

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 4/2013
19. November 2013

Aus dem Inhalt

- Verhandlungspoker um die Gesundheit
- Bericht vom 23. DPT in Kiel
- Honorar-Fragen und Einfluss in der KV:
Stellenwert der Psychotherapeuten
im Gesundheitssystem


Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.


Berufsverband Psychosoziale Berufe

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

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

Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen

Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen

Telefon 07071 9434-0 / 9434-10

Telefax 07071 9434-35

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

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

Verantwortlich für den Inhalt:

Vorstand von DGVT und DGVT-BV.

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

Copyright:

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

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

Satz:

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen

Lia Kailer und Suse Stengel

Druck:

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **Verhandlungspoker um die Gesundheit:
Koalitionsverhandlungen in Berlin** 7
- **Plus oder Minus? Mysteriöse Zahlenspiele im Schätzerkreis der GKV** 10
- **Bier statt Psychotherapie?
G-BA-Vorsitzender sorgt mit Äußerung für Unmut** 12
- **BPtK-Workshop „Psychotherapie-Richtlinie und Versorgungsbedarf“** 14
- **Bessere medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen** 17
- **Schuldenerlass für Beitragsschuldner** 18
- **Missbrauchsbeauftragter mahnt politischen Handlungswillen an** 18
- **Verwitwet, enkellos und wilde Ehen:
Report Altersdaten skizziert Lebensformen älterer Menschen** 19

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	22
Bayern	23
Berlin	25
Hessen	26
Niedersachsen	27
Nordrhein-Westfalen	29
Rheinland-Pfalz	29
Schleswig-Holstein	31

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Neue Struktur des KV-Systems darf nicht zu Lasten
der Psychotherapeuten gehen** 34
- **Aktuelle Honorarsituation für Psychotherapeuten** 35
- **Berufsverbandssitzung der KV Mecklenburg-Vorpommern** 36
- **KV Westfalen-Lippe: Änderungen des Honorarverteilungsmaßstab** 39
- **Honorarbescheide: Widerspruch weiterhin empfehlenswert** 39
- **Abrechnungsfragen unserer Mitglieder: Samstagsziffer auch für
PP/KJP abrechnungsfähig?** 41
- **Neuer Bundesmantelvertrag ab 1.10.2013** 42
- **Neue ICD-10-Version im Web verfügbar** 43

- **Psychotherapeutische Behandlung von Bundeswehrsoldaten** 43
- **Information zu den neuen KV-Sitzen:
In manchen Regionen konnten noch nicht alle Sitze vergeben werden** 44

Alles was Recht ist . . .

- **Fonds soll Opfer von Behandlungsfehlern entschädigen** 46
- **Familienversicherung für Behinderte ohne Altersbegrenzung** 46
- **Eltern entscheiden über Fixierung von Kindern in offenen Einrichtungen**.. 47
- **Krankenversichertenkarte weiterhin gültig** 47

Tagungsberichte

- **23. Deutscher Psychotherapeutentag in Kiel** 49
- **Zukunft der KJP: Fachwelt ringt um Positionen** 51

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mehrere Tage haben die VertreterInnen von Union und SPD der AG „*Gesundheit und Pflege*“ bereits verhandelt und in einigen Bereichen sogar Einigungen erzielt – das war vor dem SPD-Parteitag am 15./16. November 2013. Nachdem am 23. November die CSU in München ihren Parteitag hat, beginnt die heiße Phase der Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD erst danach. Zu guter Letzt haben noch die SPD-Mitglieder die Möglichkeit, den Koalitionsvertrag zu kippen. Die bisherigen Ergebnisse (siehe hierzu „*Verhandlungspoker um die Gesundheit*“ S. 7) jedenfalls zeigen noch keine nachhaltige strukturelle Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. Aber vielleicht überrascht uns ja noch die/der neue Bundesgesundheitsminister/in.

Die Verbände und Kammern haben das Jahr 2013 genutzt, um sich für die anstehende *Reform des Psychotherapeutengesetzes* vorzubereiten. Die Bundespsychotherapeutenkammer arbeitet gemeinsam mit den Landeskammern an der Ausarbeitung eines modernen Berufsbildes für PsychotherapeutInnen, das als Orientierung dienen soll, um anschließend die notwendigen Kompetenzen für die Berufsangehörigen und die geeigneten Vermittlungskonzepte abzuleiten. Dies ist ein sinnvoller Weg, um in eine sachorientierte Diskussion über die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung einzusteigen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Ausbildung und die Tätigkeit der AusbildungsteilnehmerInnen finanziert werden müssen (vgl. hierzu die DGVT-Stellungnahme, abgedruckt in dieser VPP, d. h. VPP 4/2013, S. 1 014).

Trotz aller Härte in der Auseinandersetzung zwischen den Arztgruppen und auch zwischen Ärzten und PsychotherapeutInnen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat uns die Nachricht über die schwere Erkrankung von *Andreas Köhler*, dem mächtigen Vorstandsvorsitzenden der KBV, inne halten lassen. Köhler hat am 9. November einen Herzinfarkt erlitten – das war unmittelbar nach einer KBV-Vertreterversammlung, bei der wieder ein-

mal sehr heftig gerungen wurde (siehe auch den Bericht von Jürgen Friedrich über die *Berufsverbandssitzung in der KV Mecklenburg-Vorpommern*, S. 36) Köhler setzt sich als KBV-Chef seit fast zehn Jahren unermüdlich und auch erfolgreich für die Interessen der niedergelassenen Vertragsärzte und -ärztinnen ein, und hier – so sehen es viele – insbesondere für die Interessen der Fachärzte. Gerade in jüngster Zeit wird er häufig auch persönlich als Garant für einen gewissen Minderheitenschutz der PsychotherapeutInnen innerhalb des vertragsärztlichen Systems angesehen. Wir wünschen ihm alles Gute für seine Genesung.

„Der Berg kreist und gebiert eine Maus“ – im Zusammenhang mit den Beschlüssen zur „Ausbudgetierung“ der Psychotherapiekosten aus dem Gesamthonorar der vertragsärztlichen Versorgung im Oktober letzten Jahres haben die Verhandlungspartner im Gemeinsamen Bewertungsausschuss festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Mitte 2013 die Psychotherapie-richtlinie in verschiedener Hinsicht überarbeiten solle. Bekanntlich ist das bis Mitte 2013 nicht erfolgt, und vermutlich wird es auch nur um kleine Änderungen gehen. Denn der zuständige G-BA ist ein Gremium, in dem sich sehr viele unterschiedliche Interessengruppen einigen müssen und im Zweifel wird dann eher weniger verändert als mehr. Nachdem verschiedene Verbände (auch die DGVT) in den zurückliegenden Monaten Positionen dazu erarbeitet haben, hat nun auch die Bundespsychotherapeutenkammer das Thema im Rahmen eines Workshops beraten (vgl. den Bericht in dieser Rosa Beilage, S. 14).

Ein weiteres Thema unter der Rubrik „*Gesundheits- und Berufspolitisches*“ sind die in die Öffentlichkeit gelangten *Äußerungen des G-BA-Vorsitzenden Josef Hecken* zum Psychotherapiebedarf, die in der Psychotherapeutenlandschaft für großen Unmut gesorgt haben (siehe hierzu den gleichnamigen Beitrag S. 12).

Unsere niedergelassenen KollegInnen möchten wir wieder besonders auf die Rubrik „*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*“ hinweisen.

Unter „*Alles was Recht ist ...*“ finden Sie einige neue Urteile zu unterschiedlichen gesundheits- und berufspolitischen Aspekten.

Ergänzt wird die Rosa Beilage durch einen Bericht zum *23. Deutschen Psychotherapeutentag in Kiel*, verschiedene weitere Tagungsberichte und zahlreiche *Berichte aus den Ländern* von unseren KollegInnen vor Ort.

Wir wünschen Ihnen eine geruhsame Adventszeit und viel Spaß beim Lesen.

Waltraud Deubert
Angela Baer

Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Verhandlungspoker um die Gesundheit

Koalitionsverhandlungen in Berlin: Strukturelle Weiterentwicklungen sind in Sicht

Die Arbeitsgruppe Gesundheit hat sich im Rahmen der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU/CSU und SPD schon mehrfach getroffen. Bei einigen Punkten wurde bereits Einigkeit erzielt, andere Punkte sind allerdings weiterhin strittig. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass es in der nächsten Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik keine nachhaltig strukturelle Weiterentwicklung geben wird. Hier ein kurzer Überblick über die Themen und den gegenwärtigen Stand der Verhandlungen (18.11.2013):

Ambulante Versorgung

Ein unverzichtbares Element in der ambulanten Versorgung sei die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, heißt es. Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten sollen weiter verbessert werden. In der psychotherapeutischen Versorgung sollen Wartezeiten verkürzt werden - insgesamt hat das Thema Wartezeit wohl einen gewissen Raum in den Verhandlungen eingenommen. Es wurde beschlossen, dass sich gesetzlich Versicherte in Zukunft bei Überweisungen an einen Facharzt an eine Termin-Servicestelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wenden können, damit diese ihnen innerhalb einer Woche einen Termin vermittelt. Kommt innerhalb von vier Wochen kein Termin beim Facharzt zustande, können sich die Patient/innen auf Kosten des ambulanten Budgets auch im Krankenhaus fachärztlich behandeln lassen. Gesundheitsexperte Karl Lauterbach (SPD) bezeichnet das als einen „wesentlichen Schritt weg von der Zwei-Klassen-Medizin“.

Die Rolle des Hausarztes soll gefördert und die hausärztliche Versorgung weiter

gestärkt werden. Die Vertreterversammlungen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zu gleichen Teilen mit Haus- und mit Fachärzten besetzt werden. Offen bleibt die Frage, wo die KV-Delegierten der Psychotherapeuten „bleiben“ – sie sind bisher auf 10% der Delegierten beschränkt und müssen sich natürlich auch in der KV wiederfinden. Über rein hausärztliche Belange sollen nach dem Konzept der Verhandlungspartner zukünftig nur die hausärztlichen VertreterInnen entscheiden.

Neue Versorgungsformen und telemedizinische Leistungen wollen die Koalitionäre weiter fördern und ausbauen. Zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro geschaffen. Das Geld sollen die Krankenkassen zur Verfügung stellen. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) sollen weiterentwickelt werden. Im Gespräch sind neue DMPs für Rückenleiden und Depression.

Künftig sollen auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ), z. B. mit Hausärzten, Psychotherapeuten und Fachärzten zugelassen werden. Außerdem soll es auch Kommunen ermöglicht werden, MVZ zu gründen.

Krankenhaus

Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein. Das ist die Prämisse, auf die sich die Verhandlungspartner in der AG Gesundheit bei den Koalitionsverhandlungen geeinigt haben. An diesen Grundsätzen sollen sich mögliche Änderungen im Krankenhaussektor in der neuen Legislaturperiode orientieren. Qualität soll dazu als ein weiteres Kriterium bei Entscheidungen der Krankenhausplanung zugrunde gelegt werden. Außerdem sollen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verständlicher und transparenter werden und sich damit als Grundlage für Patientenentscheidungen bes-

ser eignen. Aspekte der Patientensicherheit und Ergebnisse von Patientenbefragungen sollen besser in die Qualitätsberichte integriert werden.

Gute Qualität soll sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Dazu sollen Krankenhäuser in Zukunft weit mehr als heute nach Behandlungserfolgen bezahlt werden. Leistungen mit nachgewiesenermaßen besonders guter Qualität sollen dazu von den Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden. Für besonders gute Qualität sollen Zuschläge möglich sein. Krankenkassen sollen modellhaft mit einzelnen Krankenhäusern Qualitätsverträge abschließen können. So sollen Komplikationen, die nach einer Entlassung aus der Klinik in der ambulanten Versorgung auftreten, künftig in die Qualitätsbewertung dieses Hauses mit einfließen. Die Verhandlungsparteien wollen sicherstellen, dass Krankenhäuser auch in strukturschwachen Regionen ihrem Versorgungsauftrag nachkommen können. Weiterhin wollen sie gewährleisten, dass bei der Kalkulation der Diagnosis-related Groups (DRGs) die Personalkosten in ausreichender Höhe berücksichtigt werden.

Das Entlassmanagement aus den Krankenhäusern soll verbessert werden. Dazu soll der Leistungsanspruch der Versicherten und das Entlassmanagement der Krankenhäuser durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt werden. Krankenhäuser sollen in Zukunft auch eine pflegerische Übergangsvorsorge veranlassen und Leistungen verordnen dürfen. Strittig ist im Krankenhausbereich insbesondere der Investitionsfonds in Höhe von 500 Millionen Euro, der u. a. für die Umwandlung von zu schließenden Krankenhäusern, z. B. in Altenheime oder MVZ, vorgesehen ist

Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser strittig

Im Moment ist unklar, ob an eine Verlängerung der Optionsphase oder an die Einführung eines gänzlich neuen Systems gedacht ist. Das leistungsorientierte und pauschalie-

rende Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wird seitens der SPD in seiner jetzigen Ausgestaltung abgelehnt. Für Professor Karl Lauterbach, Verhandlungsleiter für die SPD in der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“, sind „in der Psychiatrie die Fallpauschalensysteme, die wir für die Operationen eingeführt haben, nicht zielführend.“ Der vor Jahren eingeschlagene Weg in Richtung eines pauschalen Systems für die Psychiatrie müsse abgebrochen werden. Dieser führe dazu, dass „die krankesten und die teuersten Patienten demnächst keine Versorgung bekommen“.

Dazu der Vorschlag der Union

Vor dem Ende der Optionsphase (2014) soll geprüft werden, ob eine weitere Verlängerung der Optionsphase notwendig ist und systemische Veränderungen des Vergütungssystems in Richtung eines größeren Tagesbezuges vorgenommen werden müssen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung halte man fest.

Dazu der Vorschlag der SPD:

Fehlentwicklungen bei der Einführung eines pauschalierenden leistungsorientierten Vergütungssystems in der Psychiatrie werden unverzüglich korrigiert. Es muss ein Vergütungssystem entwickelt werden, das schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligt, sektorenübergreifende Behandlung fördert und die Verweildauer verkürzt, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Bis dahin muss die Psychiatrie-Personal-Verordnung (PsychPV) übergangsweise fortgeführt werden.

Arzneimittel

Die noch von der alten Bundesregierung angeschobene Nutzenbewertung von Arzneimitteln, die bereits auf dem Markt sind (Bestandmarkt), ist wohl vom Tisch. Stattdessen soll der Zwangsrabatt dauerhaft auf sieben Prozent festgesetzt werden. Nach bishe-

rigem Recht würde er zum Jahresende von 16 Prozent auf sechs Prozent zurückfallen. Außerdem soll bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln außerhalb der Festbetragsgruppen das Preismoratorium fortgeschrieben werden. Laut „ÄrzteZeitung“ erhoffen sich die Verhandlungspartner durch diese Maßnahmen jährliche Einsparungen von bis zu 700 Million Euro.

Qualität/Qualitätssicherung

Die Qualität und die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich soll gestärkt werden. Dazu soll die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten ausgebaut werden. Die Koalitionäre planen, ein Institut zu begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermitteln und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefern soll. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen verpflichtet werden, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Korruption

PatientInnen müssen sich, so die Vorstellung, darauf verlassen können, dass ihre Gesundheit im Mittelpunkt der Behandlung steht. Um Korruption im Gesundheitswesen zu bekämpfen, soll daher im Strafgesetzbuch ein eigener Paragraph zur Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen eingeführt werden. Die bisherige schwarz-gelbe Regierung hatte im März 2013 die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen mit dem Präventionsgesetz verknüpft und wollte Korruption im Sozialgesetzbuch V verankern, obwohl sie vermutlich davon ausgingen, dass das Präventionsgesetz spätestens im Bundesrat scheitern würde. Die jetzigen Verhandlungsführer dagegen sehen in der Bekämpfung von Korruption in allen Bereichen und Ausprägungen eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe und wollen einen neuen Straftatbestand einführen.

Pflege

Keine Einigung zeichnet sich bisher beim Thema Pflege ab. Laut „ÄrzteZeitung“ möchte die Union in der Pflegeversicherung bis zu einer möglichen Pflegebedürftigkeit der geburtenstarken Jahrgänge ab dem Jahr 2030 einen Kapitalstock aufgebaut haben. Die SPD ist dagegen, weil das Geld in der Pflege schon heute dringend gebraucht werde und eine brauchbare Verzinsung des Kapitalstockes ohnehin nicht zu erreichen sei. Einigkeit herrscht aber wohl bei dem Punkt, dass der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,5 Prozent steigen soll. In wesentlichen Fragen wird die Arbeitsgruppe sowieso nicht entscheiden, da es größtenteils um Finanzierungsfragen geht, die auf die sogenannte „F-Liste“ kommen, die von den drei Parteivorsitzenden, dem obersten Gremium, noch mal beraten werden.

Prävention

Laut „ÄrzteZeitung“ ist auch das Thema Präventionsgesetz auf der Agenda der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit. Johannes Singhammer (CSU) soll dazu gesagt haben, dass versucht wird, das im Bundesrat gestoppte Präventionsgesetz der abgelaufenen Legislaturperiode wieder zu beleben.

Waltraud Deubert

Verwendete Quellen: ÄrzteZeitung, KBV-KOMPAKT, DKG, GID

Plus oder Minus? Mysteriöse Zahlenspiele

**Ministerium und Kassen
kommen zu ganz
unterschiedlichen Prognosen¹**

(*opg*). Erstmals seit 2009 konnte sich der Schätzerkreis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht auf eine gemeinsame Prognose zur GKV-Finanzentwicklung verständigen. Die Vertreter des GKV-Spitzenverbandes im Schätzerkreis veranschlagten die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen für 2013 und 2014 um insgesamt 2,4 Mrd. Euro höher als Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Bundesversicherungsamt (BVA). Der scheidende Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) und BVA-Präsident Maximilian Gaßner reagierten mit harscher Kritik auf das abweichende Votum des GKV-Spitzenverbandes.

Für den Beobachter sind die unterschiedlichen Vorhersagen rational nicht nachzuvollziehen. Über die den abweichende Voten zugrundeliegenden Einschätzungen, Überlegungen, Hypothesen und Daten wird das Publikum nicht aufgeklärt. Zwei dürre Seiten einer Pressemitteilung mit einigen Zahlen sind alles. Der Prozess der Entscheidungsfindung im GKV-Schätzerkreis bleibt deshalb für den Beobachter mysteriös. Böse Zungen behaupten, dasselbe gelte auch für die Akteure des Schätzerkreises selbst.

Die konsequente Intransparenz der Entscheidungsgrundlagen und -prozesse der Schätzerkreis-Prognosen, die seit Jahren folgenlos in der Kritik steht, provoziert politische Spekulationen. Was bezwecken Politik und die Bonner Bundesoberbehörde – und worauf will andererseits der GKV-Spitzenverband hinaus?

¹ *Quelle:* ‚Operation Gesundheitswesen‘ (OPG), 11. Jg., Ausgabe Nr. 26 vom 16. Oktober 2013; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung. Originalüberschrift: „Kein Konsens bei Prognosen für Krankenkassenausgaben“.

Einigkeit über zu erwartende Einnahmen des Gesundheitsfonds

Einig sind sich BMG und BVA einerseits und GKV-Spitzenverband andererseits über die voraussichtliche Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds – für 2014 gibt es allerdings eine Einschränkung.

Im laufenden Jahr 2013 ist demnach im Fonds mit Einnahmen in Höhe von 192,2 Mrd. Euro zu rechnen, denen Zuweisungen aus dem Fonds an die Kassen von unverändert 192 Mrd. Euro gegenüberstehen. Der daraus resultierende Überschuss von 200 Mio. Euro soll in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds fließen.

Im Jahr 2014 kalkuliert der Schätzerkreis Gesundheitsfonds-Einnahmen in Höhe von 202,2 Mrd. Euro. Allerdings einschließlich von nicht bezifferten Entnahmen aus der Liquiditätsreserve, die aber definitiv nicht als Fonds-Einnahmen verbucht werden können, weil sie längst in den Büchern stehen.

„Abweichende Meinungen“ hätten in der Frage bestanden, ob die von der abgewählten Bundesregierung vorgesehene Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds um 3,5 Mrd. Euro für 2014 (Kürzung 2013: 2,5 Mrd. Euro) bei der Schätzung zu berücksichtigen sei, heißt es in der Erklärung des Schätzerkreises. Die Schätzer hätten dafür plädiert, der GKV-Spitzenverband jedoch dagegen, weil der Bundesrat das Gesetz blockiert habe. Noch ein Mysterium, dessen Sinn sich nicht erschließt ...

Deutliche Abweichungen bei den Ausgabenprognosen

GKV-Ausgaben 2013. Für 2013 rechnen BMG und BVA mit GKV-Ausgaben in Höhe von 189,1 Mrd. Euro. Die Zunahme je Versicherten im Vorjahresvergleich würde demnach 4,9 Prozent betragen. Im Gegensatz dazu erwartet der GKV-Spitzenverband im laufenden Jahr insgesamt Ausgaben in Höhe von 190 Mrd. Euro, einen Zuwachs um 5,4 Prozent je GKV-Versicherten. Wie immer in diesen Statistiken und Dateien handelt es sich um nominale Angaben – die (Jahres-)

Inflationsrate von aktuell rund 1,5 Prozent ist darin nicht berücksichtigt.

