

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 1/2014
17. Februar 2014

Aus dem Inhalt

- **Neuropsychologie als Weiterbildung – Sinn oder Unsinn?**
- **PEPP oder TEPP oder doch noch die alte PsychPV? Das neue Entgeltsystem für Psychiatrische Kliniken wird kontrovers diskutiert**
- **Die Entwicklung eines Berufsbilds der PsychotherapeutInnen**
- **Befugniserweiterung für PsychotherapeutInnen?**


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

- **Neuropsychologie als Weiterbildung – Sinn oder Unsinn?** 7
- **Aktuelles rund um das Thema Leitlinien** 9
- **Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)
Im Zweifel gegen den Patienten?** 11
- **Arbeitsschutzgesetz: DGVT schließt sich Forderung nach
Anti-Stress-Politik für bessere Arbeitsbedingungen an** 12
- **DAK-Fachtagung: Zurück an den Arbeitsplatz – Berufliche Wiederein-
gliederung von Arbeitnehmern nach längerer psychischer Erkrankung** 13
- **Psychotherapeutische Versorgung:**
 - **Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes** 14
 - **Stellungnahme von DGVT/DGVT-BV zu den GKV-Vorschlägen:
Rational statt rationiert** 16
 - **Ein Thema im Koalitionsvertrag** 17
 - **Wie die ambulante Versorgung besser strukturiert werden könnte** 18

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg	21
Bayern	21
Berlin	23
Hamburg	25
Mecklenburg-Vorpommern	26
Nordrhein-Westfalen	26
Rheinland-Pfalz	28
Schleswig-Holstein	28

Aus Europa

- **Wenige Änderungen für die Heilberufe
EU verabschiedet Berufsanerkennungsrichtlinie** 31
- **Änderung der Ausbildungs- und
Prüfungsverordnungen für Psychotherapeuten und andere Heilberufe** 32
- **Luxemburg soll ein Psychotherapeutengesetz bekommen** 33

Berufspolitische Informationen für Angestellte

- **TVöD: Neue Eingruppierungstarife werden verhandelt!** 35
- **Erste Ergebnisse der Angestelltenbefragung der
Bundespsychotherapeutenkammer** 35

- **PEPP oder TEPP oder doch noch die alte PsychPV? Das neue Entgeltsystem für Psychiatrische Kliniken wird kontrovers diskutiert** 37

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Bedarfsplanungs-Richtlinie an neue gesetzliche Regelungen angepasst
Ärztliche Sitze auch für PP!** 40
- **Einfluss der Honorarverteilungsänderung auf die psychotherapeutische Grundversorgung am Beispiel Schleswig-Holstein**..... 41
- **Neuer KBV-Honorarbericht**..... 42
- **ZI startet Mitte Februar bundesweite Befragung zu Berufshaftpflichtversicherungen und Praxis-Software**..... 43

Alles was Recht ist . . .

- **Bundesregierung plant Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung** 44
- **G-BA bewertet Systemische Therapie bei Erwachsenen** 45
- **BGH-Urteil: Kinder müssen trotz Kontaktabbruchs Heimkosten für Eltern zahlen**..... 45

Aus den Kammern

- **Die Entwicklung eines Berufsbilds der PsychotherapeutInnen** 47
- **Befugnisserweiterung für PsychotherapeutInnen?** 48
 - **Stellungnahme zur Erweiterung sozialrechtlicher Befugnisse für Psychotherapeuten**..... 49
 - **Befugnisserweiterungen für PP und KJP – Eine Pro-Position** 51
 - **Verordnung von Medikamenten durch PP und KJP?**..... 52

Weitere Infos

- **Präventionsbericht 2013 - Mehr Geld für Lebensweltprojekte**..... 54
- **Broschüre KIGGS Welle 1 erschienen
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland** 54

Letzte Meldung

- **„Pille danach“ zukünftig rezeptfrei?
DGVF-Fachgruppe Frauen plädiert für Freigabe** 55
- **Frauen werden von Politik und Frauenarztverband bevormundet
Stellungnahme vom Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit** 55

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der neue Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist seit dem 17. Dezember 2013 im Amt und alle Akteure im Gesundheitswesen warteten gespannt, welche Themen der Minister als erste anpacken würde. In der Zwischenzeit wissen wir, dass es die Reform der Pflegeversicherung und eine Verschärfung bzw. Klarstellung der strafrechtlichen Vorschriften im Zusammenhang mit Beihilfe zum Suizid sind.

In der Plenarsitzung des Deutschen Bundestags wurde am 30.1.2014 über die *Grundausrichtung im Bereich Gesundheit für die aktuelle Wahlperiode* debattiert. Gröhe ging in seinem Beitrag neben den beiden o. g. Themen auf folgende Aspekte ein:

- den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung,
- das neu zu schaffende Qualitätsinstitut,
- Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Einbeziehung von Ergebnissen der Patientenbefragung in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser,
- das geplante Präventionsgesetz,
- die Wartezeiten und die Schaffung der Terminservicestellen,
- die Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung.

Während für die Reform der GKV-Finanzierung bzw. der Krankenkassenbeiträge bereits das Zeitfenster (Januar 2015) benannt wird, werden für die anderen Themen keine Zeitangaben vorgenommen. Das gesamte Wortprotokoll kann unter folgendem Link eingesehen werden:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/18/18011.pdf>

Am 15. Januar 2014 konstituierte sich der neu zusammengesetzte *Bundestagsausschuss für Gesundheit*. Von den 37 Abgeordneten sind 20 Mitglieder Neulinge, die anderen waren bereits im vorherigen Ausschuss vertreten. Leider bestimmt nicht immer die Sachkunde, wer ein Ausschussmandat bekommt, sondern oft geht es nach parteiinterner Herkunft, Geschlecht, regionalem Proporz etc. Immerhin ist im BMG die par-

lamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz von der Vorgängerregierung weiterhin im Amt.

Die *Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Psychotherapeutenausbildung* wurde im Koalitionsvertrag der neuen Regierung als Aufgabe für diese Legislaturperiode festgehalten. Das Thema bleibt also weiter auf der Agenda. In dieser Rosa Beilage berichtet Andrea Benecke über den Prozess der *Entwicklung eines Berufsbilds für die PsychotherapeutInnen*, der von den Psychotherapeutenkammern vorangetrieben wird und als Grundlage gilt, um die zukünftige Ausbildungskonzeption darauf zu beziehen.

Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die *„Befugnisserweiterung“ für PsychotherapeutInnen*; sie beschäftigt die Profession seit vielen Jahren. Die angestrebte Reform des Psychotherapeuten-Gesetzes hat die Diskussion um die Gleichstellung der Psychologischen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (PP und KJP) mit den Fachärzten und damit um deren Befugnisse neu entfacht. PP und KJP dürfen nicht an andere Fachärzte überweisen, PatientInnen nicht in Kliniken einweisen, keine Medikamente verschreiben, keine Heilmittel wie Ergotherapie und Logopädie verordnen und nicht krankschreiben. Warum nicht? Verfügen Sie in diesen Bereichen nicht über die gleichen Kompetenzen wie Ärzte? In drei Beiträgen beleuchten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

In den veröffentlichten Gesundheitsberichten der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger liest man seit Mitte der 90er Jahre immer wieder von zunehmenden Fallzahlen bei psychischen Erkrankungen, die enorme Folgekosten mit sich bringen durch Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausbehandlungen und Frühberentungen. Sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sowie die psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände sind sich einig, dass es eine Reform der Psychotherapeutischen Versorgung geben muss, nur über den Weg sind Verbesserungen zu erwarten. Der *GKV-Spitzenverband* hatte Ende 2013 für seine *Vorstellungen ei-*

ner Reform geworben, in der es u. a. um eine Deckelung der Psychotherapiestunden auf insgesamt 50 Zeitstunden und einer Interimszeit von sechs Wochen nach einer ersten Kurzzeittherapie geht. DGVT und DGVT-Berufsverband stehen den neuesten Strukturvorschlägen der Kassen für ambulante Psychotherapie kritisch gegenüber und sehen statt einer Verbesserung eine weitere Rationierung der Versorgung von psychisch Kranken.

Wie die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz Eingang in das *Arbeitsschutzgesetz* gefunden haben und wie die berufliche *Wiedereingliederung von Arbeitnehmern nach längerer psychischer Erkrankung* aussehen kann, wird in zwei Artikeln dargestellt.

Die Aufnahme der *Neuropsychologischen Therapie* in den Leistungskatalog der Krankenkassen war ein wichtiger Schritt. Strittig ist allerdings die Frage, ob man eine Weiterbildungsregelung zur Neuropsychologischen Therapie braucht.

Weitere Themen unter der Rubrik *„Gesundheits- und Berufspolitisches“* sind *Behandlungsleitlinien* und insbesondere die Kooperation zwischen den Fachverbänden und der Bundespsychotherapeutenkammer und der *Arbeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen* - vor allen Dingen im Hinblick auf die Neutralität seiner GutachterInnen.

Unsere niedergelassenen KollegInnen möchten wir wieder besonders auf die Rubrik *„Berufspolitische Informationen für Niedergelassene“* hinweisen. Für unsere angestellten KollegInnen dürften die Artikel zum TVöD, den Ergebnissen der Angestelltenbefragung durch die BPtK sowie zum neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP) von Interesse sein.

Ergänzt wird die Rosa Beilage durch die Rubriken *„Alles was Recht ist ...“* und die neuesten Entwicklungen zu einem Psychotherapeutengesetz in Luxemburg in der Rubrik *„Aus Europa“*, zahlreiche Berichte aus den Ländern von unseren KollegInnen vor Ort sowie weitere aktuelle Informationen und Hinweise.

Kurz vor Redaktionsschluss reichten die Oppositionsparteien Anträge zur *Freigabe der „Pille danach“* in den Bundestag ein. Die Anträge wurden erst einmal in den Gesundheitsausschuss überwiesen. Die Opposition kann dabei auf die Unterstützung der SPD hoffen, während der Bundesgesundheitsminister und seine ParteikollegInnen die „Pille danach“ ablehnen. Die DGVT-Fachgruppe *„Frauen in der psychosozialen Versorgung“* hat sich für die Freigabe ausgesprochen.

Wir würden uns freuen, Sie zahlreich in Berlin beim DGVT-Kongress und bei den Mitgliederversammlungen zu treffen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

Waltraud Deubert

Heiner Vogel

Kerstin Burgdorf

Gesundheits- und Berufspolitisches

Neuropsychologie als Weiterbildung – Sinn oder Unsinn?

Bald nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 entbrannte in der Profession eine Diskussion um mögliche Weiterbildungsregelungen. Weiterbildungsregelungen können von den Kammern zu Zwecken der Qualitätssicherung geschaffen werden und sind dann zulässig, wenn sie für eine adäquate Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Bei den Ärzten wird über die Weiterbildung - nach Erwerb der Approbation - zunächst die Qualifikation zur Fachkunde geregelt. Es gibt dort auch Weiterbildung auf niedrigerem Niveau, wenn es beispielsweise darum geht, nach der Fachkunde weitere Zusatzbezeichnungen zu erwerben.

Die Frage, inwieweit die Aus- und Weiterbildungssystematik der Mediziner auch auf PP/KJP angewendet werden soll, gestaltet sich alleine schon deshalb schwierig, weil in der Qualifizierung von PP/KJP der Erwerb von Approbation und Fachkunde gleichzeitig erfolgt. Es ging hier (bisher) immer nur um die Frage, inwieweit es sinnvoll und erforderlich ist, Zusatzbezeichnungen innerhalb der Psychotherapie zu schaffen. Die wichtigsten Argumente pro und contra sind an dieser und anderer Stelle schon häufiger dargelegt worden. Verkürzt: Für die einen sind Weiterbildungsregelungen ein probates oder gar gebotenes Mittel, das Profil des Berufsstandes durch Spezialisierungen zu schärfen und weiter zu entwickeln, dadurch Einfluss auf sozialrechtliche Regelungen zu nehmen und letztlich den Status des Berufsstandes im Gesundheitswesen zu stärken. Für die anderen gefährden Weiterbildungsregelungen den Wert der gerade erst erkämpften Approbation, was eher als Schwächung des Berufsstandes angesehen wird, sie bergen zudem unkalkulierbare Risiken hinsichtlich zukünftiger sozialrechtlicher Bestimmungen und bauen fachlich

verzichtbare Hürden in der Weiterqualifizierung von PP/KJP.

In den letzten Jahren wurde aber nicht nur kontrovers diskutiert, sondern es wurden auch Fakten geschaffen. Das bezieht sich v.a. auf die Neuropsychologische Therapie, auf die wir uns im weiteren Text begrenzen wollen. Sie nimmt insofern eine Sonderstellung ein, weil die Psychotherapierichtlinie nur die Behandlung von Menschen aus dem Diagnosespektrum F1 – F9 vorsieht, während Menschen mit F0-Diagnosen hingegen zunächst nicht von PP/KJP zulasten der GKV behandelt werden konnten.

2004 machte die Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz den Anfang und verabschiedete eine Weiterbildungsordnung und u.a. eine Weiterbildungsregelung zur Neuropsychologischen Therapie. Es zogen dann die Bundespsychotherapeutenkammer mit einer Musterweiterbildungsordnung sowie die meisten anderen Landespsychotherapeutenkammern nach. Die, die das nicht taten, denen fehlte entweder die gesetzliche Möglichkeit, Weiterbildungsordnungen zu erlassen, oder der politische Wille war nicht da, da man sich eher skeptisch gegenüber dem Weiterbildungskonstrukt zeigte. Alle verabschiedeten Weiterbildungsregelungen zur Neuropsychologischen Therapie waren und sind nahezu inhaltsgleich.

Im November 2011 beschloss dann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), dass die neuropsychologische Therapie nunmehr zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden könne und legte den Kreis der Leistungserbringer auf PP/KJP fest, sofern diese über die Fachkunde verfügen und eine entsprechende Weiterbildung nachweisen können. Die Befürworter des Weiterbildungskonstruktes feierten dies als Erfolg, führten sie diesen G-BA-Beschluss doch auf die eigene Weiterbildungspolitik zurück. Kritiker hingegen sahen wenig Anlass für Feierlichkeiten. Unübersehbar war bereits zu diesem Zeitpunkt, dass sich keine PP/KJP für diese Weiterbildung

interessierten. Es stand also zu befürchten, dass der G-BA-Beschluss, der ja eigentlich die Versorgung der Bevölkerung mindestens sichern, möglichst verbessern sollte, durch die genaueren Bestimmungen genau diese Versorgung verhindert. Wo es keine Leistungserbringer gibt, kann auch keine Leistung erbracht werden.

An der fehlenden Nachfrage von PP/KJP nach dieser Weiterbildung hat sich auch nach der sozialrechtlichen Zulassung nicht grundsätzlich etwas geändert. Nach den Recherchen der Landespsychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (Stand 03/2013) gibt es in den Landeskammern, die bereits seit annähernd zehn Jahren über entsprechende Weiterbildungsregelungen verfügen, keinen einzigen PP/KJP, der außerhalb bestehender Übergangsregelungen eine Weiterbildung in Neuropsychologischer Therapie begonnen hat. Nach Übergangsregelungen gibt es bundesweit bisher demnach knapp 200 KollegInnen, die diese Zusatzbezeichnung führen dürfen. Unklar ist hingegen, inwieweit diese KollegInnen tatsächlich auch über die Abrechnungsgenehmigung verfügen und in welchem Umfang sie neuropsychologische Leistungen tatsächlich ambulant zulasten der GKV erbringen. Laut Zahlen der GNP (Gesellschaft für Neuropsychologie) sind pro Jahr 40.000 bis 60.000 Menschen ambulant mit neuropsychologischer Therapie zu versorgen. Hierzu würde es nach GNP-Angaben 600 bis 1000 Leistungserbringer brauchen, die ambulant ausschließlich und in Vollzeit neuropsychologische Therapie durchführen.

Es stellt sich also unweigerlich die Frage, wie der propagierte Bedarf angesichts der bescheidenen Anzahl der berechtigten Leistungserbringer nach Übergangsregelungen und der ansonsten gänzlich ausbleibenden Nachfrage von potenziellen Leistungserbringern gedeckt werden könnte. Um diese Frage beantworten zu können, muss man sich zunächst vor Augen führen, woran es wahrscheinlich liegen dürfte, wenn sich PP/KJP hierfür nicht interessieren. Folgen wir dem G-BA-Beschluss und begrenzen uns bei den Leistungserbringern auf PP/KJP mit Fach-

kunde, gibt es mindestens vier Sachverhalte, die hier betrachtet werden müssen:

- Sozialrechtlich besteht für niedergelassene PP/KJP keine Notwendigkeit, eine solche Zusatzqualifikation zu erwerben. Mit der Versorgung von Menschen aus dem Diagnosespektrum F1 bis F9 sind sie voll ausgelastet. Praxen sind sowieso überfüllt.
- Es gibt keinerlei wirtschaftlichen Anreiz für den Erwerb dieser Zusatzqualifikation. Ihr Erwerb kostet viel Zeit und Geld, die Stunde neuropsychologische Therapie bringt aber keinen Cent mehr ein, als die anderen Therapiesitzungen.
- Unter diesen Bedingungen darf man davon ausgehen, dass bestenfalls KollegInnen sich hierfür interessieren könnten, die Neuropsychologische Therapie quasi als ihr persönliches Steckenpferd auserkoren haben und die tatsächlich anstreben, möglicherweise über eine Sonderbedarfszulassung ausschließlich auf diesem Gebiet tätig sein zu können. Hier stellt sich jedoch die Frage, warum solche KollegInnen für die Chance, ihr Steckenpferd pflegen zu können, zunächst eine zweifellos sehr umfangreiche Ausbildung zur Approbation hin absolvieren sollten, die sie befähigt, alles andere zu behandeln, was gar nicht ihr Interesse trifft.
- Schließlich muss man ein Auge auf den Umfang der bestehenden Weiterbildungsregelungen werfen (400 Stunden Theorie, 2 Jahre Vollzeittätigkeit in einer entsprechenden Klinik, 100 Stunden Supervision und 5 Falldarstellungen), der den Anforderungen der vorausgegangenen kompletten Therapieausbildung in manchen Teilen sehr nahe kommt. Im Klartext bedeutet das, dass beispielsweise ein niedergelassener Kollege, der möglicherweise tatsächlich Interesse an dieser Zusatzqualifikation hat, für ihren Erwerb erst einmal wieder zwei Jahre in eine Klinik geht. Wer soll das tun, zumal er es für sein wirtschaftliches Dasein nicht benötigt?

Zumindest zum letzten Punkt hat kürzlich die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein einen neuen Weg eingeschlagen. Sie hat eine Weiterbildungsordnung in Neuropsychologischer Therapie verabschiedet, die im Umfang gegenüber der Musterweiterbildungsordnung und den anderen Ordnungen der Landeskammern deutlich reduziert ist. Es bleibt abzuwarten, ob so eine nennenswerte Anzahl von Leistungserbringern generiert werden kann.

Aus versorgungspolitischer Sicht scheint es aber dringend geboten, die bestehenden berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Regelungen zur Neuropsychologischen Therapie 10 Jahre nach ihrem Beginn einer ernsthaften Tauglichkeitsprüfung zu unterziehen.

*Rudi Merod, Wolfgang Schreck,
Heiner Vogel*

Aktuelles rund um das Thema Leitlinien¹

Was gibt's neues bei Thema „Leitlinien“? Hier hat sich einiges getan, so dass ich etwas mehr zu schreiben habe. Zunächst zu den verschiedenen Leitlinien, an denen ich beteiligt bin. Beginnen möchte ich mit dem Kinder- und Jugendlichenbereich (KJP Bereich), hier bin ich als Mitglied der Steuerungsgruppe an drei Leitlinien beteiligt.

Die Leitlinie „Nicht-suizidales Selbstverletzendes Verhalten“ ist von der Steuerungsgruppe abgeschlossen, hier fehlt nur noch eine „Konsensuskonferenz“ und das Absegnen durch die großen Verbände, damit sie veröffentlicht werden kann. Die damit verknüpfte Leitlinie „Suizidalität bei Kinder und Jugendlichen“ ist in der Steuerungsgruppe weitgehend abgeschlossen, es fehlt

noch ein (kleines) Kapitel, das aber innerhalb der Steuerungsgruppe bis Ende diesen Monats auch abgeschlossen werden soll, so dass auch hier nur noch die Konsentierung und die Absegnung durch die großen Verbände fehlt. Auch hier kann man davon ausgehen, dass dieses in den nächsten Monaten erfolgt und die Veröffentlichung im ersten Halbjahr dieses Jahres erfolgen wird.

Vielleicht noch eine kurze Anmerkung zum Verlauf dieser beiden Leitlinienerarbeitung: Zu Beginn war es schwierig, da in der ersten Version des Textes, von einer bestimmten Seite ausgehend, an vielen Stellen ausschließlich der Begriff „Kinderpsychiater“ stand. Es hat einiges an Arbeit und Diskussion gekostet, bis im jetzigen Entwurf „approbierte Psychotherapeuten/Psychiater“ steht. Das mag auf den ersten Blick nicht wirklich eine große Veränderung darstellen, zeigt aber, dass unsere Profession an dieser Stelle mit den Ärzten gleichgestellt werden. Dies ist (noch) nicht in allen Leitlinien der Fall!

Ferner wird eine neue Leitlinie „Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen“ vorbereitet. Hier sind wir in der Steuerungsgruppe noch ziemlich am Anfang, aber durch die gleichmäßige Verteilung der Arbeit auf alle Gremienmitglieder bin ich guten Mutes, dass wir in einer angemessenen Zeit zum Ende kommen können.

Die Leitlinie „Diagnostik der Autismus-Spektrum-Störungen“ stellt das Bindeglied zwischen dem KJP- und dem Erwachsenenbereich dar. Obwohl die Steuerungsgruppe das ursprüngliche Thema dieser Leitlinie (Autismus-Spektrum-Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) bereits reduziert hat und sich zum jetzigen Zeitpunkt „nur“ mit der Diagnostik beschäftigt, ist es ein enorm umfangreiches Gebiet, das es zu bewältigen gilt. Dennoch verläuft die Arbeit nicht grade reibungslos. Die notwendigen Teilbereiche werden langsamer erarbeitet, als dies sinnvoll wäre und auch abgesprochen worden ist. Hier zeigt sich ein grundlegendes Problem, auf das ich weiter unten (Bundespsychotherapeutenkammer - BPTK) eingehen werde.

¹ Weitere Informationen zur Beteiligung der DGVT an der Entwicklung von Leitlinien finden Sie im Vorstandsbericht zur Mitgliederversammlung, abgedruckt in der VPP 1/14, S. 201, bzw. auf der DGVT-Homepage unter <http://www.dgvt.de/aktuell/verein/fachpolitik/psychotherapie/behandlungsleitlinie/>.

