

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 3/2017
2. August 2017

Aus dem Inhalt

- Vor der Bundestagswahl:
Grundlegende Reform der Bedarfsplanung
tut not!
- DGVT-Studie zu Neuen Versorgungsformen:
Wertvolle Basis für die Weiterentwicklung
der psychotherapeutischen Versorgung
- Reform der Psychotherapeutenausbildung:
BMG legt Arbeitsentwurf vor


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

- **BMG legt Arbeitsentwurf für ein zukünftiges Psychotherapiestudium vor** 6
- **Pressemitteilung der DGVT und des DGVT-Berufsverbands:
Widersprüche gegen ablehnende Leistungsbescheide häufig erfolgreich** 6
- **DGVT-Studie zu neuen Versorgungsformen fertig gestellt**..... 7
- **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt** 9
- **Intransparente Kassenbewilligungen bei weniger Qualität der
Unabhängigen Patientenberatung (UPD)** 10
- **Aufsichtszuständigkeit für Krankenkassen** 11
- **Neue Patientenbeauftragte Fischbach will Patientenlotsen etablieren**..... 11
- **Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz in Bremen**..... 11
- **Das System auf den Kopf gestellt - Zuzahlungen von Kranken
entlasten die Gesunden** 12
- **Die Terminservicestellen sind nach wie vor umstritten** 13
- **SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS** 15

Berichte aus den Landesgruppen

Bayern	19
Berlin	20
Hamburg	20
Hessen	21
Nordrhein-Westfalen	22
Rheinland-Pfalz	23
Schleswig-Holstein	23

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Antwort des BMG auf den bundesweiten Protest gegen den
Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses** 29
- **Bericht von der 31. Sitzung der Konzertierten Aktion der KBV**..... 30
- **Neue Vergütung für Psychotherapie: Mehr Honorar für neue Leistungen**.... 35
- **KBV legt aktuellen Honorarbericht vor** 36
- **Gruppenpsychotherapie ab 1. Juli – Neue Vergütungssystematik** 38
- **Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur – „Online-Rollout“** 38
- **Zi-Praxispanel: ÄrztInnen zwischen 50 und 60 Jahren arbeiten am meisten** 38
- **Änderung des Vertrages zwischen Bundesverteidigungsministerium
und KBV – Vereinbarung von psychotherapeutischen Zuschlägen** 39

- **G-BA ändert Krankentransport-Richtlinie** 39
- **Neues Formular „Präventionsempfehlungen“** 39

Alles was Recht ist . . .

- **BSG-Urteil zum Sonderbedarf**..... 41
- **Pflegeberufereformgesetz – Zweijährige generalistische Ausbildung** 41
- **Neues Bundesteilhabegesetz - Die wichtigsten Änderungen im SGB IX** 42
- **Änderung Mitteilungspflicht bei Missbrauch und sexueller Gewalt**..... 42
- **Neue Rechtsprechung zur ärztlichen Zwangsbehandlung im Krankenhaus** . 43

Tagungsberichte

- **Kongress zum Thema der weiteren Bemühung der systemischen Therapie um eine sozialrechtliche Anerkennung** 44
- **BPtK-Symposium zur Internettherapie** 45
- **Gesundheitspolitisches Sommergespräch BMC regional NRW** 46
- **Sitzung des GK II der Psychotherapeutenverbände am 9.6.2017 in Berlin**.... 47

Weitere Infos

- **Paritätisches Jahresgutachten zur sozialen Lage in Deutschland**..... 49
- **Empfehlungen für sozialmedizinische Begutachtungen der BAR** 49

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

auch wenn das Thema Gesundheitspolitik im Bundestagswahlkampf bislang noch kaum eine Rolle spielt, lässt es sich keiner der „Stakeholder“ im Gesundheitswesen nehmen, ein Papier mit den wichtigsten Positionierungen vorzulegen. So listet z.B. der GKV-Spitzenverband auf, was er von einer neuen Regierung erwartet. Unser Verband hat sich anhand von Wahlprüfsteinen positioniert. Für die Bundestagswahl im September wurden die gesundheitspolitischen SprecherInnen der im Bundestag vertretenen Parteien angeschrieben, um Antworten auf unsere drängendsten Fragen zu den Bereichen Gesundheit, Psychotherapie, Psychotherapieausbildung, Kinder und Familie, Migration, und Behindertenpolitik zu bekommen. Unser Verband steht hier für eine deutliche Aussage der Politik zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und zur Stärkung der Prävention. Die Antworten der Parteien finden Sie auf unserer Homepage veröffentlicht.

Eine unserer Fragen an die Politik richtet sich darauf, welche Maßnahmen die Parteien ergreifen wollen, um die bestehenden Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu verkürzen und das psychotherapeutische Angebot auszudehnen. Die bislang zugrunde gelegten Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung spiegeln nicht den Versorgungsbedarf wider. Besonders gravierend sind die Versorgungsdefizite im ländlichen Raum und im Ruhrgebiet. Die DGVT und der DGVT-Berufsverband fordern daher, so schnell wie möglich die Bedarfsplanung für die PsychotherapeutInnen zu reformieren – ein wichtiges Thema, das die neue Bundesregierung nach der Bundestagswahl anpacken muss.

Die neue Psychotherapie-Richtlinie bereitet den PsychotherapeutInnen (und PatientInnen) weiterhin viel Ärger. Es zeigt sich zunehmend, dass die psychotherapeutische Sprechstunde keine Lösung des Wartezeiten-Problems in der Psychotherapie ist. Eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung tut not! Denn die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie eingeführte telefonische Erreichbarkeit und die Psychotherapeu-

tische Sprechstunde laufen ins Leere, sofern im Anschluss keine Behandlung angeboten werden kann. Die große Zahl an Versicherten, die über die sog. Kostenerstattung ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen, da es nicht genügend KV-zugelassene BehandlerInnen gibt, spricht für sich.

Welche Bedeutung die einzelnen Parteien der Digitalisierung im Gesundheitsbereich beimessen, können Sie ebenfalls unseren „Wahlprüfsteinen“ auf der DGVT-Homepage entnehmen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat hier Ende Juni einen wichtigen und notwendigen Schritt gemacht und die Forderung formuliert, Internetprogramme zur geprüften Leistung für alle Versicherten zu machen – der Ansatz ist richtig aus unserer Sicht, um eine Qualitätssicherung der Angebote zu gewährleisten. Mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen steht unsere Berufsgruppe vor einer ganz bedeutsamen Weiterentwicklung. Dieser Prozess sollte von uns aktiv mitgestaltet werden, um PatientInnen eine hochwertige psychotherapeutische Versorgung anbieten zu können. Einen Bericht zum Symposium der BPtK zum Internet in der Psychotherapie finden Sie in diesem Heft.

Kurz vor Redaktionsschluss legte das Bundesgesundheitsministerium den für diese Legislaturperiode angekündigten Arbeitsentwurf für ein Approbationsstudium Psychotherapie vor. Es gibt hier bei einigen wichtigen Details noch Klärungsbedarf. Bitte lesen Sie hierzu unsere erste kurze Reaktion auf den Entwurf. Eine ausführliche Stellungnahme folgt, diese wird dann auf unserer Homepage veröffentlicht.

In dieser Rosa Beilage finden Sie zudem wieder Berichte aus den Landesgruppen, aktuelle Informationen für Niedergelassene und Angestellte, Hinweise zu aktuellen Gesetzgebungsverfahren und zu neuen Gerichtsurteilen, die für unser Feld von Relevanz sind.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam!

Waltraud Deubert (wd) Barbara Köhler (kö)
Kerstin Burgdorf (kb) Isabel Lang (il)

Gesundheits- und Berufspolitisches

BMG legt Arbeitsentwurf für ein zukünftiges Psychotherapiestudium vor

Wie bereits seit längerem angekündigt, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nun einen ersten Arbeitsentwurf vorgelegt, in dem eine Neuregelung der Psychotherapeutenausbildung vorgeschlagen wird. In dem Entwurf für ein sogenanntes Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz wird ein fünfjähriger Studienweg definiert, der in einer verpflichtend festgeschriebenen Studienstruktur mit Bachelor- und einem Masterstudium zur Erlangung der Heilkunde für Psychotherapie führen soll. Mit zwei staatlichen Prüfungen, die nach dem ersten und nach dem zweiten Studienabschnitt abgelegt werden, kann demnach die Berufszulassung erlangt werden.

Außerdem wird in diesem Arbeitsentwurf die Einrichtung erweiterter Modellstudiengänge ermöglicht, mit denen die psychotherapeutische Heilkunde um Kompetenzen erweitert wird, die die Verordnung psychopharmakologischer Maßnahmen möglich machen und zu einer entsprechenden heilkundlichen Befugnisserweiterung führen soll.

Der Arbeitsentwurf beinhaltet wesentliche Änderungen zum Eckpunktepapier des BMG vom November 2016. Insbesondere sind die vorgeschriebenen Zeiten für praktische Studieninhalte deutlich verkürzt worden. Ein Praxissemester, wie es z.B. auch der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fordert, ist nicht vorgesehen.

Der Arbeitsentwurf lässt derzeit die zukünftige Berufsbezeichnung noch offen. Auch eine konkrete Definition der erforderlichen Studieninhalte in einer Approbationsordnung steht noch aus. Vor allem aber gibt es nach wie vor keine Aussagen zu den strukturellen Rahmenbedingungen einer zukünftigen Weiterbildung, die sich an ein Psychotherapiestudium anschließen soll. Hierzu wurden vom BMG lediglich Diskus-

sionspunkte vorgelegt, die nun mit den Bundesländern in Angriff genommen werden sollen. Der DPT hatte stets klargestellt, dass eine zeitgleiche Verabschiedung entsprechender Regelungen eine unabdingbare Voraussetzung für eine Ausbildungsreform darstellt.

Den Arbeitsentwurf, die Diskussionspunkte, das Eckpunktepapier des BMG vom November 2016 sowie die DGVT-Stellungnahmen dazu sind unter <http://www.dgvt.de/aktuell/verein/> zu finden. Die DGVT bereitet eine ausführliche Stellungnahme zum BMG-Arbeitsentwurf vor, die ebenfalls demnächst über die Homepage zugänglich sein wird.

Günter Ruggaber

Widersprüche gegen ablehnende Leistungsbescheide häufig erfolgreich

Pressemitteilung der DGVT und des DGVT-Berufsverbands:

IGES-Studie belegt, dass PatientInnen zu wenig über ihre Rechte gegenüber Krankenkassen wissen

Eine Studie des Berliner IGES-Instituts in Zusammenarbeit mit dem Sozialrechtler Professor Dr. Gerhard Igl im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, hat sich mit Leistungsanträgen von PatientInnen befasst, die von der jeweiligen Krankenkasse zunächst abgelehnt wurden. Dabei zeigte sich: Nur ein Viertel der PatientInnen legte Widerspruch gegen einen ablehnenden Bescheid für eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung ein. Von den eingelegten Widersprüchen war allerdings jeder zweite erfolgreich. Die Erfolgsquote erwies sich dabei von Kasse zu Kasse als sehr unterschiedlich.

Die Autoren der Studie folgern daraus, dass die Versicherten besser über ihre Rechte und die Vorgehensweise im Fall einer Ablehnung informiert werden sollten. Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der DGVT-Berufsverband (DGVT-BV) teilen diese Einschätzung nachdrücklich. Der Einsatz für die Rechte von PatientInnen ist für die DGVT ein wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit. Die DGVT-Mitglieder machen in ihrer Arbeit als PsychotherapeutInnen tagtäglich die Erfahrung, dass PatientInnen mit Leistungsanträgen an Krankenkassen scheitern, nicht zuletzt aufgrund des häufig komplexen Prozesses.

Dabei stellt sich immer wieder heraus, was auch die Studie ergeben hat: Die Krankenkassen entscheiden selbst in sehr ähnlich gelagerten Fällen oft völlig gegensätzlich. Besonders alarmierend ist ein weiteres Ergebnis der IGES-Studie. Jeder dritte Versicherte weiß demnach nicht, dass man Leistungsablehnungen widersprechen kann. Gleichzeitig gaben viele Versicherte an, Ablehnungsbescheide als unverständlich und oft nicht nachvollziehbar empfunden zu haben. Auch die hohe Erfolgsquote der tatsächlich eingelegten Widersprüche ist ein Indiz dafür, dass die Erstbearbeitung von Anträgen häufig nicht mit der entsprechenden Sorgfalt und Qualifikation erfolgt.

DGVT und DGVT-Berufsverband raten daher PatientInnen, einen ablehnenden Bescheid ihrer Krankenkasse nicht einfach zur Seite zu legen, sondern sich über die Möglichkeiten eines Widerspruchs und dessen richtiger Begründung zu informieren. In vielen Fällen hat sich dabei nach den Erfahrungen der DGVT-Mitglieder eine Beratung beim Sozialverband VdK als sinnvoll erweisen. Selbst dann, wenn auch ein Widerspruch abschlägig beschieden wird, sollte man bei berechtigten Ansprüchen die Flinte nicht vorzeitig ins Korn werfen. Die Studie hat auch ergeben, dass von rund 46.000 Streitfällen aus dem Bereich der Krankenversicherung, die im Jahr 2015 vor deutschen Sozialgerichten landeten, jeder Vierte mit einem Erfolg für die Kläger endete.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Vorstand DGVT-Berufsverband e. V.

Tübingen, 25. Juli 2017

DGVT-Studie zu neuen Versorgungsformen fertiggestellt: Wertvolle Basis für die Weiterentwicklung der Psychotherapeutischen Versorgung

Im Juni wurde von AGENON, einer Beratungsgesellschaft für das Gesundheitswesen, die Studie zu neuen Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland vorgelegt. Ende 2015 hatte der DGVT-Vorstand diese Studie in Auftrag gegeben. Vor dem Hintergrund der seit dem Jahr 2000 bestehenden neuen Möglichkeiten der ambulanten Gesundheitsversorgung (Integrierte Versorgung, Selektivverträge, Versorgungsverträge, DMPs/Chronikerprogramme sind typische Stichworte) sollte geklärt werden, welche neuen und ggf. zukunftssträchtigen Modelle zur Versorgung im Psychotherapiebereich entwickelt wurden. Es sollte recherchiert werden, welche systematischen Erfahrungen und Auswertungen dazu vorliegen und schließlich sollten auch Überlegungen zur weiteren Entwicklung abgeleitet werden. AGENON hatte sich Anfang 2016 ans Werk gemacht und breit recherchiert.

Das Feld ist jedoch sehr unübersichtlich, weil derartige Modelle auch im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen entwickelt werden. Erfolgreiche Modelle stellen Wettbewerbsvorteile dar, die die Kassen logischerweise ungern und somit auch selten veröffentlichen. Eine übliche wissenschaftliche Recherche (Literaturrecherche) war demzufolge kaum ertragreich. Wir hatten daraufhin die Recherche nach Modellen im Frühjahr durch mehrere Umfragen unter unseren Mitgliedern auf unseren Mailinglisten nach Praxiserfahrungen in diesem Bereich unterstützt.

Letztlich gab es über die verschiedenen Recherchequellen genügend Auskünfte, um den Auftrag umzusetzen. Insgesamt konnten 240 Modelle zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen identifiziert werden, die von den 113 gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren umgesetzt wurden oder werden (zusätzlich zur Regelversorgung). Es sind Krankenkassen aller Verbände engagiert, allerdings mit Unterschieden (AOKen sind im Verhältnis zur Zahl der GKV-Versicherten deutlich seltener beteiligt; BKKen sind deutlich häufiger dabei).



Abbildung 1: Verteilung regionalisierter Modelle (88%), Darstellung aus dem AGENON-Abschlussbericht

Für viele Modelle sind leider nur sehr oberflächliche Informationen zugänglich, weil es auch für öffentlich geförderte bzw. über bestimmte SGB V-Regelungen geförderte Modelle keine Veröffentlichungs- und auch keine Evaluationspflicht gibt. Die AutorInnen haben die verfügbaren Informationen genutzt, um neben einer Datenbank auch eine differenzierte Systematik verschiedener Versorgungsformen innerhalb der neuen Versorgungsformen („Typologie“) zu erstellen.

Die Differenzierung nach Indikationen zeigt, dass ein Drittel der Modelle indikationsoffen sind. Indikationsspezifische Modelle gibt es für alle F-Diagnosebereiche, der Schwerpunkt liegt jedoch bei affektiven Störungen (Depressionen), am zweithäufigsten sind Modelle zur Versorgung von Menschen mit Schizophrenen Störungen (F2), an denen Psychotherapieleistungen beteiligt sind.

Die regionale Verteilung zeigt, dass es in allen Bundesländern Modelle gibt, allerdings häufiger in Nordrhein-Westfalen und in den Stadtstaaten (vgl. Abb. 1). Die Modelle sind in sehr unterschiedlichen Rechtsformen umgesetzt (überwiegend aber als besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V).

Resümierend werden zunächst allgemeine Dimensionen zur versorgungspolitischen Bewertung der Modelle, vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsdefizite, erarbeitet. Hier geht es um die Zugangsfragen zur psychotherapeutischen Versorgung, die Differenziertheit der Versorgung, die Qualität der Versorgung und die Überwindung von Sektorengrenzen.

Sodann legen die AutorInnen von AGENON, Bianca Lehmann und Steffen Bohm, eine Checkliste für KollegInnen vor, die sich dafür interessieren bzw. denen es angeboten wurde, an einem bestimmten Modell einer neuen psychotherapeutischen Versorgungsform teilzunehmen – es wird auf wichtige Prüfkriterien hingewiesen, den notwendigen Abgleich zwischen den eigenen Interessen und den Chancen des Modells, den Abgleich zwischen den ggf. einengenden Vorgaben des Modells und den denkbaren Alternativen, den damit verbundenen Risiken. Insgesamt werden 38 Leitfragen, unterteilt in sechs Kategorien formuliert, die helfen, die teils sehr konkreten Konsequenzen einer Modellteilnahme zu überlegen und die Passung zur eigenen Situation zu prüfen.

Schließlich werden Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung und Nutzung der vorliegenden Erfahrungen mit den neuen Versorgungsformen abgeleitet und zur Bearbeitung der Frage, welche Aspekte Modellcharakter für die Regelversorgung haben sollen (eines der ursprünglich mit der Einführung

neuer Versorgungsformen verbundenen Ziele). Hier geht es zunächst darum, eigene Positionen zu den damit häufig verbundenen impliziten Konzepten von Versorgung zu gewinnen, speziell zum intensivierten Fallmanagement, zur vorgegebenen Vernetzung mit anderen Versorgungsbereichen und zur verstärkten Einbeziehung von E-Health-Angeboten. Auch müssen die erprobten Konzepte zur besseren Nutzung der Lotsenfunktion von Psychotherapie/PsychotherapeutInnen bewertet und dann ggf. auch ausgebaut werden.

Die interessanten Ergebnisse sind erstmals bei einer Expertentagung von DGVT und DGVT-BV am 13. März 2017 in Berlin vorgestellt und diskutiert worden.¹ Der vorliegende Abschlussbericht sowie die Dokumentation der 240 identifizierten Modellprojekte werden voraussichtlich ab Oktober über die Homepage von DGVT und DGVT-BV zum Download zur Verfügung gestellt. Wir hoffen, damit eine weitere spannende Fachdiskussion und die Beförderung weiterer innovativer Modelle zu unterstützen und sind für Rückmeldungen dankbar!

Heiner Vogel, Würzburg

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt

(*wd*). Der Gesundheitswissenschaftler und Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Prof. Dr. Rolf Rosenbrock erhält die Auszeichnung für sein Wirken in der Prävention zur Gesundheitsförderung sowie in der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Gesundheitsforschung. Die Berliner Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Dilek Kolat überreichte am

14.6. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock das Bundesverdienstkreuz.

Prof. Dr. Rosenbrock gelte als produktiver, hoch angesehener und erfolgreicher Forscher, Lehrer und Politikberater, der durch sein insgesamt mehr als 40-jähriges Wirken in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Gesundheitsforschung große Verdienste erworben hätte.

"Ich bin dankbar für diese Auszeichnung, weil sie meinen jahrzehntelangen Einsatz für mehr Chancengleichheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt würdigt", sagt Prof. Dr. Rosenbrock. „Zugleich sehe ich darin eine Wertschätzung und Anerkennung jener zivilgesellschaftlichen Kräfte, die ich dabei beraten und unterstützen konnte", so Prof. Dr. Rosenbrock.

