

# Rosa Beilage

## Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

---

Supplement zu VPP 4/2015  
9. November 2015

---

### *Aus dem Inhalt*

- **Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses: DGVT-BV fordert Bundesgesundheitsminister zu einer Beanstandung auf**
- **Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen: Ermächtigungen können ab sofort beantragt werden**
- **Stellungnahme zum aktuellen Stand der Diskussion zur Ausbildungsreform**

  
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

### *Gesundheits- und Berufspolitisches*

- **Der DGVT-BV fordert den Bundesgesundheitsminister auf, den Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.09.2015 zu beanstanden**.....6
- **Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften beim Kostenerstattungsverfahren**.....7
- **Vorratsdatenspeicherung** .....8
- **Wieder einmal außen vor - E-Health-Gesetzentwurf berücksichtigt Psychotherapie und die damit einhergehenden speziellen Anforderungen bislang nicht hinreichend** .....9
- **Aktuelle Informationen zur Entwicklung verschiedener Leitlinien** ..... 11
- **Erübrigt ein gutes Palliativgesetz ein Sterbehilfegesetz?** ..... 12
- **Präventionsgesetz**..... 13
- **17. Shell-Jugendstudie erschienen** ..... 14
- **Fehlzeiten-Report 2015**..... 16
- **Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV** ..... 18

### *Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen*

- **Bundesregierung verpflichtet Zulassungsausschüsse, Ermächtigungen zu erteilen** ..... 19
- **Hinweise zur Abrechnung der Behandlung von Flüchtlingen** ..... 19

### *Berichte aus den Landesgruppen*

Berlin	22
Hamburg	22
Hessen	24
Niedersachsen	27
Rheinland-Pfalz	27

### *Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung*

- **Stellungnahme der DGVT zum aktuellen Stand der Diskussion**.....29
- **Verbändeveranstaltung am 05.11.2015 – Unverzichtbare Praxisinhalte für die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung** .....32

### *Berufspolitische Informationen für Angestellte*

- **Psychiatrie-Entgeltgesetz: PEPP – Zauberformel für gerechte Entgelte in der stationären und teilstationären Psychiatrie und Psychosomatik oder inakzeptable Ökonomisierung?** ..... 35

### *Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

- **Bericht von der 24. Sitzung der Konzierten Aktion der KBV mit den Berufsverbänden am 11. September 2015** ..... 37
- **Resolution der Berufsverbände (KBV)**..... 38
- **Innovationsausschuss beim G-BA hat sich konstituiert** ..... 39
- **KBV veröffentlicht Hygieneleitfaden für psychotherapeutische Praxen**..... 40
- **Änderungen zur Einzel- und Gruppentherapie in Kraft getreten** ..... 40
- **Ärzteführer online** ..... 41
- **Psychotherapie-Richtlinie: Keine Behandlung mehr für schwer abhängige Raucher** ..... 41
- **KBV: Gesundheitsdaten einfach recherchieren**..... 42

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

- **Psychotherapie = Nichtverbeamtung? Nein!**..... 43
- **Einsicht in Patientenakte auch bei Kassen-MVZ**..... 44
- **BGH: Keine Zwangsmedikation ohne ausreichende gutachterliche Grundlage** ..... 44

### *Tagungsberichte*

- **Berliner überregionales Symposium des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V. (DDPP)** ..... 46
- **BPtK Symposium „Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge“ Berlin, 24.09.2015**..... 47
- **Bericht vom GKII – Treffen am 31. Oktober 2015 in Berlin**..... 50

### *Weitere Infos*

- **DAK-Psychoreport: Mehr Krankschreibungen aufgrund psychischer Probleme zeigen gestiegene Bereitschaft der Auseinandersetzung mit psychischen Problemen** ..... 53
- **TK-Studie: Hilfe bei Depression durch Internetberatung** ..... 53
- **Ergebnisse der BZgA-Studie: Steigender Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen** ..... 53
- **Häufige Handy- bzw. Smartphonennutzung bei Kindern und Jugendlichen**... 54
- **ICD-10-GM Version 2015 veröffentlicht** ..... 55
- **Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD): Problemlagen im Gesundheitswesen** ..... 55
- **Beratung für Psychotherapeuten zu Rechtsextremismus oder Salafismus** .... 57

### *Regionale Mitgliedertreffen, Termine*

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

für das zurück liegende Vierteljahr lassen sich wieder zahlreiche Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik vermelden. So finden Sie in dieser Rosa Beilage wieder ein Kaleidoskop an Neuigkeiten und Diskussionsberichten.

Für den Niedergelassenen-Bereich ist dies zunächst mal der über viele Jahre erwartete Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Anpassung der Psychotherapiehonorare. Er liegt zwar endlich vor, aber ist in seiner Begründung ein Meisterwerk von Verdrehung und Fehlinterpretation, sodass wir wie viele andere diesen Beschluss nicht nur für inakzeptabel halten sondern auch beim Bundesgesundheitsminister gefordert haben, dass er ihn beanstandet.

Die anschwellende Zahl von Flüchtlingen aus vom Krieg betroffenen Ländern bedeutet angesichts der sehr heterogenen Botschaften aus der Politik eine gesellschaftliche Bedrohung. Speziell für unseren Bereich zeigt sich auch ein erheblich zunehmender Bedarf an Behandlungskapazitäten für Posttraumatische Belastungsstörungen. Eine positive Überraschung war es dabei, dass die Politik sehr rasch reagiert und die Zulassungsausschüsse gesetzlich aufgefordert hat, entsprechende Ermächtigungsanträge schnell zu entscheiden (siehe auch S. 19 ff).

Die Qualität der Psychotherapieausbildung ist uns schon seit Jahrzehnten ein intensives Anliegen, zumal wir hier im Rahmen unserer Ausbildungsakademie und der Ausbildungsinstitute über umfangreiche Erfahrungen verfügen. Dies stärkt uns in unserem Anspruch, bei der anstehenden Reform der Psychotherapeutenausbildung nachhaltig mitzuwirken und insbesondere darauf hinzuwirken, dass die hohe Qualität der praxisorientierten klinischen Ausbildung gesichert wird, sollte es zu einer Ausbildungsreform kommen. Ebenso wichtig ist natürlich, dass die Weiterbildung zukünftig finanziert und auch gesichert ist, dass genügend Weiterbildungsstellen zur Verfügung stehen. Wir sehen darin unverzichtbare Voraussetzungen für die Reform (siehe Seite 29 ff).

Bemerkenswert ist und bleibt, dass die Krankenkassen zwar einerseits ihrer Liebe zur Psychotherapie und ihrer Sorge für Menschen mit psychischen Belastungen immer wieder deutlichen Ausdruck geben (vgl. die in immer kürzeren Zeittakten veröffentlichten Krankenkassenberichte, hier auf den Seiten: 16 und 53). Dass sie aber andererseits in verschiedener Hinsicht mauern oder beschwichtigen, etwa wenn es um eine Verbesserung der Honorare für Psychotherapeuten oder eine Verbesserung der Bedarfsplanung geht. Das passt nicht zusammen.

Wir berichten auch über aktuelle Gesetzgebungsvorhaben bzw. neue Gesetze (Hospiz- und Palliativgesetz, Präventionsgesetz, E-Health) und über Veränderungen der Psychotherapierichtlinie, den Stand der Einführung von PEPP, die Entwicklung von Leitlinien.

Berichte von Landesgruppen, Aktuelles aus der Rechtsprechung und Tagungsberichte runden das Heft ab.

Viel Spaß beim Lesen und eine schöne (Vor-)Weihnachtszeit wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

Ihre

*Waltraud Deubert  
Jana Arndt*

*Heiner Vogel  
Kerstin Burgdorf*

## Gesundheits- und Berufspolitisches

### **Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsaus- schusses zur Vergütung der Psychotherapiehonorare vom 22.09.2015 beanstanden!**

**Forderung des DGVT-BV an den  
Bundesgesundheitsminister**

Seit Jahren fordern die Psychotherapeuten, dass sie innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen angemessen für ihre Leistungen vergütet werden. Die Berufsgruppe ist mit ihren Einkommen trotz zunehmender Versorgungsrelevanz das Schlusslicht unter den Facharztgruppen.

Die BSG-Rechtsprechung seit 1999, die der Berufsgruppe vergleichbare Einkünfte wie den Fachärzten zusichert, wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen in seltener Einmütigkeit seit Jahren unterlaufen.

Die am 22.09. getroffene längst überfällige Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Anpassung der Honorare für antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie sorgt weiterhin nicht für Honorargerechtigkeit. Stattdessen wurde von Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung mit Rechenricks versucht, Höher- und Nachvergütungen dieser Leistungen möglichst klein zu halten, indem das Gros der Praxen von der Höhervergütung ausgeschlossen wird. Zudem werden grundlegende Leistungen wie die Probatorik nicht von der Höherbewertung erfasst. Bei den zugrundeliegenden Berechnungen zur Vergleichbarkeit der Einkommen von Psychotherapeuten und Fachärzten blieben besser verdienende Facharztgruppen unberücksichtigt. Bei den höheren Kostenansätzen der Facharztpraxen blieb unberücksichtigt, dass diese Strukturen auch zur Leistungsausweitung (z.B. durch IGEL-Leistungen) genutzt werden, die den vom Stunden- und Leis-

tungsvolumen streng begrenzten Psychotherapeuten grundsätzlich verwehrt sind.

Darüber hinaus wurde willkürlich festgelegt, dass ein wesentlicher Teil der psychotherapeutischen Leistungen von der Höherbewertung ausgeschlossen bleibt. Dies sind Leistungen wie z.B. die dringend erforderlichen Erst- und Aufnahmegespräche, die zu Behandlungsbeginn und -fortführung notwendigen Antragsziffern, aber auch niederfrequent erbrachte Gesprächsleistungen zur Vorbeugung und Überbrückung von Krisen (sog. Gesprächsziffern). Ohne jede Begründung bleiben Nachvergütungen auch für die Leistungen von 2010 und 2011 unberücksichtigt.

Eine neue Qualität der Benachteiligung ist, dass willkürlich das Gros der Praxen substantiell vom Hauptteil der Höhervergütung ausgeschlossen wird, indem eine sog. Strukturpauschale für Psychotherapeuten erfunden wird. Diese soll allen KollegInnen verweigert werden, die nicht nahe genug an der maximal zulässigen Kapazitätsgrenze arbeiten. Dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zufolge wird damit eine völlig neue Honorarsystematik eingeführt. Demnach soll eine identische Leistung deutlich unterschiedlich vergütet werden, je nachdem, ob sie im Kontext einer voll ausgelasteten oder nur teilweise ausgelasteten Praxis erfolgt. Praxen, die zu substantiellen Anteilen andere wichtige Versorgungsleistungen außerhalb der genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen, bleiben damit von einem wesentlichen Teil der Nach- bzw. Höhervergütungen ausgeschlossen.

Diese völlig neue Honorarsystematik ist nicht nur willkürlich, sie schafft auch Fehlreize für eine schlechtere Versorgungsqualität, sie ist zudem auch komplex und mit erheblichem Berechnungsaufwand verbunden.

Die Psychotherapeutenchaft sieht ihre Leistungen innerhalb des Versorgungssystems angesichts solcher Rechenricks nicht gewürdigt. Wenn die Schere zwischen den

fachärztlichen Einkommensgruppen und den Psychotherapeuten auf der Grundlage dieses Beschlusses weiter auseinanderdriftet wie in den vergangenen Jahren, werden die Psychotherapeuten auch weiterhin für gerechte Honorare notfalls auf dem Klageweg kämpfen müssen. Die vielen Psychotherapeuten, die bislang keinen Widerspruch gegen ihren Honorarbescheid eingelegt oder vor dem Sozialgericht geklagt haben und von den Honorarnachzahlungen ausgeschlossen bleiben, wird das zukünftig hoffentlich bestärken, es zu tun.

Wir appellieren daher dringend an den Bundesgesundheitsminister, den Beschluss des Bewertungsausschusses zu beanstanden.

*Rudi Merod, Wolfgang Schreck, Dr. Heiner Vogel - Vorstand Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psycho-soziale Berufe (DGVT-BV) e.V.*

*Dr. Wolfgang Bürger - Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie Baden-Württemberg*

*Dr. Jürgen Friedrich - Sprecher Fachgruppe Niedergelassene DGVT-BV*

*Tübingen, 16. Oktober 2015*

## **Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften beim Kostenerstattungsverfahren**

### **Briefverkehr von DGVT-BV und BfDI**

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Andrea Voßhoff, hat in ihrem Tätigkeitsbericht im Juni 2015 das sog. Umschlagverfahren kritisiert. Die Bundesdatenschutzbeauftragte hatte festgestellt, dass Briefe an den MDK von den Krankenkassen geöffnet wurden und sprach daher die Empfehlung aus, dass Briefe zukünftig direkt an den MDK geschickt werden sollen.

Für PsychotherapeutInnen, die im Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 3 SGB V) tätig sind, ist derzeit nicht geklärt, wie Anträge auf Psychotherapie zukünftig gestellt

werden können. Hintergrund ist, dass es hier kein formal geregeltes Gutachterverfahren analog zur Psychotherapie-Richtlinie gibt. Die Kostenerstattung wird (aus Sicht der Kassen) nur im Ausnahmefall, bei sog. Systemversagen, bewilligt. Die Begutachtung erfolgt dann üblicherweise durch den MDK der Krankenkassen oder zuweilen auch durch KBV-Gutachter. Aufgrund einer nicht existierenden Richtlinie für Kostenerstattung ist es nicht möglich, die Kassen auf ein einheitliches, genormtes Verfahren der Begutachtung festzulegen.

Wir haben uns am 12. Oktober mit dem untenstehenden Schreiben an Frau Voßhoff gewandt:

### **Frage zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften bei Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren**

Sehr geehrte Frau Voßhoff,

zunächst einmal möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie in Ihrem Tätigkeitsbericht vom 17. Juni 2015 vor dem sog. Umschlagverfahren an den MDK gewarnt haben. Mitglieder unseres Verbands haben uns seit Längerem über vermutete Datenschutzverstöße seitens der Kassen berichtet. Wir begrüßen es sehr, dass Sie diesen Missstand nun offiziell aufgedeckt haben und so eine Veränderung in die Wege geleitet werden kann. Dies ist auch aus Sicht unserer Mitglieder eine wichtige Verbesserung des Datenschutzes.

Allerdings bekommen wir nun häufig Anfragen von Mitgliedern, die im sogenannten Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 3 SGB V) tätig sind. Unsere Mitglieder möchten wissen, wie sie als PsychotherapeutInnen zukünftig Anträge auf Psychotherapie an die Krankenkassen stellen können. Diese Frage ist für uns schwer zu beantworten, da es hier kein formal geregeltes Gutachterverfahren analog zur Psychotherapie-Richtlinie gibt. Kostenerstattung wird (aus Sicht der Kassen) nur im Ausnahmefall, bei sog. Systemversagen bewilligt. Die Begutachtung erfolgt dann üblicherweise durch den MDK der Krankenkassen oder zuweilen auch durch die KBV

zugelassene Gutachter (gem. Psychotherapie-Richtlinie). Aufgrund einer nicht existierenden Richtlinie für Kostenerstattung ist es nicht möglich, die Kassen auf ein einheitliches, genormtes Verfahren der Begutachtung festzulegen.

Daher möchten wir diese Frage nun an Sie weitergeben. Gibt es Informationen darüber, welche genaue Vorgehensweise zukünftig im Rahmen der Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren empfohlen wird, um den datenschutzrechtlichen Vorschriften gerecht zu werden?

Mit freundlichen Grüßen  
Jana Arndt  
DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe

Antwortschreiben:

### **Datenschutz bei der Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren - Ihr Schreiben vom 12.10.2015**

Sehr geehrte Frau Arndt,  
für Ihr Schreiben vom 12. Oktober 2015 und das damit zum Ausdruck gebrachte datenschutzrechtliche Bewusstsein danke ich Ihnen.

Die Ausführungen in meinem 25. Tätigkeitsbericht zum sogenannten Umschlagverfahren (Nr. 13.8, abrufbar unter [www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB\\_BfDI/25TB\\_13\\_14.html?nn=5217212](http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/25TB_13_14.html?nn=5217212)) und die festgestellten datenschutzrechtlichen Mängel beziehen sich ausschließlich auf das Verhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf Grundlage der §§ 275f. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Das Gutachterverfahren in der Psychotherapie ist von meinen Feststellungen nicht erfasst. Selbstverständlich ist auch das Gutachterverfahren (geregelt in Anlage 1 zu § 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte) datenschutzkonform durchzuführen. Die Krankenkasse hat also den Bericht des Psychotherapeuten ungeöffnet an den Gutachter weiterzuleiten, der dann eine

Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Therapie abgibt.

Mir liegen derzeit keine konkreten Erkenntnisse darüber vor, dass es im regulären Gutachterverfahren oder im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens zu unzulässigen Einsichtnahmen durch die Krankenkassen kommt, werde aber bei meinen nächsten Vor-Ort-Kontrollen ein besonderes Augenmerk auf diese Fallgestaltungen legen und abhängig von den Feststellungen prüfen, ob zur Sicherstellung des Datenschutzes auch diese Verfahren geändert werden müssen.

Ich hoffe, meine Ausführungen sind hilfreich für Sie.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
Dr. Schröder

## **Vorratsdatenspeicherung**

### **Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Vorratsdatenspeicherung untergräbt Persönlichkeitsrechte von PatientInnen und die psychotherapeutische Schweigepflicht**

Nach jahrelangen Auseinandersetzungen ging es dann ganz schnell. Am 14.10.2015 stimmte der Rechtsausschuss des Bundestags dem Gesetzentwurf zu, am 16.10.2015 hat das Parlament die Vorratsdatenspeicherung (VDS) endgültig beschlossen. Die Opposition warf der Regierung vor, das umstrittene Gesetz während der Flüchtlingsdebatte „im Eiltempo durch den Bundestag zu jagen“, um „unter dem Radar fliegen“ zu können. Wesentliche Änderungen gab es bei dem Gesetzestext nicht mehr. Dem ursprünglichen Entwurf wurde lediglich eine Passage hinzugefügt, dass man die Erfahrungen mit dem Gesetz nach drei Jahren auswerten müsse.

Bei dem Gesetz handelt es sich nach Ansicht der beteiligten Gesetzgebungsorgane um ein sog. Einspruchsgesetz, d.h. das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Der letzte Versuch, die Vorratsdatenspeicherung zu legalisieren, ist im Jahr 2010



vor dem Bundesverfassungsgericht gescheitert. Das Bundesverfassungsgericht erklärte die damaligen gesetzlichen Vorschriften (§§ 113a, 113b des Telekommunikationsgesetzes (TKG)) zur Vorratsdatenspeicherung im März 2010 wegen Verstoßes gegen Artikel 10 Grundgesetz (Fernmeldegeheimnis) für verfassungswidrig und nichtig. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass das Gesetz zur anlasslosen Speicherung umfangreicher Daten sämtlicher Nutzer elektronischer Kommunikationsdienste keine konkreten Maßnahmen zur Sicherheit der gewonnenen Daten vorsehe und zudem die Hürden für staatliche Zugriffe auf die Daten zu niedrig seien. Die damaligen Regelungen des §§ 113a, 113b TKG sahen eine anlasslose Speicherung über einen Zeitraum von sechs Monaten vor.

Nach dem aktuellen Gesetzentwurf soll es nun eine verdachtsunabhängige, anlasslose Speicherung über einen Zeitraum von 10 Wochen geben. Bei Mobilfunkgeräten (z.B. Handys) sollen zusätzlich die Standortdaten für einen Zeitraum von 4 Wochen gespeichert werden. Von einer Speicherung ausgenommen sind ausdrücklich der Inhalt der Kommunikation, Daten über aufgerufene Internetseiten sowie E-Mail-Verbindungsdaten. Die Vorratsdatenspeicherung soll Behörden bei der Aufklärung von Verbrechen helfen. Hierfür fehlt jedoch ein Wirksamkeitsnachweis.

Die DGVT und der DGVT-Berufsverband kritisieren, dass Berufsheimnisträger, wie z.B. PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, aber auch Rechtsanwälte und Journalisten usw. in dem Gesetz nicht den Behörden oder staatlichen Institutionen gleichgestellt werden, deren Gespräche nicht aufgenommen bzw. gespeichert werden.

Die Telekommunikation mit Psychotherapeuten berührt den Kernbereich der privaten Lebensgestaltung der PatientInnen und ist unbedingt vor Überwachung zu schützen. Die Strafprozessordnung regelt in § 100g Abs. 4 zwar, dass die Erhebung von Daten von Geheimnisträgern, über die diese das Zeugnis verweigern dürfen, unzulässig ist – sie also nicht verwendet werden dürfen. Es

zeigt sich aber erst beim Zugriff, ob jemand Arzt, Psychotherapeut oder Tatverdächtiger ist. Die Daten lassen sich nicht vorab herausfiltern.

Die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen untergraben die besondere Schutzbedürftigkeit von Gesprächen zwischen PsychotherapeutInnen/ÄrztInnen und ihren PatientInnen. Die PatientInnen brauchen die Sicherheit, sich jederzeit auch telefonisch, vor allem in Krisensituationen, an ihren Psychotherapeuten wenden zu können und darauf zu vertrauen, dass ihre Gespräche nicht von Dritten abgehört werden. Wenn die Daten erst einmal erhoben sind, bietet die Strafprozessordnung keinen ausreichenden Schutz mehr vor einer weiteren Verwendung.

DGVT und DGVT-BV fordern daher, dass Verkehrsdaten von Berufsheimnisträgern generell nicht von der Vorratsdatenspeicherung erfasst werden dürfen, und gehen davon aus, dass das Gesetz wieder vor dem Bundesverfassungsgericht enden wird.

*Waltraud Deubert und Kerstin Burgdorf*

## **Wieder einmal außen vor:**

**E-Health-Gesetzentwurf berücksichtigt Psychotherapie und die damit einhergehenden speziellen Anforderungen bislang nicht hinreichend**  
**Stellungnahme von DGVT und DGVT-BV**

Für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist es ein Déjà-vu: Bei den Vorbereitungen zum sogenannten E-Health-Gesetz, das bis Jahresende verabschiedet werden soll, spielen sie offenbar keine Rolle. In diesem Gesetzesvorhaben (offiziell „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“) geht es um die Festlegung der gespeicherten Daten und die Zugriffsmöglichkeiten der diversen Nutzergruppen auf die elektronische Patientenakte, die künftig auf dem Chip der Gesundheitskarte gespeichert werden soll. Das Plastikkärtchen, das von den Krankenkassen an ihre Mitglieder ausgegeben wird

und beim Besuch von Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie bei Erbringern von Heil- und Hilfsmitteln vorgelegt werden muss, soll somit eine erheblich größere Bedeutung für die Weitergabe von Informationen und die Vernetzung im Gesundheitswesen erhalten.

Über die Vor- und Nachteile einer elektronischen Patientenakte wird seit Jahren diskutiert. Mehrere ungeklärte Fragen, z.B. die, wie der Datenschutz dabei sichergestellt werden kann, haben neben technischen Schwierigkeiten dazu beigetragen, dass das Vorhaben bisher über das Stadium von Modellversuchen nicht hinausgekommen ist. Mit dem E-Health-Gesetz soll das Projekt nun mit Nachdruck vorangebracht werden. Der Gesetzentwurf, dessen endgültige Fassung noch in diesem Jahr vom Bundestag verabschiedet werden soll, bleibt allerdings hinter dem zurück, was zum Beispiel die Bundespsychotherapeutenkammer in Stellungnahmen eingefordert hat.

Dass gerade die Belange von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bislang viel zu wenig berücksichtigt werden, zeigt sich schon daran, dass diese Berufsgruppe im vorliegenden Gesetzentwurf überhaupt nicht erwähnt wird. Dabei war seit Beginn der Beratungen unstrittig, dass die Regeln auch für Psychotherapiepraxen gelten sollen. „Wir sehen immer wieder, dass dies nicht nur eine vermeintlich kleine semantische Benachteiligung darstellt, sondern juristisch relevant ist“, betont Kerstin Burgdorf von der Bundesgeschäftsstelle des Berufsverbands Psychosoziale Berufe der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. DGVT und DGVT-BV fordern deshalb, diese Berufsgruppe im Gesetzestext ausdrücklich zu nennen und die besonderen Aspekte psychotherapeutischer Behandlung explizit zu berücksichtigen.