Die abweichenden Einschätzungen erklären sich aus einer unterschiedlichen Bewertung von Ausgabenrisiken im laufenden Jahr, erläutert der GKV-Schätzerkreis. In beiden Prognosen resultiere ein Teil des Ausgabenanstiegs aus der Abschaffung der Praxisgebühr in Höhe von 1,8 Mrd. Euro (rund 1 Beitragssatz-Prozentpunkt). Außerdem seien die gesetzlichen Mehrausgaben zugunsten der Krankenhäuser berücksichtigt worden.

GKV-Ausgaben 2014. Die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im nächsten Jahr betragen nach Abschätzungen von BMG und BVA nominal 199,6 Mrd. Euro (plus 5,4 Prozent je Versicherten bzw. absolut 7,7 Mrd. Euro mehr als 2013). Der GKV-Spitzenverband erwartet dagegen etwas höhere Ausgaben in Höhe von 201,1 Mrd. Euro (plus 5,6 Prozent je Versicherten). Beide Zahlen sind gleichermaßen glaubwürdig und wahrscheinlich.

Für 2014 zu berücksichtigende Sondereffekte seien unter anderem die Absenkung des erhöhten Arzneimittelherstellerrabatts von 16 auf 6 Prozent, das Auslaufen des Preismoratoriums bei Nicht-Festbetragsarzneimitteln sowie gesetzlich beschlossene Mehrausgaben zugunsten der Krankenhäuser, stellt die BMG-BVA Mehrheitsfraktion im GKV-Schätzerkreis fest. Die Ausgabenrisiken des Jahres 2014 würden vom GKV-Spitzenverband einerseits und von BMG und BVA andererseits „unterschiedlich bewertet“, heißt es in der Pressemitteilung.

GKV traut den Zahlen nicht

Die GKV-Spitzenverband-Vorstandsvorsitzende Dr. Doris Pfeiffer hat bedauert, dass der Schätzerkreis nicht zu einem Konsens gekommen ist. Sie äußerte die Vermutung, dass die zu knappe Kalkulation der Gesundheitsfonds-Zuweisungen an die über 130 Krankenkassen in absehbarer Zeit in Zusatzbeiträge bei „manchen Krankenkassen“ münden würde. Zudem vermutet der GKV-Verband, dass weitere Kürzungen des Bun-

deszuschusses bereits programmiert sind. Die GKV traut der heraufdämmernden Großen Koalition nicht über den Weg. Dafür gibt es Gründe. So ist die Bürgerversicherung, für die es aktuell eine Mehrheit im Bundestag gibt, von der SPD längst beerdigt worden.

BMG-Ressortchef Bahr und BVA-Präsident Gaßner haben den GKV-Spitzenverband für dessen Blockade der BMG-BVA-Heile-Welt-Finanzprognose für die GKV bis 2014 heftig kritisiert. Nochminister Bahr hat der GKV durch die Streichung der Praxisgebühr jährlich 1,8 Mrd. Euro an Finanzmitteln entzogen und es obendrein zugelassen, dass der scheidende Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) den GKV-Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds 2013 und 2014 um insgesamt 6 Mrd. Euro gekürzt hat.

Es wird interessant werden zu sehen, welche gesundheitspolitische Strategie die SPD in der Großen Koalition einschlagen wird. Große Erwartungen dürften wohl nicht erfüllt werden.

Info:

Der Schätzerkreis hat die Aufgabe, auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung die Entwicklung der Einnahmen, Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über die weitere Entwicklung im jeweiligen Folgejahr zu treffen.

Dem Schätzerkreis gehören Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesversicherungsamtes sowie des GKV-Spitzenverbandes an. Den Vorsitz hat ein Vertreter des Bundesversicherungsamtes. Das Bundesversicherungsamt ist dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstellt.

Kommentar:

Der Schätzerkreis hat sich in seiner Sitzung am 10. Oktober 2013 nicht auf eine einvernehmliche Prognose der Ausgaben der Krankenkassen für 2013 und 2014 verständigt. Was hat das zu bedeuten?

Die Schätzungen sind beachtenswert, da Ministerium und Bundesversicherungsamt einen recht hohen Ausgabenanstieg für 2014 erwarten. Es ist von einem Ausgabenschub um plus 5,4 % je Versichertem die Rede, also weit jenseits des Anstiegs der Einnahmen im Gesundheitsfonds. Da wird sich bei den politischen Beratungen über die Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode die Frage stellen, ob gesetzliche Initiativen der Begrenzung des Ausgabenanstiegs eingeleitet werden müssen.

Ungeklärt ist beispielsweise nach 2014 auch, woher die jährlich rund zwei Mrd. Euro für die abgeschaffte Praxisgebühr genommen werden sollen, für die in 2013 und 2014 noch die Liquiditätsreserve herhält. Es muss entschieden werden, ob die mittelfristig zu erwartenden Mehrausgaben – nach dem absehbaren Abschmelzen der Überschüsse – allein über Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert werden sollen. Aber die Zusatzbeiträge will die SPD unbedingt abschaffen.

Waltraud Deubert

Bier statt Psychotherapie? G-BA-Vorsitzender sorgt mit Äußerung für Unmut

**Josef Hecken bedauert inzwischen
seine „missverständlichen Worte“**

(ab). Josef Hecken gilt als der mächtigste Mann im deutschen Gesundheitswesen, mächtiger als der Bundesgesundheitsminister. Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen

in Deutschland – hat sich offenbar abfällig über psychisch Kranke geäußert: Nicht jeder benötige einen Psychotherapeuten, ließ er wissen, manchmal helfe auch eine Flasche Bier.

Diese Äußerung sorgte für reichlich Ärger unter unseren Mitgliedern. Auf unseren Mailinglisten entbrannte eine heftige Diskussion: Einige bezeichneten Heckens Worte als „Entgleisung“ und forderten seinen Rücktritt, einige schrieben auch empörte Briefe an den G-BA.

Spiegel online berichtete am 5.11.2013, dass Josef Hecken in einer Sitzung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen gesagt haben soll, man benötige nicht für jeden Bürger einen Psychotherapeuten, eine Flasche Bier tue es manchmal auch.

Hecken dementierte die Äußerungen nicht. Vielmehr bezeichnet er sie als "unglücklich, weil missverständlich". Er habe lediglich sagen wollen, dass er "als Privatperson nicht jede Befindlichkeitsstörung wie zum Beispiel gelegentliche Einschlafprobleme als krankhaften und sofort behandlungsbedürftigen Zustand ansehe, sondern mir dann manchmal als altes und überliefertes Hausmittel eine Flasche erwärmten Bieres hilft".

Hecken schreibt weiter: "Es lag und liegt mir fern, psychische Erkrankungen zu verharmlosen oder gar Alkoholgenuss als probate Alternative zu psychotherapeutischer Behandlung zu bezeichnen." Er habe gegenüber dem Chef der Bundespsychotherapeutenkammer bereits sein "Bedauern über die unpräzise Aussage zum Ausdruck gebracht".

Die DGVT geht davon aus, dass der G-BA seiner Verantwortung gegenüber psychisch Kranken auch in Zukunft gerecht wird, indem er die Voraussetzungen für eine angemessene Versorgung schafft.

Im Folgenden veröffentlichen wir – stellvertretend für viele Kommentare – ein Statement von Joseph Kuhn auf einem „Scienceblog“ im Internet.

Manchmal äußern sich Leute derart abseitig über psychische Erkrankungen, dass man

sich fragt, ob diese Leute die Zeit seit der Psychiatrie-Enquete 1975 im gesundheitspolitischen Tiefschlaf verbracht haben. Spätestens seit damals sollte es für Fachleute eine Binsenweisheit sein, dass es mit der Versorgung psychisch Kranker nicht zum Besten steht.

Inzwischen hat sich viel getan, aber es gibt auch noch viel zu tun. So weist die Weltgesundheitsorganisation immer wieder darauf hin, dass die psychische Gesundheit zu den ganz großen gesundheitspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gehört. Da vereinbaren die europäischen Länder einen "Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden", der u.a. gegen die Stigmatisierung und Verharmlosung psychischer Störungen mobilisieren soll. Da schreiben die Krankenkassen Jahr für Jahr, dass Krankschreibungen infolge psychischer Störungen stetig zunehmen, auch die Krankenhausfälle mit diesen Diagnosen nehmen seit Jahren zu und bei den Ursachen krankheitsbedingter Frühberentungen stehen die psychischen Störungen inzwischen an erster Stelle. Eigentlich kein Szenario, um die Problematik abzutun.

Und dann sagt ausgerechnet der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, also des Gremiums, das für eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung in Deutschland sorgen soll und dafür zuständig ist, welche Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, Josef Hecken, dass nicht jeder Bürger eine Psychotherapie brauche, manchmal tue es auch eine Flasche Bier.

Wörtlich genommen, ist das sogar richtig. Natürlich braucht nicht jeder Bürger eine Psychotherapie, Gott sei Dank. Auch nicht jede Bürgerin. Und natürlich tut es manchmal eine Flasche Bier, zum Beispiel im Sommer im Biergarten, wenn es heiß ist.

Was mag ihm bei diesem Satz durch den Kopf gegangen sein? Irgendeine Art von „Die Leute sollen sich halt nicht so anstellen“-Gefühl vermutlich. Dabei sind gerade erst die Ergebnisse der Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ veröffentlicht worden, die einmal mehr bestätigen, dass

Menschen mit psychischen Störungen oft gar nicht, oft nicht rechtzeitig und oft nicht leitliniengerecht versorgt werden. Nur ca. 40 % der ernsthaft Betroffenen haben im Laufe eines Jahres überhaupt Kontakt zum Medizinsystem. Sie „stellen sich also nicht an“, weder im sprichwörtlichen noch im wörtlichen Sinn – daher kommen die Wartezeiten auf einen Therapieplatz eben nicht.

Man möchte Josef Hecken empfehlen, sich die kleine Broschüre "10 Tatsachen zur Psychotherapie" einmal durchzulesen und seinen Wissensstand zu diesem Thema upzudaten. In Kapitel 6 der Broschüre kann er kurzgerafft auch nachlesen, wie es um die Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden in Deutschland steht.

Weitere Informationen: Den Blog finden Sie auf <http://scienceblogs.de/gesundheitscheck/2013/11/08/bier-statt-psychotherapie-prost-herr-hecken/>

Exemplarisch veröffentlichen wir ein Protest-Schreiben eines Mitglieds an den G-BA.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die jüngsten sprachlichen Entgleisungen des Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Josef Hecken zum Thema Psychotherapie sind Ihnen sicherlich nicht entgangen, nachdem Inhalte eines inoffiziellen Protokolls der Presse zugespielt wurden. Hinter (geglaubt) verschlossenen Türen hat Herr Hecken seine wahre Gesinnung offenbart, die sich u.a. in der Auffassung ausdrückt, dass nicht jeder psychisch Kranke einen Psychotherapeuten benötigt. Manchmal reiche auch eine Flasche Bier, weiß Herr Hecken.

Das ist Stammtischniveau, oder besser gesagt Biertischniveau der übelsten Sorte. Ich stelle mir die Frage, wie tief das Niveau eines G-BA-Vorsitzenden eigentlich sinken darf, bevor er abberufen wird oder freiwillig seinen Platz räumt?

Sein Versuch Schadensbegrenzung für seine Karriere zu betreiben, indem er seine Äußerung anschließend als "unglücklich, weil missverständlich" bezeichnet ist unglaubwürdig. Er habe lediglich zum Ausdruck bringen wollen, dass er "als Privatperson nicht jede Befindlichkeitsstörung wie zum Beispiel gelegentliche Einschlafprobleme als krankhaften und sofort behandlungsbedürftigen Zustand ansehe, sondern mir dann manchmal als altes und überliefertes Hausmittel eine Flasche erwärmten Bieres hilft". Diese Rechtfertigung ist ein dreister Versuch den Kopf aus der Schlinge zu ziehen, die Herr Hecken sich selbst um den Hals gelegt hat.

Insgesamt belegen die Äußerungen des G-BA-Vorsitzenden in erster Linie seine hochgradige Inkompetenz. Herr Hecken ist offensichtlich mit seiner Aufgabe überfordert oder anders ausgedrückt, er bringt die nötigen Voraussetzungen nicht mit. Seine durch das Protokoll öffentlich gewordenen Vorurteile gegenüber Psychologischen Psychotherapeuten und ihrer Tätigkeit beweisen, dass Herr Hecken den Vorsitz im G-BA nicht mit der gebotenen Unparteilichkeit ausübt und angesichts seiner vorgefassten, unqualifizierten Meinung auch nicht ausüben kann. Entschuldigungen seitens Herrn Hecken ändern an dieser Tatsache nichts.

Die einzig richtige Konsequenz ist, Herrn Hecken zu entlassen. Herr Hecken hat sich als unparteiischer Vorsitzender des G-BA selbst disqualifiziert.

Ich erwarte Ihre Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Claudia Barndt, Hasbergen

BPtK-Workshop „Psychotherapie-Richtlinie und Versorgungsbedarf“

Am 5. November begrüßte Prof. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychothera-

peutenkammer (BPtK), den größtenteils berufspolitisch aktiven Teilnehmerkreis in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin. In seiner Einleitung berichtete er von den Krankenkassen-Vorschlägen zur anstehenden Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie, wie z. B. Einrichtung von Koordinationsstellen für eine kassengelenkte Patienten-Zuweisung. Nach längeren internen Abstimmungen im GKV-Spitzenverband (der zentralen Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen) stünde nun auf der nächsten Verwaltungsratssitzung das Thema auf der Tagesordnung. Es sei also dringend an der Zeit, dass unsere Profession eigene Positionen zur Richtlinien-Modernisierung konsentiere und in das Verfahren einbringe.

Die ersten beiden Vorträge beleuchteten unsere Schwerpunkte beim Reformbedarf. BPtK-Vizepräsidentin Monika Konitzer schilderte zunächst die anhand bekannter epidemiologischer Studien belegbaren Versorgungsprobleme. Innerhalb eines Jahres haben 27 % der erwachsenen Deutschen eine nach DSM-IV klinisch bedeutsame Störung. Fast ebenso viele suchen deswegen auch Kontakt zu BehandlerInnen, aber nur 12 % davon (vorwiegend Frauen) werden diesbezüglich spezifisch behandelt. Noch schlechter sieht es bei Hartz IV-EmpfängerInnen und bei älteren PatientInnen aus. Gemäß vieler Leitlinien sollte aber in vielen dieser Fälle Psychotherapie in Anspruch genommen werden können und nicht etwa nur Pharmakotherapie.

Besonders krass ist dieses Missverhältnis bei schizophrenen Störungen. Zu dieser Indikation wurde bereits 2012 von der BPtK Änderungsbedarf an der Psychotherapie-Richtlinie angemahnt. Ebenfalls deutlich in der ambulanten Versorgung unterrepräsentiert sind Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die sich bei ca. 4 % der psychisch Erkrankten finden, aber an der psychotherapeutischen Versorgung nur einen ca. 1,6-prozentigen Anteil haben. In den meisten modernen Behandlungsansätzen zu diesem Störungsbild wird bei höherem Sitzungskontingent Gruppen- und Einzeltherapie kombi-

niert. Auch dafür sei eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie nötig. Generell wäre eine indikations- statt eine rein verfahrensbezogene Bewilligungskontingentierung hilfreich.

In der ambulanten Versorgung liegen die Herausforderungen v.a. in begrenzten personellen Kapazitäten für spezifische Behandlungen, die Mehrzahl könne nur psychosomatische Grundversorgung erhalten. Die BptK sehe Möglichkeiten, über Ausdifferenzierung der psychotherapeutischen Angebotspalette Kapazitäten freizusetzen, indes wolle Herr Spahn (CDU) lange Wartezeiten lediglich mit negativen finanziellen Anreizen verkürzen. Besser wäre: schnellerer Zugang zur Psychotherapie-Erstuntersuchung für adressierte Patientengruppen (akut Leidende, Überwiesene, Anschlussbehandlungen). Dafür gebe es aber in der Richtlinie derzeit noch Widersprüchlichkeiten, Probatorik und Diagnostik stehen nicht eigenständig in Diensten der Richtlinien-Psychotherapie, zudem werden diese Angebote schlechter bezahlt. Dabei könnte schnellere Diagnostik einmal der Türöffner für niederschwellige Angebote werden (Selbsthilfe, Psychoedukative Gruppen, Kurzinterventionen). PsychotherapeutInnen könnten gute Versorgungs koordinatoren für die psychisch Erkrankten werden, dürften sie z. B. überweisen.

Auch der Vortrag von Frau Prof. Renneberg (FU Berlin) sah Reformbedarf der Psychotherapie-Richtlinie bei Indikationen, Behandlungsformen und -kontingenten. Bei psychotischen Erkrankungen z.B. werde dort nur neben oder nach somatischer Behandlung eine psychotherapeutische Behandlung wiederum nur der Sekundärsymptomatik als indiziert angesehen (§ 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie). Mittlerweile gebe es aber starke empirische Evidenz mittlerer Effektstärke für störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie gegenüber der üblichen psychiatrischen Behandlung und zwar für die Hauptsymptomatik, die dazu noch zeitstabil sei! Die Datenlage sei glasklar, lediglich der Transfer in die Praxis fehle. Hier werde es zum Strukturproblem der Richtlinie, dass die Indikation immer erst für alle Psychothera-

pie-Verfahren nachgewiesen sein müsse, bevor eine wirksame Anwendung zugelassen werden könne. Diese Blockade sei problematisch für die Patienten. Ähnliche Irrationalitäten gibt es bei den verfahrensbezogenen Sitzungskontingenten (VT max. 80 Stunden, TP max. 100 Stunden). Für die Borderline-Störung bspw. gebe es mittlerweile psychotherapeutische Behandlungsverfahren mit guten Effektstärken (DBT, SFT, TFP), aber bei deutlich höherer Sitzungsanzahl (nicht zuletzt wegen der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie). Hier wären störungsbildbezogen höhere Kontingente sehr sinnvoll.

Im Weiteren ging Frau Renneberg noch speziell auf Online-Therapien ein, die derzeit ja noch gar nicht in der Versorgung zulässig sind, und auch berufsrechtlich fraglich sind, die allerdings durchaus empirisch belegbar effektiv zu sein scheinen. So seien sie wirksamer als viele medizinisch-somatische Interventionen (Margraf, 2009). Versorgerische Grenzen entstehen durch die eingeschränkten diagnostischen sowie kriseninterventorischen Möglichkeiten. In den Niederlanden und Großbritannien ist dennoch längst begonnen worden, diese in die Versorgung zu integrieren. In der nachfolgenden Diskussion erteilte ein Vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) allzu großen Hoffnungen auf Richtlinien-Innovation einen Dämpfer. Die Maximal-Kontingente seien fest, bis auch die etablierten Psychotherapie-Verfahren bewertet worden seien. Für andere Änderungen (Gutachterverfahren, Krisenintervention) hätten die Kassen jedoch durchaus Gesprächsbereitschaft signalisiert.

Nach der Mittagspause gab es Vorträge von Prof. Karin Tritt, Uni Regensburg, Standards der Dokumentation und Qualitätssicherung – mehr Einheitlichkeit und Transparenz?) und der Geschäftsführerin der BptK, Dr. Christina Tophoven (Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens – Modelle und Implikationen). Frau Tritt stellte die verschiedenen Ansätze und den Nutzen von Dokumentationen gerade im Psychotherapie-Bereich anschaulich vor und sagte eine um-

fassendere Routedokumentation auch im ambulanten Bereich vorher. Der GBA werde bis 2017 (§ 137 SGB V) eine sektorenübergreifende Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualitätssicherung beschließen. Die ambulante Psychotherapie sollte sich besser bald an den Planungen beteiligen, sonst drohe ihr z. B. eine im stationären Stil überfrachtete Basisdokumentation.

Frau Tophoven gab einen interessanten Überblick über die Gesamtproblematik, den Stand der Diskussion und mögliche Alternativen zum Gutachterverfahren. Die GKV-Kosten für ca. 319.000 Gutachten in 2011 beliefen sich auf ca. 28 Mio. €. Im TP/PA-Bereich sollten immerhin 11,2 % der Anträge geändert werden, bei VT nur 6,2 %. Titanisch mutet die Zahl der bearbeiteten Fälle pro TP/PA-GutachterIn im Kinder- und Jugendlichen-Bereich an: 2187, das sind 42 Fälle pro Kalenderwoche! Davon völlig unabhängig sichert ein Antragsbericht in der Patientenakte zumindest die Dokumentation von Anamnese, Diagnose, Indikation und Therapieplanung, ganz im Sinne unserer Berufsordnung übrigens. Neben der Qualitätssicherung dient das Gutachter-Verfahren aber auch der Wirtschaftlichkeitsprüfung. VT und PA schöpfen dessen Kontingentierung jedoch nur zu $\frac{2}{3}$ aus, TP zu $\frac{3}{4}$. Weiter wurde deutlich, dass das Antragsverfahren als vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung die PsychotherapeutInnen vor einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung schützt (die im Bereich der somatischen Ärzte häufig und üblich und gefürchtet ist). Diskutanten stellten allerdings in Frage, ob Psychotherapeuten sich davor wirklich fürchten müssten. Keiner von uns verschreibt beispielsweise zu viele Medikamente oder Krankengymnastik. Zudem wurde klar, dass ein Antragsverfahren nicht automatisch mit einem Gutachterverfahren einhergehen muss. Betont wurde schließlich, dass dem Gutachterverfahren ja im Prinzip eine gute Idee zugrunde liege (Peer Review / Supervision). Ob die gegenwärtige Massenbegutachtungs-Praxis des bereits 1967 eingeführten Verfahrens das aber noch lebe, ist zu bezweifeln. Das wären Innovationsmöglichkei-

ten: Befreiung von der Berichtspflicht, Verringerung des Berichtsumfangs, Stichproben-Prüfung, weniger enge Bewilligungsschritte, alternative QS-Instrumente (klinische Skalen, Zielerreichungs-Skalierverfahren), Qualitätssicherung der Begutachtung: Gutachter-Konferenzen, Stichproben-Kontrolle der Begutachtungen, Ombudsstelle. Ob auf der Ebene der Begutachteten oder der Gutachter: Qualitätssicherung funktioniert nur bei einer diesbezüglich akzeptierenden Einstellung und Kommunikationsbereitschaft.

