

# Rosa Beilage

## Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

---

Supplement zu VPP 4/2017  
13. November 2017

---

### *Aus dem Inhalt*

- Das Schweigekartell über die psychotherapeutische Unterversorgung hält an
- Die Umsetzung des Präventionsgesetzes verläuft schleppend
- Mehr Befugnisse für VertragspsychotherapeutInnen

  
Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

  
Berufsverband Psychosoziale Berufe

**Herausgeber:**

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

Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen  
Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen  
Telefon 07071 9434-0 / 9434-10  
Telefax 07071 9434-35  
E-Mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de) / [info@dgvt-bv.de](mailto:info@dgvt-bv.de)  
Internet: [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) / [www.dgvt-bv.de](http://www.dgvt-bv.de)

**Verantwortlich für den Inhalt:**

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

**Copyright:**

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

**Satz:**

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen  
Lia Kailer und Suse Stengel

**Druck:**

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

## INHALTSVERZEICHNIS

### *Gesundheits- und Berufspolitisches*

- **Pressemitteilung der DGVT und des DGVT-Berufsverbands:  
Des Kaisers neue Kleider: Das Schweigekartell über die  
psychotherapeutische Unterversorgung hält an** ..... 6
- **Aktueller Stand der Psychotherapieleitlinien** ..... 8
- **Kinder- und Jugendhilfegesetz: Große Reform steht weiter aus** ..... 10
- **„Jetzt handeln!“ – Missbrauchsbeauftragter Rörig stellt „Programm zur  
Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche  
für die 19. Legislaturperiode vor** ..... 10
- **Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der  
Grünen im Bundestag zur Umsetzung des Präventionsgesetzes** ..... 12
- **Dokumentation des ersten Präventionsforums** ..... 13
- **Innovationsausschuss entscheidet über weitere Förderprojekte  
zu neuen Versorgungsformen**..... 14
- **Statistisches Bundesamt zu Krankheitskosten**..... 15

### *Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg.....	16
Hamburg .....	17
Hessen.....	18
Mecklenburg-Vorpommern .....	19
Niedersachsen .....	23
Rheinland-Pfalz .....	24

### *Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung*

- **Reform des Psychotherapeutengesetzes bzw. der  
Psychotherapeutenausbildung - aktueller Stand** ..... 25

### *Migration*

- **Neues Internetportal des BMG: Migration und Gesundheit**..... 26
- **Ein Netz als Wegweiser in die Versorgung** ..... 26
- **Hamburger Modellprojekt SEGEMI gestartet: Sprachmittlerpool für die  
ambulante psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung** ..... 26

### *Aus den Verbänden*

- **Bericht vom GK II-Treffen am 21.10.2017 in Köln**..... 28
- **Systemische Therapie – auf dem Weg in den GKV-Leistungskatalog (?)**..... 29
- **Resolution zur aktuellen Honorar-Rechtsprechung des BSG vom 11.10.17** . 31

*Berufspolitische Informationen für Angestellte*

- **DIMDI veröffentlicht Vorabversion des OPS 2018**..... 33
- **Antrag auf Höhergruppierung in angestellter Tätigkeit - Frist bis zum 31.12.2017 beachten!** ..... 33

*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*

- **Bericht von der 32. Sitzung der Konzentrierten Aktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Berufsverbände** ..... 35
- **Erweiterung sozialrechtlicher Befugnisse für PsychotherapeutInnen**..... 38
- **Aktuelle DGVT-BV-Mitgliederinformationen**..... 40
- **Honorare 2018: Orientierungspunktwert steigt um 1,18 Prozent**..... 40
- **Strukturzuschlag auf Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung nun auch bei Behandlung von SoldatInnen**..... 41
- **Bedarfsplanung - Anpassung des Demografiefaktors** ..... 41
- **Rückwirkende Änderung in Kapitel 35 EBM**..... 41
- **Selektivverträge zur „besonderen psychotherapeutischen Versorgung“ in Baden-Württemberg**..... 42
- **Galgenfrist für Niedergelassene hinsichtlich des Versichertenstammdaten-Managements (VDSM) verlängert**..... 43

*Alles was Recht ist . . .*

- **Bundessozialgericht: Krankenkasse muss bei versäumter Frist Leistung genehmigen**..... 45
- **Urteil zur Vorleistungspflicht Kopierkosten**..... 46
- **Medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) keine Heilbehandlung**... 47
- **EuGH-Urteil: Einführung von Berufsausübungsregelungen ist Sache der Mitgliedsstaaten** ..... 47
- **G-BA beschließt Verfahrensregeln zu Zweitmeinung vor Operationen**..... 48
- **Grundsatzurteil: Arztbewertungsportale müssen Aussagen beweisen**..... 48

*Regionale Mitgliedertreffen, Termine*

**Rosa Beilage erscheint zum letzten Mal**

Nachdem die Rosa Beilage über mehrere Jahre hinweg die Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes begleitet hatte (von den ersten Planungen und Entwürfen bis zur endgültigen Verabschiedung), erschien sie mit der Mitgliederzeitschrift „Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis“ (VPP) 4/1998 nach insgesamt 21 Ausgaben zum (vorerst) letzten Mal. Die Rosa Beilage informierte sachlich, umfassend und aktuell über die neuesten Entwicklungen im Zusammenhang berufspolitischer Entwicklungen. Da sie als Beilage („Supplement“) zur gebundenen Mitgliederzeitschrift erstellt wurde, konnte sie kurzfristig zusammengestellt werden und – bei Bedarf – auch immer wieder brandaktuelle Neuigkeiten aufnehmen und verbreiten. Die Rosa Beilage entstand zunächst aus dem Interesse heraus, die Mitglieder unseres Verbands rasch über die bisherigen Ergebnisse der Verhandlungen zum Psychotherapeutengesetz zu informieren. Da diese Beratungen jedoch einige Zeit dauerten, war aus der Rosa Beilage schon bald ein angesehenes Periodicum geworden, das auch über den Kreis der Mitglieder und der VerhaltenstherapeutInnen hinaus auf Interesse stieß.

Nach mehr als einem Jahr Latenz erschien die Rosa Beilage dann wieder auf Initiative von Heiner Vogel, damaliges Vorstandsmitglied, am 26. April 2000.

Die Rosa Beilage sollte die zeitliche Lücke schließen zwischen dem Redaktionsschluss der Mitgliederzeitschrift VPP, der sechs bis acht Wochen vor Versendung liegt, und dem aktuellen Erscheinen der VPP. Die neue Rosa Beilage hat somit im Wesentlichen die VPP-Rubriken gesundheits- und berufspolitische Entwicklungen sowie Länderspezifisches aktuell ergänzt.

In der Zwischenzeit ist die technische Entwicklung weitergegangen und vor allen Dingen die jungen Mitglieder erwarten kurze und schnelle Informationen per Mail. Deshalb haben wir seit Anfang 2016 einen digitalen Newsletter eingeführt, der bisher immer zwischen dem Erscheinen von VPP und Rosa Beilage an die Mitglieder geschickt

wurde. Diesen Newsletter wollen wir ausbauen und ihn häufiger verschicken, um die Mitglieder noch aktueller und schneller informieren zu können.

An dieser Stelle sei allen Beteiligten, die in den letzten Jahren dazu beigetragen haben, die Rosa Beilage zu erstellen, herzlich gedankt, insbesondere Heiner Vogel, der nicht nur selber zahlreiche Artikel beigesteuert hat, sondern auch das Team in der Geschäftsstelle beim Redigieren und Einwerben von Artikeln über Jahre hinweg unterstützt hat.

Wir werden Sie weiterhin über aktuelle Entwicklungen im gesundheits-, sozialpolitischen und psychotherapeutischen Bereich auf dem Laufenden halten über unsere Mitgliederzeitschrift „Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (VPP)“, über unsere Homepage und den Newsletter.

Die derzeitigen Koalitionsverhandlungen sind in vollem Gange, wer welches Ressort übernimmt, steht allerdings noch nicht fest. Auch der Posten des künftigen Gesundheitsministers ist vorerst noch mit einem X versehen. Im Wahlkampf hat die Gesundheitspolitik kaum eine Rolle gespielt – an fehlenden Herausforderungen dürfte das nicht gelegen haben, davon gibt es genügend, wie auch die Artikel in dieser Rosa Beilage zeigen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen,

Ihr Rosa Beilagen-Team.

*Waltraud Deubert  
Kerstin Burgdorf*

*Barbara Köhler  
Isabel Lang*

## Gesundheits- und Berufspolitisches

### **Des Kaisers neue Kleider: Das Schweigekartell über die psychotherapeutische Unterversorgung hält an**

**Pressemitteilung der DGVT und des  
DGVT-Berufsverbands**

Es ist ein Skandal, der weitgehend für die Öffentlichkeit verborgen bleibt: Die psychotherapeutische Unterversorgung in Deutschland. In vielen Gegenden sind Wartezeiten für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von bis zu einem Jahr und sogar darüber hinaus die Regel. Im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Lage besonders eklatant. Dieser unhaltbare Zustand für Patient\*innen hat sich trotz vieler Sonntagsreden und Lippenbekenntnisse der Politik seit Jahren nicht gebessert. Im Gegenteil: Wenn es abseits der öffentlichen Reden um konkrete Entscheidungen für die psychotherapeutische Versorgung geht, zeigen die Verantwortlichen ein ganz anderes Gesicht.

Ein Musterbeispiel hierfür ist der jüngste Spruch des Bundesschiedsamts (Zusammensetzung: GKV-Spitzenverband, KBV sowie ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder). Was auf dem Papier zunächst so wirkt, als diene es dem Wohl der Patient\*innen, entpuppt sich bei näherer Betrachtung als Mogelpackung. Auf Antrag der gesetzlichen Krankenkassen wurde bestimmt, dass die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen deren erklärten Willen künftig auch Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeut\*innen vermitteln müssen. Es wäre sehr begrüßenswert, wenn Patient\*innen hierdurch schneller einen Behandlungsplatz erhalten könnten. Tatsächlich gilt hier – wie auch schon bei der Einführung der verpflichtenden Sprechstunde – dass mit dem Schiedsamtsspruch keinerlei Erhöhung der Kapazitäten der Vertragspsychothera-

peut\*innen verbunden ist. So ist eine schnelle Versorgung der Patient\*innen nicht realistisch. Stattdessen ist zu befürchten, dass sich durch die Überforderung der bestehenden Strukturen lediglich der Druck auf die niedergelassenen Psychotherapeut\*innen weiter erhöhen wird.

Weder das Bundesgesundheitsministerium noch die Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen machen die Interessen von Patient\*innen zum Maßstab ihres Handelns. Beispiele hierfür gibt es in Hülle und Fülle:

- Die Bedarfsplanung für die Psychotherapie beruht noch immer auf Zahlen, die im Jahr 1999 willkürlich festgeschrieben wurden und die Zahl der kassenzugelassenen psychotherapeutischen Praxen auf einem Niveau eingefroren haben, das schon damals angesichts des tatsächlichen Bedarfs unzureichend war. Weder die seither signifikant gestiegene Zahl von Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen, die von den Krankenkassen regelmäßig selbst dokumentiert wird, noch die demografischen Veränderungen oder regionalen Besonderheiten haben bis heute Eingang in eine Bedarfsplanung gefunden.
- In diesem Jahr eingeführte verpflichtende Angebote wie eine Sprechstunde und Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit für niedergelassene Psychotherapeut\*innen führen lediglich zu einer Umschichtung – weg von den sowieso schon zu knappen Behandlungszeiten hin zu den neuen Angebotsformen. In der Konsequenz werden sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz dadurch noch weiter verlängern.
- Gleichzeitig nutzen die Krankenkassen die neuen Leistungen als Mittel, den Bereich der Kostenerstattung, also den Rechtsanspruch der Patient\*innen auf eine zeitnahe Behandlung, auszuhebeln. Etliche große Kassen, insbesondere AOK, Barmer, DAK, Techniker, lehnen

Anträge auf Kostenerstattung derzeit vermehrt ab mit Verweisen auf die Möglichkeit eines Sprechstunden-Besuchs. Die Versorgungs-Realität sieht allerdings so aus, dass nach einer Sprechstunde längst nicht in jedem Fall unmittelbar ein Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Dabei ist die Rechtslage eindeutig: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (...) und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kostenentstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“ „Patient\*innen haben also unter diesen Bedingungen einen Rechtsanspruch auf psychotherapeutische Behandlung im Kostenerstattungsverfahren. Trotz der offensichtlichen Unterversorgung erfordert jeder einzelne Antrag eine plausible individuelle Begründung des Versicherten und entsprechende Hartnäckigkeit“, sagt Judith Schild, Vorstandsmitglied vom DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe.

- Soeben hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden, dass der sogenannte Demografiefaktor weiterhin für die Berechnung der notwendigen Anzahl von Praxissitzen gilt. Ohne eine sachliche Begründung benachteiligt der G-BA damit weiterhin ländliche Regionen mit vielen älteren Menschen, in denen ohnehin schon viele psychotherapeutische Praxen fehlen. Aktuelle Daten des Robert Koch-Instituts zeigen, dass der Demografiefaktor in der psychotherapeutischen Versorgung ein ungeeigneter Maßstab ist. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei den über 65-Jährigen fällt nur um den Faktor 1,5 geringer aus als bei den unter 65-Jährigen. Der Demografiefaktor setzt jedoch den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei älteren Menschen um den Faktor 7,4 niedriger an.
- Der G-BA hatte den gesetzlichen Auftrag, bis Ende 2016 die Bedarfsplanung

grundlegend zu überarbeiten und eine Lösung für die unzureichende psychotherapeutische Versorgung zu finden. Stattdessen hat er erst Anfang 2017 ein Gutachten hierüber in Auftrag gegeben – mit finanziellem Kalkül lässt sich vermuten, denn die Kassen sparen zunächst massiv Geld, indem zusätzliche Praxen verhindert werden.

Die Folgen dieser psychotherapeutischen Versorgungswirklichkeit sind für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen sowie deren Familien und Angehörige schwerwiegend. Trotzdem wird dies in der Öffentlichkeit nur wenig wahrgenommen – ein Umstand, der in der somatischen Medizin undenkbar wäre. Zwar könnten die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung heute effektiv behandelt werden. Nicht zuletzt der Mangel an ambulanten Angeboten führt jedoch dazu, dass psychische Erkrankungen zu spät oder gar nicht angemessen therapiert werden, was in vielen Fällen eine Verschlimmerung und Chronifizierung zur Folge haben kann. Auch die Gesellschaft insgesamt hat die Folgen des Versagens von Gesundheitspolitik und Krankenkassen zu tragen: Psychische Erkrankungen sind inzwischen die häufigste Ursache für Fehlzeiten im Beruf und die Hauptursache für eine frühzeitige Erwerbsunfähigkeit.

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe machen es sich zur Aufgabe, gegen die skandalöse Untätigkeit der Verantwortlichen mit intensiver Öffentlichkeitsarbeit und inhaltlichen Initiativen vorzugehen.

*Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.*

*Vorstand DGVT-Berufsverband e. V.*

*Tübingen, 9. November 2017*

## **Aktueller Stand der Psychotherapieleitlinien**

Seit der letzten rosa Beilage hat sich bei einigen Leitlinien eine Menge getan, dies dokumentiert eindrücklich, dass die Entwicklung und Fortschreibung der Leitlinien immer größere Bedeutung erlangt. Die DGVT wird als Fachverband zu fast allen Leitlinienkommissionen eingeladen, weshalb wir immer weitere Mitglieder suchen, die bereit sind, sich in dieser Arbeit zu engagieren. Eine ehrenamtliche Tätigkeit mit hohem Aufwand, die insgesamt aber nicht nur wichtig ist, sondern durchaus auch Freude macht.

Hier nun eine aktuelle Auflistung der Leitlinien, an denen wir als Fachverband beteiligt sind:

- **Leitlinie „Autismusspektrumstörungen - Therapie“**

Trotz intensiver Arbeit der Steuerungsgruppe wird diese Leitlinie erst in der zweiten Jahreshälfte 2018 fertig sein können. Dies liegt vor allem daran, dass es in Deutschland für dieses Störungsbild bisher keine Leitlinie gab.

Gerade diese Leitlinie ist von besonderer Wichtigkeit, da die Autismusspektrumstörungen noch nicht zum Indikationsbereich für Psychotherapie gehören, wenngleich Psychotherapie und insbesondere Verhaltenstherapie sich als hilfreich gezeigt hat. Die Leitlinienkommission tritt nach Fertigstellung auch an den GB-A heran, um die Autismusspektrumstörung in den Indikationsbereich der Psychotherapie aufnehmen zu lassen. Von daher dient die Erstellung dieser Leitlinie auch der Verbesserung der Versorgung der betroffenen Menschen.

- **Leitlinie „Kinderschutz“**

Diese Leitlinie stellt ebenfalls eine große Herausforderung dar, da es auch zu diesem Themenkomplex bisher keine klaren Handlungsempfehlungen gab. Von daher mussten viele Fragen grundsätzlich neu betrachtet werden. Unter anderem müssen Kriterien für das Erkennen emotionaler Misshandlung und/oder Vernachlässigung entwickelt wer-

den, was nicht einfach ist. Des Weiteren musste festgelegt werden, was evidenzbasiert zu tun ist, um möglichst früh den Kindern zu helfen und Schäden zu verhindern oder zu korrigieren. Wichtig ist zudem, den professionellen Bereich so zu schulen, dass die Gefährdung möglichst früh erkannt wird. Es ist geplant, dass die Leitlinie im nächsten Juni konsentiert werden soll, was sicherlich noch eine Mammutaufgabe werden wird.

- **Leitlinie „ADHS“**

Diese Leitlinie ist weitgehend konsentiert; es gilt jedoch noch einige kleinere Punkte zu präzisieren und zu ergänzen, die beim Konsenstreffen aufgefallen sind. Wichtig ist auch hier, dass sich die LL sowohl auf Kinder und Jugendliche als auch auf Erwachsene beziehen wird, was gegenüber der jetzigen Leitlinie eine sinnvolle Erweiterung darstellt. Geplant ist, dass sie dann Anfang 2018 veröffentlicht werden kann.

- **Leitlinie „Borderline Persönlichkeitsstörung“**

Die Überarbeitung der Leitlinie „Persönlichkeitsstörung“ stand an. Dabei wurde der Geltungsbereich auf die Borderline-Störung reduziert, weil sich gezeigt hat, dass die anderen „Persönlichkeitsstörungen“ nicht trennscharf diagnostiziert werden können. Auch gibt es zu diesen wenig Forschung, so dass eine Leitlinie auf evidenzbasierter Basis derzeit schwerlich zu erstellen ist. Dieser „Mangel“ in der Vorgängerversion soll damit korrigiert werden.

Bereits bei dem ersten Treffen wurde hier wieder deutlich, dass es einigen beteiligten Verbänden neben einer konstruktiven Arbeit an der Verbesserung der Versorgung von betroffenen Menschen immer auch darum geht, ständische Interessen durchzusetzen. Zu befürchten ist, dass hierdurch, wie schon bei anderen Leitlinien, die Arbeit erschwert und verzögert wird.

- **Leitlinie „Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen“**

Hier gibt es nichts Neues zu berichten, da seit längerem kein Treffen mehr stattgefunden hat.



- **Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“**

Bei der Überarbeitung dieser Leitlinie haben sich mehrere Probleme aufgetan. Zum einen sind überproportional viele Studien zum Einsatz von Traumatherapie bei anderen Störungen veröffentlicht worden, so dass es eigentlich keine Kontraindikation für PTBS-Behandlungen bei komorbiden Störungen mehr gibt. Um das jedoch evidenzbasiert begründen zu können, war es notwendig, viele neue Studien zu sichten und zu bewerten.

Das zweite Problem besteht darin, dass die bisherige Leitlinie keine Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von komplexen Traumatisierungen beinhaltete. Auch hier wurden in den letzten 5 Jahren viele neue Studien veröffentlicht, die eine evidenzbasierte Erweiterung ermöglichen. Gleichzeitig wird auch diese Leitlinie sowohl die Diagnose und die Behandlung von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen umfassen, was sicherlich Sinn macht, um die Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede deutlich zu machen.

