

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 3/2014
12. August 2014

Aus dem Inhalt

- **Psychotherapie in der Kostenerstattung:
Bundesregierung versucht Probleme zu ignorieren**
- **Aktionstag 25.9.2014 Berlin:
Psychotherapeuten fordern gerechte Honorare**
- **Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie**


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

- Sachverständigenrat Gesundheit legt Gutachten 2014 vor..... 6
- GKV-Finanzreform durch Bundesrat abgesegnet 8
- 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 26./27.6.2014 Hamburg..... 9
- Bundestagsanfrage zur Psychotherapie in der Kostenerstattung 11
- Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie – Leitlinien, evaluiertes Training und Fortbildungsangebote 14
- Medizinklimaindex Frühjahr 2014 - Stimmung bei ÄrztInnen, ZahnärztInnen und PsychotherapeutInnen im Aufwind 15
- Heißes Eisen - Die „Verteilungsgerechtigkeit“ ärztlicher Vergütung..... 16
- Psychisch-Kranken-Hilfegesetz Baden-Württemberg 18
- Psychotherapie für Menschen mit Geistiger Behinderung bietet die nächste Gesundheitsreform eine Chance? 19

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg.....	20
Bayern.....	21
Berlin & Brandenburg.....	22
Hamburg	23
Mecklenburg-Vorpommern	24
Niedersachsen	25
Nordrhein-Westfalen	25
Schleswig-Holstein	27

Zur Situation der PiAs

- Durchbruch im Tarifkonflikt an vier Uniklinika 29
- Mindestlohngesetz – auch eine Chance für die Vergütung für PiA?!..... 29
- Stellungnahme der DGVT und des DGVT-BV zum Mindestlohngesetz 30

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- Bericht von der Konzertierten Aktion der KBV 31
- Psychotherapeuten-Honorare – Zugesagte Neubewertung bleibt aus – Schriftliche Frage an die Bundesregierung..... 33
- Bericht von der 26. Sitzung des Beratenden Fachausschusses der KV Mecklenburg-Vorpommern 33
- Aktuelle Informationen zur Honorarsituation in Mecklenburg-Vorpommern..... 35

- **PsychotherapeutInnen und Werbung – Was ist erlaubt?** 35
- **Elektronische Datenverarbeitung – Empfehlungen für die Praxis von KBV und BÄK**..... 37

Alles was Recht ist ...

- **BSG ermöglicht eine flexiblere Nachbesetzung im MVZ – PP darf psychotherapeutisch tätiger Ärztin folgen** 38
- **BGH-Urteil zur Fenstersicherung in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen** 38
- **Bundesverfassungsgericht zur nicht-anonymisierten Veröffentlichung einer berufsgerichtlichen Verurteilung** 39
- **Keine Fortbildungspunkte ohne Publikation** 40
- **BGH: Kein Anspruch auf Auskunft über Benutzerdaten gegen Arztbewertungsportal** 41

Tagungsberichte

- **Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg** 42
- **Verbändediskussion zur Weiterentwicklung von PEPP** 44

Neues von unseren Mailinglisten

- **Umgang mit Wartelisten**..... 46
- **4-Wochen-Termin-Regel in der Diskussion** 47

Weitere Infos

- **Fehltag aufgrund psychischer Erkrankung sinken zum ersten Mal seit Jahren leicht**..... 49
- **Fallmanagement der Krankenkassen übt Druck auf psychisch Kranke aus** 49
- **Stationäre Versorgung psychisch Kranker nimmt weiter zu** 50
- **Elektronische Gesundheitskarte verzögert sich weiter** 51
- **Mammographie-Screening-Programm weiter in der kritischen Diskussion** 51
- **Neufassung der „Deklaration von Helsinki“ veröffentlicht**..... 52
- **Arbeitgeber und Gewerkschaften fordern mehr Psychotherapieplätze**..... 52

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

niedergelassene PsychotherapeutInnen befinden sich – im Vergleich mit anderen Fachärzten innerhalb der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung abgeschlagen am unteren Ende der Einkommensskala. Das ist nicht richtig! Das Bundessozialgericht hat in seinem bekannten Beschluss über die notwendige Höhe psychotherapeutischer Honorare in der ambulanten Vertragspsychotherapie Eckpunkte vorgegeben, denen die jetzige Vergütung schon lange nicht mehr entspricht. Dennoch ist nicht absehbar, dass die zuständigen Gremien in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sich unserer Anliegen annehmen.

Um stärker auf unsere Anliegen aufmerksam zu machen, wird am 25. September in Berlin ein Aktionstag stattfinden, der vom DGVT-BV gemeinsam mit einem Bündnis vieler Psychotherapeutenverbände vorbereitet wird. Neben einem Protestzug wird es auch manche weitere Aktionen geben. Näheres finden Sie auf der gemeinsamen Homepage www.aktionstag-psychotherapie.de.

Wir rufen Sie hiermit zur Teilnahme auf! Und hoffen, dass möglichst viele von Ihnen Zeit und Gelegenheit finden, an diesem Tag nach Berlin zu kommen. Der Protest wird umso deutlicher, je mehr von uns dabei sind!

Auch sonst passiert natürlich vieles, über das wir in dieser Rosa Beilage berichten: Das Bundesgesundheitsministerium arbeitet die im Koalitionsvertrag aufgenommenen Pläne nach und nach ab. Die Arzneimittelgesetzgebung und die GKV-Finanzierung sind reformiert. Der Gesetzentwurf zur Pflegereform wurde vorgelegt. Bis zum Jahresende soll eine Neuregelung für die Krankenhausfinanzierung vorliegen. Gearbeitet wird außerdem an einem Präventions- und E-Health-Gesetz (siehe hierzu Artikel „Bundesgesundheitsminister Gröhe über die Leitlinien seiner Gesundheitspolitik“ in VPP 3/14).

Mit einem weiteren Gesetz will die Regierung an das GKV-Versorgungsstrukturgesetz anknüpfen, um die Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen und psy-

chotherapeutischen Versorgung weiterzuentwickeln. Ein erster Entwurf ist laut GID vom 8.7. hausintern im Umlauf. Es ist davon auszugehen, dass das Bundesministerium die Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit aufgreifen wird (siehe hierzu eigener Beitrag, S. 6f.).

Die Diskussion über die *Reform der Psychotherapeutenausbildung* könnte in diesem Herbst einen vorläufigen Höhepunkt erreichen: Seitens der Bundespsychotherapeutenkammer, vieler Landeskammern und Verbände ist es unumgänglich, dass der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) am 15. November in München dazu einen wegweisenden Beschluss fasst, der dem Gesundheitsministerium dann vorgelegt wird. Im Oktober werden die Delegierten des DPT von Seiten der Bundeskammer und auch separat von vielen Landeskammern zu Informationstagen zusammengerufen. Von vielen Seiten wird für die Ausbildungsreform das Modell der Direktausbildung priorisiert. Von Seiten der DGVT ist demgegenüber eine pragmatische Positionierung vorzuziehen. Die aktuellen Probleme der Psychotherapieausbildung (Zugangsregelungen und Vergütung der praktischen Tätigkeit) müssen unbedingt gelöst werden – dagegen sollte die anerkannt gute Qualität der derzeitigen Psychotherapieausbildung nicht gefährdet werden durch ungeprüfte Modelle, die viele neue ungelöste Probleme nach sich ziehen.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen und noch einen schönen (Spät-)Sommer.

Waltraud Deubert
Anna Millek

Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Sachverständigenrat Gesundheit legt Gutachten 2014 vor

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat am 23. Juni Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sein diesjähriges Gutachten mit dem Titel „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ übergeben.

Die Ausführungen des 629 Seiten starken Werkes konzentrieren sich in einem ersten Teil auf die Leistungsbereiche Arzneimittel, Medizinprodukte und Rehabilitation. Dabei stehen im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten Themen der Qualitätssicherung bzw. der Patientensicherheit und im Bereich der Rehabilitation Aspekte der Evidenzbasierung, der Regionalität, der Vergütung und des Wettbewerbs im Vordergrund der Betrachtungen und Analysen. Daneben geht es in einem ausführlichen zweiten Teil darum, wie sich auch vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung in strukturschwachen Regionen, insbesondere dem betroffenen ländlichen Raum, eine bedarfsgerechte Versorgung, d. h. eine bundesweit flächendeckende Versorgung auf hohem Qualitätsniveau, sicherstellen lässt.

Um die Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen, empfehlen die GutachterInnen hierfür einen Vergütungszuschlag (Landarzt) in strukturschwachen Gegenden von 50% und im Gegenzug überschüssige Arztsitze in Ballungsräume zu schließen. Außerdem empfehlen die Gutachter lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Der Ratsvorsitzende Prof. Ferdinand Gerlach sagte bei der Vorstellung des Gutachtens: „Die meisten ÄrztInnen arbeiteten dort, wo sie am wenigsten gebraucht werden.“ Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeführten Instrumente zum Abbau von Unter- sowie Überversorgung scheinen

noch nicht gegriffen zu haben. Eine Umfrage des Rats bei den KVen hat ergeben, dass die Förderung für einen freiwilligen Verzicht auf einen Arztsitz noch nicht ein einziges Mal nachgefragt worden sei. Bundesweit sei bislang nur eine einzige Arztpraxis aufgekauft worden. Der Gesundheitsrat schlägt deshalb eine von der bisherigen Gesetzeslage abweichende Regelung vor, und zwar, dass zukünftig der Sicherstellungsauftrag an das Land übergehen soll, wenn die KVen diesen nicht mehr erfüllen können. Die Länder sollen dann die Möglichkeit haben, die Versorgung komplett auszuschreiben. Der Anreiz könne dann nach Auffassung des Rates in einem deutlich aufgestockten Budget für die zu versorgende Region bestehen. Das Fach Allgemeinmedizin bei der Medizinerbildung sollte gezielt gefördert werden, schlagen die ExpertInnen vor; Fakultäten, die die Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin fördern, sollten bei der Hochschulfinanzierung bevorzugt werden.

Erstmals für die Versorgung im ländlichen Raum besonders relevante Änderungen brachte das Vertragsarztänderungsgesetz im Jahr 2007, das u. a. Zweitpraxen, Teilzeitarbeit von Vertragsärzten und den unterversorgten Gebieten eine Berufsausübung über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus ermöglichte. Zahlreiche auf Über- und Unterversorgung bezogene Maßnahmen, u. a. die Aufhebung der sog. Residenzpflicht, folgten mit dem Versorgungsstrukturgesetz (vom 22. Dezember 2011). Mit Hilfe einer Befragung aller KVen, die von der KBV koordiniert wurde, hat der Rat für dieses Gutachten neben der regionalen Versorgungssituation die Nutzung insbesondere der im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Instrumente untersucht. Unterversorgte Bezirke bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gibt es nach den von den KVen angegebenen Zahlen in Planungsbereichen der Augen-, der Haut-, der HNO-Ärzte sowie der PsychotherapeutInnen und der Nervenärzte. Zugleich sind nach diesen Angaben mehr als Dreiviertel aller Planungsbereiche der all-

gemeinen fachärztlichen Versorgung über der 110%-Versorgungsgradgrenze; in Facharztsitzen ausgedrückt betrifft dies ca. 8000 Arztsitze in Deutschland. Zum Vergleich: In der hausärztlichen Versorgung liegen aktuell 43,9% über dieser Grenze; dies entspricht etwa 2200 Arztsitzen. Die fehlende Differenzierung der Nervenärzte in Neurologen und Psychiater verdeckt, auch angesichts unterschiedlich intensiv ausgeprägter psychotherapeutischer Tätigkeit, möglicherweise einen Mangel an Psychiatern. Hierzu steht in dem Gutachten, dafür sei zukünftig eine differenziertere Erfassung notwendig. Bei den PsychotherapeutInnen können die einzelnen KV-Bereiche kaum verglichen werden, da unterschiedliche Psychotherapeutengruppen einbezogen sind, außerdem fehlen z. T. Angaben zum Planungssoll. Da in vier KVen die Versorgung im Mittel unter 100% liegt, ist von einem Mangel an PsychotherapeutInnen in diesen Bereichen auszugehen.

Entgegen der ursprünglichen Erwartung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), mit der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie würden sich mehr Arztsitze im Bundesgebiet und letztlich neue Zulassungsmöglichkeiten für bundesweit ca. 3000 Hausärzte, über 1300 Fachärzte unterschiedlicher Versorgungsebenen und mehr als 1300 PsychotherapeutInnen ergeben, reduzierte sich die Gesamtzahl von Arztsitzen nach der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie. Dies bedeutet nicht, dass nicht im Einzelfall auch neue Niederlassungsmöglichkeiten entstanden sind, da Planungsbezirke neu zugeschnitten und neue Bedarfzahlen umgesetzt wurden. Die Reduktion der geplanten Arztsitze betrifft in unterschiedlichem Ausmaß alle bisher „beplanten“ Fachgruppen mit Ausnahme der PsychotherapeutInnen. So reduziert sich gemäß der Befragung aller KVen durch den Sachverständigenrat auch die Sollzahl der Hausarztsitze um knapp 1 400 und die Sollzahl der Facharztsitze in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung um rund 1800 Sitze, wobei die PsychotherapeutInnen aufgrund unvollständiger Angaben nicht mitgerechnet sind. Bei der spezia-

lisierten fachärztlichen Versorgung (Anästhesisten, fachärztliche Internisten und Radiologen zusammengerechnet, bei den Kinder- und Jugendpsychiatern fehlen ältere Vergleichsdaten) findet eine Reduktion um 3,0% oder rund 200 Arztsitze statt. Aus den neuen Bedarfsplanungszahlen ergibt sich also, dass die ambulante Versorgung zukünftig mit insgesamt weniger Ärzten als heute gemeistert werden soll.

Was die Krankenhausfinanzierung angeht, erscheint ein Übergang zu einer monetarischen Finanzierung, in der auch die Investitionskosten über die Leistungsentgelte refinanziert werden, dringlicher denn je angesichts des Rückzugs der Länder aus der Investitionsfinanzierung. Der Interessenskonflikt, dass die Länder planen und die Krankenkassen zahlen, müsse politisch gelöst werden, so die ExpertInnen. Ein weiterer Aspekt ist die Einrichtung eines Fonds zum Abbau von Überkapazitäten im stationären Sektor. Dieser sog. Restrukturierungsfonds solle danach mit 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gespeist werden. Das Gutachten greift damit einen Vorschlag auf, der ursprünglich in einem Entwurf des Koalitionsvertrages stand, allerdings dann wieder gestrichen wurde.

Professor Wille stellte dann noch einige ausgewählte Leistungsbereiche aus dem Gutachten vor. Medizinprodukte sollten – ähnlich wie in der USA – einem strengen Prüfverfahren unterliegen. Bei Arzneimittelbewertungen sei dringend eine Harmonisierung in Europa angezeigt, um Synergieeffekte zu nutzen. Die Preisverhandlungen könne dann jedes Land für sich durchführen. Reformbedarf sehen die Gutachter auch bei der Apothekenhonorierung, die einen Preiswettbewerb erfahren soll. Sie schlagen „apothekenindividuelle Handelsspannen“ vor.

Das umfangreiche Gutachten wird Gesundheitsakteure sicher noch länger beschäftigen. Am 30. September 2014 stellt der Sachverständigenrat sein Gutachten im Rahmen eines Symposiums vor.

Waltraud Deubert

Der Sachverständigenrat hat im deutschen Gesundheitswesen eine besondere Stellung: Seit fast 30 Jahren analysiert dieses interdisziplinäre Gremium regelmäßig die aktuelle Entwicklung und die Herausforderungen des Deutschen Gesundheitssystems. Dabei zeigt der Sachverständigenrat meist konkrete Handlungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen auf.

GKV-Finanzreform durch Bundesrat abgesegnet

Das GKV-FQWG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung) ist verabschiedet; der Bundesrat hat auf seiner letzten Sitzung vor der Sommerpause am 11.7.14 den Weg dafür frei gemacht, so dass das Gesetz am 1. Januar 2015 in Kraft treten wird.

Mit diesem Gesetz macht die Große Koalition viele Reformen rückgängig, die die Vorgängerregierung (schwarz-gelbe Koalition) mit dem GKV-Finanzierungsgesetz von 2011 umgesetzt hatte. Der pauschale, einkommensunabhängige und kassenindividuelle Zusatzbeitrag entfällt ebenso wie der vorgesehene steuerfinanzierte Ausgleich bei Überforderung der Versicherten mit Zusatzbeiträgen (bei Überschreitung von 2 % des beitragspflichtigen Einkommens). Es bleibt die Festschreibung des Arbeitgeber-Beitragssatzanteils zur GKV, eine Forderung der Arbeitgeberverbände. Hier hätte man eigentlich mehr Widerstand bei der SPD erwartet.

Obwohl der erfahrene Gesundheitsökonom Professor Jürgen Wasem davon ausgeht, dass das Gesetz mit den einhergehenden Regelungen zur Senkung des Beitragssatzes den meisten Beitragszahlern nur eine kurzfristige Entlastung bringt, wird es in der Öffentlichkeit meist positiv kommentiert. In Anbetracht der Kürzung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds und der zu erwartenden Kluft zwischen Einnahmen und

Ausgaben dürfte diese Einschätzung richtig sein.

Die gesetzlich Krankenversicherten erhalten zukünftig einen „Zugang zu Beitragsvergleichen“ – wie Widmann-Mauz, die Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, es nannte. Das Gesetz sieht nämlich weitreichende Informationspflichten bei einer Beitragsanhebung vor. Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben wollen, müssen schriftlich auf die im Internet zu veröffentliche Tabelle der Beiträge anderer Krankenkassen hinweisen und die Versicherten auch auf ihr Sonderkündigungsrecht in diesem Falle aufmerksam machen.

Den großen Wurf in Sachen Qualität verspricht sich die Bundesregierung von einem neu geschaffenen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz. Es ist fraglich, ob dieses Institut die Qualität der gesundheitlichen Versorgung für die PatientInnen verbessern wird, zumal es wohl frühestens 2016 seine Arbeit aufnehmen wird. Die GRÜNEN machen in diesem Zusammenhang zu Recht auf die Probleme beim AQUA-Institut aufmerksam, bei dem Beschlüsse regelmäßig an den unterschiedlichen Interessen der Beteiligten gescheitert seien. Sie kritisieren zudem, dass die PatientInnen nicht einbezogen werden, weder durch eine Beteiligung beim Institutsvorstand noch durch ein eigenständiges Auftragsrecht der Patientenorganisationen. Darüber hinaus gäbe es keine Regelung zur Sicherstellung der Unabhängigkeit, wie sie die GRÜNEN gefordert haben.

Positiv zu werten ist der Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen und die Anpassung des Risikostrukturausgleichs aufgrund des Evaluationsberichtes des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zu verbessern. Damit werden die Anreize zu Risikoselektion und damit die Wettbewerbsverzerrungen zumindest reduziert.

Der Bundesrat hat außer der Finanzreform der Krankenversicherung eine ganze Anzahl weiterer gesundheitspolitischer Be-

schlüsse gefasst. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, einen Nationalen Diabetesplan sowie ein Bundespräventionsgesetz vorzulegen. Im Sinne eines Omnibusverfahrens wurden weitere gesetzliche Regelungen beschlossen:

- Die befristeten Zuschläge der Kassen für Hebammen soll deren Problem steigender Haftpflichtprämien mindern.
- Die Förderung der unabhängigen Patientenberatung (UPD) wird ausgeweitet. Zum einen wird der Zeitraum der Förderphase von fünf auf sieben Jahre verlängert und zum anderen werden die Mittel von aktuell ca. 5 Millionen Euro jährlich ab 01.01.2016 auf 9 Millionen Euro aufgestockt.
- Die Einführungsphase des pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen (PEPP) wird um zwei Jahre verlängert. PEPP sollte ursprünglich ab 2015 verpflichtend eingeführt werden. Die psychiatrischen Einrichtungen können somit 2015 und 2016 frei entscheiden, ob sie das alte oder das neue Vergütungssystem anwenden.

Waltraud Deubert

87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 26./27.6.2014 Hamburg

Das zweitägige Treffen der Gesundheitsminister der Länder unter dem Vorsitz von Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks befasste sich im Beisein von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe schwerpunktmäßig mit dem Thema Gesundheit und Demografie. Dabei ging es u. a. um die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie eine stärkere Ausrichtung auf ambulante Versorgung und Pflege. Mit Blick auf die demografische Entwicklung forderten die Länder ein Gesundheits-

förderungs- und Präventionsgesetz, in dessen Konzeption erfolgreiche Ansätze auf Länderebene einfließen sollen. „Prävention und Gesundheitsförderung müsse sich über alle Altersstufen erstrecken und vor allem in den lokalen Lebenswelten stattfinden.“ An der Finanzierung seien alle Sozialversicherungsträger zu beteiligen – auch die private Krankenversicherung. Präventionsausgaben müssen deutlich erhöht werden.

Auch die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung beschäftigte die GMK. Dabei gab es eine breite Übereinstimmung zwischen den konzeptionellen Vorstellungen der GMK und dem umfangreichen Reformkonzept der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Die wichtigsten Reformansätze¹ der Gesundheitsminister zu einer Änderung der Psychotherapierichtlinien des G-BA:

- Vorgeschlagen wird ein verbesserter Erstkontakt bei den Psychotherapeuten durch ein verpflichtend vorzuhaltendes begrenztes Kontingent an Sprechstunden, zu denen in Eil- bzw. Krisenfällen ein direkter Zugang nach kurzer Wartezeit besteht, um eine frühzeitige und schnelle Abklärung, Diagnostik und Interventionen zu erreichen.
- Eine stärkere Berücksichtigung von antragsfreien Kurzzeittherapien zur Akutversorgung sowie eine Klärung bzw. Reflexion von psychotherapeutischen Behandlungsmethoden und -verfahren im Rahmen der zeitlich begrenzten Kurzzeittherapie/Akutversorgung.
- Bei einem erweiterten Angebot von Kurzzeit- und Gruppentherapien sind im Rahmen einer gestuften Versorgung die jeweiligen Indikationen, auch für Langzeittherapien, zu prüfen.
- Für Langzeittherapien ist ein Antrags- und Zweitmeinungsverfahren, das nicht als reines Aktenverfahren ausgestaltet werden sollte, anzustreben.
- Eine Erweiterung der bestehenden um weitere geeignete psychotherapeutische

¹ *Quelle:* GID, Ausgabe Nr. 19 vom 08.07.2014, S. 8f.

Behandlungsmethoden und -verfahren entsprechend des veränderten Behandlungsbedarfs.

Die GMK spricht sich auch für eine *differenzierte Vergütung entsprechend eines gestuften Therapieverlaufs* mit höheren Anreizen für kurzfristige Erstkontakte, für die Kurzzeittherapie / Akutversorgung sowie die Gruppentherapie aus.