Sehr ergiebig und interessant waren auch die beiden Vorträge von Dieter Best und Uwe Keller im letzten Block. Sie stellen dar (Best für den PP-Bereich – Keller für den KJP-Bereich), wie eine bedarfsorientierte Erweiterung der Leistungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten aussehen kann. Das war ein pragmatisch ausgearbeitetes Konzept von Leistungsarten („Sprechstunde“, akut-versorgende kriseninterventive und diagnostische Sitzungen, Krankenhaus-Nachbehandlung, Erhaltungstherapie) neben der eingeführten Richtlinien-Psychotherapie, das tatsächlich viele aktuelle Kritiken aufgriff, die die verkürzten Handlungsweisen und -möglichkeiten der Psychotherapeuten problematisieren. Grob gesagt entstände damit ein neues, flexibleres und unbürokratischeres 15-Stunden-Fenster. Die Crux ist, dass die Psychotherapeuten per Gesetz auf die in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Leistungen beschränkt sind. Best hat sich aber drauf festgelegt, dass diese neuartigen Leistungs-Erweiterungen außerhalb der Psychotherapie-Richtlinie verankert werden sollten (auch damit das Budget erweitert werden könne). Das würde aber eine Gesetzesänderung erfordern, die mit der PsychThG-Reform vielleicht ohnehin anstehe. Was die Richtlinie angehe, werden bis Juni 2014 die Positionierungen sowohl vom GKV-Spitzenverband wie auch der KBV festgelegt sein. So etwas via Selektivvertrag schnell zu etablieren, würde am langwierig prüfenden Bundesversicherungsamt scheitern.

Im Schlusswort des BPTK-Präsidenten Prof. Richter fand sich auch ein bisschen Stolz, den Kinderschuhen, hier der Psychotherapie-Richtlinie, entwachsen zu sein. Bei der Veränderung des Gutachterverfahrens bedürfte es einer gemeinsamen Position der Verfahren, diese erscheine ihm aber mittlerweile durchaus möglich. Insbesondere das Modell von Best und Keller zeige, dass man der Politik und den Kostenträgern mittlerweile elaborierte konkrete Vorschläge unterbreiten könne.

Jürgen Friedrich und Heiner Vogel

Bessere medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen

„Barrieren abbauen“: Brainstorming bei Kassen und Ärzten

(wd). Die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung in Deutschland wollen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) gemeinsam verbessern. Die vier Organisationen trafen sich am 9. September 2013 erstmals zu einem Erfahrungsaustausch mit Betroffenen und ExpertInnen und diskutierten, wie eine barrierefreie medizinische Versorgung aussehen könnte. Maßnahmen und Initiativen wurden vorgestellt, um „Barrieren abzubauen“.

Barrierefreiheit bedeute jedoch nicht nur die Bereitstellung von Rampen, Fahrstühle und breiten Türen, betonte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner. Es geht um mehr Offenheit gegenüber anderen Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen, um andere Kommunikationswege und um mehr Zeit für diese Menschen. Wo Menschen mit Behinderung auf Barrieren stoßen, bleibt ihnen die Teilhabe am kulturellen Leben, an der Arbeitswelt, in der Freizeit und auch der Zugang zum Arzt und Zahnarzt ihrer Wahl verwehrt.

„Und wir wissen alle: ‚Behindert ist man nicht, behindert wird man.‘ Die Gesellschaft trägt hier eine Mitverantwortung.“

„Wir müssen innere sowie äußere Barrieren überwinden“, betonte auch Christoph von Ascheraden, Vorstandsmitglied der BÄK, selbstkritisch. Er verwies darauf, dass viele Vorgaben des Gesetzes über die Rechte von Menschen mit Behinderungen mittlerweile auf den Weg gebracht worden seien. „Wir sind jedoch noch weit davon entfernt, alle Inhalte und Zielsetzungen des Gesetzes verwirklicht zu haben.“

Für alle Patienten mit Sehbehinderung, Hörschädigung oder geistiger Behinderung sei es noch immer schwer, sich in Krankenhäusern und Arztpraxen zurechtzufinden, erläuterte Hausärztin Regina Feldmann vom Vorstand der KBV. Manchmal helfe es schon, sich klar und deutlich gegenüber Patienten mit Behinderung auszudrücken oder gut sichtbare Schilder anzubringen.

„Mit praktischen Tipps hilft die KBV, Praxisinhabern Maßnahmen aufzuzeigen, die auch ohne großen finanziellen Aufwand umsetzbar sind“, erklärte sie. Eine entsprechende Broschüre mit dem Titel „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“ sei aufgrund der großen Nachfrage schon zweimal nachgedruckt worden und könne bei der KBV angefordert werden (E-Mail: versand@kbv.de).

Auf die besondere Situation in der Zahnmedizin wies Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorsitzender der KZBV, hin. Der gesamte Leistungskatalog baue darauf auf, dass eigenverantwortlich Mundhygiene betrieben wird. Menschen mit Behinderung könnten diese Voraussetzung jedoch oft nicht erfüllen und erhielten daher nicht die Betreuung, die sie brauchen. „Diese Barriere wollen wir mit unserem Versorgungskonzept abbauen“, sagte er und verwies auf das zahnärztliche Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“.

Auf einen besonderen Versorgungsbedarf von Erwachsenen mit Behinderungen wies Michael Seidel, Ärztlicher Direktor der Bodenschwingschen Stiftungen Bethel hin: „Wenn behinderte oder von Behinderung

bedrohte Kinder einen speziellen Bedarf haben, der im Regelversorgungssystem mit niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend abgedeckt werden kann, können sie in Sozialpädiatrischen Zentren betreut werden. Diese Zentren verlieren aber mit dem Erreichen des 18. Lebensjahrs ihre Zuständigkeit.“ Menschen, die mit einer vielleicht komplexen oder sehr seltenen Behinderung jahrelang in einer solchen spezialisierten interdisziplinären Einrichtung begleitet worden sind, fielen sozusagen in ein Loch. „Es müssen adäquate Rahmenbedingungen geschaffen werden“, forderte er.

Eine wertschätzende Einstellung und offene kommunikative Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung sollte für Ärzte und Zahnärzte – aber auch für die Gesellschaft – selbstverständlich sein.

Schuldenerlass für Beitragsschuldner

**Chancen für Nicht-Versicherte
bei Krankenkassenbeitritt
vor dem 31.12.2013**

(wd). Der GKV-Spitzenverband hat „Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ beschlossen. Damit folgt er den Vorgaben des Beitragsschuldengesetzes, das am 1. August 2013 in Kraft getreten ist.

Danach werden Personen ohne anderweitige Krankenversicherung, deren GKV-Mitgliedschaft bereits festgestellt worden ist oder die sich bis Ende 2013 noch melden, alle Beitragsrückstände zwischen Beginn der Versicherungspflicht (frühestens 1. April 2007) und der Meldung bei der Krankenkasse sowie die darauf entfallenden Säumniszuschläge erlassen. Wenn also bisher Nicht-Versicherte bis zum Jahresende Versicherungsschutz bei ihrer (früheren) Krankenkasse beantragen, werden ihnen die Beiträge erlassen. Erlassfähig sind darüber hinaus noch nicht gezahlte Kosten der Zwangsvollstreckung, Gebühren und Zinsen. Bereits

gezahlte Beitragsrückstände werden allerdings nicht erstattet.

Wer den Beginn der Versicherungspflicht erst im nächsten Jahr einer Krankenkasse anzeigt, dem werden evtl. Beitragsschulden nur teilweise erlassen. Für den Nacherhebungszeitraum von Eintritt der Versicherungspflicht bis zur Meldung bei der Krankenkasse wird die Nachzahlung auf Grundlage des beitragspflichtigen Durchschnittseinkommens von allen gesetzlich Rentenversicherten berechnet. Für 2013 beträgt dieses 269,50 Euro monatlich, woraus sich mit 15,5 Prozent Beitragssatz eine Nachzahlung von 41,77 Euro pro Monat ergibt.

Weitere Informationen zum Beitragsschuldengesetz finden sich auf einem Informationsblatt, das unter www.bagp.de heruntergeladen werden kann.

Missbrauchsbeauftragter mahnt politischen Handlungswillen an

**Keine Entwarnung beim Thema
„Sexueller Kindesmissbrauch“**

„Politik darf bei dem unbequemen Thema Missbrauch nicht bequem werden.“ Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, hatte schon vor Wochen bei einer Pressekonferenz angemahnt, dem Thema einen höheren politischen Stellenwert zuzumessen. In ihren Wahlprogrammen hatten die Parteien denn auch betont, wie wichtig sie die Bekämpfung des sexuellen Kindesmissbrauchs finden. Nun können die künftigen Koalitionspartner SPD und CDU/CSU zeigen, wie ernst es ihnen ist.

Die Bundespolitik dürfe keinen Schlussstrich unter das Thema Missbrauch ziehen, appellierte Rörig an die Politik. Im Gegenteil: Es müsse konsequenter und mit mehr Mitteln für den Schutz der Kinder vor sexuellen Übergriffen gesorgt werden. Verantwortliche aller politischen Ebenen müssten

in die Pflicht genommen werden, den Betroffenen sexualisierter Gewalt wirksamer zu helfen und Missbrauch künftig besser zu verhindern.

Rörig forderte außerdem, Ursachen, Ausmaß und Folgen von Missbrauch endlich systematisch zu untersuchen, auszuwerten und zu veröffentlichen. Dies könne am besten durch eine unabhängige Kommission geschehen.

Die zweite bundesweite Befragung zu Schutzkonzepten in Einrichtungen und Institutionen, die u.a. in Kitas, Schulen, Sportvereinen, Kirchengemeinden und Kliniken durchgeführt wurde, mache laut Rörig deutlich, dass bei Prävention und Intervention weiterhin erheblicher Investitionsbedarf besteht. Auch wenn Einrichtungen und Institutionen vielerorts ihre Präventionsmaßnahmen verstärkt haben, zeigten die Ergebnisse, dass umfassende Schutzkonzepte noch selten zur Anwendung kommen.

Wissen und Fakten wurden reichlich zusammengetragen in den vergangenen Jahren, u.a. in den vier Hearings der Veranstaltungsreihe „Dialog Kindesmissbrauch“ unter der Regie des Unabhängigen Beauftragten. Die Themen lauteten:

- Gesundheit von Betroffenen – Bessere Versorgung und Behandlung
- Kinder und Jugendliche – Beratung fördern, Rechte stärken
- Unabhängige Aufarbeitung – Verantwortung von Politik und Gesellschaft
- Verlängerung der strafrechtlichen Verfolgbarkeit – Erwartungen und Risiken

Nun könnten Taten folgen.

Angela Baer

Verwitwet, enkellos und wilde Ehen

Report Altersdaten bietet Einblick in die Lebensformen älterer Menschen

(*wd*). Im Mittelpunkt des Reports „Altersdaten“ des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) steht die Struktur familialer und partnerschaftlicher Lebensformen von älteren Menschen, so auch das Leben als Paar und das Alleinwohnen im Alter. Auch haushaltsübergreifende Generationenbeziehungen werden betrachtet.

Entgegen des Trends in der Gesamtbevölkerung habe der Anteil der Verheirateten über 70 Jahren aufgrund der nicht mehr vom kriegsbedingten Männermangel betroffenen Jahrgänge in den letzten zwanzig Jahren zugenommen (1991: 47%, 2011: 63%). Auch die sich annähernde Lebenserwartung der Geschlechter wirke sich auf ein längeres eheliches Zusammenleben aus. Obwohl gerade Frauen dementsprechend seltener als noch vor einigen Jahren von Verwitwung betroffen sind, sind sie dennoch im Alter fast viermal so häufig verwitwet wie Männer und leben ab einem Alter von 80 Jahren zum überwiegenden Teil in Einpersonenhaushalten (75%).

Weiterhin steige die Zahl geschiedener Älterer. Scheidungen im höheren Alter seien zwar weniger häufig als im mittleren Alter, aber sie nehmen zu. Eheschließungen würden mit höherem Alter selten. Wenn doch eine neue Ehen geschlossen wird, dann in der Regel mit einem jüngeren Partner. Auch nichteheliche Partnerschaften nehmen zu. Männer und Frauen mit zunehmend hohem Alter leben weniger oft in einer Partnerschaft als das in jüngeren Altersgruppen der Fall ist.

Wenn ältere Menschen eine Partnerschaft führten, dann bewerten 90% diese als sehr gut oder gut, wobei Frauen tendenziell etwas unzufriedener sind. Ursache dieser unterschiedlichen Wahrnehmung sei häufig die ungleiche Verteilung von Hausarbeit: Mehrheitlich trügen Frauen die Hauptlast der

Hausarbeit; 20% seien mit dieser Aufgabenteilung nicht zufrieden.

Tatsächlich lebt bis zum 80. Lebensjahr ein sehr großer Teil der Bevölkerung in Privathaushalten. Nur 8% der 80- bis 89-Jährigen sind in einer Gemeinschaftseinrichtung untergebracht. Erst bei den 90-Jährigen und Älteren steige der Anteil auf 28%. Betrachte man aber den Anteil derjenigen, die in einer Einrichtung sterben, ist festzustellen, dass ein Drittel der Menschen, die älter als 80 Jahre alt werden, die letzte Phase ihres Lebens in einem Pflegeheim verbringen.

Schließlich richtet der Report seinen Blick auf die Generationenstruktur von Familien und erkennt dort das Phänomen der „Bohnenstangenfamilie“: Die gemeinsame Lebenszeit der Generationen nehme aufgrund der steigenden Lebenserwartung zu, gleichzeitig nehme aber die Zahl der Personen pro Generation in Folge von sinkenden Kinderzahlen und zunehmender Partnerlosigkeit ab. Folge dieses Phänomens sei zum einen, dass weniger Personen potentiell Hilfeleistungen und Unterstützung innerhalb der Familie bieten können. Verstärkt werde diese Entwicklung dadurch, dass Kinder örtlich zunehmend weiter von ihren Eltern entfernt leben, wengleich das nicht bedeute, dass sie weniger kontaktintensive und enge Beziehungen zu ihren Eltern haben. Mit Blick auf die Großelternschaft lässt sich feststellen, dass die Menschen oft erst in hohem Alter Enkel bekommen und dass ein steigender Anteil der Bevölkerung zeitlebens enkellos bleibt.

Weitere Informationen: www.dza.de

6. SOMMERAKADEMIE

DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

Qualifizieren und regenerieren an der Ostsee!

**26. - 28. Juni 2014
in Rostock-Warnemünde**

Vortrag und Workshops zu den Themen:

- Das Phänomen der Achtsamkeit
in der Positiven Psychotherapie
- Biographiearbeit in der Positiven Psychotherapie
- Kreativität als Hilfe zur Problemlösung
- Weisheitstherapie zur Behandlung von
Anpassungsstörungen und der
Posttraumatischen Verbitterungsstörung

dgvtFW

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Aus der Psychotherapeutenkammer

Am 11. und 12. Oktober fanden die beiden letzten Sitzungstage der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg der letzten Wahlperiode statt.

Am ersten Tag gab es zwei inhaltliche berufspolitische Themenblöcke: Zunächst die Beschäftigung mit dem Patientenrechtegesetz, eingeleitet durch ein Impulsreferat des fachkundigen Rechtsanwaltes und Arztes Dr. med. Stefan Hübel, und zum Zweiten die Diskussion einer Vorlage der BPtK zum Berufsbild des Psychotherapeuten und den Konsequenzen für die Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Patientenrechtegesetz

Zur Diskussion der Patientenrechte möchte ich noch Anmerkungen machen: Das Patientenrechtegesetz klärt, dass PatientInnen das Recht auf Akteneinsicht und auch auf eine Kopie dieser Akte haben. Letzteres gegen Vergütung, die üblichen Sätze dürfen verlangt werden. Differenziert dargelegt wurde, welche Teile geschwärzt werden dürfen (sofern die Rechte Dritter betroffen sind – der „Dritte“ ist aber nicht der Therapeut!). Geklärt werden musste in der Diskussion, dass es eine „doppelte“ Aktenführung nicht geben darf: Z. B. ist auch die Gegenübertragung, sofern schriftlich fixiert, Teil der Akte. Gar keine Akte anzulegen, ist auch keine Lösung: PatientInnen haben ein Recht auf eine aussagekräftige Dokumentation. Auch kann nach Ansicht des Referenten nicht das Beratungssetting (z.B. Suchtberatung) ausgeklammert werden. Er verwies auf ein Urteil zu einem Fall außerhalb des SGB V, bei dem die Anwendung der Patientenrechte bestätigt wurde. Insgesamt viele Fragen, lebhaft Diskussion und nachdenkliche Gesichter.

Berufsbild

Wozu brauchen die Psychotherapeuten gerade jetzt eine Debatte um das Berufsbild? Es ist wohl weniger, weil wir als Berufsstand in das entsprechende Alter gekommen sind. Die Entwicklung eines Berufsbilds ist eher der weitergehenden Diskussion um die Reform der Ausbildung geschuldet. Mit der Beschreibung des „Psychotherapeuten“ werden Bedingungen mit formuliert, und so können eigene Konzepte zur Ausbildung gefördert werden – oder eben nicht.

Am zweiten Sitzungstag folgten die Haushaltsdaten, die entsprechenden Planungen und Abstimmungen dazu. Den Ausschüssen wurde die Gelegenheit geboten, ihre jährlichen schriftlichen Berichte noch mündlich zu ergänzen. Auch wurde die Umlageordnung sprachlich verbessert und verabschiedet.

Wer eine Vertreterversammlung selbst miterleben will, ist als Kammermitglied dazu berechtigt und herzlich eingeladen. Termine finden Sie auf der Homepage der Kammer.

Zur Kammerwahl

Auch für unsere VertreterInnen der DGVT-Liste ging eine anspruchsvolle, aktive Zeit zu Ende. Zwischen 17. Oktober und 18. November konnten die Stimmen für die neue Vertreterversammlung abgegeben werden. Nicht alle VertreterInnen kandidierten erneut für die Landespsychotherapeutenkammer, und so galt es auch Abschied zu nehmen, zumindest von der Zusammenarbeit in diesem Rahmen. Wer von uns anderen wieder berufspolitische Interessen in der Kammer vertreten darf, dies entscheiden die WählerInnen. Die Ergebnisse werden Ende November vorliegen.

Mal sehen, was dann ist. Bericht folgt.

Renate Hannak-Zeltner
Landessprecherin Baden-Württemberg
Kontakt:
bawue@dgvt.de; bawue@dgvt-bv.de

Bayern

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

Der BFA-PT beschäftigte sich auch in den letzten Sitzungen mit dem Thema Honorar- und Vertragssituation.

Nachdem die Leistungen des Kapitels 23 EBM derzeit nicht extrabudgetär vergütet werden, floatet der Punktwert. Für das 1. Quartal 2013 bedeutet dies, dass in Bayern nur 91,61 % ausbezahlt werden. Der Ausschuss forderte daher, dass auch die Leistungen des Kapitels 23 EBM extrabudgetär vergütet werden sollen.

Die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) ist eine neue EBM-Ziffer, die dann ausbezahlt wird, wenn bei einer Patientin/einem Patienten in einem Quartal ausschließlich Leistungen nach dem Kapitel 23 erbracht werden. Die Leistung wird von der KV eingesetzt und muss bei der Abrechnung nicht angegeben werden. Der Text dazu lautet:

Ziff. 23216

Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214

einmal im Behandlungsfall 15,90 € / 159 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 23216 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Wenn Leistungen nach dem Kapitel 35.1 und 35.2 EBM erbracht werden, wird die Ziffer 23216 nicht angesetzt. Siehe Tabelle:

Kapitel	Leistung	
35.1	35111	Übende Verfahren, Einzelbehandlung
	35112	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung
	35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung
	35120	Hypnose
	35130	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie
	35131	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie
	35141	Vertiefte Exploration
35.2	35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde
	35200 bis 35225	Antragspflichtige Leistungen

Der Beratende Fachausschuss empfiehlt daher dem Vorstand sich dafür einzusetzen, dass zumindest die Leistungen des Kapitels 35.1 EBM nicht zum Ausschluss der Abrechnung der PFG führen.

Forderungen

Für die anstehenden Verhandlungen für den Honorarvertrag 2014 – welche nach Vorliegen der Bundesvorgaben beginnen – werden vom Fachausschuss die nachfolgenden Forderungen genannt:

- Extrabudgetäre Vergütung des Kapitels 23 EBM
- Einführung von Zuschlägen für Probatorik und Krisenintervention
- Erhöhung der Vergütung für einen Ersttermin nach einem stationären (psychotherapeutischen) Aufenthalt

- Vergütung der Ziffer 14220 (Gespräch, Erörterung, Beratung, Abklärung) als freie Leistung
- Adäquate Vergütung für die Vermittlung von Patienten an andere Praxen bzw. Ärzte
- Adäquate Vergütung für die aufwändigere Betreuung bzw. Behandlung älterer Patienten

Versorgung von Patienten mit Asperger-Syndrom

Der BFA-PT wird dieses Thema auf der nächsten Sitzung behandeln. Es besteht aber Einigkeit darüber, dass bei den anstehenden Verhandlungen mit den Krankenkassen hier mit der klaren Forderung aufzutreten werden soll, die Diagnostik bei Verdacht auf das Asperger-Syndrom höher zu vergüten, da der zeitliche Aufwand hierfür sehr hoch ist.