Problematisch stellt sich zurzeit die Leitlinienarbeit in der LL „Schizophrenie“ dar. Hier ist der „Lobbyismus“ einer Gruppe ein großes, aber hoffentlich zu lösendes Problem. Entgegen der üblichen und von der AWMF vorgesehenen Stimmenverteilung hat die DGPPN versucht durchzusetzen, dass neben ihren regulären Mitgliedern, nun auch noch die DGPPN-Mitglieder in der Steuerungsgruppe als „sachverständige Mitglieder“ in der Konsensgruppe mit zusätzlichem Stimmrecht in die Konsensusgruppe eingebunden werden. Dies hätte die Stimmverhältnisse zugunsten der biologisch orientierten Psychiater verschoben. Eine solche Vorgehensweise hätte auch allen Kriterien der AWMF widersprochen. Sowohl der Bundespsychotherapeutenkammerpräsident als auch wir haben dieser Vorgehensweise schriftlich widersprochen, von anderen Verbänden ist mir nicht bekannt, ob auch diese Widerspruch eingelegt haben. Seither gab es keine weitere Sitzung dieser Kommission, die Arbeit ruht also. Als ein weiteres Problem kam hinzu, dass die Art der Diagnostik, wie sie in dieser Leitlinie von einigen Verbänden durchgesetzt werden sollte, nicht im Einklang mit den neuen Vorgaben der American Psychiatric Association (APA) steht, so dass dieser Teilbereich der deutschen Leitlinie nicht den internationalen Kriterien entsprechen würde. Während in den Vorgaben der APA eine somatische Diagnostik bei Schizophrenie verpflichtend vorgesehen ist, soll nach Einschätzung der hiesigen Experten in der deutschen Leitlinie wie bisher weiterhin auf eine phänomologische, symptom- und verlaufsorientierte Diagnostik gesetzt werden. Daraus folgt, dass eben dieser Teil wahrscheinlich komplett neu erarbeitet werden muss. Vermutlich aufgrund dieser beiden Probleme gab es seit einem halben Jahr kein Treffen dieser Leitlinienkommission mehr. Ich bin gespannt, wie es hier weiter gehen wird und ob diese „Machtpolitik“ sich durchsetzen kann, denn dann wäre diese Leitlinie alles andere als sinnvoll.

Im Dezember gab es ein Treffen, zu dem die Bundespsychotherapeutenkammer eingeladen hat. Auch hier war das Thema „Leitli-

nien“. Klar wurde in der Diskussion, dass es wichtig ist, unsere Profession an der Entwicklung von Leitlinien beteiligen zu müssen. Weiter wurde aber auch deutlich, dass es zum jetzigen Zeitpunkt häufig Zufall ist, ob und wann bestimmte Verbände zu den Leitliniengruppen eingeladen werden, da in der Regel Fachverbände die Erstellung oder Überarbeitung von Leitlinien beantragen und dass dies in der Regel keine psychotherapeutischen Fachverbände sind. Die Erstellung von Leitlinien kostet viel Geld und unsere Verbände sind meist nicht finanzkräftig genug, um dies zu beantragen. In diesem Zusammenhang ist ebenso zu beachten, dass es selbstverständlich auch notwendig ist, bei der Erstellung von LL beteiligt zu sein, bei denen es sich zunächst um „organische“ Erkrankungen handelt. Auch hier gibt es Krankheiten, bei denen psychische Aspekte in der Entstehung und Behandlung eine wichtige Rolle spielen.

Es sollte daher ein Controlling bei der Ankündigung neuer LL installiert werden. Da unsere im GK II (Treffen der psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände) beteiligten verschiedenen Verbände aber zum Teil nicht genügend men- und women-Power haben, wird es notwendig, dass wir die Kräfte aufteilen, so dass nicht alle Verbände an allen LL beteiligt sind. Hier soll in Zukunft eine bessere Information erfolgen, und es soll abgesprochen werden, wer an welcher LL beteiligt ist und auch die inhaltliche Absprache soll im Interesse unserer Profession verbessert werden.

An dieser Stelle kann ich nur sagen, dass vor allem die Zusammenarbeit mit der BpTK sehr gut läuft, so dass ich hoffe, dass dies noch weiter ausgebaut werden kann, so dass wir unsere Position in den LL weiter stärken können.

Rudi Merod

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

Im Zweifel gegen den Patienten

Unter diesem Titel informierte Report Mainz am 4. Februar 2014 über die Arbeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen. Die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes, der Gutachten zu medizinischen Behandlungen erstellt, wird dabei erheblich angezweifelt. PatientInnen fühlen sich oftmals ungleich behandelt, häufig kommt es zu Streitigkeiten zum Beispiel bei der Frage, ob hilfebedürftige Menschen in die richtige Pflegestufe eingestuft werden oder wie lang Krankengeld bezahlt wird. Dabei sind, laut Gesetz, die MDK-GutachterInnen unabhängig von den Krankenkassen. Eine Report Mainz Umfrage über die Zusammensetzung der MDK-Verwaltungsräte lässt daran Zweifel aufkommen. Demnach sind hauptamtliche KassenmitarbeiterInnen bundesweit in den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste vertreten, im Saarland und in Sachsen sogar über 40 Prozent.

Der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach hält diese Zahlen für "nicht vertretbar, weil das die Unabhängigkeit der medizinischen Dienste gefährdet". Der Sozial- und Gesundheitsrechtler Prof. Ingo Heberlein von der Fachhochschule Fulda sieht hierin einen hohen Nachteil für PatientInnen und das entspreche "auch überhaupt nicht der ursprünglichen Vorstellung des MDK als einem unabhängigen Gutachterdienst". Diese Zahlen würden den MDK immer mehr nur noch zu einer "Zweigstelle der Krankenkassen" machen. Professor Heberlein hält in der gegenwärtigen Situation "die Besorgnis der Befangenheit gegen den MDK durchaus für begründbar". Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will jetzt "die Regelungen zu den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste generell" überprüfen. Laut medizinischen Diensten gebe es keine "Einflussnah-

me der Kassen auf Inhalte und Ergebnisse der Gutachten"².

Am 18. Juni 2013 hatte Report München unter dem Titel „Wie der MDK wirklich arbeitet“ die Neutralität des MDK in Frage gestellt. Ein Psychiater, der jahrelang als Gutachter gearbeitet hatte, berichtete, dass von Gutachtern des MDKs erwartet wird, dass sie kassenfreundlich urteilen.

„Ein Missstand war, dass praktisch ein medizinischer Gutachter beim MDK im großen Maße willkürliche Gutachten erstellt hat und dieses habe ich über ein Jahr dem Vorgesetzten immer wieder dargelegt und dieser Vorgesetzte sagte mir wiederholt, die Kassen und die Geschäftsführung wollen diese Begutachtungsweise.“

Als Nervenarzt musste Dr. Krüger Krankmeldungen von Menschen mit „Burn Out“, „Depression“ und „Selbstmordgedanken“ überprüfen. Dem Psychiater fiel auf, dass viele Gutachten von fachfremden Kollegen am Schreibtisch erstellt wurden. Sein Vorwurf: Psychisch Schwerkranke wurden vorschnell als arbeitsfähig eingestuft.

Dr. Bernd Krüger, Psychiater: „Die Geschäftsführung ist auch nicht bereit gewesen, auch dieses anzuerkennen und zu sagen, Sie haben Recht in Ihrer Sichtweise, sondern ich wurde im Grunde genommen gemobbt und als psychisch krank dargestellt.“

Der MDK Bayern von Report damals befragt, sagte, es habe eine Sonderprüfung der Innenrevision stattgefunden und die kritisierten Fälle seien in medizinisch vertretbarer Weise bearbeitet worden und lägen mehrere Jahre zurück. Von eklatanten Missständen könne keine Rede sein.

Report München berichtete damals, dass Ihnen Beschwerden von Ärzten, Anwälten und das Schreiben eines Gerichtes vorlägen, die Krügers Hinweise bestätigen würden. Herabsetzende Äußerungen in Gutach-

² Eine Alternative zu angestellten GutachterInnen könnten freiberuflich eingesetzte GutachterInnen sein. Dass aber auch an der Neutralität von sog. freien Gutachtern Zweifel begründet sein können, wurde erst jüngst im Ärzteblatt berichtet (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/154014/Gerichtsgutachten-Oft-wird-die-Tendenz-vorgegeben>)

ten seien zudem ein weiteres bundesweites Problem. Report München sprach mit Professor Ingo Heberlein – 12 Jahre lang Geschäftsführer des MDK in Schleswig-Holstein, der mittlerweile einen Patientenverband vertritt und Gesundheitsrecht lehrt.

Professor Ingo Heberlein, Hochschule Fulda: „Solchen Äußerungen muss nachgegangen werden und solche Äußerungen verbieten sich auch in Gutachten. Herabsetzende Äußerungen in Gutachten sind, sage ich mal, eine Todsünde.“

Kritisiert wird zudem, dass der Datenschutz komplett missachtet werde. Es sei keine Seltenheit, dass komplette Gutachten mit allen Daten inklusive aller Anamnesen, biografischer Anamnesen, Sexualanamnese, Vegetativum, Drogen-, Alkoholanamnese an die Krankenkasse gehen würden.

Bereits Wolfgang Zöller, CSU, Patientenbeauftragter der schwarz-gelben Bundesregierung hatte eine „grundlegende Reform des MDK für notwendig erachtet, weil das Vertrauensverhältnis der Patienten in die Begutachtungen des MDK doch erschüttert sei“.

Der MDK als neutrale Kontrollinstanz ist notwendig. Derzeit wird er von den Krankenkassen finanziert und kontrolliert. Und seit wenigen Jahren dürfen sich die Krankenkassen mit gutachterlichen Fragen – nach einer Reform unter dem FDP-Gesundheitsminister Bahr – auch an die MDKs wenden, die außerhalb ihrer Region liegen. Dadurch könnte sich evtl. ein – sozialpsychologisch verständlicher – Trend, sich nach den Wünschen der „Auftraggeber“ zu richten, noch verstärkt haben. Wettbewerb führt ja bekanntlich dazu, dass Kundenwünsche ernster genommen werden.

Waltraud Deubert

Arbeitsschutzgesetz: DGVT schließt sich Forderung nach Anti-Stress- Politik für bessere Arbeitsbedingungen an Milliardenkosten durch psychische Belastungen am Arbeitsplatz

(kb). Mit dem Gesetz zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen (BUK-NOG) ist seit September 2013 eine Verbesserung des Arbeitsschutzgesetzes beschlossen worden. Arbeitgeber sind künftig auch zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz verpflichtet. Dieser wichtige Schritt, den Arbeitsschutz in Deutschland zu verbessern, ist sicherlich auch auf das Engagement unseres Berufsstands zurückzuführen, stetig darauf hinzuweisen, dass die psychischen Belastungen von Arbeitnehmern in Deutschland zu gravierenden Folgen führen – nicht nur für den Einzelnen und den jeweiligen Betrieb.

Die Delegierten der DGVT hatten bereits beim 21. Deutschen Psychotherapeutentag 2012 eine entsprechende Resolution eingebracht und gefordert, dass das Arbeitsschutzgesetz auch psychische Belastungen am Arbeitsplatz erfassen muss. Im Nachgang zu dieser verabschiedeten Resolution hatte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) verstärkt die Aufmerksamkeit der Politik auf dieses Thema gelenkt.

Psychische Erkrankungen sind inzwischen eine der häufigsten Ursachen für den erzwungenen Ausstieg aus dem Job. Auch der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB)³ appelliert deshalb an die Bundesregierung, gesetzlich gegen zunehmenden Stress am Arbeitsplatz vorzugehen. Arbeitsstress verursacht jährliche Kosten in zweistelliger Milliardenhöhe. Nur bei neun Prozent der Beschäftigten berücksichtigt der Arbeitsplatz-Check (sog. Gefährdungsbeurteilungen, die nach dem Arbeitsschutzgesetz vorgeschrie-

³ DGB-Newsletter „Sozialpolitik Aktuell“; Ausgabe Januar 2014.

ben sind) solche psychischen Belastungen. Nach Angaben des DGB setzen 70 % der Unternehmen die nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtende Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf psychische Belastungen nicht richtig um.

Arbeitnehmer in Deutschland leiden nachweisbar unter einem steigendem Druck bei der Arbeit. Nach dem „DGB-Index Gute Arbeit“ (Heft „Arbeitssetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung. So beurteilen die Beschäftigten die Lage – Ergebnisse der Repräsentativumfrage 2011) müssen fast zwei Drittel der Beschäftigten immer mehr in der gleichen Zeit leisten, mehr als die Hälfte arbeitet gehetzt und mehr als ein Viertel muss permanent erreichbar sein.

Der Anstieg bei den jährlichen Krankheitstagen wegen psychischer Erkrankungen um mehr als 80 % auf 59 Millionen in den letzten 15 Jahren zeigt das dramatische Ausmaß. Allein durch das Burn-Out-Syndrom sind die Fehltagel in den letzten acht Jahren um das 18-fache gestiegen.

Auch die BpTK hat aktuelle Zahlen veröffentlicht (Homepage der BpTK vom Januar 2014): Fast die Hälfte der neuen Erwerbsminderungsrenten (42 %) geht auf psychische Belastungen zurück. Innerhalb von zehn Jahren stieg die Zahl der Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen von rund 25.000 auf 75.000 im Jahr 2012. Die Betroffenen sind durchschnittlich erst 49 Jahre alt. Dabei ist jeder fünfte Neuzugang in die Rente bedingt durch Erwerbsminderung.

Psychische Erkrankungen sind seit mehr als zehn Jahren auch die Hauptursache für gesundheitsbedingte Frührenten – mit großem Abstand vor körperlichen Erkrankungen. Eine Erwerbsminderungsrente beträgt durchschnittlich rund 600 Euro. Der DGB weist darauf hin, dass die volle Erwerbsminderungsrente im Schnitt nur noch 646 Euro beträgt und damit unter Grundsicherungsniveau liegt. Eine deutliche Aufwertung der Erwerbsminderungsrente sei deshalb ebenso notwendig wie eine Humanisierung der Arbeit, um gesundheitliche Beeinträchtigungen

der Beschäftigten und Erwerbsminderung zu vermeiden.

Die DGVT schließt sich der Forderung des DGB an, dass sich die Bundesregierung für eine noch weitergehende Anti-Stress-Politik einsetzen muss. Im September 2013 haben das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der DGB eine Gemeinsame Erklärung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt unterzeichnet, die ein gemeinsames Grundverständnis und Handlungsansätze formuliert. In den nächsten Monaten wird darüber diskutiert werden, welche Maßnahmen im Alltag der Unternehmen geeignet sind. Die DGVT wird sich an dieser Diskussion beteiligen, Modelle zu entwickeln, die dann flächendeckend zu implementieren wären.

Zurück an den Arbeitsplatz⁴

Berufliche Wiedereingliederung von Arbeitnehmern nach längerer psychischer Erkrankung⁵

DAK-Gesundheit und Lilly beleuchteten aus verschiedenen Perspektiven das Problem psychischer Erkrankungen und stellten Maßnahmen betrieblichen Eingliederungsmanagements vor.

Herbert Rebscher betonte den Willen, Gräben zu überwinden und sich dem Thema psychische Erkrankungen zu stellen. In Bezug auf den Koalitionsvertrag zeigte er sich optimistisch, der fachliche Dialog werde aufgenommen.

Nach Peter Weiß, MdB CDU und Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranker, hat es noch nie solch klare Festlegungen im Gesundheits- und im Arbeitsschutzteil zu psychischen Erkrankungen gegeben. Das Thema

⁴ Quelle: Highlights, Ausgabe 29/13 – 09.12.2013; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

⁵ Fachtagung der DAK-Gesundheit und der Pharma-Firma Lilly am 28.11.2014

sei in der Gesellschaft angekommen, das Arbeitsschutzgesetz kurz vor Ende der Legislaturperiode präzisiert worden. Sie seien skeptisch, ob sich Führungsverantwortung und ähnliches festschreiben lasse. Die Präventionsarbeit solle gestärkt werden. Sie hätten einen Forschungsetat mit dem Schwerpunkt „psychischer Erkrankungen“ erzielt. Was Arbeitsschutz in psychischer Hinsicht angehe, sei man aber noch „schmal aufgestellt“.

Gerd Kräh erklärte, ihre Kernkompetenz sei das Zurverfügungstellen von innovativen Arzneimitteln, aber sie wollten nicht nur Hardware, sondern auch Software liefern. Es handle sich bei psychischen Erkrankungen um eine Volkskrankheit und dies stelle alle gemeinsam vor eine große Aufgabe. Führungskräfte müssten bestimmte Werte vorleben, damit Maßnahmen ihre Wirkung zeigen könnten.

Friederike Pleuger und Frank Batsch zeigten beispielhaft Maßnahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements von SAP und der Berliner Stadtreinigung auf – von Mediation, Coaching und Konfliktmanagement über Fitnessstudios, anonymisiertes Infotelefon, betriebsärztlichem Dienst und Suchtberatung bis hin zu konkreter Ansprache von Mitarbeiter und Führungskraft.

Aber nicht nur Krankenkassen, Industrie und Unternehmen kamen zu Wort. Nach einem kurzen Einblick in die Situation einer Depressiven – die Schauspielerin Irene Fischer sprach über ihr „Outing“ als Betroffene und die positiven wie negativen Reaktionen ihres Umfelds – trug Wolfgang Panter die Sicht der Betriebsärzte bei. Wichtig sei, Gefährdungen im Betrieb zu erkennen, Führungskräfte zu sensibilisieren und individuell zu helfen.

Herbert Rebscher bezeichnete es als eine zentrale Aufgabe, Betroffenen ärztlichen Rat zukommen zu lassen. Meist sei das Problem bereits erkannt, wenn eine Diagnose gestellt werde. Aber oft komme es nicht zu einer ersten Sitzung.

Gabriela Slawik stellte die Versorgungsinhalte des DAK-Spezialistennetzwerks vor:

- Diagnostik
- Behandlungsziel- und Therapieplanung
- grundsätzlich unter Einbindung des Patienten
- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- (Kurzzeittherapie werde innerhalb einer Woche angeboten)
- Rehabilitationssport für psychisch Kranke,
- extra geschultes Personal
- Soziotherapie in Form von Arbeitsplatzkonfliktmanagement
- Unterstützung bei Antragstellung zur Rehabilitation.

Eine Vielzahl an Perspektiven wurde für ein auch wirtschaftlich immer relevanter werdendes Problem geboten.

Es stehen vielfältige Maßnahmen zur Verfügung. Die DAK-Gesundheit will diese evaluieren, beispielsweise werde der Rehabilitationssport, einer Maßnahme des DAK-Spezialistennetzwerks, von der Charité evaluiert, berichtete Gabriela Slawik.

Psychotherapeutische Versorgung – Verbesserungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband, der Dachverband aller gesetzlichen Krankenkassen, hat am 27.11.2013 ein „Positionspapier zur Reform der des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen“ vorgelegt. Der Verband lobt eingangs das deutlich bessere Versorgungsangebot mit Psychotherapie und den leichteren Zugang für die Patienten. Er konzidiert auch, dass „die Versorgung offensichtlich noch nicht ganz so (ist), wie es aus Sicht verschiedener an der Versorgung und Behandlung beteiligter Gruppen wünschenswert wäre.“ Später wird in dem Text dann aber kritisiert, dass in manchen Regionen deutlich mehr PsychotherapeutInnen tätig seien, als für die Versorgung der Bevölkerung benötigt würden. Gleichzeitig fehlten in

anderen Regionen TherapeutInnen. Auch die Wahl der Therapierichtung sei meist zufällig, statt durch eine fachlich begründete Auswahl bestimmt. Die Autoren folgern: „Um auch in Deutschland zweifellos bestehende Unterschiede in der Versorgung der einzelnen Regionen zu vermindern und um den sich ändernden Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen, muss das bestehende System jedoch weiterentwickelt werden. Denn für alle Versicherten soll weiterhin ein möglichst guter niedrigschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, ohne die Versicherungsgemeinschaft zu überfordern.“ Im Folgenden werden die bestehenden „Herausforderungen“ für die Versorgung unter dem Blickwinkel von sechs Versorgungszielen vorgestellt und kurz analysiert. Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung einiger ebenfalls beschriebener, offenbar unverrückbarer „Prämissen“ (wie z.B.: „Die Anzahl von Vertragspsychotherapeuten ist ausreichend“) werden dann eine ganze Reihe von allgemeinen und konkreten Verbesserungsvorschlägen abgeleitet. Während die allgemeinen Vorschläge im Kern den auch sonst üblichen Forderungen entsprechen („Stärkung der Versicherten durch erhöhte Transparenz ...“; „Verringerung von Wartezeiten“ ...) und deshalb hier nicht weiter ausgeführt werden sollen, haben es die vorgeschlagenen konkreten Maßnahmen in sich. Hierzu gehören:

- „Einrichtung einer vorgeschalteten obligatorischen Sprechstunde für Beratung, Akutbehandlung, Krisenintervention etc. (mind. 1, max. 2 Std. im Krankheitsfall)
- Weiterhin Pflicht zu probatorischen Sitzungen vor Beginn einer Psychotherapie (3 Std.)
- Stärkere Differenzierung des Angebots durch Neufestsetzung der Behandlungskontingente und der Bewilligungsschritte (Vereinfachung, Entbürokratisierung); 1. Behandlungskontingent = 12 Std. PT, 2. Behandlungskontingent = 10 Std. PT, anschließend Langzeitkontingente (25 Std. PT plus Einzelfallentscheidungen)
- Kurzzeitinterventionen (12+10 Std.) sind lediglich anzeigepflichtig; eine Inanspruchnahme kann mittels KV-Karte erfolgen
- Zwischen 1. und 2. Behandlungskontingent ist eine obligatorische Wartezeit von 6 Wochen vorgesehen (Bypassoption direkt zur Langzeittherapie in begründeten Ausnahmefällen)
- Langzeittherapie bleibt antrags- und genehmigungspflichtig (Gutachterverfahren)
- Sicherstellung von Kurz- und Langzeitinterventionen
- Verbesserte Basisdiagnostik
- Vorschaltung einer obligatorischen Mindestwartezeit (6 Wochen) vor dem 2. Therapiekontingent; direkter Anschluss einer LZT an die Probatorik weiterhin möglich (Gutachterverfahren)
- Förderung von Gruppentherapie (u.a. zur Verminderung von Wartezeiten)
- Qualitätssicherung der Versorgung durch Einbeziehung psychometrischer Instrumente zu Beginn und zum Ende jeder Therapie sowie vor und nach den Bewilligungsschritten bzw. in Ergänzung des Gutachterverfahrens (ohne gesonderte Vergütung)
- (...)
- Regelungen zur Vergütung:
 - Angestrebte Veränderungen der Vergütung werden ausgabenneutral gestaltet
 - Angemessene Vergütung der Sprechstunden
 - Vergütung der vorbereitenden Stunden (Probatorik) bleibt beim Status Quo
 - Eine Differenzierung der Vergütung wird angestrebt (d. h. Absenkung genauso wie Aufwertung), sodass der Behandlungsbedarf angemessen berücksichtigt wird.“

DGVT und DGVT-Berufsverband begrüßen grundsätzlich die Reformüberlegungen des GKV-Spitzenverbandes zur Beratung über verbesserte ambulante psychotherapeutische Versorgung. Allerdings wurden bei dem vorliegenden, scheinbar sehr rasch geschriebenen Positionspapier entscheidende Aspekte

nicht berücksichtigt, wichtige Zusammenhänge und Sachverhalte ausgeblendet. DGVT und DGVT-Berufsverband nehmen nachfolgend dazu Stellung:

Rational statt rationiert⁶

DGVT und DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe kritisieren Strukturvorschläge der GKV für ambulante Psychotherapie

Lange Wartezeiten, ein Mangel an qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten in vielen Gegenden Deutschlands und damit eine Unterversorgung von PatientInnen prägen den Alltag der ambulanten Psychotherapieangebote seit vielen Jahren. Auch die Gesetzlichen Krankenkassen haben erkannt, dass „das bestehende System weiterentwickelt werden“ muss, um den „Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen“. So steht es in einem jüngst veröffentlichten Positionspapier des GKV-Spitzenverbands. Was darin aber konkret vorgeschlagen wird, kommt einer weiteren Rationierung der ambulanten Psychotherapie gleich.