Prof. Dr. Rosenbrock war unter anderem Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health, des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“ und einer der Initiatoren und Berater des Projektverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“.

Darüber hinaus engagiert sich Prof. Dr. Rosenbrock seit Jahrzehnten intensiv in der Bekämpfung von HIV/AIDS und hat wesentliche Impulse für die HIV-Politik in Deutschland geliefert, insbesondere im Bereich der HIV-Prävention. Von 1987 bis 1990 war er Mitglied der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages und war seit 1995 Mitglied im Nationalen AIDS-Beirat.

Prof. Dr. Rosenbrock ist seit 2012 Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Deutschlands und war von 2015 bis 2016 Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

¹ vgl. den Bericht dazu in der VPP 2/2017, S. 401-410, bzw. die Dokumentation auf der Homepage <http://bit.ly/2vdt3Ym> der DGVT: Meldung vom 21.4.2017

Intransparente Kassenbewilligungen bei weniger Qualität der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) – Eine unvorteilhafte Kombination für PatientInnen

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), kritisiert in einem im Juli veröffentlichten Bericht die großen Unterschiede bezüglich der Leistungszusagen der Krankenkassen. Laumann beruft sich dabei auf eine aktuelle Studie des IGES-Instituts (Titel der Studie: „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“), die darstellt, dass die Ablehnungsquote bei Rehabilitation- und Vorsorge-Anträgen stark variiert und abhängig von der Krankenkasse zwischen 8,4 % und 19,4 % beträgt. Dabei sind die günstigen Zusagen bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen am höchsten und bei den Ortskrankenkassen und Ersatzkassen besonders niedrig.

Laumann betont, dass folgender Eindruck keinesfalls entstehen dürfte: Die Kassen lehnen Reha-Anträge zunächst systematisch ab und warten die Reaktionen seitens der Patienten ab. Zeige sich der Patient in Folge der Ablehnung beharrlich und lege Widerspruch ein, könnten die Kassen den Antrag zu diesem Zeitpunkt immer noch bewilligen. Zeige sich der Patient dahingegen inaktiv, entfallen der Kasse Kosten. Patienten legen gegen jede vierte Leistungsablehnung (bzgl. Reha und Vorsorge) Widerspruch ein, wovon schließlich mehr als 50 % der Widersprüche Erfolg hätten. Gerade hier zeigt sich für Laumann, dass die Kassen Leistungen initial oftmals zu Unrecht ablehnen. Laumann bemängelt außerdem, dass die Kassen nicht immer transparent über die Gründe der Leistungsablehnung kommunizieren. Seiner Kritik fügt Laumann allerdings hinzu, dass die Kassen insgesamt einen Großteil der genehmigungspflichtigen Leistungen bewilligen. Lediglich 5,2 Prozent der beantragten Leistungen würden insgesamt

abgelehnt. In diesem Zusammenhang geht Laumann davon aus, dass die neue UPD, welche in Ihrem vorgelegten Bericht von 2016 knapp 94.000 Beratungen durchführte, künftig doppelt so viele Beratungen anbieten könne.

Bezüglich dieser Beratungen allerdings wird von Seiten der Patientenverbände bemängelt, dass die neue UPD zum einen weniger und zum anderen geringer qualifizierte Mitarbeiter einstelle. Wohingegen bei der alten UPD alle Berater eine akademische Ausbildung besaßen, sind es bei der neuen UPD nur noch 41 %. Ausgebaut wurden bei der neuen UPD die Telefonberatungen (Zunahme um 11,7 %), wohingegen parallel die persönlichen Beratungen zurückgingen (Abnahme um 10,3 %). Es wird auf Patientenvertreter-Seite gemutmaßt, dass es sich um ein grundlegend verändertes Angebot „mit vorrangiger Call-Center-Beratung“ handeln würde. Weitere Kritikpunkte sind der Rückgang von muttersprachlichen Angeboten (Abnahme um 64 %). Zudem bietet die neue UPD keine psychosoziale Beratung mehr an. Auch die Pressearbeit wurde drastisch heruntergefahren, die Medienbeiträge sind um 44 % zurückgegangen. Darüber hinaus wird kritisiert, dass die neue UPD viel mehr (Zunahme um 60 %) ihrer Beratungen als Hinweis auf Problemlagen versteht, laut ihm/ihr eine „inflationäre Auslegung und Aufblähung“. Schlussendlich sind auch die Beschwerden über die UPD gestiegen, und zwar von 18 auf 559 Beschwerden.

*IGES-Studie, Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen:
http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2017/leistungsablehnung/index_ger.html*

Isabel Lang

Aufsichtszuständigkeit für Krankenkassen

Mittlerweile haben bereits vier Bundesländer (Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) keine Aufsichtszuständigkeit mehr für die Krankenkassen und vier weitere Länder nur noch Aufsicht über jeweils eine Krankenkasse. Bedingt durch länderübergreifende Fusionen ist das Bundesversicherungsamt zuständig für die Prüfung von weit mehr als der Hälfte aller Krankenkassen. Unter Länderaufsicht bleiben zunächst die AOKen, die sich jedoch seit 2006 ebenfalls länderübergreifend organisieren. So hat neben den o.g. vier Ländern auch das Saarland keine Aufsichtszuständigkeit mehr für eine AOK.

(Quelle: DAK-Report, Juli 2017)

Neue Patientenbeauftragte Fischbach will Patientenlotsen etablieren

Am 05.07.2017 wurde die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach vom Bundeskabinett in das Amt der Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung berufen.

Fischbach will Patientenlotsen im System etablieren, um PatientInnen besser über ihre Ansprüche zu informieren, da „jeder in der Lage sein [müsse], seinen Anspruch auf Reha oder andere Gesundheitsleistungen ohne fremde Hilfe durchzusetzen – unabhängig von Bildung oder individueller Gesundheitskompetenz“, so Fischbach. Besonders die Genehmigungspraxis der Krankenkassen will sie in Bezug auf die allzu häufige Ablehnung präventiver Maßnahmen genauer untersuchen. Auch die Heilmittelversorgung soll gestärkt werden und in diesem Kontext sollen Gesundheitsfachberufe an Attraktivität gewinnen.

Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz in Bremen

(wd). Am 21. und 22. Juni 2017 tagten die Gesundheitsminister der Länder in Bremen. Zentrale Themen der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz (GMK) waren die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die Telemedizin und die Einführung elektronischer Patientenakten (Umsetzung E-Health-Gesetz) sowie die Vereinbarung eines gemeinsamen Investitionsprogramms von Bund und Ländern zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Zudem standen die Suchtprävention für Geflüchtete sowie die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen auf der Agenda.

Bei der Kindergesundheit stand die Prävention im Fokus, insbesondere von Übergewicht und mangelnder Bewegung. Dazu solle die Bundesregierung, den sogenannten Nationalen Aktionsplan INFORM (Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung) fortsetzen und ausbauen.

Ein weiteres wichtiges Thema der GMK war die Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer und hochbetagter Menschen. Aufgrund des stetig größer werdenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung, änderten sich auch die Anforderungen an ihre gesundheitliche Versorgung (Mehrfacherkrankungen, Medikationsmanagement u.v.m.). Gefordert wurde u.a. die Entwicklung verbindlicher Leitlinien für eine stärker evidenzbasierte Versorgung älterer Menschen. Beschlossen wurde, dass die Selbstverwaltungspartner modellhaft ein strukturiertes, multidisziplinäres Versorgungsmanagement erproben sollen. Der Prävention und Gesundheitsförderung wird dabei ebenfalls ein hoher Stellenwert eingeräumt. Ziel sei eine gut abgestimmte Behandlung, um die Lebensqualität älterer Menschen aufrechtzuerhalten.

Des Weiteren wurde von der GMK beschlossen, dass ein gemeinsames mehrjähriges Investitionsprogramm für Krankenhäuser

von Bund und Ländern auf den Weg gebracht werden soll. Vorgesehen ist, dass ab 2019 mindestens eine Milliarde Euro zusätzlich im Jahr zu den jetzigen Krankenhausinvestitionen der Länder, zur Hälfte von Bund und Ländern aus Steuermitteln bereitgestellt werden sollen. Ein entsprechender Gesetzesentwurf solle nach der Bundestagswahl entwickelt werden.

*Die Beschlüsse der 90. GMK 2017 können nachgelesen werden unter:
<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html>*

Das System auf den Kopf gestellt - Zuzahlungen von Kranken entlasten die Gesunden²

Immer wieder kommt es bei den Arzneimittelausgaben zu erstaunlichen Verteilungsmustern, wenn man sich den Anteil der PatientInnen anschaut, die Medikamente verordnet bekommen. Betrachtet man alle Versicherten, also die mit und die ohne Arzneimittelverordnung, so entfallen 30 % der Ausgaben auf lediglich 0,75 % der gesamten Versicherten – so zumindest die Daten einer großen gesetzlichen Krankenkasse.

Immer mehr Zuzahlungen

Diese auffällige Asymmetrie zwischen Ausgabenvolumen und der geringen Anzahl von Patienten, die eine Arzneimittelbehandlung benötigen, geht weiter: 50 % aller Ausgaben entfallen auf nur 4,4 % der behandlungsbedürftigen Versicherten, 80 % der Ausgaben auf etwa 20 %. Die Arzneimitteltherapie schlägt zwar also bei relativ wenigen Versicherten, dafür aber besonders teuer zu Buche.

² *Quelle:* Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Heft Nr. 227, Mai/Juni 2017, 42. Jg. www.mabuse-verlag.de; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion und des Autors.

Unabhängig davon, ob die Verordnungen in jedem Fall erforderlich sind, sind damit weitere Konsequenzen verbunden: Patienten müssen 10 % des Arzneimittelpreises in der Apotheke als Zuzahlung entrichten; minimal fünf, maximal zehn Euro, wobei die Zuzahlung den Preis des Arzneimittels allerdings nicht übersteigen darf. Wer also viele Arzneimittel verordnet bekommt, muss auch viel zuzahlen. Neben der Belastung durch die Krankheit kommt eine finanzielle Belastung dazu.

Daneben gibt es aber auch Aufzahlungen: Diese werden dann fällig, wenn Hersteller Arzneimittel einer „Festbetragsgruppe“ zu einem Preis verkaufen, der über dem Erstattungsbetrag liegt, auf den die Kasse sich mit dem Hersteller geeinigt hat. Neben der Zuzahlung übernimmt der Patient ebenfalls die Differenz zwischen Festbetrag und tatsächlichem Preis.

2016 betrug die Zuzahlungen rund 2,1 Milliarden Euro, 2011 waren es noch 1,7 Milliarden Euro. Einer der Gründe für diese Steigerung: Es gibt immer einen gewissen Anteil von Arzneimitteln, der wegen des besonders günstigen Preises von einer Zuzahlung ausgenommen ist. Dieser Anteil ist aber in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Das ist auch eine Folge der Preisstrategie von Pharmaherstellern und ihren Rabattverträgen mit den Kassen: Vor allem bei den Generika sinken die Preise immer mehr. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Präparaten werden geringer und bei einem bestehenden Rabattvertrag muss ohnehin das Mittel in der Apotheke abgegeben werden, für das die jeweilige Kasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat – auf die Zuzahlung wird aber meist nicht verzichtet.

GKV-Parität wird ausgehebelt

Für PatientInnen fallen aber noch viele andere Kosten an: etwa bei einem Krankenhausaufenthalt, bei Hilfsmitteln (z. B. Krücken, Rollatoren usw.) oder Heilmitteln (Physiotherapie, Logopädie u. ä.). Pflege, Kuren, Rehabilitation und anderes verursachen wei-

tere Zuzahlungen. 2016 haben Patienten insgesamt vier Milliarden Euro an Zuzahlungen aufgebracht – der höchste Betrag seit Abschaffung der unseligen Praxisgebühr 2012. Dieser hohe Betrag macht umgerechnet 0,3 bis 0,4 Beitragssatzpunkte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Arbeitgeber werden hieran nicht beteiligt. Ihr Anteil von 7,3 % am Lohn der ArbeitnehmerInnen ist festgeschrieben, während die Versicherten im Schnitt schon mit 8,4 % belastet sind – die Parität bei den GKV-Beiträgen existiert schon lange nicht mehr. Durch ihre Zuzahlungen entlasten die kranken Versicherten letztlich das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Kassen. Der Beitragssatz wird so ebenfalls entlastet und die Kassen stehen dadurch im Wettbewerb günstiger da. Das Solidarsystem wird auf den Kopf gestellt: Kranke werden mehr und mehr durch Zuzahlungen belastet und die Gesunden profitieren von günstigen Beitragssätzen.

Im Bundestagswahlkampf soll „Gerechtigkeit“ eine wichtige Rolle spielen – die Zuzahlungen in der GKV abzuschaffen, wäre eine Überlegung wert. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausaufenthalte werden von Ärzten verordnet, sind also wohl notwendig für die Behandlung. Zuzahlungen hätten nur dann einen Sinn, wenn Patienten mitentscheiden sollen, ob sie die verordneten Leistungen in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Da dies in der GKV aber nicht das Ziel ist, sind Zuzahlungen nichts anderes als eine zusätzliche finanzielle Belastung der Patienten – dabei sollte doch die Solidarität mit den kranken Versicherten im Vordergrund stehen!

Gerd Glaeske, geb. 1945, Arzneimittellexperte, Professor am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. gglaeske@zes.uni-bremen.de

Die Terminservicestellen sind nach wie vor umstritten - „Populistische Lösung für ein gefühltes Problem“³

Großer Beliebtheit erfreuen sich die Terminservicestellen nicht, „weil sie niemand braucht“, wie Dr. Andreas Gassen, KBV-Vorstandsvorsitzender seine Abneigung deutlich zu verstehen gibt. In Deutschland gebe es „sensationell kurze Wartezeiten“ auf fachärztliche Termine, daher sehe er keine Notwendigkeit und eigentlich auch dringlichere Probleme als Terminservicestellen einzurichten. Seit dem 25. Januar müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen diesen Service anbieten, der als Bestandteil des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) Patienten mit einer dringlichen Überweisung einen zeitnahen Termin beim Facharzt sichert.

Der kritischen Sicht auf das Projekt kann sich Dr. med. Peter Potthoff als Vorsitzender der KV Nordrhein nur anschließen und verweist auf eine Versichertenbefragung der Forschungsgruppe Wahlen, die diese im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015 durchgeführt hat, mit dem Ergebnis, dass 44 Prozent der Befragten innerhalb von drei Tagen mit einem „aktuellen Problem“ dieses mit einem Fachmediziner erörtern konnten. Deutliche Unterschiede bei den Wartezeiten zeigen sich hier jedoch in den unterschiedlichen Facharztbereichen, denn während beim Gynäkologen 74% und beim Hautarzt 71% der Befragten länger als drei Tage auf einen Termin warten mussten, betrug die Wartezeit beim HNO-Arzt lediglich für 47% der Befragten GK- Versicherten mehr als drei Tage.

Die Umfrage macht allerdings ebenso deutlich, dass Privatversicherte weniger lang auf einen Facharzt-Termin warten müssen als gesetzlich Versicherte, auch wenn die

³ *Quelle:* Monitor Versorgungsforschung 02/2016; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.

Diskrepanz im Vergleich zum Vorjahr dahingehend abgenommen hat, wie die Studie offenbart. Auf diesen unbefriedigenden Zustand verweist auch die Gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Maria Klein-Schmeink, die beispielsweise auf eine parteiinterne bayrische Umfrage vom Dezember 2015 rekurriert, bei der 350 von 4.000 Facharztpraxen sieben untersuchter Fachrichtungen (was einer Abdeckung von knapp 9% entspreche) je zweimal in kurzen Abständen hintereinander angerufen und um einen Termin gebeten wurden – einmal als ausgegebener Kassenpatient und einmal als Privatversicherter.

Das ernüchternde Ergebnis zeigt, dass im Durchschnitt aller acht untersuchten Regionen – vom Allgäu über München bis nach Würzburg – Kassenpatienten 30 Tage auf einen Facharzttermin warten mussten, im Gegensatz zu einer siebentägigen Wartezeit von Privatversicherten. Da diese Erhebung in den meisten Fällen eine Abdeckungsquote von 30 und 90 Prozent in den jeweiligen Untersuchungsgebieten erreichte, werden die Ergebnisse nach eigenen Angaben als belastbar und repräsentativ identifiziert. Diese Zahlen scheinen jedoch die Ärzteschaft nicht zu beeindrucken, da auch Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes auf die im europäischen Vergleich geringen Wartezeiten verweist und die Terminservicestellen als „populistische Lösung für ein gefühltes Problem“ betitelt. Belegbare Zahlen gebe es indes nicht. Nichts desto trotz haben sich die KVen der Aufgabe gestellt und wie vom Gesetzgeber im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes gefordert, bis zum 23. Januar entsprechende Terminservicestellen geschaffen, die am 25. Januar den Betrieb aufgenommen haben.

Große Heterogenität bei der Umsetzung

„Wir haben über unsere Telematik-Tochter eine Software entwickelt, die den KVen einen möglichst personalarmen Einsatz und Betrieb der Terminservicestellen ermöglicht“, beschreibt Gassen das Vorgehen. Darüber hinaus würden die Regional-KVen

jedoch ihrer unterschiedlichen Generalität entsprechend die TSS beschicken und auch unterhalten. Und so zeigt sich auch ein überaus heterogenes Bild der 17 KVen in der Organisation der Service-Einrichtungen, da beispielsweise die Öffnungszeiten zwischen 10 (Brandenburg)* und 50 (Niedersachsen)* Stunden differieren oder sich auch die Terminvermittlungen unterscheiden. So wird in Brandenburg der Termin direkt über die Servicestelle vergeben, in Schleswig-Holstein dagegen wird dem Patienten eine Praxis genannt, mit der er sich innerhalb der nächsten sieben Tage in Verbindung setzen muss.* Diese Heterogenität und schlechte Umsetzung des Service über alle KVen hinweg, bemängelt Eugen Brysch, Vorstand der Stiftung Patientenschutz, der grundsätzlich diese Einrichtung begrüßt. Er bemängelt, dass in der Planungsphase der KVen den Patienten kein Gehör geschenkt wurde und es deshalb 17 verschiedene Regelungen gebe. „Wir sehen, die Kassenärzte tun alles, um diese vernünftige Lösung zu torpedieren“, so Brysch. Die Servicestellen vermitteln gesetzlich Versicherten, bei einer mit einem entsprechenden Code versehenen Überweisung des Hausarztes, innerhalb einer Woche einen Termin bei dem entsprechenden Facharzt, der im Zeitraum der folgenden vier Wochen liegen muss. Dabei haben die Patienten keine Möglichkeit ihren Wunscharzt zu verlangen, was Klein-Schmeink kritisiert: „Hilfesuchende Patientinnen und Patienten werden letztlich auf ein Call-Center verwiesen und verlieren faktisch ihr Recht auf freie Arztwahl.“ Auch die KBV moniert den vermeintlichen Anspruchsverlust, dem jedoch Karl Lauterbach, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD, mit dem Argument des „Abbau der Bevorzugung von PrivatpatientInnen“ begegnet und die Einrichtung der Terminservicestellen positiv bewertet. Denn, erfolgt keine Terminvermittlung innerhalb der vier Wochen, so findet die fachärztliche Versorgung im Krankenhaus zu Lasten des KV-Budgets statt, was eine Motivation der KVen zur erfolgreichen Terminvergabe vermuten lässt.

Der Service ist ausbaufähig

Die Entfernung zum vermittelten Facharzt darf nur 30 Minuten zusätzlich zur Entfernung zum nächstgelegenen Fachkollegen betragen; zum spezialisierten Facharzt dürfen es 60 Minuten unter den gleichen Voraussetzungen sein. Bei der Mitteilung der freien Termine durch die Praxen setzt die KV Nordrhein, genauso wie Gassen, auf Freiwilligkeit: „Wir bitten die Fachärzte, freie Termine oder Zeiten zu melden“. Anders verfahren hingegen die KVen in Thüringen und Niedersachsen, wo die Ärzte verpflichtet sind der KV freie Termine zu melden. In Sachen Erreichbarkeit funktioniert der Betrieb der Call Center bisher nur telefonisch, was sich aber nach Angaben der KVen bald ändern soll, denn die meisten arbeiten an einer Online-Lösung, die jedoch wohl erst im Frühjahr an den Start geht. Mittelfristig, so gibt die KV Nordrhein an, soll auf Bundesebene ein von der KV Telematik eingesetztes elektronisches Verfahren angewandt werden.