Zulassungen nach der neuen Bedarfsplanung

Bei den bisherigen Zulassungen in den verschiedenen Bezirksstellen ist ein Trend zu erkennen, nur noch halbe Zulassungen zu vergeben (z.B. in Ingolstadt waren 3,5 KJP-Sitze zu besetzen, diese wurden unter 7 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aufgeteilt) - in der Hoffnung, so die Patientenversorgung zu optimieren.

Die Landeskonferenz der Richtlinienpsychotherapieverbände LAKO befasste sich unter anderem mit den verschiedenen Bestrebungen der Landesverbände der Krankenkassen, bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung ihrer Versicherten direktiv einzugreifen.

So plant der Landesverband der Betriebskrankenkassen die Errichtung u.a. von Koordinierungsstellen und die Kooperation mit nicht-ärztlichen/nicht-therapeutischen Ansprechpartnern. Aus Sicht des BKK-Landesverbandes sollen u.a. die AU-Tage und die Kosten, die dadurch entstehen, reduziert werden. Dazu wurde im Sommer per Ausschreibung ein Partner/Dienstleister gesucht, der ein entsprechendes Versorgungs-

management leisten soll. Wenn DGVT-Mitglieder eine Aufforderung zur Teilnahme erhalten, wäre aus unserer Sicht derzeit die Empfehlung, an diesem Vertrag vorerst nicht teilzunehmen, da die Finanzierung/Honorierung noch nicht geklärt ist. Auch die Rolle, die Psychotherapeuten in diesem neuen Konzept einnehmen werden, ist noch weitgehend ungeklärt.

*Willi Strobl
Landessprecher Bayern*

Aus der Psychotherapeutenkammer

Die Delegiertenversammlung am 24. Oktober war trotz einiger interessanter Themen wieder von großer Routine aller Beteiligten geprägt. In dem sehr ausführlichen Vorstandsbericht berichtete Präsident Nikolaus Melcop von den vielseitigen Aktivitäten der Kammer in sehr unterschiedlichen Feldern berichten: Gespräche mit Politikern (wohlwollend verlaufen), mit Krankenkassen (dito), Unterstützung der Studierenden bei Forderungen nach Masterstudienplätzen (halb erfolgreich), Mitwirkung in weiteren Gremien des Gesundheitsministeriums (eher problematisch), Psychotherapie bei Soldaten auch in Privatpraxen (guter Erfolg), Engagement der PTK für ein PsychischKranken(hilfe)Gesetz (Zuversicht angesagt), Revision Heilberufekammergesetz (Weiterbildung nun für PTK erlaubt).

Ferner: Der Umzug in die (größeren) Geschäftsstellenräume im März ist nun sicher, der Haushalt wurde verabschiedet, der Psychotherapeutensuchdienst wurde neu gestaltet (bitte zahlreich eintragen!).

Spannend war die Diskussion über die Nutzung neuer Medien in der Psychotherapie, die sich auch in anderen Kammern und auf der Bundesebene wiederfinden wird. Insbesondere aufgrund zahlreicher Aktivitäten bzw. Initiativen von Kassen ist hier ein Handlungsdruck entstanden, der auch das Berufsverständnis der PsychotherapeutInnen

berührt und sich evtl. in der Berufsordnung niederschlagen muss.

Interessant auch die Konzeption einer niedrigschwelligen Beratung von PatientInnen(beschwerden). Nachdem die Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) nicht mehr möglich ist, war die Kammer bemüht hier ein vergleichbares Angebot, nun aber in eigener Verantwortung zu erarbeiten. Dies soll nun durch beauftragte, aber unabhängige Mitglieder geleistet werden – eine entsprechende Satzungsänderung wird vorbereitet.

Mit den Konsequenzen des Patientenrechtegesetzes für unsere Berufsordnung beschäftigte sich die Delegiertenversammlung des Weiteren. Besonders die ausdrückliche Vorschrift zur Offenlegung der Patientendokumentation auf Wunsch des Patienten ist für viele KollegInnen sehr schwer umsetzbar. Insbesondere in der Psychoanalyse gehört es zum Therapiekonzept, eigene Gegenübertragungen zu beachten und festzuhalten, um sie therapeutisch nutzen zu können. Ob es für Patienten und die therapeutische Beziehung hilfreich ist, wenn diese Notizen dem Patienten weitergegeben werden oder ob es hier eine Art Persönlichkeitsschutzrecht für den Therapeuten gibt, kann man zu Recht diskutieren. Zwar ist das Patientenrechtegesetz hier eindeutig (Persönlichkeitsschutzrechte werden nur Dritten zugebilligt), aber die Frage ist, ob dieses auch in der Berufsordnung so formuliert werden muss. Die Diskussionen werden sicher weitergehen. Zunächst soll die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer geändert werden, die Landeskammern werden sich dann vermutlich weitgehend daran orientieren.

Heiner Vogel

Kontakt:

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

Berlin

Aus der Kammer

Nach Abschluss der Kammerwahl im Juni 2013 waren wir gewählten KammervorteilnehmerInnen in den Sommermonaten mit Sondierungsgesprächen beschäftigt. Die Besetzung des neuen Kammervorstands war längere Zeit heftig umstritten, besonders im Hinblick auf die zahlenmäßige Repräsentanz der Listen. Nach einigem politischen Gezerre gab es dann aber einen einvernehmlichen Kompromiss, so dass alle Mitglieder des Vorstands ohne GegenkandidatInnen zur Wahl standen. Wie schon in der vorangegangenen Legislaturperiode wird die DGVT-Liste NEUE WEGE von Armin Kuhr im Vorstand vertreten. Seine Arbeitsschwerpunkte sind, erstens, die Weiterentwicklung der Versorgung (Neue Versorgungsformen) und, zweitens, die Beobachtung der Entwicklungen in Europa für unsere Berufsgruppe.

Für mich als Neu-Delegierte war es die erste (und auch spannende) konstituierende Delegiertenversammlung (DV). Die Arbeit in der DV ist eine intensive Auseinandersetzung mit sehr vielen berufspolitischen Informationen, die teilweise Neuland sind. Ich freue mich darauf, mein Wissen in der konkreten, alltäglichen Kammerarbeit zu erweitern. Auch wenn der Schwerpunkt der DGVT auf der Verhaltenstherapie liegt, ist sie doch offen für andere therapeutische Ansätze. Insofern spiegelt meine Aktivität in der DGVT als Tiefenpsychologin die unterschiedlichen professionellen Identitäten und vielfältigen Netzwerke in Berlin wider. Ich denke, dass die enge Zusammenarbeit in unserer Liste und der intensive Austausch sowohl mit den Berliner DGVT-Mitgliedern als auch mit den Mitgliedern der PTK Berlin insgesamt sehr wichtig ist und die Arbeit der Kammer voranbringen wird.

Gerade wir als Neu-Delegierte haben den Wunsch, die KollegInnen an der „Basis“ zu erreichen. Wir hoffen durch unsere Aktivitäten, durch Fragen und manchmal auch durch unser begrenztes, damit aber scheuklappenfreies, Wissen, die Arbeit in der DV

konstruktiv zu verändern und im guten Fall auch verkrustete Kammerstrukturen aufzubrechen. Ein zentrales Ziel besteht darin, die Interessen der Jung-Approbierten zu vertreten und unser psychotherapeutisches Berufsbild, nicht zuletzt in der Auseinandersetzung mit der ärztlichen Berufsgruppe, zu schärfen.

Die Aufgaben der Kammer, die zurzeit auf den Prüfstand gestellt werden, sind vielfältig und können mit den vorhandenen personellen Ressourcen nur eingeschränkt wahrgenommen werden. Deswegen suchen wir immer Verstärkung und laden interessierte KollegInnen ein, sich einzubringen und an den Treffen der Kammergruppe teilzunehmen.

Beate Lämmel

Delegierte PTK Berlin für die DGVT-Liste NEUE WEGE

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

Hessen

Delegiertenkonferenz der hessischen Psychotherapeutenkammer

Am 1. und 2. November 2013 fand in Wiesbaden die Herbst-Delegiertenkonferenz der hessischen Psychotherapeutenkammer statt. Wichtige Entscheidungen deuteten sich aber schon im Vorfeld an.

Der bisherige wissenschaftliche Referent der Kammer Dr. Matthias Ochs hat eine Professur an der Hochschule Fulda erhalten. Kerstin Geis, bisher stellvertretende Geschäftsführerin und für Finanzen zuständig, ist neu für die SPD in den hessischen Landtag gewählt worden.

In dieser Situation war es vorrangiges Ziel der Liste VT-AS, die von der DGVT Hessen mitgetragen wird, ein Ausufer der Personalkosten zu verhindern und einen finanziellen Spielraum für künftige Maßnahmen der Personalentwicklung zu behalten. In einer intensiven Diskussion sowohl innerhalb der Liste VT-AS wie auch mit unseren Koalitionspartnern, der Integrativen Liste IL (VHVP/BVVP) und den psychodynamischen

Listen, konnte sichergestellt werden, dass sich der Kammerhaushalt für das Jahr 2014 im Rahmen des Koalitionskompromisses für den Haushalt 2013 bewegt.

Weitere Personalien wurden auf der Delegiertenkonferenz entschieden: Da Susanne Walz-Pawlita zwischenzeitlich zur Bundesvorsitzenden der DGPT gewählt worden war, gab sie ihre Mitgliedschaft im Vorstand der hessischen Kammer auf. Für unsere Liste würdigten Heike Winter und Karl-Wilhelm Höffler ihr großes Engagement für die Psychotherapeutenchaft. Als Nachfolgerin wurde auf Vorschlag der psychodynamischen Listen mit großer Mehrheit Birgit Pechmann gewählt.

Herausragendes inhaltliches Thema der Delegiertenkonferenz war eine Diskussion zum Thema „Berufsbild der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“. Prof. Dr. Eckhart Hahn, Dekan der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke und Vorsitzender der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, berichtete, wie für die Mediziner Ausbildung der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) erarbeitet wird. Dabei war entscheidend, dass Kompetenzen nicht „irgendwie“ aus den Lehrbüchern für Medizin abgeleitet wurden, sondern aus den Rollen, die Medizinerinnen und Mediziner im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft wahrnehmen. Betrachtet man die dabei beschriebenen Rollen näher, so kann man zu dem Schluss kommen, dass sie auch auf die psychotherapeutische Profession anwendbar sind: Medizinischer Experte, Kommunikator, Interprofessioneller Arbeiter, Manager/Führungsperson, Gesundheitsberater, Gelehrter (Wissenschaftler und Lehrer). Im NKLM werden für diese Rollen sowohl Wissenskompetenzen wie auch Handlungskompetenzen beschrieben. Da offensichtlich ist, dass Handlungskompetenzen nicht in herkömmlichen Prüfungssituationen abgefragt werden können, werden mittlerweile in den Prüfungen des Medizinstudiums praktische Aufgaben eingebaut, die an SimulationspatientInnen abgearbeitet werden müssen.

Die Aufgabe, ein Berufsbild der Profession zu diskutieren, war von der Politik (dem Bundesministerium für Gesundheit) an die Kammern herangetragen worden. Sowohl auf Bundesebene wie in den Länderkammern finden dazu Diskussionsrunden statt. Dabei ist ein wichtiger Gesichtspunkt, dass die Profession nicht beschreiben soll, wie sie sich selbst gegenwärtig versteht. Vielmehr wird nach dem künftigen Selbstverständnis gefragt, das sich dann in einem überarbeiteten Psychotherapeutengesetz wiederfinden soll. Damit ist nach Ansicht unserer Liste VT-AS auch das Feld geöffnet für die Frage, welche ärztlichen Aufgaben künftige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter welchen Bedingungen mitübernehmen werden können (z. B. Medikation?).

Ein weiteres wichtiges Thema der Delegiertenkonferenz war das Stichwort „Kostenerstattung“. Dabei machte Karl-Wilhelm Höffler für die Liste VT-AS deutlich, dass es nicht ausreicht, gerade approbierten Kolleginnen und Kollegen Hilfestellung für das Arbeiten in der Kostenerstattung zu geben. Vielmehr müsse deutlich werden, dass die Kostenerstattung nur ein Notnagel zur Finanzierung der Psychotherapie sei und unter Bedingungen stattfinde, die allenfalls vorübergehend akzeptabel erscheinen. Zudem sei offensichtlich, dass die Kostenerstattung nicht allen Patientinnen und Patienten gleichermaßen offen stehe. So mache es deutliche Unterschiede, bei welcher Kasse man versichert sei. Auch die psychische Erkrankung lasse es oftmals nicht zu, dass sich ein Patient mühsam den Weg zur Kostenerstattung erkämpft.

Abschließend sei angemerkt, dass die hessische Kammer mit ihren politischen Forderungen auf die Landesregierung zugehen wird, sobald diese sich neu formiert hat.

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

Niedersachsen

Aus der Psychotherapeutenkammer

Am 2. November 2013 fand in Hannover die 8. Sitzung in der 3. Wahlperiode der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) statt.

Prof. Birgit Kröner-Herwig wurde als Vertreterin der Hochschulen nach langjähriger Mitwirkung verabschiedet. Die Nachfolge tritt Prof. Nina Heinrichs von der Technischen Universität Braunschweig an. Als neues Mitglied der Kammerversammlung war es für mich sehr spannend, die Gepflogenheiten und die Arbeit dieser Versammlung kennen zu lernen und sogleich selbst in diese einzusteigen.

Aus dem Land Niedersachsen wurde berichtet, dass es Überlegungen zur Einrichtung einer Kammer für Pflegeberufe gibt für Kranken- und Altenpflegeberufe.

Der Vorstand hat einige Zahlen zu Mitgliederentwicklung vorgestellt. Die Mitgliederzahlen steigen. Dabei sind 72 % der Mitglieder Psychologische PsychotherapeutInnen, 22 % Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und 5 % verfügen über beide Approbationen. Der Anteil der Neuapprobierten in den Jahren 2012 bis 2013 beläuft sich auf 66 PP und 50 KJP, was ein zufriedenstellendes Verhältnis darstellt. Weiblichen Therapeutinnen stellen mit 80 % dabei den deutlich überwiegenden Anteil dar.

Zunächst ging es um die Veränderungen des Selektivvertrages zwischen KV und AOK Niedersachsen: Dabei hatte es viel Unmut gegeben, weil viele Akteure an der kritischen Auseinandersetzung mit dem Vertrag beteiligt waren, ein Verband (DPTV) jedoch in einem Brief an alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen den Beitrag der Kammer und ihres Ausschusses Berufsordnung und Berufsethik übergangen hatte. Weiterhin hat die Kammerversammlung sich auch mit den ethischen Problemen eines solchen Vertrages auseinandergesetzt.

Ein weiteres großes Thema war die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Dazu war Dr. Jörn W. Gleiniger eingeladen wor-

den, der sein Modell der dualen Direktausbildung vorgestellt. Da dieses Thema sehr komplex ist, verweise ich an dieser Stelle auf die VPP und die DGVT-Homepage. Es wurde in der Diskussion deutlich, dass es zur notwendigen Ausbildungsreform keine einfache Lösung gibt und dass die jeweiligen möglichen Modelle die bestehenden Probleme gar nicht oder nur teilweise lösen und zusätzlich neue gravierende Probleme verursachen. Die Umsetzbarkeit einer Direktausbildung erscheint nicht so einfach, wie es das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) oder auch andere einen glauben lassen wollen. Hier müssen noch Fragen der Umsetzbarkeit, der Finanzierung an den Hochschulen und durch die Länder bedacht werden.

Reform im Hau-Ruckverfahren

Grundsätzlich kam die Frage auf, warum wir uns auf eine solche Reform zu Direktausbildung in einem derartigen Hau-Ruck-Verfahren einlassen sollten. Denn es wurde überdeutlich, welche Risiken und Gefahren darin stecken. Niemand möchte die hohe Qualität der bisherigen Ausbildung, die bundesweite Einheitlichkeit und damit auch die Sicherheit für die Patienten leichtfertig aufs Spiel setzen, zumal die Begründung des BMG ausschließlich ordnungspolitische Gründe hat und nicht inhaltlich begründet ist. Es wurde noch einmal an die Beschlüsse des DPT erinnert.

Ein weiterer Punkt war die Anpassung der Musterberufsordnung an das neue Patientenrechtegesetz. Der Ausschuss Berufsordnung und Berufsrecht hat sich damit intensiv auseinandergesetzt. Hauptdiskussionspunkt war das Patienteneinsichtsrecht in die komplette Akte. D. h., dass alles, was in der Akte ist und zur Dokumentation gehört, auch freigegeben werden muss, wenn der Patient oder das Gericht Akteneinsicht haben möchte. Dies kann nur verweigert werden, wenn Rechte Dritter betroffen sind. Was nicht berücksichtigt ist, sind die Persönlichkeitsrechte des Therapeuten. Insbesondere die analytischen und tiefenpsychologischen Kolleginnen und Kollegen wiesen darauf

hin, dass dies dazu führt, dass sie, wenn die Persönlichkeitsrechte des Therapeuten gar nicht berücksichtigt werden, ihre Überlegungen zur Gegenübertragung kaum noch offen dokumentieren können. Ebenso wenig wird die Situation bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berücksichtigt. Eine Anpassung wurde vom Ausschuss vorgeschlagen und von der Mehrheit angenommen.

Es bleibt ein wichtiges Thema, denn letztlich muss hier das Bundesrecht in Form des Patientenrechtegesetzes eingehalten werden und die Musterberufsordnung kann dem schlecht widersprechen.

Der Qualitätssicherungsausschuss ist zurzeit damit beschäftigt, das Qualitätsmanagementhandbuch entsprechend den Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes zu überarbeiten. Die Vorgabe, einen Vertreter im Verhinderungsfall zu benennen, wurde bereits von vielen Mitgliedern umgesetzt. Diese Vorgabe ist ein Vorstoß der PKN, in der Berufsordnung zu regeln, dass im Falle einer Verhinderung durch Tod oder Krankheit die Praxisangelegenheiten weiter geführt und ordentlich abgewickelt werden können. Hierzu herrscht jedoch noch viel Unsicherheit. Von der Kammer werden alle Fragen gerne aufgenommen und beantwortet, es wird ein „frequently asked questions“-Bereich eingerichtet, wo die Fragen und Antworten gesammelt werden.

Berufsbild in der Diskussion

Die Ausbildungsreform ist auch ein Hauptthema der Bundespsychotherapeutenkammer und des letzten Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) gewesen und wird es auch bei der kommenden Versammlung des DPT wieder sein. Weiterhin wird hier auch unser Berufsbild diskutiert. Wie sehen wir uns? Welche Kompetenzen benötigen wir, die die Ausbildung vermitteln muss?

Auf Wunsch der PiA-Vertreterinnen brachte unsere Gruppe (DGVT und Krankenhauspsychotherapeuten) den Antrag ein, dass die berufspolitischen Aktivitäten der PiA-

SprecherInnen künftig analog der Reisekostenverordnung der Kammerdelegierten vergütet werden. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Alexandra Klich
Landessprecherin Niedersachsen und
Kammerdelegierte/PKN
Kontakt:
niedersachsen@dgvt.de;
niedersachsen@dgvt-bv.de

Nordrhein-Westfalen

Mitgliedertreffen

Das diesjährige Mitgliedertreffen in Nordrhein-Westfalen fand am 17. Oktober statt. Knapp 50 Mitglieder, vor allem junge KollegInnen, fühlten sich vom Schwerpunktthema „Berufsperspektiven“ angesprochen und waren ins DGVT-Ausbildungszentrum gekommen.

Im Einzelnen wurden folgende Aspekte behandelt:

- „Abhängig – Unabhängig?“
- Sich einzeln und gemeinschaftlich in den Systemen von Kassenärztlichen Vereinigungen, Tarifen usw. bewegen
- Erfahrungen und Kompetenzen der Landesgruppe DGVT-NRW kreativ nutzen“

Die Mitglieder bekundeten in der Mehrzahl Interesse an der Berufsperspektive „Niederlassung in eigener Praxis“. Trotzdem wurden sie zunächst mit den derzeit guten Möglichkeiten, eine Anstellung in Institutionen zu finden, vertraut gemacht. Dabei wurde auch dargestellt, wie trotz mangelnder Berücksichtigung der psychotherapeutischen Berufe im TVöD ein angemessenes Einkommen verhandelt werden kann. Die Vorteile multi-professioneller Zusammenarbeit und Teamarbeit in Institutionen wurden beschrieben, besonders für den Berufseinstieg.

Die Möglichkeiten selbständiger Betätigung wurden anschließend aufgezeigt. Hier

wurde die Notwendigkeit regionaler Vernetzung und Zusammenarbeit deutlich. Die Mitglieder sprachen sich bei dem Treffen deshalb für den Aufbau regionaler Aktivitäten und Strukturen im Rahmen des DGVT-Berufsverbandes aus. So sollen z. B. örtliche Erfahrungen bei der Bewilligung von Kostenerstattung ausgewertet und für andere nutzbar gemacht werden.