Bereits seit langem haben die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV), aber auch andere psychotherapeutische Verbände und Gremien konkrete Vorschläge für eine Verbesserung der Patientenversorgung mit ambulanter Psychotherapie unterbreitet. Diese sind aber bislang beim Gesetzgeber und den Kassen auf taube Ohren gestoßen. Stattdessen zielt das Positionspapier des GKV-Spitzenverbands nun vor allem darauf ab, die bereits heute viel zu geringen Behandlungskapazitäten durch zusätzliche Rationierung zu strecken und damit die Bedingungen für Menschen, die auf eine psychotherapeutische Behandlung angewiesen sind, weiter zu verschlechtern.

So sollen ambulante Psychotherapien pauschal verkürzt werden. Nach einer Kurzzeittherapie von zwölf Stunden ist eine ver-

bindliche Unterbrechung der Therapie mit einer Wartezeit von mindestens sechs Wochen vorgesehen. Diese Kontingentverkürzung soll dazu führen, dass niedergelassene TherapeutInnen mehr PatientInnen behandeln, ohne dass der Finanzierungsaufwand für die Kassen steigt. Faktisch führt dies jedoch für die PatientInnen, die sich bereits in Behandlung befinden, zu einer äußerst problematischen Zwangspause. Für Rudi Merod, Vorstandsmitglied in der DGVT und im DGVT-BV, werden damit zusätzliche Hürden für die Behandlung von psychisch kranken Menschen aufgebaut, indem ihnen eine kontinuierliche Behandlung verweigert wird. Eigentlich sollte die Diskriminierung von psychisch kranken Menschen längst der Vergangenheit angehören und die Gleichstellung mit somatisch kranken Menschen eine Selbstverständlichkeit sein. „Als Psychotherapeut“, so Rudi Merod, „kann ich das weder fachlich noch ethisch verantworten.“

Dabei dauern bereits heute zwei Drittel aller ambulanten Psychotherapien nicht länger als 25 Stunden und sind somit Kurzzeitbehandlungen. Anstatt auf eine Neuverteilung des Mangels sollten sich die Kassen lieber darauf konzentrieren, für ihre Versicherten ein ausreichendes Angebot an ambulanter Psychotherapie sicherzustellen. „Für eine rationale Diskussion darüber, wie dies auch bei begrenzten finanziellen Ressourcen möglich ist, sind wir jederzeit offen“, betont Merod. So enthalte das GKV-Papier auch sinnvolle Vorschläge wie einen direkten Patientenzugang zu niedergelassenen PsychotherapeutInnen ohne vorheriges Antragsverfahren. „Eine Rationierung und einen Kurs in Richtung einer ‚Häppchen-Psychotherapie‘ lehnen wir aber kategorisch ab“. Gerade die Behandlung psychischer Erkrankungen lässt sich nicht in ein starres Zeitraster zwingen und beliebig verkürzen oder beschleunigen.

Quelle:

GKV-Spitzenverband (2013). Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie -Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 27. November 2013 [Download unter <https://www.gkv-spitzenver->

⁶ Quelle: http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Rational_statt_rationiert_-_DGVT-_und_DGVT-BV-Stellungnahme.pdf vom 12.12.2013

band.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf]

Psychotherapeutische Versorgung – ein Thema im Koalitionsvertrag

Positiv bewerten die DGVT und DGVT-BV, dass der Beruf des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin in den Verhandlungsergebnissen der Koalitionsparteien der neuen Bundesregierung explizit genannt wird und dass auch die Reform des Psychotherapeutengesetzes für diese Legislaturperiode in Aussicht gestellt wird. Beeindruckend und – im Grunde positiv – ist es, dass die Psychotherapeutische Versorgung an mehreren Stellen angesprochen und dass Verbesserungen versprochen werden.

Ausbau von Kurzzeit- und Gruppenpsychotherapie: Der Ausbau von Kurzzeitpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie ist grundsätzlich zu begrüßen, er darf aber nicht dazu führen, dass die Kosten das alleinige Kriterium für die Genehmigung einer Psychotherapie sind und die zu erwartende Effektivität der Behandlung psychischer Erkrankungen bzw. deren Evidenzbasierung nur noch eine untergeordnete Rolle spielt. Kurzzeittherapie und Gruppenpsychotherapie bedürfen in jedem Fall eine korrekte Indikationsstellung; ihr Ausbau darf nicht auf Kosten der Behandlungsqualität der PatientInnen gehen.

Bedarfsplanung: Problematisch ist, dass insbesondere für die ambulante Versorgung Änderungen vorgesehen sind, die eher eine Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung befürchten lassen: So sollen die gesetzlichen Vorgaben zum „Abbau von Überversorgung“⁷ durch den Aufkauf von

Arztsitzen von einer „Kann“- in eine „Soll“-Regelung überführt werden. Damit könnten langfristig Tausende von psychotherapeutischen Praxen bedroht sein.

Die bundesweit steigenden Wartezeiten auf ein Erstgespräch bzw. auf einen Psychotherapieplatz sind zunächst Ausdruck eines steigenden Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung, und sie sind ein Beleg, dass die ambulanten Behandlungskapazitäten nicht ausreichen. Eine angebliche „Überversorgung“, die auf der Grundlage von unangemessenen Verhältniszahlen beim Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 beruht, verdeckt den eklatanten Mangel und lässt unberücksichtigt, dass psychische Erkrankungen heute besser diagnostiziert werden als vielleicht vor 30-40 Jahren und dass die Menschen weniger Vorbehalte oder Schamgefühle gegenüber einer Psychotherapie haben als früher. Leider ist im Koalitionsvertrag nicht die Rede davon, dass die Bedarfsplanung reformiert werden soll.

Befugnisweiterungen: Die laut Koalitionsvereinbarung vorgesehene Überprüfung der bestehenden Befugnisbeschränkungen für PsychotherapeutInnen begrüßen wir sehr. Die Befugnisbeschränkungen in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V sind aufzuheben und PsychotherapeutInnen ist es zu ermöglichen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, ins Krankenhaus einzuweisen, Rehabilitationsbehandlungen und Soziotherapie zu verordnen, an andere Fachärzte zu überweisen und Heilmittel zu verordnen.

Gutachterverfahren: Die vorgesehene Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens ist sicher sinnvoll, allerdings kommt es auf die detaillierte Umsetzung an. Bei allen unterschiedlichen Standpunkten zum derzeitigen Bewilligungsverfahren dürfen vermeintlich weniger bürokratische, leistungsbezogene Qualitätsmaßstäbe – wie psychometrische Testverfahren – nicht in letzter Instanz darüber entscheiden, ob eine Psychotherapie indiziert ist bzw. durchgeführt oder verlängert werden kann. Sie

⁷ In der ambulanten Psychotherapie gibt es bundesweit nirgendwo eine Überversorgung – in fast jeder Region gibt es unerträglich lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Die behauptete Überversorgung im Psychotherapiebereich ergibt sich nur, wenn man die absolut unzureichende Zahl von Psychotherapeuten, die im Jahr 1999 niedergelassen waren, zum Standard oder „Bedarf“ erklärt (entsprechend dem Konzept der Bedarfsplanungsrichtlinie). Dies bedeutet dann letztlich eine Zementierung der unzureichenden Versorgung zum

Zeitpunkt der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes.

stellen lediglich eine Möglichkeit der (Verlaufs-)Diagnostik dar, die immer individuell im Kontext der Therapiefragestellung bzw. des laufenden Therapieprozesses beurteilt werden muss, nicht zuletzt, weil sie in hohem Maße störanfällig ist, wie aktuelle Studien zeigen. Die Psychotherapie-Richtlinie ist so zu flexibilisieren, dass den Belangen unterschiedlicher Patientengruppen besser Rechnung getragen werden kann.

Veränderung der Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen: Nach dem Wortlaut der Koalitionsvereinbarung sollen zukünftig die Hausärzte die Hälfte der Sitze innerhalb der Vertreterversammlungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVen und KBV) erhalten; die andere Hälfte die Fachärzte. Dass die Hausärzte gestärkt werden sollen, ist zunächst durchaus unterstützenswert. Allerdings muss der Schutz der Belange der PsychotherapeutInnen dabei beachtet und gesetzlich klar geregelt werden, damit auch zukünftig eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung gewährleistet bleibt.

Waltraud Deubert

Psychotherapeutische Versorgung – wie die ambulante Versorgung besser strukturiert werden könnte

Ende 2012 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss – zur Abwendung größerer Streitigkeiten mit der kampfeslustigen Ärzteschaft – manche Verbesserungen der ärztlichen Honorare im KV-System beschlossen und in diesem Zusammenhang auch die extrabudgetäre Vergütung der sog. Richtlinienpsychotherapie beschlossen. Im Gegenzug war vereinbart worden, dass die Verhandlungspartner (GKV und KBV), die sich auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) regelmäßig treffen, anstreben, dass die Psychotherapierichtlinie im GBA bis Mitte 2013 grundlegend überarbeitet werden soll. Diese

Frist ist bekanntlich nicht eingehalten worden, eine grundlegende Reform der Psychotherapierichtlinie bleibt aber auf der Agenda, zuletzt haben sogar die schwarz-roten Koalitionspartner der Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag vom 27. November 2013 die Forderung nach Reform der PT-Richtlinie festgehalten. Innerhalb des GBA gibt es eine Arbeitsgruppe, die an einem überarbeiteten Entwurf bastelt und von verschiedenen Seiten, von einzelnen Krankenkassen oder auch vom GKV-Spitzenverband (siehe weiter vorn in diesem Heft) werden immer wieder engagierte Veränderungsvorschläge unterbreitet. Ebenso gibt es zahlreiche Modelle der „Stepped Care“, die in anderen Ländern entwickelt wurden und mit gutem Erfolg umgesetzt werden, diese umfassen zumeist neben psychotherapeutischen Angeboten im engeren Sinne auch Beratungsangebote, Angebote für chronisch psychisch kranke Menschen, Psychoedukation bzw. Gruppenangebote und eine flexible Kombination mit stationären oder teilstationären Angeboten (vgl. Bramesfeld & Riedel-Heller, 2008). Die in Deutschland häufig geäußerte Forderung nach rascherem Therapiezugang und nach besseren Möglichkeiten einer Akut- und Erstversorgung sind zu berücksichtigen und natürlich auch die Rahmenbedingungen und Erfahrungen innerhalb des derzeitigen Versorgungs- und Finanzierungssystems.

Wie man sich – sozusagen idealtypisch – ein solches Zukunftsmodell vorstellen könnte, lässt sich recht gut an einem weit ausgearbeiteten Modell veranschaulichen, welches im Herbst 2013 von Dieter Best und Sabine Schäfer (DPtV) und in ähnlicher Form auch von Ulli Keller (VAKJP) vorgestellt wurde. Auch Timo Harfst und Christina Tophoven von der Bundespsychotherapeutenkammer beziehen sich teilweise auf dieses Konzept. Es geht davon aus, dass PsychotherapeutInnen in einer zukünftigen Versorgung eine größere Eigenständigkeit haben und verschiedene neue Leistungsangebote für sie definiert sind:

- „Sprechstunde“: Bis zu eine Stunde pro Patient und Quartal, die in zwei Einhei-

- ten unterteilt werden kann. Kurzfristige Ermöglichung von Terminen. Ziel: Klärung des Bedarfs, erste diagnostische Einschätzung und Behandlungsplanung.
- „Frühzeitige diagnostische Abklärung (FDA)“ – innerhalb von 14 Tagen nach dem ersten Sprechstundentermin bzw. der Kontaktaufnahme oder nach einer Übernahme aus einer stationären Behandlung. Komplexleistung (1 bis max. 3 Sitzungen), in der es um die nähere (standardisierte) diagnostische Abklärung, die Abstimmung mit Konsilärzten und die Einholung von Fremdbefunden etc. geht.
 - „Akutversorgung (AV)“ – rasche Behandlungstermine in dringenden Fällen, sollte spätestens 14 Tage nach Kontaktaufnahme oder Überweisung beginnen und einschließlich FDA max. 15 Sitzungen umfassen. Falls eine Richtlinienpsychotherapie beantragt wird, werden die Stunden darauf angerechnet.
 - „Psychoedukative Gruppentherapie (PEGTh)“ – kann anstelle von AV als themenbezogene Gruppenarbeit im Umfang von bis zu 15 Doppelstunden bei psychischen Störungen oder bei begleitenden psychologischen/psychosozialen Behandlungen von Menschen mit körperlichen Erkrankungen eingesetzt werden (z.B. Psychodiabetologie).
 - Probatorische Sitzungen (P) – sie dienen in bisheriger Form dazu, Bedarf und Möglichkeiten einer Richtlinienpsychotherapie zu prüfen, Stunden der FDA oder AV können ggf. angerechnet werden. Ansonsten Art und Menge wie bereits in der Psychotherapierichtlinie bekannt.
 - Richtlinienpsychotherapie (RPT) – Struktur und Kontingente sollen zunächst unverändert bleiben, allerdings wären die Stunden für AV anzurechnen.
 - Erhaltenstherapie (ET) bzw. Rezidivprophylaxe – max. 12 Einzelsitzungen oder 24 Doppelsitzungen pro Jahr für Patienten mit chronischen Erkrankungsverläufen, bei denen es um die Sicherung einer relativen Stabilität geht. Eine

Genehmigung der Krankenkasse sollte für mehrere Jahre gelten.

Best und Schäfer haben hier ein umfassendes Modell ausgearbeitet, welches viele Wünsche an eine optimale psychotherapeutische Versorgung in übersichtlicher Form zusammenfasst. Auch zur Finanzierung wurden vertiefte Überlegungen angestellt: Beispielsweise scheint es notwendig, dass die Leistungen genehmigungspflichtig sind, weil – angesichts der gegenwärtigen Rechtslage (BSG-Rechtsprechung) – nur dann eine akzeptable und gesicherte Vergütung zu erwarten ist, und weil diese neuen, durchaus anspruchsvollen Leistungen auch nur dann in der Versorgung eingebracht werden, wenn die niedergelassenen KollegInnen hier ein vergleichbares Honorar wie in der Richtlinienpsychotherapie erhalten.

Heiner Vogel

Quellen:

Best, D. & Schäfer, S. (2013). Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapie aktuell, 5 (4), 16-19.

Bramesfeld, A. & Riedel-Heller, S. (2008). Prioritäre Themen in der Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit. Psychiatrische Praxis, 35 (7), 315-317 (DOI: 10.1055/s-0028-1090027)

Harfst, T. & Tophoven, C. (2013). Gute psychotherapeutische Versorgung – gesundheitspolitische Herausforderung für Schwarz-Rot. Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5/13, 24-28.

EINFÜHRUNG IN DIE PAARTHERAPIE

Die Arbeit mit Paaren unterscheidet sich deutlich von der Psychotherapie im Einzelsetting. Ziel der Fortbildung ist es, den TeilnehmerInnen ein Verständnis dafür sowie grundlegende Werkzeuge für Paarberatung und -therapie zu vermitteln.

Die Fortbildung umfasst **4 Seminare** zu den Themen:

- Seminar 1: Erstgespräch
- Seminar 2: Bestandsaufnahme
- Seminar 3: Mittelphase
- Seminar 4: Die Veränderung begleiten

Lehrgangsleitung: Berit Brockhausen

Termine: 09.-10. Mai 2014
27.-28. Juni 2014
26.-27. September 2014
28.-29. November 2014

Ort: Berlin

dgvtFW
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Psychotherapeutenkammer LPK-BW: Die DGVT-Liste „VT & mehr“, der ich ebenfalls angehöre, ist mit insgesamt 6 Sitzen wieder in die Kammerversammlung gewählt worden. Gewählt wurden Günter Ruggaber (PP), Renate Hannak-Zeltner (PP), Angelika Neumann (PP), Sascha Gönner (PP), Judith Arnscheid (KJP) und Serap Altuntas (PiA). An diejenigen, die uns ihr Vertrauen ausgesprochen haben: Vielen Dank!! Wir konnten mit diesem Wahlergebnis unseren Einfluss in der Kammerarbeit stärken und gehen die Aufgabe optimistisch an.

Derzeit finden in der Kammer eifrig Verhandlungen statt. Da die Listen, die bislang die Vorstände stellen, inzwischen eine eigene Mehrheit haben, hatten wir uns überlegt, nur dann mit der bisherigen Koalition in Verhandlungen einzusteigen, wenn wir hier zur Mehrheitsbildung wider Erwarten doch benötigt würden. Das war dann auch nicht der Fall und mit Stand vom 3.2.2014 sind wir nicht mehr formal an einer Regierungskoalition beteiligt. Wir wollen als Liste konstruktiv in der Vertreterversammlung (VV) und in den Ausschüssen mitarbeiten.

Am 8. Februar 2014 fand nun die erste VV in der neuen Wahlperiode statt. Die Tagesordnung war durch die Wahlen bestimmt. Für uns ist insbesondere die Ausschussarbeit interessant. Vorab haben wir uns Optionen überlegt, um gemäß unseren Schwerpunkten in der Kammer mitwirken zu können. Zusätzlich hat unsere Liste nun zwei Sitze in der Bundesversammlung der BPtK (bisher einen).

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

Bayern

Landeskonzferenz der Richtlinienpsychotherapieverbände (LAKO)

Das Positionspapier des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen zur Reform der ambulanten Psychotherapie gab auch bei der letzten LAKO-Sitzung Anlass zu angeregter und aufgeregter Diskussion. Als Reaktion von Seiten der Psychotherapeuten wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Stellungnahme vorbereitet und auch der BFA-PT will hier aktiv werden. Des Weiteren wurde vereinbart, dass auch die einzelnen Berufsverbände gefordert sind, klar Stellung zu nehmen. Das „Plädoyer für eine Abkehr vom Lagerdenken innerhalb des KV-System“, das von mehreren KV-Vertretern aus verschiedenen Bundesländern unterzeichnet wurde, fand bei der LAKO deutliche Zustimmung. In diesem Papier plädieren die Unterzeichner, dass sich die ärztliche Selbstverwaltung wieder ihrer möglichen Stärken bewusst werden sollte und diese auch nutzen sollte. Es seien hier vor allem einige Berufsverbände, die mehr an ihren Partikularinteressen orientiert sind als daran, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung zu stärken. Durch dieses Verhalten werde das KV-System mutwillig geschwächt und das sei „anachronistisch“.

Verwundert wurde von den LAKO-Mitgliedern festgestellt, dass kein bayerischer Vertreter bei den Unterzeichnern zu finden war. Vielmehr wetterte ein Vertreter des bayerischen Hausärzterverbandes, dass die Fachärzte „die Macht an sich reißen wollen“. Der Vorstand der KVB hielt sich hierbei dezent im Hintergrund, zumal deren Vorsitzender eine starke Affinität zum bayerischen Hausärzterverband hat und sich auch schon mal für die Auflösung der KV stark gemacht hatte.

Die LAKO steht hinter dieser Denkschrift, denn nur wenn sich die einzelnen

Gruppierungen der KVen einig sind, kann die KV stark auftreten und ein Gegengewicht zu den Krankenkassen bilden. Mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln will die LAKO ihren Einfluss bei der KVB geltend machen.

Eine bürokratische Besonderheit „stößt“ in Bayern seit vielen Jahren den tiefenpsychologisch und analytisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen auf. Beim „smarakt“, dies ist die Kurzbezeichnung für die Abrechnungsakte der Niedergelassenen, die vierteljährlich zugestellt wird, werden die Richtlinienverfahren aufgeführt mit der Bezeichnung VT (für alle verhaltenstherapeutischen Kollegen) und Nicht-VT (für die tiefenpsychologisch und analytisch arbeitenden Kollegen). Zunächst gab die Verwaltung zur Auskunft, das ginge nicht anders, weil das Programm nicht mehr Unterscheidungen vornehmen könne. Schließlich wurde zugesagt, eine Änderung herbei zu führen, was aber bisher noch nicht geschah. Diesen diskriminierend erlebten Zustand hat sich die LAKO nun vorgenommen, vehement anzugehen.

Aus dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (BFA-PT)

Bei den Sitzungen des BFA-PT ging es u. a. um die Honorarentwicklung. Die Erhöhung des Honorars um 1,3 % bzw. 1,38 % wird einhellig als zu gering erachtet, da sich dadurch inflationsbereinigt ein Minus bei der Einnahmenentwicklung ergibt.

Bei einem Vergleich des 1. Halbjahres 2012 mit dem 1. Halbjahr 2013 zeigte sich bezüglich Fallwert, Anzahl der Therapeuten sowie Anzahl der behandelten Patienten die in Tabelle 1 dargestellte Entwicklung.

Die Auszahlungsquote für die Leistungen des EBM-Kapitels 23 lag in den genannten Quartalen zwischen 99,8 % und 98,7 %. Diese Zahlen belegen, dass trotz Mehrarbeit der einzelnen Gruppen tendenziell ein Honorarrückgang zu verzeichnen ist.

Tabelle 1. Gegenüberstellung der Fallwerte und Behandlungsfälle bei den drei Psychotherapeutischen Berufsgruppen des ersten Halbjahres 2012 mit dem 1. Halbjahr 2013

Psychotherapeutisch tätiger Arzt:			
	Fallwert	Anzahl Ärzte	Fälle je Arzt
1. Hj. 2012	373 €	875	106
1. Hj. 2013	369 €	876	109
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten			
	Fallwert	Anzahl KJP	Fälle je KJP
1. Hj. 2012	554 €	492	72
1. Hj. 2013	555 €	513	74
Psychologische Psychotherapeuten			
	Fallwert	Anzahl PP	Fälle PP
1. Hj. 2012	397 €	1922	103
1. Hj. 2013	362 €	1937	106

Datenschutz in der Psychotherapeutischen Praxis

Zum Thema Datenschutz in der Psychotherapeutischen Praxis in Bezug auf die Wartung der Praxisverwaltungssoftware durch Fremdfirmen wurde vom Justitiar der KVB darauf hingewiesen, dass für die Mitglieder der KVB die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes gelten. Konkret zur Anwendung gelangen hier die Vorschriften über die Auftragsdatenverarbeitung. Diese sind bei Wartungsaufgaben anwendbar, weil ein Zugriff auf persönliche Daten nicht sicher ausgeschlossen werden kann (§ 11 BDSG).

Es muss deshalb ein sog. Auftragsdatenverarbeitungsvertrag mit der Wartungsfirma geschlossen werden. Der Abschluss eines solchen Vertrages wird nach einer noch vertretenen Auffassung als ausreichend angesehen, um eine Wartung abzusichern. Der Mustervertrag zur Fernwartung zwischen öffentlichen Stellen und öffentlichen oder nicht-öffentlichen Auftragnehmern (Stand 3. November 2003) kann über den Hessischen Datenschutzbeauftragten heruntergeladen werden:

http://www.datenschutz.hessen.de/mustervertrag_fernwartung.htm .