- **Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“**

Diese Leitlinie geht in ihrer Erstellung einen etwas anderen Weg als sonst üblich. In dieser LL werden die gerade erarbeiteten Kapitel unmittelbar kapitelweise konsentiert. Dadurch gibt es mehr Treffen in großer Runde, was aber sinnvoll erscheint, da sie nicht auf ein Störungsbild beschränkt ist, sondern quasi störungsübergreifend konzipiert ist und Rückwirkungen auf verschiedene Störungsbilder hat. Damit wird bei anderen Leitlinien, wie beispielsweise der Schizophrenie, die Arbeit etwas erleichtert. Gleichzeitig zeigt sich hier ein neuer Trend, nämlich dass man von der Tendenz, störungsspezifische Leitlinien zu erstellen, wekommt und symptom-spezifische transdiagnostische LL erstellt, wie man das bereits bei Leitlinien wie „Selbstverletzendes Verhalten“ oder „Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen“ vorgenommen hat. Viele

Symptome treten bei unterschiedlichen Störungen auf und es entspricht insgesamt auch eher unserer verhaltenstherapeutischen Sicht, sich mit störungsübergreifenden Symptomen auseinander zu setzen.

- **Leitlinie „Schizophrenie“**

Diese Leitlinie hat bereits im Vorfeld für etliche Verwirrung gesorgt, da es anders als sonst, nicht nur eine Steuergruppe, sondern auch eine „Expertengruppe“ gab, die vor allem aus Psychiatern bestand. Von daher wurde das erste Konsenstreffen mit einer gewissen Skepsis betrachtet, vor allem weil es bei diesem Treffen um die Konsentierung des Bereiches „Pharmakobehandlung“ ging. Die für das erste Konsenstreffen eingeplanten zwei Tage waren von konstruktiven Diskussionen geprägt, in denen die Gruppe fast alle Empfehlungen ausführlich diskutierten und die meisten überarbeiten konnten. Dies hatte aber zur Folge, dass wir nur ca. die Hälfte des geplanten Programms bearbeiten konnten. Spannend war für mich auch, dass innerhalb der Gruppe der PsychiaterInnen fast noch mehr Widersprüche aufgetaucht sind als zwischen den PsychiaterInnen und den anderen Berufsgruppen also auch der Gruppe der PsychotherapeutInnen. Insgesamt gehe ich davon aus, dass am Ende eine Leitlinie stehen wird, bei der die Pharmakotherapie weniger im Vordergrund stehen wird, als bei der LL aus dem Jahr 2006. Zu hoffen wäre, dass dies die Versorgung dieser PatientInnen verbessern wird.

- **Leitlinien „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“**

Diese Überarbeitung stand ebenfalls an und es ist zu hoffen, dass bei der Überarbeitung viele neue Studien einfließen werden. Die letzte LL zu diesem Bereich zeigte, dass es für die Behandlung wenig bis keine Evidenzen gab und fast alle Empfehlungen beruhten auf „Klinischem Konsens“ und eben nicht auf Evidenzen.

Vor allem weil viele dieser PatientInnen stationär mit hohem finanziellem Aufwand behandelt werden, ist hier aus meiner Sicht dringend Abhilfe nötig. An dieser Stelle ist

für die Erstellung der neuen Leitlinie zu hoffen, dass neue Studien dabei helfen, die Behandlung der PatientInnen auf eine solidere, evidenzbasiere Basis zu stellen und damit die Qualität der Behandlung insgesamt zu verbessern.

*Rudi Merod*

## **Kinder- und Jugendhilfegesetz: Große Reform steht weiter aus**

(wd). Der Bundesrat hat am 22. September 2017 abermals kurzfristig das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen von seiner Tagesordnung abgesetzt. Es kam daher nicht zu einer Abstimmung über das zustimmungsbedürftige Gesetz, das der Bundestag am 29. Juni 2017 verabschiedet hatte. Schon in der Sitzung am 7. Juli 2017 hatten die Länder die Abstimmung verschoben.

<http://www.bundesrat.de/DE/plenum/plen-num-kompakt/17/960/960-pk.html#top-6>

25 Jahre nach Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes sollte das SGB VIII endlich an die veränderte Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien angepasst werden.

Dringend notwendige Änderungen wie die bessere Zusammenarbeit von Behörden der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, den Strafverfolgungsbehörden, den Familiengerichten und der Jugendstrafjustiz sowie die Inklusion als Leitprinzip der Kinder- und Jugendhilfe werden damit weiter verschoben. Die DGVT hält weiterhin eine umfassende Reform des Kinder- und Jugendhilfegesetzes für notwendig.

## **„Jetzt handeln!“**

### **Missbrauchsbeauftragter Rörig stellt „Programm zur konsequenten Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und deren Folgen“ für die 19. Legislaturperiode vor**

*Viele Menschen mit schweren psychischen Problemen haben Missbrauchserfahrungen erlebt und nicht verarbeiten können. Inzwischen wird endlich das individuelle Leid zum Thema und als ein gesellschaftlich-institutionelles Thema erkannt. Sexuelle Gewalt ist ein permanentes und besonders tabuisiertes Problem unserer Gesellschaft. Noch immer wird viel zu oft weggeschaut und geschwiegen, aus Angst, Scham und Unsicherheit. Wir verzeichnen etwa 12.000 Straf- und Ermittlungsverfahren allein wegen sexuellen Kindesmissbrauchs jährlich. Das ist mindestens so erschreckend wie die Gewissheit, dass das Dunkelfeld um ein Vielfaches größer ist. Die DGVT unterstützt die Forderung des Missbrauchsbeauftragten Rörig.*

Rörig appellierte am 5.10.2017 an die künftigen Koalitionspartner, jetzt ein neues Kapitel im Kampf gegen sexuellen Kindesmissbrauch aufzuschlagen und sich deutlich hinter den Schutz der Kinder und Jugendlichen vor sexueller Gewalt zu stellen. Er fordert den Deutschen Bundestag auf, noch im Jahr 2018 ein „Kindesmissbrauchsbekämpfungsgesetz“ zu verabschieden und stellte sein „Programm zur konsequenten Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und deren Folgen“ für die 19. Legislaturperiode vor.

Das Programm beinhaltet Eckpunkte zu den Themenfeldern Schutz, Hilfen, Verfahren, Forschung/Lehre, Aufarbeitung, Aufklärung und Sensibilisierung sowie zu neuen gesetzlichen Regelungen. Es zeigt konkrete Maßnahmen auf, wie die konsequente Bekämpfung von sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen künftig besser gelingen kann:

*Inhalte des Programms (Auswahl):*

*Modellprogramme für Einrichtungen:* Die Präventionsinitiativen „Kein Raum für Missbrauch“ und „Schule gegen sexuelle Gewalt“ sollen in Modellprogramme des Bundes eingebunden werden. Zur Unterstützung der Entwicklung von Schutzkonzepten in Einrichtungen sollen bundesweit 10 % aller Schulen (3.000 Schulen) eine Anschubfinanzierung von je 5.000 EUR erhalten. Dies soll auch für 2.000 Kitas und weitere Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie 1.000 Kliniken und Praxen gelten. Zudem appelliert der Unabhängige Beauftragte an Politik und Fachpraxis, zügig zu klären, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Einführung und Anwendung von Schutzkonzepten nicht ausgeweitet werden müssen.

*Agenda „Digitaler Kinder- und Jugendschutz“:* Die fortschreitende Digitalisierung vermehrt die Gefahren sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche im Netz. Kinder- und Jugendschutz muss dringend auch auf den digitalen Raum übertragen werden: Mindestens 0,5 % des für den Digitalpakt angedachten Budgets sollen für eine Agenda „Digitaler Kinder- und Jugendschutz“ zur Verfügung gestellt werden. Auch die großen Internet-Unternehmen müssen sich stärker für den Schutz von Kindern und Jugendlichen im digitalen Raum engagieren.

*Bundesweite Aufklärungskampagne:* Alle Bürgerinnen und Bürger sollten bestehende Hilfeangebote kennen und wissen, was sie bei Vermutung oder Verdacht tun können. Deswegen sollte eine auf mehrere Jahre angelegte Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagne spätestens 2019 starten.

*Reform des OEG:* Der Unabhängige Beauftragte appelliert an die künftige Bundesregierung, die Reform des Opferentschädigungsrechts (OEG) gleich zu Beginn der 19. Legislaturperiode auf den Weg zu bringen. Sollten mit der Reform des OEG die hohen Hürden für Betroffene nicht gesenkt werden (zum Beispiel die Anforderungen an den Nachweis der Tat oder an den Nachweis der Kausalität zwischen sexueller Gewalt in der Kindheit und den heutigen gesundheitlichen

Belastungen) müssen dringend ergänzende Regelungen geschaffen werden. In Betracht käme eine gesetzlich zu errichtende Stiftung, die Betroffenen aus allen Missbrauchskontexten die notwendigen Hilfen schnell und unbürokratisch gewährt, unabhängig von Ort und Zeit der Tat.

*„Forschungsbündnis gegen Kindesmissbrauch“:* Mit den Förderlinien des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sind wichtige Forschungsvorhaben auf den Weg gebracht worden. Es fehlt jedoch ein stabiler und interdisziplinärer Dialog, der jetzt mit Partnern aus Wissenschaft, Fachpraxis, Politik und mit Betroffenen aufgebaut werden sollte.

*„Kindesmissbrauchsbekämpfungsgesetz“:* Der Unabhängige Beauftragte fordert ein Kindesmissbrauchsbekämpfungsgesetz zur Stärkung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt. Durch dieses Gesetz sollte auch das Amt einer/eines Unabhängigen Beauftragten verstetigt und gestärkt werden. Aufgabenübertragung, Unabhängigkeit und die Bereitstellung ausreichender Ressourcen brauchen dringend eine gesetzliche Grundlage. Vor Ablauf von zehn Jahren sollte aber geprüft werden, ob eine Weiterführung notwendig ist, je nach Entwicklung des Ausmaßes sexueller Gewalt in den kommenden Jahren. Zudem soll der im Jahr 2015 berufene Betroffenenrat eine gesetzliche Absicherung für seine breit gefächerte Mitwirkung erhalten. Zudem benötigt die seit dem Jahr 2016 erfolgreich arbeitende Unabhängige Aufarbeitungskommission eine gesetzliche Grundlage zur stabilen Fortführung ihrer überaus wichtigen Arbeit. Ihre Arbeitsperiode sollte um mindestens fünf Jahre verlängert werden. Um verbindliche Strukturen für eine kontinuierliche Kooperation von Bund, Ländern und Kommunen, Zivilgesellschaft, Fachpraxis, Betroffenenrat, Wissenschaft und Ausbildung zu schaffen, schlägt Rörig die gesetzliche Verankerung einer „Ständigen Konferenz“ zur Bekämpfung von sexuellem Kindesmissbrauch vor.

Rörig stellte zudem neue Ergebnisse seines „Monitoring zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und

*Jugendlichen in Deutschland 2015–2018*“ vor. Der neue Teilbericht 3 ist ein Datenreport zu Schutzkonzepten in Kitas, Heimen/weiteren Wohnformen und dem stationären und ambulanten Gesundheitsbereich. Der Bericht macht deutlich: Schutz vor sexueller Gewalt kommt als Thema in den Einrichtungen an. Es gibt viele Einzelmaßnahmen, jedoch fehlt es nach wie vor an umfassenden Präventions- und Interventionskonzepten und an einem systematischen Herangehen jenseits konkreter Verdachtsfälle. Der Abschlussbericht des Monitorings wird Ende 2018 erscheinen. Er ist eine integrative Analyse aller Befragungsergebnisse aus den Bereichen Erziehung und Bildung, Gesundheit, Freizeit und Religiöses Leben (Daten zum Teilbericht 3 unter [www.datenreport-monitoring.de](http://www.datenreport-monitoring.de)).

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) verzeichnet jährlich über 12.000 Ermittlungs- und Strafverfahren allein nur bei sexuellem Kindesmissbrauch. Das Dunkelfeld ist um ein Vielfaches größer. Neue Studien weisen darauf hin, dass etwa jede/r Siebte bis Achte in Deutschland sexuelle Gewalt in seiner Kindheit oder Jugend erlitten hat. Statistisch sind in jeder Schulklasse etwa ein bis zwei Kinder von sexueller Gewalt betroffen.

*Hintergrundinformationen sowie Teilbericht 3 des Monitorings unter: [www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de) (Presse & Service)*

## **Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Grünen im Bundestag zur Umsetzung des Präventionsgesetzes**

Das zum 25. Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG) sollte einen Paradigmenwechsel in der Prävention einleiten: mehr Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kitas oder Betrieben anstatt der bisher dominierenden Kurse zur Verhaltensprävention.

Der Ansatz des Präventionsgesetzes klingt gut, doch die Umsetzung gestaltet sich zäh. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes verläuft schleppend. Insbesondere hakt es weiterhin bei der Kooperation zwischen Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA).

Das geht aus der Antwort der Regierung auf eine parlamentarische Anfrage der Grünen im Bundestag hervor. Die Umsetzung des im Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetzes liegt bei der Nationalen Präventionskonferenz (NPK). Sie wurde als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung konstituiert.

Nach Ansicht der Grünen bleiben die Bundesrahmenempfehlungen und die entsprechenden Vereinbarungen auf Länderebene zu unkonkret. Die Krankenkassen setzen meist ihre Projekte, die sie bereits vor dem Präventionsgesetz hatten, weiterhin um. Lediglich die Krankenkassen in Niedersachsen haben eine einheitliche Anlaufstelle der GKV gegründet. Vertreter von Kommunen, Einrichtungen oder Stadtteile können bei dieser Stelle Förderanträge nach dem neuen Präventionsgesetz stellen.

Die Bundesregierung antwortet, dass die Bundesrahmenempfehlungen „erstmalig ein trägerübergreifendes Aufgabenverständnis“ beschreiben würden. Hierdurch erhielten die Sozialversicherungsträger "erstmalig die erforderliche Orientierung" für ihr konkretes Vorgehen bei Prävention in Lebenswelten. Ausdrücklich hält die Regierung fest, das Präventionsgesetz verpflichte die verschiedenen Träger nicht zu einer "gemeinsamen Leistungserbringung".

"Die Krankenkassen verweigern die vorgesehene kassenübergreifende Leistungserbringung und unterlaufen damit auch den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen", kommentierte die Gesundheitspolitikerin Kordula Schulz-Asche von den Grünen. Stattdessen müssten vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen für Prävention bestimmt werden. Dagegen hat die Nationale Präventionskonferenz nur eine vage Zielsystematik vorgelegt, die sich

am Lebenslauf orientiert: "Gesund aufwachsen", "Gesund leben und arbeiten" sowie "Gesund im Alter".

Weitergehende Akzente stehen aus – erst 2018 sollen die Bundesrahmenempfehlungen mit Schwerpunktsetzungen fortgeschrieben werden. Immerhin: zwei Arbeitsgruppen gibt es dafür schon.

Für Prävention in Lebenswelten wird seit 2016 mehr Geld zur Verfügung gestellt: 280 Millionen Euro müssen die Krankenkassen jährlich dafür und für betriebliche Gesundheitsförderung aufwenden. Doch eine eigene "Nutzenbewertung" der Mittelverwendung gibt es nicht. Hier vertraut die Regierung offenbar allein dem Bericht, den die Nationale Präventionskonferenz zum 1. Juli 2019 vorlegen soll.

Dieser diene "maßgeblich der Erfolgskontrolle und der Evaluation", heißt es. Und auch erst dann will die Regierung entscheiden, ob es Nachbesserungsbedarf im Gesetz gibt. Die grüne Abgeordnete sieht den Präventionsbericht, der von den Sozialträgern selbst formuliert wird, skeptisch: "Es besteht die Gefahr, dass sich die Sozialversicherungen selbst beweihräuchern", so Schulz-Asche.

Auch die Umsetzung der ärztlichen Präventionsempfehlung, mit der eine gezieltere Prävention ermöglicht werden soll, will die Regierung nicht kommentieren. Vorgesehen ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss ein ankreuzbares Formular, das auf grobe Handlungsfelder wie Bewegung, Ernährung, Sucht oder Stress Bezug nimmt. Die fachlich-inhaltliche Ausgestaltung der Richtlinien sei Sache des GBA, heißt es dazu lediglich. Eine Evaluation der Wirkung ärztlicher Präventionsempfehlungen sei nicht vorgesehen.

Erst ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes kam es zu einer Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzGA), in der Inhalt und Umfang der Beauftragung geregelt ist. Die BzGA erhält 45 Cent pro Versichertem und soll dafür insbesondere kassenübergreifende Leistungen entwickeln, die sozial ungleiche Gesund-

heitschancen verringern sollen. Die erzwungene Zusammenarbeit gestaltet sich entsprechend zäh. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung etwa in Kitas oder Schulen ist bisher vom GKV-Spitzenverband noch nicht beauftragt worden. Von den 31,5 Millionen Euro, die im vergangenen Jahr zur Verfügung standen, wurden nur 2,6 Millionen Euro abgerufen. Im laufenden Jahr sollen es 19,4 Millionen Euro sein.

Der GKV-Spitzenverband wurde vom BMG zur Auszahlung der 31,5 Millionen Euro per Anweisung verdonnert, klagt dagegen vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg. Einen Termin für die Urteilsverkündung gebe es noch nicht, so die Regierung.

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/136/1813612.pdf>

Waltraud Deubert

## Dokumentation des ersten Präventionsforums

---

(*wd*). Präventionsforum der Nationalen Präventionskonferenz am 13.09.2016 in Berlin. Dokumentation. Hrsg.: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK).

Download:

[www.praeventionsforum.org/2016/Dokumentation.pdf](http://www.praeventionsforum.org/2016/Dokumentation.pdf)

Die Dokumentation enthält zudem weitere Links zu den „Teilnehmenden Organisationen“, der „Vorab-Befragung der TeilnehmerInnen des Präventionsforums“ sowie den Impulsreferaten zum Nachlesen.

Weitere hilfreiche Informationen zum Präventionsforum finden sie auch unter: [www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)

## **Innovationsausschuss entscheidet über weitere Förderprojekte zu neuen Versorgungsformen**

(wd). Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat am 20.10.2017 über 26 weitere zu fördernde Projekte zu neuen Versorgungsformen entschieden. Die Antragsteller werden nun schriftlich informiert. Die Liste der ausgewählten Förderprojekte wird jedoch erst nach der Versendung der Förderbescheide auf der Internetseite des Innovationsausschusses abrufbar sein (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>). Weitere Informationen können der anliegenden Pressemeldung entnommen werden.

Darüber hinaus wurde am 20.10.2017 auch die Veröffentlichung weiterer Förderbekanntmachungen

<https://innovationsfonds.g-ba.de/> beschlossen, die sich auf Versorgungsformen und Versorgungsforschung (Evaluation von Selektivverträgen und von Richtlinien des G-BA) beziehen. Die Themenfelder neue Versorgungsformen zum themenspezifischen Bereich umfassen folgende Aspekte:

- Sozialeleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle
- Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle
- Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen
- Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen
- Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung
- Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Die Antragsfrist endet am 20. März 2018 um 12:00 Uhr. Weitere Informationen zur Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen zum themenspezifischen Bereich können unter folgendem Link eingesehen werden:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/versorgungsformen/foerderbekanntma>

*chung-neue-versorgungsformen-zum-themenspezifischen-bereich.12*

Zwei weitere Förderbekanntmachungen zur Versorgungsforschung (Evaluation von Selektivverträgen und Evaluation einer Richtlinie) können unter folgenden Links eingesehen werden:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/versorgungsforschung/foerderbekanntmachung-zur-evaluation-von-selektivvertraegen.14>

<https://innovationsfonds.g-ba.de/versorgungsforschung/foerderbekanntmachung-zur-evaluation-einer-richtlinie.15>

### **Weitere Förderentscheidungen zur Versorgungsforschung und Evaluation von Selektivverträgen**

Berlin, 3. November 2017 – Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin weitere Entscheidungen zur Förderung von Projekten zur Versorgungsforschung und zur Evaluation von Selektivverträgen getroffen. Innerhalb der gesetzten Frist sind 164 Projektanträge eingegangen, die begutachtet und bewertet wurden.

