

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 1/2015
2. Februar 2015

Aus dem Inhalt

- **Versorgungsstärkungsgesetzentwurf:
Weiterhin über 6.000 Psychotherapeuten-
sitze vom Abbau bedroht**
- **Kammerwahlen in Niedersachsen, Hamburg
und Schleswig-Holstein**
- **Gutes Ergebnis für DGVT-KandidatInnen
bei den OPK-Wahlen**


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

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Mitarbeit der DGVT an der Entwicklung von Leitlinien
AWMF: Leitlinien sollten schneller aktualisiert werden**..... 7
- **Probleme in der Kostenerstattung am Beispiel der Barmer GEK**..... 9
- **Breites Bündnis in Zeiten knapper Kassen: „Vertrag zur Versorgung
von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“** 10
- **E-Health-Gesetz-Entwurf: Perspektiven für Internettherapie?** 12
- **Versorgungsstärkungsgesetz** 13
- **Weitere Gesetzentwürfe im Gesundheitswesen** 15
- **Soziotherapie für schwer psychisch Kranke: G-BA erweitert
Verordnungsmöglichkeiten** 15
- **GKV-Präventionsbericht liegt vor** 17
- **Hartz IV gescheitert?** 18
- **Zwei neue Mitglieder für Sachverständigenrat „Gesundheit“ berufen**..... 19
- **TK legt Depressionsatlas 2015 vor** 19

Berichte aus den Landesgruppen

Bayern.....	21
Berlin	24
Hamburg	24
Mecklenburg-Vorpommern	25
Niedersachsen	26
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)	27
Rheinland-Pfalz	27
Sachsen-Anhalt	28
Schleswig-Holstein	29

Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

- **Neues zur Ausbildung** 31

Berufspolitische Informationen für Angestellte

- **Runder Tisch der Bundespsychotherapeutenkammer
zur PEPP-Diskussion** 34
- **Treffen der BAG Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus
in Frankfurt** 35

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **21. Sitzung der Konzierten Aktion KBV/Berufsverbände** 37
- **EMDR bei Posttraumatischen Belastungsstörungen anerkannt** 38
- **Ein Kommentar von Wolfgang Palm zum EMDR-Beschluss des G-BA**..... 39
- **IGES-Institut macht Reformvorschläge zur Psychotherapie-Richtlinie**..... 42
- **Unwürdiges Schauspiel: Abwahl des KV-Vorstands in Berlin beantragt**..... 44
- **Honorarwiderspruch – weiterhin empfehlenswert**..... 45

Alles was Recht ist . . .

- **LSG-Hessen-Urteil zur Samstagssprechstunde** 46
- **Neues OLG-Urteil: Bewertungsportal muss falsche Darstellung löschen** 46
- **BFH-Urteil: Ärzte bleiben Freiberufler – auch wenn sie Kollegen anstellen** 47

Tagungsberichte

- **Herbsttagung des Deutschen Dachverbandes für psychotherapeutische Psychosenbehandlung (DDPP)** 48
- **Tagungsbericht: „Was hilft gewaltbetroffenen Frauen?** 49

Weitere Infos

- **Verschiedene Informationen: Praxisdatenbank** 52
- **Gesundheitsreport der BKK** 52
- **DFG fördert ZPID**..... 53
- **Pille danach – Gibt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dem Druck nach?** 54
- **Datenbank ius menschenrechte und PEPP-Vorschlagsverfahren** 55

Neue Fachgruppe Psychosomatik

- **Verhaltenstherapeutische Versorgung in der Somatischen Medizin – Aufruf**..... 56

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

aktuell sind mehrere Gesetzesentwürfe zum Gesundheitsbereich im parlamentarischen Verfahren oder – wie die Reform des Psychotherapeutengesetzes – in Vorbereitung. Dazu berichten wir jeweils über den aktuellen Stand in den nachfolgenden Artikeln: *Präventionsgesetz*, *E-Health-Gesetz*, *Korruption im Gesundheitswesen und das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG)*. Die im VSG vorgesehene Regelung zur Praxisstilllegung in Bedarfsplanungsbereichen, die angeblich überversorgt sind, ist eine Katastrophe. Diese Regelung gehört komplett gestrichen. Selbst der Sachverständigenrat Gesundheit (vom BMG eingesetzt!) kommt zu dem Befund, dass es keine Grundlage dafür gibt, im Psychotherapiebereich von Überversorgung zu sprechen und dass die sogenannte Bedarfsplanung in diesem Feld neu justiert werden müsse. Die Proteste von PsychotherapeutInnen gegen die geplante rasenmähermäßige Umsetzung der Reduzierung überzähliger Arztsitze haben bisher nicht grundlegend gefruchtet. Immerhin sind mittlerweile mehr Ausnahmetatbestände aufgenommen worden. Dies ist ein kleiner Erfolg von verschiedenen Akteuren, nicht zuletzt von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und den Verbänden, die sich alle mit Protestschreiben an die Politik gewandt hatten, so auch wir.

Kurz vor Redaktionsschluss haben uns die Empfehlungen des Gesundheitsausschusses für die Sitzung des Bundesrates am 6.2. erreicht. Der Ausschuss empfiehlt, die Regelungen zum Praxisaufkauf zumindest für das Ruhrgebiet auszusetzen und die dortige Bedarfsplanung zu überprüfen – dies ist zumindest eine positivere Entwicklung.

Viele berufspolitisch Interessierte bewegt die Frage „Was passiert mit der *Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Psychotherapieausbildung*? Insbesondere nach der Richtungsentscheidung des Deutschen Psychotherapeutentages vom letzten November?“ Da lässt sich festhalten: Das (zuständige) Bundesgesundheitsministerium hat die BPTK und die Verbände zu einer Anhö-

rung am 6.2.2015 eingeladen und für das laufende Jahr gibt es bereits einen groben Zeitplan. Näheres finden Sie in diesem Heft auf den Seiten 31-32.

Tiefgreifende Änderungen zu diesem Punkt sind im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens aber wohl nicht mehr zu erwarten. Gesundheitsminister Gröhe äußerte sich aktuell dahingehend, dass es mit ihm eine „Muss-Regel für Praxisaufkauf nicht geben werde.“ Das heißt aber nicht, dass er auf die geplante Soll-Regel zum Zwangsaufkauf von Praxen in überversorgten Regionen verzichten will. „Ich will keine zentralistischen Vorgaben machen“, sagte er. Die Verantwortung liege weiter bei der Selbstverwaltung. „Entschieden wird vor Ort, von den KVen.“ Gegen das Veto der Ärzte könne in den Zulassungsausschüssen keine einzige Praxis stillgelegt werden.

Weiteres Thema unter der Rubrik „Gesundheits- und Berufspolitisches“ ist ein *Beitrag zur Entwicklung von Leitlinien* von Rudi Merod, der für die DGVT an zahlreichen Leitlinienprozessen beteiligt ist.

Den Niedergelassenen empfehlen wir den Beitrag „*Breites Bündnis in Zeiten knapper Kassen ...*“ zum neu vorgelegten KBV-Konzept von Thorsten Padberg unter der Rubrik „Berufspolitische Informationen für Niedergelassene“.

Die KollegInnen, die mit Kostenerstattung arbeiten, möchten wir auf den Beitrag „*Probleme in der Kostenerstattung am Beispiel der Barmer BEK*“ aufmerksam machen.

Für unsere angestellten KollegInnen dürfte der Artikel „*Runder Tisch der Bundespsychotherapeutenkammer zur PEPP-Diskussion*“ und der Artikel zum „*Treffen der BAG Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus in Frankfurt a. M.*“ interessant sein.

Ergänzt wird diese Rosa Beilage durch den pointiert kritischen Beitrag zu den möglichen Folgen der Anerkennung von *EMDR bei Posttraumatischen Belastungsstörungen durch den G-BA* von Wolfgang Palm sowie den Bericht über erweiterte Verordnungsmöglichkeiten bei Soziotherapie für schwer

psychisch Kranke. Wie immer, finden Sie *Berichte aus den Ländern, Tagungsberichte und weitere aktuelle Hinweise*.

Last but not least: Die *OPK-Kammerwahlen 2015* sind für unsere KandidatInnen sehr erfolgreich verlaufen. Herzlichen Glückwunsch an alle Gewählten und Wieder-Gewählten! Weitere Kammerwahlen stehen in den nächsten Wochen und Monaten in Niedersachsen, Hamburg und Schleswig-Holstein an. Wir möchten Sie, unsere Mitglieder, zur Wahl aufrufen – wählen Sie unsere DGVT-KandidatInnen und unterstützen Sie damit die Gesundheits- und Berufspolitik unserer beiden Verbände!

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

Waltraud Deubert, Heiner Vogel und Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Mitarbeit an der Entwicklung von Leitlinien

Die DGVT war und ist an der Erarbeitung von mehreren Leitlinien (LL) beteiligt. Viele Leitlinien sind bereits abgeschlossen und veröffentlicht:

- Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen (Olivier Elmer)
- Leitlinie „Zwangsstörungen“ (Armin Kuhr)
- Leitlinie Psychoonkologie (Friederike Schulze)
- Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen (Heinz Liebeck)
- Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2K) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bei der die DGVT von Michael Borg-Laufs vertreten war.
- Leitlinie „Depersonalisations-Derealisationssyndrom – Diagnostik und Behandlung“ (S2k) (Thomas Heidenreich)

Rudi Merod vertritt uns außerdem noch bei weiteren Leitlinien im Kinder- und Jugendlichenbereich, die sich in unterschiedlichen Phasen der Fertigstellung befinden.

Problematisch ist, dass die Daten- und Studienlage im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schwach ist und die Studien meist kein hohes Evidenzniveau haben. Hinzu kommt, dass keine evidenzbasierten Aussagen für Kinder unter acht Jahren gemacht werden können, da es für diese Altersgruppe keine angemessenen Studien gibt. Dieses Problem betrifft alle Leitlinien im Kinder- und Jugendlichenbereich. Hier kann die Forderung nur sein: Möglichst viele Studien bis zur Überarbeitung der Leitlinie in die Wege leiten! Grundsätzlich gilt, dass die S3-Leitlinien eine Gültigkeit von maximal fünf Jahren nach Veröffentlichung haben, so dass eine Überarbeitung regelmäßig erfolgen muss. Natürlich gibt es immer auch

die Möglichkeit, die bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) veröffentlichten Leitlinien zu kommentieren. Diese Kommentare werden bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigt. Leider wird bisher von dieser Möglichkeit noch zu wenig Gebrauch gemacht.

Am weitesten ist die Entwicklung der Leitlinie „Depression bei Kindern und Jugendlichen“. Diese ist konsentiert, aber leider noch nicht auf der AWMF-Homepage veröffentlicht. Die Gründe für diese Verzögerung liegen darin, dass einige (vor allem ärztliche) Vertreter mit den Formulierungen der Texte noch unzufrieden sind, aber auch keine eigenständigen Formulierungen vorlegen. Es scheint sich um eine gezielte Verzögerungstaktik zu handeln, um ständische Interessen zu vertreten.

Bei der Leitlinie mit dem Titel „Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen“ hat sich die Gruppe in Untergruppen aufgeteilt, um die beiden Teilbereiche „Suizidalität“ und „nicht-suizidale Selbstverletzungen“ zu bearbeiten. Aufgabe der Untergruppen ist es, sich mit den entsprechenden Forschungsberichten auseinander zu setzen und sie methodisch zu bewerten. Diese Aufgabe wird in den anderen Leitlinienkommissionen durch die „Steuerungsgruppe“ geleistet, in der hier benannten LL-Kommission wird dies unmittelbar von der Konsensgruppe geleistet, da so die Arbeit für die einzelnen Mitglieder reduziert werden konnte.

Die Leitlinie „Nicht-suizidales Selbstverletzendes Verhalten“ ist konsentiert und liegt den Verbänden vor, die Leitlinie „Suizidalität“ ist weitestgehend abgeschlossen. Beide sind in der Steuerungsgruppe konsentiert, es fehlt noch die vorgeschriebene Konsentierung durch alle relevanten Verbände, um die Leitlinie zu veröffentlichen.

Die nächste Leitlinie beschäftigt sich mit der „Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen“ und zwar sowohl im Kinder- und

Jugendlichen- wie auch im Erwachsenenbereich. Hier besteht eine Steuerungsgruppe, die die bestehenden (internationalen) Leitlinien sichtet und vergleicht. Sie soll auch aktuelle Forschungsliteratur zusammentragen, sichten und auf ihr Evidenzniveau einschätzen. Parallel dazu werden dann die Leitfragen sowie die Kernaussagen zusammentragen und auch schon erste Textentwürfe zusammengestellt. Hier gibt es mittlerweile den von der Steuerungsgruppe konsentierten Text. Ein Termin für eine Konsentierung durch die großen Verbände ist für Juni anberaumt. Wenn es dabei zu keinen weiteren Verzögerungen kommt, könnte die Leitlinie im letzten Drittel dieses Jahres veröffentlicht werden.

Zur Leitlinie „Angst bei Kindern und Jugendlichen“ hat sich die Steuerungsgruppe zwei Mal getroffen, der dritte Termin wurde (auf unbestimmte Zeit) verschoben. Grund hierfür ist, dass mehrere hundert neue Studien bei der Literatursuche gefunden worden sind, und es bisher in anderen Ländern noch keine aktuelle Leitlinie dazu gibt, so dass wir nicht auf deren Literatureinschätzung zurückgreifen können. Bei vielen Leitlinien schauen wir zunächst auf die Literatureinschätzung durch das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) und die dort erarbeiteten Leitlinien, die extrem sorgfältig erstellt werden, und können uns damit viel Arbeit ersparen. Da dieses Vorgehen im Falle der LL „Angst bei Kindern und Jugendlichen“ also nicht möglich ist, ist die Steuerungsgruppe verpflichtet, alle diese Studien auf deren wissenschaftliche Qualität hin selbst zu sichten und deren Bedeutung für die Leitlinie einzuschätzen. Dies wird sicherlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen, da auch die Mitglieder der Steuerungsgruppe sich hier in ihren Einschätzungen (Quadas 2-Verfahren) einigen müssen. Eine weitere Leitlinienkommission, denen Rudi Merod angehört, beschäftigt sich mit der „Schizophrenie“. Gerade in dieser Kommission ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Fachverband für Psychosenpsychotherapie (DDPP) sehr hilfreich, weil auch dort einiges erarbeitet wird: Beispielsweise

wird versucht, Fragen zu klären wie „Was ist eigentlich unter dem Begriff der Psychosenpsychotherapie zu verstehen? oder „Welche Berufsgruppen sind zu integrieren?“ usw.

Die Leitlinie Depersonalisations-Derealisationsyndrom, die von Seiten der DGVT durch Thomas Heidenreich (stellvertretend Rudi Merod) bearbeitet wurde, ist mittlerweile fertiggestellt und auf der Homepage der AWMF abrufbar. Neben der DGVT waren an der Entwicklung dieser Leitlinie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) beteiligt. Die Leitlinie umfasst sowohl Diagnostik als auch Behandlung des deutlich unterdiagnostizierten Depersonalisations-Derealisationsyndroms. Die Leitlinie wird in einer der nächsten VPP-Hefte ausführlich vorgestellt werden.

Die LL Unipolare Depression soll bis Mitte dieses Jahres überarbeitet werden, da ihre Gültigkeit dann abläuft. Die Steuerungsgruppe hat die Konsensusgruppe eingeladen, damit die überarbeiteten Empfehlungen konsentiert werden können. Seit Erscheinen der Leitlinie sind viele neue Forschungsergebnisse veröffentlicht worden, die eingearbeitet werden mussten. Dabei wurde auch die Erweiterung der Leitlinie abgestimmt, denn es wurden neue Kapitel (Transkulturelle Aspekte depressiven Verhaltens, Behandlungsaspekte zyklusassoziierter depressiver Störungen bei Frauen) eingefügt. Im Verlauf der Abstimmungen gab es einen Konflikt zwischen den Ärzten und den Vertretern der analytischen Verbände, ob die Evidenzen nur bei den Pharmaka und nicht auch bei den psychotherapeutischen Interventionen benannt werden sollten. Vertreter der analytischen Verbände wollten unbedingt, dass die Evidenzen zur Psychotherapie nicht in die Empfehlungen eingefügt, sondern nur im Hintergrundtext er-

wähnt werden sollten, da hier ihre Schulenrichtung „schlecht dastehen“ würde. Wie dies nun gehandhabt werden wird, ist noch nicht abschließend geklärt, soll aber in den nächsten Wochen geschehen. Anschließend wird der Text an alle Verbände gesandt, so dass wir nochmals die Gelegenheit haben am „Hintergrundtext“ zu feilen.

Die Leitlinie PTSD wir turnusgemäß überarbeitet. Hier hat sich eine Steuerungsgruppe gebildet, an der Rita Rosner für die DGVT teilnehmen wird. Diese LL wird sicherlich nicht nur um die aktuelle Literatur und den daraus resultierenden Empfehlungen, sondern auch um die leitliniengerechte Behandlung bei Kindern und Jugendlichen ergänzt werden.

Rudi Merod

Probleme in der Kostenerstattung am Beispiel der Barmer GEK

Mitglieder hatten uns vermehrt von Problemen mit der Barmer GEK berichtet. Daraufhin haben wir uns Anfang November 2014 sowohl an die Barmer GEK als auch an das Bundesversicherungsamt gewandt.

Das Antwort-Schreiben der Barmer GEK hatten bereits in der Rosa Beilage 4/2014 abgedruckt. Die Barmer GEK erklärt darin zunächst, dass sie sich natürlich auch an die Vorgaben des SGB V (§ 13 Absatz 3 SGB V) zur Kostenerstattung gebunden sieht. Tatsächlich, so können wir kritisch kommentieren, schienen Zweifel daran berechtigt, nachdem in den Vormonaten einige Patienten entsprechende Antworten seitens der Barmer GEK erhalten hatten.

Die Barmer GEK weist allerdings darauf hin, dass natürlich nicht jeder Antrag auf Kostenerstattung in der Psychotherapie, der von einem/für einen approbierten Psychotherapeuten gestellt wird, genehmigt wird. Vielmehr würde die jeweilige Geschäftsstelle der Barmer GEK im Falle eines vorliegenden Antrags zunächst versuchen dem

Versicherten eine/n zugelassene/n PsychotherapeutIn zu vermitteln. Sollte dies gelingen, werde der Antrag auf Kostenerstattung abgelehnt.

Wir begrüßen dieses Engagement der Barmer GEK für ihre Versicherten, möchten allerdings ergänzend darauf hinweisen, dass es natürlich nicht ausreicht, dass ein/e zugelassene/r PsychotherapeutIn gefunden wird. Diese/r muss auch in zumutbarer Entfernung wohnen und zeitnah eine Psychotherapieaufnahme ermöglichen (nicht nur ein Vorgespräch bzw. eine erste probatorische Sitzung). Seitens der Medizinischen Dienste der Krankenkassen wird häufig eine 6-Wochen-Schwelle genannt, innerhalb derer ein solcher Therapeut einen ersten probatorischen Termin anbieten können muss, wenn die Kostenerstattung durch die Krankenkassen abgelehnt werden soll.

Auch das Bundesversicherungsamt (BVA) als Aufsichtsbehörde über die Barmer hat zwischenzeitlich geantwortet. Das BVA erläutert ebenfalls, dass die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V natürlich nur möglich ist, wenn im Einzelfall belegt ist, dass die Voraussetzungen vorliegen – und dass die Prüfung auch unter Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) erfolgen kann. Man habe unser Schreiben zum Anlass genommen, mit der Barmer GEK über die Umsetzung des § 13 Abs. 3 in ihrem Haus zu sprechen. Wir dürfen es sicher als kleinen Erfolg interpretieren, dass die Barmer GEK von ihrer Aufsicht um Stellungnahme gebeten wird, ob sie auch tatsächlich eine Kostenerstattungspsychotherapie (unter den gesetzlichen Vorgaben) ermöglicht.

Im Weiteren weist das BVA in seinem Schreiben darauf hin, dass es bei weiteren Beschwerden über die Barmer GEK oder andere Krankenkassen (die angeblich grundsätzlich keine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V zulassen) prinzipiell möglich ist, eine Prüfung durchzuführen. Dafür könnten sich Patienten in besonders schwierigen Fällen mit einer Bitte auf Prüfung an das Bundesversicherungsamt wenden. Sollte der Patient auf Grund seiner aktuellen Situation

dazu nicht in der Lage sein, könnten Sie im Einzelfall als Therapeut ebenfalls anbieten, dies in seinem Namen zu übernehmen. In diesem Fall bräuchten Sie aus datenschutzrechtlichen Gründen eine Vollmacht des Patienten (im Original oder als beglaubigte Kopie).

In Gesprächen mit Sachbearbeitern der Kassen kann es sinnvoll sein darauf hinzuweisen, dass Patienten einen Anspruch auf eine zeitnahe Behandlung haben. Sollte diese nicht durch Kollegen mit einer KV-Zulassung zu gewährleisten sein (hierzu müssen plausible Belege vorliegen), dann ist die Krankenkasse geradezu verpflichtet eine Kostenerstattung für die Psychotherapie nach § 13 Abs. 3 SGB V zu prüfen.

Prinzipiell ist immer abzuwägen, wie weit der Patient – im Falle von Problemen mit der Krankenkasse beim Antrag auf Kostenerstattung - bereit ist zu gehen und was er in seinem aktuellen Zustand leisten kann. Ein guter Ansprechpartner für Patienten bei Fragen ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (www.patientenberatung.de), die eine kostenfreie Beratung anbietet. Ein weiterer guter Ansprechpartner kann der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (www.vdk.de/) sein, der bundesweit in vielen Städten über regionale Geschäftsstellen verfügt.

Bitte lassen Sie uns wissen, sollte es erneut zu Problemen kommen. Sie erreichen die Bundesgeschäftsstelle per Mail wie folgt: info@dgvt-bv.de.

*Heiner Vogel, Kerstin Burgdorf
und Anna Millek*

In Zeiten knapper Kassen bereitet die KBV ein breites Bündnis vor

KBV präsentiert Arbeitsentwurf zu einem „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“

Gibt es immer mehr psychisch Kranke? Diese Frage wird von der Forschung aktuell negativ beantwortet. Psychische Störungen würden nicht mehr, berichten die Forscher, sie werden von Ärzten nur häufiger erkannt und diagnostiziert. Auch die Patientinnen und Patienten sind offener geworden für psychiatrische Diagnosen. Depressionen, Ängste und ADHS werden mehr und mehr zum selbstverständlichen Teil der Selbstbeschreibung.

Mehr Diagnostizierte bedeuten mehr Versorgungsbedarf. In den Vereinigten Staaten wurden bereits im Jahr 1981 23% aller Krankenhaustage durch psychische Erkrankungen verursacht. Die Rechnung für Psychopharmaka wächst stetig. Wurden - ebenfalls in den USA - für Antidepressiva und Antipsychotika 1986 noch 500 Millionen Dollar ausgegeben, sind es 2004 schon 20 Milliarden. Kein Wunder, dass auch im deutschen Gesundheitssystem angesichts solcher Kostensteigerungen die Alarmglocken läuten. Was nämlich ebenfalls nicht mehr geworden ist, ist das Geld, das für Behandlung und Folgekosten psychischer Störungen ausgegeben werden soll.