Eine zumutbare Aufgabe

Die KBV empfiehlt den Patienten, primär selbst den Wunscharzt zwecks Terminanfrage zu kontaktieren und erst im zweiten Schritt auf den Service zurückzugreifen. Die KV Sachsen verlangt sogar einen Nachweis der geleisteten Eigeninitiative, bevor ihr Dienst in Anspruch genommen werden kann.* Darüber hinaus beschleichen den Patienten beim Lesen des Informationstextes auf mancher KV-Website bereits Zweifel, ob die Service-Stelle tatsächlich die richtige Adresse ist, da zum Beispiel die KV Sachsen-Anhalt auf ihrer Website hauptsächlich darauf verweist, was die Terminservicestelle alles nicht kann. Darüber hinaus könnten auch vorherige Hausarztbesuche bei geplanten Augenarzt- oder Gynäkologen-Besuchen sinnvoll sein, heißt es da, obwohl diese keiner Überweisung, wohl aber einer Terminvermittlung durch die KVen bedürfen.

Allen Unkenrufen zum Trotz scheint das Angebot von den Patienten durchaus ange-

nommen zu werden, betrachtet man die Nutzungsfrequenz der ersten Wochen, die sich beispielsweise bei der KV Rheinland-Pfalz in den ersten 5 Wochen deutlich gesteigert hat. Versuchten in der ersten Woche (25.1.-29.1.2016) 451 Anrufer die Hotline zu erreichen, waren es in der 5. Woche (26.2.) bereits 1969. Davon legten allerdings 950 Anrufer während der Begrüßungsansage auf, sodass von den 1019 durchgestellten Anrufern jedoch alle 600 Anspruchsberechtigten vermittelt werden, wie die KV-RLP mitteilt. In der ersten Woche waren hingegen nur 197 Anrufer mit einem Vermittlungsanspruch in der Leitung.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sieht die Patientenrechte durch die neuen Einrichtungen gestärkt, und erhält Unterstützung von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzender des vdek, die betont, dass der Sicherstellungsauftrag nun mal bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liege und daher sei es nur recht und billig, dass die Politik diese in die Pflicht nehme. „Jahr für Jahr steigt die Zahl der Ärzte und mit ihr auch das Honorarvolumen. Die Errichtung von Terminservicestellen ist den KVen also durchaus zuzumuten“, so Elsner.

Die KBV hat nun in die Diskussion um Wartezeiten das Stichwort „Patientensteuerung“ eingebracht und meint damit eine Flexibilisierung des Angebotes durch verschiedene Versorgungsmodelle. „Hier geht es um eine inhaltliche Begleitung im immer komplexer werdenden Gesundheitsmarkt“, erklärt dazu Gassen.

„SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS“ (Spröder, Fischer, Brettschneider, Fegert & Grieb, 2013)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zählen zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter (Tischler et al. 2011). Bei AD(H)S handelt es sich – wenn unbehandelt – um ein relativ stabiles Krankheitsbild mit teilweise

weitreichenden Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus. Die Ausprägung der drei Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität verändert sich im Entwicklungsverlauf (vgl. Schmidt & Petermann, 2008; Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin, 2010). Speziell im Jugendalter rücken eine geringe Selbstkontrolle, erhebliche Organisations- und Planungsprobleme, eine niedrige Anstrengungsbereitschaft und Defizite im Arbeitsverhalten in den Vordergrund (Garg & Arun, 2013), wodurch die betroffenen Jugendlichen erhebliche Schwierigkeiten haben, die alterstypischen Entwicklungsaufgaben (z.B. eigenmotiviertes Lernen, Selbstständigkeit bei Alltagsorganisation) erfolgreich zu bewältigen. Das hier vorgestellte Trainingsprogramm „SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS“ (Spröder, Fischer, Brettschneider, Fegert & Grieb, 2013) zielt auf die Verbesserung der dazu notwendigen Fertigkeiten ab. Das Akronym „SAVE“ steht hierbei für die „Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation und der Emotionsregulation“.

Als inhaltliche Grundlage zur Entwicklung des Trainingsprogrammes diente das kognitiv-behaviorale Einzeltherapieprogramm zur Therapie von erwachsenen Patienten mit ADHS in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung von Safren, Perlman, Sprich und Otto (2005a, 2005b). Das Trainingsprogramm SAVE wurde speziell auf die Altersgruppe zwölf bis 18-jähriger Jugendlicher mit AD(H)S und einer Gruppengröße von sechs bis acht Personen zugeschnitten.

Folgende Ziele werden mit der Durchführung des Trainingsprogramms verfolgt:

- Zielorientierung und Steigerung der Veränderungsmotivation
- Steigerung des Wissens über AD(H)S
- Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung
- Verbesserung des Organisations- und Planungsverhaltens/ Chaosorganisation
- Erlernen von angemessenem Problemlösen

- Verbesserung der Emotionsregulation (Impulskontrolle)
- Selbstmanagement.
- Das Trainingsprogramm beinhaltet insgesamt zehn im wöchentlichen Abstand aufeinanderfolgende Sitzungen von ein- einhalb-stündiger Dauer.
- In dem Trainingsprogramm wurde durch folgende Methoden erreicht, dass eine möglichst effektive Durchführung des Trainingsprogramms und ein guter Alltagstransfer gelingen und sich die Selbstwirksamkeit und Veränderungsmotivation der Jugendlichen verbessern:
- Für die Trainer/ Therapeuten werden praktische Hinweise zur Durchführung von (Gruppen-) trainings mit ADHS-Patienten formuliert (z.B. Steigerung der Selbstwahrnehmung der Patienten von Unruhe/ Unkonzentriertheit, Übungen zur Steigerung der Konzentration/ zur Reduktion von Unruhe, Regeln zur Durchführung des Trainings)
- Einbeziehung eines Trainingscoaches zur Verbesserung des Alltagstransfers (Sitzung mit den Coaches, Briefe an die Coaches nach jeder Sitzung)
- Einführung eines Verstärkersystems zur Durchführung der Alltagsaufgaben
- Zielformulierung und Einschätzung der Zielerreichung nach jeder Sitzung

Das Trainingsprogramm wurde in einer quasi - experimentelle Studie auf die langfristige Effektivität in einem Eigenkontrollgruppendesign mit acht Trainingsgruppen (N = 49 Jugendliche; Alter: 12 - 18 Jahre, MW = 14.14, SD = 1.59) im Selbst- und Elternurteil zu sechs Messzeitpunkten (10 Wochen vor/ direkt vor der Intervention, nach der 5. Trainingssitzung, direkt nach/ 10 und 20 Wochen nach Abschluss der Intervention) anhand standardisierter Interviews/ Fragebogen untersucht. Mit Ausnahme der Symptomstärke „Hyperaktivität“ und „Impulsivität“ konnte 20 Wochen nach Beendigung des Trainings mit mittleren bis großen Effektstärken auf der „Gesamtskala“ sowie der Subskala „Aufmerksamkeit“ eine signifikante Reduk-

tion der AD(H)S-Symptomatik im Selbst- und Fremdurteil nachgewiesen werden.

Literatur

Garg J, Arun P: A Follow-up Study of Academic Functioning and Social Adjustment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Indian J Psychol Med* 35: 47-52 (2013)

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S. & Otto.M.W. (2005a). Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral treatment program. Client workbook. New York: Oxford.

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S. & Otto.M.W. (2005b). Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral treatment program. Therapist Guide. New York: Oxford.

Schmidt, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 265-274.

Spröber, N., Fischer, L., Brettschneider, A., Fegert, J.M. & Grieb, J. (2013). SAVE – Strategien für Jugendliche mit ADHS. Springer: Berlin, Heidelberg.

Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter - Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23-34.

Dr. Nina Spröber, Neu-Ulm

Nutzen Sie unseren internen Mitgliederbereich

unter www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich

Dort finden Mitglieder des DGVT-Berufsverbands Psychosoziale Berufe e. V. folgende Informationen, Unterlagen und Formulare zu vielen Themen aus dem Praxisalltag:

- Unterlagen für niedergelassene KollegInnen (Honorarwidersprüche, Schweigepflichtsentbindung, Behandlungsvertrag, etc.)
- Formulare zur Antragstellung in der Kostenerstattung
- Aktuelle EBM-Übersicht, Hinweise zu Abrechnungsfragen usw.
- „FAQs“ (Häufig gestellte Fragen unserer Mitglieder)
- DGVT-BV-Mitgliederinformationen
- Informationen zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**Auf den Hund gekommen...
Über den Einsatz von Hunden in der
Psychotherapie**

Datum: 16.–17. September 2017

Ort: Hannover

**“Kinder, die mich an die Grenzen bringen” -
Neuropsychologische Perspektiven und
Handlungsideen für die pädagogisch-
therapeutische Praxis bei komplexen
Problemkonstellationen im Rahmen
mehrdimensionaler Hilfekonzepte**

Datum: 07–08. Oktober 2017

Ort: München

**Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)
in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Datum: 02.–03. Dezember 2017

Ort: Hamburg

dgvtFW

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

www.dgvt-fortbildung.de

Berichte aus den Landesgruppen

Bayern

Kammernews

Nach der Wahl des neuen Kammervorstands bei der konstituierenden Delegiertenversammlung konnte die Arbeit für diese Wahlperiode endlich wieder richtig losgehen. Viele Termine und Abläufe waren bereits in der letzten Wahlperiode vereinbart worden, es gab schließlich auch keine wirklich größeren Wechsel (immerhin nähert sich der Frauenanteil mit 3 von 7 Vorstandsmitgliedern endlich allmählich den wirklichen Verhältnissen unter den KollegInnen an: Aus unserer Fraktion konnte Monika Sommer aus Regensburg in den Vorstand gewählt werden!).

Im Juni gab es insofern zunächst die regelmäßig jährlich stattfindenden *Kontaktgespräche mit den SprecherInnen der Psychiatriedirektoren* und dann auch mit den *SprecherInnen der Chefärzte bayerischer psychosomatischer Kliniken*. In beiden Sitzungen stand ein Austausch über die geplante Reform des PsychotherapeutInnenberufs im Vordergrund. Und jedes Mal wurde von Seiten der ChefärztInnen sehr viel Verständnis für die Erwartung signalisiert, dass nur eine grundlegende Reform, wie jetzt geplant, zu einer besseren Stellung der PP/KJP in den Kliniken und zu einer sachgerechten Vergütung der Aus-/WeiterbildungsteilnehmerInnen der PP/KJP führen werde, so dass die Angestelltentätigkeit für die approbierten KollegInnen auch wieder an Attraktivität gewinnt. Die geplante zukünftige psychotherapeutische Weiterbildung (nach der gewünschten Ausbildungsreform) verlangt, dass in den Kliniken weiterbildungsverantwortliche PP/KJP tätig sind, wenn diese auch als weiterbildungsberechtigte Kliniken für PP/KJP in Frage kommen soll. Dies dürfte zu einer Aufwertung der Position der PsychotherapeutInnen in der Klinikhierarchie führen und wurde auch nicht als grundsätzliches Problem eingeschätzt.

Regelmäßig im Sommer finden auch gemeinsame *Sitzungen des Kammervorstandes mit den leitenden PsychotherapeutInnen aus Psycho-Kliniken, den Ausbildungsinstituten und den HochschullehrerInnen* statt. Bei diesen drei Terminen ging es im Wesentlichen um die angestrebten Reformen zur Aus- und Weiterbildung und die Konsequenzen für die jeweiligen Bereiche. Die für die Weiterbildung in den Kliniken angestrebten Veränderungen werden letztlich viel Geld kosten (die jetzigen PiA werden zukünftig als WeiterbildungsteilnehmerInnen „ordentlich“ bzw. tariflich bezahlt werden müssen – wenn alles so kommt, wie gewünscht). Da die Reform der Ausbildung aber voraussichtlich mit der bereits beschlossenen allgemeinen Reform der Finanzierung der Psychiatriefinanzierung (Stichwort PsychVVG) zusammenfällt, in der es in der Sache ohnehin darum gehen wird, eine Verbesserung der Personalschlüssel im Bereich Psychotherapie zu realisieren, dürfte dies auch finanzierbar sein. Auch aus den Ausbildungsinstituten kam Zustimmung zum eingeschlagenen konsensorientierten Weg der Veränderung der Aus-/Weiterbildungsstruktur und insbesondere dazu, dass die derzeitigen Ausbildungsinstitute eine zentrale Stellung in der zukünftigen Weiterbildung erhalten sollen.

Schwierige Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie – Abmahnungen als zynischer Versuch, daraus Kapital zu schlagen?

Die zum 1.4. in Kraft getretene neue Psychotherapie-Richtlinie formuliert erhebliche Veränderungen für die Tätigkeit der Niedergelassenen: Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit, Akuttherapie – Vieles wurde bürokratisch am grünen Tisch festgelegt; die KollegInnen wurden mit diesen Vorschriften „ins kalte Wasser geworfen“ und mussten sehen, wie sie die Regeln spontan und sachgerecht umsetzen können.

Mitte Juli erhielten dann mindestens 800 KollegInnen aus Bayern (vermutlich deutlich

mehr) den Brief eines Abmahnungsanwaltes aus Augsburg, der vermutlich versuchen wollte, aus den komplizierten Vorgaben der Richtlinie Kapital zu schlagen. Eine namentlich benannte niedergelassene Kollegin aus Jülich (Nordrhein-Westfalen!) habe festgestellt, dass der/die Adressat/in die vorgesehenen Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit nicht einhalte und sie selbst sei dadurch im Wettbewerb benachteiligt. Der Anwalt forderte die Angeschriebenen nun ultimatив auf, eine Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung zu unterschreiben und die Kosten des Verfahrens beim Anwalt aus Augsburg zu begleichen (Beträge in unterschiedlicher Höhe werden genannt, oft bis zu 700 Euro).

Dieser ungeheuerliche Vorgang bedeutete eine intensive Arbeitswoche für die JuristInnen der Kammer, weil die Telefone verständlicherweise nicht still standen und die rechtliche Problematik sorgfältig geklärt werden musste (betroffen waren auch KollegInnen aus Hessen und Baden-Württemberg und dementsprechend die dortigen Kammern und zuständigkeitshalber war natürlich auch die KV Bayerns aktiv). Bald war klar, dass die Vorwürfe aus verschiedenen Gründen unhaltbar sind und die Betroffenen wurden seitens der Kammer zur Nichtreaktion gegenüber den Forderungen des Anwalts aufgefordert. Und tatsächlich, kurz vor Fristablauf erklärte der Anwalt auf seiner eigenen Homepage, dass die klagende Kollegin die Beschwerden zurück ziehe und die Abmahnungsschreiben somit gegenstandslos seien und dass bereits gezahlte Beträge zurückgezahlt werden würden.

Das war eine aufregende Woche – für viele KollegInnen, genauso wie für die Kammer und die KV. Ob der Ärger damit erledigt ist und welche Folgen dies für die Urheber dieser Aktion haben wird, wird noch geklärt (aktuelle Infos dazu auf den Homepages der Kammer, der KVB sowie im internen Mitgliederbereich des DGVT-BV).

Heiner Vogel

Landessprecher Bayern

Kontakt:

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

Berlin

Kammerwahl zur 5. Delegiertenversammlung in Berlin

In der soeben zu Ende gegangenen Kammerwahl zur 5. Delegiertenversammlung in Berlin konnten wir, die Liste Neue Wege-DGVT und Freunde, nach einem engagierten Wahlkampf einen schönen Erfolg erreichen. Unsere Liste erhielt insgesamt 299 Stimmen und damit über 100 Stimmen mehr als bei der letzten Wahl. Dies bedeutet, dass wir zwei weitere Delegierten-Sitze in der kommenden Wahlzeit haben werden.

Mit Dr. Peter Tossmann, Cornelia Kranewitz und Mario Melcher sind drei neue KollegInnen im Team und damit in der Kammer, um die Arbeit von Alfred Luttermann, Alexandra Rohe und Beate Lämmel, die wieder gewählt wurden, zu unterstützen. Auch nach der Wahl werden wir weiterhin zum Stammtisch einladen – Informationen folgen. Wir freuen uns jederzeit über Interessierte und Unterstützung.

Wir bedanken uns bei allen UnterstützerInnen und WählerInnen und freuen uns auf die kommenden vier Jahre.

Ihre KollegInnen von Neue Wege - DGVT und Freunde

*Monika Basqué, Alfred Luttermann,
Alexandra Rohe und Mario Melcher*

Kontakt:

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

Hamburg

Nachdem das letzte Familientreffen am 23. Mai stattfand, möchten wir schon einmal vorzeitig auf die nächsten Familientreffen am 23. Oktober 2017 und 11. Dezember 2017 hinweisen. Wir würden uns wie immer über rege Teilnahme von Ihnen/Euch freuen. Diese Treffen finden wie immer in der Seewartensstraße 10 in Haus 4 im obersten Stockwerk im Raum „Tübingen“ (DGVT-Ausbildungszentrum) statt. Wir freuen uns,

Euch und Sie über aktuelle berufspolitische Themen (Entwicklung im Angestelltenverhältnis, Kammerpolitik, Entwicklungen der Psychotherapie-Richtlinie, Auswirkungen derselben auf die Kostenerstattung/Privatpraxen) zu informieren.

Darüber hinaus möchten wir Euch und Sie auf das von der gemeinsamen Allianz aus verschiedenen Berufsverbänden (auch der DGVT in Hamburg) veranstaltete Kostenerstatter-/Privatpraxentreffen am 11. Juli, 20.00 Uhr bis 21.30 Uhr im Hauptgebäude der Universität Hamburg, Edmund-Siemers-Allee 1, Flügelbau Ost, Raum 221, hinweisen. Es ist geplant, zu Fragen der Psychotherapie-Richtlinie und sich daraus ergebender Unklarheiten einen versierten Juristen einzuladen, der die derzeit unklare Situation rechtlich klarstellen kann. Ein Protokoll des letzten Kostenerstatter-/Privatpraxentreffens planen wir in der nächsten Zeit über diese Mailingliste zu verteilen.

Da im Bereich Kostenerstattung gerade etwas Unsicherheit und Unübersichtlichkeit seitens der Behandler - aber auch der Krankenkassen - herrschen, hat die Hamburger Kammer in Zusammenarbeit mit der Bundespsychotherapeutenkammer eine kleine Übersicht erstellt, um die aktuelle Lage etwas besser einschätzen zu können. Wir möchten diese gerne in diesem Rundschreiben zur Verfügung stellen: http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/faq_kostenerstattung/index.html

Auch folgender Hinweis der Bundespsychotherapeutenkammer ist sicherlich hilfreich: „Behandlung in Privatpraxen weiterhin möglich - Psychisch Kranke haben wie bisher Anspruch auf Kostenerstattung“, www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/behandlung-i.html.

Darüber hinaus sei noch einmal auf den Mitgliederbereich des DGVT-Berufsverbandes verwiesen, wo zahlreiche unterstützende Hinweise für Privatpraxen/Kostenerstattungspraxen zu finden sind: <http://www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich/>.

Eine lohnenswerte Veranstaltung zum Thema Schweigepflicht in der Psychotherapie fand am 05.07.2017 um 19.30 Uhr im

Haus des Sports in Hamburg statt. Veranstalter war die Psychotherapeutenkammer Hamburg. Ein Kurzbericht dieser Veranstaltung ist unter folgendem Link zu finden: <http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/nachrichten/10267875.html>. Dort besteht zudem die Möglichkeit, die Präsentation von Johannes Schopohl, Referent der Bundespsychotherapeutenkammer, herunterzuladen.

Wir hoffen, Euch und Ihnen damit einige sinnvolle Informationen für das psychotherapeutische Arbeiten im Verlauf des sich immer besser durchsetzenden Sommers geliefert zu haben und würden uns freuen, Euch und Sie auf der einen oder anderen Veranstaltung wiederzusehen.

Daniel Bergmann, Thomas Bonnekamp

Mike Mösko

Landessprecher Hamburg

Kontakt:

hamburg@dgvt.de; hamburg@dgvt-bv.de

Hessen

Unterstützung von kammerpolitisch aktiven Frauen

Unsere beiden Berufe, Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) werden immer „weiblicher“. Der Anteil der Frauen unter den Approbierten und PiA steigt weiter. Die Zahlen für Hessen sind eindeutig:

Anteil von Frauen bei den PP: 72 %

Anteil von Frauen bei den KJP: 76 %

Anteil von Frauen bei den PiA-Mitgliedern der Kammer: 83 %.