Welche das sind, hat zum Beispiel die Konferenz der Psychotherapeutischen Berufsverbände in Hessen kürzlich in einer Stellungnahme beschrieben. „Die Qualität von Psychotherapie wird gefährdet, wenn es auch nur den Anschein hat, dass der sichere Raum in der Psychotherapie durch die Methoden der Datenspeicherung und Daten-

übermittlung nicht mehr geschützt wäre“, heißt es darin.

Geschützt werden muss unter allen Umständen auch das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Ferner darf das Patientenrechtegesetz nicht durch das E-Health-Gesetz ausgehebelt werden. Berichte, die zum Beispiel an Gutachter oder den medizinischen Dienst der Krankenkassen übermittelt werden, müssen weiterhin der Schweigepflicht unterliegen und durch sichere Verschlüsselungstechniken vor unbefugten Zugriffen oder gar Weiterverbreitungen geschützt werden – auch gegenüber den Krankenkassen.

Einer klaren Regelung bedürfen auch die damit verbundenen Haftungsfragen für die an die Schweigepflicht gebundenen ärztlichen und psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen im Falle eines von ihnen nicht zu verantwortenden „Datenlecks“. Und nicht zuletzt muss sichergestellt werden, dass die mit dem E-Health-Gesetz verbundenen Kosten (wie zum Beispiel für den im Gesetzentwurf verpflichtend vorgesehenen Stammdatenabgleich) nicht zu Lasten der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehen. Diese eindeutig dem Verantwortungsbereich der Kassen zuzurechnende Aufgabe kann nicht nebenbei den Praxen aufgebürdet werden.

DGVT und DGVT-BV sehen im E-Health-Gesetzentwurf somit eine ganze Reihe offener Fragen und einen erheblichen Nachbesserungsbedarf gerade mit Blick auf die spezifischen Anforderungen, die sich aus den Besonderheiten psychotherapeutischer Behandlung ergeben. Der Gesetzgeber sollte diese Themen unbedingt aufgreifen, um erhebliche Probleme in der praktischen Umsetzung von vorne herein zu verhindern.

*Vorstand DGVT und DGVT-BV  
Tübingen, 29. Oktober 2015*

## Aktuelle Informationen zur Entwicklung verschiedener Leitlinien

---

Auch in der Sommerzeit wurde an den Leitlinien weitergearbeitet, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Im Folgenden stelle ich den Stand der Leitlinien dar, an deren Entwicklung ich beteiligt bin.

Zunächst der gesamte *Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen*:

Die Steuergruppe hatte, da sich die Leitlinie sowohl mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beschäftigen sollte und um das Ergebnis nicht allzu lange hinauszuzögern, die Themen in zwei Bereiche aufgeteilt, einmal eine Leitlinie „Diagnostik“ und eine Leitlinie „Therapie“. Dabei war zu berücksichtigen, dass es in Deutschland bisher keine Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störungen gab, also fundamentale Arbeiten erledigt werden mussten.

Zunächst wurde logischerweise die Leitlinie „Diagnostik“ erarbeitet, was bereits eine sehr umfangreiche Arbeit erforderte. Mittlerweile ist dieser Teil der Leitlinie konsentiert, d.h. die wichtigsten Gruppen (VertreterInnen der Fachverbände, der Betroffenen und der Angehörigen) trafen sich, um die Empfehlungen zu diskutieren und darüber abzustimmen. Der kommentierte Text wird nochmals redaktionell überarbeitet und dann den Verbänden zugesandt, um deren Zustimmung zu bekommen und gegebenenfalls Veränderungswünsche einzuarbeiten. Aus meiner Sicht könnte sich die Veröffentlichung jedoch noch etwas verzögern, denn ich sehe folgendes Problem: Bei der Konsentierung waren die PA- und TP-Verbände nicht einbezogen, da diese aus Sicht der Mehrheit der Steuergruppe für die Diagnostik dieser Störung nicht relevant sind, wenn es um eine evidenzbasierte Sicht auf diese Störungsgruppe geht. Es ist also wahrscheinlich, dass es von den vielfältigen Gruppierungen Einwände geben wird.

Der zweite Schritt besteht darin, eine Leitlinie für die Therapie der Autismus-Spektrum-Störungen zu erstellen. Auch hier-

zu gibt es im deutschsprachigen Raum bislang keine Vorlage. Im September hat eine erste Sitzung der Steuergruppe stattgefunden. Die personelle Zusammensetzung ist identisch mit der Steuergruppe zum Diagnostikteil, da diese gut eingearbeitet ist und bisher gut zusammen gearbeitet hat. Dadurch kann die Arbeit zügig weitergehen, was die Zeit, bis die Leitlinie fertig ist, sicherlich deutlich reduzieren wird. Auch einige der Schlüsselfragen, die in dieser Leitlinie beantwortet werden sollen, wurden im Diagnostikteil schon angerissen und die Literatur gesichtet und zusammengetragen.

Des Weiteren arbeite ich in der *Leitlinie „Angst bei Kindern“* mit. Nach ersten (organisatorischen) Problemen läuft die Leitlinienarbeit mittlerweile gut, auch wenn noch einige Zeit ins Land gehen wird, bis eine konsentierbare Version vorliegen wird. Ich erwarte recht spannende Ergebnisse aus den vorliegenden Studien, die dann auch evidenzbasiert sein werden. Zum Beispiel, dass die Arbeit alleine mit den Eltern sehr gute Ergebnisse erzielt, aber auch internationale Ergebnisse, die zeigen, dass Familientherapie oftmals effizienter ist als Einzeltherapie mit dem Kind. Spannend wird dabei sein, dass die Vorgaben des GB-A und des SGB es nicht erlauben, die besten evidenzbasierten Vorgehensweisen anzuwenden. Diese Diskrepanz zwischen evidenzbasiertem Vorgehen und den Rahmenbedingungen, unter denen in Deutschland Psychotherapie gemacht werden muss, wirft ein Licht auf die politische Dimension, die mit der Entwicklung von Leitlinien verbunden ist. Für uns als Fach- und Berufsverband könnte die Aufgabe sein, im Sinne der PatientInnen eine politische Initiative zu starten, um eine optimale Behandlung möglich zu machen.

Als Nächstes der aktuelle Stand der Überarbeitung der *Leitlinie „Unipolare Depression“*. Die Überarbeitung ist zeitgerecht mit dem Ablaufdatum der bisherigen Leitlinie durchgeführt worden. Neueste Forschungsergebnisse wurden eingearbeitet. Dabei ergaben sich auch Ergebnisse, die sehr heftig diskutiert wurden, ob sie in die Leitlinie aufgenommen und wie die Regeln einzu-

arbeiten sind. Erwähnen möchte ich nur die Ergebnisse über den Einsatz von Elektrokrampftherapie bei schweren Depressionen in Abgrenzung zur Pharmakotherapie: Zusätzlich wurde die Leitlinie um Bereiche erweitert, die in der bisherigen Version nicht erfasst worden waren. Die überarbeitete Version lag den Verbänden bereits zur Kommentierung vor, die Veröffentlichung ist für November angekündigt.

Die *Teilleitlinie „Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen“* ist mittlerweile veröffentlicht, der zweite Teil dieser Leitlinie zum Thema *„Suizidalität im Kinder- und Jugendlichenbereich“* ist seit mehr als einem Jahr fertig und in der Leitlinienkommission konsentiert, wurde aber noch nicht an die Verbände weitergeleitet und damit auch nicht veröffentlicht. Ich verstehe diese Verzögerung nicht, da auch meine Nachfragen an die Koordinatorin bisher unbeantwortet blieben. Hier heißt es (leider) abwarten.

Nun zur aus meiner Sicht sehr wichtigen *Leitlinie „Schizophrenie“*: Die Arbeit an dieser Leitlinie schläft seit fast zwei Jahren. Hintergrund ist die Kritik zahlreicher Verbände (unter anderem von DGVT und Bundespsychotherapeutenkammer) an der Zusammensetzung der Kommission. Kritisiert wurde, dass unter Missachtung der Regeln der AWMF die biologisch orientierte Gruppe der Ärzte versucht hat, neben den VertreterInnen ihrer Gruppe auch noch „Fachleute“ und weitere Personengruppen zu installieren, so dass einzelne Gruppierungen mit bis zu vier abstimmungsberechtigten VertreterInnen dabei gewesen wären, während bei den anderen Gruppierungen nur ein abstimmungsberechtigtes Mitglied erlaubt war. Damit erscheint eine sachgerechte und evidenzbasierte Bearbeitung dieses Themas nicht möglich zu sein, und es ist noch nicht klar, wann an dieser Leitlinie weiter gearbeitet werden wird.

An dieser Stelle eine ganz persönliche Anmerkung: Ich habe an vielen Stellen in den Leitliniengruppen den starken Eindruck, dass nicht das Wohl der PatientInnen und deren beste Behandlung im Vordergrund steht, sondern Standes- oder auch Schulenin-

teressen. Diese Tendenzen machen die Arbeit an einigen Punkten recht mühsam und führen manchmal die beschworene Evidenzbasierung fast ad absurdum.

Zum Schluss noch ein Satz zur Überarbeitung der *Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörungen“*. Hier werden wir von Prof. Rita Rosner vertreten, die mir mitgeteilt hat, dass die Leitliniengruppe sich seit Februar 2015 nicht getroffen hat, sodass es keine neuen Ergebnisse zu berichten gibt.

*Rudi Merod*

## **Erübrigt ein gutes Palliativgesetz ein Sterbehilfegesetz?**

Am 29. April 2015 wurde durch die Bundesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es, insbesondere die allgemeine Hospiz- und Palliativarbeit auszubauen und eine flächendeckende Versorgung zu verwirklichen. Ein zentrales Element der ambulanten Versorgung liegt in der zusätzlichen Vergütung ärztlicher Koordination der palliativmedizinischen Leistungen. Die Finanzierungsgrundlage stationärer Hospize soll verbessert und die ganzheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende soll in Pflegeheimen als „erweitertes Leistungsspektrum“ eingeführt werden. Krankenhäuser sollen die Palliativversorgung einfacher ausbauen können. Versicherte sollen gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung beraten werden. Im Wesentlichen sollen die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 10. November 2014 veröffentlichten Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland umgesetzt und Maßnahmen vorgeschlagen werden, die sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch die soziale Pflegeversicherung betreffen.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, schwer kranke und alte Menschen am Ende

ihres Lebens besser und individueller zu betreuen, ihre Schmerzen zu lindern und ihre Ängste zu nehmen. Es sollen gezielt Anreize gesetzt werden zum flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung.

Bei einer Anhörung des Gesundheitsausschusses am 21. September 2015 sowie in den Stellungnahmen wurde die Sorge vorgebracht, dass schwer kranke und sterbende PatientInnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen bei der Versorgung benachteiligt werden könnten. Nahezu die Hälfte aller Sterbefälle würden Kliniken betreffen, wobei die meisten Sterbenden dort außerhalb einer Palliativstation begleitet würden. Um die Palliativversorgung zu verbessern, sei mehr qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal erforderlich.

Der Bedarf liegt nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bei 7 000 bis 8 000 Betten in Palliativstationen und stationären Hospizen, derzeit gäbe es aber weniger als 4 500 Betten. Nur etwa 15% der Kliniken verfügen über Palliativstationen. Zahlenmäßig nicht zu erfassen sei die Versorgung in der stationären Altenpflege, da hier Regelungen etwa zu Qualitätsstandards oder der Personalausstattung fehlten. Ein Großteil der etwa 764 000 vollstationär betreuten Pflegebedürftigen in den rund 13 000 Heimen befinde sich in einer Palliativsituation, die jedoch „nicht wahrgenommen“ wird. Nach Angaben des Deutschen Roten Kreuzes erhalten in Deutschland nur max. 10% der Sterbenden spezialisierte und stationäre Palliativangebote oder werden in Hospizen versorgt. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass aber 60% aller Sterbenden eine professionelle Sterbebegleitung bräuchten.

In der Anhörung mitberaten wurden Anträge der Fraktionen Die Linke (Drucksache 18/5202) und vom Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 18/4563) zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung.

Für viele Todkranke stellt sich die Frage nach einer eigenverantwortlichen oder assistierten Selbsttötung. Nach aktueller Rechtslage ist eigenverantwortliche Selbsttötung ebenso wie die Beihilfe zu einem Suizid

straffrei. Es mehren sich jedoch die Fälle, in denen Personen oder Vereine Suizidbeihilfe geschäftsmäßig anbieten. Daher soll die Gesetzeslage neu geregelt werden. Aktuell werden im Bundestag vier Gesetzentwürfe über die Fraktionsgrenzen hinweg diskutiert. Bei drei der bislang vorgelegten Gesetzentwürfe zur Sterbehilfe hat allerdings der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages einem Zeitungsbericht zufolge verfassungsrechtliche Bedenken geäußert. Beanstandet worden sei u. a. der Entwurf mit dem bislang größten Zuspruch für einen ärztlich assistierten Suizid, so die ‚Welt‘ vom 26.08.2015. Der Wissenschaftliche Dienst sieht dem Bericht zufolge einen möglichen Verstoß gegen das Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes. Denn es werde nicht klar, wie die geplante Unterscheidung zwischen einer verbotenen geschäftsmäßigen Suizidhilfe mit Wiederholungsabsicht und einer Sterbehilfe im Einzelfall aus selbstlosen Motiven getroffen werden könne. Ähnliche Bedenken gebe es auch bei dem Plan einer Gruppe um Renate Künast (Die Grünen) und Petra Sitte (Die Linke), die nur (gewerbsmäßige) Suizidhilfe mit Gefängnis bestrafen will. Der Entwurf der Gruppe um Bundestagsvizepräsident Peter Hintze stehe ebenfalls in der Kritik. Die Gruppe will einen ärztlich-assistierten Suizid ermöglichen, um das nach ihrer Einschätzung schärfere ärztliche Berufsrecht auszuhebeln. Die Neuregelung der Sterbehilfe ist eines der schwierigsten Gesetzgebungsvorhaben dieser Legislaturperiode. Vielleicht macht es Sinn, zunächst ein Hospiz- und Palliativgesetz zu verabschieden, das seinen Namen verdient, sodass es u. U. gar keine Neuregelung der Sterbehilfe bedarf.

*Waltraud Deubert*

---

## Präventionsgesetz

---

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) hat am 10. Juli 2015 im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürde

genommen und trat in seinen wesentlichen Teilen am 25. Juli 2015 in Kraft.

Mittlerweile hat sich auch die Nationale Präventionskonferenz (NPK) am 26. Oktober 2015 konstituiert. Diese Arbeitsgemeinschaft besteht aus den gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. Zur nationalen Präventionsstrategie sollen Ziele, Handlungsfelder, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten erarbeitet und ständig weiterentwickelt werden. Bundeseinheitliche trägerübergreifende Rahmenempfehlungen für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung soll es erstmals bis zum 31. Dezember 2015 geben. Die NPK wird im Abstand von vier Jahren (also erstmals 2019) einen Bericht vorlegen, um die Öffentlichkeit und die politischen Entscheidungsträger über den Stand von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zu informieren. Der Bericht soll außerdem Empfehlungen enthalten, wie die Bereiche weiterentwickelt werden können. Neben den vier Sozialversicherungen als Träger wirken in der NPK auch VertreterInnen von Bundes- und Landesministerien, Kommunalen Spitzenverbänden, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, PatientInnen sowie die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung mit beratender Stimme mit.

Unklar ist offenbar noch die Mitarbeit der privaten Krankenversicherung. Laut Ärztezzeitung vom 26.10.15 werde die PKV in dem Gremium kein Stimmrecht haben. Grund dafür sei, dass die PKV das Geld ihrer Versicherten nicht „dem Regiment der Sozialgesetzgebungslogik“ unterwerfen könne. Eine Geschäftsordnung, in der u. a. die Zusammenarbeit zwischen nationaler Präventionskonferenz und PKV geregelt werden könnte, muss erst noch erarbeitet werden.

Waltraud Deubert

## 17. Shell-Jugendstudie erschienen

Die Shell-Jugendstudie wird seit 1953 im Abstand von 3 bis 4 Jahren vom Mineralölkonzern Shell herausgegeben. Es handelt sich um eine empirische Untersuchung, bei der die Einstellungen, Werte, Gewohnheiten und das Sozialverhalten von Jugendlichen in Deutschland erfragt werden. Am 13.10.2015 haben die Verfasser der Studie, ein Team von WissenschaftlerInnen der Universität Dortmund, der Hertie School of Governance sowie des Münchener Forschungsinstitutes TNS Infratest Sozialforschung, sie in Berlin vorgestellt.

Die Daten stammen von einer repräsentativ zusammengesetzten Stichprobe von 2.558 Jugendlichen im Alter von 12 – 25 Jahren aus den alten und neuen Bundesländern, die von den Interviewern von TNS Infratest zu ihrer Lebenssituation und zu ihren Einstellungen persönlich befragt wurden. Die Erhebung fand auf Grundlage eines standardisierten Fragebogens im Zeitraum von Januar bis Ende März 2015 statt und im Rahmen einer ergänzenden qualitativen Studie wurden zwei- bis dreistündige vertiefte Interviews mit 21 Jugendlichen dieser Altersgruppe durchgeführt.

Bei der Vorstellung der Studie kommentierten die beteiligten Wissenschaftler das Ergebnis als „*bemerkenswert, überraschend und richtungsweisend*“, „*die junge Generation befindet sich im Aufbruch. Sie ist anspruchsvoll, will mitgestalten und neue Horizonte erschließen.*“ Immer mehr junge Leute scheinen ihr Interesse an Politik zu entdecken und der großen Mehrheit der Jugendlichen ist es wichtig „*die Vielfalt der Menschen anzuerkennen und zu respektieren.*“ Es zeigt sich, so Manuela Schwesig, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, dass „*die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in unserem Land die Vorteile und Chancen gesellschaftlicher Vielfalt wahrnehmen. Und das ist angesichts der gegenwärtigen Flüchtlingsproblematik von herausragender Bedeutung.*“

Vor diesem Hintergrund machen sich Jugendliche um Ausländerfeindlichkeit Sorgen und sind gleichzeitig offener gegenüber der Zuwanderung geworden. 48% der Jugendlichen haben Angst vor Ausländerfeindlichkeit (2010: 40%). 2002 plädierten noch 48% der Jugendlichen dafür, die Zuwanderung nach Deutschland zu verringern und 2006 waren es sogar 58%, die sich für eine Verringerung der Zuwanderung nach Deutschland ausgesprochen haben. 2015 unterstützen nur noch 37% diese Aussage. 29% der Jugendlichen fürchten sich vor Zuwanderung. Allerdings gibt es signifikante Unterschiede zwischen dem Westen und dem Osten Deutschlands, während nur 35% der Jugendlichen aus den westlichen Ländern eine verringerte Zuwanderung nach Deutschland fordern, sind es in den östlichen Ländern (inklusive Berlin) 49%. Zugleich ist allerdings auch die Angst vor Krieg und Terror angestiegen. 2010 äußerten 44% Angst vor Krieg in Europa, die Zahl ist 2015 sprunghaft auf 62% angestiegen, was u. a. mit dem Konflikt in der Ukraine zusammenhängt, der stark im Bewusstsein der Jugendlichen präsent ist. Drei Viertel der Jugendlichen haben Angst vor Terroranschlägen.

Bildung und Familie haben nach wie vor einen hohen Stellenwert bei den Jugendlichen. Aktuell erwarten fast drei Viertel der Jugendlichen ihre Berufswünsche verwirklichen zu können - ein gutes Viertel allerdings auch nicht. Die Familie hat nach wie vor einen hohen Stellenwert bei den Jugendlichen. Mehr als 90% der Jungen und Mädchen geben an, ein gutes Verhältnis zu ihren Eltern zu haben. Fast drei Viertel würden ihre Kinder ungefähr oder genauso erziehen, wie sie selbst erzogen werden. Dieser Wert hat seit 2002 stetig zugenommen. Freundschaft, Partnerschaft und Familie stehen sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen an erster Stelle. 89% finden es besonders wichtig, gute Freunde zu haben, 85% einen Partner zu haben, dem sie vertrauen, und 72% ein gutes Familienleben zu führen. Materielle Dinge, wie Macht oder ein hoher Lebensstandard, verlieren eher an Bedeutung. 82% der Jugendlichen finden den Wert „die Viel-

falt der Menschen anerkennen und respektieren“ wichtig.

Bei der Befragung der Jugendlichen zeigen sich eine positive Grundhaltung und viel Optimismus. 61% der Befragten blicken optimistisch in die persönliche Zukunft, das sind noch einmal mehr als in den Jahren 2010 und 2006 und erstmals seit 1990 beurteilt eine Mehrheit der Jugendlichen (52%) auch die gesellschaftliche Zukunft als optimistisch.

In Anbetracht vieler positiver Ergebnisse der Shell-Studie darf man allerdings auch nicht übersehen, dass sich ca. 15% der Jugendlichen als abgehängt erleben. Es zeigt sich, dass diejenigen, die nicht am allgemeinen Wohlstand teilhaben können, einen ganz anderen Blick auf sich und ihre Entwicklungsmöglichkeiten haben. Kommen die jungen Menschen aus einfachen Verhältnissen mit niedrigem Einkommen und einfacher formaler Bildung, dann glaubt von diesen Jugendlichen nicht einmal die Hälfte, dass sich ihre Berufswünsche erfüllen werden. Selbst in einer konjunkturell stabilen Situation befürchten noch 48% der Jugendlichen keinen Ausbildungsplatz zu bekommen oder den Arbeitsplatz zu verlieren. Und drei Prozent sehen ihre Zukunft als "düster". So können die Jugendlichen, die sowieso schon abgehängt sind, von der allgemeinen steigenden Zuversicht, vor allem jener, denen es aufgrund von Herkunft besonders gut geht, nicht profitieren.

Kaum verwundern kann, dass sich junge Menschen lieber in absehbaren Projekten und Initiativen politisch engagieren, als in etablierten Großorganisationen. Schließlich wird ihnen im beruflichen Kontext auch nur noch im Ausnahmefall mehr als eine befristete Anstellung angeboten. So äußern sich Jugendliche aus benachteiligten Lebenssituationen auch unzufriedener mit der erlebten Demokratie als andere aus der Alterskohorte.

Kaum erstaunt dann, dass viele Jugendliche mit Migrationsgeschichte von Benachteiligungen aufgrund ihrer Nationalität oder Herkunft bzw. aufgrund ihres Äußeren berichten.

Als besorgniserregend kann dabei gesehen werden, dass sich die Chancenverteilung bereits sehr früh im Leben manifestiert. So bleibt es z.B. gesellschaftliche Aufgabe, die Schulabbrecherquote weiter zu senken. Und es verwundert nicht, dass auch diese Jugendstudie ein weiteres Mal bestätigt, dass die soziale Herkunft in Deutschland weiterhin von zentraler Bedeutung für Schulerfolg und Aufstiegsmöglichkeiten ist. So sehen insbesondere die benachteiligten Jugendlichen kaum eine Chance für einen möglichen sozialen Aufstieg durch Bildung für sich. "Diese Jugendlichen lassen sich von dem in anderen sozialen Schichten größer werdenden Optimismus hinsichtlich der eigenen Lebensmöglichkeiten kaum anstecken", so die Autoren.

In der Unterstützung und Begleitung dieser jungen Menschen sollte die Gesellschaft und die Politik eine zentrale Aufgabe sehen.

Weitere Hinweise und Links unter:

<http://www.shell.de/aboutshell/our-commitment/shell-youth-study-2015.html>

Waltraud Deubert

## Fehlzeiten-Report 2015

(wd). Der Fehlzeiten-Report, der vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) und der Universität Bielefeld herausgegeben wird, liefert jedes Jahr umfassende Daten und Analysen zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Die Entwicklung in den einzelnen Wirtschaftszweigen wird detailliert beleuchtet. Aktuelle Befunde und Bewertungen zu den Gründen und Mustern von Fehlzeiten in Betrieben werden vorgestellt.

