderprogramm sei ein „schlechter Witz“ und der Strukturfonds diene nicht einer verbesserten Versorgungsstruktur, sondern nur als „Abwrackprämie für unwirtschaftliche Abteilungen und Kliniken“. Laut Maria Klein-Schmeink werden in der Krankenhausreform die zentralen Baustellen nicht angegangen. Es fehle die längst überfällige Reform der Investitionsfinanzierung ebenso wie eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Auch die Vorschläge zur Pflegefinanzierung seien „völlig unzureichend“.

Jens Spahn hatte den größten Redeanteil, da er für sich auch die Redezeit seines abwesenden Koalitionspartners Karl Lauterbach reklamierte und da sich auch die meisten Fragen aus dem Publikum an ihn richteten.

Ein Student aus dem Publikum wollte von Jens Spahn wissen, ob es denn wirklich sinnvoll sei, sich von einer Landarztquote im Studium eine Verbesserung des Ärztemangels zu erhoffen? Jens Spahn verteidigte die Idee und meinte, man müsse dem ja nicht folgen, aber angesichts der Tatsache, dass der Steuerzahler für das Medizinstudium zahle, dürfe es kein Tabu sein, darüber zu diskutieren.

Auf die Frage nach der Quersubventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Entwurf zum Präventionsgesetz, meinte Jens Spahn, er könne keine Quersubventionierung erkennen. Eine Finanzierung der BZgA durch Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei nicht vorgesehen. Vorgesehen sei, dass der GKV-Spitzenverband die BZgA ab 2016 vor allem „mit der Entwicklung kassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation beauftragen soll“. Das Geld dürfe nur für diese Aufgabe eingesetzt werden. Deshalb handele es sich nicht um eine Querfinanzierung.

Waltraud Deubert

Prävention im Fokus: Soziale Herausforderungen - Politische Chancen

**Bericht zum Fachkolloquium
anlässlich des 70. Geburtstages von
Prof. Dr. Rosenbrock am 2.7.2015**

Passend zum Hintergrund des im terminlichen Kontext verabschiedeten Präventionsgesetzes, das der Vorsitzende des Paritätischen, Prof. Dr. Rosenbrock, mit vorangetrieben und mitgestaltet hat, wurde ein Blick auf einen wesentlichen Aspekt bei der Umsetzung dieses Gesetzes geworfen. Im Vordergrund stand die Frage, in welchem Zusammenhang Armut und Gesundheit stehen und welche Notwendigkeiten sich für eine entsprechende Ausgestaltung der Maßnahmen im Kontext des Präventionsgesetzes hierfür ergeben.

In einem ersten Referat von Frau Maria-Bärbel Kurth (Robert Koch-Institut) wurde ausgeführt, wie sich soziale Ungleichheit auf die Gesundheit und die Lebenserwartung auswirkt. Moderierende Variablen sind dabei unterschiedliche gesundheitliche Belastungen, z. B. durch körperliche Arbeit usw., aber auch Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, gesteuert über Wissen, Güter, Macht sowie Lebensstile. Als arm gelten dabei Personen, die nur 60% des durchschnittlichen Einkommens erreichen (890 € monatl. pro Person). Danach sind, über verschiedene Altersgruppen betrachtet, 22% der Deutschen armutsbedroht, wobei Arbeitslose eine Quote von über 55% erreichen (Sozio-ökonomisches Panel 2012). Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern nachweisen (Baden-Württemberg und Bayern als die reichsten Länder). Die Daten von sehr unterschiedlichen epidemiologischen Studien verdeutlichen, wie sich soziale Ungleichheit faktisch auf die Gesundheit auswirken (vgl. www.rki.de/gesundheitsmonitoring; siehe dort GEDA, DEGS und KIGGS-Studien; dort vor allem auch GBE-Kompakt Arbeitslosigkeit und Gesundheit [2011]; Arbeitsbelastungen und Gesundheit [2012]; Soziale

Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung [2014]; Gesund aufwachsen – welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? [2015]). Deutliche Unterschiede ließen sich in Hinsicht auf riskantes Verhalten, wie Rauchen oder ungesundes Essen, dem Verweilen in verkehrsbelasteten Umwelten, aber auch in Hinsicht auf gesundheitsförderliches Verhalten wie die Nutzung von Internisten, Gesundheitsuntersuchungen, Sicherheitsverhalten und Mundhygiene nachweisen. Im Ergebnis ließen sich je nach Art des Verhaltens deutliche soziale Unterschiede bei verschiedenen Erkrankungen nachweisen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Lebererkrankungen, chronische Bronchitis, Osteoporose, Diabetes mellitus, Angina Pectoris, Adipositas aber auch psychische Störungen, insbesondere Depression und ADHS). Die Lebenserwartung verkürzt sich durchschnittlich bei Männern bis zu 10 Jahren. Umgekehrt zeigt sich, dass Personen aus unteren sozialen Schichten mit guter Schulbildung kompensatorisch deutliche bessere gesundheitliche Chancen haben. Insgesamt deutet sich an, dass die unterschiedlichen Lebenschancen über Generationen hinweg weitervermittelt werden.

Dementsprechend gilt es bei allen kommenden Präventionsprogrammen die Frage zu stellen, wie mit der sozialen Ungleichheit umzugehen ist. Der Beantwortung dieser Frage ging Prof. Dr. Nico Dragano (Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie Düsseldorf) nach. Im Mittelpunkt seiner Ausführungen stand die Frage nach der Zugänglichkeit zu sozialen, ökonomischen, kulturellen und symbolisch bedeutsamen Ressourcen für Personen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dabei wurde die These vertreten, dass die unmittelbare ökonomische Unterstützung nicht ausreichend sei, sondern über die Nutzung von Diensten und den Abbau von Risiken auf der Ebene von Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention zu erreichen sei. Dabei wurden die Erfolgsraten der personenbezogenen Präventionsangebote in Frage gestellt, weil sie ein hohes Ausmaß an Freiwilligkeit und Erreichbarkeit verlangen und zugleich die Gefahr einer individua-

lisierenden und stigmatisierenden Tönung erhält, während zugleich schädliche Lebensbedingungen aus dem Blickfeld geraten. Verhältnispräventionen seien, zwar gut regulativ beeinflussbar, aber doch stark universell angelegt und damit zu wenig im Blickpunkt der Armut gelegen. Eine lebensweltorientierte Sicht könne dagegen stärker die Mängel der armen Menschen berücksichtigen. Dabei seien die sozialen Netzwerke und politischen Kräfte der Betroffenen mehr zu stärken.

Die Vorträge wurden engagiert diskutiert und u.a. auch die zentrale Frage gestellt, warum solche sozial-ungleichen Verhältnisse entstehen und so schwer zu beseitigen sind. Auch die Frage, wie denn in Zukunft das Präventionsgesetz entsprechend umgesetzt werden kann, wurde erörtert. Prof. Dr. Rosenbrock selbst sah im Präventionsgesetz eine Chance, die aber weitere gesetzliche Entwicklungen notwendig machen (Entwicklung eines Sozialgesetzbuch übergreifendes Präventionsgesetz), es aber auch im Wesentlichen darauf ankäme, Initiativen auf kommunaler Ebene zur Einrichtung egalitärer sozialer Prävention zu stärken. Dies könne am ehesten mit einem gemäßigten Optimismus, im schlechtesten Sinne als einer Art „Feier des Verfalls“ zelebriert werden.

Prof. Dr. Bernd Röhrle, Reutlingen

BMC-Expertenforum „Ambulante Versorgung vom Ärztetz bis zum großen MVZ nach dem GKV-VSG“

Am 22. April 2015 besuchte ich das Expertenforum der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsformen“ des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC; www.bmcev.de) in den Berliner Reinhardstraßenhöfen. In der Einleitung der BMC-Projektgruppe wies Frau Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet GmbH (ein verbandlicher Zusammenschluss von ambulanten Augenchirurgischen Zentren), auf die steigende Zahl von

angestellten ÄrztInnen hin. Die ambulante Versorgung sei im Wandel, es gebe einen bunten Strauß an neuen Organisationsformen, wie zum Beispiel Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Arztnetzen, Ambulanzen, Gesundheitszentren und Praxiskliniken. Auch die Träger seien vielfältig: Vertragsärzte, Krankenhäuser, Krankenhausketten, Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Gesetzliche Krankenkassen, Private Versicherungen, Managementgesellschaften, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, Gemeinden, Industrie und Investoren. Gemeinsames Merkmal sei die Verbindung von Medizin und Management, man siehe das Ergebnis-papier der BMC-Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen“. Unter dem Motto „Wir unternehmen Gesundheit“ wird dort behauptet, man integriere die PatientInnenversorgung, sichere diese ambulant in der Fläche (durch Filialen oder Netze), erschließe bislang stationäre Funktionen wie Weiterbildung und Forschung und steigere Effektivität und Effizienz durch Verlagerung ins Ambulante mit Reduktion von Schnittstellen.

KritikerInnen sehen eher „Rosinenpickerei“, Schnellebigkeit und Profitmaximierung durch kommerzielle Marktökonomie. Solch neue Organisationen bräuchten neue Oberstrukturen der Kontrolle und Qualitätssicherung, Kammern und KVen reichten da nicht mehr aus. Der Gesetzgeber fördere zwar selektiv, vertraue aber scheinbar eher etablierten Klinikstrukturen als neuen ambulanten Unternehmen. Kein Wunder, dass die ambulanten Versorgungsunternehmen ihre rechtliche Gleichstellung in vielerlei Hinsicht fordern.

Als erster durfte Dr. Ulrich Orłowski den optimistischen Unternehmergeist relativieren. Er referierte über „Das GKV-VSG und die Vielfalt der ambulanten Versorgungsformen“. Vielfalt ist für ihn kein Selbstzweck, man müsse das im Licht der vielen Herausforderungen sehen, vor denen unser Gesundheitssystem stehe: Demografie (Pat. u. Behandler), Landflucht (=Metropolisierung), Innovation (z.B. Elekt-

ronifizierung) und über allem die Finanzierung. Als wichtigstes Ziel sah er die Erreichbarkeit von gleich hochwertiger Gesundheitsversorgung auf dem Land, das müssten die künftigen Rahmenbedingungen ermöglichen. Die entscheidende Frage sei also, ob die aktuelle ambulante Vielfalt dafür ausreichend sei.

Dann ging er auf die Datenebene: 143.000 ÄrztInnen, 110.000 VertragsärztInnen, 12.000 angestellt in ärztlichen Praxen, 12.000 angestellt in Institutionen und 9.000 Ermächtigte. 70.000 VertragsärztInnen in eigener Praxis, 51.000 in Gemeinschaftspraxen (dort im Schnitt 2,3 ÄrztInnen). Die MVZ befinden sich zu fast 50% in Kernstädten, weitere 38% in Ober- und Mittelzentren, im ländlichen Raum nur 15%. Das heißt, MVZ sind aktuell kein Lösungsansatz für die ländliche Versorgung. Die VSG-Erweiterung, auch arztgruppengleiche MVZ zu erlauben, dürfte das kaum ändern (zumal sich die Frage stelle, was der Unterscheid zur BAG ‚Gemeinschaftspraxis‘ ist). Ebenso die mit dem VSG eingeführte kommunale Errichtungsbefugnis. Die Arztsitz-bezogene Bedarfsplanung könne also im Grunde ruhig fortgeführt werden, allerdings greife die VSG-Einengung der Nachbesetzung im gesperrten Gebiet halt kaum gegen die „schlecht verteilte Ärzteschwemme“. Etwas optimistischer sah er die Praxisnetz-Förderung des VSG, auch hier wäre Fachgruppengleichheit gut. In der Folge müssten gesonderte Vergütungsregeln in die Honorarverteilungsmaßstäbe auf Länderebene hinein. Die Rahmenvorgaben der Selbstverwaltung seien aktuell noch: 20-100 ÄrztInnen, mindestens 3 Fachgruppen, eine rechtlich definierte Trägerschaft sowie eine Kooperationsvereinbarung über mindestens 3 Jahre. Mit dem VSG habe man unterm Strich die Vielfalt nur vorsichtig erweitern wollen und können.

Die vertragsärztliche Perspektive brachte Dr. Andreas Köhler vom Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. ein, „Status quo und Perspektiven für neue Organisationsformen in der ambulanten Versorgung“ hieß sein Vortrag. Seine erste Vorbemerkung: Die

Freiberuflichkeit des Arztes, sei das Fundament der Gesundheitsversorgung und des Patientenschutzes. Die Wahrnehmung des freien Berufs gelinge aber am besten und einfachsten in der wirtschaftlichen Selbständigkeit des einzelnen Arztes. Die zweite Vorbemerkung: Bis 2020 komme es zu einer Erhöhung des ambulanten Behandlungsbedarfs um 8%, eine Landkarte zeigte: in den östlichen Ländern, nicht in den Metropolen. Eine dritte Vorbemerkung: „Die Zukunft der Medizin ist ambulant!“ Der medizinisch-technische Fortschritt werde sich von stationär (mehr Kurzlieger, 1990: 14,4 Tage, 2015: 6,8 Tage) zu ambulant (mehr technische Möglichkeiten) verlagern.

Dann kamen Köhlers Zahlen zu den BehandlerInnen: 164.974 (12/014) ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (künftig mehr Spezialisten, z. B. PsychotherapeutInnen), mit 24.560 sei fast ein Drittel im Angestelltenbereich tätig. Mit 22.336 praktizierten bereits 14% in Teilzeit, „Das sind die Trends!“ In Zukunft würden immer weniger eine Einzelpraxis übernehmen wollen. Die Zahl der selbstständigen Praxen nehme um ca. 1000 jährlich ab, ca. um die gleiche Zahl nehmen die Anstellungen in MVZ jährlich zu. Die KVen würden eine Balance zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen finden müssen, sie könnten keine Gewerkschaften werden, das Fundament und die gemeinsame Chance liege in der Freiberuflichkeit (s. o.). In der neuen Bedarfsplanung sollten am besten die Anteile Angestellte/r / Selbständige/r festgezurr werden.

Köhlers Fazit: das Versorgungssystem sei von Seiten der PatientInnen wie der BehandlerInnen nicht mehr zukunftsfähig, es müsse also strukturell etwas geändert werden. Z. B. laufe in den KVen alles über den ‚Behandlungsfall‘, ein Arzt/eine Ärztin, ein/e Patient/in, ein Quartal. Wie wäre es mit einem Teamfall? Das Quartals-System verhindere konsistente-kontinuierliche Behandlung. Der Ambulantisierung stehe auch die historische bewohnte Einzelpraxis im Weg (JF: Auf die Psychotherapie kann man das m. E. nicht so einfach übertragen). Er plädierte anschließend für neue Anreizstruktu-

ren, IT-Vernetzung, Sprengung der Sektorengrenzen sowie Inanspruchnahme-Steuerung, am besten durch ‚Case-Management‘ kooperativer Strukturen. „Tun’s die Ärzte nicht, machen’s die Manager!“, die Ärzteschaft müsse z. B. Fonds zur Finanzierung von Trägerstrukturen schaffen.

Dr. Axel Paeger, CEO und Vorstandsvorsitzender der AMEOS Gruppe, kontrastierte die beiden Vorredner nun aus der Perspektive der Krankenhaus-Betreiber, „Sicherstellung der ambulanten Versorgung: Welche Rolle spielen die Krankenhäuser?“ lautete sein Vortragstitel. Die AMEOS Gruppe sei die Nr. 4 unter den Krankenhaus-Konzernen in der BRD. Ihre Strategie sei u. a., in einer Versorgungsregion immer der Marktführer zu werden. Insofern betreibe man Sicherstellung stationär wie ambulant. So entstammten von den AMEOS-Umsätzen 18% Pflegeleistungen und 18% Wiedereingliederungsleistungen, man betreibe Instituts- sowie Ermächtigungs-Ambulanzen. In Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein habe man viele MVZ-Polikliniken, in den ländlichen Regionen werde man händeringend gebeten, auch von den KVen, Fachärzte für die ambulante Versorgung bereitzustellen. Ältere Patienten bräuchten eine wohnortnähere Versorgung, gerade im Osten mit der Abwanderung Junger sei das ein Problem. AMEOS begegne dem mit einer regionalen, integrativen, teilstationären, dezentralen, selektiv-ambulanten Strategie recht erfolgreich. Wo es noch Ärzte gebe, kooperiere man, ansonsten mache man es selber. In der Fläche gehe Versorgung nur noch stationär-ambulant in einer Hand! AMEOS wünsche sich deswegen eine weitere Aufweichung der Sektorengrenzen. Der Gesetzgeber solle über ein Entgeltsystem eine leistungsgerecht bezahlte integrierte Versorgung schaffen, das könne man nicht noch länger der Selbstverwaltung überlassen. In der Diskussion wurde eingewandt, dass man den Facharzt-Standard nicht so mir nichts dir nichts verlorengeden dürfe, wolle man die Qualitätsstandards halten. Sonst werde das ein unfairer Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten Trägern.

Danach ging es in parallelen Foren weiter, ich besuchte das praxisnaheste, „Erfolgsfaktoren interdisziplinärer neuer Organisationsformen – Best Practice“. Dort referierte zuerst Dr. Stephan Kewenig, Geschäftsführer, POLIKUM Holding GmbH zum „Beispiel POLIKUM“, danach Dr. Jürgen Beckmann, Vorstand, sowie Jens Gabriel, Geschäftsführer, beide vom Arztnetzwerk Medizin und Mehr (MuM) aus Bünde. Die beiden anderen Foren hießen: „Zulassung und Tätigkeit von ambulanten Versorgungsunternehmen nach dem GKV-VSG“ sowie „Sicht der Kassen auf neue Organisationsformen im ambulanten Sektor“.

