

# Rosa Beilage

## Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

---

Supplement zu VPP 2/2014  
20. Mai 2014

---

### *Aus dem Inhalt*

- **DGVT kritisiert psychotherapeutische Unterversorgung in NRW**
- **Neue Versorgungsstrukturen für die Psychotherapie in der Diskussion**
- **Das Soziale – in der Krise? – Paritätischer fordert sozialpolitischen Kurswechsel**
- **Wahl zur Landespsychotherapeutenkammer in NRW: DGVT ruft zur Wahl auf**

  
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](mailto:dgvt@dgvt.de) / [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de)

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

**Verantwortlich für den Inhalt:**

Vorstand von DGVT und DGVT-BV.

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

**Copyright:**

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

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

**Satz:**

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen

Lia Kailer und Suse Stengel

**Druck:**

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

## INHALTSVERZEICHNIS

### *Stellungnahmen von DGVT und DGVT-BV*

- **DGVT kritisiert Unterversorgung in Nordrhein-Westfalen**..... 6
- **Abkommen des Verteidigungsministeriums und der BPTK**..... 7
  - **Aktuelle Situation**..... 7
  - **DGVT fordert umfassende psychotherapeutische Hilfe für belastete Soldaten**..... 8
- **DGVT und DGVT-Berufsverband widersprechen Kritik an PsychotherapeutInnen** ..... 9
- **Leserbrief zur Kritik an PsychotherapeutInnen** ..... 10
- **Neue Versorgungsstrukturen für die Psychotherapie: Der Stand der Dinge**..... 11
- **G-BA-Entscheidung zur Bedarfsplanung**..... 13

### *Gesundheits- und Berufspolitisches*

- **Bertelsmann-Studie zur Versorgung von Depressions-PatientInnen** ..... 16
- **Neue interdisziplinäre S3-Leitlinie zu Angststörungen**..... 18
- **Licht und Schatten in der Integrationspolitik**..... 18
- **Gesetzentwurf zur Pflegereform** ..... 19
- **„Das Soziale – in der Krise?“ – Paritätisches Jahresgutachten 2014**..... 21
- **Transparenz bei der GKV-Selbstverwaltung: Kleine Anfrage Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag**..... 22

### *Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg.....	25
Bayern.....	26
Berlin .....	27
Hamburg .....	28
Hessen.....	29
Nordrhein-Westfalen .....	30
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) .....	30
Thüringen.....	36

### *Berufspolitische Informationen für Angestellte*

- **Petition gegen PEPP hat Quorum knapp verfehlt – Optionsphase dennoch verlängert**..... 37

### *Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

- **BMC-Expertenforum: Neue Versorgungs- und Anreizstrukturen für die ambulante Psychotherapie?** ..... 38
- **Empfehlung zum Honorarwiderspruch** ..... 44
- **18. Konzertierte Aktion der KBV mit den Berufsverbänden** ..... 44

### *Aus den Kammern*

- **Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (LPK-Studie)** ..... 48

### *Alles was Recht ist . . .*

- **Aktuelle Entscheidung des BSG zur Vertragssitzabgabe** ..... 50
- **Urteil: Krankenkasse muss fristgerecht entscheiden** ..... 51
- **Stiftung Patientenschutz will Sitz im G-BA einklagen** ..... 52

### *Tagungsberichte*

- **Tagung „Psychotherapie in der GKV zwischen alten Kontroversen und gesetzlicher Neuregelung“ in Frankfurt** ..... 53
- **7. Wissenschaftliche Fachtagung des BKJ vom 14.-16.03.2014** ..... 54
- **Statuskonferenz „Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung“** ... 56
- **Treffen der Psychotherapeutenverbände (GK II) in Berlin** ..... 57

### *Weitere Infos*

- **Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2012** ..... 60
- **Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen** ..... 60
- **Übergangsregelung für den Erwerb des EuroPsy-Zertifikats verlängert** ..... 61
- **Erprobung Elektronische Gesundheitskarte (eGK)** ..... 61
- **Zahl der Ärzte nimmt weiter zu** ..... 62
- **Einer für alle – Ausbildungsreform will drei Pflegeberufe zu einem zusammenlegen** ..... 62
- **„Pille danach“ – weiterhin nur auf Rezept** ..... 63
- **KiGGS-Studie erschienen** ..... 63

### *Letzte Meldung*

- **24. Deutscher Psychotherapeutentag am 17.05.2014 in Berlin** ..... 64

### *Regionale Mitgliedertreffen, Termine*

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zwei Themen bestimmen gerade die Diskussionen im psychotherapeutischen Feld. Zunächst die *Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung*. Hier wartet das Bundesgesundheitsministerium, wie Minister Hermann Gröhe erklärte, auf ein klares Signal aus der Psychotherapeutenchaft, wie diese Reform aussehen soll. Mehrere Optionen werden bekanntlich diskutiert. Dabei ist es sicher ein Fortschritt, dass die aktuellen Diskurse bei Verbänden und Kammern sich nun um die Frage drehen, welche der drei Varianten unter strukturellen und finanziellen Blickwinkeln wirklich umsetzbar ist. Vor dem Hintergrund von Mindestanforderungen für die Reform und die verschiedenen Optionen, die derzeit von den Kammern vorbereitet werden, soll es im Herbst beim Deutschen Psychotherapeutentag eine Richtungsentscheidung geben.

Das andere Thema im Brennpunkt der Diskussion ist die *Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung*. Ursprünglich nur als Revision der Psychotherapie-Richtlinie gedacht, weitet sich die Diskussion auf das gesamte Feld psychotherapeutischer Tätigkeit aus, und es werden weitreichende Reformoptionen diskutiert. Gut so! Die immer häufiger publizierten Statistiken über die zunehmende Relevanz psychischer Störungen als Ursache für erhebliche Folgekosten bei Kranken- und Rentenversicherungen, weisen auf ein gesellschaftliches Problemfeld hin, das nur durch eine Verbesserung der Versorgung gelöst werden kann, nicht durch Rationierung.

Die vor Ihnen liegende Rosa Beilage enthält im weiteren die verschiedenen *Stellungnahmen von DGVT und DGVT-BV* zu aktuellen Themen: Psychotherapeutische Versorgungsdefizite in NRW, Abkommen des Verteidigungsministeriums mit der Bundespsychotherapeutenkammer; Antwort auf den polemischen Beitrag des Psychiaters Manfred Lütz in der ZEIT zu psychotherapeutischen Versorgungsdefiziten und eine Kritik an der Entscheidung des G-BA bei der Bedarfsplanung Ermächtigungen sowie Psy-

chiatrische Institutsambulanzen zu berücksichtigen.

Unter „*Gesundheits- und Berufspolitisches*“ informieren wir über die neuesten Studien und den Gesetzentwurf zur Pflegereform sowie die interdisziplinäre S3-Leitlinie zu Angststörungen.

Bei den „*Berufspolitischen Informationen für Angestellte*“ berichten wir den aktuellen Stand der Diskussion zum neuen Entgeltssystem für Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken (PEPP).

Jürgen Friedrich, Sprecher der Fachgruppe Niedergelassene, berichtet in der Rubrik „*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*“ über ein Expertenforum, bei dem über neue Versorgungs- und Anreizstrukturen für die ambulante Psychotherapie diskutiert wurde, sowie über das Treffen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Berufsverbänden. Kerstin Burgdorf gibt Hinweise des DGVT-Berufsverbands zum Widerspruch gegen den Honorarbescheid.

Ergänzend haben wir wieder aktuelle *Taungsberichte* sowie die *Berichte der Landesgruppen*, unter „*Alles was Recht ist*“ die Besprechung eines Urteils des Bundessozialgerichts zur Vertragssitzabgabe sowie zu der im Patientenrechtegesetz festgelegten Bestimmung „Krankenkasse muss fristgerecht entscheiden“ bevor als letzte Meldung der Bericht zum *24. Deutschen Psychotherapeutentag* folgt.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre und hoffen, die Fachdiskussionen in manchen Teams und Arbeitsgruppen zu bereichern. Für Rückmeldungen über das Konzept der Rosa Beilage und über mögliche zukünftige Schwerpunkte sind wir jederzeit dankbar!

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

Waltraud Deubert  
Anna Millek

Heiner Vogel  
Kerstin Burgdorf

## Stellungnahmen von DGVT und DGVT-BV

### Untätigkeit der KV und der Krankenkassen beenden

#### PatientInnen suchen in NRW viel zu oft vergeblich psychotherapeutische Hilfe

Nahezu flächendeckend müssen Patientinnen und Patienten in Deutschland länger auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung warten, als dies eigentlich vertretbar ist. Wegen der Auslastung der psychotherapeutischen Praxen warten 72 Prozent der PatientInnen länger als drei Wochen auf ein Erstgespräch. Geradezu skandalös ist aber, dass nahezu ein Drittel (31,5 Prozent) Wartezeiten über drei Monate hinnehmen müssen. Doch genau dies ist im Ruhrgebiet der Normalfall. Von Wesel bis Hamm und von Recklinghausen bis Hagen vergehen durchschnittlich zwischen 16,6 bis 25,9 Wochen, bevor ein Patient erstmals einen Psychotherapeuten in dessen Praxis zu Gesicht bekommt. Lediglich in Herne, Dortmund und im Ennepe-Ruhr-Kreis liegen die Wartezeiten mit 9,1 bis 11,4 Wochen knapp unter der Drei-Monats-Grenze.<sup>1</sup>

Der Mangel an niedergelassenen PsychotherapeutInnen ist gesetzlich verordnet. Die Anzahl der Praxen mit Kassenzulassung im Jahr 1999 gilt bis heute als Maßstab für eine ausreichende Versorgung. Diese ebenso willkürliche wie fehlerhafte Bezugsgröße sorgt dafür, dass niederlassungswillige PsychotherapeutInnen an der Eröffnung neuer Praxen gehindert werden. Für sämtliche Städte und Kreise in Nordrhein-Westfalen gilt eine Sperre für zusätzliche Praxiseröffnungen. Im Ruhrgebiet wird diese willkürliche sog. „Bedarfsplanung“ auf die Spitze getrieben: Das Ruhrgebiet gilt aus unerfindlichen, vermutlich aber schwer erklärbaren historischen Gründen, als „Sonderregion“, in

<sup>1</sup> Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Berlin 2011.

der Großstädte wie Kreisstädte eingestuft werden. Die Folge: 11,4 Psychotherapeuten sollen hier für jeweils 100.000 Einwohner ausreichen, gravierend weniger als in allen anderen deutschen Großstädten (in Berlin kommen 61,9 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner, in Nürnberg 46,9).

Alle Studien und Vorschläge von Fachverbänden wie der DGVT, der Psychotherapeutenkammer NRW und der Bundespsychotherapeutenkammer, wie diesem eklatanten Missstand begegnet werden könnte, stießen bislang auf taube Ohren bei den Verantwortlichen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen. Sie legen gemeinsam auf Bundesebene die Regeln für die Bedarfsplanung fest und steuern deren Umsetzung in den regionalen Zulassungsausschüssen. Zuletzt hat eine Dokumentation im WDR-Fernsehen das Thema aufgegriffen<sup>2</sup> und festgestellt, dass PatientInnen in Nordrhein-Westfalen bis zu einem tatsächlichen Behandlungsbeginn sogar sechseinhalb Monat warten müssen.

DGVT-Vorstandsmitglied Wolfgang Schreck aus Gelsenkirchen kennt die Misere aus eigener Erfahrung: „Den Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen wird dringend benötigte Hilfe schlichtweg verweigert. Das hat nicht nur schwerwiegende gesundheitliche, sondern auch verheerende volkswirtschaftliche Folgen“, sagt der Leiter der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern der Stadt Gelsenkirchen.

Denn zum gesundheitspolitischen Skandal gesellen sich volkswirtschaftliche Konsequenzen. „Die langen Wartezeiten erhöhen das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern und wiederkehren. Unbehandelt verlaufen viele psychische Erkrankungen chronisch mit zunehmenden Komplikationen“, stellt die Studie der Bundespsychotherapeutenkammer fest.

<sup>2</sup> „Kein Bedarf an Psychotherapeuten?“, Ausstrahlung im WDR-Fernsehen am 27. April 2014 um 19.30 Uhr.

Arbeitsunfähigkeitszeiten / Krankschreibungen sind die Folge – sie sind bei Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders lang andauernd. Mit zunehmender Dauer der Wartezeit auf eine Psychotherapie steige außerdem der Anteil der Menschen, die eine ambulante Behandlung gar nicht erst beginnen. Stationäre Behandlungen können die Folge sein und ebenso eine auch bundesweit unmissverständliche Entwicklung: psychische Erkrankungen sind seit über 10 Jahren der häufigste Grund für Frühberentungen.

Immerhin fand das Thema Eingang in den Koalitionsvertrag von CDU und SPD auf Bundesebene im vergangenen Jahr. „Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definieren Frist die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten“, heißt es dort. Wolfgang Schreck verlangt, den Worten nun endlich Taten folgen zu lassen: „Die Vorgaben für ambulante Psychotherapie müssen sich endlich am tatsächlichen Bedarf in der Bevölkerung orientieren. Das bedeutet auch, das Ruhrgebiet nicht mehr als ‚Sonderregion der Bedarfsplanung‘ zu behandeln.“

*Stellungnahme der DGVT vom 29.04.2014*

## **Abkommen des Verteidigungsministeriums und der BPTK Aktuelle Situation**

---

Laut einer Studie der Technischen Universität Dresden zur Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) unter der Leitung von Prof. Hans-Ulrich Wittchen und Dr. Sabine Schönfeld erkranken zwischen 1,8 und 2,9 Prozent der Soldaten während eines Einsatzes an PTBS. Schon seit Langem setzt sich die Bundespsychotherapeuten-

kammer (BPTK) für eine bessere Versorgung von ihnen und ihren Kollegen mit anderen psychischen Erkrankungen ein. Laut dem Bericht des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages vom Februar 2014 besteht allerdings immer noch Bedarf zur Verbesserung.

Am 9. September 2013 wurde ein Abkommen zwischen dem Verteidigungsministerium und der BPTK geschlossen, das am 16. September in Kraft trat. Das Abkommen ist ein Ergebnis langer Vertragsverhandlungen. Ziel ist es, die Versorgungssituation von Soldaten mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. So ist es jetzt möglich, dass sich Soldaten nicht nur von PsychotherapeutInnen mit KV-Zulassung sondern auch von PsychotherapeutInnen aus Privatpraxen behandeln lassen. Die Bundeswehr bietet Fortbildungen an, um auf die Zusammenarbeit vorzubereiten. Die erste Veranstaltung fand am 13. März 2014 in der Blücher-Kaserne in Berlin-Kladow statt. Ziel der Fortbildung ist es, PsychotherapeutInnen mit der besonderen Lebenssituation der Soldaten vertraut zu machen.

Während das generelle Bestreben, die Versorgung von psychisch Erkrankten zu verbessern, unterstützenswert ist, gibt es doch einige Probleme in der Umsetzung. Besonderes Aufsehen erregte die erste Pressemitteilung der BPTK zur Kooperation mit dem Verteidigungsministerium, in der die psychische Ertüchtigung der erkrankten Soldaten für weitere Auslandseinsätze als ein Hauptziel der Zusammenarbeit vorgestellt wurde. Prof. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, fügte dem noch hinzu: „Es spricht nichts dagegen, dass ein Soldat, der psychisch krank war, aber erfolgreich behandelt wurde, seinen Dienst weiter fortsetzt – und auch an Auslandseinsätzen teilnimmt.“ Hier stellt sich die Frage, ob dies dem leitliniengerechten Behandlungsansatz nach der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung entspricht. Hinzu kommt, dass viele Symptome der PTBS bei Soldaten wichtig und gewollt sind. So ist zum Beispiel eine hohe Sensibilität für Ereignisse wichtig, um Gefahren er-

kennen und vermeiden zu können. Daher wäre es also vorstellbar, dass die psychotherapeutischen Behandlungsziele den Zielen, die die Bundeswehr mit dem Einsatz der PsychotherapeutInnen verbindet, widersprechen.

Einige der Probleme, die im Zusammenhang mit der Vereinbarung der BPtK diskutiert werden (z.B. von der Neuen Gesellschaft für Psychologie in einer entsprechenden öffentlichen Erklärung) liegen in den speziellen Richtlinien und Vorgehensweisen der Bundeswehr begründet. Dies fängt damit an, dass Soldaten keine freie Arztwahl haben. Sie müssen sich im Falle einer Erkrankung immer zuerst an den Truppenarzt wenden und dieser entscheidet dann, ob der Soldat oder die Soldatin eine Behandlung (bei einem Facharzt) benötigt. Außerdem muss, wenn nach den Probatorischen Sitzungen eine Therapie beantragt wird, dazu immer der Bericht an den Truppenarzt bzw. an den Wehrpsychiater geschickt werden. Dadurch ist der Datenschutz der SoldatInnen eingeschränkt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass ein Soldat unter Verschwiegenheitspflicht über alle seine militärischen Aktionen steht. Nach Paragraph 14 des Soldatengesetzes müssen Bundeswehrangehörige „über die ihm bei oder bei Gelegenheit seiner dienstlichen Tätigkeit bekannt gewordenen Angelegenheiten Verschwiegenheit (...) bewahren“. Eine Aufhebung der Verschwiegenheitspflicht ist nur für interne Mitteilungen und für Tatsachen, „die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen“ möglich. Die Sitzung bei einem externen Psychotherapeuten dürfte nicht zur innerdienstlichen Kommunikation zählen, somit besteht hier die erwähnte die Verschwiegenheitspflicht. Da davon auszugehen ist, dass die traumatisierenden Erlebnisse im Rahmen eines Einsatzes geschahen, ist hier eine Therapie ohne aufgehobene Verschwiegenheitspflicht nur eingeschränkt denkbar.

Alles in allem ist das dem Abkommen zwischen dem Verteidigungsministerium und der BPtK zu Grunde liegende Ziel, die

Versorgung von psychisch erkrankten Soldaten zu bessern, zu begrüßen. Die bestehenden Probleme sind jedoch nicht zu leugnen und sollten weiter diskutiert werden.

*Anna Millek*

## **Krankmachende Rahmenbedingungen thematisieren**

### **DGVT fordert umfassende psychotherapeutische Hilfe für belastete Soldaten**

Vor kurzem fand in Berlin die erste gemeinsame Fortbildungsveranstaltung von Bundeswehr und Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) statt. Zuvor war zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) und der BPtK ein Vertrag zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Soldatinnen und Soldaten abgeschlossen worden. Er regelt, dass sich SoldatInnen künftig nicht nur von PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung, sondern auch in Privatpraxen behandeln lassen können.

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V. begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Es steht für die DGVT außer Frage, dass SoldatInnen, die insbesondere in Auslandseinsätzen häufig schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, bei Bedarf eine bestmögliche psychotherapeutische Behandlung erfahren sollen.

Die bisherigen Verlautbarungen der BPtK lassen allerdings Zweifel aufkommen, ob die Kooperationspartner diesbezüglich die richtigen Prioritäten gesetzt haben. Als befremdlich empfinden wir insbesondere, dass in einer ersten Pressemitteilung der BPtK zur Kooperation mit dem Verteidigungsministerium die psychische Ertüchtigung („Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldatinnen und Soldaten“) der Betroffenen für weitere Auslandseinsätze als eine Leitidee der Zusammenarbeit prominent herausgestellt wurde.

Die DGVT vertritt die Position, dass die Wiedererlangung einer möglichst nachhaltig



stabilen psychische Gesundheit das Primärziel jeder psychotherapeutischen Behandlung sein muss. Unseres Erachtens darf es nicht ein primäres Ziel sein, die PatientInnen für den Einsatz fit zu machen. Vielmehr muss es darum gehen, dass im Rahmen der Psychotherapie an den Ursachen für die Erkrankung gearbeitet wird.

Gefordert sind daher eine umfassende Einbeziehung der Bedingungen, die zu einer psychischen Stressreaktion geführt haben, und Antworten auf die Frage, wie Patienten diese in Zukunft vermeiden können.

Militärische Auslands- und zumal Kriegseinsätze können für SoldatInnen gravierend krank machende Bedingungen darstellen. Bundeswehrangehörige sind unter Umständen Todesängsten ausgesetzt oder kommen in Situationen, in denen sie selbst töten müssen. Aus psychotherapeutischer Sicht gefährdet es grundsätzlich die psychische Gesundheit, wenn Menschen solchen Bedingungen ausgesetzt sind. Das bedeutet nicht, dass von psychotherapeutischer Seite Einfluss auf die individuelle Entscheidung eines Patienten oder einer Patientin über dessen/deren zukünftige berufliche Tätigkeit genommen werden soll. Sehr wohl bedeutet es aber, dass mit PatientInnen über die Bedingungen gesprochen werden muss, die zu ihren psychischen Problemen geführt haben und über Möglichkeiten, in der Zukunft ihre psychische Gesundheit wiederzuerlangen und dauerhaft aufrecht zu erhalten. Demgegenüber ist das von der BpTK formulierte Ziel, SoldatInnen wieder tauglich für militärische Auslandseinsätze zu machen, als vollkommen nachrangig zu betrachten.

Die DGVT wird diese Position auf dem bevorstehenden Deutschen Psychotherapeutentag vertreten und hofft auf eine weitreichend Unterstützung innerhalb der PsychotherapeutInnenschaft. Es wäre ein wichtiges Signal unserer Berufsgruppe, wenn wir uns in der Öffentlichkeit aktiv für Rahmenbedingungen einsetzen, die psychischer Gesundheit förderlich sind, und uns nicht als ausschließlich zuständig für die Reparatur von Schäden darstellen würden.

*Stellungnahme der DGVT vom 24.03.2014*

## **DGVT und DGVT-Berufsverband widersprechen ZEIT-Artikel über die Ursachen psychotherapeutischer Unterversorgung**

*In regelmäßigen Abständen müssen sich Psychologische PsychotherapeutInnen mit dem Vorwurf auseinandersetzen, sie würden vorzugsweise leichtere Erkrankungen oder gar PatientInnen ohne relevante Erkrankungen behandeln, und dies auch noch häufig mit unzulänglichen Methoden, so dass dadurch Kapazitäten für die dringend behandlungsbedürftigen schwer psychisch erkrankten PatientInnen blockiert würden. Eine Expertise der KBV auf der Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl der Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010 belegt dahingegen, dass es bei den Behandlungsfällen kaum Unterschiede gibt bei Psychologischen PsychotherapeutInnen und Psychiatern. Die neueste Kritik von dem Arzt und Buchautor Manfred Lütz weisen DGVT und DGVT-Berufsverband in ihrer Stellungnahme entschieden zurück:*

Im Rahmen einer Serie der Wochenzeitung DIE ZEIT hat sich der Arzt, Theologe und Buchautor Manfred Lütz mit der offenkundigen psychotherapeutischen Unterversorgung in Deutschland befasst. Dabei hat er die niedergelassenen PsychotherapeutInnen als Hauptschuldige an der Versorgungsmisere ausgemacht. Sie würden vorzugsweise leichtere Erkrankungen oder gar PatientInnen ohne relevante Erkrankungen behandeln, und diese auch noch häufig mit unzulänglichen Methoden, so die Argumentation von Lütz. Dadurch würden Kapazitäten für die dringend behandlungsbedürftigen schwer psychisch erkrankten PatientInnen blockiert. Als angebliche Belege führt Lütz krude Vergleichszahlen über behandelte PatientInnen pro PsychiaterIn und PsychotherapeutIn ebenso ins Feld wie die Behauptung, dass Psychologische PsychotherapeutInnen einen

vorgeblichen Bedarf mit erfundenen neuen Krankheitsbildern selbst erzeugen würden. Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der DGVT-Berufsverband (DGVT-BV) bedauern, dass Lütz mit dieser Veröffentlichung ebenso altbekannte wie nachweislich falsche Vorwürfe gegen ambulante psychotherapeutische Behandlungen erneut ins Zentrum einer öffentlichen Diskussion rückt. So ignoriert Lütz die zahlreich vorliegenden wissenschaftlichen Studien über die Wirksamkeit und den volkswirtschaftlichen Nutzen von Psychotherapien. Ihnen könnte er jederzeit entnehmen, dass ambulante psychotherapeutische Behandlungen sowohl in der subjektiven Beurteilung durch die PatientInnen als auch nach objektiven Kriterien sehr gut abschneiden und im Vergleich zu pharmakotherapeutischen Behandlungen auch noch nachhaltiger wirken.

Vor allem aber erweist Lütz seinem angeblichen Anliegen, nämlich schwer psychisch Erkrankten schnellere und bessere Hilfe zukommen zu lassen, mit seinem ZEIT-Beitrag einen Bärendienst. Anstatt sich mit den wahren Ursachen der psychotherapeutischen Unterversorgung auseinander zu setzen und die seit Jahrzehnten verfehlte Gesundheitspolitik zu kritisieren, bringt Lütz die Akteure gegeneinander in Stellung: Er meint den Esel, schlägt aber den Sack.

DGVT und DGVT-BV fordern Manfred Lütz daher auf, zu einer sachorientierten Debatte zurückzukehren, die von den Interessen der PatientInnen anstatt von überkommenem Freund-Feind-Denken geleitet wird. Nur gemeinsam kann es PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen und PatientInnen gelingen, die dringend benötigten Ressourcen im Gesundheitssystem zu erkämpfen. An den Pranger gehören völlig realitätsfremde Bedarfsplanungen, mangelnde Präventions- und Früherkennungsangebote auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen sowie fehlende Versorgungsangebote für sozial und gesundheitlich benachteiligte Personengruppen – nicht die KollegInnen aus der jeweiligen Nachbardisziplin.

*Stellungnahme DGVT/DGVT-BV 25.03.2014*

## **Leserbrief zum Artikel „Seelenqual, die keinen kümmert“**

**ZEIT-Ausgabe vom 20. März 2014**

Es wäre Manfred Lütz vieles zu entgegenen. Die meisten seiner mit flotter Feder und erkennbarer Lust an der Provokation hingeworfenen Behauptungen ließen sich ohne Mühe Punkt für Punkt widerlegen, schlicht durch die Darstellung wissenschaftlicher Studienergebnisse zu Wirksamkeit und volkswirtschaftlichem Nutzen von ambulanter Psychotherapie. Die entscheidende Frage aber lautet: Was erreicht der Autor mit seinem Beitrag? Nehmen wir ihn beim Wort, dann möchte er eine Lanze brechen für die hilfsbedürftigsten Mitglieder der Gesellschaft, die er in Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erkennt. Dafür könnte man ihn preisen, erwiese er der Sache nicht zugleich mit seinem Artikel einen Bärendienst. Denn statt um eine angemessene und am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientierte Ausstattung in allen Bereichen psychiatrischer und psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung zu kämpfen, verfällt er in ein gleichermaßen schlichtes wie falsches Freund-Feind-Denken. Damit bringt er ausgerechnet die Akteure gegeneinander in Stellung, die nur Seit' an Seit' den Hauch einer Chance hätten, dem Skandal der gesundheits- und finanzpolitisch erzeugten und gewollten Unterversorgung der Betroffenen etwas entgegen zu setzen.

Statt Psychiatrie und Psychotherapie aus verletzter Eitelkeit und mit besitzstandwahrenden Denkschemata gegeneinander auszuspielen, wäre es die Aufgabe von Lütz, gegen himmelschreiend fehlgeschlagene Bedarfsplanungen, mangelnde Präventions- und Früherkennungsangebote auf dem Gebiet psychischer Stressfaktoren und fehlende Versorgungsangebote für sozial und gesundheitlich benachteiligte Personengruppen anzuschreiben. Dann wäre er ein glaubwürdiger Kämpfer für die Schwachen in der Ge-

sellschaft und mehr als nur ein weiterer Vertreter der von ihm beklagten Lobbygruppen.

*Rudi Merod, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Bad Tölz*

## **Neue Versorgungsstrukturen für die Psychotherapie: Stand der Dinge**

Es ging mit der Vereinbarung der sog. Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung) im Einheitlichen Bewertungsausschuss vom Oktober 2013 richtig los: Ambulante Psychotherapie werde zukünftig extrabudgetär vergütet und es sollte neue Vertragspsychotherapeutenplätze geben, im Gegenzug sollte die Psychotherapie-Richtlinie überarbeitet werden. Von nun an waren insbesondere auch die Gesetzlichen Krankenkassen nachhaltig interessiert, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Von Seiten der Kassen, aber auch von anderen Seiten gab es schon seit vielen Jahren (Jahrzehnten!) Kritik an der Psychotherapie-Richtlinie, deren Grundstruktur seit ihrer Einführung Mitte der 60er Jahre unverändert geblieben ist. Nunmehr kam für die Kassen als wichtiges Argument hinzu, dass die (extrabudgetären) Kosten der Richtlinienpsychotherapie direkt zu Lasten der einzelnen Krankenkassen gehen. Der – eigentlich zuständige – Gemeinsame Bundesausschuss hat später auch die Revision der Psychotherapie-Richtlinie ins Arbeitsprogramm genommen, allerdings war da längst klar, dass der vom Bewertungsausschuss vorgeschlagene Zeitplan „Mitte 2013“ keinesfalls zu halten war. Gut Ding braucht Weile. Aber an verschiedenen Stellen wurden nun Konzepte und Ideen erarbeitet.

