

Rosa Beilage

Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Supplement zu VPP 1/2016
8. Februar 2016

Aus dem Inhalt

- Reformüberlegungen zur Modifizierung -
der Psychotherapie-Richtlinie
- Neubewertung Honorare -
Stellungnahme des DGVT-BV
- Hürden abbauen, Perspektiven eröffnen –
DGVT kritisiert Asylpaket II


Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.


Berufsverband Psychosoziale Berufe

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

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

Postadresse: Postfach 1343, 72003 Tübingen

Besucheradresse: Corrensstraße 44-46, 72076 Tübingen

Telefon 07071 9434-0 / 9434-10

Telefax 07071 9434-35

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

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

Verantwortlich für den Inhalt:

Vorstand von DGVT und DGVT-BV.

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

Copyright:

© Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

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

Satz:

Vorstandsreferat der DGVT, Tübingen

Lia Kailer und Suse Stengel

Druck:

Druckerei Deile GmbH, Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Gesundheits- und Berufspolitisches

- **DGVT-BV zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie** 7
- **Stellungnahme des DGVT-BV - Neubewertung Honorare**..... 12
- **Behandlung von ADHS: Anmerkungen zum Cochrane-Review**..... 14
- **Kurzbericht über das 9. Treffen des interdisziplinären Beirates des zentralen ADHS-Netzes** 17
- **IQWiG-Untersuchung zur Qualität der Umsetzung von Leitlinien**..... 18
- **Sachverständigenrat Gesundheit empfiehlt „Teilarbeitsunfähigkeit“** 20
- **Prof. Gerd Glaeske verlässt das Zentrum für Sozialpolitik in Bremen – das Ende einer Ära** 22
- **Transfer von Forschungsergebnissen und Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschleunigen**..... 23

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg.....	25
Bayern.....	27
Berlin	30
Hamburg	31
Hessen.....	31
Mecklenburg-Vorpommern	32
Niedersachsen	33
Nordrhein-Westfalen	35
Rheinland-Pfalz	36
Sachsen	38
Schleswig-Holstein	38

Krankenkassen und GKV-System

- **Krankenkassenbeiträge: Rot-Grüne Bundesratsinitiative zur Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung**..... 40
- **Präventionsbericht 2015: Krankenkassen geben 10% mehr für Prävention aus**..... 41
- **Studien der DAK und Barmer GEK-Bericht über Telemedizinprojekt** 41

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

- **Aus unseren Mailinglisten: ...zur Behandlung transidenter (transsexueller) Menschen** 44
- **GOÄ/GOP-Novelle überfällig Gemeinsames Schreiben des GK II und des Spitzenverbandes ZNS an Gesundheitsminister Gröhe** 46

- **Honorarsituation nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses: Hinweis für Mitglieder des DGVT-Berufsverbandes**..... 47
- **EBA-Beschluss: Psychotherapie wird extrabudgetär vergütet** 48

Berufspolitische Informationen für Angestellte

- **Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)** 50

Alles was Recht ist . . .

- **KV Berlin: Nachbesetzung trotz Überversorgung möglich** 51
- **Bundesmeldegesetz wurde novelliert** 51
- **Bei Verletzung der Fortbildungspflicht droht Zulassungsentzug** 52
- **Bundessozialgericht (BSG): Ausschüsse von Selbstverwaltungskörperschaften sind spiegelbildlich zu besetzen** 52
- **Aktuelle Beschlüsse des G-BA** 53
- **BSG: Zulassungsentzug auch nach Jahren möglich** 53
- **Kein Vorrang von KJP vor PP mit KJP-Ergänzungsqualifikation** 54
- **BSG: Zur Zulässigkeit einer zweiten Teilzulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag** 55
- **Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte billigt nachträgliche Sicherungsverwahrung** 56
- **Europäische Berufsanerkennungsrichtlinie gefährdet Patientensicherheit** 58

Bericht aus der Bundeskammer und der KBV

- **Bericht vom 26. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 14.11.2015** 59
- **25. Sitzung der Konzierten Aktion der KBV mit den Berufsverbänden** 60

Weitere Infos

- **Kurzinformationen** 65
- **Ein Jahr Beschwerde-Forum igel-ärger.de** 66
- **KBV-Broschüre: Versorgung von Menschen mit Behinderung** 67
- **Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch eingerichtet** 68
- **Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der BptK** 69
- **Niederlassungsförderung auch für PsychotherapeutInnen** 70
- **S3-Behandlungs-Leitlinie Unipolare Depression** 70

Letzte Meldung

- **Hürden abbauen, Perspektiven eröffnen – DGVT kritisiert Asylpaket II** 71

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das Jahr 2015 war mit gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben dicht gedrängt. Die Liste der inzwischen verabschiedeten Gesetze ist lang. Bereits 2015 in Kraft getreten sind das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (Juli 2015), das Präventionsgesetz (Juli 2015) und das Hospiz- und Palliativgesetz (Dezember 2015). Beim GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind allerdings viele Änderungen, die die PsychotherapeutInnen betreffen, noch nicht wirksam, da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erst noch über die konkrete Umsetzung entscheiden muss, wie z. B. die Reform der Psychotherapie-Richtlinie und die Aufhebung einiger sozialrechtlicher Befugniseinschränkungen. Beim Präventionsgesetz kam es im Januar zu einem Nachspiel, da die Krankenkassen sich weigerten, die im Gesetz vorgesehenen rund 35 Mio Euro an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu zahlen.

Zum 1.1.2016 traten dann ein SGB IV-Änderungsgesetz (bekannt als „Pille danach“), das E-Health-Gesetz, das Pflegestärkungsgesetz II und die Krankenhausreform in Kraft. Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen hat sowohl den Bundesrat als auch den Bundestag passiert, wann genau es weitergeht, ist noch unklar. Gearbeitet wird noch an dem Pflegeberufereformgesetz, zu dem bereits ein Referentenentwurf vorliegt. Gearbeitet wird ebenfalls an der Reform der Psychotherapeutenausbildung, und zwar an einer umfassenden Konzeption für ein Direktstudium. Die Arbeiten an einem Entwurf des Psychotherapeutengesetzes werden intensiv unter Berücksichtigung anderer Gesetzgebungsvorhaben geführt, wie es in einem Schreiben vom Januar 2016 aus dem BMG heißt. Mit einem Arbeitsentwurf ist nicht vor Mitte 2016 zu rechnen. Ein Gesetz aus dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, das noch ansteht, ist das Bundesteilhabegesetz, zu dem ebenfalls bereits ein Referentenentwurf vorliegt. Die Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen soll auf diesem Weg weiter abgebaut werden.