Doch wie soll man angesichts steigenden Bedarfs vorgehen, wenn man den Betroffenen nicht Behandlung und eventuell notwendige Betreuung verweigern will? Und zugleich das aktuelle bestehende Versorgungssystem nicht von Grund auf verändern will? Man muss das bestehende System besser machen. Entsprechend heißt es im jetzt von der KBV vorgelegten Vertragsentwurf:

„Kern des Versorgungsauftrages ist die kooperative und vernetzte Versorgung der an der Behandlung beteiligten Patienten und Therapeuten. Ziel dieser kooperativen Versorgung ist, dass [...] Diagnostik und Therapie entsprechend geltender Leitlinien erfolgen und dass dadurch eine optimale Versorgung ermöglicht wird.“ (S. 4).

Doppeldiagnosen, Mehrfachbehandlungen und Chronifizierung durch Wartezeiten sollen verhindert werden, indem das bestehende System optimiert wird. Der Wille zur Effizienz ist dem jetzt vorgelegten Arbeitsentwurfs zu einem „Vertrag zur Versorgung

von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“ deswegen in beinahe jeder Zeile anzumerken. Es sollen die „geltenden Leitlinien“ (s.o.) nicht geändert werden. Sie sollen nur durch bessere Vernetzung - und so kann man annehmen: gegenseitige Kontrolle - besser umgesetzt werden. „Vermeidung bzw. Reduktion stationärer Einweisungen“ und „Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten“ werden als explizite Ziele im Vertrag genannt. Erreicht werden soll das durch bessere Kommunikation unter den schon aktuell an der Versorgung teilnehmenden Ärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten.

Was bedeutet das für Psychologische PsychotherapeutInnen?

Wer schon länger den Wunsch verspürt hat, in Qualitätszirkeln mit den ärztlichen Kollegen zusammensitzten, häufigere Absprachen schätzt und als Teil eines Behandler-Teams arbeiten möchte, kann überlegen dem Vertrag beizutreten. Er verpflichtet sich zugleich auf fachärztliche Überweisung hin innerhalb von 10 Tagen tätig zu werden. Behandlungsdokumentation über die KV-Plattform eDoku und die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind ebenfalls Pflicht.

Wer dagegen heute schon Schwierigkeiten beim Bericht an den Hausarzt hat, braucht sich jedoch nicht zu grämen. Die Teilnahme am Versorgungsvertrag ist freiwillig. Dafür locken finanzielle Anreize: die Vergütung soll extrabudgetär außerhalb des EBMs erfolgen. Mit welchen konkreten Zahlen das verbunden ist, ist allerdings noch nicht bekannt.

Was bedeutet das für die PatientInnen?

Der Versorgungsvertrag soll insbesondere die Situation der schwer Erkrankten verbessern. Sie sollen schneller und von mehreren Spezialisten zugleich behandelt werden. Dies gilt allerdings nur für eine eingegrenzte Patientengruppe. Psychotisch und schwer de-

pressiv diagnostizierte Menschen sollen an der sog. „koordinativ-fachärztlichen Versorgung“ teilnehmen können sowie auch solche, denen Erwerbsminderung, Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten sowie häufige stationäre Einweisungen (mehr als drei in zwei Jahren) drohen.

Eine zweite Gruppe soll an der „kooperativ-konsiliarischen Versorgung“ teilnehmen. Hier liegen die Kriterien etwas niedriger: Schon ab einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Wochen ist man bspw. zur Teilnahme berechtigt sowie bei Selbst- und Fremdgefährdung, „Verschlechterungstendenz“ oder auch einer drohenden erstmaligen stationären Einweisung.

Die zungenbrecherische Unterscheidung zwischen kooperativen und koordinativen Versorgungsformen macht für den Patienten vor allem einen merklichen Unterschied: Wer in der Behandlung das Sagen hat und damit auch Hauptansprechpartner für alle anderen Behandler ist. Das ist auch für unsere Berufsgruppe nicht ganz unwichtig. Koordinative Versorgung kann nur von Fachärzten übernommen werden. Damit explizit nicht gemeint sind Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten. Diese sind nur für die leichteren (unter den schweren) Fällen als Ansprechpartner und Koordinator vorgesehen. Zwar kennt der Vertrag auch eine „koordinativ-psychotherapeutische Versorgung“, in der ein Psychotherapeut den Behandlungsplan aufstellt und abstimmt. Dies ist aber nur „aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs“ (S. 7) vorgesehen. Die Autorität für „schwere Fälle“ liegt also nur in Ausnahmesituationen in unseren Händen.

Ob die bessere Vernetzung im Rahmen des jetzt vorgelegten Vertragsentwurfs also bedeutet, dass Psychologischen Psychotherapeuten sich bei den im selben Fachbereich tätigen ärztlichen Kollegen unterhaken dürfen oder in kollegialer Umarmung erdrückt werden, wird sich dann in der Praxis erweisen.

*Thorsten Padberg, Berlin
Mitglied der Fachgruppe Niedergelassene
DGVT-BV*

E-Health-Gesetz-Entwurf liegt vor

Seit dem 19.01.2015 liegt der lange angekündigte Referentenentwurf eines E-Health-Gesetzes aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vor. Ziel des Ministeriums ist es, möglichst rasch die telematisch-medizinische Infrastruktur auszubauen. Auswirkungen hat dies zunächst für die elektronische Gesundheitskarte (eGK), die seit dem 01.01.2015 gültig ist. Doch auch andere Bereiche der Medizin und auch der Psychotherapie werden Schritt für Schritt ebenfalls durch das Gesetzesvorhaben Veränderungen erfahren.

Die Ziele des Gesetzesvorhabens sind u.a.:

- Die rasche Einführung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte.
- Die Speicherung von Notfalldaten sowie die Erstellung elektronischer Entlassbriefe (Krankenhäuser).
- Arzneimitteltherapiesicherheit für Patientinnen und Patienten, die mindestens fünf verordnete Medikamente anwenden. Dafür ist neben dem Medikationsplan in Papierform ein elektronischer Medikationsplan vorgesehen.

Einschlägig auch für unseren Bereich wird die geplante Etablierung der Telematikinfrastruktur als die zentrale Infrastruktur für eine – so das BMG – sichere Kommunikation im Gesundheitswesen. Die Telematik soll dann sukzessive auch für weitere Anwendungen im Gesundheitsbereich und für weitere Leistungserbringer geöffnet werden. Inwieweit die dann zur Verfügung stehende Struktur Erleichterungen z. B. für die onlinebasierte Abrechnung mit den KVen bringen kann, ist noch unklar.

Um dies umzusetzen und eine breite Basis im Gesundheitswesen zu gewinnen, werden tele-medizinische Leistungen gefördert. Hier sind aus Sicht der Krankenkassen enorme Einsparpotentiale zu erschließen. Ärzte (z. B. Kardiologen – hier sind Fernbehandlungen bzw. -diagnostik im Gespräch)

haben sich aktuell äußerst kritisch gezeigt angesichts des Ansinnens des BMG.

Internettherapie – fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen

Auch für die PsychotherapeutInnen steht die Entscheidung zu zentralen Fragen an, ob bzw. inwieweit man sich (wie z.T. in einigen Landesberufsordnungen geschehen) den Möglichkeiten onlinebasierter Behandlung (Internettherapie/E-Mental-Health) öffnen möchte. Auch hierfür würden Leistungsanbieter (Praxen, Kliniken), sollte dieser Bereich Einzug finden in den Therapiealltag, eine entsprechende Infrastruktur benötigen mit entsprechender Zusicherung von Datensicherheit (Plattform im Internet etc.).

Hier stehen Entwicklungen auf europäischer und internationaler Ebene im Raum, die teils schon sehr weitreichend sind (Internettherapie und mobile Endgeräte) und auch an Universitäten wird viel geforscht – teils offenbar mit deutlich positivem Outcome für internetbasierte Interventionen. Diesen Entwicklungen gegenüber stehen Fragen, welcher fachliche Standard (Psychotherapeutenstandard analog zum Facharztstandard) im Sinne des Haftungsrechts gelten kann und ebenso, wie die weiteren rechtlichen Rahmenbedingungen für online-gestützte Interventionen zuvor geklärt und festzuschreiben sind.

Die Gremien der DGVT haben beim Jahrestreffen in Würzburg (November 2014) über diese Fragen mit Frau Prof. Knaevelsrud, FU Berlin, diskutiert. DGVT und DGVT-Berufsverband werden in den nächsten Wochen ein ausführliches Positionspapier veröffentlichen. Gleichzeitig arbeitet die DGVT mit anderen Psychotherapeutenverbänden (im Gesprächskreis II) an einer Positionierung für die Psychotherapeutenchaft. Zu klären sind die Vereinbarkeit mit der Berufsordnung (Einsatz als Beratung oder als Therapie vor dem Hintergrund des derzeit bestehenden „Fernbehandlungsverbotes“) und die Verankerung im Sozialrecht (insbesondere Psychotherapie-Richtlinie).

Es wird im Detail auf eine Differenzierung ankommen, sowohl in Bezug auf das Setting, die eingesetzten Interventionen als auch – und dies vor allem – die Art und Schwere der zu behandelnden Störungen.

Und: Es ist sicher besser, die Entwicklung von Seiten der PsychotherapeutInnen maßgeblich selbst zu gestalten, als sich von den Entwicklungen überraschen oder gar überrollen zu lassen

Kerstin Burgdorf

Gesetzentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz liegt vor 6.000 Praxissitze gefährdet

Am 17.12.2014 hat das Kabinett den Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossen. Das weitere Gesetzgebungsverfahren sieht nach unseren Informationen wie folgt aus: Der erste Durchgang im Bundesrat findet am 6.2.2015 statt. Die erste Lesung im Bundestag findet voraussichtlich in der ersten Sitzungswoche im März statt. Danach erfolgt die Überweisung an den Gesundheitsausschuss des Bundestages, dort findet in der 13. Kalenderwoche auch die Anhörung zu dem Gesetzentwurf statt. Die zweite und dritte Lesung sind für Ende Mai, der zweite Durchlauf im Bundesrat für Juni geplant. Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig.

Der nun vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung enthält im Vergleich zum Referentenentwurf einige inhaltliche Änderungen bzw. Ausführungen:

Eine für die PsychotherapeutInnen wichtige Regelung im Gesetzentwurf betrifft den *Aufkauf von frei werdenden Arzt- und Psychotherapeutesitzen in sog. überversorgten Regionen*. Die Zulassungsausschüsse sollen auch nach wie vor die Möglichkeit haben, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Sitzes in einem überversorgten Planungsbereich zu entsprechen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Gründe

hierfür sind im Gesetzentwurf wie folgt vorgesehen: Wenn ein „besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf“ besteht, z. B. die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, oder es aber um den Erhalt eines Medizinischen Versorgungszentrums geht oder wenn der Therapeut sich verpflichtet, den zur Nachbesetzung anstehenden Sitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereiches zu verlegen.

Eine weitere wichtige Regelung betrifft die Praxisnachfolge bei Anstellungsverhältnissen. Für PsychotherapeutInnen, die eine Anstellung zum Zwecke der Nachbesetzung erwägen, gilt zukünftig, dass die Beschäftigung drei Jahre andauern muss, wenn sichergestellt werden soll, dass die Praxis auch in als überversorgt ausgewiesenen Planungsbereichen nachbesetzt werden muss (will heißen: der Zulassungsausschuss hat keinen Ermessensspielraum mehr, anders zu entscheiden). Ansonsten hat der Zulassungsausschuss auch bei Praxisnachfolgern, die in der Praxis angestellt sind, die Möglichkeit, auf die Nachbesetzung zu verzichten und die Praxis stillzulegen.

Es handelt sich dabei um die neue Regelung des § 103 Absatz 3a Sätze 4 und 5 SBG V (44 b) bb) des Gesetzentwurfs:

„Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 4 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung des Deutschen Bundestages] begründet wurden....“

Hier ist nach inoffizielltem Zeitplan als Datum der 1. Lesung im Bundestag vom 5./6. März 2015 auszugehen (s. o.).

Hinweis für Mitglieder: Informationen und Unterlagen über (auch zukünftig) rechtssichere Gestaltungsoptionen für eine geplante Praxisnachbesetzung erhalten Sie über die

Bundesgeschäftsstelle des DGVT-Berufsverbands: info@dgyt-bv.de. (Kasten)

Eine weitere Änderung betrifft das *Jobsharing*. Der Referentenentwurf sieht vor, dass ein Arzt oder ein Psychotherapeut einen Partner im Rahmen eines Jobsharings aufnehmen kann und mit dem neuen Partner den Leistungsumfang der fallzahlunterdurchschnittlichen (heruntergefahrenen) Praxis erhöhen darf. Der Referentenentwurf sieht insoweit eine Änderung der aktuellen Rechtslage vor. Derzeit dürfen Vertragsärzte/-psychotherapeuten den Praxisumfang nicht wesentlich erhöhen im Rahmen eines Jobsharings, lediglich eine Steigerung von 3 % wird noch als zulässig anerkannt. Das VSG soll es nun ermöglichen, eine Ausnahmeregelung für fallzahlunterdurchschnittliche Praxen zu schaffen. Inwieweit diese Aufforderung durch den Gesetzgeber durch den Gemeinsamen Bundesausschuss umgesetzt werden wird, bleibt skeptisch abzuwarten.

Weitere Veränderungen betreffen folgende Aspekte:

- § 24i SGB V (neu): Mutterschaftsgeld: Frauen, deren Beschäftigungsverhältnis am Tag vor Beginn der Mutterschutzfrist endet und die damit mit Beginn der Schutzfrist nicht mehr Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld sind, werden besser geschützt. Sie werden zukünftig Mutterschaftsgeld erhalten. Gleiches gilt für Frauen, die bisher keinen Anspruch hatten, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung oder wegen einer Sperrzeit ruhte und damit eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch nicht begründet werden konnte.
- § 40 SGB V (neu): *Medizinische Rehabilitation*: mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen werden eingeschlossen;
- § 43b SGB V (neu): *Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung* oder schweren Mehrfachbehinderungen: Die genannten Personen haben Anspruch auf nichtärztliche sozi-

almedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn diese unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum erbracht werden.

- § 75 SGB V (neu): *Sicherstellung der Leistungen*: Terminservicestellen müssen den Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer vermitteln. Bislang sollten diese zügige Facharzttermine bei dringenden Behandlungen gewährleisten, nun aber sollen sie immer dann tätig werden, wenn der Patient es wünscht und es sich nicht um Routineuntersuchungen oder Bagatellerkrankungen handelt. Es bedarf keiner Überweisung, wenn ein Termin bei einem Augen- oder Frauenarzt zu vermitteln ist (Termin beim Kinderarzt wurde gestrichen);
- § 92 SGB V: *Psychotherapie*: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis 30.6.2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Ergänzungen beschließen „zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“ Außerdem soll er Regelungen treffen, damit sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern.“
- § 92b 8SGB V (neu): *Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen (...)* durch den G-BA: Abs. 5 (neu): zur Erbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverständs in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet (Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis, höchstens zehn Mitglieder), dieser wird vom Bundesgesundheitsministerium berufen; die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsbeirat in seine Entscheidungen einzubeziehen; Abs. 6 (neu): Auf-

gaben des Expertenbeirats: Beirat ist bei der Erarbeitung der Förderbekanntmachungen und bei den konkreten Förderentscheidungen eng einzubinden.

- § 95 SGB V (neu): *Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung*: künftig werden neben reinen Hausarzt- oder spezialisierten facharztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auch reine Zahnarzt-MVZ sowie reine psychotherapeutische MVZ ermöglicht.

Kerstin Burgdorf und Waltraud Deubert

Weitere Gesetzentwürfe im Gesundheitswesen – Stand der Dinge

Präventionsgesetz

Die Große Koalition hat sich im Koalitionsvertrag auf die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes festgelegt, das gegenwärtig in den parlamentarischen Gremien diskutiert wird. Am 17. Dezember 2014 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) beschlossen, der am 6.2.2015 im Bundesrat beraten wird. Die DGVT hat ausführlich zu diesem Gesetzesvorhaben Stellung genommen (www.dgvt.de/20.11.14).

Die weitere Terminplanung sieht folgendermaßen aus:

- Erste Lesung im Bundestag: 19./20.3.
- Anhörung im Gesundheitsausschuss: 22.4. oder 6.5.
- 2./3. Lesung Bundestag: 18./19.6.
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10.7.

Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig durch den Bundesrat und könnte daher Anfang 2016 tatsächlich in Kraft treten.

Korruption im Gesundheitswesen

Bayern möchte den Schutz vor Korruption im Gesundheitswesen erhöhen. In seinem Gesetzentwurf schlägt das Land daher vor,

einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen in das Strafgesetzbuch einzufügen und das Delikt mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu ahnden. Zur Begründung führt der Freistaat aus, dass das Gesundheitswesen ein breites Feld korruptionsgefährdeter Beziehungen aufweist, das zurzeit nur punktuell durch das geltende Strafrecht zu erfassen sei.

Der Gesetzentwurf entwickelt den "Entwurf eines Strafrechtsänderungsgesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen" (BR-Drs. 451/13 (Beschluss) weiter, den der Bundesrat bereits im Juli 2013 in den Bundestag eingebracht hatte. Die Vorlage soll in der Plenarsitzung am 6. Februar 2015 vorgestellt und den Ausschüssen zur Beratung übergeben werden.

Waltraud Deubert

Soziotherapie für schwer psychisch Kranke: G-BA erweitert Verordnungsmöglichkeiten

Das Spektrum der Diagnosen und der Fähigkeitsstörungen, bei denen die Verordnung einer Soziotherapie in Betracht kommt, wurden mit einer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie erweitert und präzisiert. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 22. Januar 2015 in Berlin.

Dieser sieht auch vor, dass anstelle der bisher vorgesehenen drei künftig maximal fünf Therapieeinheiten zur Motivierung der Patienten zulässig sind, um die gegebenenfalls folgende Soziotherapie zu sichern. Im Hinblick auf eine kontinuierliche Patientenversorgung ist nun zudem eine Berichtspflicht des soziotherapeutischen Leistungserbringers gegenüber dem verordnenden Arzt vorgesehen. Weiterhin haben zukünftig auch psychiatrische Institutsambulanzen beziehungsweise deren Fachärztinnen und

Fachärzte die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen.

„Der G-BA reagiert mit der inhaltlichen Weiterentwicklung der Richtlinie auf die bisherigen Schwierigkeiten, Patienten mit Soziotherapie zu erreichen und diese Behandlungsmöglichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten“, sagte Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, heute in Berlin.

Hintergrund: Soziotherapie

Patientinnen und Patienten können wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sein, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Liegt eine solche Fähigkeitsstörung vor, soll mittels Soziotherapie – beispielsweise in Form von Motivierungsarbeit und strukturierenden Trainingsmaßnahmen – versucht werden, psychosoziale Defizite abzubauen und die Patienten in die Lage zu versetzen, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Der G-BA beschließt die Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Soziotherapie. Sie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 37a SGB V sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärzte mit den Erbringern der soziotherapeutischen Leistung.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Beschlusstext und Tragende Gründe werden in Kürze auf folgender Seite im Internet veröffentlicht:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/39/>

Die DGVT hatte sich mit einer Stellungnahme im März 2014 bereits in die Diskussion zur Überarbeitung der Soziotherapierichtlinie eingemischt und begrüßt daher den Beschluss des G-BA.

Aus Sicht der DGVT wird es aber nur dann zu einer verbesserten Inanspruchnahme von Soziotherapie führen, wenn weitere Veränderungen in Angriff genommen werden: Eine deutlich verbesserte Vergütung für die Leistungserbringer und Erleichterungen in der rigiden Zulassungspraxis durch die Krankenkassen. Die Zulassungen für soziotherapeutische Leistungserbringer orientieren sich bislang noch weitgehend an einem Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes, der bereits seit sechs Jahren aufgrund gesetzlicher Änderungen nicht mehr in Kraft ist und demzufolge nicht mehr angewandt werden soll. Hier ist der GKV-Spitzenverband in der Pflicht darauf hinzuweisen, dass vor dem Hintergrund des regionalen Bedarfs geeignete Anbieter zuzulassen sind und dass dafür praktikable Regelungen gefunden werden müssen. Schließlich ist die Ausweitung der verordnungsfähigen Ärzte auf psychotherapeutisch tätige Ärzte, auf Ärzte in Sozialpsychiatrischen Ambulanzen und Diensten und auch auf Psychologische Psychotherapeut/innen und Psychotherapeuten notwendig, damit die Soziotherapie tatsächlich eine zusätzliche Behandlungsoption für schwer psychisch kranke Menschen darstellt, die auch von den Therapeuten/Ärzten indiziert und von den Betroffenen in Anspruch genommen wird.

Dass es möglich ist, Soziotherapie wirklich flächendeckend anzubieten und sie auch in erheblichem Umfang in Anspruch genommen wird, zeigt das Beispiel Rheinland-Pfalz. Hier haben, guter Wille bei den regionalen Krankenkassen vorausgesetzt, die Spitzenverbände der Wohlfahrtsbände bereits im Jahr 2002 mit den Krankenkassen-Landesverbänden eine Rahmenvereinbarung geschlossen, auf deren Grundlage inzwischen eine große Zahl an soziotherapeutischen Leistungserbringern zur Zufriedenheit der Beteiligten tätig ist.

Waltraud Deubert

GKV Präventionsbericht 2014

Gesetzliche Krankenkassen haben 2013 ihr Engagement im Präventionsbereich ausgebaut

(wd) Der im November erschienene „Präventionsbericht 2014“ der gesetzlichen Krankenversicherungen und des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) zeigt den Ausbau der Leistungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Rund 12 Prozent mehr haben die Kassen im Durchschnitt in 2013 in diesen Bereichen investiert. *Das zeige, so der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes Gernot Kiefer, dass die Krankenkassen ihre Aufgabe, Versicherten bei einer gesundheitsfördernden Lebensweise zu unterstützen, sehr ernst nehmen.*

Der jährlich erscheinende Bericht gibt Auskunft über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei weiteren Settings wie Kita und Schule sowie bei individuellen Präventionskursen.

Durchschnittlich gaben die Kassen im vergangenen Jahr 3,82 Euro pro Versichertem für Prävention und Gesundheitsförderung aus. Sie lagen damit deutlich über dem gesetzlichen Richtwert von 3,01 Euro. Der Großteil der Ausgaben entfiel mit ca. 70 Prozent auf individuelle Präventionsangebote. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kamen 20 Prozent der Investitionen zu Gute und ca. 11 Prozent entfielen auf den Bereich der nichtbetrieblichen, lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung. Trotz dieser sehenswerten Zahlen zeige sich aber, so Kiefer weiter, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht alles abdecken könne, was notwendig ist, um insgesamt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in Deutschland zu schaffen. „Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in die alle verantwortlichen Akteure eingebunden werden müssen“, so Kiefer in Richtung Gesundheitspolitik, Kommunen und Arbeitgeber.