Neben einer besseren Verteilung der Ärztinnen und Ärzte und stärkeren Kompetenzen der Länder bei der Bedarfsplanung sei insbesondere eine Stärkung der Allgemeinmedizin notwendig. Dafür müsse schon im Medizinstudium die Allgemeinmedizin als Kernfach verankert werden, hinzukommen sollen Famulaturen bei Hausärzten und ein Pflichtquartal im praktischen Jahr.

Um die Versorgung auch im ländlichen Raum sicher zu stellen, schlagen die MinisterInnen u. a. Gesundheitshäuser vor, in denen Ärzte temporär Sprechstunden abhalten, sowie den Ausbau von mobilen Arztpraxen. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie den verschiedenen Gesundheitsberufen soll intensiviert werden. Die GMK spricht sich zudem für die Errichtung von geriatrischen Institutsambulanzen aus.

Geeignet hat man sich zudem auf Eckpunkte für die notwendigen und in Prüfungen nachzuweisenden Deutschkenntnisse in akademischen Heilberufen. Demnach soll es zukünftig ein bundesweit einheitliches Überprüfungsverfahren geben. Wichtig sei, dass sich ArztInnen aus anderen Ländern nicht nur in Fachgesprächen mit ihren deutschen KollegInnen verständigen können, sondern auch in der Lage seien, mit ihren PatientInnen über Diagnose und Behandlung zu reden. Bei PsychotherapeutInnen, deren Therapiemittel die Sprache ist, sollen die Anforderungen an das allgemeine Sprachniveau noch höher sein. Die Länder sind dafür zuständig, die Sprachkenntnisse zu überprüfen und eine Approbation zu erteilen.

Weitere Beschlüsse betrafen u.a.:

- **Patientensicherheit**

Die GMK setzt sich dafür ein, dass das sich im Aufbau befindliche Qualitätsinstitut in seinen Erhebungen Kriterien berücksichtigt, die es erlauben, Krankenhäuser nach der Sicherheit von PatientInnen zu bewerten. Außerdem soll in allen Gesundheitsberufen das Thema ‚Patientensicherheit‘ als Ausbildungs- und Prüfungsgegenstand stärker verankert werden und das Aktionsbündnis Patientensicherheit soll öffentlich gefördert werden.

- **Qualität in der Krankenhausplanung**

Die Länder wollen gemeinsam eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung entwickeln. Außerdem sollen entsprechend einem Hamburger Modellprojekt Patientinnen und Patienten mit besonderem Infektionsrisiko vor einer Krankenhausaufnahme auf bestimmte multiresistente Krankheitserreger getestet werden. Die Bundesregierung soll dafür die gesetzlichen Voraussetzungen schaffen.

- **Behandlungszentren für Menschen mit schwerer Behinderung**

Für erwachsene PatientInnen mit geistiger und schwerer körperlicher Behinderung sollen ambulante medizinische Behandlungszentren geschaffen werden. Dazu soll ein neuer Paragraf im SGB V eingeführt werden. Bisher fehlen für solche Einrichtungen die gesetzlichen Grundlagen.

Last, not least setzt sich die Gesundheitsministerkonferenz dafür ein, den Partnerprozess im Rahmen der in Ländern und Kommunen vorhandenen Kooperationsstrukturen zu stärken und die von Ländern und Krankenkassen finanzierten Koordinationsstellen gesundheitlicher Chancengleichheit in die Begleitung und Steuerung der Aktivitäten für ein gesundes Aufwachsen einzubeziehen. Die Programme zur Förderung der Frühen Hilfen und der Partnerprozess sollen stärker miteinander verbunden werden. Die GMK bittet den Bund die gesetzlichen Krankenkassen, die Jugend- und Familien-

ministerkonferenz (JFMK) sowie die Kultusministerkonferenz (KMK) der Länder, das Anliegen des Partnerprozesses im Handlungsfeld „Gesund aufwachsen“ jeweils auf geeignete Weise zu unterstützen.

Waltraud Deubert

Die in der Regel jährlich einmal stattfindende Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ist eine Fachministerkonferenz der jeweils amtierenden Gesundheitsminister und -senatoren der deutschen Bundesländer. Der Bundesgesundheitsminister ist ständiger Gast der GMK. Die erste Gesundheitsministerkonferenz fand 1949 statt.

Psychotherapie in der Kostenerstattung

Kleine Anfrage im Bundestag

(kb) Die Kostenerstattung in der Psychotherapie ist das Thema einer Kleinen Anfrage (18/1947) der Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN vom 25.6.2014. Dabei geht es u.a. um die neu entstandene Problematik, dass die Krankenkassen die Daten zur Kostenerstattung nicht mehr zur Veröffentlichung an das Bundesgesundheitsministerium weitergeben müssen. Aufgrund eines Ministerialerlasses von 2013 muss das Ausmaß der Kostenerstattung für psychotherapeutische Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr transparent ausgewiesen werden. Die Ausgaben für Psychotherapie in der Kostenerstattung sind zwischen 2002 und 2012 um das Achtfache gestiegen. Die Grünen wollen nun wissen, ob die Bundesregierung plant, diesen Zustand zu beenden.

Die Abgeordneten fragen u.a., welche Schlussfolgerungen die Regierung aus der steigenden Zahl der Kostenerstattungsverfahren zieht. Diese Frage halten wir für zentral. Die Wartezeiten werden durch Kostenerstattungs-Therapien reduziert und mit genauen Daten über deren Versorgungsanteil könnten weiterführende Forderungen nach

neuen KV-Sitzen selbstverständlich viel besser untermauert werden. Wenn die Daten über die Kostenerstattungs-Therapien zukünftig nicht mehr verfügbar sind, entfällt eine wichtige Möglichkeit objektiv zu belegen, dass selbst die Krankenkassen in ihrem täglichen Handeln die Defizite der Bedarfsplanung sehen und entsprechend Kostenerstattungs-Psychotherapien (in rasant steigendem Umfang) genehmigen.

Nachfolgend finden Sie die Anfrage mit ihren durchnummerierten Teilfragen, ergänzt um die dazwischen notierten Antworten der Bundesregierung:

Deutscher Bundestag, Drucksache 18/2140 vom 17.07.2014

Titel: Anstieg der Kostenerstattung für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink u.a. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 18/1947)

Vorbemerkung der Fragesteller:

Immer mehr gesetzlich Versicherte finden keinen Therapieplatz bei einem Psychotherapeuten mit Zulassung zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Sie sind daher darauf angewiesen, die Therapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Zulassung durchzuführen und sich die Kosten gemäß § 13 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Krankenkasse erstatten zu lassen. In den vergangenen zehn Jahren sind die Ausgaben für Kostenerstattungen für Psychotherapie nach § 13 Abs. 3 SGB V beinahe um das Achtfache gestiegen (...). Vom ersten Halbjahr 2012 auf das erste Halbjahr 2013 haben die Ausgaben um fast die Hälfte zugenommen. Aufgrund einer Änderung des Erlasses „Rechnungswesen und Statistik der GKV“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) müssen Krankenkassen die Daten zur Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V nicht mehr zur Veröffentlichung an das BMG weitergeben (...). Dadurch ist seit dem Jahr 2013 nicht mehr nachvollziehbar, wie sich die Kostenerstattung für Psychotherapie entwickelt und wie sehr Patientinnen und Patienten darauf angewiesen sind, um eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Deutlich wird hierdurch, dass Hand-

lungsbedarf in Bezug auf das ambulante Angebot der Behandlung psychischer Erkrankungen besteht.

Vorbemerkung der Bundesregierung:

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Fragesteller, dass es ein wichtiges Anliegen ist, allen psychisch Erkrankten ein Angebot zur ambulanten Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Der Bundesregierung ist auch bekannt, dass Versicherte im Einzelfall Schwierigkeiten haben, zeitnah eine psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu erhalten und sich die Leistung im Rahmen des § 13 Abs. 3 SGB V selbst zu beschaffen und bei der Krankenkasse erstatten zu lassen.

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode sieht daher ausdrücklich vor, in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten zu verkürzen. Erforderliche gesetzliche Regelungen werden Gegenstand eines kommenden Gesetzgebungsvorhabens sein.

1. Was hat die Bundesregierung dazu bewogen, die bisher stets ausgewiesenen Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V aus der Statistik zu streichen?

Im Gegensatz zu sonstigen Erstattungen im Bereich der GKV existierte bis 2013 im Bereich der Rechnungslegung eine spezielle Regelung für Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für psychotherapeutische Behandlungen, die in der Kontenart 593 getrennt zu buchen waren. Mit Erlass vom 15. August 2013 wurde im Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die Kontenart 593 zum 1. Januar 2013 gelöscht. Somit ist die Verpflichtung zur getrennten Buchung entfallen. Aus fachlicher Sicht wurde hier keine Notwendigkeit gesehen, lediglich einen Teilbereich, hier Erstattungen für Psychotherapie, abbilden zu lassen, ohne den Gesamtumfang aller Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V beziffern zu können. Auch aufgrund der nach wie vor eher geringfügigen Bedeutung der Erstattungen (45 Mio. Euro im Jahr 2012) am Gesamtleistungsvolumen für ambulante psychotherapeutische Leistungen (ca. 1,5 Mrd. Euro) und in Anbetracht des bislang angefallenen Verwaltungsaufwands bei einer getrennten Ausweisung werden zukünftig die Buchungsvorgänge zur Kostenerstattung im Bereich der Psychotherapie an die allgemeinen Buchungsvorschriften zur Kostenerstattung angepasst.

2. Plant die Bundesregierung diese Ausgaben wieder in der Statistik auszuweisen, und ggf. ab wann? Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung plant nicht, diese Ausgaben wieder in der Statistik auszuweisen. Der anfallende Verwaltungsaufwand bei der IT-technischen Umsetzung dieser Buchungsvorgänge ist erheblich und bei der Höhe der Ausgaben nicht sachgerecht.

3. In welcher Höhe sind den Krankenkassen seit dem ersten Quartal 2004 bis zum ersten Quartal 2014 pro Quartal Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V entstanden, und wie viele Fälle betrifft dies (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung und ab dem Jahr 2012 nach Planungsbereichen aufschlüsseln)?

Die Ausgaben pro Quartal seit dem ersten Quartal 2004 bis zur letztmaligen Erhebung im zweiten Quartal 2013 ist der folgenden Tabelle² zu entnehmen, die Anzahl der Fälle sind der Bundesregierung nicht bekannt, da sie in der amtlichen Statistik nicht ausgewiesen werden.

4. In welcher Höhe und in wie vielen Fällen betrifft dies die psychotherapeutischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen (bitte Zeitraum und Aufschlüsselung wie in Frage 3)?

Eine Unterscheidung der Ausgaben für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sieht die amtliche Statistik nicht vor, daher können hierzu keine Angaben gemacht werden.

5. Sind der Bundesregierung z. B. durch Beschwerden von Patientinnen und Patienten oder ihrer/ihren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Patientenbeauftragten der Bundesregierung Anhaltspunkte dafür bekannt, dass Krankenkassen Anträge auf Kostenerstattungen gemäß § 13 Abs. 3 SGB V ohne nachvollziehbare Begründung oder wegen zu hoher Anforderungen an den Nachweis eines fehlenden Platzes bei zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten ablehnen oder über eine längere Zeit nicht bearbeiten?

² Anmerkung: Die rechte Spalte und die untere Zeile der Tabelle sind von der Redaktion der Rosa Beilage ergänzt worden.

Tab.: GKV-Ausgaben für Kostenerstattung Psychotherapie in Euro/Quartal

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4	Summe
2004	1.677.689 €	2.339.402 €	1.907.298 €	2.261.162 €	8.185.551 €
2005	1.805.715 €	2.989.661 €	2.213.692 €	3.088.892 €	10.097.960 €
2006	2.347.624 €	3.854.547 €	3.054.941 €	3.013.938 €	12.271.050 €
2007	2.810.878 €	3.908.467 €	3.516.706 €	4.277.332 €	14.513.383 €
2008	3.897.955 €	5.144.580 €	4.864.179 €	5.597.972 €	19.504.686 €
2009	5.022.527 €	6.889.251 €	6.220.923 €	7.177.188 €	25.309.889 €
2010	6.006.363 €	8.027.855 €	7.450.552 €	8.338.773 €	29.823.543 €
2011	6.880.870 €	9.666.377 €	7.197.297 €	9.375.403 €	33.119.947 €
2012	8.093.248 €	10.767.857 €	10.460.473 €	11.943.084 €	41.264.662 €
2013	12.048.408 €	15.424.949 €	<i>nicht mehr nachgewiesen</i>		27.473.357 €
Hochrechnung für 2013 aus den vorhandenen Quartalen (konservativ)					54.946.714 €

Datenquelle: KV45

Dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten liegen einzelne Beschwerden im Zusammenhang mit Anträgen auf Übernahme der Kosten einer außervertraglichen Psychotherapie vor, aus denen sich jedoch aktuell keine Anhaltspunkte für eine systematische Verkürzung der Rechte von Patientinnen und Patienten ergeben.

Um Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung vor vermeidbaren Verzögerungen bei der Bewilligung von Leistungen zu schützen, wurde mit dem Patientenrechtegesetz die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V geschaffen. Krankenkassen haben danach über Anträge auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen, bei Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Soweit Anträge auf Leistungen abgelehnt werden, ist eine Beurteilung der Gründe für die Ablehnung grundsätzlich im Wege des Rechtsbehelfs oder der aufsichtsrechtlichen Prüfung möglich. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten informiert daher Patientinnen und Patienten, die sich mit entsprechenden Beschwerden an ihn wenden, über ihre Rechte und Handlungsmöglichkeiten, z. B. über die Möglichkeiten von Wi-

derspruch und Klage sowie die Möglichkeit, sich an die jeweilige Aufsichtsbehörde zu wenden.

6. In wie vielen Fällen werden nach Kenntnis der Bundesregierung Anträge auf Kostenerstattung für eine Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V von den Krankenkassen angenommen bzw. abgelehnt, und wie lang ist die durchschnittliche Bearbeitungsdauer hierfür?

Dem BMG liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Auch dem GKV-Spitzenverband, der um Stellungnahme gebeten wurde, liegen belastbare Erkenntnisse über Fallzahlen angenommener bzw. abgelehnter Anträge auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V nicht vor. Im Hinblick auf die durchschnittliche Bearbeitungsdauer liegen dem GKV-Spitzenverband auch keine Erkenntnisse vor. Der GKV-Spitzenverband weist – wie der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (vgl. Antwort zu Frage 5) – auf den § 13 Abs. 3a SGB V hin, nachdem die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden hat. Der GKV-Spitzenverband geht

davon aus, dass die Anträge innerhalb der vorgesehenen Fristen bearbeitet werden.

7. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der steigenden Zahl an Kostenerstattungsverfahren in der Psychotherapie, und wo plant sie anzusetzen, um diesen Zustand zu beenden?

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht vor, dass in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduziert und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnet werden soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hierzu den Auftrag erhalten, die Psychotherapie-Richtlinien zu überarbeiten mit dem Ziel, insbesondere durch die Verkürzung von Wartezeiten und Gewährleistung eines niedrighwelligen flexiblen und wohnortnahen Zugangs eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen. Die Prüfung, welche konkreten Maßnahmen zur Erreichung der beschriebenen Ziele erforderlich sind, sind noch nicht abgeschlossen.

Quelle: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/021/1802140.pdf>

Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie

Leitlinien, evaluiertes Training und Fortbildungsangebote

Leitlinien

Angesichts einer zahlenmäßig wachsenden und kulturell und sprachlich vielfältigen Klientel wird deutlich, dass inter-/transkulturelle Kompetenz zunehmend zu einer Basisanforderung für PsychotherapeutInnen wird. Diese Thematik sollte daher in Aus-, Fort- und Weiterbildung stärker berücksichtigt werden. Hierzu ist es notwendig, theoretisch gut fundierte und evaluierte inter-/transkulturelle Trainings zu entwickeln. Entsprechende Fortbildungen können für PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung eine entscheidende Hilfe dabei sein, sich der facettenreichen Thematik der Inter- oder Transkulturalität zu öffnen und sich mit den Anforderungen der

PatientInnen mit Migrationshintergrund auseinanderzusetzen.

Um über die Qualität eines Trainings ein Urteil fällen zu können, sind empirisch gesicherte Leitlinien unabdingbar. Sie sind auch für die langfristige Sicherung der inhaltlichen Qualität entsprechender Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von Bedeutung. Während in Ländern wie den USA oder Kanada bereits Leitlinien für inter-/transkulturelle Kompetenztrainings existieren, ist ein solches Instrumentarium im deutschen Sprachraum bislang nicht vorhanden gewesen.

Im Rahmen eines Projekts des Europäischen Integrationsfonds wurden daher *Leitlinien für inter-/transkulturelle Kompetenztrainings in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen* entwickelt.

Das Projekt wurde durchgeführt von der Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Entwicklung und Verabschiedung der Leitlinien erfolgte im Konsens mit einer Vielzahl von WissenschaftlerInnen, VertreterInnen von Fachverbänden (u.a. der DGVT), praktisch tätigen PsychotherapeutInnen sowie PatientInnen mit Migrationshintergrund.

Die Leitlinien verstehen sich als Baustein im Prozess der interkulturellen Öffnung im psychosozialen Gesundheitswesen in Deutschland. Sie sollen helfen, die Qualität der inter-/transkulturellen Kompetenz von PsychotherapeutInnen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verfestigen. Darüber hinaus bilden sie eine wichtige Orientierungshilfe für Fachverbände, DozentInnen, WissenschaftlerInnen, PraktikerInnen und Bildungsanbieter.

Die Leitlinien sind frei verfügbar unter www.kultursensible-psychotherapie.de

Evaluiertes Training

Im Rahmen des vom Europäischen Integrationsfonds geförderten Folgeprojekts wurde ein Interkulturelles Kompetenztraining speziell für die Zielgruppe der Psychotherapeu-

tInnen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung entwickelt, durchgeführt und evaluiert (www.kultursensible-psychotherapie.de).

Die zweitägige Fortbildung mit einem Umfang von insgesamt 18 Unterrichtseinheiten wurde an zwei Gruppen von approbierten PsychotherapeutInnen und zwei Gruppen von PsychotherapeutInnen in Ausbildung in Hamburg und in Berlin durchgeführt. Zur Entwicklung der Maßnahme wurden verschiedene Quellen genutzt. Als Orientierungsrahmen dienten die im Vorgängerprojekt entwickelten Leitlinien. Neben einer umfangreichen Literatur- und Manualrecherche dienten unterschiedliche wissenschaftliche Erkenntnisse und Theorien, Best-practice-Beispiele, Diskussionen mit Experten sowie die Erfahrungen eines Probetrainings dazu, ein praxisnahes, kohärentes und didaktisch abwechslungsreiches Training zu entwickeln.

Inhaltliche Themenblöcke des Trainings sind: Kulturverständnis, Migration, Fremdheitserfahrung in Alltag und Praxis, Arbeit mit DolmetscherInnen und kultursensible Diagnostik. Die quantitativen und qualitativen Evaluationsergebnisse waren im Allgemeinen zufriedenstellend und boten hilfreiche Rückmeldungen für Verbesserungen.

Angebotene Fortbildungen

Auf der Basis dieser Erfahrungen bietet das UKE im kommenden Jahr eine zweieinhalbtägige Fortbildung zum Thema „Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie“ an. In den ersten beiden Fortbildungstagen geht es neben der Vermittlung relevanter Wissensinhalte insbesondere um Selbsterfahrung und Selbstreflektion interkultureller Begegnungen insbesondere im Kontext der psychotherapeutischen Behandlung. Inhaltlich stehen die migrationsspezifischen Belastungen und Ressourcen, Fremdheitserfahrungen im beruflichen Kontext, kultursensible Diagnostik und die Arbeit mit DolmetscherInnen im Vordergrund. Der optionale dritte halbe Tag dient der Reflektion der gewonnenen Erfahrungen und der Vertiefung der klinischen Fallarbeit.

Die Fortbildung wird von der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung in Zusammenarbeit mit der Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche durchgeführt.

Es werden zwei Terminblöcke angeboten:

Gruppe A: 17. / 18.1. (9.00 – 18.00 Uhr) und 21.2. von 14.00 – 18.00 Uhr

Gruppe B: 14. / 15.2. (9.00 – 18.00 Uhr) und 21.3. von 14.00 – 18.00 Uhr

Nähere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie über agpm@uke.de.

Mike Mösko

*Leiter der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
DGVT-Landessprecher Hamburg*

Interkulturelle Aspekte in der psychosozialen Versorgung waren auch ein Schwerpunkt Thema in der VPP. Sie finden weitere Artikel zu diesem Thema in der Ausgabe 1/2013.

Einen regen Austausch zum Thema Migration gibt es auf der DGVT-Mailingliste Migration. Bei Interesse an der Teilnahme können Sie sich bei der Geschäftsstelle anmelden.

Medizinklimaindex Frühjahr 2014³

Stimmung bei ÄrztInnen, ZahnärztInnen und PsychotherapeutInnen im Aufwind

Gute Nachrichten über die Stimmungslage bedeutender Leistungsträger im Gesundheitswesen: Eine deutliche Mehrheit der ÄrztInnen, ZahnärztInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen schätzt ihre wirtschaftliche Lage insgesamt positiv ein. Knapp die Hälfte der im Medizinklimaindex zum Frühjahr 2014 Befragten hält ihre wirt-

³ *Quelle:* gid, Ausgabe Nr. 14/15, 19. Jg., 30.05.2014; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

schaftliche Situation für „gut“ (35,4 Prozent) oder doch zumindest für „befriedigend“ (47,7 Prozent). Nur 16,9 Prozent der Befragten halten ihre wirtschaftliche Situation für „schlecht“. Der Medizinklimaindex wurde von der „Stiftung Gesundheit“ der „Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse“ (GGMA) beauftragt. Insgesamt hat sich die Stimmungslage bei den Heilberufen gegenüber der letzten Erhebung im Herbst 2013 leicht verbessert.

Mehr als die Hälfte (63 Prozent) der befragten ÄrztInnen, ZahnärztInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen blickt zuversichtlich in die Zukunft und erwartet keine Veränderung ihrer wirtschaftlichen Lage. 11,9 Prozent der Befragten sind optimistisch und rechnen mit einer günstigen Entwicklung. 25,1 Prozent der Befragten befürchten eine ungünstige Entwicklung – im Herbst 2013 blickte knapp ein Drittel der Befragten (32,6 Prozent) mit Sorgen in die Zukunft.