Schaut man sich aber die Gremien an, in denen Kammerpolitik „gemacht“ wird, stellen sich die Zahlen etwas anders dar:

Auf parlamentarischer Ebene liegt der Frauenanteil in der hessischen Delegiertenversammlung bei 56 % und in den Ausschüssen/Kommissionen der Kammer bei 59 %. Bei den Ausschussvorsitzenden sind

dann aber nur 3 von 9 Ausschüssen mit Frauen besetzt.

Etwas besser ist Anteil von Frauen bei den Vorstandsmitgliedern: 67 % (immerhin der beste Wert unter allen Landeskammern). Darüber hinaus hat Hessen als einziges Bundesland sowohl eine Präsidentin wie auch eine Vizepräsidentin.

Bei den hessischen Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag (ohne Ersatzdelegierte) liegt der Frauenanteil bei 64 %.

Im Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer liegt der Frauenanteil bei 20 % (eine Frau bei fünf Bundesvorstandsmitgliedern). Das Präsidium wird von 3 Männern gebildet, einem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten.

Der hessische Kammervorstand hat diskutiert, welche strukturellen Veränderungen geeignet sein können, dass sich Frauen entsprechend ihrem Anteil in der Mitgliedschaft in den Gremien der Kammer engagieren. Zu einem „Ratschlag“ werden alle in den Kammergremien aktiven Frauen eingeladen, um zu diskutieren, wie Frauen mehr als bisher in die Kammerarbeit einbezogen werden können.

Für unsere hessische Liste VT-AS ist diese Initiative auch im Hinblick auf die Förderung von PiA und Neuapprobierten in der Kammerpolitik sehr wichtig. Die Gründungsväter und -mütter der Kammer sind mittlerweile in ihrer beruflichen Laufbahn so weit fortgeschritten, dass das Ende der beruflichen Tätigkeit in Sicht kommen könnte. In den nächsten Jahren wird eine neue Generation von Kolleginnen (und Kollegen) die Berufspolitik übernehmen (müssen). Dafür wollen wir jetzt die Rahmenbedingungen schaffen.

Karl-Wilhelm Höffler

Landessprecher Hessen

Kontakt:

hessen@dgvt.de; hessen@dgvt-bv.de

Nordrhein-Westfalen

Wechsel im Vorstand der PTK Nordrhein-Westfalen

Wolfgang Schreck, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DGVT, ist aus beruflichen Gründen aus dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ausgeschieden. Nach seiner Bestellung zum Leiter des Referats Erziehung und Bildung bei der Stadt Gelsenkirchen könne er im PTK-Vorstand nicht mehr „so mitarbeiten, wie es die berechtigten Erwartungen anderer und meine eigenen Ansprüche an mich verlangen“, begründete Schreck seinen Rücktritt. Wolfgang Schreck war seit September 2014 Beisitzer im Vorstand der PTK NRW. „Ich habe mit dem Vorstand, den Ausschüssen und der Geschäftsstelle stets sehr positiv und harmonisch zusammengearbeitet und werde sicher etwas vermissen“, sagte er vor den Delegierten der Kammerversammlung am 5. Mai in Dortmund. Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, bedankte sich bei Schreck für die anregende, konstruktive und verlässliche Zusammenarbeit. Sein Amt als Beisitzer im Vorstand der Bundestherapeutenkammer übt Wolfgang Schreck weiterhin aus.

Als Nachfolgerin im Vorstand der PTK NRW aus der DGVT-Fraktion wurde von den Kammerdelegierten Mechthild Greive mit großer Mehrheit gewählt. Die Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Juristin hat umfassende berufliche Erfahrung als Angestellte in leitenden Positionen im Bereich der Jugendhilfe, der Psychiatrie und im Krankenhaus, unter anderem als Hauptgeschäftsführerin am Klinikum Dortmund. Seit Ende 2012 arbeitet sie selbstständig als Beraterin und Coach. Zudem engagiert sich Mechthild Greive ehrenamtlich für die Situation von Patientinnen und für Frauen als Leistungsträgerinnen. In ihrem Vorstandamt bei der PTK NRW werde sie sich insbesondere für „eine gute, gemeindenahе und niederschwellige psychotherapeutische Versorgung“ einsetzen und auch bei der Reform der Psychotherapieausbildung das Stichwort

Versorgungsqualität hochhalten, versprach sie.

Mit einem Schweigemoment gedachten die Mitglieder der Kammerversammlung des verstorbenen Mitglieds Thomas Fischer, der bei der Wahl 2014 ebenfalls über die DGVT-Liste als Delegierter der PTK NRW gewählt worden war. Für ihn rückte Franz-Josef Kanz in die Fraktion der DGVT nach. Kanz wurde anschließend von der Kammerversammlung als stellvertretendes Mitglied in den Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation“ sowie als stellvertretender Delegierter für den DPT gewählt.

Landespolitik NRW – Neuer Gesundheitsminister

In NRW gibt es eine neue Landesregierung und einen neuen Gesundheitsminister: Karl-Josef Laumann (CDU) ist bereits zum zweiten Mal Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW. Er führte bereits in der Regierung von Jürgen Rüttgers (2005 bis 2010) dieses Ressort. Karl-Josef Laumann war bis zu seiner Rückkehr ins Kabinett in NRW Patientenbeauftragter der Bundesregierung.

Rheinland-Pfalz

Leider musste unser letztes Landestreffen abgesagt werden, da es zu wenige Anmeldungen gab. Aber lassen wir uns nicht entmutigen und starten einen neuen Versuch:

Einladung zum Landestreffen der DGVT am 20.11.2017 in Mainz

Tagesordnung:

- Austausch zur Umsetzung der Psychotherapie-Richtlinie und der neuen Befugnisse (Krankentransport, Reha-Verordnung, Krankenhauseinweisung, Soziotherapie-Verordnung)
- Wahlen zum Landessprecher/zur Landessprecherin
- Verschiedenes
- Wir treffen uns um 18.00 Uhr in den Räumen der Poliklinischen Institutsam-

balanz für Psychotherapie, Wallstr. 3, 55122 Mainz.

- Ich freue mich über viel Zuspruch und zahlreiches Kommen.

Andrea Benecke

Landessprecherin Rheinland-Pfalz

Kontakt:

rlp@dgvt.de

rlp@dgvt-bv.de

Schleswig-Holstein

Ca. 5% der PKSH-Mitglieder waren von der Wahl zur letzten Kammerversammlung nachweislich ausgeschlossen!

Dennoch wurde die Klage gegen die Rechtmäßigkeit der Wahl am 19.6.2017 vom VG-Schleswig abgewiesen

Weshalb kam es überhaupt zur Klage?

Fast zwei Monate vor dem eigentlichen Wahlbeginn hatte ein Mitglied des Kammervorstandes, wie in der Wahlordnung vorgesehen, beim Wahlvorstand sehr fristgerecht Einspruch gegen die ausgelegte Wählerliste eingelegt, weil ihm bei der Durchsicht der vom Wahlvorstand veröffentlichten Wählerliste aufgefallen war, dass eine größere Zahl ihm namentlich bekannter Kammermitglieder nicht in der Wählerliste auftauchten. Bei weiteren Nachforschungen wurde deutlich, dass insgesamt mind. 62 Ausbildungskandidaten eines der fünf Ausbildungsinstitute nicht im Wählerverzeichnis aufgeführt waren, offensichtlich, weil, im Gegensatz zu Anweisungen des Vorstandes an die Geschäftsstelle, mit diesem Institut seit mindestens vier Jahren, anders als mit den anderen Instituten, kein regelmäßiger Datenaustausch vorgenommen worden war. Auch mit den anderen Ausbildungsinstituten war nicht zum für die Wahl maßgeblichen Stichtag, wie eigentlich selbstverständlich, ein Datenaustausch angestoßen worden, um sicher zu stellen, dass das Wählerverzeichnis für den Wahlvorstand auf der Basis einer aktuellen

und vollständigen Mitgliederdatei erstellt werden konnte. Dies erscheint noch unglaublicher, da die Geschäftsstelle auf Veranlassung des Wahlvorstandes die Ausbildungsinstitute für die Erstellung der Wahllisten jeweils befragte, in welcher Ausbildung sich die Ausbildungsteilnehmer befänden (PP oder KJP), damit diese korrekt der PP- oder KJP-Wählerliste zugeordnet werden konnten.

Die 62 fehlenden Mitglieder wurden der Kammer - veranlasst durch das Vorstandsmitglied - von dem Ausbildungsinstitut daraufhin umgehend gemeldet. Die betroffenen Mitglieder sendeten im Weiteren weit überwiegend deutlich vor Abschluss der Wählerliste ihre vollständigen Meldedaten an die Kammer. Sie wurden dennoch nicht ins Wählerverzeichnis aufgenommen. Der Einspruch gegen die Wählerliste wurde abgewiesen, genauso wie ein Widerspruch gegen diesen Ablehnungsbescheid.

Bei den angestoßenen Überprüfungen hatte sich auch herausgestellt, dass wegen des unterbliebenen Datenabgleiches zwischen der Geschäftsstelle und den Ausbildungsinstituten vor Erstellung des Wählerverzeichnisses noch acht weitere Mitglieder nicht im Wählerverzeichnis geführt wurden, dass aber umgekehrt auch eine recht große Zahl von Personen zu Unrecht im Wählerverzeichnis geführt wurden, obwohl sie ihre Ausbildung seit längerer Zeit abgebrochen hatten, wegen Namensänderung doppelt geführt wurden o.ä. Von Amts wegen entfernte der Wahlvorstand diese dann aus dem Wählerverzeichnis, nahm jedoch die nachweislich fehlenden Mitglieder nicht noch in die Wählerliste auf mit der Begründung, dass gemäß § 15 Heilberufekammergesetz nur Kammermitglieder wahlberechtigt seien, die zum Beginn der Wahlzeit seit mindestens „drei Monaten bei der Kammer gemeldet“ seien.

Das Wort „gemeldet“ wurde hier vom Wahlvorstand als aktive Datenübermittlung und nicht, analog zu Regelungen bei Landtags- oder Kommunalwahlen, im Sinne von „der Kammer seit drei Monaten zugehörig“ ausgelegt.

Da auch ein mit diesen hier beschriebenen Unregelmäßigkeiten bei der Vorbereitung und Durchführung der Wahl, die möglicherweise das Ergebnis, sprich die Mehrheitsverhältnisse, entscheidend beeinflusst hatten, begründeter Einspruch gegen die Wahl von der neu gewählten Kammerversammlung, genauer gesagt der Mehrheit der DPtV-Fraktionsmitglieder, im November 2015 zurück gewiesen worden war, blieb nur noch die Möglichkeit einer Klage vor dem Verwaltungsgericht.

Einige zentrale Argumente im Klageverfahren:

Es dauerte dann ganze 1,5 Jahre bis zur mündlichen Verhandlung am 19.6.2017 vor dem Verwaltungsgericht (VG) in Schleswig. Als wesentliche Argumentationen für die Klage wurde vorgebracht:

1. Die durchgängige Meldepraxis in der Kammer sah immer so aus, dass der Kammer neue Mitglieder durch die Ausbildungsinstitute, die KV, die Approbationsbehörde bzw. durch abgebende andere Landeskammern genannt wurden und die Kammer diese Mitglieder dann aufforderte, ihren Meldebogen gemäß Meldepflicht auszufüllen. Deshalb hätte es entsprechende organisatorische Vorkehrungen in der Vorbereitung und Durchführung der Wahl geben müssen (z.B. stichtagsbezogene Abfrage an den genannten Stellen), die verhindert hätten, dass eine ganze Gruppe von Mitgliedern nicht berücksichtigt wird, weil sie nicht rechtzeitig gemeldet wurde. Dass eine solche stichtagsbezogene Abfrage bei den Ausbildungsinstituten notwendig, aber auch mit minimalem zeitlichen und personellen Aufwand erfolgreich möglich gewesen wäre, haben die durch den Einspruch gegen die Wählerliste initiierten Aktivitäten der Kammergeschäftsstelle eindrücklich bewiesen.
2. Die Mitgliedschaft in einer Kammer ist nicht freiwillig, sondern für Berufsangehörige zwangsweise gesetzlich angeordnet. Deshalb muss der Wert des Wahl-

rechtes der Mitglieder allein schon unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten besonders hoch bewertet werden. Deshalb kann es nicht sein, dass bei der gebotenen Abwägung dieses hohe Recht allein durch eine einfache (Melde-) Pflichtverletzung, wie sie ständig in Kammern vorkommt, unheilbar verwirkt werden soll und nicht im Rahmen der Auslegungsfristen der Wählerlisten durch Erfüllung der Meldepflichten vor endgültigem Abschluss der Wählerliste geheilt werden kann.

3. Das Einsichtnahmerecht in die Wählerliste trägt dem Grundsatz der Öffentlichkeit und Transparenz des gesamten Wahlgeschäfts und der in einer Demokratie unverzichtbaren Möglichkeit öffentlicher Kontrolle der Vorbereitung und Durchführung einer Wahl Rechnung. Wenn der Wahlvorstand den Termin der Auslegung des Wählerverzeichnisses ohne zwingenden Grund auf ca. 14 Tage nach dem Stichtag der Meldung gem. HBKG §15 Ziffer 1 festlegt, läuft diese gebotene öffentliche Kontrolle ins Leere. Von daher ist die Regelung der Wahlberechtigung und deren Beurteilung in der Wahlprüfung verfassungskonform nur dahin auszulegen, dass es nicht ausschließlich auf das vollständige Vorliegen der Meldedaten zum Stichtag drei Monate vor dem Wahltermin ankommen kann, sondern im Falle der Beanstandung eine Aufnahme ins Wählerverzeichnis durch vollständige Vorlage der Meldedaten bis spätestens zum in der Wahlordnung festgelegten Datum des endgültigen Abschlusses der Wählerliste möglich sein muss.

Leider lag die Urteilsbegründung bei Redaktionsschluss immer noch nicht vor, so dass bei der DGVT-Landesgruppe neben tiefer Enttäuschung über das Urteil auch weiter großes Unverständnis vorherrscht, aus welchen inhaltlichen Gründen die Klage letztlich doch abgewiesen wurde.

Die DGVT-Landesgruppe ist aber unabhängig vom Ausgang des Verfahrens dem DGVT-Vorstand sehr dankbar für die finan-

zielle Unterstützung der Klage, ohne die es gar nicht möglich gewesen wäre, eine Korrektur dieser aus unserer Sicht eklatanten Unregelmäßigkeiten im Wahlverlauf auf dem Rechtsweg anzustreben.

„Darf es nicht vielleicht doch noch ein bisschen mehr sein!?“

Die 45. Kammerversammlung beschließt im Stile eines Selbstbedienungsladens:

Beispiel: Ab. 1.1.2018 143,-€ *Entschädigung für 70 Minuten Sitzungszeit* (hinzukommen noch Reisezeitentschädigung und Reisekosten!).

Die Klage gegen die Rechtmäßigkeit der letzten Kammerwahl war gerade seit 11 Tagen vom Verwaltungsgericht abgewiesen, da stand die Erhöhung der Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten für die Kammer auf der Tagesordnung der 45. Kammerversammlung am 30.6.2017.

Der vom Vorstand eingebrachte Antrag zur Änderung der maßgeblichen „Entschädigungs- und Reisekostenordnung“, kurz ERO, sah vielfältige Erhöhungen vor:

- Die Entschädigung pro Stunde Sitzungszeit sollte um 47 % auf dann 44 € erhöht werden,
- es sollten nicht mehr nur vollendete halbe Stunden sondern bereits angefangene ¼-Stunden entschädigt werden,
- die zusätzlich zu den Sitzungsentschädigungen bestehenden pauschalen Entschädigungen für die Vorstandsmitglieder sollten um bis zu 60 % erhöht werden,
- Reisezeiten sollten ab dem 1. Entfernungskilometer entschädigt werden statt bislang ab dem 21. und
- auch Taxifahrten bis 30 € sollten zukünftig entschädigt werden.

Als Begründung wurde pauschal darauf verwiesen, dass sich die „wirtschaftlichen Rahmendaten“ seit Inkrafttreten der aktuellen ERO am 1.1.2008 geändert hätten und deshalb eine „Erhöhung der Beträge sinnvoll aber auch erforderlich“ sei. Der Antrag enthielt keinerlei Angaben zu den resultieren-

den Gesamtkosten und Auswirkungen auf die Kammerbeiträge.

Die KamOn-Fraktion lehnte diesen Antrag mit einer schriftlichen, zu Protokoll gegebenen Begründung ab, da nach den durchgängigen Erfahrungen mit den letzten Protokollen befürchtet wurde, dass sich die KamOn-Positionen im Protokoll sonst wieder nur sehr selektiv bzw. verfälscht wiederfinden würden.

Nach den Berechnungen der KamOn-Fraktion hätte der Vorstandsantrag insgesamt zu Erhöhungen der Aufwandsentschädigungen um ca. 45 % geführt oder umgerechnet auf alle Beitrag zahlenden Mitglieder ca. +30 € bis 35 € pro Kopf und Jahr. Nach Auffassung der KamOn-Fraktion wäre eine Erhöhung der Entschädigungen wegen der „geänderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen“, damit dürften langläufig wohl die *Inflationsraten seit 1.1.2008* gemeint sein, aber nur um 14,09 % zu begründen gewesen. Die KamOn-Fraktion brachte einen entsprechenden Gegenantrag ein, in dem im Wesentlichen nur die Stundensätze und Vorstandspauschalen um diese kumulierte Inflation erhöht werden sollten. Diese Argumentation wurde in der Diskussion von DPtV-Seite als „*ewige Selbstausbeutung*“, „*Fort-schreibung einer Unterbezahlung*“ und „*viel zu niedrig*“ ohne wirkliche inhaltliche Argumentation zurückgewiesen. Zudem wurde von einem Mitglied der DPtV-Fraktion der Antrag gestellt, zusätzlich für jede Sitzungsteilnahme, unabhängig von der Dauer der Sitzung, als „*Vorbereitungszeit*“ 2 Stundensätze (sprich 88 €) zusätzlich zu entschädigen. Obwohl auch dieser Antrag in seinen wirtschaftlichen Konsequenzen überhaupt nicht durchgerechnet wurde, übernahm der Vorstand ihn spontan in seinen Antrag. Um die zusätzlichen Kosten vielleicht doch noch zu begrenzen, unternahm die KamOn-Fraktion den verzweifelten Versuch, in Kleingruppen doch noch nach Kompromissen zwischen den beiden Anträgen zu suchen, was aber von der DPtV-Fraktion kategorisch abgelehnt wurde. So wurde in von DPtV-Seite beantragter geheimer Abstimmung, aber genau mit der Stimmenzahl der

DPtV-Mehrheit, die Erhöhung der Entschädigungen gem. Vorstandsantrag beschlossen. *Ungerechnet belaufen sich die zu erwartenden Mehrkosten auf ca. + 40 bis 45 € je zahlendes Mitglied pro Jahr! Da dürfen sich wohl alle schon mal auf entsprechende Beitragserhöhungen in 2018 für den „guten Zweck“ einstellen.*

Aus KamOn-Sicht haben die beschlossenen Entschädigungssätze nun jedoch nichts mehr mit „Aufwandsentschädigungen für ein Ehrenamt“ zu tun. Für eine 70 Minuten dauernde Sitzung beispielsweise werden zukünftig 143 € statt bislang 30 € „entschädigt“ (hinzu kommen noch Reisekosten und Reisezeitentschädigung, versteht sich!), eine Größenordnung, die befürchten lässt, dass hier zusätzlich auch noch Umsatzsteuer fällig werden könnte. Aber all das müssen ja die Mitglieder mit ihren Beiträgen bezahlen, und die können sich bekanntlich nicht dagegen wehren.

Ein weiterer Aufreger aus der 45. Kammerversammlung:

Angestellte Berufsausübung als Voraussetzung für Berufung in „Angestellten-Ausschuss“ wird von DPtV-Mehrheit abgelehnt!