Der Ratgeber für alle, die Verantwortung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Unternehmen tragen, umfasst:

- Aktuelle Statistiken zum Krankenstand der Arbeitnehmer in allen Branchen
- Die wichtigsten Krankheitsarten, die für Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sind
- Anzahl und Ausmaß der Arbeitsunfälle

- Vergleichende Analysen nach Bundesländern, Betriebsgrößen und Berufsgruppen
- Verteilung der Fehlzeiten nach Monaten und Wochentagen
- Anschauliche Darstellungen der Daten durch zahlreiche Abbildungen und Tabellen

Außerdem wird in einer Reihe von Einzelbeiträgen verschiedener Autoren aus Wissenschaft und Praxis ein aktuelles Schwerpunktthema behandelt. Erstmals ging es in diesem Jahr um die Gesundheit der rund 1,4 Millionen Auszubildenden in Deutschland. Ergebnis: Schon die jungen MitarbeiterInnen klagen über die gleichen Probleme wie ihre älteren KollegInnen.

### Azubis leben häufig ungesund

*Viele Auszubildende spielen mit ihrer Gesundheit, berichtet die AOK in ihrem Fehlzeiten-Report - und verweist auf Ergebnisse ihrer Befragung.*

Bewegungsmangel, schlechte Ernährung, wenig Schlaf: Der AOK-Fehlzeitenreport 2015 offenbart, wie gesundheitlich angeschlagen schon Auszubildende sind. Ein Drittel der Auszubildenden vermeldet häufig auftretende körperliche und psychische Beschwerden. Jede/r Fünfte gibt zu, dass sie/ihn zu wenig Bewegung, schlechte Ernährung, wenig Schlaf, Suchtmittelkonsum und/oder die Dauernutzung digitaler Medien körperlich belasten. Helmut Schröder, Mitherausgeber der Studie, warnt: „*Betriebliche Gesundheitsförderung auch für diese Zielgruppe stellt einen Wettbewerbsfaktor für die Unternehmen dar. Mittelfristig werden in vielen Branchen und Regionen gesunde Auszubildende händeringend gebraucht.*“

### Kopf- und Rückenschmerzen verbreitet

Auffällig ist, dass schon die jungen Auszubildenden gut darin sind, sich ihre Gesundheit schön zu reden, obgleich sie es eigentlich besser wissen. 84% der insgesamt 1300 befragten Azubis schätzten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Zugleich berichteten aber mehr als die



Hälfte (57%) über häufige körperliche Beschwerden und 46% auch über psychische Beschwerden.

So klagte jede/r vierte Auszubildende über häufige Kopfschmerzen (26%), 21% leiden häufig an Rückenschmerzen. Bei häufig auftretenden psychischen Beschwerden wurden vor allem Erschöpfung (36%), Lustlosigkeit (15%), und Schlafstörungen (10%) genannt.

Bei beinahe jedem zehnten Befragten treten gesundheitliche Beschwerden und gesundheitsgefährdendes Verhalten gleichzeitig auf.

Das alles liegt aber nicht nur am subjektiv hohen Druck einer Ausbildung. Zu einem großen Teil passen die Auszubildenden wider besseres Wissen nicht gut auf sich auf. So beschreibt sich ein Viertel der Befragten als Bewegungsmuffel. 27% verzichten auf ein regelmäßiges Frühstück, 16% streichen das tägliche Mittagessen. Dafür schlagen 17% der Azubis in hohem Maße bei Fast Food – vor allem Männer - und Süßigkeiten – vor allem Frauen - zu.

Problematischer erscheint den Fachleuten der Krankenkasse aber das Thema Schlafmangel. Ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen schleppen sich mit weniger als sieben Stunden Schlaf pro Nacht zur Arbeit, entschieden zu wenig in diesem Alter. Darüber hinaus raucht mehr als jede/r dritte Auszubildende und fast jede/r Fünfte zeigt einen riskanten Alkoholkonsum. Das rächt sich.

Je ungesünder die jungen Leute leben, desto unzufriedener äußern sie sich über die Situation im Job und ihre Entwicklungschancen dort. Während ein Fünftel der risikobehafteten Auszubildenden beklagt, dass sich ihr Vorgesetzter nicht ausreichend Zeit für sie nähme, sind es bei den gesunden Auszubildenden weniger als die Hälfte.

Wozu sich der AOK Report nicht äußert: Was ist das Huhn, was das Ei? Macht eine womöglich zu anspruchsvolle Ausbildung die Lehrlinge krank oder sind die gesunden jungen Leute einfach viel widerstandsfähiger?

Allerdings sollte dieser korrelative Zusammenhang nicht überinterpretiert werden. Es bleibt die Frage offen, in welcher Form der Zusammenhang zwischen ungesunden Verhaltensweisen und der Unzufriedenheit/Perspektivenlosigkeit ist. Möglich wäre sowohl, dass ungesund lebende Auszubildende sich eher perspektivenlos bzw. unzufrieden fühlen, als auch dass unzufriedene Auszubildende eher ungesund leben. Außerdem kann der Einfluss von möglichen Drittvariablen ebenfalls nicht ausgeschlossen werden.

Ausbildungsbetriebe, so der Rat der AOK, sollten mehr Wert auf die Gesundheitsprophylaxe auch ihrer Auszubildenden legen. Fast zwei Drittel von ihnen würden speziell auf sie zugeschnittene betriebliche Angebote bevorzugen.

#### **Krankenstand der Lehrlinge in Berlin am höchsten**

Der Krankenstand der Auszubildenden ist laut Studie in Berlin am höchsten mit 6,3%, Brandenburg mit 5,1% und Hessen mit 4,8%. Am niedrigsten ist er in Baden-Württemberg mit 4,1%, Bremen mit 3,9 und Bayern mit 3,4%.

#### **Fehltage in einzelnen Berufssparten**

Unabhängig vom Alter weist das Wissenschaftliche Institut der AOK auch jährliche Statistiken nach Berufsarten aus. Auffällig dabei ist: Die meisten Fehltage – nämlich rund 30 pro Jahr - gibt es bei Ver- und Entsongern (wie z.B. Müllwerken), in der Metallverarbeitung und im Transportgewerbe. In all diesen Bereichen kommt es auch überdurchschnittlich oft zu Arbeitsunfällen, daher die hohe Zahl der Fehltage. Eine mögliche Erklärung für die vielen Fehltage wäre, dass es in all diesen Bereichen auch überdurchschnittlich häufig zu Arbeitsunfällen kommt.

Ebenfalls auffällig: Auch Altenpflege- rInnen und Callcenter-MitarbeiterInnen gehören aufgrund ihrer Arbeitsbelastung in die Gruppe stark gefährdeter MitarbeiterInnen. In den dienstleistungsorientierten Berufen

gelten psychische Erkrankungen als das größte Übel.

Aber auch über alle Berufsgruppen hinweg werden seelische Erkrankungen zu einer immer größeren Gefahr für die Gesundheit. Im Vergleich zum Vorjahr 2013 haben sie 2014 um fast zehn Prozent zugenommen.

Mit 25 Tagen Ausfall pro Erkranktem war die Fehlzeit im Betrieb mehr als doppelt so lang wie eine durchschnittliche Erkrankung der AOK-Versicherten, nämlich rund zwölf Tage. Der Durchschnitt sämtlicher Fehltagel über das Jahr und über alle Berufe liegt bei 19 Tagen.

Gewinner der AOK-Statistik scheinen die HochschullehrerInnen, ÄrztInnen und SoftwareentwicklerInnen zu sein: Sie fehlen im Schnitt nur vier Tage pro Jahr am Arbeitsplatz.

⇒ Der Fehlzeiten-Report 2015 ist erschienen im Springer Verlag, ISBN 978-3-662-47263-7

## **Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV**

(ja). Vom 30. März bis 5. Mai 2015 hat die Forschergruppe Wahlen Telefonfeld GmbH im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit insgesamt 6.089 zufällig ausgewählten Bürgern und Bürgerinnen eine telefonische Befragung durchgeführt.

PsychotherapeutInnen wurden im Ergebnisbericht der Gruppe der Fachärzte zugeordnet. Es zeigte sich, dass 86% der Befragten im letzten Jahr mindestens einmal einen Arzt aufgesucht haben. Davon waren 39% beim Hausarzt, 15% beim Facharzt und 46% sowohl beim Haus-, als auch beim Facharzt. Als Gründe für den Gang zum Arzt wurden von 50% der Befragten aktuelle Probleme genannt, von 22% chronische Krankheiten, von 22% Vorsorge oder Impfung und 5% gaben sonstige Gründe an. Bei den chronischen Erkrankungen dominierten die Herz-/Kreislaufkrankungen (31%), danach kamen Rücken-, Gelenk- und Knochenkrankungen (22%) und Erkrankungen der Atemwege/Asthma (12%). In 3% der

Fälle handelte es sich um psychische Erkrankungen.

Die Befragten berichteten insgesamt über relativ kurze Wartezeiten bis zu einem Termin. Die allgemeine Wartezeit lag bei den meisten Befragten unter einem Tag (47%), in 37% der Fälle dauerte sie länger als drei Tage (davon warteten 12% länger als 3 Wochen). Bei der Gruppe der Fachärzte lag die Wartezeit allerdings meistens über 3 Tage (62%). Bei den einzelnen Facharztgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede: Während die PatientInnen von HNO-Ärzten (47% über drei Tage) oder Chirurgen (51% über drei Tage) über relativ kurze Wartezeiten berichteten, berichteten die Befragten über lange Wartezeiten bei Frauenärzten (74% über drei Tage) und Hautärzten (71% über drei Tage). Zu den PsychotherapeutInnen werden hier leider keine Befragungsergebnisse berichtet. In Bezug auf die relativ langen Wartezeiten bis zum Therapiebeginn, wäre ein Vergleich mit den PsychotherapeutInnen an dieser Stelle sehr interessant gewesen.

Die meisten der Befragten schätzten ihren Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen als sehr gut oder gut ein (34% sehr gut und 46% gut). Von 20% der Befragten wurde der Gesundheitszustand als schlecht eingestuft. Die meisten Befragten gaben an, dass sie viel oder sehr viel für ihre Gesundheit tun (66%). 33% tun für ihre Gesundheit wenig bis fast nichts.

Zusätzlich wurden die Probanden nach der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung befragt. 76% der Befragten gaben an, dass es genug Hausärzte in Wohnortnähe geben würde, während 20% diese Frage mit „nein“ beantworteten. Davon hatten 26% der Befragten Probleme damit, einen Hausarzt zu finden. In Bezug auf die Fachärzte beantworteten 55% diese Frage mit „ja“ und 40% mit „nein“. Davon berichteten 43% von Schwierigkeiten bei der Facharzt-suche.

Weitere Informationen finden Sie hier:

[http://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung\\_2015\\_Berichtband\\_Bund.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Berichtband_Bund.pdf)

## Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen

### **Bundesregierung verpflichtet Zulassungsausschüsse, Ermächtigungen zu erteilen**

**DGVT und DGVT-BV begrüßen, dass die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen verbessert wird**

Mit der am 15.10.2015 verabschiedeten Reform des Asylrechts geht eine Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen einher. Für traumatisierte Flüchtlinge sollen zukünftig mehr PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen verfügbar sein. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sind künftig verpflichtet, befristet und speziell für die Behandlung von Flüchtlingen, die Folter, Vergewaltigung oder schwere psychische, physische oder sexuelle Gewalt erlitten haben, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen zu ermächtigen. Auch Einrichtungen, die von Psychotherapeuten oder Ärzten geleitet werden, können eine solche Ermächtigung erhalten. Dazu hat die Bundesregierung die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geändert.

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen konnten schon bisher befristet zusätzliche Psychotherapeuten und Ärzte ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Die Zulassungsausschüsse, in denen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen über solche befristeten Ermächtigungen entscheiden, sprachen bis dato jedoch solche speziellen Ermächtigungen nicht aus. Nun stellte der Gesetzgeber klar, dass zukünftig für traumatisierte Flüchtlinge mehr Psychotherapeuten und Ärzte zuzulassen sind.

Eine Ermächtigung muss beim zuständigen Zulassungsausschuss beantragt werden. Sie ist in der Regel auf zwei Jahre befristet.

Wer eine solche Ermächtigung erhält, ist berechtigt, vertragspsychotherapeutische oder -psychiatrische Leistungen für Flüchtlinge zu erbringen und diese auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Zulassung ist dann auf die Behandlung dieses Personenkreises beschränkt.

Die neue Regelung greift jedoch erst, wenn ein Flüchtling nach 15 Monaten Aufenthaltsdauer wie ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt wird. Bis dahin gelten die weiterhin eingeschränkten medizinischen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Die DGVT fordert langfristig, diese Einschränkungen grundsätzlich aufzuheben. Insbesondere für traumatisierte Flüchtlinge sollten psychotherapeutische Leistungen genügend früh und in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden. Außerdem müssten für eine Psychotherapie mit fremdsprachigen Flüchtlingen auch Dolmetscher finanziert werden.

*Vorstand DGVT und DGVT-BV*

⇒ *siehe hierzu auch Stellungnahme der DGVT vom 28.9.15 „Solidarität und Integration neu denken“ unter <http://www.dgvt.de/aktuell/>*

### **Hinweise zur Abrechnung der Behandlung von Flüchtlingen**

Nachfolgend möchten wir unseren Mitgliedern einen Überblick über die aktuell gültigen Abrechnungsmodalitäten für die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen geben.

Vorweg ist zu klären, welchen Aufenthaltsrechtlichen Status der Patient hat, um dann zu entscheiden, an welchen Kostenträger der Antrag zu richten ist.

Empfehlenswert ist es in jedem Fall, vor Beginn der Therapie, d.h. vor den ersten probatorischen Sitzungen, mit dem Kostenträger (Sozialamt, Krankenkasse) Kontakt aufzunehmen, um den versicherungsrechtlichen Status definitiv zu klären. Es ist nach der Erfahrung unserer Mitglieder hilfreich, in einem ersten Schritt einen telefonischen Kontakt mit der Sozialhilfeverwaltung herzustellen (falls diese der Kostenträger ist).

Zu den einzelnen statusrechtlichen Besonderheiten:

- Bei der Behandlung von Flüchtlingen, die sich bereits seit 15 Monaten im Bundesgebiet aufhalten und die einen Asylantrag gestellt haben, kann ganz regulär über die eGK abgerechnet werden (PTV-Formulare, Abrechnung nach EBM, wie üblich). Die 15-Monate-Regelung ist seit März 2015 in Kraft. Zuvor musste 3 Jahre gewartet werden, bis GKV-Leistungen im üblichen Umfang möglich waren.
- Etwas komplexer in der Antragstellung ist die Situation bei PatientInnen, die kürzer als 15 Monate im Bundesgebiet sind und die eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz besitzen. Diese PatientInnen werden über die Sozialverwaltung versorgt. Grundlage für die Behandlung gem. § 4 AsylbLG ist ein von der jeweiligen Sozialhilfeverwaltung ("Sozialamt") ausgestellter, gültiger Behandlungsschein, der über die Ämter anzufordern ist (telefonischer Kontakt sinnvoll). Dieser Behandlungsschein muss folgende Daten enthalten:
  - Name, Vorname
  - Geburtsdatum
  - Anschrift
  - fünfstellige Kassennummer der Sozialhilfeverwaltung

Über diesen Behandlungsschein können alle Leistungen nach EBM abgerechnet werden.

Eine Einschränkung der Leistungspflicht besteht wegen § 4 AsylbLG: Leistungsberichtigte nach dem AsylbLG haben nur einen eingeschränkten Anspruch auf medizini-

sche/psychotherapeutische Versorgung (nur bei "akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen").

Es muss also eine Dringlichkeit der Behandlung angezeigt werden. Hierfür empfiehlt sich (analog zur Vorgehensweise bei der Antragstellung in der Kostenerstattung) von einem Arzt oder Psychiater eine sog. Dringlichkeitsbescheinigung einzuholen. Dies ist sicherlich aufwändig, auch für den Patienten, der hier ggf. Unterstützung benötigt.

Es gibt dann noch eine Möglichkeit, dass gem. § 6 AsylbLG auch sonstige, über die o.g. Sachverhalte hinausgehende Leistungen im Einzelfall gewährt werden können, wenn diese "zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind". Hierfür ist in jedem Fall die vorherige Genehmigung durch die zuständige Behörde einzuholen.

Möglicherweise erhalten Sie auch Anfragen von Erstaufnahmeeinrichtungen. Hier hat das Gesundheitsamt die Aufgabe, die Versorgung zu gewährleisten. Psychotherapie kann hier auf der Grundlage einer individuellen vertraglichen Direktvereinbarung zwischen Gesundheitsamt und Leistungserbringer erbracht werden.

Unbegleitete Kinder und Jugendliche werden über die Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger (Jugendamt) versorgt. Hier ist ein Behandlungsschein notwendig oder es kann die eGK genutzt werden, je nach regionaler Situation.

### **Dolmetscherkosten**

Für Psychotherapie ist die Frage der Sprachkenntnisse von besonderer Bedeutung. Wenn keine ausreichende Verständigungsmöglichkeit mit dem Patienten besteht, kann ein Dolmetscher beim zuständigen Sozialhilfeträger angefordert werden. Dieser Antrag ist formlos zu stellen (es gibt hierzu noch kein

förmliches Antragsverfahren). Die Kosten hierfür sind vom Sozialhilfeträger zu übernehmen. Bei einem Leistungsbezug durch das Jobcenter kann ein Antrag auf Mehrbedarf gestellt werden.

Folgende gesetzliche Regelungen können für die Antragstellung auf Dolmetscherleistungen angeführt werden<sup>1</sup>:

- Dolmetscherleistungen nach § 73 SGB XII
- Dolmetscherkosten nach §§ 53 ff. SGB XII
- Dolmetscherkosten nach § 21 SGB II (Bei einem Leistungsbezug durch das Jobcenter können die Dolmetscherkosten im Einzelfall auf Antrag nach § 21 SGB II als Mehrbedarf übernommen werden).

Es muss im Einzelfall geprüft werden, welche der Rechtsgrundlagen im spezifischen Fall Anwendung findet.

*Kerstin Burgdorf*

---

<sup>1</sup> Hinweise zur Übernahmemöglichkeit von Dolmetscherkosten, vgl. „BPTK-Information für Psychotherapeuten in Privatpraxen und in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“, Stand Oktober 2015, [www.bptk.de/Aktuell](http://www.bptk.de/Aktuell).

## Berichte aus den Landesgruppen

### Berlin

#### Berliner News



Nach zehn Jahren Kammer- und Vorstandsarbeit ist Herr Prof. Dr. Armin Kuhr zurückgetreten. Wir möchten uns für den jahrelangen Einsatz in der Berliner Psychotherapeutenkammer und der

DGVT-Liste bedanken.<sup>2</sup> Am 12. Oktober 2015 moderierte er letztmalig den Landespsychotherapeutentag LPT. Alfred Luttermann ist nun neues Vorstandsmitglied in der Psychotherapeutenkammer (PTK) Berlin. Wir wünschen ihm viel Erfolg!

Am 7. September 2015 fand erstmalig ein DGVT-Stammtisch in Berlin statt. Ein Impulsreferat zur Sicherheit von Daten in der Praxis eröffnete die Diskussion mit ca. 30 TeilnehmerInnen zu aktuellen berufspolitischen Themen. Ein Folgetreffen ist am 7. Dezember 2015 geplant.

Am Vorabend des 10. LPT in Berlin fand am 11. September 2015 die Mitgliederversammlung (MV) der Kammer statt. Unter dem Motto "Kostenerstattung - eine Lösung für die psychotherapeutischen Versorgungsprobleme in Berlin?" konnten sich rund 300 TeilnehmerInnen über die Ergebnisse der Befragung zur Kostenerstattung informieren. Diese Studie wurde in Berlin und Baden-Württemberg initiiert. Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPTK und Michael Krenz (Präsident der PTK Berlin) diskutierten mit den TeilnehmerInnen über den aktu-

ellen Stand und die Möglichkeiten in der Kostenerstattung.

Der 10. LPT am 12. September 2015 mit dem Titel "Psychotherapie morgen: Versorgung im Spannungsfeld gesundheitspolitischer Veränderungen" war mit ca. 400 TeilnehmerInnen gut besucht. Impulsreferate und Workshops beschäftigten sich mit der Frage, wie Psychotherapie zukünftig im Gesundheitssystem gestaltet werden kann.

*Alexandra Rohe und Beate Lämmel  
Delegierte der Psychotherapeutenkammer  
Berlin*

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

### Hamburg

Im zweiten Anlauf hat es endlich geklappt und die Wahl zur Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg ist hürdenfrei vollzogen worden.

DGVT/DGVT-BV haben sich in dieser Wahl, wie in der vergangenen Wahlperiode auch, in dem Bündnis „ALLIANZ psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände in Hamburg“ ([www.psychotherapie-allianz.de](http://www.psychotherapie-allianz.de)) aufgestellt.

Das offizielle Wahlergebnis sieht wie folgt aus:

#### Wahlkörper KJP

- Liste 1 (ALLIANZ-KJP-NETZ): 1 Sitz
- Liste 2 (Hamburger Bündnis KJP): 4 Sitze

#### Wahlkörper PP

- Liste 1 (ALLIANZ): 13 Sitze
- Liste 2 (Psychodynamische Liste): 5 Sitze
- Liste 3 (PROjekt Psychotherapie): 3 Sitze

Weitere Informationen zur Kammerwahl finden sich unter:

<sup>2</sup> In der VPP 1/2016 wird ein ausführliches Interview von Steffen Fliegel mit Armin Kuhr erscheinen!

[http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/kammerwahl\\_2015/index.html](http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/kammerwahl_2015/index.html)

Die gewählten Delegierten wurden gemäß §13 der Wahlordnung schriftlich informiert und um Annahme des Amtes gebeten.

Von uns (DGVT/DGVT-BV) sind das:

- Thomas Bonnekamp,
- Mike Mösko,
- Daniel Bergmann,
- Martin Richter,
- Sarah Dwinger,
- Sebastian Kohlmann.

Die konstituierende Delegiertenversammlung (DV) ist für den 18. November 2015 vorgesehen.

Erfreulich ist aus DGVT/DGVT-BV-Sicht, dass wir als ALLIANZ gegenüber der letzten Wahl zwei zusätzlich Sitze gewonnen haben und nunmehr mit sechs statt wie zuletzt mit fünf DGVTlerInnen in der DV die Kammerpolitik aktiv mitgestalten werden.

Außerdem fand eine wunderbare Veranstaltung statt, die Daniel Bergmann durchgeführt und hier beschrieben hat:

Am 11. September 2015 boten DGVT/DGVT-BV in Hamburg zusammen mit der ALLIANZ-Liste in zeitlicher Nähe zu den Hamburger Kammerwahlen die Veranstaltung „Approbation – was nun?“ an. Die Veranstaltung wurde mit ca. 30 TeilnehmerInnen gut angenommen. Insbesondere nahmen Neuapprobierte und PiAs teil, die sich kurz vor oder nach den Prüfungen befanden, um einen Überblick zu bekommen, welche Möglichkeiten der Niederlassung oder Anstellung es insbesondere im Hamburger Großraum als Psychologischer Psychotherapeut (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) gibt. Auf dem Hintergrund mittlerweile häufiger gesetzlicher Änderungen (Versorgungsstrukturgesetz 2012 und Versorgungsstärkungsgesetz 2015) steigt die Frequenz, mit der „Versorgungswillige“ ihr berufsrechtliches Wissen „updaten“ müssen. Dabei kamen v.a. Fragen rund um die Möglichkeit, einen Versorgungsauftrag in einem nominell übersorgten Gebiet zu übernehmen auf (z.B. Jobsharing oder Anstellung). Einige TeilnehmerInnen beschäftigte v.a., dass PP/KJP in Ham-

burg zunehmend im Angestelltenverhältnis tätig sind, was oft intransparente oder ungünstige Vertragsverhältnisse mit sich bringt, aber gleichzeitig die Risiken der Selbstständigkeit oft vollständig beim Angestellten belässt, allerdings bei deutlich geringerem Verdienst. Deutlich wurde dabei, dass es offenbar gerade in Ballungszentren eine Tendenz gibt, - auch jenseits steigender Anzahlen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) - mit ambulanter Psychotherapie hauptsächlich Gewinne zu erzielen, ohne dass vorgesehen wird, dass das Angestelltenverhältnis zu einem späteren Verzicht mit Abgabe seitens des bisherigen Inhabers führt. Als schwierig wurden zudem die voneinander abweichenden Zulassungsausschussvereinbarungen empfunden, die in Hamburg mit zwei angrenzenden Bundesländern stark variieren. Klar wurde aber auch die Tendenz Neuapprobierter „erst einmal“ in einem Krankenhaus als Angestellter zu arbeiten. Hier interessierten sich TeilnehmerInnen v.a. für die aktuelle Entlohnungssituation, die nach wie vor trotz Approbation deutlich variiert: Vereinzelt werden adaptierte Marburger-Bund-Tarife angeboten, aber auch Entgeltgruppen 14 oder 13, teils weniger für PP, noch weniger für KJP, je nach Grundausbildung.