Themenschwerpunkt „Kooperationen in der Prävention“

In diesem Jahr liegt der Themenschwerpunkt des Präventionsberichtes auf Kooperationen: Verschiedene Formen einer gelungenen Zusammenarbeit werden vorgestellt, darunter auch der Kooperationsverbund und die Koordinierungsstellen "Gesundheitliche Chancengleichheit", die als Beispiel für kassen- und trägerübergreifender Unterstützungsstrukturen stehen (auf den Seiten 24 bis 26).

Mit dem Kooperationsverbund gelingt es, Kompetenzen und Strukturen auf Bundesebene mit denen der Länder zu vernetzen. Im Ergebnis kann so Gesundheitsförderung koordiniert, qualitativ hochwertig und zugleich auch sozialogenbezogen unterstützt werden. Das zentrale Anliegen des Verbundes, die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien, konnte im Jahr 2013 durch politische Positionspapiere, wie z.B. die „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“, gestärkt werden. 2014 erhielt der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ durch einen Beschluss der 87. Gesundheitsministerkonferenz auch von Seiten der Länder weitere politische Unterstützung.

Gesundheitsförderung in Lebenswelten: Settings Kita, Schule, Gemeinden und Betriebe

Die Gesundheitsförderung im Betrieb hat in 2013 weiter an Bedeutung gewonnen, so haben die Kassen im letzten Jahr 21 Prozent mehr Betriebe bei der Gesundheitsförderung unterstützt. Traditionell nehmen die Maßnahmen zur Reduzierung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen für Beschäftigte im verarbeitenden Gewerbe einen hohen Stellenwert ein. Daneben gewinnen Maßnahmen zum Abbau von psychosozialen Fehlbelastungen stärker an Gewicht.

Zunehmend wichtiger für die gesetzlichen Krankenkassen wird mit einem Plus von 5 Prozent bei den erreichten Personen

im Vergleich zum Vorjahr die Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Settings. Hier wurde der Schwerpunkt besonders auf Bildungseinrichtungen wie Kitas und Schulen gelegt. Mehr als die Hälfte der angebotenen Präventionsmaßnahmen kommt Kindern in Kindergärten oder Kitas zu Gute.

Individuelle Präventionskurse

Unter dem Titel „Individueller Ansatz“ betrachtet der Bericht Präventionsangebote für die einzelnen Versicherten wie bspw. Ernährungs- und Bewegungskurse. Hier erhöhte sich die Anzahl der Teilnehmer 2013 um 10 Prozent. Dieser Anstieg könnte durch erleichterte Bezuschussungsregelungen begünstigt worden sein.

Den kompletten Präventionsbericht finden Sie auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de/

Quellen:

Gemeinsame Pressemitteilung des MDS und des GKV-Spitzenverbandes zum Präventionsbericht 2014

Präventionsbericht 2014 - Leistungen der GKV: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2013

Hartz IV gescheitert: Paritätischer zieht Zehn- Jahres-Bilanz und fordert durchgreifende Reformen

(wd) Zehn Jahre nach Inkrafttreten von „Hartz IV“ könne die Reform auf ganzer Linie als gescheitert betrachtet werden, so die Bilanz des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes anlässlich des am 1. Januar 2015 anstehenden Jahrestages der umstrittenen Hartz-Reform. Die Vermittlung sei „gefloppt“, die Regelsätze seien nicht bedarfsgerecht und statt bürgerfreundlicher Verwaltung sei „Hartz IV“ ein kompliziertes „Bürokratiemonster“. Der Paritätische fordert die Bundesregierung zu einer Kehrtwende auf

und legt einen Zehn-Punkte-Plan für durchgreifende Reformen in den Bereichen Arbeitsmarktpolitik und Grundsicherung vor.

„Was seinerzeit großmundig als sozialpolitische Jahrhundertreform angekündigt wurde, entpuppt sich zehn Jahre später als Jahrhundert-Flopp mit verheerenden Auswirkungen auf viele Menschen in diesem Land“, so Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Gesamtverbandes. Die Armut in Deutschland sei auf einem neuen Rekordhoch und die Gesellschaft tief gespalten. In „zehn Thesen“ zieht der Verband zehn Jahre nach Inkrafttreten des SGB II („Hartz IV“) Bilanz: „Hartz IV“ sei zur „Sackgasse“ für Millionen Menschen, insbesondere auch Kinder, geworden. Sinkende Arbeitslosenquoten seien mit einer „Amerikanisierung“ des Arbeitsmarktes erkauft worden, die Langzeitarbeitslosigkeit habe sich auf hohem Niveau verfestigt, Hilfestrukturen seien kaputt gekürzt worden und faktisch nicht mehr existent. Der Verband kritisiert eine „Zwei-Klassen-Arbeitsmarktpolitik“ und wirft der Politik vor, durch verschiedene sozialpolitische Maßnahmen in den letzten Jahren u. a. die Probleme der Kinder- und Altersarmut noch verschärft zu haben.

Der Paritätische legt einen Zehn-Punkte-Plan vor und fordert darin durchgreifende Reformen in den Bereichen Arbeitsmarktpolitik und Grundsicherung. „Wir fordern die Bundesregierung auf, endlich ernst zu machen mit der Vermittlung in Arbeit und durch öffentlich geförderte Beschäftigung auch jenen Langzeitarbeitslosen Perspektiven zu eröffnen, die bisher auf der Strecke geblieben sind“, so Schneider. Insbesondere aber müssten die Regelsätze dringend endlich auf ein bedarfsgerechtes Niveau angehoben werden. „Die Regelsätze wurden von Anfang an manipulativ klein gerechnet. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Zehn Jahre Hartz IV heißt auch zehn Jahre statistische Trickserei, um den Hilfebedürftigen bedarfsgerechte Leistungen vorzuenthalten“, so Schneider. Der Verband kündigt für das Jahresende eigene Regelsatzberechnungen an.

*Thesen, Forderungen und weitere Infos auf:
www.10jahre-hartz4.de*

Zwei neue Mitglieder für Sachverständigenrat „Gesundheit“ berufen

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen neu berufen. So hat das Gremium zwei neue Mitglieder, zwei alte sind ausgeschieden.

Neu hinzugekommen sind die Pflegewissenschaftlerin Prof. Gabriele Meyer von der Universität Halle und der Gesundheitsökonom Prof. Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg. Letzterer hatte im vergangenen Jahr gemeinsam mit Prof. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin ein Gutachten zur Mengenentwicklung von Krankenhausleistungen vorgelegt, das für Diskussionen gesorgt hatte.

Erneut in den Sachverständigenrat berufen wurden Prof. Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt, bisher Vorsitzender), Prof. Eberhard Wille (Universität Mannheim, bisher stellvertretender Vorsitzender), Prof. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), Prof. Marion Haubitz (Universität Hannover) und Prof. Petra Thürmann (Universität Witten-Herdecke). Nicht mehr dabei sind Prof. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) und Prof. Gregor Thüsing (Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherung in Bonn).

Aufgabe des Sachverständigenrates ist es, alle zwei Jahre ein Gutachten zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland vorzulegen. Das jüngste hatte er im Juni 2014 veröffentlicht. Darin hatten die Sachverständigen unter anderem eine gesetzliche Aufkaufpflicht von Vertragsarztsitzen durch KVen in als übertarnt geltenden Regionen vorgeschlagen sowie einen 50-prozentigen Vergütungszuschlag für Landärzte. Derzeit ist das Gremium, dessen Mitglieder umgangssprachlich auch „Gesund-

heitsweise“ genannt werden, mit einem Sondergutachten zum Krankengeld beauftragt.

Quelle: Ärztenachrichtendienst 13.1.15

TK legt Depressionsatlas 2015 vor: Ein Fünftel der Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

(kb) Die Techniker Krankenkasse (TK) hat Ende Januar 2015 den Depressionsatlas Deutschland veröffentlicht. Dabei hat die TK erstmals Krankschreibungen aufgrund von Depressionen auch auf lokaler Ebene ausgewertet. Die höchsten Fehlzeiten gibt es in Merzig-Wadern im Saarland mit durchschnittlich 1,7 Fehltagen pro Kopf sowie in Lübeck, Neumünster, Bad Segeberg, Duisburg, Gelsenkirchen, Herne, Bielefeld und Oberhavel (jeweils 1,6). Bei guter seelischer Gesundheit ist man dagegen offenbar in Greiz im Vogtland mit nur 0,2 depressionsbedingten Fehltagen und im oberfränkischen Kulmbach (0,3 Tage).

Die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind damit deutlich gestiegen. Nachdem die Fehlzeiten 2013 im Vergleich zu allen Vorjahren erstmals nicht weiter zugenommen hatten, wurde für 2014 wieder ein Anstieg von 0,2 Tagen pro Kopf verzeichnet. Von den 14,8 Fehltagen entfielen 2,8 Tage auf psychische Störungen. Damit geht ein Fünftel der gesamten Fehlzeiten auf seelische Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen zurück.

Im Durchschnitt 14,8 Tage waren Erwerbstätige (dazu zählen Beschäftigte und ALG-I-Empfänger) in Deutschland 2014 krankgeschrieben. Dies entspricht einem Krankenstand von 4,05 %, der damit 0,9 % höher liegt als im Vorjahr. Der Anstieg ist mit der längeren Dauer der Krankschreibungen zu erklären. 13,3 Tage fehlten Erwerbstätige in Deutschland im Krankheitsfall. Damit ist die durchschnittliche Dauer um 4,5 % (12,9 Tage in 2013) gestiegen.

Weitere Infos auf der Homepage der Techniker Krankenkasse:

http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/139131/Depressionsatlas_2015.pdf



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.

45th Annual Congress of EABCT

Jerusalem, Israel
31. August - 3. September 2015

46th Annual Congress of EABCT

Stockholm, Sweden
31. August - 3. September 2016

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

Weitere Informationen:

www.eabct.com

Berichte aus den Landesgruppen

Bayern

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

Es sind immer wieder die ähnlichen und oft auch wiederkehrenden Themen, die die Gremien beschäftigen:

- **Bedarfsplanung:** werden freie PT-Sitze, in einem sog. überversorgten Gebiet aufgekauft oder nicht?
- **Wie ist die Honorarentwicklung,** sollte das Kapitel 23 auch extrabudgetär vergütet werden?
- **Wie ist die weitere Entwicklung der Psychotherapierichtlinien,** kommt die psychotherapeutische Sprechstunde, fällt das Gutachterverfahren?

Bedarfsplanung: Sollte es so kommen, wie es das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorsieht, so hieße das für Bayern im Bereich Psychotherapie, dass 1.257,9 Sitze wegfallen würden in Versorgungsgebieten mit einem Versorgungsgrad oberhalb von 110%, 265,2 Sitze wegfallen würden in Gebieten mit einem Versorgungsgrad oberhalb 200%; im KJP-Bereich würden 28 Sitze (oberhalb 110%) und 9,5 Sitze (oberhalb 200%) wegfallen. D.h. in Bayern würden insgesamt 1.560 PT-Sitze im Laufe der nächsten Jahre eingezogen werden.

Es gilt hier, alle Möglichkeiten zu nutzen, dies zu verhindern. Auf der politischen Ebene muss Druck aufgebaut und mit den verschiedenen Entscheidungsträgern das Gespräch gesucht werden. Drum gilt es nicht müde werden und bei allen Gelegenheiten, wo ein Kontakt mit Politikern stattfindet, egal ob mit Volksvertretern auf Landes- oder Bundesebene, diese auf unsere Situation aufmerksam zu machen.

In den Medien, ob Print, TV, Blogs oder sonstigen Internetforen, auf die Unhaltbarkeit der politischen Beschlüsse aufmerksam

machen und deren Folgen für die Versorgung psychisch kranker Menschen darstellen.

Honorarentwicklung: Es geht mäßig voran, stets unterhalb der Inflationsrate, so dass effektiv die Honorare sinken. Sowohl in der LAKO als auch im BFA-PT wurde diskutiert, ob auch die Leistungen des Kapitels 23 extrabudgetär vergütet werden sollen, was zur Folge hätte, dass diese nicht mehr so stark schwanken wie bisher, wo teilweise nur 87% der möglichen Vergütung ausgezahlt wurden.

Dem wurde allerdings entgegen gehalten, dass in den letzten beiden Quartalen die Vergütung über 100% lag, da Leistungen gestützt wurden.

Wie kann die ambulante psychotherapeutische Versorgung verbessert werden? Wie können vor allem die häufig unerträglich langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz verlängert werden? ... das ist seit vielen Jahren immer wieder Thema. Das Schlagwort, das in aller Munde ist, heißt „Psychotherapeutische Sprechstunde“. Ist es das Allheilmittel oder nur Augenwischerei?

Hier ein Praxisbericht:

Unsere Praxisgemeinschaft in Ingolstadt, bestehend aus einer weiblichen KJP und einem männlichen KJP (in meiner Person), haben seit September 2014 die sog. „Psychotherapeutische Sprechstunde“ (PTS) eingeführt.

Die Organisation: alle zwei Wochen, am Freitagvormittag, werden 3 Termine für die PTS bereitgehalten, die Terminvergabe erfolgt in der Regel über eine vorherige telefonische Kontaktaufnahme. Somit ist jeder von uns nur alle vier Wochen an der Reihe zur Abhaltung der Sprechstunde.

Die neu aufgenommenen Patienten werden bis zum Therapiebeginn in einem ca. vierwöchigen Turnus betreut. Dabei finden die Termine in der Regel vormittags statt.

In dieser Zeit werden, analog zur probatorischen Phase, die üblichen diagnostischen und explorativen Maßnahmen durchgeführt.

Die Erfahrungen: Durch diese Maßnahme konnte die Warteliste weitgehend abgebaut werden. Es kann frühzeitig festgestellt werden, ob eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie besteht oder ob etwa andere Maßnahmen indiziert sind. Der Beziehungsaufbau mit dem/der Patienten/in ist durch die längeren Terminabstände nicht beeinträchtigt. Dieses Argument wird häufig von Skeptikern angeführt; wir machen jedoch die Erfahrung, dass die Quantität der Kontakte mit den Patienten nicht mit der Qualität der Beziehung einhergeht. Dies bestätigen auch Studien aus dem Bereich der sog. lösungsorientierten Kurzzeittherapie, bei der längere Terminintervalle (4 bis 6 Wochen) zum Konzept gehören.

Weitere Ziele: es wurde mit den örtlichen großen GKV Kontakt aufgenommen mit dem Ziel, ein mögliches Pilotprojekt für die Region zu etablieren. Die Kassen signalisierten grundsätzlich Interesse, das Ganze ist aktuell in der Verhandlungsphase.

Bei der letzten LAKO-Sitzung im Januar berichtete eine Kollegin über ihre langjährigen Erfahrungen im DMP Brustkrebs im Rahmen der *psychoonkologischen Versorgung*. Alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit anerkannter psychoonkologischer Fortbildung können innerhalb der GOP-Ziffern 92697A bis 92697G Leistungen erbringen, die nicht zeitlich begrenzt sind. Die Honorierung der 50 Min.-Sitzung liegt zwischen 95 € und 100 € bei aufsuchender Tätigkeit. Leider wird diese Möglichkeit der Behandlung von Seiten der KV nur unzureichend publik gemacht.

Kammerversammlung am 18. Dezember

Die Herbstdelegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer fand in 2014 erst sehr spät im Jahr statt. Dies erklärte sich damit, dass die erstmalige Verabschiedung einer Weiterbildungsordnung im Mittelpunkt stehen sollte und diese sich aber an die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer anlehnen sollte. Beim 25. Deutschen Psychotherapeutentag am 25. November stand aber gerade

diese MWBO zur Diskussion bzw. sollte einige grundlegende Veränderungen erhalten. Insofern war der zeitliche Abstand zwischen beiden Veranstaltungen eher recht knapp, wenn die beschlossenen Ergebnisse der einen Veranstaltung erst noch für die andere aufbereitet und in Beschlussvorlagen umgesetzt werden sollten. Die DV fand erstmalig in den neuen Räumen der Kammergeschäftsstelle am Hirschgarten statt, in einem modernen, funktional geschnittenen und gerade fertig gestellten Bürogebäude. Der Sitzungsraum der Kammer, der eher für mittelgroße Gruppen gedacht ist, war knapp ausreichend für die ca. 50 Teilnehmer der Sitzung, jedoch bot dieser Sitzungsort die gute Gelegenheit, den Delegierten die Arbeit der Geschäftsstelle vor Ort zu erläutern und die Kammer „anfassbar“ zu machen.

Beitragserhöhung

Nach sieben Jahren ohne Beitragserhöhung war auch dieses Thema mal wieder dran. Die vom Vorstand vorgeschlagene Erhöhung der Kammerbeiträge wurde diskutiert, aber nicht so heftig, wie schon zuvor, weil es einen Konsens gab, dass die Kammer für ihre engagierte Arbeit auch entsprechende Finanzmittel benötigt (und es in dem Bezugszeitraum bereits ein aufsummierte Inflation von ca. 15% gegeben habe). Im Ergebnis wird der Beitrag für alle Beitragsgruppen um ca. 45 € erhöht, so dass der Jahreshöchstbetrag nun bei 435 Euro liegt. Auch die Gebührenordnung, z.B. für die Bearbeitung von Fortbildungsanträgen o.ä. wurde angepasst, das heißt meist erhöht, einige Posten wurden neu eingeführt.

Weiterbildungsordnung

Eng angelehnt an den Text der Musterweiterbildungsordnung der BPTK wurde dann auch noch die erste Weiterbildungsordnung der PTK diskutiert und letztlich verabschiedet. In Bayern gibt es nun Weiterbildungen in den Bereichen Klinische Neuropsychologie, Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie. Bei der Beratung über den

vorgelegten Entwurf wurden (kleine) Missstimmungen deutlich, weil der Vorstand den vom Weiterbildungsausschuss vorgeschlagenen Entwurf weiterentwickelt (verändert) hatte und – ohne Rücksprache mit dem zuständigen Ausschuss – der Delegiertenversammlung vorgelegt hatte. Von Seiten des Vorstands wurde deutlich gemacht, dass dieser Formfehler der knappen Zeit (siehe oben) geschuldet war, aber tatsächlich eigentlich hätte vermieden werden sollen.

Am Rande sei erwähnt, dass die bayerische Weiterbildungsordnung der PTK – was die Genderisierung angeht – vermutlich die modernste Satzung/Ordnung einer Psychotherapeutenkammer darstellt: Im Text sind bei Personen und Berufsbezeichnungen nicht nur durchgehend Männer und Frauen genannt worden, zudem wird in einer Fußnote erwähnt, dass alle Personenbezeichnungen für Männer, Frauen und Andere gelten.

Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

Das Ringen um ein PsychKHG in Bayern hat schon fast Tradition. Während „die Politik“ (sprich „das“ Ministerium und die herrschende Partei) bis zum vorletzten Jahr die bisherigen Regelungen im alten bayerischen Unterbringungsgesetz (die eher ordnungsrechtliche Vorgaben machen) für ausreichend erachteten, zeichnet sich hier inzwischen eine Veränderung ab. Im Gesundheitsministerium gibt es Beratungen (runde Tische!) über die sinnvollen Themen und Inhalte und am 26. November wurden tatsächlich Eckpunkte für ein solches Gesetz vorgelegt und den Verbänden und Kammern und weiteren Experten zur Stellungnahme zugeleitet. Ein etwas ungewöhnlicher Schritt, zumal in den Eckpunkten keine wirklichen Inhalte, sondern v.a. Überschriften bzw. Themen benannt werden, die in dem Gesetz zu regeln wären. Man kann es dennoch als Fortschritt ansehen, dass nicht mehr über das „Ob“ sondern nur noch über das „Wie“ eines solchen Gesetzes beraten wird. Hintergrund des sehr schwierigen Entwicklungsprozesses mag die Einsicht bei den Zuständigen sein, dass der Freistaat

nicht ungeschoren, soll heißen, nicht ohne die Notwendigkeit davon kommt, auch Haushaltsmittel in erheblichem Umfang zur Verfügung zu stellen. Das ist unvermeidlich, wenn psychisch kranke Menschen nicht nur „weggesperrt“ werden sollen, sondern wenn ihnen geholfen werden soll, psychische Belastungen zu vermeiden oder so rasch zu intervenieren, dass spätere teurere und ggf. stationäre Behandlung vermieden werden können.

Maßregelvollzugsgesetz

Bayern wird endlich – vielleicht auch ange-regt durch die skandalträchtigen Abläufe im Zusammenhang mit dem „Fall Mollath“ – ein neues Maßregelvollzugsgesetz erhalten. Der Gesetzentwurf bringt in vielen Punkten eine Modernisierung, nicht jedoch mit Blick auf die Psychotherapeuten. Sowohl der Arbeitskreis der Forensik-Psychologen/Psychiater als auch die Kammer und einzelne Akteure haben seit dem Bekanntwerden des ersten Entwurfs intensiv versucht, die Politik, das zuständige Ministerium und auch andere anzusprechen und für unsere Positionen zu werben – es geht letztlich um die Möglichkeit Forensische Einrichtungen zu leiten und selbstständig, ebenso wie Ärzte, in diesem Bereich tätig werden zu können (Vorbild: Nordrhein-Westfälisches Gesetz). Es gibt auch viel Zuspruch und Verständnis, gerade auch von den Verwaltungen der Maßregelvollzugseinrichtungen, denn dort gibt es immer größere Probleme qualifizierte / interessierte Ärzte für Leitungsstellen in der Forensik zu gewinnen. Gleichwohl: Hier stehen noch intensive Diskussionen an und das Ergebnis ist ungewiss, weil deutlich wird, dass die Veränderungen des Psychotherapeutengesetzes im hier zuständigen Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales noch nicht angekommen oder verstanden worden sind (oder dass es da evtl. berufsständisch motivierte Abwehrhaltungen gibt).

Willi Strobl, Rudi Merod, Heiner Vogel

Kontakt:

bayern@dgv.de; bayern@dgv-bv.de

Berlin

NEUES aus der PTK Berlin

Die PTK Berlin (Ausschuss "Ambulante Versorgung") hatte im Januar 2015 zu einer Informationsveranstaltung "Weitergabe einer psychotherapeutischen Praxis: Gewusst wie!" eingeladen. Es soll jeder Kassensitz für die Versorgung erhalten werden! Bei dieser Veranstaltung waren insbesondere KollegInnen angesprochen, die eine Weitergabe ihrer Praxis planen, d.h. einen Kassensitz für die Versorgung in Berlin erhalten und weitergeben wollen. Die Veranstaltung ist auf große Resonanz gestoßen und war mit 100 TeilnehmerInnen ausgebucht. Es wird eine Folgeveranstaltung geben.

Auch die Kammerdelegierten des DGVT-BV planen Anfang des Jahres eine solche Informationsveranstaltung. Darauf folgen wird eine zweite Veranstaltung, bei der KollegInnen, die eine Praxis abgeben wollen, mit denen, die sich niederlassen möchten, zusammengebracht werden sollen („DGVT is matching you“).

In der Delegiertenversammlung hat ein neues Ritual seinen Platz gefunden. Zu Beginn jeder DV wird der verstorbenen KollegInnen gedacht.

Das Projekt "Die Kammer kommt zu dir" ist erfolgreich mit fünf Terminen angelaufen. In 2015 könnten wir, Ihre Kammer-Delegierten, auch zu Ihnen kommen, laden Sie uns ein!