Auf der Tagesordnung stand eigentlich die Besetzung eines „Angestellten-Ausschusses“, aber dazu kam es nicht. Denn von der DPtV-Fraktion wurde ein Satzungsänderungsantrag der KamOn-Fraktion, der verbindlich festschreiben sollte,

- dass einem KJP-Ausschuss nur Mitglieder angehören können, die ihren Beruf zu mind. 75 % im KJP-Bereich ausüben und
- dass einem Angestellten-Ausschuss analog auch nur Mitglieder angehören können, die ihren Beruf zu mind. 75 % in einem angestellten oder verbeamteten Arbeitsverhältnis ausüben

z.T. grundsätzlich widersprochen. Auch KV-zugelassene Kollegen könnten in einem Angestellten-Ausschuss qualifiziert mitwirken, schließlich seien ja auch alle Kammerver-

sammlungsmitglieder „souverän gewählte Vertreter aller Kammermitglieder“.

Weder der Hinweis, dass auf Bundesebene eine gleichlautende Regelung für den KJP-Ausschuss bestehe noch von KamOn-VertreterInnen vorgeschlagene pragmatische Operationalisierungen zur Lösung möglicher juristischer Spitzfindigkeiten konnten etwas daran ändern, dass der Antrag mit der Mehrheit der DPtV-Fraktion abgelehnt wurde. Im Durcheinander von GO-Anträgen gelang gerade noch, dass das Thema erneut auf die Tagesordnung der nächsten Kammerversammlung gestellt wurde.

2. Schleswig-Holsteinische Fachtage

„Autismus“

Leben mit Autismus, Diagnostik - Therapie - Schule - Beruf

Zum zweiten Mal werden im Frühjahr 2018 in Neumünster Fachtage zum Thema „Autismus“ ausgerichtet. Der Verein „Hilfe für das autistische Kind“, Landesverband Schleswig-Holstein e.V., hat gemeinsam mit Salo Bildung und Beruf GmbH, Neumünster, diese zweitägige Veranstaltung in den Holsenhallen Neumünster vorbereitet.

Am Freitag (20.04.2018) und Samstag (21.04.2018) erwartet Sie ein umfangreiches, vielseitiges und spannendes Programm rund um alle Lebens- und Altersbereiche von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung.

Als Schirmherrin konnte Frau Maria Kaminski, Vorsitzende des Bundesverbandes „Autismus Deutschland“, gewonnen werden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Wahl zwischen verschiedenen Schwerpunktthemen, wie z.B. „Aktueller Forschungsstand der Diagnostik von ASS im Erwachsenenalter“, „Therapie im Erwachsenenalter“, „Diagnostik von ASS bei Kindern und Jugendlichen“, „Therapeutische Ansätze in der Förderung von Kindern und Jugendlichen“, „Schule und Ausbildung für Menschen mit ASS“, „Pubertät und Sexualität bei Jugendlichen mit ASS“. Außerdem ist eine Veranstaltung zum jüngst verabschiedeten

Bundesteilhabegesetz unter „Positive und negative Auswirkungen“ vorgesehen.

Umrahmt werden beide Tage mit einem durchgängig besetzten „Markt der Möglichkeiten“ bei dem regionale und überregionale Anbieter von verschiedenen Hilfen aus Therapie, Bildung, Wohnen und Arbeit, sowie Anbieter von Fachliteratur und Materialien zur Förderung und Therapie ihre Angebote präsentieren und für Fragen zur Verfügung stehen.

Als Referenten konnten einige bekannte Personen aus Beratung, Therapie, und wissenschaftlicher Forschung gewonnen werden: Frau Prof. Dr. Ingeborg Kamp-Becker, Frau Sonja Steinbach, Herr Prof. Dr. Kai Vogeley, Herr Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst und Herr Dr. med. Jan Hendrik Puls.

Ergänzt werden die Fachbeiträge durch Referate von Menschen mit Autismus, welche über ihre eigenen Lebenswege berichten werden: Frau Dr. Christine Preißmann, Herr Axel Brauns und Herr Dr. Peter Schmidt.

Unter www.salo-ag.de und www.autismus-sh.de stehen die Einzelheiten zum Programmablauf und der Flyer, sowie die Anmeldeformulare zum Download bereit.

Die Akkreditierung der Veranstaltung bei der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein ist beantragt.

Wir freuen uns sehr, Sie/euch im April 2018 in Neumünster begrüßen zu dürfen.

Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer,

Claudia Tiefert, Diana Will

LandessprecherInnen Schleswig-Holstein

Kontakt:

schleswig-holstein@dgvt.de;

schleswig-holstein@dgvt.-bv.de

Aktuelle Behandlungsansätze in der Verhaltenstherapie

Schematherapie – Einführungsworkshop

Datum: 06.–07. Oktober 2017

Ort: Frankfurt am Main

Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen mit EMDR

Datum: 20.–21. Oktober 2017

Ort: Hannover

Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) – Einführung

Datum: 17.–18. November 2017

Ort: Dortmund



DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

www.dgvt-fortbildung.de

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Antwort des BMG auf den bundesweiten Protest der KollegInnen gegen den Hono- rarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses

Der DGVT-BV hatte die Mitglieder im März 2017 zum Protest gegen den Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) aufgerufen. Der am 29. März ergangene Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung stellte aus unserer Sicht (und die vieler anderer Verbände sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und der KBV) eine unrühmliche Fortsetzung im anhaltenden Trauerspiel um die psychotherapeutische Versorgung dar.

Wir hatten unseren Mitgliedern einen ausführlichen Text und eine Übersicht mit Kontaktdaten möglicher Empfänger des Protests zur Verfügung gestellt. Eines unserer Mitglieder aus Nordrhein-Westfalen erhielt nun am 28.6.2017 eine Antwort durch das BMG auf seine Protest-Mail vom 30.3.2017 hin und hat uns diese freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Betreff: Ihre E-Mail vom 30. März 2017 an das Bundesministerium für Gesundheit

Datum: Wed, 28 Jun 2017

Von: Buergerservice BMG <Buergerservice.BMG@bmg.bund.de>

*Sehr geehrter Herr Heukemes,
vielen Dank für Ihre E-Mail vom 30. 03.2017, in der Sie erhebliche Kritik an den Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses vom 29.03.2017 zur Umsetzung der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im einheitlichen Bewer-*

tungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) äußern. Da diese Beschlüsse zwischen den Beteiligten und auch mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch weiter diskutiert wurden, habe ich die Beantwortung Ihrer E-Mail zunächst zurückgestellt. Hierfür bitte ich um Ihr Verständnis.

Dem BMG ist es ein wichtiges Anliegen, dass eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau gewährleistet wird. Deshalb wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) der G-BA beauftragt, seine Psychotherapie-Richtlinie umfassend zu überarbeiten, um das Angebot und den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen für Patientinnen und Patienten zu verbessern. In diesem Zusammenhang sieht das GKV-VSG zudem vor, dass ab Inkrafttreten der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Termine bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erstgespräche im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine vermitteln. Seit dem 1.4.2017 sind daher z.B. psychotherapeutische Sprechstunden als zeitnahe niedrigschwelliger Zugang und Akutbehandlungen als wichtige Leistungen in der Versorgung verankert.

Für diese Leistungen gilt – wie auch für andere psychotherapeutische Leistungen –, dass die Bewertungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten haben (§ 87 Absatz 2c Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V). Dies bedeutet auch, dass die Berechnung der den Leistungen zugrunde liegenden Zeiten sachgerecht zu erfolgen hat. Hier bestanden Zweifel, ob die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses diese Voraussetzungen erfüllen.

Das BMG hat zu diesen Beschlüssen intensive Gespräche sowohl mit den maßgebli-

chen Psychotherapeutenverbänden auf Bundesebene als auch mit den Trägern des Bewertungsausschusses - der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband - geführt. Ergebnis dieser Gespräche ist, wie Sie vielleicht bereits erfahren haben, dass die Träger des Bewertungsausschusses die kritisierten Beschlüsse überprüft und im Sinne der Patientinnen und Patienten und der mit den Neuregelungen in der Psychotherapie-Richtlinie verbundenen Ziele mit einem Beschluss am 21.06.2017 weiterentwickelt haben. So entspricht nunmehr die Höhe der Vergütung für die psychotherapeutische Sprechstunde und für die Akutbehandlung dem Niveau der Bewertung der genehmigungspflichtigen Leistungen. Damit verbunden wurde auch der Strukturzuschlag erhöht. Darüber hinaus werden die psychotherapeutische Sprechstunde nunmehr der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet und die damit im Zusammenhang stehenden Zuschläge erhöht. Der Beschluss gilt rückwirkend zum 1.4.2017.

Das BMG begrüßt diese Entwicklungen ausdrücklich, da es für das BMG sehr wichtig ist, dass die mit der Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie verbundenen Ziele zügig und spürbar im Versorgungsalltag der Patientinnen und Patienten ankommen. Daher wird es die Entwicklung in diesem Bereich insbesondere auch vor dem Hintergrund der in dieser Legislaturperiode getroffenen vielfältigen Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten weiter aufmerksam beobachten. Auch der G-BA beabsichtigt diese wichtigen neuen Versorgungsangebote zu bewerten.

Unabhängig von dieser Umsetzung der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA im EBM wird derzeit im Bewertungsausschuss eine allgemeine Überprüfung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit beraten. Dies schließt die Überprüfung der probatorischen Leistungen mit ein.

Sehr geehrter Herr Heukemes, ich hoffe, ich konnte Ihnen mit diesen Ausführungen behilflich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Inken Lindstaedt

Referat LS 5 – Beratung und Information
für Versicherte und Leistungserbringer
Bundesministerium für Gesundheit

Postanschrift: 53107 Bonn

Bürgertelefon:

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon.html>

Bericht von der 31. Sitzung der Konzertierten Aktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Berufsverbänden

Am 23. Juni 2017 begrüßte Dr. Thomas Kriedel (Betriebswirt) die BerufsverbandsvertreterInnen in den heiligen Hallen der KBV, die anderen beiden Vorstände waren nicht anwesend.

1. Zur aktuellen politischen Lage

Seit dem letzten Mal (7. März) sei viel passiert. Der Deutsche Ärztetag (DÄT) in Freiburg habe im Mai wichtige Beschlüsse gefasst- zur Notfallversorgung, zu Portalpraxen, zur Digitalisierung, pro Delegation, pro Flexibilisierung von Fernbehandlungen und zum Dauerbrenner GOÄ. Leitmotto sei gewesen: „Der Ärztetag gestaltet mit“. (Ergänzend angefügt: die interessante Idee des DÄT, eine Regionalisierung des Sicherstellungsauftrags solle den KVen ermöglichen, kassenartenspezifische Gesamtverträge zu schließen.) Am Tag vor dem DÄT hatte vor Ort die Vertreterversammlung der KBV getagt und basierend auf dem Vorstandskonzept "KBV 2020" im Vorfeld der Bundestagswahl ein 8-Punkte Programm einstimmig verabschiedet (www.kbv.de/html/29056.php).

Auch der KBV-Vorstand habe seine Hausaufgaben erledigt: am 8. Mai war Antrittsbesuch bei Minister Gröhe mit Frau

Widmann-Maunz, kurz drauf stellte man sich den Fraktionssprechern von CDU und SPD vor, aber auch den Bundessprechern der Landtagsfraktionen, wegen den vielen Krankenhaus-Fragen. KBV-Position sei „zu viele Betten, aber nicht zu viele Häuser!“, dafür seien neue Ideen gefragt. Auch am Masterplan Medizinstudium 2020 habe man mit der Expertenkommission weitergestrickt, hier seien neue Ideen nötig, die die Landarztpraxis nicht weiter indirekt als minderwertig darstellen.

Endlich eine Gesetzesänderung, die der KBV Freude bereitet: das „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ wird als "Omnibus" für eine deutliche Beschleunigung der Schnittstellen-Standardisierung der Praxisverwaltungssysteme (PVS) genutzt. Im Paragraphen 291d SGB V wird aus „so bald wie möglich“ „innerhalb von 2 Jahren“. Offene Schnittstellen in die PVS zu integrieren soll Niedergelassenen unkomplizierte Anbieterwechsel ermöglichen. Der Zeitpunkt der Gesetzesänderung ist insofern passend gewählt, als dass das "Interoperabilitätsverzeichnis" der gematik am 1. Juli seinen Betrieb aufnimmt. Ab diesem Zeitpunkt können Körperschaften wie die KBV mit Zustimmung der gematik Standards in das Verzeichnis einbringen. Danach würde dann die Zwei-Jahres-Uhr für die Unternehmen ticken. Als Reizthema im Hintergrund steht, dass einige Praxisverwaltungssystem-Hersteller von Praxen saftige Aufschläge für Medikationsplan-Zusatzmodule nehmen. Mittels offenen Schnittstellen-Standards kann die KBV mit Eigenentwicklungen drohen. Der Bundesrat hat am 7. Juli 2017 beschlossen, dem Gesetz zuzustimmen. In derselben Sitzung hat er dem Pflegeberufegesetz zugestimmt, das nun stufenweise in Kraft tritt. Der erste Ausbildungsjahrgang soll 2020 beginnen. Bis dahin müssen weitere Voraussetzungen zur Umsetzung der Reform geschaffen werden: Erlass einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie einer Finanzierungsverordnung. Weder Ausbildungsvergütung noch Ausbildungsfinanzierung stehen fest: das nennt man wohl die

Katze im Sack kaufen. Könnte es etwa mit unserer Ausbildungsreform ähnlich laufen? Die dreijährige, generalistische (alle Altersstufen in allen Versorgungsbereichen) berufliche Ausbildung endet mit dem Abschluss "Pflegefachfrau"/"Pflegefachmann". Das soll den Wechsel zwischen den Pflegebereichen erleichtern. Daneben soll im dritten Jahr auch eine Spezialisierung mit Abschluss "Altenpfleger/in" oder "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in" erfolgen können, der jedoch weiterhin die automatische europaweite Anerkennung fehlt. Zusätzliche Karrierechancen soll die Einführung eines ergänzenden Pflegestudiums bieten. Nicht zuletzt wegen dieser Akademisierung der Pflege wurde das Gesetz von der KBV weniger freudig begrüßt.

Zur Digitalisierung des Gesundheitswesens gab es Hintergrundinfos: Das Wirtschaftsministerium unter SPD-Frau Zypries wolle Startups fördern, aber das Gesundheitsministerium unter CDU-Herr Gröhe stehe dagegen, will erst die elektronische PatientInnen-Akte weitertreiben. Beim Digitalisierungs-Gipfel der Regierung sei die "Gesundheits-Cloud" vom Hasso-Plattner-Institut Potsdam in den Vordergrund gerückt. Digitalisierung wird zuallererst als Industrialisierung betrieben. Die KBV will Ende Juli ihre Eckpunkte zu E-Health veröffentlichen.

Die Infos zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden durch Nachfolgendes überholt: Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages haben am 28. Juni die Personalvorschläge für die zwei Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einstimmig abgelehnt. Nach den Regelungen des Sozialgesetzbuches können nun GKV, DKG, KBV sowie KZBV binnen sechs Wochen neue KandidatInnen vorschlagen, für die die Kriterien der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit gelten und die seit mindestens einem Jahr nicht bei einer dieser Trägerorganisationen tätig waren. Käme es dann erneut zum Widerspruch, würde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die unparteiischen G-BA Mitglieder berufen. Der Vorsitzende Josef He-

cken galt und gilt offenbar für eine weitere Amtsperiode als gesetzt. Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes war Uwe Deh, für die Leistungserbringer war es Lars Lindemann, beides Juristen. Das BMG, aber auch die ÄrztInnenschaft hatten schon im Vorfeld Bedenken am Personaltabelle angemeldet. Mit der Gynäkologin Regina Klakow-Franck würde die letzte Ärztin ausscheiden, zudem sei nicht immer die Karenzzeit gewahrt. Die Demontage der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen geht also in die nächste Runde. Anfang Juni hatte die Münch-Stiftung (eines privaten Krankenhaus-Konzerns) mit einem in Berlin öffentlich vorgestellten Reformpapier die Diskussion einer Umgestaltung des G-BA befeuert, in dem sie statt drei Unparteiische neun Unparteiische vorschlug, von denen drei durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bestimmt werden sollten. Außerdem solle es verbesserte Antrags- und Stellungnahmerechte für Außenstehende geben, z.B. um Firmen Marktzutrittschürden zu nehmen. Zuvor hatte bereits die Arbeitsgemeinschaft der Länder die demokratische Legitimation des G-BA für seine weitreichenden Befugnissen in Frage gestellt. Hier stand die Krankenhausplanung der Länder im Mittelpunkt des Interesses. Dr. Kriedel erwartet für die nächste Bundestags-Legislaturperiode steigenden politischen Druck in den G-BA hinein, da dieser immer versorgungsrelevanter werde.

Interessantes aus der Diskussion: Landes-Ärzttekammern scheinen eigene Curricula (bis zu 160 Stunden) für die diversen neuen Praxis-AssistentInnen (z.B. AGATE) zu machen, hierzu forderten BV-VertreterInnen, die KVen sollten das sozialrechtliche Heft in die Hand nehmen. Die KBV will hierüber Gespräche mit dem Marburger Bund führen. Als übergreifendes Thema können wir die Frage benennen, wer künftig (digitale/delegierte) Qualität definiert. Fachliche Vorgaben werden nötig, nicht nur bei den Video-Sprechstunden, sondern bei der gesamten "Tele-Heilkunde". Empirisch-wissenschaftlich fundierte Evaluationen fehlen bislang auf weiter Flur, insbesondere

über die herkömmliche Erfolgsforschung hinausgehende (was wegen des wesensartig weiteren und risikobehafteteren Nebenwirkungsspektrums nötig wäre). Stattdessen scheint es lediglich darum zu gehen, wie die Mehrkosten der Digitalisierung des Gesundheitswesens aufwandsneutral gemacht werden könnten. Hier kommt schnell "Big Data" ins Spiel: die Archivierung von Labordaten werde nur bezüglich der Kosten einer Cloud honoriert (s. AOK-Ausschreibung).

In den Medien hätten eher andere gesundheitspolitische Themen im Vordergrund gestanden: die Homöopathie-Diskussion, die Probleme mit der Telematikinfrastruktur sowie die Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen. Bezüglich Letzterem erwartete die KBV in den Regionalverhandlungen durchaus größere "Happen" als in den Vorjahren, die sich in den Länder-HVMs niederschlagen sollten.

2. Die Ergebnisse des neusten ZI-Praxis-Panels (ZIPP)

führten aus der Zukunft zurück in die vergangene Gegenwart. Herr Leibner stellte die Auswertungen zu den Jahren 2012-2015 vor. Zusammengefasst sei 2013 mit real leicht schrumpfenden Überschüssen (-0,3%) ein schwieriges Jahr gewesen, in 2014 hätten sich dann die guten Vertragsabschlüsse des Vorjahres niedergeschlagen (+6,7%), in 2015 haben die Entwicklung der Aufwendungen (151.500 €, +2,8%) wieder die der Einnahmen (312.300 €, +2,4%) überholt, was unterm Strich nur ein Realwachstum der Jahresüberschüsse (160.800 €) von 1,8% ergab. Personal und Mieten sind nach wie vor mit Abstand die höchsten Aufwendungs-Posten der Niedergelassenen. Der GKV-Anteil an den Gesamteinnahmen betrug 2015 knapp 75%, 2012 waren es nur 73,5%. Im Internet kann man öffentlich, neben den Jahresberichten 2015 (Daten nur bis 2014!) und älter (<https://www.zi-pp.de/veroeffentlichungen.php>), als aktive TeilnehmerIn am Praxis-Panel schon den individuellen Online-Praxisbericht zu 2015 einsehen, der ausführlicher sein soll als der zugesandte Praxisbe-

richt. Eine weitere Mehrwert-Leistung für Teilnehmende ist die "ZiPP-Chefübersicht", ein Hilfsmittel zur Finanzplanung der nächsten Betriebsjahre. Die ZIPP-Erhebung erfolgt übrigens mit Zufallsauswahl in den Bereichen der HausärztInnen (30 %) und der PsychotherapeutInnen (15 %), wir sind halt so viele.