Der Berliner Gastroenterologe Dr. Kewenig, seit 10 Jahren beim POLIKUM dabei, kontrastierte vorab die Modelle von POLIKUM vs. MuM: Anstellung vs. Selbstständigkeit, Marke vs. Individuum, Standardisierung vs. Autonomie, Anleitung vs. Intrinsische Motivation. Man sah, es sind wirklich zwei völlig unterschiedlich gestrickte neue Organisationsformen.

Das POLIKUM habe in Berlin und Leipzig mittlerweile 600 Angestellte, davon 120 Ärzte. Der jährliche Umsatz betrage 30 Mio. €, man habe 60.000 Patienten pro Quartal. Am Gesundheitszentrum Friedenau habe man 42 Ärzte und Psychotherapeuten aus insgesamt 20 Facharztgruppen auf 36 Sitzen, plus Apotheker, Physiotherapeuten, Pflegekräfte. Man biete den PatientInnen ambulante Vollversorgung von 8 – 20 h, IV-Verträge mit 4 Kassen, die das Case-Management finanzieren, habe digitale PatientInnen-Akten und zentrale Terminkalender, mache eigene Schulungen. Das alles helfe den PatientInnen. lange Wege, Doppel-Aufwände und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Warum kommen trotz aktuellem Arztmangel Ärzte gern ins Polikum? Man biete Teilzeit, Verwaltungsentlastung, Interdisziplinarität sowie modernste Technik bei vergleichbarem Verdienst mit Erfolgsbeteiligung (JF: in der Großstadt). Unter dem Zentrumsleiter stehen leitende Ärzte, darunter die Ärzte, daneben gibt's, quasi horizontal, Fachgruppen-Leiter. Die Mitarbeiterzufrie-

denheit wird erhoben und sei sehr hoch. 210.000€ Jahresumsatz pro FTE, ein Facharzt Gruppe 3 erhalte 5000 € Grundgehalt bei einem Mindestumsatz von 200.000 € p.A., das steigere sich mit prozentual zunehmendem Eigenanteil, z.B. ab 300.000 € Umsatz erhält er 9000 €. Knapp 2/3 der Arztstellen seien von Frauen besetzt, diese Arbeiten zu über 70% in Teilzeit. Von den Ärzten würden das „nur“ 43% tun.

Als Erfolgsfaktoren des Polikums sieht Dr. Kewenig: Fokus auf GKV-PatientInnen, Multimorbide u. Chroniker, IV-Verträge mit „Beteiligung an der Wertschöpfungskette“, Benchmarking mit klaren Prozessvorgaben, leistungsorientierte Vergütung „sonst geht's schief“, straffes Kostenmanagement, Präventions-Marketing dank digitaler PatientInnen-Datenbank. Die großen Herausforderungen seien: komplexe Organisationsstruktur, hohe Investitionskosten, Honorar-Benachteiligungen, das Fehlen von Software-Produkten für MVZ, das Geschnitten werden von der KV-Selbstverwaltung. Insgesamt habe so eine MVZ-Kette aber ein hohes Steuerungspotential, je mehr Ärzte, desto effektiver, sei also betriebswirtschaftlich ein Zukunftsmodell für die ambulante Versorgung. POLIKUM sei aber kein Hausarztnetz, eher ein Unternehmen von Facharztzentren.

Das Arztnetzwerk ‚Medizin und Mehr‘ stellte Dr. Beckmann, Chirurg-Phlebologe-Durchgangsarzt, vor. Das Vorstandsmitglied der „Agentur Deutscher Arztnetze“ sieht in Ärztenetzen die einzige Chance, die Fläche zu versorgen, interdisziplinär, regional und patientInnenorientiert. Darüber braucht man für Berlin nicht reden. Ein Patentrezept für gelingende Ärztenetze gebe es nicht, aber innere wie äußere Erfolgsfaktoren. Nach Innen sei wichtig: Interdisziplinarität statt Kampf Haus- vs. Fachärzte, hohe Abdeckung mit Netzpraxen in der Region, andererseits nicht mehr als 100 Praxen, um noch miteinander reden zu können, gemeinsame Netzprojekte mit Identifikationswert sowie last not least eine kaufmännische Geschäftsführung fulltime. Im Verlauf sei es günstig, mit einer Netzmarke / Logo greifbar zu werden, einen beständigen Vorstand zu haben,

sowie bei einer hohen Innovationsfrequenz die Erfolge nach Innen wie Außen zu kommunizieren.

Der Erfolg nach Außen setze eine gute Analyse der medizinischen Versorgungsprobleme der Region voraus, des Weiteren gute Vernetzung in der Versorgungsregion, zu Krankenhaus, ambulanter Pflege, Apotheken, Heimen sowie gute Kontakte zu Kommune wie Kostenträgern und natürlich Öffentlichkeitsarbeit.

Der MuM-Geschäftsführer Herr Gabriel betonte mit dem Motto: „Ärzte-Stammtisch war gestern!“ die Wichtigkeit professioneller Strukturen. In der Rechtsform einer Genossenschaft mit 53-köpfiger Generalversammlung und einem Aufsichtsrat versorge man in einer Region mit 70.000 Einwohnern. Ausgangspunkt waren 6 GbRs. Der ärztliche Vorstand stehe operativ über der kaufmännischen Geschäftsführung, welche die zentrale Rezeption sowie die Verwaltung führe. Man habe eine zentrale Geschäftsstelle mit Eigenbetrieb von 4 behandlungsbegleitenden Fachabteilungen / Einrichtungen, mit 32 festangestellten MitarbeiterInnen, darunter PhysiotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, Medizinische Fachangestellte, Diplom-SportlehrerInnen, VerwaltungsmitarbeiterInnen, Kaufleute. Man manage derzeit 4 IV-Projekte (1 Populations-bezogenes, 1 Indikations-bezogenes, 1 Pflegeheim-bezogenes, 1 Rehabilitations-ergänzendes) und sei Gesellschafter eines Sanitätshauses.

Über die Zukunft entscheide, wie die aktuellen Herausforderungen gemeistert werden. Das Durchschnittsalter der Netz-ÄrztInnen beträgt 57 Jahre, Anreizsysteme für eine nachkommende Ärzte-Generation müssen her. Ein erster Lösungsversuch sei die Gründung einer Kindertagespflegestätte. Eine weitere Herausforderung bei der sinkenden Zahl an Fachkräften sei der steigende Behandlungsbedarf. Die ‚elektronische Arztvisite‘ soll u. a. mittels Übertragung von Vitalparametern in Echtzeit durch eine Pflegekraft vor Ort zur Arztpraxis helfen, vorschnelle Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Des Weiteren beteilige man sich mit 44 Praxen an einem ministeriellen Pilotprojekt

in NRW zur Steigerung der ärztlichen Behandlungsqualität in Pflegeheimen. Solche gemeinsamen Projekte stiften die Identifikation der Ärzte/Ärztinnen wie der Bevölkerung mit dem Netz.

In der Abschlussdiskussion hob Herr RA Bitter hervor, dass arztnahe Trägerstrukturen vor ‚Heuschrecken‘ schützen könnten. Herr Freiberg von der KV Brandenburg wies darauf hin, dass regional Vernetzendes oder Sektorenübergreifendes immer mit Managementaufgaben verbunden sei, für die im Gesundheitssystem keine Vergütungsmöglichkeit vorgesehen sei, es brauche also einen neuen Leistungserbringer-Status, der nicht auf Ärzte/Ärztinnen und ihre Leistungen begrenzt sei. Jemand anderes meinte, die Kommunen dürften allein Interesse an eher lokalen Hausarzt-MVZ haben. Ärztenetze in eigener Trägerschaft könnten / sollten künftig interdisziplinäre MVZ in der Fläche betreiben, nicht nur in der Stadt. Prof. Franke, MDB und Vorsitzender des Bundestags-Gesundheitsausschusses, fügte an, dass die KVen die Vielfältigkeit vielfältig bremsen, z. B. die Filialisierung, die Einzel-Arztpraxis im Wohnhaus sei überkommene Struktur. Auch das Berufsrecht der Länderkammern sei eine Bremse für neue Gesellschaftsformen, diese seien nicht nur in der Fläche, sondern auch an sozialen Brennpunkten vernünftig. Die SPD sei für einen neuen Leistungserbringer-Status im VSG gewesen. Frau Dr. Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KV S.-H., sah gegenwärtig nur kleine Schritte voran. Alle hätten Angst vor Veränderung, außer den Betriebswirten und Konzernmanagern. Große Einheiten seien aber kaum die adäquate Instanz zwischen stationär und ambulant. Dr. Köppl, Vorsitzender des Bundesverbands MVZ e. V., ergänzte, mit der Ambulantisierung würden MVZ an Bedeutung zunehmen, aber leider setzten sich die Krankenhausträger durch. Fr. Dr. Schliffke ergänzte, nur aus Geldgründen würden Krankenhäuser MVZ betreiben. Prof. Franke steuerte dazu bei, dass es in den Ballungsräumen zu viele Betten geben würde, die Bürger seien an diese Überversorgung gewöhnt. In manchem kommunalen Kranken-

haus gebe es mehr Beirats-Mitglieder als Betten. Mit diesem Bonmot soll mein Bericht schließen, in der Hoffnung eines Tages an einem funktionierenden ambulanten Psychotherapeuten-Netzwerk teilhaben zu können.

Jürgen Friedrich, Sprecher der DGVT-BV-Fachgruppe Niedergelassene

88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) am 24./25. Juni 2015 in Bad Dürkheim/Rheinland-Pfalz

Auf dem Programm des zweitägigen Treffens stand das Thema ‚Fachkräftesicherung‘, das die TeilnehmerInnen am Mittwoch verstärkt beschäftigt hat, da Ver.di im Rahmen einer bundesweiten Protestaktion gegen den Stellenmangel in Krankenhäusern auch eine Demonstration am Tagungsort organisiert hatte. Nach Darstellung der Gewerkschaft fehlen bundesweit 162.000 Stellen in Krankenhäusern. Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler und der Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe betonten vor den etwa 250 DemonstrantInnen, dass sich eine Kommission mit dem Thema befassen werde. Weitere Themen auf dem Treffen waren die ‚Hygiene in medizinischen Einrichtungen‘, die ‚Hospiz- und Palliativversorgung‘, die ‚Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung‘ sowie der ‚Einsatz der Telemedizin‘.

Die GMK spricht sich in ihrem Beschluss zur *Telemedizin* dafür aus, dass eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit der Erstellung einer Strategie zum weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur beauftragt wird. „Es ist uns wichtig, dass die Länder an dem Prozess teilhaben“, so die Vorsitzende der diesjährigen GMK Sabine Bätzing-Lichtenthäler. „In den Bundesländern gibt es bereits viele gute Telematik-Modellprojekte. Diesen Erfahrungsschatz müssen wir nutzen und von zahlreichen Insellösungen hin zu einem einheitlichen Vorgehen aller Länder

und dem Bund kommen. Die Telemedizin bietet für Patientinnen und Patienten gerade in Flächenländern wie Rheinland-Pfalz einen wertvollen Beitrag zur Verkürzung von Wegen und zur Verringerung von Arztterminen oder ein langes Wohnen im eigenen Zuhause durch technische Unterstützung. Wir dürfen den Anschluss an die internationale Entwicklung und die Chancen, die eine technikunterstützte Versorgung birgt, nicht verpassen.“ Auf der nächsten GMK-Sitzung soll sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik u. a. mit Fragen befassen, wie die Anwendungen der Telemedizin systematisch in die Regelversorgung gebracht und dauerhaft finanziert werden können und welche Mindestanforderungen an den Nutznachweis der Anwendung gestellt werden müssen.

Einstimmig fasste die GMK den nachfolgenden Beschluss zur *„Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“*:

1. Die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister, Senatorinnen und Senatoren (GMK) begrüßt, dass eine Reihe von Krankenhausträgern Strukturen geschaffen haben, eine interdisziplinäre und interprofessionelle Schmerztherapie in ihren Krankenhäusern zu etablieren und dass im ambulanten Bereich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten zugenommen hat. Sie erkennt zugleich, dass die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.
2. Die GMK erwartet von den Verantwortlichen in den Krankenhäusern, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Begleitung schmerzkranker Menschen sowohl während eines stationären Aufenthaltes, als auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und intersektoral gewährleisten.
3. Die GMK stellt fest, dass die Qualität der stationären Versorgung bestimmende Faktoren zunehmend in der Kranken-

hausplanung Berücksichtigung finden. Sie begrüßt, dass der Koalitionsvertrag zwischen den die Bundesregierung tragenden Fraktionen vorsieht, „Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen“. Die GMK bittet den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) darum, für ein strukturiertes Akut-schmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.“

In Bezug auf die *Palliativ- und Hospizversorgung* sahen die KonferenzteilnehmerInnen Handlungsbedarf darin, dass sie Bestandteil der Regelversorgung werden sollte und über die Schnittstellen hinweg besser organisiert werden muss. Bei der Gestaltung der neuen Pflegeausbildung soll die Palliativpflege sowohl in Theorie als auch in der Praxis berücksichtigt werden. Außerdem war es vor allen Dingen der Ministerin von Rheinland-Pfalz wichtig, dass gemeinsam mit den in diesem Feld maßgeblichen Organisationen eine breit angelegte und langfristige Öffentlichkeitskampagne zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt und durchgeführt wird. „Denn oftmals sind die Motive der Menschen, sich für aktive Sterbehilfe auszusprechen, Angst und Hilflosigkeit aufgrund mangelnder Informationen.“

Bezüglich der *Hygienequalität in medizinischen Einrichtungen* war sich die GMK einig, dass diese weiter verbessert werden muss. Hierzu soll der G-BA zügig Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität entwickeln. Die in den Kliniken vorliegenden Hygienepläne müssten auch tatsächlich umgesetzt werden.

Ein weiteres wichtiges Thema bei der Konferenz war die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen. Im Fokus standen hier die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie bessere Rahmenbedingungen für den Pflegeberuf. Ver.di überreichte der Konferenzvorsitzenden und Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe im Rahmen der Demonstration den sog. „Bad Dürkheimer Appell“.

Darin fordert Ver.di eine verbindliche Vorgabe für Personalbemessung in Kliniken inklusive einer entsprechenden Finanzierung. Neben der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für den Fachkräftemangel wurden weitere Beschlüsse zur Fachkräftesicherung in der Medizin und in der Pflege beschlossen. Im sog. „Masterplan Medizinstudium 2020“ soll die Allgemeinmedizin im Studium gestärkt werden, die Förderung der ärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ausgebaut und die Frage nach zusätzlichen Studienplätzen für Humanmedizin geklärt werden. Außerdem will die GMK das Bundesministerium für Bildung und Forschung bitten, sich für eine Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes einzusetzen, damit Stipendien für Medizinstudierende nicht auf die Ausbildungsbeihilfe nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz angerechnet werden, sofern eine spätere Niederlassung oder ärztliche Beschäftigung in unterversorgten bedrohten Regionen gewählt wird. Eine weitere Maßnahme der Länder ist die Einrichtung einer zentralen Gutachterstelle zur Prüfung ausländischer Arzt diplome aus Drittstaaten. Danach soll eine länderübergreifende Gutachterstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen im Sekretariat der Kultusministerkonferenz (KMK) eingerichtet werden. Diese Stelle soll am 1. Januar 2016 ihre Arbeit aufnehmen und zunächst in Form eines dreijährigen Projektes betrieben werden.

Weitere Informationen zu den Beschlüssen finden Sie auf der Homepage der Gesundheitsministerkonferenz unter www.gmkonline.de.

Waltraud Deubert

Treffen der ver.di PiA-AG am 19.4.2015 in Berlin

Die ver.di-PiA-AG versteht sich als Interessenvertretung von PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA), die sich durch ihre Offenheit und Neutralität jenseits von Therapieschulen, politischen Haltungen und Verbandsstrukturen auszeichnet. Sie lebt vom Engagement der beteiligten PiA und bietet gleichzeitig durch die bewährten gewerkschaftlichen Rahmenbedingungen die Möglichkeit von der Erfahrung der ver.di-Mitarbeiter in Tarif- und Berufspolitik sowie der Vernetzung bis in einzelne Betriebe hinein zu profitieren.

Beim diesjährigen Treffen der ver.di-PiA-AG standen dementsprechend auch die Themen auf der Tagesordnung, die für uns PiA aktuell besonders „brennen“: Die Reform der Psychotherapeutenausbildung, das Mindestlohngesetz und die immer wieder aktuelle Frage: Wie gewinnen wir noch mehr PiA für berufspolitisches Engagement, um unseren Forderungen mehr Nachdruck zu verleihen?