Die DGVT veranstaltete im Frühjahr 2013 ein Dialogforum zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie (siehe Rosa Beilage 2/2013, S. 17-20), der GKV-Spitzenverband legte ein Forderungspapier

vor (siehe Rosa Beilage 4/2012, S. 49-58) und auch von anderen Verbänden und Krankenkassen kamen wiederholt Ideen zur Neugestaltung. Nach der Bundestagswahl im September 2013 haben sogar die neuen Regierungsparteien CDU/CSU und SPD in ihrer Koalitionsvereinbarung die Forderung nach einer Reform der psychotherapeutischen Versorgung aufgenommen. Das verdeutlichte eine Bereitschaft der Politik, nicht nur den engen Rahmen der Richtlinienpsychotherapie in den Blick zu nehmen, sondern auch sinnvolle weitergehende Reformen anzugehen. Die deutliche Mehrheit der jetzigen Bundesregierung in Bundesrat und Bundestag sollte es auch leicht machen, Gesetzesänderungen, die von der Bundesregierung als richtig erkannt wurden, umzusetzen, speziell bei (bundesrats)zustimmungspflichtigen Gesetzen. Eine große Chance für echte Reformen!

Vor diesem Hintergrund erhielten die Diskussionen über eine Reform der psychotherapeutischen Versorgung einen weiteren Schub und die vorgelegten Vorschläge beschränkten sich nicht mehr auf Veränderungen innerhalb der Psychotherapie-Richtlinie. Das erste Modell wurde vom GKV-Spitzenverband beinahe zeitgleich zum Koalitionsvertrag vorgelegt, hier ging es insbesondere um Ansatzpunkte zur Rationierung von ambulanter Psychotherapie (vgl. Rosa Beilage 1/2014, S. 14-16). Ob dies die Intention der Bundesregierung war, darf zwar bezweifelt werden, aber tatsächlich sind die Krankenkassen ja zur Sparsamkeit verpflichtet. Betrübtlich ist nur, dass sie lieber an der Psychotherapie sparen wollen, als mit Hilfe von Psychotherapie (z.B. in den Bereichen Krankengeld, stationäre Einweisungen u.a.). Weitere Konzepte, wie sie etwa von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP; vgl. Rosa Beilage 1/2014, S. 18/19) wurden, waren dann stärker am Bedarf bzw. den Potentialen der Psychotherapie und den gegebenen Strukturen der Versorgung orientiert, bezogen sich aber zunächst insbesondere auf die Erweiterung der

Leistungs- bzw. Abrechnungsmöglichkeiten für Vertragspsychotherapeuten, auch außerhalb der Psychotherapie-Richtlinie. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat diese Anregungen aufgegriffen und in den letzten Monaten ein übergreifendes Konzept erstellt, welches seit Mitte März mit allen Landeskammern und Verbänden beraten und zuletzt beim Deutschen Psychotherapeutentag am 17. Mai 2014 vorgestellt und diskutiert wurde. Das BPtK-Reformmodell versucht, alle für die sachgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen anstehenden Innovationen im ambulanten und stationären Setting zusammenzustellen und die dafür notwendigen Änderungen auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene abzuleiten. Es geht dabei auch auf notwendige Veränderungen ein, die eine Vernetzung der verschiedenen Sektoren im Interesse der besseren psychotherapeutischen Versorgung bewirken können.

Die verschiedenen, in dem Modell aufgeführten Entwicklungsfelder werden nachfolgend kursorisch erläutert:

- Für den Bereich der ambulanten Psychotherapie soll die „*Psychotherapeutische Sprechstunde*“ eingeführt werden: Hier geht es um eine orientierende Erstdiagnostik, mögliche Überweisungen zu anderen Versorgungseinrichtungen (z.B. Psychosoziale Beratungsstellen) oder die Indikationsstellung zur Richtlinienpsychotherapie, die Verordnung von Heilmitteln, von Reha-Leistungen oder die Ausstellung von AU-Bescheinigungen, das Monitoring und damit insgesamt ein Casemanagement.
- Weitere neue, *ergänzende Psychotherapeutische Leistungen* sollen die konsiliarische Abklärung, Krisenintervention, aufsuchende Behandlungen und psychoedukative Gruppen sein.
- Das *Konzept der Richtlinienpsychotherapie* soll – quasi als Psychotherapie im engeren Sinne – weitergeführt, aber *modernisiert* werden: Gruppenpsychotherapie (auch erkrankungs- und themenspezifisch) und auch die Kombination

von Einzel- und Gruppentherapie soll erleichtert werden, Einzelpsychotherapie soll als Akutversorgung möglich sein, und es soll die niederfrequente Weiterbehandlung zur Stabilisierung (Erhaltungstherapie/Rezidivprophylaxe) eingeführt werden.

- Verschiedene Versorgungsformen, die unter der Überschrift „*multiprofessionelle ambulante Versorgungsnetze*“ zusammengefasst sind, sollen inhaltlich ausdrücklich auf die Vernetzung mit Psychotherapie bezogen werden und die PsychotherapeutInnen sollen im System die Möglichkeit zur vernetzten Mitwirkung erhalten (z.B. Soziotherapie, Physio-, Ergo- und Kreativtherapien, psychiatrische Krankenpflege).
- Die sachgerechte Einbeziehung psychotherapeutischer Angebote in teilstationäre/stationäre Behandlungen muss gewährleistet werden, damit den PatientInnen mit psychischen Störungen oder psychischer Komorbidität eine multiprofessionelle und multimodale intensivierete Versorgung im geschützten Rahmen nach dem Stand der Leitlinien ermöglicht wird.
- Ergänzende Besonderheiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegen in der Forderung nach einer Sozialpsychotherapievereinbarung, nach der – analog zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – unter psychotherapeutischer Leitung verschiedene sozialpädiatrische Leistungen koordiniert werden können. Auch die stärkere Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen soll hier ermöglicht werden, ebenso wie die engere Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe.

Was muss geändert werden, damit diese Innovationen eingeführt werden können? Einerseits müssen gesetzlichen Änderungen im SGB V erfolgen, etwa wenn es um die Aufhebung von Befugniseinschränkungen (bei der Verordnung von Heilmitteln oder Arbeitsunfähigkeit und die verantwortliche Einbindung in stationäre/teilstationäre Einrichtungen, einschließlich Leitungsbefugnis) geht. Die Überarbeitung der Psychotherapie-

Richtlinie müsste verschiedene erwähnte Neuerungen aufnehmen. Und der Gesetzgeber müsste schließlich den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, Strukturstandards für (teil-)stationäre Einrichtungen verbindlich zu erarbeiten (die aktuell in der Folge des Psych-EntgG laufende Entwicklung von Standards führt, nach Interpretation des Gesundheitsministeriums, nur zu Empfehlungen).

Ein rundes Konzept hat die BPTK vorgelegt – es wäre schön, wenn es so kommt! Viele Details sind zwar noch unklar, aber die Richtung stimmt sicher. Leider handelt es sich bei dem Konzept allerdings „nur“ um eine Ausarbeitung, die die BPTK erstellt hat. Sie wird sie jetzt als Vorschlag in die weitere Diskussion mit der Politik und dem G-BA geben. Und da kann man sich vorstellen, dass andere Beteiligte (etwa die Krankenkassen oder die psychiatrischen Fachärzte) nicht alle in gleicher Lautstärke Hurra schreien werden. Aber es gibt gute Argumente für die fallbezogene Differenzierung der Behandlungsangebote durch PsychotherapeutInnen. Von Seiten der Krankenkassen und der anderen Fachärzte wird immer wieder kritisiert, dass PsychotherapeutInnen sich gerne auf die Richtlinienpsychotherapie beschränken. Auch viele PsychotherapeutInnen würden gerne mehr tun (etwa Sprechstunden anbieten), allerdings muss es im Leistungskatalog auch möglich sein und es muss (logisch irgendwie) auch adäquat bezahlt werden. Insofern dürfte es schwer sein, rational bzw. guten Gewissens gegen das BPTK-Konzept zu argumentieren. Wir dürfen gespannt sein, wie die Diskussion weitergeht.

Auf zwei Punkte sei abschließend noch hingewiesen:

- Erstens kann man festhalten, dass viele der beschriebenen und angedeuteten Neuerungen tatsächlich sehr innovativ sind, und bisher erst wenig Referenzen bzw. Erfahrungswerte dazu vorliegen – etwa zur Frage, in welcher Form und in welchem Umfang Sprechstunden durch PsychotherapeutInnen genutzt und wie sie mit der Richtlinienpsychotherapie

kombiniert werden können. Ein solches Leistungspaket komplett neu einzuführen und die Details am grünen Tisch verbindlich und auf Dauer festzulegen, birgt sicher einige Risiken. Hier könnte es sich anbieten, zunächst zu diesen und anderen Innovationen verschiedene sorgfältig evaluierte Modellerprobungen durchzuführen und nach deren Auswertung dann Regeln für die bundesweite Umsetzung festzulegen.

- Zweitens ist offenbar nicht daran gedacht, die Anzahl der Vertragspsychotherapeutenplätze auszuweiten. Da das Konzept aber neue Leistungen vorsieht, die zusätzlichen zeitlichen Bedarf bei den Leistungserbringern erfordern werden (z.B. Psychotherapeutische Sprechstunden), ist fraglich, ob auf diese Weise tatsächlich die psychotherapeutischen Versorgungsdefizite behoben werden können. Hier knüpfen unsere Forderungen als Verband an, das Konzept mit einer veränderten Bedarfsplanung zu verknüpfen, die sich an der Versorgungsrealität (Stichwort Wartezeiten) orientiert.

*Heiner Vogel*

### **Bedarfsplanung: Berücksichtigung von Ermächtigungen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen führt zu Verschlechterungen**

Künftig werden auch ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten sowie Psychiatrische Institutsambulanzen (z. B. psychiatrische oder psychosomatische Institutsambulanzen sowie sozialpädiatrische Zentren) in die Bedarfsplanung mit einbezogen. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 17.04.2014 beschlossen. Die neue Regelung ist höchst umstritten.

Erst Anfang 2013 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Bedarfsplanung neu geregelt. Diese Reform zielte auf

eine Aufwertung der ländlichen Regionen („Landarztgesetz“). Zudem wurde die hausärztliche Versorgung gestärkt. Für Hausärzte wurden ca. 1.000 neue Zulassungsmöglichkeiten geschaffen, für Psychotherapeuten ca. 1.350 neue Sitze.

Bis dato wurden Leistungen ermächtigter ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nicht in die Bedarfsplanung einbezogen, ebenso wenig die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Das war aus Sicht unseres Verbands auch folgerichtig, da die Zulassung dieser hochspezialisierten Ambulanzen derzeit nicht nach einer Bedarfsprüfung erfolgt (PIA werden derzeit bedarfsunabhängig ‚automatisch‘ zugelassen).

Zur Erläuterung: Die Bedarfsplanung durch den G-BA folgt grundsätzlich dem gedanklichen Ansatzpunkt, dass in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung die Steuerung des ärztlichen und psychotherapeutischen Angebotes in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht erfolgt. So hatte die Neufassung der Bedarfsplanung-Richtlinie zum 1. Januar 2013 eine deutliche Differenzierung nach Arztgruppen vorgenommen (mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung in allen Bereichen, insbesondere dem hausärztlichen Angebot). Seither wird i. R. d. Bedarfsplanung zwischen einer hausärztlichen, einer allgemeinen fachärztlichen und einer spezialisierten fachärztlichen Versorgung unterschieden. Zusätzlich wurden sog. „gesonderte Arztgruppen“ in die Planung aufgenommen (Pathologen, Transfusionsmediziner, Humangenetiker etc.), die bislang nicht Bestandteil der Bedarfsplanung waren.

In der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA werden die räumlichen Bezüge der Planung (Planungsbereiche) und die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten festgelegt, die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Dies erfolgt über die Festlegung von Verhältniszahlen (Verhältnis von Einwohnern je Arzt/Psychotherapeut). Aus dem Vergleich dieser Ist- und Sollzahlen berechnet sich dann der Versorgungsgrad.

Die Aufnahme der o. g. Einrichtungen (PIA) in die Bedarfsplanung und die Anrechnung dieser Leistungen führt also zu Verzerrungen, da die Verhältniszahlen nicht im gleichen Zuge neu ermittelt werden. Zudem ist auch die Anrechnung der Leistungen Ermächtigter (diese werden je nach Tätigkeitsumfang pauschal angerechnet) problematisch.

Der Beschluss könnte aus Sicht der DGVT dazu führen, dass sukzessive mehr als 350 Vertragssitze Psychologischer PsychotherapeutInnen, ärztlicher PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen der ambulanten Versorgung verloren gehen.

Die Einbeziehung von Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung sollte unseres Erachtens von daher nur unter der Prämisse erfolgen dürfen, dass gleichzeitig die Zulassung dieser Ambulanzen nur aufgrund einer Bedarfsprüfung, d.h. nicht wie derzeit bedarfsunabhängig und automatisch erfolgt.

Der G-BA sollte die neue Regelung dringend überdenken, bevor weitere Verschlechterungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entstehen. Die DGVT hat sich in diesem Sinne an die Entscheidungsträger im G-BA gewandt. Der Beschluss ist eine Ohrfeige für PatientInnen, die derzeit wochenlang auf einen Therapieplatz warten müssen.

*Kerstin Burgdorf*

## ERGÄNZUNGSQUALIFIKATION - VERHALTENSTHERAPIE IN GRUPPEN

### Ergänzungsqualifikation zur Abrechnungserweiterung

#### Termine 2014:

- Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen:  
05. - 06. Juli 2014 (16 UE)
- Praktisches Know-how zur Durchführung von Gruppentherapie:  
20. - 21. September 2014 (16 UE)
- Zieloffene Verhaltenstherapie in Gruppen:  
01. - 02. November 2014 (16 UE)

Die Termine sind einzeln buchbar.

**Ort:** Friedrichshafen

**dgvtFW**

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e. V.

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

## Gesundheits- und Berufspolitisches

### Bertelsmann-Studie zur Versorgung von Depressions-PatientInnen

Im Rahmen der aktuellen Bertelsmann-Studie wurden Sekundärdaten von rund sechs Millionen Versicherten der Betriebs- und Innungskrankenkassen aus den Jahren 2008 bis 2012 analysiert. Viele Menschen leiden mindestens einmal im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Allein im Jahr 2011 erhielten rund 13% der Versicherten diese Diagnose. Dabei waren Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Des Weiteren gab es mit zunehmendem Alter deutlich mehr Depressionsdiagnosen. Bei rechtzeitiger Diagnose und leitliniengerechter Therapie können depressive Erkrankungen grundsätzlich gut behandelt werden. Nach den „Nationalen Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression“ gilt eine Behandlung bei schweren Depressionen als fachgerecht, wenn der Patient oder die Patientin eine Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie erhält. Die Ergebnisse der Bertelsmann-Studie konnten erneut die Unterversorgung der DepressionspatientInnen, insbesondere in Bezug auf leitliniengerechter Behandlung, bestätigen.

Insgesamt wird nur ein Viertel der PatientInnen mit schweren Depressionen fachgerecht, also entweder mit einer Kombinationsbehandlung (12%) oder stationär (14%) versorgt. Die gute Hälfte erhält nur Antidepressiva oder eine Psychotherapie, wohingegen 18% gar keine Therapie erhalten. Noch schlechter sieht die Situation der PatientInnen mit chronischen Depressionen aus. Von ihnen werden nur etwa 12% leitliniengerecht behandelt, 57% erhalten lediglich Antidepressiva oder eine Psychotherapie und 31% erhalten keinerlei Behandlung. Das Geschlecht hat nur einen geringen Einfluss auf die Art und Güte der Behandlung. Wohingegen es abhängig vom Alter der PatientInnen große Unterschiede gibt. So erhält die Grup-

pe der 25- bis 35-Jährigen den größten Anteil an Kombinationsbehandlungen. Danach sinkt mit zunehmendem Alter die Versorgung mit Kombinationstherapie und die Behandlung mit Antidepressiva steigt. Ein großes Problem ist dabei die Versorgung der über 60-Jährigen. Von den über 60-Jährigen, die an Depressionen leiden, werden nur rund 10% leitliniengerecht behandelt, dafür haben von ihnen mehr als 80% eine chronische Depression.

Auffällig ist, dass 59% aller Depressionsdiagnosen ausschließlich vom Hausarzt vergeben werden. Nach den aktuellen Daten sind über die Hälfte der Depressionsdiagnosen unspezifisch. Knapp 80% dieser unspezifischen Diagnosen werden vom Hausarzt allein vergeben. Diese Rate deckt sich mit vorherigen Untersuchungen. Trotzdem ist diese hohe Prävalenz an unspezifischen Diagnosen weder klinisch noch epidemiologisch zu erwarten. Daher ist von Problemen bei der Diagnosestellung oder der Kodierpraxis auszugehen. Mit der unspezifischen Depressionsdiagnose ergeben sich Probleme, da sie es erschwert festzulegen, welche Behandlung erforderlich ist und welche Einschränkungen für den Patienten vorliegen. Bei den spezifischen Depressionsdiagnosen ist die mittelgrade Episode mit 42% am häufigsten vergeben. Schwere Episoden machen 30% und leichte Depressionsepisoden 28% aus.

In den wirtschaftlich besser gestellten Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg und Hessen) und den Stadtstaaten sollte es aufgrund der ökonomischen Schutzfaktoren weniger Menschen mit Depressionsdiagnose geben als zum Beispiel in den ostdeutschen Bundesländern, wo auch eine höhere Arbeitslosenquote vorliegt. Überraschender Weise sind die Befunde anders herum. Die höchste Rate der Depressionsdiagnosen findet sich im Süden (Bayern und Baden-Württemberg) und in den Großstädten (Berlin und Hamburg). Dahingegen ist sie im Osten Deutschlands (Sachsen-



Anhalt, Sachsen, Thüringen) am niedrigsten. Der Großteil (70%) der PatientInnen mit Depression erhält mindestens noch eine weitere Diagnose. Bei den häufigsten Komorbiditäten handelt es sich um die somatoformen Störungen, Belastungs- und Angststörungen. Interessant ist hier, dass sich die regionale Verteilung der Komorbiditäten entgegen der der Depression verhält. So werde somatoforme und Angststörungen besonders im Osten Deutschlands komorbid diagnostiziert. Auch in der Versorgung gibt es große regionale Unterschiede. Besonders geringe Raten der leitliniengerechten Behandlung gibt es in den ostdeutschen Bundesländern und in den ländlichen Regionen. Allerdings liegt selbst in den Gebieten mit der besten Versorgung die Rate der fachgerechten Behandlung nur bei knapp 40%.

Für die regionalen Unterschiede gibt es verschiedene Erklärungsversuche. Es ist möglich, dass die Versorgung anbietersensitiv ist, also die vorhandenen Kapazitäten der Versorger einen Einfluss auf die Häufigkeit der Diagnosen haben. Es wurden einige Zusammenhänge in den Daten gefunden, die darauf hinweisen. Die Tatsache, dass in Regionen mit höherer Versorgungsdichte eine höhere Depressionsrate vorliegt, könnte an einer genaueren Diagnostik liegen. Eine Überdiagnostik wäre allerdings auch eine mögliche Erklärung. Die geringere Rate der Depressionserkrankten in den Gebieten mit einer geringeren Versorgungsdichte, könnte möglicherweise auf eine Unterdiagnostik hinweisen, in der nur schwerere Fälle erkannt werden. Des Weiteren wurden in Regionen mit einer geringen Dichte an auf psychische Erkrankungen spezialisierten FachärztInnen und PsychotherapeutInnen häufiger und länger Antidepressiva verschrieben. Dahingegen geht eine hohe Dichte an BehandlerInnen mit einer vermehrt leitliniengerechten Versorgung einher. Die Behandlungsqualität kann also stark von den vorhandenen Versorgungsstrukturen abhängen. So ist es nicht möglich einen Patienten mit Kombinationstherapie zu behandeln, wenn kein Behandlungsplatz bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin zur

Verfügung steht. Ein weiterer Erklärungsansatz für die regionalen Unterschiede könnte darauf beruhen, dass in Regionen, in denen psychische Erkrankungen stärker stigmatisiert sind, weniger Hilfe in Anspruch genommen wird. Auch von Seiten der BehandlerInnen könnte es durch finanzielle Anreize zur Verzerrung kommen. Dies wäre durch ökonomische Anreize beim Kodierverhalten im Rahmen der Hausarztverträge denkbar. Eine andere Erklärung wäre das Beibehalten früherer, nicht mehr aktueller Diagnosen. Schlussendlich ist es ebenfalls möglich, dass ÄrztInnen und TherapeutInnen nach Absprache absichtlich von den Behandlungsrichtlinien abweichen, zum Beispiel wenn bei dem Patienten oder der Patientin eine Unverträglichkeit gegen Antidepressiva vorliegt. Gerade bei mittelgradigen Episoden spielen auch die Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten eine Rolle in der Wahl der Behandlungsform.

Die Autoren sehen für die Zukunft Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen. Als erster Schritt sei es wichtig die Diagnose Depression zu entstigmatisieren, um die Anzahl der Betroffenen zu erhöhen, die auch tatsächlich Hilfe in Anspruch nehmen. Patienten sollten besser informiert und aufgeklärt werden, damit sie vermehrt an der Entscheidungsfindung beteiligt werden können. Auf Seiten der Behandler ist eine Qualitätsverbesserung der Diagnosestellung und -kodierung anzustreben. Dies könnte unter anderem durch Fortbildungen in diesem Bereich oder eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildung der ÄrztInnen erfolgen. Zukünftige Forschung sollte sich weiterhin mit der Versorgungssituation beschäftigen, aber darüber hinaus auch die Wirksamkeit der eingesetzten Behandlungsmaßnahmen mit betrachten. Schlussendlich ist es erforderlich, dass die Behandler- und Krankenhausedichte so geplant wird, dass eine effektive und bedarfsgerechte Versorgung erfolgen kann.

*Anna Millek*

## **Neue interdisziplinäre S3-Leitlinie zu Angststörungen**

---

Eine neue interdisziplinäre S3-Behandlungsleitlinie zu Angststörungen wurde am 7. Mai 2014 nach rund sechsjähriger Arbeit in Berlin vorgestellt. An der neuen Leitlinie haben ca. 20 Fachgesellschaften mitgearbeitet, darunter auch PatientenvertreterInnen und Selbsthilfeorganisationen. Die DGVT wurde in dieser Zeit in dem Gremium von Heinz Liebeck aus Göttingen vertreten, der lange Jahre in der Qualitätssicherungskommission der DGVT mitgearbeitet hat.

Rund 15 Prozent der Bevölkerung erkranken in Deutschland im Verlauf eines Jahres an einer Angststörung. Wird diese nicht erkannt und richtig behandelt, kommt es häufig zu einer Chronifizierung, oftmals mit längeren Krankschreibungen und Frühberentungen. Zudem besteht bei Angsterkrankungen ein erhöhtes Risiko für andere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Suchterkrankungen. Sie sind auch mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Trotz ihrer Häufigkeit werden Angststörungen laut den Fachgesellschaften in knapp der Hälfte der Fälle nicht erkannt und infolgedessen nicht fachgerecht behandelt. Deshalb will die neue S3-Leitlinie durch die Entwicklung transparenter und nachvollziehbarer Standards die Erkennung und Behandlung von Menschen mit Angststörungen in den verschiedenen Versorgungsebenen verbessern.

Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die PatientInnen mit Angststörungen behandeln. Dazu gehören insbesondere Psychologische PsychotherapeutInnen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Hausärzte. Psychotherapeutisch empfiehlt die Leitlinie bei allen Angststörungen die kognitive Verhaltenstherapie, deren Wirksamkeit zahlreiche kontrollierte Studien nachweisen konnten. „Sollte sich eine kognitive Verhaltenstherapie wider Erwarten nicht als wirksam erweisen, nicht verfügbar sein, oder vom

Patienten nicht gewünscht werden“, empfehlen wir in der S3-Leitlinie eine psychodynamische Psychotherapie, ergänzte Manfred Beutel, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz. Jürgen Matzat, einer der Patientenvertreter, ergänzt: „Besonders am Herzen liegt uns die Wahlfreiheit und die gemeinsame Entscheidung von Patient und Behandler über die Therapie, die zur Anwendung kommen soll“. Die Leitlinie empfiehlt, bei der Therapie von Angststörungen besonders auf den Wunsch des informierten Patienten einzugehen, sagte Matzat bei der Vorstellung der Leitlinie.

*Waltraud Deubert*

## **Licht und Schatten in der Integrationspolitik**

**Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen  
für Integration und Migration legt  
Jahresgutachten vor**

---

Fortschritte bilanziert das Jahresgutachten 2014 mit Integrationsbarometer „Deutschlands Wandel zum modernen Einwanderungsland“ insbesondere bei der Zuwanderungssteuerung - und hebt hier den Paradigmenwechsel bei der Arbeitsmigrationspolitik hervor. Die Lockerung der gesetzlichen Zugangsmöglichkeiten für Fachkräfte und Hochqualifizierte zeige die Entwicklung Deutschlands hinsichtlich der Gesetzgebung von einem restriktiven zu einem liberalen Einwanderungsland. Aus Sicht des Sachverständigenrates sind die gesetzlichen Neuregelungen im Ausland aber noch zu wenig bekannt.

Weniger positiv bewertet das Jahresgutachten die Integrationspolitik. Großer Handlungsbedarf bestehe vor allem im Bildungsbereich. Hier zeigten sich bei SchülerInnen mit Migrationshintergrund immer noch deutliche Leistungsrückstände. Auch beim Anerkennungsgesetz, das seit zwei Jahren in Kraft ist, mangle es noch an der Umsetzung. Politischer Handlungsbedarf bestehe

zudem bei der Reform des Staatsangehörigkeitsrechts.

Teil des Jahresgutachtens ist das Integrationsbarometer, das sich in diesem Jahr erstmals mit der Frage der institutionellen Gleichstellung des Islam beschäftigt. Demnach befürwortet die Mehrzahl der Bevölkerung eine religiöse Gleichbehandlung und steht einer "Sonderbehandlung" aus religiösen Gründen mit Skepsis gegenüber. Insgesamt konstatiert der Jahresbericht ein pragmatisch-positives Integrationsklima.

Im Bereich Flucht und Asyl kommt das Jahresgutachten zu dem Schluss, dass eine einheitliche europäische Asyl- und Flüchtlingspolitik weiter angestrebt werden müsse, um die Rechtssicherheit für Flüchtlinge europaweit zu stärken. Auch das zentrale Flüchtlingspolitische Problem einer ungleichen Verteilung von Asylsuchenden auf die einzelnen EU-Mitgliedstaaten sei durch die EU-Mitgliedsstaaten konkret anzugehen. Für Flüchtlinge in akuten Krisensituationen forderte der SVR einen temporären Flüchtlingsstatus, der eine koordinierte und unbürokratische Aufnahme von Flüchtlingen in der EU ermöglicht.

Angemahnt wird eine zugewanderungspolitische Gesamtstrategie im Sinne einer „Migrationspolitik aus einem Guss“. Empfohlen wird ein Nationaler Aktionsplan Migration, der auf Analysen zukünftiger Entwicklungen in den Bereichen Demografie, Ökonomie und Soziales basiert und die unterschiedlichen Wanderungsmotive (Arbeit, Studium, Flucht, Familiennachzug) ganzheitlich einbezieht.

*Das Jahresgutachten kann auf der Seite des SVR heruntergeladen werden:  
<http://www.svr-migration.de>*

*Waltraud Deubert*

## **Gesetzentwurf zur Pflegereform**

Der erste Referentenentwurf zur Pflegereform vom 8. April 2014 widmet sich vornehmlich den angekündigten Leistungsausweitungen für Pflegebedürftige und den Details des politisch umstrittenen „Pflegevorsorgefonds“. In diesem ersten Schritt soll die häusliche Pflege flexibilisiert und ausgebaut werden. Darunter fallen insbesondere Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege. Bestehende Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege sollen erweitert, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlastet und mehr Betreuungskräfte im stationären Bereich eingesetzt werden. Neue Entlastungsangebote zur Weiterführung des Haushalts sind vorgesehen sowie Zuschüsse für verbessernde Maßnahmen im Wohnumfeld und Vereinfachungen der Antragsvoraussetzungen bei der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen.

Wie bereits im Koalitionsvertrag vorgesehen, wird dafür der Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte angehoben. Dies führt laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu Mehreinnahmen von 3,63 Milliarden Euro. Ein Drittel dieser Summe soll in den sog. Pflegevorsorgefonds gehen. Ab dem Jahr 2034 soll der Fonds dazu genutzt werden, den Beitragssatz für die ab diesem Zeitpunkt ins Pflegealter eintretenden „Babyboomer“ (Geburtsjahrgänge 1959 bis ca. 1967) abzufedern, wie in dem Referentenentwurf erläutert wird.

Erst in einem zweiten Schritt soll 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden, mit dem die an Defiziten orientierte Minutenpflege abgelöst werden soll und Menschen mit dementiellen Erkrankungen endlich ermöglichen soll, auch Pflegeleistungen zu erhalten. Ein weiterer Schwachpunkt bleibt die Finanzierung. Durch den Vorsorgefonds, der von der Bundesbank verwaltet werden soll, bleiben erst

mal Beitragsgelder ungenutzt und werden zudem nur niedrig verzinst.