Die ÄrztInnen, ZahnärztInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen beurteilen ihre wirtschaftlichen Erwartungen für die nächsten sechs Monate erstmals positiv. Der Medizinklimaindex liegt bei + 2,7. Ist das eine Trendwende? Der Medizinklimaindex war zuvor – seit Herbst 2006 – durchgehend im negativen Bereich. Die Einschätzung der aktuellen Lage, vor allem aber die Zukunftserwartung, unterscheidet sich zwischen ÄrztInnen, ZahnärztInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen recht deutlich.

ÄrztInnen: Der Medizinklimaindex liegt bei den ÄrztInnen mit 4,1 Prozent weiterhin deutlich im Minus. Dieser Wert ist darauf zurückzuführen, dass nur 32,4 Prozent der ÄrztInnen ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als gut einschätzen, knapp die Hälfte der befragten ÄrztInnen (48,6 Prozent) ist (nur) zufrieden, während 18,9 Prozent ihre Lage als schlecht empfinden. Die niedergelassenen ÄrztInnen blicken auch skeptisch in die Zukunft. Nur 11,5 Prozent der ÄrztInnen rechnen für die nächsten sechs Monate mit einer positiven Entwicklung, mehr als die Hälfte (55,4 Prozent) erwartet eine Kontinui-

tät, während ein Drittel der Ärzte (33,1 Prozent) eine Verschlechterung ihrer Lage erwartet.

ZahnärztInnen: Deutlich besser ist die Stimmung bei den ZahnärztInnen. Hier liegt der Medizinklimaindex im Frühjahr 2014 mit + 28,6 Prozent deutlich im positiven Bereich. 57,1 Prozent der befragten ZahnärztInnen bezeichnen ihre wirtschaftliche Lage als gut, weitere 31,4 Prozent als stabil und nur 11,4 Prozent stufen ihre wirtschaftliche Lage als schlecht ein. 71,4 Prozent der befragten ZahnärztInnen erwarten für die nächsten sechs Monate keine Veränderung ihrer wirtschaftlichen Lage, 20 Prozent rechnen sogar mit einer Verbesserung, während nur ein Minderheit (8,6 Prozent) mit einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation rechnen.

Psychologische PsychotherapeutInnen: Bei den Psychologischen PsychotherapeutInnen liegt der Medizinklimaindex insgesamt bei + 4,2 im positiven Bereich. Hier zeigt sich eine Verschlechterung bei der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation. Bei der Umfrage im Herbst 2013 lag der Medizinklimaindex noch bei + 6,3. Nur knapp ein Drittel (30 Prozent) der befragten Psychologischen PsychotherapeutInnen bezeichnet ihre wirtschaftliche Situation als gut, für 55 Prozent ist sie befriedigend, während 15 Prozent ihre wirtschaftliche Situation als schlecht bezeichnen.

Heißes Eisen

Die „Verteilungsgerechtigkeit“ ärztlicher Vergütung⁴

Zu hoch, zu niedrig, oder gerade richtig? Bei der Bewertung der Angemessenheit ärztlicher Vergütungen gibt es keinen gemeinsamen Nenner zwischen den ärztlichen Organisationen und den Krankenkassen. Da überrascht es auch nicht, dass jüngst nach einer

⁴ *Quelle:* GID, Ausgabe Nr. 6, 19. Jg., 17. März 2014; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Pressekonferenz des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) einige harte Worte gefallen sind. Prof. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), spricht von „billiger Polemik“. Die Funktionäre der Krankenkassen seien schnell und laut, wenn es darum gehe, von eigener Untätigkeit abzulenken.

Der GKV-Spitzenverband habe „*nur Plattitüden und überwiegend falsche Behauptungen zu bieten*“ ließ Andreas Köhler, unmittelbar vor seinem Ausscheiden als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wissen. „*Wenn die Krankenkassen es nicht als das wichtigste Ziel ansehen, ihren Versicherten die bestmögliche Versorgung zu bieten, gehören sie abgeschafft*“, richtete Köhler in einer Art Schlusswort seiner jahrzehntelangen Arbeit im GKV-System an deren Adresse.

Jenseits der Auseinandersetzung über die absolute Höhe der Arztvergütungen verdient eine statistische Übersicht des GKV-Spitzenverbandes besondere Aufmerksamkeit. Die Tabelle „Ungleichverteilung der Arzteinkommen“ wirft ein Schlaglicht auf die Vergütung der ärztlichen Leistungen bei den verschiedenen Fachdisziplinen.

Angesichts der gravierenden Unterschiede zwischen den ärztlichen Fachgruppen führt kein Weg an der Feststellung vorbei, dass es den Trägern des Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen – das sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband – trotz einer nicht enden wollenden Serie von „EBM-Reformen“ noch längst nicht gelungen ist, ein ausreichendes Maß an „Verteilungsgerechtigkeit“

bei der ärztlichen Vergütung zu erreichen und allen Fachgruppen in etwa gleiche Vergütungsbedingungen bei gleichem Arbeitsinsatz zu ermöglichen. Nach wie vor wurde bei der Bewertung der ärztlichen Leistungen kein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Bewertung spezifisch ärztlicher Leistungen (Stichwort: „sprechende Medizin“) und medizinisch-technischer Leistungen erreicht.

Bei diesem Thema gibt es sogar gemeinsame Interessen zwischen den Vertretern der ÄrztInnen und der Krankenkassen. Das Problem wird zumindest auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gesehen. Die Zahlen zu der Vergütung der fachärztlichen Leistungen auf der einen Seite und der hausärztlichen Leistungen in den Praxen der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin auf der anderen Seite dürfte zu dem ökonomischen Hintergrund der Auseinandersetzungen in der ärztlichen Selbstverwaltung gehören. „*Es gibt eine Schieflage zwischen den konservativen und technischen Leistungen*“, stellt Axel Rambox, seit dem 1. Februar 2013 Vorstandsvorsitzender der KV Mecklenburg-Vorpommern (KVMV), fest.

In dem von der Vertreterversammlung (VV) der KBV beschlossenen „Zehn-Punkte-Konsens“ findet sich auch der bezeichnende Satz: „*Disparitäten in der Vergütung zwischen den Fachgruppen bedürfen der ständigen Überprüfung. Dies schließt auch EBM-Anpassungen ein.*“ Man darf gespannt sein, ob und wann der neue Vorstandsvorsitzende der KBV, Andreas Gassen, dieses „heiße Eisen“ anpackt.

Tabelle: Ungleichverteilung der Arzteinkommen

Fachgruppe	Reinertrag je Praxisinhaber in tausend Euro 2011 (Gesamteinnahmen einschl. Privateinnahmen)
Praxen für Radiologie und Nuklearmedizin	303.000
Praxen für Augenheilkunde	229.000
Praxen für Chirurgie	198.000
Praxen für Orthopädie	193.000
Praxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten	185.000
Praxen von Internisten	184.000

Praxen für Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	173.000
Praxen für Urologie	168.000
Praxen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	148.000
Praxen für Frauenheilkunde	144.000
Praxen für Kinderheilkunde	140.000
Praxen von Allgemeinmedizinern/Praktische Ärzte	130.000
Arztpraxen ohne Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	166.000

Quelle: Statistisches Bundesamt

Anmerkung der Redaktion der Rosa Beilage:

In der im GID-Artikel verwendeten Tabelle werden die Reinerträge von Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie zu einem Wert zusammengefasst. Tatsächlich bestehen allerdings große Unterschiede. Dies wird auch im aktuell veröffentlichten „Honorarbericht für das zweite Quartal 2013“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung deutlich. So lag der Überschuss je Arzt im 2. Quartal 2013 für NeurologInnen bei 22.986€ für PsychiaterInnen bei 20.600€ für FachärztInnen der Nervenheilkunde bei 31.568€ und für PsychotherapeutInnen (ärztlich/psychologisch) bei lediglich 13.279€

Psychisch-Kranken-Hilfegesetz Baden-Württemberg

Das baden-württembergische Kabinett hat am 22.7.2014 dem Gesetzentwurf zum Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (PsychKHG) zugestimmt. Mit dem ersten Psychiatrie-Gesetz für Baden-Württemberg sollen die Rechte von (derzeit ca. 100.000) psychisch kranken Menschen im Land gestärkt werden. Baden-Württemberg schafft mit dem PsychKHG erstmals verbindliche Rahmenbedingungen für die psychiatrische Versorgung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind. Ziel ist es, die Rechtsstellung der Betroffenen deutlich zu stärken und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu fördern.

Der Gesetzentwurf wird bundesweit als großer Wurf gelobt. Den Grundstein legte die Fraktion der GRÜNEN im Landtag Baden-Württemberg bereits 2012 mit der Erhöhung der Mittel für die Sozialpsychiatrischen Dienste. Das Gesetz wurde damit erst möglich. Im PsychKHG ist die Finanzierung der wohnortnahen und niedrigschwelligen Hilfe

für psychisch kranke Menschen gesetzlich vorgeschrieben und ist auch aus Sicht unseres Verbands als guter Erfolg im Sinne einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung zu sehen.

Weitere Inhalte des Gesetzes sind die Einrichtung neuer Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen innerhalb der gestärkten gemeindepsychiatrischen Verbände. Ebenso ist eine Ombudsstelle auf Landesebene vorgesehen, um Betroffenen mehr Mitsprache einzuräumen. Das Gesetz führt außerdem erstmalig Hilfen und Schutzmaßnahmen der Unterbringung und spezielle Regelungen des Maßregelvollzugs in einem Gesetz zusammen. Zum Schutz der Rechte von Personen, die gegen ihren Willen aufgrund richterlicher Anordnung in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht wurden, sollen neu zu schaffende Besuchskommissionen beitragen. Die siebenköpfigen Gruppen, in denen u.a. erstmalig in einem Landes-Psychiatrie-Gesetz auch Angehörige- und Pflegevertreter teilnehmen werden, prüfen die Einrichtungen mindestens einmal in drei Jahren.

Eine weitere Neuerung ist der Aufbau eines zentralen Melderegisters. Darin sollen

alle Unterbringungsmaßnahmen und freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen in den Einrichtungen erfasst werden.

2013 hatte Baden-Württemberg bereits als Reaktion auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu dem damals gültigen Unterbringungsgesetz (das für verfassungswidrig erklärt wurde) und im Vorgriff auf das umfassende PsychKHG die medizinische Zwangsbehandlung neu geregelt. Diese Novellierung des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes für den Maßregelvollzug führt dazu, dass PatientInnen in der Psychiatrie nur noch zwangsbehandelt werden können, wenn dies durch einen Richter ausdrücklich angeordnet wird. Von dieser Regel gibt es nur wenige Ausnahmen. So dürfen ÄrztInnen nur dann gegen den ausgesprochenen Willen des / der PatientIn behandeln und etwa eine Beruhigungsspritze geben, wenn eine akute Gefährdungslage besteht oder wenn der Betroffene aufgrund seiner Verfassung gar nicht in der Lage ist, einzuwilligen. Grundsätzlich sind die ÄrztInnen angehalten, das jeweils mildeste Mittel anzuwenden und anstelle von Medikamenten auch Psychotherapie anzuordnen.

Besonders erwähnenswert ist, dass Bürger über sog. Beteiligungsportale am Entstehungsprozess des Gesetzes direkt teilgenommen haben. Die verstärkte Bürgerbeteiligung ist ein erklärtes Ziel der grün-roten Landesregierung, die für Baden-Württemberg das bundesweit einmalige Amt einer Staatsrätin für Zivilgesellschaft und Bürgerbeteiligung neu geschaffen hat. Beteiligt am Gesetzgebungsprozess war auch die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Das Gesetz soll im Herbst 2014 verabschiedet werden.

Kerstin Burgdorf

Psychotherapie für Menschen mit Geistiger Behinderung - bietet die nächste Gesundheitsreform eine Chance?

Menschen mit geistiger Behinderung, die eine Psychotherapie benötigen, haben besondere Probleme, einen Psychotherapieplatz zu finden. Es sind nicht nur die eigenen Schwierigkeiten, einen Platz zu suchen und die Therapiepraxis, ggf. mit Hilfe von öffentlichen Verkehrsmitteln, zu erreichen. Es sind nicht selten auch Hindernisse bei den Therapeuten, die sich die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung nicht zutrauen, weil sie nicht sicher sind, ob sie über die entsprechenden Kompetenzen verfügen. Ob auch Vorurteile im Raum sind, sei dahin gestellt. Wie bei anderen besonderen Fragen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung stellt sich die Frage nach entsprechenden Sonderbedarfszulassungen. Sie sind aber in jedem Einzelfall zu beantragen, zu begründen und ggf. gerichtlich durchzusetzen (was bislang noch nirgendwo in Deutschland gelungen ist).

Das „Versorgungsstrukturgesetz II“ – so der vorläufige Name des nächsten Gesundheitsreformgesetzes, welches in diesen Wochen im Bundesgesundheitsministerium vorbereitet wird - soll nun die Pflichtzulassung für Ambulanzen für Menschen mit Geistiger Behinderung vorsehen (die in gewisser Analogie zu sozialpädiatrischen Ambulanzen aufgebaut werden sollen). Diese Einrichtungen, sofern sie in den Regionen dicht genug verteilt sein werden, bieten eine erhebliche Chance psychotherapeutische Angebote für Menschen mit geistigen Behinderungen vorzuhalten. Details der entsprechenden Regelungen sind noch nicht klar. Die DGVT wird den Gesetzestext als Fachverband, sicher ebenso wie die Kammern und anderen Fachgesellschaften, sobald er vorliegt, genau prüfen und ggf. entsprechende Veränderungen vorschlagen, falls die Vorhaltung psychotherapeutischer Angebote nicht ausdrücklich aufgeführt wird.

Heiner Vogel, Kerstin Burgdorf

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Psychotherapeutenkammer LPK-BW

Inzwischen fand ein Treffen unserer Kammeraktiven von der DGVT-Liste statt. Wir haben uns einen ganzen Nachmittag Zeit genommen, um für die kommenden Jahre Ziele und Perspektiven zu überlegen. Da wir in neuer Zusammensetzung in der Kammer arbeiten, wurden auch grundsätzliche Fragen besprochen.

- Eine Satzungsänderungskommission wird einberufen, um unsere Satzungen auf Unstimmigkeiten zu überprüfen. Einzelheiten sind noch nicht bekannt, wohl aber werden mögliche Änderungswünsche vermutet. Wir haben einen Vertreter in dieser Kommission und schon vorab einige Punkte für die Überarbeitung überlegt.
- Die Wahlrechtskommission nimmt ihre Arbeit auf. Wie schon mehrfach betont, ist der Wahlmodus in Baden-Württemberg eine Persönlichkeitswahl, die mit nur einer Stimme für den Wahlkörper auch die Gestaltung der Zusammensetzung einschränkt. Hier in Baden-Württemberg kennen wir andererseits in der Kommunalwahl die Möglichkeit zu kumulieren und zu panaschieren und damit Einfluss auf die Zusammensetzung des Gemeinderats zu nehmen. Das scheint uns überlegenswert zu sein. Auch sollten die Wahlordnungen der anderen Psychotherapeutenkammern auf Vor- und Nachteile durchgesehen werden. Weitere Überlegungen unsererseits waren Internetwahl, moderate Reduktion der Sitze und die Frage der PiA-Vertretung. Unser Vertreter in der Wahlrechtskommission wird sich für eine Änderung unserer Wahlordnung einsetzen.
- Wie immer noch hochaktuell, haben wir die neuesten Entwicklungen in der Diskussion der Psychotherapeutenausbil-

dung ausgetauscht. Berichtet wurde über eine Veranstaltung der Kammer: In Baden-Württemberg wurden die Delegierten für den nächsten Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in die Kammergeschäftsstelle zu einem Informationsgespräch eingeladen. Vertreter des Wissenschaftsministeriums und des Sozialministeriums haben den Stand aus ihrer Sicht geschildert und Fragen beantwortet. Von den Vertretern des Wissenschaftsministeriums wurden einige interessante Aspekte aufgezeigt: das zu reformierende Psychotherapeutengesetz muss die Umstellung des Psychologiestudiums auf Bachelor und Master nachvollziehen; auch ein mögliches Psychotherapiestudium müsste mit der Bachelor- und Masterlogik kompatibel sein, so die Vertreter des Wissenschaftsministeriums. Der Bachelorabschluss sollte demnach berufsqualifizierend sein, man will keine Studiengänge, die nicht mehrere Berufsalternativen haben. Die Initiative einiger Bundesländer, wonach in einem ersten Reformschritt die neuen zugangsberechtigenden Studienabschlüsse ins Gesetz integriert werden, wurde grundsätzlich unterstützt, um die Zulassungsbehörden bzgl. der aktuellen Probleme rasch zu entlasten. Allerdings wurde Skepsis hinsichtlich der Bereitschaft des Bundesministeriums für Gesundheit geäußert, einen solchen Reformschritt vorschalten zu wollen. Für den DPT im Herbst wird vom Bundeskammervorstand eine Richtungsentscheidung angestrebt, die an die Politik gerichtet sein soll.

- Wie bislang schon wollen wir auch weiterhin den Haushalt kritisch auf Einsparpotentiale prüfen und entsprechende Vorschläge in die Vertreterversammlung (VV) einbringen. Da schon in der letzten Wahlperiode in der letzten VV die Option eines Umzuges der Geschäftsstelle im Haus gebilligt und in den Haushaltsplan aufgenommen wurde,

war nach einer Vorstandsentscheidung für den Umzug keine Entscheidung der neu gewählten Vertreter mehr gefragt. Nichts desto trotz hätten die DGVT-Delegierten sich hier eine Beteiligung der gewählten VertreterInnen gewünscht. Der Haushaltsplan 2014 dürfte aufgrund des Umzuges nun nicht gehalten werden.

- Die Mitarbeit in den Ausschüssen wurde jeweils dargestellt und Ziele formuliert.

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

Bayern

Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayern: Vorstandmitglied Enger äußert sich zur Kostenerstattung!

Die ständig steigende Zahl von Psychotherapien in der Kostenerstattungen (nach § 13 Abs. 3 SGB V) muss als deutlicher Indikator für die unzureichende Deckung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs interpretiert werden. Dies passt allerdings schlecht dazu, dass die KVen mantraartig behaupten, dass die sog. Bedarfsplanung speziell im Bereich der Psychotherapie eine ausreichende Versorgung gewährleistet. Während viele KVen sich zu diesem Widerspruch gar nicht äußern, sind einzelne dazu übergegangen, die PsychotherapeutInnen, die in der Kostenerstattung arbeiten, wahrheitswidrig als unqualifiziert zu bezeichnen.

Ilka Enger, im Vorstand der KV Bayerns für den Bereich Psychotherapie zuständig, hat sich nun in einem Schreiben vom 7.8.14 an die psychotherapeutischen Berufsverbände ausführlich zum Thema Kostenerstattung geäußert, mit einem durchaus bemerkenswerten Tenor. Zunächst kritisiert sie, dass das Bundesgesundheitsministerium im vergangenen Jahr festgelegt hat, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Aufwendungen für Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V

zukünftig nicht mehr separat ausweisen müssen. Die ausgeweitete Kostenerstattung mache nämlich deutlich, dass die Anhaltszahlen der Bedarfsplanung verändert werden müssten, damit die Zulassungen auch in der Lage seien, den tatsächlichen Bedarf zu decken. Die Honorarsumme, die von den Kassen für die Kostenerstattung ausgebracht werden, sollten schließlich in den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eingebracht werden. Den schwarzen Peter für die unangebrachte Bedarfsplanung im Bereich Psychotherapie gibt Enger damit an die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Das ist nicht ganz richtig, denn die Bedarfsplanung wird von beiden, den KVen und der GKV, gemeinsam im Gemeinsamen Bundesausschuss verantwortet. Zu hoffen bleibt immerhin, dass die KV Bayern sich nun, entsprechend der Tendenz in diesem Schreiben, bei der KBV dafür einsetzt, dass diese die Anhaltszahlen (und deren Konstruktion) für die psychotherapeutische Bedarfsplanung sachgerecht modifiziert – wir sind gespannt!

PTK Bayern

In der *Delegiertenversammlung* der Psychotherapeutenkammer (PTK) am 2.7. ging es ausführlich um das neue psychotherapeutische Versorgungskonzept, welches kürzlich von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam mit den Kammern ausgearbeitet worden ist und inzwischen vielerorts in der Politik bzw. in Gespräche mit Politikern eingebracht wird. Daneben war die psychotherapeutische Ausbildungsreform ein wichtiges Thema, weil hier im Herbst beim Deutschen Psychotherapeutentag entsprechende Forderungen an die Politik verabschiedet werden sollen. Neben einer neuen Berufsordnung, die auf der Grundlage der neuen Musterberufsordnung der BPtK erarbeitet worden war, wird auch ein Prozedere für die (ggf. anonyme) Beratung von PatientInnen verabschiedet, die sich wegen Fragen über Psychotherapie (und auch Beschwerden dazu) an die Kammern wenden.

In den jährlich stattfindenden Gesprächen des Kammervorstandes mit Vertretern der Ausbildungsinstitute, der Leitenden PsychotherapeutInnen aus Kliniken und den HochschullehrerInnen wurden insbesondere die Themen neues Versorgungskonzept und Ausbildungs-reform vertieft diskutiert und auch Probleme, beispielsweise mit der fraglichen Realisierbarkeit der oft geforderten Direktausbildung, angesprochen. Ein speziell bayerisches Thema war die Festlegung der Approbationsbehörde, dass LehrerInnen mit Staatsexamen in Psychologie (Schulpsychologen – ein Ausbildungsweg, den es nur in Bayern gibt) ab Mitte 2014 nicht mehr zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugelassen werden. Die Kammer hätte hier – so wurde häufig gefordert – heftiger intervenieren sollen.

Auch fanden in diesem Sommer wieder, wie üblicherweise alle zwei Jahre, die regionalen Mitgliederforen (in Würzburg, Regensburg, Nürnberg und München) statt, die überwiegend recht gut besucht waren. Hier haben Vertreter des Vorstandes die Kammerpolitik des zurück liegenden Jahres und die anstehenden Themen dargestellt und mit den Mitgliedern über aktuelle Fragen diskutiert.

Weitere Themen:

- Das bayerische Justizministerium bereitet eine Reform des Maßregelvollzugsgesetzes vor.
- Ein PsychischKrankenHilfegesetz soll vorbereitet werden. Bayern ist das letzte Bundesland, welches noch kein vergleichbares Gesetz hat. Jahrelange Bemühungen der Fachverbände und Experten scheinen nun zu einem Umdenken im Gesundheitsministerium zu führen, selbst wenn dort weiterhin vielerorts die Meinung vorherrscht, dass doch alles irgendwie geregelt sei.