Bezogen auf die mittlere Arbeitszeit von 50 Wochenstunden ergab in 2014 der mittlere Jahresüberschuss von 156.400 € einen Überschuss von 69 € je Inhaberstunde. In der hausärztlichen Versorgung wurde ein Überschuss von 68 € je Inhaberstunde erreicht, was einem Nettoeinkommen von ca. 34 € pro Stunde entspreche. Am höchsten lag der Überschuss je Inhaberstunde in den technisierten fachärztlichen Fächern, angeführt von den fachärztlichen InternistInnen mit etwa 100 € je Inhaberstunde. In der psychotherapeutischen Versorgung wurde ein Überschuss von 35,40 € je Inhaberstunde erreicht, unser Nettoeinkommen pro Stunde schätzte das ZI nicht (ich glaube, das wäre ziemlich demotivierend!). In den Jahren 2011 bis 2014 lag die Veränderungsrate des Jahresüberschusses je InhaberIn über alle Fächer hinweg bei +4%, jedoch in der Psychotherapie bei 0% bis -1%! Die Schere zu Ungunsten der PsychotherapeutInnen ging also immer weiter auf. An unseren Arbeitszeiten kann dies nicht liegen, mit 47,1 h arbeiten wir wöchentlich 98,1% der 47,7 h aller Niedergelassenen. Unser PatientInnenkontakt-Anteil an der Gesamttätigkeit ist der niedrigste aller Bereiche (in Klammern: Alle), 29,5 (34) h mit PatientInnen, 9,1 (6,7) h ohne PatientInnen, 5,2 (3,7) h Praxismanagement, 2,7 (2,3) h Fortbildung und 0,3 (0,9) h Notfalleinsätze. Bedenkt man, dass in allen Altersgruppen der Niedergelassenen Frauen deutlich weniger Stunden arbeiten als Männer, bleibt bei unserem hohen Frauenanteil von diesem alten Vorurteil rein gar nichts mehr übrig. 2014 waren übrigens 13% der teilnehmenden psychotherapeutischen Praxen solche mit Teilzulassung.

Noch etwas zur aktuellen Sommerurlaubszeit Passendes: Im Jahr 2014 wurden im Mittel 36 Abwesenheitstage für alle Pra-

xisinhaberInnen (ärztliche und nichtärztliche) verzeichnet. Davon sind rund 31 Tage durch Urlaub, rund zwei Tage durch Krankheit und drei Tage durch Sonstiges begründet.

3. Zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur

Vorneweg gleich mal das Wichtigste: wer einen Vertrag unterschreibt, solle sich auf jeden Fall darin schriftlich versichern lassen, dass die Preise des Lieferquartals (das der komplettierten Installation) gelten. Essentiell sei auch im Vertragstext, dass es sich um ein "QUES"-fähiges Gerät handelt, also eines, das irgendwann auch die "qualifizierte elektronische Signatur" können wird. Die 1% Honorarabschlags-Regelung, die für Modernisierungs-Muffel ab 1.7.2018 greifen würde, werde wohl von der Politik verschoben. Bei der schier unerschöpflichen Anzahl an Praxen und in jeder ca. 5 Stunden Installation, sei das Ganze mit der geringen Zahl an ServicetechnikerInnen bis Mitte 2018 einfach nicht praktisch bewältigbar, das hat der Politik wohl eingeleuchtet. Dr. Kriedel hofft, dass es ab 2018 zwei weitere Anbieter von Konnektoren neben der "Compugroup" geben wird und stimmt insofern in den allgemeinen Tenor ein, man solle erst mal abwarten mit Anschaffungen. Angenommen wird, ab 2018 stehe ein Konnektor zum Preis in Höhe von 720 € zur Verfügung. Datenschutz und -sicherheit seien weltweit einzigartig. Konnektor und stationäres Kartenterminal sind per "Erstausrüstungspauschale" (I/2018 = 2557 €) je Betriebsstätte einmalig erstattungsfähig, ebenso die Installationskosten inklusive Praxisausfallzeit via "TI-Startpauschale" (900 €). Für ein mobiles Kartenterminal kann man einmalig 350 € erstattet bekommen, wenn man mindestens eine halbe Zulassung hat und monatlich 3 Hausbesuche macht. Und je ausgelagerter Praxisstätte erhält man ein mobiles – anstelle eines stationären – Kartenlesegerät erstattet. Auch laufende Kosten des VPN-Zugangsdienst sowie der Wartung werden über die Betriebskostenpauschale "Wartung

Konnektor/VPN" finanziert. Eine weitere Betriebskostenpauschale gibt es für die Praxis- oder Institutionskarte (SMC-B - Karte), ebenso auch eine für die Hälfte der Kosten des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA, pro Quartal 11,63 €), den man für Hausbesuche, die elektronische Signatur (QES), E-Arztbriefe und später mal für das Notfalldatenmanagement (NDFM) brauchen könnte.

Der angenommene Ausstattungsgrad beträgt 65% für das 1. Quartal 2018 und 100% für das 2. Quartal 2018. Bestellen wird man schon weit vorher müssen, VertragsbehandlerInnen sind ja spätestens ab 1. Juli 2018 zum Durchführen des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) verpflichtet.

Real stehe die Praxis bei der Installation von all dem nur 1-2 Stunden still, „Sie haben ja sicher einen Systembetreuer“, aber die genauen Zeiten seien halt schlecht einplanbar. Und wie wird's danach so laufen? Praxistests haben wohl gewisse Verzögerungen beim Einlesen der Versichertenkarten zum VSDM ergeben, durch das VSDM werden dann auch stets die Datensätze im PVS der Praxis aktualisiert. Das Ersatzverfahren bei Vorliegen einer alten Versichertenkarte (die Krankenkassen haben eigentlich bis zum 1. Juli alle alten Karten zu ersetzen) könne jedoch schon mal fünf Minuten dauern. Spätestens 2021 steht übrigens bereits die "Folgeausstattung" an.

4. Aktuelles aus dem Bewertungsausschuss (BA)

Der hierzu berichtende Herr Casser stand noch unter dem (wohl etwas gequälten) Eindruck der zwei Tage zuvor (am 21. Juni) stattgefundenen BA- Arbeitsausschusssitzung. Von verhandelten 17 Punkten wollte er nur zu einem referieren, dem "Klassifikationsmodell". In ihm werden ICD-Codes zu Krankheitsgruppen zugeordnet. Bisher war mit dem GKV-Spitzenverband kein Konsens zur Freigabe der neuen Version zu erzielen. Dieser verlangt ein Verfahren zur Abgewichtung von Prävalenzänderungen. Das Institut des BA (InBA) hatte 108 distinkte ICD-

Codes identifiziert, bei denen es von 2014 auf 2015 "außergewöhnliche Prävalenzänderungen" gegeben habe. Davon werden nun einige Ausgewählte, zusammengefasst zu Krankheiten, einer näheren Analyse der Prävalenzentwicklung unterzogen (Diabetes, Vitamin-B-Mangel, Nierenerkrankungen, Adipositas und: Psychische Erkrankungen). So verlangt es der BA-Beschluss vom März. Der Spitzenverband wolle diesen Beschluss nun in einseitiger Interpretation der Analyseergebnisse umgehen bzw. abkürzen, er kritisiert für Bremen (hatte z.B. 130% mehr Adipositas) und das Saarland willkürliche Abgewichtungen von Prävalenzen. Vorliegende kassenspezifische Begründungen (Betreuungsstrukturverträge) würden ignoriert, um eine Hilfsgröße zur künftigen Obergrenze zu machen. Damit werde ein "riesiges Schlachtfeld" über die in die jährlichen Honorarverhandlungen eingehenden Veränderungsdaten aufgemacht. Es geht also um sehr viel Geld. Das Bundesversicherungsamt (BVA) sei massiv gegen Betreuungsstrukturverträge unterwegs, vor der nächsten BA-Sitzung Ende Juli werde es per Spitzengespräch hoffentlich einen Kompromiss geben. Denn: „Es bedarf noch der rechtlichen Klärung, ob und inwiefern die (...) regionalen (...) Betreuungsstrukturverträge, in ihren Auswirkungen bei (...) Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V zu berücksichtigen sind.“

In der Diskussion wurde die von Herrn Casser als „herausragender Beschluss“ des BA bezeichnete Honorarnachbesserung der neuen PT-Richtlinien-Leistungen von Psychiatrie-Berufsverbändlern zum Anlass genommen, um wegen dieser „Verdrängung der Behandlung psychisch Schwerkranker“ ein Vorziehen der Reformierung des psychiatrischen EBM-Kapitels (mit höherem Minuten-Honorar) zu fordern.

5. Jahresstatistik 2016 des Bundesarztregisters und Ergebnisse der Umfrage zum Stand der Bedarfsplanung

Im von der KBV geführten Bundesarztregister ist jede ÄrztIn (ca. 146.000, davon ca.

3.400 FÄ. für PT und 2.600 FÄ für Psychosomatik) oder PsychotherapeutIn (23.812, davon 5.219 KJP), die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, verzeichnet. Das Register ist somit auch eine wesentliche Datengrundlage, wenn es um das Thema Bedarfsplanung (ca. 140.000, davon 23.571 PsychotherapeutInnen, davon 18.673 PPT und KJP und 4.900 ärztliche PT und FÄ für Psychosomatik) geht.

Die Zahl der VertragsärztInnen (ca. 107.000) sinkt immer weiter und lag 2016 nun knapp unter 75% aller. Die Zahl angestellter ÄrztInnen (ca. 29.000) steigt stetig stark, insbesondere in MVZ (ca. 14.000), zuletzt befördert durch die Ermöglichung fachgruppengleicher MVZ 2015. Etwas über 9.000 arbeiten als Ermächtigte. Teilzeit-Tätigkeit (22.000) erfreut sich bei den ÄrztInnen weiter zunehmender Beliebtheit (+11,7% p.A.). AllgemeinmedizinerInnen werden zunehmend durch HausinternistInnen ersetzt. Der ärztliche Zusatzweiterbildungstitel „Psychotherapie“ ist übrigens der dritthäufigste, ihn führen 9.381 ÄrztInnen.

Bei uns sind die weit überwiegende Mehrheit "klassische" Vertrags-PsychotherapeutInnen (ca. 22.000), angestellt arbeiten nur 725 in freien Praxen und 547 in MVZ. Jobsharing-PartnerInnen sind 337, ermächtigt sind 247. Es gab 2016 eine deutliche Zunahme bei der Zahl der PsychotherapeutInnen, diese steigt seit Jahren stetig an (2009 bis 2015: +3.011 (+14,6%)). Unser Frauenanteil (PPT: 72%, KJP: 79%) liegt deutlich höher als bei ÄrztInnen (ca. 40%).

Zur Bedarfsplanungs-Umfrage in den KVen: Bei den HausärztInnen bestanden Ende 2016 in 63% (600 von 960) der Planungsbereiche Niederlassungsmöglichkeiten (2.727 Sitze), Unterversorgung drohte in 81 Planungsbereichen, aber es lagen auch 1.498 Sitze (3%) oberhalb der Sperrgrenze. Für PsychotherapeutInnen bestanden nur in 32 Planungsbereichen Niederlassungsmöglichkeiten. Bei den PsychotherapeutInnen ist die Anzahl der Sitze oberhalb der 140 %-Grenze (4.117, das wären 17,1%) am höchsten. Wir wissen ja aus den Veröffentlichungen z.B.

der BPtK, dass diese bedrohlich wirkende Zahl historisch auf von vorneherein falschen Grundlagen beruht. Hoffen wir, dass die neue Bedarfsplanung das korrigiert!

Jürgen Friedrich, Sprecher der Fachgruppe Niedergelassene

Neue Vergütung für die Psychotherapie Erfolg der Protestaktion: Mehr Honorar für neue Leistungen

(kö). Der Bewertungsausschuss hat eine bessere Honorierung der im April neu eingeführten Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung beschlossen. Die Leistungen sollen nun so wie die Gebührenordnungspositionen der Richtlinien-Psychotherapie vergütet werden.

Dr. Stephan Hofmeister, KBV-Vizechef, äußerte sich zufrieden über die Einlenkung des GKV-Spitzenverbandes und die Erfüllung der Forderung der KBV nach einer höheren Vergütung. „Dies wird dazu beitragen, dass mit den neuen psychotherapeutischen Leistungen das erreicht wird, was der Gesetzgeber beabsichtigt hat; nämlich den Versicherten ein kurzfristig verfügbares und niedrigschwelliges Versorgungsangebot in ausreichendem Umfang zur Verfügung zu stellen.“

88,66 Euro für Sprechstunde und Akutbehandlung

Bei einer Dauer von mindestens 25 Minuten für die Psychotherapeutische Sprechstunde und für die Akutbehandlung erhalten VertragspsychotherapeutInnen nun 44,33 Euro (zuvor waren es 42,75 Euro). 88,66 Euro erhalten sie bei einer Dauer von 50 Minuten. Das ist so viel, wie die Krankenkassen für eine Richtlinien-Psychotherapiestunde bezahlen. Der Beschluss gilt rückwirkend ab dem 1. April 2017.

Anhebung des Strukturzuschlags

Zusätzlich wird der Strukturzuschlag, der auf die Psychotherapeutische Sprechstunde und auf die Akutbehandlung gezahlt wird, angehoben auf 7,58 Euro (zuvor waren es 7,27 Euro). Dieser wird wie zuvor automatisch von der Kassenärztlichen Vereinigung ab einer bestimmten Leistungsmenge zugesetzt.

KBV wird Klage zurückziehen

Die neuen Leistungen waren ursprünglich geringer bewertet worden, wogegen die KBV vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg geklagt hatte. Die Begründung der Klage war, dass sich der Arbeits- und Organisationsaufwand in der Praxis durch die Einführung der neuen Leistungsangebote vergrößert und deren schlechtere Bezahlung deshalb nicht nachvollziehbar sei.

„Wir freuen uns, dass die Krankenkassen nun doch unserer Argumentation gefolgt sind. Die KBV wird ihre Klage dementsprechend zurückziehen“, so der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen.

PFG auch bei Psychotherapeutischer Sprechstunde

Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Leistungen der Grundversorgung gezahlt. Somit ist es PsychotherapeutInnenen möglich, die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) inklusive des Zuschlags auch für die Behandlungsfälle zu bekommen, für die eine Psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet wurde.

Des Weiteren wurde die Bewertung der PFG (GOP 22216 / 23216) von 17,27 Euro auf 17,90 Euro und die Bewertung des Zuschlags (GOP 22218 / 23218) von 4,63 Euro auf 4,84 Euro angehoben. Die Regelungen zur PFG gelten ebenfalls rückwirkend ab dem 1. April 2017. Das Sinken des PFG-Honorarvolumens für PsychotherapeutInnen nach der Einführung der neuen Leistungen

soll durch die Anpassungen vermieden werden.

Die PFG, inklusive Zuschlag, wird einmal im Quartal zur Grundpauschale zugesetzt und zwar für jeden Behandlungsfall, bei dem der/die PsychotherapeutIn ausschließlich grundversorgend tätig ist und keine weitergehenden Leistungen durchführt. Zu den Leistungen der Grundversorgung in der Psychotherapie gehören neben der Psychotherapeutischen Sprechstunde die probatorische Sitzung und psychotherapeutische Gespräche der Fachkapitel.

Hypnose neben Leistungen der Verhaltenstherapie abrechenbar

Die Hypnose (GOP 35120) kann nun neben Leistungen der Verhaltenstherapie (GOP 35220 bis 35225) abgerechnet werden. Dieser Beschluss gilt ebenfalls rückwirkend ab dem 1. April 2017.

Neuerungen ab Juli

Auch Gruppentherapien von PsychotherapeutInnen werden ab Juli höher honoriert. Dies geht zurück auf eine Einigung im April zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband. Die Vergütungshöhe wird dann nach der Teilnehmeranzahl bestimmt.

Die Neustrukturierung des EBM-Abschnitts 35.2 mit Beginn des dritten Quartals beinhaltet neben neuen Gebührenordnungspositionen für Gruppentherapien auch geänderte GOP für Einzeltherapien, Strukturzuschläge und psychodiagnostische Testverfahren.

KBV erfasst mit Honorarbericht auch häufigste Diagnosen

(kö). Die Sonderthemen der Honorarberichte der KBV, die das zweite und dritte Quartal 2015 genauer untersuchen, zeigen auf, dass die häufigsten Behandlungsanlässe der niedergelassenen ÄrztInnen und Psychothera-

peutInnen Rückenschmerzen, Bluthochdruck und Depressionen sind. Insgesamt sind die Honorarumsätze gestiegen.

Im Vergleich zum Vorjahresquartal stieg der Honorarumsatz pro Arzt/Ärztin im zweiten Quartal 2015 um 2,3 Prozent an. Wesentlich geringer war mit 0,7 Prozent der Anstieg des Honorarumsatzes pro Arzt/Ärztin im dritten Quartal 2015. Der Umsatz pro Behandlungsfall erhöhte sich im 2.Quartal um 3,2 Prozent, im 3.Quartal ist er um 2,9 Prozent gestiegen.

Dr. Stephan Hofmeister, der stellvertretender KBV-Vorstandsvorsitzende, betonte, dass die Honorarzuwächse zwar erfreulich seien, aber nicht ausreichen, um die hochwertige medizinische ambulante Versorgung auch künftig sicherstellen zu können.

Das Einkommen vieler ÄrztInnen sei trotz Umsatzsteigerung durch die steigenden Betriebskosten gesunken. Außerdem würde noch immer etwa jede zehnte Leistung der rund 165.000 niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nicht vergütet.

Höherer Honorarumsatz für fast alle Arztgruppen

Beinahe alle Arztgruppen konnten den Honorarberichten nach im zweiten und im dritten Quartal 2015 höhere Umsätze feststellen

Im zweiten Quartal 2015 ist der durchschnittliche Honorarumsatz pro Arzt/Ärztin im hausärztlichen Versorgungsbereich um 3,5 Prozent gestiegen. Dabei hat sich der Honorarumsatz pro Behandlungsfall um 4,5 Prozent erhöht. Bei den FachärztInnen ist der Honorarumsatz je Arzt/Ärztin um 1,2 Prozent und je Behandlungsfall um 2,4 Prozent gestiegen.

Im dritten Quartal 2015 hat sich bei den HausärztInnen der durchschnittliche Honorarumsatz im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,1 Prozent erhöht, der Honorarumsatz je Behandlungsfall ist dabei um 2,1 Prozent gestiegen. Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind der Honorarumsatz je Arzt/Ärztin um 0,4 Prozent und der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,5 Prozent gestiegen.

Die ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen verzeichneten im zweiten Quartal 2015 ein Plus von 2,0 Prozent (je Behandlungsfall um 1,3 Prozent) und im dritten Quartal ebenfalls von 2,0 Prozent (je Behandlungsfall um 2,2 Prozent).

Sonderthema zeigt die 20 häufigsten Behandlungsanlässe

Die Sonderthemen der Honorarberichte zeigen die 20 häufigsten dokumentierten Diagnosen in insgesamt 31 Fachbereichen auf. Hierbei wird deutlich, dass neben Rückenschmerzen, Bluthochdruck und Depressionen auch Adipositas, Diabetes, Arthrose des Kniegelenks und Schilddrüsenerkrankungen zu den häufigsten von niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen dokumentierten Behandlungsanlässen gehören.

Des Weiteren fällt auf, dass bestimmte Krankheitsbilder in mehreren ärztlichen Fachgruppen immer wieder unter den 20 häufigsten Diagnosen zu finden sind. Beinahe jede/r Facharzt/-ärztin in Deutschland behandelt häufig PatientInnen mit Bluthochdruck.

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit

Häufig findet eine Verwechslung des Honorarumsatzes mit dem Einkommen der niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen statt. Der Honorarumsatz ist die Zahlung an den/die Arzt/Ärztin oder PsychotherapeutIn für den Betrieb der Praxis und die Versorgung der PatientInnen. Der Umsatz darf nicht mit dem Nettoeinkommen gleichgesetzt werden.

Das Nettoeinkommen - die finanzielle Vergütung, die der/die Arzt/Ärztin bzw. PsychotherapeutIn für seine/ihre Arbeit bekommt - beträgt durchschnittlich nur 23,5 Prozent des Honorarumsatzes. Aus den anderen 76,5 Prozent des Honorarumsatzes finanziert er/sie

- Praxiskosten, zum Beispiel für Personal, Miete, Energie und Versicherungen, medizinische Geräte. Diese Betriebs-

ausgaben sind je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch. Sie betragen im Durchschnitt über alle Gruppen 51,6 Prozent des Honorarumsatzes.