Deshalb wurde der Referentenentwurf bereits von verschiedener Seite kritisiert. Die Speerspitze der Reformgegner hat der Sozialverband VdK übernommen. Die Kritik richtet sich gegen die Verschiebung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und gegen die Etablierung des Pflegevorsorgefonds. Der VdK hat deshalb beim Bundesverfassungsgericht (BverfG) in Karlsruhe Klage gegen „grundrechtswidrige Zustände“ im deutschen Pflegesystem erhoben. Er will damit ein „gesetzgeberisches Unterlassen“ rügen, um einen Mindeststandard in der Pflege sicherzustellen.

Aber auch der Paritätische fordert das Ende der Minutenpflege und legt eine Expertise vor, die die chronische Unterfinanzierung der ambulanten Pflege belegt.

Die Vergütungen in der ambulanten Pflege lägen im Durchschnitt um 48 Prozent zu niedrig. Die Finanzierungslücke habe bisher nur aufgefangen werden können durch eine ganz erhebliche Arbeitsverdichtung und schrittweise schlechter werdende Arbeitsbedingungen. Der Paritätische fordert deutlich höhere Vergütungen für die ambulanten Pflegedienste. Damit Mehrkosten nicht auf die Pflegebedürftigen abgewälzt werden, seien ferner auch höhere Leistungen in der Pflegeversicherung notwendig. Der Paritätische spricht von Mehrkosten in Höhe von rund einer Milliarde Euro jährlich.

„Die Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege sind an der Grenze des Zumutbaren. Dass das gesamte System bis heute nicht kollabiert ist, ist den Menschen zu verdanken, die vor Ort mit hohem Engagement an der Grenze zur Selbstausbeutung agieren. Es sind die Löhne für die Beschäftigten auf der einen Seite und die Zeit für Pflege und Zuwendung auf der anderen Seite, die auf der Strecke geblieben sind“, so Werner Hesse, Geschäftsführer des Paritätischen Gesamtverbandes. Neben angemessenen Gehältern und der Berücksichtigung steigender Betriebskosten wie Benzin für die Einsatzfahrzeuge, seien die Kosten insbesondere durch neue Anforderungen an die Qualifika-

tion des Personals und die Dokumentation der Leistungen massiv gestiegen. Allein der Bürokratieaufwand sei seit 1998 um 16 bis 24 Prozent angestiegen, so das Ergebnis des Gutachtens. In der Praxis bedeute die chronische Unterfinanzierung eine „Pflege im Minutentakt“, die für alle Beteiligten eine Zumutung sei. Um angesichts der aktuellen Vergütung keine Verluste zu machen und letztlich in den Konkurs zu gehen, müsse ein Pflegedienst heute beispielsweise die sogenannte „große Morgentoilette“ (Unterstützung beim Verlassen des Bettes, dem An- und Auskleiden, dem Duschen und Frisieren) in weniger als einer halben Stunde erledigen. Für die Reinigung der Wohnung dürfe eine Pflegekraft maximal 6 Minuten aufwenden, für die Hilfe beim Essen und Trinken nur noch eine viertel Stunde.

Der Paritätische fordert die Bundesregierung auf, von der geplanten Einrichtung eines Vorsorgefonds in der Pflege Abstand zu nehmen und stattdessen die rund eine Milliarde Euro jährlich in die Aufwertung der Tätigkeit von Pflegediensten zu investieren. Neben der Erhöhung der Vergütungen fordert der Verband eine Erhöhung der Sachleistungsbeträge der ambulanten Pflege, damit Mehrkosten nicht an den Pflegebedürftigen hängen bleiben. Die Finanzierung der ambulanten Pflege müsse darüber hinaus künftig nach Zeit und dürfe nicht länger nach Pauschalen und Modulen erfolgen, um den Anreiz zur Verknappung von Einsatzzeiten zu beseitigen. Schließlich sei der Leitgedanke der Menschenwürde – analog zum Sozialhilfegesetz – auch im Pflegeversicherungsgesetz zu verankern. „Die Pflege braucht wieder einen Kompass und der heißt Menschenwürde. Die soziale Pflegeversicherung hat sicherzustellen, dass jeder Mensch eine Pflege erhält, die der Würde des Menschen entspricht“, fordert Werner Hesse.

*Waltraud Deubert*

## **„Das Soziale – in der Krise?“ Paritätisches Jahresgutachten 2014**

Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat das Gutachten „Das Soziale – in der Krise?“ am 24.4.2014 veröffentlicht und fordert darin einen sozialpolitischen Kurswechsel sowie eine andere Steuerpolitik. Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die soziale Spaltung in Deutschland deutlich zugenommen hat, immer weniger Menschen am wachsenden Wohlstand teilhaben und die Kluft zwischen Arm und Reich größer werde. Die Analyse ausgewählter Kennziffern ergebe, dass der soziale Zusammenhalt in Deutschland akut gefährdet sei.

Die Wirtschaftsentwicklung werde in Deutschland detailliert beobachtet, prognostiziert, und es werden politische Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dafür lege der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) seine jährlichen Gutachten vor. Was fehlt, sei eine umfassende und unabhängige Berichterstattung über die Entwicklung des sozialen Zusammenhalts. Welche Auswirkungen haben politisches Handeln oder aber auch politische Unterlassungen auf den sozialen Zusammenhalt? Diese Lücke will der Paritätische mit seinem Jahresgutachten „Das Soziale – in der Krise?“ schließen und wird dieses nun jedes Jahr, als Korrektiv zur einseitigen ökonomischen Perspektive des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, vorlegen. Denn, so der Paritätische, Deutschland ist nicht nur Wirtschaftsstandort, sondern vor allem Lebensstandort.

Das Gutachten ist in drei Teile gegliedert, in denen es sich in den folgenden Fragen widmet:

1. Wie stellt sich die soziale Lage in Deutschland gemessen an regelmäßig erhobenen, validen und reliablen Daten zur sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung im Berichtsjahr und im Zeitverlauf dar? – Empirische Bestandsaufnahme

2. Welche Aktivitäten entwickelte der Gesetzgeber, und trugen diese zur sozialen Kohäsion der Gesellschaft bei? Welche anstehenden Herausforderungen wurden nicht bearbeitet? Zusammenfassung und Bewertung der gesetzgeberischen Tätigkeit im Berichtszeitraum
3. Welche Empfehlungen hat der Paritätische zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts und für eine Politik der sozialen Kohäsion? – Handlungsempfehlungen an die Politik

Bei der Auswahl der Indikatoren hat sich der Paritätische auf die Aspekte Teilhabe und Ressourcen konzentriert. In einer Erwerbsarbeitsgesellschaft wie Deutschland, ist die Erwerbsarbeit der entscheidende Schlüssel zur Teilhabe und die entscheidende Ressource ist das Geld. Sozialer Zusammenhalt kann allerdings nur wachsen, wenn „gute Arbeit“ (Qualität der Arbeitsverhältnisse) zunimmt. Bei der Ressource Geld geht es um die Frage der Verteilung, Entwicklung von Einkommensarmut, Gewährung von Mindestsicherungsleistungen sowie um Daten zur Überschuldung und zur Vermögensentwicklung.

Das Jahresgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass Deutschland im Hinblick auf Teilhabe und Ressourcen tief gespalten ist. Am wachsenden Wohlstand haben immer weniger Menschen teil. Die sozialen Fliehkräfte in unserem Land haben zugenommen.

- Es gab zwar noch nie so viele Erwerbstätige wie heute, aber auch noch nie so viele Mini-Jobs, nicht auskömmliche Teilzeitbeschäftigung und befristete Arbeitsverhältnisse. „Gute Arbeit“ wird immer seltener.
- Die Zahl der Arbeitslosen ist zwar gesunken, die Zahl der Langzeitarbeitslosen stagniert aber auf einem ungebrochen hohen Niveau
- Die Armutsquote hat mit 15,2 Prozent einen Höchststand erreicht. Insbesondere die Dynamik der aktuell noch vergleichsweise niedrigen Altersarmut hat besorgniserregend an Fahrt aufgenommen

- men. Das zeigt sich an der steigenden Zahl von Menschen, die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung in Anspruch nehmen müssen.
- Es gab noch nie so viel Privatvermögen in Deutschland wie heute, aber auch noch nie einen so hohen Anteil an Menschen in privaten Überschuldungssituationen – jeder zehnte Erwachsene gilt als überschuldet und hat im Durchschnitt über 30.000 Euro Schulden.

Die politischen Maßnahmen des vergangenen Jahres haben laut Paritätischem so gut wie nichts dazu beigetragen, an dem Trend der wachsenden Spaltung in Deutschland etwas zu ändern.

- Keine wirksamen Angebote für Langzeitarbeitslose
- Das Thema Kinderarmut wird nicht thematisiert im Koalitionsvertrag
- Die Kürzung des steuerlichen Bundeszuschusses an die Gesetzlichen Krankenkassen und alle künftigen Mehrkosten sind in Zukunft vom Versicherten allein zu tragen.
- Die Rente mit 63 ist ein Privileg für langjährig Versicherte und trägt nichts dazu bei, Altersarmut zu bekämpfen.
- Die Einführung des Mindestlohns ist zu begrüßen, aber sie ist letztlich kein Instrument der Armutsbekämpfung. Man schätzt, dass nur 60.000 der sog. „Aufstocker“ künftig dadurch nicht mehr auf zusätzliche Grundsicherungsleistungen angewiesen sein werden.
- Keine sozialpolitische Flankierung der Energiewende, um einkommensschwache Haushalte zu unterstützen.

Der Paritätische leitet aus den Befunden seines Jahresgutachtens folgende Handlungsempfehlungen ab zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts:

- Die Bundesregierung muss mehr gegen die Langzeitarbeitslosigkeit tun (individuelle Beschäftigungsförderung, neue Investitionen für Langzeitarbeitslose)

- Die Armut muss entschiedener bekämpft werden. Die Regelsätze müssen erhöht werden.
- Das Bildungs- und Teilhabepaket muss komplett reformiert werden.
- Die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung muss bürgernah und auf breiter Grundlage finanziert werden.
- Das Rentenpaket muss im parlamentarischen Verfahren überarbeitet werden (Verbesserung für Erwerbsminderungsrentner und eine grundlegende Reform der Altersgrundsicherung)
- Die Energiewende muss sozialpolitisch flankiert werden.
- Große Einkommen müssen künftig stärker zur Finanzierung des Gemeinwesens beitragen – Eigentum verpflichtet!

*Waltraud Deubert*

## **Transparenz bei der GKV-Selbstverwaltung: Kleine Anfrage Bündnis 90/ Die Grünen im Bundestag**

Transparenz und Aufsicht bei den Körperschaften der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind das Thema einer Kleinen Anfrage (BT-Drucksache 18/554) der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Damit bittet die Fraktion unter anderem detailliert Auskunft darüber zu erhalten, wie und wo die Jahresabschlüsse und Haushaltspläne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV), des GKV-Spitzenverbands und des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) veröffentlicht werden.

Laut Grünen-Fraktion gebe es ein besonderes Interesse der Öffentlichkeit an der Transparenz der gesetzlichen Selbstverwaltung. Schließlich hätten die Ausgaben in der GKV allein im Jahr 2012 bei rund 173 Milliarden Euro gelegen. Und durch den Zuschuss des Bundes seien die Steuerzahler daran mit 14 Milliarden Euro beteiligt. Auch

in den nächsten Jahren sei mit weiteren Ausgabensteigerungen und einem Steuerzuschuss zu rechnen. Daher seien insbesondere an die finanzielle Transparenz der im GKV-Bereich tätigen Selbstverwaltungskörperschaften erhebliche Anforderungen zu stellen.

Zuletzt hätten Berichte über Unregelmäßigkeiten bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Zusammenhang mit Immobilien Fragen ausgelöst, schreiben die Grünen in ihrer Anfrage. Fragen seien auch aufgetaucht hinsichtlich der Finanzierung von Gebäuden des GKV-Spitzenverbandes, der KBV und des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nach Ansicht von Bündnis 90/Die Grünen müsse man sich fragen, ob die Bundesregierung ihren Aufsichtspflichten über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) sowie der Kassenärztlichen wie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV/KZBV) „in der gebotenen Weise“ nachkommen konnte bzw. nachgekommen sei. Um Licht in das Dickicht der diversen Beteiligungen der Körperschaften und deren Immobiliengeschäfte zu bringen, legte man am 14. Februar 2014 der neuen schwarz-roten Regierung mittels einer Kleinen Anfrage 34 Fragen vor, die teilweise sehr ins Detail gehen.

Die Selbstverwaltungsorgane in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nach Angaben der Bundesregierung dazu verpflichtet, „wirtschaftlich und sparsam mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln“ umzugehen. Dies gelte insbesondere für die Verwaltungsausgaben, schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort (BT-Drucksache 18/724) auf diese Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Entsprechend ausgelegt seien auch die haushaltsrechtlichen Bestimmungen.

Allerdings stehe den Selbstverwaltungskörperschaften bei ihrer Aufgabe, sparsam zu wirtschaften, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts „ein weiter Einschätzungsspielraum“ zu. Die Aufsichtsbehörden könnten demnach nur prüfen, „ob die

äußersten Grenzen dieses Einschätzungsspielraums überschritten sind“. Sie könnten ihre eigene Einschätzung aber nicht einfach an die Stelle der Selbstverwaltungsorgane setzen.

Gleichwohl würden Unregelmäßigkeiten beim Umgang mit Finanzmitteln oder Verstöße gegen haushaltsrechtliche Bestimmungen unverzüglich aufgeklärt und gegebenenfalls „sanktioniert“, heißt es in der Antwort weiter. So habe das Bundesgesundheitsministerium auf eine sofortige Aufklärung gedrungen, nachdem Anzeichen für Unregelmäßigkeiten im Finanzsektor bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aufgetreten seien. Dieser Vorgang sei noch nicht abgeschlossen.

Für die Grünen werfen die Antworten der Bundesregierung mehr Fragen auf als dass sie zur Klärung beitragen.

*Waltraud Deubert*

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

DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

### “Angststörungen”

**20. - 21. September 2014  
in Potsdam am Neuen Palais**

Vortrag und Workshops zu den Themen:

- Wie sind Angststörungen zu behandeln?  
Einsichten aus der Psychotherapieforschung
- Imaginative Verfahren bei Angststörungen
- Metakognitive Therapie von Angst und  
übermäßigen Sorgen bei Kindern und Jugendlichen
- Kognitive Verhaltenstherapie bei  
Hypochondrie und Krankheitsangst
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) bei  
Angststörungen

**dgvtFW**

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e. V.

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



## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden-Württemberg

#### Bericht aus der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Am 8. Februar 2014 fand die erste Vertreterversammlung der neuen Periode statt. Die Tagesordnung war durch die Wahlen von Vorstand und Ausschüssen bestimmt. Die Wahlen in Kürze: Bei der Vorstandsbesetzung hat sich nichts geändert. Die Ausschüsse wurden weitgehend einvernehmlich besetzt. Keine Einigkeit gab es bei einem Delegiertensitz zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT): Dem Wahlvorschlag der freien Liste wurde zunächst mehrheitlich nicht zugestimmt, nach kurzfristiger Verwirrung und der Änderung des Vorschlages auf Herrn Prof. Dr. Bailer schon. Allerdings wurde der Erstvorgeschlagene Rolf Wachendorf auch nicht als persönlicher Vertreter von Herrn Prof. Dr. Bailer gewählt. Der Vertretersitz blieb offen und die Wahl beschäftigte dann nochmals die nächste Vertreterversammlung (VV).

Zum Verständnis dieser Wahlen/Nichtwahlen eine Erläuterung: Zum DPT wird auf Vorschlag einer Liste gewählt und die Anzahl der Vertreter pro Liste errechnet sich prozentual zum Wahlergebnis. In der entsprechenden Ordnung steht also, dass jede Liste für den ihr zustehenden Sitz den Vorschlag macht, die Wahl erfolgt dann durch die VV. Wer jetzt erkennt, dass dies zu Konflikten führen kann, liegt richtig. Theoretisch könnte also durch eine ständige Wahlwiederholung (die Liste besteht auf ihrem Vorschlag, die Mehrheit der VV lehnt ab) die weitere Arbeit blockiert werden. Praktisch wird irgendwann der Punkt vertagt, und genau dies führt zu weiteren Konflikten mit weiteren Austragungsorten (Beschwerdeführung). Im Hintergrund stehen Auseinandersetzungen einzelner Personen auch in der Kassenärztlichen Vereinigung, und sind damit für angestellte Psychotherapeuten - wie mich - nicht ganz durchschaubar. Die Mehrheit entscheidet, in der kleinen

wie in der großen Politik (zu erinnern ist da an eine ähnlich gelagerte Auseinandersetzung über die Wahl zum Vizepräsidenten des Bundestages in Deutschland 2005, als Lothar Bisky von den Linken trotz Vorschlagsrechts nicht gewählt wurde). Und die rechtlichen Rahmenbedingungen zeigen sich da als interpretierbar.

In eigener Sache: Unsere Liste "VT und mehr" ist zukünftig mit zwei Sitzen bei dem DPT vertreten. Günter Ruggaber und Renate Hannak-Zeltner wurden als Delegierte gewählt. Die persönlichen Stellvertreter sind Angelika Neumann und Sascha Gönner. Im Haushaltsausschuss, der ein Organ der Kammer ist und dessen Größe mit fünf Mitgliedern im Heilberufe-Kammergesetz festgelegt ist, wird Renate Hannak-Zeltner mitwirken. Günter Ruggaber ist - wie in der letzten Periode - in den Ausschuss "Aus-, Fort- und Weiterbildung" gewählt worden, ebenso die PiA-Vertreterin Serap Altuntas. Der Ausschuss wurde zuvor auf 11 Mitglieder festgelegt. Im Ausschuss "ambulante Versorgung", zuvor festgelegt auf sieben Mitglieder, wurde Sascha Gönner hinein gewählt. Und für den Ausschuss "Psychotherapie in Institutionen", bei dem die bisherige Mitgliederzahl von neun Personen ebenfalls beibehalten wurde, wurde Jürgen Pitzing gewählt. Judith Arnscheid arbeitet in dem Ausschuss für psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit. Nicht vertreten sind wir in folgenden Ausschüssen: „Berufsordnung“ und „Qualitätssicherung“.

Die nächste VV fand dann bereits am 05.04.2014 statt. Wie oben angedeutet, ging es weiter um das Thema "Wahl zum DPT". Zunächst erfolgte eine Aussprache über die (Nicht-)Wahl zum Delegierten des DPT. Dann wurde über das Protokoll der letzten VV diskutiert, und über Änderungsanträge an dem Protokoll, jeweils zum Punkt DPT-Wahlen. Auf Antrag und Zustimmung wurde die gesamte VV per Tonaufnahme festgehalten: Unstimmigkeiten über Gesagtes sollen überprüfbar werden. Auch wurde nochmals

die Wahl des Vertreters für den Delegierten der freien Liste zum DPT durchgeführt, wieder ohne mehrheitliche Zustimmung der VV zu Rolf Wachendorf, und damit erneut vertagt.

Es gab auch Inhaltliches: den Bericht des Vorstandes, einen Vortrag über die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch Dr. Nübling, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Geschäftsstelle der Kammer. Auch über die (geplante) Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde in Vorbereitung auf den nächsten DPT diskutiert. Dabei lag der Schwerpunkt auf dem Berufsbild und den Kompetenzen der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Der Entwurf der Bundespsychotherapeutenkammer dazu lag vor. Ausführliche Informationen finden sich wie immer auf der Kammerhomepage.

Entscheidung für eine Wahlrechtskommission: Der Wahlmodus in Baden-Württemberg ist in gewisser Weise eine Persönlichkeitswahl. Bislang hat jeder Wähler nur eine einzige Stimme zu vergeben, und kann damit eine Person (und deren Liste) wählen. Vorstellbar sind andere Modelle, die z. B. in anderen Kammern praktiziert werden. Auf Initiative von unserer DGVT-Liste wurde mit breiter Mehrheit eine Wahlrechtskommission eingerichtet, in der das derzeitige Wahlrecht einer Prüfung unterzogen werden soll und Änderungsvorschläge zur Einbringung in die VV erarbeitet werden sollen. Jede Liste wird einen Experten/Vertreter entsenden. Wir werden von Dr. Hans Watzl vertreten, der die letzten zwei Wahlperioden in der VV mitwirkte und die Besonderheiten der Kammerarbeit als Experte kennt.

*Renate Hannak-Zeltner*  
Landessprecherin Baden-Württemberg  
Kontakt:  
[bawue@dgvt.de](mailto:bawue@dgvt.de); [bawue@dgvt-bv.de](mailto:bawue@dgvt-bv.de)

### **Beratungsstelle Inklusion in Baden-Württemberg gegründet**

(wd). Das baden-württembergische Sozialministerium stellt 150.000 Euro für den Aufbau einer „Kommunalen Beratungsstelle

Inklusion“ zur Verfügung. Die beim Städte- tag Baden-Württemberg angesiedelte Stelle soll die Kommunen dabei unterstützen, den Inklusionsgedanken vor Ort umzusetzen. Aufgabe der neuen Beratungsstelle wird es sein, Städte für das Thema zu sensibilisieren und zu schulen, ein umfassendes Beratungskonzept für Kommunen zu erstellen und die Umsetzung der Inklusion auf der lokalen Ebene zu begleiten. Das Stuttgarter Sozialministerium erstellt derzeit federführend für Baden-Württemberg einen Aktionsplan mit Maßnahmen zur Umsetzung der Konvention. Aber auch auf lokaler Ebene ist flächendeckend die Entwicklung entsprechender Umsetzungspläne erforderlich.

*Weitere Informationen:* [www.staedtetag-bw.de](http://www.staedtetag-bw.de)

*Quelle:* *Blätter der Wohlfahrtspflege, Ausgabe 2/2014 März/April, Jg. 161*

## **Bayern**

### **Neues aus der Kammer Mitgliederforen in den Regionen**

Alle zwei bis drei Jahre werden an fünf Orten in Bayern regionale Mitgliederversammlungen durchgeführt, bei denen Vorstandsmitglieder die Arbeit der Kammer vorstellen und aktuelle Fragen mit den Mitgliedern diskutieren. Dieses Mal war die erste Veranstaltung in Würzburg: 30 TeilnehmerInnen kamen am 8. Mai für 2 ½ Std. in den Saal der Greisinghäuser. Nach dem kursorischen Bericht über die Kammerarbeit von Präsident Dr. Melcop gab es von H. Vogel, Mitglied im Kammervorstand, Erläuterungen zum Stand der Reformdiskussion beim Psychotherapeutengesetz und – insbesondere für angestellte KollegInnen relevant – einen Überblick zur Reform der Psychiatrie-Finanzierung (PEPP-Diskussion). Ausführlich wurden schließlich noch die aktuellen Reformoptionen der Bundespsychotherapeutenkammer zur psychotherapeutischen Versorgung mit den Anwesenden beraten. Dies war wichtig, weil die Niedergelassenen vor

Ort willens sein müssen, die neu diskutierten psychotherapeutischen Leistungen, wie Sprechstunde und Psychoedukation o.ä., auch vorzuhalten bzw. anzubieten. Hier zeigte sich großes Interesse und Bereitschaft, den engen Rahmen der Psychotherapierichtlinien zumindest teilweise zu verlassen.

### **Engagierte Vernetzungsarbeit der Kammer**

Gespräche mit Justizminister Bausback (wegen Psychotherapie bei (ehemaligen) StraftäterInnen und wegen der Verwendung psychotherapeutischer Gutachten in Gerichtsverfahren), mit Krankenkassenvertretern und dem Patientenbeauftragten sowie die Mitarbeit in verschiedenen Gremien der Politik dienen immer wieder dazu, die Überlegungen der Psychotherapeuten zu verdeutlichen und z.B. einem traditionellen ärztlichen Denken und der somatischen Orientierung in der psychiatrischen Versorgung entgegenzuwirken. Das klappt immer wieder mal, häufig aber nicht beim ersten Mal. Spannend war auch der quasi öffentliche Schlagabtausch mit dem Chefarzt der Ingolstädter Psychiatrie, Herrn Prof. Pollmächer. In einem Text der Süddeutschen Zeitung war er Anfang März mit Aussagen zitiert worden, die die etablierten Aufgaben und Funktionen von PsychotherapeutInnen in der Psychiatrie ignorierten bzw. die KollegInnen in die Nähe von ärztlichen Assistenzberufen rückten. Es folgte eine Erwiderung der Kammer in Form eines Leserbriefes und ein weiterer Leserbrief von Herrn Pollmächer. Im Weiteren kam es schließlich Mitte Mai zu einem gemeinsamen Gespräch in der Psychotherapeutenkammer, bei dem versucht wurde, gemeinsame Ziele für die Zukunft der Psychiatrie und insbesondere der Psychotherapie in der Psychiatrie zu erarbeiten. Insbesondere lag der Blick darauf, dass die Einführung des PEPP für viele Psychiatrien die Befürchtung mit sich bringt, am Personal sparen zu müssen.

### **PsychischKrankenHilfegesetz für Bayern?**

Seit vielen Jahren wird es in Bayern gefordert, aber die regierende Staatspartei und das

Gesundheitsministerium zieren sich und zögern jede Entwicklung hinaus. Klar ist inzwischen, dass das bayerische Unterbringungsgesetz, welches eher polizeiliche Aufgaben regelt, neu gefasst werden muss. Ob dies aber (wie in allen anderen Bundesländern) in den Rahmen eines Gesetzes zur umfassenden Hilfe für psychisch Kranke eingebaut wird und ob dabei auch Krisendienste und weitere Unterstützungen geregelt werden ist noch unklar. Schließlich hat der Freistaat ja auch ohne immer ganz gut funktioniert und solch ein Gesetz könne ja Verpflichtungen mit sich bringen, die nicht in jeder Region und jedem Staat gern erbracht werden und vielleicht gar Geld kosten, das nicht vorhanden ist. Obwohl alle maßgeblichen Verbände sich seit Jahren für ein solches Gesetz aussprechen und obwohl der Bedarf im Landtag häufig thematisiert wurde, bedarf es offenbar noch einiger Überzeugungen. Aktuell wird im Expertenkreis Psychiatrie wieder darüber beraten. Ende offen.

*Heiner Vogel*

*Kontakt:*

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

## **Berlin**

### **Neue Wege: Die Berliner Kammer macht sich auf den Weg!**

Eines unserer Ziele als Neudelegierte ist, Sie/Euch als Kammermitglieder über eine intensivere Basisarbeit zu erreichen. Dazu haben wir in der Delegiertenversammlung das Projekt „Die Kammer kommt zu Dir“ vorgestellt. Fraktions- und generationsübergreifend wurde dieses Vorhaben wohlwollend aufgenommen. Es wird von den VertreterInnen aller Fraktionen aktiv unterstützt.

Das Projekt soll den Kammermitgliedern Informationen aus erster Hand über die Kammer geben, die Tätigkeitsfelder und Arbeitsinhalte beschreiben und die jeweiligen AnsprechpartnerInnen vorstellen. Wir möchten die Interessen der Kammermitglieder erfragen und beantworten (FAQ's). Dieser

direkte Austausch zwischen gewählten Mitgliedern der Delegiertenversammlung und Kammermitgliedern soll das Verständnis für die Inhalte und die vielfältigen Aufgaben der Kammer verbessern. Ein weiterer erwünschter Effekt ist, die KollegInnen für eine aktive Mitarbeit in der Kammer zu gewinnen. Die Veranstaltungsorte werden vielfältig sein: In den Räumen niedergelassener KollegInnen, an Ausbildungsinstituten oder bei leitenden PsychologInnen in Kliniken.

Am Beginn der grundsätzlich kleindimensionierten Veranstaltungen steht ein etwa halbstündiger Informationsteil (ohne PowerPoint!). Danach ist Gelegenheit, eigene Anliegen einzubringen.

Wir freuen uns, wenn auch Sie dieses Projekt unterstützen. Berichten Sie in Ihren Netzwerken davon und nutzen Sie die Möglichkeit uns, als VertreterInnen der Kammer, kennenzulernen – laden Sie uns ein!

*Beate Lämmel*

*Delegierte der Psychotherapeutenkammer*

*Kontakt:*

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

## **Hamburg**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, um die Vernetzung und den Austausch der DGVT-Mitglieder in und um Hamburg zu stärken, haben wir eine neue Form des Zusammenkommens gewählt und uns am 24.02.2014 – Auftakt zu unserem regelmäßigen „DGVT-Familientreffen“ – im DGVT-Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße getroffen.

Als eines der Ergebnisse wurde der Wunsch nach stärkerer Vernetzung der DGVT-Mitglieder in Hamburg deutlich. Wir sind knapp 400 DGVT-Mitglieder in Hamburg und somit eine große und vielfältige Gemeinschaft.

Die Anregung zur stärkeren Vernetzung haben wir umgesetzt und mit der Mailingliste [hamburg-netz@dgvt-bv.de](mailto:hamburg-netz@dgvt-bv.de) eine unmittelbare Austauschplattform ins Leben gerufen. Um die Mailingliste nutzen zu können, mel-

det euch bitte per E-Mail an unter: [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de)

Das nächste „DGVT-Familientreffen“ findet am 26. Mai von 19.00 bis 21.00 Uhr (mit anschließendem geselligen Ausklang) wieder im DGVT-Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10 in Haus 4, Raum Tübingen statt.