Alexandra Rohe

Beate Lämmel

DGVT-Kammerdelegierte der PTK Berlin,

DGVT-Liste „Neue Wege“

Kontakt:

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

Hamburg

Bewegung im Hamburger Kammervorstand

Anfang dieses Jahres steht in Hamburg die Kammerwahl bevor. Für die DGVT und den

DGVT-Berufsverband (DGVT-BV) werden erfreulicherweise wieder mehrere Personen auf der Liste der Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände kandidieren. Es sind insgesamt 9 Personen, von denen sich auf den aussichtsreichen Listenplätzen Thomas Bonnekamp (Allianzsprecher, Landessprecher DGVT und DGVT-BV), Mike Mösko (Landessprecher DGVT und DGVT-BV), Martin Richter, Daniel Bergmann und Sarah Dwinger (PiA) befinden.

Noch vor der Kammerwahl wird behördlich eine Nachbesetzung des Vorstands gefordert, weil Bettina Nock (BDP) von ihrem Amt zurückgetreten ist. Sie begründete diesen Schritt auf der letzten Delegiertenversammlung (DV), indem sie ein umfangreiches selbstverfasstes Schreiben vortrug und ihre Unzufriedenheit mit der zurückliegenden Zusammenarbeit im Vorstand erläuterte.

Ihr Rücktritt erfolgte für alle überraschend – auch mit den VorstandskollegInnen war nach deren Aussagen vorab über eventuelle Absichten nicht gesprochen worden. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den umfangreichen und emotional vorgetragenen Begründungen war den anderen Vorstandmitgliedern weder in der laufenden Sitzung möglich, zumal Frau Nock nach ihrer Erklärung die Sitzung verließ, noch danach.

Obwohl Bettina Nock sofort in derselben Sitzung durch Beschluss der Delegiertenversammlung aufgefordert wurde, die vorgetragenen Vorwürfe schriftlich vorzulegen, kam sie dem trotz mehrfacher Nachfragen nicht nach. Im Gegenteil: Inzwischen erreichte uns die Nachricht, dass alle schriftlichen Aufzeichnungen vernichtet seien. Dies ist besonders unerfreulich, da die auf diese Weise platzierten massiven Vorwürfe natürlich zu erheblichen Irritationen in der DV führten und durchaus auch eine das Vertrauensverhältnis untergrabende Wirkung hatten, die nun nur schwer aufzulösen ist.

Die Hamburger DGVT arbeitet in der Allianz mit den Vorstandsmitgliedern Heike Peper und Rainer Richter (DPtV) zusammen. Aus unserer Sicht können wir versichern, dass der Kammervorstand zu jeder

Zeit seine Verpflichtungen engagiert und sorgfältig erfüllt hat.

Dennoch hätten wir uns eine andere Lösung der offensichtlich vorhandenen Konflikte im Kammervorstand gewünscht. Die satzungsgemäße Nachwahl eines Vorstandsmitgliedes ist auf der nächsten DV am 21. Januar 2015 geplant – Beschlussfähigkeit vorausgesetzt.

Einladung: Heißes Thema: Druck auf psychisch kranke Patienten

Die ALLIANZ psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände in Hamburg, an der die DGVT beteiligt ist, lädt ein:

Heißes Thema: Druck auf psychisch kranke Patienten - Was dürfen die Krankenkassen?

Montag, 16. Februar 2015, um 20 Uhr
Rudolf Steiner Haus Hamburg
Mittelweg 11-12
20148 Hamburg

*Mit: Dr. Markus Plantholz, Fachanwalt für Medizinrecht,
Kerstin Burgdorf, Juristin, DGVT,
Heike Peper, DPtV und im Vorstand der
Psychotherapeutenkammer Hamburg*

Dürfen Krankenkassen Patienten während der Krankschreibung privat anrufen, am Telefon Therapieempfehlungen geben, gegen den Willen von Patienten Reha-Behandlungen verordnen?

Zu diesen und anderen Fragen möchten wir rechtliche Informationen und praktische Tipps geben sowie berufspolitische Strategien mit Ihnen diskutieren.

Dabei sind wir gespannt auf Ihre Erfahrungsberichte, die in die Diskussion mit einfließen sollen.

Moderation: Dr. Thomas Bonnekamp, DGVT.

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Eine Akkreditierung als Fortbildungsveranstaltung wurde bei der Psychotherapeutenkammer Hamburg beantragt.

ALLIANZ psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände in Hamburg
c/o Dr. Thomas Bonnekamp, Faberstr.28,
20257 Hamburg

Eure Hamburger Kammerdelegierten

*Thomas Bonnekamp
Mike Mösko
Martin Richter
Monika Scholz*

*Kontakt:
hamburg@dgvt.de;
hamburg@dgvt-bv.de*

Mecklenburg-Vorpommern

Die Landesgruppe M.-V. veranstaltete am 20.1.2015 den mittlerweile 12. Abend der 'Rostocker Reihe'. Worum ging es an diesem Abend? „Perspektiven der Psychotherapie in Ost und West 2015“ lautete der Titel, unter dem unser Vorstandsmitglied Heiner Vogel ein Update zur aktuellen Entwicklung in der psychotherapeutischen Versorgung (Honorarsituation, Bedarfsplanung, Versorgungsstrukturgesetz, Gesetzesreform der Ausbildung) gab. 2015 wird demnach für die deutsche Psychotherapie ein politisch besonders spannendes Jahr.

Veranstaltungsort war das DGVT-ABZ Rostock. Zum Vortragstag ging die 3. Briefwahl der Delegierten der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in ihre letzte Woche. Die Mecklenburg-Vorpommerschen Kandidaten der DGVT, Dr. Jürgen Friedrich (PP) und Dipl.-Päd. Johannes Weisang (KJP) waren anwesend, beantworteten dem runden Dutzend trotz Winterwetter anwesenden Mitglieder dann auch Fragen zur OPK und allem, was dazugehört. Wir hatten den Abend auch deswegen initiiert, weil die Möglichkeit zur offenen Aussprache mit Wahlkandidaten uns demokratisch wichtig erscheint, auch wenn der OPK-

Briefwahlzeitraum leider immer wieder mitten in die Weihnachtszeit fällt. Kurz vor unserem Abend hatte die Geschäftsstelle der OPK noch einen Motivationsbrief an ihre Mitglieder, sprich die WählerInnen, verschickt, weil die Wahlbeteiligung bis kurz vor Toresschluss leider nur bei 30 % lag. Wir sind gespannt, wie die Sache sich weiter entwickelt hat und werden in der nächsten Rosa Beilage vom Wahlausgang berichten.

Jürgen Friedrich
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern
Kontakt:
mecklenburg-vorpommern@dgv.de
mecklenburg-vorpommern@dgv-bv.de

Niedersachsen

Auftakt zur Kammerwahl März 2015

Im letzten halben Jahr gab es für die Landesgruppe Niedersachsen insbesondere zwei wichtige Themen, mit denen wir uns ausführlich beschäftigt haben.

Zum einen haben wir uns als Landesgruppe intensiv mit den *Fragen zur Ausbildungsreform* befasst und waren beim DPT (Deutschen Psychotherapeutentag) am 14. und 15.11.2014 in München dabei. Zu diesem Thema wurde bereits an anderer Stelle viel berichtet. Es war auf jeden Fall eine sehr spannende Erfahrung, bei der Debatte um die Ausbildungsreform beim DPT mit dabei gewesen zu sein.

Im September 2014 hatten wir unsere *Mitgliederversammlung in Niedersachsen*. Wir haben uns über die vielen TeilnehmerInnen gefreut, die auch diesmal erschienen sind. Wir hoffen, im nächsten Jahr weiterhin Ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen und freuen uns auf Ihr Kommen.

Unser Hauptaugenmerk als Landesgruppe gilt seit geraumer Zeit den Kammerwahlen in Niedersachsen, die Anfang März 2015 stattfinden. Wie bereits vor fünf Jahren, haben wir uns auch diesmal wieder als Delegiertengruppe intensiv mit unseren Inhalten und Zielen für die kommende Legisla-

turperiode auseinandergesetzt. Als Kammerdelegierte stellen wir ein recht junges Team dar. Das wollen wir in den kommenden fünf Jahren beibehalten! Neben einigen Kolleginnen und Kollegen, die eine Legislaturperiode bereits hinter sich haben, konnten wir viele neue Kolleginnen und Kollegen für unsere Liste gewinnen.

Wir werden als DGVT/DGVT-BV mit einer eigenen Liste jeweils für Psychologische PsychotherapeutInnen und für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen antreten.

Unsere inhaltliche Ausrichtung ist ähnlich geblieben. Wir setzen uns weiterhin für eine patientenorientierte und gute Versorgung ein, für eine hohe Qualität der Ausbildung und Versorgung sowie für Transparenz in der Kammer. Wir werden uns in der nächsten Wahlperiode verstärkt für gerechte Honorare der niedergelassenen KollegInnen sowie für eine gerechte Bezahlung und Aufstiegsmöglichkeiten für die angestellt tätigen KollegInnen einsetzen. Gemeinsam wollen wir in der Kammer die Kostenexplosion sowie das willkürliche Weiterbildungswachstum verhindern. Weiterbildung wie Fortbildung halten wir für wichtig, soweit diese sinnvoll und nützlich sind.

Insbesondere in diesen Punkten wird es stark darauf ankommen, wie die Zusammensetzung der Kammerversammlung und des Vorstandes für die kommenden Jahre sein wird. Wer die Nachrichten und Entwicklungen der letzten Monate mitverfolgt hat, kann einige Bestrebungen erkennen, z.B. Weiterbildungen auszubauen, was nicht nur unsere Qualifikation abwerten würde, sondern auch zu einer Kostenexplosion für die Kammern führen wird.

Wir wollen das Steigen von Kammerbeiträgen vermeiden und die Kammer als Dienstleister in ihren Kernaufgaben stärken.

Ein weiteres Thema liegt uns besonders am Herzen. Wir werden uns für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf einsetzen. Hier sehen wir großes Verbesserungspotential, bereits während der Ausbildung.

Die Kammerwahlen stehen an. Ihre Stimme ist wichtig! Nutzen Sie die Gelegen-

heit Einfluss zu nehmen und geben Sie unseren DGVT-Listen Ihre Stimme.

Wenn Sie unseren Zielsetzungen zustimmen, würden wir uns über Ihre Unterstützung und Ihre Stimme freuen. Wir zählen auf Sie! Denn wir wollen weiterhin frischen Wind in Niedersachsen verbreiten.

Für Interessierte steht selbstverständlich auch unsere Landesgruppe offen. Wir freuen uns auch hier über Verstärkung und Interesse an unserer Arbeit und gemeinsamen Austausch.

*Alexandra Klich,
Landessprecherin Niedersachsen
Kontakt:
niedersachsen@dgv.de;
niedersachsen@dgv-bv.de*

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Vorläufiges Ergebnis der OPK-Wahlen 2015

(kb) DGVT und DGVT-BV haben ein sehr gutes Wahlergebnis erreichen können bei den OPK-Wahlen, die Ende Januar endeten. In der neuen Delegiertenversammlung werden wir mit 10 KollegInnen vertreten sein, zuvor waren es 8 gewählte DGVT-VertreterInnen.

Herzlichen Glückwunsch an alle gewählten KollegInnen!

Wieder gewählt wurden:

Johannes Weisang (KJP), Mecklenburg-Vorpommern
Jürgen Friedrich (PP), Mecklenburg-Vorpommern
Rüdiger Bürgel (KJP), Thüringen
Cornelia Plamann (KJP), Sachsen

Neu gewählt wurden:

Martina Marx (KJP), Brandenburg
Ralf Peter (PP), Brandenburg
Sabine Ahrens-Eipper (PP), Sachsen-Anhalt
Constanze Wenzel (PP), Sachsen-Anhalt

Andrea Keller (PP), Sachsen
Christoph Hölting (PP), Thüringen

Die Delegiertenversammlung umfasst insgesamt 35 Delegierte.

*Jürgen Friedrich
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern
und Wahlkandidat für Mecklenburg-Vorpommern (PP).
Kontakt: mv@dgv.de; mv@dgv-bv.de*

Rheinland-Pfalz

Psychotherapeutische Gutachter – Reform des Maßregelvollzugsgesetzes – Psychotherapie mit Straftätern

Seit einigen Jahren versucht die Kammer RLP nun schon, für die KollegInnen, die gutachterlich tätig sind (sei es im Rahmen des Familienrechts, der Forensik oder anderer Felder) bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. Ein Anfang wurde mit der Erweiterung der Weiterbildungsordnung um den Bereich „Rechtspsychologischer Sachverständiger“ gemacht, wodurch klare Qualitätsstrukturen sowie ein geschützter Titel etabliert wurden. Dies wurde damals von den betroffenen KollegInnen sehr begrüßt als ein erster Schritt, sich mit einem klaren Profil als Heilberufler (in Konkurrenz zu den gutachterlich tätigen Psychiatern) zu profilieren. Klar war aber auch, dass das alleine nicht ausreichen kann und wird. So hat sich der Kammervorstand im Weiteren sehr bemüht, Kontakt mit verantwortlichen MitarbeiterInnen im Justizministerium aufzunehmen und diese für die Problematik zu sensibilisieren. Ein erstes Gespräch fand Mitte letzten Jahres im Justizministerium statt. Es wurde deutlich, dass es tatsächlich einigen Aufklärungsbedarf im Hinblick darauf gibt, welches Profil und welche Kompetenzen die in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten) haben. Es wurde dabei aber auch deutlich, dass das Ministerium deutlich mehr Engagement der Psychotherapeutenchaft erwartet bei der

Betreuung und Therapie von Straftätern. Hier sei der Bedarf sehr hoch und es gäbe kaum Therapieangebote. Konsens diesbezüglich war, dass die therapeutische Versorgung von Straftätern letztlich der beste Opferschutz sei, da die Rückfallgefährdung reduziert werden könne. Das Ministerium signalisierte Bereitschaft, zusammen mit der LPK eine Fortbildungsveranstaltung für Richter und Staatsanwälte zu organisieren, bei der Aufklärung einerseits aber auch Diskussion über gegenseitige Erwartungen andererseits Thema sein sollten. Diese Veranstaltung wird nun am 12.03.2015 stattfinden. Als Experte wird der Psychologe Prof. Dr. Rettenberger von der Universität Mainz dabei sein, ein ausgewiesener Forscher und Sachverständiger in diesem Bereich, außerdem werden LPK-Präsident Kappauf und Vizepräsidentin Benecke als Diskussionspartner zur Verfügung stehen. Wir hoffen, mit dieser Veranstaltung in einen konstruktiven Dialog mit den Verantwortlichen in der Justiz einzusteigen, der auch dazu führt, dass die Stellung von gutachterlich tätigen Psychologen und Psychotherapeuten klarer und besser wird.

Parallel dazu begann das Gesundheitsministerium im letzten Jahr, das Maßregelvollzugsgesetz zu novellieren. Nach dem internen Abstimmungsprozess wurde ein erster Entwurf auch an die LPK zur Stellungnahme geschickt. Herr Dipl.-Psych. Schmitt, forensischer Sachverständiger im Maßregelvollzug, erarbeitete in Zusammenarbeit mit zwei Kolleginnen eine Stellungnahme, die in einzelnen Punkten klare Veränderungsvorschläge unterbreitet, die darüber hinausgehend aber fordert, dass im Gesetz die Grundlage dafür gelegt wird, dass Psychotherapeuten als heilberuflich Kundige Leitungsfunktionen wahrnehmen dürfen (als Vorbild dafür wird das Maßregelvollzugsgesetz NRW angeführt). Es wird auch begründet vorgeschlagen, mehr externe, unabhängige Sachverständige in den Prozess der Behandlung und Begutachtung während der Unterbringung zu involvieren. Dies würde dem besonderen Abhängigkeitsverhältnis von Straftäter und Betreuer/Behandler/Gutachter Rechnung

tragen, dem ein hohes Missbrauchspotential innewohnt.

Alle diese Aktivitäten zählen sich hoffentlich im Laufe der Zeit aus und verbessern die Position von psychotherapeutischen Gutachtern insbesondere im Maßregelvollzug und haben Einfluss auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen und Strukturen der Unterbringung. Ein weiterhin ungelöstes Problem bleibt aber die schlechte psychotherapeutische Versorgung von Straftätern, z.B. nach der Haftentlassung oder auch von Menschen, die Psychotherapie suchen, um nicht zu Täter zu werden. Dieser Aufgabe muss sich die Profession nicht nur in Rheinland-Pfalz noch stellen.

Andrea Benecke
Landessprecher Rheinland-Pfalz
 Kontakt:
rlp@dgvt.de; rlp@dgvt-bv.de

Sachsen-Anhalt

Liebe Mitglieder in Sachsen-Anhalt, in unserem Bemühen, jährlich mindestens ein regionales und inhaltlich fokussiertes Treffen zum Kennenlernen und zum gegenseitigen Austausch anzubieten, lud die Landesgruppe Ende Februar 2014 ins MAPP Magdeburg zu einem Mitgliedertreffen und zur Neuwahl der DGVT- bzw. DGVT-BV-Landessprecher/innen ein.

Insbesondere hatten wir uns um eine rege Teilnahme der PiA bemüht – aus der DGVT-Initiative zur Verbesserung der Praktikumsvergütung und damit der Rahmenbedingungen für die Ausbildung heraus. Leider war hier die Resonanz noch recht verhalten. Gewinnen konnten wir Constanze Wenzel, Psychologische Psychotherapeutin aus Magdeburg, als weitere aktive Landessprecherin für die Mitarbeit im Berufsverband, die aktuell auch für die Kammerarbeit zur OPK-Wahl kandidiert und die berufspolitischen Initiativen unseres Verbandes engagiert einbringen möchte.

Im August veranstalteten wir in Kooperation mit bvvp und BDP/VPP einen Infor-

mationsaustausch zu Fragen der Praxisorganisation, der Nutzung verschiedener elektronischer Praxisprogramme und neuer übergreifender Kooperationsformen – erneut im MAPP Magdeburg, bei dem auch Institutsleiter Prof. Armbruster begrüßende und herzliche Worte sprach und wir einige unserer jungen, eine Niederlassung planenden, PiA-KollegInnen begrüßen konnten. Aus dieser guten Resonanz und inhaltlichen Zusammenarbeit heraus möchten wir unsere Mitglieder in Sachsen-Anhalt erneut zu einer konzertierten Informationsveranstaltung von DGVT-BV, bvvp und BDP/VPP einladen:

am Freitag, den 20. Februar 2015,
18.00 bis 21.00 Uhr
in der KV Sachsen-Anhalt,
Am Kirchentor 9 in 06108 Halle.

Themen werden sein:

Honorarsystematik/Widerspruchsverfahren/
EBM-Vergütungs"hindernisse" für niedergelassene PsychotherapeutInnen.

Referentinnen: Kerstin Burgdorf (DGVT-Berufsverband), Ulrike Böker (bvvp), Juliane Sim (BDP/VPP).

Wir freuen uns auf eine interessierte und rege Teilnahme!

Zur Verstärkung unseres Landesgruppen-Teams sind auch weiterhin berufspolitisch interessierte Mitglieder herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

Kollegiale Grüße aus Sachsen-Anhalt

Petra Auerbach, Constanze Wenzel
Landessprecherinnen Sachsen-Anhalt
Kontakt:

sachsen-anhalt@dgvt.de

sachsen-anhalt@dgvt-bv.de

Schleswig-Holstein

Liebe KollegInnen,

In Juni/Juli 2015 wird zum insgesamt vierten Mal in Schleswig-Holstein die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer gewählt. Die Kammerversammlung ist das, was in der „großen“ Politik der

Landtag/das Parlament ist. Die Kammerversammlung wählt dann den Kammervorstand (quasi die Regierung), der für seine wichtigsten Vorhaben eine Mehrheit in der Kammerversammlung benötigt.

Seit zwei Wahlperioden ist die DGVT maßgeblich an den Geschicken der Kammer in Schleswig-Holstein beteiligt. Nachdem wir uns vor der Wahl in 2007 mit BDP/VPP und GwG zusammengetan hatten und das Wahlbündnis KAM ON gründeten, in dem auch verbandsunabhängig KandidatInnen ihr politisches Zuhause fanden, stellen wir durchgängig 2-4 Mitglieder des 5-köpfigen Kammervorstandes. Das ermöglichte uns, relativ viel von dem umzusetzen, was wir für richtig und wichtig in einer Psychotherapeutenkammer erachten.

Wir haben dafür gesorgt, dass

- die Kammer ein repräsentatives Gremium für alle Approbierten geworden und dann geblieben ist,
- die Kammer die Beiträge gesenkt hat und sie über Jahre stabil niedrig halten konnte,
- die Kammer eine kostenbewusste Ausgabenpolitik betrieben hat, ohne dass die Qualität ihrer Arbeit darunter gelitten hätte,
- in der Kammer die Interessen der AusbildungskandidatInnen eine besondere Beachtung gefunden haben,
- die Kammer mit Weiterbildungsregelungen, die den Wert der Approbation beeinträchtigen können, äußerst zurückhaltend umgegangen ist,
- für die nächste Kammerwahl eine demokratischere Wahlordnung geschaffen wurde,
- und vieles mehr.

Leitgedanke war dabei immer die besondere Berücksichtigung der Tatsache, dass approbierte KollegInnen nicht freiwillig, sondern zwangsweise Mitglieder der Kammer sind und deshalb auch verpflichtet sind, die Aktivitäten der Kammer über ihre Beiträge zu finanzieren. Nach unserem Grundverständnis stellt dies besondere Anforderungen an die

Kammer. Zum einen muss gewährleistet sein, dass die Interessen aller Untergruppierungen in der Mitgliedschaft hinreichend Berücksichtigung finden und zum anderen, dass ein besonderes Augenmerk auf der wirtschaftlichen Verwendung der Pflichtbeiträge der Pflichtmitglieder und der Begrenzung auf die originären gesetzlich vorgesehenen Aufgaben der Kammer liegt.

Diese Grundhaltung ist dabei keineswegs selbstverständlich. Erinnert sei nur daran, dass der erste gewählte Kammervorstand in Schleswig-Holstein ausschließlich aus Mitgliedern mit KV-Zulassung bestand. Ein Blick auf andere Landeskammern macht zudem deutlich, dass der Sachverhalt der Pflichtmitgliedschaft eher dazu einzuladen scheint, Ausgaben vergleichsweise hemmungslos zu erhöhen, schließlich müssen die Mitglieder die Ausgaben ja bezahlen (es sei denn, sie geben ihre Approbation zurück – der einzige Weg lebend aus einer Kammer auszuschneiden).

Man muss unsere Grundhaltung sicher nicht teilen, wenn Sie sie aber teilen und für unterstützenswert halten, dann helfen Sie bitte mit, dass diese Grundhaltung auch nach der Kammerwahl 2015 reale Kammerpolitik bleiben kann. Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung.

Eine Voraussetzung hierfür ist, dass das Wahlbündnis KAM ON, das bereits vereinbart hat, in dieser Konstellation noch einmal anzutreten, ausreichend viele Sitze in der Kammerversammlung erhält. Um dies erreichen zu können, müsste KAM ON ausreichend viele KandidatInnen aufbringen, die sich zur Wahl stellen.