- Steuerzahlungen (14,9 Prozent)
- berufsständische Altersversorgung (7,1 Prozent)
- Aufwendungen für Kranken- und Pflegeversicherungen (2,8 Prozent)

Erst nach Abzug aller Kosten erhält man das Nettoeinkommen, das dem/der Arzt/Ärztin bzw. PsychotherapeutIn persönlich zur Verfügung steht.

Gruppenpsychotherapie ab 1. Juli besser honoriert: Bewertungsausschuss verwendet neue Vergütungssystematik

(kb). Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2017 eine veränderte Vergütung der gruppenpsychotherapeutischen Leistungen beschlossen. Der aktuelle Beschluss verwendet dabei eine neue Vergütungssystematik. Künftig richtet sich die Höhe der Vergütung differenziert nach der Zahl der jeweils anwesenden Gruppenteilnehmer. Die alte Einteilung in kleine und große Gruppen wurde in diesem Zusammenhang aufgehoben. In diesem Zuge wird das gesamte Kapitel 35.2 EBM neu strukturiert. Auch die Leistungen der Einzelpsychotherapie und der Testdiagnostik erhalten neue Gebührenordnungspositionen.

Die Frage der Vergütung von Gruppen und der Ansatz der Kassen, mit der neuen Honorierung stärker „zu steuern“ (kleinere Gruppen werden deutlich schlechter vergütet), hat auf unserer Mailingliste eine ausführliche Diskussion ausgelöst. Mitglieder finden weitere Hinweise und eine Excel-Tabelle mit den jeweiligen Euro-Beträgen pro Einheit (je nach Größe der Gruppe) im internen Homepagebereich.

Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur – „Online-Rollout“

(kö). Die KBV hat Anfang Juli eine Praxisinformation zur Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur (sog. „Online-Rollout“) zur Verfügung gestellt.

In der Praxisinformation werden unter anderem die technischen Komponenten vorgestellt, die PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur benötigen. Dargestellt werden auch die Finanzierung durch die Krankenkassen, das Versichertenstammdatenmanagement und ab wann die Technik voraussichtlich verfügbar sein wird. Eine Checkliste fasst wesentliche Punkte zusammen, auf die PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen besonders achten sollten.

Als Ergänzung zur Praxisinformation gibt es zwei einseitige Infoblätter: Auf dem einen Infoblatt werden die technischen Komponenten, deren Verfügbarkeit und Finanzierung ausführlich erläutert. Auf dem anderen Infoblatt können PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen auf einen Blick sehen, wie viel Geld sie für die Erstausrüstung und die laufenden Betriebskosten von den Krankenkassen erhalten.

Die Praxisinformation, die Infoblätter und eine FAQ-Liste mit häufigen Fragen und Antworten zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur sind zu finden auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php

Zi-Praxispanel: ÄrztInnen zwischen 50 und 60 Jahren arbeiten am meisten

Ein/e Arzt/Ärztin mit einer eigenen Praxis arbeitet durchschnittlich 50 Stunden pro Woche, wobei er/sie ein Drittel der Arbeitszeit mit Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben verbringt, wie zum Beispiel dem Schreiben von Arztbriefen und dem Praxis-

management. Das aktuelle Zi-Praxispanel kommt hierbei zu den Ergebnissen, dass bezüglich des Alters, der Fachgruppe und des Geschlechts Unterschiede vorherrschen. Weitere Ausführungen finden Sie unter https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf

Änderung des Vertrages zwischen Bundes- verteidigungsministerium und KBV – Vereinbarung von psychotherapeutischen Zuschlägen

VertragspsychotherapeutInnen erhalten jetzt auch für die Behandlung von SoldatInnen einen Strukturzuschlag zu den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen. Der Vertrag zwischen dem Bundesverteidigungsministerium und der KBV wurde rückwirkend ab 1.4.2017 entsprechend geändert.

Hintergrund ist der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses von Ende September 2015, der unter anderem die Einführung von Strukturzuschlägen auf Einzel- und Gruppentherapieleistungen in der Vertragspsychotherapie vorsah. Aus Sicht des Bundesverteidigungsministeriums war infolge der Zuschläge die Behandlung von SoldatInnen für VertragspsychotherapeutInnen unattraktiver geworden. Es wurde befürchtet, dass die psychotherapeutische Versorgung der Soldaten nicht mehr im ausreichenden Maße gesichert sei und es zu einer Verschlechterung der Versorgung kommen könne.

Seit 1. April 2017 sind bei der Abrechnung von Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM die Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 bereits ab der ersten Sitzung berechnungsfähig. Die Bewertung dieser drei Zuschläge erfolgt nach dem in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Wert multipliziert mit einem Faktor von 0,5. Der Faktor von 0,5 führt da-

zu, „dass einem voll ausgelasteten Psychotherapeuten die Beschäftigung einer sozialversicherungspflichtigen Halbtagskraft ermöglicht wird auch bei der Versorgung von Soldaten“ (KBV).

Bei Fragen zum Vertrag der KBV mit dem Bundesverteidigungsministerium ist bei der KBV Herr Jakob Strüve zuständig: Tel. 030 4005-1724, E-Mail: JStrueve@kbv.de.

Kerstin Burgdorf

G-BA ändert Krankentransport-Richtlinie

Der G-BA arbeitet Schritt für Schritt die neuen Befugnisse für VertragspsychotherapeutInnen ab: Ab sofort können Krankentransporte auch von VertragspsychotherapeutInnen verordnet werden.

§ 3 Abs. 1 Krankentransport-Richtlinie (in Kraft seit 27.5.2017):

„Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten können unter den Voraussetzungen dieser Richtlinie Fahrten verordnen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sind.

Dies gilt auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung, soweit die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.“

Neues Formular „Präventionsempfehlungen“ – nur von ÄrztInnen auszufüllen

Zum 1. Juli 2017 kommt das neue Formular für die Präventionsempfehlung, das nur ÄrztInnen ausfüllen können. Anhand dieses neuen Musters 36 können niedergelassene Ärzte Präventionsleistungen empfehlen und Patienten diese Empfehlung bei ihrer Kran-

kenkasse einreichen. Die gesetzlich festgelegte „Prävention depressiver Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (vgl. § 20 SGB V: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_20.html) findet sich auf dem Formular unter dem Punkt „Stressmanagement“ wieder – ein aus Sicht der Psychotherapie noch weiter aufzuklärender Aspekt.

PatientInnen werden hier ganz unterschiedliche Angebote der sog. primären Prävention erhalten.

Eine KBV-Praxisinfo wurde veröffentlicht wie folgt:
http://www.kbv.de/html/1150_29378.php

FACHTAGUNG DER DGVT FORT- UND WEITERBILDUNG

15.-16. September 2017 in Münster

Systemische Therapie meets Verhaltenstherapie – a curious affair Demonstrieren, Irritieren, Reflektieren

in Kooperation
mit der DGSF und SG

dgvtFW
DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.

www.dgvt-fortbildung.de

Alles was Recht ist . . .

BSG-Urteil zum Sonderbedarf

(*kb*). Das Bundessozialgericht hat sich am 28. Juni 2017 mit Fragen des Sonderbedarfs befasst. Das Urteil im Wortlaut liegt derzeit noch nicht vor. Anbei Auszüge aus dem Terminbericht des BSG vom 28.6.2017:

Der Bescheid des Berufungsausschusses, mit dem der Antrag des klagenden Psychotherapeuten auf Sonderbedarfszulassung abgelehnt worden ist, sei rechtswidrig. Der beklagte Berufungsausschuss hätte vor seiner Entscheidung Ermittlungen zu der Frage durchführen müssen, ob in Berlin (Planungsbereich) ein Versorgungsdefizit bezogen auf das vom Antragsteller angebotene Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie bestehe.

Der Berufungsausschuss hätte deshalb (mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung) Psychotherapeuten im Planungsbereich Berlin zu den bei ihnen bestehenden Wartezeiten für eine Verhaltenstherapie befragen und außerdem ermitteln müssen, ob die in Berlin zugelassenen Psychotherapeuten mit Angeboten im Bereich der Verhaltenstherapie tatsächlich im Umfang ihrer Zulassung tätig seien.

Die zum Verfahren beigeladenen Krankenkassenverbände werden dem Beklagten mitzuteilen haben, in welchem Umfang die von ihnen repräsentierten Kassen die Behandlung bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten mit Sitz in Berlin im Wege der Kostenerstattung übernehmen. Ausschlaggebend für den Anspruch des Klägers auf Sonderbedarfszulassung sind Angebot und Bedarf im Bereich der Verhaltenstherapie. Auf die Frage, ob ein ungedeckter Bedarf allein im Bereich der Verhaltenstherapie oder darüber hinaus auch bezogen auf andere Therapieverfahren besteht, kommt es für einen Anspruch des Klägers auf Sonderbedarfszulassung nicht an. *Bundessozialgericht, B 6 KA 28/16 R*

Pflegerberufereformgesetz beschlossen – Zweijährige generalistische Ausbildung

(*wd*). Der Bundestag hat am 22.06.2017 in 2. und 3. Lesung das umstrittene Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegerberufereformgesetz – PflBRefG) beschlossen. Hier finden Sie die Beschlussfassung mit allen zuletzt vorgenommenen Änderungen: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/128/1812847.pdf>

Ab dem Jahr 2020 wird es eine zweijährige gemeinsame, generalistische Ausbildung geben. Danach können sich die Pflegeschüler auf Kinderkranken- oder Altenpflege spezialisieren oder den generalistischen Pflegeabschluss machen. Insgesamt dauert die Ausbildung, wie bisher auch, drei Jahre. Mit dem generalistischen Abschluss kann man in allen Bereichen tätig werden. Bei den beiden anderen Abschlüssen wird es voraussichtlich weiterhin Einschränkungen geben. Diese 2+1 Lösung soll nach sechs Jahren evaluiert werden. Über die Abschaffung oder die Beibehaltung wird der Deutsche Bundestag dann entscheiden.

Nach dem zweiten Ausbildungsjahr erfolgt in jedem Falle eine Zwischenprüfung - die keine Auswirkungen auf das Weiterkommen haben wird. Pflegeschüler können ihre Ausbildung aber dann auch nach zwei Jahren als Pflegeassistent abschließen, wobei dies weiterhin in der Hand der Länder liegt und ggf. weitere Grundlagen (Gesetze oder Verordnungen) in den Ländern geschaffen werden müssen.

Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung wird es das berufsqualifizierende Pflegestudium geben. Das Studium wird mindestens drei Jahre dauern und mit der Verleihung des akademischen Grades abschließen; die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung wird Bestandteil der hochschulischen Prüfung.

Das Gesetz braucht noch die Zustimmung des Bundesrates (voraussichtlich am

07.072017), welche als sicher eingeschätzt wird.

Auch ist zum Inkrafttreten der Beschluss einer Verordnung durch den Bundestag nötig, in der die zahlreichen offenen Fragen, unter anderem zu Lerninhalten und Einsatzorte der Schülerinnen und Schüler, geregelt werden (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung / APO). Spätestens vor der Sommerpause 2018 soll der Entwurf einer entsprechenden Verordnung dem Bundestag vorgelegt werden.

Die Verhandlung der Pauschalen oder Budgets für die Ausbildungskosten werden neben vielfältigen Fragen der praktischen Umsetzung und der APO ebenfalls im Zentrum stehen (Abschnitt 3 des Gesetzes). Zunächst wird die Pflege-Selbstverwaltung (der GKV, die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit den Ländern) aber Vorschläge zu den Inhalten für eine Verordnung über die Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege vereinbaren müssen - und zwar spätestens bis drei Monate nach Verkündung des Gesetzes (§ 56) - also voraussichtlich bis September / Oktober 2017.

Neues Bundesteilhabegesetz - Die wichtigsten Änderungen im SGB IX

(*wd*). Die Grundlagen für ein leistungsfähiges Rehabilitations- und Teilhaberecht modernisieren, um damit die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung durch mehr Selbstbestimmung und mehr Teilhabe zu verbessern – mit dieser Anforderung stellt das Bundesteilhabegesetz (BTHG) die bisher größte Reform des SGB IX seit dessen Entstehung im Jahr 2001 dar. Nach der Verkündung des BTHG am 29. Dezember 2016 tritt das neue Reha- und Teilhaberecht bis zum 1. Januar 2023 stufenweise in Kraft und wird zu einem novellierten SGB IX mit neuen Inhalten und einer neuen Struktur führen.

Die wichtigsten Änderungen sind:

1. Die Reformierung der bisherigen Grundsätze für alle Rehabilitationsträger, mit der Absicht, ihre Zusammenarbeit zu stärken. Zentrale Kapitel regeln die Bedarfserkennung und -ermittlung, die Zuständigkeitsklärung und Koordination der Leistungen mit einer gestiegenen Verantwortung des leistenden Reha-Trägers sowie die Teilhabeplanung mit dem Menschen mit Behinderung.
2. Die Eingliederungshilfe wird aus dem Fürsorgesystem des SGB XII (Sozialhilferecht) herausgelöst und ab 2020 als neuer zweiter Teil in das SGB IX neu aufgenommen. Die Weiterentwicklung zielt auf ein modernes, personenzentriertes Teilhaberecht, das sich am individuellen Bedarf einer Person ausrichtet und dem Träger der Eingliederungshilfe mehr Steuerungsmöglichkeiten bietet.
3. Die Schwerbehindertenvertretungen sollen gestärkt werden. Durch die Einführung von Frauenbeauftragten in Werkstätten für behinderte Menschen verbessern sich deren Mitwirkungsmöglichkeiten.

Änderung Mitteilungspflicht bei Missbrauch und sexueller Gewalt

(*il*). Ab dem 11.04.2017 tritt eine Änderung des § 294a im SGB V in Kraft dahingehend, dass die Mitteilungspflicht seitens ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen gegenüber den Krankenkassen im Falle von Missbrauch und sexueller Gewalt gegen Erwachsene aufgehoben wird.

Auf diese Neuregelung drängten u.a. die Gesundheitsministerkonferenz, der Deutsche Ärztetag, der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten sowie der Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe. Mögliche negative Folgen der bisherigen Mitteilungspflicht für Betroffene und für

Gesundheitsfachkräfte sind u.a. die fehlende Vertraulichkeit zwischen ÄrztIn und PatientIn sowie die Gefährdung des Genesungs- und Behandlungserfolgs. Durch diese Neuregelung wird das informelle Selbstbestimmungsrecht von PatientInnen gestärkt. Eine ausführlichere Darstellung, welche auch den Original-Text der Änderung umfasst findet sich hier: http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/presseerklaerung_4_17.pdf.

einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden.

Die Gesetzesbegründung findet sich in der Bundestags-Drucksache BT-Drs. 18/11240.

Kerstin Burgdorf

Ärztliche Zwangsbearbeitungen sind künftig im Krankenhaus im Notfall möglich

Der Bundestag hat die rechtlichen Möglichkeiten erweitert, PatientInnen gegen ihren Willen zu behandeln, um ihr Leben zu retten. Psychisch kranke PatientInnen, die nicht mehr erkennen können, dass eine ärztliche Behandlung notwendig ist, konnten bisher nur zwangsbehandelt werden, wenn sie in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung zwangsweise untergebracht wurden. Der Bundestag hat im Mai 2017 ein Gesetz zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen beschlossen, das die Möglichkeiten erweitert, PatientInnen auch gegen ihren Willen zu behandeln und damit zu retten. Die rechtlichen Möglichkeiten beziehen sich zukünftig auch auf PatientInnen, die in einem Krankenhaus zwangsbehandelt werden, d.h. die sich in stationärer Behandlung befinden. Mit dieser Regelung sind weiterhin ambulante Zwangsmaßnahmen oder ärztliche Zwangsmaßnahmen in einem Heim ausgeschlossen.

Von den Änderungen sind nur nicht-einwilligungsfähige PatientInnen erfasst, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung nicht erkennen können, dass eine ärztliche Behandlung notwendig ist. Eine ärztliche Zwangsmaßnahme ist künftig dann möglich, wenn der/die PatientIn stationär in einem Krankenhaus behandelt wird und die ärztliche Maßnahme zum Wohl des/der PatientIn notwendig ist, um

Tagungsberichte

Kongress zum Thema der weiteren Bemühung der systemischen Therapie um eine sozialrechtliche Anerkennung

Vom 25.-27.5.2017 fand in Heidelberg der Kongress „Was ist der Fall? Und was steckt da-hinter?“ statt.

Im Zuge der (möglichen) Veränderungen des Psychotherapeutengesetzes stellt sich auch für systemische Verbände die Frage, ob sie die Bedingungen erfüllen, die das Sozialrecht erfordert und ob diese Verbände auch in diese Richtung gehen wollen/sollen. Ob die systemische Therapie sich weiterhin bemühen soll, sozialrechtlich anerkannt zu werden oder nicht - da die berufsrechtliche Anerkennung wahrscheinlich nicht ausreicht, die Existenz der Verbände auf Dauer zu sichern - stellte das eigentliche Thema dieses Kongresses dar.

Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist dabei stets die Frage, ob Diagnosen erstellt und vergeben werden oder nicht, da dies die bisher grundsätzliche Haltung der „Systemiker“ in Frage stellt. Bereits im Ankündigungsflyer wurde beschrieben, dass „in Psychotherapie und Beratung, in Familien-, Kinder- und Jugendhilfe, im Coaching, in Psychiatrie, Psychosomatik und allgemein im Gesundheitswesen immer eine Ausgangslage definiert wird. Man kann das Diagnose oder, eher handlungsorientiert, auch die Klärung eines Auftrages nennen. Wer macht das wie? Und wie könnte es stattdessen ablaufen? Wir wollen bei dieser Tagung her-ausfinden, was eigentlich dahinter steckt, wenn gefragt wird: Was ist hier der Fall? Und wir fragen, wie die unterschiedlichen Antworten darauf die therapeutische und beraterische Praxis beeinflussen“.

Da ich natürlich nicht an allen Panels, Workshops und Falldarstellungen teilnehmen konnte, beschränkt sich meine Betrachtung

auf die Veranstaltungen, bei denen ich selbst eine aktive Rolle gespielt habe.

Zunächst gab es ein Panel unter dem Titel: „Historische Entwicklung von Therapieverfahren im Kontext des Gesundheitswesens“. Hier konnte ich meine ambivalente Haltung darstellen, da einerseits durch die beschreibende Diagnostik seitens ICD und DSM die unwissenschaftliche Diagnostik der Jahre bis 1992 ersetzt wurde, andererseits aber bis heute eine Entwicklung zu beobachten ist, dass „Diagnosen“ als existierende Entitäten betrachtet werden. Der Grundgedanke der beschreibenden Diagnostik wird damit wieder ad absurdum geführt. In der Zwischenzeit ist bei vielen TherapeutInnen eine Veränderung der Betrachtung der PatientInnen entstanden, die aus VT Sicht in die falsche Richtung geht; es wird so getan, als hätten die PatientInnen eine Störung und nicht als würde beschrieben, wo sie Probleme haben. Diese veränderte Sichtweise spiegelt die Bedenken wider, die viele Mitglieder in den Systemischen Verbänden ebenfalls umtreibt, da auf diesem Wege die PatientInnen eher stigmatisiert werden und TherapeutInnen deren Problemen nicht gerecht werden. Genau diese Bedenken, dass sich eine eingeschränkte Sichtweise der Menschen etabliert, bringt viele KollegInnen dazu, ein Eingliedern der systemischen Therapie in das medizinische Gesundheitssystem als sehr kritisch zu betrachten.

Die Fallbesprechung, an der ich wieder die VT-Position zu vertreten hatte, machte sehr schnell klar, dass der Unterschied zwischen systemischem und verhaltenstherapeutischem Denken an vielen Stellen sehr ähnlich ist, besonders wenn es um die Therapie von Kindern und Jugendlichen geht. Denn gerade bei diesen PatientInnen Klientel wird die Symptomatik in erster Linie von der Umwelt aufrechterhalten (es geht ja um die Verstärkermechanismen, die das Verhalten aufrechterhalten). Aus meiner Sicht werden hier scheinbar unterschiedliche Positionen nur durch unterschiedliche Worte aufrechterhalten.