Bei der Rechtsverordnung zur Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und beim PEPP-Entgeltsystem stellen sich die Sozialdemokraten quer. Ihr Ziel ist die Etablierung eines einheitlichen Vergütungssystems unabhängig vom Versichererstatus der PatientInnen. Deshalb lehne man einen Anstieg der ärztlichen Praxishonorare ab. Die Sozialdemokraten fordern auch gemeinsam mit Grünen und Linken die paritätische Beitragszahlung wieder einzuführen. Es sei inakzeptabel, dass künftige Ausgabensteigerungen von den Versicherten alleine getragen werden müssen. Beim PEPP-System stehen ihres Erachtens ökonomische Belange anstelle der Bedürfnisse der PatientInnen im Vordergrund. Nötig sei ein „Vergütungssystem, das Psychotherapie ausreichend berücksichtigt und flexible Übergänge ermöglicht zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung. Auch die Beschlüsse zur Anhebung der Honorare in der GKV erfüllen nicht die Erwartungen, trotzdem wurden sie vom BMG nicht beanstandet.

Wer trotz Krankheit ein paar Stunden am Tag arbeiten kann, sollte dies auch tun, findet der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Dieser Vorschlag wird sehr kontrovers diskutiert, wie die unterschiedlichen Stellungnahmen dazu zeigen.

Weitere Themen, mit denen wir uns unter der Rubrik „*Gesundheits- und Berufspolitisches*“ auseinandersetzen, sind u. a. die Reform der Psychotherapierichtlinie, speziell mit Blick auf die Genehmigungsschritte bei der VT sowie die Behandlung von ADHS.

Unsere niedergelassenen KollegInnen möchten wir wieder besonders auf die Rubrik „*Berufspolitische Informationen für Niedergelassene*“ hinweisen. Der Honorarbeschluss vom September 2015 führt zur Notwendigkeit einer erneuten Widerspruch- und Klagewelle. Der DGVT-Berufsverband engagiert sich hier weiter für gerechte Honorare.

Ergänzt wird die Rosa Beilage durch die Rubriken „*Alles was Recht ist ...*“ und die zahlreichen Berichte aus den Ländern von unseren KollegInnen vor Ort sowie weitere aktuelle Informationen und Hinweise.

Kurz vor Redaktionsschluss hat die Bundesregierung das Asylpaket II verabschiedet. Zwar steht das Recht auf Asyl nicht zur Disposition, dennoch erleben wir eine stringente Verschärfung des Asylrechts, die die DGVT in dieser Form ablehnt. Eine sehr häufige Folge (schwerwiegender) Gewalterfahrungen sind Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Bisher galt PTBS als mögliches Abschiebehindernis, dies soll nach dem vorliegenden Gesetzentwurf eingeschränkt werden, nachdem eine Posttraumatische Belastungsstörung nicht mehr als lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung gilt. Die Begründung, dass eine PTBS schwer diagnostizierbar ist, darf nach Ansicht der DGVT nicht dazu führen, dass psychische Erkrankungen keine Abschiebegrund mehr sind.

Die ebenfalls geplanten Regelungen zur Aussetzung des Familiennachzugs für zwei Jahre für subsidiär Schutzbedürftige werden in der Praxis überproportional zum Nachteil von Frauen und Kindern ausfallen. Es ist davon auszugehen, dass vermehrt allein reisende Frauen (mit Kindern) die gefährliche Flucht nun auf sich nehmen.

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

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam.

*Waltraud Deubert
Jana Arndt
Anna Millek*

*Heiner Vogel
Kerstin Burgdorf*

Gesundheits- und Berufspolitisches

Stellungnahme des DGVT-BV

Reformüberlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Modifizierung der Psychotherapie-Richtlinie

Modifizierung der Kontingentschritte: Erhöhung der Stundenkontingente bei der VT auf max. 100 Stunden (§ 23 a der Psychotherapie-Richtlinie)

1. Hintergrund: Die in den derzeitigen Psychotherapierichtlinien benachteiligte Stellung der Verhaltenstherapie

Anders als viele medizinische Leistungen werden die Kosten für psychotherapeutische Behandlung in Deutschland erst nach Einholen einer Genehmigung durch die Krankenkassen übernommen. Zusätzlich ist bei den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die konsiliarische Einschaltung eines Arztes aufgrund einer entsprechenden Regelung der Psychotherapie-Richtlinie zwingend erforderlich, der Kontraindikationen und die Notwendigkeit medikamentöser Behandlungen prüfen soll (Konsiliarbericht).

Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens für psychotherapeutische Behandlungen soll durch die Kassen die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Leistungen geprüft werden. Gutachter prüfen in diesem Zusammenhang im Auftrag der Krankenkassen einen von den Behandlern verfassten Bericht, in dem Aussagen über die Symptomatik, bereits erfolgte Vorbehandlungen, die Behandlungsprognose, über den biographischen Hintergrund sowie das geplante therapeutische Vorgehen formuliert werden.

Besteht Bedarf für eine längere psychotherapeutische Behandlung, kann nach Prüfung im Rahmen eines weiteren Gutachterverfahrens eine Langzeitpsychotherapie erfolgen. Eine solche gutachterliche Überprüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit

und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie erfolgt nach der Psychotherapie-Richtlinie je nach psychotherapeutischem Verfahren nicht nur mit Beginn der Behandlung, sondern nach Umwandlung der Behandlung in eine Langzeitpsychotherapie mit mehr als 25 Stunden und im weiteren Verlauf der Behandlung ggf. wiederholt bei Überschreitung festgelegter Bewilligungsschritte.

Zusätzlich ist auch der Gesamtumfang der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Behandlung regelhaft begrenzt.

Außerhalb dieser genehmigungspflichtigen Leistungen können Psychotherapeuten ihren Patienten unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren maximal bis zu drei 50-minütige Sitzungen pro Quartal anbieten, die allerdings in nahezu allen KV-Regionen als nicht genehmigungspflichtige Leistungen deutlich schlechter vergütet werden.