Kammerwahl

Informiert wurde über die Kammerwahl im nächsten Jahr, zu der die Landesgruppe NRW der DGVT wieder antreten wird. Es wurde dafür geworben, dass sich besonders junge Kolleginnen und Kollegen für die Wahl zur Verfügung stellen sollten.

Wechsel bei den LandessprecherInnen

Dann waren noch – turnusgemäß nach zwei Jahren Amtszeit - die LandessprecherInnen von NRW zu wählen. Von den bisherigen LandessprecherInnen verabschiedeten sich Claudia Geuer und Rüdiger Lamm. Wiedergewählt wurden Georg Zilly und Johannes Broil. Neu dazu kamen die jungen Kolleginnen Marijke Huven und Sonja Mikula. Die KollegInnen bedankten sich bei Claudia Geuer und Rüdiger Lamm für ihr Engagement in den vergangenen beiden Jahren.

Johannes Broil
Landessprecher Nordrhein-Westfalen und
Delegierter der Psychotherapeutenkammer
NRW
Kontakt:
nrw@dgvt.de; nrw@dgvt-bv.de

Rheinland-Pfalz

Die Kammerdelegierten der Liste TIMO, die vor knapp zwei Jahren für die Vertreterversammlung (VV) der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz angetreten waren, treffen sich in unregelmäßigen Abständen, um Aktuelles aus der Kammer zu besprechen. TIMO ist die gemeinsame Liste

von DGVT, GwG (Gesellschaft für personenzentrierte Psychotherapie und Beratung) und VPP (Verband Psychologischer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen). Beim jüngsten Treffen am 23.10.2013 stand die Vorbereitung der Vertreterversammlung auf der Tagesordnung:

- Walter Roscher berichtete aus dem *Finanzausschuss*: Im zurückliegenden Jahr habe es keine Beanstandungen in der Haushaltsführung gegeben. Man habe eine neue Haushalts- und Kassenordnung erarbeitet, die von der VV verabschiedet werden soll. Diese regelt, wie der Haushaltsplan aufzustellen ist und wie mit Geldern in Kassen umgegangen werden muss. Hierfür gab es bisher auch Vorgaben, diese sind nun aber zusammengefasst worden.
- Andrea Benecke; Kammer-Vizepräsidentin, berichtete von den Diskussionen im Aus- und Weiterbildungsausschuss, der sich schwerpunktmäßig mit der *Reform der Ausbildung* befasst. Es werden dort die Vor- und Nachteile der Direktausbildung gesammelt und diskutiert. Weiterhin steht eine Überarbeitung der Weiterbildungsordnung an.
- Gisela Borgmann-Schäfer berichtete von der anstehenden Überarbeitung der Berufsordnung nach Inkrafttreten des *Patientenrechtgesetzes*.

Eine Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz fand am 26.10.2013 statt. Martin Schneider, Leiter der Landesvertretung Rheinland-Pfalz des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), war Gast und berichtete von den Vorstellungen der Krankenkassen zum Thema „Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung“.

Er sprach sich für das Schaffen größerer Kapazität aus durch

- Ausfüllen der Zulassungsmöglichkeiten - Förderung der Niederlassungen im ländlichen Raum

- Zeitkontingente zur Versorgung GKV-Versicherter konsequent erfüllen (sonst ggf. Teilrückgabe des Sitzes)
- Vorhandene Kapazitäten effizient nutzen durch mehr Gruppentherapien

Verbesserte Strukturen sollen geschaffen werden durch:

- flächendeckende Einrichtung „intelligenter Koordinierungsstellen“ für schnellere Versorgung und verbesserte Steuerung in besonders geeignete Therapie-Verfahren (Vorschlag vdek)
- Verpflichtende Einrichtung regelmäßiger Sprechstunden (Vorschlag GKV-SV - schneller Erstkontakt)
- Stärkung der Kooperation zwischen Ärzten/Krankenhäusern und Psychotherapeuten (vernetzte Strukturen)

Versorgungspolitische Veränderungen sein nötig im Hinblick auf:

- Optimierung der ambulanten Versorgung
- Modellprojekte gem. § 64b SGB V
- Steuerung im Rahmen der Krankenhausplanung: Nicht mehr Versorgung, sondern mehr „Miteinander“; Stopp der Ausweisung stationärer Betten
- Erfüllung des Anspruchs der Patienten auf Entlassmanagement
- Regelmäßiger Austausch zwischen den Beteiligten in Rheinland-Pfalz; insbesondere auch sektorübergreifend

Diese Thesen wurden nach dem Vortrag kritisch diskutiert, insbesondere in Bezug auf die Koordinierungsstellen und der Sprechstunden. Es bestand Konsens darin, dass es sehr wünschenswert wäre, wenn sich „passende“ Psychotherapeuten und Patienten schnell und unkompliziert finden würden, wie dies aber durch eine Koordinierung durch eine ausgelagerte Stelle geschehen könnte, das konnten sich die VertreterInnen der Psychotherapeuten nicht wirklich vorstellen.

Auch die Einführung von Sprechstunden sei grundsätzlich eine gute Sache, wenn da nicht die Warteliste wäre. Einigkeit hingegen

herrschte bei den Punkten Entlassmanagement sowie bessere/koordinierte Zusammenarbeit mit anderen relevanten Stellen des Gesundheitssystems.

Der Kammervorstand wurde gelobt für die vielfältigen Aktivitäten, insbesondere für seinen Protest gegen den umstrittenen Versuch der KV Rheinland-Pfalz, das Kostenerstattungsverfahren einzudämmen.

Von DGVT-Seite wurde darauf hingewiesen, dass eine verstärkte Unterstützung der PIAs durch die Kammer wünschenswert ist bzw. dass überlegt werden sollte, wie diese Unterstützung aussehen könnte.

Das nächste Mitgliedertreffen der DGVT Rheinland-Pfalz ist am 15. Januar 2014. Eine gesonderte Einladung wird folgen. Wir wollen schon jetzt darauf hinweisen und freuen uns über viele TeilnehmerInnen.

Wir wünschen eine schöne vorweihnachtliche Zeit sowie ruhige und besinnliche Feiertage.

*Andrea Benecke und Sabine Maur
Landessprecherinnen Rheinland-Pfalz
Kontakt:
rlp@dgvt.de; rlp@dgvt-bv.de*

Schleswig-Holstein

Weiterbildung Klinische Neuropsychologie – Ein weiteres Kapitel

Es geht also doch. In der letzten Rosa Beilage (3/13; vom 12. August 2013) berichteten wir an dieser Stelle ausführlich vom Werdegang einer Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Der Entwurf eines Weiterbildungscurriculums, das im Vergleich zur Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer einen deutlich reduzierten Umfang hatte, stand auf der Kammerversammlung im Juni 2013 zur Abstimmung - und fiel durch.

Wir berichteten von zufälligen Mehrheiten an diesem Sitzungstag, Verbände-Lobbyismus im Hintergrund und unverständ-

lichem Abstimmungsverhalten von Mitgliedern der Kammerversammlung, die den expliziten Auftrag für ein reduziertes Curriculum mit erteilt, z.T. den Entwurf als Mitglieder des Fort- und Weiterbildungsausschusses mit erarbeitet hatten, ihm aber nicht zustimmten, als es galt. Am 1.11.2013 fand erneut eine Kammerversammlung statt, der (im Umfang unveränderte) Entwurf stand erneut auf der Tagesordnung und fand diesmal eine Mehrheit. Wichtig ist, dass die Mehrheit am 1.11.2013 nach einer ausführlichen und sehr sachlichen Diskussion zustande kam und nicht der zufälligen Besetzung an diesem Sitzungstag geschuldet war. Der Entwurf bekam die absolute Mehrheit. Elf Versammlungsmitglieder stimmten dafür. Es gab nur zwei Gegenstimmen bei drei Enthaltungen und zwei fehlenden Versammlungsmitgliedern.

Wir wollen an dieser Stelle nicht unnötig über das Abstimmungsverhalten der Mitglieder des oppositionellen Bündnisses spekulieren, manche von ihnen erklärten sich gegenüber der Kammerversammlung. Wir freuen uns aber sehr, dass dieser mutige Beschluss der Kammerversammlung eine sehr breite Mehrheit gefunden hat. Er kam unter maßgeblicher Beteiligung der DGVT zustande und an dieser Stelle sei insbesondere Ute Theissing und Detlef Deutschmann gedankt, die beide im Fort- und Weiterbildungsausschuss über eineinhalb Jahre viel Zeit und Kraft investierten und somit einen erheblichen Anteil an dem verabschiedeten Entwurf haben.

Für die Landesgruppe der DGVT in Schleswig-Holstein kann dieser Beschluss durchaus als Meilenstein gewertet werden. Wir haben uns jahrelang grundsätzlich skeptisch zum Weiterbildungskonstrukt positioniert, und wir halten diese grundsätzliche Skepsis auch weiter für berechtigt. Da diese Position auch innerhalb unseres Wahlbündnisses KAM ON in Schleswig-Holstein konsensfähig war, gab es in unserem Land bislang keine Weiterbildungsordnung. Nachdem der G-BA im November 2011 die Neuropsychologische Therapie sozialrechtlich anerkannte, mussten wir uns erneut mit die-

ser Frage befassen, formulierte der G-BA-Beschluss doch, dass die Zulassung von Leistungserbringern an die Qualifikation gemäß der Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landeskammern gebunden sei. Für Länder, in denen es keine Weiterbildungsordnung der Landeskammer gebe, gelte die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer. Diese schien uns in ihrem Umfang aber weder fachlich begründet noch geeignet, eine nennenswerte Anzahl von Leistungserbringern zu generieren. Letzteres ist auch durch eine jüngere Umfrage unter den Landeskammern, die zum Teil schon jahrelang eine Weiterbildungsordnung analog MWBO haben, belegt. Und so machten wir uns auf den Weg, den Umfang der MWBO soweit zu reduzieren, dass er fachlich noch seriös begründet werden kann, in der Hoffnung, dass so unter den Leistungserbringern tatsächlich auch eine Nachfrage entsteht als Voraussetzung für eine adäquate Versorgung der Bevölkerung.

Ob diese Nachfrage mit einem reduzierten Curriculum nun tatsächlich eintreten wird, bleibt vorerst abzuwarten. In der Sache: Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein vergibt zukünftig die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“, wenn das Mitglied ein Jahr klinische Vollzeittätigkeit in anerkannten Weiterbildungsstätten, 50 Stunden fallbezogene Supervision und 150 Stunden theoretische Weiterbildung gemäß WBO nachweisen kann (MWBO: 2 Jahre, 100 Stunden SV und 400 Stunden Theorie). Auch Übergangsregelungen sind in der WBO der PKS H z.T. einfacher und klarer gehandhabt als in der MWBO. Nach Inkrafttreten der WBO können die genauen

Bestimmungen auf der Homepage der PKS H nachgelesen werden.

Für den Zulassungsausschuss ist die WBO der PKS H laut G-BA-Beschluss bindend. Uns ist aber durchaus bewusst, dass KollegInnen, die in Schleswig-Holstein diese Zusatzbezeichnung erwerben werden, möglicherweise mit der Anerkennung Schwierigkeiten bekommen können, wenn sie in ein Bundesland wechseln, in dem eine Weiterbildungsordnung analog MWBO gilt. Deshalb ist uns auch bewusst, dass dieser Meilenstein gleichzeitig der Auftakt ist für unsere weiteren Bemühungen um eine ähnliche Entwicklung in anderen Bundesländern und in der Bundespsychotherapeutenkammer.

Wer Lust darauf hat, die DGVT und den DGVT-BV in Schleswig-Holstein bei solch spannenden Geschichten zu unterstützen, ist herzlich eingeladen, mit uns in Kontakt zu treten und aktiv mitzuwirken. Dies ist natürlich jederzeit möglich und nicht nur zu den offiziellen Mitgliederversammlungen.

Das regionale Mitgliedertreffen 2013 fand am 7. November statt. In der nächsten Ausgabe werden wir davon berichten.

Wir wünschen den Mitgliedern in Schleswig-Holstein und allen anderen LeserInnen natürlich auch schöne Weihnachtstage – und kommen Sie gut ins Neue Jahr!

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

Psychotherapie in der Kostenerstattung Informationen und Beratungsangebote für DGVT-BV-Mitglieder

Mitgliedern des DGVT-Berufsverbands Psychosoziale Berufe steht ein Informations- und Beratungsangebot zu Fragen rund um die Psychotherapie in der Kostenerstattung zur Verfügung.

Über die Bundesgeschäftsstelle des DGVT-BV erhalten Sie Informationen über die konkrete Vorgehensweise bei der Antragstellung, die Umgehensweise bei abgelehnten Anträgen sowie Formulare für die tägliche Praxis.

Da kein standardisiertes Verfahren für die Beantragung der Kostenerstattung von den Krankenkassen vorgegeben wird, haben wir für unsere Mitglieder Formulare entwickelt, die die Antragstellung erleichtern.

Zentrale Kriterien für die Genehmigungsfähigkeit einer Psychotherapie im Rahmen des sog. Kostenerstattungsverfahrens:

- „Systemversagen“ - eine unaufschiebbare Leistung konnte durch die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht werden
- Der/die Patient/in konnte durch einen Vertragspsychotherapeuten nicht zeitnah versorgt werden (Wartezeiten darlegen)
- Dringlichkeit (Notwendigkeit) der Behandlung

Mitgliederberatung

Mitglieder erhalten individuelle Beratung zur Kostenerstattung durch unsere Juristin in der Bundesgeschäftsstelle. Sie erreichen Kerstin Burgdorf zu folgenden Sprechzeiten:

Montag und Donnerstag, 14.00 bis 15.30 Uhr

Mittwoch, 10.00 bis 11.30 Uhr

Tel. 07071-943413 oder per E-Mail: info@dgvt-bv.de

Mailinglisten zur Kostenerstattung

Die bundesweite Mailingliste zur Kostenerstattung dient dem kollegialen Austausch zu Fragen der Kostenerstattung. Mitglieder können sich u.a. über regionale Besonderheiten der einzelnen Krankenkassen austauschen. Mitglieder erhalten über die Mailingliste Informationen über aktuelle berufspolitische oder zulassungsrechtliche Entwicklungen.

Ergänzend stehen regionale Kostenerstattungs-Mailinglisten für KollegInnen aus Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen zur Verfügung. Anmeldungen über: info@dgvt-bv.de

Regionale Vernetzung

Es bestehen darüber hinaus einige regionale Mitgliedergruppen, die sich regelmäßig treffen. Auf Anfrage kann ein Kontakt über die Bundesgeschäftsstelle vermittelt werden.

Kontakt: Tel: 07071 9434-10, E-Mail: info@dgvt-bv.de

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Neue Struktur des KV- Systems darf nicht zu Lasten der Psychotherapeuten gehen

DGVT-BV schließt sich Forderung nach gesetzlichem Schutz der Belange der Psy- chotherapeuten an!

Aus der großen Gesundheitspolitik kündigen sich derzeit Zeichen an (insbesondere AG Gesundheit im Rahmen der Koalitionsverhandlungen von CDU/CSU und SPD auf Bundesebene), die für die ambulante psychotherapeutische Versorgung nicht günstig wären. Dass die Hausärzte gestärkt werden sollen, ist zunächst ja durchaus unterstützenswert. In welcher Form das aber erfolgen kann oder soll, ist eine andere Frage. Aus den o.g. Verhandlungen verlautet, dass die Hausärzte zukünftig die Hälfte der Sitze innerhalb der Vertreterversammlungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVen und KBV) erhalten sollen; die andere Hälfte die Fachärzte.

Man kann sich diesen Vorschlag nur so erklären, dass keiner der Beteiligten in der Verhandlungsrunde daran gedacht hat, dass es auch noch die Psychotherapeuten (PP und KJP) gibt. Diese sind in den KVen und der KBV auf 10 % der Sitze gedeckelt, erreichen diese aber auch meist, entsprechend ihrem Anteil an den KV-Mitgliedern. Nach der Arithmetik hieße das, dass sie innerhalb des 50 %-Anteils der Fachärzte (denn vermutlich würden sie dort zugeordnet) 20 % der Vertreter einnehmen. Es ist kaum zu erwarten, dass die Facharztvertreter dies akzeptieren würden. Für die Psychotherapeuten sind also deutliche Verwerfungen zu erwarten und es muss nun dringend über die Forderung eines entsprechenden Minderheitenschutzes für unsere Berufsgruppen innerhalb der KVen geredet werden.

In einer gemeinsamen Stellungnahme der Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Dieter Best, Jürgen Doebert, Gebhard Hentschel, Barbara Lubisch, Bernhard Moors) vom 13.11.2013 fordern diese den Gesetzgeber dazu auf, den Schutz der Belange der Psychotherapeuten im KV-System gesetzlich klar zu regeln.

In der Stellungnahme unter der Überschrift „Kein Deal zu Lasten der Psychotherapeuten“ beschreiben die VertreterInnen unseres Berufsstands in den KBV-Gremien die aktuellen Pläne der Koalitionsarbeitsgruppe "Gesundheit und Pflege" vom November 2013, die sich auf die oben beschriebene neue Struktur des KV-Systems geeinigt habe. Nach diesen Plänen der möglichen Koalitionäre sollen zukünftig die Vertreterversammlungen zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten gebildet werden. Außerdem sollen über die rein hausärztlichen Belange die Hausärzte und über rein fachärztliche Belange jeweils allein die fachärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung entscheiden.

Unser Verband teilt die Auffassung der KBV-VertreterInnen, dass dies eine Regelung zu Ungunsten der Psychotherapeuten bedeutet. Die ohnehin benachteiligten Psychotherapeuten und Psychiater, die unter vergleichsweise niedrigen Honoraren leiden, müssen deutlich gestärkt werden, wenn der Haus- und der Facharztbereich tatsächlich weiter getrennt werden sollte.

Heiner Vogel, Kerstin Burgdorf

Aktuelle Honorarsituation für Psychotherapeuten

Neuer Orientierungswert seit 1.10.2013 – Für Psychotherapeuten minimale Erhöhung im Cent-Bereich

Zum 1.10.2013 wurde der gesamte EBM "kostenneutral" (für die Psychotherapeuten im Ergebnis eine - unerwartete - minimale Erhöhung im Cent-Bereich) auf einen Orientierungswert von 10 ct umgerechnet (d.h. auf- oder abgerundet). Eine genehmigte Sitzung Einzeltherapie aus dem EBM-Kap. 35.2 hat ab sofort 819 Punkte, d.h. eine Sitzung wird ab 1.10.2013 mit 819 Punkten x 10 ct = 81,90 Euro vergütet. Es ergeben sich also neue Euro-Beträge bei der Honorarabrechnung, die von den Abrechnungsprogrammen bereits umgesetzt wurden.

Neue Grundversorgerpauschale (PFG) seit 1.10.2013

Ab dem 1.10.2013 gibt es zudem eine wichtige neue Abrechnungsziffer, die sog. Grundversorgerpauschale (Pauschale für die fachärztliche / psychotherapeutische Grundversorgung, Abkürzung: PFG). Auch die Psychotherapeuten gehören neu zu den „Grundversorgern“ und können die PFG abrechnen. Die PFG bringt zusätzlich zur Grundpauschale pro Quartal zusätzliche 15,90 € pro Fall.

Zu beachten sind jedoch viele sog. KO-Leistungen, die die Abrechnung der PFG für den jeweiligen Fall ausschließen. Dies sind u. a. alle genehmigten Psychotherapieleistungen des Kapitels 35.2, die übenden Verfahren und die Antragsziffern.

Die PFG ist aber kompatibel mit der Probatorik (35150), der biografischen Anamnese sowie mit Tests.

Mit der Einführung der PFG wird das Ziel verfolgt, die Versorgung der Patienten, für die eine Richtlinien-Psychotherapie nicht in Frage kommt, sowie die Versorgung von chronisch Kranken attraktiver zu gestalten.

Abrechnung der neuen Pauschale (PFG)

Die KV Bayern hat zur Frage, wie die neue Pauschale konkret in Ansatz zu bringen sei bei der Honorarabrechnung, Folgendes mitgeteilt: „Die GOP 23216 brauchen Sie nicht abzurechnen, die GOP wird von der KV zugesetzt“.

Festzuhalten ist, dass es derzeit keine einheitliche Vorgabe seitens der KBV gibt, wer die Ziffer 23216 ansetzt, d.h. ob der Niedergelassene die Ziffer aktiv abrechnet oder die regionale KV automatisch. Es ist davon auszugehen, dass es KVen geben wird, die diese Ziffer automatisch dazusetzen und andere, die dieses von den Leistungserbringern erwarten. Bis Ende des Jahres wird es klarer werden, welche KV wie mit der Ziffer 23216 umgehen wird. Wir raten, zunächst die Ziffer selbst anzusetzen.

Erhöhung des Orientierungspunktwerts um 1,3 % ab 1.1.2014

KBV und Krankenkassen haben nach schwierigen Verhandlungen im Oktober 2013 eine (leider nur minimale) Erhöhung der Honorare ab 1.1.2014 beschlossen. Diese Erhöhung ist sowohl von der kostenneutralen Umrechnung des Orientierungswerts als auch von der neuen PFG-Pauschale getrennt zu sehen.

Zum 1. Januar 2014 wird der Orientierungswert um 1,3 % erhöht. Von dieser Erhöhung profitieren alle Facharztgruppen gleichermaßen. Es bleibt also bei der systematischen Benachteiligung der Psychotherapeuten.