Heiner Vogel

Kontakt:

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

Berlin & Brandenburg

Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg (MDK BB) trägt zur Aufklärung bei

In Berlin nehmen wir einen Anstieg der Psychotherapie im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens wahr. Viele Neu-Approbierende entscheiden sich, nach dem Abschluss ihrer Psychotherapieausbildung an einem der 20 Ausbildungsinstitute in Berlin, für die Eröffnung einer Kostenerstattungspraxis. Dabei ist vielen zu Beginn nicht bewusst, dass der „Bericht an den Gutachter zu Einleitung einer Psychotherapie“ an den MDK BB gesendet wird. Dieses Prozedere hat unter den Kollegen viele Fragen aufgeworfen. Die Berliner Psychotherapeutenkammer hat sich deshalb für den Prozess dieser Begutachtung interessiert und Vertreterinnen des MDK's BB eingeladen.

Am 16.06.2014 besuchten uns zwei Vertreterinnen des MDK Berlin-Brandenburg in der Psychotherapeutenkammer (PTK) zu einem Austausch an Informationen. Einleitend wurden die rechtlichen Hintergründe und der Ablauf einer Begutachtung durch den MDK unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung und des Datenschutzes detailliert dargestellt. Im Anschluss fand ein reger Austausch in sachlicher und freundlicher Atmosphäre statt.

Die Sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK BB wurde wie folgt dargestellt:

Der MDK BB wird von der jeweiligen Krankenkasse mit der Begutachtung von Anträgen zur außervertraglichen Psychotherapie beauftragt. Diese Begutachtung erfolgt auf der Basis des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und orientiert sich inhaltlich an der Psychotherapievereinbarung und der Psychotherapierichtlinie. Der MDK BB-Gutachter benötigt neben dem Kassenauftrag die (bekannten) relevanten Unterlagen (Antrag des Versicherten, Bericht des Psychotherapeuten, Konsiliarbericht durch einen Vertragsarzt, Notwendigkeitsbescheinigung für außervertragliche Psychotherapie, Nachweis

der erfolglos kontaktierten Vertragsbehandler, Fachkundenachweis und Approbationsurkunde des Psychotherapeuten). Es erfolgt eine gutachterliche Bewertung der medizinischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der beantragten Leistungen. Die Krankenkasse ist in ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung frei und nicht an die Empfehlung des MDK gebunden, wir haben jedoch den Eindruck, dass sie ihr in der Regel folgt.

Hierzu erläuterte man uns, dass der Bericht an den Gutachter dem in der Vertragsbehandlung entspräche, man sich dabei einen differenzierteren psychischen Befund unter Einbeziehung der Fähigkeitsstörungen nach ICF -Kriterien wünsche. Als Nachweis erfolglos kontaktierter Vertragsbehandler werde eine Liste mit 5 Namen akzeptiert (unabhängig der Aussagen der Krankenkasse gegenüber den PsychotherapeutInnen), wobei eine Wartezeit von 3 Monaten (Sozialgerichtsurteil) als zumutbar angesehen werde.

Die Begutachtung erfolgt durch Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie, für Neurologie/Psychiatrie, jeweils mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Die Qualitätssicherung erfolgt durch regelmäßigen fachlichen Austausch in der AG Psychiatrie, die Verwendung eines mit den Fachgutachtern abgestimmten einheitlichen strukturierten Begutachtungsbogens sowie regelmäßige stichprobenartige Kontrolle von sozialmedizinischen Gutachten auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit. Die Beachtung des Datenschutzes ist Aufgabe jedes Gutachters und wird stichprobenartig kontrolliert. Die Sicherstellung des Sozialdatenschutzes beim MDK BB basiert auf § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Hierzu erläuterte man uns, dass der MDK die Antragsunterlagen zur außervertraglichen Psychotherapie mit Klarnamen erhalte und speichere. Für Umwandlungs- und Fortführungsanträge sowie für andere sozialmedizinische Begutachtungen, können diese Unterlagen (Antragsbericht) hinzugezogen werden. Hilfreich für den MDK wäre es, neben der weiteren beantragten Stundenzahl auch die bereits bewilligten und geleisteten Therapiesitzungen zu nennen und

dem Fortführungs- oder Umwandlungsbericht die vorangegangenen Berichte in Kopie bei-zufügen. Den Krankenkassen gegenüber gebe man Daten nur insofern weiter, als dass man Krankenkassen-Sachbearbeitern die Empfehlung des MDK nachvollziehbar machen wolle.

Auch der MDK zeigte sich interessiert an genauen Zahlen zu bewilligten Anträgen, da die-se Information von der Kasse nicht an den MDK gegeben werde. Die Vertreterinnen des MDK BB berichteten jedoch, dass derzeit ca. 500 Anträge im Monat auf Kostenübernahme einer außervertraglichen Psychotherapie gestellt werden, bei steigender Tendenz. Bei einer Ablehnungsquote von ca. 30% würden jedoch auch die Anträge von Anbietern ohne Fachkunde und Approbation (z. B. Heilpraktiker) mit einfließen. Die zur Finanzierung der Medizinischen Dienste erforderlichen Mittel werden durch eine Umlage auf Basis der Anzahl der Mitglieder von Kranken- und Pflegekassen im jeweiligen Bundesland aufgebracht. Die Aussage dabei war, dass es seitens der Krankenkassen keine Einflussnahme gäbe, die sich auf die Begutachtungspraxis auswirke.

Beate Lämmel

*DGVT-Kammerdelegierte der PTK Berlin,
DGVT-Liste „Neue Wege“*

Kontakt:

berlin@dgvt.de

berlin@dgvt-bv.de

Hamburg

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
am 26. Mai haben sich 20 DGVT-Mitglieder und Interessierte zum quartalsweise stattfindenden Hamburger „DGVT-Familientreffen“ eingefunden. Wir haben über aktuelle berufspolitische Themen informiert und versorgungsrelevante Aspekte besprochen.

Das Thema der „verlorenen Generation“ wurde ausgiebiger diskutiert. Nach langer und teurer Ausbildung haben neu approbierte

PsychotherapeutInnen aufgrund der ewigen Wartezeiten so gut wie keine Aussicht auf einen Kassensitz in Hamburg. Da Festanstellungen in Kliniken in Hamburg rar sind, bleiben oftmals eher schlecht bezahlte Angestelltenverhältnisse im MVZ oder die Selbstständigkeit im unsicheren Kostenerstattungsverfahren.

Das nächste „DGVT-Familientreffen“ findet statt am Montag, den 25. August, von 19.00 bis 21.00 Uhr (mit anschließendem geselligen Ausklang) wieder im DGVT-Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10 in Haus 4, Raum Tübingen. Alle DGVT-Mitglieder und Interessierte sind hierzu herzlich eingeladen.

Darüber hinaus freuen wir uns sehr, dass Heiner Vogel, als Mitglied des DGVT-Vorstandes, und Kerstin Burgdorf (Juristin in der Bundesgeschäftsstelle Tübingen) am Freitag, 19.9.2014, nach Hamburg kommen, um die Brücke zwischen Hamburg und Tübingen zu stärken. Die Diskussion auf dem Familientreffen im Mai nehmen wir zum Anlass zu einem Vortrag von Heiner Vogel und Kerstin Burgdorf mit anschließender hoffentlich lebhafter Diskussion. Der Titel der Veranstaltung lautet:

„Gemeinsam sind wir stärker – Bundesgeschäftsstelle meets Hamburg!“

Die Vorträge skizzieren die aktuellen Positionen und das Engagement des Verbands in den verschiedenen gesundheits- und berufspolitischen Feldern, u.a. Bedarfsplanung, Mindestlohndebatte, Praxiskauf, Honorarfragen und aktueller Stand der Tarifverhandlungen. Grundsätzlich sollen die Fragen und Wünsche der KollegInnen in Hamburg an ihren Verband im Mittelpunkt stehen:

- Wie kann der Verband seine Mitglieder vor Ort effektiv unterstützen?
- Welche Ressourcen hat die Hamburger DGVT-Landesgruppe, die der Verband für die regionale Umsetzung seiner politischen Ziele besser nutzen könnte?

Die Veranstaltung beginnt um 15.00 (bis 17.00 Uhr) im DGVT-Ausbildungszentrum in der Seewartenstraße 10, Raum Tübingen.

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

Mit besten Grüßen

Mike Mösko
Landessprecher Hamburg
Kontakt:
hamburg@dgvt.de; hamburg@dgvt-b.de

Mecklenburg-Vorpommern

Landesgruppentreffen

Gemäß unserer Landesgruppen-Geschäftsordnung soll mindestens alle 2 Jahre ein Landesgruppentreffen stattfinden. Dabei können LandessprecherInnen gewählt werden. Dazu hatten wir eingeladen, anlässlich der dieses Jahr wieder in Warnemünde stattfindenden DGVT-Sommerakademie (war ausgebucht) nach deren Eröffnung am Donnerstag, dem 26. Juni. Der schöne Vortrag von Herrn Abbas Jabbarian zu "'Achtsamkeit' in der Positiven Psychotherapie" war von den Sommerakademie-TeilnehmerInnen sehr gut besucht. Das nachfolgende WM-Spiel der Deutschen Fußball-Nationalmannschaft überstrahlte jedoch unser Landesgruppentreffen deutlich. Nur der harte Kern war anwesend und wählte Dr. Jürgen Friedrich nach seinem kurzen Rechenschaftsbericht schnell wieder zum Landessprecher. Man sprach kurz über die Ende des Jahres stattfindende OPK-Kammerwahl. Seit der letzten OPK-Wahl vor annähernd vier Jahren haben wir zwar 30 neue DGVT-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern, aber 20 davon sind noch PiAs an unserem Rostocker VT-Ausbildungsinstitut. Wir kürten Jürgen Friedrich (PP) und Johannes Weisang (KJP) wieder zu den DGVT-Kandidaten des Lan-

des. Auch wenn aus den Reihen der DPTV-Konkurrenz deutlich mehr Kandidaturen angekündigt sind: wenn alle OPK-wahlberechtigten DGVT-Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern die beiden DGVT-Kandidaten mit ihren vollen drei Stimmen wählen werden, sollten beide 2015 wieder sicher in die OPK-Delegiertenversammlung einziehen können. Nach gemeinsamer kulinarischer Stärkung mit dem Referenten sowie der DGVT-Aus- und Weiterbildungskommission widmeten wir uns ebenfalls dem Faszinosum der 22 Männer mit dem einen rollenden Ball.

*Jürgen Friedrich
Landesprecher Mecklenburg-Vorpommern
Kontakt:
mecklenburg-vorpommern@dgvt.de
mecklenburg-vorpommern@dgvt-bv.de*

beitungsfähigkeit von PatientInnen zu verbessern.

Herr Lewe ist seit 1984 als Klinischer Psychologe und seit 1989 als Leitender Psychologe in einem Psychiatrischen Fachkrankenhaus tätig. Er arbeitet ebenfalls mit ambulanten PatientInnen, in der Ausbildung von PiAs und als Supervisor.

Der Vortrag endet um 13.15 Uhr. Anschließend findet das Mitgliedertreffen statt.

Für das leibliche Wohl wird gesorgt sein. Die Akkreditierung ist bei der pkn beantragt.

Wir freuen uns darauf, euch zu sehen!

*Alexandra Klich, Susanne Ehrhorn,
Doris Moog und Florian Wasilewski
LandessprecherInnen Niedersachsen
Kontakt:
niedersachsen@dgvt.de;
niedersachsen@dgvt-bv.de*

Niedersachsen

Einladung zum regionalen Mitgliedertreffen

Liebe Mitglieder aus Niedersachsen, wir freuen uns, euch zum nächsten regionalen Mitgliedertreffen am Samstag, den 22.11.2014 im Stephansstift (Kirchröder Straße 44, 30625 Hannover) einladen zu können. Wir beginnen um 10.00 Uhr mit einem interaktiven Vortrag zur „Emotionsfokussierten Therapie der Depression“ von Benno Lewe.

Bei der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) handelt es sich um ein empirisch fundiertes Verfahren (z.B. APA Division 12, 2008, Grawe, 1998), in dem die therapeutische Arbeit mit Emotionen im Mittelpunkt steht.

Sie entwickelte sich in den letzten 35 Jahren in Nordamerika durch die intensive Forschungs- und Praxistätigkeit der Arbeitsgruppe um Prof. Leslie S. Greenberg und bietet wirksame, empirisch basierte Strategien und Techniken, die emotionale Verar-

Nordrhein-Westfalen

Wir freuen uns, mitteilen zu können, dass bei der Wahl zur 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (Wahlperiode 2014-2019) die Liste der DGVT ihr Wahlziel erreicht hat. Wir hatten dafür geworben, dass wir entsprechend unserer Mitgliederstärke gewählt werden. Unser Ziel war, 10 Mitglieder in der Kammerversammlung zu stellen. Wir konnten unsere Mitglieder so gut mobilisieren, dass wir es sogar auf 11 Mitglieder in der Kammerversammlung geschafft haben. Wir haben damit den größten Zuwachs aller Fraktionen in der Kammerversammlung. Wir danken all unseren Wählerinnen und Wählern für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Wir haben unsere Platzzahl fast verdoppelt und haben damit einen Anteil von ca. 13% der Sitze in der Kammerversammlung. Dies schafft uns eine gute Ausgangsbasis bei den Koalitionsverhandlungen. Dabei werden wir unsere Inhalte, die wir in der Wahl herausgestellt haben, vorbringen und davon abhängig machen, ob wir uns auf eine Koalition einlassen.

Im Einzelnen wurden von unserer Liste folgende Kandidaten gewählt:

Im Wahlkreis Arnberg (Psychologische Psychotherapeuten (PP)):

- Jürgen Kuhlmann, Mechthild Greive und Thomas Fischer.
- Im Wahlkreis Düsseldorf (PP):
- Dr. Wolfgang-F. Schneider, Ulrike Bondik, Sonja Mikula und Marijke Huven.
- Im Wahlkreis Köln (PP):
- Johannes Broil und Jürgen Rönz.
- Im Wahlkreis Münster:
- Wolfgang Schreck (PP) und Birgit Wich-Knoten (KJP)

Leider waren wir bei den KJP-Listen nicht so erfolgreich. Hier konnten wir uns nicht gegen das Bündnis KJP durchsetzen, obwohl sich unsere Kandidaten intensiv in den Wahlkampf eingebracht haben. Wir danken allen, die sich für die Wahl engagiert haben. Bei der Vergabe der Sitze wurde das d'Hondtsche Zählverfahren verwendet. Dieses Verfahren ist mittlerweile in Deutschland eher unüblich, da es immer die größeren Fraktionen bevorzugt. Zu den aktuelleren Verfahren zählen das Hare-Niemeyer-Verfahren, das Saint-Lague-Schepers-Verfahren (Höchstzahl) und das Saint-Lague-Divisor-Verfahren. Bei der Verwendung eines dieser Verfahren hätte die Liste DGVT 2 bzw. 3 Sitze mehr erhalten können. Aus diesem Grund wollen sich die Kammerdelegierten in der nächsten Legislaturperiode auch mit der Wahlordnung bzw. dem verwendeten Zählverfahren auseinandersetzen. Am 29. August tritt die neue Kammerversammlung zu ihrer konstituierenden Sitzung an und wird den neuen Vorstand wählen. Die Liste der DGVT wird dabei ihre gestärkte Position wahrnehmen.

UNSER PROGRAMM

Intelligente Bündnispolitik statt Machtpolitik

Wir engagieren uns für eine gleichberechtigte Berücksichtigung von Niedergelassenen und Angestellten und streben ein besseres Zusammenspiel an. Wir setzen uns für eine angemessene tarifliche Einstufung der verbeamteten und

angestellten KollegInnen ein. Der DGVT-Berufsverband ist im Zusammenhang mit der Anpassung der TVöD aktiv und setzt sich in der ver.di-Fachkommission PP/KJP für die Berücksichtigung der Approbation bei der Eingruppierung ein. Auf Bundeskammer-Ebene engagieren wir uns für die Belange der Angestellten und Beamten.

Versorgung verbessern

Wir streiten für eine sachgerechte Bedarfsplanung und eine angemessene Zahl von Praxis-sitzen in allen Regionen. Die Kostenerstattung wird von uns unterstützt. Wir fordern weiterhin eine Offenlegung der Daten der Kassen zur Kostenerstattung, um diese bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs zu berücksichtigen. Zudem setzen wir uns für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien mit Psychotherapie ein.

Gute Ausbildung sichert Qualität

Wir stehen mit 19 Ausbildungsinstituten für eine exzellente Qualität in der Ausbildung. Gute Bedingungen für den psychotherapeutischen Nachwuchs sind uns wichtig. Wir fordern die Beseitigung der Unsicherheiten beim Zugang zur Ausbildung und der fehlenden Regelung für die Vergütung der praktischen Tätigkeit. Wir fordern eine angemessene, möglichst tarifliche Lösung.

Zudem soll eine gute Lösung für Inhalt und Aufbau der Ausbildung gefunden werden, die die bisherige Qualität und die künftige Versorgung sichert.

Freie Wahl bei der Fortbildung

Wir stehen für eine Umsetzung der Fortbildungsordnung, welche die Bürokratie auf ein absolutes Minimum beschränkt – um Kosten zu sparen und Handhabbarkeit für alle Beteiligten zu verbessern. Wir werden uns weiterhin für ein gebührenfinanziertes Zertifikat einsetzen, um so den Kammerbeitrag senken zu können.

Ganzheitliche psychosoziale Versorgung sichern

Wir stehen für eine ganzheitliche psychosoziale Versorgung. Daher fordern wir, dass Netzwerkarbeit, institutionelle Kontakte und Arbeiten im Bereich der Primärprävention GKV-System finanziert werden müssen.

Wir fordern:

- Angemessene und an die Morbidität der PatientInnen orientierte Bedarfsplanung.
- Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes und Verankerung der neuen Heilberufe im Dienst- und Beamtenrecht

- Angemessene und gleiche Eingruppierung angestellter und verbeamteter PP und KJP in den Tarifverträgen, basierend auf der Approbation
- Berücksichtigung der PsychotherapeutInnen bei der Versorgungs- und Krankenhausbedarfsplanung
- Einbeziehung der PP/KJP in die noch geltende Personalverordnung Psychiatrie und in das neue Finanzierungssystem der Fallpauschalen (PEPP)
- Angemessene Aufstiegsmöglichkeiten und Leitungsfunktionen für PP und KJP auch in Krankenhäusern
- Fortbildungskonzepte in den Institutionen, die kosten- und zeitverträglich die zertifizierte Fortbildungsanerkennung sichern
- Erhalt und Sicherstellung der institutionellen Finanzierung der psychosozialen/psychotherapeutischen Versorgung durch Beratungsstellen, Einrichtungen der Jugendhilfe etc.
- Sicherstellung und Ausbau der Psychotherapie als GKV-Regelleistung
- Beibehaltung des Erstzugangsrechts für PatientInnen zur Psychotherapie bei veränderten Versorgungsstrukturen
- Angemessene Honorierung aller (auch der nicht genehmigungspflichtigen) Leistungen
- Aufhebung der Befugniseinschränkung von PP/KJP z.B. für stationäre Behandlung, Arbeitsunfähigkeitsfeststellung, Veranlassung gesetzlicher Unterbringung, soziotherapeutische Leistungen

Für eine mitgliederfreundliche Kammer
Die Berufsvertretung durch die Kammer ist eine vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe. Wir setzen uns dafür ein, dass Sie für den Kammerbeitrag einen guten Service bekommen, z.B. in Form von Beratung zu den Themen Berufsrecht, Fortbildungsordnung, Niederlassung und Tarifrecht. Den mit den Pflichtaufgaben verbundenen bürokratischen Aufwand möchten wir auf ein Minimum beschränken. Planbare Kammeraufgaben sollen durch hauptberufliche Angestellte geleistet werden und nicht durch teure Beauftragung von Kanzleien und Dienstleistern. Wir setzen uns für die Reduzierung des maximalen Kammerbeitrags auf 450 Euro ein. Wir setzen uns für eine selbstbewusste Außen- darstellung der Berufe PP und KJP ein. Ein zentrales Ziel unserer Arbeit ist es, uns als PsychotherapeutInnen verstärkt in den gesundheits- und gesellschaftlichen Diskurs einzubringen. Die DGVT fördert neue Versorgungsmodelle jenseits der klassischen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und steht für

ein gesundheitspolitisches Verständnis, das integrative Versorgungsstrukturen und die Nähe zu den Menschen vor Ort betont.

Qualitätssicherung ohne Überregulierung

Wir setzen eher auf Mittel eines selbstverantwortlichen internen Qualitätsmanagements (QM-Fortbildungen, Qualitätszirkel, Supervision, Intervention) als auf externe Kontrollmaßnahmen. Wir sind gegen Bürokratisierung und Überregulierung.

Keine Abwertung der Approbation

Unsere Berufsqualifikation darf nicht fragmentiert und die Approbation nicht abgewertet werden. Die Liste „DGVT“ wird sich intensiv dafür einsetzen, dass die gegenwärtigen berufsrechtlichen Möglichkeiten erhalten bleiben.

Johannes Broil

Landessprecher Nordrhein-Westfalen und Delegierter der Psychotherapeutenkammer NRW

Kontakt:

nrrw@dgvt.de; nrrw@dgvt-bv.de

Schleswig-Holstein

Fortbildungsveranstaltung „Psychiatrie und Philosophie - wider den biomedizinischen Trend in der Psychiatrie“

Wir freuen uns, die Veranstaltung „Psychiatrie und Philosophie - wider den biomedizinischen Trend in der Psychiatrie“ am Samstag den 01.11.2014, im InterCityHotel in Kiel, ankündigen zu können.

Die Fortbildungsveranstaltung wird von den Landesgruppe SH organisiert. Anschließend an die Fortbildung findet die MV 2014 statt, mit der Möglichkeit, über die Arbeit der DGVTlerInnen in der Psychotherapeutenkammer SH zu diskutieren.

Für das leibliche Wohl wird gesorgt sein. Die Akkreditierung ist bei der pksh beantragt.