Sowohl der maximale zur Verfügung stehende Gesamtumfang einer Behandlung als auch die jeweiligen vordefinierten Bewilligungsschritte sind dabei nicht vom individuellen Störungsbild des Patienten oder von patientenbezogenen Bedingungen oder Bedarfen abhängig, die eine psychotherapeutische Behandlung evtl. verkürzen oder verlängern.

Vielmehr ist die Verhaltenstherapie sowohl hinsichtlich des möglichen Gesamtumfanges an genehmigungspflichtigen Therapiestunden als auch hinsichtlich des Umfanges der jeweiligen Bewilligungsumfänge als psychotherapeutisches Verfahren sowohl gegenüber der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und in noch stärkerem Maße gegenüber der Psychoanalyse benachteiligt. So sind für die Verhaltenstherapie in der Psychotherapie-Richtlinie ein deutlich geringeres maximales Gesamtstundenkontingent von 80 Stunden VT gegenüber 300 Stunden Psychoanalyse und deutlich kleinere Bewilligungsschritte vorgesehen.

Bei Verhaltenstherapien, die über die Kurzzeitpsychotherapie hinausgehen, ergibt sich damit deutlich häufiger die Notwendigkeit, die Weiterführung der Behandlung ge-

genüber einem Gutachter aufwändig zu begründen. Da der entsprechende Verlängerungsantrag als nicht genehmigungspflichtige Leistung völlig unzureichend vergütet wird, ist die Verhaltenstherapie als psychotherapeutisches Verfahren gegenüber der Psychoanalyse und in etwas geringerem Umfang auch gegenüber den tiefenpsychologisch fundierten Verfahren auch wirtschaftlich und in den Versorgungsmöglichkeiten der Patienten schlechter gestellt.

Dies, obwohl wissenschaftliche Studien einheitlich belegen, dass die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren weitgehend vergleichbare Patienten mit vergleichbaren Ergebnissen behandeln, es also keinen belegbaren Hinweis auf unterschiedliche Versorgungsbedarfe gibt, die eine entsprechende unterschiedliche Kontingentierung rechtfertigen würden.

Die benachteiligenden Rahmenbedingungen, die sich allein auf die Art des Psychotherapieverfahrens beziehen, lassen sich also allein vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen verstehen.

2. Position des DGVT-BV zur Modifizierung der Kontingentschritte und zum Reformbedarf des Gutachterverfahrens

Eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie sollte vor allem helfen, bestehende Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung abzubauen und Anreize für eine Optimierung der Versorgung herzustellen. Die wichtigsten Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen aus Sicht des DGVT-BV derzeit vor allem in folgenden beiden Bereichen:

- fehlende Psychotherapieplätze und lange Wartezeiten bis zu einem Ersttermin
- Unterversorgung von chronisch erkrankten Versicherten mit deutlicheren psychischen Beeinträchtigungen (z.B. mit Psychosen) aufgrund stark eingeschränkter oder finanziell unzureichend vergüteter Versorgungsmöglichkeiten im Sinne von Wiederholungsbehand-

lungen, niederfrequenten Langzeit- oder Intervallbehandlungen.

Der DGVT-BV spricht sich für eine prinzipielle Beibehaltung einer Art Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung z.B. durch ein Gutachterverfahren aus, wenn alleine diese Prüfung Bedingung oder Sicherstellung für eine angemessene Vergütung von „genehmigungspflichtigen“ Leistungen ist.

Allerdings fordert der DGVT-BV eine grundlegende Reform des Gutachterverfahrens und der Kontingentierung mit dem Ziel, eine angesichts der Kapazitätsengpässe bei psychotherapeutischen Leistungen und der Unterversorgung bestimmter Patientengruppen (s.u.) schnellere und bedarfsgerechtere Versorgung zu ermöglichen und zu fördern.

Die wichtigsten Ziele einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie sollten aus Sicht des DGVT-BV daher sein:

- **Reduzierung** des mit dem derzeitigen Gutachterverfahren einhergehenden **unangemessen hohen Verwaltungsaufwandes**, um Anreize für eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung unabhängig von der Ausschöpfung der Stundenkontingente **zu schaffen** und um mehr **dringend benötigte Zeit für die Patientenversorgung** zur Verfügung stellen zu können.
- Schaffung von gutachterbefreiten und damit verwaltungsarmen **Möglichkeiten für genehmigte niederfrequente Langzeit- und Intervallbehandlungen**, um Patienten bedarfsgerecht zu versorgen und kostengünstig im Sinne einer Rückfallprophylaxe versorgen zu können.
- Wegfall der Ungleichbehandlung der psychotherapeutischen Verfahren hinsichtlich der Behandlungsumfänge und der unterschiedlichen Stundenkontingente zugunsten einer rein patienten- und problemseitig begründeten Bedarfsabhängigkeit.

Eine Angleichung der Kontingentschritte von VT und TP auf 100 Stunden leistet

aus unserer Sicht kaum einen Beitrag zur Behebung dieser Versorgungsdefizite.

Vorschläge, sich bei einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie ausschließlich auf eine Angleichung der maximalen Stundenumfänge von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie auf 100 Stunden zu beschränken, greifen daher zu kurz und werden von uns daher abgelehnt.

Dagegen könnte eine Modifizierung der Kontingentschritte den mit dem Gutachterverfahren verbundenen Verwaltungsaufwand für die niedergelassenen Psychotherapeuten deutlich reduzieren und zur Freisetzung von Kapazitäten führen, die unmittelbar der Versorgung neuer Patienten und damit der Reduzierung von Wartezeiten zugutekommen könnte.

Eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie sollte in diesem Sinne den Aufwand des Gutachterverfahrens reduzieren helfen, keine Mehrkosten im System erzeugen und Steuerungswirkungen in dem Sinne erzielen, dass notwendige Behandlungen möglichst schnell und bedarfsgerecht erfolgen können und Anreize für Unter- oder auch Überversorgungen abgebaut werden.

Das jetzige System mit einem hohem Aufwand und völlig unzureichender Vergütung für das Verfassen von Bewilligungsanträgen sowie fehlenden Anreizen für frühzeitige psychotherapeutische Versorgungsangebote verführt tendenziell dazu, einmal bewilligte Stunden auszuschöpfen, weil Neuaufnahmen und Neuansuchen mit erhöhtem Aufwand verbunden sind.