„Das beantragte Fördervolumen liegt bei knapp 245 Millionen Euro und übersteigt damit die zur Verfügung stehenden Mittel um mehr als das Dreifache, wodurch ein sehr intensiver Auswahlprozess durchlaufen werden musste. Gemeinsam mit dem Expertenbeirat, dem erneut mein Dank gilt, ist dies gelungen“, sagte der Vorsitzende des Innovationsausschusses, Prof. Josef Hecken.

Im Ergebnis des Bewertungsverfahrens wurden 54 Projekte positiv beschieden, davon 50 Projekte zur Versorgungsforschung und vier zur Evaluation von Selektivverträgen. Die im Rahmen der am 20. Februar dieses Jahres veröffentlichten Förderbekanntmachungen zur Verfügung stehenden Mittel werden damit voll ausgeschöpft.

Die Antragsteller werden umgehend schriftlich über die Ergebnisse informiert. Nach Ablauf der verbindlichen Rückmeldefrist erfolgt die Erstellung und Versendung der Förderbescheide. Danach wird eine Liste der ausgewählten Förderprojekte auf der Internetseite des Innovationsausschusses

abrufbar sein, nach derzeitiger Planung Ende November.

Am 20. Oktober hatte der Innovationsausschuss über zu fördernde Projekte zu neuen Versorgungsformen entschieden und zudem weitere themenspezifische Förderbekanntmachungen veröffentlicht.

## **Statistisches Bundesamt: Krankheiten verursachen Kosten von 4000 Euro pro Kopf**

---

**Psychische Krankheiten kosten die Volkswirtschaft fast ebenso viel wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das geht aus der neuen Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes hervor.**

Insgesamt verursachten Krankheiten in Deutschland im Jahr 2015 Kosten in Höhe von 338,2 Milliarden Euro. Pro Kopf waren das durchschnittlich 4140 Euro, wie aus der am 29.9. veröffentlichten Krankheitskostenrechnung hervorgeht.

Die Berechnung des Statistischen Bundesamtes schätzt die ökonomischen Folgen von Krankheiten ab. Dazu zählt nicht nur die Behandlung, sondern auch Prävention, Rehabilitation oder Pflege. Die letzte Berechnung dieser Art wurde 2008 veröffentlicht, sie ist aber nur bedingt vergleichbar, weil Methode und Datenbasis verändert wurden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten demnach 2015 Kosten in Höhe von 46,4 Milliarden Euro. Dicht danach folgten psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen mit 44,4 Milliarden Euro. Die dritthöchsten Kosten verursachten Krankheiten des Verdauungssystems. An vierter Stelle folgten Muskel-Skelett-Erkrankungen.

"Damit war rund die Hälfte der Kosten auf vier Krankheitsklassen zurückzuführen", berichtete Destatis-Mitarbeiterin Teresa Stahl. (dpa)

*Quelle: Ärzte Zeitung online, 29.09.2017  
11:19*

## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden-Württemberg

Am Freitag, den 20.10.2017 und Samstag, den 21.10.2017 fand erneut eine Vertreterversammlung (VV) der LPK-BW statt.

Als festen Programmpunkt der VV finden sich *Informationen über die Reform der Psychotherapeutenausbildung* durch den Präsidenten Dr. Munz: Inzwischen liege ein Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vor, das ein Masterstudium plant, die bisherigen PP und KJP werden dort zu einem Beruf zusammengefasst. Die Approbation erfolge bereits nach Studium, allerdings sind die Rahmenvorgaben für das Studium noch nicht geklärt. In Modellstudiengängen soll die Befugnis zur Medikamentenverordnung erworben werden können. Unklar ist u.a. noch Name des Berufs, die Übergangsregelungen für derzeitige KJP und die Möglichkeit eines Quereinstiegs in die Ausbildung. Vor allem fehlen noch dringend notwendige sozialrechtliche Anpassungen im Sozialrecht, um die anschließend geforderte Weiterbildung, die zum Fachkunderwerb führen soll, ausreichend finanziert umsetzen zu können.

Weitere TOPs des ersten Tags waren eine Online-Befragung zur Psychotherapie-Richtlinie, die geplante Quotenregelung für Geschlechter in der BPtK und Psychotherapie mit Internetnutzung.

*Das Wichtigste vom Samstag:* Nach dem Bericht des Vorstands erfolgte die Aussprache. Dies nutzte unsere DGVT-Liste "VT & mehr" für einen Antrag, den Herr Gönner einbrachte. Darin wird die bessere Finanzierung für Gutachten außerhalb der Richtlini- enpsychotherapie gefordert, z.B. bei Honoraren der DRV. Alle Vertreter stimmten dieser Forderung zu und es gab die Zusage, dass dieses Thema zur BPtK mitgenommen wird.

*Haushalt:* Nach der Beitragserhöhung schloss der Haushalt mit deutlichem Plus ab. Der Überschuss wurde in Rücklagen gegeben.

Vom Haushaltsausschuss (HHA) wurde der Verlauf einiger Haushalts-Kennzahlen vorgestellt. Während die meisten Haushaltsposten über die Jahre nur mäßig stiegen, war der Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit deutlich angehoben. In der Diskussion dieses Anstiegs wurde u.a. auf die gebührenfreien Fortbildungen zu Fragen der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen hingewiesen, was Verständnis fand.

Die Arbeit des HHA bei der *Bearbeitung von Ermäßigungsanträgen* des Kammerbeitrags wurde erstmals in dieser Periode vorgestellt. Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der HHA im Rahmen seines Ermessensspielraums auch die Zahl der Kinder eines Antragstellers. Dadurch sind oft Ermäßigungen oder Erlassentscheidungen möglich, die von der absoluten Höhe des Schwellenwertes nicht gedeckt sind. Auch soziale Notfälle wurden beispielhaft vorgestellt, in der Regel erfolgte ein Beitragserlass.

*Satzungsänderung zur Wahlordnung:* Diese wurde mit großer Mehrheit angenommen. Die Änderungen in aller Kürze: Statt einer Stimme hat nun jeder Wähler drei Stimmen. Die drei Stimmen müssen auf einen Wahlvorschlag verteilt werden, können auch kumuliert werden. *"Bei der Verteilung der zu vergebenden Sitze auf mehrere Wahlvorschläge ist das Verfahren nach Sainte-Laguë/Schepers unter Berücksichtigung der Stimmzahlen für die einzelnen Listenwahlvorschläge anzuwenden."* Vorteil: Der Wähler hat nun die Möglichkeit, insgesamt drei Personen, die er gut findet, mit Stimmen zu berücksichtigen und damit die Reihenfolge der Gewählten auf der Liste zu beeinflussen. Er ist weiterhin auf eine Liste begrenzt. Ob es im Ergebnis eine Änderung bringt? Wir dürfen gespannt sein.

*Änderung der Gebührenordnung:* Es wird eine Anpassung der Gebühren erläutert, es entsteht weiterhin kein Gewinn aus den Gebühren für die Akkreditierung von Veranstaltungen, sowie für die Ausstellung des Fortbildungszertifikats. Diese Kammerleis-



tungen sind also längst nicht kostendeckend. Da manche Kammermitglieder bestimmte Leistungen nicht brauchen (ein Fortbildungszertifikat braucht geschätzt die Hälfte der Mitglieder), wird beim Zertifikat nun berücksichtigt, dass nach dem Verursacherprinzip Gebühren vertretbar sind. Dies wurde hinterfragt, der Änderungsantrag dazu abgelehnt, der ursprüngliche Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen.

Die *Änderung der ERKO* betrifft die geänderte Praxis bezüglich Flugreisen: da diese in der Regel teurer sind, werden diese schon seit Jahren nicht mehr vom Vorstand genehmigt. Weiter können notwendige Übernachtungen jetzt auch bei Privatunterkünften mit 20 € abgerechnet werden. Die Reisezeiten für abrechnungsfähige Übernachtungen wurden leicht angepasst. Alle stimmen zu!

Verschiedenes: eine *Zusatzentschädigung nach der Kinderregelung* wurde noch nicht beantragt. Diese Auskunft gibt es vom Vorstand auf Nachfrage. Wer sich nicht erinnert: Diese Satzungs-Änderung bei der letzten VV hatte ich (Renate Hannak-Zeltner) kritisch gesehen, da mir angesichts unserer großzügigen Entschädigungsordnung ein zusätzlicher Kinderbetreuungsbetrag mit 15 €/Stunde "on top" nicht einleuchtete. Offensichtlich sehen es auch die Anwesenden in der VV so (darunter einige mit kleinen Kindern, die antragsberechtigt gewesen wären). Die weitere Entwicklung dieses Haushaltspostens wird beobachtet.

*Renate Hannak-Zeltner,  
Landessprecherin Baden-Württemberg,  
in der Kammer gewählte Vertreterin und  
Mitglied im HHA*

*Silke Kurreck,  
Landessprecherin Baden-Württemberg  
Kontakt:  
bawue@dgvv.de; bawue@dgvt-bv.de*

## Hamburg

Liebe Mitglieder,  
am 23. Oktober 2017 luden wir wie gewohnt quartalsmäßig zum DGVT-Familien-

treffen für unsere Hamburger Mitglieder ein. Dies zog vor allem Ausbildungsteilnehmer, aber auch Neuapprobierte und etablierte Kollegen an. Das etwa zweistündige Treffen ermöglichte uns einen intensiven Austausch zur aktuellen berufspolitischen Lage: so wurden die neuen Rahmenbedingungen besprochen, unter denen Privatpraxen seit der neuen Psychotherapie-Richtlinie arbeiten, insbesondere im Rahmen des SGB V, §13. Hier fiel, wie bereits im Rahmen der Mailinglisten des Berufsverbands offensichtlich, auf, dass immer größere Heterogenität im Umgang mit §13 des SGB V herrscht. Für die Situation in Hamburg möchten wir an dieser Stelle gerne auf das Netzwerktreffen aller „Kostenerstatter“ hinweisen, das voraussichtlich am 12. Dezember 2017 in der Universität Hamburg stattfinden wird (20.00–21.30 Uhr, Universität Hamburg, Edmund-Siemers-Allee 1, Ostflügel, Raum 221). Dieses Treffen wird von der Hamburger Allianz unter Beteiligung der DGVT ([www.psychotherapie-allianz.de](http://www.psychotherapie-allianz.de)) veranstaltet.

In Anlehnung an den seit September eröffneten Sprachmittlerpool für Psychotherapie (siehe hiesigen Bericht hierzu) konnten Beantragungsdetails und konkrete Vorgehensweisen im Umgang mit der neuen Arbeit mit Dolmetschern dank der Hilfe unseres Landessprechers Mike Mösko eruiert werden (<http://www.segemi.org>).

Darüber hinaus konnten wir im familiären Rahmen ein Gespräch darüber vertiefen, wie neue moderne psychotherapeutische Versorgungsformen, auch generationsübergreifend, gestaltet und entwickelt werden könnten. Dies schien vor allem für neuapprobierte KollegInnen ein interessanter Weg zu sein. Diesbezüglich möchten wir auch auf die verbandsinterne Diskussion „neue Versorgungsformen“ hinweisen (VPP 2/2017), aus der eine ertragreiche Vortragsreihe hervorgegangen ist, die im März diesen Jahres in Berlin begonnen hat und sicherlich fortgeführt werden wird. Interessierte können sich auf der Website der DGVT oder in der VPP informieren.

Gerne möchten wir auch wieder zum nächsten Familientreffen bei einem kleinen Imbiss und Getränken einladen und würden uns über zahlreichen Besuch freuen. Das nächste DGVT- Familientreffen findet am 11. Dezember 2017 im Ausbildungszentrum der DGVT, Seewartenstr. 10, Raum Tübingen, um 19 Uhr statt.

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

## Hessen

### **Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 27. und 28.10.2017 in Wiesbaden**

Im halbjährlichen Rhythmus tagt die Delegiertenversammlung (DV) der hessischen Psychotherapeutenkammer, so jetzt wieder am 27. und 28. Oktober in Wiesbaden.

Zur Diskussion standen eine Reihe von Themen, die unmittelbar für die Mitglieder und künftigen Mitglieder der Kammer von Bedeutung sind.

Die DV diskutierte intensiv zum Thema Bedarfsplanung. Derzeit ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, neue Regeln der Bedarfsplanung festzulegen, die die realen Versorgungsbedürfnisse besser als bisher abbilden sollen. Anliegen der Psychotherapeutenkammer ist dabei, dass zusätzliche Möglichkeiten der Niederlassung, sowohl in den Städten, wie auch in den stadtnahen Gemeinden und auf dem Land geschaffen werden. Gerade hat der G-BA beschlossen, den sogenannten „Demografiefaktor“ weiterzuführen, was zu einer Minderschätzung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs älterer Menschen führt. Mit einer Resolution wandte sich die DV entschieden gegen diesen Beschluss des G-BA. Die Kammer will die hessische Landespolitik in die Pflicht nehmen, sich für die psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Bereich

einzusetzen, wo der Anteil älterer Menschen besonders hoch ist (Resolution siehe unten).

Die aktuellen Koalitionsverhandlungen nahm die DV zum Anlass, ein klares und einstimmiges Votum zur Fortführung des politischen Prozesses zur Reform des Psychotherapeutengesetzes abzugeben.

Eine weitere Resolution betonte die Notwendigkeit der besseren Vergütung ambulanter Psychotherapie.

Intensiv diskutierte die DV den Haushalt der Kammer und die künftige Gestaltung des Kammerbeitrags. Die derzeitige „Koalition“ aus der Liste VT-AS (an der die DGVT beteiligt ist), DPtV und der humanistischen Liste QdM hatte einen Antrag auf Absenkung des Kammerbeitrags eingebracht, da die Kammer derzeit über sehr hohe Rücklagen verfügt. Allgemein gesagt: Kammerbeiträge können nach zwei Modellen erhoben werden, dem Vereinsmodell mit einem festen und gleichen Mitgliedsbeitrag für alle und dem Steuermodell mit einem Kammerbeitrag entsprechend einem prozentualen Anteil am Einkommen. Die hessische Kammer hatte sich schon lange für ein Mischmodell entschieden mit einer Minderbelastung niedriger Einkünfte und einer Progression bei höheren Einkünften.

Die „Koalition“ schlug jetzt ein Modell der Beitragssenkung vor, das alle Einkommensgruppen entlasten wird und den niedrigen Beitragsgruppen lediglich (und das nicht einmal voll) die Kosten in Rechnung stellt, die durch die Abführungen an die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) und das Psychotherapeutenjournal (PTJ) entstehen. Die Oppositionslisten der Integrativen Liste (BVVP) und die beiden psychodynamischen Listen (Erwachsene und Kinder) versuchten, eine zusätzliche obere Beitragsklasse einzuführen zur stärkeren Belastung der gut verdienenden Kolleginnen und Kollegen. Das konnte die „Koalition“ mit ihrer Mehrheit zurückweisen.

Kolleginnen und Kollegen, die in der Pflicht stehen, ihre Kinder oder ältere Angehörige zu versorgen, fällt es oft schwer, Zeit für ehrenamtliches Engagement in der Psychotherapeutenkammer frei zu machen. Des-

halb hat die DV auf Antrag der jetzigen „Koalition“ einstimmig eine Regelung beschlossen, dass Betreuungskosten bis zu einem Festbetrag erstattet werden, wenn Betreuung durch eine andere Person nötig wird, um an Kammergremien teilnehmen zu können. Die „Koalition“ sieht darin insbesondere eine Möglichkeit der „Nachwuchsförderung“, die jungen Kolleginnen und Kollegen Freiräume für ehrenamtliches Engagement in der Kammer einräumt.

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

### **Ältere Menschen auf dem Land stark benachteiligt!**

*Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufheben!*

*Resolution der Psychotherapeutenkammer Hessen zur psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen*

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte sich 2012 selbst verpflichtet, innerhalb von 5 Jahren den Demografiefaktor daraufhin zu überprüfen, bei welcher Arztgruppe er sinnvoll ist und deshalb fortgeführt werden kann. Der Demografiefaktor wird zur Modifikation der Verhältniszahl innerhalb der Bedarfsplanung herangezogen, um der Alterung der Bevölkerung angemessen Rechnung zu tragen und einen Anstieg der Morbidität und des Leistungsbedarfs abbilden zu können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19.10.2017 entschieden, den Demografiefaktor unbefristet und für alle Arztgruppen weiter unverändert zur Berechnung der notwendigen Anzahl von Praxissitzen einzusetzen. Eine Prüfung des Demografiefaktors hat dabei nicht stattgefunden. Der G-BA benachteiligt damit weiterhin ländliche Regionen mit vielen älteren Menschen, in denen ohnehin schon viele psychotherapeutische Praxen fehlen. Der G-BA verschiebt dringend notwendige Korrekturen an der psychotherapeutischen Bedarfsplanung.

Für die Psychotherapie bedeutet dies eine massive Absenkung des angenommenen Bedarfs bei älteren Menschen. Aktuelle Daten des Robert Koch-Instituts zeigen eindeutig, dass der Demografiefaktor des G-BA falsch ist. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei den Über-65-Jährigen fällt nur um den Faktor 1,5 geringer aus als bei den Unter-65-Jährigen. Der Demografiefaktor setzt jedoch den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei älteren Menschen mit einem um den Faktor 7,4 gesenkten Bedarf an. Das bedeutet, dass für die Über-65-Jährigen nur 13,5 Prozent des Behandlungsbedarfs angenommen wird, im Vergleich zum veranschlagten Behandlungsbedarf der Unter-65-Jährigen.

Gerade in Hessen mit seinen großen ländlichen Bereichen hat der Demografiefaktor eine besondere Bedeutung. Die Psychotherapeutenkammer Hessen fordert, den Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten aufzuheben. Die Psychotherapeutenkammer Hessen wird an die hessische Landespolitik mit der Bitte herantreten, die Interessen älterer Menschen und besonders auch der kommunalen Gebietskörperschaften mit einem höheren Anteil älterer Bevölkerung an einer guten psychotherapeutischen Versorgung gegenüber dem BMG und dem G-BA zu formulieren.

## **Mecklenburg-Vorpommern**

### **OPK vor Ort**

Am 20.09. fand die jährliche Regionalveranstaltung der OPK statt, wie schon oft, in Rostock. Zu Gast war von der KV M.-V. Frau von Schütz, stellv. Vorsitzende, Herr Dr. Höftmann und Frau Voglau. Aber nun erst mal *Neues aus der OPK*: ab 2018 wird man seine Fortbildungsnachweise auch online übermitteln können. Mit einer ‚OPK-App‘ wird man seine Teilnahme an akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen mittels QR-Code selbst online registrieren können. Auch der genaue Punktestand wird einsehbar sein, die Datenübertragung ist zur Sicherheit verschlüsselt. Auch unabhängig von der App

wird man künftig bestimmte Anträge online stellen können. Automatisch werden wir Erinnerungen z. B. an die Dauer des Fortbildungszeitraums bekommen.

*Zahlen und Fakten:* Ende August hatte die OPK mit 4475 Mitgliedern 337 mehr als ein Jahr zuvor. Ein großer Teil sind Neuprobierende, insbesondere die KJP nehmen zu. Mit 558 Mitgliedern blieb M.-V. das ‚kleinste‘ der 5 Länder. 53 % der Mitglieder üben eine KV-Niederlassung aus, 34 % sind angestellt oder verbeamtet. Wo arbeiten Letztere? Das wurde bez. September 2016 fokussiert ausgewertet, Mehrfachnennungen waren möglich. In Kliniken 662 (17% Zuwachs in 2016, Overall waren’s nur 7%), Reha 239 (14%), Beratungsstellen 224 (1%), Somatik 136 (26%), Praxisanstellung 84 (155%!!), Klinikambulanzen 65 (85%!) und in der ‚Sucht‘ 61 (24%). In Beratungsstellen stagnierte es, sonst überproportionale Zunahmen, besonders in Praxen und Ambulanzen.