Darüber hinaus werden zwei sicherlich spannende Tagungen in Hamburg veranstaltet:

Am Donnerstag, dem 12.06.2014 findet von 10:00 Uhr bis 18:00 Uhr die Tagung „Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt.

Neben politischen Rahmenvorträgen durch die Staatsministerin Frau Aydan Özoğzu sowie die Gesundheitssenatorin Frau Cornelia Prüfer-Storcks geben wissenschaftliche Vorträge einen Überblick zum Stand der Interkulturellen Öffnung in der gynäkologischen Versorgung und Geburtshilfe, der Pflege und der psychosozialen Versorgung. In der abschließenden Plenumsdiskussion werden „Notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg“ gemeinsam mit hochrangigen VertreterInnen der Krankenkasse und Rentenversicherung, der Behörde für Gesundheit & Verbraucherschutz, der Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer Hamburg, Psychenet sowie mit Migrantenorganisationen diskutiert.

Weitere Informationen zur Anmeldung und zum Programm finden sich unter [www.ikoe-gesundheit-hamburg.de](http://www.ikoe-gesundheit-hamburg.de)

Am Samstag, dem 21.06.2014, findet von 10:00 Uhr bis 16:30 Uhr der 5. Hamburger Psychotherapeutentag in der Ärztekammer Hamburg statt. Unter dem Titel „Grenzen, Brüche, Übergänge - Spannungsfelder psychotherapeutischen Handelns“ wird es 2 Hauptvorträge und 5 Workshops geben.

Die Vorträge am Vormittag beschäftigen sich damit, inwiefern sich die Umsetzung der aktuellen DSM-V-Klassifikation in der zu-

künftigen "ICD-11" als hilfreich erweisen kann und welche Auswirkungen dies auf unsere diagnostische und psychotherapeutische Arbeit und auf die Definition von "krank" und "gesund" haben wird. Es sollen die Veränderungen im DSM-V und ICD-11 und ihre gesellschaftlichen Folgen dargestellt werden. In den Workshops am Nachmittag wird der Schwerpunkt auf den Grenzen und Brüchen in unserem psychotherapeutischen Alltag liegen. Welche Grenzen müssen wir in Diagnostik und Behandlung setzen und einhalten? Welche Brüche müssen wir aushalten oder vermeiden? Welche Spannungsfelder und Übergänge kennzeichnen unsere Arbeit und lassen sich kreativ nutzen?

Weitere Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden sich unter [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de).

Mit besten Grüßen

*Mike Mösko*  
*Landessprecher Hamburg*  
*Kontakt:*  
*[hamburg@dgv.de](mailto:hamburg@dgv.de); [hamburg@dgv-bv.de](mailto:hamburg@dgv-bv.de)*

## Hessen

### Frühjahrs-Delegiertenkonferenz der hessischen Kammer

Die Frühjahrs-Delegiertenkonferenz der hessischen Kammer am 21. und 22. März 2014 in Wiesbaden war einerseits von intensiven inhaltlichen Diskussionen und andererseits von Finanzbeschlüssen gekennzeichnet.

Für die Bundespsychotherapeutenkammer präsentierte Timo Harfst als wissenschaftlicher Referent Überlegungen aus dem Bundeskammervorstand über die zukünftigen Formen ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Dabei ging er von zwei Prämissen aus: (a) Der Bedarf an Psychotherapie wird weiter steigen und auch weiterhin Gegenstand öffentlicher Diskussionen sein. (b) Es ist keine nennenswerte Steigerung der Zahl der vertragspsychotherapeutischen Sit-

ze zu erwarten. Um zu verhindern, dass nun andere Berufsgruppen für die Versorgung mit Psychotherapie herangezogen werden, wie etwa Hausärzte oder Pflegekräfte, steht die Profession vor der Notwendigkeit, die Formen zu überdenken, in denen ambulante Psychotherapie künftig erbracht werden soll. Dabei sieht er die Notwendigkeit, künftig sowohl eine psychotherapeutische Sprechstunde anzubieten als auch die Richtlinien-Psychotherapie durch andere Formen psychotherapeutischer Versorgung (sowohl intensiverer Art, zum Beispiel im stationären Setting als auch in weniger intensiver Form, wie etwa Psycho-Edukation) zu ergänzen. In diesem System verschiedener Versorgungsformen würden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die „Lotsenfunktion“ wahrnehmen. Gerade diese Funktion des Lotsen sei in Hinblick auf die für einen konkreten Patienten infrage kommenden Formen psychotherapeutischer Versorgung sehr wichtig. Die Funktion müsse von der Psychotherapeutenchaft wahrgenommen werden, um zu verhindern, dass andere Berufsgruppen oder die SachbearbeiterInnen der Krankenkassen mit ihr betraut würden.

Eine weitere sehr wichtige inhaltliche Diskussion betraf die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes in die hessische Berufsordnung. Dabei waren vor allem zwei Punkte kontrovers: (a) Soll die hessische Kammer einen Beschluss fassen, bevor der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) die Musterberufsordnung verändert hat? (b) Sollen die Persönlichkeitsrechte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Argument in die Berufsordnung hineingeschrieben werden, mit dem im Ausnahmefall die Einsichtnahme der Patientinnen und Patienten in Ihre Akte versagt werden kann? Die Liste VT-AS beteiligte sich mit verschiedenen Statements an der Diskussion. So wurde darauf hingewiesen, dass der im Patientenrechtegesetz zum Ausdruck kommende gesellschaftliche Prozess der Emanzipation von Patientinnen und Patienten für sehr wichtig erachtet werden müsse. Diese Entwicklung sei zu unterstützen und deshalb solle die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer

kein Zeichen setzen, welches diesen Prozess für die Psychotherapie relativieren und einschränken könnte. Auch wurde darauf hingewiesen, dass im Frühjahr 2014 für die hessische Kammer gar keine Notwendigkeit bestünde, schon vor einem Beschluss des DPT eine Entscheidung zu treffen. Da die Delegiertenkonferenz sich verständigt hatte, die Änderung der Berufsordnung in einer ersten und zweiten Lesung vorzunehmen, erfolgte zum Abschluss der Diskussion nur ein Meinungsbild. Dabei stimmten 17 Delegierte für die Aufnahme der Persönlichkeitsrechte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Berufsordnung und 13 Delegierte (auch VT-AS) enthielten sich.

Zur Diskussion um den Haushalts-Jahresabschluss 2013 ist anzumerken, dass der Kammervorstand in seinem Bericht zur Delegiertenkonferenz ausgeführt hatte: „Sollte sich die jetzt positive Entwicklung der Rücklagen fortsetzen, besteht im Vorstand Konsens, eine Beitragssenkung zu prüfen.“ Im Jahr 2013 ist es durch die Haushaltsbeschlüsse und die Praxis der Mittelausgabe gelungen, den über Jahre stetigen Abfluss aus der Rücklage umzukehren. Im Vorstand der Kammer herrscht Konsens, dass Rücklagen zur Abwicklung der laufenden Geschäfte und besonderer politischer Vorhaben bestehen müssen, diese Rücklagen aber eine Begrenzung in der Höhe erfahren sollten.

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

## **Nordrhein-Westfalen**

**Jede Stimme zählt  
Kammerwahlen in NRW bis zum  
16. Juni 2014**

Aufruf an alle DGVT-Mitglieder, sich an der Kammerwahl zu beteiligen und die DGVT-Listen zu wählen

Wir wollen unseren Einfluss in der Kammer NRW ausbauen. Bisher haben wir knapp 10% der Sitze in der Kammerversammlung. Dies entspricht leider nicht unserer Mitgliederstärke in NRW. Die DGVT hat in NRW fast 2.900 Mitglieder, von denen knapp 1.400 approbiert sind. Dies entspricht einem Anteil von 15% der Kammermitglieder in NRW. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, diesen Anteil auch in der Kammerversammlung zu erreichen. Das würde unsere Chancen, die berufspolitischen Ziele der DGVT in der Kammer zu vertreten, erheblich verbessern.

Deshalb: Nehmen Sie Ihr Wahlrecht  
in Anspruch!  
Wählen Sie DGVT!

Nehmen Sie sich jetzt ein paar Minuten, um die Briefwahl durchzuführen!

Ihre Stimme zählt!

Beachten Sie unseren Wahlflyer, den wir allen Wählerinnen und Wählern zugeschickt haben. Darin sind unsere Ziele beschrieben.

*Johannes Broil*  
*Landessprecher Nordrhein-Westfalen und*  
*Delegierter der Psychotherapeutenkammer*  
*NRW*

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

## **Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer**

### **15. Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK)**

Am 11./12. April kamen 29 der 35 OPK-Kammerdelegierten zusammen. Diesmal fand die Kammerversammlung im Schloss des sachsen-anhaltinischen Tangermünde statt. Nach Erledigung der Formalien berichtete unser DGVT-Mitglied im OPK-Vorstand, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) Johannes Weisang vom jüngst in Leipzig veranstalteten 2. *Ostdeutschen Psychotherapeutentag (OPT)*. Unter den 523 angemeldeten Besuchern befanden

sich erfreulicherweise auch 78 PiAs (15%). Die OPK hatte diesen bis zu 100 Freitickets zur Verfügung gestellt. Naturgemäß dominierten die sächsischen KollegInnen (35%) unter den BesucherInnen, aber es wurden auch 5% der TeilnehmerInnen aus westlichen Bundesländern registriert. Der KJP-Anteil betrug gute 20%, man wolle künftig mehr KJP-spezifische Themen anbieten. Die Vorträge internationaler Experten über die große Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg (Prof. John Norcross, USA) einerseits und über praxisorientierte Psychotherapieforschung andererseits (Prof. Louis Castonguay, Pennsylvania, USA) waren sicher Highlights, aber es gab auch Kritik, dass die Vorträge auf englisch gehalten wurden. In 54% der Teilnehmer-Evaluationsbögen wurde der Nutzen für die praktische Tätigkeit als gut bis sehr gut benotet, 66% schätzten die Wahrscheinlichkeit ihres erneuten OPT-Besuchs als gut bis sehr gut. Das Meinungsbild der Delegierten zur Frage, ob man einen weiteren OPT machen solle, war generell positiv. Ich und einige Andere mahnten zunehmende Sparsamkeit an, auch wenn die im Haushalt eingeplanten Verluste von bis zu 44.000 € (das wären ca. 100 Euro pro zahlender TeilnehmerIn) wohl um mindestens 10.000 € unterschritten würden.

Zum Stand der *Reform-Diskussion um die psychotherapeutische Versorgung* berichtete die Präsidentin Andrea Mrazek die verschiedenen Positionen von der Großen Koalition, den beiden Entscheidern in der Selbstverwaltung (Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Deren Modellvorstellungen werden auch in dieser Rosa Beilage dargestellt und diskutiert. An Fakten könne lt. Mrazek niemand mehr bestreiten, dass schon jetzt 70% der ambulanten Kassenpsychotherapie Kurzzeitbehandlungen seien, 50% sogar nur 12-15 Sitzungen verbrauchen. Die Interpretationen der Lage seien hingegen sehr divers. Zum Beispiel fordern alle kürzere Wartezeiten, die Kassen aber ausschließlich im Rahmen der jetzigen

Ressourcen, die Psychotherapeuten-schaft ausschließlich im Rahmen einer Aufstockung der Ressourcen. Auf Therapeutenseite sieht man den Kurzzeit-Anteil schon als hoch und als Auswuchs des großen Versorgungsdrucks, hingegen wünschten Regierung und Kassen noch viel mehr Kurzzeit-Behandlungen. So entgleitet die Diskussion allmählich vom gemeinsamen Wunsch aller nach kurzzeitigerem Behandlungsbeginn in Richtung Kurz-Kontingent-Psychotherapie. Während die Kassen z. B. eine potentiell gesundheitsgefährdende 6 wöchige Therapiepause nach den ersten 12 Sitzungen vorschlagen, entwirft die BPTK ein weit über die Grenzen möglicher Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie hinaus ragendes Konzept, in dem PsychotherapeutInnen die Gesamtverantwortung für die Versorgungskette übernehmen könnten. Jürgen Doebert warnte unlängst diesbezüglich vor einer „Medikalisierung“ der Psychotherapie. Konkreter an der anstehenden Änderung der Psychotherapie-Richtlinie orientiert ist das mittlerweile wohl auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stellungnahme 24.03.2014) vertretene Modell, welches sich an Vorschlägen von Dieter Best und Uwe Keller orientiert. Es sieht ein flexibles und schnelles 15-Therapiestunden-Kontingent vor, mit neuen Elementen (Sprechstunde, diagnostischer Frühabklärung, Akutversorgung), ohne die jetzigen Sitzungskontingente zu übersteigen.

Frau Mrazek fragte sich: Passt das für die OPK-Länder? Erste Einordnung ergab ein Regional-Gespräch in Mecklenburg-Vorpommern. Die Dortigen wollen die Versorgung auf dem Land verbessern, wo die Wartezeiten und Wege zur Psychotherapie zu lang seien. Offene Sprechstunden in Hausarztpraxen und besser vernetzte, niedrigschwellige Kriseninterventionen waren die Hauptideen. Diese sollen in ein Positionspapier für die nächste Länderkonferenz der Gesundheitsminister, die sich mit der Psychotherapie beschäftigt, fließen. Hier tauchte wieder die Zielrichtung des BPTK-Modells auf, Gesamtverantwortung und Befugnisserweiterung. Das wurde von den meis-

ten OPK-Delegierten gutgeheißen. Aus Thüringen wurde vom Landesgremium nach § 90 a SGB V (zur Beratung über die Sektorenübergreifende Versorgungsplanung) Positives berichtet. Dort will man eine sektorenübergreifende psychotherapeutische Bedarfplanung mit wissenschaftlicher Unterstützung (Wittchen / Jacobi) erarbeiten. Dem kann man Vorbildfunktion für die anderen OPK-Länder wünschen.

Die *regionalen OPK-Infoveranstaltungen* beginnen wieder am 8.9.2014 in Rostock und werden am 9.9.2014 in Potsdam, am 30.9.2014 in Erfurt, am 13.10.2014 in Magdeburg und am 16.10.2014 in Dresden weitergeführt. Ab Herbst 2015 werden auch Veranstaltungen für Neuapprobierte durchgeführt: pro Bundesland eine. In ihren fünf Ländern führte die OPK bislang 10 Berufsrechtsveranstaltungen mit über 500 TeilnehmerInnen durch. Die Länderarbeit bestehe ansonsten zu 80% aus Kontaktpflege-Gesprächen mit Ministerien, Kassen und anderen wichtigen Playern, also aus Netzwerkarbeit, die bei einer 5-Länder-Kammer naturgemäß meist weite Anfahrten mit sich bringt. In der Geschäftsstelle betreut Frau Mahneke-Windhövel dieses Feld.

Herr Dr. Peikert stellte aus der *BPtK-Angestelltenbefragung* Statistiken für die OPK-Länder vor. Ca. 400 KollegInnen hatten mitgemacht, davon ein Viertel Männer. Von den TeilnehmerInnen hatte 13% eine KJP-Approbation. 80% waren ausschließlich angestellt, mehr als ein Drittel arbeitete lediglich Teilzeit. Die Approbation hat nur bei einem Drittel der Befragten Einfluss auf ihre Vergütung, ebenso düster sieht es für Leitungsfunktionen aus. Die Vollzeit-Beschäftigten hatten ein durchschnittliches Bruttoeinkommen von ca. 50.000 €. Die Hälfte arbeitete in Krankenhäusern, ein Fünftel in Rehabilitationseinrichtungen und 8% in der Jugendhilfe. Die Arbeitszufriedenheit ist in Beratungsstellen am höchsten und in Reha-Einrichtungen am niedrigsten (21% eher nicht und nicht zufrieden). Über 50% hatten dort anfangs andere Vorstellungen von ihrer Arbeit gehabt.

Unter dem Titel *„Psychotherapeuten von morgen, mehr als nur eine Reform der Ausbildung“* berichtete der Vorstandsbeisitzer Dr. Schröder von den Entwicklungen in der BPtK zum Berufsbild (Ein Beruf auf Master-Basis, verfahrensbezogen, „verärztlicht“) und darauf aufbauend zum Kompetenzprofil (2-3 Ausbildungsabschnitte), das dann eine Ausbildungsstruktur implizieren soll (postgradual, einfach direkt, dual direkt?). Für mich ist allerdings noch nicht zu erkennen, wie die von der BPtK vorgesehenen Schritte zu einem sachlogisch zwingend ableitbaren Endergebnis führen sollen. Man könnte sicher alle drei Ausbildungsstrukturen nach einem neuen Kompetenzprofil ausrichten und viele der offenen Fragen werden letztlich durch keine der Ausbildungsstrukturen selber gelöst. Sie werden nur durch flankierende Maßnahmen gelöst werden können. Bei der bestehenden postgradualen Struktur wäre lediglich der Zugang und die Finanzierung der PiAs besser zu regeln, aber den Reformern bietet solch eine kleine Lösung wohl zu wenig innovativen Charme. Dabei könnte man in diese Struktur durchaus auch einige moderne Inhalte einfügen, aber wohl keine Weiterbildung, die dann unter Aufsicht der Kammern stünde. So droht das Ganze meiner Meinung nach ein irrlichternder Prozess zu werden. Auch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) der Länder würde spätestens bei der Frage, ob nur Universitäten ausbilden dürften, ihre Einmütigkeit verlieren. Unterdes akkreditiert wohl die Hochschule Neuruppin schon mal einen Studiengang ‚Klinische Psychologie‘.

Der Bericht des Geschäftsführers Dr. Jens Metge informierte unter anderem über die *Planungen zur OPK-Kammerwahl 2015*. Die Wahlfrist beginnt mit dem Wahlauftrag im Oktober 2014, die Einreichung der Wahlvorschläge erfolgt Oktober bis November 2014. Mit dem Versand der Wahlunterlagen werde auch ein „OPK aktuell Spezial“ als offizielle Kandidateninformation verschickt. Die Wahlfrist wird voraussichtlich mit dem Versand des Wahlergebnisses an die KandidatInnen im Februar 2015 enden. Am



20./21.03.2015 ist dann die konstituierende Sitzung (17. Kammerversammlung).

Im Wahlausschuss sind neben dem Wahlleiter Rechtsanwalt (RA) Dr. Wolfgang Breidenbach aus Halle und dem stellvertretendem Wahlleiter RA Rüdiger Frank aus Leipzig, Dipl.-Soz.-Päd. Anke Kowalkowski, KJP, Praxis in Werder (Havel, Brandenburg), Dipl.-Psych. Uwe König, Psychotherapeut (PP), Praxis in Schwerin (Mecklenburg-Vorpommern), Dr. Utz Ullmann, PP, Angestellter, BG-Kliniken Bergmannstrost in Halle (Sachsen-Anhalt), Dipl.-Psych. Andreas Buhbe, PP, Praxis in Chemnitz (Sachsen) und Dipl.-Psych. Ute Abicht, PP/KJP, Praxis in Rudolstadt (Thüringen). Den Vorsitz des Wahlprüfungsausschusses hat RA Jutta Brecht-Trute aus Dresden inne. Mitglieder sind Dipl.-Psych. Ilka Zänker, PP, Praxis in Lübben (Brandenburg), Dipl.-Soz.-Päd. Karin Heidenreich-Lemmel, KJP, Praxis in Zarrendorf (Mecklenburg-Vorpommern), Dipl.-Psych. Marion Knauf, PP, Praxis in Naumburg (Sachsen-Anhalt), Dr. phil. Dipl.-Psych. Agnes Fabian, PP, Praxis in Leipzig (Sachsen) und Dipl.-Psych. Christiane Rottmayer, PP, Praxis in Meiningen (Thüringen).

Wer werden die WählerInnen sein? Laut der OPK-Mitgliederstatistik hatte die OPK Ende März 3.353 Mitglieder. Drei Viertel der Verkammerten sind PP, 58% aller arbeiten in einer Praxis, 8% waren nicht berufstätig. Dank der weiter gestiegenen Mitgliederzahl hatten die Delegierten aus ihrem Kreis eine 18. Bundesdelegierte zu wählen. Der Vorstandsbeisitzer Johannes Weisang schlug im Auftrag des KJP-Ausschusses Frau Cornelia Plamann vor, da sie bereits bisher für die OPK im KJP-Bundesausschuss aktiv gewesen sei. Sie wurde ohne Gegenstimme gewählt und nahm die Wahl an.

#### **Vom Haushaltsplan zum Wirtschaftsplan**

Auf Empfehlung des Landesrechnungshofs wird der Haushaltsplan der OPK zum Wirtschaftsplan umgestaltet. Im Jahr 2014 wird es beides parallel geben. Ab 2015 gibt es dann allein den Wirtschaftsplan (in Text und Tabellen zu Erfolgs-, Finanz-, Investitions-

und Stellenplan). Einnahmen und Ausgaben heißen jetzt Erträge und Aufwendungen. Auch spricht man nun von Gewinnen und Verlusten und der Haushaltsausgleich wird dokumentiert. Durch die Umstellung wird eine höhere Transparenz erreicht. Den Delegierten wurde ein Wirtschaftsplan zur Abstimmung vorgelegt, der inhaltlich dem bereits abgesegneten Haushaltsplan 2014 entspricht, aber formal anders aufgebaut ist. Mit einer Enthaltung stimmten die Delegierten diesem Plan zu.

Der Haushalts- bzw. Wirtschaftsplan 2014 sieht als Ergebnis einen Verlust von 266.000 Euro vor, der mit einer Entnahme aus der Rücklage gedeckt werden soll. Bei Aufwendungen von 1.600.000 Euro beträgt meines Wissens die empfohlene Deckungsreserve ca. 800.000 Euro. Diese Reserve haben wir zwar noch, aber nach einer erneuten Entnahme in dieser Höhe 2015 lägen wir deutlich drunter. Damit ist ein interessantes Thema für den Kammerwahlkampf schon auf dem Tisch: Will man ab 2015 die Beiträge erhöhen oder beibehalten, den Haushalt abspecken oder weiter im gleichen Stil Ausgaben produzieren?

#### **Eine Novelle der OPK-Fortbildungsordnung**

Vor Diskussion und Abstimmung berichtete Dr. Thomas Guthke vom Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung über den ersten Fortbildungs-Zeitraum der Angestellten in (nachweispflichtigen) Klinik-Arbeitsverhältnissen, mit Ende 2013. Von den 1.239 Angestellten arbeiten 567 in Kliniken. Bislang konnten 217 Zertifikate ausgestellt werden. Es fehlen noch 350, und von 465 angestellten Mitgliedern liegen nach wie vor keine Angaben über ihren Arbeitgeber vor. Die Neufassung der OPK-Fortbildungsordnung soll künftig alle OPK-Mitglieder fortbildungsnachweispflichtig machen. Ca. 85 % hätten sozialrechtlich sowieso eine Nachweispflicht. Die Fortbildung daher für alle zur berufsrechtlichen Pflicht zu machen, wäre eine klarere und gerechtere Sache, auch fachlich ist das durchaus zu vertreten.

Die Novelle definiert auch präzisere Anforderungen an die Qualifikation der ReferentInnen von Fortbildungsveranstaltungen, die für PsychotherapeutInnen akkreditiert werden sollen. Weiter sollen künftig maximal 50 der 250 Punkte aus online-Fortbildungen stammen dürfen, damit man seine Fortbildung nicht alleine mit dem PC erwerben kann. Auch soll für wissenschaftliche Publikationen die Punktzahl auf 5 erhöht werden, in Anlehnung an die ärztliche Muster-Fortbildungsordnung. Die Bearbeitung der Fortbildungspflicht-Unterlagen bleibt für die Mitglieder kostenfrei, aber bei unvollständig eingereichten Anträgen sollen künftig Gebühren fällig werden. Die vom Vorstand und Ausschuss gemeinsam eingebrachte Beschlussvorlage wurde mit einer Enthaltung angenommen. Verbindlich wird sie aber erst mit ihrer künftigen Veröffentlichung. Nebenbei sei erwähnt, dass die OPK selbst als Fortbildungs-Anbieter auf dem Markt ist. Derzeit gibt es Curricula zur Sachverständigentätigkeit, zur Trauma- und Schmerz-Psychotherapie und Einzelveranstaltungen zu Sofortmaßnahmen, Psychohygiene, Praxiserwerb, Gerontopsychotherapie sowie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie.

*Änderungen der OPK-Berufsordnung (BO)* werden durch das Patientenrechtegesetz (PRG) nötig. Sie sollen auf der Herbst-Delegiertenversammlung verabschiedet werden. Einige Punkte sind dabei recht unstrittig, zu anderen laufen auf den Deutschen Psychotherapeutentagen (DPT) intensive Diskussionen. Die OPK plant ihrer BO eine Kommentierung anzufügen. Dies soll die Handhabbarkeit verbessern und auf einige unvermeidliche Dilemmata hinzuweisen, z. B. zwischen Dienstleister-Aufgaben und Therapeuten-Pflichten. Auch eine Präambel mit Begriffsdefinitionen speziell für unser Anwendungsfeld wird diesbezüglich erwogen. Einer der strittigen Punkte ist die Einsicht in die Behandlungs-Dokumentation (§ 11,2 MBO). Sie aus rein persönlichen Gründen zu verweigern, birgt zivilrechtliche Prozessrisiken. Würde die Berufsordnung es befürworten, dass PsychotherapeutInnen ihren PatientInnen die Einsicht in Behand-

lungsunterlagen mit dem Hinweis auf ihre Persönlichkeitsrechte verweigern, bestünde lt. Frau Mrazek das Risiko, dass die Rechtsaufsicht einschreite. Für unsere Gerichte zählt Dokumentiertes, auch wenn es persönliche, gar intime Information über die TherapeutIn in sich trägt, noch nicht zum schützenswerten Kernbereich der Persönlichkeit des Psychotherapeuten, zumal sich Behandlungsdokumentationen ihrer Funktion nach von vornherein auch an Dritte richten. Das in Ausnahmesituationen andere Rechte höher als die des Patienten nach § 630g PRG stehen, könnte eine BO höchstens in Kommentaren exemplifizieren. Einem Vorschlag des Delegierten Johannes Pabel entstammt praktisch Wichtiges für Schwärzungen von Passagen. Diese dürften nur an Kopien und nicht im Original vorgenommen werden und es müsse eine stichhaltige Begründung vorgelegt werden können. Nur dann könne eine TherapeutIn im Streitfall die für solches zuständigen und unter Schweigepflicht stehenden Kammergremien sinnvoll hinzuzuziehen, welche zur Beurteilung ihrerseits logischerweise auch das ungeschwärzte Original einsehen können müssten.

Aus der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen stammt die Frage, ob schon vor einem Erstkontakt Einwilligungen aller sorgeberechtigter Elternteile vorliegen müssen. Der Justiziar der BPTK, Prof. Stellpflug, befürwortete dies. RA Gerlach hielt dies für das Erstgespräch für übertrieben. Diese Rechtsauffassung in unserer OPK-BO niederzuschreiben, könnte dann künftig vor Gericht ein Schutz für uns als Angeklagte sein.

Der Ausschuss für Qualitätssicherung entwickelt im Auftrag des Vorstands eine Musterdokumentation, an der sich unsere Mitglieder orientieren können sollen. Neben dem Muster eines Informationsblatts, was nach der ersten Sitzung ausgehändigt werden könnte, soll eine Muster-Dokumentation der Aufklärung (zum Ausfüllen nach Ende der Probesitzungen) sowie das Muster eines Behandlungsvertrags (zu unterschreiben vor Beginn der Psychotherapie) entstehen, berichtete Frau Dr. Busse-Engelhardt. Neben

der Erprobung der präsentierten Entwürfe durch einzelne Delegierte soll nun eine juristische Bewertung erfolgen, bevor die Delegiertenversammlung wieder drüber diskutiert. Geplant sind auch Angestellten- sowie KJP-Versionen. Meiner Meinung nach sollte man mehr in Richtung eines Textbaustein-Werkzeugkastens gehen, aus dem man Teilstücke entnimmt und selbst miteinander kombiniert. Das könnte man in einer Art Gebrauchsanweisung an 2-3 Anwendungskonstellationen beispielhaft demonstrieren (z. B. VerhaltenstherapeutIn, PrivatversicherteR, Gruppentherapie; oder PsychoanalytikerIn, KassenpatientIn, Einzeltherapie).

### **Kommissionen**

Für die OPK-Fachkommission Traumatherapie berichtete Dr. Rüdiger Bürgel über bislang 115 Anträge auf Zertifizierung als TraumatherapeutIn nach den Richtlinien der OPK. Davon konnten 75 positiv beschieden werden, weitere 12 für Kinder und Jugend. Die Präsidentin berichtete von der BPTK-Kommission Zusatzqualifizierung, die auf der Suche nach weiteren geeigneten Bereichen ist. Als Kriterien dafür habe man genutzt: Versorgungsrelevanz, Prävalenz, Chronizität, existierende Spezialisierungen, existierende Strukturen. Danach habe man Schmerztherapie und Psychokardiologie als für Zusatzqualifizierung geeignet einstufen können. Auch Suchttherapie hielt Frau Mrazek für einen geeigneten Kandidaten, diese sei „von der Approbation nicht abgedeckt“. Ein Problem seien kleinere Bereiche, wie z. B. seltenere Erkrankungen. Diesbezüglich stelle sich die Frage ob man sie zusammenfassen solle zu einer Weiterbildung ‚Allgemeine Somatopschotherapie‘ mit Organtransplantation, Palliativversorgung etc. Man will hierzu auch die alten DDR-Curricula auswerten. Meiner Meinung nach ist es inhaltlich wenig schlüssig, immer weiter innerhalb der altbewährten Therapie-Verfahren mit den alten Therapie-Methoden sowie –Techniken, die man lediglich auf neue Anwendungsfelder bezieht, eine Weiterbildung nach der anderen zu kreieren, in

fragwürdiger Analogie zum ärztlichen Weiterbildungswesen.