Wir sind gerade dabei, KandidatInnen zu werben und diesem Zweck dient auch dieser Mitgliederbrief. Prüfen Sie bitte, ob sie sich vorstellen können gemeinsam mit uns in dem Wahlbündnis KAM ON bei der Kammerwahl 2015 zu kandidieren, um sich aktiv für eine weitere Umsetzung der oben skizzierten Ziele einzusetzen. Wir brauchen dringend noch weitere KandidatInnen, um bei dieser Wahl gute Chancen für eine stabile Mehrheit in der Kammerversammlung zu haben.

Zwei Sätze zum Aufwand: Wenn Sie sich in die Kammerversammlung wählen lassen, bedeutet das die Annahme eines Ehrenamtes, das sie im Zweifelsfalle auch wieder aufgeben können und für dessen Wahrnehmung Aufwandsentschädigungen gezahlt werden. Der zeitliche Aufwand ist – jedenfalls zunächst – sehr überschaubar. Die Kammerversammlung, quasi das Parlament, tagt dreimal im Jahr jeweils freitags um 15:00 Uhr, max. bis 20:00 Uhr. Es ist aus unserer Sicht völlig in Ordnung, wenn Sie sich auf diesen Mindestaufwand begrenzen wollten. Selbstverständlich freuen wir uns auch über jeden, der sich inhaltlich und/oder persönlich in dem einen oder anderen Themenbereich mehr einbringen möchte. Uns geht es aber zunächst tatsächlich erst einmal um die Herstellung der Mehrheitsfähigkeit unseres Wahlbündnisses.

Wenn Sie sich ein solches Engagement vorstellen können oder vielleicht auch zunächst nur weitere Fragen oder Anregungen haben, melden Sie sich bitte völlig unverbindlich bei uns.

Kontaktmöglichkeiten bestehen entweder über E-Mail direkt mit uns (schleswig-holstein@dgv.de) oder telefonisch über die Geschäftsstelle der DGVT in Tübingen (Kerstin Burgdorf: 07071/9434-13).

*Claudia Tiefert, Diana Will,
Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer
LandessprecherInnen Schleswig-Holstein
Kontakt:
schleswig-holstein@dgv.de
schleswig-holstein@dgv-bv.de*

Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

Neues zur Ausbildungsreform

In der letzten Ausgabe der Rosa Beilage haben wir ausführlich über die am 25. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in München gefassten Beschlüsse zur künftigen Ausbildung von PsychotherapeutInnen berichtet. Mehrheitlich wurde ein Modell verabschiedet, das anstelle der bisherigen postgradualen Ausbildung die Einrichtung eines Psychotherapie-Hochschulstudiums vorsieht, das mit einem Staatsexamen mit Approbation abschließt. Unsere Vorbehalte gegen eine Direktausbildung, die sich vor allem auf die besonders umstrittene Frage des Zeitpunkts der Approbation beziehen, konnten auch auf dem DPT nicht ausgeräumt werden. Die Stellungnahmen von DGVT, DGVT-AusbildungsAkademie und DGVT-Berufsverband hierzu sind ebenfalls in der Rosa Beilage 4/14, S. 8 ff. abgedruckt. Die DGVT wird den Gesetzgebungsprozess engagiert und kritisch-konstruktiv begleiten und darauf achten, dass die Novellierung der Psychotherapieausbildung nicht zu einem Qualitätsverlust in der beruflichen Qualifikation der PsychotherapeutInnen und damit in der PatientInnenversorgung führt und die eigentlichen akuten Ziele der Reformdiskussionen Eingang in den Gesetzgebungsprozess finden: Einerseits eine Verbesserung der Situation der AusbildungsteilnehmerInnen, speziell bei der Vergütung der Praktischen Tätigkeit in psychiatrisch-klinischen Einrichtungen, die oft ohne Bezahlung läuft, und andererseits eine Lösung der Zugangsfrage: In der Folge der Bologna-Reform der Studiengänge kam es in den letzten Jahren zu einer über die Bundeslandgrenzen hinweg problematischen Verwirrung bei den Zugangskriterien für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Immerhin hat der DPT auch beschlossen, eine Lösung der akut bestehenden Zugangsproblematik sofort anzustreben und den ganzen Reformprozess davon abhängig zu machen, dass sich die

Finanzierungsfragen zuverlässig lösen lassen.

Aufgrund des o. g. DPT-Beschlusses hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Verbände zu einem Treffen am 5. Februar 2015 eingeladen, um in „einen Diskussionsprozess einzutreten mit dem Ziel einer Reform der Psychotherapeutenausbildung“. Es ist vorgesehen, dass die BPtK bei diesem Termin den Beschluss des DPT vorstellt und anschließend als Einstieg in die Diskussion die Deutsche Gesellschaft für Psychologie die von ihr erarbeiteten Vorstellungen zur Struktur eines Direktstudiums Psychotherapie erläutert.

Die BPtK ihrerseits hat einen Projektplan erstellt, dessen Ziel die Präzisierung der Forderungen des 25. DPT an eine Reform als Grundlage für die Mitwirkung an den Vorarbeiten des BMG und dem sich anschließenden Gesetzgebungsverfahren. Sie kommt ihrer Informationspflicht nach durch verschiedene anberaumte Termine mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Verbände staatlich anerkannter Institute (BAG), den Fach- und Berufsverbänden im GK II, der Bundeskonferenz PiA sowie der relevanten Organisationen der Hochschullehrer im Laufe des Februars 2015.

Zur Lösung der Zugangsproblematik fordert die BPtK, durch eine bundeseinheitliche Verwaltungsvorschrift der Bundesländer den Master als Zugangsvoraussetzung für eine Psychotherapeutenausbildung sicherzustellen. Mit Blick auf die unterschiedliche Zugangspraxis der Bundesländer, stellt die BPtK in ihrer Stellungnahme unmissverständlich klar, dass für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen keine Absenkung im Qualitätsniveau der Ausbildung hinnehmbar ist und eine solche auch im geltenden Gesetz nicht angelegt ist. Vielmehr werde bereits in der Gesetzesbegründung (zum Psychotherapeutengesetz von 1998!) darauf hingewiesen, dass gerade Kinder und Jugendliche gemäß Grundgesetz

besonders schützenswert sind. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist somit nur mit einem Qualitäts- bzw. Ausbildungsniveau, das dem der Behandlung von Erwachsenen entspricht, angemessen möglich. Die Bundespsychotherapeutenkammer vertritt die Auffassung, dass bereits nach heutiger Rechtslage die Zulassung zur Psychotherapieausbildung mit einem Bachelorabschluss nicht rechtmäßig sei. Daraus leitet sie die Forderung an die Bundesländer ab, ihre Verwaltungspraxis so zu gestalten, dass nur ein Masterabschluss den Zugang zur Psychotherapieausbildung ermöglicht.

Einige Bundesländer haben allerdings schon deutlich gemacht, dass sie die Rechtslage anders sehen und eine Verwaltungsvorschrift nicht ausreichend ist, sondern nur eine Gesetzesänderung den allseits gewünschten Masterzugang sicherstellen kann.

Die DGVT-AusbildungsAkademie sieht es deshalb als dringlich an, mit einer Gesetzesänderung – unabhängig von der Gestaltung einer Direktausbildung – im ersten Schritt eindeutige Klarheit in der Zulassungsfrage herzustellen.

Dass die hohe Qualität der Psychotherapieausbildung, gerade auch der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, nur auf Grundlage ausreichender wissenschaftlicher Erkenntnisse gesichert bleiben kann, ist aus fachlicher Sicht ohne Einschränkung richtig. Es muss daher das unbedingte Ziel sein, hier neben dem Diplom schnell und eindeutig eine Masterqualifikation als Zugangsvoraussetzung zu etablieren. Deshalb muss jetzt im ersten Schritt zügig in den anstehenden Gesprächen mit politischen Verantwortungsträgern auf eine gesetzliche Regelung gedrängt werden, unabhängig von der Weiterentwicklung des Psychotherapeutengesetzes. Die derzeitige Rechtslage bietet keine hinreichende Grundlage für eine einheitliche Verwaltungspraxis, und die Zeit bis zu einer etwaigen umfassenden Novellierung des PsychThG kann aus den beschriebenen Qualitätsgründen nicht abgewartet werden. Zur konkreten Ausgestaltung einer solchen Gesetzesänderung liegen mittlerweile diverse Vorschläge vor.

INTERAKTIVE FORTBILDUNG

Klicken Sie sich rein:

www.dgvt-fortbildung.de



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

dgvtFW
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

www.dgvt-fortbildung.de

Berufspolitische Informationen für Angestellte

Runder Tisch der BPtK zur PEPP-Diskussion am 15.01.2015 in Berlin

Am 15.01.2015 fand in den Räumlichkeiten der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin ein Round-Table-Gespräch zur Standortbestimmung bzgl. der Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) statt. Auf Einladung des Vorstandes der BPtK hin waren Vertreter der Landeskammern ange-reist, um sich über den Stand der Einführung des PEPP-Systems zu informieren und des-sen Vor- und Nachteile zu diskutieren.

Mit dem § 17 d des Krankenhausfinan-zierungsgesetzes (KHG) hat der Gesetzgeber bereits 2009 die Grundlage dafür geschaffen, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein-zuführen. Entsprechende Einrichtungen konnten das System bereits 2013 einführen. Ursprünglich sollte PEPP ab 2015 verpflichtend sein. Mit dem "Gesetz zur Weiterent-wicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 24. Juli 2014 wurde die Frist, in der Kliniken das PEPP-System freiwillig einfüh-ren können, um zwei Jahre verlängert.

Nach einigen einleitenden Worten von Prof. Rainer Richter, dem Präsidenten der BPtK, fand bei dem aktuellen Treffen eine Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer statt. Bereits hier zeigte sich, dass die Vertrautheit mit dem neuen Entgelt-system zwischen den TeilnehmerInnen sehr unterschiedlich verteilt war. Während einige TeilnehmerInnen angaben, in ihren Häusern bereits seit längerer Zeit mit PEPP zu arbei-ten, und andere Kliniken zeitnah in die Opti-onsphase übergehen wollen, werden einige Kliniken die Frist bis zum Abschluss der

budgetneutralen Optionsphase 2017 (nahezu) vollständig ausnutzen und erst dann mit dem neuen System arbeiten.

Im Anschluss an die Vorstellungsrunde erfolgte ein Vortrag von Herrn Vaillant von der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum aktuellen Stand der PEPP-Debatte. An dieser Stelle wurden durch seine Ausführungen und die Anmerkungen einiger Teilnehmerinnen bereits Schwachpunkte und Probleme, die mit der Einführung von PEPP verbunden sind, offenkundig. Die degressive Bezahlung (die erste Behandlungswoche „bringt“ viel Geld, jede weitere Woche schrittweise weni-ger) wurde an dieser Stelle ebenso diskutiert wie die Frage, ob die konkret vor Ort er-brachten Leistungen (z. B. durch PiAs) wirk-lich annähernd adäquat in dem System abge-bildet werden – von dem mit der Dokumen-tation verbundenen Organisations- und v. a. Zeitaufwand ganz zu schweigen.

Nach einer kurzen Mittagspause führte Dr. Dietrich Munz als Vizepräsident der BPtK die Position der Bundespsychothera-peutenkammer aus. Vor allem hob er darauf ab, dass in der alten Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) aus den 90er Jahren die „neuen“ Berufe des/der Psy-chologischen Psychotherapeuten/in und des/der Kinder- und Jugendpsychothera-peut/in keine Berücksichtigung finden. Die Psych-PV sei insgesamt als Instrument zur Berechnung der Entgelte und zur Personal-planung ungeeignet. PEPP könne aus Sicht der BPtK daher die Chance sein, um die Posi-tion des Berufsstandes und den Stellenwert der Psychotherapie in Kliniken zu verbes-tern.

Im nächsten Schritt erfolgte eine mode-rierte Diskussion, die wiederum in themati-sche Aspekte aufgeteilt war. Nach der Klä-rung allgemeiner Fragen war der nächste Diskussionsblock dem Thema OPS (Opera-tionen- und Prozedurenschlüssel) gewidmet, über das die teilnehmenden Kliniken aktuell schon ihre Daten in das sich entwickelnde System einspeisen. Angemahnt wurde an dieser Stelle u. a. eine bessere Differenzie-

zung der Berufsbezeichnungen im OPS, da die aktuelle Formulierung „Diplom-Psychologe oder PP“ hier missverständlich sei. Im nächsten Themenschwerpunkt ging es darum, die Mindestanforderungen für die Personalausstattung in den Häusern zu konkretisieren, um bei den nun anstehenden Diskussionen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entsprechende Standpunkte vertreten zu können. Abschließend wurde diskutiert, welche Leistungen für die Berechnung einer qualitäts-orientierten Versorgung erfasst und berücksichtigt werden müssen. Auch hier wurde noch einmal deutlich, dass die realen (psycho)therapeutischen Bedingungen in der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik nicht unbedingt mit der Durchführung einer Standardbehandlung im ambulanten Setting vergleichbar sind und daher an verschiedenen Stellen auch nicht als Maßstab für die Budgetberechnung taugen.

Zusammenfassend wurde deutlich, dass mit der Einführung von PEPP einige Chancen für die angestellten PP und KJP in den entsprechenden Kliniken verbunden sind. Es gibt jedoch auch Gefahren und ungeklärte Aspekte (Stichwort: verbindliche Personalstandards, Kompetenzhierarchien in den Kliniken), die in der Zukunft sorgfältig im Blick behalten werden müssen. Da PEPP nach Angabe des mit der Entwicklung beauftragten Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) kein normatives System ist, kann hierdurch auch keine Aussage über die Qualität der Behandlung oder Leistung erfolgen. Die Vertreter unseres Berufsstandes sind daher dazu aufgerufen, diesen und weitere kritische Punkte immer wieder in die Diskussion einzubringen. Solange nicht strikt zwischen Psychotherapeuten und Psychologen differenziert wird, die dokumentierten Raster grob sind bzw. nicht der (psycho)therapeutischen Realität in den Einrichtungen entsprechen und eine psychotherapeutische (!) Maßnahme erst von einem Arzt als indiziert beurteilt werden muss, gibt es sicher noch einiges Optimierungspotential am neuen System.

Michael Lingen, Göttingen

Treffen der BAG Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus in Frankfurt a. M.

Am 26. Januar 2015 fand das diesjährige Treffen der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG-PVA) in Frankfurt a. M. statt. Wie in den vorangegangenen Jahren, lud Frau Griebmeier (Universitätskinderklinik Frankfurt) zum Austausch über die aktuelle Versorgungssituation bzw. zur Entwicklung von Perspektiven für psychosoziale Berufsgruppen im Akutkrankenhaus. Ein großer Verdienst der BAG ist die jährliche Zusammenstellung und Aktualisierung des Leitfadens zum OPS: „Psychosoziale Leistungen im somatischen Akutkrankenhaus dokumentieren und kodieren“ (<http://www.bag-pva.de>). Als Gast zur diesjährigen Sitzung eingeladen wurde Herr Dr. Nilges (Beiratsmitglied der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und Fachvertreter der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)). Nilges berichtete ausführlich über die Entwicklung der psychologischen Schmerztherapie als Disziplin, die Entwicklungsgeschichte spezifischer und relevanter F-Diagnosen für die Schmerztherapie sowie über die wiederkehrenden Stolpersteine auf dem Weg zu einer Finanzierung der erbrachten psychosozialen Leistungen im Rahmen der stationären Multimodalen Schmerztherapie.

Übergreifend herrschte Konsens darüber, dass ein Bedarf an spezifisch qualifizierten psychosozialen Berufsgruppen im Akutkrankenhaus herrscht. Deren Stellen müssen sicher finanziert sein. Noch herrscht bei den praktisch klinisch Tätigen im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich in Akutkrankenhäusern große Unsicherheit vor und die KollegInnen erleben fortwährend einen Rechtfertigungsdruck für die Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit. Positiv wurde die aktuelle S3-Leitlinie Psychoonkologie thematisiert. Diese erlaubt

einen klaren Verweis auf ein zwingend notwendiges Vorhandensein spezifisch ausgebildeter psychosozialer Fachkräfte in der Patientenversorgung im Akutkrankenhaus (vgl. Organzentren, Onkologische Zentren). Moniert wurde in diesem Zusammenhang, dass Zertifizierungsinstitute für onkologische Zentren (im Gegensatz zur Deutschen Diabetes Gesellschaft!) keine Psychologen als Auditoren bei Zertifizierungen einbeziehen.

Vereinbart wurden ein weiterhin enger Austausch unter den beteiligten Fachgesellschaften sowie die individuelle Ansprache von Fachkolleginnen und Kollegen innerhalb der eigenen Gesellschaften. Das nächste Treffen der BAG findet im November statt.

Thorsten Kreikenbohm, M.Sc.

Kontakt:

t.kreikenbohm@kreisklinikum-siegen.de

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

21. Sitzung der Konzentrierten Aktion KBV/Berufsverbände

Bericht von der 21. Sitzung der Konzentrierten Aktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Berufsverbänden

Am 12. Dezember 2014 berichtete der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen im Berliner Hauptquartier der KBV wie immer zur aktuellen politischen Lage. Aus den diversen Gesetzesentwürfen der Großen Koalition (GroKo) erwähnte er positiv: die sieben Euro ärztliche Vorsorgepauschale im Präventionsgesetz sowie seine Erwartung, dass beim IT-Sicherheitsgesetz die Arztpraxen verschont zu bleiben scheinen. Der Referentenentwurf zum E-Health-Gesetz werde Regelungen zum Notfalldatenmanagement enthalten, elektronische Entlassungsbriefe sollen mit 1 Euro, der Empfänger mit 0,5 € vergütet werden. Es werde Vorgaben zur Interoperabilität von Praxisverwaltungs/PVS-Systemen geben, der Gematik werde wohl ein „Rollout-Termin“ für den elektronischen Behandlerausweis gesetzt. Wenn die 'Pille danach' nicht mehr rezeptpflichtig sei, gebe es dazu dann nur noch Apothekenberatung, das könne man als Arzt verständlicherweise nicht gutheißen.

Im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) gehe vieles in Richtung Institutionalisierung, nicht nur das Wartezeitenmanagement und der verpflichtende Aufkauf von Praxissitzen durch die KVen (im Falle nomineller Überversorgung). Der Tanker Gesundheitssystem ändere langsam seinen Kurs weg von der inhabergeführten wohnortnahen Einzelpraxis. Rationierungen gingen eben leichter mit Angestellten-Institutionen als mit selbstständigen Niedergelassenen. Die KBV habe keine einzelnen Änderungsvorschläge gemacht, die Resolution der Vollversammlung spreche für sich. Bis Februar entscheide sich der genaue Wortlaut des Gesetzes. Formal sei das

VSG eine Abwehr der Bürgerversicherung. Die möglichen Sitz-Aufkäufe würden letztlich die Kollegen selber zahlen müssen. Frau Feldmann, die stellvertretende KBV-Vorsitzende, ergänzte, alles gehe in Richtung Öffnung der Krankenhäuser. In der Diskussion bezeichnete man das Aufkauf-Soll als Form der Enteignung, man müsse fürchten, dass für die Entschädigungen noch nicht mal das modifizierte Ertragswertverfahren gelten würde. Man fragte sich: wenn die Praxen verschwänden, wer fängt die ambulante Gesundheitsversorgung dann auf? Kapitalisten? Unser Kollege Jürgen Doeber (PP) fügte an, die KVen könnten dann Lizenzhandel treiben. Gassen meinte, was am meisten schrumpfen werde, sei die Arbeitszeit am einzelnen Patienten, nicht unbedingt die Zahl der Ärzte.

Die Schaffung einer Parität von Haus- und Fachärzten in den Vertreterversammlungen der KVen durch das VSG wurde unterschiedlich diskutiert. Insbesondere die gemischten Berufsverbände wie der Hartmann-Bund drohen mit Klagen dagegen. Gassen meinte, das Paritäts-Thema diene zur Lähmung der KVen und ihrer Funktionäre. Eine vollständige Parität würde letztlich zur Sektionierung der Haus- von den Fachärzten führen, zur Spaltung der KVen. Weiter ergab sich ein Disput über die Zusammensetzung des beratenden Fachausschusses Psychotherapie Bund auf Ärzteseite. Die Formulierung "überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte" sei unscharf, die nebenerwerblichen ärztlichen Psychotherapeuten fürchteten zu kurz zu kommen. Das rief Frau Dr. Roth-Sackenheim auf den Plan, es seien vielmehr die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die stark benachteiligt würden. Gassen fügte an, seit den 90ern gebe es hier eine massive Ambulantisierung. Der Bedarf sei hoch, wenn die Politik keine Kanalisierung vornehme, werde es bald pervers. Demnächst stehe jedenfalls ein Bericht der Arbeitsgemeinschaft zur Versorgung psychiatrisch-psychotherapeutischer Fälle an.

Die Weiterentwicklung des EBM ist mittlerweile bei den Facharztkapiteln angekommen. Statt zum dem ursprünglich geplanten Einführungstermin 1.1.2015 soll es nun erst 1.1.2016 fertig werden. Nicht nur bezüglich telemedizinischer und delegationsfähiger Maßnahmen wolle man die Auflage der Kostenneutralität jedes EBM-Reformschrittes nicht akzeptieren. Es gebe viele Stellschrauben, auf ärztlicher wie auf apparativer Seite der Leistungen. So verhandele man eine Anhebung des kalkulatorischen Arztlohnes von derzeit 105.572 € Nach den Daten des Bewertungsausschusses habe man 133.000 € berechnet... Auch die Festlegung neuer Kalkulationszeiten habe es in sich. So seien bei 76% der OrthopädInnen die Plausibilitätszeiten implausibel hoch. Die genuine ärztliche Zeit am Patienten müsse wieder höher bewertet werden. Gerätekosten würden künftig fallbezogen nur noch bis zu einem Höchstwert abrechenbar. Es solle bloß keine Flatrate für reine ärztliche Anwesenheit geben. Weiter lägen Hunderte von Vorschlägen für Einzel-Änderungen vor, die nach dem Stand von Wissenschaft und Technik zu beurteilen sein werden. Auch die Kostendaten müssten wieder aktualisiert werden. Die KBV wolle bei all dem die Berufsverbände, Fachgebiet für Fachgebiet, einbinden. Die PsychotherapeutInnen kommen wohl erst mit der 2. Welle im März dran. Dann tagt passenderweise auch der beratende Bundes-Fachausschuss Psychotherapie.

Die EBM-Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen werden wie üblich hart werden, dieser bestreite z. B. jegliches unternehmerisches Risiko auf Arztseite, man zahle doch ständig. Die KBV will sich u. a. mit einem empirischen Projektteil argumentativ wappnen, z. B. um die klar gewachsene Produktivität aufzeigen zu können. Die für die Stichprobe ausgewählten KollegInnen würden schon bald angeschrieben.