Problematisch ist aber sowohl nach Auffassung des KVB-Vertreters als auch des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit der Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht. Unsere Mitglieder sind „Berufsheimlichkeitssträger“ im Sinne des § 203 StGB. Verstöße gegen die Schweigepflicht sind strafbar. Eine Rechtsnorm, die solche Verstöße im Falle einer Wartung rechtfertigen würde, gibt es nicht.

Die Auffassung, dass es deshalb dringend einer gesetzlichen Regelung bedarf, diese unvermeidbare Wartung rechtssicher gestalten zu können, gewinnt immer mehr Raum. Der Vorstand der KVB korrespondiert dazu derzeit mit der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung. Ein abschließendes Ergebnis liegt noch nicht vor.

Die Empfehlung lautet daher: Bis zur weiteren Klärung in jedem Fall einen Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung abzuschließen.

Aus der Kammer

Eine kleine Ära geht zu Ende: Die Geschäftsstelle zieht um!

Nach ca. 10 Jahren ist die Geschäftsstelle in der St. Paul-Straße zu eng geworden. Stetige Zunahme der Aufgaben der Kammer (u.a. die Übernahme der Geschäftsführung des Psychotherapeutenjournals) führten dazu, dass schon seit einigen Jahren neue Räumlichkeiten gesucht wurden – und endlich gefunden werden konnten. Die neue Geschäftsstelle im Birketweg 30, ist in der Nähe der S-Bahnstation Hirschgarten (5 Min. zum Hauptbahnhof) gelegen, verkehrstechnisch also fast so günstig wie die bisherige Geschäftsstelle. Der Umzug geht Anfang März über die Bühne.

Kammeralltag und Routine

Da die Kammer auch Lobby für die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung sein will, ist es wichtig, mit den ande-

ren „Playern“ des Gesundheitssystems im Kontakt zu bleiben. Bei einem Flächenstaat mit einer sehr aktiven Staatspartei bedeutet das, dass viele Termine wahrzunehmen sind, bei denen man sich nicht selten fragt, ob eine Teilnahme sinnvoll ist: Versorgungskonferenzen in jedem Bezirk, Gespräche mit Gesundheitspolitikern, Neujahrsempfang des Ministerpräsidenten und Vergleichbares bei Krankenkassen u.v.a. Im Vorstand wird die Teilnahme regelmäßig beraten und meist entschließt man sich hinzugehen, denn immer wieder zeigt es sich (das wird in Bayern nicht anders sein als anderswo), dass es günstig ist für eigene Anliegen in der Politik, wenn man die Personen, die einem gegenüber sitzen, schon bei anderer Gelegenheit kennengelernt hat und eigene Anliegen dann offener ansprechen kann.

Willi Strobl, Rudi Merod, Heiner Vogel

Kontakt:

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

Berlin

Berliner News

... oder warum es in Berlin eine Vielzahl an Privatpraxen gibt

Berlin als lebendige Metropole ist auch gekennzeichnet von einem enormen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung. Rechnerisch gilt Berlin laut letztem Bedarfsplan als überversorgt. Die Realität sieht anders aus. Die ca. 1500 niedergelassenen PsychotherapeutInnen können den Bedarf nicht decken. Immer mehr neu approbierte PP starten nach einer langwierigen, teuren Ausbildung ihre Selbstständigkeit in der Kostenerstattung und ihre Praxen sind schnell voll ausgelastet. Die Kostenerstattung eröffnet diesen KollegInnen eine Möglichkeit, ihrer Ausbildung entsprechend zu arbeiten, da es auch im Angestelltenbereich nur begrenzte Stellen gibt. Auch wenn uns keine genauen Zahlen vorliegen, vermuten wir doch, dass die 20 Ausbildungsstätten in Berlin jährlich mehr als 200 AbsolventInnen haben.

Für die PatientInnen bedeutet Kostenerstattung einen erheblichen Mehraufwand – neben einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung müssen auch möglichst mehrere Absagen von niedergelassenen KV-zugelassenen KollegInnen vorgelegt werden. Die Vorgehensweisen der Krankenkassen unterscheiden und ändern sich ständig. Zur Informationssammlung müssen die KollegInnen vorab die probatorischen Sitzungen beantragen oder diese mit dem Risiko der Nicht-Genehmigung durchführen. Und das ist nur ein Ausschnitt. In der Summe entsteht während dieses Vorlaufs ein fragwürdiges Bündnis mit den PatientInnen: „Wir gegen die Kasse“.

Der DGVT-BV ermöglicht den persönlichen Erfahrungsaustausch der Mitglieder zur Psychotherapie in der Kostenerstattung mit Hilfe von Mailinglisten. Unseren Berliner Mitgliedern steht eine regionale Mailingliste zu Fragen der Kostenerstattung zur Verfügung (Anmeldungen über info@dgvt-bv.de). Auf den Mailinglisten werden kontinuierlich Informationen zu den aktuellen politischen Entwicklungen gegeben. Damit der Start in die Selbstständigkeit leichter fällt, stellt die DGVT-BV-Bundesgeschäftsstelle Mitgliedern eine Zusammenstellung von Formularen und Hinweisen zur Verfügung.

Seit dem letzten November gibt es einen Stammtisch für KostenerstatterInnen. Die Kammergruppe von DGVT/DGVT-BV war von Beginn an vertreten. Termine und Orte der Treffen werden rechtzeitig u.a. über die Mailingliste des DGVT-BV bekannt gegeben.

... und was in der PTK Berlin anders ist

Nach der Vorbereitung durch eine eigens eingerichtete Kommission zur Bildung von Ausschüssen (Anzahl, Inhalte und Ziele von Ausschüssen), hat die Delegiertenversammlung bei einer ganztägigen Versammlung im November 2013 die Bildung der Ausschüsse diskutiert und beschlossen. Zur verbesserten Ergebnis- und Mitgliederorientierung soll die Verzahnung mit der Delegiertenversammlung enger gestaltet werden.

Die folgende Auflistung nennt die Ausschüsse mit den jeweiligen VertreterInnen der DGVT-Liste.

1. Aus-, Fort- und Weiterbildung: Alfred Luttermann,
2. KJP-Ausschuss: Alfred Luttermann,
3. Finanzausschuss: Alexandra Rohe,
4. Psychotherapie in Institutionen: Alexandra Rohe,
5. Ambulante Versorgung: Beate Lämmel,
6. Berufsordnung, Wissenschaft, Qualität: Beate Lämmel

Armin Kuhr wird Vertreter des Vorstands im Ausschuss Ambulante Versorgung sein.

Ulrike Worringen ist Mitglied der Redaktionskommission für das Psychotherapeutenjournal.

Ich erlebe es als positiv, dass die Delegierten gegenüber Neuerungen offen sind und dass es recht viele gibt, die das Anliegen haben, für unsere Berufsgruppe eine konstruktive Politik zu gestalten.

Alexandra Rohe, Delegierte der PTK Berlin für die DGVT-/DGVT-BV-Liste Neue Wege

Approbation – was nun?

Wir möchten unsere Mitglieder in Berlin ganz herzlich zur nachfolgenden Veranstaltung einladen:

„Approbation - was nun?“

Informationen rund um die Niederlassung / KV-Zulassung/ Kostenerstattung sowie angestellte Tätigkeit in Klinik / Beratungsstelle / MVZ etc.
Referentinnen: Dipl.-Psych. Monika Basqué und Dipl.-Psych. Eva Heimpel
am Donnerstag, 6. März 2014
von 19.00 bis 20.30 Uhr
im Systemischen Institut für Achtsamkeit - SIA
Friedelstr. 40, 12047 Berlin

Auf dieser Veranstaltung sollen insbesondere die Bereiche „Kostenerstattung“, KV-

Zulassung, Praxissitz-Erwerb, insbesondere das „Verzichtsmodell“ und „Sonderbedarfszulassung“ zur Sprache kommen. Auch alle Fragestellungen rund um die angestellte Tätigkeit in Klinik/Beratungsstelle/MVZ und in der sogenannten integrierten Versorgung werden wir inhaltlich aufgreifen.

Die Veranstaltung beginnt zunächst mit einem Überblicksreferat, in dessen Anschluss auf konkrete Fragen und Probleme eingegangen wird.

Eure/Ihre Fragen/Problemfälle möchten wir vorab schon sammeln und bündeln, so dass sie für den Vortrag und die anschließende Diskussion berücksichtigt werden können.

Wir freuen uns sehr, wenn ihr/Sie die Veranstaltung mitgestaltet/n, indem Ihr/Sie uns vorab Fragen, Probleme und Interessen per Mail zukommen lasst/en – bitte bis spätestens zum 28. Februar 2014 unter der Mailadresse berlin@dgvb.de.

Monika Basqué und Eva Heimpel

Landessprecherinnen Berlin

Kontakt:

berlin@dgvb.de; berlin@dgvb.de

Hamburg

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
zwei erfreuliche Entwicklungen sind aus Hamburg zu berichten:

1. DGVT-Landesaktivitäten

Nach einer längeren Ruhephase haben wir uns vorgenommen, das Miteinander der DGVT-Mitglieder in Hamburg zu stärken und die DGVT- sowie die DGVT-BV-Landesgruppe zu aktivieren. Wir laden daher alle Mitglieder (und Interessierte!) ganz herzlich zum „DGVT-Familientreffen“ ein. Das Auftakttreffen findet statt am Montag, den 24. Februar, im DGVT-Ausbildungszentrum, Seewartenstraße 10, Haus 4, Raum Tübingen, 19.00 bis 21.00 Uhr.

Weitere Treffen in 2014 sind geplant am 26. Mai, am 25. August und am 24. Novem-

ber. Mit dem neuen Motto möchten wir deutlich machen, dass neben dem sachlichen Austausch auch das Miteinander für uns im Vordergrund steht. Wir werden aktuelle Entwicklungen der DGVT sowie die der Hamburger Kammerpolitik beleuchten und mit euch den Entwurf einer in 2014 geplanten Hamburger DGVT-Veranstaltung diskutieren. Darüber hinaus sind wir sehr an den Themen und Wünschen von euch interessiert. Im Anschluss besteht die Möglichkeit im Hotel Hafen Hamburg die netten Gespräche in geselliger Runde fortzusetzen. Als eine Art Willkommensgeschenk laden wir euch dort auf ein Getränk eurer Wahl ein.

2. Fortbildung: Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie

Im Rahmen des vom Europäischen Integrationsfonds (EIF) geförderten Forschungsprojekts wurde auf der Grundlage der im Vorgängerprojekt entwickelten „Leitlinien für inter-/transkulturelle Kompetenztrainings in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten“ (www.kultursensible-psychotherapie.de) gemeinsam mit Experten ein interkulturelles Training für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten entwickelt und evaluiert. Die Fortbildung „Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie“ wurde von der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung (AGPM) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin entwickelt. In Hamburg wurde die Veranstaltung freundlicherweise durch die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V. unterstützt. Die zweitägige Veranstaltung für Psychotherapeuten in Ausbildung wurde von dem DGVT-Ausbildungszentrum Hamburg und die zweitägige Fortbildung für approbierte Psychotherapeuten durch die Geschäftsstelle in Tübingen mitorganisiert.

Aufgrund der erfreulichen Evaluationsergebnisse und persönlichen Rückmeldungen wird das DGVT-Ausbildungszentrum Hamburg zukünftig einen solchen Themenblock

in ihr Curriculum für die Psychotherapeuten-
ausbildung integrieren. Regelmäßige Fort-
bildungen für approbierte Psychotherapeuten
sind ebenfalls in Planung.

Mit besten Grüßen

*Mike Mösko, Thomas Bonnekamp,
Bernd Kielmann
Landessprecher Hamburg
Kontakt:
hamburg@dgv.de; hamburg@dgv-bv.de*

Mecklenburg-Vorpommern

In unserem weiten Bundesland wurden im
Jahr 2013 zwar viele neue Sitze zur Nieder-
lassung für Psychologische Psychotherapeu-
tInnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsy-
chotherapeutInnen ausgeschrieben und auch
vergeben, aber bis Mitte Januar 2014 war
noch nichts über konkrete Zulassungen der
über 60 neuen Niederlassungen zu lesen.

Am 4. Dezember 2013 tagte erneut der
Landesausschuss der Ärzte und Krankenkas-
sen über die hiesige Bedarfsplanung, um die
aktuellen Regelungen der Bedarfsplanungs-
richtlinie des Gemeinsamen Bundesaus-
schusses (GBA) umzusetzen. Es sind zusätz-
lich 19 neue Zulassungsmöglichkeiten für
uns in Mecklenburg-Vorpommern dabei her-
ausgekommen (neben den über 140 neuen
Sitzen für HausärztInnen), am meisten in
Ludwigslust und Nordvorpommern. Auf-
grund des zu wählenden Mindestversor-
gungsanteils für KJPs, wurden darüber hin-
aus auch in einigen gesperrten (weil nomi-
nell überversorgten) Planungsbereichen noch
4,5 Zulassungsmöglichkeiten geschaffen
(Güstrow, Rügen, Müritzer sind damit teilge-
öffnet). Bewerbungs-Stichtag ist allerdings
schon der 13. Februar gewesen.

Vielleicht werden wir im Sommer dann
doch ein paar neue DGVT-Mitglieder in M.-
V. begrüßen können, wenn wir wieder mal
unser Landesgruppentreffen abhalten. Hier-
mit sei dazu offiziell eingeladen: nach dem
frei zugänglichen Auftakt-Vortrag zur Som-
mer-Akademie im Hotel Hübner, Donners-
tag, 26. Juni 2014, 18.00 bis 20.00 Uhr (Jab-

barian, Abbas: "Das Phänomen der
'Achtsamkeit' in der Positiven Psychothera-
pie"), findet im selben Raum ab 20.10 Uhr
das Landesgruppentreffen statt. Es sind
Wahlen zum/zur LandesgruppensprecherIn
vorgesehen; alle DGVT-Mitglieder im Lan-
de können dafür kandidieren und sind herz-
lichst dazu aufgefordert. Der bisherige Lan-
desgruppensprecher Jürgen Friedrich wird
zuvor kurz über die Aktivitäten der Landes-
gruppe berichten. Danach kann dann, wer
will, mit Essen gehen. Wer sein Kommen
anmelden will, tue das bitte unter:
mv@dgv.de.

*Jürgen Friedrich
Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern
Kontakt:
mv@dgv.de; mv@dgv-bv.de*

Nordrhein-Westfalen

DGVT und DGVT-Berufsverband kandidieren mit eigenen Listen zur Kammerwahl 2014 in NRW

Zur Neuwahl der Psychotherapeutenkammer
NRW in diesem Jahr treten wir in vier
Wahlbezirken (Arnsberg, Düsseldorf, Köln
und Münster) mit eigenen DGVT/DGVT-
BV-Wahllisten an. Im Bezirk Ostwestfalen
sprechen wir eine Wahlempfehlung aus für
die Liste Psychotherapeuten – OWL.

Die Wahlordnung ist allerdings recht
kompliziert und erfordert bereits im Vorfeld
ein aufwendiges Prozedere, bei dem wir auf
die Hilfe der DGVT- und DGVT-BV-
Mitglieder sowie weiterer UnterstützerInnen
dringend angewiesen sind, um bei der Wahl
erfolgreich sein zu können. Deshalb möchten
wir Sie bitten, von den folgenden Möglich-
keiten, uns zu unterstützen, regen Gebrauch
zu machen.

1. Unterstützung der Wahlzulassung der DGVT-Listen

In NRW wird in fünf Wahlbezirken und ge-
trennt nach Berufsgruppen (PP/KJP) ge-

wählt. Listenvorschläge werden nur dann zur Wahl zugelassen, wenn sie vorab jeweils mindestens 15 UnterstützerInnen-Unterschriften aus der entsprechenden Berufsgruppe und dem jeweiligen Wahlbezirk vorlegen. Dies ist gerade in Bezirken mit weniger Mitgliedern und bei den KJP-Listen eine echte Herausforderung. Deshalb zählt jede einzelne Unterschrift! Was dabei zu beachten ist, haben wir weiter unten detailliert dargestellt.

2. Eigene Kandidatur auf einer DGVT-Liste

Wir suchen noch PsychotherapeutInnen, die auf den DGVT-Wahllisten kandidieren und damit unsere gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Ziele unterstützen. Dies gilt sowohl für PP wie für KJP, die getrennt voneinander zur Wahl stehen. Sollten Sie eine Kandidatur erwägen, dann setzen Sie sich bitte noch im Februar mit der DGVT-Geschäftsstelle in Verbindung. Die/Der zuständige ListenführerIn wird sich dann gerne bei Ihnen melden.

3. Stimmabgabe für die DGVT-Liste

Mitte Mai erhalten Sie den Wahlbrief der Kammer. Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt, Sie haben dabei lediglich eine Stimme. Der Wahlbrief muss spätestens bis zum 16. Juni beim Wahlausschuss der Kammer eingegangen sein. Deshalb am besten nicht zu lange liegen lassen, sondern möglichst bald die „Liste DGVT“ ankreuzen und ab zur Post damit.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anleitung für UnterstützerInnen-Unterschriften:

Bei der Wahl gibt es fünf Bezirke, die mit den Regierungsbezirken in NRW übereinstimmen. Insgesamt entstehen also zehn sogenannte Wahlkörper: ein PP-Wahlkörper und ein KJP-Wahlkörper in jedem der fünf Bezirke. Jede Wählerin und jeder Wähler ist nur in einem der zehn Wahlkörper wahlbe-

rechtigt, und nur in diesem kann sie/er auch eine Unterstützer-Unterschrift leisten. Wichtig: Damit sind keine Stimmabgabe und keine anderweitige Verpflichtung im Zusammenhang mit der Wahl verbunden! Sie bekunden damit lediglich den Willen, dass unsere Liste an dieser Wahl teilnehmen kann.

Zunächst sollten Sie feststellen, welchem Wahlkörper Sie angehören. Die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe ist klar: PP oder KJP, bei Doppeltapprobierten gab es eine Wahlmöglichkeit, wozu die betroffenen KollegInnen angeschrieben wurden. Für die Zugehörigkeit zum Regierungsbezirk ist der Haupttätigkeitsort maßgeblich, der der Kammer zuletzt gemeldet wurde. Es geht also um den Ort, den Sie der Kammer im Meldebogen mitgeteilt haben. DGVT und DGVT-BV werden in den Bezirken Arnsberg, Münster, Düsseldorf und Köln mit jeweils einer PP- und KJP-Liste zur Wahl antreten. Um die Zulassung der jeweiligen „Liste DGVT“ zur Wahl zu unterstützen, nehmen Sie den Vordruck „Unterstützer – Einzel“, den wir den Mitgliedern in NRW bereits zugesandt haben, der aber auch von der homepage der Kammer heruntergeladen werden kann. Sie unterstützen aber nicht eine einzelne Person, sondern die gesamte Liste der DGVT. Der Wahlvorschlag heißt also: DGVT. Tragen Sie Ihre Berufsgruppe und den Regierungsbezirk ein, in dem der Ort Ihrer Haupttätigkeit liegt. Wenn Sie den Regierungsbezirk nicht feststellen können, teilen Sie auf der Rückseite den Ort der beruflichen Haupttätigkeit mit. Die Zuordnung erfolgt dann später. Anschließend noch die Privatanschrift eintragen, unterschreiben und den Vordruck bis Ende Februar an die DGVT-Geschäftsstelle schicken. Wenn bis Mitte März nicht genügend Unterschriften eingehen, wird die betreffende Liste nicht zur Wahl zugelassen.

Zur Kammerwahl führen wir in den Wahlbezirken regionale Treffen durch. Ein erstes hat bereits in Köln stattgefunden.

Zu weiteren Veranstaltungen werden wir in die jeweiligen Ausbildungszentren der DGVT einladen: *13. März, 19.00 Uhr in Krefeld, 9. April, 18.30 in Münster und*

7. Mai, 18.30 in Dortmund. Bitte merken Sie sich diese Termine schon jetzt vor, Einladungen folgen.

*Johannes Broil, Wolfgang Schreck,
Wolfgang Schneider, Jürgen Kuhlmann,
Holger Wyrwa
Für die Liste DGVT
Kontakt:
nrw@dgvt.de; nrw@dgvt-bv.de*

Rheinland-Pfalz

In den letzten Jahren ist es dem Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) gelungen, gute Verbindungen zur politischen Vertretung des Landes aufzubauen. Bei neuen Gesetzesvorhaben wird die Kammer angefragt - und dies nicht nur, weil es nötig ist, sondern weil die Meinung des Kammervorstands geschätzt wird. Unseren Einfluss konnte man zuletzt bei der Novellierung des Landeskrankengesetzes erkennen. Um diese Beziehungen zu pflegen veranstaltet die LPK am 18. März zum ersten Mal ein "Politisches Frühlingsfest", auf dem mit den politischen Akteuren eine Vision der zukünftigen Gesundheitsversorgung entworfen werden soll. Herr Minister Schweitzer wird dies mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsfraktionen und dem Kammerpräsidenten kritisch beleuchten. Über 20 Landtagsabgeordnete sowie der Landtagspräsident werden dabei sein und wir hoffen, bei diesem Anlass unsere Nöte und unsere Lösungsvorschläge deutlich machen zu können. Erfreulich ist in jedem Fall schon jetzt, dass so viele Politiker unsere Einladung angenommen haben.

Novellierung Heilberufegesetz

Aktuell beschäftigt uns in der Kammer die Novellierung des Heilberufegesetzes, das die Psychotherapeuten natürlich unmittelbar betrifft. Hier ist ein erster Entwurf an die Kammern versendet worden, der in zwei Anhörungen mit allen betroffenen Kammern diskutiert wurde. Ein heikler Punkt dabei ist

die Vorstellung der Politik, dass die Kammern kontrollieren sollen, ob ihre Mitglieder eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Die Kammern wehren sich dagegen, vor allem wegen des großen Aufwandes und der möglichen Haftung, aber auch, weil man nicht noch mehr in die Rolle des "big brothers" kommen will, der seine Mitglieder auf Schritt und Tritt überwacht. Auch die Einführung eines Weiterbildungsregisters (hier sollen all diejenigen erfasst werden, die in Weiterbildung sind) ist umstritten.

Die Novellierung wird uns wohl noch das ganze Jahr beschäftigen, dazu wird wahrscheinlich noch eine Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes kommen. Auch hier werden wir ein waches Auge haben müssen, damit die Belange der Psychotherapeuten, z. B. bei der Gutachtenerstellung, Berücksichtigung finden.

*Andrea Benecke
Landessprecherin Rheinland-Pfalz
Kontakt:
rheinland-pfalz@dgvt.de;
rheinland-pfalz@dgvt-bv.de*

Schleswig-Holstein

17. Mitgliederversammlung der Landesgruppe Schleswig-Holstein der DGVT und DGVT-BV

Die Mitgliederversammlung der Landesgruppe SH fand am 7.11.2013 in Neumünster statt. Auf der Tagesordnung standen die Verabschiedung der Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie der PKSH, das Thema Ausbildungsreform und die Wahl der Landessprecher. Weitere Themen waren: Vernetzung und Austausch von KollegInnen, die in der Beratung tätig sind und die Planung der MV 2014.