Es wurde die in der letzten Sitzung mitbearbeitete und nun fertige ver.di-Broschüre zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgestellt. Ver.di fordert darin v.a. die Qualifizierung zum PsychotherapeutInnen (PP/KJP) als Weiterbildung im Angestelltenverhältnis zu definieren, die praxisnah ist und mit der Approbation abschließt. Die Weiterbildung soll auf Grundlage einer eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung von Heilkunde erfolgen. Die Praktische Tätigkeit soll zur betrieblichen Weiterbildung werden, welche analog der beruflichen Qualifikation (Masterabschluss) vergütet wird. Diskutiert wurden dazu auch der letzte DPT-Beschluss sowie anstehende Gespräche der ver.di-Fachkommission PP/KJP mit Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums. (Nähere Informationen dazu unter <https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/psychotherapeut-in>) Bezüglich des Mindestlohns wurde in der juristischen Einschätzung des Gesetzes deut-

lich, dass auch hier wieder die Frage nach dem Überwiegen des Ausbildungscharakters während der praktischen Tätigkeit in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken zum Tragen kommt. Im Rahmen der praktischen Tätigkeit als „Ausbildungsphase“ hätten PiA keinen rechtlichen Anspruch auf Mindestlohn, es sei denn in der tatsächlichen Vertragsdurchführung stehe der „Austausch Dienste gegen Entgelt“ im Vordergrund. Ansatzpunkt für eine Klärung der Vergütungsfrage bleiben daher weiterhin betriebliche Einzellösungen, die Chancen einer Reform, sowie das nachträgliche Einklagen einer qualifikationsgerechten Vergütung, wozu es schon einige Urteile gibt. Gerade bezüglich arbeitsgerichtlicher Individualklagen bilden sich in immer mehr Bundesländern Initiativen von interessierten PiAs. Langfristig könnten solche Klagen dazu beitragen, dass Kliniken insgesamt zu einer angemesseneren Vergütung für PiA bereit sind. In puncto betriebliche Lösungen kann ver.di durch seine regional angelegte Struktur und Kontaktmänner und -frauen in Kliniken auch PiA bei der Vernetzung, z.B. mit Betriebsräten, unterstützen. Diese können wichtige Verbündete für PiA sein, beispielsweise um innerbetriebliche Verbesserungen der Ausbildungsbedingungen im Rahmen der praktischen Tätigkeit zu erreichen.

Bezüglich der stärkeren Vernetzung von PiA wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, um stärker mit regionalen PiA-Initiativen in Kontakt zu treten, die Reichweite der ver.di-PiA-AG zu erweitern und Energien zu bündeln. In dieser Hinsicht unterstützt ver.di auch das PiA-Politiktreffen weiter. Zudem wurde eine mögliche Beteiligung der PiA an der ver.di-Fachkommission PP/KJP diskutiert, um die Interesse der PiA auch dort einzubringen.

Das nächste Treffen der PiA-AG findet am Montag, den 26. Oktober, von 9.00 bis 13.00 Uhr in Berlin statt.

*Hannah Bäßler,
DGVt-Ausbildungszentrum Berlin*

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Information zum DAK-Medi-Selektivvertrag in Baden-Württemberg

Mit der folgenden Kommentierung möchte der DGVT-Berufsverband die niedergelassenen und interessierten KollegInnen über den Vertrag für die psychotherapeutische Versorgung zwischen der DAK und Medi informieren, der im Juli 2015 ratifiziert wurde und mit Beginn des ersten Quartals 2016 starten soll.

Der DGVT-BV wird auch diesem Vertrag - wie bereits dem PNP-Vertrag - beitreten, um die Entwicklungen auf diesem Gebiet aus der Perspektive der niedergelassenen Kollegen und aus der Perspektive der Konsequenzen für die psychotherapeutische Versorgung nachvollziehen und bewerten zu können.

Grundzüge des Vertrages

Der Vertrag zwischen der DAK und Medi ist für die psychotherapeutische Versorgung ein Vollversorgungsvertrag, umfasst damit also die gesamte psychotherapeutische Versorgung derjenigen Patienten mit einer ICD-10 F-Diagnose, die sich in den Vertrag einschreiben und in Baden-Württemberg behandelt werden. Derzeit sind etwa 10% der gesetzlich Krankenversicherten in Baden-Württemberg bei der DAK versichert.

Beitrittsberechtigt sind alle Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychotherapie mit Kassenzulassung in BaWü.

In wesentlichen Grundzügen lehnt sich der Vertrag an den in Baden-Württemberg bereits laufenden PNP-Vertrag mit dem Modul Psychotherapie zwischen der AOK-BaWü und Medi an, verzichtet aber auf einige restriktive Rahmenbedingungen des PNP-

Vertrages, die die Versorgung für die teilnehmenden Psychotherapeuten und Ärzte deutlich unkomplizierter machen.

Unterschiede zum PNP-Vertrag

Der wichtigste Unterschied gegenüber dem PNP-Vertrag besteht darin, dass die Voraussetzung der Einschreibung in die hausärztliche Versorgung entfällt. Mit dem Wegfall dieser Voraussetzung gibt es auch keine Probleme mehr damit, dass Versicherte z.B. nach einem Wechsel des Hausarztes aus dem Hausarztvertrag herausfallen und für diese Zeit bis zur Neueinschreibung mit dem üblichen Antragsverfahren aufwändig wieder beantragt und über das KV-System abgerechnet werden müssen.

Patienten schreiben sich ausschließlich für die psychotherapeutische Versorgung in den Vertrag ein und am Ende der Behandlung bzw. bei Wechsel des Therapeuten auch wieder aus. Mit der Einschreibung entfällt das gesamte Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Psychotherapie.

Jeder DAK-Versicherte aus dem gesamten Bundesgebiet kann dann in Baden-Württemberg von einem niedergelassenen Kollegen, der an dem Vertrag teilnimmt, psychotherapeutisch versorgt werden. In Randregionen z.B. zu einem anderen Bundesland können dann auch DAK-Versicherte, die nicht bei der DAK in BaWü versichert sind, versorgt werden.

Auch die Beschränkung der Versorgung auf bestimmte Diagnosegruppen und die reduzierte Vergütung der Akutbehandlung bei bestimmten Diagnosegruppen entfällt. Ebenso entfällt die Voraussetzung der Mindesterbringungsquote, d.h. einer bestimmten Mindestmenge an neu aufgenommenen Patienten, um die höher vergütete Akutversorgung zu erhalten.

Im Rahmen des DAK-Vertrages können nun auch psychoanalytische Verfahren gleichberechtigt neben allen anderen Verfahren bei allen Diagnosen angewandt werden, die Beschränkung auf Persönlichkeitsstörun-

gen und auf Leistungen außerhalb der Akutversorgung entfällt gegenüber dem PNP-Vertrag.

Wie im PNP-Vertrag dürfen unter den genannten Ziffern bei entsprechender Zulassung alle psychotherapeutischen Verfahren erbracht werden (Hypnose, Hypnotherapie, systemische Therapie, EMDR, Neuropsychologie, Bio-Feedback, IPT).

Alle anderen im AOK-PNP Vertrag geltenden Vereinbarungen haben auch im DAK-Vertrag Bestand, hier sind die Vorteile des freien Erstzuganges mit einfachem Behandlungsbeginn ohne Konsiliarbericht, insbesondere der Wegfall des Gutachterverfahrens und die Möglichkeit der unbegrenzten niederfrequenten Behandlung ohne Gutachterverfahren sowie die unkomplizierte Beantragung und Erbringung von gruppenpsychotherapeutischen Leistungen mit beliebigem Switchen zwischen einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Leistungen zu nennen.

Vergütung

Es werden folgende Leistungen vergütet:

10 Stunden Akutversorgung mit 105,- € (13 Sitzungen bei KJP) ohne Mindestquote,

20 Stunden Erstbehandlung mit 90,- € (25 Sitzungen bei KJP),

30 Stunden Weiterbehandlung mit 84,50 € (38 Sitzungen bei KJP),

Nach 60 Sitzungen kann sich eine unbegrenzte niederfrequente Therapie mit 6 Sitzungen/Quartal, vergütet mit 84,50 € anschließen

Bei Rezidiven kann eine Behandlung wie im PNP-Vertrag unkompliziert neu mit einer Akutversorgung begonnen werden.

Als weitere Leistungen werden eine Grundpauschale mit 60,- €, ein quartalsbezogener KJP-Zuschlag von 25,- € und ein Kooperationszuschlag von 25,-€ vergütet.

Kinder bzw. Jugendliche können, wenn der Therapiebeginn vor dem 21. Lebensjahr war, bis zum 25. Lebensjahr behandelt werden.

Elterngruppen sind möglich, wie auch kleine Gruppen bei TP

Gruppentherapien können bis max. 60 Sitzungen à 100 Min. erbracht werden und werden mit 50,- € bzw. 100,- €) vergütet.

Bei KJP sind unbegrenzte niederfrequente Gruppentherapien mit Hilfeplankonferenzen möglich.

Insgesamt gibt es keine Mengenbegrenzung oder Quotierung von Leistungen wie im Kollektivvertragssystem. Alle Leistungen werden zu 100% unabhängig von der Menge der erbrachten Leistungen auch der Fachgruppe vergütet.

Die Vergütung wird bei Erhöhung der Vergütung im KV-System automatisch so angepasst, dass die entsprechende Höhervergütung im DAK-Vertrag beibehalten bleibt.

Voraussetzungen und Anforderungen

Für die teilnehmenden Psychotherapeuten gelten wie im PNP-Vertrag gegenüber dem KV-System höhere Anforderungen im Sinne einer zeitgerechten Erstversorgung: Teilnehmer verpflichten sich bei Vertragsteilnahme zum Erstkontakt innerhalb von 14 Tagen nach Erstanmeldung bzw. 3 Tagen in dringlichen Fällen. Der Therapiebeginn sollte spätestens vier Wochen nach Diagnosesicherung bzw. nach sieben Tagen in dringlichen Fällen erfolgen.

Die Teilnahme setzt wie beim PNP-Vertrag auch eine zusätzliche Software voraus, die also zusätzlich zur KV-Software und zum PNP-Vertrag bezahlt, installiert und gewartet werden muss. Medi plant derzeit eine einfache und kostengünstige Lösung (25 € Monatspauschale) ohne zusätzlichen Konnektor, die verpflichtend für alle Teilnehmer vorgeschrieben ist und die auf die vorhandene Basissoftware im KV-System aufsetzt.

Unsere grundlegende Bewertung und Einordnung des Vertrages

Mit diesem Vertrag wird für die psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg neben dem PNP-Vertrag eine weitere umfassende versorgungspolitische Alternative zur kollektivvertraglichen Regelversorgung im KV-System geschaffen.

Diese ist in jüngerer Zeit in Zusammenhang mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) intensiv diskutiert worden. Die Bedarfsplanungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind hinsichtlich der Psychotherapie veraltet und spiegeln nicht den in den letzten Jahren drastisch gestiegenen Bedarf an solchen Leistungen wieder. Alle Erhebungen zu Wartezeiten, zu Fehlzeiten und Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen deuten auf einen entsprechenden gestiegenen Bedarf hin.

Die GKV hat sich allerdings seit der Ausbudgetierung der genehmigungspflichtigen Leistungen immer dagegen gesträubt, weitere Psychotherapeuten zur Versorgung zuzulassen, um die wachsenden Kosten für diese Leistungen zu begrenzen. Sie sucht letztlich nach Möglichkeiten (z.B. Reform des Gutachterverfahrens), wie mehr Versicherte von den derzeit zugelassenen psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern versorgt werden können.

Inzwischen besteht aber für die psychotherapeutische Versorgung der Versicherten ein derartiger Versorgungsdruck, dass die Kassen aktiv werden müssen, um den Behandlungsbedarf für ihre Versicherten zu gewährleisten.

Die Selektivverträge der AOK, der Bosch BKK sowie jetzt der DAK versuchen in dieser Situation mit Anforderungen eines schnelleren Erstzuganges, eine gegenüber der Regelversorgung im KV-System unkompliziertere Versorgung sowie mit Anreizen vor allem für die Kurzzeitpsychotherapie und verringertem Bürokratieaufwand (Wegfall des Antrags- und Gutachterverfahrens) sowie erweiterten Kompetenzen (Beantragung einer rehabilitativen Versorgung) eine schnellere Versorgung ihrer Versicherten zu erreichen.

Mit steigendem Anteil der Versorgung von Patienten in diesen Selektivverträgen zulasten der Versorgung im Kollektivvertragssystem wird vermutlich der Druck auf die übrigen Kassen und das Kollektivvertragssystem wachsen, die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen und die

Regelungen der Leistungserbringung diesen deutlich unkomplizierteren Bedingungen anzupassen.

In diesem Sinne stellt die Ausweitung solcher Verträge aus unserer Sicht eine Alternative zu den unbefriedigenden Verhandlungen um eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im Kollektivvertragssystem dar.

Die Frage, ob der Vertrag mit seinen Bedingungen zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen kann, ist gegenwärtig schwer vorherzusagen. Ob die erhoffte und vertraglich eingeforderte schnellere Versorgung der Versicherten in den Verträgen auch auf Dauer bei Ausweitung solcher Verträge auch auf weitere Kassen noch haltbar ist, bleibt abzuwarten, es hängt vermutlich auch davon ab, in welchem Umfang die bestehenden Praxen KollegInnen einstellen und der Anteil an Gruppenbehandlungen ausgeweitet wird. In jedem Fall wird er in der Versorgung ganz andere und neue Anreize im Vergleich zum jetzigen System.

Zunächst sichert sich die DAK wie zuvor die AOK und BKK Bosch durch eine bessere Vergütung und unkompliziertere Versorgungsregelungen vor allem für ihre schwerer erkrankten Versicherten einen schnelleren Zugang zur Psychotherapie, der möglicherweise auch Kosten für stationäre und medikamentöse oder auch andere Behandlungen sparen helfen kann. Gleichzeitig werden Anreize für kürzere Behandlungen gesetzt, indem diese besser vergütet werden. Werden Versicherte kürzer behandelt, können insgesamt mehr Patienten versorgt werden. Auch eine Förderung der Gruppentherapie sowie der Wegfall der Budgetierungen bei Anstellungen kann zu einer Steigerung der Zahl an behandelten Patienten beitragen.

Im Rahmen des Vertrages findet daher vermutlich gegenüber dem KV-System eine Verschiebung von Leistungen zugunsten Kurzzeittherapien und Gruppenpsychotherapien sowie wegen des Wegfalls der Berichtspflicht zugunsten niederfrequenter Langzeittherapien statt. Vermutlich wird wegen der Anreize für eine Anstellung auch

eine Ausweitung der Zahl der Psychotherapeuten insgesamt bzw. in Richtung größerer Praxen mit Anstellungen erfolgen.

Wird die Versorgung von Patienten im Rahmen des Vertrages nicht alleine über eine zusätzliche Anstellung von Mitarbeitern oder eine Erhöhung des Anteils an Gruppenpsychotherapien verbreitert, wird die bevorzugte Aufnahme von DAK- sowie AOK- und BKK Bosch-Versicherten vermutlich zu Lasten der Versicherten von anderen Kassen erfolgen. Es werden in einem solchen Fall Behandlungskapazitäten gebunden, die dann für andere Kassen nicht mehr zur Verfügung stehen. Dann dürfte auch ein starker Druck auf die anderen gesetzlichen Kassen wachsen, ähnliche Bedingungen anzubieten, wollen diese nicht für ihre Versicherten noch längere Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und damit möglicherweise höhere Kosten für Krankengeldzahlungen, stationäre und medikamentöse Behandlungen sowie Kosten für Arbeitsunfähigkeitszeiten in Kauf nehmen. Im günstigen Fall geraten die übrigen Krankenkassen unter Druck, die Vergütungen und Bedingungen ihrerseits auch im KV-System anzupassen.

Eine ungünstige und aus unserer Sicht Fehlentwicklung sind die administrativen Zugangsvoraussetzungen hinsichtlich der Abrechnungsoftware: Wenn mit jedem Selektivvertrag und jeder neu hinzugekommenen Krankenkasse jedes Mal eine zusätzliche Software eingeführt, finanziert und gepflegt werden muss, wird das System unpraktikabel. Bei sinkenden Fallzahlen pro Kasse werden sich die Belastungen durch höhere Nebenkosten zuungunsten der Vorteile dieser Verträge entwickeln.

Zukünftig ist zu hoffen und zu fordern, dass nicht jeder neue Selektivvertrag mit zusätzlichen Softwareanforderungen einhergeht und es eine Software für alle Verträge gibt. Vielmehr sollten dann lediglich Zusatzanforderungen wie die Überprüfung der Einschreibung der Versicherten in die hausarztzentrierte Versorgung wie im PNP-Vertrag über ein Zusatzmodul geleistet werden.

Abzuwarten bleibt, welche Erfahrungen die im Selektivvertrag beteiligten Kassen

hinsichtlich der Qualität der Versorgung z.B. hinsichtlich von Rückfällen oder Wiederholungsbehandlungen und der Patientenbeurteilungen sowie der Kostenentwicklungen machen. Eine umfassende Evaluation steht auch für den PNP-Vertrag noch aus und ist dringend zu fordern.

Einordnung und Bewertung des Vertrages aus der Perspektive der Psychotherapeuten: Beachtenswertes

Eine Teilnahme am Vertrag lohnt vor allem für Psychotherapeuten, die ihre Leistungen außerhalb des KV-Systems ausweiten möchten, etwa weil sie an der Kapazitätsobergrenze arbeiten oder weil sie Angestellte haben oder einstellen möchten. Anstellungen von KollegInnen und damit insgesamt eine Zunahme der Leistungserbringer werden in den Verträgen erleichtert, da die Budgetierung der Leistungen wegfällt.

Interessant ist der Vertrag auch für solche Psychotherapeuten, die dem Zwang zur Berichtspflicht entgehen wollen.

Ökonomisch lohnt eine Teilnahme am Vertrag vor allem für solche Psychotherapeuten, die einen verstärkten Fokus auf Kurzzeitpsychotherapien oder auf Gruppenpsychotherapie legen wollen, nur hier sind die Einkommensmöglichkeiten besser gegenüber dem KV-System. Voraussetzung ist die Verfügbarkeit entsprechender Räumlichkeiten und Infrastruktur im Falle von Anstellungen oder einem stärkerem Fokus auf Gruppenpsychotherapien.

Demgegenüber stehen die im Vergleich zur Kassenärztlichen Vereinigung erhöhten Verwaltungskosten sowie die erhöhten Kosten für die zusätzliche Abrechnungsoftware, die wohl derzeit für die beiden Verträge (AOK und BKK Bosch sowie DAK) gesondert finanziert werden müssen. Ab welchen Behandlungszahlen in den beiden Verträgen sich dies rechnet, muss jeweils individuell entschieden und mit dem deutlich geringeren administrativen Aufwand (Wegfall des im Kollektivvertragssystem völlig unzureichend vergüteten Antragsverfahrens für Langzeitbehandlungen) abgeglichen werden.