Weiter sollten Regelungen gefunden werden, die die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren in ihrer Vorgehensweise nicht gefährden. Methodenvielfalt und Förderung unterschiedlicher Therapieansätze sind für die Versorgung wünschenswert. Hier wird davon ausgegangen, dass es Patienten mit Problemkonstellationen gibt, die unabhängig von der Art des eingesetzten Verfahrens auch umfangreicher und intensiver ambulanter Langzeitbehandlungen bedürfen. Die Reform sollte deshalb keine notwendigen psychotherapeutischen Be-

handlungen beschneiden. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass ambulante psychotherapeutische Behandlungen auch in der Regelversorgung wirksam sind und dazu beitragen, Kosten für andere Leistungen (z.B. stationäre Behandlungen, Arbeitsentgeltzahlungen) sowie volkswirtschaftliche Kosten zu reduzieren (Wittmann et al 2011, vgl. auch Margraf 2008).

Eine Reform sollte aus Sicht des DGVT-BV auch eine Vereinheitlichung der Verfahrensweisen für alle psychotherapeutischen Verfahren erreichen. Hintergrund für dieses Bestreben ist u.a. die Annahme, dass die Ungleichbehandlung der psychotherapeutischen Verfahren hinsichtlich des in unterschiedlichem Umfang zur Verfügung stehenden Stundenkontingentes bzw. das Bemühen um die Erhaltung des Status Quo dieser Ungleichbehandlung ein wesentlicher Faktor einer Spaltung der Psychotherapeutenenschaft sein kann, der ein gemeinsames Vorgehen der verschiedenen Verfahren für die Interessen der Psychotherapie an anderer Stelle verhindert bzw. beeinträchtigt. Zudem erscheint die Benachteiligung der Verhaltenstherapie heute fachlich und rechtlich nicht begründbar.

Die Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen sollte ausschließlich abhängig vom individuellen Bedarf, d.h. der Problemkonstellation und den individuellen Voraussetzungen des Patienten erfolgen, und nicht abhängig von der Art der eingesetzten Behandlungsmethode. Historisch mag es Gründe für unterschiedliche Stundenkontingente der psychotherapeutischen Verfahren gegeben haben. Inzwischen dürften sich alle für die gesamte Bandbreite psychischer Störungen zugelassenen Therapieverfahren, auch die Verhaltenstherapie mit ihrem verstärkten Fokus auch auf kognitive und emotionale Prozesse, im Hinblick auf die behandelten Patienten und die angestrebten Wirkungen und Ergebnisse nicht mehr voneinander unterscheiden. Sind aber behandelte Patienten und erreichte Ergebnisse identisch, sollte die Wahl der Methode selbst keine unterschiedliche Finanzierung rechtfertigen.

Der Reformvorschlag des DGVT-BV

Angesichts der Unzulänglichkeiten und der fraglichen Steuerungswirkung des Bewilligungsverfahrens in seiner jetzigen Form (s.u.) wird hier für eine Reform der Bewilligungspraxis unter prinzipieller Erhaltung des Gutachterverfahrens plädiert.

Zentrale Ansatzpunkte des hier vorgelegten Vorschlages sind:

- **die Etablierung einer unbürokratischen Krisenintervention von max. 8 Stunden ohne jegliche Antragshemmnisse**
- **die Einführung einer psychotherapeutischen Grundversorgung von max. 30 Stunden pro Jahr über einen Zeitraum von max. 2 Jahren unter Wegfall von unnötigem Aufwand für Antragstellung (für KollegInnen, die von der Gutachterpflicht für die Kurzzeitpsychotherapie befreit sind) und Bewilligung, was eine bedarfsgerechte Versorgung erleichtern soll**
- **die Einführung der Möglichkeit genehmigter niederfrequenter Langzeit- und Intervallbehandlungen für chronisch und schwer psychisch kranke Patienten**

Mit diesen Leistungen soll ein Großteil des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs der Bevölkerung ohne übertriebenen Verwaltungsaufwand abgedeckt werden können.

Andere potentielle Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung, wie z.B. die Förderung von Gruppenpsychotherapien, sollen an anderer Stelle diskutiert werden.

Das Reformmodell des DGVT-BV sieht vor, dass besonders akut behandlungsbedürftige Patienten mit einer entsprechenden Überweisung ihres behandelnden Arztes eine schnelle psychotherapeutische Krisenintervention im Umfang von 8 Stunden erhalten können. Psychotherapeuten reichen diese Überweisung mit einem kurzen Antragsformular bei der Krankenkasse ein, die die ent-

sprechenden Sitzungen regelhaft als genehmigungspflichtige Leistung bewilligt. Um als Krisenintervention anerkannt zu werden, dürfen zwischen Ausstellung der Überweisung und Erstgespräch beim Psychotherapeuten maximal vier Wochen zeitliche Distanz vorliegen. Kriseninterventionen sind in 25 Minuten-Einheiten teilbar. Eine zusätzliche Abrechnungsziffer innerhalb dieser Krisenintervention soll den eventuell notwendigen Bedarf an Absprachen und Abstimmungen der Behandler untereinander abdecken.

Ist eine Krisenintervention nicht ausreichend oder keine so rasche Behandlungsaufnahme notwendig, besteht in Anlehnung an die Bewilligungspraxis einiger privater Krankenversicherungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Grundversorgung Anspruch auf insgesamt 30 psychotherapeutische Behandlungsstunden pro Jahr. Das 30 Stundenkontingent kann auf Antrag an die zuständige Krankenkasse auch in zwei Folgejahren also zwei Mal erbracht werden. Dazu muss der Behandler die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bestätigen (ohne Gutachterverfahren im engeren Sinne). In diese Kontingente würden die Kriseninterventionssitzungen ebenso wie probatorische Sitzungen angerechnet werden. Diese Leistungen im Rahmen der Grundversorgung werden wie bislang auf Antrag bei den Krankenkassen und unter konsiliarischer Beteiligung eines Arztes gewährt, sind also genehmigungspflichtig und für KollegInnen, die von der Gutachterpflicht für Kurzzeit-Psychotherapien befreit sind, nicht gutachterpflichtig.