Interessanterweise nahm an der Veranstaltung auf Versorgerseite ein Krankenkassenvertreter teil, mit dem ein konstruktiver Austausch zwischen Finanzierern ambulanter Psychotherapie und Versorgern (die psychotherapeutisch tätigen TeilnehmerInnen) entstand. Insbesondere das Thema der Versorgung im Kostenerstattungsverfahren (die einige Krankenkassen ja gezielt ablehnen) sorgte hier für Zündstoff. Als wichtigster Hinweis ist diesbezüglich vielleicht zu erwähnen, dass die Krankenkassen für Erstattungstherapien offenbar keine Zuschüsse aus den Gesundheitsfonds bekommen und daher die Kostenübernahme sehr kritisch prüfen.

Anschließend konnte die Zeit (dem Wahlergebnis zufolge offenbar äußerst sinnvoll) genutzt werden, um das Wahlprogramm der ALLIANZ vorzustellen und den offenen Austausch mit einigen KandidatIn-

nen, unter denen sich 4 DGVT-Neuapprobierte befanden, zu ermöglichen. Hierbei interessierten sich TeilnehmerInnen v.a. für die Partizipationsmöglichkeiten innerhalb der Psychotherapeutenkammer. Zudem kam die Frage auf, inwiefern Kammern berufspolitische Interessen voranbringen könnten in Abgrenzung zu Berufsverbänden.

Danke, Daniel!

Last but not least fand am 24. August 2015 mal wieder das DGVT-Familientreffen statt. In kleiner Runde haben wir aktuelle versorgungsrelevante Anliegen besprochen.

Das nächste „DGVT-Familientreffen“ findet am Montag, den 23. November, von 19.00 bis 21.00 Uhr wieder im DGVT-Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10 in Haus 4, Raum Tübingen statt. Alle DGVT-Mitglieder und Interessierte sind hierzu herzlich eingeladen.

Schließlich möchten wir auf die *Mailingliste* hamburg-netz@dgvt-bv.de hinweisen. Hier haben Interessierte von DGVT/DGVT-BV in und um Hamburg die Möglichkeit, sich unmittelbar auszutauschen. Um die Mailingliste nutzen zu können, meldet euch bitte per E-Mail an unter: info@dgvt-bv.de.

Mit besten Grüßen

*Mike Mösko, Thomas Bonnekamp, Bernd Kielmann*

*Landessprecher Hamburg*

*Kontakt:*

*hamburg@dgvt.de*

*hamburg@dgvt-bv.de*

## **Hessen**

### **Delegiertenversammlung der hessischen Psychotherapeutenkammer am 9. und 10. Oktober 2015 in Wiesbaden**

Am 9. und 10. Oktober 2015 tagte im Wiesbadener Hotel Oranien die Delegiertenversammlung der hessischen Psychotherapeutenkammer. DGVT und DGVT-BV sind in diesem Gremium über die hessische Liste

VT-AS (Verhaltenstherapie - Angestellte, Selbstständige, AusbildungsteilnehmerInnen) vertreten.

Zum Thema „Finanzen“, das zunächst diskutiert wurde, hatte unsere Liste einen Antrag eingebracht, der darauf abzielte, feste Regeln zur Höhe der Kammerrücklage zu definieren. Damit verfolgten wir das Ziel, eine Maßzahl zu erhalten, die es ermöglicht, auch über Beitragssenkungen nachzudenken. In diese Maßzahl sollen unter anderem die finanziellen Verpflichtungen der Kammer, aber besonders auch die anstehenden politischen Projekte einfließen. Es kann zum Beispiel noch nicht gesagt werden, wie sich die von den Psychotherapeutenkammern betriebene Reform des Psychotherapeutengesetzes langfristig auf das Budget der Kammern auswirken wird. Unsere Liste VT-AS hat sich aber immer zu einer effizienten Kammer bekannt, die mit den Beiträgen ihrer Mitglieder sorgsam umgehen muss.

Im Hinblick auf die Ausgestaltung der Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie wurde ein vorbereitender Beschluss zur Anerkennung von Kenntnissen, die außerhalb der unmittelbaren Weiterbildung erworben werden, gefasst. Vorausgegangen waren etliche Monate mit Verhandlungen zwischen den Partnern der Vorstandskoalition. Die Liste VT-AS hat sich, ebenso wie die psychodynamischen Listen und die Integrative Liste (BVVP), kompromissbereit gezeigt, um den Kolleginnen und Kollegen, die eine Weiterbildung in Hessen auf den Weg bringen wollen, Planungssicherheit zu geben.

Eine intensive Diskussion entwickelte sich über einen Antrag, der federführend von den psychodynamischen Listen und der Integrativen Liste (BVVP) eingebracht wurde und darauf abzielte, dass künftig die Berufsordnung nur noch mit einer Zweidrittelmehrheit zu ändern gewesen wäre. Gegen diesen Antrag stellten sich u. a. VT-AS, DPTV und die Liste der humanistischen Verfahren. Unser entscheidendes Argument war, dass eine Zweidrittelmehrheit immer ein konservatives Instrument zur Verhinderung von Veränderungen ist. Gerade die



VerhaltenstherapeutInnen haben ein Interesse daran, dass auch Formen der Kommunikation über die digitalen Medien im Zuge einer Psychotherapie mitgenutzt werden können. Bisher wurden die Hürden, die unsere gegenwärtige Berufsordnung im Hinblick auf die Nutzung digitaler Medien aufrichtet, nicht beseitigt. Wir befürchteten, dass mit einer Zweidrittelmehrheit diese Hürden noch schwerer abzubauen wären. Nachdem in der Diskussion klar wurde, dass der Antrag die erforderliche Mehrheit nicht erreichen würde, wurde er von den AntragstellerInnen zurückgenommen (auf eine spätere Delegiertenversammlung vertagt).

Kontrovers diskutierte die Delegiertenversammlung auch zum Thema „Vertraulichkeit innerhalb der Selbsterfahrung“. Bei diesem Thema vertrat unsere Liste VT-AS kontroverse Positionen. Während Karl-Wilhelm Höffler argumentierte, dass die Selbsterfahrung innerhalb der Therapieausbildung nur dann einen Sinn mache, wenn sich die TeilnehmerInnen unter allen Umständen der Verschwiegenheit der SelbsterfahrungsleiterInnen sicher sein könnten, argumentierten die Kolleginnen und Kollegen unserer Liste, die unmittelbar Ausbildungsinstitute leiten, aus einer anderen Perspektive: Es sei notwendig, dass bei besonders auffälligem Verhalten von SelbsterfahrungsleiterInnen die Ausbildungsleitung informiert wird. Mit dieser als ultima ratio begriffenen Weitergabe von Informationen aus der Selbsterfahrung könne sichergestellt werden, dass keine AusbildungsteilnehmerInnen in die Versorgung gelangen würden, die dazu nicht geeignet seien. Dazu kommentierte Karl-Wilhelm Höffler, dass aus seiner Sicht von den Ausbildungsinstituten verlangt werden könne, andere Wege der Datenerhebung zu nutzen, um die Geeignetheit eines Ausbildungsteilnehmers für den Beruf zu prüfen. Bei diesem Thema erfolgte nur eine erste Lesung des vorliegenden Antrags.

Auch ein anderer Passus der Berufsordnung stand zur Diskussion: Sollte die Behandlung von Personen, die in einem Beziehungsverhältnis zu einer/m schon in Behand-

lung befindlichen PatientIn stehen, deutlich kritisch konnotiert werden, wie es u. a. der Ausschuss „Qualitätssicherung“ der Kammer forderte? Unsere Liste VT-AS unterstützte demgegenüber einen Antrag, der an die Eigenverantwortlichkeit der PsychotherapeutInnen appellierte: „Die Übernahme einer zeitlich parallelen oder nachfolgenden Behandlung von Eheleuten, Partnerinnen und Partnern, Familienmitgliedern oder von in engen privaten und beruflichen Beziehungen zu einer Patientin oder einem Patienten stehenden Personen ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen.“ In erster Lesung erhielt diese Formulierung eine deutliche Mehrheit.

Die Delegiertenversammlung verabschiedete zwei Resolutionen, eine zum Thema der Honorarverhandlungen und eine zweite zu dem Thema eines verantwortlichen Umgangs mit Migrationsbewegungen in Europa.

In einer Nachbesprechung zu Delegiertenversammlung wertete unsere Liste VT-AS die behandelten Themen kritisch. Während viel Zeit zum Thema „Berufsordnung“ und zum Thema „Satzung“ verbraucht wurde, blieben für die wirklich wichtigen gesellschaftspolitischen und gesundheitspolitischen Fragen nur wenige Minuten gegen Sitzungsende. Heike Winter und Karl-Wilhelm Höffler, die unsere Liste VT-AS im Vorstand vertreten, werden dort darauf drängen, in künftigen Tagesordnungen der Delegiertenversammlung politische Themen stärker zu gewichten und die „Nabelschau“, das heißt die wiederholte Diskussion des eigenen psychotherapeutischen Selbstverständnisses, etwas zurückzudrängen.

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

### **Hessische psychotherapeutische Berufsverbände nehmen Stellung zum E-Health-Gesetz**

Die Konferenz der hessischen psychotherapeutischen Berufsverbände hat ein Statement zum eHealth-Gesetz verabschiedet, das Karl-Wilhelm Höffler vom DGVT-Berufsverband in Hessen maßgeblich formuliert hatte. Der Beschluss wird hier dokumentiert:

#### **Konferenz der Psychotherapeutischen Berufsverbände in Hessen**

*Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BKJ)*  
*Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)*  
*Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten – Hessen (bvvp Hessen)*  
*Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)*  
*Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)*  
*Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV)*  
*Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)*  
*Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP (VPP im BDP e.V.)*  
*Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP)*

#### **Erklärung zum geplanten E-Health-Gesetz**

*Die Konferenz der hessischen psychotherapeutischen Berufsverbände tagt regelmäßig zur Diskussion von Fach- und politischen Themen der psychotherapeutischen Versorgung in Hessen. Die Verbände vertreten sowohl ärztliche Psychotherapeuten, als auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.*

*In großer Sorge um die Wahrung des Datenschutzes in der psychotherapeutischen Versorgung wendet sich die Konferenz der Psychotherapeutischen Berufsverbände in Hessen mit einem Statement zum E-Health-Gesetz an die hessischen Mitglieder des Deutschen Bundestages.*

*Die Rechte der Patientinnen und Patienten müssen gewahrt bleiben (Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung). Steuerungsmöglichkeiten sollen für die Patientinnen und Patienten eingerichtet und verständlich, transparent und barrierefrei gestaltet werden. Bei der Wahrung ihrer Rechte sollen die Patientinnen und Patienten ausdrücklich die Hilfe von Patientenverbänden in Anspruch nehmen können. Das Patientenrechtegesetz darf nicht durch das E-Health-Gesetz ausgehebelt werden. Die sensiblen Psychotherapiedaten bedürfen eines besonderen Schutzes: Der Zugriff ist durch PIN und Zugriffsschlüssel zu schützen, ein Auskunft-Verweigerungsrecht für Patientinnen/Patienten und PsychotherapeutInnen/Psychotherapeuten muss ausdrücklich formuliert werden. Das gilt insbesondere für die geplante virtuelle Patientenakte.*

*Die Qualität von Psychotherapie wird gefährdet, wenn es auch nur den Anschein hat, dass der sichere Raum in der Psychotherapie durch die Methoden der Datenspeicherung und Datenübermittlung nicht mehr geschützt wäre. Ein „gläserner Patient“ ist mit qualitativ hochwertiger Psychotherapie unvereinbar. Es bedarf zudem klarer Regelungen, wenn unrichtige oder diskriminierende Informationen niedergelegt werden. Ebenfalls ist für Datenpannen oder Datenangriffe ein Verfahren zur transparenten Information der Öffentlichkeit einzuführen.*

*Insbesondere die Berichte zum Antrag auf Kurzzeittherapie/Langzeittherapie an die Gutachterin/den Gutachter müssen weiterhin der besonderen Schweigepflicht unterliegen ebenso die Berichte an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Für beides müssen spezielle EDV-Systeme („abgeschirmte Tunnel“) installiert werden.*

*Die mit dem E-Health-Gesetz verbundenen Kosten (wie z. B. für den Stammdaten-*

abgleich) dürfen nicht zu Lasten der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehen. Haftungsfragen müssen geregelt sein. Es ist bislang nicht eindeutig geklärt, mit welchen rechtlichen Konsequenzen die an die Schweigepflicht gebundenen ärztlichen und psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen im Falle eines von ihnen nicht zu verantwortenden „Datenlecks“ zu rechnen haben. Auch in diesem Punkt besteht ein dringender Aufklärungs- und Rechtsicherheitsbedarf seitens der Behandlerinnen und Behandler.

Wiesbaden, den 20.10.2015

#### **Unterzeichnende Verbände und weitere Ansprechpartner:**

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BKJ), Landesgruppe Hessen, Günter Steigerwald

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten – Hessen (bvvp Hessen), Dr.med. Irina Prokofieva

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) - Landesverband Hessen, Gabriele Peter

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Landesverband Hessen, Dr. med. Ulrike Spengler

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe e.V. (DGVT-BV), Karl-Wilhelm Höffler

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Landesgruppe Hessen (DPtV), Else Döring  
Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP), Maria Spies

## **Niedersachsen**

Wir freuen uns, euch/Sie zu unserer regionalen Mitgliederversammlung 2015 einzuladen.

Sie findet am *Samstag, den 21. November 2015 von 09:45 -16:00 Uhr*

im Stephansstift, Kirchröder Straße 44, 30625 Hannover, statt.

Wir beginnen um 09:45 Uhr mit einem Workshop zum Thema "Soziale Netzwerke und Psychotherapie" von Prof. Dr. Michael Borg-Laufs.

Nach dem Workshop findet unsere regionale Mitgliederversammlung statt. Gemeinsam mit den Mitgliedern möchten wir unsere berufspolitische Arbeit reflektieren und Schwerpunkte aus der Sicht der Mitglieder thematisieren. Wir suchen noch aktive Mitglieder, die sich für diese berufspolitischen Interessen engagieren und Lust haben, sich aktiv in die Vereinsarbeit einzubringen. Im Anschluss an die Diskussion findet die Wahl der LandessprecherInnen statt.

Für das leibliche Wohl ist gesorgt.

Wir freuen uns darauf, euch/Sie zu sehen!

Alexandra Klich, Susanne Ehrhorn,  
André Podziemski, Florian Wasilewski  
LandessprecherInnen Niedersachsen

Kontakt:

[niedersachsen@dgvt.de](mailto:niedersachsen@dgvt.de);

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

## **Rheinland-Pfalz**

Ab sofort gibt es eine *Mailingliste* für die DGVT-Mitglieder in Rheinland-Pfalz ([rlp-netz@dgvt-bv.de](mailto:rlp-netz@dgvt-bv.de)). Über diese Mailingliste sind schnelle Informationen möglich sowie ein Austausch untereinander. Wer daran interessiert ist, kann sich per Mail an [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de) oder per Telefon (07071/9434-10) anmelden. Wir würden uns freuen, wenn diese Mailingliste gut genutzt wird, z.B. auch, um Informationen über interessante Veranstaltungen in Rheinland-Pfalz publik zu machen.

Erstmals haben wir einen *Informationsbrief* der DGVT-Landesgruppe RLP herausgegeben. Der nächste Informationsbrief wird wahrscheinlich Ende November erscheinen. Informationen, die zeitnah erfolgen müssen (z.B. Hinweise auf Veranstaltungen) werden über die Mailingliste versendet.

Die KV in Rheinland-Pfalz hat mehrere *Rahmenverträge* mit verschiedenen Krankenkassen geschlossen (TK, AOK, BKK), die auch uns PsychotherapeutInnen betreffen. Sehr verkürzt ist der Kern der Verträge, dass man zusätzliches Geld für zusätzliche Diagnosen bekommt. Hintergrund der Verträge ist folgender: Ein Mehr an Diagnosen führt dazu, dass die Krankenkassen gesonderte Zuweisungen aus dem Morbi-RSA bekommen (Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich). Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unseren Informationsbriefen 1/2015 und 2/2015.

Am 10.10.2015 fand die letzte *Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer* Rheinland-Pfalz statt. Aufgrund des Inkrafttretens des neuen Heilberufsgesetzes (HeilBG) in Rheinland-Pfalz mussten alle Ordnungen der Kammer überarbeitet und angepasst werden, was im Vorfeld zu erheblicher Arbeit für den Vorstand, die Geschäftsstelle und einige Ausschüsse geführt hatte. Auf der Tagesordnung standen deshalb u.a. folgende Punkte:

- Die veränderte *Hauptsatzung* wurde einstimmig verabschiedet (die Hauptsatzung behandelt Punkte wie die Aufgaben der Kammer, die Pflichten der Mitglieder sowie die Organe der Kammer).
- Die veränderte *Beitragsordnung* wurde mehrheitlich verabschiedet (darin geht es u.a. um die Höhe der Beiträge der Kammermitglieder).
- Die veränderte *Meldeordnung* und die veränderte *Gebührenordnung* wurden mehrheitlich verabschiedet.
- Die *Berufsordnung* wurde verändert bzw. ergänzt (insb. angepasst an die Muster-Berufsordnung) und einstimmig verabschiedet (die BO befasst sich mit Regeln und Formen der Berufsausübung).
- Die veränderte, neu strukturierte und der Muster-WBO angepasste *Weiterbildungsordnung* wurde einstimmig verabschiedet. Damit gibt es in Rheinland-Pfalz jetzt folgende Weiterbildungen, die zum Führen einer Zusatzbezeichnung berechtigen: Neuropsychologische

Psychotherapie, Psychodiabetologie, Spezielle Schmerzpsychotherapie, Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie, Systemische Therapie, GT, VT und PA.

Die PIAs können nun freiwillige Mitglieder werden in RLP und haben dann das aktive und passive Wahlrecht. Wir haben dem PIA-Sprecher Marcel Hünninghaus weiterhin unsere Unterstützung zugesagt.

Ansonsten wurde von unserer Seite noch kritisiert, dass zu wenig Aktivitäten im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Seiten der Kammerangeboten werden. Hier schilderte Heike Jockisch (SOS Kinderdorf Jugendhilfezentrum Kaiserslautern) eindrucksvoll, vor welchen Herausforderungen die Jugendhilfe steht bzgl. der Versorgung und Therapie unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge. Hier ist auch dringend eine bessere Vernetzung innerhalb unserer Profession und mit verschiedenen anderen Berufsgruppen geboten.

Für 2016 sind wieder *DGVT-Treffen* geplant (in Mainz, Trier und Kaiserslautern). Die Termine werden rechtzeitig bekannt gegeben.

*Andrea Benecke und Sabine Maur*  
*Landessprecherinnen Rheinland-Pfalz*

*Kontakt:*

*rheinland-pfalz@dgvt.de*

*rheinland-pfalz @dgvt-bv.de*

## Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

### Reform des Psychotherapeutengesetzes bzw. der Psychotherapeutenausbildung

#### Stellungnahme zum aktuellen Stand der Diskussion

Das Psychotherapeutengesetz von 1998 hat durch die Festlegung zu den Berufsausbildungen zwei neue Berufe geschaffen, die im Gesundheitsbereich, national und international, eine hohe Wertschätzung genießen. Das Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2009<sup>3</sup> hat die hohe strukturelle und fachliche Qualität der Ausbildung, auch aus Sicht der TeilnehmerInnen, eindrucksvoll bestätigt. Die angestrebte Ausbildungsreform muss sich an diesem Maßstab messen lassen.

Die Reform muss sich vorrangig an einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung orientieren, wobei neben der kurativen Versorgung auch Rehabilitation und Prävention und insbesondere die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und der Geronto-Bereich zu berücksichtigen sind.

Struktur und Inhalte der Ausbildung sind vor diesem Hintergrund zu formulieren. Die staatliche Zulassung zur selbständigen und eigenverantwortlichen Heilkunde, sprich: die Approbation, muss das in sie gesetzte Vertrauen rechtfertigen und darf erst nach einer psychotherapeutischen Ausbildung erfolgen, die die entsprechenden Kom-

petenzen in ausreichender Intensität und Fachlichkeit vermittelt.

Nachfolgend sind die Aspekte der Aus- und Weiterbildung aufgeführt, die aus unserer Sicht im Rahmen des Reformprozesses einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

### I. Das Psychotherapiestudium

#### 1.1 Struktur

Um die notwendigen Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation zu gewährleisten, halten wir folgende Punkte für unverzichtbar:

- eine bundeseinheitliche psychotherapeutische *Ausbildung* mit Staatsexamen
  - mit sechsjähriger Dauer
  - in drei Abschnitten [mit Theorie-, Methodik-, Praxisanteilen (vorgegeben in einer bundeseinheitlichen Ausbildungsverordnung mit gesetzlich vorgegebenem Rahmencurriculum)]
  - mit „echtem“ Praktikum analog dem ärztlichen Praktischen Jahr
  - mit fachlich qualifiziertem Lehrpersonal mit psychotherapeutischer Approbation und Fachkunde, insbesondere für Selbsterfahrung, praktische Lehranteile und Supervision
  - mit bundeseinheitlichen schriftlichen und mündlichen (Abschnitts-) Prüfungen (vorgegeben durch eine Prüfungsverordnung und unter Mitwirkung der Landesprüfungsämter)
- Es sollen Quereinstiege aus anderen Studiengängen/-fächern (unter Anrechnung bisher erbrachter passender Ausbildungsbestandteile) möglich sein.
- Um die psychotherapeutische Versorgung und dementsprechend die Besetzung der Weiterbildungsstellen zu gewährleisten, müssen die Studiengänge so ausgelegt sein, dass mindestens 2500 Absolventen pro Jahr zu erwarten sind.

<sup>3</sup> Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/ForschungsgutachtenAusbildungPsychologischePsychotherapeuten.200905.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/ForschungsgutachtenAusbildungPsychologischePsychotherapeuten.200905.pdf) [4.11.2015].

- Da die Neueinrichtung psychotherapeutischer Studiengänge an den Hochschulen insbesondere durch die Einrichtung kleinerer Unterrichtsgruppen und die notwendige Einstellung psychotherapeutisch qualifizierter Lehrkräfte erhebliche Kosten verursachen wird, muss die Finanzierung durch die Länder und Hochschulen *vor* Verabschiedung des reformierten PsychThG geklärt werden.
  - Therapeutische Grundlagen in den wissenschaftlichen psychotherapeutischen Verfahren
  - Mitwirkung an therapeutischen Behandlungen unter Supervision
  - Selbsterfahrung
  - Psychotherapeutische Praxis in Kleingruppen/“Echt-Therapien“ unter Supervision
- Die Umsetzung dieser Inhalte bedarf einer grundsätzlich neuen Studienrichtung und kann nach unserer Auffassung nicht durch eine geringfügige Modifikation des Psychologiestudiums erreicht werden.