Gerade bei Einzelpraxen, die keine Ausweitung ihrer Leistungen vornehmen und lediglich höhere Anteile von Patienten in den Selektivverträgen versorgen, steigen durch die zusätzlich erforderliche Software, die bei Medi deutlich höheren Verwaltungskosten und angesichts des fixen Kostenanteils an der Notfallversorgung die monatlichen administrativen Kosten. Werden nur vereinzelt Versicherte über die Selektivverträge versorgt, lohnt eine Teilnahme daher kaum.

Für die psychotherapeutischen Verfahren (Psychoanalyse), die bislang eine Monopolstellung und deutlich vereinfachte Möglichkeiten (deutlich seltenere gutachterpflichtige Verlängerungsanträge) von höher frequenten Langzeitbehandlungen hatten, stellt der Vertrag mit Ausnahme der verbesserten Möglichkeiten der Gruppenpsychotherapie keine Verbesserung dar. Weder administrativ (Gutachterverfahren) noch vergütungsmäßig ergeben sich hier deutliche Vorteile gegenüber dem Kollektivvertragssystem bei steigenden Verwaltungs- und Softwarekosten.

Für die anderen Verfahren stellt der Vertrag mit dem Wegfall der Antrags- und Genehmigungspflicht und der Möglichkeit der unbegrenzten niederfrequenten Weiterbehandlung deutlich erleichterte Behandlungsbedingungen dar.

Da der Vertrag zwar eine unbegrenzte Laufzeit, aber Kündigungsmöglichkeiten ab Ende 2017 vorsieht und es bei Selektivverträgen keine Garantie gibt, dass diese anschließend fortgeführt werden, müssen entsprechende Investitionen in erweiterte Räumlichkeiten im Hinblick auf Kündigungsmöglichkeiten bzw. anderweitige Nutzungsmöglichkeiten bei einem eventuellen Wegfall des Vertrages überdacht werden.

Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Leistungsverschiebung in Richtung auf diesen Selektivvertrag, sollte er nicht durch angestellte Kolleginnen oder eine Leistungsausweitung erfolgen, den Umfang an Leistungen im KV-System verringert.

Nicht zuletzt wird die Positionierung von Psychotherapeuten zu einem solchen

Vertrag auch von der generellen Einstellung zu Selektivverträgen abhängen. Wie bereits früher ausgeführt (Bürger, 2009), sind Selektivverträge nur sinnvoll, wenn das konkurrierende KV-System erhalten bleibt und man nicht in seinen Praxisstrukturen ausschließlich von solchen Verträgen abhängig ist. Den teilnehmenden KollegInnen wird daher empfohlen, immer auch ein substantielles Standbein der Versorgung im Kollektivvertragssystem zu erhalten.

Ausblick

Insgesamt sind mit diesem Vertrag eine Reihe von gegenüber dem KV-System ganz neuartigen Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung verbunden. Hier sind vor allem Versorgungsverpflichtungen hinsichtlich Wartezeiten und Präsenz, Anreizbedingungen für kürzere und niederfrequenzere Behandlungen und mehr Gruppenpsychotherapie, Anreize für Anstellungen und Vergrößerungen von Praxen, die Abkehr von einer Kontrolle des Leistungsumfanges durch Begutachtungen, aber auch die Abkehr von verfahrensspezifischen Besonderheiten und eine Ausweitung an therapeutischer Vielfalt im Sinne einer allgemeinen Psychotherapie zu nennen.

Welche Folgen diese Steuerungswirkungen durch den Vertrag im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung haben, ist derzeit schwer abzusehen. Sie sind jedenfalls deutlich verschieden von den Steuerungswirkungen des jetzigen Systems, das z.B. mit der spezifischen Ausgestaltung der Genehmigungsbedingungen und der Antrags- und Berichtspflicht auch eine spezifische Steuerung der Versorgung mit sich bringt (z.B. Ausschöpfung einmal beantragter Stunden, fehlende Anreize für schnelle Aufnahmen von Patienten, Weigerung einzelner Kollegen, den fast nicht vergüteten Aufwand von Umwandlungsanträgen zu betreiben und Verweis dieser Patienten bei Weiterbehandlungsbedarf an andere Kollegen).

Im Interesse einer Bewertung der Auswirkungen eines solchen Vertrages wäre zu wünschen, dass die beteiligten Kassen mit der Einführung solcher neuer Verträge auch

Gelder für eine Begleitforschung investieren, mit deren Hilfe die Veränderungen der psychotherapeutischen Versorgung im Zuge solcher Verträge beurteilt und von einer Fachöffentlichkeit diskutiert werden können. Leider ist dies bei der gesetzlichen Krankenversicherung, ganz anders etwa im Vergleich zur Deutschen Rentenversicherung, keineswegs Standard.

In jedem Fall kommt mit dem Vertrag Bewegung in eine seit vielen Jahren hinsichtlich der Psychotherapie und ihrer Versorgungsbedingungen festgefahrene Situation. Man darf gespannt sein, welche Erfahrungen mit einem solchen Vertrag gemacht werden.

Literatur

Bürger, W. (2011). Kommentar zum neuen AOK-Selektivvertrag in Baden-Württemberg. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43 (4), Suppl. 4 [Rosa Beilage], S. 45-51

Bürger, W. (2011). Vorschläge zur Reformierung der Bewilligungspraxis psychotherapeutischer Leistungen und des Gutachterverfahrens. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43 (3), Suppl. 3 [Rosa Beilage], 27-32

Bürger, W. (2009) PsychotherapeutInnen (PP und KJP) in den neuen Versorgungsformen (MVZ, IV, DMP): Eine Analyse der Situation, Perspektiven und Handlungsoptionen – Expertise im Auftrag der DGVT. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, (1) 41 (1), 176-194

Dr. Wolfgang Bürger
buengerpraxiska@online.de

Der Autor ist Psychologischer Psychotherapeut mit eigener Praxis in Karlsruhe sowie Mitglied im Beratenden Fachausschuss der KV Baden-Württemberg

Bericht von der 23. Sitzung der Konzertierten Aktion der KBV mit den Berufsverbänden

Am 12. Juni 2015 berichtete der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen im Berliner Hauptquartier der KBV wie gewohnt zuerst zur aktuellen politischen Lage. Zum mittlerweile beschlossenen und bald veröffentlichten Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) merkte er an, die Machtfülle des G-BA werde immer mehr vergrößert. Ein Sitz-Aufkauf-Soll ab 140 % sei genauso falsch wie einer ab 110 %. Die Terminservicestellen seien ein Wahnsinn, den man nun möglichst billig zu realisieren versuchen müsse. Mit der Verordnung einer Parität zwischen Haus- und FachärztInnen in der KBV werde sich der Satzungsausschuss der KBV beschäftigen (JF: Jürgen Doebert ist dort psychotherapeutisches Mitglied). Begrüßenswert seien die Stärkung der ambulanten Weiterbildung (JF: Dies betrifft leider nur ÄrztInnen). Der 3-jährige Bestandsschutz für die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) alter Prägung sei zu lang ausgefallen. Dies könne das Volumen der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) mindern. Die neue ASV dürfe keinesfalls zu Kürzungen bei den Grundversorgern führen. Das sei aber auch nicht zu erwarten. Die von Gassen mit angeregter Erweiterung der ASV auf schwere Verlaufsformen (z.B. bei Rheuma) sei kein Einfallstor für Krankenhäuser, wie die FALK-KVen argwöhnten. Sie gelte ja auch für niedergelassene FachärztInnen. Ein neuer KBV-Ausschuss zur ASV, in dem die Länder-KV-Vorstände vertreten seien, werde sich u. a. damit beschäftigen, parallel zum ASV-Unterausschuss des G-BA. Leider sei im VSG keine verpflichtende Regelung zu ASV-Abrechnungsstellen. Gassen erwähnte mit einem Satz auch die Erweiterung der Befugnisse der PsychotherapeutInnen. Er schloss mit der Frage, was wohl 2017 die neue Regierung auf das VSG aufsetzen werde?

Zum Präventionsgesetz merkte er an, dass dort die Ärzteschaft nicht genügend eingebunden werde. Im Antikorruptionsgesetz fehlte ihm eine klare Abgrenzung für erwünschte berufliche Kooperationen. Aus dem Hospiz- und Palliativ-Versorgungsgesetz ergäben sich neue Leistungen für entsprechend qualifizierte Ärzte (JF: und PsychotherapeutInnen?), via Bundesmantelvertrag. Ablehnen müsse man eine Personalausweis-Kontrolle durch Niedergelassene im Rahmen des künftigen Online-Abgleichs der Versichertendaten. Falls das unumgänglich werde, müsse zumindest eine Abrechnungsziffer dafür eingeführt werden. Der 30. Juni 2016 werde wohl nicht als Termin für den nächsten Schritt des EGK-Rollouts eingehalten werden können. Die Androhung einer 1%igen Vergütungskürzung für ÄrztInnen ab dem 1. Juli 2018 sei eine Unverschämtheit. Beim Krankenhausstrukturgesetz wünschte Gassen sich, dass der Gesetzgeber so indolent zu den Krankenhausgesellschaften sein möge, wie er es zur KBV jetzt war. Bei Krankenhausschließungen ergebe sich dann hoffentlich eine finanzielle Mitgift für die KVen. Zum Beschluss der KBV-Vertreterversammlung (VV) „Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch akademisierte Gesundheitsfachberufe“ merkte er an: den Direktzugang von PatientInnen zu PsychotherapeutInnen werde es wohl früher oder später geben, dann sollte diese Berufsgruppe aber auch Budgetverantwortung und Regresspflichten übernehmen müssen. Die KVen fahren schon seit Urzeiten in diesen Angelegenheiten den Kurs: Delegation ja, Substitution nein. So auch Gassen: er kritisierte den Teamgedanken aus einem diesbezüglichen Positionspapier der Grünen. Ein Audiologe-Phoniater fügte später an, LogopädInnen würden derzeit wie Heuschrecken durch die Kindergärten und Schulen schwärmen. Das wurde mein diesmaliger Spruch-Tagessieger.

Zu den „Turbulenzen“ der letzten Zeit, u. a. bei den KBV-Vertreterversammlungen, wollte Gassen in eigener Sache nichts mehr vortragen. Als Tischvorlage fand jede geladene BerufsverbandsvertreterIn die „Persön-

liche Erklärung“ Gassens von der KBV-Vertreterversammlung am 11. Mai in Frankfurt vor. Dabei handelt es sich um eine Aufklärung über das Gesellschaftskonstrukt des 2008 gegründeten ‚Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.‘, dessen Vorsitzender Gassen von 2008 bis 2015 war. Auch geht es um die ‚Sanakey GmbH‘ und ihre Töchter ‚Sanakey Contract GmbH‘ und ‚Sanakey Systems GmbH‘ und die Rolle von Gassen und seinem KBV-Vorgänger Dr. Köhler in dieser Konstruktion. Die FALK-KVen hatten Verflechtungen und Interessenkollisionen (Nebentätigkeitsgenehmigungen für KBV-Software-Spezialisten) bezüglich Sanakey vermutet, die ja die ASV-Abrechnung anstatt der KVen bewerkstelligen will. Aber auch Vorwürfe zur Amtszeit Köhlers stehen im Raum, z. B. bez. Protegierung und Alimentierung seiner Ehefrau und last not least überhöhte Ruhestandsbezüge für Köhler selber. Auch dem VV-Vorsitzenden Dipl.-Psych. Weidhaas wurden von FALK bereits Verfehlungen vorgeworfen.

Zu Beginn der Diskussion wurde eine vorbereitete Resolution „Rückkehr zur Sachebene in der KBV“ vorgestellt, die letztlich von 50 Berufs- und Fachverbänden, auch vom DGVT-BV, unterschrieben wurde. Am 30. Juni gingen die „Psychologischen PT und KJP in der KBV“ mit einer Erklärung an die Öffentlichkeit, in der sie die von den FALK-KVen vorgeschlagene Einrichtung eines „Beratenden Ausschuss Länder-KVen“ ablehnten. Stattdessen forderten sie eine gleichrangige Vertretung der PsychotherapeutInnen in den KVen und der KBV. Nirgends seien wir in die operativen Entscheidungsstrukturen und in die Vorstände eingebunden, immer nur ehrenamtlich und zudem rein beratend tätig. Man wolle die KBV und die Ehrenamtlichkeit stärken. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass Dieter Best zuletzt sogar öffentlich eine ‚Kassenpsychologische Vereinigung‘ als Alternative in den Mund nahm, Dementis folgten alsbald. Hinter den KBV-Kulissen geht es derzeit wohl ordentlich zur Sache. Unseren VertreterInnen ist wohl selber unklar, ob sie sich in dieser Schlangengrube

zum Zünglein an der Waage aufschwingen können oder zwischen den Mühlsteinen zerrieben werden. Sie stellen es jedenfalls als Erfolg dar, dass Gassen im Bewertungsausschuss das Nachvergütungsangebot der GKV zu unseren genehmigungspflichtigen Leistungen ab 2012 ausschlug und es damit nun in den erweiterten Bewertungsausschuss geht, wo Prof. Wasem im August auf Basis von Gutachten eine überparteiliche Entscheidung fällen werde. Indes rechnen alle Beteiligten mit nachfolgenden Musterprozessen. Die ist bei unserer starken finanziellen Benachteiligung durch diese sogenannte Selbstverwaltung wenig verwunderlich.

Der nächste TOP war ‚Bedarfsplanung‘. Dazu sprach Herr Gibis. Überall Gleichheit sei Ungerechtigkeit und Bedarfsplanung insofern Ausdruck von Marktversagen. Bedarfsplanung sei zentral für den Sicherstellungsauftrag, sichere das Solidarprinzip, sei immer auch Mengensteuerung, aber auch Budget- bzw. Konkurrentenschutz.

Was ist eigentlich ‚Versorgungsbedarf‘? Auch die WHO definiere das nirgends. Deutschland gehe da einen Sonderweg. Auch in gesperrten Bezirken blieben ursprünglich hohe Arztdichten erhalten. Das Ganze sei ein der nächsten Bundesregierung vermachtes Problem, auch wenn die Frist jetzt bis November 2016 laufe. Vielleicht könne man den Innovationsfonds für eine wissenschaftliche Fundierung künftiger Bedarfsplanungen nutzen. Die paritätisch besetzten Zulassungsausschüsse würden auch nach dem VSG nichts bewegen. Eher schon vielleicht die Landesausschüsse, die formal feststellen müssen, ob der ‚allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist‘, bevor überhaupt erst ein Zulassungsausschuss im Einzelfall über Nachbesetzung entscheiden soll. Zuvor hat der GBA bis Ende 2016 die Verhältniszahlen anzupassen. Insbesondere bei PsychotherapeutInnen (4420 Sitze gefährdet) sah der Gesetzgeber Anpassungsbedarf ‚unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur kleinräumigen Planung‘. Man wolle den einzelnen Niedergelassenen die Behandlungskapa-

zitäten nicht vorschreiben, schließlich seien wir Freiberufler (JF: allerdings machen KVen PsychotherapeutInnen Druck). Die GKV selber habe kein großes Problem mit Sonderbedarfszulassungen, denn die änderten nichts an der Deckelung des Budgets, höchstens bei der größtenteils extrabudgetären Psychotherapie. Vorschlag der KBV sei, das Ganze nicht wieder mit bundesweiten Zahlenspielerien anzugehen, bei immer kleinräumigerer Planungseuphorie (auch Sozialstrukturen seien kein Goldstandard), sondern mit regionalen Antragsverfahren. Für regionale Versorgungswirksamkeitsnachweise habe die KBV die Technik. Bei der Feststellung der Überversorgung würden derzeit die Ermächtigten nicht einberechnet. Unklar blieb, ob sie bei den Bedarfsplanungsberechnungen von den Landesausschüssen einbezogen würden. Auch die Einberechnung der Sonderbedarfssitze sei so ein Politikum.

Bei zwei Arztgruppen gebe es indes extreme Diskrepanzen zum neuen Plansoll: FachinternistInnen (werden nach 106 Raumordnungsregionen geplant, was ihre extrem hohen Versorgungsgrade in den Metropolen nivelliert, trotzdem liegen sie überall über 140%: 3082 Sitze sind bedroht) und PsychotherapeutInnen (insg. 381 Planungsbereiche, 244 davon (62%) unter 140%). Man schaue sich aber bei letzteren z. B. Freiburg und Hamburg mit krasser Überversorgung an. Zugleich gab es im 2. Quartal 2014 für KJP bundesweit 152,5 Niederlassungsmöglichkeiten vor Sperrung, in allen anderen fachärztlichen Gruppen zusammen nur 112,5.

Für die neue Bedarfsplanungsrichtlinie werde es ohnehin Diskussionen über die P-Facharztgruppe geben. Den ‚Nervenarzt‘ werde man wohl nicht halten können, auch die Psychosomatischen Mediziner könnten dann der Psychiater-Gruppe zugeordnet werden. Herr Gibis informierte, derzeit seien die P-FachgruppenvertreterInnen im engen Gespräch über diese Dinge (JF: Das ist das Erste, was ich davon höre). Kollege Menzel, für die Fachärzte für psychosomatische Medizin im beratenden Fachausschuss Psychotherapie, meinte dann aber ganz im Ge-

genteil, die Psychosomatiker sollten da eher raus und „sich nicht mehr abspeisen“ lassen. In der Tat wird der G-BA für die neue Bedarfsplanung sowohl die Zusammensetzung der Fachgruppen (Internisten, P-Fachgruppe, Nervenärzte, Orthopäden und Chirurgen), wie auch die Verhältniszahlen sowie die Abgrenzung von Planungsräumen zu bearbeiten haben. Dabei wird ohne Frage mit Simulationsrechnungen stets die Kostenentwicklung kontrolliert werden.