Das Reformmodell des DGVT-BV sieht weiter vor, dass über die Grundversorgung oder eine gutachterpflichtige längere oder hochfrequenter Psychotherapie hinaus bei chronifizierten oder schwerer beeinträchtigten Patienten mit weiterem Behandlungsbedarf oder zur Rückfallprophylaxe über einen Zeitraum von fünf Jahren eine genehmigungs- aber nicht gutachterpflichtige **niederfrequente Langzeitversorgung** im Umfang von maximal drei Sitzungen pro Quartal erbracht werden kann.

Einmalig gutachterpflichtig kann zudem eine **Intervallbehandlung** für solche Fälle beantragt werden, in der bei stark schwankenden Verläufen über einen längeren Zeitraum immer wieder Behandlungsbedürftigkeit über die niederfrequente Langzeitversorgung hinaus erwartet wird. Hier sollen über einen Zeitraum von 5 Jahren/ Jahr jeweils max. 20 Sitzungen geleistet werden können.

Wir gehen davon aus, dass eine solche Reform mit der Etablierung einer unaufwändig zu beantragenden Krisenintervention und der Reduzierung des Antragsaufwandes für Vertreter aller Psychotherapieverfahren und für den weit überwiegenden Anteil der Behandlungen (Grundversorgung) Anreize schafft, Patienten schneller aufzunehmen und Behandlungen im notwendigen Umfang durchzuführen, ohne bewilligte Stundenkontingente unbedingt ausschöpfen zu müssen. In Verbindung mit einer deutlichen Reduzierung des Aufwandes und der Kosten für ein Begutachtungsverfahren wird davon ausgegangen, dass von den zugelassenen Psychotherapeuten so insgesamt mehr Patienten bedarfsgerecht behandelt werden können. Durch eine schnellere ambulante Behandlung könnten auch Kosten für stationäre und sonstige medizinische Leistungen eingespart und Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert werden, so dass eine solche Reform letztlich auch kostenneutral für die Kassen sein könnte.

Für die über die Krisenintervention, Grundversorgung und niederfrequente Langzeitbehandlung hinausgehende Versorgung hängen Begutachtung und Bewilligung psychotherapeutischer Leistungen im vorliegenden Reformvorschlag dann ausschließlich vom individuellen Bedarf des zu behandelnden Patienten unabhängig von der Wahl der Methode ab.

Sollte im Hinblick auf Frequenz und Dauer die Notwendigkeit einer über diese psychotherapeutische Grundversorgung hinaus intensiveren oder längeren Behandlung bestehen, stellen die behandelnden Psychotherapeuten einen entsprechenden Antrag bei den Krankenkassen. Sollten die Krankenkas-

sen angesichts des Krankheitsbildes oder der ihnen bekannten Vorbehandlungen einer Weiterbehandlung nicht zustimmen wollen, wird ein externes Gutachterverfahren in der bekannten Form eingeleitet, bei dem die Behandler individuell begründen, warum eine umfangreichere oder intensivere Behandlung notwendig, erfolversprechend und wirtschaftlich ist.

Einheitlich für alle Verfahren sollen dabei pro Beantragungsschritt maximal 100 Sitzungen beantragt werden können, wobei die Gutachter in ihren Genehmigungen je nach Begründung und Konstellation auch deutlich geringere Stundenumfänge bewilligen können.

Die Gutachter entscheiden dann anhand der geschilderten Diagnosen, Problemlagen und individuellen Voraussetzungen jeweils patientenbezogen über die Notwendigkeit einer solchen intensiveren oder längeren psychotherapeutischen Behandlung. Der Gesamtumfang der bewilligungsfähigen psychotherapeutischen Behandlung ist aber alleine vom Bedarf und nicht mehr von der Art des verwendeten Verfahrens abhängig.

Ob in diesem Zuge auch eine Diskussion über die Frage der Gesamtzahl der zur Verfügung stehenden Stunden sowie der Bewilligungsschritte erfolgen soll oder muss, sei dahingestellt. Hier wird davon ausgegangen, dass es Patienten und Problemkonstellationen gibt, die unabhängig von der Art des eingesetzten Verfahrens einer Langzeitbehandlung auch im maximalen Umfang von 300 Stunden bedürfen. Da sich die Begutachtung im hier vorgeschlagenen Modell auf die Frage der Entscheidung über die Notwendigkeit und Erfolgsaussichten einer über die psychotherapeutische Grundversorgung hinausgehenden Behandlung konzentriert, wird hier vorgeschlagen, die entsprechenden Entscheidungskriterien im Gutachterverfahren zu objektivieren und zu vereinheitlichen und die Begutachtungspraxis weiterzuentwickeln, statt Behandlungsmöglichkeiten für dringende Fälle zu beschneiden.

Das Gutachterverfahren für die Genehmigung von Langzeitbehandlungen oder hochfrequenten Behandlungen bekäme in

dem hier vorgeschlagenen Modell dann auch wieder eine rationalere Grundlage, als tatsächliche sinnvolle Therapieentscheidungen zu begründen und gutachterlich zu bewerten sind. Bislang entfaltet das Gutachterverfahren angesichts der extrem hohen Zustimmungquote bei den ja überwiegenden kürzeren Psychotherapien kaum Steuerungswirkung, ist unzuverlässig (vgl. Vogel und Meng 2007) und verursacht bei den Antragstellern und der GKV unnötige zeitliche und finanzielle Belastungen (vgl. Bühring 2011), die für die psychotherapeutische Versorgung fehlen.

Vermutlich schreckt das Verfahren am ehesten Behandler ab, den Aufwand für eine Beantragung von Langzeitpsychotherapien auf sich zu nehmen. Sollte dies ein gewünschter oder auch nur in Kauf genommener Effekt sein, entfaltet er allerdings wegen der Ungleichbehandlung der psychotherapeutischen Verfahren einen paradoxen Effekt, werden doch in diesem Sinne vor allem Behandler getroffen, die vergleichsweise kurze Psychotherapien durchführen. Zudem werden Behandler so abgeschreckt, schwerer beeinträchtigte und erwartbar längerfristig behandlungsbedürftige Patienten zu versorgen, deren mangelnde psychotherapeutische Versorgung im jetzigen System u.a. von psychiatrischer Seite immer wieder bemängelt wird.

Literatur

Bühring, P. (2011). *Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie“*. Die Diskussion beginnt erst. *Deutsches Ärzteblatt PP*, Heft 7, Juli 2011, S. 293.

Margraf, J. (2008). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie: Eine kritische Literaturauswertung*. Berlin. Springer.