Spannende und aktuelle Themen und Referenten werden erwartet. Der Kieler Psychoanalytiker Herr Dr. Kanzow wird zu dem Thema „Suizidalität und Psychiatrie: Ein Beziehungskapitel fruchtbarer Erschütterung“ referieren. In diesem Vortrag soll der

Suizid aus seiner abgespaltenen und bedrohlichen Rolle gelöst werden. Daraus ergibt sich für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ein Perspektivwechsel. Nicht Krankheit und Suizid sind die Objekte, sondern eine Hilfestellung für die Herausforderungen des Lebens. Der Berliner Philosoph Herr Dr. Kuppke bringt das Thema „Die Zeitlichkeit biographischer Erfahrung. Für ein erweitertes Verständnis des Biographiekonzepts“ mit. Die Differenz im Biographiebegriff, statisch/dynamisch wird in diesem Vortrag erläutert und soll für die Biographiearbeit fruchtbar gemacht werden. Herr Prof. Michels (Mitglied erweiterter Vorstand DGVT) wird zu dem Thema „Psychische Störungen - die Wende zu biomedizinischen Konzepten psychischen Leidens“ referieren. In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung werden biologische Aspekte psychischen Leidens gegenüber den psychologischen und sozialwissenschaftlichen immer mehr in den Vordergrund gerückt. In dem Vortrag werden die Entwicklung der US-amerikanischen Klassifikationssysteme vom DSM-III bis DSM-V sowie die Auswirkungen auf die ICD dargestellt. Weiterhin wird eine kritische Analyse der biomedizinischen Forschungen zu psychischen Störungen, wie sie in den USA und Europa aktuell propagiert werden, präsentiert.

Wir freuen uns auf einen anregenden und spannenden Tag.

Ende September 2014 werden die Einladungen, mit weiteren Informationen, an die Mitglieder verschickt.

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

Zur Situation der PiAs

Durchbruch im Tarifkonflikt an den vier Uniklinika in Tübingen, Freiburg, Ulm und Heidelberg: PiA-Vergütung geregelt!

PiAs müssen nicht mehr ein ganzes Jahr umsonst arbeiten. Zusammen mit ver.di haben es die PiAs an 4 Universitätskliniken geschafft, dieses Verhandlungsergebnis zu erreichen.

Die PiAs haben sich gewerkschaftlich organisiert und ihre Forderungen aufgestellt. Diesbezüglich gab es auch zwei öffentliche Aktionen, Unterschriftensammlungen und Warnstreiks, um die Forderung durch zu setzen. „Mit der Tarifierung der Psychotherapeuten in Ausbildung ist es ver.di gelungen, einen großen Missstand deutlich zu verbessern. Sie erhalten als fertig examinierte Beschäftigte ein Gehalt von über 1.000 Euro und müssen nicht mehr ein ganzen Jahr umsonst arbeiten“. (Pressemeldung ver.di)

Mindestlohngesetz – auch eine Chance für die Vergütung für PiA?!

Am 3. Juli 2014 hat der Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Tarifautonomie (BT-Drs. 18/1558) Mindestlohngesetz beschlossen; zahlreiche Kommentatoren halten es (auch wenn es mit einigen Einschränkungen kam) für einen sozialpolitischen Meilenstein. Viele sozial/wirtschaftlich benachteiligte Menschen dürften davon profitieren. Das finden wir als DGVT gut und wichtig.

Aber da war noch mehr: wir hatten uns sehr nachhaltig dafür eingesetzt, dass auch Psychotherapie-Ausbildungsteilnehmer im praktischen Jahr bzw. 1,5-Jahr unter die Regelungen des Mindestlohngesetzes fallen. Im Vorfeld hatten wir uns an die Bundesmini-

sterien für Arbeit- und Soziales sowie an die entsprechenden Ausschussmitglieder mit diesem Anliegen gewandt. Wir hatten "es" geschafft – nicht nur im GK II (dem Gesprächskreis der Psychotherapeutenverbände) sondern auch beim Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im Mai dafür jeweils eine Mehrheit gewinnen zu können. Beim DPT wurde mit denkbar knapper Mehrheit beschlossen, dass der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer sich dafür einsetzt, dass die PiA im Mindestlohngesetz eingebunden werden.

Wir hatten uns zudem intensiv mit dem Paritätischen (der über enge Kontakte in die Politik und ins Arbeitsministerium verfügt) beraten, wie die neue Gesetzesformulierung aussehen sollte, damit die PiA unzweifelhaft mit-erfasst werden sollen. Da hätte es auch eine hauchdünne Chance gegeben, denn im gleichen Zug hätten auch andere "Jahrespraktikanten" in ähnlicher Situation (z.B. Erzieher, Sozialarbeiter, Logopäden u.a. im Anerkennungsjahr) profitiert – mit einer durchaus gleichartigen und daher umso überzeugenderen Argumentation.

Ärgerlicherweise hat die CDU/CSU sich dann im Vorfeld der Abstimmung im Bundestag intensiv für eine Aufweichung der Vorschriften des Mindestlohngesetzes eingesetzt (wohl im Interesse von Wirtschaftsverbänden). Im Ergebnis hat der Koalitionsausschuss dann beschlossen, dass nichts geändert wird – keine Aufweichung, aber auch keine Erweiterung.

Auch wenn die PiA-Vergütung nicht in das Mindestlohngesetz mit aufgenommen wurde, besteht die Möglichkeit, dass dies bei einer Revision des Gesetzes noch nachgeholt werden kann.

Waltraud Deubert und Heiner Vogel

Stellungnahme der DGVT und des DGVT-BV vom 9.7.2014 zum Mindestlohngesetz

Wieder eine Chance vertan – Bundestag ignoriert beim Mindestlohn die Lage der PsychotherapeutInnen in Ausbildung

Am 3.7.2014 hat der Bundestag die Einführung eines Mindestlohns in Deutschland beschlossen. Zugleich vergab er dabei aber die Chance, auch für die Entlohnung der praktischen Tätigkeit von PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) endlich eine Untergrenze einzuziehen. Denn neben anderen Ausnahmen gilt der Mindestlohn auch nicht für die praktische Tätigkeit im Rahmen einer Psychotherapie-Ausbildung. Entsprechende Nachbesserungsvorschläge wurden dem Vernehmen nach insbesondere auf Druck der CDU im Koalitionsausschuss der Bundesregierung abgelehnt.

Im Rahmen ihrer Psychotherapie-Ausbildung absolvieren PiAs 1800 Stunden praktische Arbeit in einer Klinik. Bis heute gibt es keine einheitliche Regelung für die Vergütung. Gemeinsam mit VertreterInnen der PiAs haben sich die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), die mit ihrer gemeinnützigen Ausbildungsakademie selbst an 19 Standorten im ganzen Bundesgebiet Psychotherapie-Ausbildungsgänge anbietet, und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) stark dafür engagiert, wenigstens den künftigen Mindestlohn als verbindliche Untergrenze auch für PiAs festzusetzen. Diese Forderung wurde beim 24. Deutschen Psychotherapeutentag am 17. Mai 2014 in Berlin auf Antrag der DGVT von einer Mehrheit der Delegierten unterstützt.

Auch der Paritätische Gesamtverband, in dem die DGVT überregionale Mitgliedsorganisation ist, hat auf Betreiben der DGVT Bundesregierung und Bundestag rechtzeitig aufgefordert, den ursprünglichen Gesetzentwurf dahingehend zu präzisieren. PiAs seien

„den überwiegenden Teil ihrer Arbeitszeit“ in die Arbeitsprozesse eingebunden, so der Paritätische in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf. Sie erbrächten „zu einem hohen Anteil klinisch-therapeutische Leistungen in den Kliniken und gewährleisteten dort vielfach den psychotherapeutischen Betrieb“. Zudem haben alle TeilnehmerInnen einer Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zuvor bereits erfolgreich ein Studium der Psychologie oder (Sozial-)Pädagogik abgeschlossen. Dennoch werden sie mit dem neuen Mindestlohngesetz schlechter gestellt als PraktikantInnen ohne vorherige Ausbildung. Wenn deren Praktikum nicht verpflichtender Teil einer Ausbildung ist und länger als drei Monate dauert, gilt der Mindestlohn. Dies führt dazu, dass sich viele PiAs „in einer finanziell prekären Situation unterhalb des Existenzminimums befinden“, so Günter Ruggaber von der DGVT-Ausbildungsakademie.

Für die DGVT und den DGVT-BV ist es vollkommen unverständlich, weshalb hier erneut eine Chance vertan wurde, einen seit Jahrzehnten bekannten und von vielen Seiten regelmäßig angeprangerten Missstand wenigstens durch die Festsetzung einer Untergrenze für die Entlohnung anzugehen. Dies wäre ein erster, dringend notwendiger Schritt auf dem Weg zu einer angemessenen tariflichen Entlohnung gewesen. Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der DGVT und des DGVT-Berufsverbandes, sagt dazu: „Wir werden die PiAs weiterhin in ihren diesbezüglichen Forderungen auf allen Ebenen unterstützen und fordern die Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen auf, endlich aktiv zu werden. Nicht zuletzt hängt auch davon ab, ob es in Zukunft noch gelingen wird, eine ausreichende Zahl von Nachwuchskräften für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zu gewinnen.“

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Bericht von der Konzertierten Aktion der KBV

Am 13. Juni 2014 fand am Berliner Sitz der kassenärztlichen Bundesvereinigung die 19. Sitzung der ‚Konzertierten Aktion‘ mit den Berufsverbänden statt. Zuerst berichtete der Vorstandsvorsitzende Dr. Gassen zur Lage. Auf dem Weg zum Pflegegesetz werde in Berlin an einer Neudefinition des Pflegebedürftigkeits-Begriffs sowie an den Modalitäten des Aufbaus des Pflege-Fonds gearbeitet. Interessante Detailinformationen gab es bezüglich der geplanten gesetzlichen Zwangsregelungen zur Reduzierung von Wartezeiten auf Facharzttermine. An den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden wohl Terminleitstellen eingerichtet werden müssen. Voraussetzung für deren Inanspruchnahme werde aber das Vorliegen einer ärztlichen Überweisung sein, das entschärfe die Lage. Administrationstechnisch dürfte das Ganze wohl kein großes Problem werden. Die Negativ-Publicity ist hingegen schwerer zu bewältigen. Aktuell vorgenommene Erhebungen der KBV zu diesem Thema sollen das Gegenargument eines strukturellen Ärztemangels mit unterstützen. Gegen Professor Lauterbachs Neid-Dauerkampagne mit kürzeren Wartezeiten von privat Versicherten spräche, dass in den Praxen nur 8% Privat-PatientInnen seien, die zudem seltener zum Arzt gingen und somit nichts verstopfen könnten. Weitere Gegenargumente: in Schweden habe man per Gesetz Anspruch auf einen Facharzttermin innerhalb von 72 (!) Tagen, bei 10% dauere es dort trotzdem länger. In Norwegen gelte ein 96 Tage-Zeitfenster, und zwar nach einem Kommissions-Einzelentscheid. In Deutschland hätten nach Abschaffung der Praxisgebühr die Arzttermine um 10% zugenommen. Übrigens soll wohl auch ein Zweitmeinungsverfahren per Gesetz festgelegt werden. Das wären nach Gassens Meinung dann IGeL-

Leistungen, die extrabudgetäre Kassenleistungen werden könnten.

Anschließend referierte Herr Casser zur zweiten Stufe der EBM-Reform. Nach der ersten Stufe mit 10 Cent-Punktwert-Konversion, Grundversorgerpauschalen und neuem Hausarzt-EBM-Kapitel sollen laut Beschlusslage der KBV-Vertreterversammlung bei andauernder Trennung des Haus- vom Fachärztlichen Teilbudget nun feste Preise, Strukturzuschläge für Fixkosten sowie Einzelkorrekturen angegangen werden. Dabei gelten die beschlossenen Grundsätze weiter: Förderung der ärztlichen Grundleistungen sowie Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems (mit Neubewertung der Praxiskosten). Auf dieser Basis gingen mehr als 60 Anpassungsvorschläge der Berufsverbände und mehr als 20 der KVen ein (meist neue Gebührenordnungspositionen und inhaltliche Anpassungen / Klarstellungen). Zu berücksichtigen sei jedoch auch die Strategie des Gegenübers, des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dieser wolle möglichst viele, auch eventuelle neue Leistungen, innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) vergüten, also budgetiert und somit nicht zu Festpreisen. Die Kassen wollten des Weiteren die Streichung des Morbiditätsbezuges aus der Veränderungsrate, die dann eine rein demografische Veränderungsrate würde. So würde das Wachstum der Gesamtvergütungen deutlich verlangsamt. Die Gegenstrategie der KBV zur Realisierung fester Preise müsse auf einer soliden betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Einzelleistungen basieren. Diese könne mittels § 87 Abs. 2 SGB V gefordert werden. Da mit einer Blockadestrategie der Kassen zu rechnen sei, gelte es, dem dann folgenden Schiedsgericht gewichtige Argumente mitzugeben zu haben. Der Bewertungsausschuss hat zwar eine (im Zeitpunkt des Beschlusses) finanz- und punktsommenneutrale EBM-Weiterentwicklung vorgegeben, jedoch zeige die Vergan-

genheit, dass bei günstiger Strategie bald danach der Leistungsbedarf in Punkten und damit das Honorar steigen könne (Anmerkung des Autors: genau davon haben die PsychotherapeutInnen mit ihren zeitgebundenen Einzelleistungen seit Jahren nichts...). Auch die jetzt zu planende EBM-Reform werde zu Umverteilungen zwischen den Arztgruppen führen. Im Einzelnen wolle man im hausärztlichen Bereich eine ‚Vorhaltefinanzierung‘ der technischen Geräte etablieren, damit trotz dort geringer Geräteauslastung eine planbare Kostendeckung deren Anschaffung erleichtere. In fachärztlichen Bereich wolle man an dieser Stelle hingegen das Modell der ‚Fixkostendegression‘ vorschlagen. Nach Erreichen eines Höchstwertes endet die Fixkostenvergütung, aber nicht die der davon entkoppelten ärztlichen Leistung. Das soll das allgemeine Tarifgeberprinzip ersetzen, bei dem sich alles nach der Fixkosten-effizientesten Fachgruppe richtete. Zur Stärkung der Grundversorgung hat man sich überlegt, diese künftig vollständig über Leistungen anstatt über Arztgruppen definieren zu wollen. Man will dann von ‚Grundleistungen‘ sprechen. Bei allen Arztgruppen möchte man ‚Basisleistungen‘ aus den Pauschalen herauslösen und diese extrabudgetär vergütet bekommen (Befund, Gespräch, Kurzanamnese). Überlegungen in Richtung einer standardisierten Anamnese hat man aufgegeben. Bei den HausärztInnen sollen andererseits neue Leistungskomplexe (Konsultationskomplex, Multimorbiditätskomplex, Kardiokomplex, Pulmokokomplex, Diabeteskomplex) entstehen, die dann einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abgerechnet werden können. Das nennt sich dann „moderate Pauschalierung“. Basierend auf einer schriftlichen Anmerkung des Bundesministeriums für Gesundheit (im Rahmen seiner Nichtbeanstandung der Beschlüsse zum Hausarzt-EBM und der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG)) will man den Kassen die dort angemahnte Differenzierung der Versicherten- sowie Grundpauschalen nach ‚neuer/bekannter Patient‘ vorschlagen. Die Delegation hausärztlicher Leistungen mittels

‚VERAH‘ u. ä. will man künftig auch in nicht unterversorgten Gebieten abrechnen dürfen. All das könne Anfang 2015 in Kraft treten. Weiter wünscht man sich eine Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrages im Bundesmantelvertrag.

Das schlimmste Hauen und Stechen steht wohl bei der Neubewertung der Leistungen an. Die Aktualisierung der Kostendaten des Standardbewertungssystems sowie des kalkulatorischen Arztlohns und dann noch die Überprüfung der leistungsbezogenen Zeitbedarfe, all das soll Anfang 2016 in Kraft treten, gemeinsam mit geänderten Facharzt-EBM-Kapiteln. Ob und was im Einzelnen dabei für die Psychotherapie avisiert wird, war kein Thema (hierzu wären weitere Informationen aus dem beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV hilfreich). Schon darüber, welche Datengrundlage man für die Kosten oder die Tarifverträge wählt, wird gestritten. Derzeit wird noch mit einem Oberarzt-Gehalt bei 51 Wochenstunden von 105.571,43 € kalkuliert, aktuell liege ein Oberärzte-Brutto aber bereits bei 145.000 € nur eben nicht nach jener Hessen-Tabelle.

Die leistungsbezogenen Zeitbedarfe stammten aus 2000-2003. Ich schrieb zu ihnen in der letzten Rosa Beilage ein paar erklärende Sätze. Schon 2008 ergab eine Evaluation mit 511 Stunden Nettoarbeitszeit im Quartal deutliche Überschreitungen der Zeitansätze. Die Überschätzung sei allerdings nicht für alle Arztgruppen gleich, am stärksten bei OrthopädInnen, Frauen- und NervenärztInnen, am schwächsten bei HautärztInnen und UrologInnen (wo da die PsychotherapeutInnen mit ihren zeitgebundenen Leistungen einzuordnen wären, kann man sich denken). Die notwendige Aktualisierung spricht Kürzer-Definierung werde sich je Arztgruppe unterschiedlich auf die Leistungsbewertung auswirken, man werde dabei das Ziel höherer Honorargerechtigkeit im Auge behalten. Damit alle für ihr Leben gerne arbeiten.

Jürgen Friedrich

Psychotherapeuten-Honorare

Zugesagte Neubewertung bleibt aus – Schriftliche Frage an die Bundesregierung

Der Bewertungsausschuss hatte sich Ende letzten Jahres eigenständig verpflichtet, die Höhe der Vergütung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des EbM-Abschnitts 35.2 auf deren Angemessenheit zu überprüfen. Die zum 30.06.2014 angekündigte Überprüfung blieb allerdings, aus für unseren Berufsstand unerfindlichen Gründen, aus. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellte unter Frau Maria Klein-Schmeink eine schriftliche Anfrage an die Bundesregierung, ob diese ihm Rahmen ihrer Rechtsaufsicht über die Selbstverwaltungsgremien es für erforderlich halte, den Bewertungsausschuss, d.h. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, aufzufordern, die ihnen jeweils übertragenen Pflichten zu erfüllen und die angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sicherzustellen.

In ihrer Antwort wies die Bundesregierung darauf hin, dass für den Bewertungsausschuss keine gesetzliche Frist bestehe, die Vorgaben des Bundessozialgerichts bis zum 30. Juni 2014 umzusetzen. Des Weiteren dauern, nach Kenntnis des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die Beratungen und Analysen unter Einbezug des Instituts des Bewertungsausschusses an. Vor diesem Hintergrund werde das BMG die Entwicklung weiter sehr aufmerksam beobachten, aber zunächst nichts weiter unternehmen.

Unsere Stellungnahme zu diesem Thema „Versprochen – und wieder einmal gebrochen - Zugesagte Neubewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen bleibt aus“ finden Sie in der aktuellen Ausgabe der VPP (3/2014) und auf unserer Homepage unter <http://www.dgvt-bv.de/aktuell/>.

Anna Millek

Bericht aus dem Beratenden Fachausschuss der KV Mecklenburg-Vorpommern

Am 14.5.2014 trafen sich die Mitglieder unseres Fachausschusses in den Räumen der KV in Schwerin. Dr. med. Fridjof Gebhardt (Facharzt) leitete die Sitzung. Neben dem mit unserem Ausschuss betrauten Dr. Matuszewski (Facharzt) war der neue KV M.-V.-Vorstand mit Dr. Kreye (Hausarzt) und Herrn Rambow (Vorsitzender) vollständig anwesend.

Erster inhaltlicher Tagesordnungspunkt war die „Honorarsituation der Psychotherapeuten im Vergleich zu den übrigen Fachärzten“. Dipl. Psych. Christoph Bosse hatte dies eingebracht und mit der KV abgesprochen, dass diese uns erstmalig das relevante Zahlenmaterial zum sogenannten ‚Vergleichsarzteinkommen‘ präsentiert. Seine Enttäuschung war groß, als Herr Rambow in seiner Präsentation dazu lediglich darauf verwies, dass die KV M.-V. ja gar nicht mehr für den Hauptteil unserer Honorare zuständig sei. Die Leistungen rund um die Genehmigungspflicht sind ausbudgetiert und somit außer Kontrolle der KV M.-V., Bundessozialgerichtsurteile hin oder her. Zudem habe der Bewertungsausschuss ohnehin bis zum 30.06.2014, also in wenigen Tagen, zu prüfen, ob unsere Honorare ab 2009 dem 2008er Bundessozialgerichts-Urteil gerecht würden. Dort würden Daten bis einschließlich 2012 berücksichtigt.

Bislang wird für das Vergleichsarzteinkommen ein fachärztlicher Durchschnitts-Ertrag von 62.646 € angesetzt, die Betriebskosten einer Psychotherapie-Praxis werden mit 42.974 € geschätzt, daraus errechnen sich 105.620 € Soll-Umsatz, den maximal arbeitende (36 Sitzungen pro Woche) PsychotherapeutInnen mittels der KV-Honorare dafür erreichen können müssen.

Lediglich 12% unserer Honorare in M.-V. würden aus nicht genehmigungspflichtigen Leistungen (ngpL) entstammen. Über diesen kleinen Anteil könne und dürfe die KV M.-V ohnehin nicht für eine evtl.

herzustellende Honorargerechtigkeit im Sinne des ‚Vergleichsarzteinkommens‘ sorgen. Und die KV M.-V. habe auch bei den ngpL die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Honorargerechtigkeit zwischen den Fachgruppen zu beachten. Mit diesen Argumenten war Herrn Bosses Versuch auf Landesebene für den KV-Vorstand leicht zu parieren gewesen. Uns blieb nur noch der Appell, die KV M.-V. solle dann doch bitte ihren Einfluss auf Bundesebene für höhere Psychotherapeuten-Honorare geltend machen. Auch hierzu war die Antwort eher ausweichend: wenn der Bewertungsausschuss bzw. seine Berechnungen zu dem Ergebnis führen würden, das wir mehr kriegen müssten, werde man seinen Teil daran natürlich umsetzen. Die Berechnungsgrundlagen werde der Bewertungsausschuss dann ohnehin veröffentlichen. Mehr Zahlenmaterial könne die KV M.-V. uns auch dann nicht liefern. Uns blieb die Erkenntnis, dass die KV M.-V. kein echtes Interesse an der Verbesserung der Honorarsituation ihrer wenigstverdienenden Fachgruppe zeigt. Weder der Konfrontationskurs von Frau Franz in der Vertreterversammlung noch der Kooperationskurs von Herrn Bosse im Fachausschuss (beide DPTV) konnte bislang daran etwas ändern. Man geht für uns keinen Millimeter über das gesetzlich bzw. gerichtlich vorgeschriebene hinaus, was andere Landes-KVen durchaus tun.

Unsere Honorarsituation zerfällt momentan in einen auf Bundesebene festgelegten sowie einen auf der Landesebene vorgegeben Anteil, für unsere Gesamtsituation fühlt sich keiner zuständig. Seit langem erleben PsychotherapeutInnen die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eher als Fremdverwaltung. Uns kann wohl nur die Bundespolitik oder der Klageweg mehr Honorargerechtigkeit bringen.