In den verschiedenen Gesprächen, die ich geführt habe, blieb der Eindruck, dass der innere Konflikt sich nicht weiter geklärt hat. Die meisten TeilnehmerInnen haben sich noch nicht positioniert, ob die Verbände sich um eine Aufnahme der systemischen Therapie in die Kassenversorgung bemühen sollten, mit dem Risiko, dass die Haltung der zukünftigen TherapeutInnen sich in Richtung medizinisches Denken verändern wird, aber die Existenz im Rahmen einer Ausbildung sichert. Oder ob man die Haltung gegenüber den Menschen weiter beibehalten soll mit dem Risiko, dass die Systemische Therapie aus der Patientenversorgung verschwinden wird. Es zeigte sich auch, dass sich dieser Riss zwischen den Berufsfeldern auftut. Die (angestellten) Personen in Beratungsstellen sind eher für ein Aufrechterhalten der jetzigen Ablehnung von Diagnosen und damit gegen eine weitere Integration in das Medizinsystem und gegen KollegInnen, die in Richtung ambulanter Praxis gehen.

Ich finde es spannend zu beobachten, wie diese Zerreißprobe sich weiter entwickeln wird.

Rudi Merod

BPtK-Symposium zur Internettherapie

Beim Symposium der BPtK zur Internettherapie am 27. Juni in Berlin wurde nochmals klar die Position der BPtK formuliert: Onlinetherapie-Angebote sollen Kassenleistung, d.h. Regelleistung der GKV werden. Dazu müssten diese Programme als Medizinprodukte geprüft und zertifiziert werden. Die leitende Idee dieser Forderung der BPtK ist sicherlich, dass damit Wildwuchs in diesem Bereich begegnet werden kann. Onlineangebote, die durch PsychotherapeutInnen verordnet werden, müssten zuvor nämlich geprüft und in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden sein. Dazu müssten diese Medizinprodukte wiederum als neue Produktgruppe in das Hilfsmittelverzeichnis

aufgenommen werden. Zuständig wäre der G-BA, die neuen Angebote (Apps, Programme über Plattformen im Internet) z.B. als Medizinprodukte zuzulassen und ggf. in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen. Aufklärung, Einwilligung in die Behandlung und Diagnosestellung müssen aus Sicht der BPtK auch weiterhin im persönlichen Kontakt zwischen Psychotherapeut und Patient stattfinden. Zukünftig könnte auch eine kombinierte Behandlung aus persönlichem Kontakt und Kontakt via Internet zum Standard werden aus Sicht der BPtK. Die Positionen sind dargelegt im pünktlich zum Symposium veröffentlichten BPtK-Standpunkt Internet in der Psychotherapie: http://www.bptk.de/uploads/media/BPtK-Standpunkt_-_Internet_in_der_Psychotherapie.pdf

Das Symposium war geprägt von hervorragenden Vorträgen, die kurz dargestellt werden sollen:

Frau Prof. Knaevelsrud (Berlin) fasste in ihrem Vortrag die zentralen Ergebnisse ihrer Untersuchungen zu Online-Behandlungsangeboten zusammen. Demnach gebe es keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Beziehungsqualität im face-to-face- bzw. Online-Setting. Die Behandlungseffekte seien größer, je mehr Kontakt zum Therapeuten bestehe (wurde von *Prof. Baumeister* teils widerlegt – ab 200 Min. pro Woche kein größerer Effekt, s. Angebote in Kliniken). Der Dropout sei geringer, je mehr Kontakt zum Therapeuten bestanden habe. Das Abbruchverhalten sei weniger methoden- als störungsspezifisch. Interessant war eine Anmerkung von *Frau Knaevelsrud* in der Frageunde dazu: Der G-BA habe kein einziges Projekt, das sich mit Internettherapie beschäftigt, für den Innovationsfonds aufgenommen. Das zeige das derzeit noch gar nicht vorhandene Interesse des G-BA an diesen Angeboten. Ihre bisherigen Forschungen fasste sie wie folgt zusammen: „Onlinetherapie ist noch eine blackbox, wenn es um Wirksamkeitswege geht“.

Herr Prof. Baumeister (Ulm) hat in seinen aktuellen Befragungen herausgearbeitet,

dass sich Patienten am häufigsten eine Kombination aus Therapie („offline“) und Onlineangeboten wünschen, wenn sie wählen könnten. Es wurde einhellig betont, dass es als positiv gesehen werde, wenn nicht nur einzelne Kassen für gut befundene Programme anbieten würden (häufig erwähnt wurde der Depressions-Coach der TK: <https://ecoach.tk.de/onlineberatung/public>). Geprüfte Programme/Anwendungen (Apps) sollten allen Versicherten gleichmäßig zur Verfügung stehen. Derzeit sorgen die diversen Angebote u.a. auch für den Wettbewerb der Kassen untereinander.

Interessant für die Berufsrechtler war insbesondere der gewohnt brillante Vortrag von Herrn Prof. Stellpflug. Zur Gretchenfrage Skype vertrat er klar den Standpunkt, dass die Rechtsprechung Skype im Rahmen einer Psychotherapie nicht als ausreichend ansehen würde im Sinne der Sorgfaltsmaßstäbe, die einzuhalten sind (Facharzt-/Psychotherapeutenstandard = Haftungsrecht). Und wichtig der Grundsatz: Am Ende richtet sich die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, nach dem Haftungsrecht. Die Zivilgerichte entscheiden letztlich (im Fall der Fälle) über die Frage von Behandlungsfehlern entlang des Haftungsrechts, nicht in erster Linie nach dem Berufsrecht.

Dietrich Munz, BPtK-Präsident, betonte in seinem Eingangs-Referat: "Eine Integration des Internets in die Psychotherapie bietet Chancen. Programme können flexibel im Alltag genutzt werden. Gehbehinderten Patienten könnten z. B. durch Behandlungen per Video besonders beschwerliche Anfahrtswege zum Psychotherapeuten erspart werden. Es stelle sich daher die Frage, wann Internetprogramme die klassische Psychotherapie ergänzen können. Dafür müssen wirksame Internetprogramme aber zunächst zur Regelleistung für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gemacht werden. In unserem Gesundheitssystem müsse überlegt werden, wie Patienten die bestmögliche Behandlung ihrer psychischen Beschwerden erhalten."

Kerstin Burgdorf

BPtK-Leitfaden für Internetprogramme im Praxisalltag

„Fragen, die Psychotherapeuten vor dem Einsatz klären sollten“

Die BPtK hat im Nachgang zu oben beschriebenem Symposium einen Leitfaden herausgegeben, der für den Einsatz von Internetprogrammen und elektronischen Kommunikationsmitteln im Praxisalltag Hilfestellung geben soll. Dieser Leitfaden soll Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei einer Entscheidung unterstützen, ob und wie sie Internetprogramme zur Prävention und Behandlung psychischer Beschwerden oder Erkrankungen nutzen können.

Der Leitfaden ist auf der Homepage der BPtK veröffentlicht: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bptk-leitfad.html>

Gesundheitspolitisches Sommergespräch BMC regional NRW

Für die DGVT nahmen Oliver Kunz und Judith Schild am 05.07.2017 an dem „Gesundheitspolitischen Sommergespräch“ des BMC (Bundesverband Managed Care) Regional NRW teil. Der BMC Regional NRW sieht sich, wie der Bundesverband Managed Care e.V., als „Forum für zukunftsfähige Konzepte im Gesundheitsmarkt“ und strebt an, „den Akteuren auf dem regionalen Gesundheitsmarkt Impulse für die eigene Arbeit zu geben“. Vor diesem Hintergrund erfolgte im Rahmen des „gesundheitspolitischen Sommergesprächs“ die Einladung von VertreterInnen verschiedener Parteien aus dem Bundestag und Landtag, um deren gesundheitspolitische Forderungen für die nächste Legislaturperiode zu diskutieren.

Es waren etwa 40 Gäste anwesend, darunter VertreterInnen der KV Westfalen-Lippe und der Krankenkassen. Die Veranstaltung wurde von Peter Wigge, Vorstandsvorsitzender des BMC Regional NRW, eröffnet und gemeinsam mit Günter van Aalst,

ebenfalls Vorstandsmitglied BMC, moderiert.

Nach einer kurzen Begrüßung wurden die eingeladenen PolitikerInnen vorgestellt: Dr. Mathias Edwin Höschel, MdB (CDU), Susanne Schneider, BdL (FDP), Maria Klein-Schmeinck, MdB (Grüne). Der ebenfalls eingeladene Dirk Heidenbluth, MdB (SPD) musste seine Teilnahme kurzfristig absagen.

Es erfolgten zunächst kurze Statements zur Gesundheitspolitik, anschließend wurde von den Moderatoren eine Diskussion zu den Bereichen „Digitalisierung“ und „sektorenübergreifende Versorgung“ angestoßen. Bzgl. der Digitalisierung betonten der Vertreter der CDU und die Vertreterin der FDP die Wichtigkeit des Ausbaus der Infrastruktur (Glasfaserkabel usw.), während die Grünen-Vertreterin bemängelte, dass bisher verpasst worden sei, den Nutzen der Digitalisierung die BürgerInnen herauszustellen. Dabei sei u.a. wichtig, dass den BürgerInnen die Bestimmungshoheit bleibe, wo ihre elektronische PatientInnenakte angesiedelt wird (z.B. bei Krankenkassen oder aber auch bei PatientInnenverbänden). Auch die Bürgerversicherung kam zur Sprache, wobei Frau Klein-Schmeinck den bekannten Standpunkt der Grünen darstellte (Wahlfreiheit soll erhalten bleiben; auch PKVen können eine Bürgerversicherung anbieten; eine angemessene Vergütung wird angestrebt, die sich auf die zu erbringenden Leistungen bezieht und nicht auf den Status der Versicherten). In der Diskussion erfolgte zudem ein Bekenntnis der CDU zur Freiberuflichkeit. Herr Höschel sprach sich auch gegen MVZ-Ketten, die von Großkonzernen gehalten würden, aus.

Judith Schild

Sitzung des Gesprächskreises der Psychotherapeuten- verbände (GK II) am 9. Juni 2017 in Berlin

Die erste Sitzung des GK II in diesem Jahr fand in der International Psychoanalytic University in Berlin statt – nicht alt und ehrwürdig, diese kleine junge Hochschule, aber beeindruckend innovativ und dynamisch, in einer Seitenstraße am Spreebogen gelegen. Sicher ein wichtiges Symbol für die neuen Entwicklungen in der Hochschullandschaft – wo allerorten Hochschulen gegründet werden, die manches Mal sogar den formalen Status einer Universität (oder gleichgestellt) von den zuständigen Behörden erhalten.⁴

Die Sitzung wurde dieses Mal von der Vereinigung der Analytischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen organisiert und ausgerichtet und fand, wie immer, in entspannter Atmosphäre, beinahe im familiären Kreis statt. Allerdings muss man dann eher an eine Großfamilie denken, denn bei ca. 40 TeilnehmerInnen im Raum, die von etwa 30 beteiligten Verbänden stammen, war es immer wieder wichtig, auf die Struktur der Tagesordnung und die Qualität der Technik/Akustik zu achten, damit die Sitzung konstruktiv verläuft und alle beteiligt sind/bleiben. Keine ganz leichte Aufgabe, die Herr Singer und Frau Timmermann vom VAKJP aber souverän gemeistert haben. DGVT und DGVT-BV wurden von Judith Schild, Oliver Kunz und Heiner Vogel vertreten.

Ein emotionaler Höhepunkt war die sehr persönliche Erklärung von Heiner Bertram

⁴ Da geht es nicht nur um Äußerlichkeiten: Der Studienabschluss einer Universität oder gleichgestellten Hochschule ist aktuell eine notwendige Voraussetzung für die Aufnahme einer postgradualen PP-Ausbildung und das zukünftige Psychotherapiestudium gemäß den derzeitigen Reformplänen des Bundesgesundheitsministeriums soll auch nur an Universitäten oder gleichgestellten Hochschulen angeboten werden dürfen.

vom Vorstand des Verbandes Psychologischer PsychotherapeutInnen im BDP zu seinem Abschied aus dem GK II. Er berichtete, dass er und der gesamte Vorstand des VPP/BDP noch im Juni zurücktreten wollen, weil die Arbeit in den gegebenen Strukturen des BDP nicht zu leisten sei. Sie hätten eine Auflösung des VPP/BDP bei der BDP-Delegiertenversammlung beantragt, die aber abgelehnt worden sei. Und auch eine Veränderung der Strukturen sei abgelehnt worden. Er bedauere diesen Schritt außerordentlich, aber wegen der wichtigen Aufgaben in der Psychotherapielandschaft sei es für ihn und den VPP/BDP-Vorstand angesichts der geringen Mittelzuweisungen aus dem Gesamtverband BDP unmöglich weiterzuarbeiten und die notwendigen Aufgaben zu leisten.

Alle anderen Punkte wurden sodann zügig abgearbeitet. Nach den anregenden Berichten aus den Verbänden wurden die Entwicklungen zur Psychotherapie-Richtlinie bzw. zur aktuellen Umsetzung der Veränderungen ausgetauscht. Unterschiede zeigten sich darin, wie weit alternative Formen der Versorgung und insbesondere die Kostenerstattung gestützt und unterstützt werden sollten. Große Einigkeit zeigte sich aber in der Erwartung, dass die Vorgaben der neuen Psychotherapie-Richtlinie keinesfalls dazu führen würden, dass der psychotherapeutische Versorgungsbedarf und die Wartezeiten auf Psychotherapie geringer werden. Im Gegenteil, so meinten viele: Die Kapazitäten der KollegInnen für Richtlinientherapie werden ja wegen der neuen Sprechstunde reduziert und die Sprechstunde diene nun dazu, dass der bislang häufig nur subjektiv geäußerte Psychotherapiewunsch von PatientInnen auch seitens der KollegInnen quasi fachlich bestätigt werde. Der Druck auf die Kassen und die KV zur Verbesserung der Bedarfsplanung dürfte damit eher steigen, so die Einschätzung.

Berichtenswert war schließlich noch die Diskussion zur laufenden Entwicklung von Leitlinien. Ariadne Sartorius berichtete aus den Beratungen zur ADHS-S3-Leitlinie. Immer wieder gebe es Fachdiskussionen, in denen es auch subtil um berufsständische

Rängeleien gehe, und Psychotherapie bzw. ihre Belange hätten unter der Mehrheit der Vertreter der Psychiaterverbände keine adäquaten Vertretungschancen. Wichtig scheint es, dass möglichst viele Verbände von PsychotherapeutInnen sich aktiv in die Leitliniendiskussionen einbringen. Hierzu und auch zur Abstimmung untereinander wurde eine gemeinsame Veranstaltung mit der BPtK angeregt werden.

Heiner Vogel

Weitere Infos

Paritätisches Jahresgutachten zur sozialen Lage in Deutschland

Aufstiegsversprechen der sozialen Marktwirtschaft werden immer weniger eingelöst

Im aktuellen Jahresgutachten zur sozialen Lage in Deutschland des Paritätischen Gesamtverbands wird deutlich, dass trotz der anhaltend guten Wirtschaftsentwicklung das zentrale Versprechen der sozialen Marktwirtschaft, sozialer Aufstieg durch Anstrengung und Bildung, immer weniger eingehalten wird.

Eine spürbare Reduktion von Armut und Ungleichheit für mehr soziale Aufwärtsmobilität und Chancengleichheit sei der Bundesregierung nicht gelungen, so das Ergebnis zahlreicher Studien, die von dem Paritätischen für das Jahresgutachten ausgewertet wurden. Für eine nachhaltige Bildungsoffensive, einen sozialen Arbeitsmarkt, eine bedarfsgerechte Anhebung der Regelsätze in Hartz IV sowie eine durchgreifende Rentenreform fordert der Paritätische eine „Agenda des Sozialen“. In der Konsequenz würde dies einen entschiedenen Kurswechsel in der Steuer- und Finanzpolitik bedeuten. Zur Finanzierung sozialer Investitionen müssten etwa große Erbschaften und Vermögen deutlich stärker herangezogen werden, z.B. durch einen höheren Spitzensteuersatz.

Empfehlungen für sozialmedizinische Begutachtungen der BAR

Die „Gemeinsame Empfehlung Begutachtung“ der BAR ist eine gute Informationsgrundlage für alle KollegInnen, die eine sozialmedizinische Begutachtung verfassen wollen oder richtig lesen wollen. Die Emp-

fehlung der BAR dient als Grundlage für die Bewilligung sämtlicher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Die Gemeinsame Empfehlung bezieht sich dabei auf alle Leistungsgruppen und Leistungsträger. Eine wichtige Basis der Empfehlung ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO. Damit wird eine umfassende Betrachtung der Folgen von Gesundheitsproblemen und insbesondere deren Auswirkungen im Lebens- und Arbeitskontext unterstützt. Mit der aktuellen Überarbeitung der am 1. Juli 2004 in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlung wurden gesetzliche und fachliche Entwicklungen aufgegriffen und die Gemeinsame Empfehlung dem aktuellen Stand der Entwicklungen angepasst.

Die Gemeinsame Empfehlung Begutachtung kann über die Homepage der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) bestellt werden gegen eine Kostenbeteiligung von 1,50 Euro.

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Hamburg:** DGVT-Familientreffen am 23. Oktober 2017 um 19.00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum Hamburg, Seewartenstraße 10, Haus 4, Raum Tübingen. Ein weiteres DGVT-Familientreffen ist geplant am 11. Dezember 2017.
- **Niedersachsen:** Mitgliedertreffen am 21. Oktober 2017 von 10.00 – 16.00 Uhr in der Medizinischen Hochschule Hannover, Raum TPFZ 3240/42, Carl-Neuberg-Str. 1 in 30625 Hannover. Diesmal mit einer Fortbildung zum Fachthema "Metakognitive Therapie" mit dem Referenten Herrn Dr. Michael Simons. Nach dem Workshop findet die Mitgliederversammlung statt.
- **Rheinland-Pfalz:** Landestreffen am 20. November 2017 um 18.00 Uhr in den Räumen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie, Wallstr. 3, 55122 Mainz.
- **Schleswig-Holstein:** Regionale Mitgliederversammlung mit Grillfest am 16. September 2017 von 11.00 - 15.00 Uhr in der Praxis von Diana Will, Steenbeek 29, 23669 Timmen-dorfer Strand.

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

DGVT-Berufsverband - Fortbildung

Approbation – was nun?

Referent: Dr. Daniel Bergmann

Nächster Termin: 4. November 2017 in Münster

Referentin: Kristin Pfeifer

Nächster Termin: 21. April 2018 in Stuttgart

Kostenerstattung

Nächster Termin: Voraussichtlich Sommer 2018.

Gerne nehmen wir Ihre Kontaktdaten in unsere Interessentenliste auf und informieren Sie, sobald der Seminartermin festgelegt und die Anmeldung möglich ist. Bitte schreiben Sie uns hierfür kurz eine E-Mail an fortbildung@dgvt-bv.de.

Praxisgründung

Referent: Benedikt A. Groh

Nächste Termine: 21. Oktober 2017 in Frankfurt am Main, 25. November 2017 in München, 26. Mai 2018 in München, 9. Juni 2018 in Frankfurt am Main

Wirtschaftliche Praxisführung

Referenten: Thomas Cerny, Johann Schaffer (Rinner & Partner)

Nächster Termin: 13. – 14. Oktober 2017 in Dortmund

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

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.



Gemeinsam bewegen!

Kooperation. Partizipation. Inklusion

23. bis 25. November 2017
in Hamburg

Tagungsort
Rudolf Steiner Haus
Mittelweg 11-12
20148 Hamburg

Mit Beiträgen von Volkmar Aderhold, Peter Ansari, Thomas Bock und Gwen Schulz, Arno Deister, Serge Embacher, Thomas Fuchs, Heiner Keupp, Dieter Röh, Mike Seckinger, Thomas Seyde, Joachim Speicher und vielen Workshops zu diversen Themenbereichen

Präkongress »Zukunft Sozialpsychiatrie« für Studierende und Berufseinsteiger*innen
am 22. November von 11 bis 17 Uhr

Lesung am 22. November um 18 Uhr

»Irrer ist menschlich« (Neuaufgabe) von Klaus Dörner u.a.

»Wir wollten ins Verderben rennen« von Christian Pross

DGSP-Mitgliederversammlung am 23. November um 18 Uhr

Mehr Informationen und Anmeldung unter www.dgsp-ev.de

DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



DGSP e.V. Geschäftsstelle // Zeltinger Str. 9 // 50969 Köln
Tel.: 0221 - 51 10 02 // E-Mail: dgsp@netcologne.de