## 1.2 Lehrinhalte

Der Studiengang, der die Voraussetzungen für eine eigenständige und selbstständige psychotherapeutische Tätigkeit vermittelt, muss eine breite Palette von sich ergänzenden grundlagenwissenschaftlichen, methodischen und klinischen Inhalten umfassen. Dabei müssen klinischpraktische Ausbildungsinhalte und patientenbezogener Unterricht eine besondere Bedeutung einnehmen. Fachlich müssen die Grundlagen für eine hochwertige und differenzierte Versorgung aller PatientInnengruppen vermittelt werden. Es sind neben den grundlegenden Inhalten gleichberechtigte Anteile altersbezogener Lehrinhalte zu vermitteln, die die psychotherapeutische Behandlung Erwachsener wie auch Kinder und Jugendlicher betreffen. Ein Schwerpunkt ist auch auf die Behandlung älterer und alter Menschen zu legen.

- Inhaltlich geht es um folgende Bausteine:
  - Wissenschaftlich-methodische Grundlagen und psychologische sowie sozialwissenschaftliche Grundlagen
  - medizinische und pharmakologische Grundlagen
  - Vorstellung von Norm/Abweichung
  - Diagnostik
  - klinische Psychologie
  - rechtliche und ethische Rahmenbedingungen
  - Versorgungsstrukturen und die Grundlagen im Gesundheits- und Sozialbereich
- Diese im Anschluss an das Studium zu absolvierende Weiterbildung soll
  - mindestens zu 40 % in stationärer Tätigkeit unter fachpsychotherapeutischer Aufsicht erfolgen
  - auch in Teilzeit absolvierbar sein
- Jährlich sollen mindestens 2.500 Weiterbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden.
- Die angemessene Vergütung der ambulanten Weiterbildungstherapien an zentralen Weiterbildungsambulanzen muss sichergestellt werden.
- Die Finanzierung von Theorie, Selbsterfahrung und Supervision muss gesichert

## II. Weiterbildung

Die zukünftige Weiterbildung zum/zur FachtherapeutIn muss an die hohe Ausbildungsqualität der derzeitigen psychotherapeutischen Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz anknüpfen (vgl. Forschungsgutachten – Strauß et al., 2009). Diese wird insbesondere durch das Konzept der stringenten curricularen Umsetzung in den dafür ausgerichteten Ausbildungsstätten gewährleistet, bei der die verschiedenen Ausbildungsbausteine sachgerecht verzahnt vermittelt werden und sich gegenseitig ergänzen. Die zukünftige Weiterbildung muss also in gleicher Weise koordiniert „aus einer Hand“ erfolgen, die Umsetzung in einem modularen Baukastensystem ist nicht zu rechtfertigen, sie gefährdet die Qualität.

sein. Die im Kontext der Weiterbildung zum/zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn notwendigen weiterreichenden Tätigkeiten, z.B. Angehörigenarbeit, Bezugsgruppenberatung, Kontakt mit Kindergärten, Schulen usw. sind während der Weiterbildung ebenfalls angemessen zu vergüten und brauchen dafür eine gesicherte finanzielle Grundlage.

### III. Evaluation

Das neue Psychotherapiestudium wie auch die neu gestalteten Weiterbildungsgänge sind bundesweit zu evaluieren. Dadurch wird Transparenz geschaffen, Fehlentwicklungen werden frühzeitig erkannt und können zeitnah behoben werden. Zu begrüßen wären vorab, zumindest aber während der Anfangsphase, begleitete Modellstudiengänge und Modellweiterbildungskonzepte. Studien, die den Effekt der reformierten psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung auf die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen untersuchen, müssen zeitnah (als Begleitforschung) vergeben werden.

### IV. Resümee: Die Aus- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen muss eine gute und ausreichende Versorgung garantieren

Insgesamt ist zukünftig noch von einem steigenden Bedarf an Psychotherapie und an der Mitwirkung von PsychotherapeutInnen in den unterschiedlichsten Feldern des Gesundheits- und Sozialsystems auszugehen. Dies verlangt einerseits, dass der entsprechende fachliche Bedarf in der Aus- und Weiterbildung zu berücksichtigen sind, und andererseits, dass genügend Studienplätze und Weiterbildungsstellen zu gewährleisten sind, um diesem Bedarf gerecht zu werden.

Da die Approbation die selbständige und eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit erlaubt, ist es unverzichtbar, dass die Studiengänge so ausgestaltet und ausgestattet sind, dass die notwendigen klinisch-praktischen Kompetenzen zuverlässig erworben werden können. Die entsprechende Ausgestaltung der Studiengänge wird Kosten

in erheblichem Umfang verursachen, und es ist wichtig, dass die erforderlichen Mittel für die Hochschulen/Universitäten zur Verfügung gestellt werden. Auch die Finanzierung der ambulanten Weiterbildungspsychotherapien und der stationären Weiterbildungszeiten muss gewährleistet werden.

Ein besonderes Problem ergibt sich ggf. für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Dadurch, dass es zukünftig mit Abschluss des Studiums nur noch den einheitlichen Beruf des/der PsychotherapeutIn geben soll (wodurch der bisherige eigenständige Beruf - Approbation - des/der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn wegfallen wird), müssen zum einen bereits im Studium alle Altersbereiche theoretisch und praxisorientiert gleichwertig vermittelt werden. Nur so können Studierende einen vergleichbaren Einblick in ihre zukünftigen Arbeitsfelder gewinnen und eine fundierte Entscheidung für ihre spätere Weiterbildung treffen.

Um im Rahmen der anschließenden Weiterbildung eine hinreichende Anzahl der approbierten KollegInnen dazu zu bewegen, dass sie FachpsychotherapeutInnen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden wollen (obwohl z.B. für niedergelassene KollegInnen diese Fachdisziplin wegen der spezifischen Rahmenbedingungen aufwendiger und dadurch weniger lukrativ erscheint), sind zum anderen besondere Anreizsysteme erforderlich. In der ambulanten Bedarfsplanung wäre an eine Quotierung der Plätze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu denken.

Notwendig ist es aber auch, dass im Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung (EBM) insbesondere die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen besser honoriert wird, um die in diesem Bereich häufig erforderlichen Zusatzleistungen angemessen abrechnen zu können.

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

*Tübingen, 04.11.2015*

## **Verbändeveranstaltung am 05.11.2015 – Unverzichtbare Praxisinhalte für die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung<sup>4</sup>**

Nach dem Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentags hat das Bundesministerium für Gesundheit nun die konkrete Arbeit an einer grundlegenden Reform der PsychotherapeutInnenausbildung aufgenommen. Ein erster Diskussionsentwurf einer Approbationsordnung ist noch für dieses Jahr angekündigt. Die Bundespsychotherapeutenkammer leistet fachliche Unterstützung und hat hierfür einen strukturierten Transitionsprozess in die Wege geleitet.

Es dürfen nun also weitreichende Konkretisierungsvorschläge erwartet werden. In dem anstehenden Prozess wird es wichtig sein, die fachlichen Bedingungen an eine Reform, wie sie im Beschluss des 25. DPT umrissen sind, als Prüfsteine für konkrete Vorschläge zu nutzen.

Die ausrichtenden Verbände haben sich auf die Mindestkriterien in nachfolgendem Positionspapier geeinigt.

### **Mindestvoraussetzungen für die Umsetzung der Forderungen des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Psychotherapeutenausbildung**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) klärt derzeit die Möglichkeit der Realisierung einer Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung in Anlehnung an die Strukturen der medizinischen Heilberufe, d.h. die Einführung eines Hochschulstudiums Psychotherapie, mit dessen Abschluss die Approbation als Psychotherapeut beantragt werden kann, sowie die Einführung einer

mehrwöchigen Weiterbildung zur Erlangung einer Fachkunde.

Der Berufsstand zielt mit dieser Reform u.a. auf die Umsetzung der seit Jahren erhobenen Forderungen ab, insbesondere die bundeseinheitliche Regelung des Zugangs zur Psychotherapeutenausbildung und die Schaffung angemessener finanzieller Rahmenbedingungen für die Vergütung der von den Ausbildungs- bzw. WeiterbildungsteilnehmerInnen erbrachten Versorgungsleistungen in allen für die Weiterbildung zugelassenen Verfahren.

Die Umsetzung dieser Reform erfordert zur Sicherung der hohen Qualifikation des psychotherapeutischen Heilberufs folgende Kernpunkte:

1. Ausreichende Praxisanteile im Hochschulstudium der Psychotherapie, einschließlich einer gesicherten Finanzierung der Anleitung durch fachkundige Lehrkräfte.
2. Gesicherte Finanzierung der ambulanten Weiterbildung und der an der Weiterbildung beteiligten Einrichtungen.

Nur so sind jene Versorgungsqualität und der Patientenschutz zu gewährleisten, die in der Bevölkerung von einem akademischen Heilberuf erwartet werden. Für Studium und Weiterbildung werden im Folgenden Mindestvoraussetzungen formuliert, deren Unterschreitung bei der Umsetzung einer solchen Reform gegenüber PatientInnen und dem psychotherapeutischen Nachwuchs unverantwortlich wäre.

### **A Hochwertige und differenzierte Versorgung aller Patientengruppen erfordert ein Studium mit hoher Strukturqualität**

Für die Zulassung zu einem Heilberuf (mit Approbation) ist es unabdingbar, dass der Antragsteller ein Hochschulstudium der Psychotherapie absolviert hat, mit dem er auf seine eigenverantwortlichen und selbständigen psychotherapeutischen Tätigkeiten angemessen vorbereitet wurde. Deshalb muss das Studium so strukturiert sein,

<sup>4</sup> Positionspapier anlässlich der Diskussionsveranstaltung „Reform des PsychThG – Unverzichtbare Praxisinhalte für die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung“ am 5.11.2015 in Berlin



1. dass der Absolvent über *fundierte praktische Kenntnisse und Kompetenzen* verfügt, die er über anteilige Lehre im Kontakt mit Patienten der gesamten Lebensaltersspanne erworben hat;
2. dass die *vier Grundorientierungen der Psychotherapie und die zugehörigen psychotherapeutischen Verfahren* mit konkreten Bezügen zum psychotherapeutischen Arbeitsalltag ebenso vermittelt werden, wie die grundlegenden, vertieften und angewandten Kenntnisse und Kompetenzen aus Psychologie, Medizin, Erziehungswissenschaften, Sozialer Arbeit und weiteren Bereichen der Humanwissenschaften, wobei die Lehre auf praxisrelevante Inhalte fokussiert sein sollte;
3. dass die Studierenden sich in geeigneten und verbindlich anzubietenden *Selbsterfahrungslehreinheiten* (im Umfang von mind. 40 Doppelstunden) ihrer persönlichen Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlungstätigkeit bewusst werden können;
4. Die Unterzeichner dieser Stellungnahme sehen folgende Mindestvoraussetzungen hinsichtlich der *Ausstattung der Hochschulen* für die Umsetzung eines Hochschulstudiums der Psychotherapie, die vollständig erfüllt sein müssen:
  - 4.1 Für die klinisch-praktische Ausbildung muss die Besetzung fester Stellen mit praxiserfahrenen, fachkundigen Psychotherapeuten für alle Altersgruppen erfolgen.
  - 4.2 Ein Hochschulstudium der Psychotherapie muss von Anfang an einen hohen Praxisbezug aufweisen, d.h. mindestens 40 ECTS<sup>5</sup> praxisbezogene Lehre in Lehrinrichtungen mit unmittelbarem Patientenkontakt in geeigneten Lehrformen (z.B. Kleingruppen). Für die Akkreditierung eines Studiengangs sind entsprechende Lehrinrichtungen unter Wahrung der inhaltlichen Grundsätze bezüglich Altersgruppen und Therapieverfahren nachzuweisen.
- 4.3 **Methodische Qualität:** Die Hochschulen müssen Lehrkräfte für Supervision, Anleitung und Begleitung dieser Praxisanteile vorhalten, die die verbindlich festzulegenden Mindestanteile praktischer Lehrinhalte in angemessenen, d.h. in *kleinen Lehreinheiten* sicherstellen. Die Lehrkräfte müssen über die notwendigen psychotherapeutischen Qualifikationen mindestens analog der bisherigen Vorgaben des PsychThG - unter Wahrung der inhaltlichen Grundsätze bezüglich Altersgruppen und Therapieverfahren - verfügen.
- 4.4 **Zugang zum Beruf:** Studienanfänger müssen ihren angestrebten Abschluss zur Erreichung des Berufsziels „Psychotherapeut“ ohne Blockade (Flaschenhals) erreichen können.
- 4.5 Im Dienste der *Versorgungssicherheit* müssen bundesweit Studienplätze für jährlich mindestens 2500 Absolventen garantiert sein. Dies gilt auch für die Gestaltung der Umstellungsphase bestehender Studiengänge auf ein neu einzuführendes Hochschulstudium der Psychotherapie.

## **B Hochwertige und differenzierte Versorgung aller Patientengruppen erfordert eine Weiterbildung aus einer Hand**

Das Herzstück der heutigen qualitativ hochwertigen Psychotherapeutenausbildung bilden die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten mit ihren koordinierenden Strukturen für die Vermittlung theoretischen und praktischen Wissens. Für die sukzessive Entwicklung der praktischen Fertigkeiten und Kompetenzen der zukünftigen Psychotherapeuten wirken in den jetzigen Ausbildungsstätten langjährig berufserfahrene Lehrkräfte, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter mit.

<sup>5</sup> Ein ECTS entspricht 30 Stunden.

Eine zukünftige Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten, die an die jetzige hohe Ausbildungsqualität anknüpfen soll, kann nur unter Wahrung und Nutzung der koordinierenden Strukturen der derzeitigen Ausbildungsstätten umgesetzt werden.

Die Unterzeichner dieser Stellungnahme fordern für die Realisierung einer (Gebiets-) Weiterbildung folgende Mindestvoraussetzungen, die vollständig erfüllt sein müssen:

1. Eine im Sinne der zu wahrenen Qualität und des PatientInnen schutzes zu verantwortende Weiterbildung in psychotherapeutischen Verfahren ist nur mit einer einheitlichen strukturierten Weiterbildungskonzeption vertretbar. Der modulare Erwerb von Weiterbildungsinhalten ist nicht sachgerecht und führt gegenüber der heutigen Psychotherapeutenausbildung zu Qualitätseinbußen. Deshalb müssen bei einer Reform der Psychotherapeutenausbildung rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, bei denen Ausbildungsstätten die Gesamtverantwortung für die psychotherapeutische Weiterbildung haben und den WeiterbildungsteilnehmerInnen eine Weiterbildung „aus einer Hand“ für den ambulanten, teilstationären, stationären und komplementärem Bereich angeboten werden kann.
2. Alle Ausbildungsstätten müssen durch eine ausreichende Finanzierung in die Lage versetzt werden, den in der Weiterbildung befindlichen PsychotherapeutInnen ein angemessenes Gehalt zahlen zu können. Sie müssen darüber hinaus finanziell in die Lage versetzt werden, die für die Weiterbildung notwendige personelle und räumliche Ausstattung vorhalten zu können. Auch für theoretische Weiterbildung, Supervision, Selbsterfahrung etc. sind geeignete Finanzierungsformen gesetzlich zu verankern.
3. Es muss sichergestellt werden, dass in den Versorgungseinrichtungen pro Jahr für mindestens 2250 WeiterbildungsteilnehmerInnen entsprechende Stellen zur Verfügung stehen, deren Finanzierung

gesichert ist; davon sollten mindestens 20% für Ausbildungsplätze im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgesehen sein. Die Auswirkungen auf die Bedarfsplanung und -deckung sind vorab zu prüfen.

**Im Interesse der Versorgungssicherheit und des psychotherapeutischen Nachwuchses appellieren wir an alle Entscheidungsträger in Politik und Berufsstand, die Erfüllung dieser Mindestvoraussetzungen im Vorfeld einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes sicherzustellen.**

*Arbeitsgemeinschaft Ausbildungsinstitute und VPP für Wissenschaftlich begründete Psychotherapieausbildung (AVP)*

*Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)*

*Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)*

*Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e. V. (bkj)*

*Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)*

*Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (VPP)*

*Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e. V. (DFT)*

*Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)*

*Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)*

*Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)*

*Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. (GwG)*

*Systemische Gesellschaft (SG)*

## Berufspolitische Informationen für Angestellte

### Psychiatrie-Entgeltgesetz: PEPP – Zauberformel für gerechte Entgelte in der stationären und teilstationären Psychiatrie und Psycho- somatik oder inakzeptable Ökonomisierung?

2013 wurde durch die damalige Bundesregierung trotz fachlicher Widerstände und massiver Kritik ein neues Entgeltsystem zur Kostenerstattung der klinischen Behandlung und Therapie psychischer Erkrankungen eingeführt. Durch den politischen Druck von Pflegepersonal, ÄrztInnen, Fachverbänden, Psychiatriebetroffenen, der Gewerkschaft Ver.di, Attac Deutschland, dem Paritätischen Gesamtverband und vielen weiteren ist es gelungen, einen Aufschub bei der Umsetzung und einen Dialog über notwendige Veränderungen beim PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik) zu erwirken. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 24. Juli 2014 wurde die Frist, in der Kliniken das PEPP-System freiwillig einführen können (Optionsphase), um zwei Jahre verlängert. Die Einrichtungen können also auch 2015 und 2016 noch frei darüber entscheiden, ob sie bereits das neue oder das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Der GKV-Spitzenverband geht insgesamt von etwa 580 in Frage kommenden Häusern aus, wovon 138 Häuser bereits das neue System erproben, also in etwa 24% (Stand: August 2015).

In der verlängerten Einführungsphase soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) grundsätzlich das neue PEPP-System prüfen. Anfang September hat das Bündnis gegen PEPP, an dem 16 wissenschaftliche Fachgesellschaften und Verbände, u. a. der Paritätische Wohlfahrtsverband, beteiligt

sind, einen Gegenentwurf vorgestellt. Nach Einschätzung des Bündnisses ist PEPP Ausdruck einer „inakzeptablen Ökonomisierung“ des Umgangs mit hilfsbedürftigen Menschen. Mit massiven Verschlechterungen aufgrund von PEPP müssten aber nicht nur die PatientInnen rechnen, sondern auch das behandelnde Personal, so äußerte sich Ver.di. In ihrer Analyse legen die Verbände die negativen Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Versorgungslandschaft dar. Rolf Rosenbrock, 1. Vorsitzender beim Paritätischen, fordert die Bundesregierung daher auf, den Prozess abubrechen, da u.a. die Verzahnung vom ambulanten und stationären Sektor erschwert wird.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat am 14. Oktober 2015 eine Stellungnahme zu dem Gegenentwurf der Verbände veröffentlicht.

Die BPTK benennt in ihrer Stellungnahme Kriterien, an denen sich ein neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik zu orientieren hat:

- **„Verbindliche Personalanforderungen**  
Grundvoraussetzung für eine gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ist eine ausreichende und fachlich angemessene Personalausstattung. Um diese sicherzustellen, benötigt man verbindliche Personalanforderungen, deren Erfüllung und Umsetzung in ein entsprechendes Leistungsangebot überprüft werden. Für Patienten und ihre Angehörigen muss zudem Transparenz über die Personalausstattung und das Leistungsangebot hergestellt werden.
- **Ausreichende Finanzierung**  
Für die Umsetzung der verbindlichen Personalanforderungen in den einzelnen Einrichtungen müssen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Da derzeit von einer Unterfinanzierung der erforderlichen Personalausstattung für Psychiatrie und Psychosomatik auszugehen ist, sind zusätzliche finanzielle

Ressourcen notwendig. Außerdem berücksichtigen die Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), auf deren Grundlage bisher die Budgets der Krankenhäuser verhandelt wurden, nicht den wissenschaftlichen Fortschritt, z. B. im Bereich Psychotherapie und aufsuchende Behandlungen. Dies vergrößert nochmals den zusätzlichen Finanzierungsbedarf.

- **Gleiches Geld für gleiche Leistung**  
Die zur Verfügung gestellten Mittel müssen leistungsgerecht verteilt werden. Für gleiche Behandlungsleistungen, d. h. die Versorgung aufwandsgleicher Patientengruppen, sollten die Einrichtungen gleiche Entgelte erhalten. Die großen Unterschiede in der Höhe der bisherigen Pflegesätze sind weniger medizinisch als mit dem Verhandlungsgeschick der Kliniken, historisch gewachsenen Strukturen und klinikindividuellen Besonderheiten zu begründen. Die Spreizung der Pflegesätze legt nahe, dass die Versorgungsqualität in den Einrichtungen sehr unterschiedlich ist und viele Kliniken derzeit nicht die notwendigen Personalressourcen besitzen, um eine leitlinienorientierte Versorgung zu sichern. Das zukünftige Entgeltsystem sollte jedem Krankenhaus eine leitlinienorientierte Versorgung seiner Patienten ermöglichen und gemäß dem Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ vergüten.
- **Berücksichtigung struktureller Besonderheiten**  
Klinikindividuelle strukturelle Besonderheiten, die sich nicht über ein pauschalierendes Entgeltsystem abbilden lassen, sind gesondert zu berücksichtigen und zu vergüten.
- **Sektorenübergreifende Versorgung**  
Das Entgeltsystem sollte darüber hinaus die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen in Richtung einer stärker ambulant orientierten und sektorenübergreifenden Versorgung ermöglichen und fördern. Dabei fehlt es seit Jahrzehnten insbesondere an einer sektorenübergreifenden Versorgung von

Patienten mit komplexem Leistungsbedarf.

### **Fazit: Hybridsystem mit Preis- und Budgetelementen**

Grundbedingung für jedes Entgeltsystem, das eine leitlinienorientierte und an den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen ausgerichtete Versorgung sicherstellen soll, ist eine verbindliche Personalausstattung und ihre ausreichende Finanzierung. Ist dies gegeben, relativiert sich die Bedeutung der konkreten Ausgestaltung eines Entgeltsystems. Jedes Entgeltsystem kann Fehlanreize setzen, vor allem wenn es unterfinanziert ist. Bei ausreichender Finanzierung können Stärken und Schwächen eines Entgeltsystems abgewogen und austariert werden.

Aus Sicht der BpTK können die genannten Kriterien am besten in einem Vergütungssystem, das sowohl Preis- als auch Budgetelemente beinhaltet, umgesetzt werden. In einem „Hybridsystem“ sollte ein Teil der Krankenhausvergütung über leistungsorientierte Entgelte erfolgen und ein anderer Teil über krankenhausespezifische Zuschläge für strukturelle Besonderheiten, wie z. B. Vorhaltekosten für die regionale Versorgungsverpflichtung.

Für die leistungsgerechte Vergütung sollte auf den für das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) bereits geleisteten Arbeiten aufgebaut werden. Insbesondere in Bezug auf die Leistungsbeschreibung und -erfassung über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) besteht aus Sicht der BpTK aber noch Weiterentwicklungsbedarf. Unter der Maxime „So aussagekräftig wie nötig, aber so dokumentationsarm wie möglich“ sollte an der Entwicklung aussagekräftiger Leistungsbeschreibungen auch in Kombination mit Strukturkriterien gearbeitet werden. Im Rahmen des von Bundesgesundheitsminister Gröhe initiierten strukturierten Dialogs zum PEPP könnten zudem Lösungen für die Berücksichtigung krankenhausespezifischer Strukturkosten entwickelt werden.“

*Waltraud Deubert*

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### **Bericht von der 24. Sitzung der Konzertierte Aktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Berufsverbänden am 11. September 2015**

Rund 100 VertreterInnen aller bundesweiten Fachgruppen und Berufsverbände reisten am 11.09. 2015 zur 24. Sitzung der konzertierte Aktion nach Berlin, um den aktuellen Sachstandsbericht zur politischen Lage von Dr. Andreas Gassen zu hören.

*Das Wichtigste (für uns PsychotherapeutInnen) zuerst:*

Herr Dr. Gassen teilte mit, dass am 10.09.2015, im Rahmen der Honorarverhandlungen, die Eckpunkte für die PsychotherapeutInnen nun geklärt seien. Wie aber? Das blieb er – auch auf Nachfrage von Frau Dr. Hildgund Berneburg (Verband psychotherapeutischer Kassenärzte) - offen. Mit der Bitte, sich bis nächste Woche zu gedulden, man formuliere noch aus. Wir dürfen gespannt sein!