In der Diskussion zur Zukunft der Bedarfsplanung wurde empfohlen, Patienten-Interessensvertreter anzusprechen, denn auf die Ärzte würde die Politik hier nicht mehr hören. Eine kreative Idee war, man solle eher reale Unterversorgung nachzuweisen versuchen, als immer nur rechnerisch behaupteter Überversorgung zu widersprechen. Zur trickreichen Selbstverteidigung eines Sitzes könne man nutzen, dass es bei MVZs keine Eingriffsmöglichkeiten von oben in die Nachbesetzung gebe, ebenso bei Gemeinschaftspraxen mit Angestellten. Stilllegungsversuche dürften spätestens vor den Gerichten scheitern. Das für den Nachwuchs nach wie vor chancenreiche Jobsharing gebe es weiterhin nur wenig, fügte Gibis ein, das habe er nachgeprüft. Fakt sei auch, die KollegInnen blieben nun länger im KV-System und insgesamt gebe es eine massive Arbeitsverdichtung bei den überweisungsnehmenden Fachgruppen (JF: Einkommenssteigerungen über die Menge abgerechneter Leistungen ist seit Jahren das Resultat der Bewertungsausschüsse. Wir mit unseren zeitgebundenen Leistungen bleiben da außen vor).

Zum nächsten TOP, der EBM-Reform, berichtete Herr Casser. Augenblicklich laufe die Erhebung struktureller EBM-Veränderungsvorschläge über die Berufsverbände. Darauf soll dann bei der Anpassung der ärztlichen Leistung aufgebaut werden. Differenzierung von (Multi-)Morbidity, Erweiterung der Gesprächsleistungen und Entpauschalisierung seien die Schwerpunkte der schon eingegangenen Vorschläge. Ein Gutachten zur Neubewertung der ärztlichen Leistung (zu unterscheiden von der technischen Leis-

tung) soll der KBV bei den EBM wie bei den Honorarverhandlungen helfen.

Dazu referierte der Sachverständige, Dr. Popp von Prime Networks, über den großen Nachholbedarf beim kalkulatorischen Arztlohn sowie eine nötige Aufwertung der ärztlichen Leistung im engeren Sinne. Der erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hatte 2003 den „jährlichen kalkulatorischen Arztlohn“ an das Arztgehalt BAT 1a der Hessentabelle, unter Hochrechnung auf 51 Wochenstunden, gebunden. Es resultierten 78 Cent pro Arztminute. Heute sind es 86 Cent, die jährliche Steigerung betrug also weniger als 1%. Nun soll mit der EBM-Novelle eine Anpassung des kalk. Arztlohns zum 1.1.2016 geprüft werden. Popp sieht eine Honorarlücke bei den rund 165.000 ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (132.000 Vollzeit-Äquivalente) von insgesamt 5 Milliarden Euro, was er im Folgenden begründete. Über alle Ärztegruppen hinweg liege der Reinertrag der reinen GKV-Praxis bei 91.406 €, bei HausärztInnen und technischen FachärztInnen über 125.000 €. Das bedeute schon bezüglich dem gegenwärtigen kalkulatorischen Arztlohn von 105.572 € eine Unterdeckung von über 50%, insgesamt eine von 13%. Für die P-Fächer (Psychiatrie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapie /KJP) musste hier eine Hochrechnung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, der KBV sowie von Prime Networks AG (2007) erfolgen. Demnach liegt deren Reinertrag bei 52.000 €, was eine Unterdeckung von über 50% gegenüber dem gegenwärtigen kalkulatorischen Arztlohn bedeutet (JF: Hätte man die Psychotherapie separat gerechnet, wäre deren Unterdeckung noch stärker, die der Psychiatrie moderater.).

Seine Argumente zur Neubewertung der ärztlichen Leistung setzen an Arztlohn, Produktivität und Schwierigkeit an. Das Grundmodell kostenbasierter Preise vom Standardbewertungssystem (StaBS) aus dem Jahr 2000, Leistung = Arztleistung + Technische Leistung, sei ausreichend für eine Aktualisierung der Ärztlichen Leistung rein unter Kostengesichtspunkten. Daneben sollen die technischen Leistungen von Buchhal-

tung auf Kostenrechnung umgestellt werden, all das ohne jegliche „Umverteilungs-Experimente“.

Zum Arztlohn: nach dem Kienbaum Vergütungs-Report 2014 bekommen Oberärzte im Schnitt 124.000 € Gesamtdirektvergütung. Nach den Tarifverträgen der kommunalen Arbeitgeber bzw. der Länder bekommt ein einfacher Oberarzt ca. 100.000 € brutto, hochgerechnet sind das ca. 139.000 € Jahresgehaltskosten (Bruttogehalt, Lohnnebenkosten und betriebliche Altersfürsorge). Mit einem kleinen Risikozuschlag für die Selbstständigkeit liegt man bei ca. 144.000 €.

Für die Produktivität bezieht der Gutachter sich auf die Daten der Refa-Multimoment-Studie und einer Overhead-Erhebung. Beide differenzieren fünf Ärzte-Cluster, eines davon sind die P-Ärzte. Im EBM wird von 122.630 Min. Jahresarbeitszeit ausgegangen, beim StaBS sind 140.148 Min. hinterlegt, real seien es wohl 150.668 Min. Die konservativ versorgenden Fachärzte arbeiten im Schnitt 249 Tage, die P-Fächler 231 Tage im Jahr. Die Produktivität kovariere mit der Praxisgröße (Personal). Der ärztliche Overhead mittelbarer Produktivität ist teils delegierbar, dafür werden pro Jahr 5000 h (P-Fächer) -7500 h (Operateure) ärztlicher Arbeitszeit nötig. Die dafür kalkulierbaren Kosten fließen dann wieder in die Gesamtberechnung der „Honorarlücke“ ein. Popp berechnete Produktivitäts-Quoten zwischen 72,5 % (technische Fächer) und 77,5 % (P-Fächer), sieht aber Ausnahmen bei überwiegender Tätigkeit im Therapieraum (P-Fächer) sowie im OP-Saal (JF: Immer wieder kann man die Psychotherapie nicht über den ärztlichen Kamm scheren.).

In seiner großen Abschlussrechnung empfahl Popp der KBV, in den EBM-Verhandlungen einen neuen kalkulatorischen Arztlohn von 157.437 € zu fordern, den er vom Tarifgehalt leitender Oberärzte (Entgeltgruppe III, Stufe 3) hochgerechnet hat. Damit der GKV als Referenzbasis lediglich „Oberarzt-Niveau“, aber nicht die mit „leitender“ höchste Gehaltsstufe vereinbart wurde, halte ich das allenfalls für eine nützliche

Ausgangsposition in den Verhandlungen mit den Kassen, die hochgerechneten 8,5 Mrd. € ansonsten aber für unrealistisches Wunschenken. So nahm Popp im Anschluss auch gleich die Gefahr von Gegenrechnungen der Kassenseite ins Visier. Diese könnten gut ansetzen an der Korrektur der Zeitbedarfe (ca. -4,7 Mrd. €), die Kalkulationszeiten sprengen ja mittlerweile förmlich die Plausibilitätskontrollen. Auch mit arztcluster-spezifischen Absenkungen der Honoraranteile für Technische Leistungen müsse man rechnen (ca. -2,4 Mrd. €). Dass man durch langes Nutzen alter, finanzbuchhalterisch längst abgeschriebener Geräte den Profit maximieren kann, soll berechtigterweise abgeschafft werden. Unterm Strich käme dann ein Plus von 1,324 Mrd. € (+ 4%) heraus. Die Techniker Krankenkasse soll übrigens als Vorgabe zu den Verhandlungen bereits verlautbart haben, das + 0,6% ihre Vorgabe sei.

Unabhängig von all dem zeigen Dr. Pops Zahlen auf ein Neues, dass die ‚Honorarlücke‘ in den P-Fächern am größten ist. Und das wohl wegen der so grandios unterbewerteten Psychotherapie, so dass sich niemand traut, sie überhaupt wirklich separat zu berechnen! Positive Ausnahme: im neuesten ZI-Praxis-Panel (ZIPP) Jahresbericht 2013 kann man lesen, dass die 677 dort einbezogenen Niedergelassenen aus dem psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachbereich einen Jahresüberschuss von 69.600 € erzielten (JF: was auf die Teilnahme eher überdurchschnittlich ausgelasteter Praxen schließen lässt). Auf die Arbeitsstunde herunter gebrochen waren das dann nur 36,20 €. Dann kommen die HausärztInnen mit 58,90 € pro Arbeitsstunde, an der Spitze liegen die InternistInnen mit 94,70 €.

Jürgen Friedrich, Sprecher der DGVT-BV-Fachgruppe Niedergelassene

Berlin: KV setzt klare Zeichen gegen Praxisaufkauf

(kb) Die KV Berlin hat sich entschieden, deutliche Zeichen gegen den drohenden Praxisaufkauf zu setzen. Aktuell liegen im Planungsbereich der KV Berlin 15 Facharztgruppen oberhalb der 140 %-Grenze, u.a. auch die PsychotherapeutInnen. Dennoch sieht die KV Berlin Bereiche in der Stadt, in denen die Versorgung verbessert werden kann. Die KV Berlin hat nach eigenen Angaben dem Zulassungsausschuss für Ärzte und PsychotherapeutInnen mitgeteilt, dass sie im einheitlichen Planungsbereich Berlin in allen Verwaltungsbezirken einen erhöhten Versorgungsbedarf sehe.

Dies könnte Psychotherapeutischer Praxen vor dem Praxisaufkauf schützen. Die neue gesetzliche Regelung sieht vor, dass bei einem Versorgungsgrad von mehr als 140 % die Nachbesetzung einer Praxis abgelehnt werden soll, wenn keine Versagungsgründe vorliegen, die eine Nachbesetzung erforderlich werden lassen.

Die KV Berlin setzt nun darauf, dass Sitze geschützt werden, indem der/die potentielle Nachfolger/in sich bereit erklärt, die Praxis in ein Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in dem wegen einer zu geringen Arztdichte ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Erklärt der potentielle Nachfolger, dass er die Praxis in einen bisher schlechter versorgten Bereich verlegen wird, muss der Zulassungsausschuss die Praxis nachbesetzen. Die KV Berlin betont in ihrer Pressemitteilung, dass ohne diese Maßnahme mittelfristig eine deutliche Verschlechterung der Versorgungssituation in Berlin drohe, vor allem Vertragsarztpraxen in den Außenbezirken seien derzeit von der Aufkaufpflicht bedroht.

Informationen für Mitglieder

Die KollegInnen der DGVT-/DGVT-BV-Landesgruppe Berlin bieten regelmäßige Informationsveranstaltungen zu den Möglichkeiten an, Praxissitze vor dem Aufkauf zu schützen.

Bitte informieren Sie sich über unsere Homepage über die jeweils aktuellen Termine.

Aktionstag in Dortmund: PsychotherapeutInnen demonstrieren vor der KBV-VV für Honorargerechtigkeit

Am 5. Juni demonstrierten Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen für Honorargerechtigkeit anlässlich der KBV-Vertreterversammlung, die diesmal in der KV Westfalen-Lippe stattfand.

Der 2. Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe, Dr. Gerhard Nordmann, berichtete in der anschließenden Vertreterversammlung (VV) in Dortmund „Fakt ist, dass die Ärzteseite eine Erhöhung der Vergütung vorgeschlagen hat, welche die Kassenseite auf keine Fall mittragen will“.

Mit einer weiteren Demonstration haben die PsychotherapeutInnen den KBV-Delegierten und den Gesundheitspolitikern gezeigt, dass sie entschlossen sind, für eine bessere psychotherapeutische Versorgung und eine gerechte Bezahlung von psychotherapeutischen Leistungen zu kämpfen.

Immer mehr Menschen werden aufgrund psychischer Erkrankungen zeitweise arbeitsunfähig oder müssen aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Wochen- oder gar monatelange Wartezeiten für eine ambulante Behandlung in einer psychotherapeutischen Praxis sind in den meisten Regionen Deutschlands der Normalfall. Trotzdem hat die Politik im sogenannten Versorgungsstärkungsgesetz die Reduzierung der Praxissitze wegen rechnerischer Überversorgung auch bei psychotherapeutischen Praxen bei 140 % Überversorgung festgeschrieben (am 11.6.15 im Bundestag verabschiedet). Und Psychotherapie – Gesprächsleistungen generell – gehören nach wie vor zu den am schlechtesten vergüteten Leistungen im ambulanten Bereich.

Das Bundessozialgericht hat zuletzt im Jahr 2008 verpflichtend vorgegeben, dass die Einkommen der PsychotherapeutInnen schrittweise und regelmäßig an den Durchschnitt der Ärzteneinkommen angepasst werden müssen. Und was ist seit dem Urteil des BSG geschehen? Gar nichts! Denn PsychotherapeutInnen kommen bei nahezu identischer Arbeitszeit nur auf die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens der anderen Arztgruppen.

Die systematische Benachteiligung von Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Ärztlichen PsychotherapeutInnen im Honorarsystem setzt sich ungebremst fort. Die PsychotherapeutInnen sind nach wie vor gezwungen, regelmäßig Widersprüche gegen die Honorarbescheide einzulegen und in jahrelangen Prozessen ihre Rechte einzuklagen. Im September 2014 sind sie deshalb gemeinsam in Berlin auf die Straße gegangen für „Honorargerechtigkeit jetzt!“ und am 11. Mai 2015 in Hessen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Fehlsteuerungen innerhalb des Verteilungssystems zu korrigieren, damit wichtige Versorgungsbereiche und auch Beratungsleistungen angemessen vergütet werden. Die erneute Untätigkeit des Bewertungsausschusses entgegen seiner eigenen Beschlusslage lässt jedoch keinen anderen Schluss zu, als dass die jahrelang gepflegte Vogel-Strauß-Politik mit dem Ziel des Zeitgewinns fortgesetzt werden soll. Besonders skandalös ist dabei, dass für diese unzumutbare Benachteiligung und für die Missachtung höchstrichterlicher Rechtsprechung weder „die Politik“ noch „die Krankenkassen“, sondern offensichtlich in erster Linie die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, also der Vertreter der vorgeblich eigenen Interessenvertretung verantwortlich sind. Die Vertreter der KBV im erweiterten Bewertungsausschuss blockieren seit Jahren entsprechende Beschlüsse.

Der DGVT-Berufsverband fordert die längst fällige Anpassung der PsychotherapeutInnen-Honorare fordert die KVen und die KBV auf, die Rechtsprechung endlich

umzusetzen. Dies ist die einzig zulässige Konsequenz aus der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Waltraud Deubert

Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

(*wd*) Bei der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zeigt sich, dass eine ambulante multidisziplinäre und vernetzte Versorgung durchaus erfolgreich sein kann.

Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung dient zur Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Sie ist seit 2009 gültig. Durch die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Im Vordergrund steht der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind.

Mit der Einführung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) hatten sich die Vertragspartner – die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband – darauf geeinigt, diese Vereinbarung zu evaluieren. Die Details zur ersten Evaluation der SPV wurden von der KBV und dem GKV-Spitzenverband festgelegt. Der Erhebungszeitraum bezieht sich auf die Monate Januar - Juni in den Jahren 2013 und 2014.

Die Ergebnisse der Evaluation geben einen Überblick über die Praxisstrukturen (Kooperationspartner) und das Patientenkollektiv (Diagnosedaten) sowie die therapeutischen Maßnahmen. Bestandteil der Evaluation waren auch Patientenbefragungen.

Demnach zeigte sich bei der Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung 2013/2014

- in Bezug auf die Strukturqualität der teilnehmenden Praxen eine ausgeprägte interdisziplinäre Kooperation;
- ein differenziertes therapeutisches Vorgehen ohne einseitige Präferenz, beispielsweise rein medikamentöser Strategien;
- sowohl insgesamt und vor allem auch diagnosespezifisch eine vergleichsweise geringe Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei den behandelten Kindern und Jugendlichen, mit annähernd konstanten Verordnungsraten über die hier abgebildete Beobachtungszeit sowie
- Behandlungskontinuität im Sinne häufiger, im Quartalsvergleich regelmäßiger und kurzfristig aufeinander folgender Behandlungstermine.

Als Fazit werden sehr gute Behandlungserfolge und die Erfüllung der Erwartungen an die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung dargestellt.

Aus ärztlicher Sicht ist bereits nach einer Behandlungsdauer von bis zu 18 Monaten bei rund 46 % aller PatientInnen ein vollständiger oder weitgehender Behandlungserfolg eingetreten. Dabei ist die Bewertung des Behandlungserfolgs unabhängig von Alter und Geschlecht der Kinder und Jugendlichen.

Positiv äußerten sich auch die PatientInnen bzw. deren Eltern. Auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) bewerteten sie die Behandlung mit einer 1,7.

An der Befragung, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZKI) in Deutschland durchgeführt hat, haben sich über 600 der bundesweit tätigen SPV-Ärzte beteiligt. Außerdem gingen in die Evaluation die Datensätze von 16.344 PatientInnen ein. Damit handelt es sich um eine der umfassendsten Erhebungen zur Versorgungsstruktur im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, so das ZKI.

Das ZKI hat den Abschlussbericht 2014 zur "Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung" auf seiner Homepage unter dem Link http://www.kbv.de/html/themen_2857.php veröffentlicht.