Weiterbildung Klinische Neuropsychologie: „Es geht also doch.“ Der Entwurf einer Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie der PKSH fiel im Juni 2013 durch. Am 1.11.2013 stand der Entwurf erneut auf der Tagesordnung der Kammerver-

sammlung und wurde mit absoluter Mehrheit angenommen. Das bedeutet, dass die Qualifikation nun an die Weiterbildungsordnung der PKS H gebunden ist. Der Umfang der Weiterbildungsordnung ist gegenüber der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) reduziert. Aktuell bleibt abzuwarten, inwieweit bei den Leistungserbringern eine Nachfrage besteht. Bernd Schäfer berichtete dazu, dass es in SH bisher keine Anfragen gibt, die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ zu erwerben. Die PKS H ist bundesweit Vorreiter bzgl. einer eigenen Weiterbildungsordnung für die Neuropsychologie, die sich von den BPTK-Vorschlägen abhebt. Es bleibt spannend, wie die anderen Bundesländer und die BPTK darauf reagieren werden. Wer sich ausführlich über dieses Thema informieren möchte, kann dies in der Rosa Beilage der VPP 4/2013, S. 31/32 tun.

Zu dem Thema *Ausbildungsreform* gab es eine rege Diskussion unter Einbeziehung des aktuellen Standpunktes der DGVT. Aufgrund der Komplexität des Themas verweisen wir Interessierte auf die VPP und die DGVT-Homepage.

Die Vernetzung und der Austausch von in der Beratung Tätigen war ein weiteres Thema, das wir bereits aufgegriffen haben. Im Dezember 2013 haben alle Mitglieder eine Mail erhalten. Leider gab es bisher unter den Mitgliedern keine große Resonanz, dieses Angebot zu nutzen. An dieser Stelle möchten wir nochmals dazu einladen, von dieser Möglichkeit des Austausches Gebrauch zu machen. Ein Austausch ist auch über die Mailingliste Beratung möglich.

Nach zwei Jahren Amtszeit fand die Wahl der LandessprecherInnen SH statt. Wiedergewählt wurden Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer und Claudia Tiefert. Dazugekommen ist wieder Diana Will, die bereits bis 2011 Landessprecherin war.

Wir freuen uns, Euch zu der *Veranstaltung „Psychiatrie und Philosophie - wider dem biomedizinischen Trend in der Psychiatrie“ am Samstag den 1.11.2014 in Kiel* einladen zu dürfen. Spannende und aktuelle Themen und Referenten werden kommen,

u.a. der Kieler Psychoanalytiker Dr. Kanzow. Er wird zu dem Thema „Suizidalität und Psychiatrie“ sprechen; der Berliner Philosoph Dr. Kuppke wird zu dem Thema „Die Zeitlichkeit biographischer Erfahrung. Für ein erweitertes Verständnis des Biographiekonzepts“ referieren. Gleichzeitig findet die 18. MV statt und die DGVT in der PKS H stellt sich (vor).

Wie immer an dieser Stelle sind alle Interessierten, die die DGVT und den DGVT-BV in SH unterstützen wollen, herzlich eingeladen, aktiv mitzuwirken und Kontakt zu uns aufzunehmen.

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

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

DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

“Angststörungen”

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

Vortrag und Workshops zu den Themen:

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

dgvtFW

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de

Aus Europa

Wenige Änderungen für die Heilberufe

EU verabschiedet Berufsanerkennungsrichtlinie

Das Europäische Parlament und der Europäische Rat haben im Herbst 2013 die Änderung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG angenommen. Die Richtlinie konnte damit am 1.1.2014 in Kraft treten, die Umsetzungsfrist beträgt 2 Jahre. Ziel ist es, die noch niedrige berufliche Mobilität in qualifizierten Berufen innerhalb der EU Staaten zu fördern. Zu diesem Zweck wurde ein Berufsausweis eingeführt und Änderungen bei den Zeiten der Grundausbildung und den Ausbildungsvoraussetzungen für verschiedene Heilberufe vorgenommen.

Für die Heilberufe in Deutschland ergeben sich nur wenige Änderungen⁸. Die Mindeststudienzeit für angehende Ärzte soll in der Europäischen Union künftig nur noch fünf statt bisher sechs Jahre bei gleichbleibenden Unterrichtsinhalten betragen. Einige Interessenvertreter sehen dies durchaus kritisch. Zumal bislang die ärztliche Grundausbildung in Deutschland mit dem Praktischen Jahr erst nach sechs Jahren abgeschlossen ist und die deutschen Ärzte eine Facharztweiterbildung somit erst später beginnen können als ihre europäischen Kollegen. Der Deutsche Ärztetag 2013 hatte sich für die Beibehaltung der Mindeststudienzeit von sechs Jahren ausgesprochen.

Die Pflegeausbildung bleibt nach zehn Schuljahren zugänglich. Nunmehr soll die Ausbildung in der Berufsfachschule nach zehn Jahren allgemeiner Schulbildung der akademischen Ausbildung nach zwölf Jahren allgemeiner Schulbildung (bezogen auf die

automatische Anerkennung der Berufsabschlüsse) gleichgestellt werden. Somit ist die deutsche Ausbildung von Krankenpflegern europaweit anerkannt.

Bei den Hebammen wird die Dauer der Schulausbildung, die der eigentlichen Hebammenausbildung vorausgeht, auf zwölf Jahre angehoben. Bei den Krankenschwestern/Krankenpflegern für die allgemeine Pflege wird die Möglichkeit eröffnet, als Mindestvoraussetzung für den Zugang zur Ausbildung zwölf Jahre oder zehn Jahre schulische Ausbildung zu wählen.

Die alternativ mögliche Beibehaltung des Zugangs zu den Pflegeberufen nach zehnjähriger Schulbildung wird in Deutschland von Berufsverbänden der Pflegeberufe nicht durchweg positiv aufgenommen. Befürchtet wird eine verminderte Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Pflegeberufe im Vergleich zu den Angehörigen von Pflegeberufen in anderen Mitgliedstaaten. Die EU überlässt es den Mitgliedstaaten, höhere Anforderungen an die Dauer der schulischen Ausbildung als Zugangsvoraussetzung zur Pflegeausbildung zu stellen.

Die Änderungsrichtlinie enthält auch Präzisierungen bei den Anforderungen an die Sprachkenntnisse. Ob diese zum erwünschten Erfolg führen, so dass z.B. auch in multilingualen Teams die Patientensicherheit gewährleistet ist, hängt vor allem von der Durchsetzung der Anforderungen auf Länderebene ab.

Auch die Vorschriften zum Europäischen Berufsausweis und zum Binnenmarkt-Informationssystem bringen Neuerungen. Auf freiwilliger Basis wird es künftig einen elektronischen Europäischen Berufsausweis (European Professional Card – EPC) geben, dessen Einführung bis 2016 geplant ist.

Bei einer Einführung des Europäischen Berufsausweises wird möglicherweise auch die Registrierung der Angehörigen von Pflegeberufen erleichtert.

Für die Heilberufe wichtig ist zudem die Einführung eines sog. elektronischen Früh-

⁸ Siehe hierzu auch den Beitrag „GESUNDHEITSBERUFE: Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychotherapeuten und andere Heilberufe: Nachschulungen für Berufsabsolventen aus anderen EU-Staaten., in diesem Heft.

warnsystems. Falls Angehörigen von Gesundheitsberufen die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ganz oder teilweise – auch vorübergehend – in einem Mitgliedsstaat untersagt wurde, werden die zuständigen Behörden aller anderen Mitgliedsstaaten informiert.

Waltraud Deubert

GESUNDHEITSBERUFE: Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychotherapeuten und andere Heilberufe:

Nachschulungen für Berufsabsolventen aus anderen EU-Staaten

Für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse in den Gesundheitsberufen gibt es jetzt konkrete Vorgaben. Die Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums, die vom 1. Januar 2014 an insbesondere für Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker, Krankenpfleger und Physiotherapeuten aus Nicht-EU-Staaten gilt, sieht mündliche Eignungs- und Kenntnisprüfungen oder den Besuch von Anpassungslehrgängen vor. Ärzte und Pfleger müssen zudem praktisch nachweisen, dass sie Patienten untersuchen oder mit bestimmten Pflegesituationen umgehen können.

Für die Anerkennungsverfahren, die von den Ländern durchzuführen sind, werden bundeseinheitliche Vorgaben in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen gemacht. Insbesondere werden die Inhalte für durchzuführende Eignungs- oder Kenntnisprüfungen festgelegt.

Verordnung zur Durchführung und zum Inhalt von Anpassungsmaßnahmen sowie zur Erteilung und Verlängerung von Berufserlaubnissen in Heilberufen des Bundes (Heil-BAV k.a.Abk.)

<http://www.buzer.de/gesetz/10852/index.htm>

§ 20 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeu-

ten wird durch die folgenden §§ 20 bis 20d ersetzt:

„§ 20 Anerkennungsregelungen für Ausbildungsnachweise aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

- (1) Antragsteller, die eine Approbation als Psychologische Psychotherapeutin oder als Psychologischer Psychotherapeut nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes beantragen und
 1. ihre Ausbildung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abgeschlossen haben oder
 2. über einen Ausbildungsnachweis als Psychologische Psychotherapeuten aus einem Staat verfügen, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, der aber in einem solchen Staat anerkannt wurde, können zum Ausgleich von wesentlichen Unterschieden, die von der zuständigen Behörde im Rahmen der Prüfung ihres Antrags auf Erteilung der Approbation festgestellt worden sind und nicht durch Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeglichen werden konnten, die die Antragsteller im Rahmen ihrer Berufspraxis nachweisbar erworben haben, einen Anpassungslehrgang nach Absatz 2 absolvieren oder eine Eignungsprüfung nach Absatz 3 ablegen.
- (2) Der Anpassungslehrgang dient dem Ausgleich der von der zuständigen Behörde festgestellten wesentlichen Unterschiede (Lehrgangziel). Er wird entsprechend dem Lehrgangziel in Form einer theoretischen Ausbildung, einer praktischen Ausbildung, einer praktischen Tätigkeit mit theoretischer Unterweisung, einer Selbsterfahrung oder einer Kombination der einzelnen Ausbildungsbestandteile an Einrichtungen nach § 6 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt. Die theoretische Unterweisung soll durch Personen nach § 9 Absatz 1 erfolgen. Die zuständige Behörde legt die Dauer und die Inhalte des Anpassungslehrgangs so fest, dass das Lehrgangziel erreicht werden

kann. Die Ableistung des Anpassungslehrgangs ist durch eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 5 nachzuweisen.

- (3) Bei der Eignungsprüfung haben die Antragsteller nachzuweisen, dass sie über die zum Ausgleich der von der zuständigen Behörde festgestellten wesentlichen Unterschiede erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Die Eignungsprüfung erstreckt sich auf eine mündliche Prüfung. Der Prüfling hat dabei anhand einer den Anforderungen des § 7 Absatz 2 Nummer 4 entsprechenden Falldarstellung nachzuweisen, dass er über das für die Tätigkeit der Psychologischen Psychotherapeuten erforderliche eingehende Wissen und Können im Sinne des § 17 Absatz 2 verfügt. Die zuständige Behörde wählt die Falldarstellung, die Gegenstand der Prüfung ist, gemäß den festgestellten wesentlichen Unterschieden und unter Berücksichtigung des Vertiefungsverfahrens gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 1 des Psychotherapeutengesetzes der Antragsteller aus. Die Prüfung soll mindestens 30 Minuten und nicht länger als 60 Minuten dauern. Sie wird von zwei Prüfern, die die Voraussetzungen nach § 9 Absatz 1 erfüllen, abgenommen und bewertet. Die Eignungsprüfung ist erfolgreich abgeschlossen, wenn die Prüfer sie übereinstimmend mit „bestanden“ bewerten. Das Bestehen setzt mindestens voraus, dass die Leistung des Prüflings trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt. Kommen die Prüfer zu einer unterschiedlichen Bewertung, entscheidet der Vorsitzende der Prüfungskommission nach Rücksprache mit den Prüfern über das Bestehen. Die Eignungsprüfung soll mindestens zweimal jährlich angeboten werden und darf zweimal wiederholt werden. Über die bestandene Eignungsprüfung wird eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 6 erteilt.“

Waltraud Deubert

Luxemburg soll ein Psychotherapeutengesetz bekommen

Ein neuer Beruf entsteht⁹

Es geschah ohne große öffentliche Debatten, und es brauchte auch keine zweite Regierungsratssitzung: Nach der Kabinettsrunde am Freitag, 18.05.2012¹⁰, ging der Entwurf für ein Psychotherapeutengesetz auf den Instanzenweg. Tritt es in Kraft, erhält der Beruf „Psychotherapeut“ einen Titelschutz, und es wird festgelegt, wie der Ausbildungsweg dorthin auszusehen hat.

In den ungeordneten und undurchsichtigen Psycho-Markt, auf den immer neue Anbieter treten, wie allein ein Vergleich der Giel Säiten von diesem und dem vergangenen Jahr zeigt, hielt dann ein Qualitätskriterium Einzug: Psychotherapeut würde sich nur nennen dürfen, wer ein Psychologie- oder ein Medizinstudium abgeschlossen und sich in einer anerkannten Weiterbildung zum Therapeuten qualifiziert hat. Was „anerkannte Weiterbildung“ heißt, soll ein noch zu gründender Wissenschaftsbeirat klären. Dem Vernehmen nach soll er sich an den Leitlinien orientieren, die die European Federation of Psychologists' Associations (EfpA) herausgegeben hat, und die sind anspruchsvoll.

Dem Beirat soll es auch obliegen, die therapeutischen Schulen zu definieren, die mit dem Beruf geschützt werden sollen, und die Liste gegebenenfalls anzupassen. Wie ein Blick in Länder zeigt, wo der Titelschutz schon existiert, berechtigen auch ein Psychologendiplom oder die Approbation zum Arzt sowie eine anschließende Therapeutenausbildung nicht unbedingt dazu, den geschützten Titel am Türschild seiner Praxis anbringen zu dürfen: In Deutschland etwa galten bis vor kurzem nur Psychoanalyse und Tiefenpsychologie sowie die kognitive Verhaltenstherapie als „wissenschaftlich anerkannte

⁹ *Quelle:* d'Lëtzebuurger Land; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion und des Autors.

¹⁰ Dieser Gesetzentwurf ist nach wie vor gültig. Wie uns unsere Luxemburger KollegInnen mitgeteilt haben, hat sich seit 2012 nichts mehr getan.

psychotherapeutische Verfahren“. Erst neu-lich erhielt auch die systemische Familien-therapie diese Aufwertung.

Doch ganz gleich, welche Schulen am Ende den Ehrenschatz erhielten: der Beruf bliebe allein Psychologen und Ärzten – und unter ihnen nicht nur Psychiatern – vorbehalten. In einer dreijährigen Übergangsphase soll sich klären, wer sich tatsächlich Psycho-therapeut wird nennen dürfen. Anschließend müsste das große Umbenennen einsetzen: Nicht nur selbst ernannte Therapeuten wären gezwungen, ihren Titel zu ändern. Absolven-ten von hierzulande schon bestehenden, bis-weilen durchaus langen Therapeutenlehr-gängen müssten es ebenfalls, sofern sie nicht Psychologe oder Arzt, sondern vielleicht Pädagoge oder Sozialarbeiter sind.

Der Gesetzentwurf schafft keine Hierar-chien zwischen Psychotherapeuten mit Grundberuf Psychologe und solchen mit Grundberuf Arzt. Bei früheren Anläufen zum Titelschutz hielt die Fachgesellschaft der Psychiater darauf, dass Behandlungen durch nichtärztliche Therapeuten der Über-weisung durch einen Psychiater bedürfen sollten. Dagegen erklärt der Gesetzentwurf der Regierung den Psychotherapeuten zu einem „autonomen“ Gesundheitsberuf, mag der Therapeut Arzt oder Psychologe sein. Bei der Diskussion des Vorentwurfs in den letzten Monaten schälte sich allerdings ein deontologischer Konsens zwischen Psycho-logen und Psychiatern heraus: Sollte ein Psychotherapeut, der kein Arzt ist, mit einem Klienten konfrontiert werden, bei dem eine Störung vorliegt, die eventuell nicht psy-chisch bedingt sein könnte, müsste er dies ärztlich abklären lassen.

Eine Rolle bei der Therapeutenausbil-dung in Luxemburg will die Universität spie-len. Das Fach Psychologie an ihrer Human-wissenschaftlichen Fakultät, wo Psychologie in einem Bachelor- und einem Masterstud-engang belegt werden kann, ist schon seit 2008 die treibende Kraft hin zum Therapeu-ten-Titelschutz. Die Weiterqualifizierung wollen die Uni-Psychologen auch bei sich anbieten. Vorgesehen sind Lehrgänge mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen und sys-

temisch-familientherapeutischen Inhalten. Im laufenden Vierjahresplan der Uni steht das Vorhaben schon. Die Curricula sind ge-schrieben, der Fakultätsrat hat dem Aufbau-studiengang zugestimmt, der Hochschulmi-nister unterstützt ihn. Grünes Licht von der Uni-Leitung und dem Aufsichtsrat vorausge-setzt, könnte er demnächst starten – aber wohl noch nicht zum kommenden Winter-semester.

Abgesehen von der Uni haben auch an-dere Therapeutenlehrgänge signalisiert, neue Ausbildungen anbieten zu wollen. Für die Uni aber soll das auch Auswirkungen auf den Masterstudiengang haben: Er soll so angepasst werden, dass seine Absolventen besonders gut für eine spätere Tätigkeit im klinischen oder im schulischen Bereich be-fähigt werden. Weitergeführt zum Psycho-therapeuten soll ein Beruf entstehen, der die Schulen hinter sich lässt. Er soll aus allen Therapie-zweigen aufgreift, was sich als be-sonders wirksam erwiesen hat.

Ob das Psychotherapeutengesetz schnell verabschiedet werden wird, bleibt allerdings abzuwarten. Möglich ist nicht nur, dass die verschiedenen Psychotherapeutenverbände sich noch zu Wort melden. Denkbar ist eben-falls, dass ein Aspekt der Problematik auf den Tisch kommt, den die Diskussion bisher ausgeklammert hat:

inwieweit die Psychotherapie zur Lei-stung der Gesundheitskasse werden soll. Wie die Dinge derzeit liegen, bliebe die psycho-logische Psychotherapie „liberal“, und für die eines zum Therapeuten weiterqualifizier-ten Psychiaters gälten dieselben Kassentarife wie für alle anderen Psychiater. Ganz plausi-bel ist das nicht. Doch Fragen, die die Ge-bührenordnung der Ärzte betreffen, sind stets heikel. Und nicht alle Psychologen mit therapeutischer Zusatzqualifikation sind inter-essiert an einer Preisbindung durch eine Konventionierung mit der CNS.

Vorerst geht es nur um Titelschutz und den Zugang zum Beruf. Über Psychotherapie als Kassenleistung wurde bisher noch nicht diskutiert

Peter Feist

Berufspolitische Informationen für Angestellte

TVöD: Neue Eingruppierungstarife werden verhandelt!

Eigentlich hatte es recht rasch gehen sollen: Am 1.10.2005 trat der neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) in seinen Eckpunkte in Kraft und bald darauf, versprochen waren 2 Jahre, sollten auch die Eingruppierungstabellen, die noch aus dem alten Bundesangestelltentarif (BAT) übernommen worden waren, aktualisiert werden. Es ging nicht nur darum, die Eingruppierung der verschiedenen, bereits im BAT genannten Berufe zeitgerecht zu begründen, sondern auch darum, insgesamt etwa 80 neue Berufe, die im BAT gar nicht benannt waren, neu einzuordnen – unter anderem die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Seitens der Arbeitgeber wurden die Gespräche über die Eingruppierungstabellen immer wieder verschoben, nur im Tarifbereich S+E (Sozial- und Erziehungsdienst) konnten sie vor zwei Jahren mit Streiks von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di erzwungen werden (mit letztlich fragwürdigem Ergebnis für die dort inzwischen aufgeführten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

Nun kann endlich über eine positive Entwicklung berichtet werden: Die kommunalen öffentlichen Arbeitgeber (VKA), einer der drei Arbeitgeber-Vertragspartner des TVöD (neben den Ländern und dem Bund), haben im vergangenen Jahr ihre Bereitschaft erklärt, über neue Eingruppierungen zu verhandeln. Diese Gespräche mit ver.di werden endlich im Mai 2014 auf der Grundlage eines "Gemeinsamen Papiers zum Verhandlungsstand zur neuen Entgeltordnung" beginnen. Für die Vorbereitung dieser Gespräche wurden bei ver.di im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen zehn Arbeitsgruppen gebildet; eine wird – in Kooperation mit der schon seit Jahren bestehenden Fachkommission PP/KJP -

die Forderungen für den Bereich der Psychologischen Psychotherapeuten und der PiA darstellen und begründen.

Wir hoffen auf erfolgreiche Verhandlungen und baldige Ergebnisse! Man darf damit rechnen, dass die beiden anderen Arbeitgeberverbände des TVöD (Bund und Länder) sich einem Verhandlungsergebnis, wenn es vorliegt, weitgehend anschließen werden – so war es auch beim TVöD selbst.

Heiner Vogel

Erste Ergebnisse der Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeuten- kammer

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat gemeinsam mit den Landeskammern im vergangenen Frühjahr alle angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten über ihre Arbeitssituation befragt. Daraus sollten sich Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der verschiedenen Tätigkeitsfelder ergeben. Konkret sollen im Jahr 2014 im Gemeinsamen Bundesausschuss Standards für die Strukturqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern erarbeitet werden (in der Nachfolge der PsychPV) – auch dafür waren hilfreiche Daten über die Ist-Situation der psychotherapeutischen Angebote in diesen Einrichtungen und die Stellung der PP/KJP erwartet worden. Neben den Angestellten PP/KJP waren noch die PiA befragt worden, soweit einige Landeskammern diese einbeziehen wollten und z.B. über Mailinglisten oder Mitgliederverzeichnisse erreichen konnten. Die Ergebnisse hatte das durchführende Institut IGES, Berlin, für September 2013 angekündigt; Ende Januar 2014 lagen sie dann tatsächlich in einer ersten, allgemeinen Übersicht vor. Ein durchaus aufwändiges Werk: Der Auswer-

tungsband umfasst ca. 400 Seiten (mit 260 Tabellen!), dazu der PiA-Bericht und als besonderer Service für die Landeskammern gab es noch kammerspezifische Auswertungen.

Die vorliegenden deskriptiven Auswertungen bieten grobe Übersichten über die Teilnehmerstruktur/en und Daten zu den vier Hauptgruppen der Angestellten. Kleinere Teilgruppen sind noch nicht differenzierter ausgewertet und auch manche differenziertere Nachfrage bedarf einer weitergehenden vertiefenden Auswertung.

Einige Basisdaten:

- Auswertbare Fragebögen: 4.215
- Anteil Frauen: 2/3 Frauen;
- Anteil Approbation nach Übergangsrecht (§ 12 PsychThG): 54% (=46% Approbation nach Ausbildung gemäß PsychThG (§ 2))
- Altersdurchschnitt 48 Jahre (bei Männern 52 J., bei Frauen 46 J.)
- 79% PP – 5% KJP+PP - 16 % KJP.
- 51% der Antwortenden haben eine Vollzeitstelle.
- 29% der Kolleg/innen geben an, neben der Angestelltentätigkeit auch selbstständig zu arbeiten.