Man habe prüfen lassen, ob differente Weiterbildungsordnungen einzelner Länder rechtlich ein Problem sind. Es gab aber keine Bedenken. Außer der DGVT-beeinflussten Schleswig-Holsteiner Kammer haben die meisten Kammern die ehemals für Nicht-Psychotherapeuten gedachten alten Umfänge der Fachverbands-Schulungen übernommen. Es gibt wohl bundesweit keine einzige PsychotherapeutIn, die sich nach diesen Kriterien zur NeuropsychotherapeutIn hat weiterbilden lassen, lediglich die Übergangsregelungen wurden genutzt. Auf dem nächsten DPT werde das Thema dann (hoffentlich auch inhaltlich) diskutiert. Keinen Konsens hat die Kommission darüber finden können, ob Weiterbildungsbausteine vor der Approbation erwerbbar sein sollen. Rechtlich ist das für mich kaum vorstellbar.

Zu guter Letzt informierte Vizepräsident Rosendahl über den Stand des Versorgungswerks, das sich mit einem Rechnungszins für 2013 von 3,15 % zwar unterhalb des Planwertes von 3,5 % bewegte, sich damit aber in der Folgezeit der Finanzmarktkrise eigentlich ganz gut hält. Das Versorgungswerk wolle auf seiner nächsten Delegiertenversammlung das in solch schwierigen Zeiten wichtige Risikomanagement noch mal diskutieren.

Die nächste OPK-Delegiertenversammlung findet am 24./25.10.2014 im sächsischen *Machern* statt; Kammermitglieder können als Gäste gerne dazukommen.

Mich würde es freuen, wenn sich DGVT-Mitglieder in allen 5 OPK-Ländern nach dem Lesen meines Berichts motiviert fühlen, beim kommenden OPK-Wahlkampf im Winter aktiv mitzumischen. Bei der letzten Wahl gab es in vielen Ländern beinahe zu wenige Kandidaten. Eine hohe Beteiligung ist also wichtig, um eine reelle Chance zu haben!

*Jürgen Friedrich*  
*Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern*  
*und OPK-Kammerdelegierter*  
*Kontakt:*  
*mv@dgvt.de; mv@dgvt-bv.de*

## Thüringen

**Einladung an alle DGVT-Mitglieder Thüringens zu einer Diskussionsrunde zum Thema "Empfehlende Überweisung - Erstgespräche - Warteliste; Patientenaufnahme und -selektion in psychotherapeutischen Praxen"**

In einer Psychotherapiepraxis ist das Dilemma allzu bekannt: Ständiges Telefonklingeln, ständig voller Anrufbeantworter, Mangel an freien Terminen, Abneigung gegen Empfehlungen von Kollegen. Zudem wird auch noch von Seiten der KV und der dahinter stehenden Gesetzgebung von uns erwartet, dass wir unseren Sicherstellungsauftrag ernst nehmen und bedürftige PatientInnen zeitnah versorgen.

Auf der anderen Seite sind wir froh, dass wir arbeiten können, so viel wir eben wollen, wenn wir mal einen Psychotherapeutensitz ergattert haben. So leiden und profitieren wir gleichzeitig von der aktuell niedrigen Zahl niedergelassener PsychotherapeutInnen.

In der diesjährigen Thüringer dgvt-Diskussionsrunde wollen wir die verschiedenen Lösungsversuche diskutieren. Wir wollen vermeiden, allzu schnell bei der berechtigten Forderung nach mehr Psychotherapeutensitzen stehenzubleiben und uns darüber austauschen, inwiefern wir uns koordinieren und dadurch gegenseitig entlasten könnten. Es wäre hilfreich, wenn auch Psychotherapeuten anderer Einrichtungen ihre Vorstellungen der Koordination und kollegialen Zusammenarbeit bei der Zuweisung und Behandlung von PatientInnen einbringen könnten.

Die Diskussionsrunde im Rahmen des diesjährigen dgvt-Landesgruppentreffens findet statt am 24.09.2014 um 17.00 Uhr in der Praxisgemeinschaft für Psychotherapie Dilger/Fischer/Hallensleben/Eberhardt, Schillerstr. 41, 99096 Erfurt (Rückfragen hierzu können gestellt werden an [praxisdilger@t-online.de](mailto:praxisdilger@t-online.de)). Nach einem kurzen Überblick über die Problemlage wollen wir uns hauptsächlich austauschen und möglicherweise eine praktikable längerfristige (Ko-

ordinations-)Struktur zur Abmilderung des Problems erarbeiten.

*Christoph Hölting, Stefan Dilger*  
*Landessprecher Thüringen*  
Kontakt:  
*thueringen@dgvt.de*  
*thueringen@dgvt-bv.de*

## Berufspolitische Informationen für Angestellte

### **Petition gegen PEPP hat Quorum knapp verfehlt – Optionsphase dennoch verlängert**

Petition gegen PEPP hat Quorum knapp verfehlt – Optionsphase dennoch verlängert

Ab 2015 sollte das neue pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken (PEPP) schrittweise als neue Basis für die Vergütung eingeführt werden (siehe hierzu Bericht in der Rosa Beilage 1/2014). Der Initiative zur Petition gegen PEPP lag die weiterhin fehlende Akzeptanz der neuen Vergütungsstruktur in weiten Bereichen der Psychiatrie und auch bei vielen Betroffenenverbänden zugrunde. Das sog. Quorum wurde zwar um 6.344 Stimmen verfehlt, um eine öffentliche Befassung des Petitionsausschusses (50.000 Mitunterzeichner in 4 Wochen) zu erwirken, trotzdem hat die Große Koalition die sog. Optionsphase in den Kliniken zur Erprobung von PEPP bis Ende 2016 verlängert. Die Oppositionsparteien hatten bereits vorher ebenfalls mit ihren Anträgen deutlich gemacht, dass sie das Entgeltsystem für überarbeitsbedürftig (Grüne) hielten oder sogar stoppen (Linke) wollten.

Die Stellungnahmen für die am 7. Mai stattgefundene Beratung im Gesundheitsausschuss zeigen ebenfalls deutlich, dass der Reform auch zwei Jahre nach der Verordnung die Akzeptanz fehlt. Von den bundesweit rund 570 psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen beteiligen sich nicht einmal 80 freiwillig an PEPP.

Der Vorsitzende des Verbands leitender Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) erklärte gegenüber der Ärztezeitung am 6.5.2014, man wolle am alten Vergütungssystem langfristig nicht festhalten, allerdings müsse sicher gestellt sein, dass die flächendeckende Einführung von PEPP „mehr nutzt als schadet“.

Sorge bereitet, dass die Verzögerung der Einführung von PEPP auch dazu führt, dass die überholten Standards der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zwei weitere Jahre gelten werden. Diese schreibt Sollstärken für das vorhandene Personal vor und ist in soweit auch eine „Strukturqualitätsgarantie“. Sie differenziert auch nicht zwischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen – was unter dem Qualitätsaspekt höchst problematisch ist.

Als Ersatz für die PsychPV soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A) neue Empfehlungen zu den Personalstandards in der Psychiatrie und Psychosomatik entwickeln. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert deshalb, diese Standards trotz der Verlängerung der Optionsphase, wie bisher geplant, bis 2017 zu erarbeiten, um sicherzustellen, dass zum Ende der Optionsphase neue Standards zur Personalausstattung vorliegen. Zudem sollte gesetzlich festgelegt werden, dass diese Empfehlungen tatsächlich den Charakter von Mindeststandards haben und nicht quasi unverbindliche Orientierungen.

*Waltraud Deubert*

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### **BMC-Experten-Forum: Neue Versorgungs- und Anreizstrukturen für ambulante Psychotherapie?**

Unter diesem Titel fand das Expertenforum der AG Neue Versorgungsformen des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC; [www.bmcev.de](http://www.bmcev.de)) statt, das ich am 12. März im Langenbeck-Virchow-Haus der Charité in Berlin besuchte. Durch die gut besuchte (N=85, ¼ PP/KJP) Veranstaltung führte sehr routiniert Ralph Lägél, MBA, ein Direktor von der Pfizer Pharma GmbH und Mitglied im Vorstand der dt. Gesellschaft für Psychoedukation. Ziel war, die fachliche wie politische Diskussion zu den anstehenden Änderungen zwischen Playern und Payern der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung voranzubringen.

Zuerst referierte Dieter Best aus Sicht der DPTV über diesen Reformbedarf anhand von vier Problemfeldern: Ausbildung (zu lang, unterfinanziert), Befugnisse (fehlen), Vergütung (Stunden-Brutto: Psychotherapeuten 36 € Ärzte 60 € lt. ZIPP in 2010) sowie eben Versorgungsstruktur. Trotz fehlender Anreize für Frühabklärung, Akutversorgung, Gruppentherapie sowie Rezidivprophylaxe funktioniere unsere Versorgung soweit ganz gut. Es werde z. B. nachweisbar das volle Diagnosespektrum behandelt, die Kontingente nicht voll ausgereizt (VT: M Kurzzeittherapie = 20 h Langzeittherapie = 39 h; s. DÄ-PP Mrz. 2014) und bei komplexen Fällen oft Case-Management ohne Honorierung gemacht. Letztlich sinke auch die Zahl der Arztkontakte ab Psychotherapie-Beginn kontinuierlich wieder auf das Niveau vor der Erkrankung (s. Hr. Schlenkers Barmer-GEK Studie).

Bei der steigenden Nachfrage (Indikatoren: Wartezeiten, 45 Mio. € / J. im Erstattungsverfahren) und den seit 1990 fachlich fortgeschrittenen Möglichkeiten wäre eine

Differenzierung unseres im Kern durchaus guten Angebots weiterführend. Dieter Best präsentierte hierzu sein Modell (s. Heiner Vogels Beitrag in der letzten VPP / rosa Beilage). Dieses kombiniert mit Sprechstunden, früher diagnostischer Abklärung, Akutversorgung / Psychoedukations-Gruppen und Probatorik flexibel mehrere Einstiege in die Richtlinienpsychotherapie, die dann weiter via Gutachterverfahren laufen könne. In der Summe würden die jetzigen Sitzungskontingente bestehen bleiben. Nur die von ihm auch vorgeschlagene Erhaltungstherapie (nur nach Gutachterverfahren) könnte dann noch hinzukommen. Mit diesem Paket könne man die Wartezeiten verkürzen und dem nach Störungen unterschiedlichen Bedarfen gerecht werden. Mittlerweile wolle auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dieses Modell als ihren Reformvorschlag übernehmen. Nach den noch nötigen internen Abstimmungen mit den psychosomatischen und psychiatrischen Medizinern wird es in die Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingebracht. Offen sei, wo solch ein Reformmodell verankert werden solle. Quick & dirty ginge das via neuer EBM-Ziffern. Dann könne es aber jederzeit wieder gekippt werden. Im Bundesmantelvertrag bzw. in der Psychotherapierichtlinie wäre es besser untergebracht. Mit Beschleunigungs-Hilfen des Gesetzgebers ginge das in ein bis zwei Jahren.

Zusätzliche Reize könne eine Reform des Gutachter-Verfahrens bringen. Das werde aber wohl erst nach Abschluss der Prüfung der Richtlinien-Verfahren durch den G-BA auf den Tisch kommen. Bürokratieabbau könne auch das Gruppentherapie-Angebot erhöhen. Dafür sollten allerdings auch die Zusatzqualifizierungs-Hürden verringert werden.

Ein Anliegen sei ihm mehr Versorgungsforschung. Es sei wichtig, Gründe für

die langen Arbeitsunfähigkeitszeiten bei psychischen Störungen, die frühzeitigen Beurlaubungen und die Langwierigkeit stationärer Aufenthalte zu finden. Forschungsinvestitionen hierzu seien nicht nur durch die hohen Kosten von all dem gerechtfertigt. Zur Kostenstruktur der ambulanten Psychotherapieversorgung gebe es übrigens in zwei bis drei Monaten endlich belastbare Daten. Noch mit Dr. Köhler von der KBV habe der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) hierzu einen Durchbruch erreicht. Die Psychotherapeutenvertreter erhalten nun endlich die Routinedaten.

Dann sprach Dr. Christina Tophoven als Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) darüber, was sich in dieser Legislaturperiode in der Versorgung psychisch Kranker ändern sollte. Zur Problematik unserer Versorgungsstrukturen führte sie eingangs die 18 Mio. Deutschen an, die lebenszeitlich eine klinische F-Diagnose bekämen, und wies dann auf die trotz klar Psychotherapie indizierender Behandlungsleitlinien niedrigen Behandlungsraten besonders bei Jungen, Alten und Armen, sowie die zugleich stetig steigenden Betten- und Fallzahlen der Psychiatrien hin. All das weise klar auf weiterbestehenden Mangel an ambulanter Psychotherapie hin.

Wo wird im Einzelnen Umsteuerung durch die Selbstverwaltung bzw. den Gesetzgeber nötig? Für die allseits gewünschte schnellere fachdiagnostische Abklärung in offenen Sprechstunden sowie dann gegebenenfalls schnelle Akutversorgung sollten Lotsen-Praxen von PsychotherapeutInnen geschaffen werden, in denen an Praxispersonal Case-Management delegierbar sei. Auch habe die jüngere Generation oft gar keinen Hausarzt mehr, der als Lotse in die Psychotherapie überweisen könne. Vom Gesetzgeber her seien psychotherapeutische Versorgungszentren (PVZ), im Sinne von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter psychotherapeutischer Leitung mittlerweile möglich. Ohne Befugnisweiterungen würden diese aber zahnlos bleiben. Solch ein PVZ wäre dann auch geeignet, um weitere nötige Ausdifferenzierungen des psychothe-

rapeutischen Angebots anzubieten. So sollte ein grundversorgerisches Angebot unterhalb der Richtlinienpsychotherapie geschaffen werden. Auch bezüglich besserer Praxen-Vernetzung zwecks z.B. höherer Angebots-Transparenz könnten solche Lotsen-Praxen / -PVZ die Koordinierung leisten. Eine Leitlinienänderung sei auch nötig zur Kontingentöffnung bei speziellen Indikationen (Bipolare Störung, Traumafolgestörung).

Für die Versorgung der jährlich nur ca. 275.000 Patienten mit komplexem Leistungsbedarf aus den ca. 1,4 Mio. Patienten mit Psychosen, Bipolaren Störungen und schweren rezidivierenden Depressionen mache Kassenwettbewerb keinen Sinn. Hier solle der Gesetzgeber ein durch Vernetzung flächendeckendes Angebot definieren. Für die Gruppe der chronisch schizophren Erkrankten wiederum empfiehlt die BPtK niederfrequente Einzeltherapie, am besten über Regionalbudgets (§64 SGB V) in IV-Netzwerken und nicht über Krankenhausbudgets zu finanzieren, da diese den bereits vorhandenen ambulanten Möglichkeiten gegenüber eher blind zu bleiben drohten.

Eine Anmerkung zum Pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) lässt sich so zusammenfassen: alles, bloß nicht weiter Abteilungspflegesätze! Verbindliche Standards für die Krankenhauspersonalausstattung seien gegen das Sparen am Personal essentiell. Ob die vom G-BA zu erarbeitenden Empfehlungen dafür reichen werden?

Alles in Allem sei für die Psychotherapie jetzt „Mut zur Varianz“ erforderlich, von der Selbstverwaltung, vom Gesetzgeber und nicht zuletzt von der Profession selber, die diese Wandlungen ja dann zu vollziehen haben werde. Die Kammeraktivitäten würden zeigen, dass sie sich dazu bereit mache.

Ein interessanter Diskussionspunkt war: in den neuen Versorgungsmodellen fehle „ein Navi“. Jenen Menschen, die mit den komplexen gesellschaftlichen Anforderungen nicht mehr Schritt halten könnten, solle man nicht ein immer komplexeres Versorgungssystem zumuten. Auch sei wohl nicht bedacht worden, dass die komplexen neuen

Versorgungsmodelle nicht in der Lage seien „Fehlallokationen“ abzubauen, solange geeignete Navis fehlen. Jürgen Doeberl vom BVVP erinnerte daran, dass eine Gefahr der ansonsten tollen neuen Modelle die „Medikalisierung des Psychotherapeuten-Berufes“ sei. Er regte an, für die Realisierung jener neuen Versorgungsbausteine einfach eine bessere Vernetzung der existierenden Einzelpraxen anzustreben.

Auch wurde befürchtet, dass die Hemmschwelle der Patienten, zu „Psycho-Lotsen“ zu gehen noch zu groß sei. Zur Alternative, als „Psycho-Lotsen“ geschulte Hausärzte zu nutzen, berichtete Frau Sibelius aus einem Versorgungsforschungsprojekt. Die Hausärzte hatten dabei zu sehr unter Überlastung gelitten, so dass man diesen Weg nicht weiter verfolgen brauche.

Prof. Helmut Peter vom MVZ Falkenried / Hamburg beklagte den hohen Verwaltungsaufwand bei Gruppentherapie. Obwohl im MVZ 50 Gruppensitzungen pro Woche liefen, betrage dieser 50 Ct. auf jeden Honorar-Euro.

Die Vorschläge des Berufsverbandes (DPTV) wie der Kammer liefen für mich beide auf „Differenzierung des Angebots“ als Zauberformel hinaus. Die Chimäre „Bedarf“ verwirrt weiter. Krankenkassen und Regierung behaupten „Übersversorgung“, die Profession sieht weiter „Unterversorgung“. Dass man sich nicht stattdessen auf die glasklar belegbar zunehmende Nachfrage bezieht, verhindert schon die Einigung auf eine Ausgangslage. Ohne eine solche klare Basis ist es von vorneherein nicht möglich, die anvisierten Innovationen der Versorgungsstruktur sinnvoll zu diskutieren. Die Folge wird sein, dass wir „was basteln in der Versorgungsstruktur“, mit „Anreizstrukturen“ für die Behandelnden garniert.

Mit Dr. Schlenkers (stellv. Vorstandsvorsitz. Barmer-GEK) Vortrags-Haupttitel „Schneller und kürzer“ wurde jedem auch gleich klar, wohin die „Anreizstrukturen“ uns führen sollen. Seiner Meinung nach sähen alle Stakeholder die Ausgangslage ähnlich (ungleiche Allokation Stadt / Land und Ost / West, das Gutachtenverfahren habe zu

niedrige Ablehnungsquoten, bei der Vergütung würden falsche Anreize gesetzt) und auch die Ziele sein gar nicht so verschieden. Man wolle die Wartezeiten verkürzen und die Kurzzeittherapie (KZT) fördern. Er sehe da viele Konsensmöglichkeiten. Was er aber von vorne herein sagen könne: mehr Geld oder Sitze sei einfach nicht drin. Durch die laut Koalitionsvertrag anstehenden Novellen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und der Psychotherapierichtlinie sei das Fenster für strukturelle Innovationen offener denn je und der Instrumentekasten reich bestückt. Das Konzept des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spi) wurde ja schon veröffentlicht<sup>3</sup>, und just während er es uns vortrage, würde es auch im G-BA präsentiert. Mit ihm könnten „Effizienz-Fehlanreize“ korrigiert werden, wie die „Allokation nach Zufall“, die Selektion nach Fallschwere, das Problem der „Teilzeit-Psychotherapeuten“, die unterschiedlichen Sitzungskontingente der Verfahren ohne Effekt auf die Sitzungsfrequenzen und die Vernachlässigung der Gruppentherapie.

Von seiner Kasse, der Barmer-GEK könne er übrigens berichten, dass die extrabudgetäre Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie bislang zu keiner Mengenausweitung führte, entgegen vieler Befürchtungen. Auch die Erstattungspsychotherapie habe zuletzt nicht mehr zugenommen. Ihm sei auch nicht bekannt, dass Kassen die Regierung zur Nichtveröffentlichung dieser Daten gedrängt hätten.

Im Folgenden ging er auf sechs Versorgungsziele des Spitzenverbands-Konzepts näher ein.

Das erste Ziel ist eher eine Vorab-Festschreibung: die Sicherstellung der Versorgung ist mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen. Im internationalen Vergleich habe man schon ein sehr gutes Angebot. Dank der 2000 neuen Sitze sei lediglich eine bedarfsgerechtere Verteilung zu

<sup>3</sup> <[http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_GKV-SV\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf)>



planen und Überversorgung in den Stadtstaaten und Großstädten mit Ausbildungseinrichtungen abzubauen. In den Zulassungsausschüssen betrieben die Kassenvertreter keinen Kahlschlag, lediglich in Bremen seien von ihnen drei Sitze abgebaut worden. Die Zulassungsausschüsse sollten künftig aber mehr verteilen.

Das zweite Ziel ist eine verbesserte Angebotstransparenz und -allokation für die Patienten. Der Versorgungsdschungel solle durch Anamnese, Basisdiagnostik und Beratung in zwei verpflichtenden Sprechstunden (mit Steuerungsfunktion, nicht zur Krisenintervention) gelichtet werden. Von der ursprünglichen Idee einer intelligenten Verteilungsinstanz in Kassenhand sei der GKV-Spi abgekommen. Man fürchtete ein Bürokratiemonster. Soviel auch zur 4-Wochen-Terminfrist-Geschichte aus der Koalitionsvereinbarung.

Das dritte Ziel ist ein zeitnahe Zugang zum Psychotherapeuten. Lange Wartezeiten bedeuten mehr Arbeitsunfähigkeitszeiten. Die ersten beiden Sitzungskontingente könnten künftig unbürokratisch anzeigepflichtig statt antragspflichtig sein. Er könne verhandeln. Den Bezug zu den BSG-Honorarurteilen könne man schon irgendwo (EBM, Bundesmantelvertrag, Richtlinie) sicherstellen.

Bei Ziel vier geht es darum, die Anreize für KZT so zu setzen, dass Langzeittherapie (LZT) nicht vernachlässigt werde. Die Daten zeigten „große Streuung der Therapiedauer über alle Richtlinienverfahren“. Auch „der Zuschnitt der Stundenkontingente habe deutliche Auswirkung auf die Behandlungsdauer“. Das interpretierte ich als Zuhörer zumindest mal so, dass die AnalytikerInnen wohl selten drei Sitzungen die Woche machen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen: verpflichtend zuerst ein bis max. zwei Stunden Sprechstunde, dann drei Stunden Probatorik. Nur danach folgen auf Anzeige zwölf Stunden erstes Therapiekontingent, dann sechs Wochen Reflektionsphase. Auf Anzeige ist danach das zweite Kontingent von zehn Stunden möglich. In der LZT können darüber hinaus noch 25 weitere genehmi-

gungspflichtige Sitzungen beantragt werden. Nach diesen insgesamt 47 Therapiesitzungen soll es weitere Therapiestunden nur nach „Einzelfallentscheidung“ geben. Wie viele zusätzliche Stunden möglich sind, blieb offen. Die Balkenlänge im gezeigten Diagramm entspricht etwa 20 Stunden. Alternativ soll ein „Bypass“ zur LZT möglich sein, der bedeutet sicher „Genehmigungspflicht“, und das heißt Kassengenehmigung nach Gutachterverfahren. Der Sinn der sechs Wochen Karenz, die schon viel Protest auslösten, sei, nach dem schnellen Start eine Bedenkpause zu bekommen. Psychologen hätten dieses Konzept entwickelt (hier frage ich mich scherzhaft: sollen die sechs Wochen etwa ein Anreiz zur Nichtvernachlässigung des Gutachtenschreibens sein?). Denn nur der „Bypass“ zur LZT könne die sechs Wochen aushebeln. Ich meine, ohne diesen „Bypass-Passus“ grenzte eine verwaltungstechnisch verordnete Wartezeit in der Krankenbehandlung ja auch fast schon an Körperverletzung. Ich würde das den „Hecken-Bypass“ nennen und die Kassen sollten bei seiner Nicht-Nutzung zwei Kästen Bier auf Rezept (natürlich nur eines Arztes) verschreibungspflichtig machen. Zukünftig könnte das in Fällen, in denen eine Therapiepause nicht vertretbar ist, bedeuten, dass nach einer Stunde (Erstgespräch) bis zwei Stunden (Sprechstunden) plus drei Stunden (Probatorik) plus zwölf Stunden nach Anzeige (sog. erstes Therapiekontingent) und zehn Stunden nach erneuter Anzeige ein Antragsbericht an die GutachterIn zu schreiben ist. Für VTler bliebe alles fast wie bisher: Antragspflicht erst nach bis zu fünf Stunden Probatorik plus 25 Stunden genehmigter Psychotherapie. Klarer erkennbar ist die Tendenz, Einheitskontingente (unabhängig von den Therapieverfahren) zu schaffen. Schlenker sagte dazu diplomatisch, die Kassen wollten sich aus jedem Schulenstreit raushalten. Ein weiterer Aspekt: man gehe von den Psychotherapierichtlinien aus, sehe die Kontingente aber losgelöst davon. Es wurde von „Stundenmengen je nach Versorgungslage“ gesprochen. Klar wurde mir jedenfalls: die Kassen wollen mit der relativen

Erschwerung von Therapiegenehmigungen im bisherigen LZT-Umfang via „Anreize“ zur Therapieverkürzung ihrem finanziellen Morbiditätsrisiko etwas entgegenzusetzen (das sie mit der extrabudgetären Vergütung gerade erst ein bisschen übernommen hatten). Ob „Einzelfallentscheidungen“ der jetzigen Praxis entsprechen sollen, oder ob da weitere negative Anreize hinzukommen sollen, blieb offen. Klar war jedoch wiederum, dass dieses Ringen dann schon nach der 47. Sitzung einsetzen würde. Immerhin soll die schnelle Sprechstunde „gut bezahlt“ werden. Für die drei Stunden Probatorik blieb das unklar. Klar ist aber, dass sie künftig verpflichtend vor dem Therapiebeginn stehen sollen, was kein Anreiz, sondern eine Einschränkung unserer therapeutischen Entscheidungsfreiheit wäre.

Ziel fünf strebt eine bessere Qualitätssicherung durch mehr Transparenz an. Das Gutachterverfahren soll „weiterentwickelt“ (es blieb unklar wie) und um Psychometrie vor und nach jedem Therapieabschnitt (vor der Probatorik, nach zwölf Stunden KZT, nach 22 Stunden LZT und wahrscheinlich nach weiteren Einzelfallstunden abschnitten) ergänzt werden. Die Testauswertungen (es blieb unklar, welche Instrumente) würden dem Bericht an den Gutachter angefügt. Im Falle der Einführung eines QS-Dokumentationsbogens dürften die Tests darin aufgehen.

Ziel sechs richtet sich auf die Förderung der Gruppenpsychotherapie, mittels Flexibilisierung der Gruppengröße und besserer Kombinierbarkeit mit Einzeltherapie, so dass der aktuell 2%ige Anteil stark steigt.

Anschließend ging Schlenker noch auf einige Vorschläge der Vorredner ein. Zur integrierten Versorgung für Patienten mit komplexen Leistungsbedarf hielt er den BptK-Vorschlag eines § 116 c SGB V (Ambulante Spezialärztliche Versorgung) zwar für eine schöne Analogie und diskutabel, warnte aber davor, dass praktisch daraus ein überregulierter, abgeschotteter neuer Versorgungssektor entstehen könnte. Selektivvertragsinitiativen im Rahmen von § 73c oder § 140a SGB V sowie die Förderung

regionaler ambulant-stationärer Versorgungsnetze sowie E-Health-Aktivitäten seien attraktiver. „Befugniserweiterungen wollen wir nicht“. Neben den altbekannten Gegenargumenten wurde auch angeführt, dass solch ein umfassenderer Heilungsanspruch problematisch für unsere Therapeut-Patient Beziehung sei und das Selbstverständnis der Psychotherapeuten ändern würde.

Sein Fazit: der Kollektivvertrag sei die Basis, aber die Reformen müssten kosten- und ressourcenneutral durchgeführt werden. Neue Vergütungskonzepte seien nötig. Statt diesem „Einheitsbrei“ wolle man eine differenzierte Steuerung, degressive Vergütung bei Langläufern, wie beim PEPP, das die Kassen ja begrüßen würden.

In der Diskussion kam erwartungsgemäß viel Kritik. Die sechswöchige Bedenkpause sei der Tod jeder Gruppentherapie statt ihrer Förderung. Bei Aufwandsneutralität könne die Stärkung der KZT nur eine Umverteilung zu Lasten der Patienten mit chronischen Erkrankungen bedeuten. Jürgen Doebert betonte, dass Anreize einfach immer etwas kosten und dass man nicht zuerst künstlich verstopfen und dann Bypässe legen sollte.