In M.-V. rechneten die PsychotherapeutInnen durchschnittlich ca. 19 Sitzungen pro Woche ab. Bislang lagen wir übrigens immer über dem Bundesdurchschnitt. Trotzdem schafft derzeit keine LandeskollegIn wöchentlich 36 Sitzungen. Gegen dieses u. E. zu hoch angesetzte Arbeitsmaximum dürfen

wir dem KV M.-V.-Vorstand zwecks unserer Interessensvertretung auf Bundesebene nun gerne Sachargumente an die Hand geben.

Unsere Honorare in M.-V. hätten sich Ende 2013 aus 74% Richtlinien-Psychotherapie, 14% Probatorik, 12% ngpL (Verwaltungspauschale, 10 min. psychotherapeutisches Gespräch, Testverfahren etc.) und 1% Notdienst (der ärztlichen PsychotherapeutInnen) zusammengesetzt. 2013 behandelten die 153 Psychologischen PsychotherapeutInnen (PPT) im Schnitt 319 PatientInnen (Fallwert: 275 €). Bei den 36 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) war die Fallzahl 269 (Fallwert: 321 €). Die 14 ärztlichen PsychotherapeutInnen (ÄPT) behandelten im Schnitt 347 Fälle im Jahr. Der allgemeinmedizinische Vorstand Herr Dr. Kreye resümierte schließlich, die Psychotherapie-Honorierung sei unter den derzeitigen KV-Verhältnissen nur über eine neue Leistungsbewertung verbesserbar. Wegen der Zeitgebundenheit unserer Hauptleistungen seien wir an sämtlichen Honorarsteigerungen nicht beteiligt gewesen.

Im letzten Quartal 2013 wurde die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) eingeführt, in die die auf Bundesebene ausgehandelte Honorare-Ausweitung hineinfiel. Bei PsychotherapeutInnen sind das 15,90 € pro solchem Behandlungsfall. 75% der Fachgruppe machen PPT aus. Diese behandelten nur ein Viertel so viele ihrer PatientInnen grundversorgerisch wie es KJP oder ÄPT taten, was nichts anderes heißt, als das die PPT einen wesentlich höheren Anteil ihrer PatientInnen mit Richtlinien-Psychotherapie versorgen. Dies sind zwar die wahrscheinlich zeitintensivsten Gesprächsleistungen, was als wesentliches Merkmal des förderungswerten Grundversorgerischen gilt, in der KBV-Logik ist sie aber ein Ausschlusskriterium für die fachärztlichen Grundversorgungs-Pauschale.

Wenn man sich dann die vier 2013er Quartalspunktwerte für die ngpL anschaut, muss man anfügen: „Wie gewonnen, so zerronnen“. Von der KV M.-V. wurde jeder Leistungspunkt statt mit dem Orientierungspunktwert von 10,13 Cent nur mit 9,29;

9,09; 9,17 und im vierten Quartal mit 9,27 Cent vergütet. Die schlechteste Nachricht dazu: es gelang der KV M.-V. nicht, in den Verhandlungen mit den Landeskrankenkassen zum 2014er Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Gesamtvergütung einen höheren Anteil für unsere ngpL einzufügen. Dieser sei auf dem Stand von 2013 geblieben. Das ist meines Erachtens ein Armutszeugnis angesichts der (Krankenkassen wie KV lange bekannten) ca. 70 neuen Psychotherapeuten-Niederlassungen in 2014. Für die 2014er Quartalsabrechnungen drohen nun noch deutlich niedrigere Punktwerte für die ngpL. Vom Ökonomischen her wird man sich zweimal überlegen müssen, ob man weiterhin PatientInnen grundversorgerisch behandeln kann. Weniger Kriseninterventionen, Erstgespräche und Erhaltungstherapie-Sitzungen, das tut den vielen darauf wartenden PatientInnen nicht gut.

Im Vorjahr war auf Initiative unseres beratenden Fachausschusses von der Vertreterversammlung der KV M.-V. der Beschluss gefasst worden, notfalls unsere ngpL-Punktwerte aus dem Facharzt-Topf zu stützen. Auf Anraten zweier Vorstände hatten wir für den Beschluss keine klare Stützungsschwelle gefordert. Nun sieht wohl auch der Vorstand weiteren Punktwertverfall drohen. Unser Ausschuss gab ein Votum ab bezüglich einer prozentualen Schwelle, unter der eine gemeinsame Sitzung des fachärztlichen mit unserem beratenden Ausschuss einberufen würde. Uns wurde die in der KV altgewohnte Schwelle von -15% empfohlen (8,61 Ct.), wir folgten dem Rat. Ich befürchte spätestens ab dem dritten Quartal 2014 noch niedrigere ngpL-Punktwerte in M.-V.. Aber selbst dann wäre noch unsicher, wie ablehnend der Facharzt-Ausschuss sich dann positionieren würde. Also, lasst uns den Sommer genießen, bevor wir uns im Herbst warm anziehen!

*Jürgen Friedrich
Mitglied des Beratenden Fachausschusses
der KV M.-V.,
Sprecher der Fachgruppe Niedergelassene,
DGVT-BV*

Aktuelle Informationen zur Honorarsituation in Mecklenburg-Vorpommern

Mittlerweile, am 5.8.2014, kam die KV Quartals-Honorarabrechnung 1/2014. Die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen (ngL) werden in M.-V. im ersten Quartal 2014 mit einem Punktwert von 9,2345 Cent vergütet, anstelle des Orientierungspunktwerts von 10,13 Cent. Das sind 8,84%, also ca. 9% weniger. Das Rundschreiben der KV M.-V. an ihre Mitglieder zur Honorarabrechnung beginnt übrigens mit dem Satz: "Die positive Honorarentwicklung der vorangegangenen Quartale setzt sich auch in diesem Quartal fort."

Für unsereins ist das irgendwie nicht nachvollziehbar, für das psychotherapeutische Gespräch z. B. (EBM 23220: 10 Minuten à 108 Punkte) gab es 9,97 Euro. Unsere Hausärzte kriegen neuerdings dank eines Vertrages der KV M.-V. mit der AOK Nordost für das sog. 'ausführliche sozialmedizinische Gespräch' (EBM 3230H: 90 Punkte à 10,13 Cent = 9,12 Euro). Eine Leistungsbegrenzung besteht nicht, die Vergütung erfolgt außerhalb des hausärztlichen Regelleistungsvolumens, also auch kein Floating des Punktwerts wie bei uns. Geht also schon, wenn man will! Bloß für die PsychotherapeutInnen will halt keiner.

Jürgen Friedrich

PsychotherapeutInnen und Werbung – Was ist erlaubt?

Egal ob nach der neuen Kassensitzzulassung oder bei einer Kostenerstatterpraxis, Werbung ist ein wichtiges Thema im Leben aller selbstständigen PsychotherapeutInnen. Sie hilft nicht nur dabei PatientInnen zu finden, sondern auch die richtige Zielgruppe zu erreichen. PsychotherapeutInnen unterliegen allerdings der Berufsordnung ihrer jeweiligen Landeskommission und, wenn sie eine Kas-

senzulassung haben, auch dem Vertragsarztrecht. Diese enthalten einige Regelungen zum Umgang mit Werbung. Um Ihnen den Umgang mit Werbung für Ihren Praxisalltag zu erleichtern, finden Sie hier Antworten auf die häufigsten Fragen unserer Mitglieder:

Werbung für Psychotherapie – Was ist zulässig?

Bei PsychotherapeutInnen handelt es sich um einen so genannten freien Beruf. Sie bieten ihre Dienste unter fachlichen und nicht unter gewerblichen Gesichtspunkten an. Dies muss sich auch in ihrer Werbung widerspiegeln. Generell legen die Landespsychotherapeutenkammern im Rahmen ihrer jeweiligen Berufsordnung die Regelungen fest, die für PsychotherapeutInnen in Bezug auf Werbung gelten. Als Orientierung dient die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Diese hält in § 23 Abs. 3 folgende Grundlagen fest: *„Psychotherapeuten dürfen auf ihre berufliche Tätigkeit werbend hinweisen. Die Werbung muss sich in Form und Inhalt auf die sachliche Vermittlung des beruflichen Angebots beschränken. Insbesondere anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist unzulässig. Dies gilt auch für die Darstellung auf Praxischildern. Werbeverbote auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.“* Es ist also durchaus zulässig potentielle PatientInnen über den Praxisschwerpunkt oder die Vorgehensweise bei Verhaltenstherapie zu informieren. Auf der anderen Seite ist es nicht gestattet Informationen, die nicht fachlich sind (zum Beispiel Hinweise auf die eigene Erfolgsrate oder Diskreditieren anderer Kollegen), zu verbreiten. Was bei der Eintragung in Verzeichnisse zu beachten ist, regelt § 23 Absatz 5 der Musterberufsordnung „Psychotherapeuten dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

- sie müssen allen Psychotherapeuten, welche die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen mit

einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,

- die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und
- die Systematik muss zwischen den erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.“

Über welche Wege kann man potentielle PatientInnen erreichen?

Zur Akquise von Patienten haben sich verschiedene Vorgehensweisen bewährt. Ein erster Schritt kann die Anmeldung bei den Therapeutenverzeichnissen der Kammern (<http://www.bptk.de/service/therapeutensuche.html>) oder ein kostenloser Eintrag in den gelben Seiten sein. Darüber hinaus empfiehlt es sich umliegende Ärzte und Beratungsstellen darüber zu informieren, dass ein Erstgespräch für neue PatientInnen zeitnah angeboten werden kann. Des Weiteren macht es Sinn, anderen TherapeutInnen aus der Region mitzuteilen, dass man noch Kapazität hat, so dass diese im Falle von Wartelisten potentielle PatientInnen weiterverweisen können. Ebenfalls erlaubt und nützlich sind eine eigene Homepage und das Anbringen eines Praxisschilds. Einige Berufsordnungen (zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen und in der OPK) schreiben sogar das Anbringen eines Praxisschilds vor.

Was sollte man tun, wenn potentielle PatientInnen den großen bürokratischen Aufwand scheuen, der mit der Kostenerstattung einer Psychotherapie verbunden ist?

Hier kann es sich lohnen, die PatientInnen im Antragsverfahren zu unterstützen. Dies kann unter anderem dadurch geschehen, dass man Formulare bereitstellt oder mit ihnen gemeinsam einen formlosen Antrag formuliert. Empfehlenswert ist auch die Broschüre „Kostenerstattung“ der BPTK, um den PatientInnen einen ersten Überblick über die Vorgehensweise zu geben. Darüber hinaus

kann man die PatientInnen bitten, einen nach der Abgabe des Antrags bei der Krankenkasse auf dem aktuellen Stand zu halten. Ggf. kann man, soweit eine Schweigepflichtsentscheidung vorliegt, auch selbst bei der Kasse nach dem aktuellen Bearbeitungsstand fragen.

Anna Millek

Elektronische Datenverarbeitung: Empfehlungen für die Praxis von KBV und BÄK

(kb) In der aktuell überarbeiteten Fassung der Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis von KBV und Bundesärztekammer werden die Themen „Elektronische Dokumentation und Archivierung“ (Kapitel 11) sowie „Externe Sicherung von Patientendaten (Stichwort „Cloud“)“ ausführlich erläutert.

Mit dem seit Februar 2013 geltenden Patientenrechtegesetz wurde die elektronische Dokumentation der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung gesetzlich geregelt. Nach § 630 f Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) kann ein Arzt oder Psychotherapeut die Patientenakte auch elektronisch führen. Es muss dann aber die Manipulationsfreiheit der Akte sichergestellt werden und es ist eine Software zu verwenden, die nachträgliche Änderungen automatisch kenntlich macht.

Der vollständige Text wurde im Deutschen Ärzteblatt vom 23. Mai 2014 (Dtsch Arztebl 2014; 111(21): A-930 / B-796 / C-754) veröffentlicht und ist auch auf der Internetseite der KBV zu finden:

www.kbv.de/html/datensicherheit.php

Alles was Recht ist . . .

BSG ermöglicht eine flexiblere Nachbesetzung im MVZ

PP darf psychotherapeutisch tätiger Ärztin folgen

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Urteil vom 2.7.2014 (Az: B 6 KA 23/13 R) entschieden, dass das klagende Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) die Stelle der ausgeschiedenen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztin mit einer psychologischen Psychotherapeutin nachbesetzen kann.

Ausschlaggebend für die an dieser Entscheidung beteiligten BSG-Richter war, dass beide derselben „Arzt“gruppe im Sinne der Bedarfsplanung angehören. Mit dieser Formulierung (Arztgruppe) hat das BSG eine automatische Übertragbarkeit dieses Urteils auf andere Arztgruppen, bei denen eine Nachbesetzung mit abweichendem Schwerpunkt (z.B. Internisten) zu Über- und Unterversorgungen führen könnte, vermieden. Das BSG sah zudem, dass das Leistungsspektrum beider Gruppen weitgehend übereinstimme, „weil sowohl der ausschließlich psychotherapeutisch tätige Arzt als auch der Psychologische Psychotherapeut die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zu beachten haben“.

Auf die Frage, ob der ehemalige Stelleninhaber und dessen Nachfolger Psychotherapien auch nach demselben Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) durchführen, kommt es für die Nachbesetzung der Stelle in einem MVZ nicht an. Diese Begründung im Urteil des BSG könnte es zukünftig ermöglichen, flexibler auf den regionalen Bedarf für das eine oder andere Richtlinienverfahren zu reagieren.

Zum Problem der sog. Arztquote (festgelegt im Sozialgesetzbuch V) stellte das Gericht fest: „Die gesetzliche Regelung,

nach der ein Anteil von mindestens 25 % den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist, steht der Nachbesetzung durch eine Psychologische Psychotherapeutin hier schon deshalb nicht entgegen, weil die genannte Quote auch nach erfolgter Nachbesetzung gewahrt bleibt“.

Kerstin Burgdorf

BGH-Urteil zur Fenster- sicherung in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen

(kb) Die Rechtsprechung zur Fenstersicherung in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen ist um ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) erweitert worden und dürfte für unsere Mitglieder, die in Kliniken tätig sind, von Interesse sein.

Der BGH hatte sich mit einem Fall zu befassen, bei dem der Kläger, der unter einer schizophrenen Psychose mit wahnhaften Gedanken litt, in seinem Patientenzimmer unter Beschädigung des Fensterrahmens gewaltsam ein Fenster geöffnet hatte und unvermittelt in suizidaler Absicht aus dem vierten Stock in die Tiefe gesprungen war. Dabei erlitt er ein Polytrauma mit schweren Verletzungen. Der Kläger war aufgrund eines Beschlusses des Vormundschaftsgerichts in der geschlossenen psychiatrischen Station des Klinikums untergebracht.

Der Kläger machte gegen die beklagte Stadt als Trägerin des Städtischen Klinikums Schmerzensgeld und Schadensersatzansprüche aus Amtshaftung im Zusammenhang mit Verletzungen geltend, die er als Patient einer geschlossenen psychiatrischen Station des Klinikums erlitten hatte. Der Kläger argumentierte, die Beklagte habe das Fenster so ausstatten müssen, dass es von ihm nicht hätte geöffnet werden können. Es gehöre zu den Mindestanforderungen an Fenster einer

geschlossenen Station für Psychiatrie, dass sie nicht so geöffnet werden könnten, dass ein Patient hinaussteigen oder herausspringen könne. Daran gemessen sei der verwendete Fenstertyp ungeeignet gewesen.

Der BGH urteilte: „Der Träger einer Städtischen Klinik ist nicht verpflichtet, sämtliche Fenster einer geschlossenen psychiatrischen Station der Klinik so auszustatten, dass sie auch unter Einsatz von Körperkraft nicht so geöffnet werden können, dass ein Patient hinaussteigen oder springen kann.“ Der Träger eines psychiatrischen Krankenhauses sei zwar verpflichtet, die aufgenommenen Patienten auch vor Selbstschädigungen zu bewahren, die ihnen durch Suizidversuche drohen können. Allerdings habe die Beklagte durch die Ausstattung des Fensters des Patientenzimmers, aus dem der Kläger gesprungen ist, diese ihr obliegende Schutzpflicht nicht verletzt.

In der Entscheidung verdeutlicht der BGH, dass auch auf einer geschlossenen Station nicht alle Räume mit Fenstern auszustatten sind, die sich grundsätzlich nicht öffnen lassen. Im vorliegenden Fall hatte der Kläger „das Fenster auch nicht geöffnet, sondern den Fensterflügel unter erheblicher Gewalteinwirkung herausgerissen, so dass der Holzrahmen teilweise zersplittert sei, das Fensterschloss sich verbogen hätte und auch andere Teile deformiert worden wären“. Ausgehend von der Überlegung, dass es eine vollständige Sicherheit vor einer Eigengefährdung eines Patienten auch in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung nicht gebe, seien weitere bauliche Sicherheitsmaßnahmen nicht zu ergreifen gewesen, wenn der Durchbruch nur unter Anwendung erheblicher körperlicher Gewalt möglich gewesen wäre. Die beklagte Klinik hatte vorgetragen, das Fenster sei durch einen Sicherungsknauf geschützt gewesen, der verhindert habe, dass das Fenster ganz habe geöffnet werden können. Es habe lediglich die Möglichkeit bestanden, das Fenster im oberen Bereich anzukippen. Eine Verpflichtung sicherzustellen, dass auch das gewaltsame Öffnen des Fensters vollkommen aus-

geschlossen sei, bestehe nicht, bestätigte der BGH.

BGH, Urteil vom 31.10.2013, Az.: III ZR 388/12

Bundesverfassungsgericht zur nicht-anonymisierten Veröffentlichung einer berufgerichtlichen Verurteilung

(kb). Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat die Verfassungsbeschwerde eines niedergelassenen Facharztes für Innere Medizin nicht zur Entscheidung angenommen (Beschluss vom 3.3.2014), bei der es im Schwerpunkt um die Frage ging, ob es mit den Grundrechten des Beschwerdeführers im Einklang stehe, wenn eine letztinstanzliche Entscheidung eines Landesberufsgerichts für Heilberufe nicht anonymisiert in einem Ärzteblatt veröffentlicht wird.

Gegen den Beschwerdeführer, einen niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin in einer Gemeinschaftspraxis und u.a. Mitglied des Vorstandes einer Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, war aufgrund eines Beschlusses des Vorstands der Ärztekammer das berufsgerichtliche Verfahren eröffnet worden. Gegenstand des angegriffenen berufsgerichtlichen Verfahrens war der Vorwurf, der Beschwerdeführer habe gegenüber PrivatpatientInnen Rechnungen erstellt, die mit den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht in Einklang stünden. Konkret wurde dem Beschwerdeführer zur Last gelegt, dass er den Begriff der „Sitzung“ im Sinne der GOÄ zu seinem Vorteil dahingehend ausgelegt habe, dass Sitzungen auch an Tagen stattgefunden hätten, an denen die PatientInnen nicht in der Praxis waren. Die Stellung nicht angemessener Rechnungen stelle einen Verstoß gegen das Berufsrecht dar. Insgesamt ging es um vier Fälle, in denen der Beschwerdeführer einen Praxisbesuch als mehrere Sitzungen

abgerechnet und dabei seine Abrechnungsmethoden bewusst verschleiert haben soll. Das Berufsgeschicht für Heilberufe stellte mit Urteil vom 14. Juni 2010 fest, dass der Beschwerdeführer in allen vier zur Verhandlung stehenden Fällen gegen seine Berufspflichten verstoßen habe und erkannte deswegen auf die Entziehung des passiven Berufswahlrechts sowie eine Geldbuße in Höhe von 25.000 Euro. Es ordnete zudem an, dass die Antragstellerin des Ausgangsverfahrens berechtigt sei, das Urteil nach Rechtskraft im Ärzteblatt zu veröffentlichen. Es läge ein besonderer Fall im Sinne des § 60 Abs. 3 HeilBerG NRW vor, womit die nicht anonymisierte Veröffentlichung zu rechtfertigen sei.

Eine solche Maßnahme findet nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts ihre Rechtfertigung in dem berechtigten Interesse an einer Information der Allgemeinheit, insbesondere der Gemeinschaft der Versicherten, wie auch der Kammerangehörigen, die sodann ihr Verhalten nach Kenntnis einer solchen Verfehlung steuern können. Der Staat dürfe insbesondere Verhaltensweisen entgegenwirken, die den Eindruck vermitteln können, der Arzt stelle die Gewinnerzielung über das Wohl des Patienten und dessen ordnungsgemäße Gesundheitsversorgung. Patientinnen und Patienten sollen darauf vertrauen können, dass sich ein Arzt nicht von kommerziellen Interessen leiten lasse. Neben dieser informationellen und im Grundsatz generalpräventiven Wirkung dient die Veröffentlichung auch der weiteren Sanktionierung eines individuellen Fehlverhaltens, das auch die Gefahr einer höheren Kostenlast für die Gemeinschaft der Versicherten in sich trägt, so das BVerfG.

Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 3.3.2014, Az.: 1 BvR 1128/13

Keine Fortbildungspunkte ohne Publikation

(kb). Das Obergerwaltungsgericht (OVG) Lüneburg hat mit einem Urteil vom 24.6.2014 über die Anerkennung und Bewertung von Fortbildungsleistungen mit Fortbildungspunkten durch eine Psychotherapeutenkammer entschieden.

Kläger war ein Psychologischer Psychotherapeut, der nach eigenen Angaben mehrere Jahre an einem Forschungsprojekt zu Grundbegriffen und Grundkonzepten der Psychoanalyse gearbeitet und sich damit um einen Forschungspreis beworben hat. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hatte ihm für diese Leistung einen Punkt auf seinem Fortbildungskonto gutgeschrieben, was dem Kläger jedoch nicht ausreichend war. Er klagte mit der Begründung, dass er täglich seine Sitzungen nacharbeite, sich ständig mit der neuesten Fachliteratur und den dort beschriebenen Psychotherapieverfahren beschäftige und kritisch auseinandersetze. Auf diese Weise bilde er sich ständig fort. Die von ihm gewählte Art der Fortbildung sei "die effektivste, quasi das non plus ultra" (vgl. Urteil des OVG Lüneburg, Rz. 8).

Die von der beklagten Kammer in Anlehnung an wissenschaftliche Veröffentlichungen vorgenommene Bewertung einer solchen Fortbildung mit nur einem Fortbildungspunkt sei eine verfassungswidrige Gleichbehandlung ungleicher Sachverhalte. Seine Forschungsarbeit gehe weit über einen wissenschaftlichen Aufsatz hinaus. Sie entspreche eher der Tätigkeit des Leiters einer Fortbildungsveranstaltung, der seine Erkenntnisse mit anderen teile. Der zeitliche Aufwand für seine Forschungsarbeit von etwa 30 bis 40 Wochenstunden könne anhand des in § 4 der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen gebildeten Maßstabs in Fortbildungseinheiten erfasst werden.