Kritische Anmerkungen von Otmar Stöhr, niedergelassener Psychotherapeut in Bremen, zur Evaluation der SPV

Die Evaluation der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung der KBV ist durchaus kritisch zu betrachten. Trotz der Fülle an Statistik und vergleichenden Daten, die die Evaluation liefert, scheint die Auswertung und Interpretation der Daten nicht ausreichend abgesichert zu sein. Tatsächlich sind die Daten teilweise wenig bis gar nicht mit der Evaluationsinterpretation verbunden und lassen auch andere Deutungen zu – einzig die vergleichsweise geringe Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka erscheint unbestreitbar.

Die interne und externe interdisziplinäre Kooperation, beispielsweise, wird in der Evaluationszusammenfassung positiv hervorgehoben und mit Prozentzahlen unterlegt; jedoch beschreiben diese einzig welche Angestellten die SPV-Ärzte beschäftigen und welche externen Kooperationspartner angegeben wurden, nicht jedoch qualitative Aspekte oder Kooperationsdichte (zeitlicher Umfang). Subjektive Erfahrungen lassen eher Rückschlüsse auf eine sehr niedrige Häufigkeit der Zusammenarbeit mit externen Partnern zu, aber Evaluationsdaten hätten hier, wenn sie denn vorhanden wären, sicher klarere Einsichten liefern können.

Auch die Frequenz der SPV-Behandlungen – errechnet wurde vom Zentralinstitut über 6 Quartale hinweg ein Durchschnitt von pro Quartal 1,8 Arzt- und 3,4 Mitarbeiterkontakten und gefordert waren in der SPV wohl drei Kontakte pro Quartal – scheint zu niedrig. Insbesondere für Kinder mit mittel bis schweren psychologischen Störungen könnte dies eine unsichere Behandlungskontinuität mit zu langen Ter-

minabständen sein. Die Dokumentation der Patienten-Kontakte stellt zudem nicht unbedingt deutlich klar wie lange die Termine mit den Patienten in der Praxis waren.

Über 80% der SPV-Behandlungen waren psychiatrisch-psychotherapeutischer Natur (wobei offen bleibt was genau das im Einzelnen heißt) und bei 9 von 10 Patienten wurde – überwiegend durch Mitarbeiter – Psychoedukation durchgeführt. Eine Richtlinientherapie wurde 2013 bei 7,8% der SPV-Behandlungen durchgeführt (Tendenz 2014 fallend), was aufgrund der Hauptdiagnosen (F90, F93 und F43) erstaunlich gering erscheint. Es kann deshalb vermutet werden, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sich oft hauptsächlich auf Diagnoseerstellung und ggf. Medikation beschränkt. Ergänzend ist durch subjektive Erfahrungen hinzuzufügen, dass Psychotherapiefälle oft an niedergelassene Kollegen verwiesen wurden und generell wenige Fälle als „psychotherapiewürdig“ angesehen wurden. Aufgrund dieser und weiterer Daten ist zu bezweifeln, dass SPV-Praxen tatsächlich ein differenziertes therapeutisches Vorgehen realisieren.

Schwierig ist zudem die Bewertung der Behandlungserfolge, da sie auf subjektiven Einschätzungen der SPV-Ärzte und der Eltern der Patienten beruhen und nicht transparent ist, wem genau die Evaluationsbögen ausgehändigt wurden. Zudem berichtet die KBV im Faktenblatt von „sehr guten Behandlungserfolgen“, im Informationsblatt aber steht „vorzeigbare Behandlungserfolge – häufig bei Patienten mit multiplen, schwer behandelbaren Störungen“. Durch die geringe Behandlungsfrequenz scheinen SPV-Praxen aber eher für leicht- bis mittelschwere Patienten geeignet zu sein.

Am meisten überrascht dann aber, dass die Evaluation trotz ihrer Datenfülle keinerlei Sozialdaten zu den Eltern der SPV-Patienten beinhaltet. Das Zentralinstitut und die KBV berücksichtigen wohl weder Bella-Studien, KiGGS-Ergebnisse noch das geringe Inanspruchnahmeverhalten bildungsferner Familien. Kinder aus sozial benachteiligten Familien, welche eine Behandlung aufgrund

des Schweregrads, kumulativer Krankheiten und zusätzlicher Belastungen oft besonders nötig hätten, werden in SPV-Praxen wohl eher spärlich anzutreffen sein.

Den SPV-Praxen fehlen im Anwendungsalltag die Kombination nieder- und hochfrequenter Angebote, Flexibilität in Behandlung und Kooperation, eine bessere Präsenz und Erreichbarkeit, die Möglichkeit zu Hausbesuchen, lebenspraktische Unterstützung und vieles mehr. Entgegen der positiven Evaluationszusammenfassung besteht hier deutlich Nachholbedarf um eine wirkliche „soziale Psychiatrie“ für Kinder zu gewährleisten.

Informationen für die psychotherapeutische Behandlung von Asylbewerbern

(kb) Wir möchten unseren Mitgliedern einige Hinweise auf Arbeitshilfen für die Behandlung von Asylbewerbern zur Verfügung stellen:

Seit 1.3.2015 gelten die neuen Regeln des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Danach beträgt für Asylbewerber die Dauer für den Bezug von den sehr eingeschränkten Gesundheitsleistungen nicht mehr vier Jahre wie bisher, sondern nur noch 15 Monate. Innerhalb der 15 Monate haben Asylbewerber nur Anspruch auf eine Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Die Behandlung von psychischen Erkrankungen ist nach dem AsylbLG nur im Ausnahmefall möglich.

Mit der Reform des AsylbLG haben Asylbewerber früher als bisher einen Anspruch auf eine Versorgung nach dem GKV-Leistungskatalog (nach 15 Monaten, s.o.). Dies gilt grundsätzlich auch für psychotherapeutische Leistungen. (Auf die Problematik, dass die Kassen keine Dolmetscher in psychotherapeutischen Behandlungen finanzieren, diese aber bei Flüchtlingen fast immer notwendig sind, geht die DGVT in einer aktuellen Stellungnahme „zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen und

Asylsuchenden“ ein, veröffentlicht in VPP 2-2015.)

Zur möglichen Abrechnung von Leistungen stehen Informationen auf den Seiten der KVen zur Verfügung, hier z.B. die KV Bayern:

<https://www.kvb.de/abrechnung/erstellung-abgabe-korrektur/besondere-kostentraeger/behandlung-von-asylbewerbern/>

Ein Flyer der Ärztekammer Hamburg bietet auch für PsychotherapeutInnen hilfreiche Informationen:

https://www.aekhh.de/aerzte/menschen_in_not_helfen_Apr2013_Web.pdf

Die Berliner Initiative „Medizin hilft Flüchtlingen“ hat Standard-Informationen rund um die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in verschiedene Sprachen übersetzen lassen und stellt diese zum kostenlosen Download bereit. Die Dokumente sollen den Umgang mit internationalen Patienten in einem Asylbewerber-Verfahren erleichtern und umfassen beispielsweise Informationen zu Impfungen, Hinweise zur Einnahme von Medikamenten oder Informationen zum grünen Krankenschein. Die Arbeitshilfen stehen in zehn unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung, darunter arabisch, persisch, dari und vietnamesisch.

Dokumente zum Download:

<http://www.medizin-hilft-fluechtlingen.de/index.php/dokumente>

Einführungsveranstaltung zum Psychotherapeuten- verfahren der DGUV

Am 16. Juli 2015 fand die zweite Einführungsveranstaltung zum sogenannten Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Tübingen statt.

Als erster Referent berichtete Ralf Göltenbott (Unfallkasse Baden-Württemberg) über die Aufgaben und Leis-

tungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Danach berichtete Claudia Drechsel-Schlund (Bezirksverwaltung Würzburg der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege/BGW) über die Zusammenarbeit zwischen Reha-Management und den Unfallversicherungsträgern (UV-Träger).

Im Anschluss folgten Erfahrungsberichte von im Psychotherapeutenverfahren tätigen Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP). Michaela Schürmann berichtete als niedergelassene PP. Als Vorteile benannte sie die zeitliche Flexibilität der PatientInnen, den zügigen Informationsaustausch mit den UV-Trägern, die Möglichkeit eines raschen Therapiebeginns, das Wiedereingliederungsverfahren, dass eine Kassenzulassung der teilnehmenden Behandler nicht notwendig sei sowie das Ausfallhonorar bei Nichterscheinen von PatientInnen. Sie führte auch einige Schwierigkeiten auf, nämlich dass psychische Traumata manchmal zu spät bzw. gar nicht wahrgenommen werden, dass die Kausalitätsklärung in manchen Fällen schwierig sei (z.B. wenn psychisch vorbelastete PatientInnen durch Traumata stärker beeinträchtigt werden). Außerdem würden einige PatientInnen bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit in Auseinandersetzungen um die Zuständigkeiten zwischen Rentenversicherung, Krankenkassen und Gesetzlicher Unfallversicherung (Unfallkasse/UK oder Berufsgenossenschaft/BG) geraten, was für den Heilungsprozess nicht zuträglich wäre. Sie bewertete das Psychotherapeutenverfahren insgesamt jedoch als lohnende Sache. Danach berichtete Reinhold Pappon als PP in der BG-Klinik Tübingen. Er stellte die verschiedenen Stationen und Bereiche vor, in denen PP in der Klinik tätig sind. In seinem sehr bewegenden Bericht schilderte er einige Fallbeispiele. Anschließend berichtete Dr. Monika Weiß über ihre Tätigkeitsbereiche und ihre Erfahrungen als PP in der BG-Klinik Ludwigsburg. Zum Schluss berichtete Dr. Jörg Angenendt (Universitätsklinik Freiburg, PP, beratender Facharzt des Landesverbands Südwest) über besondere Kausalitätsprobleme anhand von Fallvignetten.

Zum Schluss berichtete Jessica Hennig als Vertreterin des Landesverbands Südwest der DGUV kurz über die Rahmenbedingun-

gen für die Teilnahme am Psychotherapeutenverfahren, die Handlungsanleitungen sowie über die Abrechnungen von Leistungen.

Im Gebührenverzeichnis gibt es seit 2015 folgende Neuerungen:

P7	Erörterung des Befundes bzw. des Vorgehens im Heilverfahren gegenüber der Sachbearbeitung des UV-Trägers	10,31 Euro
P23	Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychoreaktiver Beschwerden (Anwendung und Auswertung) <i>Abrechnung von bis zu sechs Tests zum Zeitpunkt:</i> - Leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik <i>Abrechnung von bis zu vier Tests zum Zeitpunkt:</i> - Leitliniengerechte Verlaufsdagnostik (bei Bedarf) (z.B. BDI-II, BSCL, IES-R, ...)	15,00 Euro pro Test
P24	Orientierende Testverfahren zur neurokognitiven Stuserhebung (Anwendung und Auswertung) Zur Diagnostik vor Beginn der Therapie im Rahmen der Probatorik (im Bedarfsfall, einschließlich Beschwerdvalidierungsverfahren) (z.B. LPS, MWT, MMST...)	15,00 Euro pro Test

Wir haben bereits in der dritten Ausgabe unserer Rosa Beilage 2012 einen Bericht über das damals neu geschaffene Psychotherapeutenverfahren der DGUV veröffentlicht. In diesem Bericht wurden die hohen Anforderungen an PP für die Zulassung im Psychotherapeutenverfahren kritisiert. Daran hat sich bislang nichts geändert. Um als PP oder KJP im Psychotherapeutenverfahren tätig zu werden, muss eine entsprechende fachliche Befähigung sowie die räumliche Ausstattung nachgewiesen werden. Zur fachlichen Befähigung zählen die Approbation als PP oder KJP sowie Fortbildungen in leitliniengerechter Diagnostik und Behandlung von typischen Störungen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (mind. 120 UE). Im Anschluss an die Approbation sind sechs supervidierte Behandlungsfälle von traumatisierten PatientInnen, in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Behandlungsfälle mit jeweils mindestens fünf Sitzungen von

traumatisierten PatientInnen sowie die Teilnahme an der Einführungsveranstaltung der DGUV nachzuweisen. Räumliche Anforderungen sind ein Therapieraum, ein Wartebereich sowie die Möglichkeit zur Aufbewahrung der Versichertenunterlagen unter Berücksichtigung des Datenschutzes. Ein weiterer kritischer Punkt am Psychotherapeutenverfahren ist die Dokumentations- und Berichtspflicht. Der UV-Träger fordert von den im Psychotherapeutenverfahren tätigen PP und KJP eine Reihe von Berichten. Der Erstbericht ist innerhalb von fünf Werktagen nach der ersten Sitzung zu erstellen. Darauf folgen ein Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag (Behandlungsplan) nach der letzten bewilligten Sitzung und ein Abschlussbericht nach Ende der Behandlung. Auf Anforderung des UV-Trägers sind zusätzlich ein Verlaufsbericht und ein Kurzbericht zu erstellen. Nach unserer Erfahrung stellen diese Berichte sowohl für die Thera-

peutInnen als auch für die PatientInnen eine hohe Belastung dar.

Allerdings gibt es durchaus auch einige positive Aspekte, wie beispielsweise die schnelle Genehmigung der Weiterbehandlung und die kurzen Wartezeiten für PatientInnen. Außerdem ist für das Psychotherapeutenverfahren keine Kassenzulassung notwendig - dies dürfte vor allem für die im Kostenerstattungsverfahren tätigen PP und KJP interessant sein. Die Bezahlung der Therapiestunden ist mit 90 Euro angemessen. Außerdem gibt es eine Ausfallgebühr für den Fall, dass PatientInnen vereinbarte Termine nicht wahrnehmen (40 Euro). Es soll außerdem laut DGUV ab dem nächsten Jahr einen deutlichen Zuschlag auf die P-Ziffern geben.

Weitere Informationen über das Psychotherapeutenverfahren sind hier zu finden:

http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/Psychotherapeutenverfahren/index.jsp

http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/psych1.pdf

http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/psych2.pdf

<http://www.dguv.de/de/Rehabilitation-Leistungen/Verg%C3%BCtung-der-Leistungserbringer/index.jsp>

Jana Arndt

Zi-Praxisbericht zur wirtschaftlichen Lage niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten

(kb) Der regelmäßige Zi-Praxisbericht ist aktuell für das Berichtsjahr 2013 erschienen. Er verzeichnet für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten gestiegene Kosten für die Praxen bei mäßig verbesserten Einnahmen: Die wirtschaftliche Lage niedergelassener Ärzte hat sich nach Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Das Zi-Praxis-Panel analy-

sierte Praxisdaten aus den Jahren 2009 bis 2011. Analysiert wurden die Angaben von 4.739 Praxen, was einem bundesweiten Anteil von 4,9 % entspricht.

Der durchschnittliche Jahresüberschuss lag nach Angaben des Zi inflationsbereinigt 2011 bei 145.100 Euro. Zieht man Beiträge zu Altersvorsorge, Kranken- und Pflegeversicherung und die Einkommenssteuer ab, verblieb ein Nettoeinkommen von 71.476 Euro pro Praxis. Auf Grundlage einer 52-Stunden-Arbeitswoche entspricht dies einem Netto-Stundensatz von 30 Euro.

Analysen zu den aus Sicht der Psychotherapeuten eklatanten Unterschieden zwischen Facharztgruppen, zu Kostentreibern und zu Investitionshemmnissen finden sich auf der Homepage des Zi:

„Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2009 bis 2011“

http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/ZiPP_Jahresbericht_2013.pdf

ICD-10-GM 2016: Vorabfassung online veröffentlicht

(kb) Die vorläufige Fassung der ICD-10-GM 2016, die deutsche Adaptation („German Modification“) der ICD, wurde am 29.7.2015 auf der Homepage des DIMDI veröffentlicht. Während es in verschiedenen Kapiteln Konkretisierungen von Diagnosebezeichnungen oder auch Differenzierungen gibt, betreffen die Veränderungen in Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) ausschließlich Rechtschreibkorrekturen. Die endgültige amtliche Fassung der ICD-10-GM für 2016 soll veröffentlicht werden, sobald letzte offene Fragen geklärt sind; diese letzten Änderungen dürften aber – so die Ankündigung - voraussichtlich nicht das F-Kapitel betreffen.

Ähnlich wie bei den anderen amtlichen Klassifikationen OPS und DRG beruht die jährliche Neufassung der ICD-10-GM auf einem Vorschlagswesen, welches vom Deut-

schen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) organisiert und jährlich integriert wird.

http://www.dimdi.de/static/de/klassi/aktuelles/news_0144.html

IGEL-Leistungen in der Psychotherapie

(ja) Im Auftrag der AOK hat das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum Duisburg (SUZ) eine Befragung zu den sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) durchgeführt. Bei den IGeL-Leistungen handelt es sich um Diagnose- und Behandlungsmethoden, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören und daher von den PatientInnen selbst bezahlt werden müssen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen (wie bereits oft in der Presse berichtet wird), dass bei der Empfehlung von IGeL-Leistungen nicht allein die medizinische Sinnhaftigkeit eine Rolle spielt. Stattdessen scheinen die wirtschaftlichen Möglichkeiten der PatientInnen die Beratung zu beeinflussen. Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Schulbildung bzw. Haushaltsnettoeinkommen und der Häufigkeit der angebotenen IGeL-Leistungen. Personen mit hoher oder mittlerer Schulbildung und Personen mit hohem Haushaltsnettoeinkommen bekommen häufiger IGeL-Leistungen angeboten als Personen mit niedriger Schulbildung und niedrigem Einkommen. Das Alter der PatientInnen oder das Vorhandensein chronischer Erkrankungen haben hingegen keinen Einfluss auf die Häufigkeit der angebotenen IGeL-Leistungen. Außerdem zeigte sich, dass die PatientInnen hauptsächlich von den Leistungserbringern auf die IGeL-Leistungen angesprochen werden und in vielen Fällen nicht über die Effektivität der Untersuchung aufgeklärt werden.