Passend dazu stellte zu guter Letzt Dr. Dominik Graf von Stillfried das Wichtigste von der Fachtagung des ZI zum Thema "Wert und Bewertung ärztlicher Arbeitszeit"

am 12.11. 2014 vor. Auf den WWW-Seiten des ZI könne man die Vortragsfolien einsehen. Vom Denkansatz 'Honorar minus Betriebskosten' führe der Weg hin zu einem 'Normaufwand plus Überschuss'-Ansatz. Orientierungspunktwert-Erhöhen unter der Inflationsrate würden langsam und allmählich die ärztliche Arbeit entwerten, obwohl deren Produktivität zugenommen habe. Prof. Alexander Karmann von der TU Dresden habe angeführt, Produktivitätsreserven gebe es nur bei einzelnen Leistungen, in einem allgemeinen Orientierungspunktwert sei das kaum heranziehbar. Der Fortschritt beim Lasern helfe beim konservativen Vorgehen eben nicht. Prof. Neubauer vom Münchner 'Institut für Gesundheitsökonomik' habe anhand vergleichbarer Tätigkeiten ein ärztliches Einkommen von ca. 165.000 Euro als adäquat eingeschätzt. Die VertreterInnen von Politik und Krankenkassen hätten in der Diskussion für diese Argumente jedoch leider kein Verständnis gezeigt.

Jürgen Friedrich
(*Sprecher der Fachgruppe Niedergelassene, DGVT-BV*)

EMDR bei Posttraumatischen Belastungsstörungen anerkannt¹

Maßnahmen der Qualitätssicherung der EMDR-Behandlung beschlossen

EMDR ist seit dem 3. Januar 2015 als Psychotherapiemethode in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Sie darf damit ausdrücklich innerhalb eines Richtlinienverfahrens bei Erwachsenen zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt werden. Die Methode nutzt die gezielte Aktivierung von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse bei gleichzeitigen starken Augenbewegungen, damit ein Patient belastende Erlebnisse ver-

¹ Pressemeldung der BPTK vom 15.1.2015

arbeiten kann (EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Damit ein Psychotherapeut innerhalb einer Psychotherapie EMDR einsetzen darf, muss er bestimmte theoretische und praktische Qualifikationen nachweisen. Diese sind in neuen Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt, die zum 15. Januar 2015 in Kraft getreten sind. Dazu gehören mindestens 40 Stunden Theorie in Traumabehandlung und EMDR und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit EMDR bei erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Behandlungen erfolgen unter kontinuierlicher Supervision im Umfang von mindestens zehn Stunden. Insgesamt müssen mindestens fünf EMDR-Behandlungen abgeschlossen worden sein. Mit diesen Anforderungen wird klargestellt, dass die praktischen Kenntnisse ausschließlich in der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erwerben sind, für die EMDR zugelassen und für die ihre Wirksamkeit nachgewiesen wurde. So wird auch Fehlanreizen vorgebeugt, EMDR bei anderen Patienten und weiteren Diagnosen einzusetzen.

In internationalen und nationalen Leitlinien wird EMDR neben anderen psychotherapeutischen Methoden zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen empfohlen. Auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hatte die Psychotherapiemethode in seinem Gutachten vom 6. Juli 2006 zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Erwachsenen wissenschaftlich anerkannt.

Bereits vor dem jetzigen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden EMDR-Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und einer Verhaltenstherapie eingesetzt, wobei EMDR hierbei als eine Methode des jeweiligen Verfahrens verstanden wurde. Über die Qualifikation für das jeweilige Richtlinienverfahren hinaus war aber bisher kein Nachweis über eine zusätzliche Qualifikation in EMDR erforder-

lich. Viele Psychotherapeuten hatten sich jedoch bereits freiwillig in Psychotraumathe-
rapie und EMDR-Behandlung fortgebildet.

Die Verschlimmbesserung der Versorgung

Ein Kommentar von Wolfgang Palm zum EMDR-Beschluss des G-BA

Vor kurzem hat ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (www.g-ba.de) EMDR als Behandlungsmethode in der kassenfinanzierten Psychotherapie zugelassen. Viele erhoffen sich davon eine bessere Versorgung und begrüßen den Beschluss. Doch die berufspolitische Enttäuschung der VerhaltenstherapeutenInnen zeichnet sich bereits ab. Sie wird in den folgenden Punkten skizziert. Die mit dem Beschluss aufgeworfenen fachlichen Fragen werden nur kurz gestreift.

1. Im 'Verhaltenstherapiemanual' von Linden & Hautzinger wird EMDR unter der Überschrift 'Techniken' im Baukasten der Verhaltenstherapie aufgeführt. Der Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (G-BA) hat daraus eine eigenständige 'Methode' gemacht. Nun ist die Unterscheidung zwischen Methode, Technik, Vorgehensweise oder Sonstigem nicht allein höhere, semantische Wortverwendungskunst, deren Sinn sich dem Praktiker der Verhaltenstherapie in alltäglich stattfindenden Therapieprozessen mit leidenden Menschen kaum erschließt. Sie ist der Ausdruck der Macht eines Gremiums, in dem über die Behandlungsmöglichkeiten von Millionen Menschen entschieden wird. Der G-BA hat mit seiner Macht entschieden, dass EMDR hinfort eine eigene Methode zur Behandlung von PTBS – nur bei Erwachsenen – zu sein habe und dafür eine eigene Weiterbildungsordnung erlassen.
2. Diese Weiterbildungsordnung ist eine Ohrfeige für all jene niedergelassenen VerhaltenstherapeutenInnen, die bisher in

Fortbildungen das nötige Wissen und die hinreichende Fertigkeit zum Ausüben von EMDR zur Behandlung traumatisierter PatientInnen erworben, und damit einen wichtigen Beitrag zur Versorgung bereits geleistet haben. Deren Nachweise sind jetzt Makulatur. Toller noch, auch das Zertifikat eines bekannten Weiterbildungsinstituts in Sachen EMDR, in dessen Interesse ein solcher G-BA Beschluss durchaus gelegen haben mag, ist entwertet: Nach einer Anfrage bei einer KV wird der G-BA Beschluss restriktiv gehandhabt: das Zertifikat kann vielleicht teilweise auch anerkannt werden, jedoch nur für die Zeitspanne, für die es das Institut ausgestellt hat (5 Jahre). Denn hinfort muss die Weiterbildung an anerkannten Ausbildungsinstituten durchgeführt werden. Doch vielleicht ist das letzte Wort dazu noch nicht geschrieben.

3. Dergestalt zur eigenen Methode gekrönt, bleibt die EMDR-Anwendung rückblickend und vorausblickend mit Unsicherheiten behaftet. Dürfen nun Techniken aus der Methode noch in laufenden Therapien eingesetzt werden, oder ist das bereits verboten? War es rückblickend nie erlaubt, EMDR als Methode in der Verhaltenstherapie einzusetzen, weil es nie ein Baustein in diesem Baukasten gewesen sein kann? Ist eine Unterscheidung zwischen Techniken aus EMDR und EMDR als Methode im Prozess einer Therapie in irgendeiner Weise durchzuführen? In welcher Reinheit ist EMDR als Methode zu definieren, damit die EMDR-Techniken von der trüben Beimischung anderer Techniken, wie Klopfen auf Meridianpunkten, klar unterschieden werden können? Könnte eine KV, wenn sie denn erführe, dass EMDR in unerlaubter Weise eingesetzt worden ist, die bestenfalls IGEL-Leistungen hätten sein können, sodann Honorare zurückfordern? Wird dieser schlechte Sketch doch nicht Realität, weil in der Begründung des Beschlusses zugestanden wurde, dass die Wirksam-

keit von EMDR mit verhaltenstherapeutischen Begriffen erklärt werden kann, ja vielleicht sogar muss? Könnte folglich vor dem Beschluss EMDR zur Verhaltenstherapie dazu gehört haben? Oder doch nicht? Die sich abzeichnende Umsetzung des Beschlusses durch die KBV ist eine nach der Art der Ratsherren von Schilda; sie kann dazu führen, dass EMDR zunächst aus der kassenfinanzierten Psychotherapie verschwindet: EMDR darf ab sofort als Methode nur zur Behandlung von PTBS bei Erwachsenen eingesetzt werden, jede andere Anwendung innerhalb einer anderen Therapie muss als IGEL-Leistung von den PatientInnen selbst bezahlt werden! Doch für die beschlussgemäß erlaubte Anwendung gibt es derzeit keine zugelassenen TherapeutInnen!

4. Freilich ist einzusehen, dass nicht jede Neuentwicklung zur Behandlung von Störungen, die sich mit verhaltenstherapeutischen Vokabular beschreiben und begründen lässt, automatisch diesem Richtlinienverfahren zugeschlagen werden muss. Indes erweckt der von Lobbyinteressen angetriebene Beschluss in einer Öffentlichkeit, die die 'tragenden Gründe' kaum lesen wird, den Eindruck, als sei mit EMDR das 'Ei des Kolumbus' in der Traumabehandlung zugelassen worden. Jedoch wird das erfolgreiche Grundprinzip der Konfrontation bei Angstzuständen in variierenden Vorgehensweisen mit unterschiedlichen 'theoretischen Unterfütterungen' längst schon in vielen Therapien durchgeführt. Würde daher zur Ausübung nicht der Nachweis von Fortbildung im Rahmen der bisherigen Regelung weithin ausreichen? Der EMDR-Beschluss nimmt aus dem VT-Baukasten eine 'Technik' heraus, macht sie zur 'Methode' und reicht sie hinüber zur Tiefenpsychologie und zur analytischen Psychotherapie. Ein Vorgang in umgekehrter Richtung dürfte weitaus schwerer zu realisieren sein. Haben es doch die VertreterInnen der Psychoanalyse bisher öffentlich immer

- vermieden, ihr Verfahren als einen Baukasten zu präsentieren, der unterschiedliche Vorgehensweisen mit unterschiedlichen Theorienstücken aufweist, obwohl auch sie 'Therapietechniken' haben. Die Weiterbildungsordnung für EMDR klingt so, als ob es sich um eine völlig eigene Methode handle, die nach der Approbation „von der Pike auf“ neu gelernt werden müsse. Folglich haben die TherapeutInnen aus allen drei zugelassenen Verfahren in einer Reihe in den Startlöchern zu stehen. Der Beschluss ist für viele VerhaltenstherapeutInnen ein Bumerang: Sie haben ihre Technik verloren, bekommen sie als eine Methode zurück, die sie neu erlernen und bezahlen dürfen. Auf der anderen Seite hat der PT-Ausschuss bei näherem Hinsehen für seine Umverteilung an die psychodynamischen Verfahren überhaupt keine Erklärung geliefert. Er hat lediglich festgelegt, dass EMDR nicht in der Übertragungssituation, also im Liegen ausgeübt werden dürfe, sondern nur im Sitzen. Damit ist der § 16 der PT-Richtlinien, in dem das psychoanalytische Verfahren charakterisiert wird, zur Aushöhlung oder Umgehung je nach Bedarf freigegeben.
5. Natürlich wird ein Beschluss wie dieser nur verabschiedet, um die Versorgung zu verbessern. Diese ist aber das letzte Glied in einem Zusammenhang mit bekannten, bekannten unbekanntem und unbekanntem unbekanntem Faktoren. Bekannt ist, dass der erste die neue Weiterbildung sein wird. Und natürlich soll diese Verbesserung der Versorgung nichts kosten, d.h. "kostenneutral" sein. Kosten werden allerdings auf die PsychotherapeutInnen zukommen, die weiterhin oder neuerdings PTBS mittels EMDR therapieren wollen. Qualitative Spitzenweiterbildungen, auf deren Zertifikat sich stolz sein lässt, strapazieren den Geldbeutel, machen sich gut auf dem Praxisschild und auf der Website. Eine neue Abrechnungsziffer, eine die sogar besser honorieren wird, scheint
 6. nicht vorgesehen zu sein. Der Idealismus in unserem Berufsstand kann sich wieder mal tüchtig bewähren.
 6. Im § 15 der PT-Richtlinien wird festgelegt, was die Verhaltenstherapie als Verfahren ausmacht. Nach den von ihm selbst gesetzten Kriterien, hätte der PT-Ausschuss die Methode EMDR dem Verfahren Verhaltenstherapie zuordnen müssen. Die Ausgliederung hat daraus ein 'trojanisches Pferd' gemacht: Eine Reihe weiterer Methoden könnten aus dem Bereich der VT ausgegliedert und per Weiterbildungsordnung den psychodynamischen Verfahren zugänglich gemacht werden. Das wird davon abhängen, wie die jeweilige Forschungslage und die Versorgungsanforderungen vom PT-Ausschuss beurteilt werden. Infolge der nun eingetretenen Änderung könnte hinfort sogar eine erfolgreiche Forschung zur Wirksamkeit einzelner VT-Methoden weitere Ausgliederungen zweckmäßig erscheinen lassen. Potentielle Kandidaten hierfür gibt es doch schon heute, beispielsweise Neurofeedback zur Behandlung von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen oder Acceptance- und Commitment-Therapie.
 7. Psychosomatische Kliniken sind in der Wahl psychotherapeutischer Verfahren und Methoden ziemlich frei, in der ambulanten Versorgung schreibt der G-BA die Verfahren und die Qualifikationsanforderungen an die rund 22.000 niedergelassenen PsychotherapeutInnen (Ärzte/Ärztinnen, Psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen) bundeseinheitlich vor. Als Folge des EMDR-Beschlusses wird es unter diesen vermutlich ein erhebliches Potenzial von mehreren Tausend Weiterbildungswilligen geben, die diverse Aktivitäten erzeugen werden: Kurse in den zugelassenen Weiterbildungsinstituten, Qualifizierung von Ausbildern, Beschäftigung von Supervisoren, Anfertigung von Falldarstellungen, Reisen durch die Republik und Umsätze im Hotel- und

Gaststättengewerbe. Dass die Kammern, die im Regeln von Fort- oder Weiterbildungen kräftig tätig sind, in diesen kommenden Qualifizierungsgeschäften eine Rolle spielen werden, ist allerdings eher nicht zu erwarten.

8. Vielleicht hat mit diesem Beschluss die Götterdämmerung der Verfahrensunterscheidung begonnen. Sie wäre noch der beste Nutzen des Beschlusses: Als unbeabsichtigter Aufruf zu einer breiten Diskussion der mit ihrem Kausalitäts-Unsinn wissenschaftstheoretisch unhaltbaren Begründungen und der darauf aufbauenden, fragwürdig-altertümlichen Einteilungen der Psychotherapie in den Richtlinien. Wünschenswert dabei wäre, dass auch die Lobbyinteressen zumindest deutlich werden, die bisher im Hintergrund mitgewirkt haben.

IGES-Institut macht Reformvorschläge zur Psychotherapie-Richtlinie

Anlass zur Studie, die am 9. Januar 2015 vorgestellt wurde, war die Ankündigung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Psychotherapierichtlinie zu reformieren. Das IGES-Institut für Sozialforschung, Berlin, wollte einen Beitrag zur Diskussion liefern und hat hierfür im Rahmen eines Projektes mehrere ExpertInnen befragt. Das IGES-Institut bezieht sich in seiner Befragung auf das vom GKV-Spitzenverband bereits im November 2013 vorgelegte Positionspapier. Die KassenvertreterInnen fordern darin, die psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln, um regionale Unterschiede abzubauen. „Für alle Versicherten soll weiterhin ein möglichst guter, niedrighschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, ohne die Versicherungsgemeinschaft zu überfordern“, heißt es in dem GKV-Papier. Ein Vorschlag in diesem Positionspapier ist eine verpflichtende, vorgeschaltete Sprechstunde, in der eine Diagnose gestellt und der Versicherte über

die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten informiert und beraten wird.

Dieser Vorschlag stand auch im Mittelpunkt der Befragung durch das IGES-Institut. Die Wissenschaftler des Instituts haben dazu 15 Gespräche mit VertreterInnen von Krankenkassen und Berufsverbänden von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen geführt und die Ergebnisse dann in einem Workshop mit dem Befragten erneut diskutiert. Sie wollten damit die konkrete Umsetzung und einige kritische Punkte dieser ihrer Meinung nach sinnvollen Grundgedanken näher betrachten. Man war sich darin einig, so das IGES, dass der Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung erleichtert werden müsse und eine erste Orientierung auch zeitnah erfolgen müsse. Einigkeit unter den Experten herrschte aber auch dazu, dass das Ganze nicht zu einer Rationierung von Kapazitäten führen dürfe. In dieser sog. vorgelagerten Sprechstunde soll zunächst festgestellt werden, ob eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt. Sollte dies der Fall sein, so müsste alsbald ein Therapieplatz zur Verfügung stehen. Dabei soll es aber nicht nur um Therapie im engeren Sinne gehen, sondern es sollten auch alternative Versorgungsangebote mit einbezogen werden, so z. B. medikamentöse oder multimodale psychiatrisch-psychotherapeutische Therapien sowie auch Unterstützungsangebote wie kommunale Hilfen, Familien- oder Schuldnerberatung oder auch Selbsthilfegruppen. Die Orientierungssprechstunde sollte nach Meinung der Befragten nur Empfehlungscharakter haben, sodass es „im Rahmen der freien Arztwahl dem GKV-Versicherten weiterhin freistehe, Psychotherapeuten aufzusuchen, selbst dann, wenn ihnen in einer Sprechstunde keine weitere Therapie empfohlen wurde bzw. diese nicht als erforderlich erachtet wurde“, so die Expertise.

Einig war man sich nicht in der Frage, welche Institution oder Berufsgruppe die Beratungssprechstunde anbieten und damit eine Therapieempfehlung geben sollte. Einige der Befragten konnten sich alle ärztlichen Heilberufe (Hausärzte, Psychiater usw.) vor-

stellen, andere bevorzugten die Gruppe der PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen. Argumentiert wurde, dass die Hausärzte z. B. keine spezifische Ausbildung hätten. Allerdings gehen die meisten PatientInnen mit psychischen Beschwerden zunächst einmal zum Hausarzt. Gegen die Beratung durch Psychologische PsychotherapeutInnen haben einige eingewandt, dass eine zu häufige Therapieempfehlung dann zugunsten der jeweils eigenen Therapieschule zu erwarten sei. Außerdem könnten keine somatischen oder pharmakotherapeutische Abklärungen vorgenommen werden.

Laut IGES-Gutachten haben sich zwei Grundkonzepte hierzu ergeben. Entweder eine arztzentrierte Beratung, die von psychotherapeutisch-qualifizierten Haus- und Fachärzten durchgeführt wird oder eine fachärztliche und psychotherapeutische Sprechstunde mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bzw. entsprechenden Fachärzten. Eine gesonderte Beratungsstelle einzurichten, hätten die Befragten abgelehnt. Dadurch würde der Zugang für die Versicherten eher erschwert und es würden Ressourcen gebunden, die anderweitig benötigt werden.

Auf jeden Fall sollten die Versicherten die Ansprechpartner für die Beratung frei wählen können und außerdem sei auch keine Überweisung für die Sprechstunde erforderlich. Im Falle der Durchführung durch einen Psychotherapeuten sollte dieser, wenn die Notwendigkeit zu einer Therapie festgestellt wurde – diese auch selbst durchführen dürfen. Die BeraterInnen sollten allerdings ein weites Spektrum an Möglichkeiten für die weitere Behandlung vorschlagen können. Insbesondere sollten psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsangebote nebeneinander stehen und auch alternative therapeutische Angebote wie qualitätsgesicherte internetbasierte Selbsthilfeprogramme oder Gruppentherapien seien einzubeziehen. Leichtere Fälle sollten an den Hausarzt oder an alternative Hilfsangebote wie kommunale Beratungen oder spezielle Angebote der Krankenkasse, wie z. B. Selektivverträge, verwiesen werden.

Für die IGES-Autoren ist allerdings eine wichtige Frage nicht gelöst worden: „Wie kann eine dezentrale nichtgesteuerte Beratung bezüglich des Behandlungsbedarfs dazu führen, dass überall eine sinnvolle Stratifizierung zur besseren Auslastung der Kapazitäten stattfindet?“ Dazu müsse es klare Kriterien der Einstufung von psychischen Erkrankungen geben, die von einer fünfstelligen Zahl von Behandlern im ganzen Bundesgebiet in ähnlicher Form und sehr konsequent angewendet werden müssten. Wichtig sei das Terminmanagement, damit die Patienten nicht erst auf den Beratungstermin warten und dann bei einer Behandlungsempfehlung eine zweite Wartezeit für Therapiestunden in Kauf nehmen müssen. Dies setze voraus, dass freie Kapazitäten durch Leistungserbringer gemeldet werden und es müsse außerdem mit weiteren Maßnahmen kombiniert werden, wie z. B. eine Anpassung der Bedarfsplanung, die Förderung der Gruppentherapie und eine Fernberatung in ländlichen Regionen.

Zentrale Vorschläge aus dem Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom November 2013:

„Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie“

Zentrale Vorschläge aus dem Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom November 2013:

1. Die Versorgung von psychisch Kranken zu verbessern, dabei allerdings die vorhandenen Ressourcen beizubehalten und effizienter einzusetzen.
2. Eine verpflichtende, vorgeschaltete Sprechstunde einzuführen, in der eine Diagnose gestellt und der Versicherte über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten informiert und beraten wird. Neben der Psychotherapie könnten ihm auch andere Versorgungsangebote wie Schuldnerberatung oder Selbsthilfegruppen vorgeschlagen werden.
3. Bei der Kurzzeittherapie die bisherige Antragspflicht durch eine Anzeige-

- pfligt zu ersetzen, damit Patienten einen schnelleren und unbürokratischeren Zugang zu einer Therapie bekommen.
4. Die Therapie-Kontingente anzupassen und damit Anreize zu setzen, um die Therapiedauer zu verkürzen. So sollte künftig das erste Kontingent 15 Stunden (statt 25), das zweite weitere 10 und das dritte weitere 25 Stunden beinhalten. Eine Antragspflicht mit Gutachterverfahren würde nach diesem Modell erst ab dem dritten Kontingent, also nach 25 Therapiestunden, bestehen.
 5. Durch den Einsatz psychometrischer Instrumente, beispielsweise Fragebögen vor und nach einer Therapie, die Qualität der Leistungserbringung zu überprüfen sowie die Richtlinien-therapie weiter zu flexibilisieren und damit vor allem die Gruppentherapie zu fördern.

Waltraud Deubert

Quelle:

http://www.iges.de/presse/2015/psychische-erkrankungen/index_ger.html

Unwürdiges Schauspiel²

Abwahl des KV-Vorstands in Berlin beantragt

Berlin (opg) – Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hat sich am 11. Dezember 2014 nun doch zu einem Abwahlverfahren gegen ihre drei Vorstände Dr. Angelika Prehn, Dr. Uwe Kraffel und Burkhard Bratzke durchgerungen. Am 19. Februar soll entschieden werden. Das Kassieren von Übergangsgeldern trotz Amtsführung sowie Vorwürfe fehlerhafter Honorarverteilung rühren die Basis auf.

In geheimer Abstimmung haben die Delegierten einen Antrag auf Einleitung eines Amtsenthebungsverfahrens gegen alle drei

² Quelle: OPG 31/2014, Abdruckgenehmigung liegt vor.

Vorstandsmitglieder angenommen. Bei Prehn waren es 21:12 Stimmen, bei Kraffel 21:14 und bei Bratzke 22:13 bei 35 anwesenden wahlberechtigten Mitgliedern. Entscheiden wollen die VV-Mitglieder am 19. Februar 2015 in einer geheimen und geschlossenen Sondersitzung. Den Termin hatte die VV-Vorsitzende Dr. Margret Stennes vorgeschlagen, stieß damit aber auf Kritik. Einige Delegierte würden einen früheren Termin bevorzugen.