Dem entsprechend startet die OPK ein Projekt *„Psychotherapeuten im Krankenhaus“*, das wird auch auf dem OPK-Angestelltentag am 19.9.2018 Thema sein. In M.-V. sei mit einer Novellierung des Krankenhausgesetzes zu rechnen, aber nicht vor 2018, im einberufenen Arbeitskreis Psychosomatik ist die OPK dabei, es geht u. a. um Personalausstattungs-Mindeststandards sowie Leitungsfunktionen.

*„Neue Herausforderungen in der psychotherapeutischen Versorgung“* unter diesem Titel formulierte die OPK sektorübergreifend ihre Arbeitsperspektive. ‚Richtlinie‘ und ‚Befugnisse‘ sind dafür die Stichwörter bei den Niedergelassenen, werden auch neue Fortbildungsthemen. Wohl Ende 2017 werden Soziotherapie- und Reha-Verordnung scharfgeschaltet, April 2018 wird die Sprechstunde für PT-PatientInnen obligatorische Voraussetzung. Und in nicht allzu ferner Zukunft wird es eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie geben, wohl mit kleinräumigerer Beplanung unserer Sitze.

Zur *Richtlinien-Reform* schiebe ich mal eine Bilanz ein, aus PatientInnen-Sicht: Fast ohne Informierung über die neuen Rechte und Möglichkeiten ergab sich eine gewisse

Flexibilisierung des Therapieangebots. Nach schnellerem Zugang zur Indikationsstellung folgt seltener vollwertige Psychotherapie. Aus Sicht der BehandlerInnen: Nach administrativem Chaos-Start dauerhaft deutlich mehr Verwaltungsbürokratie, weniger Zeit für echte Psychotherapie, ungünstige Umorganisation der Praxisstrukturen erforderlich, keine dem Mehraufwand entsprechenden Mehreinnahmen. Keine wesentlichen Verbesserungen hinsichtlich Gruppentherapien, Behandlung von ChronikerInnen oder Rezidivprophylaxe. Insgesamt: die zaghaften kleinen Fortschritte werden von neuen Reglementierungen getrübt, mit Schnecken-tempo werden PsychotherapeutInnen weiter unmündig gehalten, das Ganze wird den gesellschaftlichen Entwicklungen bei weitem nicht gerecht.

Die OPK schlug vor, die bürokratischen Vorgaben, insbesondere die Zweiteilung der KZT, zu überarbeiten und das therapeutische Angebot, insbesondere für ChronikerInnen, zu ergänzen sowie Hürden der Gruppentherapie abzubauen. Um die Argumentationsgrundlage für all das zu festigen, sind wir alle gehalten, an der *BPTK-Umfrage ab November* teilzunehmen!

Neben den bereits herunterladbaren Info-Materialien von OPK, BPTK oder KBV sowie Berufsverbänden will die OPK ab *2018 Broschüren der regionalen Angebotsstrukturen*, insbesondere zum Komplementären, erstellen und bittet dafür um unsere, also Ihre, Mithilfe (Mail genügt!).

Jetzt schon positioniert hat sich die OPK hinsichtlich einer ihrer Kernaufgaben, der Berufsaufsicht. Berufsrechtlich kann man sich auf ihre Aussage stützen, die Einholung eines ärztlichen *Konsiliarberichts* (z. B. bezüglich Kontraindikationen) vor einer Akutbehandlung sei weder fachlich noch rechtlich pauschal in jedem Fall notwendig. Im individuellen Fall kann das, nach eigener fachlicher Einschätzung, selbstverständlich notwendig werden. Zwingend eingeholt sein muss ein ärztlicher Konsiliarbericht erst vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie. Die Richtlinien-Neuerungen heben zwei Berufspflichten in neuem Licht hervor: die

Aufklärung der PatientInnen sowie die Dokumentation der Behandlung. Es muss jetzt über deutlich mehr verschiedene Behandlungs-Abschnitte aufgeklärt werden, immer auch mündlich (der *Aufklärungsbogen* PTV 10 allein reicht nicht) und das muss natürlich schriftlich dokumentiert sein, inklusive der informierten Einwilligung des Patienten/der Patientin. Würde man all das ‚präventiv‘ in die erste Sprechstunde hineinpacken wollen, wäre zum einen diese klinisch ‚gesprengt‘, zum anderen die Aufklärung nicht patientInnengerecht, man muss das vielmehr Schritt für Schritt begleitend tun und dokumentieren. Noch ein Hinweis speziell für KJP: Sprechstunde ausschließlich mit Angehörigen reicht nicht zur Feststellung der Behandlungs-Indikation!

Herr Dr. Höftmann von der KV M.-V. berichtete *erste Zahlen von der Terminservicestelle* (TSS) bei der KV M.-V. unter Einbezug der PsychotherapeutInnen seit dem 1.4. 2017. Vorab: von den 404 in der Arztsuche gelisteten Psychotherapeutischen BehandlerInnen haben 381 ihre Erreichbarkeitszeiten gemeldet, aus technischen Gründen wären diese bislang nicht in der Online-Arztsuche eingetragen, also für Suchende erst bei Anruf in der jeweiligen Praxis erfahrbar. In dem knappen ersten halben Jahr bis zum 15.9. 2017 bearbeitete die TSS 953 Vermittlungsgesuche, davon wurden 275 abgelehnt und 660 vermittelt. Davon betrafen die Psychotherapie 29 % der Gesuche (275), 28 % der Ablehnungen (76) und 30 % der Vermittlungen (199). Für die Vermittlung waren 476 Anrufe gemacht worden, leider seien die Erreichbarkeitszeiten nicht durchgängig eingehalten worden. Insgesamt wurde unsere Fachgruppe aus dem Stand Spitzenreiter, gefolgt von den NeurologInnen (22 %) und InternistInnen (12 %). Die Telefonate mit den um Psychotherapie Nachsuchenden sollen übrigens deutlich länger und belastender gewesen sein, so die ersten Eindrücke der Servicekräfte. Ab 1.10. 2017 böten Krankenhäuser ‚ambulante Nachsorge‘, das wird jedoch wohl kaum den Vermittlungs-Druck von unseren Schultern nehmen.

### **Sitzung des beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KV M.-V.**

Sie fand am 27.9. 2017 im Schweriner Hauptsitz der KV statt. Die KVler wurden anlässlich der Genehmigung des letzten Sitzungsprotokolls als Erstes von Frau DP Bahnsen daran erinnert, dass immer noch in der KV M.-V. Arztsuche die ‚Psychosomatische Grundversorgung‘ anbietenden ÄrztInnen weder uns PsychotherapeutInnen noch den PatientInnen erkenntlich sind. Nachvollziehbarerweise erschwert das unsere neue Aufgabe, PatientInnen in den Sprechstunden auch mal weiterzuvermitteln. Auch mit der Einrichtung eines *Psychotherapie-Beaufragten* des KV-Vorstandes (das gäbe es wohl bei den KVen in Hessen und Schleswig-Holstein schon) ist man noch nicht zu einem Resultat gekommen, ein Vertragsentwurf liege jedoch vor.

Dann berichtete Herr Groth (EDV) anschaulich zur *Telematik-Infrastruktur*. Im November soll es dazu im Lande drei Schulungsveranstaltungen geben, ich erspare uns technische Details, zumal ja mit einer Terminverschiebung seitens der Bundesregierung gerechnet wird.

Wenn wir dann irgendwann mal so ein stationäres Kartenterminal in der Praxis haben werden, wird man dort damit die Gesundheitskarten aktiv mit Inhalten beschreiben können, das war mir noch nicht so klar. Zum Geschäftlichen: man werde alles außer der eigenen Identifizierungskarte aus einer Hand vom Praxisverwaltungssystem (PVS)-Anbieter kaufen können. Aufpassen müsse man zum einen mit der Kündigungsfrist des jetzigen Safenet-Anbieter Vertrages, zum anderen mit unserem vertraglichen Zahlungszeitpunkt (und in Abhängigkeit davon unserem Zahlungsbetrag) an den künftigen Anbieter. Der solle erst dann sein, wenn das erste Mal ein Versichertenstammdatenmanagement (VDSM) durchgeführt wurde, denn erst genau dann werde die KV den Erstattungsbetrag festlegen und automatisch erstatten. Zurück zu unserer Identifizierungskarte als HeilbehandlerIn: da gehe entweder eine SMC-B Karte oder ein EHBA. Nix verstehen? Dann googeln! Wichtig: erst

wenn die SMC-B Karte freigeschaltet sei, solle man den Installationstermin vereinbaren. Sonst funzt's nich.

Zurück in die Gegenwart: ab dem 1.10. würden Versichertenkarten vom Bautyp ‚G1‘ nicht mehr einlesbar sein, wohl aber die vom Bautyp ‚G1+‘. Wo's nicht klappt mit dem Einlesen: halt die fürs PVS nötigen Daten von der Karte abschreiben, ein altes Einlesegerät könnte auch gehen. Fürs Ersatzverfahren einfach einen Abrechnungsschein (Rückseite vom Überweisungsschein) rudimentär ausfüllen und unterschreiben lassen.

Als Nächstes berichtete Herr Martensen zur ‚Honorarsituation‘. Unsere nicht genehmigungspflichtigen Leistungen (ngpL) werden ja seit 2015 im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) im Lande gestützt, seit 2016 mit 2 Cent pro Punkt, zuletzt (Q1 2017) auf 8,29 Cent. Sprechstunde, Akutbehandlung und Strukturzuschlag sind von dieser Unterhonorierung nicht tangiert, denn sie sind ab 1.4. 2017 ausbudgetiert. Eine Klage der KBV führte ja zu einer rückwirkenden Anpassung deren Punktbewertungen, bestehen blieb aber der Ausschluss der Pauschale für Fachärztliche Grundversorgung (PFG), auch falls Akutbehandlungen abgerechnet werden. Die PFGs selber wurden in der Summe um 10 Punkte erhöht. Ebenfalls bis einschließlich Q4/2018 *extrabudgetär vergütet* wird das ‚Psychotherapeutische Gespräch‘. Das ist schön und macht Sinn, Kehrseite der Medaille ist aber, dass wegen deren erwarteter Substituierung durch Sprechstunde und Akutbehandlung das ca. 13 % unserer Honorare ausmachende Teilbudget beschnitten bzw. überproportional bereinigt (mit Orientierungspunktwert statt ausgezahltem Punktwert) wird. Es (800 T€) schnurrt infolge dessen auf ca. die Hälfte zusammen, was erwartbar für die verbliebenen 2/3 unserer ngpL (Anträge, Entspannung, Hypnose, Tests, biogr. Anamnese, vertiefte Exploration etc.) nicht reichen wird. Der Punktwert dafür sinkt auf ca. 4,6 Cent plus die Stützung, die KV erwartet 6,03 Cent für diese ca. 8 Mio. Abrechnungspunkte. Die KV M.-V. versuche das nachzuverhandeln, aber bislang seien die Kassen stur geblieben.

Damit wären wir wieder klar unter der Marke von -15 % des Orientierungspunktwertes, *ab der unser BFA mit dem BFA der* FachärztInnen Verhandlungen über Stützung aus deren MGV-Budget verlangen kann.

In arztzentrierter Sichtweise erscheint die Richtlinien-Reform unterm Strich finanziell dennoch lohnend. Akutbehandlung und Sprechstunde haben uns im zweiten Quartal rund 10 Mio. neue Abrechnungspunkte eingebracht, die wie weitere ca. 3 Mio. Punkte zum vollen Orientierungspunktwert vergütet werden. Richtlinien-PT Sitzungen wurden ziemlich gleich viele wie im Vorjahresquartal gemacht, nur die Probatorik wurde mit ca. 5 Mio. Punkte um die Hälfte weniger. Jedoch stagnierte unser rechnerischer Overall Punktwert (10,11 Cent in Q2 2017, 10,12 in Q2 2016) letztlich, trotz der OPW-Erhöhung jenes Jahres um ca. 0,1 Cent (netto sinkt unserer also um diesen Betrag). Die knappe halbe Million mehr Honorar entspricht also direkt entsprechend längeren Arbeitszeiten. Was bei unseren somatisch tätigen KollegInnen nicht der Fall sein dürfte, da verkürzen sich eher die sogenannten ‚Schnitt-Naht Zeiten‘, was nichts anderes heißt als: man leistet schneller. Dieser feine Weg bleibt uns aber leider verwehrt, wir haben ja zeitgebundene Leistungen. Dann hoffen wir mal, dass wenigstens die neuen Aspekte unserer Arbeit als angenehmer bzw. abwechslungsreicher empfunden werden und nicht der gestiegene Bürokratieanteil dominiert.

Dann wurde *auf 2018 ausgeblickt*, der OPW steigt auf 10,6543 Cent (+1,18 %); die Veränderungsrate dürften in M.-V. bis zu ca. +1 % bringen, für die Einbudgetierung der Nichtärztlichen PraxisassistentInnen gehen davon aber wieder ca. - 0,4 % ab. Hintergründe kann man in meinem Bericht von der Konzertierte Aktion der KBV in dieser Ausgabe nachlesen. Die Demografie-Änderungsrate wurde für M.-V. auf +0,25, die Morbiditäts-Änderungsrate auf 1,12 festgelegt. Das Resultat unterm Strich wird in M.-V. wohl noch verhandelt, ich tippe mal auf 1,9% MGV-Zuwachs des HVM.

Der AOK Nordost *Selektivvertrag* zur Stützung der neuen Leistungen auf drei

Quartale, ich berichtete, wird für das aktuell abzurechnende zweite Quartal 2017 wohl eine Stützung um ca. 5,6 Cent pro Punkt bedeuten, es sind ca. 1,8 Mio. unserer Punkte, die diese Stützung erfahren. Das tut gut und motiviert ein wenig mehr für die neuen Leistungen, wäre aber besser, wenn die anderen Kassen dem guten Beispiel nachfolgen würden.

*Neue Bundessozialgerichtsurteile* (B 6 KA 36/16 R u. B 6 KA 29/16 R) ziehen Kreise bis nach M.-V.. Für 2007er Quartalsabrechnungen werde der Bewertungsausschuss wohl den Mindestpunktwert geringfügig auf ca. 9 Pfennig anheben müssen, die 120 WiderspruchsführerInnen dieser Quartale können also mit gewissen Nachzahlungen für ihre gpL rechnen. Für 2008 gibt's aber leider nix nach.

Der KV M.-V. werde indes der *Berg an ruhenden Widersprüchen* zu groß, der Vorstand berate, bald was dagegen zu tun. Es ruhen Widersprüche von 1999 an, bis 2004 ca. 100 pro Jahr. Herr Rambow will sie jahreweise von links angehen, bis 2009. Es gehe nicht um den Verwaltungsaufwand. Ruhend stellen könne ja dann auch das Gericht. Innerhalb der KV sei das eigentlich eine Bevorzugung. Die Ausschussvorsitzende Frau Franz hielt dem entgegen: „Wir sollten das hier hinkriegen.“ Wenn nicht, steht wohl bald die Initialisierung von Musterklagen an.

Dr. Höftmann berichtete uns dann über die Terminservicestellen (vgl. oben).

*Jürgen Friedrich*  
*Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern*  
Kontakt: [mv@dgv.de](mailto:mv@dgv.de); [mv@dgv-bv.de](mailto:mv@dgv-bv.de)

## Niedersachsen

### Bericht vom Mitgliedertreffen Landesgruppe Niedersachsen

Als Landesgruppe Niedersachsen sehen wir unsere Aufgaben darin, mit unseren Mitgliedern von DGVT und DGVT-BV in Kontakt zu bleiben, über aktuelle Themen aus der Berufspolitik sowie dem Verband zu informieren ebenso wie uns mit fachlichen The-

men zu befassen und in gemeinsamen Austausch zu gehen. Dazu haben wir in Niedersachsen verschiedene Ideen und Konzepte entwickelt, welche wir stets weiterentwickeln, wobei wir uns an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Mitglieder sowie an unseren Möglichkeiten orientieren.

So haben wir auch in diesem Jahr am Samstag 21.10.2017 unsere Mitglieder zum alljährlichen Mitgliedertreffen nach Hannover eingeladen. Das Mitgliedertreffen bieten wir als eine Tagesveranstaltung an, die sowohl einen fachlichen Input als auch die Informationen über unsere Landesgruppenarbeit und Kammerarbeit beinhaltet. Dabei kommen aktuelle Themen, welche als Schwerpunktthema gesetzt werden können, wie auch der gemeinsame Austausch nicht zu kurz.

In diesem Jahr haben wir uns dem Thema metakognitive Therapie gewidmet. Für unsere Veranstaltung konnten wir als Referenten Herrn Dr. Michael Simons von der RWTH Aachen gewinnen. Dr. Simons konnte uns in spannender Art und Weise das Konzept der metakognitiven Therapie nahebringen. So sind wir auch sehr gut in eine gemeinsame Diskussion darüber gekommen.

Weiterhin haben wir über unsere Landesgruppenarbeit und unsere Kammerarbeit sowie KV-Arbeit des letzten Jahres informiert. Wir haben als Landesgruppe drei Informationsveranstaltungen zum Thema Änderung der Psychotherapie angeboten (Hannover, Oldenburg, Lüneburg). Des Weiteren haben wir in der Region Hannover zwei sogenannte regionale Treffen organisiert. Das dritte steht als Neujahrstreffen für 2018 an. Diese Art von Treffen kann gerne auch in weiteren Regionen umgesetzt werden.

Wir haben eine eigene Mailingliste niedersachsen-netz@dgv.de gegründet. Darüber informieren wir unsere Mitglieder ebenfalls über neue Entwicklungen oder geben Tipps. Diese Kommunikationsplattform wollen wir etablieren und so mehr Austausch und Verbindungsmöglichkeiten zwischen uns allen schaffen. Wer noch nicht auf der Liste ist, möge sich über die Geschäftsstelle eintragen lassen.

Die das letzte Jahr beherrschenden Themen wie Ausbildungsreform, Musterweiterbildungsordnung Psychodiabetologie, Änderung der Psychotherapierichtlinie und die Telematik konnten gemeinsam besprochen und diskutiert werden. Auch das vereinsinterne Thema der Strukturdebatte hat Raum gefunden.

Wir sind sehr froh darüber, auch ins kommende Jahr mit vier LandessprecherInnen gehen zu können. Frau Tatjana Riegers Amtszeit ist ausgelaufen, sie ist nicht erneut angetreten. Wir bedanken uns ganz herzlich bei Tatjana für die tolle Mitarbeit und das Engagement und wünschen viel Erfolg. Als neue Landessprecherin konnten wir Frau Kathrin Müller gewinnen, die einstimmig gewählt wurde. Frau Müller hat sich bislang in der PiA-Arbeit in Niedersachsen engagiert (z.B. stellvertretende PiA-Sprecherin in der Kammer Niedersachsen). Wir heißen Kathrin herzlich willkommen und freuen uns auf die künftige gemeinsame Arbeit. Alexandra Klich, André Podziemski und Florian Wasilewski sind noch für ein Jahr in ihrem Amt bestätigt.

Insgesamt fanden wir es eine sehr gelungene Veranstaltung mit einem bunten, umfassenden Programm. Die MHH war uns ein guter Gastgeber und Veranstaltungsort, für unser leibliches Wohl war sehr gut gesorgt. Mit gut fünfzig TeilnehmerInnen war die Veranstaltung gut besucht, offiziell auch ausgebucht. Es hat uns sehr viel Freude gemacht, einerseits gemeinsam uns bewegende Themen zu erörtern und andererseits auch zahlreiche persönliche Gespräche und Kontakte pflegen zu können.