Dirk Heidenblut, Mitglied des Bundestags (MdB), für die SPD im Gesundheitsausschuss zuständig für Psychiatrie und Psychotherapie, sprach zur Frage: Bringt uns die große Koalition weiter? (Hierfür war ursprünglich Prof. Karl Lauterbach vorgesehen gewesen.) Im Prinzip ja, aber in der Koalition seien die Vertragsklauseln noch nicht abgestimmt und Politik könne sowieso immer nur die Rahmenbedingungen setzen. Den Rest, die Umsetzung müsse die Selbstverwaltung (z.B. G-BA) machen. Er sei aus dem Ruhrgebiet, die dortige Bedarfsplanung sei nicht nachvollziehbar, sei aber keine Entscheidung der Politik gewesen. Der Gesundheitspolitik gehe es eher um Finanzierungsfragen, aber man werde die Psychotherapie nicht vergessen. Für sie sei der Focus der großen Koalition die KZT und die Gruppentherapie, generell Entbürokratisierung. Der Richtlinienüberarbeitung werde man einen Zeitrahmen setzen, er wünsche die Erweiterung um die Systemische Therapie. Bei der

Novelle des Psychotherapeutengesetzes sei bezüglich der Ausbildung zu beachten, dass da alles zurückwirke auf die therapeutische Praxis.

Dietrich Monstadt, MdB, für die CDU im Gesundheitsausschuss, teilte zu Beginn mit, dass er dort nun nicht mehr für die Psychotherapie zuständig sei, sondern Parteikollegin Frau Bertram. Sein Wahlkreis liege in Mecklenburg-Vorpommern er stehe für die neuen Bundesländer. Er sei stolz auf die letzten vier Jahre und die 1.120 neu geschaffenen Sitze für Psychotherapeuten. Mit dieser entscheidenden Verbesserung der Versorgung sei das Potential für Veränderungen gegeben. Klar sei, dass es nun nur noch um Umverteilung gehen werde. Es werde zu Neuausrichtungen im Beruf kommen müssen. Er sei für den Abbau von Befugniseinschränkungen.

Der Moderator Ralph Lägél eröffnete die Podiumsdiskussion mit der These, dass Innovationen in Ballungsräumen möglich wären, aber auf dem Land eher fraglich. Müsse man dazwischen bei Versorgungsinnovationen differenzieren? Herr Monstadt lehnte zwischen Stadt und Land unterscheidende Versorgungsziele strikt ab und empfahl, nicht auf den Gesetzgeber zu warten. Dieter Best stimmte Herrn Monstadt bezüglich der Einschätzung zu, dass es jetzt um Strukturformen ginge. Erst nach Abschluss der Umsetzung der letzten Bedarfsplanungsreform werde eine neue kommen können. Die von ihm präsentierten Vorschläge hätte sich der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), nach einem aktuellen KBV-Vorstandsbeschlusses inzwischen zu eigen gemacht. Nach Abstimmung in der März-Vertreterversammlung der KBV würden diese dann in den G-BA eingebracht werden. Frau Tophoven sah auf dem weiten Land doch die Politik gefordert. Dort gebe es weniger Möglichkeiten, multiprofessionelle Teams zu bilden. Dort müsse die Politik mit Maßnahmenpaketen helfen, Sektorenübergreifendes zu etablieren. Herr Schlenker fragte, ob das nicht doch die Selbstverwaltung mit Selektivverträgen besser hinbekommen könne. Herr Monstadt verwies wie-

derum auf den spürbaren Strukturreformdruck der Ausfallzeitenkosten für Kassen wie Kassenärztlichen Vereinigungen (KV).

Herr Doeberth erinnerte die Politiker an das Vorhaben der großen Koalition (GroKo), aus der Kann-Regel des Aufkaufs von freierwerbenden Arzt-/Psychotherapeuten-Sitzen eine Muss-Regel zu machen. Niemand außer der GroKo wolle das, von wegen, die Politik könne nur Strukturrahmen vorgeben, sie möge doch bitte diesen Beschluss rückgängig machen. Frau Tophoven ergänzte, die Spielregeln der Selbstverwaltung seien grundsätzlich zu eng für die Psychotherapie. Wir bräuchten schon den Gesetzgeber. Sie warf die Frage in den Raum, ob man denn etwa wie in Großbritannien ‚Mental Health Practitioner‘ für eine Art Psychische Grundversorgung unterhalb der Psychotherapie wolle, z. B. mit Gruppenpsychoedukation. Selbst dort würde man aber mehr als sechs Wochen warten müssen. Dr. Schlenker griff das sofort auf, es wäre eine Idee, die ersten 15 Stunden KZT „Psycho-Grundversorgung“ zu nennen. Ich als Zuhörer empfand genau das hingegen als eine unzulässige Vermischung von Äpfeln und Birnen, da für mich KZT eine fokale „fachärztliche“ Therapie ist und Grundversorgung etwas Diffuses. Aber in den KVen sind wir ja mittlerweile auch zu sogenannten ‚fachärztlichen Grundversorgern‘ geworden, allerdings nur mit Leistungen außerhalb der eigentlichen Psychotherapie. Schlenker führte weiter, vieles sei ja eine Frage der Wahl der Begrifflichkeiten: Verschlankung, Grundversorgung, Spezialversorgung, Selektivvertrag: wie man es auch nennt, vieles sei möglich, das Fenster geöffnet! Dieter Best holte uns gegen Ende wieder in die karge Realität zurück. Für Tests zahlten die Kassen derzeit 43 € pro Stunde, wir hätten keine Samstags-Zuschläge wie die Ärzte. All das hätte man in der Vergangenheit auch schon zur Verbesserung der Versorgung ändern können, aber es kostet halt Geld. Er wünsche sich, dass das Gesundheitsministerium mal Vertreter in die Sitzungen der Selbstverwaltung schickt.

*Jürgen Friedrich, Rostock*

---

## **DGVT-BV-Info: Widerspruch gegen Honorarbescheid**

---

Mitgliedern stellen wir regelmäßig die aktuelle Empfehlung unseres Verbands für den Honorarwiderspruch zur Verfügung. Sie erhalten den Honorarwiderspruch über unsere Mailingliste [niedergelassene@dgvt-bv.de](mailto:niedergelassene@dgvt-bv.de) bzw. über die Adresse [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de).

Zur Wahrung Ihrer Interessen empfehlen wir weiterhin, regelmäßig Widersprüche gegen die Honorarbescheide einzulegen.

Der Bewertungsausschuss hat am 18.12.2013 beschlossen, bis zum 30.6.2014 die Bewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM zu überprüfen. Es soll dabei geklärt werden, ob die gültige Bewertung dieser Leistungen eine angemessene Vergütung darstellt. Falls die zeitgebundenen Leistungen im Rahmen dieser Prüfung durch den Bewertungsausschuss tatsächlich höher bewertet werden sollten, würde sich eine Nachvergütung ergeben. Diese Nachvergütung erhalten aber nur diejenigen KollegInnen, die Widerspruch eingelegt haben und deren Honorarbescheide noch nicht bestandskräftig sind.

Bitte legen Sie deshalb regelmäßig innerhalb der einmonatigen Frist einen schriftlichen Widerspruch ein.

*Kerstin Burgdorf*

---

## **Konzertierte Aktion Bericht vom Treffen der KBV mit den Berufsverbänden**

---

Am 14. März 2014 fand am Berliner Sitz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) deren 18. sog. konzertierte Aktion mit den Berufsverbänden statt. Der neue Vorstandsvorsitzende Dr. Gassen, ein Orthopäde, berichtete eingangs zur Lage.

- Das 14. Gesetz zur Änderung des SGB V sieht niedrigere Herstellerrabatte für

Original-Präparate in Höhe von 7 % vor und entfristet diesen Abschlag. Für die hausarztzentrierte Versorgung macht die Wirtschaftlichkeitsklausel es ab dem 1. April 2014 obligatorisch, dass die Wirtschaftlichkeit der Hausarztverträge erst nach vier Jahren nachgewiesen werden muss. So könne nun nicht „Bereinigbares“ besser refinanziert werden. Das bedeutet, dass die Hausarztverträge zukünftig auch Leistungen umfassen dürfen, die keine Entsprechung im EBM finden und demzufolge auch nicht aus dem Gesamtbudget erstattet werden können, so dass die Verträge vordergründig für die Kassen Geld kosten.

- Der Referentenentwurf zum Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) senkt den Krankenkassenbeitragssatz zwar auf 14,6 %, aber das Risiko von Zusatzbeiträgen belastet künftig alleine die Versicherten, und zwar einkommensorientiert. Die Krankenkassen bekommen einen Ausgleich, wenn ihre Mitglieder unterdurchschnittlich verdienen. Der Morbidität-Risiko-strukturausgleich (RSA) wird weiter entwickelt. Als Stiftung wird ein fachlich unabhängiges Institut gegründet, eine Aqua-Institut-Nachfolge. Am 26. März sollte der Kabinettsbeschluss fallen.
- Die nächste KBV-Vertreterversammlung wird die politische Position der KBV zum Koalitionsvertrag abstimmen. Bereits am 6. Dezember hatte die Vertreterversammlung sechs Punkte abgelehnt:

1. *Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung in unterversorgten Regionen*

Unter den guten Gegenargumenten Gassens findet man auch die Forderung nach „Entwicklung einer belastbaren Methode zur Klassifizierung von Über- und Unterversorgung“, was sich mit einer großen Forderung der Bundespsychotherapeutenkammer deckt.

2. *Schaffung von Institutsambulanzen für erwachsene behinderte Menschen*  
 Institutsambulanzen übernehmen zunehmend Leistungen aus dem Spektrum der vertragsärztlichen Regelversorgung. So etwas solle weiterhin grundsätzlich nur nach Bedarfsprüfung eines Zulassungsausschusses möglich sein. Alles andere sei ein „Verstoß“ gegen die Selbstverwaltung.  
 Grundsätzlich lehne die KBV Substitution dieser Leistungen ab, befürworte jedoch ihre Delegierbarkeit.
3. *Zwangsregeln zur Reduzierung von Wartezeiten auf Facharzttermine*  
 Gassens Argumente dagegen gingen ins Grundsätzliche: Man setze am falschen Ende an. Schuld seien die zu häufigen Arzt-Patienten-Kontakte, Fallzahlbegrenzungen und die gedeckelte Vergütung.  
 Die nachfolgende Diskussion drehte sich fast ausschließlich um das Wartezeiten-Thema. Zuerst kam ein 'Werbeblock'. Herr Dr. Messer (Psychosomatische Medizin) warb dafür, die vielen die Praxen verstopfenden terminintensiven somatoformen Patienten künftig ohne Restriktionen zu den 1.300 Fachärzten für psychosomatische Medizin zu überweisen. Danach ging es etwas themenfokussierter um den Sinn oder Unsinn schneller Überweisungen. Dafür spräche die reibungslose Praxis schneller Überweisungen in einigen KVen (z.B. Mecklenburg-Vorpommern). Dagegen sprächen Befürchtungen eines inflationären Einforderns der Blitzüberweisungen durch die Patienten. Außerdem würden kurzfristige Termine jede Praxisplanung zerstören. Einige hielten die im Koalitionsvertrag genannten Terminstellen für nicht mehr zu vermeiden. Man solle sich auf deren Verzögerung und Verschlankung konzentrieren und sie dann zumindest selber betreiben, auch um dabei Daten für die künftige Argumentation sammeln zu können. Der Vorstandsvorsitzende Gassen schlug vor, mit Statistiken zu Terminausfällen und Terminwiederholungen zu argumentieren. Herr Dr. Bergmann (Nervenarzt) ergänzte, wir hätten europaweit die niedrigsten Wartezeiten. Die Versorgungsstrukturdefizite auf dem weiten Land könne man auf diesem Weg nicht lösen. Darüber hinaus wurde gefordert, die ebenfalls im Koalitionsvertrag angeführten Zweitmeinungen nicht aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu finanzieren. In der Innenschau war allen klar, dass auch die Arbeits- und Abrechnungsstrukturen Wartezeiten bedingten. Anders ausgedrückt: der ordentlich arbeitende Arzt sei doch derzeit der Dumme. Man müsse sich gegen den Versuch der Politik wehren, eine Wartezeitverkürzung aus den Bordmitteln der Niedergelassenen zu erzwingen, das sei eine verdeckte Kontingentierung.
4. *Verpflichtender Aufkauf von Arzt-sitzen zum Abbau von Überversorgung*  
 Zuerst brauche man eine belastbare Methodik zur Ermittlung von Über- und Unterversorgung, die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und angestellte Ärzte sowie „Mitarbeiterereffekte“ erfasse. Wenn überhaupt ein Aufkauf stattfinden soll, dann auf Basis eines sektorübergreifenden Planungsansatzes (z.B. mit Berücksichtigung institutioneller Ermächtigungen).
5. *Ermöglichung der Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen*  
 Das könnten Kommunen bereits jetzt, wenn sie Krankenhäuser betreiben. Ansonsten solle das wie bisher nur mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehen.
6. Substitution ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen

Nur 26 % der Überweisungen kämen von Fachärzten und da sei viel Labor dabei. Die Wartezeiten seien auch ein Problem der Quartals-Budgets. Es gelte die Budgets zu öffnen, wie bei den Psychotherapeuten. Es wurde daran erinnert, dass der Ursprung die von Herrn Prof. Lauterbach angefachte Neiddiskussion der kürzeren Wartezeiten für privat versicherte Patienten war. Hierzu sollte man Gegenargumente finden. Das hausärztliche Vorstandsmitglied, Frau Dr. Feldmann ergänzte, letztlich gehe es im Grunde schon wieder um die Frage, ob man unter den heutigen Bedingungen den Sicherstellungsauftrag weiter übernehmen könne und wolle. Es solle in allen Fach- und Berufsverbänden nun diskutiert werden, wie man sich dazu verhalten wolle: "Wir machen 2014 wieder eine Umfrage zum Sicherstellungsauftrag!".

Der nächste Tagesordnungspunkt sollte die innerärztliche Diskussion um die zweite Stufe der EBM-Reform einleiten. In der ersten Stufe waren ja gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses die 10 Cent, die Grundversorgerpauschalen und vor allem das neue Hausarzt-Kapitel des EBM eingeführt worden. Nun steht eine Anpassung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM, des Standardbewertungssystems (StaBS) an. Dabei geht es um Parameter wie: Praxiskosten, kalkulatorischen Arztlohn, leistungsbezogenen Zeitbedarf, Auslastung von Geräten und Räumen. Aber auch die Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert steht an, so wie die Neuregelung der Fixkosten-Vergütung.

Das StaBS basiert auf der Annahme eines vollzeittätigen Praxisinhabers mit 100% GKV-Patienten mit einem Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohnes, der unter Bezugnahme auf ein Oberarztgehalt bei 51 Wochenstunden nun 105.571,43 € beträgt. Beim Ansatz der Zeitbedarfe für die einzelnen Leistungen soll jetzt einiges „geradegedreht“ werden. Die Prüfzeiten der Plausibilitätskontrolle lagen oft über den 51 Stunden. Man will die Leistungen also zeitlich kürzer definieren. Mit der Wirklichkeit hat das Ganze sowieso weniger zu tun, denn

die Grundannahme ist, dass der erfahrene Arzt schneller leisten kann, gemäß den in den letzten Jahren ausverhandelten (und abgerechneten) Leistungsmengen-Ausdehnungen, geradezu blitzschnell.

Bei der Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert geht es darum, dass nach der Umstellung auf den 10 Cent Punktwert die Kalkulationspunktzahl des StaBS nachkorrigiert werden muss. Dabei erfolge ein Angleich der Ost- und West-Kalkulationspunktwerte.

In die Fixkosten-Neuregelung soll inhaltlich Neues einfließen. Das derzeitige Tarifgeberprinzip stehe zur Disposition. Tarifgeber war die Fachgruppe, die eine Leistung hauptsächlich benutzte, also den höchsten und damit wirtschaftlichsten Auslastungsgrad z.B. der dabei nötigen Apparatur hatte. Mehr bekamen andere dann auch nicht, selbst wenn sie die benötigte Apparatur viel unwirtschaftlicher ausnutzten. Vorgabe des Bundesausschusses ist aber nun eine fallbezogene Vergütung der Fixkosten. Dies dann aber nur bis zu einem Höchstwert. Der Hausarzt soll sich das Gerät leisten können, aber mit ihm nicht viel verdienen können.

Den Hintergrund bilden die vom G-BA beschlossenen Grundsätze: Sicherung einer flächendeckenden Grundversorgung (Erhalt der Versorgungsstrukturen auch auf dem Land) sowie Stärkung der ‚sprechenden Medizin‘, nur noch differenzierte Pauschalen (meint Rückbau der Pauschalierung, betrifft Psychotherapeuten nicht) sowie eine an den unterschiedlichen Versorgungszielen von für Haus- und Fachärzten orientierte Leistungsbewertung. Dazu gehört eine bessere Berücksichtigung arztgruppenspezifischer Fixkosten, mit Sicherung der Kosten der Gerätschaften, aber nicht mehr über deren Amortisierung hinaus. Dadurch kommt es zu einer Schwächung der Apparatedizin. Damit entstehen abgeschlossene „Fachgebiets-EBM“. Mehr Geld soll es geben für: neue Patienten, standardisierte Anamnesen, schnelle Anbehandlung akut Überwiesener und die ‚sprechende Medizin‘. Durch die avisierten Umstellungen ergäbe sich ein ge-

schätztes Einsparvolumen von 322 Mio. Euro im Jahr. Die Vorgabe, bis zum 1.7.2014 mit all dem fertig zu sein, ist unrealistisch geworden. Die Ärzteschaft kann also zunächst diskutieren, ob sie all diese Veränderungen will, bevor ihre Vertreter in der KBV über diese „Richtungsentscheidungen“ (Gasen) abstimmen werden.

Aus der versorgungsorientierten DGVT-Grundhaltung heraus kann man die Pläne nur begrüßen, auch wenn sie die Belange der Fachgruppe der PsychotherapeutInnen in den KVn wohl wieder kaum zu tangieren scheinen. Vor allem die Fachärztlichen VerbandsvertreterInnen ließen in der Diskussion kaum ein gutes Haar an den Vorschlägen. Man solle erst mal den Grundfehler, den zu niedrigen Punktwert, beheben. Für diese nächste Runde der kleineren Umverteilungen zwischen den Arztgruppen solle man doch erst mal abwarten, ob es bei den ersten Quartalsabrechnungen mit dem neuen Hausarzt-EBM zu ungeplanten Verwerfungen komme. Man sei Unternehmer und wolle feste Preise für konkrete Einzelleistungen bekommen. Man könne all das gerne mal machen, aber nicht, solange wir mit den festen Budgets gedeckelt seien. Mein Eindruck war, dass die Ärzte in solchen Diskussionen gerne so reden, als ob sie den Versorgungsauftrag lieber heute als morgen abgeben wollten. Wenn es aber zum Schwur käme, würden sie dann doch den sicheren Hafen nicht verlassen.

Egal, ob ich mir Vorschläge vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung oder von der KBV anschau, will man über Anreize indirekt das Behandlungsverhalten steuern, wird das schnell unmoralisch. Zum anderen geht der Schuss gern nach hinten los, denn oft ist die systemische Dynamik nicht zu Ende gedacht. Das real resultierende Verhalten wird dann oft anders als geplant. So wollen z. B. psychiatrische PatientInnen oft nicht, dass der Hausarzt von ihrer psychiatrischen Behandlung erfährt. Was würde nun passieren, wenn der Nervenarzt für überwiesene Patienten mehr Geld als für Direktzugänge bekommt?

Auch beim letzten Tagesordnungspunkt herrschte im Großen und Ganzen Einigkeit

der zuletzt so zerstrittenen Haus- und Facharztlager vor. Erneut konnte man sich über gemeinsame Gegner zumindest gefühlt wieder zu einer wehrhaften Truppe zusammenschweißen. Bei der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln, wie auch bei der Erprobung bzw. Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten hat der G-BA seit 2012 vor seinen Entscheidungen den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Um die (in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeiteten) beschlossenen Kriterien für stellungnahmeberechtigte Fachgesellschaften ist nun Streit entbrannt. Die nicht in der AWMF organisierten Berufsverbände fordern ihre Information und Einbindung.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat nun zwei Monate Zeit den Beschluss zu prüfen. Es können Stellungnahmen dazu eingereicht werden. Die KBV-Vertreterversammlung hatte beschlossen, dies zu tun. Bislang heißt es: „Ausgeprägte Interessenvertretung oder eine vorwiegend berufspolitische Ausrichtung (zum Beispiel als Berufsverband) schließt die Beteiligung aus“. In der Diskussion dazu wiesen viele Verbandsvertreter darauf hin, wie verflochten oft die Wissenschaftler mit den Pharmafirmen seien und dass die ärztlichen Berufsverbandsvertreter viel eher das Patienteninteresse bei Fragen um neue zuzulassende Pharmaka einbringen würden. Im Übrigen seien auch die Leitlinienkommissionen ähnlich problematisch von den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften dominiert, wie es hier um das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) herum aussähe.

*Jürgen Friedrich, Rostock, den 20.03.2014  
Sprecher der Fachgruppe Niedergelassene  
DGVT-BV*

## Aus den Kammern

### **Fünf Landeskammern legen Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland vor**

Die Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Hessen führten im Jahr 2012 eine Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch. Das Ziel der Studie, die gerade von den beteiligten wissenschaftlichen Referenten Nübling, Jeschke, Ochs und Schmidt veröffentlicht wurde, bestand darin, einen möglichst umfangreichen Überblick über die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgung zu erhalten. Dazu entwickelten die Autoren einen 2-seitigen Kurzfragebogen mit insgesamt ca. 60 Fragen. Dieser wurde dann zusammen mit einem Infoschreiben an die Mitglieder der fünf Landeskammern versandt (zum Teil postalisch und zum Teil via Email).

Es nahmen insgesamt 2.365 Mitglieder teil. Davon waren 2.328 Fragebögen vollständig ausgefüllt. Das durchschnittliche Alter der Antwortenden betrug 53,0 Jahre. Es nahmen 69% Frauen und 31% Männer teil. Von den Teilnehmern waren 73,0% Psychologische PsychotherapeutInnen, 16,1% Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, 10,6% hatten eine doppelte Approbation und 0,3% machten keine Angabe. Der Großteil der Befragten besaß einen vollen KV-Sitz (65,6%) und wenige (9,0%) einen halben. Von den 25,4% ohne KV-Zulassung arbeiteten die meisten in einer „freien“ Praxis (18,9% der Gesamtstichprobe).

Die PsychotherapeutInnen wurden auch zu den von ihnen praktizierten Therapieverfahren befragt. Mehrfachnennungen waren möglich. Bei den PsychotherapeutInnen mit KV-Zulassung rechnen jeweils ca. 50% Verhaltenstherapie (VT) oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und ca. 25% analytische Psychotherapie (AP) ab. PsychotherapeutInnen, die in „freier“ Praxis

tätig sind, wurden befragt, welches Verfahren bei Ihnen zur Approbation geführt hatte. Von ihnen arbeitet weit über die Hälfte verhaltenstherapeutisch, ein knappes Drittel tiefenpsychologisch fundiert und unter 10% analytisch. Darüber hinaus gaben knapp 20% an, ein weiteres Verfahren außerhalb der Richtlinienpsychologie zu verwenden.

Bei der Erfassung der Arbeitszeiten handelt es sich um eine konservative Schätzung, da bei Mitgliedern mit fehlenden Angaben die Arbeitszeit auf null gesetzt wurde. Die Gesamtstichprobe hatte eine Jahresarbeitszeit von 42,7 Wochen ( $sd=5,2$ ) und eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 35 Stunden ( $sd=13,6$ ). Auffällig war hierbei, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei männlichen Psychotherapeuten ca. 44 Stunden, bei weiblichen Psychotherapeuten aber nur ca. 36 Stunden betrug. Dabei ergab sich der Unterschied durch die Differenz in der Zeit, die direkt mit den PatientInnen verbracht wurde. Die aufgewendete Zeit für Verwaltungsaufgaben betrug sowohl bei den männlichen als auch den weiblichen Psychotherapeuten knapp zehn Stunden die Woche. Bezüglich der durchschnittlichen Behandlungsdauer ergaben sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Richtlinienverfahren (Gesamt: 70,3; VT: 41,9; AP:139,0; TP: 61,7). Interessant ist die Datenlage auch hinsichtlich der Ausfallstunden. Es werden monatlich 6,3 Therapiestunden kurzfristig abgesagt, wovon 4,5 Stunden nicht an andere PatientInnen vergeben werden können. In diesem Zusammenhang stellten die Autoren die Überlegung an, ob ein Teil dieser Stundenausfälle gemindert werden könnten, indem man zum Beispiel kurzfristig eine Akutsprechstunde anbietet.

Die Studie erfasste ebenfalls ob „besondere“ Patientengruppen, also zum Beispiel PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, PatientInnen aus „niedrigeren“ Bildungsschichten oder ältere PatientInnen behandelt werden. Hierbei ergaben sich in allen Gruppen hoch signifikante Unterschiede. In der Regel ist der Anteil der den Psychothe-



rapeutInnen, die „besondere“ PatientInnen behandeln unter den KV-zugelassenen PsychotherapeutInnen deutlich höher als bei ihren KollegInnen in „freien“ Praxen. So haben zum Beispiel fast doppelt so viele KV-PsychotherapeutInnen PatientInnen mit einer Psychose wie ihre KollegInnen mit einer „freien“ Praxis (41 versus 26%). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei PatientInnen mit niedriger Bildung (78 versus 46%) und bei Borderline-PatientInnen (79 versus 54%).

Die durchschnittliche Wartezeit bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten mit KV-Zulassung lag bei 8,1 Wochen ( $sd=9,7$ ) für ein Erstgespräch und bei 17,3 Wochen ( $sd=13,7$ ) für einen Therapieplatz. Die Wartezeiten bei den PsychotherapeutInnen in „freien“ Praxen sind wesentlich kürzer. Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch lag hier bei 3,5 Wochen ( $sd=5,7$ ) und bei 7,6 Wochen ( $sd=11,5$ ) für einen Therapieplatz.

Da es in letzter Zeit häufig nur zu einer Genehmigung eines Teilkontingents der beantragten Stunden kam, wurde dies auch im Rahmen der Studie erfasst. Die Hälfte der antwortenden KV-zugelassenen Psychotherapeuten hatte dies in jüngster Vergangenheit häufiger erlebt. Nach Angaben der Befragten vervierfachte sich die Häufigkeit nahezu im Vergleich zu vor zwei Jahren.

Insgesamt war es im Rahmen der Erhebung möglich, umfangreiche Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu gewinnen. Kritisch ist allerdings die geringe Rücklaufquote (40-50% bei der postalischen Befragung, ca.10% bei der elektronischen), da spezifische Selektion nicht ausgeschlossen werden kann. Des Weiteren ist die Repräsentativität der Daten für die gesamte Bundesrepublik in Frage zu stellen, da nur westdeutsche Bundesländer bei der Befragung beteiligt waren und in den nicht erfassten ostdeutschen Bundesländern die Versorgungssituation im Durchschnitt schlechter ist. Zukünftige Studien sollten daher möglichst alle Bundesländer erfassen.

*Anna Millek*

## Alles was Recht ist . . .

### **Aktuelle Entscheidung des BSG zur Vertragssitzabgabe**

Das Bundessozialgericht hat am 11.12.2013 eine lesenswerte Entscheidung (*Aktenzeichen: B 6 KA 49/12 R*) zum Themenbereich der Zulassung im Nachbesetzungsverfahren getroffen, in der eine ganze Reihe von Rechtsthemen im Zusammenhang mit der Praxisnachbesetzung angeschnitten werden.

#### **Nachstehend das Wichtigste in Kürze:**

1. *Bis zu welchem Zeitpunkt sind vom Gericht grundsätzlich Tatsachenänderungen und Rechtsänderungen zu berücksichtigen?*

Bei Zulassungssachen sind grundsätzlich (Ausnahme siehe Ziffer 3) alle Änderungen der Sachlage bis zur mündlichen Verhandlung in der letzten Tatsacheninstanz sowie alle Rechtsänderungen bis gegebenenfalls zur Revisionsinstanz zu berücksichtigen. Ausnahme: Steht die begehrte Nachbesetzung damit in Zusammenhang, dass eine Drittanfechtung der Begünstigung eines für die Praxisnachfolge ausgewählten Bewerbers damit einhergeht, dann gilt, falls sich für die Zulassung des begünstigten Dritten die Sach- oder Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung (das wäre der Berufungsausschuss) vorteilhafter darstellt, dieser Zeitpunkt.

2. *Was bedeutet „Fortführungsfähige Praxis“?*

Das gesetzliche Ziel der Nachbesetzung ist die „Fortführung“ der Praxis, weshalb eine Ausschreibung und Nachbesetzung einer Praxis nur so lange erfolgen kann, wie das Praxissubstrat noch vorhanden ist. Eine vertragsärztliche Tätigkeit setzt den (Mit-)Besitz von Praxisräumen, die Ankündigung von Sprechzeiten, die tatsächliche Entfaltung einer ärztlichen Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen sowie das Bestehen der für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im jeweiligen Fachgebiet erforderlichen Praxisinfra-

struktur voraus. Jedenfalls, wenn es an alledem fehlt, dann existiert auch keine Praxis mehr, die fortgeführt werden könnte. Nicht der Vertragsarztsitz, sondern die Arztpraxis ist veräußerbar, wo keine Praxis mehr existiert, kann auch keine Nachbesetzung mehr stattfinden.