Des Weiteren berichtete er über den *Sachstand der Honorarverhandlungen* mit den Kassen nichts wirklich Gutes: Der *Orientierungswert* sei immer noch nicht beschlossen worden, die Kassen „mauern“ mit der Begründung der aktuellen (schlechten) finanziellen Kassenlage.

Dazu eine Wortmeldung von Dr. Dirk Heinrich (HNO-Berufsverband) „ein verlässlicher Partner in der gemeinsamen Selbstverwaltung sieht anders aus...“

Ebenso sei der *kalkulatorische Arztlohn* noch nicht beschlossen. Zum 01.01.2016 sei also nicht von einer Fertigstellung der EBM-Reform zu rechnen, nach dem Prinzip Sorgfalt vor Eile.

Selbstverständlich wurden wieder einmal die diversen Gesetzentwürfe und Be-

schlüsse angesprochen und auch kommentiert. Unter anderem das Gesetz zur Reform der Struktur der Krankenhäuser. Hier sei eine Demo geplant, die in Berlin mit mehr als 10.000 TeilnehmerInnen im Dezember geplant werde (von einer solchen Zahl könne man in der ambulanten Versorgung nur träumen).

Gesetze zur Palliativmedizin, zur Sterbehilfe und zur Pflegestärkung seien in Arbeit.

Raum hat das Antikorruptionsgesetz eingenommen! Dieses Gesetz wird wohl zum 1. Januar 2016 in Kraft treten und bietet in der Auslegung eine Menge Fallstricke. Einige der KollegInnen befürchten, dass dadurch Kooperationen verhindert wird (z. B. wenn die Ehefrau Ärztin ist und der Ehemann Physiotherapeut (oder umgekehrt) - ist es dann schon Korruption, wenn der eine dem anderen PatientInnen schickt?). Aus dem Berufsverband deutscher Laborärzte kam die Anmerkung, dass dieses Gesetz eine herbe Niederlage für die freien Berufe bedeute.

Dr. Heinrich bat die VertreterInnen der Berufsverbände um Unterstützung bei einer Resolution, die im direkten Bezug zur ganz aktuellen politischen Lage in der KBV steht. Der Psychologische Psychotherapeut Hans-Jochen Weidhaas, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV, rief ebenfalls zur Unterstützung auf (die abgestimmte Resolution ist nachfolgend abgedruckt).

Die weiteren Tagesordnungspunkte waren je ein Bericht über den aktuellen Stand des Zi-Praxis-Panel (TOP 3) und Bedarfsplanung (TOP 4).

Aus beiden Tagesordnungspunkten ein paar Zahlen:

Es gibt bundesweit 25.622 psychotherapeutisch tätige Menschen. Davon sind 15.669 PT, 4.322 KJP, 2.565 Psychosomater und 3.066 ÄP. Dazu kommen 5.758 Nervenärzte/Psychiater und 1.049 Kinder- und Jugendpsychiater. Wir alle bilden bei

der Bedarfsplanung einen „Topf“. Ob das so beibehalten werden soll, wird wohl gerade geprüft (Gutachten wurde in Auftrag gegeben).

POSITIV ist, dass die ermächtigten Ärzte nun nicht in die Bedarfsplanung einbezogen werden und die neue Regelung für Job-Sharing ab sofort in Kraft ist. Das ist für die Psychotherapeuten und KJP sehr interessant: Bisher war das sogenannte historische Punktzahlvolumen der betreffenden Praxis bzw. des Therapeuten der Maßstab, ab sofort kann die betreffende Praxis ihre Leistung auf den Fachgruppendurchschnitt steigern!!

Die ZIPP-Ergebnisse (PraxisPanel des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung/Zi) werden demnächst veröffentlicht. Die Fachgruppen und die TeilnehmerInnen bekommen die Daten noch im September. Der öffentliche Jahresbericht wird für Mitte Oktober erwartet.

Vorab schon einmal ein paar Zahlen: Die ZIPP-Leute errechnen u.a. natürlich auch den Überschuss der Praxen je Inhaber: der Facharzt (hier gibt es auch noch Differenzierungen) hat einen Überschuss (Verdienst) an der geleisteten Stunde von 82,80€ der Hausarzt von 64,30€ und der Psychotherapeut von 35 €...

Die Zahlen entstammen der Datensammlung über die Jahre 2010 bis 2013. Die Zahlen für das Jahr 2014 werden gerade erhoben! In den vier Jahren haben 5.535 Praxen teilgenommen, davon 4.678 im Längsschnitt; über 26 Fachgruppen.

Ein weiteres Ergebnis der ZIPP-Studie ist die Erkenntnis, dass die Praxen durch deutlich steigende Praxiskosten über die vier Jahre reale Einbußen beim Überschuss hinnehmen mussten. Ein Verlust von 1,5%. Dafür sind die Gesamtaufwendungen um 7,6% gestiegen.

Es gibt noch viele, viele Zahlen, aber die Berichte kommen ja demnächst.

*Petra Voges*

---

## **Resolution der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbände in der KBV zur zentralen Rolle der Selbstverwaltung**

---

*Im Folgenden drucken wir die Resolution der Berufsverbände in der KBV ab, die am 11.09.2015 verabschiedet wurde.*

*Link: [/www.kbv.de/html/16899.php](http://www.kbv.de/html/16899.php)*

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten haben im Rahmen der Daseinsfür- und -vorsorge des Staates für die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung das Mandat übernommen. Dafür haben die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten die unabdingbar notwendige Selbstverwaltung, die die Unabhängigkeit gegenüber Patienten und Krankenkassen garantiert, vom Staat erhalten. Diese Selbstverwaltungen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie regeln die hoheitlichen Aufgaben, wie die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, die Honorarverteilung und die Qualitätskontrolle. Ohne eine Selbstverwaltung gibt es auch keine Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Mit der Begründung stetig steigender Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde 2004 im Gesundheitsmodernisierungsgesetz ein professioneller hauptamtlicher Vorstand in den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingeführt. Er ersetzte den bis dahin ehrenamtlichen Vorstand, der aus der Mitte der Vertreterversammlung gewählt worden war. Dadurch veränderte sich auch die Rolle der Vertreterversammlung. Sie übernimmt seither die Rolle eines Aufsichtsrates. Auch wenn diese 2004 begonnene Professionalisierung und neue Rollenverteilung nicht in allen Kassenärztlichen Vereinigungen gelebt wird, ist eine effektive und basisbezogene Kontrolle der Vorstandsarbeit elementar. Diese Kontrolle übernimmt die

Vertreterversammlung mit den aus ihrer Mitte gewählten Vorsitzenden.

Die Vertreterversammlung ist dabei das demokratisch gewählte Abbild der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Ihre wichtigste Aufgabe ist, einer Entfremdung eines professionalisierten Vorstandes von der Basis entgegenzuwirken und ihn zu beaufsichtigen.

Was für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt, gilt gleichermaßen für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die gewählten Vertreter der KBV-Vertreterversammlung, egal ob Haupt- oder Ehrenamtliche, sind dabei ihren Vertreterversammlungen und damit mittelbar den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet.

Die Fachaufsicht über den KBV-Vorstand steht einzig und allein der Vertreterversammlung zu und wird ganz wesentlich von den gewählten Vorsitzenden der Vertreterversammlung ausgeübt. Diese Aufsichtspflicht ist nicht delegierbar oder ersetzbar.

Die unterzeichnenden Berufsverbände stehen hinter diesen Prinzipien und verwahren sich gegen jede Aushöhlung dieser Grundsätze. Eine weitere Schwächung der Selbstverwaltung, insbesondere wenn sie aus den eigenen Reihen der Selbstverwaltung kommt, darf es nicht länger geben. Eine außerhalb der Selbstverwaltung stattfindende Fachaufsicht lehnen wir ab!

## **Innovationsausschuss beim G-BA hat sich konstituiert**

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat sich am 15. Oktober 2015 in Berlin konstituiert. Aufgabe des Gremiums ist es, ab 2016 mit Mitteln des Innovationsfonds neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Der Innovationsausschuss wird in Förderbekanntmachungen

die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds festlegen und über die eingegangenen Anträge auf Förderung entscheiden.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erhielt der G-BA den Auftrag, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen (§ 92a SGB V).

Die Bundesregierung legt zu diesem Zweck einen Innovationsfonds auf, über den für die Jahre 2016 bis 2019 jährlich Mittel in Höhe von 300 Millionen Euro bereitgestellt werden. 75 Prozent des Fonds stehen für die Förderung neuer Versorgungsformen zur Verfügung, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Sie müssen eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und ein hinreichendes Potenzial aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. 25% des Fonds sollen zur Förderung der Versorgungsforschung eingesetzt werden. Die in Frage kommenden Forschungsprojekte sollen auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sein.

Die Mittel für den Fonds werden je zur Hälfte aus dem Beitragsaufkommen der Gesetzlichen Krankenversicherung und aus dem steuerfinanzierten Gesundheitsfonds getragen und vom Bundesversicherungsamt verwaltet.

Der Innovationsausschuss setzt sich zusammen aus

- drei VertreterInnen des GKV-Spitzenverbandes: Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus Frhr. v. Stackelberg und Gernot Kiefer
- einem Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): Dr. Andreas Gassen
- einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): Dr. Wolfgang Eßer
- einem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): Georg Baum

- dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA: Prof. Josef Hecken
- zwei Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): Staatssekretär Lutz Stroppe und Oliver Schenk
- einer Vertreterin des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF): Petra Steiner-Hoffmann
- sowie zwei PatientInnenvertreterInnen: Dr. Iona Köster-Steinebach und Dr. Martin Danner

Der Vorsitz des Innovationsausschusses liegt beim unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, Professor Josef Hecken.

Um den wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses einzubringen, wird ein ExpertInnenbeirat gegründet.

Die Mitglieder werden bis Ende 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berufen.

Der G-BA hat dadurch weiter an Bedeutung gewonnen. 2004 aus Vorgängergremien hervorgegangen, sollte er zunächst vor allem entscheiden, welche Leistungen Teil des Leistungskatalogs sind und welche nicht. Nach und nach bekam er weitere Zuständigkeiten, z. B. mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, mit dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (2011) für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (2012) für die Nutzenüberprüfung neuer Behandlungsmethoden und die Überarbeitung der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung. Inzwischen hat der G-BA auch ein zweites Institut gegründet, das auf Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen spezialisiert ist. Außerdem soll er jetzt bestimmen, bei welchen Krankheiten ein/e PatientIn ein Recht auf eine Zweitmeinung hat und er soll Medizinprodukte auf ihren Nutzen prüfen.

*Waltraud Deubert*

---

## **KBV veröffentlicht Hygieneleitfaden für psychotherapeutische Praxen**

---

(kb). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat nun auch die Psychotherapeutischen Praxen ins Visier genommen und einen Hygieneleitfaden herausgegeben. „Jede Praxis, die kranke Menschen versorgt, hat die Pflicht für Infektionsschutz zu sorgen und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Aus diesem gesetzlichen Auftrag ergeben sich auch in psychotherapeutischen Praxen Anlässe, die Hygienestandards erfordern“, schreibt die KBV in ihren Praxis-Informationen vom 23.10.2015.

Der neue Leitfaden, entwickelt vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV, soll Praxisinhaber dabei unterstützen. Neben Themen, die für jede Praxis relevant sind, wie die Hände- und Flächendesinfektion, geht es unter anderem um die Desinfektion von Medizinprodukten wie Biofeedbackgeräte. Psychotherapeuten finden darin außerdem Informationen, wie sie einen praxisspezifischen Hygieneplan erstellen und umsetzen können.

➔ [www.kbv.de/html/1150\\_17765.php](http://www.kbv.de/html/1150_17765.php)

---

## **Änderungen zur Einzel- und Gruppenpsychotherapie in Kraft getreten**

---

(kb). In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und in der analytischen Psychotherapie können Einzel- und Gruppentherapie ab sofort kombiniert werden. Bisher war eine solche Kombination nur in Ausnahmefällen möglich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Psychotherapie-Richtlinie Mitte Juli 2015 entsprechend geändert. Nach der Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger sind die Änderungen am 16. Oktober in Kraft getreten.



Durch die Richtlinienänderung können die psychoanalytisch begründeten Verfahren – ebenso wie die Verhaltenstherapie – jeweils als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder in Kombination durchgeführt werden.

Das Beratungsverfahren zu dieser Änderung hatte auf Anregung der Patientenvertretung im G-BA stattgefunden. Expertenbefragungen und die Auswertung wissenschaftlicher Studien hatten laut G-BA ergeben, dass eine Kombination der Therapien positive Effekte haben kann.

Verständigen sich Therapeut und Patient darauf, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren, ist hierfür ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Wird ein Patient gleichzeitig von verschiedenen Therapeuten behandelt, stimmen sie – mit dem Einverständnis des Patienten – ihre jeweiligen Behandlungspläne miteinander ab und informieren sich gegenseitig über den Verlauf. Hierfür ist derzeit leider keine gesonderte Abrechnungs-Ziffer im EBM vorgesehen.

Die KBV gibt folgende Handreichung zu den Modalitäten der Abrechnung:

*In der Gruppentherapie wird die erbrachte Doppelstunde im Gesamtherapiekontingent von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamtherapiekontingent von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.*

*Beispiel: Bei einem Umwandlungsantrag in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie mit Kombination steht bei überwiegendem Einzelkontingent ein Kontingent von insgesamt 25 Sitzungen zur Verfügung. Somit könnten in diesem Fall beispielsweise 15 Stunden Einzeltherapie und 10 Doppelstunden Gruppentherapie durchgeführt werden.*

## Ärzteführer online

---

(kb). PatientInnen können ab sofort eine neue Online-Arzt- und Psychotherapeuten-suche nutzen, die AOK, Barmer GEK, TK und die Bertelsmann Betriebskrankenkasse

veröffentlicht haben. Das Internetportal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Die Arzt-/Psychotherapeutensuche ist sowohl unter [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) als auch in den Internetangeboten der jeweiligen Krankenkassen einsehbar.

Neben der Adressvermittlung von BehandlerInnen (Ärzte und Psychotherapeuten – leider fehlt die Berufsbezeichnung im Namen) stellt die Ärzteauskunft eine sog. weiße Liste im Sinne einer Orientierungshilfe für PatientInnen dar. Informationen für Ärzte/Psychotherapeuten finden sich hier: <http://www.tk.de/tk/aerzte/tk-aerztesuehler/492154>.

Die Adressdaten, die in der Suche verzeichnet sind, stammen von der Ärzteauskunft der Stiftung Gesundheit.

Das Online-Portal dürfte auch für KollegInnen in der Kostenerstattung von Interesse sein. Auch Privatbehandler sind auf der Liste verzeichnet, da die Suche von jedermann genutzt werden kann, auch von Privatversicherten. Zudem lassen sich gesetzlich Versicherte in Einzelfällen auch von Privatärzten behandeln. In den Detailprofilen der Ärzte wird angegeben, welche Form der Abrechnung bei dem jeweiligen Arzt oder Psychotherapeuten zum Tragen kommt. Zudem kann in der „erweiterten Suche“ nach „Art der Abrechnung“ gefiltert werden.

## Psychotherapie-Richtlinie: Keine Behandlung mehr für schwer abhängige Raucher

---

(kb). Schwer kranke Raucher haben zukünftig keinen Anspruch mehr auf eine nachweislich wirksame Suchtbehandlung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2015 entschieden, dass die psychotherapeutische Behandlung von schwer kranken Rauchern aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen wird. Die Psychotherapie-Richtlinie wurde entsprechend geändert.

Der Beschluss des G-BA geht inhaltlich an den Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Tabakabhängigkeit vorbei.

Die Entscheidung ist äußerst irritierend, da der G-BA noch im Jahr 2011 völlig anders entschieden hatte. Damals sah es der G-BA als gegeben an, dass der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit von Tabak als Teil der "psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie darstellten. Schwer abhängige Raucher konnten auf Basis dieses Beschlusses des G-BA Richtlinien-Psychotherapie in Anspruch nehmen.

Mit der aktuell gültigen Fassung steht schwer abhängigen Rauchern nun keine psychotherapeutische Behandlung mehr zur Verfügung genauswenig wie niederschwellige Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung.

Angeichts der Morbiditäts- und Mortalitätsdaten von Tabakabhängigkeit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland ist der Beschluss des G-BA eine versorgungspolitische Fehlentscheidung.

## **KBV: Gesundheitsdaten einfach recherchieren**

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat aktuell ein Online-Recherchesystem mit Daten aus dem Gesundheitswesen vorgestellt, um „eine sachliche Diskussion über Entwicklungen im Gesundheitswesen zu ermöglichen“. Das Portal bietet weit gefasste statistische Informationen aus dem Gesundheitswesen an, mit Hilfe von Filtervariablen können Nutzer eigene Grafiken und Karten zusammenstellen. Unter Angabe der KBV als Quelle können die Daten außerdem heruntergeladen und weiterverwendet werden:

<http://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php>

## Alles was Recht ist . . .

### **Psychotherapie = Nichtverbeamtung? Nein!<sup>6</sup>**

#### **Volkskrankheit Psychische Störungen**

Der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zufolge leidet – bezogen auf einen 12-Monatszeitraum – mehr als ein Drittel der Bevölkerung an irgendeiner psychischen Störung – einer Belastungsreaktion, einer Suchterkrankung, einer Depression oder dergleichen. Im Laufe des gesamten Lebens ist es mehr als die Hälfte. Das ist sehr viel, psychische Störungen sind eine „Volkskrankheit“. Im Versorgungssystem nehmen die Fälle seit Jahren zu, das war auf *Gesundheits-Check schon mehrfach Thema*. Dagegen scheint die Erkrankungshäufigkeit an sich eher stabil zu bleiben, wie Vergleichsdaten aus dem Bundesgesundheits-survey 1998 und der genannten DEGS1-Studie (2008-2011) nahelegen.

Unter den krankheitsbedingten Frühberentungen nehmen psychischen Störungen mit einem Anteil von mehr als 40 % der Fälle inzwischen den ersten Platz ein, etwa 75.000 waren es im Jahr 2013. Auch bei der vorzeitigen Dienstunfähigkeit der Beamten steht diese Diagnosegruppe ganz vorn. Vorzeitige Dienstunfähigkeit soll aufgrund der damit verbundenen Versorgungslasten möglichst vermieden werden. Wer verbeamtet werden will, wird daher vorher vom Amtsarzt auf seine Dienstfähigkeit untersucht. Und so häufig wie in der Allgemeinbevölkerung, so häufig sind psychische Störungen natürlich auch unter den Beamtenanwärtern.

#### **Verbeamtung und amtsärztliche Untersuchung**

Was folgt daraus für die Untersuchung beim Amtsarzt? Wird man, wenn man an einer psychischen Störung leidet oder früher einmal eine hatte, oder eine Psychotherapie in Anspruch nahm, dann automatisch nicht mehr verbeamtet? Viele befürchten das und geben die Erkrankung nicht an oder vermeiden gar eine Psychotherapie, damit „nichts in den Akten ist“.

Früher war das in der Tat ein Problem, weil die amtsärztliche Untersuchung darauf ausgerichtet war, die Möglichkeit einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Das ist aufgrund der prognostischen Unsicherheiten kaum möglich gewesen und daher wurden Beamtenanwärter oft auch mit „bevölkerungsüblichen“ Gesundheitsrisiken abgelehnt. Besonders berüchtigt war die Ablehnung von übergewichtigen Bewerbern mit einem Body Mass Index von 30 und mehr.

#### **Das Bundesverwaltungsgericht kippt die alte Praxis**

Im Jahr 2013 haben mehrere Urteile des Bundesverwaltungsgerichts diese Sachlage grundlegend verändert (BVerwG 2 C 12/11 vom 25.07.2013, BVerwG 2 C 18/12 vom 25.07.2013, BVerwG 2 B 37/13 vom 13.12.2013). Seitdem dürfen Beamtenanwärter nur noch abgelehnt werden, wenn es tatsächliche Anhaltspunkte dafür gibt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vorzeitige Dienstunfähigkeit eintreten wird. Die Beweislast ist sozusagen umgedreht worden.

Eine psychische Erkrankung ist also nicht mehr automatisch ein Ausschlussgrund bei der Verbeamtung, erst recht nicht eine frühere Psychotherapie. Im Gegenteil: Das kann sogar positiv gewertet werden, weil im Rahmen einer Psychotherapie auch Lebensbewältigungskompetenzen entwickelt und gefördert werden. Ganz zu schweigen davon,

<sup>6</sup> Zuerst veröffentlicht unter <http://scienceblogs.de/gesundheits-check/2015/10/17/psychotherapie-nichtverbeamtung-nein/> - Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

dass viele Psychotherapien im Kindes- und Jugendalter ohnehin aufgrund von „Entwicklungsproblemen“ im weitesten Sinne erfolgen und für die Frage einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit belanglos sind. Es gibt also keinen Grund, hier mit Blick auf die Verbeamtungschancen eine Psychotherapie zu vermeiden oder mit seinen Beschwerden nur zum Heilpraktiker zu gehen. Nicht behandelte Störungen verringern ja eher die Verbeamtungschancen. Schwere psychotische Erkrankungen mit schlechter Prognose verhindern dagegen nach wie vor die Verbeamtung, sie sind aber vergleichsweise selten.

Diese Entwicklung trägt sowohl dem wissenschaftlichen Sachstand Rechnung, was die prognostischen Möglichkeiten der Vorhersage einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit angeht – da ist die Studienlage nämlich bei vielen Störungsbildern recht dürftig –, sie berücksichtigt auch, dass Dienstunfähigkeitsgründe zumeist erst im Laufe des Berufslebens entstehen und sie folgt der gesellschaftlichen Entstigmatisierung psychischer Störungen, auch wenn hier auf vielen Gebieten noch viel zu tun ist. Wer mehr dazu lesen will, dem sei ein aktueller und sehr lesenswerter Artikel von Elke Richartz-Salzbürger vom Referat für Umwelt und Gesundheit der Stadt München in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ empfohlen.

### **Und die Versicherungen?**

Während die Sachlage bei der Verbeamtung somit einigermaßen klar ist, sind die Folgen einer früheren psychischen Erkrankung bzw. einer Psychotherapie für den Vertragsabschluss bei privaten Versicherungen, vor allem Kranken- und Berufsunfähigkeitsversicherungen, komplizierter. Die Versicherungen verfahren hier nicht einheitlich und man tut gut daran, sich zu diesem Punkt vorab kundig zu machen und sich ggf. auch juristisch beraten zu lassen.

*Dr. Joseph Kuhn, Dachau*

### **Literatur:**

Richartz-Salzbürger E (2015) Die Bedeutung von Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung in der Vorgeschichte für die gesundheitliche Eignung eines Beamtenanwärters. *Gesundheitswesen* 77:454-458. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1550022>.

## **Einsicht in Patientenakte auch bei Kassen-MVZ**

(*wd*). Patienten haben ein Recht auf Einsicht in die Patientenakte auch gegenüber Einrichtungen der Krankenkasse.

Das hat jetzt das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel klargestellt. Konkret ging es um das AOK-Zahnarztzentrum in Ulm - quasi ein zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in Trägerschaft der Krankenkasse. Es wurde nach früherer Rechtslage eingerichtet, bundesweit sind solche Einrichtungen selten. Der Kläger vermutete einen Behandlungsfehler. Bei gewöhnlichen Praxen besteht ein Recht auf Akteneinsicht gegenüber dem Arzt.

Bislang war höchstrichterlich nicht geklärt, ob dies auch dann gilt, wenn der Arzt Angestellter der Krankenkasse ist. Dies hat das BSG nun bejaht.

*Bundessozialgericht, Az.: B 1 KR 36/14 R*

## **BGH: Keine Zwangsmedikation ohne ausreichende gutachterliche Grundlage**

(*kb*). Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 7.7.2015 einen Beschluss zur Feststellung der Rechtswidrigkeit der Genehmigung einer Zwangsmedikation ohne ausreichende gutachterliche Grundlage gefasst.