Wer mit uns in Kontakt treten möchte oder Interesse an dem einen oder anderen Thema hat, zögere nicht, wir freuen uns auf Anregungen und Mails.

*Alexandra Klich, André Podziemski,  
Tatjana Rieger, Florian Wasilewski  
LandessprecherInnen Niedersachsen*

*Kontakt:*

*niedersachsen@dgv.de;*

*niedersachsen@dgv-bv.de*

*Bericht von Alexandra Klich*

## **Rheinland-Pfalz**

### **Hinweis auf den Tag der Angestellten**

Die LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz lädt ihre angestellt tätigen Mitglieder zum dritten "Tag der Angestellten" ein. Am 2. *Dezember 2017* werden von *10:30 bis 16 Uhr* Vorträge und Workshops zum Thema "Empowerment für angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten" angeboten. Die Veranstaltung findet in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz in Mainz statt. Den Hauptvortrag "Psychotherapeuten in Führung bringen - Thesen zur Standortbestimmung und zur weiteren Entwicklung" wird die Psychologische Psychotherapeutin Christina Demmerle halten.

Am Nachmittag besteht die Auswahl zwischen drei Workshops, in denen die berufspolitische Situation von Angestellten und deren Weiterentwicklung vertieft werden kann. Moderiert durch fachkundige Kolleginnen und Kollegen sollen diese Kleingruppen die Möglichkeit zum kollegialen Austausch, zur Vernetzung und zu weiterführenden Überlegungen ermöglichen.

### **Landesgruppentreffen**

Unser nächstes Landesgruppentreffen findet am Montag, 20.11.2017 um 18:00 im Psychologischen Institut, Binger Str. 14-16, 55122 Mainz, Raum 01-141 statt. Bitte den geänderten Veranstaltungsort beachten! Bitte kündigt Euer Kommen kurz per E-Mail an: [rlp@dgv.de](mailto:rlp@dgv.de)

*Andrea Benecke*

*Landessprecherin Rheinland-Pfalz*

*Kontakt:*

*[rheinland-pfalz@dgv.de](mailto:rheinland-pfalz@dgv.de)*

*[rheinland-pfalz@dgv-bv.de](mailto:rheinland-pfalz@dgv-bv.de)*



## Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung

### **Reform des Psychotherapeutengesetzes bzw. der Psychotherapeuten- ausbildung – aktueller Stand**

Kurz vor Ablauf der Legislaturperiode des Deutschen Bundestages hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Juli 2017 einen schon lange erwarteten Arbeitsentwurf zur Reform des Psychotherapeutengesetzes vorgelegt. Der Entwurf umfasst die berufsrechtlichen Änderungen im Psychotherapeutengesetz. Offen geblieben sind die sozialrechtlichen Regelungen zur Weiterbildung.

Zur Erinnerung: Die Reform der Psychotherapieausbildung wurde nötig, weil der Ausbildungszugang an den Bologna-Prozess und seinen Bachelor- und Master-Abschlüssen angepasst werden musste. Außerdem sollten die finanziellen Belastungen der in Ausbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen beseitigt und die Praxiszeit vergütet werden. Einer aktuellen Umfrage von Bündnis 90/Die Grünen zufolge erhalten 14 % für ihre Arbeit gar keine Vergütung, mehr als die Hälfte weniger als 500 Euro im Monat. Zudem wollte das BMG den Ausbildungsweg ordnungspolitisch dem Modell der Humanmedizin angleichen: Auf ein breites Approbationsstudium sollten spezifische, sozialrechtlich wirksame Weiterbildungen folgen. Gleichzeitig soll die Qualität der Berufsqualifikation, die im bisherigen System erreicht wurde, mindestens erhalten bleiben und zusätzlich den gewachsenen gesellschaftlichen Anforderungen angepasst werden. Der nun vorgelegte Arbeitsentwurf für ein „Psychotherapeutenausbildungsgesetz“ weist auffallende Abweichungen zum im November 2016 vom BMG als Grundlage für eine Gesetzesreform vorgelegten Eckpunktepapier auf und lässt weiterhin zentrale Fragen offen. Den Arbeitsentwurf des BMG sowie die Stellungnahme der DGVT finden Sie auf der Homepage unter

*<https://www.dgvt.de/aktuell/verein/positionen-stellungnahmen/ausbildungsreform/aktuelles/>*

Mittlerweile hat auch die Bundespsychotherapeutenkammer eine Stellungnahme zum Arbeitsentwurf vorgelegt [link zu bptk.de], in dem erfreulicherweise viele Kritikpunkte aus der DGVT-Stellungnahme aufgegriffen worden sind.

## Migration

### Neues Internetportal des BMG: Migration und Gesundheit

(*wd*). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Anfang November ein Internetportal zum Thema „Migration und Gesundheit“ eingerichtet. Das neue Informationsangebot richtet sich vornehmlich an Migrantinnen und Migranten, aber auch an haupt- und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die in der Flüchtlings- und Migrationssozialarbeit tätig sind. Das Angebot soll helfen, sich mit dem Gesundheitswesen in Deutschland vertraut zu machen und Fragen rund um die eigene Gesundheit zu beantworten.

Auf dem Portal werden erstmals gebündelt zahlreiche Informationsmaterialien zu den Schwerpunktthemen „Gesundheitswesen“, „Gesundheit und Vorsorge“, „Pflege“ sowie „Sucht und Drogen“, „HIV-Prävention“ in mehreren Sprachen zur Verfügung gestellt. Zu dem Informationsangebot zählen beispielsweise Aufklärungsbroschüren zu Schutzimpfungen, wichtige Hinweise zur Kindergesundheit, zu verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Diabetes, HIV, Asthma, psychische Erkrankungen), Informationen zur Versorgung im Krankenhaus und zur ambulanten Versorgung sowie Broschüren zu unterschiedlichen Suchterkrankungen. Nach Informationen des BMG geht die Einrichtung des neuen Internetportals auch auf den Wunsch verschiedener Migrantinnenorganisationen zurück. Das Informationsangebot soll künftig auch mit Unterstützung von Migrantinnen und Migranten erweitert werden.

Neben der deutschen Fassung steht das Portal zunächst in türkischer und englischer Sprache vollständig zur Verfügung. Eine Ausweitung des Sprachangebotes soll in Kürze erfolgen.

*Link zu dem neuen Informationsportal des BMG: [www.migration-gesundheit.bund.de](http://www.migration-gesundheit.bund.de)*

### Ein Netz als Wegweiser in die Versorgung

Beraten und Unterstützung bei der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten: Diese Aufgabe übernimmt in Berlin ein Pilotprojekt der Charité und des Berliner Instituts für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM). "TransVer" heißt das Netzwerk, das einerseits Hilfebedürftigen Beratung und Vermittlung in geeignete Angebote der psychosozialen Regelversorgung anbietet. Andererseits sollen Menschen, die in diesem Bereich arbeiten, durch Fortbildungen gestärkt werden. TransVer wird über drei Jahre mit einer Million Euro durch die Lotto Stiftung Berlin unterstützt, bei Erfolg soll die Arbeit im Anschluss durch Förderung des Senats weitergeführt werden.

*Mehr Informationen finden unter [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gp\\_specials/fluechtlinge/article/941985/gefluechtete-netz-wegweiser-versorgung.html?sh=1&h=-1862057463](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/941985/gefluechtete-netz-wegweiser-versorgung.html?sh=1&h=-1862057463)*

### Hamburger Modellprojekt SEGEMI gestartet: Sprach- mittlerpool für die ambulante psychotherapeutisch- psychiatrische Versorgung

Das bundesweit erste regionale Modellprojekt zur Stärkung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verfolgt das Ziel, mehr nicht deutschsprachige PatientInnen in die fachgerechte Versorgung zu integrieren.

Das Modellprojekt richtet sich an niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen (auch KostenerstatterInnen) in Hamburg. Sie erhalten unbürokratisch Zugang zu professionellen SprachmittlerInnen für die Behandlung ihrer PatientInnen.

Das Modellprojekt wird durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg im Rahmen des „Hamburger Integrationsfonds“ gefördert. Durchgeführt wird das Projekt vom gemeinnützigen Verein SEGEMI Seelische Gesundheit – Migration und Flucht, e.V. in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg.

Die SprachmittlerInnen werden vermittelt über die Psychosoziale Beratungs- und Koordinierungsstelle SEGEMI. Übernommen werden im Rahmen des zunächst einjährigen Modellprojekts die Kosten für die Arbeit der SprachmittlerInnen. Zudem sorgen Supervision, Fortbildung und Evaluation für eine qualitätsgesicherte Arbeit der SprachmittlerInnen in diesem sensiblen Aufgabenfeld.

Folgende Sprachen können zur Zeit angeboten werden: Amharisch, Arabisch, Aserbaidshianisch, Bulgarisch, Dari, Englisch, Farsi, Französisch, Fula, Russisch, Tigrinya, Türkisch und Urdu. Das Angebot wird zunehmend ausgebaut.

Am 20.9.2017 fand eine Informationsveranstaltung „Arbeit zu Dritt – Modellprojekt zur Integration von SprachmittlerInnen in die ambulante psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung“ statt. SEGEMI Seelische Gesundheit – Migration und Flucht, e.V. hatte in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg und dem PARITÄTISCHEN in Hamburg eingeladen, um das Projekt vorzustellen und einen ersten Einblick in die Praxis zu gewähren. Mehr als 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten die Veranstaltung und diskutierten lebhaft.

Antragsunterlagen und Verfahrenshinweise sind erhältlich unter [www.segemi.org/sprachmittlerpool](http://www.segemi.org/sprachmittlerpool). Kontakt zur Koordinatoren können Sie aufnehmen über [sprachmittler@segemi.org](mailto:sprachmittler@segemi.org)

*Mike Mösko*

*Kontakt: [hamburg@dgv.de](mailto:hamburg@dgv.de)*

## Aus den Verbänden

### Bericht vom GK II-Treffen am 21.10.2017 in Köln

Die zweite Sitzung des GK II in diesem Jahr fand am 21.10.17 in Köln statt. Die Sitzung wurde dieses Mal von den beiden systemischen Gesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) organisiert und ausgerichtet und fand, wie immer, in entspannter Atmosphäre, statt. Die vier Kollegen aus den beiden Verbänden, Dr. Ulrike Borst, 1. Vorsitzende Systemische Gesellschaft, Dr. Björn Enno Hermans, 1. Vorsitzender DGSF, Kerstin Dittrich (Berufs- und sozialpolitische Referentin der DGSF) und Sebastian Baumann (Vorstandsbeauftragter Psychotherapie der SG), haben die Sitzung nicht nur professionell, sondern auch mit viel Charme und Witz geleitet. Bei ca. 40 – 50 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. DGVT und DGVT-BV wurden von Oliver Kunz, Heiner Vogel und Waltraud Deubert vertreten.

Zu Beginn der Sitzung hat die Sitzungsleitung zur Aufstellung eines Zeitstrahls aufgerufen, um zu zeigen, welche KollegInnen aus den Reihen der GK II TeilnehmerInnen ab wann bereits in der GK II – Runde dabei sind. Heiner Vogel und Waltraud Deubert waren bereits bei den Vorgängerverbänden des GK II aktiv, als man sich noch getrennt in der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT) und der Arbeitsgemeinschaft Richtlinienverbände (AGR) getroffen hat und die Auseinandersetzungen zwischen den Verbänden und vor allen den Verbände-gruppierungen noch sehr heftig waren. Nachdem die Politik aber deutlich gemacht hatte, dass es nur ein Psychotherapeutengesetz geben wird,

wenn die Profession sich einig ist, haben sich die Verbände in vielen Sitzungen und Gesprächen zusammengerauft und an einem Strang gezogen. Der Zeitstrahl hat so die Geschichte des GK II mit den Menschen, die daran beteiligt waren und sind, noch einmal ins Gedächtnis gerufen. Über die Jahre hinweg hat sich im GK II ein recht offenes und kollegiales Miteinander entwickelt, so dass eigentlich immer eine konstruktive Gesprächsatmosphäre möglich ist, in der man sich am Ende meist einig ist. Häufig natürlich auch darin, dass man unterschiedlicher Meinung über den einen oder anderen Punkt ist. Aber dennoch: Es ist sinnvoll – und das ist eigentlich die Gründungsidee des GK II – , dass die Verbände über ihre Positionen in den verschiedenen anstehenden Fragen zur Psychotherapieversorgung sprechen, ihre Argumente austauschen und mögliche Verbindungen und Abstimmungen ausloten. Besser miteinander als übereinander reden – so kann die Zusammenarbeit in den unterschiedlichen Gremien, in denen man in jeweils unterschiedlichen Koalitionen steht (KVen, KBV, GBA, Landespsychotherapeutenkammern, BPTK), sachgerechter und letztlich im Interesse aller konstruktiver verlaufen. Und außerdem konnten so immer wieder gemeinsame Stellungnahmen verabschiedet werden.

In dieser Sitzung wurde nach den Berichten aus den einzelnen Verbänden ein gemeinsames Papier zur Leitlinienerstellung psychischer Störungen vorbereitet. Behandlungsleitlinien sind wissenschaftlich und praktisch begründete Empfehlungen, in denen der aktuelle Stand des Wissens zur Behandlung von Menschen mit spezifischen Erkrankungen und Problemen dargestellt wird. Sie haben damit begründeten Einfluss auf die Versorgungsrealität in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis und in der Gesundheitspolitik. Bei der Erstellung von Leitlinien im Bereich psychischer Störungen sollten daher bei der Zusammensetzung von Konsensgruppen diejenigen im GK

II organisierten Psychotherapieverbände berücksichtigt und zur Mitarbeit eingeladen werden, die fachlich und versorgungspolitisch mit den jeweiligen Gegenständen der Leitlinien befasst sind (siehe hierzu den weiteren Bericht von Rudi Merod).

Des Weiteren wurde eine Resolution zur aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 11.10.17 beschlossen. Das BSG hat in seinem Urteil die Rechtmäßigkeit der Systematik der sog. Strukturzuschläge aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 festgestellt. Insbesondere hält das Gericht die Systematik der „Strukturzuschläge“ für rechtmäßig, welche die Kosten für die Einstellung von Personal nur Praxen mit einem überdurchschnittlichen Umsatz zuerkennt. Damit bekommt ein Großteil der PsychotherapeutInnen keine ausreichende Vergütung für die Finanzierung der notwendigen Verwaltungsarbeit in den psychotherapeutischen Praxen. Der GK II fordert vom Gesetzgeber eine Rückkehr zu einer Systematik, in der jeder Psychotherapeut/jede Psychotherapeutin von der ersten Sitzung an die gleiche Vergütung je Zeiteinheit erhält und damit die Kosten für die Finanzierung administrativer Tätigkeiten erwirtschaften kann.

Die Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Suchttherapie haben zudem ein Papier zur ambulanten Psychotherapie bei substanzbezogenen Störungen zur Diskussion gestellt. In der Konsequenz sollen sich die Verbände dafür einsetzen, dass die KollegInnen für diese Patientengruppe mehr ambulante psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anbieten.

Die systemischen Verbände haben zum Abschluss noch über das Bewertungsverfahren der systemischen Therapie berichtet. Das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* hat zum ersten Mal ein Psychotherapieverfahren bewertet und dafür ca. 3.000 Studien gelesen. Das Bewertungsverfahren war in Vorbereitung der im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nun anstehenden Beratungen über eine mögliche Zulassung der Systemischen Psy-

chotherapie als Verfahren für die Psychotherapierichtlinie erforderlich gewesen. Gewünscht hätten sich die Verbände noch eine Gesamtabwägung über Nutzen und Schaden. Dies wurde nicht gemacht mit der Begründung, dass es zu wenige Informationen gäbe über unerwünschte Ereignisse und Schäden.

Last not least kam es noch zu einem sehr emotionalen Moment als ein langjähriger Mitstreiter im Gesprächskreis der Psychotherapeutenverbände verabschiedet wurde, Heiner Vogel von der DGVT. Bei der Verabschiedung durch Werner Singer und Benedikt Waldherr wurde der unermüdliche Einsatz für die Sache der PsychotherapeutInnen, den Heiner Vogel seit Beginn des GK II erbracht hat, gewürdigt. Seine Mitarbeit hat Heiner Vogel nicht nur auf den inhaltlichen Bereich beschränkt, sondern er hat sich auch immer im organisatorischen Bereich engagiert (Basisdaten des GK II auf den aktuellen Stand gebracht, Verfahrensregeln des GK II).

Unter großem Beifall dankten die GK II-VertreterInnen Heiner Vogel für seine wichtige und kontinuierliche Arbeit in diesem Gremium.

*Waltraud Deubert*

## **Systemische Therapie – auf dem Weg in den Leistungskatalog der GKV (?)<sup>1</sup>**

Im Juli dieses Jahres ist – nach rund dreijähriger Arbeit und Auswertung von rund 3000 Studien - der Abschlussbericht des IQWiG zur Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen erschienen. Nach der Wissenschaftlichen Anerkennung durch den WBP 2008 war dies der nächste Meilenstein für die Systemische Therapie auf dem Weg zur Kassenzulassung.

Im Bericht bescheinigt das IQWiG Systemischer Therapie darin Wirksamkeit für folgende Diagnosegruppen: Angst- und

<sup>1</sup> „Literatur bei den Verfassern“

Zwangsstörung, Schizophrenie, depressive Störungen, Substanzkonsumstörungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen und gemischte Störungen. Das Schwellenkriterium der Psychotherapie-Richtlinien kann damit als erfüllt gelten. Die weitere Entscheidung liegt nun beim G-BA, der den IQWiG-Bericht 2014 in Auftrag gegeben hatte und nun auf dieser Grundlage seine Entscheidung fällen muss.

Da das IQWiG mit der Systemischen Therapie erstmalig ein Psychotherapieverfahren geprüft hat, orientierte sich das Verfahren in weiten Teilen an den Standards für Arzneimittelforschung. Die Beforschung von Psychotherapie weist aber einige Besonderheiten auf, die im weiteren Zusammenspiel von IQWiG-Ergebnisbericht und G-BA noch berücksichtigt werden sollten.

Ein Beispiel zur Verdeutlichung: das IQWiG bewertet die einzelnen Studien, die seinem Urteil zugrunde liegen, nicht nur hinsichtlich ihres Ergebnisses, sondern auch hinsichtlich ihrer methodischen Qualität. Es verwendet eine Skala mit vier unterschiedliche Outcomekategorien für den Nutzen einer geprüften medizinischen Maßnahme: „Beleg“ als höchste Nutzenkategorie, „Hinweise“ als zweithöchste, gefolgt von „Anhaltspunkten“, oder eben „kein Anhaltspunkt“. Wenn das IQWiG einer medizinischen Maßnahme „Hinweise für einen Nutzen“ bescheinigt, kann also (*ceteris paribus*) mit höherer Ergebnissicherheit von einem Nutzen ausgegangen werden, als wenn ein „Anhaltspunkt“ bescheinigt wird. Studien, in denen keine Doppelverblindung von PatientIn und AnwenderIn erfolgt, werden dabei methodisch soweit abgestuft, dass mit ihnen kein „Beleg“ erzielt werden kann und die nächsthöheren Kategorien „Hinweis“ und „Anhaltspunkt“ entsprechend schwerer erreicht werden können. Nun ist zwar auch dem IQWiG bekannt, dass eine Doppelverblindung, bei der auch die TherapeutInnen nicht wissen, welches Verfahren sie anwenden, in Psychotherapiestudien weder sinnvoll noch möglich ist; genausowenig wie beispielsweise bei chirurgischen Verfahren. Zu einer Anpassung der Maßstäbe führt dies jedoch nicht-

es bleibt zu hoffen, dass der G-BA seine Bewertung entsprechend anpasst.