Nach Ansicht der Lüneburger Richter ist jedoch bereits zweifelhaft, ob der Kläger überhaupt als Autor einer Fachpublikation

einzustufen ist. Nach der Fortbildungsordnung gelte als Autor nur, wer sich in schriftlichen Abhandlungen gezielt einem fachlichen Thema widme und die Ergebnisse seiner Forschung und Recherche einem Publikum zur Kenntnis gebe.

Der Therapeut habe gegenüber der Kammer jedoch als Nachweis für seine Forschungen nur seine Bewerbung um den Forschungspreis eingereicht, die lediglich eine Inhaltsübersicht und Literaturangaben umfassten. Es liege weder eine schriftliche Darstellung seiner Ergebnisse noch ein Veröffentlichungsnachweis vor. Selbst wenn die vorgelegten Unterlagen als Fachpublikation gelten würden, hätte der Kläger trotzdem keinen Anspruch auf weitere Fortbildungspunkte.

Nach Ansicht des Gerichts ist die pauschale Bewertung von Fachbeiträgen mit einem Punkt verhältnismäßig und verstößt auch nicht gegen den Gleichheitssatz des Grundgesetzes.

Oberverwaltungsgericht Lüneburg, Urteil vom 24.6.2014, Az.: 8 LA 168/13

BGH: Kein Anspruch auf Auskunft über Benutzerdaten gegen Arztbewertungsportal

(kb) Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seinem Urteil vom 1. Juli 2014 (Az.: VI ZR 345/13) entschieden, dass der Betreiber eines Arztbewertungsportals im Internet grundsätzlich nicht befugt ist, ohne Einwilligung des Nutzers dessen personenbezogene Daten zur Erfüllung eines Auskunftsanspruchs wegen einer Persönlichkeitsrechtsverletzung an den Betroffenen zu übermitteln.

Der Kläger hatte auf der Internetseite der Beklagten wiederholt Bewertungen entdeckt, in der über ihn verschiedene unwahre Behauptungen aufgestellt wurden. Auf sein Verlangen hin wurden die Bewertungen jeweils von der Beklagten gelöscht. Er verklagte daraufhin den Portalbetreiber auf Un-

terlassung und Auskunft über die Person, die die Bewertung abgegeben hat.

Einen solchen Auskunftsanspruch hat der BGH verneint: „Der Betreiber eines Internetportals ist in Ermangelung einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage im Sinne des § 12 Abs. 2 Telemediendienstgesetzes (TMG) grundsätzlich nicht befugt, ohne Einwilligung des Nutzers dessen personenbezogene Daten zur Erfüllung eines Auskunftsanspruchs wegen einer Persönlichkeitsrechtsverletzung an den Betroffenen zu übermitteln.“ Dem durch persönlichkeitsrechtsverletzende Inhalte einer Internetseite Betroffenen kann allerdings ein Unterlassungsanspruch gegen den Diensteanbieter zustehen, urteilt der BGH.

Bundesgerichtshof, 1.7.2014, Az. VI ZR 345/13

Tagungsberichte

Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg am 12.6.2014 in Hamburg

In Hamburg leben derzeit rund 530.000 Menschen mit Migrationshintergrund, das sind 30% aller Einwohnerinnen und Einwohner. Die damit eingehende kulturelle und sprachliche Vielfalt bedeutet eine wertvolle gesellschaftliche Bereicherung. Diese Vielfalt stellt die Gesundheitsversorgung mitunter auch vor Herausforderungen.

Rund 260 Akteure aus Wissenschaft, Praxis und Politik folgten Mitte Juni der Einladung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), um gemeinsam den aktuellen Stand und die notwendigen Entwicklungen der interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zu diskutieren.

Der Anlass für die Tagung war das Ende des von der Volkswagen-Stiftung geförderten internationalen Forschungsprojekts zu „Seelischer Gesundheit und Migration“ (www.segemi.de). Bei diesem wurden bundesweit erstmals epidemiologische Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen sowie zur Inanspruchnahme psychosozialer Gesundheitsleistungen von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg und Berlin erhoben. Diese bislang fehlenden Daten bilden die Voraussetzung für eine Diskussion über eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung.

„Sind wir eine Einwanderungsgesellschaft, die sich dieser Herausforderung stellt?“ - mit dieser Frage eröffnete Aydan Özoğuz, Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, und fügte hinzu „Wir verlieren uns nicht, wenn wir Vielfalt akzeptieren!“. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Integration wird Frau Özoğuz sich für das Gesundheitswesen dafür einsetzen, die Datenlage zu verbessern, den Anteil der ÄrztInnen

mit Migrationshintergrund zu erhöhen, den Zugang zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung und zu Gesundheitseinrichtungen und -leistungen zu verbessern. Für eine stärkere kulturelle Öffnung des Gesundheitswesens setzte sich auch die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks ein und appellierte, keine weiteren spezifischen Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen, sondern die bestehenden Angebote kultursensibler zu gestalten. Neben der Weiterentwicklung der interkulturellen Kompetenz aller Beteiligten im System braucht es jedoch auch eine stärkere Einbeziehung von Dolmetscherdiensten. Hier forderte Prüfer-Storcks die Krankenkassen auf sich mehr zu engagieren.

Es folgten Beiträge aus Wissenschaft und Praxis. Zunächst gab Prof. Holger Schulz (UKE) einen Überblick zum Stand und Schwerpunkte der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung. Anschließend folgten Vorträge zum aktuellen Stand der interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung in den Bereichen Gynäkologische Versorgung und Geburtshilfe (Prof. Theda Borde, Alice Salomon Hochschule Berlin), Pflege (Prof. Monika Habermann, Hochschule Bremen) und Psychosoziale Versorgung (Dr. Mike Mösko, UKE). Anschließend stellte Frau Reher die Arbeit der Flüchtlingsambulanz am UKE vor, einer psychotherapeutischen Einrichtung für Kinder und Jugendliche. Die deutschlandweit einmaligen strukturellen Rahmenbedingungen sind das Ergebnis einer engen Kooperation mit der Stiftung von Stefanie Graf „Children for Tomorrow“.

Welche notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg umzusetzen sind, diskutierten Hamburger VertreterInnen aus Politik, Sozialversicherung und medizinischer Versorgung gemeinsam mit dem Publikum. Das breite Podium war hochkarätig besetzt: Prof. Dr. Herbert Rebscher (Vorsitzender des Vorstands, DAK-Gesundheit), Dr. Matthias

Gruhl (Amtsleiter, Behörde für Gesundheit & Verbraucherschutz HH), Dr. Ingrid Künzler (Vorsitzende der Geschäftsführung, Deutsche Rentenversicherung-Nord), Dr. Dirk Heinrich (Vorsitzender der Vertreterversammlung, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg), Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery (Präsident der Ärztekammer Hamburg), Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Sprecher psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit) und Dr. Kalliopi Ntalakoura (Fachärztin für Herzchirurgie & für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie). Leider konnten Nebehat Güclü (1. Vorsitzende, Türkische Gemeinde Hamburg) und Bettina Nock (Vorstand, Psychotherapeutenkammer Hamburg) nicht wie geplant an der Diskussion teilnehmen.

In der Diskussion wurde deutlich, dass alle Akteure die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung für die Gesundheitsversorgung als ein relevantes Thema begreifen. Allerdings gab es große Unterschiede in der Beurteilung der notwendigen Maßnahmen. Sehr kontrovers wurden beispielsweise die Themen *Spezialeinrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund* und Dolmetscherkosten thematisiert. Der von einigen Behandlern als notwendig erachteten Spezialisierung der Versorgungslandschaft (zumindest für die psychosoziale Versorgung beispielsweise für nicht-deutschsprachige Therapieangebote) wurde seitens der Kostenträger und Behördenvertreter entgegeng gehalten, dass dies zu einer Ghettoisierung führen könne. Die Öffnung der Regelversorgung sollte stattdessen ausgebaut werden. Beim Thema Vergütung von Dolmetscherdienstleistungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung waren sich die Akteure einig, dass es hier einen Bedarf gibt. Bei der Umsetzung wurde eher die Krankenkasse als verantwortlicher Akteure gesehen, die wiederum auf die fehlende bundeseinheitliche Regelung verwies.

Insgesamt wurde bei der Tagung deutlich, dass sich die Hamburger Gesundheitsakteure auf den Weg gemacht haben, sich interkulturell zu öffnen. Die Bereitschaft der Akteure, sich auch über die Tagung hinaus gemeinsam mit dem Thema zu beschäftigen,

gibt Anlass zur Hoffnung, dass substantielle Verbesserungen für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg greifbar werden.

Auf der Tagungswebsite www.ikoe-gesundheit-hamburg.de sind die Vorträge aller ReferentInnen in PDF Form veröffentlicht. Ferner wurde die Tagung filmisch aufgezeichnet. Sämtliche Vorträge, die vollständige Diskussion wie auch eine filmische Zusammenfassung steht auf der Tagungswebsite zur Verfügung.

Nachbearbeitung - Hamburger Erklärung

Das UKE nimmt die Tagung zum Anlass, gemeinsam mit unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitssystem, mit Migrantenorganisationen und PatientInnen eine „Hamburger Erklärung zur Interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung“ zu erarbeiten.

Im ersten Schritt sind alle Interessierten herzlich eingeladen, hierzu inhaltliche Vorschläge einzubringen. Auf der Tagungswebsite (www.ikoe-gesundheit-hamburg.de) gibt es auf der Seite „Hamburger Erklärung“ die Möglichkeit, im Kommentarfeld persönlichen Ergänzungen oder Anmerkungen zu den bisherigen Eckpunkten der Erklärung mitteilen. Bis voraussichtlich Ende Oktober 2014 besteht diese Partizipationsmöglichkeit.

Im zweiten Schritt werden dann die gesammelten Anregungen den Verantwortlichen und Akteuren der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg vorgelegt, diskutiert und anschließend veröffentlicht.

Mike Mösko

*Leiter der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung am UKE, Veranstalter der Tagung
Landessprecher Hamburg der DGVT und des DGVT-Berufsverbands*

Verbändediskussion zur Weiterentwicklung von PEPP

Am 14. Juli trafen sich auf Einladung der Gewerkschaft Ver.di erstmals Verbändevertreter aus dem Aktionskreis „Weg mit PEPP“, v.a. psychiatrische Fachgesellschaften und Betroffenenverbände, mit weiteren Verbänden, um die neue Situation nach der gesetzlichen Verlängerung des Optionszeitraums zur „freiwilligen“ PEPP-Einführung um zwei Jahre zu beraten. Beteiligt war neben der DGVT auch die Bundespsychotherapeutenkammer. Die Bundestagspetition zur Verlängerung der Optionsphase vom Frühjahr war gescheitert, die damit verbundenen Ziele waren aber dennoch von der Politik umgesetzt worden. Nun sollte es darum gehen, die gewonnene Zeit zu nutzen, um eine inhaltliche Weiterentwicklung des Konzeptes für ein zukünftiges Vergütungssystem im Sinne der PatientInnen und der Versorgung zu nutzen. Positiv kann vermerkt werden, dass bereits im Koalitionsvertrag der Bundesregierung eine inhaltliche Überarbeitung des PEPP vorgesehen ist und dass auch die 87. Gesundheitsministerkonferenz im Juni (vgl. auch separaten Bericht in dieser Rosa Beilage) sich ausführlich mit dem pauschalisierten Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie (PEPP) und ausweislich des Protokolls in zahlreichen Punkten die grundlegende Kritik am PEPP-System in der bisherigen Fassung aufgreift.

Einleitend referierte Peter Kruckenberg, der beinahe schon legendäre Sozialpsychiater aus Bremen, der mit seinen Arbeiten und Initiativen in den 80er Jahren ganz wesentlich zur Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und damit zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von PatientInnen in psychiatrischen Kliniken beigetragen hat, über seine Erfahrungen mit Vergütungs- und Anreizsystemen und über aktuelle Überlegungen zu Alternativen zum PEPP.

Nach intensiven Diskussionen über die Perspektiven der weiteren Entwicklung und die Chancen, weitreichende Veränderungen in den Grundlagen des Psychiatrie Entgeltge-

setzes (PsychEntG), welches im Jahr 2012 die Konzeption und Einführung des PEPP festgelegt hat, einigte man sich darauf, möglichst bald mit der Politik ins Gespräch zu kommen und die Umsetzung der vorgesehenen Einsetzung eines Expertengremiums beim Bundesgesundheitsministerium zu verlangen, welche auch von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) gefordert wird und die Überarbeitung des PsychEntG/PEPP begleiten soll.

Die Diskussion wird auch im Kreis dieser Verbände fortgeführt werden, allerdings zeichneten sich schon eine ganze Reihe von konsensfähigen Punkten ab:

- Die Vorgaben der PsychPV müssen erst umgesetzt werden, bevor ein neues Finanzierungssystem dazu führen soll, die vorhandenen Finanzen neu zu verteilen. Und sie müssen auch dazu weiterentwickelt werden, um die zwischenzeitlichen Anforderungen, die sich in den letzten 25 Jahren ergeben haben (z.B. Psychotherapeutische Behandlungsansätze im gesamten Feld der Psychiatrie) adäquat umsetzen zu können.
- Das Finanzierungssystem soll Vernetzung und moderne Versorgungskonzepte fördern.
- Die Anforderungen der regionalen Pflichtversorgung und der Akutbehandlung müssen berücksichtigt werden.
- Personelle Standards müssen definiert und kontrollierbar werden.

Wichtig schließlich: Es soll angestrebt werden, von Seiten der Fachverbände (auch der PsychiaterInnen und der PsychotherapeutInnen), gemeinsam mit Betroffenenverbänden und Gewerkschaften „an einem Strang zu ziehen“.

Heiner Vogel

Beschlüsse der 87. GMK (26./27.6.2014) zum Stichwort PEPP

„TOP: 10.4 Eckpunkte zur Änderung des Psychiatrieentgeltgesetzes

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) beschließt einstimmig:

Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder nehmen die auf der 100. Sitzung der AG Psychiatrie beschlossenen unten stehenden Eckpunkte zur Änderung des Psychiatrieentgeltgesetzes (PsychEntgG) zur Kenntnis und beschließen, diese dem Bundesminister für Gesundheit zuzuleiten verbunden mit der Bitte, die Eckpunkte in der Erarbeitung eines neuen Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik zu berücksichtigen und die Länder in die Abarbeitung einzubeziehen.

Die fachliche Relevanz des PsychEntgG ist bedeutsam, da mit einem entsprechend ausgestalteten Gesetz unter Berücksichtigung der von den Ländern, Verbänden und Fachgesellschaften geforderten Änderungen eine transparente und unter Beachtung struktureller Qualitätsmerkmale leistungsgerechte Versorgung erfolgen könnte.

Insofern begrüßen die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder die Festbeschreibung im Koalitionsvertrag der CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode, dass die jetzige Bundesregierung die Haltung vertritt, dass ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik schwerst psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten nicht benachteiligen dürfe und unter Berücksichtigung sektorübergreifender Behandlungsformen systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen sind.

Die Eckpunkte zur grundlegenden Überarbeitung des PsychEntgG:

1. Zur Erreichung der im Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode festgeschriebenen Zielsetzung, dass ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik schwerst psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten nicht benachteiligen darf und systematische Veränderungen dieses Systems sektorübergreifende Behandlungsformen zu berücksichtigen haben, bittet die GMK das Bundesministerium für Gesundheit eine unabhängige Expertenkommission einzurichten. Diese Kommission sollte dem Bundesgesundheitsministerium, der Selbstverwaltung und dem InEK bei einer grundlegenden Überarbeitung des PsychEntgG in Umsetzung des KHRG beratend zur Seite stehen und Empfehlungen erarbeiten.
2. Der bestehende PEPP-Entgeltkatalog sollte dabei einer umfassenden Prüfung und Anpassung unterzogen werden. Richtschnur wäre die Erarbeitung bedarfsgerechter tagesbezogener Entgelte, die sich

insbesondere an Behandlungsbedarfen chronisch psychisch kranker Patientinnen und Patienten im Sinne der Pflichtversorgung zu orientieren haben. Die mit der Trennung in Kategorien der Versorgung „psychiatrischer“ und „psychosomatischer“ Patientinnen und Patienten einhergehenden Fehlanreize sind zu beheben.

3. Die beratende unabhängige Expertenkommission sollte sich auch zur PsychPV äußern und Vorschläge zur Umgestaltung auf Basis des dann überarbeiteten Entgeltkataloges unterbreiten.
4. Vor dem Hintergrund der mit einer grundlegenden Überarbeitung des PsychEntgG und der PsychPV in Umsetzung des KHRG verbundenen Aufgabenstellungen ist eine weitergehende Verlängerung der Options- und budgetneutralen Phasen um wenigstens zwei Jahre unerlässlich.
5. Zu der nach § 64b SGB V geforderten Durchführung von Modellprogrammen muss es klarstellende Formulierungen im Gesetz zu den Durchführungsvorgaben geben, insbesondere zu Fragen der Beteiligung der Krankenkassen, der Verpflichtung zur regionalen Versorgung und zur Durchführung eines Bundesmodellprogramms zur Evaluation von Modellprojekten nach § 64b SGB V einschließlich der Finanzierung durch die Bundesregierung.
6. Dabei ist es erforderlich, dass in den Auftrag zur Neugestaltung des Vergütungssystems ausdrücklich ein Systemvergleich zwischen der Regelversorgung und den in Modellvorhaben realisierten sektorübergreifenden Ansätzen aufgenommen wird. Dazu muss der Entwicklungsauftrag um die Vorgabe erweitert werden, Vergütungsformen zu entwickeln und zu erproben, die eine patientenzentrierte, bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen. Hierbei sind sowohl die deutschen als auch die internationalen Erfahrungen mit alternativen Finanzierungsformen, wie etwa patientenbezogenen Jahresbudgets oder Regionalbudgets, einzubeziehen.“

Neues von unseren Mailinglisten

Umgang mit Wartelisten

Der Umgang mit Wartelisten ist ein Thema, das für TherapeutInnen häufig schwierig ist. Auf der einen Seite steht das Bestreben alle bedürftigen PatientInnen best- und schnellstmöglich zu versorgen, auf der anderen Seite stehen begrenzte Ressourcen für die „Pflege“ der Warteliste und die Erfahrung, dass PatientInnen, die sich vor Monaten auf einer Warteliste haben eintragen lassen, inzwischen häufig anderweitig „untergekommen“ sind, wenn man ihnen einen Therapieplatz anbietet. Einerseits wünscht man den PatientInnen ja, dass sie einen Therapieplatz gefunden haben, andererseits macht eine Warteliste, die vielfach nur ehemalige Therapieinteressierte umfasst, wenig Sinn. So finden sich in der Praxis verschiedene Herangehensweisen, die außer dem Verzicht auf eine Warteliste und dem Führen einer Warteliste auch noch diverse Zwischenformen umfassen. In letzter Zeit wurde dieses Thema auch ausführlich auf unserer Mailingliste Niedergelassene diskutiert. Dieser Artikel soll eine Übersicht über die häufigsten Herangehensweisen unserer Mitglieder geben.

Verzicht auf Warteliste

Das Führen von Telefonaten mit Therapieinteressierten und das Pflegen einer Warteliste nehmen viel Zeit in Anspruch, die alternativ zur Versorgung von PatientInnen genutzt werden könnte. Aus diesen Gründen entscheiden sich einige PsychotherapeutInnen gegen das Führen von Wartelisten. Um Wartelisten gänzlich zu vermeiden, wird in der Regel ein Anrufbeantworter eingeschaltet, der darüber informiert, dass man entweder nur zurück ruft, wenn man einen Platz anzubieten hat oder dass man niemanden mehr aufnimmt und auch keine Warteliste führt.

Führen einer Warteliste

Andere TherapeutInnen entscheiden sich dagegen für das Führen einer Warteliste. Dabei bieten sich verschiedene Vorgehensweisen an. Zum einen ist zu entscheiden, ob man den potentiellen PatientInnen ein schnelles Erstgespräch anbieten will. Dieses kann dazu genutzt werden, um eine erste Verdachtsdiagnose zu stellen, das weitere Vorgehen zu besprechen und die Passung zwischen TherapeutIn und PatientIn zu prüfen, um zu vermeiden, dass der/die PatientIn neun Monate auf einen Therapieplatz wartet, wenn hinterher doch keine therapeutische Vertrauensbeziehung denkbar ist. Alternativ gibt es auch die Variante wöchentliche telefonische Sprechstunden anzubieten, um potentielle PatientInnen kurz zu beraten. Andere PsychotherapeutInnen verzichten hingegen auf ein vorgezogenes Kennlerngespräch. Des Weiteren ist zu klären, wie die Warteliste gepflegt werden soll. In der Regel ist es sehr aufwändig für den Therapeuten oder die Therapeutin regelmäßig die Warteliste abzu-telefonieren. In der Praxis hat es sich daher bewährt, dass interessierte PatientInnen in regelmäßigen Abständen anrufen und eine kurze Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen, um auf der Warteliste zu bleiben. Generell stellt dies eine gute Lösung dar, kann aber bei PatientInnen mit starken Depressionen oder sozialen Ängsten zu Problemen führen, da sie durch das wiederholte Anrufen überfordert werden können.

Mischformen

Neben dem strikten Ja oder Nein zur Warteliste gibt es auch noch eine Reihe an Mischformen. So ist es zum Beispiel möglich einen Teil der PatientInnen als eine Art Springer einzusetzen. Das heißt, den PatientInnen, für die noch kein fester Therapieplatz vorhanden ist, wird relativ spontan ihr nächster Termin mitgeteilt, wenn z.B. gerade eine Stunde durch Absage frei wird. Das hat nicht nur den Vorteil, dass diese PatientInnen we-

niger lange auf eine Therapie warten müssen, sondern hilft auch den TherapeutInnen Leerlauf durch Ausfallstunden oder sich im Urlaub befindende PatientInnen zu vermeiden.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass die Handhabung der Warteliste eine sehr persönliche Entscheidung ist, für die jeder Therapeut bzw. jede Therapeutin sein/ihr eigenes Maß finden muss.

Anna Millek

4-Wochen-Termin-Regel in der Diskussion

Liebe KollegInnen,

für näher Interessierte hier ein paar Gedanken zum Plan des Bundesministeriums für Gesundheit (BGM), ambulant fachärztlich „zeitnahe Behandlung“ zu erzwingen:

Ambulante Psychotherapie funktioniert anders als ambulante Medizin. Das sollte auch bezüglich der vom BMG geplanten 4-Wochen-Termin-Regel viel mehr in die Öffentlichkeit getragen werden.