Gerichte müssen demnach einen Sachverständigen zurate ziehen, bevor sie eine Zwangsbehandlung eines psychisch kranken Menschen genehmigen dürfen. Tun sie dies

nicht, verletzen sie laut BGH das Freiheitsgrundrecht des Patienten.

In dem Beschluss wird weiterhin festgestellt, dass

- ein einfaches Attest des behandelnden Arztes nicht zulässig sei.
- dem Betroffenen die Ernennung des Gutachters mitgeteilt werden müsse.
- der Betroffene unter Umständen von seinem Ablehnungsrecht gegenüber dem Gutachter Gebrauch machen könne.
- die Pflicht des Gutachters besteht, den Kranken persönlich zu untersuchen oder zu befragen.

Nur in eng begrenzten Ausnahmefällen etwa bei besonderer Eilbedürftigkeit kann das Gericht hiervon abweichen und im Einzelfall auch den behandelnden Arzt zum Gutachter bestellen.

Der Beschluss des BGH, der im Kontext einer Unterbringungssache gefasst wurde, kann unter folgendem Link eingesehen werden: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=71983&pos=0&anz=1>

## 7. SOMMERAKADEMIE

### DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

**23.-25. Juni 2016**  
**in Rostock-Warnemünde**

**Qualifizieren und regenerieren  
an der Ostsee!**

  
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.  
[www.dgvt-fortbildung.de](http://www.dgvt-fortbildung.de)

## Tagungsberichte

### **Berliner überregionales Symposium des Dachverbandes des Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V. (DDPP)**

Der DDPP setzt sich ein für die Qualität und das Selbstverständnis von Psychosenpsychotherapie. Er fördert die Ausbildung, den Dialog und den wissenschaftlichen Austausch zwischen TherapeutInnen. Unter dieser Prämisse fand am 10. und 11. Oktober 2015 an der Charité in Berlin das diesjährige Symposium zum Thema „Psychotherapie in Gruppen für Menschen mit Psychosen“ statt.

In vier Vorträgen berichteten Thomas Bock (Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf) Volker Roder (Universitätsklinik Bern), Oliver Moehrke (Asklepios Klinikum Tiefenbrunn) und Hanna Reinhardt-Bork (Berliner Institut für Gruppenanalyse) über unterschiedliche Interventionen, Ergebnisse und Erfahrungen aus ihrer Arbeit in Therapiegruppen mit PsychosepatientInnen. Dabei wurde das gesamte Spektrum von verhaltenstherapeutischen-, tiefenpsychologisch orientierten- bis hin zu psychoanalytischen Verfahren abgedeckt. Trotz aller Unterschiede zwischen den Verfahren kamen letztlich alle ReferentInnen darauf zu sprechen, welche Herausforderung es für Institutionen und TherapeutInnen darstellt, entsprechende Therapiegruppen zu implementieren und zu leiten. Ganz besonders beim Übergang ins bzw. im ambulanten Setting. Zugleich wurde aber betont, dass der Einsatz für gute Rahmenbedingungen bei der Gruppentherapie wichtig und lohnend erscheine. Denn Psychotherapie in Gruppen birgt, neben der Möglichkeit zur recht ökonomischen Versorgung vieler PatientInnen, Chancen, die qualitativ über die der Einzeltherapie hinausgehen. Der therapeutisch geleitete Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen kann entlastend wirken und den Zugang zur eigenen Person sowie zu den eigenen Prob-

lemen erleichtern. So können sich PatientInnen gegenseitig unterstützen, voneinander lernen und neue Beziehungserfahrungen sammeln. Gruppentherapie kann sich entstigmatisierend und sinnstiftend auswirken und stellt damit eine wichtige Ergänzung des Therapieangebotes für PsychosepatientInnen dar.

Neben den Vorträgen war die Arbeit in Fallseminaren ein zentraler Bestandteil der Tagung. In Kleingruppen, die von jeweils zwei Dozenten geleitet wurden, konnten die Teilnehmer eigene Behandlungsfälle einbringen und diskutieren.

Gerade vor dem aktuellen Hintergrund der Richtlinienänderung zur Psychotherapie von PatientInnen mit Psychosen, sind die Arbeit und die Zielsetzung des DDPP und auch das Thema „Psychotherapie in Gruppen“ wichtig, um eine gute und vielfältige Versorgung der PatientInnen zu erreichen. Dorothea von Haebler wies als Vorstandsvorsitzende darauf hin, dass der Fortbildungsausschuss des DDPP derzeit ein Curriculum erarbeite, um die Inhalte und die Qualität der Aus- und Weiterbildung hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Psychosen zu regeln und zu verbessern. Ferner werde Ende 2015 ein Booklet veröffentlicht, in dem die derzeit deutschlandweit verfügbaren Fortbildungsangebote zum Thema Psychosenpsychotherapie vorgestellt werden.

Das spannende Tagungswochenende in Berlin war vom Dialog zwischen den verschiedenen Therapieschulen geprägt. Abschließend möchte ich noch auf den DDPP-Kongress zum Thema „Psychotherapeutische Haltung in der Psychosentherapie“ verweisen, der vom 29. April bis 01. Mai 2016 stattfindet.

*Dr. Michael Ziegler, Psychologischer  
Psychotherapeut, Marburg*

## **BPtK Symposium „Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge“ Berlin, 24.09.2015**

---

Im September fand in Berlin-Tiergarten im Novotel eine Fachtagung der BPtK statt zum hochaktuellen Thema „Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge“.

Mich hat zunächst überrascht, dass der Veranstaltungsraum, der knapp 200 Personen fasst, nicht gänzlich gefüllt war. Die BPtK, die die Tagung Ende letzten Jahres bereits plante, hatte einen Zeitpunkt für die Tagung erwirbt, der aktueller nicht hätte sein können.

Der Präsident der BPtK, Dr. Dietrich Munz, erläuterte, dass mehr als die Hälfte der 800.000 Asylsuchenden psychisch krank seien. Allein in diesem Jahr ergäbe sich daraus die Zahl 400.000 psychisch erkrankter Asylsuchender. Davon würden aktuell aufgrund begrenzter Behandlungskapazitäten von den Einrichtungen, die der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) angeschlossen sind, jährlich nur 4.000 behandelt.

Aufgrund des zeitlich parallel in Berlin stattfindenden Flüchtlingsgipfels der Bundesregierung konnte die Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration der Bundesregierung, Staatsministerin Aydan Özoğuz, die Anwesenden nicht wie geplant persönlich begrüßen. In ihren schriftlichen Grußworten äußerte sie sich auch zu den gesundheitspolitischen Hürden bei der gesundheitlichen und psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen (Finanzierung von Dolmetschern, bundesweite Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge, Überprüfung der Leistungsbeschränkungen bei den Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie).

Im Namen der Bundesärztekammer begrüßte der Menschenrechtsbeauftragte, Herr Dr. Ulrich Clever, die Anwesenden und verdeutlichte, dass im Sinne der medizinischen Grundhaltung alle Menschen gleich zu be-

handeln seien, unabhängig davon, woher sie kommen und warum sie Schutz in Deutschland suchen.

Im ersten Fachvortrag zum Thema „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen – Prävalenz, Symptome, Verlauf und Behandlung“ ging Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Freien Universität Berlin) darauf ein, dass das Asylbewerberleistungsgesetz zwar die Grundversorgung (Ernährung, Unterkunft, Leistungen bei akuter Erkrankung) erlaubt, sonstige Leistungen aber vom Einzelfall abhängig sind. So werden Behandlungskosten in den ersten 15 Monaten nur übernommen, wenn die Behandlung für die Gesundheit unerlässlich ist. Die Gesundheitskarte ermöglicht zwar ohne Beantragung das direkte Aufsuchen eines Arztes, allerdings nicht die Kostenübernahme von Dolmetschern – die Versorgung ist also kaum möglich.

Die Häufigkeit psychischer Störungen liegt bei Menschen, die aufgrund von Krieg oder Folter geflüchtet seien, deutlich höher als in der bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung. Die häufigsten Krankheitsbilder sind Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen und Somatoforme Störungen. Postmigrationsstressoren, wie ein ungesicherter Aufenthaltsstatus, der eingeschränkte Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und Arbeit/Ausbildung/Studium, Inaktivität und Hilflosigkeit sowie Massenunterkünften, führten zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit.

Für die Psychotherapie bei PTBS wird eine Kombination aus traumafokussiertem und multimodalem Ansatz empfohlen. Dieser erfordert eine enge Vernetzung mit anderen FachärztInnen, RechtsanwältInnen und SozialarbeiterInnen. Aus Sicht von Knaevelsrud werden zur verbesserten psychotherapeutischen Versorgung multimodale Therapieansätze, qualifizierte Begutachtung von Flüchtlingen und Dolmetscher benötigt.

Den zweiten Fachvortrag hielt Sabine Lübben von FATRA - Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V. in Frankfurt am Main, einer psychosozialen Beratungsstelle für Flüchtlinge und Folteropfer.

Die 1993 gegründete Beratungsstelle bietet für Flüchtlinge eine kostenlose, psychosoziale Beratung an. Derzeit liegt die Wartezeit bei etwa einem Jahr. Bei etwa einem Drittel der Personen, die die Beratung in Anspruch nehmen, ergibt sich der Bedarf für eine psychotherapeutische Behandlung. Mit Hilfe eines engen Netzwerkes, bestehend aus niedergelassenen PsychotherapeutInnen und DolmetscherInnen, wird dann versucht die PatientInnen in die Regelversorgung zu integrieren. Die Finanzierung der Beratungsstelle erfolgt u.a. durch die UNO, das Land Hessen sowie die Stiftung der Quäker.

Lübben verwies auf die Notwendigkeit eines schrittweisen Vorgehens und der Trennung der Stufen Beratung, Behandlung und Begutachtung. Unter diesen Voraussetzungen zeigten sich PsychotherapeutInnen offen für die Vermittlung von PatientInnen über das Trauma-Netzwerk. Handlungsbedarf bestünde ihrer Auffassung nach auch im Kontext psychosozialer Stabilisierung – hier sollten psychologische und soziale Beratung stärker Hand in Hand gehen.

Den dritten Fachvortrag gestaltete Cornelia Reher, Leiterin der Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sie berichtete, dass 1/3 aller Flüchtlinge minderjährig seien, davon wären etwa 90% begleitet. Die häufigsten Symptome der Kinder und Jugendlichen sind: Erneutes Einnäsen (Kleinkinder), Halluzinationen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Suizid (-gedanken) und erhöhter Cannabiskonsum. Häufig kämen die Kinder und Jugendlichen aufgrund von Auffälligkeiten in der Schule. Hauptbelastungen von unbegleiteten Minderjährigen seien, die Schule (weil der Aufenthaltsstatus mitunter abhängig von den Schulleistungen ist), Schulden bei den Schleppern und Sorge um Familie.

Die Behandlung in der Flüchtlingsambulanz erfolgt überwiegend in Orientierung an die S3 Leitlinien für Traumaadaptierte Psychotherapie. Therapeutische Bestandteile sind Narrative Exposure Therapy (NET), traumafokussierte KVT und EMDR. Die

Besonderheiten der Flüchtlingsambulanz als Medizinisches Versorgungszentrum mit KV-Sitzen für Psychotherapie und Psychiatrie sind, dass Medikamente ausgegeben werden dürfen, es alternative Therapiemöglichkeiten gibt (z.B. Kunsttherapie) und es vor Ort eine Sozial- und Schulberatung gibt. Als besondere Herausforderungen sehen die MitarbeiterInnen der Ambulanz die Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes, die sprachlichen Hürden und dass stationäre Aufenthalte fast nicht zu ermöglichen sind.

Erfahrungen und Handlungsbedarf beim Bremer Modell zur Verbesserung für die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen referierte im vierten Fachvortrag Frau Dr. Zahra Mohammadzadeh vom Gesundheitsamt Bremen.

Ein Baustein des Bremer Modells bildet die Gesundheitskarte für Flüchtlinge, die 2005 in Bremen und Hamburg eingeführt wurde. Diese Gesundheitskarte ermöglicht Arztbesuche ohne vorherige Beantragung bei Sozialämtern. Für die psychischen und psychosomatischen Belastungen, die zwischen 20-30% der Flüchtlinge aufweisen, lässt die Versorgung dennoch keine nachhaltige, erfolgreiche Behandlung zu, weil die Behandlung chronischer Erkrankungen ausgeschlossen ist und nur Kurzzeitherapien zugelassen werden.

Eine der durch das Bremer Modell herbeigeführten Verbesserungen ist die Vernetzung der Versorgungsträger. Die psychotherapeutische Versorgung ist aus Sicht der Referentin dennoch ausbaubar. Voraussetzungen dafür sind;

Eine bessere Feststellung von psychischen Störungen im Rahmen von Erstuntersuchungen, eine gesteigerte Sensibilität der an der Behandlung beteiligten Personen, Mehrsprachigkeit durch den Einsatz von Dolmetschern und ein direkter Übergang in die Regelversorgung.

Den letzten Fachvortrag hielt Elise Bitenbinder von der Baff, der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

Die Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren bewegt sich „im Spannungs-



feld zwischen Asyl- und Menschenrechten“ und setzt auf eine starke Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen. Die psychosozialen Zentren bieten dabei teils Beratung, teils auch Behandlung an. Insgesamt können diese etwa 10.000 Klienten jährlich versorgen. Davon erhalten derzeit 88% eine allgemeine Beratung, etwa 3.000 Klienten (31%) sind in psychotherapeutischer Behandlung und 23% nehmen multimodale Angebote in Anspruch. Ein Zentrum behandelt dabei durchschnittlich 300 KlientInnen pro Jahr. Pro KlientIn stehen damit im Mittel 25 Minuten Beratungs- bzw. Behandlungszeit zur Verfügung. Teilweise wird aber auch nur eine Rechtsberatung mit anschließender Weitervermittlung o.ä. in Anspruch genommen. Die Wartezeit für einen Therapieplatz beträgt derzeit etwa 13 Monate. Die Finanzierung erfolgt zu einem Großteil (95%) über Projektgelder (EU, Stiftungs- und Spendengelder), ein kleiner Teil stammt vom Sozialamt und vom Jugendamt. Frau Bittenbinder plädierte für die Unterstützung des Bremer Modells, welches u.a. eine Gesundheitskarte für Geflüchtete zur Verfügung stellt und neben einem deutlich verringerten Bürokratieaufwand zu insgesamt bis zu 22% Kostenersparnis führen kann. Sie forderte weiterhin eine grundlegende institutionelle Förderung der Komplexleistungen der Psychosozialen Zentren durch die Bundesregierung.

Nach der Mittagspause folgte eine Podiumsdiskussion zum Thema „Handlungsbedarf zur Sicherung einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen“ mit folgenden Diskutanten: Frau Ute Bertram, CDU/CSU (MdB); Frau Maria Klein-Schmeink, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (MdB); Frau Birgit Wöllert, DIE LINKE (MdB); Frau Hilde Mattheis, SPD (MdB); Herrn Dr. Dietrich Munz (BptK); Frau Elise Bittenbinder (BAfF); Frau PD Dr. Meryam Schouler-Ocak (DGPPN) und Herrn Dr. Ulrich Clever (BÄK).

Ute Bertram (CDU/CSU) betonte, dass es aktuell um die Lösung der akuten Flüchtlingsprobleme gehe. Dabei hätte die Verteilung und Unterbringung der Flüchtlinge zunächst Vorrang. Die Verbesserung der ge-

sundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen sei eine Herkulesaufgabe, die nicht kurzfristig zu lösen wäre. Die Ermächtigung von PsychotherapeutInnen und Flüchtlingszentren sei aber ein erster Schritt. Die Gesundheitskarte führe nicht wesentlich weiter; die Regelung der Gesundheitskarte sei Ländersache.

Hilde Mattheis (SPD) forderte dagegen die schnelle Sicherstellung einer besseren Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. Dies sei "eine Belastungsprobe, die zu bewältigen ist". Das dürfe am Geld nicht scheitern. Man müsse anfangen, über "den Fetisch der schwarzen Null" für den Bundeshaushalt nachzudenken. Die Frage sei jedoch: "Was nützt den Menschen?" Es gäbe viele praxisorientierte Lösungsansätze. Das Problem sei, dass der Bund die Hilfen nicht ausreichend koordiniere. Wichtig sei es, ehrenamtliche Helfer, Sozialarbeiter und Lehrer anzuleiten, psychische Störungen bei Flüchtlingen zu erkennen.

Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS/DIE GRÜNEN) forderte, dass "die Gesundheitsversorgung nicht in verschiedene Klassen eingeteilt werden dürfe". Flüchtlinge sollten über die Notfallleistungen an der Krankenversorgung partizipieren. Die Kosten dafür sollten durch den Bund getragen werden. Um die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge zu verbessern, bedürfe es außerdem einer gesicherten Finanzierung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.

Auch Birgit Wöllert (DIE LINKE) plädierte dafür, dass Flüchtlinge die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten sollten wie deutsche Bürger: "Was medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, muss gemacht werden". Gleichzeitig müsse der deutschen Bevölkerung vermittelt werden, dass die Flüchtlinge ihnen nichts wegnehmen. Verbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung müssten parallel für alle PatientInnengruppen erzielt werden.

BptK-Präsident Munz hob hervor, dass eine Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge aufgrund fehlender Dolmetscher oft gar nicht möglich sei. "Wir brauchen eine gesi-

cherte Finanzierung von Dolmetschern", stimmte ihm PD Dr. Meryam Schouler-Ocak zu. "Das Dogma, dass die gesetzliche Krankenversicherung keine Dolmetscherleistungen finanziert, muss aufgegeben werden", forderte der BÄK-Menschenrechtsbeauftragte Ulrich Clever. Für eine Aufnahme von Dolmetscherleistungen in den Leistungskatalog der GKV sprachen sich auch Maria Klein-Schmeink und Birgit Wöllert aus. Die beiden politischen Vertreterinnen der Regierungskoalition stimmten dieser fundamentalen Forderung nicht zu.

BaFF-Vorsitzende Elise Bittenbinder wies darauf hin, dass bundesweit viele ehrenamtliche Helfer ihr Bestes tun, um Flüchtlingen zu helfen: "Die Zivilgesellschaft überholt hier die Politik." VeranstaltungsteilnehmerInnen mahnten an, die Last nicht allein auf die Schultern von ehrenamtlichen Helfern zu legen. Es sei nicht die Aufgabe von Ehrenamtlichen, die Arbeit von Professionellen zu übernehmen. "Deutschland muss es sich erlauben dürfen, Geld für die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge auszugeben", so Meryam Schouler-Ocak.

Breite Zustimmung fand die Forderung, die Einschränkungen in den Gesundheitsleistungen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) aufzuheben. Die gesetzliche Unterscheidung zwischen akuten Erkrankungen, die behandelt werden dürfen, und chronischen Erkrankungen, die nicht behandelt werden dürfen, sei unmenschlich und fachlich nicht haltbar.

BPtK-Präsident Munz beendete die Veranstaltung mit der Aufforderung an die Politik, die Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge gemeinsam mit der Profession zu lösen: "Wir Psychotherapeuten sind gerne bereit, dazu beizutragen, dass psychisch kranke Flüchtlinge eine angemessene Behandlung erhalten."

*Dr. Mike Mösko, Alina Eckhard, Marlene Müller-Stephan & Kristin Wünsche  
Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

## **Bericht vom GKII-Treffen am 31. Oktober 2015 in Berlin**

Das zweimal im Jahr stattfindende Treffen der Psychotherapeutenverbände (derzeit sind 34 Fach- und Berufsverbände im sog. Gesprächskreis II – GK II – zusammengeschlossen) fand am 31. Oktober in Berlin statt. Über 40 VerbändevertreterInnen waren der Einladung des geschäftsführenden Verbands, der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), gefolgt. Eva-Maria Schweitzer-Köhn, Mitglied im Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer, begrüßte uns in Vertretung des Präsidenten, Michael Krenz, in den Räumen der Landespsychotherapeutenkammer Berlin.

Nach Abstimmung der Tagesordnung berichtete in der Eröffnungsrunde jeder Verband über seine derzeit zentralen Aktivitäten. In der Berichtsrunde wurden bereits die zentralen Themen deutlich, die dann nachfolgend vertiefend diskutiert wurden.

Fast alle Verbände erwähnten in ihrem Bericht Treffen und Diskussionsrunden zur anstehenden *Reform des Psychotherapeutengesetzes* sowie die Mitarbeit am Transitionsprozess der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK). Es steht viel auf dem Spiel bei der Reform, und es wurde die Befürchtung geäußert, dass die Länder und die Hochschulen die erforderlichen Kosten, die insbesondere durch die Praxisanteile und die notwendige Einstellung psychotherapeutisch qualifizierter Lehrkräfte entstehen, nicht zur Verfügung stellen können. Dadurch werde die jetzige qualitativ hochwertige Ausbildung in ihrem Bestand gefährdet - mit derzeit noch ungewissem Ausgang. 12 Verbände werden sich am 5. November 2015 in einer Veranstaltung in Berlin mit den Mindestvoraussetzungen für die Umsetzung der Forderungen des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Psychotherapieausbildung beschäftigen.

Bevor wir in die weitere Diskussion einstieg, hielt *Norbert Bowe*, kooptiertes Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der

Vertragspsychotherapeuten (bvvp), seine *Abschiedsrede*, da er zum letzten Mal an dieser Sitzung teilnahm. Er war Gründungsmitglied der ‚Freiburger Vertretung ärztlicher und nichtärztlicher Psychotherapeuten‘, die zur Keimzelle des bvvp wurde. Die Gründung war im Februar 1993 angesichts der bevorstehenden Bedarfsplanung wegen der zu erwartenden Honorarabsenkung aufgrund von Budget und Niederlassungswelle erfolgt. Norbert Bowe erläuterte in seiner Rede eindrucksvoll die Bedeutung des GK II, dessen Geschichte nach dem Psychotherapeutengesetz begann. „Anders als in den Psychotherapeutenkammern sind hier auch die gemischten Verbände mit inbegriffen, sodass ein Stück Integration gelebt und gefördert werden kann. Die Stärke des GK II hat sich u.a. darin gezeigt, dass hier die Nicht-Richtlinienverfahren ein wichtiges Forum hatten und haben, bzw. aus dem GK II heraus sich auch Kreise dazu bilden konnten. Es ist wohl die größte Schwachstelle des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), dass hier eine Integration nicht erreicht werden konnte. Die wichtige Funktion des GK II hat sich auch darin gezeigt, dass er mit mehreren Symposien wesentlich zur inhaltlichen Bearbeitung von Themen beigetragen hat, die höchst relevant für die Psychotherapie sind. Diese inhaltliche Arbeit ist nicht zu unterschätzen.. Sie ist weniger beeinflusst und anfällig für Begrenzungen aufgrund von machtpolitischen Konstellationen oder Gremienrepräsentanzen. Dadurch können inhaltlich begründete Argumente ihre Überzeugungskraft leichter entwickeln, die auf die Verbände und deren Austausch sowie die Gremienpolitik zurückwirken. Insofern hat der GK II auch in Zukunft eine unverzichtbare Bedeutung. Er ist ein Baukasten, mit dessen Hilfe die eine Stimme sich immer wieder bilden kann, die die PsychotherapeutInnen brauchen, damit sie in den Gremien und in der Öffentlichkeit ihren Einfluss geltend machen können“. Unter großem Beifall danken die GK II–VertreterInnen Norbert Bowe für seine wichtige und kontinuierliche Arbeit in diesem Gremium.

Die deutlich gestiegenen *Flüchtlingszahlen* weltweit, in Europa und in Deutschland, die Berichte und Bilder über die Schicksale der Flüchtlinge vor Ort oder auf der Flucht, aber auch konkret die großen Herausforderungen, die sich hier in Deutschland bei der Aufnahme der Flüchtlinge stellen - all dies führt dazu, dass dem Flüchtlingsthema innenpolitisch aktuell eine zentrale Bedeutung zukommt. Auch wenn gegenwärtig der Schwerpunkt auf dem unmittelbaren Bedarf an überlebensnotwendigen Leistungen liegt, ist zu bedenken, dass viele Flüchtlinge psychisch schwer traumatisiert sind. Für sie müssen zukünftig mehr PsychotherapeutInnen verfügbar sein. Dazu hat die Bundesregierung auf Initiative der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) die Zulassungsverordnung für Ärzte geändert. Danach sind die Zulassungsausschüsse zukünftig verpflichtet, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen zu ermächtigen. Der Austausch dazu im GK II ergab, dass es noch wenige Erfahrungen mit der Umsetzung dieser neuen Verordnung gibt. DGVT-Mitglieder berichten allerdings, dass die KVen die Anträge erst mal ruhend stellen, was angesichts des steigenden Bedarfs unverständlich ist.