Verteilung auf die Tätigkeitsfelder:

- Krankenhaus (einschl. Psychiatrie+Forensik+Maßregelvollzug) 39,5%
- med. Rehabilitation (einschl. psychosomatische Reha und Suchtreha) 15,4%
- Beratungsstelle (ohne Erziehungsberatung) 8,3%
- Jugendhilfe (einschl. Erziehungsberatung) 15,7%.
- Praxis von Vertragspsychotherapeut/innen oder –ärzten/innen oder Med. Versorgungszentren 5%;
- Hochschule 2,7%
- Sozialpädiatrische Zentren/Frühförderstelle 2,0%
- Strafvollzug (ohne Forensik) 1,9%
- Schule, Schulpsycholog. Dienst 1,3%

- Sozial-/Gerontopsychiatrischer Dienst 1,2%
- Behörde, Verwaltungseinrichtung 0,7%
- weitere Einrichtungen, wie berufliche Reha-Einrichtungen, Ausbildungsinstitute für Psychotherapeut/innen, Heime für Menschen mit geistigen Behinderungen u.v.a. 6,4%

Aufteilung nach den Vertiefungsverfahren der Ausbildung (Mehrfachnennungen):

- 62% Verhaltenstherapie
- 24% Tiefenpsychologische Psychotherapie
- 12% Gesprächspsychotherapie
- 12% Systemische Therapie
- 3% Analytische Psychotherapie
- 8% sonstige/kein Verfahren¹¹.

Drei Viertel der Antwortenden geben an, dass ihre Approbation keinen Einfluss auf die Vergütung hatte.

Zufriedenheit mit dem Beruf: Die Berufszufriedenheit war, im Vergleich der vier größten Tätigkeitsfelder im Beratungsbereich und in der Jugendhilfe, am größten. Die Frage nach der Erfüllung der Erwartungen an den Beruf und nach der Erschöpfung am Ende des Arbeitstages (im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen am größten) brachte damit korrespondierende Ergebnisse.

Für die vier Hauptgruppen der Angestellten wurden im Weiteren vertiefende Auswertungen vorgenommen, z.B. zur Beteiligung an Leitungsfunktionen, zur näheren Beschreibung der behandelten Patient/innen und zu den Arbeitsstrukturen der jeweiligen Einrichtungen. Insgesamt eine Vielzahl an Daten, die nach der vorliegenden ersten Übersicht nun einer vertiefenden Analyse unterzogen werden müssen: Lassen sich Gründe finden, die die erlebten hohen Arbeitsbelastungen auf der einen Seite und mit erlebter Arbeitszufriedenheit auf der anderen

¹¹ Die Übergangsregelungen des Psychotherapeutengesetzes sahen vor, dass man auch mit tätigkeitsspezifischen Qualifikationsnachweisen (ohne Verfahrensbezug) eine Approbation erlangen konnte (§ 12 Abs. 4 PsychThG)

Seite erklären können? Lassen sich günstige Rahmenbedingungen für hohe Arbeitszufriedenheit und gute Belastungsbewältigung herausfiltern? Die Landeskammern und auch die Bundeskammer werden in den nächsten Monaten bei den vertiefenden Nachuntersuchungen diesen und anderen Fragen nachgehen. Insbesondere die Angestelltenausschüsse der Kammern werden hier wichtige Anregungen geben können.

Heiner Vogel

PEPP oder TEPP oder doch noch die alte PsychPV? Das neue Entgeltsystem für Psychiatrische Kliniken wird kontrovers diskutiert

Online-Petitionen an den Bundestag sind der große Renner – Anfang Februar gab's auch eine zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken (PEPP). Dieses soll entsprechend dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgeltgesetz – PsychEntgG - vom 21.7.2012) ab 2015 schrittweise als neue Basis für die Vergütung eingeführt werden. Gleichzeitig wird erstens die Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV, vom 18.12.1990) zum 1.1.2017 außer Kraft gesetzt. Und zweitens wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nach § 137 Abs. 1c SGB V verpflichtet, zum 1.1.2017 Standards für die Strukturqualität in diesen Kliniken zu entwickeln, die sodann verbindlich umgesetzt werden. Die Problematik des PsychEntgG und auch die mit einer pauschalierenden Vergütung in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken verbundenen Probleme und Kontroversen haben wir in der Rosa Beilage und der VPP mehrfach dargestellt.

Die erwähnte Online-Petition (<https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/>

2013/_10/_25/Petition_46537.nc.html) konnte bis zum 20.2.2014 unterzeichnet werden. Wenn 50.000 Unterschriften zusammen kommen (danach sieht es am Tag des Redaktionsschlusses, dem 13.1.14, nicht aus); würde der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages über den Inhalt beraten und zwar die Frage, ob der Deutsche Bundestag aufgefordert werden soll, die Einführung von PEPP um zwei Jahre zu verschieben, um alternative Abrechnungssysteme für diesen Sektor zu überprüfen.

Im Hintergrund der Initiative zur Petition dürfte zunächst die weiterhin fehlende Akzeptanz der neuen Vergütungsstruktur in weiten Bereichen der Psychiatrie und auch bei vielen Betroffenenverbänden stehen. Zum anderen sind zwei aktuelle Entwicklungen zu nennen: Zum einen haben es die Bedenken gegen das PEPP sogar in den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung vom Dezember 2013 geschafft. Dort wurde eine Prüfung des Systems in Aussicht gestellt – wie man hört, sollen insbesondere die SPD (die traditionell eine gewisse Nähe zu Gewerkschaften hat) und ihre Gesundheitsexperten mit dem System fremdeln. Zum anderen ist die von Seiten der Chefärzte einiger größerer Psychiatrien vorangetriebene Entwicklung eines (anderen) Tageskostenbasierten Entgeltsystems (TEPP) gerade vorgestellt worden. Das TEPP greift aus Sicht der Autoren manche Nachteile von PEPP auf und verspricht sie zu lösen (Klimke et al., 2014).

Wie kann man sich aus psychosozialer und psychotherapeutischer Sicht dazu positionieren?

- Die durch das PsychEntgG veranlassten Veränderungen der Vergütung lassen sich durchaus als kleine Revolution für diesen Bereich verstehen. Und deshalb ist ziemlich klar vorhersehbar, dass die erste Version des neuen Vergütungssystems PEPP sicher nicht in jeder Hinsicht zufriedenstellend sein wird und der Überarbeitung bedarf. PEPP ist ja auch von vorneherein als „lernendes System“ konzipiert, und es gibt intensive Begleituntersuchungen, die diese dauern-

- den Optimierungen gewährleisten sollen (vgl. Häring et al., 2014).
- Auch ist die Befürchtung nicht völlig aus der Luft gegriffen, dass aus den neuen Qualitätsstandards, die der GBA zu entwickeln hat, Papiertiger werden, die keinesfalls die Standards der PsychPV erreichen, welche vor 25 Jahren als großer Durchbruch für die Qualität der sozialpsychiatrischen Versorgung gefeiert wurden. Aber immerhin werden die GBA-Standards in einem transparenten Verfahren entwickelt, sie werden eine hohe (vermutlich einklagbare) Verbindlichkeit haben (im Unterschied zur PsychPV) und der GBA hat sich in seinen Arbeiten am Stand der Evidenz zu orientieren. Und das bedeutet beispielsweise, dass Psychotherapie als Behandlungsangebot in einem leitliniengerechten Umfang für beinahe alle Indikationen innerhalb der Psychiatrie vorzusehen ist und natürlich auch entsprechend qualifiziertes Personal vorgehalten werden muss - auch das gab es in der PsychPV nicht.
 - Häufig wird betont, dass das PEPP, in seiner jetzigen Ausgestaltung, durch die vorgesehene sogenannte degressive Vergütung (die Tagespauschalen sind in den ersten Behandlungstagen höher als im späteren Verlauf) kurze stationäre Behandlungszeiten belohnt. Ob es aber vorzeitige Entlassungen (in der somatischen Medizin spricht man im DRG-Zeitalter von „blutigen Entlassungen“) belohnt, kann nicht guten Gewissens vorhergesagt werden. Das hängt vom Verhältnis der wirklich entstehenden Kosten zu den Höhen der Pauschalen ab. Und es hat sich gezeigt: Die Behandlungskosten sind in allen Indikationen der Psychiatrie in den ersten Behandlungstagen höher als im weiteren Verlauf – es käme also auf die angemessene Justierung der Pauschalen an. Ob das TEPP wiederum in der Lage ist, durch das Herausrechnen von Intensivbehandlung und 1:1-Betreuung die befürchteten negativen Folgen der Degression zu

verhindern, könnte natürlich geprüft werden (vgl. Häring et al., 2013). Ob es aber in der Lage ist, andere Probleme, die mit der PsychPV und den klinikindividuellen, indikations- und behandlungsdauerunabhängigen Pflegesätzen verbunden sind, zu lösen, muss offen bleiben. In dem oben erwähnten Artikel von Klimke et al. (2014) wird beispielsweise mit keinem Wort darauf hingewiesen, dass die gegenwärtig unzureichende Vorhaltung psychotherapeutischer Leistungen in vielen Psychiatrien Deutschlands etwas mit dem Vergütungssystem und mit der PsychPV zu tun haben könnte, und dass das TEPP hier Verbesserungen bringen soll.

Heiner Vogel

Literatur:

- Häring, B., Kutschis, M. & Bleich, S. (2014). *Das neue Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – Herausforderungen, Chancen und Risiken einer neuen Leistungsvergütung*. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 82 (1), 30–38, (DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1356344>)
- Häring, B., Kutschis, M. & Bleich, S. (2013). *PEPPplus und TEPP – Beitrag im WWW-Blog Psychiatrie-Entgelt vom 8.10.13*. [download am 13.2.14: <http://www.psychiatrie-entgelt.de/2013/10/08/pepp-plus-und-tepp/>]
- Klimke, A., Bader, R., Berton, R., Borrmann-Hassenbach, M., Brobeil, T., Nitsche, R., Reitel, G., Schillinger, M. & Godemann, F. (2014). *Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik. Studie zur Machbarkeit eines tageskostenbasierten Entgeltsystems*. *Nervenarzt*, 85 (1), 88-96 (DOI [10.1007/s00115-013-3981-7](https://doi.org/10.1007/s00115-013-3981-7))

6. SOMMERAKADEMIE

DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

Qualifizieren und regenerieren an der Ostsee!

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

Vortrag und Workshops zu den Themen:

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

dgvtFW
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

www.dgvt-fortbildung.de

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Bedarfsplanungs-Richtlinie an neue gesetzliche Regelungen angepasst: Ärztliche Sitze auch für PP!

Seit dem 1.1.2014 gelten wichtige Änderungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie, die auf das „Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ (sog. 3. AMG-Novelle) zurückgehen.

Eine Änderung betrifft die Praxissitze, die aufgrund der sog. Ärztequote für psychotherapeutisch tätige Ärzte freigehalten werden. Diese Quoten-Sitze konnten bislang nicht an Psychologische Psychotherapeuten vergeben werden. Mit der neuen Regelung müssen Praxissitze, die für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert sind, an Psychologische Psychotherapeuten vergeben werden, sofern sich kein ärztlicher Bewerber findet. Seit dem 1. Januar 2014 werden Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr pauschal, sondern unter Berücksichtigung der tatsächlich besetzten Arztsitze bei der Berechnung des Versorgungsgrades angerechnet.

Der G-BA nahm die entsprechende Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie am 19.12.2013 vor. Mit der Neufassung wird es künftig Psychologischen Psychotherapeuten ermöglicht, für ärztliche Psychotherapeuten per Quote vorbehaltene und nicht ausgeschöpfte Zulassungsmöglichkeiten zu nutzen, sofern in dem Planungsbereich insgesamt keine Überversorgung besteht.

Etwa 200 Psychotherapeutesitze können dadurch voraussichtlich bundesweit neu besetzt werden im Laufe des Jahres. Genaue regionale Daten liegen noch nicht vor. Wir werden über unsere Mailinglisten zeitnah informieren.

(Die Ärztequote liegt seit 2009 bei 25 % des Versorgungsanteils (zuvor bei 40 %). Insgesamt gibt es 33.600 PP und KJP in Deutschland, zusätzlich 5.322 Ärztliche Psy-

chotherapeuten (ÄP). Insgesamt sind derzeit bundesweit ca. 22.000 PP, KJP und ÄP KV-zugelassen.)

Mit dieser Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie zum 1.1.14 wird sichergestellt, dass Zulassungsmöglichkeiten in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen, in denen die Quoten für ärztliche Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch nicht ausgeschöpft sind, für diese „Sub-Gruppen“ (Formulierung des G-BA) weiterhin ausgewiesen werden.

Quelle: Newsletter des G-BA vom Dezember 2013, www.g-ba.de

Kerstin Burgdorf

Kostenerstattung – Ausgaben der Kassen

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat Zahlen der Krankenkassen veröffentlicht zur Finanzierung von Psychotherapie in der Kostenerstattung.

Danach sind in den vergangenen zehn Jahren die Ausgaben für Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V) beinahe um das Achtfache gestiegen. Von 2010 (30 Mio. Euro) sind die Ausgaben im Jahr 2012 auf 40 Mio. Euro gestiegen. Für 2013 prognostiziert die BPtK sogar 60 Mio. Euro.

Nach Angaben der BPtK warten psychisch kranke Menschen im Durchschnitt drei Monate auf einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. In ländlichen Regionen sind es durchschnittlich sechs Monate.

Mitglieder, die einen Einstieg in die Kostenerstattung planen, erhalten Unterlagen und Einstiegshilfen Schritt für Schritt durch den DGVT-Berufsverband. Auf unseren Kostenerstattungs-Mailinglisten sind derzeit über 500 Mitglieder bundesweit vernetzt.

Kerstin Burgdorf

Einfluss der Honorarverteilungsänderung auf die psychotherapeutische Grundversorgung am Beispiel Schleswig-Holstein

Auch in der KV Schleswig-Holstein wurde die Honorarverteilung im Frühjahr 2013 zu Ungunsten der niedergelassenen PsychotherapeutInnen und ihrer PatientInnen verändert. Während die Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapien und die probatorischen Sitzungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommen wurden und fortan extrabudgetär von den Krankenkassen finanziert werden, sind alle anderen Leistungen jetzt engen zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterworfen.

Für Psychologische PsychotherapeutInnen müssen im Quartal 2257 Minuten und für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen 2273 Minuten für Grundpauschalen, Anamnesen, Berichte, Testungen usw. ausreichen. Darüber hinaus drohen deutliche Abschläge. Betroffen ist auch das psychotherapeutische Einzelgespräch mit der EBM-Ziffer 23220.

Wer bekommt diese Einschränkungen besonders zu spüren?

- KollegInnen mit einem großen Patientenstamm, die z.B. niederfrequent viele PatientInnen versorgen (sog. Versorgerpraxen). Hier wäre bei 100 PatientInnen schon das halbe Minuten-Kontingent mit den Grundpauschalen aufgebraucht.
- KollegInnen, die mit chronisch schwer kranken PatientInnen arbeiten, für die die genehmigungspflichtigen Leistungen oft nicht ausreichen. Hier werden insbesondere die psychotherapeutischen Einzelgespräche fehlen, die der stützenden Nachbehandlung dienen oder die für die Überbrückung der Zweijahresfrist genutzt werden konnten.
- KollegInnen, insbesondere KJP, die viele Testungen durchführen.

- KollegInnen, die therapiebegleitend häufig übende Verfahren lehren.
- KollegInnen, die für Gruppenbehandlung mehr Berichte erstellen müssen.

Wie man schon an dieser Aufzählung erkennen kann, trifft die Zeitbegrenzung konsequent die Falschen. Alles, was Kassen und Politik von PsychotherapeutInnen fordern, wird mit der neuen HVM-Regelung stark behindert: die psychotherapeutische Grundversorgung, die bessere Diagnostik und Verlaufstestungen, die Behandlung von PatientInnen, die intensiverer und langfristigerer Betreuung bedürfen und die Gruppenbehandlung.

Besonders unverständlich ist die zeitliche Begrenzung der psychotherapeutischen Einzelgespräche, die bislang von vielen KollegInnen genutzt wurden, um unbürokratisch Notfallsitzungen oder Sprechstunden anbieten zu können. Sie tun dies mit Inkaufnahme einer deutlichen Honorareinbuße. Fünf verblockte Einzelgespräche à 50 Minuten kosten die KV aktuell 28,26 Euro weniger als eine genehmigte Psychotherapiestunde. Das macht niemand, um sich zur Vermeidung der Berichtsschreiberei am Facharzttopf zu bedienen.

Schleswig-holsteinische Psychotherapeuten, die ihre Praxis wirtschaftlich führen wollen, sollen jetzt also motiviert werden, sich verstärkt der genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie zuzuwenden. Wer profitiert davon? Die Kassen sicherlich nicht. Die anderen Facharztgruppen? Stellen denn die verbliebenen psychotherapeutischen Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung eine ernsthafte finanzielle Belastung für die Budgets der anderen Gruppen dar?

Die KVSH will den neuen HVM in diesem Jahr wieder auf den Prüfstand stellen. Man kann nur hoffen, dass dann Sachargumente zum Tragen kommen, die der Patientenversorgung helfen.

*Klaus Thomsen, DGVT-BV-Delegierter und
Vorstandsmitglied PKS*

In allen KVen, außer in der KV Niedersachsen und KV Nordrhein, werden die Psychotherapeuten-Honorare für die sog. Restleistungen (Diagnostik und Krisengespräche) derzeit begrenzt. Dies bedeutet einen schweren Rückschritt gegenüber der mit der Honorarreform im Jahr 2009 erreichten bundeseinheitlichen Vergütung für alle psychotherapeutischen Leistungen zum Orientierungspunktwert.

Mit der letzten Gesundheitsreform (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) im Jahr 2012 wurde die (Wieder-) Regionalisierung der Honorare durch die KVen möglich. Dies hat nun zu völlig uneinheitlichen Honorarsystematiken in den KVen geführt, allerdings mit einheitlich negativen Auswirkungen für die Psychotherapeuten-Honorare.

Psychodiagnostik und kurze Gesprächsziffern werden aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KVen finanziert, d.h. nicht extrabudgetär vergütet, wie die genehmigungspflichtigen Leistungen.

Psychotherapeutischen Praxen und insbesondere denjenigen Praxen, die viele Patienten langfristig und niedrigschwellig begleiten, droht eine Honorarkürzung.

Wir empfehlen unseren Mitgliedern, regelmäßig im Wege des Honorarwiderspruchs gegen diese ungerechte Vergütung und auch gegen die Quotierung bzw. Absenkung der Restleistungen vorzugehen. Aufgerufen ist hier aber v.a. der Gesetzgeber, die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen endlich adäquat zu regeln.

Kerstin Burgdorf

Neuer KBV-Honorarbericht

Der aktuelle Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigt es erneut: Niedergelassene PsychotherapeutInnen erzielten im 4. Quartal 2012 den geringsten Umsatz aller Arztgruppen. Dies ist keine überraschende Neuigkeit, dass sich unsere Berufsgruppe am untersten Ende der Honorarskala bewegt. Dennoch lohnt sich der stetige kritische Blick auf die Entwicklungen, die sich aus dem quartalsweise erscheinenden Honorarbericht der KBV ergeben.

PsychotherapeutInnen hatten im 4. Quartal 2012 mit durchschnittlich 17.970 Euro erneut den mit weitem Abstand zur nächsten Arztgruppe niedrigsten Honorarumsatz. Selbst die am schlechtesten vergütete Arztgruppe, die Psychiater, konnten mit 32.625 Euro noch fast den doppelten Umsatz im Quartal erzielen.

Das Durchschnitts-Honorar der PsychotherapeutInnen ist gegenüber dem Quartal 4/2011 (damals noch 18.169 Euro) noch einmal um 1,1 % gesunken. Zum Vergleich die Ärzte: im Vergleich zum Vorjahr ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im Jahr 2012 um 0,6 Prozent gesunken.

Der Psychotherapeuten-Honorarumsatz je Behandlungsfall ist innerhalb eines Jahres um 0,7 % von 388,31 Euro auf 385,64 Euro gefallen.

Im Bundesdurchschnitt aller Ärzte und Psychotherapeuten konnte in 4/2012 ein Honorarumsatz je Arzt/Psychotherapeut von 49.906 Euro erlangt werden. Dies ist ein Minus von 1,7 % gegenüber dem Vorjahresquartal (4/2011: 50.778 Euro).

Für das gesamte Jahr 2012 zeigte sich ein durchschnittlicher Honorarumsatzverlust je Arzt in 2012 gegenüber 2011 um 1.251 Euro auf 201.087 Euro. Dies entspricht einem Rückgang von 0,6 %.

Bei den PsychotherapeutInnen ist der durchschnittliche Honorarumsatz gegenüber dem Jahr 2011 von 73.093 Euro auf 72.299 Euro zurückgegangen. Dies entspricht einem Minus von 1,1 %. Je psychotherapeutischem Behandlungsfall ist der Honorarumsatz im Vergleich zum Vorjahr sogar um 1,5 % Prozent auf 384,48 Euro gesunken.

Der DGVT-Berufsverband fordert die längst anstehende Anpassung der Psychotherapeuten-Honorare an die Honorare, die ein Facharzt im Durchschnitt erzielen kann (gem. der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts). Hier wird zunehmend deutlich, dass ohne ein konkretes Handeln durch den Gesetzgeber keine Veränderungen, die eine deutliche Verbesserung der Honorarsituation bedeuten, zu erwarten sind.

Kerstin Burgdorf

ZI startet Mitte Februar bundesweite Befragung zu Berufshaftpflichtversicherungen und Praxis-Software

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) möchte in einer Online-Befragung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten die Kostenentwicklung bei Berufshaftpflichtversicherungen und Praxis-Software erheben.

Durch die Teilnahme an der repräsentativen Umfrage kann mitgeholfen werden, die steigenden Ausgaben für Berufshaftpflichtversicherungen und Praxissoftware transparent zu machen. Die Ergebnisse der Umfrage sollen dazu beitragen, Kostensteigerungen in diesen Bereichen bei den Honorarverhandlungen besser berücksichtigen zu können. Die Befragung findet im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) statt. Das ZI wird Mitte Februar bundesweit rund 30.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten anschreiben mit der Bitte, bis zum 31. März an der Umfrage teilzunehmen.

Die Beiträge zur Berufshaftpflichtversicherung wurden von den Versicherern in den vergangenen Jahren aufgrund steigender Schadenssummen teils erheblich angehoben. Im Bereich der Praxis-Software bestehen zu den tatsächlichen Kosten erhebliche Informationslücken, denn die Preislisten der Anbieter geben z.T. keine vollständige Transparenz.

Der Zeitaufwand für die Bearbeitung des Fragebogens wird auf etwa 45 Minuten geschätzt; Teilnehmer erhalten eine Aufwandspauschale in Höhe von 50 €. Die Angaben können über ein Online-Portal gemacht werden (www.zi-pp.de).

Der DGVT-Berufsverband empfiehlt Mitgliedern, sich soweit möglich an der Umfrage zu beteiligen.

Kerstin Burgdorf

Alles was Recht ist . . .

Bundesregierung plant Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Am 19. Januar 2014 hat sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe für ein Verbot organisierter Selbsttötung ausgesprochen und angekündigt, dass es in diesem Jahr ein neues Gesetz zur Sterbehilfe geben könnte. Bundesjustizminister Heiko Maas hat sich bereits dafür ausgesprochen, ein geplantes Gesetz zur Sterbehilfe über Fraktionsgrenzen hinweg im Bundestag zu erarbeiten. Hintergrund ist, dass der Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung im letzten Jahr an der FDP gescheitert ist.