Ein weiterer Punkt: In der Arzneimittelforschung ist seit dem Contergan-Skandal in den frühen 1960er-Jahren die umfassende Erhebung von unerwünschten Ereignissen vorgeschrieben. Die Psychotherapieforschung hinkt hier hinterher, allerdings ist die Abgrenzung von Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie wesentlich auch wesentlich schwerer zu treffen als in der Arzneimittelforschung. Es fehlt hier noch an etablierten Standards; sicherlich gibt es hier Nachbesserungsbedarf in der Psychotherapieforschung. Mit diesem Problem haben aber alle Psychotherapieverfahren zu kämpfen; Systemische Therapie bildet hier keine Ausnahme. Für das IQWiG waren die fehlenden Daten zu unerwünschten Ereignissen der Grund, keine Gesamt abwägung zwischen Nutzen und Schaden für die Systemische Therapie vorzunehmen.

Jenseits dieser Übertragungsfragen gibt es einzelne weitere Punkte im IQWiG-Bericht, die einen kritischen Blick verdient haben: im Rahmen der „Helsinki Psychotherapy Study“ um den finnischen Psychotherapieforscher Paul Knekt wurden sehr unterschiedliche Therapiedosen miteinander verglichen: bis zu 12 Stunden Systemische Therapie mit bis zu 232 Sitzungen Psychoanalyse. Dass die trotzdem beachtlichen Ergebnisse der Systemischen Therapie hier als Misserfolg gewertet wurden, kann man methodisch hinterfragen. Ein weiterer kritischer Punkt ist der Ausschluss einer britischen Studie (2000 von Leff et al., 2000), bei der Depressionsbehandlungen mittels KVT, ST und einem dem trizyklischen Antidepressivum Desipramin miteinander verglichen wurden. Diese Studie wurde aus der Bewertung genommen, weil Desipramin in Deutschland seit 2011 nicht mehr zugelassen ist. Zum Studienzeitpunkt war es aber ein in Deutschland wie Großbritannien gängiges Antidepressivum; in Großbritannien wird es weiterhin verwendet. Auch in Deutschland wird es in der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression von 2015 (!) zur Behandlung empfohlen.

Jenseits dieser Punkte hat das IQWiG außerordentlich hochwertige Arbeit geliefert. Auf dieser Grundlage steigt die Chance, dass der G-BA Systemische Therapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufnimmt.

*Dipl.-Psych. Kerstin Dittrich  
Fachreferentin für Gesundheitspolitik  
DGSF - Deutsche Gesellschaft für  
Systemische Therapie, Beratung und  
Familientherapie e. V.  
www.dgsf.org*

## **Resolution der GK II- Verbände zur aktuellen Honorar-Rechtsprechung des BSG vom 11.10.2017**

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 11.10.2017 die Rechtmäßigkeit der Systematik der sog. Strukturzuschläge aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.09.2015 festgestellt. Somit erhalten nur diejenigen psychotherapeutischen Praxen einen zusätzlichen Personalkostenanteil, die im überdurchschnittlichen Umfang praktizieren. Damit bekommt ein Großteil der PsychotherapeutInnen keine ausreichende Vergütung für die Finanzierung der notwendigen Verwaltungsarbeit in psychotherapeutischen Praxen.

Hier wurde ein Urteil mit versorgungspolitischen Auswirkungen gesprochen, mit dem die PsychotherapeutInnen, so die mündliche Urteilsbegründung, einen Anreiz erhalten sollen, ihre Praxen mehr auszulasten beziehungsweise die Hälfte eines ganzen Versorgungsauftrags abzugeben. Das Gericht vertritt damit die Sichtweise der Krankenkassen, dass angeblich der Großteil der PsychotherapeutInnen ihre Sitze nicht auslasten und grundsätzlich durchschnittlich 36 genehmigungspflichtige Psychotherapiesitzungen pro Woche von jeder Psychotherapeutin und jedem Psychotherapeuten zu leisten seien.

Das BSG hatte in seiner bisherigen Rechtsprechung die Definition einer maxi-

mal ausgelasteten Praxis lediglich als Basis zur Berechnung einer Mindestvergütung je Zeiteinheit verwendet, unabhängig von der Auslastung der Praxis. Mit dem neuen Urteil vertritt das BSG nunmehr die Sichtweise, dass die Maximalauslastung bzw. die Belastungsgrenze als Maß für die Erfüllung des Versorgungsauftrags erklärt wird. Wie die Abrechnungsergebnisse seit vielen Jahren zeigen, sind weniger als 2% aller PsychotherapeutInnen in der Lage, eine Arbeitsbelastung von 36 Psychotherapiesitzungen, entsprechend einer Gesamtarbeitszeit von mehr als 51 Stunden pro Woche über längere Zeit durchzuhalten. Das neue Urteil bedeutet, dass jede/r PsychotherapeutIn, der/die seine Praxisauslastung verantwortlich an seiner psychischen und körperlichen Belastungsfähigkeit ausrichtet, Abschlüsse hinnehmen muss.

Die gesetzliche Vorschrift, den PsychotherapeutInnen eine „angemessene Vergütung je Zeiteinheit“ zu gewährleisten, wird unzulässigerweise vermengt mit versorgungspolitischen Anreizen durch Zuschläge mit dem Ziel, die PsychotherapeutInnen zu mehr Arbeit anzutreiben. Das gibt es so in keiner anderen Arztgruppe, obgleich die Wochenarbeitszeiten für PsychotherapeutInnen im Vergleich nicht geringer sind.

Der GK II, in dem 36 Psychotherapieverbände zusammengeschlossen sind, fordert vom Gesetzgeber, mit einer gesetzlichen Klarstellung eine Rückkehr zu einer Systematik zu erwirken, in der jede/r PsychotherapeutIn von der ersten Sitzung an die gleiche Vergütung je Zeiteinheit erhält und damit die Kosten für die Finanzierung administrativer Tätigkeiten erwirtschaften kann. Die bürokratische Arbeit beginnt beim ersten Patienten und steigt mit jedem weiteren an.

PsychotherapeutInnen können keine technischen Geräte einsetzen, keine Leistungen delegieren. Sie behandeln überwiegend mit Gesprächsleistungen und können deshalb – anders als die somatisch orientierten Arztpraxen – ihre Einkommen nicht durch eine Vermehrung der Leistungen je Zeiteinheit erhöhen. Aus diesem Grund geht die Einkommensschere zwischen den somatischen

Arztgruppen und den PsychotherapeutInnen immer weiter auseinander. Das jüngste BSG-Urteil verstärkt diese Entwicklung.

Der GK II fordert von den im Bundestag vertretenen Parteien, die professionelle Versorgung psychisch kranker PatientInnen durch die dafür notwendigen finanziellen Ressourcen zu sichern. Dazu sind eindeutige Regelungen zur angemessenen Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen bereits im Koalitionsvertrag zu konkretisieren und im SGB V zu verankern.

Mit freundlichen Grüßen,

*Dr. Björn Enno Hermans und Dr. Ulrike Borst, Vorsitzende der Geschäftsführenden Verbände des GKII*



#### **Psychotherapeutenverbände GK II**

Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e.V. (AVM)  
 Berufsverband der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten e.V. (BAG)  
 Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (BKJ)  
 Berufsverband der Psychologischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker (BPP) in der DGPT

Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (BVKJ)  
 Bundesverband der Klinikpsychotherapeuten (BVKP)  
 Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)  
 Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G)  
 Deutscher Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten e.V. (DDGAP)  
 Deutscher Fachverband für Psychodrama e.V. (DFP)  
 Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)  
 Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)  
 Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS)  
 Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. (DGH)  
 Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)  
 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie (dgkjf)  
 Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK)  
 Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)  
 Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)  
 Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)  
 Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)  
 Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS)  
 Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)  
 Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)  
 Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)  
 Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)  
 Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)  
 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)  
 Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)  
 Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)  
 Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)  
 Neue Gesellschaft für Psychologie (NGfP)  
 Systemische Gesellschaft (SG) Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.  
 Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP)  
 Verband für Integrative Verhaltenstherapie (VIVT)  
 Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (VPP im BDP)



## Berufspolitische Informationen für Angestellte

### **DIMDI veröffentlicht Vorabversion des OPS 2018**

(wd). Das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) gibt die Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) jährlich neu heraus und hat die endgültige Fassung der Version 2018 veröffentlicht. Der OPS ist eine Grundlage für die Entgeltsysteme. Operationen und Prozeduren müssen im ambulanten und stationären Bereich nach dem OPS verschlüsselt werden.

Dabei hält sich das DIMDI eng an die entsprechende Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme wurden die Klassifikationen OPS und ICD-10-GM auch für das Jahr 2018 wieder bearbeitet und angepasst. Demnach sollen 324 Vorschläge und zusätzliche Anforderungen aus der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen eingeflossen sein. So wurden beispielsweise

- Streichungen von Codes für den Bereich Psych (z.B. die Codes für die Betreuung in der Kleinstgruppe bei Erwachsenen (9-640.1) oder den Codebereich für den Supervisionsaufwand bei Erwachsenen (9-648) und bei Kindern und Jugendlichen (9-695)
- die Einführung neuer Codes für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung von Erwachsenen (9-701) und von Kindern und Jugendlichen (9-801) vorgenommen
- die Zusammenlegung der beiden Zusatzcodes „Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei Erwachsenen“ und „Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage“.

Inhaltliche Vorschläge für die Weiterentwicklung des OPS wurden nicht umgesetzt,

kritisierte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zu Recht. Diese hatten sich auf eine aussagekräftigere Beschreibung der therapeutischen Inhalte bezogen. So wurde u. a. von der BPtK der Vorschlag unterbreitet, die Therapieeinheiten zur Erfassung der Behandlungsleistungen am Patienten so zu „schärfen“, dass nicht mehr jedes Gespräch als Psychotherapie kodiert werden kann, sondern nur solche Leistungen, die konzeptuell in ein theoriegeleitetes Therapieverfahren eingebettet sind und im Rahmen einer Behandlungsplanung für den Patienten individuell festgelegt wurden. Dies könnte einerseits die Eignung von Therapieeinheiten zur Abbildung eines besonderen Aufwands verbessern und damit die Leistungen von Krankenhäusern, die einen ausgewiesenen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben, besser sichtbar machen.

*Weitere Informationen -sowie die Referenzausgaben und Aktualisierungslisten zum OPS 2018 können auf der Homepage des DIMDI unter folgendem Link eingesehen werden.*

[http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/presse/pm/news\\_0426.html](http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/presse/pm/news_0426.html)

### **Antrag auf Höhergruppierung in angestellter Tätigkeit - Frist bis zum 31.12.2017 beachten!**

Wer als Psychologische(r) PsychotherapeutIn oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn in einer kommunalen Einrichtung arbeitet und damit in den Anwendungsbereich des Tarifvertrags für den Öffentlichen Dienst, Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD/VKA) fällt, kann noch bis zum 31.12.2017 die Höhergruppierung in die Entgeltgruppe 14 beantragen. Die Höhergruppierung erfolgt stufengleich, wobei der

Status vom 01.01.2017 maßgeblich ist. Wer also zu diesem Zeitpunkt in der EG 13/Stufe 2 eingruppiert war, kann den Aufstieg in die 14/2 beantragen.

*Mehr Informationen finden Mitglieder im internen Homepagebereich unter der Rubrik „Angestellte“:*

*[www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich](http://www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich)*



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

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

### **48<sup>th</sup> Annual Congress of EABCT**

Sofia, Bulgaria  
05. - 08. September 2018

### **9<sup>th</sup> World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies**

Berlin, Germany  
17. - 20. July 2019

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

**Anmeldung und weitere Informationen:**  
[www.eabct.eu](http://www.eabct.eu)

## Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

### **Bericht von der 32. Sitzung der Konzentrierten Aktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Berufsverbände**

Am 1. September 2017 berichtete der KBV-Vorstand Dr. Stephan Hofmeister (Hausarzt) wie immer zuerst über die „*aktuelle politische Lage*“. Auf dem Sicherstellungskongress hätten sowohl die KVen wie auch Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe regional differenzierende Versorgungsmodelle vorgezeigt, auf der Klausurtagung zur Struktur der ambulanten Versorgung habe man viele Ideen zur Sektoren-Verbindung gehört. Am 29.8. habe in Berlin der erste Parlamentarische Abend der KBV zusammen mit der Bundesärztekammer (aber wohl ohne die BPTK ...) stattgefunden, so was sei sehr nötig, wenn man z. B. an die Heerschaaren von Lobbyisten der Krankenkassen in Brüssel denke. Zum in 2018 wichtigen Reizthema ‚Notfallversorgung‘ sage die KBV mittlerweile lieber ‚Spontanversorgung‘. Der Politik sei die Notfallversorgung höchst wichtig, „wenn wir das nicht wuppen, bricht ein Damm“ (Krankenhaus-Portalpraxen). Die Tel.-Nr. 116117 sei noch zu unbekannt, ein besseres digitales Portal müsse her und dahinter gängige regionale Strukturen.

In der folgenden Diskussion war das Reizthema jedoch die Anhörung zur PTG-Novelle am 30.8. im BMG, zu der Dr. Hofmeister noch nicht berichtet hatte. Es folgte die mittlerweile recht bekannte Litanei von Dr. C. Messer (DGPM), von wegen völlige Veränderung des Gesundheitssystems („Erdbeben“) durch neuen, allgemein konkurrierenden Gesundheitsberuf, rein wissenschaftliche „Grabbeltisch“-Approbation ohne klinische Inhalte, hinter der Machtinteressen der Psychologie-Professoren, der BPTK sowie der Kliniken steckten. Der *PTG-*

*Arbeitsentwurf des BMG* sei unseriös, so drohten Heilberufler, die nichts können, das würde den Patientenschutz gefährden. So dürfe das bloß nicht in den Koalitionsvertrag! Alle Beratenden Fachausschüsse der KVen sollten das thematisieren.

Nun ging Dr. Hofmeister im zweiten Teil seines Berichts auf dieses Thema ein und berichtete von jener ersten Anhörung zum PTG-Arbeitsentwurf, in der es um sozialrechtliche, berufsrechtliche und versorgerische Auswirkungen gegangen sei. Die Distanz der KVen dazu sei groß, im BMG hätte man aber wenig Einfluss, die Hausärzte seien jedoch nicht gefährdet.

In der fortgesetzten Diskussion um den PTG-Arbeitsentwurf wirkten manche P-FachärztInnen wie entfesselt, Dr. Hartkamp (DGPM) widersprach: die Hausärzte seien dramatisch gefährdet. Der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie, Herr Dr. Potreck-Mayer, vertröstete auf Beratungen, eine Gesetzesnovelle sei jedoch unumgänglich. Frau Dr. Berneburg (VPK) warnte bezüglich der noch unklaren Berufsbezeichnung vor künftigen Verwechslungsgefahren. Dr. Vogelsänger (BPM) kritisierte eine Konterkarierung, durch Einschluss von Pharmakologie, aber Ausschluss von Verfahrens-Bezug. Dr. Messer warnte nochmal vor einem Systemwechsel, die Ministerialbeamten-Riege sei Bertelsmann-beeinflusst, das Ganze eine Blaupause für niedrigschwellige Approbationen, z. B. für Physiotherapeuten. Herr Dr. Spieß (BDI) warnte vor solchen Substituten für Ärztemangel, da werde aus den ärztlichen Leistungen schnell etwas herausgebrochen, so seien bereits heute viele onkologische PatientInnen in der führenden Hand eines Psychologen. Herr Dr. Weigeldt (Dt. Hausärzterverband) wollte dafür sorgen, dass eine Akademisierung anderer Gesundheitsberufe unterbleibt. Herr Gebhard Hentschel (DPTV) hielt dagegen, dass der Beruf sich weiterentwickelt habe und das PTG überholt sei.

Substitution sei nicht unser Ansinnen. Mit einer 5-jährigen Weiterbildung hätten die Ärzte doch gute Erfahrungen gemacht. Frau Dr. Köhler (BVDN) meinte, man sei auf Kooperation mit den PPT angewiesen. Das jetzt aber werde ein neuer Heilberuf, das ziehe viel Aufmerksamkeit, den ärztlichen PT ginge was verloren. Sie befürchtete, die AbiturientInnen würden dann nicht mehr die Medizin bevorzugen, wenn sie Ähnliches dort erlangen könnten. Aber nach diesem 5-jährigen Studium könne man nicht die Versorgung der Psychotherapie-Patienten abdecken, „das können nur wir“. Frau Dr. Roth-Sackenheim (BVDP/BVDN) stieß ins gleiche Horn, das neue PTG drohe so die Versorgungslandschaft zu verändern. Frau Dr. Konzmann (Berufsverband niedergelassener Psychiater und Nervenärzte) behauptete, immer mehr KollegInnen würden in die Psychotherapie wechseln, weil man dort mehr Geld bekomme (z. B. die Sprechstunden-Leistungen), so gingen Psychiater-Sitze verloren.

Herr Dr. Hofmeier resumierte: Da tue sich etwas, selbst wohlwollende Politiker strebten nur noch nach Lösungen ohne Mehrkosten und ohne neue Ärzte, die Politik mache einfach. Dass es hinterher keine ärztliche Psychotherapie mehr gebe, dürfte eher eine Verschwörungstheorie sein. Beim Physiotherapeuten-Gesetz sei man nicht mal mehr gefragt worden, das gelte es jetzt wieder zu ändern. „Wir haben zu lange und zu oft ‚Nein‘ gesagt“, KBV-Ziel sei nun ein lösungsorientierter Dialog ohne Totalablehnung.

Dann referierte wie immer Dr. Casser zu den *Honorarverhandlungen für das Jahr 2018*. Er stand noch unter dem Eindruck von Bewertungsausschuss-Verhandlungen am Vortag. Die Kassen kündigten eine Nullrunde statt der von der KBV erwarteten 1 Mrd. € Rückzahlung an, es kam zu einer Vertagung. Hintergrund seien Differenzen über das Klassifikationsmodell zur Berechnung der Veränderungsraten gewesen: die Weiterentwicklung des Orientierungspunktwerts erfolge ja seit 2013 datengestützt mittels Standardbewertungssystem-

Punktzahlvolumen. Dabei fließen gemäß Gesetz Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsreserven sowie Kostendegressionseffekte bei Fallzahlsteigerungen ein. Der GKV-Spitzenverband fordere seit diesem Jahr, ein aggregiertes Modell zu verwenden, wegen Verzerrungen in spezifischen Konstellationen (z. B. Hausarzt-Pauschalen). Das damit beauftragte Institut des BA (verschlang ca. 10 % dessen Arbeitskapazität) berichtete dazu die Veränderungsraten 2015-16 der technischen Leistungskomponente nach den verschiedenen Modellen. Sie differierten um bis zu fast 2%. Nach Beratungen mit Vergleichen beider Verfahren lief Ende August – ohne Einigung - die erste Verhandlung im BA darüber. Bis zum 19.9. war Zeit dafür. Das InBA hatte auch Zahlen zur Entwicklung der Oberarztgehälter (+2,2 - +2,6 %) geliefert, weiter zum Vergütungsanstieg je EBM-Punkt (+1,7 %) und Schätzungen zur Entwicklung des Überschusses je Arzt/Ärztin (4,7 %) bzw. PsychotherapeutIn (8,9 %, so hoch nur wg. der gerichtlich erkämpften Nachvergütungen!). Der Spitzenverband habe die Kostenstruktur-Analyse von Destatis „ausgeschlachtet“, zu deren Unstimmigkeiten mehr bei TOP 4.