Vogel, H. & Meng, K. (2007). *Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachtern bei Anträgen auf ambulante analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen*. *Psychotherapeut*, 52 (1), 35-40

Vogel H., Lemisz W., Liebeck H. & Palm W. (2002). *Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltensthera-*

pie durch die GutachterInnen. *Verhaltenstherapie*, 12 (3), 228-231

Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitätsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>

Rudi Merod, Wolfgang Schreck, Dr. Heiner Vogel - Vorstand Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Berufsverband Psycho-soziale Berufe (DGVT-BV) e.V.

Dr. Wolfgang Bürger - Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie Baden-Württemberg (buergerpraxiska@online.de)

Unsägliche Honorarbeschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom September 2015 zulasten der Psychotherapeuten-schaft!

Weil EBA und Bundesgesundheitsministerium bei der Honorarfestsetzung versagen, bleiben Widersprüche der einzige Ausweg
Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA)¹ hat am 22. September 2015 über die Anpas-

¹ Der Bewertungsausschuss ist ein gemeinsames Gremium der Selbstverwaltung der Ärzte/Psychotherapeuten und der Krankenkassen mit dem Auftrag, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu beraten und fortzuentwickeln. Auch weitere Regelungen zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Vergütung werden vom Bewertungsausschuss getroffen. Seine Beschlüsse sind für Vertragsärzte/-psychotherapeuten bindend. Der Bewertungsausschuss wird gebildet von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Wenn es keine Einigung in den Beratungen gibt, wird ein Erweiterter Bewertungsausschuss (EBA) als Schiedsgremium gebildet, dann kommen drei unparteiische Mitglieder (eines als Vorsitzende/r) hinzu.

sung der Honorare für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen von Psychotherapeuten entschieden. Die Hoffnung, mit dieser immer wieder hinausgezögerten Entscheidung wenigstens einen Schritt in Richtung der seit 1999 höchstrichterlich vom Bundessozialgericht vorgegebenen Honorargerechtigkeit zu erreichen, wurde einmal mehr enttäuscht. Statt einer Angleichung an die Honorare von Fachärzten werden die Beschlüsse des EBA dazu führen, dass sich die Schere zwischen den fachärztlichen Einkommensgruppen und den Psychotherapeuten weiter öffnen wird. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen haben mit Rechenricks Höher- und Nachvergütungen möglichst kleingehalten und zudem das Gros der Praxen von der Höhervergütung ausgeschlossen.

Der DGVT-Berufsverband hat deshalb im Oktober schriftlich an den Bundesgesundheitsminister appelliert, in seiner Funktion als Rechtsaufsicht die getroffenen Beschlüsse zu beanstanden und eine angemessene Vergütung der Psychotherapeuten zu unterstützen. Leider blieb auch dieser Vorstoß zugunsten von Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit erfolglos, das Bundesgesundheitsministerium hat den EBA-Beschluss ohne Beanstandung passieren lassen.

Damit gilt nun, dass genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen ab dem Jahr 2012 um knapp 2,7% höher bewertet werden und ein sogenannter „Strukturzuschlag“ eingeführt wurde. Letzterer wird aber nur einem kleinen Teil der psychotherapeutischen Praxen zugutekommen, denn er wird erst ab einer bestimmten Auslastung einer Praxis bezahlt. Zudem werden auch notwendige Leistungen nicht von der Höherbewertung erfasst. Gänzlich ausgeschlossen sind Leistungen wie zum Beispiel die dringend erforderlichen Erst- und Aufnahmegespräche, zu Behandlungsbeginn und -fortführung notwendige Antragsziffern, aber auch niederfrequent erbrachte Gesprächsleistungen zur Vorbeugung und Überbrückung von Krisen (sog. Gesprächsziffern). Schließlich bleiben auch

Nachvergütungen für die Leistungen aus den Jahren 2010 und 2011 unberücksichtigt.

Der EBA-Beschluss führt zu einer völlig neuen Honorarsystematik. Identische Leistung sollen künftig deutlich unterschiedlich vergütet werden, je nachdem ob sie in einer voll oder nur teilweise ausgelasteten Praxis erbracht werden. Praxen, die andere wichtige Versorgungsleistungen außerhalb der genehmigungspflichtigen Leistungen erbracht haben, oder Praxen, die aus Gründen der Versorgungsqualität nur einen begrenzten Patientenstamm versorgen, bleiben damit von einem wesentlichen Teil der Höhervergütungen ausgeschlossen. Diese willkürliche Systematik schafft so auch noch Fehlanreize, die zu einer schlechteren Versorgungsqualität führen werden. Die Rückmeldungen aus den Reihen unserer Mitglieder machen dies jetzt schon deutlich: Völlig zu Recht wird darauf hingewiesen, dass Psychotherapeuten, die eine umfassende Probatorik durchführen, nun doppelt bestraft werden. Sie erhalten weniger Geld für probatorische Sitzungen und diese werden als nichtgenehmigungspflichtige Leistungen nicht bei der Auslastung der Praxis und damit bei der Berechnung des Strukturzuschlages berücksichtigt.

Die neue Honorarsystematik ist zudem komplex und mit einem enormen Berechnungsaufwand verbunden. Die Nachzahlungen werden daher zum Beispiel in Baden-Württemberg sukzessive jahresbezogen vollzogen und womöglich erst Anfang 2017 abgeschlossen sein. Was also ist zu tun?

Diejenigen KollegInnen, die bisher keinen Widerspruch gegen ihre Vergütungen eingelegt haben, werden nicht einmal von den bescheidenen Nachzahlungen profitieren. Die Malaise um die EBA-Beschlüsse sollte allen Betroffenen endgültig vor Augen führen, dass der Kumpanei zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Gesundheitspolitik zulasten der Psychotherapeuten nur auf dem Weg des Widerspruchs und nötigenfalls der Klage beim Sozialgericht mit Aussicht auf Erfolg entgegengetreten werden kann. Der DGVT-Berufsverband wird entsprechende Musterbeschreiben zur Verfügung stellen, mit denen

den Vergütungen nach dem abstrusen neuen Modell im ersten Quartal 2016 widersprochen werden kann. In einer möglichst großen Zahl solcher Widersprüche und einer Klagewelle im Falle der zu erwartenden Ablehnung der Widersprüche sehen wir eine wichtige Möglichkeit, Druck auf die Kassenärztlichen Vereinigungen auszuüben.