Der damalige Gesetzentwurf schlug die Schaffung eines neuen Straftatbestands im Strafgesetzbuch vor (§ 217 StGB), der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Hintergrund des Entwurfs war, dass auch in Deutschland zunehmend Dienstleistungen als Unterstützung beim Suizid angeboten wurden. Dies geschah insbesondere durch das Besorgen eines tödlich wirkenden Mittels und das Anbieten einer Räumlichkeit, in welcher das Medikament durch die suizidwillige Person eingenommen werden kann (Beispiel DIGNITAS). Diese Kommerzialisierung lasse befürchten, dass die Hilfe zum Suizid als eine normale Dienstleistung angesehen wird und sich Menschen zur Selbsttötung verleiten lassen, die dies ohne ein solches Angebot nicht getan hätten. Anstatt den Leidenden Hilfe im Leben und im Sterben anzubieten, wird das aktive und vermeintlich „einfache“ Beenden des Lebens selbst zum Gegenstand geschäftlicher Tätigkeit gemacht. Maßgebend ist in diesem Kontext dann nicht mehr das Bestreben, einem suizidgeneigten Menschen in seiner Verzweiflung beizustehen und nach

Alternativen zur Selbsttötung zu suchen. Dies steht dem im Grundgesetz verankerten Selbstbestimmungsrecht des Menschen nicht entgegen. Parallel dazu sollte aber auch die palliativmedizinische und –pflegerische Versorgung unterstützt und ausgebaut werden.

55 Prozent der Deutschen können sich im Alter aufgrund von schwerer Krankheit, langer Pflegebedürftigkeit oder Demenz einen Suizid vorstellen. Das ergab eine aktuelle Umfrage im Auftrag des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“. Allerdings zeigte sich dabei, dass die Werte je nach Alter schwanken. Während sich jüngere Menschen im Alter bis 29 Jahre eher einen Freitod vorstellen können (64 Prozent), liegt die Zahl bei älteren Menschen über 60 deutlich niedriger (48 Prozent).

Außerdem glaubt eine knappe Mehrheit der Deutschen, dass sich alte und kranke Menschen mehr als bisher zum Freitod gedrängt fühlen könnten, um anderen nicht zur Last zu fallen, sollte die Politik die Sterbehilfe durch Ärzte grundsätzlich freigeben. 52 Prozent vertreten diese Ansicht, während 45 Prozent auf die entsprechende Frage mit Nein antworten.

Die Bundesregierung will dieses Thema nun - wie den letzten Presseberichten zu entnehmen war - mit dem gebotenen Ernst diskutieren und sich ausreichend Zeit dafür nehmen. Es soll eine Expertenanhörung geben, an der alle Abgeordneten teilnehmen sollen. Für die geplante Abstimmung über ein Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe soll der Fraktionszwang aufgehoben werden, so dass die Abgeordneten bei der Entscheidung nicht der Linie der Parteiführung folgen müssen.

Waltraud Deubert

G-BA bewertet Systemische Therapie bei Erwachsenen

reichende Folgen haben und wird in den Medien derzeit ausführlich besprochen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die „Bewertung des psychotherapeutischen Verfahrens Systemische Therapie bei Erwachsenen“ am 18. April 2013 beschlossen und das Beratungsthema am 12.12.2013 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Damit ist es „Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis“ (gemäß 2. Kapitel, § 6 der Verfahrensordnung des G-BA) sowie Fachgesellschaften, Verbänden und Körperschaften aber auch weiteren in Frage kommenden Institutionen, insbesondere Versorgungseinrichtungen möglich, erste Einschätzungen zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie anhand eines Fragekatalogs abzugeben.

Die DGVT hat ebenfalls von Ihrem Recht zur Stellungnahme Gebrauch gemacht und sich dafür ausgesprochen, dass zukünftig Systemische Therapie für die psychotherapeutische Versorgung im GKV-System zur Verfügung steht.

Alle relevanten Dokumente des G-BA, v.a. den Fragekatalog zur Systemischen Therapie, finden Sie auf der Homepage des G-BA www.g-ba.de/informationen/beratungsthemen/1733/.

BGH-Urteil: Kinder müssen trotz Kontaktabbruchs Heimkosten für Eltern zahlen

(kb). Der BGH hat Anfang Februar in einem Urteil entschieden, dass erwachsene Kinder auch dann für die Heimkosten ihrer pflegebedürftigen Eltern aufkommen müssen, wenn sie seit Jahren keinen Kontakt mehr zueinander hatten. Obwohl 40 Jahre kein Kontakt zwischen Vater und Sohn bestand, muss ein heute 60-jähriger Pensionär für die Heimkosten seines Vaters in Höhe von 9022,75 Euro aufkommen. Dieses Grundsatzzurteil des Bundesgerichtshofs wird weit-

TRAUMATHERAPIE (DGVT)

Die Forschung im Bereich der Traumata und deren Behandlung hat in den letzten Jahren ständig neue Ergebnisse gebracht, die mit einer allgemeinen Ausbildung in Psychotherapie nicht abgedeckt werden können. Deshalb empfiehlt sich eine spezielle Fortbildung in diesem Themenbereich. Die Fortbildung umfasst **4 Blöcke** zu den Themen:

- Block I: Neurobiologie (der PTBS) und theoretische Grundlagen
- Block II: Kognitive Verhaltenstherapie bei traumatisierten Menschen
- Block III: Behandlung komplexer Traumatisierungen
- Block IV: Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Lehrgangsführung: Rudi Merod

Termine: 24.-25. Mai 2014
21.-22. Juni 2014
19.-20. Juli 2014
10.-11. Oktober 2014

Ort: München

dgvt^{FW}
DGVT Fort- und Weiterbildung

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

Aus den Kammern

Die Entwicklung eines Berufsbilds der PsychotherapeutInnen

Im Zusammenhang mit der wieder aufgenommenen Diskussion um eine Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde im Länderrat der Bundespsychotherapeutenkammer (hier treffen sich Präsidenten, Vizepräsidenten und Geschäftsführer der Landeskammern mit dem Vorstand der Bundeskammer einmal pro Quartal) im Verlauf des letzten Jahres beschlossen, zunächst ein Berufsbild zu entwerfen, aus dem heraus sich Kompetenzen ableiten lassen, die im Verlauf einer zukünftigen Aus- bzw. Weiterbildung von Psychotherapeuten erworben werden müssten. Daraus sollte sich sinnvoller ableiten lassen, welche Rahmenbedingungen nötig sind, um diese Kompetenzen zu erwerben. Es zeigte sich, dass dieses Vorgehen auch in der Ärzteschaft schon lange genutzt wird, wenn es um Veränderungen der Approbationsordnung oder der Weiterbildungsordnung geht. In mehreren Sitzungen wurde dann darum gerungen, ein Berufsbild zu entwerfen, das nicht nur den Status Quo beschreibt, sondern das auch wünschenswerte Entwicklungen für die Zukunft skizziert (z.B. sollten Psychotherapeuten sich verstärkt einbringen in öffentliche Diskussionen in Belangen der psychischen Gesundheit; sie sollen auch eine tragende Rolle haben in Prävention und Rehabilitation). Auch sollte der Verfahrensbezug keine Rolle spielen. In den ersten Sitzungstagen wurde die grobe Struktur des Berufsbilds festgelegt und mit Inhalten gefüllt. So gliedert sich das Berufsbild (bisher liegt es nur im Entwurf vor) in drei Teile:

- Es wird beschrieben, was Psychotherapeuten tun (z.B.: sie diagnostizieren, beraten, behandeln; sie erkennen psychische Faktoren bei somatischen Erkrankungen und unterstützen bei der Bewältigung der chronischen somatischen Erkrankung etc.)

- Es werden dann die Tätigkeitsfelder beschrieben (Aus-, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliche Weiterentwicklung, Sachverständige etc.)
- Schließlich werden die Rollen, die Psychotherapeuten haben und haben sollen, dargelegt (z.B. Tätigkeit als Berater, Heilkundige, Experten für psychische Gesundheit u.a.m.).

Über diese Struktur wird sehr gut deutlich, welche unterschiedlichen Facetten dieser Beruf hat und haben soll, wobei es zu Beginn gar nicht so leicht war, sich aus den eingefahrenen Gedankenmustern der jetzigen, durch das Gesetz einigermaßen eingeschränkten Berufsausübung zu befreien. Wir alle merkten, dass wir sehr in „heilkundlichen Bahnen“ (der Therapeut in seiner Praxis) und sehr am Sozialrecht orientiert dachten. Mit der Zeit gelang es aber zunehmend, über diesen Horizont hinaus zu denken und ein Bild des Berufs „zu entwickeln“ und ihn nach den Maßstäben zu beschreiben, die vor allem auch in der Zukunft wichtig sein werden (z.B. viel stärker vernetztes, interdisziplinäres Arbeiten). Dieses Bild ist noch nicht fertig gestellt, es wird nach wie vor gefeilt und diskutiert, z.B. auch auf dem nächsten Deutschen Psychotherapeutentag im Mai in Berlin

Es wurde inzwischen aber damit begonnen, aus diesem Berufsbild, den Tätigkeiten und Rollen Kompetenzen abzuleiten: was muss man können, um diese Rollen und Tätigkeiten auszufüllen? Dies wird in einer Matrix abgebildet, die die Kompetenzstufen „grundlegend“, „fortgeschritten“ und „professional“ umfasst. Daneben soll abgebildet werden, auf welcher dieser Stufen die Kompetenzen in Studium bzw. Aus-/Weiterbildung erworben werden sollen. Damit soll sich dann zu einem späteren Zeitpunkt abbilden lassen, was wann und wo am besten vermittelt und gelernt werden sollte. Diese Diskussion ist in vollem Gange, ist spannend und kontrovers, dabei aber am Ende sehr

fruchtbar – so ist zumindest meine Einschätzung.

Andrea Benecke

(Mitglied der Länderrats-AG der Psychotherapeutenkammern zur Ausbildungsreform für Rheinland-Pfalz)

Befugnisweiterung für PsychotherapeutInnen?

(kb). Im Zusammenhang mit der Diskussion um die Reform des Psychotherapeutengesetzes wird schon seit Jahren die Aufhebung der Befugniseinschränkungen für niedergelassene Psychotherapeuten (§ 73 Abs. 2 SGB V) diskutiert. Ganz aktuell wird auch im Zusammenhang mit der Ausarbeitung eines „Berufsbild für PsychotherapeutInnen“ seitens der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammern überlegt, welches die Grundlage für die Beratungen über für die Zukunft wünschenswerte Inhalte der Aus-/Weiterbildung sein soll.

Auf der Ebene der Psychotherapeutenkammern und insbesondere beim Deutschen Psychotherapeutentag stehen Klärungen an, inwieweit die Weiterentwicklung unseres Berufsstands seit dem PsychThG und insbesondere auch die veränderte Versorgungswirklichkeit weitergehende Befugnisse für niedergelassene PP und KJP erfordern.

Seit dem PsychThG sind PP und KJP eigenständige Heilberufe. PsychotherapeutInnen können eigenständig heilkundlich behandeln, PatientInnen haben das sog. Erstzugangsrecht, d.h. können sich direkt an einen PP/KJP wenden ohne Überweisung durch einen Arzt oder speziell einen Psychiater. PP und KJP sind im Vertragsarztrecht (Ärzt-Zulassungsverordnung) formal gleichgestellt mit Ärzten, es stehen ihnen jedoch im Sozialrecht (SGB V) weniger Befugnisse als den Ärzten zu. Dies war 1999 bei Einführung des PsychThG sicherlich noch hinzunehmen, da sich die neuen Berufe zunächst zu bewähren

hatten. Nach 15 Jahren, in denen PP und KJP sowohl in der ambulanten als auch in der stationären psychotherapeutischen Versorgung zentrale Rollen übernehmen konnten, ist eine Überprüfung der fachlichen Fundierung der bestehenden sozialrechtlichen Befugnis-Beschränkungen angebracht.

Inwieweit sich aus einer Befugnisweiterung dann ein Zwang ergibt, diese Befugnisse auch zu nutzen, wird innerhalb unseres Berufsstands kontrovers diskutiert und ist noch nicht abschließend geklärt. Es wird hier sicherlich (rechtlich betrachtet) darauf ankommen, ob die erweiterten Befugnisse zum sog. „Kern der psychotherapeutischen Tätigkeit“ gehören. In diesem Fall müsste dann ein KV-zugelassener Psychotherapeut diese Befugnisse auch vorhalten. Ausnahmeregelungen sind jedoch – wie bereits jetzt schon für die Vertretung von PP/KJP – im Bundesmantelvertrag zu regeln.

Befugnisweiterungen bedeuten technisch gesprochen eine Aufhebung der bestehenden sozialrechtlichen Befugnis-Beschränkungen. Diese sind insbesondere:

1. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
2. Verordnung von Heilmitteln
3. Verordnung von Sozialtherapie
4. Überweisung zu (Fach-)Ärzten
5. Einweisung in Krankenhäuser
6. Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit
7. Veranlassung der gesetzlichen Unterbringung

Um diese Beschränkungen aufzuheben, wären Änderungen erforderlich im SGB V (sog. Ausschlussklausel des § 73 Abs. 2 SGB V – siehe Kasten auf der nächsten Seite), im Bundesmantelvertrag, in der Psychotherapie-Richtlinie sowie in den landesrechtlichen Regelungen zur Unterbringung (PsychKG-NRW, Unterbringungsgesetz Baden-Württemberg, Hessisches Freiheitsentziehungsgesetz usw.).

Wir wollen mit den folgenden drei Beiträgen unterschiedliche Perspektiven zum Thema darstellen.

Der erste Beitrag von Jochen Maurer ist bereits im Jahr 2010 veröffentlicht worden. Anlässlich der damaligen Diskussion in der Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hatte Jochen Maurer für die Delegiertengruppe der DGVT eine Stellungnahme abgegeben.

§ 73 Abs. 2 SGB V

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. ärztliche Behandlung,
(...)
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Soziotherapie.

Die Nummern 2 bis 8, 10 bis 12 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.

Die Beiträge von Bernd Schäfer aus der DGVT-Landesgruppe Schleswig-Holstein und Hans-Peter Michels, Mitglied des erweiterten Vorstands von DGVT und DGVT-BV, sind anlässlich der wieder aktuellen Diskussion zum Berufsbild der PsychotherapeutInnen in der Mailingliste der LandesprecherInnen und Kammer-Delegierten unseres Verbands entstanden.

Stellungnahme zur Erweiterung sozialrechtlicher Befugnisse für Psychotherapeuten

Was soll die Befugnisserweiterung nicht bewirken?

Aus einer insuffizienten eine gute ambulante Behandlung machen, denn:

Bereits jetzt ist die ambulante psychotherapeutische Behandlung gut!

Was soll die Befugnisserweiterung ebenfalls nicht bewirken?

Niedergelassenen Psychotherapeuten einen Imagegewinn durch die „Angleichung an ärztliche Privilegien“ verschaffen, denn:

Die zur Diskussion stehenden Befugnisse sind nicht nur nicht sonderlich imageträchtig, sondern sogar mit einigen bürokratischen Widrigkeiten wie vermehrtem Formularwesen, vermehrtem honorartechnisch betrachtet unattraktivem Zeitaufwand und ggf. bisher unbekannter („Gutachterverfahren als quasi vorgeschalteter Wirtschaftlichkeitskontrolle“) Legitimation von Leistungen im Falle von unwirtschaftlichen Verordnungen verbunden. Im Übrigen ist es gut, dass Ärzte über diese Befugnisse verfügen und sie nutzen, da sie erwiesenermaßen wichtige Elemente in der präventiven, kurativen und rehabilitativen Behandlung darstellen.

Was soll eine solche Befugnisserweiterung denn bewirken?

Auch Psychotherapeuten sind Interventions-Bausteine zur Verfügung zu stellen, die in einem Gesamtbehandlungskonzept von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die genuin psychotherapeutische Tätigkeit bei Bedarf ergänzen können mit dem Ziel, gesundheitsschädliche Belastungen zu reduzieren und/oder Arbeitsplatzrisiken zu verhindern sowie die direktere Kooperation mit anderen an der Krankenbehandlung Beteiligten zu ermöglichen - und hierdurch die positiven Effekte psychotherapeutischen Handelns abzusichern.

Die DGVT befürwortet in diesem Sinne die geplante Befugnisserweiterung.

Wie kommt die DGVT zu dieser Haltung? Traditionell wird der Verband geprägt von zwei Strömungen: 1. der fachlichen (VT) und beruflichen/berufspolitischen 2. der gemeindepsychologischen bzw. versorgungspolitischen Strömung.

Erstere Strömung spiegelt sich u.a. in den Ausbildungsaktivitäten und dem Engagement in der Kammerarbeit wider, zu den Themen der 2. Richtung zählen diverse Versorgungsmodelle unter Patienten/Betroffenenbeteiligung. Beide Fraktionen leisten einen Beitrag zur Frage der Befugnisserweiterung.

Da sei zunächst der berufspolitische Aspekt genannt: die Befugnisserweiterung ist einer Verantwortungsübernahme geschuldet!

Gemeint ist die Verantwortungsübernahme für Aufgaben, die bislang nur Ärzte zusätzlich zu ihren originären Behandlungsaufgaben übernehmen. Da sich die skizzierten Instrumente offenbar in der Krankenversorgung bewährt haben (niemand hat ernsthaft die Abschaffung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, der Ein-/Überweisung oder der Verordnung von Heilmitteln gefordert!), ist es nur konsequent, dass die dritte Säule im KV-System (Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten) sich diesen Aufgaben stellt – und daher die Befugnis dazu benötigt.

Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive sehen wir die Befugnisserweiterung als konsequente Fortführung dessen an, was Jürgen Markgraf im Rahmen der Gutachterkonferenz für Verhaltenstherapie als Forderung formuliert hat, nämlich sinngemäß:

„Es genügt nicht, sich nur auf die originäre psychotherapeutische Tätigkeit zu konzentrieren. Darüber hinaus sollen, sowohl in Diagnostik wie auch Therapieziel- und Interventionsplanung, weitere Unterstützungsmöglichkeiten bedacht und zum Zwecke der Genesung des Patienten einbezogen werden. Anbieter solcher Unterstützungsmöglichkeiten sind neben anderen Behandlern auch AA/Arge, Beratungsstellen, An-

bieter von Wohnformen oder Freizeitmöglichkeiten, Reha-Träger u.a.“

Bereits jetzt sind positive Effekte einer solchen Perspektiverweiterung zu verzeichnen. Wie die meisten niedergelassenen KollegInnen (unwirsch?) berichten, haben die Anfragen von Krankenkassen, Rentenversicherungen, Versorgungs-/Integrationsämtern, AA/ARGEn u.a. seit Inkrafttreten des PTG im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zugenommen. Auch wenn die Bearbeitung dieser Anfragen bisweilen lästig ist, so nützt sie doch Patienten bei der Anerkennung von Behinderungen, der Berücksichtigung von psychischen Störungen am Arbeitsplatz und bei der Bewilligung von Reha- oder Rentenverfahren.

Vom mittlerweile emeritierten Dietmar Schulte war hinsichtlich der in Jahrzehnten entstandenen Ausweitung verhaltenstherapeutischer Methoden hin und wieder die Aussage zu hören: „Verhaltenstherapie ist das, was funktioniert!“ Diese Haltung wurde, durchaus nachvollziehbar, von Vertretern anderer Therapieschulen, als „imperialistisch“ erlebt. Nach meinem Dafürhalten ist diese Aussage weit weniger dogmatisch, sondern viel mehr pragmatisch zu verstehen. Pragmatisch bedeutet im Kontext psychotherapeutischer Behandlungsforschung, dass solche Interventionen, die sich empirisch bewährt haben, auch angewandt werden sollten. (Schon vor 20 Jahren wurden daher Stimmen laut, die eine allgemeine Psychotherapie, eine empirisch begründete Psychotherapie oder eine psychologische Psychotherapie forderten.)

Als pragmatisch in der jetzt geführten Diskussion um die Befugnisserweiterung von Psychotherapeuten könnte auch der Schritt bezeichnet werden, bewährte Instrumente der Versorgung von Patienten, wie Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder Einleitung weiterer unterstützender Behandlung, in psychotherapeutisches Handeln aufzunehmen.

Aus der gemeindepsychologischen Tradition der DGVT heraus lässt sich die diskutierte Befugnisserweiterung unter Versorgungsaspekten positiv bewerten: es profitiert der Patient!

Während einige Themen aus dem Spektrum der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Behandler wichtiger sind als für Patienten (z.B. Honorarfragen), wiederum andere für beide Seiten etwa gleichbedeutend (Erstzugangsrecht zur Psychotherapie), so dürften von der intendierten Befugnisweiterung für Psychotherapeuten vor allem die betroffenen Patienten profitieren. Denn sie wären es, die neben den Ärzten auf eine weitere Behandlergruppe zurückgreifen können, wenn es um die Unterstützung von indizierten Maßnahmen, sei es nun Behandlung oder Entlastung von Arbeitsverpflichtungen, geht.

Jochen Maurer, Wuppertal

Befugnisweiterungen für PP und KJP – Eine Pro-Position

Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde es endlich abgeschafft, das leidige Delegationsverfahren. Psychisch kranke Menschen hatten nunmehr die Möglichkeit, zum Psychotherapeuten zu gehen, ohne vorher einen Arzt konsultieren zu müssen, der die Indikation für Psychotherapie stellte und ggf. die Durchführung derselbigen an einen Psychologen delegierte. Die neuen Heilberufe wurden geschaffen und damit das Erstzugangsrecht zum PP oder KJP. Das Erstzugangsrecht ist zurecht ein sehr hohes Gut und wird vehement verteidigt, wenn Gefahr droht (z.B. wenn es um Modelle neuer Versorgungsformen geht). Aber was bedeutet dieses Erstzugangsrecht eigentlich in der Praxis?

Wenn der psychisch kranke Mensch eine Psychotherapie benötigt und haben will, dann kann (muss nicht) sein erster Weg zum Psychotherapeuten führen. Das war's dann aber auch schon. Glaubt er hingegen, nicht mehr arbeitsfähig zu sein oder möglicherweise in eine Klinik zu müssen oder ist er der Überzeugung, dass er Medikamente benötigt, kurz: wenn es also richtig schlimm um ihn steht, dann geht der psychisch kranke

Mensch zum Arzt. Das muss er auch tun, denn nur dort kann er eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten, nur von dort kann er in eine Klinik eingewiesen werden und nur dort kann er Medikamente bekommen. Der erste Weg zum Arzt kann darüber hinaus der banalen Erkenntnis geschuldet sein, dass man jetzt Hilfe benötigt und nicht in ein paar Monaten, wenn ein Psychotherapeut vielleicht einen Platz hat. Ein Großteil psychisch kranker Menschen benötigt mehrere Behandlungselemente in einer adäquaten Versorgung. Bezogen auf die adäquate Versorgung eines Großteils psychisch kranker Menschen ist das sog. Erstzugangsrecht zum PP oder KJP praktisch bedeutungslos. Der erste Zugang zum Psychotherapeuten erfolgt für diese Menschen in der Regel erst, nachdem sie bereits monatelang mehr oder minder häufig ärztlich gesehen wurden, eine pharmakologische Behandlung bereits begonnen wurde, manchmal schon etabliert ist und die Leistungsfähigkeit durch AU-Bescheinigungen möglicherweise schon mehrfach quasi amtlich festgehalten wurde. Vielleicht wurde schon einmal der Gedanke an eine Kur gewälzt oder an die Möglichkeit einer Frühberentung, jedenfalls darf man davon ausgehen, dass in diesen Monaten bereits in allen Patienten eine Idee davon gewachsen ist, was unter einer psychischen Störung zu verstehen und wie diese zu behandeln ist, bevor der erste Kontakt zum Psychotherapeuten stattfindet. Das kann man gut finden oder schlecht.