Den Abwahantrag gestellt hatte der Vorsitzende des NAV-Virchowbunds Matthias Coordt. „Ich bin der Auffassung, dass die Vertreterversammlung nicht mehr über die Sachlage hinweg sehen kann“, zitieren Medien Coordt. Er spielt dabei auf die Entscheidung des Kammergerichts Berlin an, das Strafverfahren wegen Untreue gegen die drei Vorstände und den zurückgetretenen VV-Vorsitzenden Dr. Jochen Treisch zur Hauptverhandlung vorm Landgericht Berlin zuzulassen. Coordt spricht auch an, dass es nicht alle Delegierten wagen, sich offen gegen den Vorstand zu stellen. Die Rede ist von Unterstützern aus Angst. Hintergrund dürfte sein, dass einige VV-Mitglieder Nachteile befürchten, sollte das Verfahren nicht erfolgreich sein.

Vertreterversammlung in der Kritik

Das Abwahlverfahren unterliegt satzungsgemäß hohen Hürden. Eine Zweidrittelmehrheit der anwesenden Vertreter ist notwendig. Darüber hinaus muss über jedes Vorstandsmitglied einzeln votiert werden. Eine Gruppe von Ärzten steht trotz der Untreue-Vorwürfe fest hinter dem Vorstand. Der Vorsitzende des Hausärzterverbands Berlin und Brandenburg, Dr. Wolfgang Kreischer, betont in einem Sonderrundschreiben, „angesichts des harten Blocks von mindestens 12 bis 14 Vorstandsunterstützern in der VV, ist der Ausgang sehr ungewiss“. Im Rundschreiben geht er hart mit den Unterstützern des Vorstands ins Gericht. Diese hätten den Plan zunichte gemacht, die VV aufzulösen und eine Neuwahl des Vorstands zu erzwingen. Kein gutes Haar lässt er an der

VV selbst. „Die Handlungsfähigkeit der VV war in letzter Zeit durch die ewigen Diskussionen (die immer häufiger unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfanden) deutlich eingeschränkt. Der Vorstand konnte immer selbstherrlicher und unkontrollierter entscheiden. So wurden gerade erst ohne Absprache mit den Ausschüssen und ohne Votum der VV die Regelleistungsvolumina aller Berliner Kassenärzte massiv abgesenkt, angeblich um Rückstellungen für erwartete Überzahlungen zu bilden“, kritisiert Kreischer. VV-Chefin Stennes erklärt, Selbstverwaltung beinhalte, sich an Recht und Gesetz zu halten. „Das erscheint offenbar manchen als einengend, bevormundend, der Kreativität Grenzen setzend, langweilig und auf alle Fälle nervig.“

In der Zwischenzeit dürfte der Vorstand, der zu keiner Stellungnahme bereit ist, einen Berg von Briefen mit unangenehmen Fragen erhalten haben. Die KV-Mitglieder bringen ihre Befürchtung zum Ausdruck, einen „erheblichen Fallwertverlust“ hinnehmen zu müssen, weil der Vorstand zu geringe Rücklagen gebildet habe. Die Psychotherapeuten machen ihre Mitglieder mit einer Faxaktion mobil. Die Rede ist davon, dass die KV Berlin „in den letzten 5 Jahren bundesweit die meisten Honorarprozesse verloren hat“.

Gericht entscheidet über Zahlungen
Seit vielen Monaten stehen die drei KV-Vorstände Prehn, Kraffel und Bratzke sowie Ex-VV-Chef Treisch in der Kritik wegen zu Unrecht gezahlter Übergangsgelder. Sie müssen sich in einem Strafverfahren vor dem Landgericht Berlin verantworten. Die Staatsanwaltschaft Berlin wirft den Beschuldigten vor, zum Nachteil der KV Berlin insgesamt 549.000 Euro veruntreut zu haben. Diese waren ursprünglich als Übergangsgelder im Fall einer Nichtwiederwahl vorgesehen. Obwohl sich eine Fortsetzung ihrer Vorstandstätigkeit für weitere sechs Jahre abgezeichnet hätte, sollen sie sich die Gelder ausgezahlt haben.

Honorarwiderspruch - weiterhin empfehlenswert

Auch für das Quartal 3-2014 empfehlen wir Mitgliedern, Widerspruch gegen den Honorarbescheid einzulegen. Einen Textvorschlag für Ihren Honorarwiderspruch erhalten Mitglieder des DGVt-Berufsverbands über die Bundesgeschäftsstelle (info@dgvt-bv.de).

Für alle KollegInnen bundesweit gilt, dass nur durch das routinemäßige Einlegen des Widerspruchs innerhalb der 1-Monats-Frist (Posteingangs-Stempel) ein Anspruch auf mögliche Nachzahlungen gesichert werden kann. Nach Einschätzung unserer Vertreter in den Selbstverwaltungsgremien bestehen derzeit recht gute Chancen, dass für das Jahr 2014 eine Erhöhung der Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen gerichtlich durchgesetzt werden kann. Hierzu werden von den Berufsverbänden Musterverfahren in einzelnen Bundesländern durchgeführt. Der DGVt-Berufsverband beteiligt sich derzeit unmittelbar an Musterklagen in Bayern, Berlin und Hamburg.

Leider hat sich noch nichts bewegt seit der Ankündigung des Bewertungsausschusses im Sommer 2014, die Angemessenheit der Vergütung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zu überprüfen. Derzeit ist im Gespräch, dass der Bewertungsausschuss im Februar 2015 über die Angemessenheit der Psychotherapeuten-Honorare entscheiden könnte.

Bitte legen Sie deshalb weiterhin regelmäßig einen Widerspruch gegen Ihren Honorarbescheid ein, denn nur auf diese Weise sichern Sie sich einen Anspruch auf mögliche Nachzahlungen und dokumentieren zudem, dass PsychotherapeutInnen nicht einverstanden sind mit der aktuellen Honorarsituation.

Kerstin Burgdorf

Alles was Recht ist . . .

LSG-Hessen-Urteil zur Samstagssprechstunde

Benachteiligung von Psychotherapeuten ist unzulässig

Die seit Jahren von den KVen durchgeführte Praxis, die Abrechnung des Zuschlags im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für psychotherapeutische Samstagssprechstunden abzulehnen, wurde nun durch ein Urteil des Landessozialgerichts Hessen (LSG Hessen) als verfassungswidrig beurteilt. In dem Urteil wird der Bewertungsausschuss aufgefordert, den EBM zu korrigieren.

Bei der Einführung des EBM 2000plus 2005 wurde ein Förderzuschlag für Samstagssprechstunden bei Ärzten eingeführt. Der Zuschlag nach der EBM-Ziffer 01102 wurde bislang (mit wenigen Ausnahmen in einigen KVen) zwar auch für ärztliche PsychotherapeutInnen, jedoch nicht für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen akzeptiert. Widersprüche gegen die nicht honorierte Samstagssziffer wurden reihenweise abgelehnt.

Das LSG Hessen hat nun entschieden, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM zwar einen Gestaltungsspielraum besitze. Dieser könne jedoch nicht so weit gehen, Psychotherapeuten ohne sachlichen Grund zu benachteiligen. Die KV Hessen habe dem Kläger den Förderzuschlag zu gewähren und der Bewertungsausschuss habe den EBM entsprechend nachzubessern (Urteil vom 26.11.2014, Az. L 4 KA 3/13). Damit könnte das Eis gebrochen sein, damit eine Änderung des EBM möglich wird. Die Rechtsprechung muss einmal mehr durch die Selbstverwaltungsgremien (hier: Bewertungsausschuss) aufgegriffen und – endlich – umgesetzt werden.

Der Zuschlag zur Samstagssprechstunde könnte durchaus die Versorgungsangebote verbessern. Insbesondere im KJP-Bereich werden Samstags-Termine zunehmend häu-

fig angeboten, beispielsweise für berufstätige Sorgeberechtigte schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher.

Kerstin Burgdorf

OLG-Urteil

Ärztbewertungsportal muss falsche Darstellung einer Behandlung sowie schlechte Benotung löschen

(kb) Ärzte müssen anonyme Bewertungen in einem Internetportal nur dulden, solange diese keine Falschbehauptungen enthalten. Stellt sich eine Negativbewertung als rechtswidrig heraus, weil sie nicht nur eine Meinungsäußerung darstellt, sondern unwahre Tatsachenbehauptungen aufstellt, so kann das Portal für die das Persönlichkeitsrecht verletzenden Äußerungen haftbar gemacht werden, wenn es seiner Pflicht zur sorgfältigen Prüfung nicht nachgekommen ist.

Das Urteil des OLG München bedeutet eine Abkehr von der sog. "Spick-Mich"-Entscheidung, in der der Bundesgerichtshof (BGH) Benotungen auf Internetportalen (Lehrer) als freie Meinungsäußerungen für zulässig erklärte.

Dem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) München lag der Fall eines Patienten zugrunde, der im Kommentarfeld des Portals Jameda behauptete, der Arzt habe sich während eines Hörtests mit seiner Sprechstundenhilfe unterhalten. Unter der Überschrift „kein guter Arzt“ wurde der Ablauf der Behandlung geschildert und durch den Patienten als „kurz“ bewertet. In der Benotung hatte der Patient zudem die Kategorien Behandlung, Vertrauensverhältnis und Betreuung mit der Note 6 und die Aufklärung und die genommene Zeit mit der Note 5 als sehr schlecht bewertet.

Der Arzt konnte glaubhaft belegen, dass die Äußerung über den Hörtest durch den Patienten eine unwahre Tatsachenbehauptung darstelle und dass auch der Behand-

lungsablauf nicht zutreffend dargelegt worden war. Das OLG verpflichtete Jameda, den Kommentartext auf der Plattform zu löschen. Der Schutz der freien Meinungsäußerung, die in besonderem Maß grundgesetzlich geschützt sei, gelte nicht unbeschränkt. Vielmehr sei eine Abwägung der grundrechtlich geschützten Positionen der Parteien im Einzelfall geboten. Die vorliegende Meinungsäußerung sei „rechtswidrig, weil sie auf unwahren Tatsachenbehauptungen“ beruhe. Erschwerend kommt aus Sicht des Gerichts hinzu, dass die Negativbewertung nicht nur das Persönlichkeitsrecht des Arztes verletzt, sondern auch seine berufliche Existenz gefährden kann.

Sofern eine Negativbewertung als rechtswidrig zu bewerten ist, weil sie nicht nur eine Meinungsäußerung darstellt, sondern unwahre Tatsachenbehauptungen aufstellt, kann das Portal für die das Persönlichkeitsrecht verletzenden Äußerungen haftbar gemacht werden, wenn es seiner Pflicht zur sorgfältigen Prüfung nicht nachgekommen ist.

Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) München vom 17.10.2014, Az.: 18 W 1933/14

Urteil des Bundesfinanzhofs

Freiberufliche Tätigkeit selbstständiger Ärzte trotz Beschäftigung angestellter Ärzte
Selbstständig tätige Ärzte üben ihren Beruf grundsätzlich auch dann leitend und eigenverantwortlich und damit freiberuflich und nicht gewerblich aus, wenn sie ärztliche Leistungen von angestellten Ärzten erbringen lassen. Dies entschied der Bundesfinanzhof in einem Urteil vom 16.7.2014 (Az.: VIII R 41/12). Als Kriterium sieht der BFH an, dass sie die jeweils erforderlichen Voruntersuchungen bei den Patienten selbst durchführen, die Behandlungsmethode festlegen und bei problematischen Fällen die Behandlung auch wieder übernehmen.

Im konkreten Fall hatten selbstständig tätige Anästhesisten geklagt, die eine mobile Gemeinschaftspraxis betrieben. Die freibe-

ruflichen Anästhesisten legen wöchentlich im Voraus fest, welcher Arzt bei welchem Operateur nach den von ihnen entwickelten standardisierten Behandlungsmethoden tätig werden soll. Dabei führt jeweils einer der Anästhesisten eine Voruntersuchung durch und schlägt eine Behandlungsmethode vor. Die eigentliche Narkose führt dann ein anderer Arzt aus.

Der BFH sah die Mithilfe qualifizierten Personals als für die Freiberuflichkeit des Berufsträgers auch im Bereich der ärztlichen Tätigkeit unschädlich an, soweit dieser bei der Erledigung der einzelnen Aufträge aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig werde. Eine patientenbezogene regelmäßige und eingehende Kontrolle der Tätigkeit des angestellten Fachpersonals genüge schon diesen Anforderungen.

Bundesfinanzhof, Urteil vom 16.7.2014, Az.: VIII R 41/12

Tagungsberichte

Herbsttagung des DDPP für psychotherapeutische Psychosenbehandlung

„Menschen mit Psychosen im Spannungsfeld zwischen Versorgung und Therapie“ war der Titel der Herbsttagung des Deutschen Dachverbandes für psychotherapeutische Psychosenbehandlung (DDPP), die vom 7. bis 9. November 2014 an der Charité in Berlin stattfand. Dieses Mal fand die Tagung in Kooperation mit dem Paritätischen (DPWV) statt, um auch hier die Bedeutung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen „Anbieter“ zu verdeutlichen. Die Beiträge setzten sich mit verschiedenen Fragestellungen auseinander, die bereits in der Ankündigung formuliert waren, etwa: „Wie sieht die Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen von Menschen mit Psychosen aus“ oder „Welche Inhalte, welche Methoden und welche Sprache prägt den jeweiligen Kontext?“ Dies sind sicherlich Fragen, die in der DGVT seit vielen Jahren ebenfalls immer gestellt werden und aus diesem Grunde ist es nicht verwunderlich, dass ich „viele alte Bekannte“ aus der DGVT getroffen habe, die sich weiterhin für eine andere Versorgung dieses Personenkreises aktiv einsetzen.

Gerade weil es etliche, unterschiedliche Konzepte der multiprofessionellen Zusammenarbeit gibt, erscheint es dringend notwendig, sich mit diesen auseinanderzusetzen. Diese Konzepte umfassen den ambulanten, den stationären, und auch den „komplementären“ Bereich, aber sie bleiben oft vage und vor allen fehlt es oftmals an Verzahnung, was auch mit der Sektorsierung im deutschen Gesundheitswesen zu tun hat. So ist auch die Frage „Was geschieht eigentlich ‚hinter der Tür‘ des anderen?“ wohl nicht immer geklärt, führt aber sicherlich hin und wieder zu Unter- oder auch zu Doppelversorgung, was für die Betroffenen dann leider ebenfalls zu einer suboptimalen Versorgung führt.

Gerade die Kooperation von „alltagsweltlich orientierten“ Helfern in der Eingliederungshilfe und Psychotherapeuten aus dem ambulanten und dem stationären Bereich leidet häufig. Die Helfer haben aus den genannten Gründen wenig Kontakt und vor allem wenig Kooperation miteinander und das einander Zuarbeiten, im Sinne der betroffenen Menschen, ist sicher ausbaufähig. Denn, wie die Organisatoren unterstellen, es besteht eine große Sprachlosigkeit, die überwunden werden muss, um die Hilfen zu optimieren.

Dem Ziel, einen Interessens- und Wissenstransfer zwischen den unterschiedlichen Gruppen zu ermöglichen und damit eine professionelle Zusammenarbeit zum Selbstverständnis werden zu lassen, sollten die verschiedenen Fallkonferenzen, Workshops und Vorträge dienen. Ich möchte die Themen der verschiedenen Workshops auflisten, um die unterschiedlichen Ansätze zu belegen, auch wenn es immer nur möglich ist, einen dieser Workshops zu besuchen und sich damit auseinander zu setzen.

- Kontaktgestaltung zwischen PatientIn/KlientIn, BezugsbetreuerIn und PsychotherapeutIn
- Spektrum der Methodik von Psychotherapie in der Nervenarztpraxis; psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch
- Integrierte Psychotherapie-Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe
- Umsetzung von Elementen des psychotherapeutischen Denkens und Handelns im Berufsalltag?
- Kurzzeittherapie als Krisenintervention

Bei den verschiedenen, insgesamt sehr interessanten Vorträgen möchte ich auch nur die Themen auflisten, da es mir unmöglich ist, alle Inhalte angemessen zu referieren.

- Nachdenken über den Begriff der Chronifizierung

- Familie, soziale Netzwerke und psychiatrische Versorgung am Beispiel der Psychiatri SÖdra Stockholm
- Psychotherapie bei Menschen mit komplexem Hilfebedarf
- Denkfallen entschärfen: Metakognitives Training bei Psychosen
- Psychodynamische Psychotherapie von Menschen mit Psychosen
- Die Individualisierung von Krankheits- und Genesungskonzepten (auch) in der stationären psychiatrischen Akutbehandlung

Es war wieder einmal ein umfangreiches und spannendes Programm und ich freue mich bereits jetzt auf die nächste Tagung (08.05.-10.05.2015: Titel: Psychose und Trauma).

Rudi Merod, Bad Tölz

Fachtagung „Was hilft gewaltbetroffenen Frauen?“

Neue Forschungsergebnisse zu Alkohol- und Partnergewalt sowie zu Interventionen bei Gewalt

Fachtag am 20. Januar 2015 in Berlin, organisiert von der Frauenhauskoordinierung e.V. in Berlin.

„Die Fachtagung greift aktuelle Fragestellungen aus dem Arbeitsalltag von Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen auf... Dabei nehmen Suchtprobleme einen wichtigen Stellenwert ein... Anhand neuerer Forschungsergebnisse aus der Schweiz wird das Thema Partnerschaftsgewalt und Alkohol genauer beleuchtet, sowohl hinsichtlich der Frauen, als auch der gewalttätigen Partner“. So wurde der Fachtag angekündigt und so wurde er auch durchgeführt.

Zentral für die Diskussionen waren zwei Beiträge von Gloor und Meier zu ihren Forschungen aus der Schweiz zu den Themen: „Häusliche Gewalt und problematischer Alkoholkonsum“ und: „Institutionelle Hilfen für von Gewalt betroffene Frauen“.

Im ersten Beitrag referierte Hanna Meier einige wichtige Ergebnisse aus der Studie „Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings“ aus dem Jahr 2013. In den spezifischen schweizerischen Settings von „Opferberatungsstellen“ und „Gewaltberatungsstellen“ wurden Daten zur Dualproblematik „häusliche Gewalt und Alkohol“ erhoben. Opferberatungsstellen sind Einrichtungen, die Menschen, welche Opfer von Gewalt geworden sind – mehrheitlich handelt es sich dabei um Frauen – beraten und betreuen (in Deutschland z.B. Frauenberatungsstellen). Gewaltberatungsstellen sind Einrichtungen, die sich auf die Beratung und Behandlung von gewalttätigen Männern spezialisiert haben (in Deutschland z.B.: Männerberatungsstellen). Suchtberatungsstellen wurden nicht berücksichtigt. Erhoben wurden quantitative Daten pro Einrichtung. Darüber hinaus wurden einige Gruppengespräche mit Betroffenen durchgeführt und Workshops mit Praxisfachleuten.

Untersucht man die auf diesen Wegen erhobenen Daten danach, wie häufig sich eine Dualproblematik bei Opfern und Tätern zeigt, also eben Gewalttätigkeit und problematischer Alkoholkonsum, ergibt sich pauschal genommen folgendes. (1) Sowohl in den Opferberatungsstellen wie in den Gewaltberatungsstellen weisen mehr als 50% der Klientel keine Dualproblematik auf. In den Gewaltberatungsstellen liegen die entsprechenden Angaben sogar bei 70%. Das heißt, dass häusliche Gewalt überwiegend von Tätern ausgeübt wird, die nüchtern sind und keine Probleme mit Alkohol haben. (2) An zweiter Stelle folgen Angaben zu einer Dualproblematik bei den Männern. Diese liegen in Opferberatungsstellen bei 43% und in Gewaltberatungsstellen bei 16%. (3) Die Angaben zu einer Dualproblematik von beiden, Mann und Frau, stehen an dritter Stelle. Sie liegen in den Opferberatungsstellen bei 4% und in den Gewaltberatungsstellen bei 10%. (4) Eine Dualproblematik nur der Frau wird vergleichsweise selten angegeben; in Opferberatungsstellen liegen die Angaben gerade mal bei 1% und in Gewaltberatungs-

stellen bei 5%. Gloor betonte in der Zusammenfassung, dass die Ergebnisse der Studie belegen, dass häusliche Gewalt überzufällig häufig nicht mit einer Dualproblematik verschwistert ist. Alkohol spielt also in der überwiegenden Zahl der Fälle von häuslicher Gewalt keine Rolle. Das ist nichts Neues; es ist aber immer wieder hilfreich, diesen Befund zu betonen. Allerdings gebe es auch Gründe, zu vermuten, dass es ein Dunkelfeld gebe und die Dualproblematik etwas höher liege, als in diesen Ergebnissen ausgewiesen. Darum sei es wichtig, die Opfer- und Gewaltberatungsfachleute, stärker als das aktuell der Fall sei, mit den Fachleuten der Suchthilfe zu vernetzen. Die Suchthilfe könne zum einen dabei helfen, für das Erkennen einer Dualproblematik zu sensibilisieren und zum andern könne sie entsprechende Verfahren zur Verfügung stellen, die dazu dienen, Alkoholprobleme zu ermitteln. Darüber hinaus sollten Institutionen ihre Zusammenarbeit verbessern, um zum Beispiel Sucht und (häusliche) Gewalttätigkeiten integriert zu behandeln.