Parallel dazu werden wir nicht nachlassen, auf allen politischen Ebenen gegen die systematische Benachteiligung von Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Ärztlichen PsychotherapeutInnen im Honorarsystem zu kämpfen. Dies ist die einzig zulässige Konsequenz aus der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, denn PsychotherapeutInnen kommen bei nahezu identischer Arbeitszeit weiterhin nur auf die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens der anderen Arztgruppen.

Rudi Merod, Wolfgang Schreck, Dr. Heiner Vogel - Vorstand Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.

Dr. Wolfgang Bürger - Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie Baden-Württemberg

Dr. Jürgen Friedrich - Sprecher Fachgruppe Niedergelassene DGVT-BV

Tübingen, Februar 2016

Behandlung von ADHS: Anmerkungen zum Cochrane-Review zur Wirksamkeit von Methylphenidat

Ein sehr häufiger kognitiver Fehler ist der confirmation bias: die Tendenz von uns allen, besonders auf die Informationen zu fokussieren, die unsere bereits vorhandenen Einstellungen oder Ansichten bestätigen.

Dieser confirmation bias blühte jetzt wieder in Anbetracht der aktuellen Veröffentlichung eines Cochrane-Reviews (Storebo et al., 2015) zur medikamentösen Behandlung von ADHS mit Methylphenidat (Wirkstoff von Ritalin®, Medikinet®, Con-

certa®, Equasym® etc.). Die, die besonders kritisch Psychopharmaka gegenüber stehen, sahen sich bestätigt; die, die sich für eine Medikation bei ADHS aussprechen, gingen in Verteidigungshaltung. In den Medien wurde reflexhaft berichtet, Methylphenidat wirke nicht besonders gut und habe schwere Nebenwirkungen.

Es lohnt sich deshalb, dieses Review genauer anzuschauen. Er hat tatsächlich insofern eine besondere Bedeutung, weil es sich um ein sogenanntes Cochrane-Review handelt. Dies heißt zum einen, dass es hier nicht nur um eine einzelne Studie geht, sondern um eine Meta-Analyse, die – in diesem Fall – sagenhafte 185 Studien mit 12.245 Patienten auswertet. Zum anderen beansprucht ein Cochrane-Review, methodisch besonders gut und insbesondere unabhängig zu sein – unabhängig von Interessen einzelner Forscher, Berufsgruppen, Pharma- oder Medizinproduktfirmen.

Was sind nun die Ergebnisse dieses Cochrane-Reviews zur Wirksamkeit von Methylphenidat bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS?

Das wichtigste Ergebnis ist, dass die Qualität nahezu aller berücksichtigten Studien leider schlecht ist („very low quality evidence“). Das bedeutet in der Folge, dass alle weiteren Ergebnisse zur eigentlichen Fragestellung (nämlich wie wirksam MPH denn nun ist) unter dieser erheblichen Einschränkung betrachtet werden müssen. Diese schlechte methodische Qualität ist kein Alleinstellungsmerkmal pharmakologischer Studien, sondern gilt auch für viele Studien in der Psychotherapie-Forschung (dazu weiter unten noch einige Anmerkungen).

Vor dem Hintergrund dieser methodischen Kritik ergaben sich in diesem Cochrane-Review u. a. folgende Ergebnisse zur Wirksamkeit von MPH:

1. Durchschnittliche Effektstärke von .77 für die von Lehrkräften beurteilten ADHS-Symptome,

2. durchschnittliche Effektstärke von .87 für das von Lehrkräften beurteilte „allgemeine Verhalten“,
3. kein Anstieg von „serious adverse risks“, 29% mehr als in der Placebo-Gruppe hatten Nebenwirkungen, Hauptnebenwirkungen waren Schlafprobleme (relatives Risiko: 1.6) und verminderter Appetit (relatives Risiko: 3.6).

Wie sind diese Ergebnisse einzuschätzen?

Effektstärken (ES) über .7 gelten als groß. Das statistische Maß eines großen Effekts sagt allerdings leider noch nichts über die klinische Signifikanz aus; hier wird von den Autoren zu Recht kritisiert, dass Verbesserungen von 10 Punkten auf einer ADHS-Skala, die von 0 bis 72 geht, nicht besonders eindrucksvoll sind.

Liegen die hier berichteten Effektstärken deutlich unter denen, die bisher bekannt waren (im Sinne der Medienberichterstattung, dass MPH „doch nicht so gut“ sei)? Die häufig zitierte Meta-Analyse von Faraone und Buitelaar (2010) kommt zu einer durchschnittlichen Effektstärke von .77 für Methylphenidat. Immerhin eine Punktlandung.

Welche Effektstärken ergeben sich für andere Behandlungsmethoden von ADHS im Kindes- und Jugendalter? Auch dafür liegen einige Cochrane-Reviews bzw. Meta-Analysen vor:

Homöopathie (Heirs & Dean, 2009, Cochrane-Review): Es liegen nur vier methodisch akzeptable Studien vor (N=168). Fazit der Autoren: „No effectiveness for homeopathy“.

Elterntrainings: Zwi et al. (2011, Cochrane-Review) berichten, dass die meisten Studien zu den Elterntrainings methodisch schwach seien. Nur drei konnten deshalb in die Meta-Analyse einbezogen werden; es ergab sich eine ES von .32 für externalisierendes Verhalten. Die Autoren schlussfolgern: „Evidence from this review is not strong enough to form a basis for clinical practice guidelines“. In der Meta-Analyse von Sonuga-Barke et al. (2012) ergibt sich eine ES von 0.02 (!) bzgl. der

ADHS-Kernsymptomatik bei verblindeten Ratern (Lehrer). Die Eltern schätzen die Effekte deutlich positiver ein, sehen also für den familiären Bereich durchaus positive Auswirkungen.

Positiver sind die Effekte von Elterntrainings im Hinblick auf die oppositionelle Symptomatik: Es ergeben sich kleine bis mittlere Effekte von Elterntrainings im häuslichen Rahmen bei Kindern vor der Pubertät (Bachmann et al., 2008; McCart et al., 2006, hier ES von .47).

Training sozialer Fertigkeiten (Storebo et al., 2011, Cochrane-Review): Zugrunde liegen 11 Studien mit 747 Kindern (es lagen keine Studien für Jugendliche vor!). Es gibt keinerlei signifikante Behandlungseffekte (ES: .16 für soziale Kompetenzen, .0 (!) für Lehrerratings zum allgemeinen Verhalten, .02 für ADHS-Symptome).