Ich plädiere dafür, dass sich PP und KJP stärker an der Versorgungswirklichkeit der meisten psychisch kranken Menschen orientieren und sich nicht auf das Behandlungselement Psychotherapie begrenzen. Psychisch kranke Menschen sollten von Psychotherapeuten potenziell alles das bekommen können, was sie zu ihrer adäquaten Versorgung benötigen. Nur wenn dies gewährleistet ist, kann aus dem Erstzugangsrecht zum PP oder KJP für einen Großteil der psychisch kranken Menschen tatsächlich eine sinnvolle Konstruktion werden. Das hätte darüber hinaus folgende Vorteile:

- Psychotherapeuten könnten von Anfang an daran entscheidend mitwirken, welches Störungsverständnis sich bei Patienten ausbildet mit allen Auswirkungen auf das Verständnis psychischer Störungen in der Gesellschaft. Sie hätten so stärker Einfluss darauf, dass Psychotherapie in einem multimodalen Behandlungskonzept adäquat Berücksichtigung findet.
- In der Versorgungslandschaft könnten sie eine zentrale Position einnehmen mit allen Auswirkungen auf diverse Vorurteile, die ihnen auch heute noch entgegen hallen (z. B. dass sie sich ja nur um die „leichten Fälle“ kümmern oder sich gerne die Rosinen herauspicken).
- Sie könnten sich in der Versorgungslandschaft in die erste Reihe stellen, zu den Experten für die Versorgung psychisch kranker Menschen werden und sich so verantwortlicher zeichnen, wenn psychisch kranke Menschen mehr benötigen als Psychotherapie.

Man muss das nicht wollen, aber wenn man es will, dürfte es ohne die entsprechenden Befugnisserweiterungen nicht gehen.

Bernhard Schäfer
Landessprecher in Schleswig-Holstein

Verordnung von Medikamenten durch PP und KJP?

Mit dem Psychotherapeutengesetz im Jahre 1999 sind PP und KJP als Heilberufe anerkannt worden. Sie haben sich in die bestehende medizinisch orientierte Struktur der Krankenversorgung eingefügt, d. h. auch Psychotherapie wird weitgehend nach dem Modell der freien Niederlassung angeboten. Damit werden unmittelbare Formen der Kooperation zwischen PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen erschwert. In gemeindenahen, integrativen Einrichtungen zur Versorgung und Präventi-

on wären die Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit leichter realisierbar, damit die Chancen für eine biopsychosozial ausgerichtete Therapie größer.

M.E. nach sind die aktuellen Diskussionen um eine Direktausbildung in Psychotherapie, um das Berufsbild des/der PsychotherapeutIn und um die Befugnisserweiterung vor diesem Hintergrund zu reflektieren.

Ein zweiter Punkt kommt hinzu, wenn PsychotherapeutInnen für ihre Profession die Möglichkeit der Medikation fordern. Dann muss man die wissenschaftlich problematische Situation der vorherrschenden Diagnostik mit in die Überlegungen einbeziehen. Seit der Veröffentlichung des DSM-III im Jahre 1980 verbreitete sich immer mehr eine symptomorientierte Form der Diagnostik – und mit ihr eine biomedizinische, neurowissenschaftliche Auffassung psychischen Leidens: In Konsensgruppen wurden sogenannte „psychische Störungen“ voneinander abgegrenzt. Zu den „Störungen“, die man quasi als Entitäten verstand, wurden spezifische Behandlungsformen entworfen. Auch in der BRD begannen Kommissionen in aufwendigen „Konsens“-verfahren Behandlungsleitlinien festzulegen. Verfahren und Mittel, die sich auf den Patienten beziehen, stehen dabei im Vordergrund, häufig wurde die Medikation mit Psychopharmaka als Methode der ersten Wahl propagiert.

Es wird dagegen selten, wenn überhaupt, an Veränderung von (Familien-)Systemen oder krankmachenden Bedingungen und Verhältnissen gedacht. Auf diese Weise hat sich die Psychotherapie (möglicherweise die Verhaltenstherapie stärker noch als in der Psychoanalyse) nach dem Behandlungsmodell somatischer Erkrankungen formiert.

Vor diesem Hintergrund diskutiere ich im Folgenden die Forderung nach einer Befugnisserweiterung für PP und KJP hinsichtlich der „Verschreibung von Medikamenten/Psychopharmaka“. Nur dazu beziehe ich hier Stellung, da sie eine Vielzahl von Komplikationen nach sich ziehen würde.

Andere Befugnisse wie Überweisung, Verordnung von Soziotherapie oder Krank-

schreibung sind weitgehend unproblematisch und passen durchaus zur Berufsrolle von PP und KJP.

Folgende Probleme sehe ich:

- 1) Die Möglichkeit der Verordnung von Medikamenten würde die Beziehung von PP und KJP zu ihren PatientInnen äußerst ambivalent werden lassen. PsychotherapeutInnen konfrontieren ihre PatientInnen häufig mit existenziellen Fragen. Sie stellen sie vor schwierige Entscheidungen oder erarbeiten mit ihnen Ziele, die anstrengende und langwierige Verhaltensänderungen zur Folge haben. Bekanntermaßen verlaufen diese Prozesse selten reibungslos, sind mit Rückschritten und starker emotionaler Belastung verbunden. PsychotherapeutInnen haben bisher gezeigt, dass allein durch psychologische Maßnahmen solche Phasen überwunden werden können und zur „Heilung“ führen. Sie würden sich um die Vorteile dieser spezifischen Form der „Behandlung“ bringen oder diese zumindest erschweren, wenn TherapeutIn und KlientIn nun zusätzlich über eine medikamentöse Behandlung verhandeln könnten.
- 2) Um Psychopharmaka kompetent verschreiben zu können, sind Kenntnisse der Psychopharmakologie bei weitem nicht ausreichend. Die Ausbildung von PP und KJP müsste dann um diverse medizinische Fächer erweitert werden. Praktiken, die zum Monitoring der Medikation notwendig sind, wie z.B. die Blutabnahme, müssten ebenfalls eingeübt werden.
Auch dann, wenn man ein solches „kleines“ Medizinstudium absolviert hat, bleibt fraglich, ob man eine Verschreibung/Absetzung von Medikamenten wirklich verantwortlich durchführen kann. Diese Befugnis sollte den „VollmedizinerInnen“ vorbehalten bleiben.
- 3) Entwicklungen, wie z.B. die Verschiebung im Krankheitsspektrum hin zu chronisch körperlichen Erkrankungen oder die höheren Anforderungen an die

individuelle Lebensführung sprechen eher für eine Aufgabenteilung zwischen MedizinerInnen einerseits und PP/KJP andererseits, als für eine Erweiterung von Befugnissen in die Bereiche der jeweils anderen Profession hinein.

So sehen wir beispielsweise bei einer chronischen Krankheit wie Typ II Diabetes erhebliche Fortschritte in den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Aufgrund der Innovationen könnten die Betroffenen vielen Komplikationen und Folgeerkrankungen entgehen, wenn sie ihre Lebensführung bzw. ihr Verhalten auf die Erfordernisse ihrer Erkrankung und Behandlung abstimmen würden. Experten sehen gerade in verhaltensbezogenen Aspekten die größten Hindernisse für Fortschritte in der Behandlung. Dies gilt nicht nur bei Patienten mit Diabetes, sondern bei vielen anderen Krankheiten.

PP und KJP sollten hier ihre Kenntnisse und Kompetenzen erweitern und einbringen.

Aufgrund dieser – hier nur kurz skizzierten – Entwicklungen wird eine biopsychosoziale oder soziopsychosomatische Herangehensweise in der Krankheitsprävention und -versorgung immer dringlicher. PP und KJP benötigen daher keine Möglichkeit zur Medikation, sondern symmetrische Kooperationsverhältnisse mit den anderen Professionen.

*Hans-Peter Michels, Böhl-Iggelheim
Mitglied der Redaktionskommission*

Weitere Infos

Präventionsbericht 2013 Mehr Geld für Lebensweltprojekte

(*wd*). Die Krankenkassen haben 2012 mehr Geld für Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgegeben als gesetzlich gefordert, aber deutlich weniger als 2011. Laut Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes der GKV 2013 hat die GKV 2012 rund 238 Millionen Euro oder 3,41 Euro pro Versichertem ausgegeben, 2011 waren es noch 270 Millionen Euro oder 3,87 Euro pro Versichertem. Gesetzlich vorgeschrieben waren bislang 2,94 Euro/Versichertem.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit aus CDU, CSU und SPD hat sich nun im Rahmen der Koalitionsgespräche darauf verständigt, dass Krankenkassen in Zukunft deutlich mehr für Prävention und Gesundheitsförderung ausgeben müssen. Ab dem 1. Januar 2015 sollen es 7 Euro pro Versichertem sein. Der Betrag soll jedes Jahr um einen Euro – bis auf 10 Euro – steigen. 80 Prozent sind für Prävention in Lebenswelten, davon ein Drittel für betriebliche Gesundheitsförderung, vorgesehen.

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes haben die Krankenkassen bereits 2012 bei der Verteilung der Präventionsmittel mehr Geldmittel für Lebensweltprojekte zur Verfügung gestellt.

Sie gaben demnach 46 Millionen Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung aus (2011: 42 Millionen Euro). 36 Prozent aller gesundheitsfördernden Projekte wurden in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes durchgeführt, häufig standen Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz im Vordergrund. 21 Prozent mehr fielen 2012 auf lebensweltbezogene Projekte (28 Millionen Euro). Den Präventionsbericht 2013 finden Sie auf den Seiten des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de oder MDS unter www.mds-ev.de im Internet.

Broschüre KIGGS Welle 1 erschienen

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

(*kb*). Das Robert Koch-Institut hat erste Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 zu verschiedenen Gesundheitsthemen ausgewählt und in einer Broschüre zusammengestellt. In der Publikation finden sich erste Ergebnisse zum gesundheitlichen Wohlbefinden, zu sportlicher Betätigung, Unfallverletzungen, HPV-Impfquote, Allergien, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum sowie zur Nutzung von Medien.

Mehr als 16.000 Kinder, Jugendliche, deren Eltern sowie junge Erwachsene haben für KiGGS Welle 1 Fragen beantwortet. Die Broschüre kann als PDF-Dokument heruntergeladen werden. Ausführliche Ergebnisse der KiGGS Welle 1 erscheinen Mitte 2014 im Bundesgesundheitsblatt.

http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs1_tn_broschuere_web.pdf

Letzte Meldung

„Pille danach“ zukünftig rezeptfrei?

DGVT-Fachgruppe Frauen
plädiert für Freigabe

Deutschland ist eines der wenigen Länder Europas, in dem Frauen die „Pille danach“ nur mit Rezept erhalten. Seit über zehn Jahren kämpfen Frauenverbände für die Rezeptfreiheit.

Bereits 2003 hat der Sachverständigen-Ausschuss für Verschreibungspflicht beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Ende der Rezeptpflicht empfohlen. Diese Empfehlung hat er am 17. Januar 2014 erneuert. Die SPD und die Oppositionsparteien befürworten ebenfalls die Freigabe, in der Union dagegen gibt es Widerstand. Und auch der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, erklärt, dass die Pille danach ein „Notfallmedikament mit Nebenwirkungen“ sei; eine ärztliche Beratung sei deshalb notwendig.

Nun ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefragt und muss entscheiden, welchem Votum es folgt. Dabei kann es durchaus von der Einschätzung des Sachverständigen-Ausschusses abweichen. Bundesminister Hermann Gröhe¹² kann aber auch eine entsprechende Verordnung erlassen und sie dem Bundesrat, dessen rot-grüne Mehrheit für die Freigabe ist, vorlegen. Damit würde der CDU-Politiker allerdings gegen die Stimmen in seiner Partei handeln.

Das Nationale Netzwerk „Frauen und Gesundheit“, in dem die DGVT-Fachgruppe „Frauen in der psychosozialen Versorgung“ Mitglied ist, hat sich bereits im Mai 2013 für die Freigabe ausgesprochen. Nach den neuesten Entwicklungen wurde nachfolgend abgedruckte Stellungnahme vom Nationalen

¹² Gröhe ist seit 1997 Mitglied der Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und war von 1997 bis 2009 Mitglied des Rates der EKD.

Netzwerk „Frauen und Gesundheit“ verabschiedet und an die Politik geschickt.

Waltraud Deubert

Frauen werden von Politik und Frauenarztverband bevormundet

Stellungnahme vom Nationalen Netzwerk
Frauen und Gesundheit

Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit kommentiert die Ablehnung des Gesundheitsministers, die Rezeptfreiheit der Pille danach umzusetzen

Im Januar 2014 hat der Sachverständigenrat für Verschreibungspflicht des Bundesamts für Arzneimittel (BfArM) empfohlen, die Rezeptpflicht für die Pille danach auf Levonorgestrel-Basis aufzuheben. Dies ist die zweite Prüfung durch dieses Gremium, das bereits im Jahr 2003 zu dem gleichen Ergebnis kam. Der Gesundheitsminister Hermann Gröhe reagiert auf die Forderungen ablehnend, dieses nach Einschätzung der WHO extrem sichere, gut und langjährig beforschte Medikament zur Notfallverhütung aus der Rezeptpflicht zu entlassen. Selbst der Bundesrat hat im Juli 2013 die Bundesregierung aufgefordert, die Verschreibungspflicht von Notfallkontrazeptiva aufzuheben und im November 2013 einer entsprechenden Verordnung zugestimmt.

Als Gründe nennt der Gesundheitsminister mögliche schwere Nebenwirkungen und eine in Deutschland angeblich stets verfügbare schnelle ärztliche Versorgung und Beratung. Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage, gesundheitspolitischer Erwägungen und Public Health Aspekten ist diese Ablehnung nicht nachvollziehbar. Die Begründung macht deutlich: Mädchen und Frauen wird in Deutschland nicht zugetraut, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu ent-

scheiden, ob sie die Pille danach benötigen. Dabei ist dies die Praxis in inzwischen ca. 90 Ländern! In fast allen Ländern, darunter fast alle Länder Europas, die USA, Kanada, China und Australien, funktioniert das ohne Zwischenfälle oder Komplikationen und schon heute gehen Frauen in Deutschland, die in der Nähe zu angrenzenden Ländern wohnen, in die Apotheke im Nachbarland, wenn sie die Pille danach benötigen (Schweiz, Frankreich, Niederlande, Belgien, Österreich, Dänemark).

Internationale Fachorganisationen - darunter die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Internationale Gesellschaft für Gynäkologie und Frauenheilkunde (FIGO) und die Expertengremien der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA- sind sich seit langem einig: es gibt keine medizinischen Gründe für eine Rezeptpflicht: Die Wirksamkeit ist hoch, besonders in den ersten 12 bis 24 Stunden, Nebenwirkungen sind gering, ein Sucht- oder Überdosierungsrisiko ist nicht vorhanden. Selbst eine versehentliche Einnahme in der Frühschwangerschaft hat keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft. Zahlreiche Studien belegen: Frauen können sehr gut beurteilen, ob sie das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft haben, sie nehmen die Pille danach korrekt ein und verhüten auch nach Aufhebung der Rezeptpflicht zuverlässig.

Die Konsequenzen der Rezeptpflicht in Deutschland werden für Frauen bzw. Paare dann spürbar, wenn sie die Pille danach benötigen: die Suche nach einem Notdienst, lange Fahrten, noch längere Wartezeiten, peinliche Befragungen gelegentlich mit Zurechtweisungen. Auch unnötige Untersuchungen und zusätzliche Behandlungskosten sind häufig. Im schlimmsten Fall wird eine Frau in mehreren Klinikambulanzen abgewiesen, zum Beispiel wenn es sich um konfessionelle Häuser handelt. Bei aller Empörung über diese Realität gerät ein wichtiger Aspekt dabei häufig in den Hintergrund: Es vergeht wichtige Zeit bis zur Einnahme und das alles mit dem Wissen, dass die Pille danach in den ersten 24 Stunden am wirksamsten ist.

Wenn Politiker oder der Berufsverband der Frauenärzte in Deutschland mit der Gefährlichkeit, dem hohen Beratungsbedarf und schweren Nebenwirkungen argumentieren, obwohl weltweit alle Fachgesellschaften zu anderen Ergebnissen kommen, wirken die Argumente vorgeschoben. Das Netzwerk Frauen und Gesundheit mahnt an, gesundheitspolitische Entscheidungen sollten evidenzbasiert getroffen werden, also auf der Basis wissenschaftlicher Studien und systematisch zusammengetragener klinischer Erfahrungen. Eine Beibehaltung der Rezeptpflicht entspricht dagegen der systematischen Verschleppung einer lange überfälligen Änderung und konterkariert die Zielsetzung des Ministers Gröhe, Frauengesundheit und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung bestmöglich zusammenzubringen. Das Nationale Netzwerk Frauen fordert die Umsetzung der Rezeptfreiheit als eine wichtige gesundheitspolitische Maßnahme, die zeitnah umgesetzt werden sollte.

Dieses Schreiben wird von folgenden Institutionen des Nationalen Netzwerkes unterstützt:

1. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)
2. Bremer Forum Frauengesundheit
3. Bundesverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland e.V.
4. Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD)
5. Deutscher Hebammen Verband e.V. (DHV)
6. Fachgruppe „Frauen in der psychosozialen Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie
 - 1) e.V. (DGVT)
7. Lachesis e.V. (Berufsverband für Heilpraktikerinnen)
8. Netzwerk Frauengesundheit Berlin
9. Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
 - 2) pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. – Bundesverband

Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit ist ein Zusammenschluss von Institutionen und Verbänden mit dem Ziel, frauenspezifische und geschlechterdifferenzierende Standards in der Gesundheitsforschung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung zu etablieren und langfristig zu verstetigen. Mit der Herausgabe verschiedener Broschüren trägt es u.a. dazu bei, dass Frauen evidenzbasierte Informationen zu Fragen wie Mammografie- Screening oder Gebärmutterhalskrebs Früherkennung erhalten. Zu den Mitgliedsverbänden siehe <http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/verbaendeundaks/index.htm>



Die 1971 in München gegründete Vereinigung umfasst über 30 kognitiv- und verhaltenstherapeutische Mitgliedsorganisationen aus über 20 europäischen Ländern. Zielsetzung der EABCT ist die Förderung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Therapieansätze in Europa.

Die EABCT richtet jährlich stattfindende europäische Kongresse für kognitive und behaviorale Therapien aus. DGVT-Mitglieder erhalten die Möglichkeit, zu vergünstigten Gebühren daran teilzunehmen.

44th Annual Congress of EABCT

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

45th Annual Congress of EABCT

Jerusalem, Israel
31. August - 3. September 2015

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

Weitere Informationen:

www.eabct.com

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: 6. März.
- **Hamburg:** "DGVT-Familientreffen" am 24. Februar, 19.00 bis 21.00Uhr, im DGVT Ausbildungszentrum, Seewartenstraße 10, Haus 4, Raum Tübingen.
Weitere Treffen in 2014 sind geplant am 26. Mai, am 25. August und am 24. November.
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Landesgruppentreffen am Donnerstag, 26. Juni, 20.10 Uhr im Hotel Hübner. Im Anschluss an den Auftakt-Vortrag zur Sommer-Akademie von 18.00 bis 20.00 Uhr (Jabbarian, Abbas: „Achtsamkeit' in der Positiven Psychotherapie“).
 - **Nordrhein-Westfalen:** Zur Kammerwahl führen wir in den Wahlbezirken regionale Treffen durch: 13. März, 19.00 Uhr in Krefeld, 9. April, 18.30 in Münster und 7. Mai, 18.30 in Dortmund. Einladungen folgen.
- **Sachsen-Anhalt:** Regionale Mitgliederversammlung am Freitag, 28. Februar, 16.30 bis 18.00 Uhr im MAPP-Institut, Klausener Str. 15, 39112 Magdeburg.

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

Berufsrecht und Praxisorganisation - Termine

„Approbation - was nun?“

Donnerstag, 6. März 2014 von 19.00 bis 20.30 Uhr im Systemischen Institut für Achtsamkeit – SIA, Friedelstr. 40, 12047 Berlin.

Referentinnen: Dipl.-Psych. Monika Basqué und Dipl.-Psych. Eva Heimpel.

Start in die Selbstständigkeit

Seminar zum Thema „Kostenerstattung“ am Samstag, 17. Mai 2014, 14.00 bis 18.00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum München, Candidplatz 9.

Referentin: Dipl.-Psych. Kirsten Deppenkemper.

Update Berufsrecht

Seminar zum Thema „Suizidalität“ am Donnerstag, 10. April 2014, 15.30 bis 20.00 Uhr in Gelsenkirchen. Referentin: Mechthild Greive, Psychologische Psychotherapeutin und Juristin.

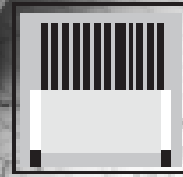
EBM-Schulungen

Telefonkonferenzen zur EBM-Abrechnung für Praxis-NeueinsteigerInnen sowie KollegInnen, die eine Auffrischung suchen. Nächster Termin: Montag, 7. April 2014, 16.00 bis 17.30 Uhr.

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

2 Tage Intensiv für
professionelles Praxismanagement

www.dr-rinner.de



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

„Wie führe ich meine Praxis wirtschaftlich optimal?“

Dieses 2-Tages-Seminar schärft den „betriebswirtschaftlichen Blick“, schützt Sie vor typischen Anfängerfehlern und macht Sie ein Berufsleben lang handlungssicher. Durch die einfache und verständliche Vermittlung von Grund- und Basiswissen ist es für PraxisgründerInnen als auch für schon niedergelassene PsychotherapeutInnen gleichsam geeignet.

Datum: 4./5. April 2014	Frankfurt	Kosten: € 295,— inkl. MWSt für beide Tage
24./25. Oktober 2014	München	Referenten: Hans Schaffer, Thomas Cerny,
10./11. April 2015	Hannover	Dr. Rinner & Partner GmbH München

DAS PROGRAMM:

- **Gewinn- und Verlustrechnung:** Grundbegriffe - Entwicklung einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung - Umsatz = Liquidität?
- **Steuer:** Einkommensteuer - Umsatzsteuer - Steuertarif - Steuererklärung - Betriebsprüfung - Belegwesen
- **Banken Basiswissen:** Zinssatz - Spesen - Kreditformen - Besicherung - Kreditvertrag
- **Versorgungswerk und persönliche Rentenvorsorge:** Das Alterseinkünftegesetz - Leistungen, Beiträge - steuerliche Behandlung
- **Assekuranz-Konzept:** Krankenversicherung - Sachversicherung - Lebensversicherung
- **Praxismarketing:** Was bedeutet Marketing in der psychotherapeutischen Praxis - Homepage - Beispiele für positives Praxismarketing
- **DGVT - Berufsverband Psychosoziale Berufe:** Vorteile der Mitgliedschaft