In der anschließenden lebhaften Diskussion wurden diese Schlussfolgerungen vertieft und bekräftigt, gerade auch darum, weil Frauen (und Männer) mit Alkoholproblemen, die zudem Opfer von häuslicher Gewalt sind, relativ selten Hilfe in Frauenhäusern und noch viel seltener in Frauenberatungs- bzw. Opferberatungsstellen suchen. In einem zweiten Vortrag präsentierte Daniela Gloor die Ergebnisse der Studie „Sicht gewaltbetroffener Frauen auf institutionelle Hilfe“ aus dem Jahr 2014, die ebenfalls in der Schweiz durchgeführt worden ist. Als Datengrundlage dienen 40 qualitative Interviews mit Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind und institutionelle Hilfen gesucht und gefunden haben. Nach Aussagen der Institutionen, die die Kontakte zu diesen Frauen vermittelt haben, waren die Hilfefahrten (weitgehend) abgeschlossen, was sich in der Praxis und in den Interviews allerdings etwas anders dargestellt hat, wie im Folgenden erläutert wird. Alle Frauen wurden ausführlich nach ihren Erfahrungen mit institutionellen Hilfen befragt. Nach Gloor

lassen sich die Interventionsziele bei häuslicher Gewalt ganz pauschal folgendermaßen untergliedern: (1) Gewalt stoppen, (2) Opfer schützen und unterstützen, und (3) Täter in Verantwortung nehmen. Für das Stoppen der Gewalt ist in erster Linie die Polizei zuständig. Das funktioniert im Normalfall ganz gut, wie Gloor und Meier (2014) in ihrer Studie ausführlich darlegen. Für den Schutz des Opfers und seine Unterstützung sind eine Vielzahl von Institutionen zuständig, u. a. die Frauenhäuser und die Opferberatungsstellen (in Deutschland: Frauenberatungsstellen), die Zivilgerichte, die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden (in Deutschland: die Jugendämter), das Migrationsamt, das Gesundheitswesen (genauer: Ärzte und Ärztinnen bzw. Krankenhäuser etc.), Anwälte und Anwältinnen usw. Das hat Folgen für die betroffenen Frauen, wie gleich noch gezeigt wird. Für das 3. Ziel: „die Täter in Verantwortung nehmen“, sind die Gewaltberatungsstellen (in Deutschland: die Männerberatungsstellen) sowie – bei Strafverfahren – die Staatsanwaltschaften und die Strafgerichte zuständig. Das funktioniert nicht so gut. Aus den Interviews mit den Frauen geht hervor, dass der Schutz, den ihnen die Institutionen zur Eindämmung und Vermeidung von häuslicher Gewalt sowie bei der Bearbeitung ihrer psychischen Belastungen und Traumata anbieten, dazu führt, dass sie es mit sehr vielen Stellen zu tun haben. Die meisten Frauen haben es mit wenigstens 6 bis 9 verschiedenen Stellen und Institutionen zu tun, nicht wenige mit 10 bis 16 verschiedenen Stellen – und das meist über mehrere Jahre hin. Frauen, die nach häuslicher Gewalt Hilfe suchen, werden also mit einem Berg von Arbeit konfrontiert, was einerseits Erleichterung bedeuten kann, andererseits aber auch eine Erschwernis. Zum letzteren gehören die institutionellen Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen, die zum Teil jahrelang andauern und so gesehen nicht zu einem Ende kommen. Das hat bei etlichen Frauen die Folge, dass sie sich den institutionellen Hilfen entziehen, weil sie erschöpft sind von den ständigen Auseinandersetzungen mit den verschiedenen Ämtern und Institutionen.

So sehr die Frauen in das Räderwerk der Institutionen gelangen, so wenig scheint sich das Interesse der Institutionen darauf zu konzentrieren, die Täter in die Verantwortung zu nehmen. Anders gesagt passiert den meisten Tätern nicht viel. Wenn sie polizeilichen Maßnahmen nicht nachkommen oder an einer Männerberatung nicht teilnehmen wollen, hat das meist keine negativen Folgen. Auch können sie problemlos von einem Opfer zum nächsten wechseln. Diese Studienergebnisse machen nachdenklich und weisen auf Lücken im Präventions- und Nachsorge-Netzwerk hin.

Als Folgerungen für die Zukunft ergeben sich zum einen Entlastungen der Opfer im Hinblick auf die Arbeit mit den Institutionen, die es schützen wollen, am besten mit einer Strategie des Empowerment, etwa in Verbindung mit einem Case-Management-Ansatz. Zum andern bedarf es neuer und vermehrter Anstrengungen, die Täter in die Verantwortung zu nehmen.

In der abschließenden Gesprächsrunde wurden die Ansätze, die von Vertreterinnen verschiedener Institutionen in diesen Hinsichten in die Wege geleitet werden können, vertieft. Die Zukunft wird zeigen, wie viel wie schnell davon praktisch umgesetzt werden kann

Irmgard Vogt, Frankfurt

Literaturangaben zu den Studien von Gloor & Meier:

Gloor, D. & Meier, H. (2013): Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern, Edition Soziothek.

Gloor, D. & Meier, H. (2014): "Der Polizist ist mein Engel gewesen". Sicht gewaltbetroffener Frauen auf institutionelle Interventionen bei Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Projekt NFP-60, Schlussbericht.

Abgerufen unter:

http://www.socialinsight.ch/images/stories/socialinsight/nf60/BetroffenenSicht_d_366-S.pdf.

Weitere Infos

Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit

Mit derzeit mehr als 2.000 eingetragenen Angeboten bietet die Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit einen umfassenden bundesweiten Überblick über Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen in schwieriger sozialer Lage. Sie ermöglicht es, Adressen und Beschreibungen entsprechender Angebote und Initiativen übersichtlich und rasch zu recherchieren. Die Website der Praxisdatenbank wird von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. betreut und maßgeblich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung getragen.

Aufruf zur Mitarbeit bzw. Meldung von Angeboten!

Um die Praxisdatenbank auch weiterhin als lebendige Plattform zu gestalten, ist für Anfang 2015 eine Aktualisierung und Erweiterung der Praxisdatenbank geplant.

Die Autoren rufen zur Mitwirkung und Meldung von Angeboten auf: „Bereichern Sie die Praxisdatenbank mit Ihrem Eintrag und Ihren Erfahrungen, holen Sie sich Anregungen aus der Arbeit anderer Akteure und reflektieren Sie Ihre eigene Arbeit anhand der Kriterien Guter Praxis. Im Zuge einer inhaltlichen Erweiterung sind insbesondere Angebote für die Gruppe der älteren Menschen aufgerufen, sich zu beteiligen.“

Quelle: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>

Gesundheitsreport der BKK: Psychische Leiden nehmen drastisch zu

Aus einer repräsentativen Auswertung im „Gesundheitsreport des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK)“ geht hervor, dass Arbeitnehmer in Deutschland im Jahre 2013 häufiger und länger krankheitsbedingte Fehlzeiten als im Vorjahr in Anspruch genommen haben. Hierzu wurden die Fehlzeiten von 9,3 Millionen Versicherten ausgewertet und mit den Vorjahreszahlen verglichen. Bei der anschließenden Analyse wurde festgestellt, dass während eines Zeitraums von nur sieben Jahren der Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeitszeiten um fünf Tage pro Jahr, konkret von 12,4 im Jahr 2006 auf 17,6 Tage im Jahr 2013 angestiegen ist. Im Jahr 2012 waren es 16,6 Tage. Eine Erklärung für diese Zunahme sind längerfristige psychische und chronische Erkrankungen. Gerade im Bereich der psychischen Leiden stieg die Anzahl der Fehltage während eines Zeitraums von 40 Jahren kontinuierlich. Waren Arbeitnehmer in Deutschland im Jahr 1976 einen halben Krankheitstag aufgrund psychischer Leiden krank, so waren es im Jahr 2013 bereits 2,6 Krankheitstage. Dabei haben 30 Prozent der BKK Versicherten bundesweit die Diagnose eines psychischen Leidens erhalten. Pro Fall fehlen die Arbeitnehmer dabei 38 Tage. In nur einer Generation sind die Fehlzeiten aufgrund psychischer Leiden also um das Fünffache gestiegen

http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf

DFG fördert ZPID-Projekt zum Forschungsdatenma- nagement in der Psychologie³

(ZPID) Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert den Aufbau von DataWiz, einem Assistenzsystem zum fachgerechten Management und der nachhaltigen Sicherung psychologischer Forschungsdaten, das am Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) entwickelt wird.

Das Data Sharing, also das Teilen von Forschungsdaten, ist in der Psychologie wenig verbreitet. Daran hat auch die mehr als 10jährige Verfügbarkeit des Archivs für psychologische Forschungsdaten PsychData wenig geändert. Als Ursache können neben dem allgemeinen Unbehagen, die Früchte mühsamer Forschungsarbeit aus der Hand zu geben, Unkenntnis in Bezug auf fachgerechtes Forschungsdatenmanagement und Angst vor einem unverhältnismäßig hohem Aufwand ausgemacht werden, dem keine adäquate Belohnung gegenüber steht.

Um diesem Unbehagen entgegen zu wirken und den Arbeitsaufwand zu minimieren, verfolgt das nunmehr bewilligte Projektvorhaben DataWiz zwei strategische Ziele: (1) Die Etablierung eines fachgerechten Forschungsdatenmanagements in der Psychologie und (2) die nachhaltige Sicherung der Forschungsdaten, verknüpft mit Anreizen, die Daten zu teilen. Das Assistenzsystem DataWiz ist eine Art Expertensystem, das Wissensbasis und prozedurale Unterstützung zugleich bietet.

Damit kommt DataWiz dem immer wieder geäußerten Wunsch der Forscherinnen und Forscher entgegen, selbstbestimmt die Verfügungsgewalt über ihre Daten auszuüben. Nichtsdestotrotz ist auf Grund der verwendeten standardisierten Formate und Schnittstellen die Übergabe an ein etabliertes Datenarchiv vorgesehen und wird ermutigt. Zudem entsteht Zusatznutzen, z.B. bei der Studienregistrierung und bei der Erfüllung

von Verlags- bzw. Herausgeberauflagen. Nicht zuletzt soll DataWiz zeigen, dass mit einem solchen Assistenzsystem das Data Sharing in der Psychologie vorangetrieben werden kann, so dass auch hier die positiven Effekte wie die bessere Nutzung von Ressourcen oder die Offenlegung der Evidenzbasis psychologischer Forschung zum Tragen kommen.

Kontakt:

PD Dr. Erich Weichselgartner
Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation
Universitätsring 15
D-54296 Trier
Tel.: 0651-201-2056
E-Mail: wga@zpid.de

Hintergrund-Informationen:

Das ZPID ist die zentrale Informationseinrichtung für die Psychologie in den deutschsprachigen Ländern. Es ist seit 1988 Mitglied der Blauen Liste und seit 1997 Gründungsmitglied der Leibniz-Gemeinschaft. In seinem Psychologie-Fachportal www.zpid.de bietet es wichtige Dienstleistungen und Produkte für Forschung, Studium, Praxis, Massenmedien, Politik und Öffentlichkeit an, wie beispielsweise die Datenbank PSYNDEX zu psychologischen Fachpublikationen. Im Rahmen seines Forschungsbereichs verfolgt das ZPID die Forschungslinien Informationsverhalten, psychologische Grundlagen informationstechnischer Systeme und Wissenschaftsforschung. Mit dem ZPID-Monitor wird jährlich die internationale Präsenz der Psychologie aus den deutschsprachigen Ländern evaluiert. Das ZPID wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Länder der Bundesrepublik Deutschland (unter der Federführung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur, MBWWK, Rheinland-Pfalz) zu gleichen Teilen gefördert. Als Anstalt öffentlichen Rechts des Landes Rheinland-Pfalz verfügt es im Jahr 2014 über ein Budget von 3,5 Mio. Euro. Am ZPID sind aktuell 45 wissenschaftliche

³ Pressemitteilung ZPID

und nicht-wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig, die aus dem institutionellen Haushalt und aus Drittmitteln finanziert werden.

Zur Leibniz-Gemeinschaft gehören 89 selbständige außeruniversitäre Forschungsinstitute und Infrastruktureinrichtungen für die Wissenschaft sowie drei assoziierte Mitglieder. Leibniz-Institute bearbeiten gesamtgesellschaftlich relevante Fragestellungen strategisch und themenorientiert. Dabei bedienen sie sich verschiedener Forschungstypen wie Grundlagen-, Groß- und anwendungsorientierter Forschung. Sie legen neben der Forschung Wert auf wissenschaftliche Dienstleistungen sowie Wissenstransfer in Richtung Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Öffentlichkeit. Die Institute beschäftigen rund 17.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sie werden gemeinsam von Bund und Ländern finanziert. Ihr Gesamtetat beträgt etwa 1,5 Milliarden Euro.

Siehe: www.leibniz-gemeinschaft.de.

Pille danach – Gibt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dem Druck nach?

Europa sei Dank! Die EU-Kommission hat die „Pille danach“ freigegeben und ist damit der Deutschen Bundesregierung zuvor gekommen.

Die schwarz-rote Koalition hatte sich lange gesträubt, die Rezeptpflicht des Medikaments aufzuheben, wobei dies eher an der CDU-CSU lag. Im November 2014 hörte man dann, dass die Regierung sich schnell einigen wolle. Nun hat die EU-Kommission der Deutschen Politik die Entscheidung abgenommen und die Rezeptpflicht für „ellaOne“ (Wirkstoff Ulipristal) gekippt. Die EU-Kommission folgt damit der Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vom November 2014.

Die „Pille danach“ ist in 78 Ländern weltweit rezeptfrei verfügbar, davon in 28 europäischen Ländern und in allen deutschen Anrainerstaaten. Die „Pille danach“ ist nach § 218 Strafgesetzbuch keine Abtreibung, sie

gilt international als sicher, wirksam und nebenwirkungsarm. Mitte Januar hat nun Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) einen Verordnungsentwurf zur Rezeptfreiheit vorgelegt, mit dem die Wirkstoffe Levonorgestrel und Ulipristal rezeptfrei gestellt werden sollen. Der Verordnungsentwurf lässt allerdings offen, ob auch künftig Notfallkontrazeptiva für unter 20-jährige Frauen kostenlos erhältlich sind. Dafür muss ein Passus im SGB V geändert werden – hier gibt es noch keine Einigung innerhalb der Koalition. Rezeptfreie Arzneimittel sind nämlich nicht erstattungsfähig. Die „Pille danach“ wurde bisher für Frauen bis zum 20. Lebensjahr von der Krankenkasse bezahlt. Gynäkologische Fachgesellschaften hatten kritisiert, die Rezeptfreigabe führe dazu, dass sich die Situation für die Betroffenen verschlechtere, wenn diese die „Pille danach“ in den Apotheken nun selbst bezahlen müssten.

Auszüge aus der Stellungnahme vom 21.01.2015 der DGPF. Die DGPF setzt auf die Eigenverantwortung der Frau und tritt für eine umfangreiche Beratung ein.

„Gut informiert können Frauen selbst erkennen, wie sie sich schützen können und wann sie sich Sorgen machen müssen, ungewollt schwanger geworden zu sein... „Da die Wirkung der Pille danach entscheidend davon abhängt, dass sie möglichst schnell nach dem ungeschützten Verkehr eingenommen wird, begrüßen wir die mit der Rezeptfreigabe verbundene Erleichterung des Zugangs.“

„Wir müssen zusammen dafür sorgen, dass ungewollte Schwangerschaften sicher verhindert werden!“ Die Apothekerinnen und Apotheker verfügen über ein breites pharmakologisches Wissen und über Beratungserfahrung. Natürlich ist die Notfall-Kontrazeption eine besondere Situation, die spezialisiertes Wissen und besonderes Einfühlungsvermögen verlangt. Die DGPF bietet daher an: „Für die geplanten Schulungen der Apothekerverbände stellen wir gern unser frauenärztliches Wissen und unsere psychosomatische Beratungskompetenz zur Verfügung.“

Waltraud Deubert

ius menschenrechte und PEPP-Vorschlagsverfahren

- *Datenbank „Ius Menschenrechte“*

Das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM) hat die Rechtsprechungsdatenbank "ius menschenrechte" entwickelt. Sie enthält ausgewählte Entscheidungen zu menschenrechtsrelevanten Urteilen, insbesondere von internationalen Gremien wie dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), dem Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) und den UN-Fachausschüsse der Menschenrechtsabkommen. Die Entscheidungen werden auf Deutsch zusammengefasst.

Die Datenbank ist derzeit nach den Themen Diskriminierungsschutz, Geschlechtsspezifische Gewalt, Menschenhandel und Behinderung gegliedert. Sie kann über folgenden Link eingesehen werden.

<http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/rechtsprechungsdatenbank-ius-menschenrechte/datenbank.html>
- *PEPP-Vorschlagsverfahren 2016*

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat am 28.11.2014 das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems (PEPP-Vorschlagsverfahren) für das Jahr 2016“ eröffnet. Das PEPP-Vorschlagsverfahren ermöglicht allen Beteiligten, sich konstruktiv an der Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu beteiligen. Das InEK hat auf seiner Internetseite (www.g-drg.de) eine detaillierte Verfahrensbeschreibung für das PEPP-Vorschlagsverfahren für das Jahr 2016 bereitgestellt. Änderungsvorschläge können bis zum 31.03.2015 beim InEK eingereicht werden.

Aufruf Fachgruppe Psychosomatik

Verhaltenstherapeutische Versorgung in der Somatischen Medizin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

psychische Einflüsse und Problemlagen bzw. manifeste psychische Störungen sind wichtige Faktoren für die Bereiche Akutversorgung, Rehabilitation und Prävention für somatisch akut und chronisch erkrankte Patienten.

Die psychologisch-psychotherapeutische Versorgung primär körperlich erkrankter Patienten mit psychosozialem Betreuungsbedarf bzw. somato-psychischer Komorbidität ist (aufgrund hoher Prävalenzraten) eine der zukünftigen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem.

Viele Kolleginnen und Kollegen sind bereits in diesen Versorgungsbereichen tätig (vgl. Krankenhauspsychologen, Konsiliar-Liaisondienste, Psychoonkologische Dienste, MVZs, Hospize, Multimodale Schmerztherapie, Reha-Psychologen etc.).

Ziel der neuen Fachgruppe ist es, ein Forum zu schaffen, in dem wir uns über Erfahrungen, die Besonderheiten und die Entwicklungsfelder in der Arbeit mit primär somatisch erkrankten Patienten austauschen können.

Wenn Sie eine Teilnahme an dieser Fachgruppe interessiert, möchte ich Sie einladen mir eine E-Mail und Ihre Kontaktdaten zu schicken.

Nächste Schritte wären, bei entsprechender Resonanz, die Entwicklung einer Mailingliste und die Planung evtl. Fachgruppentreffen.

Kontakt:

Thorsten Kreikenbohm, M.Sc.

Kreisklinikum Siegen

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Weidenauer Straße 76

57076 Siegen

Tel.: 0271-705-609935

E-Mail: T.Kreikenbohm@gmx.de

E-Mail: t.kreikenbohm@kreisklinikum-siegen.de

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen in der Regel an jedem ersten Donnerstag eines Monats von 19.00 bis 20.30 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Nägelsbachstraße 49c, 91052 Erlangen. Nächster Termin: 5. März 2015
- **Hamburg:** *ALLIANZ-Veranstaltung: Druck auf psychisch kranke Patienten - Was dürfen die Krankenkassen?*
Dürfen Krankenkassen Patienten während der Krankschreibung privat anrufen, am Telefon Therapieempfehlungen geben, gegen den Willen von Patienten Reha-Behandlungen verordnen? Zu diesen und anderen Fragen möchten wir rechtliche Informationen und praktische Tipps geben sowie berufspolitische Strategien mit Ihnen diskutieren. Dabei sind wir gespannt auf Ihre Erfahrungsberichte, die in die Diskussion mit einfließen sollen.
ReferentInnen: RA Markus Plantholz, Kerstin Burgdorf (DGVT) und Heike Peper (DPtV)
Termin: Montag, 16. Februar 2015, 20.00 Uhr im Rudolf Steiner Haus Hamburg, Mittelweg 11-12, 20148 Hamburg
- **Die „DGVT-Familientreffen“ finden in diesem Jahr an folgenden Terminen statt:**
23.2.2015, 1.6.2015, 24.8.2015, 23.11.2015, jeweils um 19.00 Uhr im DGVT Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße. Herzliche Einladung an alle Mitglieder!
- **Sachsen-Anhalt:** *Sachsen-Anhalt: Rahmenbedingungen für Psychotherapeutische Praxen*
Gemeinsame Veranstaltung von DGVT-Berufsverband, bvvp und VPP/BDP.
Themen: Struktur und Wert der Selbstverwaltung, Grundzüge der Honorarsystematik ambulanten Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie spezielle Honorarthesen der PsychotherapeutInnen
Referentinnen: Dipl.-Psych. Ulrike Böker (bvvp), Kerstin Burgdorf (DGVT-BV) und Dipl.-Psych. Juliane Sim (VPP).
Termin: 20. Februar 2015, 18.00 – 21.00 Uhr in der KV Sachsen-Anhalt, Am Kirchtor 9, 06108 Halle

Alle Termine auch auf www.dgvt.de bzw. www.dgvt-bv.de. Klicken Sie auf den Button „Landesgruppen“.

DGVT-Berufsverband - Fortbildung

Berufsrecht und Praxisorganisation - Termine

„*Approbation - was nun?*“

Diese Informationsveranstaltung richtet sich an PiAs und an frisch approbierte KollegInnen. Erläutert werden die aktuelle berufsrechtliche Situation und die beruflichen Perspektiven für PsychotherapeutInnen im ambulanten und stationären Bereich.

Nächste Termine:

14. Februar 2015, 10.00-14.00 Uhr in Hannover. Referentin: Eva Maria Greiner

12. März 2015, 15.00-18.00 Uhr in Tübingen. Referentin: Eva-Maria Greiner

13. Juni 2015, 10.00-14.00 Uhr in Wiesbaden. Referentin: Gisela Borgmann-Schäfer

Kostenerstattung

Das Seminar ist vor allem für diejenigen Mitglieder gedacht, die sich demnächst als „Kostenerstatter“ niederlassen möchten oder die frisch in diesem Bereich tätig geworden sind.

Referentin: Kirsten Deppenkemper

Nächste Termine:

21. Februar 2015, 9.00-16.30 Uhr in Münster, 9. Mai 2015, 9.00-16.30 Uhr in München, 17. Oktober 2015, 9.00-16.30 Uhr, Ort noch offen.

Seminar zur wirtschaftlichen Praxisführung

„Wie führe ich meine Praxis wirtschaftlich optimal?“. Diese Frage stellen sich sowohl PraxisgründerInnen als auch bereits niedergelassene PsychotherapeutInnen gleichermaßen. Deshalb bieten wir zusammen mit dem Institut für wirtschaftliche Praxisführung Dr. Rinner & Partner ein Zwei-Tages-Seminar an, das den betriebswirtschaftlichen Blick schärft, Sie vor typischen Anfängerfehlern schützt und Sie handlungssicher macht im Praxisalltag.

Nächster Termin: 10./11. April 2015 (10.4.: 16.00-20.00 Uhr, 11.4.: 9.00-17.00 Uhr) in Hannover.

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

20. Workshoptagung der DGVT vom 12. – 14. März 2015 in Tübingen

Angebote des DGVT-Berufsverbands im Rahmen der Workshoptagung

Fallseminare am 12. März 2015, jeweils 15.00-18.00 Uhr

Update Berufsrecht für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

In den letzten Jahren haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen für Psychotherapie durch das Patientenrechtgesetz, das Bundeskinderschutzgesetz und durch die Veröffentlichung von verschiedenen Behandlungsleitlinien verändert. Im Rahmen der Veranstaltung wird auf einige zentrale Aspekte anhand von Fallvignetten eingegangen, u.a. „Datenschutz und Schweigepflicht“, „Kindeswohlgefährdung“, „Umgang mit Suizidalität“. In einem abschließenden Themen-Block soll kurz auf Fragen der Niederlassung in eigener Praxis eingegangen werden: rechtliche Rahmenbedingungen für Praxisräume (berufsrechtliche und baurechtliche Vorgaben, Mietvertrag), notwendige Versicherungen für Praxisgründer.

Referentinnen: Mechthild Greive und Kerstin Burgdorf

Approbation - was nun?

Referentin: Eva-Maria Greiner

Praxissoftware im Vergleich – Erfahrungsberichte

ReferentInnen: Judith Schild und Daniel Surall

Praxissoftware im Vergleich – Erfahrungsberichte

Judith Schild und Daniel Surall

20. WORKSHOPTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

12.-14. März 2015 in Tübingen

“Störungsübergreifende Aspekte in der Psychotherapie”

Vorträge, Workshops, Fallseminare,
Vereinsveranstaltungen



DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

www.dgvt-fortbildung.de