Für Psychotherapeuten mit einem durchschnittlichen Jahresumsatz von 75.000 € bedeutet die Erhöhung des Orientierungspunktwerts um 1,3 % ein Plus von ca. 1.000 €. Die regional ausgehandelten Honorarsteigerungen betreffen die Psychotherapeuten nicht, da sich diese Verbesserungen nicht auf den Umsatz pro Psychotherapiesitzung beziehen. Hinzu kommen jedoch als weiterer kleiner Honorarzuwachs die zusätzlichen Einnahmen aufgrund der neuen fachärztlichen Grundpauschale.

Psychotherapeuten-Honorare - Forderungen des DGVT-Berufsverbands

Unser Verband hatte sich vor dem Hintergrund, dass bei vergleichbarer Arbeitszeit (!) das Einkommen von Psychotherapeuten weniger als die Hälfte des Einkommens von Ärzten beträgt (Daten des Statistische Bundesamts, Destatis, vom August 2013), im April dieses Jahres gemeinsam mit anderen Berufsverbänden an den Bewertungsausschuss gewandt.

Wir fordern weiterhin, eine Entscheidung über eine neue Systematik der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen herbeizuführen. Fehlsteuerungen innerhalb des Verteilungssystems sind zu korrigieren, indem gravierende interne Ungleichverteilungen abgemildert und wichtige Versorgungsbereiche und auch Beratungsleistungen angemessen vergütet werden.

Die neue Bundesregierung wird von uns daher aufgefordert werden, eine klare gesetzliche Regelung zu schaffen, die dem Bewertungsausschuss vorgibt, psychotherapeutische Leistungen in einer Höhe zu vergüten, die es ermöglicht, dass mit einer maximal ausgelasteten Praxis ein durchschnittliches fachärztliches Einkommen erzielt werden kann.

Es wird auch zukünftig wichtig und sinnvoll sein, dass sich die benachteiligten Gruppen innerhalb der Ärzte-/ Psychotherapeutenchaft zusammenschließen, um gemeinsam ihre Position zu verbessern. Der DGVT-Berufsverband will hier entsprechend initiativ werden.

Kerstin Burgdorf

Berufsverbandssitzung der KV Mecklenburg- Vorpommern

Am 13. November 2013 trafen die geladenen Vertreter der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbände im Schweriner Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns zusammen. Wie

üblich im Vorfeld der hiesigen KV-Vertreterversammlung, um vom Vorstand und der Verwaltung über den aktuellen Stand der Angelegenheiten informiert zu werden.

Nach 10 Jahren wohl zum letzten Mal berichtete der Vorstandsvorsitzende, Dr. Wolfgang Eckert, hier von den Geschehnissen auf den politischen Bühnen und nutzte die Gelegenheit, sich von den Berufsverbändlern zu verabschieden, da er im Januar 2014 in den wohlverdienten Ruhestand gehe.

Von hoher Aktualität waren seine Worte zur letzten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), zuerst zum Gesundheitszustand des dortigen Vorsitzenden Dr. Köhler. Köhler hatte ja kurz nach jener Veranstaltung einen Hinterwand-Herzinfarkt erlitten und befand sich noch akut im Krankenhaus.- Eckert war von dem Vorfall noch sichtlich beeindruckt und wünschte Köhler baldige gute Besserung. Die Dramaturgie der Veranstaltung sei indes in der Presse nicht ganz korrekt dargestellt worden. Dr. Köhler selber habe seinen Antrag mit einem Junktim verbunden, die Hausärzte-Fraktion habe dann den Saal vor der Abstimmung verlassen, um ihm nicht mit ihrer Ablehnung zugleich persönlich das Misstrauen aussprechen zu müssen. Im Hintergrund sah Dr. Eckert, dass Dr. Köhler schon länger in einer unsäglichen Lage gewesen sei, gleichzeitig Vorsitzender der Körperschaft und Anführer einer der zwei dort um die Macht kämpfenden Mannschaften. Ein dreiköpfiger Vorstand hätte das mildern können, aber das sei ja nicht gewollt worden. So sei letztlich der aktuelle Abwahl-Antrag Eckerts und anderer die Konsequenz daraus gewesen. Der Zwist drohe sonst nie zu enden, schon hätten wieder die KV-Vorsitzenden Hamburgs, Bremens und Schleswig-Holsteins die gerade begonnene absolute Trennung des fach- vom hausärztlichen Honorarbudget angegriffen. Die Gefahr sei: „die konservativen Fachärzte gehen bislang bei der Trennung kaputt“.

Vielleicht leitete Eckert bei dieser Befürchtung ja sein Wissen um das schon lange auch in seiner KV bedauernswerte Honorar-

niveau der PsychotherapeutInnen. Jedenfalls fügte er an, die Psychotherapeuten drohten beim Kampf der beiden Lager weiter hinten runter zu fallen, schon jetzt sei der nach der Ausbudgetierung im Lande verbliebene Geldmittel-Rest zu knapp für die hiesigen nicht genehmigungspflichtigen Leistungen (ngpL) der Psychotherapeut/innen. Und nun seien am Wochenende alle 64 neuen Psychotherapeuten-Sitze vom Zulassungsausschuss M.-V. besetzt worden, die ersten werden wohl ab Dezember zu praktizieren beginnen können (hier sei vom Autor angemerkt, das verheißt für die ngpL-Punktwerte des letzten Quartals 2013 nichts Gutes, zumal die vom dritten Quartal schon 10% unter dem Orientierungswert blieben!).

Damit waren wir auch schon bei den Verhandlungen auf Bundesebene, denn allein von Einflussnahme dort (wohl aber nicht von den HVM-Verhandlungen im Lande) erwartete Eckert eine Besserung dieser unserer immer größer zu werden drohenden Misere. Auf der anderen Seite habe man ja früher z.B. den Augenärzten im Lande Punktwerte von über 5 Cent zuteilen können, da deren Leistungskontingente gar nicht voll abgerufen wurden. In der Zukunft sollte statt der HVVs besser die Morbidität wieder in den Vordergrund gerückt werden. So seien die Plausibilitätsprüfungs(Arbeitszeit)-Werte z.B. bei Orthopäden oder Anästhesisten mittlerweile „irre“.

Die KV-M.-V. zahle die bundesweit höchsten Honorare aus, aber die vergangenen 2 Jahre unter den Konvergenz-Regelungen hätten andere Länder die großen Zuwächse gehabt. In künftigen Bundes-Verhandlungen müsse die KV M.-V. mit zwei Pfunden wuchern: 1. unsere Niedergelassenen haben 27% höhere Fallzahlen als der Bundesschnitt, 2. das hiesige Honorar pro Behandlungsfall liege 3,7% unter dem Bundesdurchschnitt. Auch gebe es mit Rostock und Bad Doberan gleich zwei ‚Best Practice‘ Regionen, in denen die ambulante Versorgung die stationäre übertreffe, was ja Wunsch und Ziel der Gesundheits-Bundespolitiker sei.

Dass mit Herrn Prof. Lauterbach und Herrn Spahn gleich die zwei wichtigsten Politiker aus NRW seien, stimme ihn nicht sehr optimistisch, wie auch deren Vorschlag einer Garantie für Facharzt-Termine binnen vier Wochen, per Terminzentrale. Es geben doch bereits die erfolgreiche A / B Überweisungssteuerung, dafür wurden im letzten Quartal 100.000 Euro ausgezahlt, vor 1 Jahr waren das erst 70.000 Euro.

Im Rahmen des erfolgreichen Betreuungsstrukturvertrages (im letzten Quartal ca. 1 Mio €) ermöglicht die KV bei bestimmten Medikament-Verordnungen die Hinzufügung der korrespondierenden Diagnosen, was die Krankenkasse wegen ihres sich dadurch erhöhenden Morbiditätsnachweises freut und sich für die KV in korrekteren diagnosebezogenen Morbiditäts-Kennwerten niederschlägt. Derzeit liege man hier an 5. Stelle der Länder-KVen (1,64%), nächstes Jahr werde man schon auf die 2. Stelle vorrücken: wieder ein gutes Argument mehr in den Verhandlungen. Jedoch habe man die höchste demografische Veränderungsrate (0,84%). Bei den Arzneimittelverschreibungen sei man vom Spitzenplatz weggekommen, zur Zufriedenheit der regionalen Krankenkassen, starke Steigerungsdynamik liege bei der Onkologie und den Psychiatrischen Institutsambulanzen („PiAs“!).

Zum Abschied lobte Eckert noch einmal die konstruktive Zusammenarbeit der Haus- und Facharzt-Verbände im Lande und deren hohe Mobilisierungskraft, bei allen Protestaktionen sei man sehr gut vertreten gewesen, das habe den Krankenkassen durchaus Respekt eingeflößt.

Dann berichtete der Hauptabteilungsleiter Verträge, Dirk Martensen, zuerst zum 1. Halbjahr 2013. Vom 6-7%igen Honorarzuwachs habe man jeder Arztgruppe 2-3 % zugeteilt und den Rest in Abhängigkeit der Überschüsse zugeordnet, das habe die Vertreterversammlung ab 1/2013 erlaubt. Die AGV's (RLV + QZV + freie Leistungen, die beste Gruppen-Vergleichsvariable) wurden so bei Psychiatern (45.300 € /Quartal) am stärksten (+11,4 %) gesteigert, Anästhesisten und Schmerzmediziner riefen nicht ihre ma-

ximal möglichen Summen ab. Bei den Fallzahlen gab es bei uns psychologischen Psychotherapeuten im letzten Jahr eine Steigerung um 4,3 %, bei den ärztlichen Psychotherapeuten um 24,4 %. Die stärksten Fallwertsteigerungen hatten HNO-Ärzte, Augenärzte, Nuklearmediziner und Psychiater, bei den Psychotherapeuten war's nur 0,8 %.

Zum Honorarverteilungsmaßstab ab dem vierten Quartal 2013: nun habe man ja einen Punktwert von zehn Cent. Dieser werde als "PW Reg" bezeichnet, da er ja veränderlich sei, ab dem ersten Quartal 2014 betrage er z. B. 10,13 Cent. Neu sei auch die Komplettrennung der Gesamtvergütung in den hausärztlichen (63,7 Mio. €) und den fachärztlichen Bereich (57,9 Mio. €). Im Vorabzug seien nur noch der Bereitschaftsdienst (3,8 Millionen €) und das Labor (12,5 Mio. €). Ab dem 1.1.2014 kämen dann noch die Vorgaben zur PFG (Fachärztliche Grundversorgerpauschale, 1,8 Mio. €) und zum genetischen Labor (0,8 Mio. €) hinzu. An der PFG habe man in der KV MV Kritik, sie solle besser nicht an Fachgruppen, sondern an Abrechnungsziffern festgemacht werden. Und die PFG solle für alle Arztgruppen gleich hoch sein (JF: das wäre für die Psychotherapeuten eine starke Benachteiligung!). Simulationsberechnungen auf der Basis des zweiten Quartals 2012 ergaben für die Psychotherapie (die höchste) PFG von 15,90 € pro grundversorgtem Fall (2,03 Mio. €). Man habe aber nur 1,8 Mio. € dafür übrig, also dürfte der Punktwert für die Psychotherapeuten-PFG wohl von der KV M.-V. auf ungefähr 8,9 Cent abgesenkt werden.

Herr Martensens drittes und letztes Thema war die Honorarverhandlungen 2014. Der Orientierungswert steige ja bundesweit um 1,3 %, die im Lande erwartete diagnostische Veränderungsrate liege bei 2,03 % die demographische Veränderungsrate bei 0,74 %. Die Krankenkassen würden irgendetwas dazwischen verhandeln wollen, die KV MV etwas oberhalb davon. Die Förderung der Grundversorgung schlage mit insgesamt 0,65 % zu Buche. Insgesamt liege man so zwischen 2,5 und 4 %, bei einer um 0,9 % zurückgehenden Versicherten-Entwicklung.

In der nachfolgenden Diskussion wurden vor allem die hohen Ausgaben fürs Labor kritisiert. Dr. Eckert verwies darauf, dass tatsächlich in 2012 der gesamte MV-Honorarzuwachs ins Labor geflossen sei. Für die Neubewertung von Leistungen sei aber alleine die KBV zuständig, zudem müsse man als Arzt dann halt einfach auch weniger Labor anfordern. Ärgerlich sei, dass ein Großteil dieser Mittel (10 Mio. €) nicht im Lande blieben. Auf die Frage nach möglichen Folgedynamiken der PFG erinnerte Dr. Eckert daran, dass die Plausibilitätszeiten zum 1.7.2014 überarbeitet werden sollen. Zum Beispiel sei bei den Orthopäden die Gesprächsleistung in die Grundpauschale übernommen worden, dadurch erhöhte sich deren Plausibilitätszeit, was viele Kollegen über die Grenze springen ließ. Als Lösung habe man dann einfach den früheren durchschnittlichen Gesprächs-Zeitanteil abgezogen. Dr. Eckert warnte aber, wenn man die Plausibilitätszeiten ändere, ändere man auch etwas im Standardbewertungssystem (das StaBS ist EBM-Grundlage: Schätzung u.a. von: Praxiskosten, Mengenentwicklung, Kostendegression, Wirtschaftlichkeitsreserven). Zeitsenkungen führen also indirekt zu Geldsenkungen (zur weiteren Erklärung: die meisten ärztlichen Leistungen sind im EBM nicht zeitgebunden wie unsere Leistungen. Mit zunehmender Erfahrung (hoffentlich nicht im Abrechnen, sondern im Arbeiten) kann man also immer mehr davon pro Tag abrechnen. Nur: in der individuellen Summe der Plausibilitätszeiten haut das mittlerweile anscheinend manchmal nicht mehr hin).

*Jürgen Friedrich, Rostock
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern,
Mitglied des Beratenden Fachausschusses
der KV Mecklenburg-Vorpommern*

KV Westfalen-Lippe: Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Die Vertreterversammlung der KVWL hat am 18.9.2013 einige Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 1.10.2013 beschlossen.

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Zu Beginn des Jahres wurden die zeitlichen Kapazitätsgrenzen zunächst aus dem HVM gestrichen.

Seit dem 1.10.2013 gelten aber nun für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie neue zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal.

Die Aufnahme der neuen zeitlichen Kapazitätsgrenze in den HVM ist erfolgt, da die Krankenkassen die extrabudgetäre Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen und probatorischen Sitzungen an die Bedingung geknüpft haben, dass die hälftigen Versorgungsaufträge leistungsmäßig begrenzt werden sollen.

Als Orientierung für die Festlegung der neuen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze haben die Plausibilitätszeiten gedient. Die Plausibilitätszeiten in Minuten umgerechnet ergeben ca. 46.800 Minuten pro Quartal. Entsprechend wurde für eine Praxis mit ganzem Versorgungsauftrag die zeitbezogene Kapazitätsgrenze in Höhe von 46.800 Minuten je Quartal festgesetzt. Bei teilzeittätigen Ärzten bzw. Psychotherapeuten wird die Kapazitätsgrenze mit dem Faktor, mit dem sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

Überschreitet nun die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die festgelegte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leis-

tungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen vergütet.

Unabhängig von der zeitlichen Kapazitätsgrenze waren und sind die Plausibilitätszeiten gültig. Ein Überschreiten der Plausibilitätszeiten führt zur Prüfung der Abrechnung mit ggf. entsprechenden Konsequenzen. Laut Aussage der KVWL kann sich so eine Prüfung über längere Zeit hinziehen, so dass ein Ergebnis erst 1 bis 1 ½ Jahre später rückgemeldet werden kann. Ein Vorteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze soll sein, dass der Praxisinhaber zeitnah über ein Überschreiten mit der jeweiligen Abrechnung informiert wird.

Fazit für die Praxis

Da bisher kaum eine Praxis die Plausibilitätszeiten erreicht hat, wird sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze in dieser Höhe wohl nicht auf den Praxisalltag auswirken. Inwieweit hier aber mit den neuen zeitlichen Kapazitätsgrenzen ein Instrument zur zukünftigen Leistungsmengenregulierung geschaffen wurde, bleibt offen.

Dr. Ulrike Wilhelm, Lünen, Psychologische Psychotherapeutin

Honorarbescheide: Widerspruch weiterhin empfehlenswert

(kb). Ein regelmäßiger Widerspruch gegen die Honorarbescheide ist, solange die Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten nicht wenigstens dem sog. kalkulatorischen Arztlohn gemäß EBM entspricht, weiterhin empfehlenswert. Sie sichern sich damit eventuelle Nachvergütungsansprüche, sofern einzelne Honorar-Klagen, an die Sie sich in Ihrem KV-Bezirk anschließen können, oder auch entsprechende Musterverfahren erfolgreich sein sollten. Bitte beachten Sie in Bezug auf die konkrete Formulierung des Widerspruchs eventuelle regionale Besonderheiten innerhalb Ihrer KV.

Die Praxiskosten einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis sind in den letzten Jahren gestiegen. Die Praxiskosten bilden die Berechnungsgrundlage für die Honorierung der genehmigungspflichtigen Leistungen. Da sich diese Steigerung der Praxiskosten bislang nicht in einer höheren Vergütung abbildet, sollte Widerspruch eingelegt werden. Zudem fanden auch die zum Vergleich heranzuziehenden Honorarsteigerungen bei anderen Facharztgruppen (diese sind z. T. beträchtlich) keinen Niederschlag in der Vergütung der Psychotherapeuten. Sie dokumentieren mit Ihrem Honorarwiderspruch, dass das Gebot der Honorargerechtigkeit (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) noch durch einen entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses umgesetzt werden muss. Psychotherapeuten können derzeit bei maximaler Praxis-Auslastung einen Überschuss von nur ca. 85.000 Euro erzielen, der dem EBM zugrunde liegende kalkulatorische Arztlohn liegt bei etwa 105.000 Euro.

Vorschlag für einen Honorarwiderspruch (ohne Gewähr)

Widerspruch gegen Honorarabrechnung ... /2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen den Honorarbescheid ...-2013 ein. Die Einlegung des Widerspruchs erfolgt zur Fristwahrung. Der Widerspruch richtet sich gegen die aktuelle Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und dient zur Aufrechterhaltung sich ggf. daraus ergebender Honoraranprüche.

Mir ist bekannt, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (EBM Kapitel 35.2) aller Arztgruppen sowie die probatorischen Sitzungen der in § 87 b Abs.2 SGB V genannten Arztgruppen ab 1.1.2013 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden.

Es ist aber dennoch davon auszugehen, dass dieser Umstand nichts an der gesetzlichen Vorgabe ändert, dass die Vergütung pro Zeiteinheit angemessen sein muss. Zur Beurteilung sind grundsätzlich die Kriterien zu beachten, die sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergeben (Betriebskostenansatz für eine voll ausgelastete Praxis, Umsatz einer zum Vergleich heranzuziehenden Fachgruppe und die Kostenquote der Vergleichsgruppe).

Zwar ist die Verantwortung dafür, dass für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten ist, im Verteilungsmaßstab unter Beachtung der Vorgaben der KBV verankert, vgl. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V. Es gibt aber keinen Anhalt dafür, dass der Gesetzgeber mit der Neugestaltung durch das GKV-Versorgungstrukturgesetz ab 1. Januar 2012 von den Grundsätzen der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts abweichen wollte.

Die vorgenommene Honorierung verstößt m.E. sowohl gegen das sich aus Art. 12 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG ergebende Gebot der Verteilungsgerechtigkeit (vgl. Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20.1.1999 - B 6 KA 46/97 R -, vom 25.8.1999 - B 6 KA 14/98, vom 28.1.2004 (B 6 KA 52/03 R) und vom 28.5.2008 (B 6 KA 8/07 R und B 6 KA 9/07 R) als auch gegen das Gebot der Angemessenheit der Vergütung aus § 85 Abs. 4 SGB V.

Das BSG hat mit seinen Urteilen vom 28.1.2004 und 28.5.2008 seine früheren Rechtsgrundsätze hinsichtlich einer Honorarverteilungsgerechtigkeit bestätigt. Demnach muss es mir möglich sein, mit einer maximal ausgelasteten Praxis ein durchschnittliches fachärztliches Einkommen zu erzielen. Psychotherapeuten können aber auch bei maximalem Arbeitseinsatz kein Einkommen erreichen, das dem Durchschnitt der anderen zum Vergleich heranzuziehenden Arztgruppen entspricht. Der aktuell veröffentlichte KBV-Honorarbericht für das 1. Halbjahr 2012 hat erneut ergeben, dass Psychotherapeuten im Vergleich mit den anderen Facharztgruppen nicht nur am wenigsten

verdienen, sondern auch der Abstand zu einem vergleichbaren Facharzteinkommen eklatant groß ist.

Unter Berücksichtigung der Zeitkapazitätsgrenzen lässt sich für eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis ein maximaler Umsatz von ca. 125.000 Euro errechnen. Abzüglich der vom BSG bestätigten Kosten von 40.634 Euro (derzeit wird durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung anhand empirischer Daten überprüft, ob der Praxiskostenansatz von 40.634 Euro aktuell angemessen oder ggf. anzupassen ist) bleibt ein Überschuss von rund 85.000 Euro. Dieser maximal mögliche Überschuss (den nur 5 % aller Psychotherapeuten erreichen) liegt - nach allem, was aktuell bekannt ist (vgl. KBV-Honorarbericht, s.o.) - deutlich unter dem Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Facharztgruppen.