Die KBV ging mit Forderungen nach Fortschreibung der Personalkosten anhand Verdiensterhebung (Destatis +4,1 %) statt der MFA-Tarifgehälter (+1,9 %) wie in den vergangenen Jahren, nach Ausbudgetierung von Laborleistungen, nach diversen Stärkungen des Hausärztlichen (Chronikerpauschale, Multimorbiditätszuschlag, höhere Versorgungs-Zusatzpauschale) sowie nach Erhöhung der Pauschale für Fachärztliche Grundversorgung in die weiteren Verhandlungen. Die Kassen boten einen kleinen Deal zwecks Eindeckelung der nichtärztlichen Praxisangestellten-Gelder in Höhe von 118 Mio. € bei Rücknahme einer Klage der KBV. Teil der o. g. Streitigkeiten zum Klassifikationsmodell war auch die außergewöhnliche Zunahme der ICD-Morbidität in Bremen und im Saarland (ca. +2 %, sonst ca. 1 %). Der Spitzenverband wollte eine logarithmische Abgewichtung über einem Schwellenwert einführen, die KBV lehnte dies als willkürli-

chen Eingriff ab. Als Kompromiss wurde eine Empfehlung an die Verhandlungsparteien in den Ländern gefunden, sie sollen auf Bezirksebene regionale Besonderheiten prüfen und können dann um max. 0,18 % kürzen. Ansonsten solle der „Schieberegler“ genutzt werden (die gewichtete Zusammenfassung der zwei Veränderungsdaten).

Seit der 32. Sitzung der Konzertierte Aktion ist ja schon eine Weile Zeit verstrichen, mittlerweile liegen die Empfehlungen aus der 52. Sitzung des erweiterten Bewertungsausschusses vor, sie lauten: für den 2018er OPW 10,6543 Cent (+1,18 %); die Veränderungsdaten gemäß der 402. Sitzung des Bewertungsausschusses dürften in Berlin, Hamburg, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern höchstens bis zu 0,5 % Honorarmengenzuwachs bringen, in den östlichen KVen sowie Bremen u. Saarland bis zu ca. +1 %, für die Einbudgetierung der NÄPa gehen davon wieder ca. – 0,4 % ab. Die Landes-KVen teilen Ihnen die konkreten regionalen HVM-Verhandlungsergebnisse mit.

Der letzte TOP war ein „Vergleich der ZI-Ergebnisse mit der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamts“, diesen trug Herr Leibner vor. Er stellte Vorabinfos aus dem 2016er ZI-Praxis-Panel vor und verglich diese mit den Destatis-Zahlen zu Kostenstrukturen in Arztpraxen. Laut ZI-PP beliefen sich 2015 die Gesamt-Einnahmen je InhaberIn auf 312,3 T € (+2,4 %) (davon stammten 74,9 % aus GKV-Umsätzen), die Aufwendungen auf 151,5 T € (+2,8 %), das führte zu einem Jahresüberschuss von 160,8 T € (+2,1 %). Laut Statist. Bundesamt lag der Reinertrag einer Arztpraxis (egal wieviel InhaberInnen) bei 258 T € (507 – 249 T €), von den Einnahmen stammten aber nur 70,4 % aus GKV-Umsätzen. Das deutet darauf hin, dass bei Destatis reine Privatpraxen mit einbezogen werden. Nehme man nur die Vertragsärzte, sind es schon nur noch 190 T € je InhaberIn. Nehme man zwecks Angleichung der Stichproben auch noch die PsychotherapeutInnen, angestelltenlose Praxen und ExistenzgründerInnen raus, sind es nur noch 179 T € (Hier sah man mal, um wieviel wir als Ptlr das statistische Reinertrags-

Mittel der Kassenärzteschaft senken ‚helfen‘, allein ohne uns stiege es für 2015 von 161 T € auf 177 T €, lt. Fachinformation des ZI-PP vom 17.8.2017). Den niedrigsten Reinertrag hatten PsychotherapeutInnen, den höchsten StrahlentherapeutInnen.

Um die dennoch verbleibende Differenz zwischen ZIPP und Destatis aufzuklären zu können, versuche das ZI über den wissenschaftlichen Beirat Zugang zu den Daten zu erhalten. In beiden Surveys blieben indes die Aufwendungen der Praxen konstant: es erfolge eine Kompensation der steigenden Personalkosten durch Einsparungen bei den Sachkosten (u.a. Investitionen). Darin sah Herr Leibner eine Bestätigung des im ZI-PP identifizierten Investitionstaus in den Arztpraxen auch durch Destatis. Auch eine strukturelle Verschiebung hin zur Anstellung zeichne sich immer mehr ab.

Für unsere Fachgruppe muss man ernüchert feststellen, dass die Hoffnung, bessere Honorare durch Bundessozialgerichtsurteile zu erlangen, erloschen ist. Und wenn man die Feindseligkeit in manchen Wortmeldungen der ärztlichen KollegInnen zu unserer Ausbildungsreform hörte, kann man auf KV-Ebene kaum interne Solidarität erwarten. Was an Honorar nicht bereits im BA ausverhandelt ist, wird bei uns nicht ankommen. Was tun? Vielleicht mal direkt die GKV öffentlich für den sogenannten ‚Strukturzuschlag‘ an den Pranger stellen? Damit enthält sie uns doch letztlich einiges an realen Verwaltungskosten vor, indem normalen Praxen nur der sogenannte empirische Personalkosten-Anteil (gemäß Zi-PP übrigens) angerechnet wird, ohne dass die eigenständige Erbringung der entsprechenden Verwaltungsleistungen einbezogen würde. Der reale Anteil an Verwaltungsleistungen ist mit der Richtlinienreform zudem deutlich gestiegen, vielleicht böte das ja einen Ansatzpunkt. Da sollten sich die Berufsverbände mal zusammensetzen und an einer neuen Strategie basteln. Aber unsereins wollten die etablierten BVs bislang ja erst gar nicht an ihren Tisch lassen.

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

## **Die Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse für PsychotherapeutInnen**

Seit Juli 2017 dürfen wir Psychotherapeuten die Krankenhausbehandlung, die Krankenförderung, die psychotherapeutische/ psychiatrische Rehabilitation sowie die Soziotherapie verordnen.

Alle ausgestellten Verordnungen unterliegen dem grundsätzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Auf der Informationsveranstaltung der KVWL am 4.10.2017 wurde darauf hingewiesen, dass die Soziotherapie und Rehabilitation erst später (ca. Ende 2017) verordnet werden sollten, da im Bewertungsausschuss noch die Vergütungsregelung im EBM geklärt werden muss.

Die Krankenhausbehandlung und Krankenförderung können ab sofort verordnet werden, da es für diese Verordnungen keine Abrechnungsziffern gibt.

Verordnungsmuster können bei der KV bestellt werden (KVWL: Tel. 0231 9432-1641). Fragen können dem Geschäftsbereich Verordnungsmanagement gestellt werden (KVWL: Tel. 0231 9432-3947 oder E-Mail: Verordnungsmanagement@kvwl.de).

### **Krankenhausbehandlung**

Rechtliche Grundlage: Krankenhauseinweisungs-Richtlinie - KE-RL

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/>  
Verordnungsformular: Muster 2

Der Richtlinie zur Krankenhauseinweisung des GB-A kann man entnehmen, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen erfolgen muss. Hierbei ist zu berücksichtigen dass die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Behandlung hat. In § 3 wird ausgeführt, welche weiteren ambulanten Hilfen abzuwägen sind,

um eine durch den Einsatz dieser Hilfen unnötig gewordene stationäre Behandlung zu vermeiden. Davon unberührt bleibt die stationäre Behandlungsnotwendigkeit, wenn die Gesundheit und das Leben der Patienten gefährdet sind.

In Absatz (4) ist die Verordnung durch uns Vertragspsychotherapeuten geregelt:

1. Die Verordnung durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten ist nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie:
  - gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder
  - gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.
2. Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017I vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.

In der gesetzlichen Definition der Krankenhausbehandlung wird u. a. aufgeführt, dass diese nur in den dafür zugelassenen Krankenhäusern erfolgen kann und dass die Krankenhäuser ebenfalls die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung zu prüfen haben. Letztlich entscheidet das Krankenhaus über die Aufnahme zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung, was hinsichtlich möglicher Regressforderungen vermutlich entlastend ist.

Zur Verordnung gehört auch die Beratung der betroffenen Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung und geeignete Krankenhäuser.

Ebenfalls sollen die für die Indikation der stationären Behandlung d. Pat. bedeutsamen vor-liegenden Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beigelegt werden.

M. E. ist die Praktikabilität dieser Verordnungsmöglichkeit durch die fehlenden Befugnisse von uns Vertragstherapeuten Überweisungen oder Krankschreibungen ausstellen zu dürfen als sehr eingeschränkt zu bewerten. So werden bei geplanten Aufnahmen von Kliniken immer häufiger Vorgespräche durchgeführt, für die der Patient eine Überweisung benötigt oder der die Aufnahme ist nicht so schnell möglich und der Patient soll bis zum Aufnahme-termin krankgeschrieben werden. In beiden Fällen müsste jeweils ein Arzt zwischengeschaltet werden oder würde vermutlich die Fallführung ganz übernehmen.

### Krankentransport

Rechtliche Grundlage: Krankenhaus-Richtlinie: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/>

Verordnungsformular: Muster 4

- Mit Ausnahme von Notfällen soll die Verordnung vor der Beförderung ausgestellt werden.
- Bei Fahrten mit privatem Kraftfahrzeug, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme wird keine Verordnung ausgestellt.
- Vertragspsychotherapeuten können Fahrten verordnen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse notwendig sind, dies gilt auch für Fahrten zu stationären Krankenhausbehandlungen.
- Notwendig sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit.

- Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.
- Die Auswahl des Beförderungsmittels berücksichtigt den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten.
- Es können Rettungsfahrten, Krankentransporte (Krankentransporte zur ambulanten Behandlung sind genehmigungspflichtig durch die Krankenkasse) oder Krankenfahrten verordnet werden. In Ausnahmefällen können auch Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung verordnet werden. Hierfür muss ebenfalls eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkassen erfolgen.
- Patienten sollen darüber unterrichtet werden, dass sie zuzahlungspflichtig sind (10 % der Fahrtkosten, mind. 5 Euro, max. 10 Euro)

Die Bedenken hier schließen sich denen zur Verordnung der Krankenhausbehandlung an, da die Verordnung der Krankentransporte i. d. R. mit der Verordnung der Krankenhausbehandlung einhergeht.

### Rehabilitation

Rechtliche Grundlage: Rehabilitationsrichtlinie: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/>

Verordnungsformular: Muster 61

Auf den Seiten der KBV sind hierzu nähere Informationen zu entnehmen. Vermutlich wird eine Aktualisierung nach Klärung der Vergütungsregelungen erfolgen:

Broschüren aus der Reihe PraxisWissen, Medizinische Rehabilitation: <http://www.kbv.de/html/publikationen.php>

### Soziotherapie

Rechtliche Grundlage: Soziotherapierichtlinie - ST-RL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/>

Auf den Seiten der KBV sind hierzu nähere Informationen zu entnehmen. Vermutlich

wird eine Aktualisierung nach Klärung der Vergütungsregelungen erfolgen:

Broschüren aus der Reihe PraxisWissen, Soziotherapie:  
<http://www.kbv.de/html/publikationen.php>

*Dr. Ulrike Wilhelm, Niedergelassen  
in Lünen*

## **Aktuelle DGVT-BV- Mitgliederinformationen:**

### **Mehr Befugnisse für VertragspsychotherapeutInnen**

VertragspsychotherapeutInnen können zukünftig insbesondere schwer psychisch kranke Menschen umfassender versorgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dazu beschlossen, dass PsychotherapeutInnen künftig auch in ein Krankenhaus einweisen und den dafür notwendigen Krankentransport verordnen können. Außerdem können sie Soziotherapie und medizinische Rehabilitation verordnen.

Im Mitgliederbereich finden Sie unsere aktuellen DGVT-BV-Mitgliederinformationen zur Verordnung Krankenhausbehandlung (Ablaufschema) und zur Verordnung Krankenförderung

### **Datenschutz**

Die Verwendung von elektronischen Datenverarbeitungssystemen birgt naturgemäß nicht nur Chancen, sondern auch Risiken. Der Einsatz von Computern in Ihrer Praxis ist keineswegs mit der Nutzung im privaten Umfeld vergleichbar. Dies gilt schon deshalb, da Sie mit besonders sensiblen Daten in Berührung kommen. Beim professionellen Einsatz in Ihrer Praxis bestehen daher insbesondere vor strafrechtlichem, aber auch haftungsrechtlichem Gesichtspunkt erhöhte Anforderungen, die es strikt zu beachten gilt. Es liegt auf der Hand, dass der Umgang mit sensiblen Patientendaten besondere Schutz-

maßnahmen erfordert. Welche das allerdings sind, darüber herrscht in der Rechtstheorie nicht immer Einigkeit. Unsere aktuelle DGVT-BV-Mitgliederinformation zum Datenschutz Die nachfolgenden Ausführungen sollen Ihnen einen Überblick über die notwendigen Schutzmaßnahmen, aber auch über kritische Punkte ermöglichen.

*Weitere Informationen finden Sie unter  
[https://www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich/  
dgvt-bv-mitgliederinfos/](https://www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich/dgvt-bv-mitgliederinfos/)*

## **Vertragsarzthonorare 2018: Orientierungswert steigt um 1,18 Prozent**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat die Vergütung der Vertragsärzte für 2018 festgelegt. Insgesamt gibt es – ähnlich wie bei den Verhandlungen im vergangenen Jahr – rund eine Milliarde Euro mehr. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zeigte sich jedoch nicht zufrieden mit dem Ergebnis. „Wir hätten eine höhere Steigerung für sinnvoll und notwendig erachtet, sodass wir weiterhin Probleme mit Investitionsstau und einer Vergütungssituation haben, die unzufriedenstellend ist“, so der KBV-Chef mit Blick auf eine „insgesamt hervorragende Kassenlage der gesetzlichen Krankenversicherungen“.

*Mehr Informationen finden Sie unter  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79408/Honorarverhandlung-Orientierungswert-steigt-nur-leicht-KBV-enttauscht>*



## **Strukturzuschlag auf Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung nun auch bei Behandlung von SoldatInnen**

PsychotherapeutInnen erhalten rückwirkend zum 1.4.2017 den Strukturzuschlag zur Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung jetzt auch bei der Behandlung von SoldatInnen. Der Vertrag zwischen Bundesverteidigungsministerium und KBV wurde rückwirkend zum 1. April 2017 angepasst. Der Zuschlag wird von der KV automatisch zugesetzt.

Weitere Informationen finden Sie unter [http://www.kbv.de/html/1150\\_31009.php](http://www.kbv.de/html/1150_31009.php)

## **Bedarfsplanung - Anpassung des Demografiefaktors**

Auf großen Widerstand stößt der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19.10.2017, mit dem der G-BA (nach eigenen Aussagen) „die Berechnung des Demografiefaktors an das aktuelle Versorgungsgeschehen angepasst hat“. Mit diesem Beschluss wurde der sogenannte Leistungsbedarfsfaktor erstmalig aktualisiert.

### **Zur Erläuterung:**

Der Demografiefaktor wird seit 2013 neu bei der Bedarfsplanung berücksichtigt. Er soll der Tatsache Rechnung tragen, dass ab einem Alter von 65 Jahren die Morbidität der Bevölkerung ansteigt und eine altersspezifische Ausdifferenzierung des Leistungsbedarfs erforderlich ist. Er wird jährlich von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen für die einzelnen Planungsregionen neu berechnet. Basis ist die aktuelle amtlich ermittelte Wohnbevölkerung pro Planungsregion. Der dabei mitberücksichtigte Leis-

tungsbedarfsfaktor wird jedoch nur alle fünf Jahre neu vom G-BA festgelegt. Dieser wird anhand der Abrechnungsdaten der letzten 12 Quartale von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für alle Arztgruppen neu ermittelt. Der Leistungsbedarfsfaktor wird zur aktuellen Wohnbevölkerung unter und über 65 Jahren in Bezug gesetzt. Der so ermittelte Demografiefaktor bildet damit den tatsächlichen Versorgungsbedarf der verschiedenen Altersgruppen in der Bedarfsplanung abbildend.

Der DGVT-Berufsverband kritisiert den Beschluss des G-BA vom 10.10.2017 dahingehend, dass damit dringend anstehende Entscheidungen über Korrekturen an der psychotherapeutischen Bedarfsplanung nur zeitlich verzögert werden. Beim Demografiefaktor müsste dringend zwischen den verschiedenen Arztgruppen unterschieden werden. Die Psychotherapie wird hier weiter mit den anderen Facharztgruppen über einen Kamm geschoren.

Bis heute hat der G-BA kein stringentes Bedarfsplanungs-Konzept für die Psychotherapie vorgelegt. Der G-BA war damit beauftragt (per Gesetz!), bis Ende 2016 die Bedarfsplanung grundlegend zu überarbeiten. Insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung sollen angemessene bedarfsplanerische Lösungen gefunden werden. Stattdessen hat er erst Anfang 2017 ein Gutachten hierüber in Auftrag gegeben – mit finanziellem Kalkül lässt sich vermuten, denn die Kassen sparen zunächst massiv Geld, indem zusätzliche Praxen verhindert werden (psychotherapeutische Behandlungen werden extrabudgetär vergütet).

*Kerstin Burgdorf*

## **Rückwirkende Änderung in Kapitel 35 EBM**

(kb). Im EBM-Kapitel 35 erfolgen rückwirkende Änderungen zur Nachbesserung der

bereits getroffenen Beschlüsse aufgrund der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Zum 1. April 2017 werden die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen (GOP) 35141 (vertiefte Exploration) und 35142 (Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde) gegen folgende genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnitts 35.2 wieder aufgehoben: GOP 35200 bis 35203, 35205, 35208, 35210 bis 35212 und 35220 bis 35225 (s. Beschlussteil A).

Ebenfalls rückwirkend zum 1. Juli 2017 wird die Leistungslegende der GOP 35130 (Bericht an den Gutachter oder Obergutachter) angepasst. Konkret wird in der Legende auch die analytische Psychotherapie aufgeführt und bei Kurzzeittherapie ergänzt „1 oder 2“.

#### **Anmerkung zur „Vertieften Exploration“:**

Im Zuge der Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie zum 1.4.2017 war recht überraschend und seitens der KBV unkommentiert ein neuer Abrechnungsausschluss eingeführt worden, durch den es nicht mehr möglich war, die Ziffer 35141 (Vertiefte Exploration) gemeinsam mit einer Therapiesitzung abzurechnen. Einige KVen (u.a. KV Nordrhein) hatten daraufhin bereits die Vertieften Explorations in der Quartalsabrechnung gestrichen, wenn sie in Kombination mit einer Therapiesitzung („Patientenkontakt“) abgerechnet worden waren.

Dieser Abrechnungsausschluss wurde rückwirkend zum 01.04. wieder aufgehoben. Die eventuell gestrichenen Honorare werden im nächsten Quartal (3-2017) nachbezahlt, so die Auskunft der KV Nordrhein. Die EBM-Ziffer 35141 kann also wieder mit Sitzungsziffern zusammen angegeben werden.

Empfehlung an unsere Mitglieder: Bitte prüfen Sie Ihren Honorarbescheid auf diese Thematik hin, ggf. müsste ein ergänzter Widerspruch gegen die Kürzung eingelegt werden.

## **Selektivverträge zur „besonderen psychotherapeutischen Versorgung“ in Baden-Württemberg**

In der vorangegangenen „Rosa Beilage“ haben wir darüber berichtet, dass MEDI Baden-Württemberg und die Techniker Krankenkasse seit April 2017 einen Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung zur „besonderen psychotherapeutischen Versorgung“ geschlossen haben. Die DGVT begleitet diesen Vertrag als Verband im Rahmen des Beirats.

Darüber hinaus besteht bereits seit Juli 2015 ein Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung zur „besonderen psychotherapeutischen Versorgung“ zwischen MEDI Baden-Württemberg und der DAK Gesundheit. Die DGVT beteiligt sich an diesem Vertrag als Verband im Rahmen des sog. Lenkungsausschusses.

Die Selektivverträge versprechen den Praxen, wirtschaftlich stabiler arbeiten zu können und von vermeidbaren Belastungen (z. B. in Folge der neuen Psychotherapie-Richtlinie) befreit zu werden.