Eine generelle Festlegung, nach welcher Zeitspanne eine fortführungsfähige Praxis nicht mehr existiert, hat der Senat nicht getroffen, sondern macht dies von der Bewertung der gesamten Umstände des Einzelfalles abhängig. Vorliegend wurde die Praxis zum 1.7.2010 und damit zum Zeitpunkt der Entscheidung des Landessozialgerichts seit mehr als zwei Jahren nicht mehr betrieben. Der Praxisbetrieb sei auch bereits mehr als ein Jahr vor der Entscheidung des Landessozialgerichts vollständig eingestellt worden. Es spreche deshalb Vieles dafür, dass ein fortführungsfähiger Sitz unter diesen Umständen zum Zeitpunkt der Entscheidung des Landessozialgerichts tatsächlich nicht mehr existiert hat.

3. *Muss die „fortführungsfähige Praxis“ noch zum Zeitpunkt der Entscheidung durch das Gericht vorhanden sein?*

Nein, darauf kommt es nicht an. Der Hintergrund liegt in Folgendem: Wenn der ausgewählte Bewerber nicht eine sofortige Vollziehung der Zulassungsentscheidung erreichen kann oder will, wäre - weil ein Gerichtsverfahren ja sehr langwierig sein kann - im Ergebnis nicht sichergestellt, dass ein zu Unrecht übergangener Bewerber um die Praxisnachfolge die erstrebte Zulassung noch erhalten könnte, wenn die fortführungsfähige Praxis auch noch zum Zeitpunkt der Entscheidung in der letzten Tatsacheninstanz (dem Landessozialgericht) gefordert würde. Denn zu diesem Zeitpunkt gäbe es dann gar keine fortführungsfähige Praxis mehr. Ausreichend ist deshalb grundsätzlich die Existenz der fortführungsfähigen Praxis zum Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Ausschreibung des Praxissitzes.

4. *Angemessene Berücksichtigung der Interessen der Partner einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft – auch bei Gründung der Berufsausübungsgemeinschaft mit dem Ziel die Auswahlentscheidung bei der Nachbesetzung zu beeinflussen?*

Nach dem Gesetzeszweck sind nicht nur die Interessen einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen, sondern auch die der Partner einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Denn auch diese müssen sich über eine Vielzahl gesellschaftsrechtlicher, arbeitsrechtlicher und organisatorischer Fragen verständigen und entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit dem erfolgreichen Bewerber treffen. Dies muss gewährleistet sein.

Dieser angemessenen Berücksichtigung der Interessen kann auch nicht entgegen gehalten werden, dass die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft im vorliegenden Falle angeblich nur zum Schein und mit dem Ziel gegründet worden sei, die Auswahlentscheidung im Verfahren um die Praxisnachfolge zu beeinflussen. Ob die Kriterien einer Gemeinschaftspraxis erfüllt sind, wird in dafür vorgesehenen Genehmigungsverfahren geprüft. Diese Entscheidung zum Status der Arztpraxis entfaltet grundsätzlich Bindungswirkung auch gegenüber allen vertragsrechtlichen Institutionen Dritter und die Kassenärztliche Vereinigung hat deshalb bei der Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes nicht zu prüfen, ob die Zulassungsgremien den Status der Berufsausübungsgemeinschaft zu Recht anerkannt haben.

Allerdings ist bei der „angemessenen“ Berücksichtigung der Interessen des/der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte die Intensität und Dauer der bisherigen Zusammenarbeit mit zu bewerten. Nach einer sehr kurzen und nicht sehr intensiven Zusammenarbeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ist den Interessen der verbleibenden Vertragsärzte entsprechend geringes Gewicht beizumessen. Der Senat führt aus, dass je deutlicher sich der Eindruck aufdrängt, dass die Berufsausübungsgemeinschaft vorrangig mit dem Ziel ge-

gründet worden ist, Einfluss auf die Nachbesetzung zu nehmen, je kürzer die Berufsausübungsgemeinschaft bestanden hat und je weniger intensiv die Zusammenarbeit innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft war, ein desto geringeres Gewicht den Interessen der verbleibenden Ärzte bei der Auswahlentscheidung zukomme.

Durch die Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit kurz darauf folgender Nachbesetzung riskieren die in der Praxis verbleibenden Ärzte entweder, mit einem Bewerber zusammenarbeiten zu müssen, der nicht vollständig ihren Vorstellungen entspricht, oder das Scheitern des Nachbesetzungsverfahrens, weil der Gesellschaftsvertrag nicht zustande kommt und der ausgewählte Bewerber den Sitz dann nicht übernehmen kann. Im zuletzt genannten Fall kommt eine neue Ausschreibung nur in Betracht, wenn auch zu diesem Zeitpunkt noch eine fortführungsfähige Praxis existiert.

*Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.12.2013, Az: B 6 KA 49/12 R*

*RA Susanne Locher-Weiß, Reutlingen*

### **Genehmigungsfiktion von § 13 Abs. 3a SGB V bestätigt** **Krankenkasse muss fristgerecht entscheiden**

Mit dem Patientenrechtegesetz wurden 2013 zahlreiche Bestimmungen im Sozialgesetzbuch (SGB) V geändert, u.a. wurde in § 13 SGB V, der die sog. Kostenerstattung regelt, ein neuer Absatz 3a eingefügt. Danach hat „die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (...). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leis-

*tungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“*

Die Verpflichtung der Krankenkassen binnen drei und bei Einschaltung des MDK binnen fünf Wochen über einen Leistungsantrag zu entscheiden, betrifft alle Leistungen, also auch die genehmigungspflichtige Psychotherapie sowie die Psychotherapie in der sog. Kostenerstattung. Wenn eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb der Frist entscheidet, muss sie den Grund dem Antragsteller mitteilen. Unterlässt sie dies, so gilt der Antrag als genehmigt.

Bislang lag noch keine Rechtsprechung zu dieser neuen Regelung vor. Ein Zurückgreifen auf § 13 Abs. 3a SGB V in Fällen, in denen Krankenkassen Anträge auf Psychotherapie in der Kostenerstattung auf die lange Bank geschoben haben, stellte sich als rechtlich unsicher dar.

Das Sozialgericht Dessau hat nun einem gesetzlich Krankenversicherten Recht gegeben, der sich darauf berufen hat, sein Antrag bei der Krankenkasse sei nicht innerhalb von drei Wochen bearbeitet worden. Das Sozialgericht entschied, dass nach dem Gesetz die beantragte Versorgung in diesem Fall als genehmigt gelte, auch ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung durch die Krankenkasse.

Im zugrunde liegenden Fall hatte ein gesetzlich Krankenversicherter die Versorgung mit einer neuen Kniegelenksprothese beantragt. Die Kasse hatte nicht innerhalb von drei Wochen reagiert. Das SG Dessau entschied, dass nach dem Gesetz die beantragte Versorgung damit als genehmigt gelte. Eine Vorausleistung der Kosten durch den Versicherten an den Leistungserbringer sei keine Voraussetzung für die Anwendung von § 13 Abs. 3a SGB V. Die Kasse könne mit dem Hinweis auf das Fristversäumnis zur Leistung aufgefordert werden. Die fiktive Genehmigung dürfe auch nicht - anders als ein fehlerhafter Bescheid - wieder zurückgenommen werden.

Unseren Mitgliedern möchten wir raten, von der neuen Regelung in § 13 Abs. 3a SGB V mit äußerster Vorsicht Gebrauch zu machen. Es ist in jedem Einzelfall genau zu prüfen, ob die Kasse oder auch ein Gutachter der Kasse nicht doch innerhalb der Frist reagiert hat. Insbesondere im Rahmen einer Kostenerstattungs-Psychotherapie ist dies mit dem Patienten zu klären, bevor von der Genehmigungsfiktion ausgegangen werden sollte.

*Sozialgericht Dessau-Roßlau, Az. S 21 KR 282/13 (Urteil ist noch nicht rechtskräftig)*

*Kerstin Burgdorf*

## **Stiftung Patientenschutz will Sitz im G-BA einklagen**

*(nsch).* Die Stiftung Patientenschutz hat Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland eingereicht, um Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu werden. Das Bundesgesundheitsministerium hatte einen entsprechenden Antrag abgelehnt. Im Ablehnungsbescheid heiße es unter anderem, die Stiftung engagiere sich nicht nur für Patienten, sondern satzungsgemäß auch für Menschen, die aus wirtschaftlichen Gründen hilfebedürftig seien. Eine Vertretung dieser Personengruppe sei in dem Gremium nicht vorgesehen. Die Stiftung Patientenschutz beruft sich bei ihrer Forderung darauf, dass sie satzungsgemäß auch alte Menschen mit Blick auf das Sozialrecht beraten. Der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, kritisiert den Ablehnungsbescheid als schlechten Versuch „den kritischen Vertretern der Schwerstkranken und Sterbenden den Zutritt zu dem wichtigen Entscheidungsgremium zu verwehren.“ Der G-BA, entscheidet insbesondere darüber, welche Leistungen gesetzlich Versicherte erhalten. Deshalb sieht das Sozialrecht ausdrücklich die Mitwirkung von Patientenvertretern vor. Im Übrigen wirkten im G-BA auch andere Organisationen mit, die nicht nur als Patientenvertreter aktiv seien - etwa die Verbraucherzentralen.

## Tagungsberichte

### **„Psychotherapie in der GKV zwischen alten Kontroversen und gesetzlicher Neuregelung“**

**Tagung des Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (ineges), 01.04.2014, Frankfurt am Main**

Das Ineges beschäftigt sich als Institut der Uni Frankfurt mit gesundheitspolitischen Fragen und hat zu dieser Tagung eingeladen, weil die Diskussion um das seit 15 Jahren existierende Psychotherapeutengesetz auch diesen Lehrstuhl beschäftigt. Insgesamt umfasste die Tagung sechs Vorträge an die sich jeweils eine mehr oder weniger intensive Diskussion anschloss. Die Themen wirkten im Vorfeld sehr interessant, da sie die Möglichkeit boten die aktuellen Diskussionen kompakt zusammen zu fassen.

Den ersten Vortrag unter dem Titel: „Alte Kontroversen und neue Herausforderungen einer gesetzlichen Neuregelung“ (Martin Stellpflug) fand ich sehr interessant, da er die neue Diskussionslinie der Bptk deutlich machte. Es wurden verschiedene Aspekte der zurzeit geführten Diskussionen zusammengetragen, aber dieses Mal nicht unter der Perspektive der Besserstellung unseres Berufsstandes sondern unter der Perspektive der Versorgung der Patienten. Es ist zu hoffen, dass die Politik aber auch die Verbände sich dieser Linie anschließen, damit die Patienten und deren Wohl ins Zentrum der Diskussion rücken.

Der nächste Vortrag unter dem Titel „Praktische Probleme der psychotherapeutischen Versorgung und Vergütung“ (Jürgen Wasem) musste kurzfristig aufgrund der Erkrankung des Referenten abgesagt werden. Spontan sprang Herr Wenner (Richter am BSG, 6. Senat) ein und nahm vor allem die Vergütung der therapeutischen Leistungen ins Visier. Sein Fazit lautete, dass in den meisten Fragen der Gesetzgeber gefordert sei und nicht die Gerichte. Diese könnten nur

auf der Basis der bestehenden Gesetze entscheiden, beispielsweise wenn es um die Bezugsgruppe für die Berechnung der Einkommen gehe. Hier habe nur der Gesetzgeber die Möglichkeit die Gesamtheit der Fachärzte als Bezugsgruppe für die Berechnung der Psychotherapeuteneinkommen zu nehmen und nicht die am geringsten verdienenden.

Daran schloss sich das Referat „Behandlungsmethoden in der Psychotherapie, Evaluation und Versorgungsrealität“ (Sabine Schäfer) an. Frau Schäfer stellt einen Verfahrensmix als das Normale in der ambulanten Therapie dar und nicht die schulen-reine Vorgehensweise. Dies sei insbesondere bei den „alten“ Therapeuten der Fall; aufgrund ihrer vielen (da damals kostengünstigen) Ausbildungen seien sie in der Lage, diese Verfahren zu mischen und auch vom GB-A nicht zugelassene Methoden zu integrieren.

Dieser Vortrag rief in der Diskussion sehr viel Kritik hervor, auch und vor allem von Herrn Wenner, der mehrfach darauf hinwies, dass diese Vorgehensweise juristisch nicht erlaubt sei (Abrechnungsbetrug!). Weiterhin betonte er, dass es für VertragspsychotherapeutInnen auch nicht erlaubt sei, innerhalb der genehmigten Therapien andere Methoden einzusetzen, die dann von den Patienten selbst bezahlt würden. Dies wäre nur bei den sogenannten IGeL-Leistungen juristisch erlaubt. Er betonte mehrfach, dass niedergelassene TherapeutInnen dieses von Frau Schäfer propagierte Vorgehen auf gar keinen Fall umsetzen sollten, da sie sich damit ins Unrecht setzen würden.

Im Anschluss daran wurde das Thema „Die ambulante Psychotherapie aus der Sicht der Krankenkassen“ (Thomas Ballast) aufgegriffen. Hier ging es vor allem darum, dass die Krankenkassen eine Ausweitung der ambulanten Psychotherapie nicht ins Auge fassen, da sie eher glauben, dass die vorhandenen Ressourcen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich ausreichen, wenn sie effizienter eingesetzt würden. Viel Kritik

erhielt er für seine Aussagen, dass die Psychotherapeuten zu viele leichte Störungen behandelten, bei denen man sich fragen müsse, ob diese überhaupt behandlungsbedürftig seien.

Im letzten Block dieses Tages beschäftigten sich die ReferentInnen mit dem Bereich der Aus- bzw. Aus- und Weiterbildung. Als erstes Referat kam das Thema „Stand und Probleme bei der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie“ (Bernhard Strauß). Er spannte den Bogen vom Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung nach dem PsychThG über die Beschlüsse des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) bis zu der aktuellen Diskussion um die Direktausbildung und das Berufsbild, das von den Psychotherapeutenkammern zu erstellen versucht wird. Er verwies dabei auch auf mögliche Probleme, die sich auf organisatorischer und inhaltlicher Ebene ergeben. Wichtige Probleme, wie beispielsweise die nicht mehr mögliche Finanzierung der ambulanten Therapiestunden im Falle einer Direktausbildung, oder auch das dann noch enger werdende Nadelöhr durch zu finanzierende Ausbildungsstellen würden ausgeblendet.

Den Abschluss bildete das Referat „Reformbedarf und -optionen für die Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie“ (Heike Winter). Dabei wurden auch hier die bereits bekannten Positionen der DGPs dargelegt und als die einzig wahre Perspektive dargestellt. Die Probleme der Direktausbildung, (beispielsweise zu erwartende Defizite in der Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychotherapie) und hier vor allem der zeitlichen Perspektive wurden dagegen nicht genauer betrachtet

Insgesamt bot diese Tagung eine kompakte Darstellung der aktuellen, sehr unterschiedlichen Perspektiven, aber wenig Neues. Somit leider auch keine wirklich neuen Aspekte, die zu Lösungen aus den verschiedenen Problemfeldern, die sich im Zusammenhang mit der Psychotherapie und deren Ausbildung ergeben, führen würden.

*Rudi Merod, Bad Tölz*

## **„Bruchstellen – Chancen und Risiken in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“**

**7. Wissenschaftliche Fachtagung des BKJ, Frankfurt, 14.-16. März 2014**

Das Thema dieser Fachtagung zum 20. Gründungstag des Berufsverbandes der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (BKJ) war gut gewählt, da es ganz unterschiedliche Aspekte in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aufgriff, die eine bedeutsame und gänzlich unterschiedliche Rolle spielen können. Von daher war ich nach dem ersten Lesen des Programms sehr gespannt auf diese Tagung.

Ich werde ausschließlich auf die Vorträge (jeweils zwei an der Zahl) eingehen, die vormittags gehalten wurden, da es mir natürlich nur möglich war an einem der verschiedenen Workshops am Nachmittag teilnehmen zu können.

Der erste Vortrag trug den Titel: „Ambivalenzen psychischer Modernisierung“ (Martin Dornes). Unter diesem Titel konnte ich mir zunächst nichts vorstellen, aber er beschäftigte sich mit der Demokratisierung der Erziehung und der Frage, ob dadurch eine Überforderung und damit eine Schädigung der Kinder und Jugendlichen stattfindet. Der Referent verneinte diese Frage mit dem Hinweis darauf, dass die meisten Menschen den Herausforderungen durch die „Demokratisierung“ gewachsen zu sein scheinen die Demokratisierung der Erziehung per se, wie manchmal in Beiträgen geschildert, nichts pathologisierendes darstellt.

Den zweiten Vortrag unter dem Titel „Trauma, Brüche und Übergänge bei Kindern und Jugendlichen konstruktiv wenden“ (Silke Birgitta Gahleitner) hatte ich bereits im Vorfeld mit großem Interesse erwartet. Ich wurde nicht enttäuscht, denn ihr Vortrag hatte zum Ziel von der pathologisierenden Sichtweise wegzukommen, da diese die Bewältigung von Traumata erschwert. Frau Gahleitner war es wichtig herauszuarbeiten,

dass in Diagnostik und Behandlung auch extratherapeutische Faktoren Berücksichtigung finden sollten, die den Kindern, selbst nach schweren Traumata, neue Wege und Möglichkeiten eröffnen können. Sie plädiert also für Störungs- und Ressourcenorientierung statt reiner Störungsorientierung.

Beim Vortrag „Umgestaltung der Adoleszenz - generationale Dynamik und psychische Entwicklung (Vera King) ging es um die Frage, welche Bedeutung den Generationenbeziehungen bei der Herausbildung von Identität zukommt. Häufig werden auch die Entwicklungsaufgaben nur als Anforderung an die Erwachsenen diskutiert, sie sind aber eben nicht individuelle Herausforderungen sondern intergenerationale Prozesse, bei denen immer auch der gegenwärtige soziale Wandel eine bedeutsame Rolle spielt. King zeigte dies daran, dass sich Eltern heute oftmals in ihrem Verhalten auf der gleichen Ebene bewegen, wie ihre adoleszenten Kinder, vergleichbare Mode tragen oder auch in die gleichen Diskotheken gehen. Dies bedeutet eine große Herausforderung für die Jugendlichen in der Entwicklung ihrer eigenen Identität, die ihnen die Abgrenzung von den Eltern damit erschwert.

Der darauf folgende Vortrag befasste sich mit einem Forschungsprojekt, das „Erziehungsziele und Geschlechterrolle in unterschiedlichen Familientypen - Schwerpunkt Türkei-stämmige MigrantInnen“ (Ahmet Toprak), zum Thema hatte. Der Referent zeigte anhand seiner Daten, dass die Familienstrukturen von Türkei-stämmigen Familien in keinsten Weise homogen oder gar einheitlich strukturiert sind. Toprak stellte Einstellungen und Haltungen von Vertretern verschiedener Familientypen (vier) der ersten, zweiten und dritten Generation Türkei-stämmiger Familien vor und zeigte, dass es dabei sehr gravierende Unterschiede gibt. Ziel war es, Vorurteile abzubauen aber auch zu verhindern, dass ein „falscher“ kultureller Blick die Behandlung erschwert oder gar unmöglich macht. Sein Credo war, auch bei Menschen aus anderen Kulturen zunächst das Individuum zu sehen und nicht als Erstes

kulturelle Aspekte wahrzunehmen, die häufig so gar nicht vorhanden sind.

Ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit der Jugendhilfe war „Abbrüche in der Heimerziehung und deren persönliche und gesellschaftliche Folgen“ (Marc Schmid). Die Frage, was die Auswirkungen von Abbrüchen bei Fremdunterbringung sind, wird sicherlich viel zu selten gestellt, obwohl dies möglicherweise gravierende Folgen für die Kinder und Jugendlichen hat, die ja bereits Beziehungsabbrüche zu ihren primären Bezugspersonen hinter sich haben. Diskutiert wurde, ob und wie durch Kooperation von Kinder- und Jugendlichenpsychiatrien sowie der Kinder-/Jugendpsychotherapeuten und Jugendhilfe mehr Kontinuität in der Beziehung im Sinne der Jugendlichen geschaffen werden kann. Hier in erster Linie wenn es um traumatisierende Erfahrungen geht.

Der Vortrag „Brüche im Leben...Chance in der Psychotherapie“ (Michael Borg-Laufs) schlug in die gleiche Kerbe, wie S. Gahleitner. Hier stand ebenfalls das Thema Ressourcen im Mittelpunkt. Auch wenn Brüche schmerzhaft sind, machen sie Veränderung erst möglich. Ähnlich wie Fehler erst Entwicklungschancen mit sich bringen. Wichtig ist dabei jedoch, dass der Umgang mit Trennungen und den damit verbundenen Gefühlen gelernt wird.

Insgesamt war es eine inhaltlich gute Tagung, die zeigt, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutische Behandlung anders, vor allem umfangreicher ist als die Erwachsenentherapie.

Unschön war allein, dass einige der ReferentInnen in ihren Vorträgen dem Anspruch des BKJ, integrativ zu sein, nicht gerecht wurden, sondern immer wieder subtil versucht haben zu belegen, dass es „bessere“ bzw. „schlechtere“ Therapieverfahren gebe. Dieses Denken sollte eigentlich der Vergangenheit angehören.

*Rudi Merod, Bad Tölz*

## **Kurzbericht zur Statuskonferenz „Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung“**

Am 20.03.2014 fand die Tagung „Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung“ der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) an der Alice Solomon Hochschule Berlin statt. Ziel ist eine international anerkannte Struktur eines allgemeinen Berufes der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Im Mittelpunkt dieser Tagung stand die Frage, welche Qualifikationen der oder die gesundheitsförderliche/n Beruf/e haben sollten. Diskussionsvorlage war eine Sammlung auf europäischer Ebene von dafür notwendigen Kompetenzen (bei Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung/BZGA zu bestellen; Konzepte Band 5, ISBN 978-3-942816-49-6). Im Mittelpunkt der Sammlung stehen ethische Werte wie das Menschenrecht „Gesundheit“. Kernkompetenzen um diese Wertegruppierung liegen zwischen Advocacy (Patienten-anwaltschaft), Befähigung und Vermittlung, die sich an die allgemeinen Zirkel der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung orientiert. Dabei werden Kernkompetenzen wie Partizipation formuliert, die u.a. gesundheitsförderliche Veränderungen und intersektorale Beratung ermöglichen. Dafür wird eine lange Liste von Wissen und Fähigkeiten vorgeführt. Der Kern dieser Bemühungen sind die nach Bologna angezielten europäisch vereinheitlichten Linien entsprechender Studiengänge. Dabei ist unklar, ob es einen übergreifenden Beruf der Gesundheitsförderung gibt (seit 1998 in der BRD studierbar). Viele drängen auf den Markt, nicht nur omnipotenten Gesundheitsförderer sondern auch viele andere Berufe, nachdem die präventive Wende immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Auf diesem Hintergrund werden Grundlagen wie evidenzbasierte Konzepte der Gesundheitsförderung vorgestellt, deren Praktikabilität diskutiert wurde. Bei der Suche nach geeigneten Kompetenzen im Detail wird der Begriff der Zielgruppenspezifität in

Frage gestellt und settingorientierte Konzepte werden dagegen gehalten. Dabei gilt der Prozess der Partizipation als zentral. Konservativ bleiben aber Vermittlung von Wissen und anwendungsspezifische Trainingsprogramme, wie sie die BZGA anbietet. In verschiedenen Teilgruppen wurden Anwendungszusammenhänge wie Kindertagesstätten und Öffentlichkeitsarbeit diskutiert, aber auch der Bereich der sozialen Handlungsfelder und an Bildungsinstitutionen beheimateten Initiativen vorgestellt und dabei die allgemeinen Leitlinien herunter gebrochen. Am Ende blieben einfache Einteilungen wie fachliche und kommunikative bzw. persönliche Kompetenzen. Ansonsten überwogen klassische Konzepte wie die Salutogenese. Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich an Anbieter der verschiedensten Berufe. In Frage gestellt wurde, ob nicht letztlich der Markt die Anbieter und damit auch die dahinterstehenden Kompetenzen auswählt.

In kommunal bezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen wurden vor allem die sozialen Schieflagen angesprochen und über ein sog. Präventionskettenprinzip lebenslauforientierte und damit kommunale Anbieterstrukturen angesprochen. Insgesamt wurden viele Konzepte kurz angerissen und warten noch auf eine vertiefte Diskussion. Dass diese notwendig ist, zeigt die unterschiedliche Sprachlichkeit der sehr unterschiedlichen Berufe, die in der BVPG organisiert sind, vom Ergotherapeuten bis hin zum Psychotherapeuten. Die frei gegebenen Präsentationen der Statuskonferenz „Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung“ können eingesehen werden über den nachfolgenden Link:

<https://www.wuala.com/Dienstordner%2003/?key=8IOm4rjvIHBF>

*Bernd Röhrle, Marburg*



## **Bericht vom Treffen der Psychotherapeutenverbände (GK II) am 12.4.2014 in Berlin**

Eingeladen zu dieser ersten Sitzung der Psychotherapeutenverbände (GK II) im Jahr 2014 hatte die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) als turnusgemäß gastgebender Verband.

Die meisten der ca. 30 TeilnehmerInnen waren bereits am Vortag zu einem themenbezogenen Workshop zusammengekommen. Die Vertreter der Verbände im GK II hatten sich darauf verständigt, an einem separaten Termin die Herausforderungen, Probleme und Chancen der Internettherapie zu erörtern.

Der erste Sitzungsteil am 12.4.2014 diente vorwiegend den Berichten der einzelnen Verbände und dem Austausch über die aktuellen Themen der PsychotherapeutInnen. Ausführlich wurden die verschiedenen aktuellen Vorschläge für Reformen in der psychotherapeutischen Versorgung diskutiert, die vom GKV-Spitzenverband, der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) vorgelegt wurden. Die psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände sind sich einig, dass es eine Reform der psychotherapeutischen Versorgung geben muss. Nur über diesen Weg sind Verbesserungen bei der oft zu Recht kritisierten Versorgungslage in diesem Bereich zu erwarten. Die derzeit häufig geäußerte Forderung nach rascherem Therapiezugang und nach besseren Möglichkeiten einer Akut- und Erstversorgung sind zu berücksichtigen und natürlich auch die Rahmenbedingungen und Erfahrungen innerhalb des derzeitigen Versorgungs- und Finanzierungssystems.

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits Ende 2013 für seine Vorstellungen einer Reform geworben, in der es u. a. um eine Deckelung der Psychotherapiestunden auf insgesamt 50 Stunden und eine zwingend vorgesehene Therapiepause von sechs Wo-

chen nach einer ersten Kurzzeittherapie geht. In der Rosa Beilage Ausgabe 1/2014 haben wir dazu bereits ausführlich berichtet. DGVT und DGVT-Berufsverband stehen diesen Strukturvorschlägen der Kassen für ambulante Psychotherapie kritisch gegenüber und sehen in diesen Vorschlägen keinen Ansatz zur Verbesserung, sondern eine weitere Rationierung der Versorgung von psychisch Kranken. Die Versorgungsvisionen der BPtK sehen demgegenüber insbesondere eine Erweiterung der Behandlungsangebote, die weit über das enge Korsett der Psychotherapie-Richtlinie hinausgehen, und deshalb in der Diskussion auf viel Zustimmung trafen. Wichtig ist allerdings der Hinweis, der auch deutlich gemacht werden muss: Wenn mehr Leistungen erbracht werden sollen, dann wird auch mehr Geld zur Verfügung gestellt werden müssen und dann wird es auch notwendig sein, mehr PsychotherapeutInnen zuzulassen, die diese Behandlungsangebote erbringen. Weitere Überlegungen hierzu finden Sie in dieser Beilage S. 11.

Die beim letzten GK II-Treffen in Fulda Anfang des Jahres vereinbarte Koordination der Leitlinien-Arbeit im GK II wurde fortgesetzt. Die Verbände informierten sich gegenseitig über die Beteiligung an Leitliniendarstellungsgruppen und Frau Sartorius (bvvp) hatte eine entsprechende Power-Point-Präsentation zum Thema vorbereitet. Die GK II-AG zur Koordination der Leitlinien-Arbeit besteht weiterhin und wird ihre Arbeit fortsetzen.