Auch PsychotherapeutInnen können Leistungserbringer für IGeL-Leistungen sein. Bei der Erbringung der IGeL-Leistun-

gen gelten für sie dabei dieselben Grundsätze, die auch für Ärzte gelten. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) nennt IGeL-Leistungen im psychotherapeutischen Bereich, wie beispielsweise Biofeedback, Entspannungsverfahren als Präventionsleistung, Verhaltenstherapie bei Flugangst sowie Kunst- und Körpertherapien. Auf der Homepage der unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ist eine Auflistung verschiedener IGeL-Leistungen zu finden. Dort können sich PatientInnen informieren und dort finden sie zudem ausführliche, wissenschaftlich fundierte Antworten zur Bewertung ihrer Nützlichkeit. Unter der Rubrik Psychotherapie sind bislang jedoch nur folgende Verfahren aufgeführt: Biofeedback-Therapie bei Migräne, Kunsttherapie bei psychischen Erkrankungen, Kunsttherapie für Krebspatienten und deren Angehörige, Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung („Winterdepression“). Während der Nutzen der Biofeedback- und Kunsttherapie aufgrund schwacher Studienlage und fehlenden Effekten als „unklar“ bewertet wird, fällt die Bewertung der Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung als „tendenziell positiv“ aus. Ergebnisse von einzelnen Studien zeigen wohl, dass die Lichttherapie die depressiven Symptome besser lindert als eine Scheinbehandlung (die methodische Qualität dieser Studien wird aber kritisch eingeschätzt).

Weitere Informationen finden Sie hier:

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1_2015_0515.pdf

http://www.igel-monitor.de/IGeL_A_Z.php

<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/AbrechnungHonorar/KVB-Broschuere-Privatliquidation-bei-GKV-Versicherten.pdf>

Kurze Stellungnahme zum Positionspapier der BÄK zur ärztlichen Psychotherapie

Am 24. April 2015, kurz vor dem diesjährigen Ärztetag, hat die Bundesärztekammer (BÄK), die sich gemeinhin eher wenig oder gar nicht mit Psychotherapie beschäftigt, ein „Positionspapier der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie“ veröffentlicht. Die erste Hälfte der drei Seiten dieses Papiers stellt eine fundierte Auseinandersetzung mit der zunehmenden, auch gesundheitsökonomischen Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Gesellschaft und mit den verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsfeldern im Rahmen eines gestuften Versorgungssystems dar. Es wird darauf verwiesen, dass die AWMF-Behandlungsleitlinien zu psychischen Erkrankungen einen hohen Evidenzgrad psychotherapeutischer Behandlungen und deren zentrale Bedeutung in einem Gesamtbehandlungsplan dokumentieren. Schließlich wird auf gesellschaftliche und gesundheitspolitische Trends verwiesen, die die somatisch-technischen Leistungen in den Vordergrund stellen und zu einer „Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin“ führen, die nicht akzeptabel sei. Soweit kann man dem Papier folgen.

Schön wäre es, wenn nun untersucht würde, inwiefern die ärztliche und die kassenärztliche Selbstverwaltung diese problematischen Trends unterstützt haben oder gar einen Schrittmacher darstellen. Denn die Tatsache, dass das Interesse an den P-Fächern (Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin) innerhalb der ärztlichen Weiterbildung seit Jahren dramatisch zurück geht und dass Ärzte in der ambulanten Psychotherapie zahlenmäßig mehr und mehr an Bedeutung verlieren, hängt sicher ganz wesentlich mit der zunehmenden Marginalisierung dieser Fächer in den Medizinischen Fakultäten und damit zusammen, dass Psychiater und Psychotherapeuten in den Vergleichen der Honorare in der ambulanten Versorgung seit Jahren die letzten Rangplät-

ze einnehmen und ihr Abstand zu den somatischen Ärzten immer größer wird. Denn die Bewertung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen erfolgt im Bewertungsausschuss von Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, wird also ganz zentral von Ärzten mitbestimmt. Aber mit lästiger Selbstkritik hält sich die Bundesärztekammer nicht auf, denn die Intention des Papiers ist eine andere.

In den folgenden Passagen des Papiers geht es darum, dass Psychotherapie anspruchsvoll ist und einer umfassenden Aus-/Weiterbildung bedarf. Auch da kann man wieder folgen. Richtig ist, dass die zukünftige Psychotherapeutenausbildung auch nach der Reform von hoher Qualität sein muss. Nicht logisch nachvollziehbar ist allerdings die sich anschließende Schlussfolgerung, diese Entwicklung könne dazu führen, dass der P-Bereich innerhalb der Ärzteschaft weiter zurück gehe und psychosoziale/psychosomatische Behandlungserfordernisse innerhalb der somatischen Versorgung weiter vernachlässigt würden.

Um dieser Gefahr zu begegnen, so wird geschlussfolgert, müsse unbedingt die Verpflichtung von Psychologischen Psychotherapeuten zur ärztlichen Konsultation beibehalten werden. Auch dies ist weder logisch noch zwingend: Der Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP), der etwa zur Hälfte Ärzte zu seinen Mitgliedern zählt, fragt in seiner Stellungnahme zum Ärztekammer-Papier, wieso solch ein genereller ärztlicher Konsiliarbericht sinnvoll sei, wenn beispielsweise dem Psychotherapeuten ein Kind vorgestellt wird, das in einer Trennungssituation der Eltern mit Leistungseinbußen in der Schule reagiert. Und er fragt weiter, wieso nicht vielleicht besser gegenseitige Konsile zwischen (somatischen) Ärzten und Psychotherapeuten, im Sinne des fachlichen Austauschs, empfohlen werden.

Beklagt wird schließlich, dass die Bundespsychotherapeutenkammer in der Politik und der Öffentlichkeit inzwischen als Ansprechpartner für Fragen der psychotherapeutischen Versorgung wahrgenommen wird (da könnte die Bundesärztekammer auch ein

wenig Selbstkritik üben – vielleicht hängt es ja auch mit ihr zusammen). Am Ende werden noch ein paar sehr sinnvolle Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgung aufgeführt: Ausweitung und Differenzierung des psychotherapeutischen Versorgungsangebotes – gerade für schlecht versorgte Patientengruppen, niedrigschwelliger Zugang zu psychotherapeutischen Sprechstunden, Aufwertung der Gruppenpsychotherapie, Ausweitung des antragsfreien Leistungsrahmens für Psychotherapeuten, z.B. zur Krisenintervention und Erstdiagnostik, Vergütung fachübergreifender konsiliarischer Tätigkeiten oder Fallkonferenzen, Aufnahme weiterer Verfahren und Methoden in die Psychotherapie-Richtlinie.

Insgesamt ein bemerkenswertes Papier, in dem sich die Bundesärztekammer überwiegend differenziert und fundiert mit der Situation und Entwicklungsanforderungen der Psychotherapeutischen Versorgung beschäftigt. Berufsständisch und unsachlich wird's leider, wenn es um die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geht, und damit auch um die Ängste der psychotherapeutischen Ärzte davor, in der Psychotherapie weiter an Bedeutung zu verlieren.

Heiner Vogel

Quellen:

Positionspapier der BÄK:

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Psychotherapie/Positionspapier.pdf)

[Ordner/Psychotherapie/Positionspapier.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Psychotherapie/Positionspapier.pdf)

Stellungnahme des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) zum

Positionspapier der BÄK:

[http://www.bvvp.de/files/20150731_bvvp_stellung-](http://www.bvvp.de/files/20150731_bvvp_stellungnahme_zum_positionspapier_der_baek_zur_aerztl_pt.pdf)

[nahme_zum_positionspapier_der_baek_zur_aerztl_pt.pdf](http://www.bvvp.de/files/20150731_bvvp_stellungnahme_zum_positionspapier_der_baek_zur_aerztl_pt.pdf)

Praxisnachfolge planen - Veranstaltungen für KollegInnen in Berlin

(kb) Bereits seit dem vorletzten Gesundheitsreformgesetz, dem Versorgungsstrukturgesetz (2012), brachte die Ausschreibung einer Praxis zum Zwecke der Übergabe an einen Nachfolger im gesperrten Planungsbezirk das Risiko mit sich, dass der Sitz nach einer sog. Vorabprüfung durch den Zulassungsausschuss quasi eingezogen wird. Von dieser Möglichkeit wurde bis dato allerdings nur von wenigen KVen und nur in Einzelfällen Gebrauch gemacht.

Mit dem aktuell in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ist dieses Risiko größer geworden, da aus der bisherigen Kann-Regelung die viel diskutierte Soll-Regelung geworden ist. Zulassungsausschüsse sollen ab sofort die Nachbesetzung eines Praxissitzes ablehnen, wenn die Weiterführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich erscheint.

Praxisabgeber sollten vor diesem Hintergrund die Abgabe eines hälftigen oder vollen Versorgungsauftrags rechtzeitig vorbereiten und die Möglichkeiten des Sozialrechts nutzen, ihren Sitz vor dem drohenden Praxisaufkauf zu schützen und gleichzeitig an einen Wunschkandidaten übergeben zu können. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wurden neue zulassungsrechtliche Möglichkeiten geschaffen, eine Praxisabgabe in diesem Sinne zu gestalten. In der Landesgruppe Berlin bieten wir seit geraumer Zeit Veranstaltungen für Mitglieder an, um über die Praxisübergabe nach dem sog. Verzichtsmodell zu informieren.

Anfang Juli veranstaltete unsere Berliner Landessprecherin Monika Basqué einen Vortragsabend "*Praxisnachbesetzung nach dem sog. Verzichtsmodell*" mit Frau Rechtsanwältin Prof. Svensson. Mitglieder und Interessierte konnten sich über die Rahmenbedingungen informieren und erste Kontakte knüpfen.

Einige Stichworte zum Ablauf einer Praxisübergabe nach dem sog. Verzichtsmo-

dell: Ein abgabewilliger Kollege lässt sich in der Praxis eines/einer ebenfalls niedergelassenen Kollegen/einer Kollegin beziehungsweise einem MVZ anstellen und verzichtet auf seine KV-Zulassung. Seinen bisherigen Versorgungsauftrag bringt er in die neue Praxis beziehungsweise in das MVZ ein. Es entsteht kein zusätzlicher Kassensitz, sondern es wird nur die bisherige Zulassung in eine Anstellung umgewandelt. Nach einer Dauer von wenigen Quartalen ist es dann möglich, die Angestellten-Stelle neu zu besetzen. Der Praxisübernehmer lässt sich nun auf der bisherigen Stelle einstellen. In einem letzten Schritt kommt es dann zur Umwandlung der vom Zulassungsausschuss genehmigten Anstellung in eine Zulassung.

Psychotherapeuten-Sitze können auf diese Weise vor dem Praxisaufkauf geschützt werden; der junge Kollege bzw. die junge Kollegen kann ohne Beteiligung des Zulassungsausschusses, d.h. ohne Auswahlverfahren, sicher den Sitz nachbesetzen.

Die zulassungstechnischen Rahmenbedingungen des Verzichtmodells sind recht komplex. Wir empfehlen interessierten Mitgliedern daher zunächst die Kontaktaufnahme mit der Mitgliederberatung des DGVT-Berufsverbands zur ersten Informierung und Orientierung. Im Weiteren ist dann zu überlegen, einen Fachanwalt vor Ort mit in die Planung des Vorhabens einzubeziehen.

Für KollegInnen, die eine Praxisabgabe planen bzw. die an einer Praxisübernahme interessiert sind, und für diejenigen, die an einer kollegialen Vernetzung in Berlin interessiert sind, bietet die DGVT-BV-Landesgruppe Berlin am 7. *September in der GLS-Sprachenschule (Kastanienallee, Berlin)* das nächste Treffen an. Mitglieder unseres Verbands haben eine Einladung per Mail erhalten.

Interessierte Mitglieder können über die DGVT-BV-Bundesgeschäftsstelle Unterlagen zum Verzichtmodell anfordern (E-Mail an: info@dgvt-bv.de), die für eine weitere Veranstaltungsreihe unter dem Titel "DGVT ist matching you", von unseren Berliner Kammer-Delegierten, Alexandra Rohe und Beate Lämmel, erstellt wurden.

Alles was Recht ist . . .

G-BA ändert die sog. Kinder-Richtlinie zur Früherkennung

Die sog. Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt die Umsetzung der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9. Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres haben gemäß § 26 SGB V Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Seit 2005 beschäftigt sich der G-BA mit einer Neufassung dieser Richtlinie, und hat bereits einige Punkte festgelegt. Aktuell wurde beschlossen, dass das „Gelbe Heft“, in dem der Kinderarzt die Untersuchungen und ihre Ergebnisse dokumentiert, eine herausnehmbare Teilnahmekarte beinhalten soll, mit der die Sorgeberechtigten die Möglichkeit erhalten, ihre gewissenhafte Fürsorge für das Kind gegenüber Dritten (z.B. Kindergärten, Jugendamt) nachzuweisen, ohne dabei die vertraulichen Informationen zu Entwicklungsständen und ärztlichen Befunden des Kindes weiterzugeben. Auch soll eine komplette Neustrukturierung der Richtlinie erfolgen. Insgesamt, so erklärt Dr. Harald Deister, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzender des zuständigen Unterausschusses Methodenbewertung, laut Presseerklärung des G-BA, sollen die Früherkennungsuntersuchungen des Kinderarztes sich zukünftig stärker mit möglichen Störungen der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson beschäftigen: „Die Beobachtung solcher Auffälligkeiten durch den Kinderarzt in Kenntnis der Entwicklung des Kindes, der möglicherweise vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren der Familie und der klinischen Interaktionsbeobachtung des Kindes im Beisein primärer Bezugspersonen kann von hohem präventiven Wert in Hinblick auf das Kindeswohl sein.“

Insgesamt ist die Hereinnahme psychosozialer Themen in die Früherkennungsuntersuchungen sicher eine wünschenswerte

Weiterentwicklung der Kinderrichtlinie bzw. der U-Untersuchungen. Fraglich ist nur, ob Kinderärztinnen und Kinderärzte bereits aufgrund ihrer Lebens- und Berufserfahrungen hinreichend qualifiziert sind, um differenzierte Eltern-Kind-Interaktions-Beobachtungen durchzuführen (in wenig standardisierten aber hochspezifischen Situationen) und ob die begrenzte Zeit der U-Untersuchungen ausreichend ist, um valide Aussagen über Interaktionsprobleme vornehmen zu können. Zu hoffen bleibt, dass in der abschließenden Fassung der Kinderrichtlinie in dieser Passage im Bedarfsfall auch eine entsprechende Schnittstelle für eine adäquate vertiefte Psychodiagnostik und qualifizierte Behandlung durch Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen vorgesehen wird.

Der G-BA hat am 18. Juni 2015 beschlossen, die Kinder-Richtlinie neu zu strukturieren. Der Beschluss soll jedoch erst dann in Kraft treten, wenn u.a. auch das Kinder-Untersuchungsheft („Gelbes Heft“) als Anlage der Richtlinie angepasst wurde. Details zu der Änderung finden sich hier: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/580/>

Kerstin Burgdorf, Heiner Vogel

Einzel- und Gruppentherapie auch im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren zukünftig kombinierbar

Zukünftig sind auch in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Psychotherapie Einzel- und Gruppentherapie kombinierbar. Bisher war dies nur im Ausnahmefall und nur auf Antrag gegenüber der Kasse möglich. Diese Flexibilisierung wird durch eine Änderung der Psychotherapie-

Richtlinie möglich. Mit der Änderung der Richtlinie können nun die psychoanalytisch begründeten Verfahren jeweils entweder als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder in Kombination durchgeführt werden.

Dr. Harald Deisler, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Psychotherapie, begründet den Beschluss des G-BA wie folgt: „Wir haben über Expertenbefragungen und die Auswertung wissenschaftlicher Studien Hinweise gewonnen, wonach eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten als auch in der analytischen Psychotherapie positive Effekte haben kann. Innerhalb von vier Jahren wird der G-BA prüfen, wie sich die Flexibilisierung auf die Inanspruchnahme der Gruppentherapie – auch in Relation zur Einzeltherapie und entsprechenden Kombinationen – auswirkt und ob das Ziel einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht wird. Interessant zu beobachten wird beispielsweise sein, ob die Zahl der Gruppentherapien steigt. Dies wäre auch ein Beitrag, Wartezeiten zu verhindern.“

Im Rahmen der Verhaltenstherapie ist die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie bislang schon möglich. Mit einer Änderung der Richtlinie im Jahr 2013 war zudem die Möglichkeit geschaffen worden, Verhaltenstherapie auch als reine Gruppentherapie anzuwenden. Verhaltenstherapie kann als eine ausschließliche Einzeltherapie, als ausschließliche Gruppenpsychotherapie sowie als Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert erbracht werden.

Für alle drei Verfahren gilt: Falls eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden soll, ist hierfür ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Nach den Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie ist es sogar möglich, dass ein Patient gleichzeitig von verschiedenen Therapeuten behandelt wird. Die Idee ist, dass sich diese beiden Therapeuten dann in Bezug auf ihren jeweiligen Behandlungsplan miteinander abstimmen und sich gegenseitig über den Behandlungsverlauf informieren – falls der / die PatientIn dies wünscht.