Nach Angaben von MEDI Baden-Württemberg nehmen bislang rund 750 ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in ganz Baden-Württemberg an Selektivverträgen zur psychotherapeutischen Versorgung teil. Neben einer durchschnittlich 20 bis 40 Prozent höheren Vergütung im Vergleich zur Regelversorgung werben MEDI Baden-Württemberg und die genannten Krankenkassen damit, dass die Psychotherapie-Selektivverträge grundsätzlich vom Antrags- und Genehmigungsverfahren befreit sind (ausgenommen: Analytische Psychotherapie).

MEDI Baden-Württemberg hat in den Regionen mit einer schwachen Flächendeckung Ende November und Anfang Dezember 2017 Informationsveranstaltungen zu allen Psychotherapie-Selektivverträgen geplant und Einladungsschreiben an alle KV-zugelassenen ÄrztInnen und Psychothera-

peutInnen aus diesen und naheliegenden Landkreisen verschickt.

Die genannten Selektivverträge mit der Techniker Krankenkasse und der DAK Gesundheit sowie den „Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB“ mit der AOK BW und Bosh BKK, aktuelle Informationen und Übersichten, Formulare und Teilnahmeerklärungen sind zu finden unter [https://www.medivereinbund.de/leistungsspektrum/vertraege\\_und\\_abrechnung/facharztvertraege\\_73\\_c](https://www.medivereinbund.de/leistungsspektrum/vertraege_und_abrechnung/facharztvertraege_73_c)

*Barbara Köhler*

## **Galgenfrist für Niedergelassene hinsichtlich des Versichertenstammdaten- Managements (VDSM) verlängert**

---

Die Galgenfrist für Niedergelassene hinsichtlich des Versichertenstammdaten-Managements (VDSM) mittels der neuen Telematik-Infrastruktur (TI) wird vom 30.6.2018 auf 31.12.2018 verlängert.

Nun ist es amtlich: der Bundesrat hat in seiner 961. Sitzung am 3. November 2017 beschlossen, der 'Verordnung zur Verlängerung der Frist nach § 291 Absatz 2b Satz 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch' gemäß Artikel 80 Absatz 2 des Grundgesetzes zuzustimmen (Drucksache 652/17).

Aus der Erläuterung: "Die Verlängerung der Frist war erforderlich geworden, weil die für die bundesweite Nutzung des Versichertenstammdatendienstes erforderlichen Maßnahmen von der Gesellschaft für Telematik aus Gründen, die nicht von den öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Gesellschafter zu vertreten sind, nicht innerhalb der festgelegten Frist durchgeführt werden konnten. Durch die Verlängerung dieser Frist verzögert sich der Zeitpunkt für die Einführung des Versichertenstammdatendienstes. Es ist

daher erforderlich, auch die Frist für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte und Einrichtungen zu verlängern. Mit der Verlängerung dieser Frist um ein halbes Jahr bis zum 31. Dezember 2018 wird den Ärzten, Zahnärzten und Einrichtungen eine ausreichende Übergangsfrist zugestanden, in der sie sich mit der erforderlichen Technik für die Versichertenstammdatenprüfung ausstatten können."

Nachfolgend werden auch die Erstattungssätze für die Installation der TI angepasst, das Gesetz stellte die Erstattung der Aufwände für die Niedergelassenen sicher. Es heißt, ab Anfang nächsten Jahres sollten mehrere Anbieter von TI in der Lage sein, marktfähige Angebote zu machen, damit dann die ca. 120.000 Niedergelassenen sich damit bis Ende des Jahres ausgestattet haben. Erst danach (sanktionsbewehrte Frist) droht bei Nichtinbetriebnahme dann ein einprozentiger Regress auf die KV-Honorare. Wir können also nun erstmal ruhig das nächste neue Jahr begrüßen, das übernächste ist noch weit.

*Dr. Jürgen Friedrich*

## Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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

**Datum:** 02.–03. Dezember 2017

**Ort:** Hamburg

### **EMDR bei Kindern**

**Datum:** 23. Februar 2018

**Ort:** Essen

### **Spieltherapeutische Interventionen in der Verhaltenstherapie – Einführung**

**Datum:** 15.–16. Juni 2018

**Ort:** Reutlingen

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

**Datum:** 15.–16. September 2018

**Ort:** Hannover



DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

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

## Alles was Recht ist . . .

### **Bundessozialgericht: Krankenkasse muss bei versäumter Frist Leistung genehmigen**

Das Patientenrechtegesetz regelt seit 2013, dass Anträge von GKV-Versicherten als genehmigt gelten, wenn die Krankenkassen nicht zeitgerecht entscheiden. Seit der Änderung der Gesetzeslage streitet die Rechtspraxis darüber, ob hieraus Ansprüche auf die beantragte Leistung oder nur auf Kostenerstattung erwachsen und inwieweit Krankenkassen solche Ansprüche wieder beseitigen können. Hierüber hat nun der 1. Senat des Bundessozialgerichts am 7. November entschieden (Az. B 1 KR 24/17 R und B 1 KR 15/17 R).

#### **Sachverhalt:**

Die bei der beklagten Krankenkasse versicherten Klägerinnen beantragten, sie wegen massiver Gewichtsabnahme mit einer Abdominalplastik (Straffung der Bauchhaut) zu versorgen. Die Kasse lehnte dies jeweils nach Untersuchung durch den Sozialmedizinischen Dienst mehr als fünf Wochen nach Antragseingang ab. Während der zwei Berufungsverfahren hat die Beklagte jeweils vorsorglich fingierte Genehmigungen der Anträge mit Wirkung für die Zukunft zurückgenommen. Das Landessozialgericht für das Saarland hat die Rücknahmeentscheidung aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die eine Klägerin mit einer Abdominalplastik zu versorgen: Die Rücknahme sei rechtswidrig. Die Klägerin habe Anspruch auf Versorgung mit der Hautstraffung, weil die Beklagte nicht fristgerecht entschieden habe (Aktenzeichen B 1 KR 15/17 R). Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat dagegen die Klage der anderen Klägerin abgewiesen: Die Rücknahme sei rechtmäßig. Entscheidend sei nicht die fingierte Genehmigung,

sondern das Fehlen eines Anspruchs auf die beantragte Leistung.

#### **Hinweis zur Rechtslage**

##### **§ 13 SGB V**

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

### § 45 SGB X

(1) Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

### § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG)

(1) Nach Klageerhebung wird ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt.

**Die Entscheidung des BSG vom 7.11.2017 (vgl. Terminbericht des BSG, [www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)):**

Entscheidet eine Krankenkasse nicht innerhalb der gesetzlichen Frist über den Antrag eines Versicherten, gilt die geforderte Leistung als genehmigt.

Das BSG hat auf die Revision der Klägerin das LSG-Urteil aufgehoben und die Entscheidung des Sozialgerichts wiederhergestellt. Der Anspruch der Klägerin gegen die beklagte Kasse auf Versorgung mit einer Abdominalplastik besteht kraft Genehmigungsfiktion (vgl. § 13 Abs. 3a SGB V). Deren Voraussetzungen sind erfüllt.

Die Kasse (Beklagte) entschied über den hinreichend bestimmten fiktionsfähigen Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Frist. Sie führte auch keine Fristverlängerung herbei.

Die Klägerin durfte daher die Abdominalplastik für erforderlich halten. Der Leistungsanspruch ist auch nicht später erloschen. Die Rücknahme der fingierten Genehmigung ist Gegenstand des Berufungsverfahren geworden. Sie änderte die angefochtene Leistungsablehnung ab. Zu Unrecht

hat das LSG die Klage auch insoweit abgewiesen. Der Senat hat die Rücknahmeentscheidung der Beklagten aufgehoben. Es fehlt bereits an einem rechtswidrig begünstigenden Verwaltungsakt als Grundvoraussetzung der Rücknahme. Maßstab der Rechtmäßigkeitsprüfung sind die - hier erfüllten - Voraussetzungen des Anspruchs auf die fingierte Genehmigung (§ 13 Abs. 3a SGB V).

*Kerstin Burgdorf*

## Vorleistungspflicht Kopierkosten

(*kb*). Das Oberlandesgericht Saarbrücken (OLG) hat entschieden, dass PatientInnen, die Akteneinsicht und Kopien der Patientenakte verlangen (gem. § 630g BGB), vorleistungspflichtig sind. BehandlerInnen müssen erst dann Kopien der Patientenakte übersenden, wenn die Kosten erstattet wurden. Eine Erklärung des Patienten, die Kosten würden übernommen, reicht nicht aus (OLG Saarbrücken, Az. 1 U 57/16).

Im konkreten Fall ging es um Kopierkosten in Höhe von 549,17 €, also sehr umfangreiche Unterlagen. Bei psychotherapeutischer Behandlung wird der Kopieraufwand regelmäßig deutlich geringer sein, so dass in jedem Einzelfall entschieden werden sollte, wie mit der Kostentragung umzugehen ist.

### Akteneinsicht - § 630g BGB („Patientenrechtegesetz“)

- (1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige Rechte Dritter entgegenstehen. Eine Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.
- (2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

**Weitere Hinweise zur Akteneinsicht**

Sofern keine erheblichen therapeutischen Gründe entgegenstehen (z.B. Gefährdung der Gesundheit des Pat. durch Akteneinsichtnahme), können Kopien ausgehändigt werden. Das Akteneinsichtsrecht kann auch auf einzelne Teile der Akte bezogen ausgeübt werden. Die Kopien sind sinnvollerweise an den Patienten per Post zu senden. Nach einer Entscheidung des Landgerichts München (Urteil vom 19.11.2008, Az.: 9 O 5324/08) kann eine Vergütung von 0,50 Euro je DIN A4 Seite angemessen sein.

### **Medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) ist keine Heilbehandlung**

(kb). Die Ärzte Zeitung berichtet in einem Artikel vom 24.10.2017 über ein Urteil des Finanzgerichts Münster, das Mitte Oktober 2017 veröffentlicht wurde.

Das Finanzgericht Münster hatte über die Umsatzsteuerpflicht von Leistungen eines Psychologischen Psychotherapeuten zu entscheiden, der Verkehrssünder auf die medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) vorbereitete. Aus Sicht des Gerichts wird für solche Leistungen Umsatzsteuer fällig. „Verkehrspsychologische Behandlungen mit dem Ziel, die MPU zu bestehen und damit den Führerschein wiederzuerlangen, stellen keine steuerfreien Heilbehandlungen dar“, so das Gericht. Als Heilbehandlung seien nur solche Tätigkeiten anzusehen, "die zur Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und – so weit möglich – der Heilung von Krankheiten vorgenommen werden".

Hauptziel des Auftrags an den Kläger durch die Klienten sei die Wiedererlangung des Führerscheins. Dies werde auch aus dem Auftritt des Psychotherapeuten auf dessen Homepage deutlich. Von der Behandlung von Krankheiten sei dort keine Rede. Andernfalls hätten die Klienten dann die Therapiekosten auch nicht selbst getragen, sondern

von den Krankenkassen finanzierte Therapien in Anspruch genommen.

**Umsatzsteuergesetz**

Nach § 4 Abs. 14 Umsatzsteuergesetz sind ausdrücklich steuerbefreit "Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden".

*Finanzgericht Münster, Az.: 15 K 3562/14 U*

### **EuGH-Urteil: Einführung von Berufsausübungsregelungen ist Sache der Mitgliedsstaaten**

In einem Urteil vom 21. 9.2017 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) klargestellt, dass die Einführung von verhältnismäßigen Berufsausübungsregelungen alleinige Sache der EU-Mitgliedsstaaten ist. Die Mitgliedsstaaten legen fest, auf welchem Niveau sie den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten wollen und wie dieses Schutzniveau erreicht werden soll.

Im Fall hatte der EUGH eine Regelung Maltas zu beurteilen, nach der Zahntechniker nur unter Aufsicht eines Zahnarztes tätig werden dürfen. Kurz zum Sachverhalt: In Malta existiert der regulierte Beruf des Zahntechnikers. Zahntechniker arbeiten unter der Aufsicht eines Zahnarztes. Dies betrifft jedoch nicht den weiteren in Malta existierenden Beruf des „klinischen Zahntechnikers“. Diese Berufsgruppe darf ohne Zwischenschaltung eines Zahnarztes mit PatientInnen arbeiten.

In der Klage ging es um die Anerkennung dieser spezifischen Qualifikation in Malta. Die zuständige Behörde in Malta stimmte einer Anerkennung als Zahntechniker jedoch nur mit den in Malta geltenden (nationalen) Beschränkungen zu. Darin sieht

der EuGH keine Verletzung der Berufsankennungsrichtlinie aus 2005.

Die EU-Berufsankennungsrichtlinie (2005) sieht vor, dass die Mitgliedsstaaten der EU die jeweiligen Berufsabschlüsse grundsätzlich als gleichwertig anerkennen und den Berufsangehörigen freien Zugang zum heimischen Arbeitsmarkt gewähren. Die EU-Berufsankennungsrichtlinie (2005/36/EG) regelt (in Verbindung mit der Richtlinie 2006/100/EG) die berufliche Anerkennung im Bereich der sogenannten reglementierten Berufe. Sie gilt für alle Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU), des sonstigen Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz, die ihre Qualifikation in einem Mitgliedsstaat erworben haben, und gewährleistet ihnen den Zugang zu demselben Beruf unter denselben Voraussetzungen wie Inländern. Die Berufsankennungsrichtlinie trat am 20. Oktober 2005 in Kraft und musste innerhalb von zwei Jahren von den Mitgliedstaaten in nationales Recht umgesetzt werden. In Deutschland ist die Richtlinie in den beruflichen Fachgesetzen und Verordnungen umgesetzt worden (z.B. im Psychotherapeutengesetz).

Aus Sicht des EUGH liegt es im Zuständigkeitsbereich der Mitgliedsstaaten, die Bedingungen für die Ausübung eines Berufs festzulegen. Im konkreten Fall bedeutet dies: Ein klinischer Zahntechniker in Malta kann nicht unabhängig von einem Zahnarzt tätig werden. Es sei Sache der Mitgliedsstaaten, das Niveau des Gesundheitsschutzes selbst festzulegen. Den Mitgliedsstaaten stehe hier ein Bewertungsspielraum zu, wie sie dieses Niveau erreichen wollen.

Das Urteil („Malta Dental Technologists Association u.a.“) ist veröffentlicht unter:

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=194784&pageIndex=0&doclang=DE&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=374642>

*Kerstin Burgdorf*

## **G-BA beschließt Verfahrensregeln zu Zweit- meinung vor Operationen**

Der G-BA hat am 21.9.2017 Verfahrensregeln beschlossen, nach denen PatientInnen künftig vor bestimmten geplanten Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen können. Die ersten Operationen, für die das strukturierte Zweitmeinungsverfahren in Zukunft angewendet werden kann, sind Eingriffe an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie) und Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien). Geregelt wurde unter anderem, über welche besonderen Qualifikationen zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte verfügen müssen.

Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren liegt dem BMG zur Prüfung vor und tritt – wie üblich – nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Das Zweitmeinungsverfahren kann als ambulante Leistung ab dem Zeitpunkt in Anspruch genommen werden, wenn der Bewertungsausschuss über die Höhe der ärztlichen Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab entschieden hat.

## **Grundsatzurteil: Arztbewertungsportale müssen Aussagen beweisen**

(kb). ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen können gegen Einträge auf Bewertungsportalen vorgehen, wenn diese Falschbehauptungen enthalten: „Wer Negativbehauptungen über andere veröffentlichen will, muss deren Richtigkeit beweisen können.“ Dies hat das Landgericht München in einem Urteil vom 3.3.2017 entschieden. Damit wurden die Rechte von HeilberuflerInnen gegenüber Bewertungsplattformen nochmals gestärkt.

Ausgangspunkt für diese Rechtsprechung war der Fall eines Zahnarztes, über



den im Arztbewertungsportal Jameda ein Eintrag mit der Überschrift „Nicht zu empfehlen“, Note 5 in den Kategorien Behandlung und Vertrauensverhältnis veröffentlicht worden war. Laut des Jameda-Eintrags habe der Zahnarzt einem Patienten eine zu hohe und zu runde Krone eingesetzt. Nachdem der Mediziner keinen Patienten mit solchen Merkmalen in seiner Praxis ausmachen konnte, ging er davon aus, dass die Person sich nie bei ihm in Behandlung befand. Er forderte daher die Löschung des Beitrages durch Jameda.

Jameda lehnte den Lösch-Antrag ab, da der Nutzer auf Nachfrage seine Bewertung per E-Mail bestätigt habe. Diese E-Mail des Bewerbers erhielt der Kläger, teilweise geschwärzt und ohne Namen oder andere identifizierende Merkmale. Jameda berief sich dabei auf den Datenschutz des Bewertenden und die Pflicht des klagenden Zahnarztes, die Unwahrheit der Behauptung auf der Plattform zu beweisen.

Das Landgericht München hat nun entschieden, dass die Beweislast nicht bei den BehandlerInnen, sondern bei Jameda liegt. Ab sofort müssen für eine Beweisführung eindeutige Belege eines Behandlungskontaktes vorgelegt werden, anonymisierte E-Mails von Nutzern sind nicht mehr ausreichend.

Interessant wird die Entscheidung des Bundesgerichtshofs in einem Verfahren sein, in dem geprüft wird, inwieweit BehandlerInnen (ÄrztInnen / PsychotherapeutInnen) aufgrund der kommerziellen Nutzung der Daten ein Anspruch auf Löschung des eigenen Profils zusteht. Eine Entscheidung des BGH hierzu wird in den nächsten Monaten erwartet.

*Landgericht München, Urteil vom 3.3.2017,  
Az. 25 O 1870/15*

*Kerstin Burgdorf*

## Regionale Mitgliedertreffen, Termine

- **Bayern:** Seminarangebot des DGVT-Berufsverbands "Haftungsfallen in der Psychotherapie – Behandlungsfehler, Aufklärung und Darstellung in der Öffentlichkeit: Was ist zu beachten?" mit Herrn Rechtsanwalt Dr. Christian Rybak am 5. Dezember 2017 von 18:00 - 21:00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Candidplatz 9, 1. OG, 81543 München. Bitte um Anmeldung unter bayern@dgvt.de.
- **Berlin:** Stammtisch der DGVT-Landesgruppe Berlin am 27. November 2017 um 19:00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum PP, Sybelstraße 9, Seminarraum 1 (3. Etage, rechts), 10629 Berlin. Bitte um Anmeldung unter berlin@dgvt.de.

Vorankündigung: Info-Veranstaltung der Landesgruppe Berlin am Donnerstag, 11. Januar 2018, 19:00 – 21:30 Uhr im Hotel Aquino, Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Straße 5b, 10115 Berlin-Mitte zu den Themen Praxis-Kooperation (vertragliche Gestaltung, Arbeitszeit, Befristung, Kündigung), Datenschutz in Praxen und Werbung (Gestaltung von Praxis-Homepages). Referentin: Rechtsanwältin Dr. Heike Alps (Berlin). Einladung und nähere Informationen folgen.

- **Hamburg:** DGVT-Familientreffen am 11. Dezember 2017 um 19:00 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum Hamburg, Seewartenstraße 10, Haus 4, Raum Tübingen. Einladungen werden demnächst versandt.
- **Rheinland-Pfalz:** DGVT-Landestreffen am 20. November 2017 um 18:00 Uhr im Psychologischen Institut, Binger Str. 14-16, 55122 Mainz, Raum 01-141. Bitte den geänderten Veranstaltungsort beachten! Bitte um Anmeldung unter rlp@dgvt.de.

Alle Termine auch auf unserer Homepage [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) unter „Landesgruppen“.

## DGVT-Berufsverband - Fortbildung

### *Approbation – was nun?*

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](mailto:fortbildung@dgvt-bv.de).

### *Praxisgründung*

Referent: Benedikt A. Groh

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

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



# 8. Sommerakademie

der DGVT Fort- und Weiterbildung

**21. – 23. Juni 2018**  
in Rostock Warnemünde

Fortbildung an der Ostsee

**“Spiritualität und Sinnsuche in der  
Psychotherapie”**

Qualifizieren und Regenerieren

**dgvtFW**

DGVT Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie e.V.

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