Die Honorierung der genehmigungspflichtigen Leistungen wurde nicht an die gestiegenen Gewinne der Fachärzte in der Vergleichsgruppe in den Jahren 2007 und 2008 angepasst. Angesichts der aktuellen Steigerungen der Honorare der Fachärzte wird sich die Schere zwischen den möglichen Einkommen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Praxen auch bei voller Auslastung gegenüber den durchschnittlichen Einkommen der vergleichbaren fachärztlichen Praxen weiter zu Lasten der Psychotherapeuten verschlechtern.

Ich lege ebenfalls Widerspruch ein gegen die Honorierung der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen. Gesprächsziffern und Anträge auf Verlängerung der Behandlung beispielsweise werden in einer Höhe vergütet, die eine wirtschaftliche Führung der Praxis nicht mehr ermöglicht.

Ich bitte darum, diesen Widerspruch vorläufig nicht zu bescheiden und erst das Ergebnis möglicher Musterverfahren abzuwarten.

Mit freundlichen Grüßen

Abrechnungsfragen unserer Mitglieder: Samstagsziffer auch für PP/KJP abrechnungsfähig?

Ein Urteil des Sozialgerichts Marburg macht Hoffnung, dass zukünftig auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die EBM-Ziffer 01102 („Inanspruchnahme am Samstag, 7-14 Uhr, auch geplant“) in Ansatz bringen können. In seinem Urteil hat das Sozialgericht festgestellt, dass die derzeitige Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die den Samstagzuschlag für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nicht vorsieht, rechtswidrig ist. Aus Sicht des SG Marburg gibt es keine sachliche Begründung für die Ungleichbehandlung von PP und KJP gegenüber den Ärzten. Das Gericht verweist in seinem Urteil insofern auf den Gleichbehandlungsgrundsatz des Artikels 3 Abs. 1 Grundgesetz.

Das Urteil ist aktuell noch nicht bestandskräftig geworden, d.h. es wurden Rechtsmittel eingelegt, über die noch nicht abschließend entschieden wurde. In unserem sog. „EBM-Infopaket“, das Mitglieder über die Bundesgeschäftsstelle des DGVT-Berufsverbands anfordern können (Kosten: 20 €), steht deshalb hinter der Ziffer 01102 ein „Ä“, was heißen soll: derzeit nur für ärztliche Psychotherapeuten abrechenbar.

Solange es hier noch keine Klarheit gibt, und solange der EBM noch nicht entsprechend abgeändert ist, werden Sie die Ziffer bei der KV nur auf Kulanz-Basis in Ansatz bringen können.

Falls Sie Samstagstermine zwischen 7.00 und 14.00 Uhr anbieten, ist also zu empfehlen, die Ziffer 01102 abzurechnen. Ggf. müssten Sie dann gegen eine (zu erwartende) Streichung der Ziffer durch die KV in Widerspruch gehen. Falls Ihr Widerspruch durch die KV nicht ruhend gestellt wird, bis das von Ihnen zu zitierende Verfahren (Aktenzeichen des SG Marburg-Urteils) abgeschlossen ist, sondern ablehnend be-

schieden wird, müssten Sie ggf. klagen, um Ihren Anspruch durchsetzen zu können.

Urteil des SG Marburg S 11 KA 177/10 vom 24.10.2012.

Kerstin Burgdorf

Neuer Bundesmantelvertrag seit 1.10.2013 in Kraft

Am 1. Oktober ist der neue Bundesmantelvertrag-Ärzte in Kraft getreten. Ab sofort gibt es damit nur noch einen Bundesmantelvertrag, der sowohl für Primär- als auch für Ersatzkassen gilt. Bislang galten im Detail abweichende Regelwerke für die verschiedenen Kassen.

Ein paar kurze Erläuterungen zum Bundesmantelvertrag: Dieser regelt unterhalb des SGB V Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/-psychotherapeuten. Regelungsinhalte sind die vertragsärztlichen Leistungen und deren Bewertungen. So ist auch bspw. der EBM Bestandteil des Bundesmantelvertrags. Ebenso ist die Psychotherapie-Vereinbarung Bestandteil des Bundesmantelvertrags. Die Psychotherapie-Vereinbarung bleibt vorerst jedoch unverändert.

Für unseren Bereich sind vorwiegend folgende (wenige) Änderungen, die seit 1.10.2013 gelten, von Interesse.

Formlose Anfragen von Kassen - zukünftig mehr Rechtssicherheit?

Die Krankenkassen müssen zukünftig für formlose Anfragen an Vertragsärzte/-psychotherapeuten ein Rahmenformular verwenden. Auf diese Weise soll aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erreicht werden, dass die Kassen nur noch das Nötigste erfragen und nur solche Daten einfordern, auf die sie rechtlich Anspruch haben. Ziel ist es, die Flut von Anfragen einzudämmen. Auf dem Formular sollen u.a. die Rechtsgrundlage für die konkrete

Anfrage der Krankenkasse und ein Hinweis auf die Vergütung vermerkt sein.

Was die Vorgabe des neuen, einheitlichen Rahmenformulars betrifft, wird sicherlich abzuwarten sein, ob sich die Einhaltung der Regelungen des Sozialrechts (SGB V) zu den verschiedenen und im SGB V abschließend geregelten Auskunftsansprüchen der Kassen verbessert. Schon bislang galt, dass Kassen bei Anfragen an Vertragsärzte/-psychotherapeuten die entsprechende Anspruchsgrundlage im Gesetz nennen mussten, was jedoch bekanntlich allzu häufig nicht eingehalten wurde.

Gutachten werden künftig regelmäßig vergütet

Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die im Zusammenhang mit den o.g. Anfragen ein Gutachten oder eine Bescheinigung mit gutachterlicher Stellungnahme erstellen, werden künftig eine Vergütung erhalten. Über die Höhe werden KBV und Kassen noch verhandeln.

Umgehensweise bei ungültigen Versichertenkarten

Krankenkassen müssen weiterhin ungültige Versichertenkarten einziehen. Kassen können keinen Schadensersatz fordern, wenn Ärzte Versicherte mit ungültiger Karte behandeln. Vertragsärzte müssen für die Behandlung eines Patienten, der eine ungültige Versichertenkarte oder die Karte einer anderen Person vorgelegt hat, nicht die Kosten übernehmen. Dies ist jetzt im Bundesmantelvertrag klargestellt worden. Die Krankenkassen dürfen nur dann Schadensersatz verlangen, wenn der Arzt die unzulässige Verwendung der Karte, zum Beispiel aufgrund des Alters oder Bildes, hätte erkennen können.

Ein allgemeines Info-Schreiben der KBV fasst die wichtigsten Änderungen für Vertragsärzte zusammen:

http://www.kbv.de/media/sp/2013_09_23_Praxisinformation_Bundesmantelvertrag.pdf

Kerstin Burgdorf

Neue ICD-10-Version im Web verfügbar

(ab). Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) hat jetzt die neue Fassung der Diagnoseklassifizierung ICD-10-GM Version 14 veröffentlicht. Ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten und stationären Bereich müssen Diagnosen nach der ICD-10-GM verschlüsseln. Krankenhäuser sind verpflichtet, dabei die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.

In die neue Version sind Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zahlreiche weitere Vorschläge eingeflossen. Sie stammen zumeist von Fachgesellschaften oder von Fachleuten aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken sowie Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Im Vorfeld hatte es viele Diskussionen geben, inwieweit die Pharmaindustrie Einfluss auf die Klassifizierung im Bereich psychischer Krankheiten genommen hat.

Auf der Homepage des DIMDI, das im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums angesiedelt ist, finden Sie die Version 14 im Downloadcenter bzw. werden zum Webshop weitergeleitet.

Alle Informationen auf www.dimdi.de

Psychotherapeutische Behandlung von Bundeswehrsoldaten

Vereinbarung zwischen BPtK und Verteidigungsministerium

Mit dem Ziel, dass psychisch kranke SoldatInnen zukünftig schneller einen "zivilen" psychotherapeutischen Behandlungsplatz erhalten können, haben das Verteidigungsministerium und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) am 9. September eine entsprechende Vereinbarung unterzeichnet. Diese trat am 16. September in Kraft. Damit

können ab sofort auch PsychotherapeutInnen ohne KV-Zulassung SoldatInnen behandeln. D. h. SoldatInnen mit psychischen Erkrankungen können nun in einem geregelten Verfahren auch Psychotherapeuten in Privatpraxen konsultieren.

Traumatisierte SoldatInnen sollen damit nach Aussagen Richters deutlich leichter einen ambulanten Behandlungsplatz finden, da sie nicht mehr ausschließlich auf die überlaufenen Praxen der für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Psychotherapeuten angewiesen sind.

Der Wehrbeauftragte des Bundestags, Hellmut Königshaus, hat in einem Artikel (Bundeswehr-Journal vom Oktober 2013) zum Vertragsschluss zwischen Bundespsychotherapeutenkammer und dem Bundesministerium der Verteidigung darauf hingewiesen, dass es immer wieder vorgekommen sei, dass Soldatinnen oder Soldaten von Truppenärzten Probesitzungen bei Therapeuten verschrieben bekamen, eine Langzeittherapie aber von der Bundeswehr als nicht genehmigungsfähig abgelehnt wurde, weil diese Therapeuten nicht über die erforderliche Zulassung verfügten. Zudem wies er kritisch darauf hin, „dass der Vertragsschluss die Problematik der Vakanzen im Bereich der Psychiater und Psychotherapeuten mit entsprechender Erfahrung innerhalb der Bundeswehr nicht löse“.

Antrags- und Genehmigungsverfahren

Das Antrags- und Genehmigungsverfahren für die Behandlung von Bundeswehrsoldaten hat die Besonderheit, dass der Truppenarzt hier die zentrale Rolle spielt. Der Truppenarzt überweist an den Psychotherapeuten und stellt nach Diagnose- und Indikationsstellung durch den Psychotherapeuten (für die ersten 25 Stunden ist nur eine kurze, formlose Begründung notwendig und kein Bericht an den Gutachter) einen Behandlungsausweis aus. Dieser Behandlungsausweis entspricht der Genehmigung der Psychotherapie und stellt die Kostenübernahmeerklärung dar.

Details zum formalen Ablauf der Behandlung von Bundeswehrsoldaten finden

sich einer Information der Bundespsychotherapeutenkammer, vgl. www.bptk.de.

BPtK plant Fortbildungen

In den nächsten Monaten will die BPtK gemeinsam mit der Bundeswehr eine erste Fortbildungsveranstaltung (voraussichtlich in Berlin) durchführen und rechtzeitig ankündigen. Diese Fortbildung wird ein Angebot an Psychotherapeuten sein, die sich insbesondere über die spezifischen Aspekte der Behandlung von SoldatInnen informieren wollen. Es sollen dann in verschiedenen Regionen weitere Veranstaltungen durchgeführt werden. Die Veranstaltungen sind auch offen für Vertragspsychotherapeuten. Eine Teilnahme an der Fortbildung ist nicht Voraussetzung für die Behandlung von SoldatInnen.

Kerstin Burgdorf

Information zu den neuen KV-Sitzen:

In manchen Regionen konnten noch nicht alle Sitze vergeben werden

(kb.) Aus einzelnen Bundesländern haben wir erfahren, dass die Zulassungsausschüsse in einigen Bezirken nicht alle aufgrund der neuen Bedarfsplanung ausgeschriebenen Sitze vergeben haben bzw. vergeben konnten, weil es entweder nicht genügend Bewerber gab oder aus anderen Gründen.

In Bayern und Baden-Württemberg ist offenbar eine Reihe von Sitzen betroffen, die allerdings nicht in bevorzugten Regionen liegen, sondern eher in ländlichen Bereichen (z.B. Oberpfalz, Bayerischer Wald, Ostalb). In diesen Regionen wurden teils viele Sitze zugleich ausgeschrieben, die nicht vollständig im ersten Zuge besetzt werden konnten.

Die KVen bzw. die Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse werden dazu zunächst keine öffentlichen Mitteilungen machen, weil sie die Einspruchsfristen noch abwarten wollen. Auf gezielte Nachfrage bei den zuständigen Geschäftsstellen der jeweiligen

Zulassungsausschüsse könnte man dennoch jeweils telefonisch Auskunft erhalten.

Falls Sie regional flexibel und/oder interessiert sind, könnte es sich also lohnen, genauere Informationen einzuholen. Sobald uns konkrete Informationen vorliegen, werden wir weiter berichten.

Bitte bedenken Sie, dass es sich auch in anderen KVen, in denen neue Sitze zu vergeben waren, ähnlich verhalten kann.

Unseren Mitgliedern möchten wir empfehlen, bei vorliegender lokaler Unterversorgung (Bedarfsanalyse bzw. Wartezeiten-Statistik) mögliche Anträge auf Sonderbedarfszulassung zu prüfen. Hinweise zur Antragstellung auf Sonderbedarf (Beispielsanträge, Rechtsprechungsübersichten etc.) erhalten Mitglieder des DGVT-Berufsverbands über die Bundesgeschäftsstelle (info@dgvt-bv.de).

ERGÄNZUNGSQUALIFIKATION - VERHALTENSTHERAPIE IN GRUPPEN

Ergänzungsqualifikation zur Abrechnungserweiterung

Termine 2014:

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

Die Termine sind einzeln buchbar.

Ort: Friedrichshafen

dgvt^{FW}
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de

Alles was Recht ist . . .

Fonds soll Opfer von Behandlungsfehlern entschädigen

SPD-Vorstoß im Nachgang zum Patientenrechtegesetz

(*wd*). Um Opfern von medizinischen Behandlungsfehlern in Zukunft besser und unbürokratischer helfen zu können, schlägt Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) die Einführung eines Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF) vor. Dazu hat die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ein Gutachten und zugleich einen Entwurf für ein Bundesgesetz durch zwei renommierte Rechtswissenschaftler ausarbeiten lassen.

Der Entwurf sieht vor, eine bundesmittelbare Stiftung öffentlichen Rechts zu gründen, die über eine Entschädigungskommission und eine Härtefallkommission den Betroffenen helfen kann. Gegenüber bestehenden Verfahren soll der Fonds schnell und effektiv für eine Entschädigung und gegebenenfalls einen Härtefallausgleich bei Schäden durch medizinische Behandlungen im Krankenhaus sorgen. Der Entschädigungsfonds soll nur dann einspringen, wenn dem Betroffenen über herkömmliche haftungsrechtliche Ansprüche nicht geholfen werden kann, weil der Behandlungsfehler und/oder der Zusammenhang mit dem erheblichen gesundheitlichen Schaden nicht mit der dafür ausreichenden, weit überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte.

Vorgesehen ist, die Entschädigungssumme in der Regel auf 100.000 Euro, im Ausnahmefall auf maximal 200.000 Euro zu begrenzen. Der Fonds soll auf Antrag der Betroffenen aktiv werden. Die Gutachter schlagen vor, dass eine entsprechende Stiftung zunächst mit 100 Millionen Euro ausgestattet wird. Prüfer-Storcks stellt sich vor, dass die Stiftung entweder beim Patientenbeauftragten oder bei einer unabhängigen Patientenorganisation angesiedelt wird.

Der Fonds berührt bestehendes Haftungsrecht nicht, sondern ist als ergänzende Regelung gedacht. Mit dem Vorstoß nimmt Prüfer-Storcks eine alte Forderung der SPD-regierten Länder auf, die sich eine entsprechende Regelung schon im inzwischen verabschiedeten Patientenrechtegesetz gewünscht hätten.

Bei dem Vorschlag haben sich die Autoren an bestehenden Medizinschadenfondsmodellen, unter anderem in Österreich und Frankreich, orientiert.

Das Gutachten: "Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und -Härtefallfonds (PatEHF) für Schäden durch medizinische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag" von Prof. Dr. Dieter Hart und Prof. Dr. Robert Francke finden Sie unter

www.hamburg.de/contentblob/4096038/data/gutachten-patientenentschaedigung.pdf

Die Pressemeldung der Stadt Hamburg vom 28.08.2013 kann unter folgendem Link eingesehen werden:

www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/4095956/2013-08-28-bgv-haertefallfonds.html

Familienversicherung für Behinderte ohne Altersbegrenzung

Sozialgericht Dortmund korrigiert AOK Entscheidung

(*wd*). Behinderte Kinder bleiben ohne Altersbegrenzung in der Krankenversicherung ihrer Eltern familienversichert, wenn sie außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten. Dabei sind die konkreten Beschäftigungsmöglichkeiten des behinderten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu berücksichtigen.

Dies entschied das Sozialgericht Dortmund im Falle einer 27-jährigen geistig behinderten Frau aus Hagen. Die AOK Nordwest lehnte es ab, sie über das 23. Lebensjahr hinaus kostenlos über ihren Vater als familienversichert zu führen. Die Tochter des Versicherten könne sich nunmehr selbst unterhalten.

Das Sozialgericht Dortmund verurteilte die AOK, die Familienversicherung ohne Altersbegrenzung gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V durchzuführen. Nach medizinischer Beweisaufnahme stehe fest, dass die junge Frau auf Grund ihrer seit Geburt bestehenden geistigen Behinderung außer Stande sei, sich selbst zu unterhalten. Dabei seien der erschwerte Zugang geistig behinderter Menschen zum allgemeinen Arbeitsmarkt und die Lohnstrukturen zu berücksichtigen. Realistisch erscheine allenfalls eine gering qualifizierte Tätigkeit im Niedriglohnbereich, die eine Inanspruchnahme aufstockender Grundversicherungsleistungen erforderlich mache.

Sozialgericht Dortmund, Urteil vom 27.06.2013, Az.: S 39 KR 490/10

Eltern entscheiden über Fixierung von Kindern in offenen Einrichtungen

**Richterliche Genehmigung laut
Bundesgerichtshof nicht erforderlich**

(*wd*). Der Bundesgerichtshof hat am 4. September 2013 zur Frage der Fixierung von Kindern in offenen heilpädagogischen Heimen entschieden: Es braucht keine richterliche Erlaubnis, um behinderte Kinder in offenen Heimen nachts anzugurten. Die Genehmigung der Eltern sei ausreichend. Ob behinderte Kinder in einer offenen heilpädagogischen Heimeinrichtung nachts angegurtet werden dürfen, entscheiden demnach allein die Eltern.

Im konkreten Fall ging es um ein geistig behindertes, autistisches Kind, das im Jahr 1999 geboren wurde. Seit 2008 lebt es in einem offenen heilpädagogischen Wohn-

heim. Wegen eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) lief das Kind nachts regelmäßig herum. Zum eigenen Schutz und dem der MitbewohnerInnen wurde es mit einem Bauch- oder Fußgurt am Bett fixiert. Ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten bestätigte, dass dies erforderlich sei.

Das Amtsgericht Varel hatte die Fixierung 2009 genehmigt. Die Erlaubnis war auf zwei Jahre befristet. Als diese auslief, beantragten die Eltern eine Verlängerung. Das Amtsgericht erklärte daraufhin, dass eine Genehmigung gar nicht erforderlich sei. Dies hat der Bundesgerichtshof nun bestätigt. Eltern könnten selbst die Erlaubnis für die Fixierung erteilen. Eine richterliche Genehmigung sehe das Kindheitsrecht nicht vor. Diese ist nur für Volljährige vorgeschrieben.

Die Eltern könnten sich zudem auf ihr Elterngrundrecht berufen. Danach liege die Erziehung der Kinder primär in der Verantwortung der Eltern. Staatliche Verantwortung und Kontrolle seien eingeschränkt.

Dennoch seien Kinder nicht ohne Schutz, betonten die Karlsruher Richter. Bei Gefährdung des Kindeswohls bestehe die Möglichkeit des Sorgerechtsentzugs. Ob das Karlsruher Urteil auch auf Kinder in geschlossenen Einrichtungen übertragbar ist, ist offen.

Bundesgerichtshof, Az.: XII ZB 559/11

Krankenversichertenkarte weiterhin gültig

Elektronische Gesundheitskarte

(*wd*). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat am 30.10.2013 die Kassen zu einer öffentlichen Richtigstellung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte aufgefordert. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatte verkündet, dass vom 1. Januar 2014 an nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) statt der Krankenversichertenkarten

(KVK) gilt. Darin sieht die KBV eine Fehlinformation der Öffentlichkeit.

„Die Irritation zur Gültigkeit der Krankenversichertenkarte hat sich bisher nicht gelegt. Die öffentliche Berichterstattung ist noch immer von der Fehlinformation der Kassen vom 1.10.2013, nach welcher die KVK zum Jahresende 2013 ihre Gültigkeit verlieren, geprägt“, erklärte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Er gehe davon aus, dass der GKV-Spitzenverband die Irritationen öffentlich durch eine entsprechende Richtigstellung beseitigen werde.

Die KBV hat mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen eine Über-

gangsfrist vereinbart, die beide Seiten unterschiedlich auslegen. Daher liest man gelegentlich, dass die alten Karten nur noch bis max. Ende September 2014 gültig seien. Doch die meisten ÄrztInnen dürften sich an das aufgedruckte Datum halten. Denn die Ärzte rechnen nicht direkt mit den Krankenkassen, sondern über die Kassenärztlichen Vereinigungen ab.

Die alte Krankenversichertenkarte ist auch nach dem 1. Januar 2014 gültig – und zwar so lange, bis ihr Datum abgelaufen ist, zumindest nach Meinung der KBV!