Befreiung von der Gutachterpflicht konsequent anpassen

An dieser Stelle möchten wir unsere Forderung nochmals aufgreifen, die Regelung in der Psychotherapie-Richtlinie zur Befreiung von der Gutachterpflicht für die Gruppentherapie dringend anzupassen. Gem. § 26a S.5 Psychotherapie-Richtlinie gilt derzeit Folgendes: „Will die Therapeutin oder der Therapeut eine Befreiung vom Gutachterverfahren auch für die Gruppentherapie erhalten, müssen von den für das entsprechende Verfahren und den entsprechenden Bewilligungsschritt vorgelegten 35 Therapiegenehmigungen 15 für eine Gruppentherapie erteilt worden sein.“

Von der Berichtspflicht für die Gruppenpsychotherapie sind die PsychotherapeutInnen derzeit also leider nicht automatisch befreit, auch wenn sie für die Kurzzeittherapie befreit wären. Unser Verband fordert schon seit Längerem, diese bürokratische Hürde abzubauen.

Kerstin Burgdorf

Streikrecht für Vertragsärzte? Medi-Chef Baumgärtner zieht vor Gericht

Das Bundessozialgericht hat sich in der nächsten Zeit mit einem interessanten Rechtsfall zu beschäftigen. Kläger ist Dr. Werner Baumgärtner, Allgemeinarzt in Stuttgart und Vorstandsvorsitzender des Medi-Verbunds, der im Jahr 2012 mit fünf anderen niedergelassenen Ärzten seiner Vertragsarzt-Praxis an insgesamt zwei Arbeitstagen „gestreikt“ und dies gegenüber der KV als „Warnstreik“ bezeichnet hatte. Seine Praxis blieb in dieser Zeit geschlossen, die Notfallversorgung war jedoch gewährleistet. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hatte auf den Streik Baumgärtners mit einer Disziplinarstrafe reagiert wegen Verstoßes gegen die vertragsärztliche Präsenzpflicht.

Baumgärtner hatte gegen diese Disziplinarstrafe Klage erhoben zum Sozialgericht (SG). Aus seiner Sicht sei es unverhältnismäßig, dass ein Arzt seine Zulassung verliere, wenn er streikbedingt seine Praxis schließt. Aus Sicht des SG lässt die gegenwärtige Rechtslage Streiks von niedergelassenen Ärzten aber nicht zu. Niedergelassene Ärzte haben kein Streikrecht. Weder aus Art. 9 Grundgesetz (GG) noch aus Artikel 12 GG oder Artikel 11 der Europäischen Menschenrechtskonvention lasse sich die Zulässigkeit eines Streiks von Vertragsärzten im Verhältnis zu KV und Krankenkassen ableiten. Zum Sicherstellungsauftrag gehöre, dass jeder Vertragsarzt seiner Tätigkeit nachkomme und für die Versorgung zur Verfügung stehe. Aus dem Sicherstellungsauftrag ergebe sich ein "systemimmanentes Streikverbot" in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Forderung Werner Baumgärtners nach einem Streikrecht für niedergelassene Ärzte ist schon seit längerem in der berufspolitischen Szene bekannt. Er bezieht sich mit seiner Forderung auf die Freiberuflichkeit von Ärzten und darauf, dass die KVen ihren Sicherstellungsauftrag nur noch teilweise erfüllen.

Auch wenn das Sozialgericht Stuttgart die Klage zunächst abgewiesen hat, kann Baumgärtner nun einen Schritt weitergehen. Das SG stellte fest, dass das Streikrecht für Vertragsärzte höchstrichterlich geklärt werden müsse. Der sog. Sprungrevisions wurde stattgegeben, so dass die Rechtsfrage nun vom Bundessozialgericht geklärt werden muss.

Urteil des SG Stuttgart vom 23.7.2015, Az.: S 4 KA 3147/13

Kerstin Burgdorf

BSG: Zwei Teilzulassungen in unterschiedlichen KV-Bezirken sind möglich

(*kb*) Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit einer Entscheidung vom 11.2.2015 (B 6 KA 11/14 R) höchstrichterlich abgesegnet, was in der juristischen Literatur und in der Rechtsprechung der Sozial- und Landessozialgerichte bereits seit längerem weitgehend anerkannt war: es ist zulässig, dass ein Arzt zwei hälftige Versorgungsaufträge erhält, die sogar in zwei unterschiedlichen KV-Bezirken liegen.

Der Entscheidung des BSG lag die Klage einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) zugrunde, die sich dagegen wandte, dass einem im KV-Bezirk als Vertragszahnarzt mit hälftigem Versorgungsauftrag zugelassenen Zahnarzt eine weitere Teilzulassung (halber Versorgungsauftrag) im benachbarten KZV-Bezirk erteilt werden sollte.

Die Entscheidungsgründe gelten in gleichem Maße für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten.

Die Klage der KZV wurde von den Vorinstanzen abgewiesen mit Hinweis darauf, dass es wegen der grundrechtlichen Gewährleistung der Berufsfreiheit für die Ablehnung einer zweiten Teilzulassung einer gesetzlichen Grundlage bedürfe (Stichwort: Grundrechtseingriff).

Aus Sicht des Sozialgerichts sowie des Landessozialgerichts ist die Erteilung einer zweiten Teilzulassung weder ausdrücklich verboten noch würde sich ein solches Verbot im Wege der Auslegung der rechtlichen Regelungen ergeben.

Das BSG hat nun diese Auffassungen bestätigt: Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) sei die Möglichkeit, geschaffen worden, auch allein mit einem hälftigen Versorgungsauftrag an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilzunehmen. Daraus lasse sich schließen, dass einem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten auch zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag für zwei Vertragsarztsitze erteilt werden können.

Mit einem hälftigen Versorgungsauftrag verbliebe dem (Zahn-)Arzt / Psychotherapeuten zeitlich noch Raum für andere berufliche Tätigkeiten. Als solche käme auch eine weitere vertrags(zahn)ärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in Betracht. Das BSG entschied auch, dass es nicht darauf ankomme, ob die hälftigen Vertragsarztsitze im selben Bezirk oder in zwei verschiedenen K(Z)Ven liegen.

Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015 – B 6 KA 11/14 R

Neues Antikorruptionsgesetz verabschiedet

(ja) Das Bundeskabinett hat das neue Antikorruptionsgesetz verabschiedet, das bereits im Herbst 2015 in Kraft treten soll. Korruption im Gesundheitswesen soll nun mit bis zu drei Jahren Gefängnis geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen nun sogar fünf Jahre Haft. Dafür will die Bundesregierung einen eigenen Straftatbestand für Korruption im Gesundheitswesen in § 299a des StGB verankern. In seinem Entwurf schreibt das Justizministerium, dass Korruption im Gesundheitswesen den Wettbewerb beeinträchtigt, die medizinischen Leistungen verteuert und das Vertrauen von PatientInnen untergräbt.

Dieser Gesetzentwurf wird von verschiedenen Stellen kritisiert. Der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) fordert beispielsweise zunächst einmal eine genaue Definition von korruptem Verhalten, da sonst sinnvolle Kooperationen im Gesundheitswesen gefährdet seien. Auch KBV-Vorstandschef Dr. Andreas Gassen fordert Nachbesserungen: „Am besten wäre es, das Gesetz benennt klare Regeln und Beispiele, wann Korruption vorliegt. Die Abgrenzungen im Kabinettsentwurf sind zwar besser geworden, aber ich befürchte, es wird zu Verunsicherungen kommen bei der Frage, wann beginnt Korruption? Wichtig ist, dass Kooperationen, die für eine gute Patientenversorgung wünschenswert sind, nicht unter Generalverdacht stehen“.

ADHS-Therapiekosten steuerlich absetzbar

(wd) Eltern können Ausgaben im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung ihres Kindes von der Steuer absetzen. Anders als bei nicht-psychischen Erkrankungen ist dazu aber ein Attest vorzulegen.

Muss ein Schüler, der Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigt, in einem Heim für Kinder und Jugendliche untergebracht und psychotherapeutisch betreut werden, sollte dies ein Amtsarzt oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen bescheinigen.

Denn ohne einen solchen Nachweis können Eltern die angefallenen Aufwendungen grundsätzlich nicht als außergewöhnliche Belastungen von der Steuer absetzen. So entschied der Bundesfinanzhof in einem aktuell veröffentlichten Urteil.

Er wies damit die Revision der Eltern eines Jugendlichen ab, der wegen einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung und wegen Schulverweigerung von 2005 bis 2007 in einem Heim untergebracht war. Dort ging er zur Schule und wurde psychotherapeutisch und schulpsychologisch behandelt.

Die Stadt Hannover gewährte von Beginn an Jugendhilfe in Form von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Die Eltern wurden per Bescheid verpflichtet, sich monatlich an einem Teil der Heimkosten zu beteiligen.

Wie nun der Bundesfinanzhof entschied, können Eltern diese Kosten allerdings nur dann steuermindernd geltend machen, wenn vorab ein Amtsarzt oder der MDK die Notwendigkeit der Maßnahme bestätigt hat.

Dagegen ist nach aktueller Rechtsprechung bei nicht psychotherapeutischen aber wissenschaftlich anerkannten medizinischen Behandlungen ein Vorab-Attest nicht mehr erforderlich, um außergewöhnliche Belastungen beim Finanzamt geltend zu machen.

Bundesfinanzhof, Az.: VI R 85/13

Weitere Infos

Aufruf Mailingliste Inklusion

Liebe KollegInnen,
in den letzten Wochen wurde auf unserer Mailingliste niedergelassene@dgvt-bv.de immer wieder der Wunsch nach einer eigenen Mailingliste zum Thema „Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung“ geäußert.

Deshalb bietet der DGVT-Berufsverband ab sofort die Mailingliste Inklusion@dgvt-bv.de an. Ziel der Mailingliste ist es, ein Forum zu schaffen, in dem sich Mitglieder über Erfahrungen, (rechtliche) Besonderheiten und politische Entwicklungen bei der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung austauschen können.

Gerne können Sie sich in unserem internen Mitgliederbereich oder unter info@dgvt-bv.de für die Mailingliste anmelden.

Beteiligungsmöglichkeit am Leitlinienprozess „Unipolare Depression

Die KBV macht auf eine interessante Möglichkeit aufmerksam, sich am Leitlinienprozess zu beteiligen. Interessierte KollegInnen können die überarbeitete Konsultationsfassung der S3-Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ kommentieren. Auf der Homepage der KBV kann die Leitlinie kostenfrei heruntergeladen werden. Für die Rückmeldung steht ein Kommentierungsbogen bereit. Voraussichtlich im Herbst wird die endgültige Fassung der Versorgungsleitlinie veröffentlicht.

Bis zum 31. August 2015 können Kommentare und Verbesserungsvorschläge per Mail an folgende Adresse geschickt werden: nvl@azq.de

Die DGVT ist am Konsensprozess zur Leitlinie Unipolare Depression beteiligt durch Vorstandsmitglied Rudi Merod.

Weitere Informationen:
http://www.kbv.de/html/1150_16284.php

TK-Campus-Kompass: Umfrage zur Gesundheit von Studierenden

(ja) Das Meinungsinstitut Forsa hat im Auftrag der Techniker Krankenkasse im März 2015 1.000 Studierende zu verschiedenen Themen befragt. Unter anderem wurden Fragen zur Gesundheit gestellt. Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass die meisten Studierenden (84 %) ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beurteilen. Nur wenige beurteilten ihre Gesundheit als befriedigend (13%) oder schlecht (3%). Allerdings war diese Beurteilung je nach Studienfach unterschiedlich. Vor allem Studierende der Medizin/Psychologie und der sog. MINT-Fächer (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften) fühlten sich überdurchschnittlich gut (90%), während diese Einschätzung bei den angehenden IngenieurInnen (83%) und bei den zukünftigen GeisteswissenschaftlerInnen (73%) negativer ausfiel. Dazwischen lagen die Wirtschaftswissenschaften/Jura (85%) und die Gesellschaftswissenschaften (82%).

Zu den am häufigsten genannten gesundheitlichen Beschwerden zählten Kopfschmerzen, Erschöpfung durch Stress, Rückenschmerzen und Schlafprobleme. Mit steigendem Alter der Studierenden wurden auch häufiger Beschwerden genannt. Zusätzlich zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Beschwerden und dem Bewegungsverhalten der Studierenden. Außerdem zeigte sich ein deutlicher Geschlechterunterschied. Von fast allen Beschwerden waren die Frauen häufiger betroffen als die Männer. Besonders deutlich war der Unterschied

bei den Kopfschmerzen (Frauen: 60%, Männer: 34%) und bei der Erschöpfung aufgrund von Stress (Frauen: 54%, Männer: 35%).

In Bezug auf die Belastung durch Stress zeigten die Ergebnisse, dass 27% der Befragten schon mindestens einmal Druck erlebt haben, den sie mit ihren üblichen Entspannungsverfahren nicht mehr bewältigen konnten. 12% gaben an, dass sie zur besseren Stressbewältigung schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben. Diese professionelle Hilfe kam vor allem durch Psychologen bzw. Psychotherapeuten (61%), aber auch vom Hausarzt (33%), durch Beratung an der Hochschule (31%) oder stationär in einer Klinik oder in einem Krankenhaus (6%, Sonstiges: 5%). Als Hauptgründe für Stress wurden hauptsächlich Prüfungen (Frauen: 58%, Männer: 46%), schwerer/umfangreicher Lernstoff (Frauen: 30%, Männer: 26%), die Mehrfachbelastung durch Studium und Nebenjob (Frauen: 34%, Männer: 19%) sowie die Angst vor schlechten Noten (Frauen: 33%, Männer: 19%) genannt.

Inwieweit die Unterschiede bei der Gesundheitsbewertung von Frauen und Männern nun auf tatsächliche gesundheitliche Unterschiede oder auf unterschiedliche Antworttendenzen zurückzuführen sind, bleibt bei dieser Befragung jedoch offen. Beim BKK Gesundheitsatlas 2015 wurden die Daten von rund 4,3 Millionen beschäftigten Versicherten in Bezug auf Erkrankungen und Fehlzeiten analysiert. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen interessanterweise auch einen deutlichen Geschlechterunterschied- Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer und auch häufiger aufgrund von psychischen Störungen (v.a. Depression und Burnout).

Weitere Informationen finden Sie hier:

[http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/724592/Datei/143832/TK-](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/724592/Datei/143832/TK-CampusKompass.pdf)

[CampusKompass.pdf](http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/)

[http://www.bkk-](http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/)

[dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/](http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/)



Die 1971 in München gegründete Vereinigung umfasst über 30 kognitiv- und verhaltenstherapeutische Mitgliedsorganisationen aus über 20 europäischen Ländern. Zielsetzung der EABCT ist die Förderung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Therapieansätze in Europa.

Die EABCT richtet jährlich stattfindende europäische Kongresse für kognitive und behaviorale Therapien aus. DGVt-Mitglieder erhalten die Möglichkeit, zu vergünstigten Gebühren daran teilzunehmen.

46th Annual Congress of EABCT

Stockholm, Sweden

31. August - 3. September 2016

47th Annual Congress of EABCT

Istanbul, Turkey

20. - 23. September 2017

Teilnahmebescheinigungen mit Angaben zum Thema, ReferentIn und Unterrichtseinheiten können bei der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer/Ärzttekammer eingereicht werden!

Weitere Informationen:

www.eabct.com

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Berlin:** DGVT-Stammtisch am 7. September 2015 um 19.30 Uhr im GLS Sprachzentrum, Kastanienallee 82, 10435 Berlin.
- **Niedersachsen:** Landesgruppentreffen am 21. November 2015 um 10.00 Uhr in Hannover. Einladung folgt.
- **Schleswig-Holstein:**
 - Gemeinsam sind wir stärker – Bundesgeschäftsstelle meets Schleswig-Holstein! 10. September 2015 um 18.00 Uhr in Kiel. Einladung folgt.
 - Mitgliederversammlung am 5. November 2015, Veranstaltungsort: Ambulanz Hilfe für das autistische Kind e.V., Brachenfelderstr. 28, 24534 Neumünster.

Alle Termine auch auf den Seiten www.dgvt.de bzw. www.dgvt-bv.de unter „Landesgruppen“.

DGVT-Berufsverband - Fortbildung

„Approbation - was nun?“

Referent: Dr. Daniel Bergmann
11. September 2015 im DGVT-Ausbildungszentrum Hamburg, Seewartenstr. 10/Haus 4, Raum Lissabon, 17.00 – 20.00 Uhr

Referentin: Dr. Eva-Maria Greiner
Nächste Termine:
19. September 2015 in Erlangen, 17. Oktober 2015 in Stuttgart
23. Januar 2016 in München, 12. März 2016 in Stuttgart
Jeweils von 10.00 – 14.00 Uhr

Referentin: Gisela Borgmann-Schäfer
Nächster Termin:
28. November.2015, 10.00-15.00 Uhr in Wiesbaden

Kostenerstattung

Referentin: Kirsten Deppenkemper
Nächste Termine:
17. Oktober 2015, 9.00-16.30 Uhr in Hamburg,
16. April 2016, 9.00-16.30 Uhr in München,

Seminar zur wirtschaftlichen Praxisführung

Nächster Termin: 9./10. Oktober 2015 (9.10.: 16 -20 Uhr, 10.10.: 9 - 17 Uhr) in Köln.

Ihre Anmeldungen richten Sie bitte an fortbildung@dgvt-bv.de.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: www.dgvt-bv.de/aktuell

ERGÄNZUNGSQUALIFIKATION - VERHALTENSTHERAPIE IN GRUPPEN

Ergänzungsqualifikation zur Abrechnungserweiterung

Termine 2015 / 2016:

- Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen:
12. - 13. September 2015 (16 UE)
- Praktisches Know-how zur Durchführung von Gruppentherapie:
21. - 22. November 2015 (16 UE)
- Zieloffene Verhaltenstherapie in Gruppen:
27. - 28. Februar 2016 (16 UE)

Die Termine sind einzeln buchbar.

Ort: Friedrichshafen

dgvtFW

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de