Wie bei der ganzen Diskussion um die „zeitnahe Behandlung“ ansatzlos auch die Psychotherapie eingeschlossen wird, offenbart eine nicht durchdachte Logik der „psychischen Störung“ als „Krankheit“. Die denkt man scheinbar als eine Art schnell wuchernden Seelenkrebs, der möglichst schnell entfernt werden muss. Das passt natürlich wenig zu unseren psychotherapeutischen Mitteln, die besonders in der Verhaltenstherapie ja immer auch eine Ermunterung zum Selbstmanagement enthalten, das erst einmal erlernt sein will und zu dem man sich entschließen muss. Mehr Behandlungsangebote, die sich Zeit nehmen dürfen, wären ein Teil der nötigen Lösungen. Sicher auch Sprechstunden und schnellere Kriseninterventionen. Stattdessen droht uns aber von verschiedenen Seiten die Beschränkung auf atemloses Schnelltherapieren. Man erinnere sich nur an die Vorstellungen des Spitzen-

verbandes der Gesetzlichen Krankenkassen, mit Sollbruchstelle (6-wöchige Wartezeit nach 15 Sitzungen).

Was würde passieren, wenn für uns auch die 4-Wochen-Regel „zeitnahe Behandlung“ gälte? Selbst bei einem superschnellen Erstgespräch könnte zeitnah ohnehin keine (regulär' honorierte) Psychotherapie folgen. Echte Krisenintervention oder Akutbehandlung wird von den Kassen nicht ermöglicht, denn auch ein berichtsbefreiter Kurzzeittherapie-Antrag braucht mindestens vier Wochen nach dem Erstgespräch, wegen dem Arztkonsil und dem Verwaltungsakt der Bewilligung durch die Krankenkasse.

Eigentlich verbietet die Faktenlage zur Psychotherapie-Kostenerstattung logisch jegliche Termin-Geißel für unsereins. Oder sollen wir etwa künftig jedem Patienten, den wir in vier Wochen nicht anbehandeln können, sofort eine Bescheinigung für die Kostenerstattung ausstellen? Oder soll etwa umgekehrt die Kostenerstattung zugunsten der stationären Psychiatrien und Psychosomatiken abgeschafft werden?

Lesen Sie weiter...

- Dürftige Datenlage zur Kostenerstattung Psychotherapie: In welchem Umfang Patienten für eine Psychotherapie in Vorleistung gehen, wird nicht mehr statistisch erfasst. Die Grünen werfen der Regierung Desinteresse vor.
http://www.aerztezeitung.de/nl/?sid=865632&rub=neuro-psychiatriische_krankheiten&n=3610

Und wer Herrn Heckens neueste Argumente liest, fragt sich weiter, wie man auf der einen Seite Erst-Termine innerhalb von vier Wochen durch stationäre Psychiatrien und Psychosomatiken sichern will und auf der anderen Seite Psychiatrische Institutsambulanzen als "Ausdruck einer Unterversorgung im ambulanten Bereich" vermuten kann. "Der gesetzliche Auftrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen ist aber nicht, Regelver-

sorgung zu betreiben", sagte Hecken kürzlich.

Lesen Sie weiter...

- Institutsambulanzen: GBA will in die Black Box schauen. Kehrtwende beim Gemeinsamen Bundesausschuss: Dass die Institutsambulanzen pauschal in die Bedarfsplanung einbezogen werden sollen, ist eigentlich beschlossen. Jetzt will das Gremium doch genauer hinschauen. http://www.aerztezeitung.de/nl/?sid=865630&rub=neuro-psychiatrische_krankheiten&n=3610

Kollegiale Grüße

Jürgen Friedrich

Weitere Infos

Fehltage aufgrund psychischer Erkrankung sinken zum ersten Mal seit Jahren leicht

(am) Laut dem Gesundheitsreport 2014 der Techniker Krankenkassen wurden in 2013 zum ersten Mal seit Jahren weniger Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben als im Jahr davor. Ob sich dies in einem langanhaltenden Trend fortsetzen wird oder nur vorübergehend ist, werden die Ergebnisse der kommenden Jahre zeigen. Seit 2006 waren die Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen jährlich um bis zu 8 % gestiegen, insgesamt um 76 %. Unter den psychischen Erkrankungen waren „Depressive Episoden“, „Belastungsreaktionen“, „Rezidivierende depressive Störungen“, „Andere neurotische Störungen“, „Somatoforme Störungen“ und „Andere Angststörungen“ die häufigsten Diagnosen, die zur Krankschreibung führten.

Interessant wäre es, wenn Hypothesen über die Gründe für diese Trendumkehr entwickelt und evtl. sogar geprüft werden. Dazu könnte es zielführend sein, regionale Unterschiede zu untersuchen und evtl. auch Zusammenhänge mit regionalen Faktoren (bspw. dem Grad der regionalen Unterversorgung oder dem regionalen Vorhandensein von IV-Verträgen zur verbesserten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen). Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob sich derselbe Trend (bzw. dieselbe Trendumkehr) auch bei den Versicherten anderer Krankenkassen zeigt, da das Versichertenklientel der TK vom Bundesdurchschnitt der Bevölkerung leicht abweicht (z. B. hinsichtlich Bildungsgrad und anderen soziodemografischen Variablen).

Quelle:

<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/644772/Datei/124007/Gesundheitsreport-2014.pdf>

Fallmanagement der Krankenkassen übt Druck auf psychisch Kranke aus

(am) Nach wie vor bestehen lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz für psychisch kranke Menschen. Viele von ihnen erhalten laut dem „Faktencheck Gesundheit – Depression“ der Bertelsmann Stiftung (siehe auch Bericht in der Rosa Beilage 2/2014) sogar keine Behandlung (18% der PatientInnen mit schweren Depressionen und 31% der PatientInnen mit chronischen Depression).

Statt jedoch die Versorgung zu verbessern, setzen viele Krankenkassen ihre Mitglieder unter Druck, wenn diese „zu lange“ arbeitsunfähig sind. Dies wurde auch im Jahresbericht 2014 der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) deutlich, der knapp 84.000 Beratungsgespräche auswerten, die zwischen dem 1. April 2013 und dem 31. März 2014 anonym aufgezeichnet wurden. Gerade das Thema Krankengeld sei für viele Ratsuchende besonders angstbehaftet. So heißt es im Bericht der UPD:

„Viele Ratsuchende, die Krankengeld beziehen, würden mit regelmäßigen Anrufen der Krankenkassen konfrontiert. In der Regel hätten, so die Berater, die Kassen hierzu externe Firmen beauftragt, die angeben, den Patienten helfen und sie beraten und unterstützen zu wollen. Viele Ratsuchende berichten aber, dass sehr intime Fragen zur familiären Situation, zu den eigenen Zukunftsperspektiven sowie zur Therapie gestellt würden, wodurch sie sich kontrolliert und belästigt fühlten. Sie berichten von Äußerungen wie: „Gestern habe ich Sie um 15 Uhr angerufen, Sie waren ja gar nicht da!“ oder „Ach, im Hintergrund spielt das Radio – dann geht es Ihnen ja gar nicht so schlecht...“ Andere Ratsuchende fühlten sich durch die Äußerungen und Forderungen der Krankengeld-Fallmanager massiv unter Druck gesetzt: „Jetzt stellen Sie sich doch nicht so an!“;

„Gehen Sie wieder arbeiten!“ oder „Wechseln Sie doch den Arbeitgeber!“. Die Patienten wüssten zudem oft nicht, mit wem sie es eigentlich zu tun haben: „Wer ist das? Ein Gutachter? Ist es wichtig, was ich sage? Wird das weitergegeben? Hat es Auswirkungen? Wird es gespeichert?“ Einige Ratsuchende berichten, dass sie sich infolge der Anrufe durch die Kassen nicht mehr traute, überhaupt noch ans Telefon zu gehen.“

Als Reaktion auf den Bericht kritisierte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die aktuelle Situation: „Psychisch kranke Menschen brauchen zeitnah eine ausreichende Versorgung. Das zu finanzieren, ist die Aufgabe der Krankenkassen ... Stattdessen wenden sich viele Patienten nach derartigen ‚Beratungen‘ durch ihre Kasse mit Ängsten um ihren Lebensunterhalt an die UPD.“

Schwierig sei des Weiteren, dass durch die vielen verschiedenen Formulare und Regelungen auch viele behandelnde Ärzte überfordert sind. Richter fordert: „Die Anträge und Begründungen für Krankengeld müssen dringend vereinfacht werden“.

Bereits jetzt sind Probleme mit dem Krankengeld eines der häufigsten Beratungsthemen der UPD, Tendenz steigend. Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass die Krankenkassen umlenken und auf eine gute Versorgung ihrer PatientInnen statt auf Druck setzen.

Links:

- *Monitor Patientenberatung 2014, Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)*
http://www.patienentberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/2014_UPD_Monitor-Patientenberatung.pdf
- *Faktencheck Gesundheit, Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen, Bertelsmann Stiftung*
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-B629B182-E962A648/bst/xcms_bst_dms_39547_39548_2.pdf

Stationäre Versorgung psychisch Kranker nimmt weiter zu

(am) Im Juli wurde der aktuelle BARMER-GEK-Report Krankenhaus veröffentlicht, der die Daten von 8,6 Millionen Versicherten der BARMER GEK auswertet. Unter anderem wurden auch Häufigkeit und Länge von Krankenhausaufenthalten analysiert. Seit 2005 werden jährlich sechs Diagnosegruppen (Psychische und Verhaltensstörungen; Krankheiten des Kreislaufsystems; Neubildungen; Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes; Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen; Krankheiten des Verdauungssystems) untersucht. Auffällig war hierbei, dass „Psychische und Verhaltensstörungen“ die einzige Kategorie war, in der es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Behandlungstage der Krankenhausaufenthalte kam (36,2% in den letzten 8 Jahren). In allen anderen fünf Diagnosegruppen konnte ein Rückgang zwischen 4,0% und 17,5% verzeichnet werden. In der Gruppe der psychischen Erkrankungen besteht darüber hinaus ein großer Unterschied zwischen den Geschlechtern. Für Frauen ergaben sich 355,0 Behandlungstage bezogen auf 1.000 Versichertenjahre, für Männer hingegen nur 310,6 Behandlungstage.

Interessant sind diese Zahlen gerade im Hinblick auf die Ergebnisse der aktuellen ZEIT-Umfrage zur Wartezeit auf einen Therapieplatz. An der Umfrage nahmen über 3.000 Leser teil. Von ihnen warteten 34% sechs Monate und länger, 51% bis zu drei Monate und nur 27% bis zu einem Monat. Bereits 2011 war die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) mit ihrer Umfrage bei PsychotherapeutInnen zu ähnlichen Ergebnissen gekommen. Dies bestätigt erneut, dass die Bedarfsplanungsreform 2013 das Wartezeitenproblem erwartungsgemäß nicht lösen konnte und wirft die Frage auf, wie die von der Bundesregierung angestrebte 4-Wochen-Frist für ein Erstgespräch bei Fachärzten und Psychotherapeuten umgesetzt werden soll.

Interessant wären Auswertungen darüber, ob es Zusammenhänge gibt, zwischen einer regionalen Erhöhung der KV-Zulassungen und der Entwicklung der stationären Behandlungszeiten bei psychischen Erkrankungen.

Quellen:

- *BAMER GEK Report 2014*
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/140722-Report-Krankenhaus/PDF-Report-Krankenhaus-2014,property=Data.pdf>
- *ZEIT-Artikel: Die Seele muss warten, 02.07.2014*
<http://www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit>

Elektronische Gesundheitskarte verzögert sich weiter

(kb) Der Start der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verzögert sich nach Angaben der Projektgesellschaft Gematik ein weiteres Mal. Nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuchs (SGB) V sollte die elektronische Gesundheitskarte im Jahre 2006 starten, nun wird es wohl 2016 werden. Das bedeutet, dass die bereits von Krankenkassen ausgegebene eGKs nicht mehr sind als ein Ersatz für die bisherigen Krankenversichertenkarten.

Ein "500er-Kartentest" soll im 2. Quartal 2015 in den Testregionen Südost und Nordwest beginnen; geplant war er ursprünglich für das vierte Quartal 2014. Der Start des Auslesens und der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten (VSDM) verschiebt sich danach um ein Jahr auf das Jahr 2016.

Mammographie-Screening-Programm weiter in der kritischen Diskussion

In der VPP 1/2005 hatten wir bereits darüber berichtet: Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit hatte schon vor geraumer Zeit die Kritik an den Grundlagen des deutschen nationalen Programms zur Brustkrebs-Früherkennung mittels Mammographie aufgegriffen und das Programm in Frage gestellt. Nach verschiedenen weiteren kritischen Stellungnahmen aus der Wissenschaft ist kürzlich ein Cochrane-Review (Götzsche & Görgensen, 2013) erschienen, in dem auf Basis einer Neubewertung vorhandener Studien die zu erwartenden Erfolge eines Mammographie-Programms deutlich skeptischer gesehen werden, als es bislang häufig dargestellt wird. Nunmehr hat Ende Juli auch das Deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin (DNebM), ein Verein, der der einseitigen ideologischen Parteinahme sicher unverdächtig ist, das Thema aufgegriffen. In einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Gröhe (CDU) vom 29.7.14 schreibt das DNebM:

„... Es zeichnet sich deutlich ab, dass eine Neubewertung der Beweislage zu Nutzen und Schaden des Mammographie-Screenings vor dem Hintergrund der heutigen Möglichkeiten und Erfolge in der Therapie von Patientinnen mit Mammakarzinomen unerlässlich ist. Diese Position wird in erstaunlicher Eintracht von politischen und standespolitischen Akteuren und wissenschaftlichen Meinungsbildnern geteilt. Im Sinne einer fairen Information der Bürgerinnen und Bürger in diesem Land, des Mandats, potentiellen Schaden für die Bevölkerung abzuwenden und nicht zuletzt, knappe Gesundheitsressourcen gerecht zuzuteilen, sehen wir es jetzt als dringend geboten, an Ihre Verantwortung zu appellieren. Bürgerinnen und Bürger in diesem Land haben das Recht, die Gründe für eine Weiterführung des Screeningprogramms in seiner jetzigen Ausgestaltung oder aber ggf. die Gründe für eine Modifikation oder Einstellung verständ-

lich und nachvollziehbar zu erfahren und über die zu erwartenden Vor- und Nachteile des Screenings informiert zu werden. ...“

Heiner Vogel

Literatur:

Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6.

Neufassung der „Deklaration von Helsinki“ veröffentlicht

(kb). Die Bundesärztekammer hat die revidierte Fassung der Deklaration von Helsinki in deutscher Übersetzung online gestellt. Im Herbst 2013 war dieses Dokument von der Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedet worden. In der 1964 erstmals veröffentlichten Deklaration werden die ethischen Prinzipien der medizinischen Forschung am Menschen definiert. In der überarbeiteten Fassung werden ein besserer Schutz und mehr Rechte für Studienteilnehmer gefordert, z.B. sollen alle medizinischen Studien am Menschen künftig registriert werden, nicht nur klinische Studien.

Arbeitgeber und Gewerkschaften fordern mehr Psychotherapieplätze

(kb) Auch Arbeitgeber und Gewerkschaften haben offenbar erkannt, dass es einen Mangel an psychotherapeutischer Versorgung gibt. „Bei der Behandlung von überlasteten, depressiven oder suchtkranken Arbeitnehmern gebe es „große Lücken“, beklagt die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) in einer Pressemitteilung vom 10.8.2014. „Durch fehlende oder zu späte Behandlung gehen uns viele Erwerbsfähige verloren, die als Fachkräfte gebraucht werden“. Viele Betroffene seien auf sich allein gestellt, wenn sie Hilfe suchten,

so der Arbeitgeberverband. „Es ist nicht hinnehmbar, dass Betroffene auf der Suche nach einer Therapie dauernd auf irgendwelche Anrufbeantworter sprechen.“ Zwar könnten die Arbeitsbedingungen Ursache für die Erkrankungen sein - doch vor allem müsse die Versorgung verbessert, müssten Psychotherapieplätze vermehrt werden.

Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde 2013 mehr als 66.000 Arbeitnehmern eine Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Erkrankungen gewährt, Tendenz steigend. Besonders dramatisch ist das geringe Durchschnittsalter der Betroffenen: Bei Beginn der Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Leiden sind die Arbeitnehmer im Schnitt erst rund 49 Jahre alt.

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Bayern:** Regionales Mitgliedertreffen in der Regel an jedem ersten Donnerstag eines Monats von 19.00 bis 20.30 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Nägelsbachstraße 49c, 91052 Erlangen. Nächster Termin: 4. September.
- **Hamburg:** "DGVT-Familientreffen" am 25. August, 19.00 bis 21.00 Uhr (mit anschließendem geselligen Ausklang) im DGVT-Ausbildungszentrum, Seewartenstraße 10 in Haus 4, Raum Tübingen. Ein weiteres Treffen in 2014 ist geplant am 24. November.

„Gemeinsam sind wir stärker – Bundesgeschäftsstelle meets Hamburg!“ am 19. September, 15.00 bis 17.00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Seewartenstraße 10, Raum Tübingen. Vortrag von Heiner Vogel und Kerstin Burgdorf mit anschließender Diskussion.
- **Niedersachsen:** Regionales Mitgliedertreffen am 22. November, ab ca. 13.15 Uhr im Stephansstift, Kirchröder Straße 44, 30625 Hannover. Wir beginnen um 10.00 Uhr mit einem interaktiven Vortrag zur „Emotionsfokussierten Therapie der Depression“ v. Benno Lewe.
- **Schleswig-Holstein:** Landesgruppentreffen mit Veranstaltung zum Thema „Psychiatrie und Philosophie - wider den biomedizinischen Trend in der Psychiatrie“ mit Vorträgen von Dr. Kanzow, Dr. Kupke und Prof. Dr. Michels am 1. November im City Hotel Kiel.
- **Thüringen:** Landesgruppentreffen mit Diskussionsrunde zum Thema "Empfehlende Überweisung - Erstgespräche - Warteliste; Patientenaufnahme und -selektion in psychotherapeutischen Praxen" am 24. September, 17.00 Uhr in der Praxisgemeinschaft für Psychotherapie Dilger/Fischer/Hallensleben/Eberhardt, Schillerstr. 41, 99096 Erfurt

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

Berufsrecht und Praxisorganisation - Termine

„Approbation - was nun?“

Diese Informationsveranstaltung richtet sich an PsychotherapeutInnen in der Ausbildung und an frisch approbierte KollegInnen. Wir erläutern Ihnen die aktuelle Situation und die beruflichen Perspektiven für PsychotherapeutInnen im ambulanten und stationären Bereich.

Referentin: Gisela Borgmann-Schäfer, Psychologische Psychotherapeutin.

Termin: 6. Dezember 2014 in Wiesbaden.

Update Berufsrecht

Seminarreihe über neue berufsrechtliche Entwicklungen mit wechselnden Themen.

Referentin: Mechthild Greive, Psychologische Psychotherapeutin und Juristin.

Nächster Termin: 22. November 2014 in Dortmund

Kostenerstattung

Das Seminar ist vor allem für Mitglieder gedacht, die sich demnächst als „Kostenerstatter“ niederlassen möchten oder gerade erst in diesem Bereich tätig geworden sind. Die TeilnehmerInnen sollen über den Weg in die Kostenerstattung informiert werden und Antworten auf häufige, praxisrelevante Fragen erhalten.

Referentin: Kirsten Deppenkemper, Psychologische Psychotherapeutin.

Nächste Termine: 18. Oktober 2014 in Stuttgart, 9. Mai 2015 in München, 17. Oktober 2015 Ort noch offen.

Seminar zur wirtschaftlichen Praxisführung

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

Nächste Termine: 24./25. Oktober 2014 in München, 10./11. April 2015 in Hannover

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

EBM-Info-Paket

Mitglieder des DGVT-Berufsverbands können ab sofort wieder ein aktualisiertes EBM-Paket mit Hinweisen zur Honorarabrechnung nach EBM bestellen:

info@dgvt-bv.de

Aufruf zum Aktionstag 25.9.2014 Berlin – Für gerechte Honorare

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen ist seit 2009 nur geringfügig gestiegen, eine professionelle Praxisführung damit immer weniger finanzierbar. Der wieder ausgebliebene Beschluss des Bewertungsausschusses zeigt: Wenn es um gerechte Vergütung geht, werden wir PsychotherapeutInnen immer wieder mit Versprechungen hingehalten und unfair benachteiligt.

Es reicht – wir müssen den zähen Verhandlungen in den Gremien weitere Maßnahmen folgen lassen. Ziel unserer Protestaktion ist es, das BMG und die Politik auf unsere ungerechte Honorarsituation und die anhaltende Benachteiligung der PsychotherapeutInnen durch die KBV und die gemeinsame Selbstverwaltung aufmerksam zu machen.

Aus diesem Grund ruft der DGVT-Berufsverband gemeinsam mit den anderen Psychotherapeutenverbänden in Deutschland zum Aktionstag am 25.9.2014 in Berlin auf.

Bitte machen Sie mit, lassen Sie sich diese Ungerechtigkeit nicht länger gefallen!

Sprechen Sie Ihre KollegInnen darauf an, machen wir eine Gemeinschaftsaktion aller PsychotherapeutInnen daraus!

Um einen Überblick über die Anzahl der Teilnehmer zu erhalten, bitten wir Sie, sich bis zum **1. September** zur Teilnahme anzumelden. Es ist eine Homepage eingerichtet (www.aktionstag-psychotherapie.de), auf der Sie das Anmeldeformular und weitere Informationen finden.

Folgender Ablauf ist geplant:

- 12.00 – 12.30 Uhr

Treffen am Potsdamer Platz (Hauptplatz S-Bahnhof an der grünen Uhr)

- 12.50 Uhr

Auftakt & Begrüßung

- 13.00 Uhr

Start des Demonstrationzugs

- 16.00 Uhr

Abschlusskundgebung vor dem BMG

Busfahrten nach Berlin werden teilweise regional organisiert. Bitte wenden Sie sich an die DGVT-BV-Bundesgeschäftsstelle bei Fragen (info@dgvt-bv.de).

Wir, der DGVT-Berufsverband, sind beim Aktionstag dabei – seien Sie auch dabei!

Mit kollegialen Grüßen

Vorstand DGVT-Berufsverband

sowie Jürgen Friedrich (Rostock) und Alexandra Rohe (Berlin) als VertreterInnen unseres Verbands in der Initiativgruppe zum Aktionstag