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

DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

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

Vortrag und Workshops zum Thema
“Angststörungen”

dgvtFW
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.
www.dgvt-fortbildung.de

Tagungsberichte

23. DPT am 16.11.2013 in Kiel

Nach Grußworten der schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerin Kristin Alheit und der Präsidentin der gastgebenden Kammer, Juliane Dürkop, folgte der Bericht des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer. Prof. Rainer Richter wies zunächst auf aktuelle Survey-Daten hin, wonach nur maximal ein Viertel der psychisch kranken Menschen in Deutschland eine Behandlung bekommen. Dies seien weitere wichtige Daten zur Verbesserung der Bedarfsplanung. Immerhin seien in den laufenden Koalitionsverhandlungen von CDU/CSU und SPD zum ersten Mal überhaupt die Psychotherapie und das Ziel einer besseren psychotherapeutischen Versorgung erwähnt.

Richter schilderte dann die Mitarbeit der Bundeskammer in den Unterausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie bei den Leitlinienentwicklungen zu einzelnen psychischen Störungen. Diese Aktivitäten seien sehr positiv, würden aber auch sehr viele Ressourcen binden, so dass über eine Priorisierung der weiteren Arbeit der Bundeskammer zu diskutieren sei.

Dietrich Munz, Vizepräsident der BpTK, berichtete über erste Ergebnisse der Angestellten-Befragung. Sehr gespannt darf man sein auf die Teilergebnisse zur Situation der PiAs. Der komplette Bericht soll Anfang 2014 vorliegen.

Danach wurde der Bericht des Vorstandes diskutiert, auch unter reger Beteiligung der PiA-VertreterInnen. Besonders kritisiert wurde, dass die AG Praxiswertermittlung nicht mehr einbezogen wurde bei den Aktivitäten des Vorstands zu diesem Thema – einem Thema, dass für viele junge KollegInnen, die eine Praxis übernehmen wollen, und ebenso auch für ältere KollegInnen, die eine Praxis abgeben, sehr bedeutsam ist. Da der Vorstand in seinem schriftlichen Bericht beiläufig erwähnt hatte, dass er die Einholung externer Gutachten zu der Thematik vorbereite, wurde von Susanne Ehrhorn

(DGVT) u.a. ein diesbezüglicher Antrag eingebracht. Mit diesem Antrag sollte der Vorstand verpflichtet werden, die Frage, ob und mit welchem Auftrag eine externe Expertise erstellt werden soll, mit der AG Praxiswertermittlung, zu der auch PiA-VertreterInnen gehören, zu beraten, bevor ein solcher Auftrag erteilt wird. Das Ergebnis ist dann dem Deutschen Psychotherapeutentag vorzustellen. Der Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen.

Von vielen wurden die Broschüren der BpTK gelobt (zur Kostenerstattung und für Eltern zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie). Angemahnt wurde, dass eine Verbesserung und Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Vorstand und den Berufsverbänden wichtig sei.

Nach der Mittagspause zeigten die PiA-VertreterInnen einen weiteren, wieder sehr gelungenen Kurzfilm zur Situation der PiAs und ihrer Flashmob-Aktion.

Es folgte der Bericht der Arbeitsgruppe des Länderrats und des Vorstandes zur Entwicklung des Berufsbilds und den daraus abgeleiteten Kompetenzen im Hinblick auf die Diskussion zur Ausbildungsreform.

Nach dem Bericht des Finanzausschusses wurde der Vorstand entlastet für den Haushalt 2012 und der Haushaltsplan 2014 wurde verabschiedet.

Im Rahmen der vorgesehenen Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung wurden leider (angeblich) keine Möglichkeiten einer Kinderbetreuung während des DPT gefunden, wie es beim letzten DPT angeregt wurde, ("zu hoher logistischer Aufwand") und auch kein Alternativangebot gemacht. Hier sollte beim nächsten DPT nachgehakt werden.

Es folgte eine lebhaft diskutierte Diskussion über verschiedene sinnvolle oder notwendige Änderungen der Musterberufsordnung, die sich aus dem zu Jahresbeginn verabschiedeten Patientenrechtegesetz ergeben, die dann auch überwiegend beschlossen wurden. Sehr kontrovers wurde es, als über die berufsrechtlichen Konsequenzen aus der Vorschrift des

Patientenrechtegesetzes, dem/der Patienten/in auf Verlangen unverzüglich die Behandlungsakte in Kopie zur Verfügung zu stellen, beraten wurde. Neben den gesetzlich bereits vorgesehenen Einschränkungen dieser Offenlegungspflicht (falls schwerwiegende therapeutische Gründe oder Persönlichkeitsrechte Dritter dem entgegenstehen) sah ein Antrag vor, unter berufsrechtlichem Blickwinkel auch die Persönlichkeitsrechte des/der Psychotherapeuten/in als Verweigerungsgrund zu akzeptieren. Auch wenn klar ist, dass diese Persönlichkeitsrechte die zivilrechtliche Offenlegungspflicht nicht tangieren, war es doch für viele Delegierte wichtig, hier ein Zeichen zu setzen. Andere Delegierte dagegen fanden, dass manche Sorgen diesbezüglich leicht paranoid anmuteten und eine entsprechende Änderung der MBO keine gute Außenwirkung haben würde im Sinne eines (vermeintlichen) Versuchs der Aushöhlung des Patientenrechtegesetzes.

Nach längerer Diskussion wurde vereinbart, dass der Vorstand versucht, unter Einbeziehung der Antragsteller/innen zu diesem Punkt für den nächsten DPT eine konsensfähige Vorlage zu machen.

Anlässlich der laufenden Koalitionsverhandlungen wurden abschließend noch zwei Resolutionen verabschiedet. Die erste Resolution mit dem Titel „Verbesserungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Aufgaben der Gesundheitspolitik für die 18. Legislaturperiode“ bezieht sich auf die Versorgungsstruktur; die andere auf die notwendige Ausbildungsreform sowie die Verbesserung der beruflichen Situation der niedergelassenen und der angestellten KollegInnen: „Die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung sichern!“. Eine weitere verabschiedete Resolution „Transparenz und gesicherte Qualität der Ausbildung“ bezieht sich auf die Bemühungen des 4. PiA-Politik-Treffens um Qualitätskriterien für Ausbildungsinstitute. Die Resolution regt an, dass Gespräche zwischen den Ausbildungsinstituten und den PiA über die Entwicklung solcher Kriterien stattfinden.

Zum Schluss ein paar Anmerkungen aus meiner persönlichen Sicht als „Nachwuchs“-

DPT-Delegierte: Für mich war es der vierte DPT. Das Durchschnittsalter der Delegierten dürfte zwischen 55 und 60 Jahren liegen, die Altersgruppe „U 40“ ist nur sehr sporadisch vertreten. Die meisten Delegierten sind Übergangsapprobierte, die die aktuelle Form der Psychotherapeutenausbildung nicht selber durchlaufen haben, weswegen die Probleme der PiAs für viele der Delegierten eher weit weg erscheinen. Umso wichtiger ist es, dass die PiA-Vertreter sich aktiv beteiligen (wie geschehen) und der Nachwuchs für den DPT aktiv gefördert wird. In den nächsten Jahren dürfte ein großer Generationenwechsel anstehen, der sorgfältig vorbereitet werden sollte.

Ich möchte an dieser Stelle auch junge Kolleginnen ermutigen, sich berufspolitisch vorzuwagen. Bei meiner ersten Teilnahme am DPT habe ich viel gestaunt (z.B. dass die wirklich wichtigen Dinge am Abend vorher verhandelt werden...) und noch wenig verstanden, aber die erfahrenen Kolleginnen der DGVT lassen einem Zeit, sind wunderbar geduldig und erklären gerne auch scheinbar banale Dinge (dafür danke!).

Die Diskussionen beim DPT verlaufen sehr zivilisiert, bei diesem DPT m.E. stellenweise sogar übertrieben artig (jeder Redner bedankte sich zunächst einmal ausführlich - bei wem auch immer) – zum Glück brachten die PiA-Vertreter frischen Wind. Ich empfinde es insgesamt als ein großes Privileg, soviel Einsicht in die berufspolitischen Aktivitäten auf Bundes- und Länderebene zu bekommen und daran partizipieren zu können.

*Sabine Maur, Mainz,
Kontakt : sml@fkjp.de*

Zukunft der KJP: Fachwelt ringt um Positionen

**bkj-Tagung umreißt Problemfelder:
Aktuelle Umwälzungen
betreffen KJP besonders**

Zur Zukunft der Psychotherapieausbildung organisierten Prof. Margret Dörr (Katholische Hochschule Mainz), Prof. Ulrich Müller (Hochschule Hannover) und Marion Schwarz (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen bkj) eine Veranstaltung. Sie fand am 2. Oktober 2013 in Berlin an der Humboldt-Universität statt, und war mit über 80 Teilnehmern gut besucht.

In seiner Begrüßung wies Prof. Bernd Ahrbeck (Humboldt-Universität Berlin) bereits auf die Bachelor- und Master-Problematik hin, die durch die Bologna-Beschlüsse hinsichtlich der Zugänge zur Psychotherapie-Ausbildung, vor allen Dingen für die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP), entstanden sei.

Marion Schwarz (bkj) fasste die seit 2008 währenden berufspolitischen Diskussionen zusammen, die hinsichtlich der Problemfelder Studienabschluss und Zugang zur Psychotherapieausbildung, aber auch hinsichtlich der Honorierung der Praktischen Tätigkeit, intensiv geführt werden:

Die pädagogischen Fakultäten diskutierten intensiv, wie auch zukünftig pädagogische Inhalte und Zugänge zur Psychotherapie-Ausbildung erhalten bleiben können. So etablierte sich die AZA-KJP (Arbeitsgemeinschaft Zugang und Qualitätssicherung der Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), in der neben den HochschulvertreterInnen auch Berufs- und Fachverbände mitwirkten. Die AZA-KJP veröffentlichte bereits 2008 ein Papier zu Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen.

Im Mai 2010 wurde auf dem Deutschen Psychotherapeutentag der Reformvorschlag verabschiedet, der zukünftig nur noch einen

Heilberuf vorsieht mit einer Schwerpunktsetzung für Kinder- und Jugendliche bzw. Erwachsene. Dieser Vorschlag fand unter den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Mehrheit unter der Bedingung, dass es zu einem Konsens hinsichtlich der zu fordernden Studieninhalten zwischen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE) und dem Fachbereichstag Soziale Arbeit komme. Dieses Konsenspapier wurde im Frühjahr 2012 verabschiedet.

Trotz aller Bemühungen, zeitnah zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes zu kommen, hat die Politik weder die Ergebnisse des Forschungsgutachtens zur PP- und KJP-Ausbildung noch die Beschlüsse des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) aufgegriffen, sondern fordert aufgrund von sog. ordnungspolitischen Gesichtspunkten eine an dem Medizinstudium orientierte Ausbildung im Sinne eines Psychotherapie-Studiums („Direktausbildung“).

Günter Molitor, analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aus Berlin, wies in seinem Referat auf die basale Prägung des Berufsbildes des KJP durch die Pädagogik hin.

Dr. Sabine Trautmann-Voigt (Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie) wandte sich in ihrem Statement der Frage zu, wie sich die KJP-Ausbildung entwickeln müsse, um auch zukünftigen Ansprüchen an den Beruf gerecht zu werden. Das Gesundheitswesen der Zukunft brauche Strukturveränderung, da es weniger Kinder gebe, mehr Armut, mehr Zuwanderung, mehr Kinder psychisch kranker Eltern sowie ein verändertes Konsum- und Medienverhalten. In der Folge werde eine stärkere Vernetzung von KJP mit der Jugendhilfe, mit Reha-Angeboten und der Sozialhilfe notwendig sein. KJP würden daher ein Basiswissen als Manager für komplexe Beziehungsprobleme in komplexen Lebenswelten für Kinder brauchen. Psychologie sei eine wichtige Leitwissenschaft, aber nicht die einzige. Für eine zukünftige Ausbildung forderte Trautmann-Voigt inhaltliche qualifizierte Schwer-

punkte, eine Durchlässigkeit von PP zu KJP und umgekehrt. Das Psychotherapeutengesetz müsse reformiert, nicht revolutioniert werden, auch um die Interessen der Kinder zu schützen.

In ihrem gemeinsamen Referat zur Relevanz des pädagogischen Wissens betonten Prof. Margret Dörr und Prof. Werner Thole für die Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaften einen umfassenden Bildungsbegriff, der sich von einer rein kognitiven Aneignung von Wissen deutlich unterscheidet. Zu bedenken sei im Hinblick auf die psychotherapeutische Ausbildung, dass gerade psychische Störungen in ihrer sozialen und kulturellen Einbettung gesehen und verstanden werden müssen. In den Erziehungswissenschaften gebe es eine lange und breite Tradition der Interdisziplinarität mit großer Bedeutung auch für die Gebiete der Prävention und Rehabilitation, die bei einem erweiterten Verständnis von Psychotherapie ein wichtiges Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten sein sollten.

Prof. Michael Borg-Laufs (Hochschule Niederrhein) sprach für den Fachbereichstag Soziale Arbeit über die spezifischen KJP-Kompetenzen und wies vor allem auch auf die Entwicklungsabhängigkeit von psychischen Störungen hin, die einer besonderen Kompetenz des behandelnden Psychotherapeuten bedürfe, wie z. B. einer systemischen und einer Umwelt-Kompetenz. Das Tätigkeitsfeld des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten spiegele die Bedeutung sozialer Netzwerke wider, in das sich auch der KJP angemessen einbringen müsse. Gerade hierfür seien KJP mit pädagogischer/sozialpädagogischer Grundausbildung in besonderer Weise geschult und geeignet, was auch den hohen Anteil dieser Gruppe innerhalb der KJP-Gruppe insgesamt erkläre.

Prof. Ulrich H. Müller (Hochschule Hannover/Winnicott Institut) fokussierte in seinem Referat auf die Möglichkeiten der Kooperation zwischen Hochschulen und Ausbildungsinstituten im Hinblick auf die psychotherapeutische Ausbildung. Er äußerte starke Zweifel, ob ein wissenschaftliches Grundstudium und die anwendungsbezoge-

nen und damit eher handlungsorientierten Ausbildungsanteile wie Selbstreflexion und Patientenbehandlung angemessen in einem Direktstudium verankert werden könnten.

Mit Ministerialdirigent Clemens Benz nahm ein Vertreter des Hochschulausschusses der Kultusministerkonferenz (KMK) an der Veranstaltung teil. Er wies in seinem Statement auf die gesellschaftlichen Bedarfe für fundiert ausgebildete KJP hin. Hinsichtlich der Ausbildungsstruktur müsse man schauen, was an Ausbildungsteilen und -inhalten in einem Studium gehe und was in der (postgradualen) Ausbildung (Weiterbildung) erfolgen müsse. Die durch die Bologna-Reform eingetretene Heterogenität hinsichtlich der Zugangskriterien für die Psychotherapie-Ausbildung (Bachelor/Master) sei der KMK ein „Dorn im Auge“. Es fehle an Transparenz und Verlässlichkeit.

Die Vorstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit hinsichtlich der Ausbildung der Ärzte seien für den Hochschulausschuss schwierig, da sich der Abschluss mit Staatsexamen inzwischen überholt habe. Sie sähen durchaus den Bachelor als ersten Berufszugang bei einem Studium als gegeben, ebenso als Voraussetzung für die postgraduale Ausbildung. Ein neues Studium müsse klare Berufsqualifikation mit dem Bachelor ermöglichen. Die Zuständigkeit liege jedoch beim BMG, wobei es ja auch andere Berufe gebe, bei denen Kooperation und Kommunikation zwischen BMG und KMK üblich und erforderlich sei.

Podiumsdiskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion äußerte Prof. Silvia Schneider (Deutsche Gesellschaft für Psychologie/DGPs, Uni Bochum), dass die derzeitigen Ausbildungsgruppen sehr heterogen seien. Aus ihrer Sicht würden zukünftig bei dem Ein-Berufe-Modell auch die Erwachsenenpsychotherapeuten profitieren, denn die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte viel zu bieten, was auch in eine neue Approbationsordnung einfließen könne. Sie stellte die Vorzüge des DGPs-Modells einer Direktausbil-

dung dar, wobei inzwischen auch vorgesehen sei, einen Quereinstieg zu ermöglichen.

Prof. Borg-Laufs wies auf die bereits jetzt bestehende hohe Belastung an den Hochschulen hin und fragte, wie es da hinsichtlich der Etablierung eines neuen Psychotherapiestudiums zusätzliche Ressourcen geben solle. Uwe Keller (Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland VAKJP) betonte die Bedeutung der Pädagogik in der Psychotherapie allgemein. Prof. Marion Mayer (Alice-Salomon-Hochschule Berlin) forderte eine multidisziplinäre Lösung hinsichtlich der Reformdebatte und warnte vor einer Reform, die den pädagogischen Absolventen Psychotherapieausbildung unmöglich macht.

Alfred Krieger (Präsident der hessischen Psychotherapeutenkammer) stellte die Frage, ob es für KJP ein gesondertes Berufsbild gebe, das sich von dem des PP unterscheidet. Hierauf formulierte Christof Schiene aus dem Wissenschaftsministerium Niedersachsen den Wunsch nach einem expliziten KJP-Kompetenzprofil und stellte aus seiner Sicht klar, dass ein breiter fachlicher Zugang zu erhalten sei. Hinsichtlich der Ausbildungsvorstellungen seitens des BMG kritisierte er, dass bislang die Einbeziehung der KMK nicht erfolgt sei. Eine solche Reform betreffe auch Finanzierungsfragen der Bundesländer. Die gegründete Bund-Länder-Kommission habe bislang nur einmal getagt. Auch sei zu fragen, woher die erforderlichen Lehrstühle für ein Psychotherapiestudium kommen und ob es ggf. integrierte Modelle geben solle und könne.

Während Barbara Lubisch (Vorstand Deutsche Psychotherapeutenvereinigung / DPtV) das Modell eines Direktstudiums als Approbationsstudium mit anschließender Weiterbildung unterstützte und forderte, äußerte Herr Baumann als Vertreter der Systemischen Gesellschaft hierzu Bedenken, denn gerade die verschiedenen Grundberufe seien eine Bereicherung für die psychotherapeutische Ausbildung. Georg Schäfer (Psychotherapeutenkammer NRW) befürchtete ebenso durch die Einführung eines Psychotherapiestudiums eine Einengung der Inhalte. Dr.

Dieter Munz als Vertreter der BPtK betonte, dass die Profession nun gezwungen sei, sich einer solchen Reform-Option zu stellen. Das Ministerium gebe den Strukturrahmen vor, wolle aber, dass die Psychotherapeuten die erforderlichen Inhalte eines Studiums definieren. In dem Zusammenhang sei auch die Frage zu klären, welchen Stellenwert zukünftig die Approbation haben solle/könne, wenn sie direkt nach dem Studium, noch vor der Weiterbildung, erworben werde.

In einer Berliner Erklärung wurde nochmals mit Nachdruck die Anhebung des Studienabschlusses für pädagogische Studienabsolventen auf das Masterniveau gefordert, um gleich hohe akademische Zugangsvoraussetzungen für PP und KJP zur psychotherapeutischen Ausbildung zu erreichen. Außerdem wird in der Erklärung gefordert, dass eine zukünftige Reform die unterschiedlichen wissenschaftlichen Grundlagen und Disziplinen weiterhin gewährleisten muss.

Da das BMG nicht anwesend war, konnten leider die unterschiedlichen Standpunkte hinsichtlich einer zukünftigen Ausbildungsstruktur nicht direkt mit den beteiligten und zuständigen Ministerien diskutiert werden. Die zuständige Mitarbeiterin des BMG hat die Veranstalter zu einem Treffen in das Ministerium eingeladen, um dort die Diskussion nachholen zu können.

Barbara Breuer-Radbruch, Marion Schwarz

Dieser Bericht wurde von Barbara Breuer-Radbruch, Schriftführerin des bkj, und Marion Schwarz, bkj-Vorsitzende, verfasst und von der Redaktion der Rosa Beilage – mit Einverständnis der Autorinnen – gekürzt.

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen in der Regel an jedem ersten Donnerstag eines Monats von 19.00 bis 20.30 Uhr in der Psychotherapeutischen Praxis Höppner/Mugele, Universitätsstraße 31, Erlangen. Nächste Termine: 5. Dezember 2013 und 9. Januar 2014.
- **Rheinland-Pfalz:** Regionales Mitgliedertreffen am Mittwoch, 15. Januar 2014. Einladung folgt.

Alle Termine auch auf unserer Homepage www.dgvt.de. Klicken Sie auf den Button „Landesgruppen“.

Berufsrecht und Praxisorganisation - Termine

Start in die Psychotherapie-Praxis

Samstag, 11. Januar 2014, 10.00 bis 14.30 Uhr im Ausbildungszentrum für Psychotherapie der DGVT in Münster, Windthorststr. 20: Starter-Seminar für PiA und frisch approbierte KollegInnen.

Referentinnen: Marion Henkel (KV Westfalen-Lippe), Kerstin Burgdorf (DGVT-BV), Dr. Elisabeth Störmann-Gaede (bvvp).

Update Berufsrecht

Seminarreihe über neue berufsrechtliche Entwicklungen mit wechselnden Themen.

Referentin: Mechthild Greive, Psychologische Psychotherapeutin und Juristin.

Aktuelle Termine: www.dgvt-bv.de/aktuell.

EBM-Schulungen

Telefonkonferenzen zur EBM-Abrechnung für Praxis-NeueinsteigerInnen sowie KollegInnen, die eine Auffrischung suchen. Nächster Termin Montag, 16. Dezember 2013, 16.00 bis 17.30 Uhr.

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