Ein wichtiger Punkt war wie immer der Abgleich über die Entwicklungen der psychotherapeutischen Vergütungen/Honorare bei den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen und über die in den Diskussionen vor Ort jeweils verfolgten Strategien, was auch die Entwicklung bei Honorarklagen einschließt. Die Festlegungen des gemeinsamen Bewertungsausschusses, die für die regionalen KVen nur noch Empfehlungscharakter haben, wurden ebenso beraten wie die aktuelle Praxiskostenerhebung durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Beim Top „Reform der Psychotherapieausbildung“ wurde deutlich, dass die Diskussion noch lange nicht beendet sein wird und keine Einigung darüber erreicht ist, ob eine sog. Direktausbildung angestrebt oder ob die Ausbildungsreform vom Grundmodell der bisherigen postgradualen Ausbildung ausgehen soll. Der von den Kammern begonnene Weg, zunächst über die Ziele und Themen der Aus-/Weiterbildung, d.h. über die Definition von Berufsbild und anzustrebenden Kompetenzen für den zukünftigen Psychotherapeutenberuf schien für viele Anwesende eine sinnvolle Strukturierung der weiteren Diskussion. Daraus ließen sich dann in einem späteren Schritt auch Hinweise auf strukturellen Anforderungen für die zukünftige Psychotherapeutenaus-/weiterbildung ableiten. Wichtig auch hier: Die Finanzierung – je deutlicher sich die Visionen für neue Ausbildungskonzepte abzeichnen, umso deutlicher wird, dass sie zu Mehrausgaben bzw. zur Risiken bei der Finanzierung, die zunächst geklärt sein müssen, bevor man sich auf eine Empfehlung für das eine oder andere Modell einlassen kann.

Spannend war die Diskussion zum Mindestlohngesetz, welches sich in Vorbereitung befindet. Während die DGVT sich ja bereits sehr frühzeitig eindeutig und engagiert dahingehend geäußert hatte, dass die Psychotherapeuten in Ausbildung unbedingt in den Zuständigkeitsbereich dieses Gesetzes einzubeziehen sind, und auch die Vertreter von BVVP und DGPT und BDP/VPP sich ähnlich positionierten, gab es im GK II auch kritische Stimmen. Insbesondere Vertreter der Fachgruppe Klinische Psychologie der DGPs und auch von der DPTV problematisieren diese Forderung. Wenn, so ein mehrfach geäußertes Ablehnungsmotiv, die PiA (PT-AusbildungsteilnehmerInnen) den Mindestlohn erhalten würden, dann gäbe es evtl. keinen Druck seitens der PiA und der Fachöffentlichkeit in Richtung einer Ausbildungsreform.

Last not least wurden zwei langjährige Mitstreiterinnen im Gesprächskreis der Psychotherapeutenverbände verabschiedet, Anni Michelmann (Deutsche Gesellschaft für Sys-

temische Therapie, Beratung und Familientherapie) und Karin Schoof-Tams (Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)). Bei der sehr persönlichen Verabschiedung erinnerten die beiden noch an die lange gemeinsame Reise, die die Verbände und die Verbandsvertreter/innen unternommen hatten. Als Eckpunkte seien hier zum einen der allererste Gesetzentwurf für ein Psychotherapeutengesetz, der vom Gesundheitsministerium im Jahr 1978 vorgelegt worden war, genannt und zum anderen, dass es dann fast 20 Jahre Anlauf bis zu einem erneuten Entwurf brauchte, der von vielen intensiven Beratungen zwischen den Verbänden und mit „der Politik“ begleitet wurde. Eine ausführlichere Würdigung von Anni Michelmann und Karin Schoof-Tamms finden Sie in dieser Ausgabe der VPP, S. 528.

#### **Internettherapie – Prä-Konferenz-Workshop des GK II am 11.4.2014**

Im GK II hatte sich zu Beginn des Jahres eine Arbeitsgruppe gebildet (Prof. Thomas Fydrich, Anja Conradi (beide DGPs), Eva Schweitzer-Köhn (VPP), Stuart Massey Skatulla (bkj), Kerstin Burgdorf (DGVT)), die das immer stärker in die Diskussion rückende Thema „Internettherapie“ für einen kompakten vierstündigen Workshop der Psychotherapeutenverbände am Vortrag des eigentlichen GK II-Treffens vorbereitet hatte.

Mit vier Impulsreferaten wurden die verschiedenen Perspektiven des Themas kritisch beleuchtet – für den Berufsstand und die Versorgung stehen ganz zentrale Fragen an, die zu klären sind, sollten internetbasierte Angebote in die Patientenversorgung im psychosozialen Feld implementiert werden. Folgende Referate wurden gehalten:

- *Anja Conradi*: Neue Medien in der Psychotherapie
- *Thomas Fydrich*: Internettherapie und Beratung – Überblick über die Forschung im Themenbereich
- *Eva Schweitzer-Köhn*: Internet-Therapie – Psychotherapeutische und gesundheitspolitische Implikationen

- *Kerstin Burgdorf*: Internettherapie –  
Rechtliche und berufsrechtliche Aspekte

Das Referat zu den rechtlichen Aspekten von Internettherapie bzw. technisch gesprochen „Fernbehandlungen“ (ein Begriff der eingeführt wurde, um die verschiedenen Angebote internetgestützter, neuer Therapieformen zu bezeichnen) ist auf der Homepage der DGVT veröffentlicht: [www.dgvt.de/aktuell](http://www.dgvt.de/aktuell).

Ein erstes Fazit, das die Verbände im Rahmen der Diskussion formulierten: Es gibt aktuell keine Rechtsgrundlage für eine internetbasierte oder durch elektronische Medien gestützte psychotherapeutische Fernbehandlung. Das Recht muss sich zunächst entsprechend dem gesellschaftlichen Wandel verändern und der Berufsstand sollte sich an die Spitze dieser Bewegung setzen. Hierfür bedarf es noch weiterer fachlicher Diskussionen innerhalb des Berufsstands, an der sich die DGVT intensiv beteiligen wird.

*Kerstin Burgdorf, Heiner Vogel*



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.

#### **44<sup>th</sup> Annual Congress of EABCT**

Den Haag, the Netherlands  
10.-13. September 2014

#### **45<sup>th</sup> Annual Congress of EABCT**

Jerusalem, Israel  
31. August - 3. September 2015

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

**Weitere Informationen:**

[www.eabct.com](http://www.eabct.com)

## Weitere Infos

### **Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2012**

(*n*sch). Laut einer Pressemeldung des Statistischen Bundesamtes überstiegen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2012 erstmals die Marke von 300 Milliarden Euro. Mit einem Wert von 300,4 Milliarden Euro waren diese um 6,9 Milliarden Euro oder 2,3 % höher als 2011. Auf jeden Einwohner entfielen demnach gut 3.740 Euro (2011: 3.660 Euro). Die Gesundheitsausgaben betragen 11,3 % des Bruttoinlandsproduktes – im Jahr 2011 waren es 11,2 % und im Jahr 2010 11,6 %. Die gesetzliche Krankenversicherung war 2012 mit 172,4 Milliarden Euro der größte Ausgabenträger. Dabei lagen die Ausgaben um 2,3 % oder 3,9 Milliarden Euro über denen im Jahr 2011. Die Ausgaben im ambulanten Bereich betragen 147 Milliarden Euro und stiegen somit im Vergleich zum Vorjahr nur unterdurchschnittlich an (um 2,1 %). Zurückzuführen ist diese Mäßigung des Anstiegs auf den geringen Anstieg der Ausgaben in Apotheken. Verantwortlich dafür sind die Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben im Arzneimittelbereich, die Anfang 2011 mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft traten. Weiterhin waren die stärksten Anstiege in den ambulanten Pflegeeinrichtungen mit 6,9 % auf 11,3 Milliarden Euro und bei den Praxen sonstiger medizinischer Berufe wie zum Beispiel physio-, sprach- oder ergotherapeutischen Praxen mit + 3,3 % auf 9,9 Milliarden Euro zu verzeichnen. Zudem fielen auf den (teil-)stationären Sektor, wie bereits im Vorjahr, 37 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Hier stiegen die Ausgaben um 2,8 Milliarden Euro auf 110,3 Milliarden Euro. Die wichtigsten (teil-)stationären Einrichtungen waren die Krankenhäuser (+ 2,5 % auf 78,8 Milliarden Euro), gefolgt von den Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (+ 2,5 % auf 22,8 Milliarden Euro)

sowie den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 8,7 Milliarden Euro (+ 4,0 %).

Weitere Informationen können unter folgendem Link eingesehen werden:  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14\\_126\\_23611.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14_126_23611.html)

### **Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen (BMBF)**

(*w*d). Das Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen, für das das BMBF bis zu 35 Millionen Euro bereitstellt, wird ab Sommer 2014 seine Arbeit aufnehmen. Wichtigstes Ziel ist die Erprobung neuer Therapien: So werden etwa neue medikamentöse Wirkstoffe klinisch getestet, zum Beispiel Minocyclin. Dieses Antibiotikum wird gegen Infektionen eingesetzt, ist aber auch für die Behandlung von Depressionen in den Fokus der medizinischen Forschung gerückt. Mit Hilfe dieses Medikaments könnte der Therapieerfolg deutlich verbessert werden - speziell bei Patientinnen und Patienten, die bislang als therapieresistent galten. Aber auch nicht-medikamentöse Ansätze werden die Forscherinnen und Forscher verfolgen. Bei Suchterkrankungen, vor allem bei Alkohol- und Tabaksucht, soll ein neues E-Health-Konzept greifen. Dieses nutzt die inzwischen weite Verbreitung moderner Kommunikationsmittel wie etwa Smartphones zur Therapieunterstützung.

Das Forschungsnetz deckt psychische Erkrankungen mit sehr hoher Krankheitslast in der Bevölkerung ab. Insgesamt 30 universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen aus ganz Deutschland werden an der Erforschung von Depression, Angststörungen, Sucht, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Autismus zusammen arbeiten. Ein internationales Gutachtergremium hochrangiger

Expertinnen und Experten hat die neun beteiligten Forschungsverbände zur Förderung vorgeschlagen. Entscheidend hierfür waren unter anderem die klinische Relevanz und die wissenschaftliche Qualität des jeweiligen Konzepts.

*Weitere Informationen zum Forschungsnetz und den ausgewählten Verbänden finden Sie unter:*

*<http://www.bmbf.de/de/1164.php> und <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/>*

## **EuroPsy: Übergangsregelung für den Erwerb des Euro-Psych-Zertifikats verlängert!**

Das Europäische Zertifikat in Psychologie (EuroPsy) ist ein Standard für die Qualifikation von Psychologinnen und Psychologen in Europa, auf den sich die European Federation of Psychologists's Associations (EFPA) und ihre nationalen Mitgliedsverbände geeinigt haben (<http://www.europsy-efpa.eu/>). Inhaber(innen) des Zertifikats dokumentieren damit - unabhängig davon, wo sie in Europa ausgebildet wurden – dass sie

- ein Psychologiestudium im Umfang von mindestens fünf Jahren bzw. 300 ECTS-Punkten mit einem inhaltlich abgestimmten curricularen Rahmen absolviert haben,
- sich den ethischen Grundsätzen für die Berufsausübung als Psycholog(inn)en verpflichtet haben ([efpa.eu/ethics/ethical-codes](http://efpa.eu/ethics/ethical-codes)) und
- über eine betreute Berufspraxis im Umfang von mindestens einem Jahr Vollzeitbeschäftigung (oder einem Teilzeit-äquivalent) verfügen.

Nun hat die EFPA eine Übergangsregelung für die Erteilung des Zertifikats bis zum 31. Januar 2015 verlängert! Demzufolge können erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die keine Supervision ihrer Berufseinstiegsphase nachweisen können, dennoch das Zertifikat erwerben, wenn sie stattdessen drei Jahre

vollzeitliche Berufstätigkeit und 80 Stunden Fortbildung nachweisen können.

Zertifikatsinhaber(innen) werden in ein von der EFPA geführtes Register eingetragen, das online weltweit von potentiellen Klienten, Auftrag- oder Arbeitgebern einsehbar ist.

*Weitere Informationen: [www.europsy.de](http://www.europsy.de)*

*Prof. Dr. Johannes Michalak  
Universität Hildesheim  
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie  
Marienburger Platz 22  
31141 Hildesheim  
Germany*

*Kontakt:  
[johannes.michalak@uni-hildesheim.de](mailto:johannes.michalak@uni-hildesheim.de)*

## **Erprobung Elektronische Gesundheitskarte**

(*n*sch). Mehr als zwanzig Millionen Versicherte in Deutschland besitzen bereits eine Elektronische Gesundheitskarte (eGK), die seit dem 1. Januar 2014 die bisherige Krankenversichertenkarte ablösen soll. Im vierten Quartal 2014 sollen die Karten online erprobt werden. Die zwei Testregionen bestehen aus den Ländern Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz (Testregion Nordwest) sowie Sachsen und Bayern (Testregion Südost). Gesucht werden etwa 375 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, 125 Zahnärzte, vier Krankenhäuser und ein Universitätsklinikum, die sich an der Erprobung beteiligen. Die Auswahl wird durch die Hersteller der Praxis-IT-Systeme durchgeführt, die die Ärzte auf die Teilnahmemöglichkeit an der Testphase hinweisen. Zudem gibt es eine Aufwandsentschädigung, die sich an der Größe der Einrichtung orientiert. Ärzte erhalten demnach zwischen 5.000 und 12.500 Euro; Krankenhäuser zwischen 12.000 und 24.000 Euro. Hinzu kommen

gestaffelte monatliche Pauschalen für die Dauer der Erprobung.

Mit dem Online-Management der Versichertenstammdaten wird der erste Schritt zur Vernetzung getestet. Während der Testphase werden die eGK der Patienten in den Arztpraxen in einem Kartenterminal eingelesen. Administrative Daten wie Name, Adresse und Versichertenstatus werden auf ihre Aktualität überprüft und falls nötig direkt online geändert. „Online“ bedeutet hier jedoch nicht via Internet, sondern durch die Telematikinfrastruktur (TI), bei der es sich um das Netz des deutschen Gesundheitswesens handelt – dieses ist vom Internet wirksam getrennt. Außerdem ist das Kartenlesegerät nicht mit der jeweiligen Arzt- oder Kliniksoftware verbunden. Lediglich die Versichertendaten werden ausgelesen; Behandlungsdaten werden nicht gespeichert. Der Zielwert für das Auslesen der Daten bei vier Sekunden liegen, maximal dürfen es dreizehn sein. Sollte es in den Testpraxen Probleme geben, hilft eine Service-Hotline.

Eine zweite Erprobungsstufe ist in Planung, da die eGK viele weitere Möglichkeiten bietet, wie beispielsweise die Hinterlegung von Daten, die in Notfallsituationen hilfreich sein können (z.B. Informationen zu Allergien oder über bestehende Medikation).

#### Quellen:

- [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/gesundheitskarte/article/855517/e-card-jetzt-rollt-grosse-online-test.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/gesundheitskarte/article/855517/e-card-jetzt-rollt-grosse-online-test.html)
- [https://www.gematik.de/cms/de/header\\_navigation/faq/faqrzte/faqrzte\\_1.jsp](https://www.gematik.de/cms/de/header_navigation/faq/faqrzte/faqrzte_1.jsp)
- [https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/egk/meldungen/index\\_11599.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/egk/meldungen/index_11599.html)

## Zahl der Ärzte nimmt weiterhin zu

(am). Laut der jüngsten Statistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2013 ist die Anzahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland im letzten Jahr auf 357.252 gestiegen. Das ent-

spricht einem Zuwachs um 2,5 Prozent. Damit setzt sich der Trend der vergangenen Jahre fort. 2012 gab es einen Zuwachs um 1,9 Prozent. Seit Jahren steigt die Zahl der Ärzte kontinuierlich. Ein weitaus bedenklicherer Trend ist das stetig zunehmende Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte. Es stieg im letzten Jahr von 52,8 auf 53,1 Jahre. Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, zeigt sich auf Grund der Daten besorgt: „Der Ärztemangel und der Mangel an Arztstunden sind keine Prognose mehr, sondern in vielen Regionen Deutschlands längst Realität. Und wir müssen davon ausgehen, dass sich dieser Mangel in den nächsten Jahren noch weiter verschärfen wird.“ Zwar nehme die Zahl der Ärzte zu, aber der Bedarf an medizinischer Versorgung steige ebenfalls auf Grund der alternden Bevölkerung und des erweiterten Behandlungsangebotes durch den medizinischen Fortschritt. Darüber hinaus steige der Anteil der Ärzte, der Teilzeit arbeitet. Ein Anstieg in der Zahl der Ärzte gehe daher nicht zwingend auch mit einer Erhöhung der vorhandenen Behandlerstunden einher. Ulrike Elsner, Chefin des Ersatzkassenverbandes, schätzt die Lage anders ein. Nach den aktuellen Ärztezahlen sind laut Bedarfsplanung 80% der Gebiete übertersorgt, 18% sind regelversorgt und bei gerade mal 2% besteht oder droht eine Unterversorgung. Aus diesem Grund spricht sie sich gegen eine weitere Erhöhung und für einen bessere regionale Verteilung der Ärzte aus.

## Einer für alle - Ausbildungsreform will drei Pflegeberufe zu einem zusammenlegen

(am). In der Altenpflege herrscht schon seit langem Nachwuchsmangel. Dieser soll nun durch eine Ausbildungsreform beseitigt werden. Bund und Länder haben verschiedene Änderungen angestrebt. So sollen die drei Berufe Kinderkrankenpflegekraft, Altenpflegekraft und Gesundheits- und Krankenpflegekraft in einen gemeinsamen Ausbildungs-

beruf zusammengeführt werden, der in allen Bundesländern einheitlich ist. Durch diese Maßnahme wird das Wechseln zwischen den einzelnen Pflegeberufen erleichtert. Des Weiteren wird durch die inhaltlich verbreiterte Ausbildung der Kenntnisstand der Pflegemitarbeiter verbessert. Je nach Fachgebiet können dann noch spezialisierte Kenntnisse erworben werden. Eine weitere geplante Änderung ist, dass zukünftig kein Schulgeld mehr gezahlt werden soll. Im Laufe dieses Jahres soll es zu Absprachen zwischen Bund und Ländern bzgl. der Ausbildungsinhalte und der Finanzierung kommen. Ein Finanzierungsgutachten, welches dafür die Grundlagen liefert, wird zum 21. Mai 2014 erwartet. Das entsprechende Gesetz soll dann im nächsten Jahr in Angriff genommen werden.

### **„Pille danach“ weiterhin nur auf Rezept**

(*wd*). Länder geben Widerstand bei „Pille danach“ vorläufig auf. Damit dürfte sie weiterhin verschreibungspflichtig bleiben.

Ursprünglich hatte sich die Länderkammer darauf verständigt der Änderung der Arzneimittel-Verschreibungsverordnung nur dann zuzustimmen, wenn damit auch die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel (LNG) freigegeben wird. In dieser Arzneimittelverordnung soll EU-weit die Anerkennung von Verschreibungen aus den EU-Mitgliedstaaten geregelt werden.

Da die Umsetzungsfrist der Verordnung jedoch seit Oktober 2013 verstrichen war und Deutschland EU-Sanktionen drohten, gaben die Länder ihre Blockade nun auf und beschlossen die Verordnung passieren zu lassen.

Ein endgültiges Aus für die rezeptfreie „Pille danach“ bedeutet dies jedoch nicht. Der Gesundheitsausschuss votierte dafür, erneut einen Antrag zu stellen, der die Regierung dazu auffordert, Notfallkontrazeptiva aus der Rezeptpflicht zu entlassen. In ihrem Antrag verweist der Ausschuss darauf, dass das Medikament in den meisten EU-

Ländern rezeptfrei erhältlich ist. Zudem hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Freigabe von LNG mehrfach befürwortet. Nach deren Ansicht sei der Wirkstoff seit Jahren gut erforscht und habe bisher nur in zwei dokumentierten Fällen zu einem Verdacht unerwünschter Nebenwirkungen geführt.

### **KiGGS-Studie erschienen**

(*nsch*). Das Robert Koch-Institut hat erste Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in einer Broschüre zusammengestellt. Darin finden sich erste Ergebnisse zum Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen, zu sportlicher Betätigung, Unfallverletzungen, HPV-Impfquote, Allergien, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum sowie zur Nutzung von Bildschirmmedien.

Die Ergebnisse basieren auf einer Befragung, an der über 16.000 Kinder, Jugendliche, deren Eltern sowie junge Erwachsene teilgenommen haben.

Die Broschüre kann als PDF heruntergeladen werden:

[http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs\\_tn\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf)

## Letzte Meldung

### 24. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin

Am 17.05.2014 tagte der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Berlin. Schlaglichtartig sollen hier die vielen wichtigen gesundheitspolitischen Diskussionen beleuchtet werden.

Schon zu Beginn der Tagung wurde vom Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Prof. Rainer Richter, deutliche Kritik am Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geäußert, dass künftig die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit ½ Sitz auf die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung angerechnet werden müssen. Es ist offensichtlich, dass die PIA Menschen mit einem anderen Diagnosespektrum als die Niedergelassenen und mit einem anderen Leistungsspektrum versorgen. Es gebe die Möglichkeit, regional dieser Anrechnung entgegenzutreten; die BPtK prüfe derzeit, wie dieser regionale Widerstand zusammen mit den Landeskammern organisiert werden könnte. In diesem Zusammenhang gab es auch eine einstimmig verabschiedete Resolution des DPT, die das Bundesgesundheitsministerium auffordert, den G-BA-Beschluss zu beanstanden.

Im Hinblick auf die jüngst von der Politik beschlossene 2-jährige Verlängerung der Einführungsphase des Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sicherte Richter zu, dass diese Zeit genutzt werde, verstärkt mit den Kritikern des PEPP ins Gespräch zu kommen und auch die Auswirkungen der Vergütung mittels PEPP auf den Alltag der psychotherapeutischen Versorgung in der Psychiatrie in den Blick zu nehmen. Die Aussprache machte deutlich, dass PEPP ohne die Definition verbindlicher Anforderungen an Strukturqualität (Psychotherapeutenstellen) und Prozessqualität (Leitlinienbezug) nicht zu denken sei.

In Bezug auf das Thema „Praxiswertberechnung“ betonte der BPtK-Vorstand im Vorstandsbericht, dass externe Expertise notwendig gewesen sei, um juristische und betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte zueinander zu bringen. DPT-Delegierte mahnten in Statements die Notwendigkeit einer berufspolitischen Bewertung und mit einem (angenommenen) Antrag die stärkere Einbeziehung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) in diese Diskussion an.

Kritisch reflektierte der DPT auch den Vertrag zwischen der BPtK und dem Verteidigungsministerium zur Kostenerstattung von Psychotherapie für SoldatInnen. In der Diskussion wurde herausgearbeitet, dass dieser Vertrag ein guter Anlass sei, überhaupt kritisch darüber zu diskutieren, dass Menschen in bestimmten Situationen und Berufen auf einen Teil ihrer Grundrechte (auch Grundrechte auf medizinische und psychotherapeutische Versorgung) verzichten müssten.

Sehr kontrovers diskutierte der DPT den von PiA eingebrachten und von der DGVT nachhaltig unterstützten Antrag, dass die von der Politik geplante Mindestlohnregelung auch für PiA in der Praktischen Tätigkeit Anwendung finden solle und der Vorstand sich dafür bei der Politik einsetzen solle. Einige Delegierte sahen in der Forderung eine Abwertung des akademischen Heilberufes, andere Delegierte betonten die Notwendigkeit, jeden möglichen Schritt einer materiellen Besserstellung der PiA während der Praktischen Tätigkeit zu gehen. Am Ende wurde der Antrag mit 52 Ja-Stimmen, 49 Nein-Stimmen und 21 Enthaltungen angenommen.

Unter dem Stichwort „Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen“ diskutierte der DPT die Notwendigkeit, die psychotherapeutischen Angebote im Gesundheitswesen zu diversifizieren, sowohl in Richtung niedrighschwelliger Angebote, wie in Richtung einer Einbindung niedergelassener KollegInnen in multipro-



fessionelle ambulante Versorgungsnetze und einer Schaffung und Finanzierung Sektor verbindender Behandlungsformen. Diese Strategie der Ausweitung psychotherapeutischer Angebote über die Richtlinienpsychotherapie hinaus soll verhindern, dass die Politik Teilaufgaben von Psychotherapie aus der Profession auslagert, um dem nach wie vor ungedeckten Bedarf psychotherapeutischer Hilfe bei nicht vermehrbaren Kassensitzen zu genügen.

Bereits beim letzten DPT wurden viele Änderungen in der Musterberufsordnung verabschiedet, um diese an die Vorgaben des Patientenrechtegesetzes anzupassen. Offen blieb die Frage, wie Therapeuten mit Forderungen von Patienten nach Einsicht in die Patientenakte umgehen sollen. Dürfen sie eine Einsicht verweigern, wenn sie ihre eigenen Persönlichkeitsrechte berührt sehen? Oder ist dies berufsrechtlich abzulehnen, weil die Persönlichkeitsrechte des Therapeuten im Patientenrechtegesetz nicht als möglicher Grund für die Zurückhaltung einer Patientenakte genannt sind? Im Ergebnis der sehr kontroversen Diskussion war dieser Punkt zurück gestellt worden und die Antragsteller der beiden Positionen waren gebeten worden, zum DPT am 17.05.2014 einen Kompromissvorschlag vorzulegen. Die nunmehr vorgelegte Fassung der entsprechenden Passage sah vor, dass ein Psychotherapeut zwar im Einzelfall Teile der Akte schwärzen dürfe, wenn er seine Persönlichkeitsrechte dadurch beeinträchtigt sieht, dass er – auf Verlangen des Patienten – aber die ungeschwärzte Originalfassung der Akte der Kammer zur Prüfung vorlegen muss. Diese Version wurde, erneut nach einigen Abstimmungsrunden, letztlich mehrheitlich verabschiedet.

Auf dem nächsten DPT im November 2014 wird die Reform der Psychotherapeutenausbildung zentrales Thema sein. Für diesen DPT soll angestrebt werden zu entscheiden, in welche Richtung die Ausbildungsreform aus Sicht der Psychotherapeutenschaft gehen soll. Über den Sommer wird die Profession Mindestanforderungen an eine Reform des Psychotherapeutengesetzes bzw. an

die bestehenden Modelle (a) der postgradualen Ausbildung (mit sog. „kleiner Lösung“ der Festlegung auf den Master-Zugang), (b) der basalen Direktausbildung und (c) der dualen Direktausbildung.

*Karl-Wilhelm Höffler*  
*DGVT-Landessprecher Hessen*

---

## 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. Juni.
- **Hamburg:** Die nächsten "DGVT-Familientreffen" in 2014 sind geplant am 25. August und am 24. November.
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Landesgruppentreffen am Donnerstag, 26. Juni, 20.10 Uhr im Hotel Hübner. Im Anschluss an den Auftakt-Vortrag zur Sommer-Akademie von 18.00 bis 20.00 Uhr (Jabbarian, Abbas: „Achtsamkeit' in der Positiven Psychotherapie“).
- **Schleswig-Holstein:** Landesgruppentreffen mit Veranstaltung zum Thema „Psychiatrie und Philosophie - wider dem biomedizinischen Trend in der Psychiatrie“ am Samstag, den 1. November 2014 im City Hotel Kiel.
- **Thüringen:** Landesgruppentreffen mit Diskussionsrunde am 24. September, 17.00 Uhr in der Praxisgemeinschaft für Psychotherapie Dilger/Fischer/Hallensleben/Eberhardt, Schillerstr. 41, 99096 Erfurt

**Alle Termine auch auf unserer Homepage [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de). Klicken Sie auf den Button „Landesgruppen“.**

---

### Berufsrecht und Praxisorganisation - Termine

#### Update Berufsrecht

Seminarreihe über neue berufsrechtliche Entwicklungen mit wechselnden Themen. Referentin: Mechthild Greive, PP und Juristin. Nächster Termin: 22. November in Dortmund.

#### Kostenerstattung

Das Seminar ist vor allem für diejenigen Mitglieder gedacht, die sich demnächst als „Kostenerstatter“ niederlassen möchten oder gerade erst in diesem Bereich tätig geworden sind. Referentin: Kirsten Deppenkemper, Psychologische Psychotherapeutin. Nächste Termine: 18. Oktober 2014 in Stuttgart, 9. Mai 2015 in München, 17. Oktober 2015 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. Nächste Termine: 24./25. Oktober 2014 in München, 10./11. April 2015 in Hannover.

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



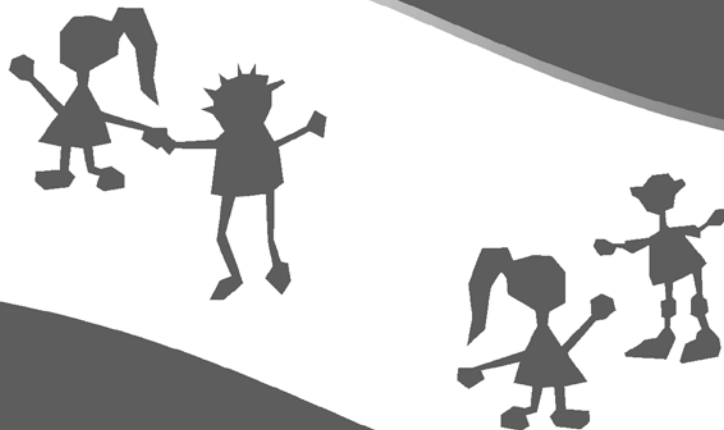
13. DGVT-Praxistage der Kinder-  
und Jugendlichenpsychotherapie  
am 8. und 9. November 2014 in Krefeld

Let's talk about sex

Sexualität und Körper in der Psychotherapie  
mit Kindern und Jugendlichen

**Workshops zu folgenden Themen sind geplant:**

Sexualentwicklung  
Geschlechterrollen  
Partnerschaft  
Homosexualität  
Körpertherapeutische Ansätze  
u.v.m.



**Informationen**

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

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

**dgvt**FW  
DGVT Fort- und Weiterbildung