Wie im letzten Bericht des GK II (siehe rosa Beilage 2/15) bereits ausgeführt, hatte der GK II eine Arbeitsgruppe zu dem für die gesamte Berufsgruppe wichtigen Thema „*Internettherapie*“ eingerichtet, an der auch Kerstin Burgdorf von der DGVT beteiligt war. Das Papier lag nun nach der Einarbeitung der Rückmeldungen durch die Verbände im Ergebnis vor. Es wurde beschlossen, das Papier nach einer letzten Rückmeldefrist von 14 Tagen als gemeinsames Positionspapier zu veröffentlichen. Die Bandbreite der internetgestützten Angebote ist sehr groß und damit ist auch ihr therapeutischer Nutzen sehr unterschiedlich, sodass Standards in diesem Bereich äußert wichtig sind.

Zum Dauerthema wird der *Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Anpassung der Psychotherapiehonorare* vom

22. September 2015. Bedenkt man, dass die GK II-Verbände sich bereits im März 2012 an den Bewertungsausschuss gewandt hatten mit der Forderung, die Rechtmäßigkeit der Psychotherapiehonorare entsprechend der Vorgaben des Bundessozialgerichts zu prüfen, wird deutlich, wie groß die Widerstände in den Gremien der sogenannten Gemeinsamen Selbstverwaltung bezüglich der angemessenen Honorierung der PsychotherapeutInnen sind. Verbände und Kammern haben den aktuellen Beschluss kritisiert und in ihren Stellungnahmen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Beanstandung aufgerufen (siehe auch Pressemeldung des DGVT-BV in dieser Ausgabe). Das BMG hat bisher noch keinen Kommentar abgegeben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis zum 30. Juni 2016 in der Psychotherapierichtlinie Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der

Akutversorgung, zur Förderung der Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens beschließen. Bei der Sprechstunde für die PsychotherapeutInnen geht es um ein niedrighschwelliges Angebot für das psychotherapeutische Erstgespräch, mit dem ein schnellerer Zugang zur Psychotherapie ermöglicht werden soll. Zurzeit wird noch darüber verhandelt, inwieweit die Sprechstunde freiwillig oder verbindlich sein wird. Die Diskussion um die Sprechstunde wird heiß geführt und die Frage wird sein, ob sich die beteiligten VertreterInnen der PsychotherapeutInnen kompromissbereit zeigen sollten oder ob letztendlich der Vorsitzende Josef Hecken entscheidet. Bei der Ausgestaltung der Akutversorgung ist noch unklar, ob differenzierte Ziffern für die unterschiedlichen Bereiche von Akutversorgungen (wie z. B. Diagnostik etc.) wirklich eingesetzt werden.

*Waltraud Deubert*

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

DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

### “Anpassungsstörungen”

10. - 11. September 2016

in Potsdam am Neuen Palais

**dgvtFW**  
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

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

## Weitere Infos

### **DAK-Psychoreport: Mehr Krankschreibungen aufgrund psychischer Probleme zeigen gestiegene Bereitschaft der Auseinandersetzung mit psy- chischen Problemen**

(ja). Der Bericht der DAK bestätigt den Trend, dass immer mehr Beschäftigte aufgrund psychischer Probleme krankgeschrieben werden. Während im Jahr 1997 die Zahl der Ausfalltage pro 100 weibliche DAK-Versicherte 94 betrug, waren es 2014 bereits 303 Tage. Bei den Männern waren es 1997 62 Fehltag und 2014 181 Tage. Im Schnitt dauerte eine Krankschreibung 35 Tage. Ausgehend von den DAK-Versicherten wird geschätzt, dass bundesweit 1,9 Millionen Menschen pro Jahr aufgrund von psychischen Störungen krankgeschrieben. Die fünf häufigsten Diagnosen sind Depressionen, Anpassungsstörungen, neurotische Störungen sowie somatoforme und Angststörungen.

Diese Entwicklung wird damit erklärt, dass ÄrztInnen und PatientInnen einen offeneren Umgang mit psychischen Störungen haben und die Bereitschaft gestiegen ist, sich mit den psychischen Problemen auseinanderzusetzen. Diese Hypothese wird nicht zuletzt durch den Sachverhalt unterstützt, dass parallel zur Zunahme der Fehltag durch psychische Erkrankungen die Zahl der Fehltag aufgrund von Kreislaufproblemen, Verdauungsbeschwerden oder Rückenschmerzen gesunken ist. Diese Krankheiten sind typische Begleiterscheinungen von psychischen Problemen.

Weitere Informationen finden Sie hier: [https://www.dak.de/dak/download/DAK-Psychoreport\\_2015-1718180.pdf?](https://www.dak.de/dak/download/DAK-Psychoreport_2015-1718180.pdf?)

### **TK-Studie: Hilfe bei Depression durch Internetberatung**

(ja). In einem Pilotprojekt der Techniker Krankenkasse (TK) und der Freien Universität Berlin wurde die Wirksamkeit eines internetgestützten Beratungsprogramms bei PatientInnen mit Depressionen untersucht. Es nahmen 1000 Personen mit Depression teil, die innerhalb von 6 Wochen ein strukturiertes Beratungsprogramm durchliefen. Ein Teil der Probanden durchlief das Programm ohne schriftliche Rückmeldung (automatisierte Beratung), der andere Teil erhielt wöchentlich schriftliche Rückmeldungen von einer/einem TherapeutIn (individuelle Beratung). Die Zwischenergebnisse zeigen laut Frau Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, dass die schriftlichen Rückmeldungen wesentlich zum Erfolg des Beratungsprogramms beitragen.

Bei der automatisierten Beratung beendeten 76% der TeilnehmerInnen das Programm, während bei der individuellen Beratung 84% bis zum Ende mitmachten. Die schriftliche Rückmeldung führte zu deutlich besseren Ergebnissen und höherer Zufriedenheit der TeilnehmerInnen im Vergleich zur automatisierten Beratung. Der gemessene Erfolg sei vergleichbar mit dem einer ambulanten Behandlung bei einem/einer VerhaltenstherapeutIn.

Weitere Informationen finden Sie hier: <https://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/gesundheit-und-service/775960>

### **Ergebnisse der BZgA-Studie: Steigender Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen**

(ja). Für die Studie „Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in

Deutschland 2014“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden von Mai bis August 2014 insgesamt 7.000 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12-25 Jahren mit computergestützten Telefoninterviews befragt. Die Ergebnisse wurden im September 2015 veröffentlicht. Bei den 12-17-Jährigen zeigte sich, dass 10,0% mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat. 8,3% gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert hatten und 2,2% hatten in den letzten zwölf Monaten mehr als zehnmal Cannabis konsumiert. Bei den 18-25-Jährigen ist der Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet. 37,2% haben mindestens einmal Cannabis konsumiert, während 17,6% in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert hatten. 5,1% konsumieren regelmäßig Cannabis. Die Ergebnisse zeigten außerdem, dass mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene Cannabis konsumieren. Zudem zeigten sich soziale Unterschiede bei den Angaben in Bezug auf den Cannabiskonsum. Vor allem bei jungen Arbeitslosen ist der regelmäßige Cannabiskonsum verbreitet. Im Vergleich zu früheren Befragungen zeigt sich ein deutlicher Anstieg des Cannabiskonsums. Nach Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA, ist diese Zunahme *„aus gesundheitlicher Sicht eine bedenkliche Entwicklung. Den aktuellen Forschungsergebnissen zufolge leidet die Hirnleistungsfähigkeit mit zunehmender Dauer und Intensität des Konsums von Cannabis. Umfangreiche Präventionsangebote sind deshalb unverzichtbar, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und junge Menschen davon zu überzeugen, gar nicht erst mit dem Konsum von Cannabis anzufangen.“*

Weitere Informationen finden Sie hier: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

## Häufige Handy- bzw. Smartphone-nutzung bei Kindern und Jugendlichen

(ja). Die Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen (LfM) gab eine Studie in Auftrag, in der die Handy- und mobile Internetnutzung von Kindern und Jugendlichen untersucht wurde. Anfang Oktober wurden die Ergebnisse der Studie von den Medienwissenschaftlern Dr. Karin Knop und Prof. Dr. Peter Vorderer von der Universität Mannheim vorgestellt. In drei Befragungen wurde die Handynutzung sowie die Nutzung von mobilem Internet bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-14 Jahren untersucht. Dazu wurden 20 Kinder und Jugendliche mit jeweils einem Elternteil befragt, acht Gruppendiskussionen mit natürlichen Peergroups sowie eine quantitative Befragung von 500 Kindern und Jugendlichen und jeweils einem ihrer Elternteile durchgeführt.

Die Ergebnisse der Befragungen zeigten, dass die Kinder und Jugendlichen täglich und teilweise auch permanent ihre Handys bzw. Smartphones nutzen. Das Handy bzw. Smartphone dient vor allem zur Kommunikation mit Peers oder Eltern (vor allem über Messenger-Dienste wie beispielsweise Whatsapp), wird aber auch stark als Unterhaltungsmedium (z.B. zum Spielen oder Musikhören) genutzt. 64% der 8-14-Jährigen können über das Handy bzw. Smartphone auf das Internet zugreifen. Bei den 13- und 14-Jährigen sind es bereits 86%. Die Nutzung von Handys und dem mobilen Internet geht mit einigen positiven Aspekten einher, wie beispielsweise eine unkompliziertere Kommunikation und Alltagsorganisation. Jugendliche ohne Onlinezugang erleben Einschränkungen und erfahren kommunikative Ausgeschlossenheit bei der Interaktion mit der Peergroup. Die Befragung ergab auch weitere negative Aspekte. Viele Kinder und Jugendliche berichteten von einer emotionalen Bindung an das Mobiltelefon. Dies kann sich bis zu einem exzessiv-abhängigen Gebrauch steigern. 21% berichteten von einem starken Involvement, 8% von ihnen sind so

stark involviert, dass sie als suchtfährdet bezeichnet werden müssen. Außerdem zeigte sich, dass viele Kinder und Jugendliche das Handy unachtsam nutzen, wodurch sie dann beispielsweise unüberlegt Daten preisgeben oder sich von Hausaufgaben ablenken lassen. Neben selbstschädigenden Verhaltensweisen zeigten sich auch unerwünschte Handynutzungsweisen, die zusätzlich negative Konsequenzen für andere Personen haben. Während jeweils 10% der Heranwachsenden bereits Mobbing oder ausgrenzendes Verhalten sowohl in der Täter- als auch in der Opferrolle erlebt haben, sind zwischen 4% und 6% der Kinder und Jugendlichen bereits Opfer oder Täter von Happy Slapping (körperlicher Angriff, der über die Veröffentlichung von mitgefilmten Material das Opfer erniedrigen soll) geworden oder haben sexualisierte Fotos von sich verschickt.

Weitere Informationen finden Sie hier: [http://www.lfm-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/lfm-nrw/Service/Veranstaltungen\\_und\\_Preise/Tagungen\\_und\\_Praesentationen/Alwayson/Dokumente/Band-77\\_Mediatisierung-mobil\\_Zusammenfassung.pdf](http://www.lfm-nrw.de/fileadmin/user_upload/lfm-nrw/Service/Veranstaltungen_und_Preise/Tagungen_und_Praesentationen/Alwayson/Dokumente/Band-77_Mediatisierung-mobil_Zusammenfassung.pdf)

## **ICD-10-GM Version 2015 veröffentlicht**

(ja). Das DIMDI hat im September die endgültige Fassung der ICD-10-GM Version 2015 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification) veröffentlicht. In die neue Version sind die Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie 76 Vorschläge von Fachgesellschaften, Fachleuten aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken sowie Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eingeflossen.

In Bezug auf Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), gab es nur bei F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) Veränderungen.

Weitere Informationen finden Sie hier: [https://www.dimdi.de/static/de/klassi/aktuelles/news\\_0374.html\\_319159480.html](https://www.dimdi.de/static/de/klassi/aktuelles/news_0374.html_319159480.html)

## **Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD): Problemlagen im Gesundheitswesen**

(ja). Im September hat die UPD ihren dritten Jahresbericht veröffentlicht. Zentrale Themen im Bericht sind vor allem die Leistungen der Krankenkassen, Patientenrechte und Geldforderungen von Kassen und Ärzten. Es wurden über 80.000 Beratungsgespräche ausgewertet, die zwischen April 2014 und März 2015 stattfanden. Zusätzlich wurden Fallbeispiele und Berichte von Beratern aus der Praxis veröffentlicht.

Die zentralen Beratungsschwerpunkte werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

### **Beratungsschwerpunkt 1: Patientenrechte (15.079 Beratungsgespräche)**

Die häufigsten Fragen wurden zum Thema Einsichtnahme in die Krankenakten gestellt. Nach dem Patientenrechtegesetz haben PatientInnen das Recht, ihre Patientenakte einzusehen. Trotzdem kommt es häufig dazu, dass dieses Recht von Arztpraxen und Krankenhäusern verwehrt wird. Betroffene können sich bei der Ärztekammer oder der Psychotherapeutenkammer beschweren oder den Rechtsweg nehmen. Allerdings berichteten die BeraterInnen, dass PatientInnen häufig aus Furcht vor möglichen Verfahrenskosten vor dem Rechtsweg zurückschrecken und stattdessen lieber auf die Akteneinsicht verzichten.

Daneben gab es häufig Hinweise darauf, dass die Regelungen zum Behandlungsvertrag von den Ärzten teilweise keine Beachtung finden, dass medizinisch notwendige Leistungen von Ärzten nicht gewährt wurden

(meist mit der Begründung der drohenden Überschreitung der geltenden Richtgrößen).

**Beratungsschwerpunkt 2:  
Geldforderungen und Zuzahlungen  
(9.285 Beratungsgespräche)**

Es wurden auch häufig Fragen zu finanziellen Themen gestellt. Dabei ging es vor allem um Rechnungen, Krankenversicherungsbeiträge und Eigenanteile, aber auch um Zuzahlungen, Fragen zur Belastungsgrenze, zum Heil- und Kostenplan sowie zu Härtefallregelungen bei Zahnersatz. Besonders häufige Fragen waren Beitragsfragen (Höhe der Krankenkassenbeiträge, finanzielle Überforderung). Es kamen auch häufiger Hinweise darauf, dass die Rechnungen für PatientInnen unverständlich und nicht nachvollziehbar sind.

**Beratungsschwerpunkt 3:  
Ansprüche gegenüber Kostenträgern  
(29.131 Beratungsgespräche)**

Fragen zu diesem Thema betrafen vor allem die Erläuterung von Umfang und Anspruchsvoraussetzungen sowie die Prüfung von Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger. Vor allem das Krankengeld spielte eine große Rolle und auch die Möglichkeiten, die man hat wenn man kein Krankengeld mehr bekommt. Die UPD weist in ihrem Bericht wieder darauf hin, dass aufgrund von formaler Fehler bei der Krankschreibung es häufig dazu kommt, dass Lücken in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auftraten und PatientInnen deshalb das Krankengeld verloren. Im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wurde häufiger die stationäre medizinische Rehabilitation thematisiert. Die Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (häufiger Ablehnungsgrund bei Anträgen auf psychosomatische Rehabilitation) scheiterte häufig an der Verfügbarkeit von ambulanten Therapieplätzen.

**Beratungsschwerpunkt 4:  
Probleme im sozialen und beruflichen  
Umfeld (7.875 Beratungsgespräche)**

In den meisten Fällen ging es bei diesen Beratungsgesprächen um Konflikte mit den Krankenkassen oder den Ärzten. Ein häufiges Problem ist, dass PatientInnen falsch oder unvollständig informiert oder beraten wurden oder unangemessenem Verhalten ausgesetzt waren. Häufig wurde über Zeitdruck berichtet, was zu einem Konflikt beim Arzt-Patientenkontakt führt. Wie in den letzten Jahren wurde auch berichtet, dass viele PatientInnen sich von Krankengeld-Fallmanagern der Krankenkassen unter Druck gesetzt fühlen. Vor allem bei Personen mit psychischen Problemen ist es wenig zielführend die PatientInnen unter Druck zu setzen.

**Beratungsschwerpunkt 5:  
Behandlungsfehler  
(6.320 Beratungsgespräche)**

In den meisten Gesprächen ging es hier um einen Verdacht auf Behandlungsfehler, allerdings lieferte die Beratung aus fachlicher Sicht in 1.629 Fällen Anhaltspunkte für Defizite oder Mängel in der Versorgung. Auch wurden Schwierigkeiten bei der Beweisführung berichtet, insbesondere beim Nachweis der Kausalität zwischen der Fehlversorgung und dem dadurch eingetretenen Schaden.

Seit 2006 berät die UPD PatientInnen kostenfrei, unabhängig und neutral zu allen Themen im Bereich des Gesundheitswesens. Sie berät im gesetzlichen Auftrag - finanziert durch die gesetzlichen Krankenkassen - und hilft den PatientInnen dabei ihre Rechte (z.B. gegenüber den Krankenkassen) durchzusetzen. Diese gemeinnützige Einrichtung hat sich bislang als gute funktionierende Anlaufstelle für PatientInnen bewährt, die auch immer wieder sehr lesenswerte und qualitativ hochwertige Artikel und Berichte verfasst hat.

In den letzten Monaten wurde sehr viel über die Zukunft der UPD diskutiert. Bis Ende 2015 sind die Träger der UPD ein Verbund



aus Sozialverband VdK Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband und Verbund unabhängige Patientenberatung.

Ab 2016 wird die UPD nun von dem privaten Callcenter Sanvartis übernommen. Diese Übernahme wurde stark kritisiert. Beispielsweise wirbt Sanvartis auf seiner Homepage damit, dass es bereits für verschiedene Krankenkassen als Dienstleister tätig ist (z.B. AOK und BARMER). Daher stellt sich die Frage, inwieweit ein Dienstleister der Krankenkassen parallel eine neutrale und unabhängige Patientenberatung anbieten kann. Außerdem ist fraglich, inwieweit die hohe Qualität der UPD aufrechterhalten werden kann, wenn bundesweit 21 Beratungsstellen geschlossen werden und neue MitarbeiterInnen in die Thematik eingearbeitet werden müssen.

Weitere Informationen finden Sie hier:  
[http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Monitor\\_2015/Monitor-Patientenberatung\\_150623.pdf](http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/Monitor_2015/Monitor-Patientenberatung_150623.pdf)

### **Beratung für PsychotherapeutInnen zu Rechtsextremismus oder Salafismus**

---

Das Diagnostisch-Therapeutische Netzwerk Extremismus (DNE) bietet psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen, die mit Klienten im Kontext von Deradikalisierung und Ausstiegshilfen aus Rechtsextremismus oder Salafismus in Kontakt kommen, eine entsprechende Fachberatung an. Diese kann telefonisch, per Internet oder je nach regionaler Situation im persönlichen Kontakt in Anspruch genommen werden:

<http://www.dne-deutschland.de/angebot/?c=fachkraefte>

## Regionale Mitgliedertreffen, Termine

### Termine der Landesgruppen

- **Baden-Württemberg:** Landesgruppentreffen am 4. Dezember 2015 ab 18.00 Uhr im Veranstaltungsraum (vierter Stock) der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. (eva), Büchsenstraße 34-36, 70174 Stuttgart.  
  
„Zulassungsfragen, Praxisnachfolge und Selektivverträge“ (Kooperation DGVT-BV und DPtV Baden-Württemberg): 5. Dezember 2015, 10.00 - 17.00 Uhr im Haus der Wirtschaft, Willi-Bleicher-Str. 19, 70174 Stuttgart. Um Anmeldung wird gebeten: [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de).
- **Berlin:** DGVT-Stammtisch am 7. Dezember 2015 von 19.30 - 22.00 Uhr im GLS Campus Berlin, Kastanienallee 82, 10435 Berlin, Raum 206, Haus 2, 1. Erdgeschoss.
- **Niedersachsen:** Landesgruppentreffen am 21. November 2015 um 9.45 Uhr im Stephansstift, Kirchröder Straße 44, 30625 Hannover.

Alle Termine auch auf [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) bzw. [www.dgvt-bv.de](http://www.dgvt-bv.de) unter „Landesgruppen“.

## DGVT-Berufsverband - Fortbildung

### *„Approbation - was nun?“*

Referent: Dr. Daniel Bergmann

Nächste Termine: 6. Februar 2016 in Hamburg, 19. März 2016 in Rostock,  
21. Mai 2016 in Bielefeld

Jeweils von 13.00 – 17.00 Uhr

Referentin: Dr. Eva-Maria Greiner

Nächste Termine: 23. Januar 2016 in München, 12. März 2016 in Stuttgart

Jeweils von 10.00 – 14.00 Uhr

### *Kostenerstattung*

Referentin: Kirsten Deppenkemper

Nächste Termine: 16. April 2016 in München, 24. September 2016 in Berlin

Jeweils von 9.00 – 16.30 Uhr

Referentin: Dr. Hanna Crönjäger

Nächste Termine: 7. Mai 2016 in Hamburg, 12. November 2016 in Hamburg,

Jeweils von 9.00 – 16.30 Uhr

### *Seminar zur wirtschaftlichen Praxisführung*

Referenten: Thomas Cerny und Hans Schaffer

Nächster Termin: 22./23. April 2016 (22.04.: 16 -20 Uhr, 23.04.: 9 - 17 Uhr) in Berlin

*Ihre Anmeldungen richten Sie bitte an [fortbildung@dgvt-bv.de](mailto:fortbildung@dgvt-bv.de).*

**Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: [www.dgvt-bv.de/aktuell](http://www.dgvt-bv.de/aktuell)**



## Praxismanagement to go: MHP-Online bestellen und Premium-Geschenk sichern

nur bis zum  
31.01.2016

Zwei Jahre Fachinformation **und ein Tablet dazu**



Behnen/Bell/Best/Gerlach/  
Schirmer/Schmid (Hrsg.)

**Management Handbuch für die  
psychotherapeutische Praxis – Online**

ISBN 978-3-86224-006-7  
Vorteilspreis für DGVT-Mitglieder:  
€ 89,99 Halbjahrespreis

  
Berufsverband Psychosoziale Berufe

Das Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis – Online befasst sich mit organisatorischen, rechtlichen, berufsrechtlichen und die Profession betreffenden Entwicklungen. Themen wie z. B. Abrechnung, Auskunftspflicht, Behandlungsvertrag, Kooperationsformen oder Patientenrechte werden stets aktuell beleuchtet. Aktuelle Rechtsvorschriften und Richtlinien, hilfreiche Adressen, praktische Checklisten und Musterformulare unterstreichen die Praxistauglichkeit des Werkes.

Die Online-Version bietet höchsten Komfort dank regelmäßiger Aktualisierung, praktischer Suchfunktion und persönlicher Notizen. Die Online-Version ist am PC sowie mit einem Tablet oder Smartphone von unterwegs und offline nutzbar.

### Für Sie als Premium-Geschenk: Das Acer Tab 10



Foto: acer

Ausführliche Informationen zum Werk, Teilnahmebedingungen, eine Leseprobe und technische Details zum Tablet finden Sie unter:  
[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)



Sie möchten sich vom Inhalt überzeugen?  
Wir bieten Ihnen gerne einen Testzugang an.  
Einfach Mail an [info@medhochzwei-verlag.de](mailto:info@medhochzwei-verlag.de)

#### Bestellung

in unserem Shop unter: [www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)  
oder über unseren Kundenservice:  
Bestell-Tel. 07953 / 7189 076,  
E-Mail: [medhochzwei-verlag@sigloch.de](mailto:medhochzwei-verlag@sigloch.de)

 medhochzwei

  
PSYCHOTHERAPEUTEN  
VERLAG