Kognitive Trainings von exekutiven Funktionen wie Aufmerksamkeit und Gedächtnis: In der Meta-Analyse von Sonuga-Barke et al. (2012, 5 Studien) ergab sich eine ES von .24 (verblindete Rater). Die Meta-Analyse von Rapport et al. (2013, 25 Studien) kam zu folgenden Ergebnissen: unmittelbare Transfereffekte ES .36, .15 für akademische Leistungen, Follow-Up-Effekte .15 (verblindete Rater).

Schulbasierte Interventionen: Richard et al. (2015) haben die Studien dazu gesichtet und nur 6 RCTs gefunden. Sie resümieren: „Auf Basis der oben beschriebenen [methodischen, S.M.] Einschränkungen können ausschließlich (...) Gruppenverstärkerpläne als evidenzbasiert eingestuft werden. Tagesbeurteilungsbögen sowie Selbstmanagementstrategien können als annähernd evidenzbasiert gelten.“

Subjektive Zusammenfassung

Von allen wissenschaftlich untersuchten Behandlungsformen der ADHS im Kindesalter wirkt Methylphenidat mit Abstand am besten. Es stellt bei mittel bis schwer ausgeprägten ADHS-Symptomen den Goldstandard dar. Alle psychologischen Interventionen (kognitive Trainings, Trainings sozialer Fer-

tigkeiten, Elterntrainings) zeigen keine oder unbefriedigende Effekte auf die Kernsymptomatik der ADHS (Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität). Positive Effekte psychologischer Interventionen ergeben sich für komorbide Symptome sowie für das familiäre Zusammenleben.

Indikationen für eine Psychotherapie (Verhaltenstherapie) bei ADHS (im Rahmen einer multimodalen Behandlung) sind aus meiner Sicht eine ausgeprägte Symptomatik, hohe Gesamtbelastung der Familie, hohe emotionale Belastung des Kindes, hoher Beratungsbedarf des psychosozialen Umfelds (z.B. Schule), Vorliegen komorbider Störungen bzw. sonstiger Belastungsfaktoren, Nicht-Ansprechen auf Medikation. In der Regel sind die Therapien langfristig angelegt aufgrund der Chronizität des Störungsbildes und einer regelmäßigen Verschärfung der Symptomatik in der Pubertät; erforderlich ist zudem die Kooperationsbereitschaft des Therapeuten/ der Therapeutin mit beteiligten anderen Helfern.

Es ergeben sich aus meiner Sicht folgende Diskussionspunkte:

- Zur ADHS gibt es mehr Studien als zu allen anderen psychischen Störungsbildern des Kindesalters. Trotzdem ist die Datenlage enttäuschend, weil methodisch gute Studien nach wie vor zu selten sind. Dies gilt sowohl für Pharmakoa als auch für die Psychotherapie.
- Die Diagnostik und Differentialdiagnostik wird immer noch zu häufig nicht gründlich und nicht kompetent genug durchgeführt.
- Es gibt so gut wie keine Studien zur ADS, also zum unaufmerksamen Subtyp.
- Es gibt so gut wie keine Studien zur Behandlung der ADHS in der Adoleszenz. Es fehlen außerdem Modelle, wie ADHS-Patienten in der kritischen Übergangsphase Adoleszenz – junges Erwachsenenalter (Transition) begleitet werden können (Retz et al., 2014).
- Es gibt keine zuverlässigen Daten, was die differentielle Indikation angeht (was wirkt für wen?).
- Kinder mit ADHS stellen Eltern vor besondere Herausforderungen. Leider sind Elterntrainings im Gruppensetting immer noch keine Regelleistung der Krankenkassen. Eventuell kommt es hier zu Verbesserungen im Rahmen der Neuerungen des Versorgungsstärkungsgesetzes.
- Wie zu allen anderen Psychopharmaka auch gibt es für Methylphenidat keine Studien zu den möglichen Auswirkungen einer mehrjährigen Anwendung.
- Für die Mehrzahl der behandelten Kinder kommt es unter Methylphenidat zu Nebenwirkungen. Hier ist das Ausmaß der Nebenwirkungen und möglicher unbekannter Langzeiteffekte abzuwägen gegen eine Nicht-Behandlung der ADHS mit bekannt schlechter Langzeitprognose (Barkley et al., 2008).
- Die oben skizzierte Datenlage wird je nach ideologischer Ausrichtung und finanzieller Interessenlage ignoriert bzw. selektiv wahrgenommen. Dies gilt auch für die nach wie vor häufige Anwendung von Aufmerksamkeitstests bei ADHS, die methodisch allesamt nicht genügen und die deshalb kontraindiziert sind.
- Eine sehr große Zahl von Studien zu medikamentösen Therapien wird von der Pharmaindustrie bezahlt und von prominenten Vertretern des jeweiligen Fachgebietes promotet (vgl. dazu auch Whitaker & Corgrove, 2015).
- Studien, die nicht die „erwünschten“ Ergebnisse bringen, werden häufig nicht veröffentlicht (sogenannter publication bias). Dies gilt allerdings nicht nur für den pharmakologischen, sondern auch für den psychotherapeutischen Bereich (vgl. dazu beispielsweise Driessen et al., 2015, die eine Abnahme der Effektstärke bei der Behandlung von Depressionen um 25% auf .39 errechneten, wenn man den publication bias berücksichtigt).

- Die wissenschaftliche Datenlage zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist leider unbefriedigend, auch für den Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf, und zwar weit über das Evaluieren von irgendwelchen Manua-len hinaus. Positiv ist hier, dass es in-zwischen in Deutschland 18 Lehrstühle für Klinische Kinder- und Jugendpsy-chologie gibt.

*Sabine Maur, Psychologische Psychothera-peutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
sml@psychotherapie-mz.de*

Literatur bei der Verfasserin

Kurzbericht über das 9. Treffen des interdisziplinären Beirates des zentralen ADHS- Netzes in Berlin am 28.11.2015

Das zentrale ADHS-Netz ist ein deutschlandweit aktives Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefi-zit-/ Hyperaktivitätsstörungen. Das Pro-gramm des zentralen ADHS-Netzes richtet sich sowohl an Experten als auch an Be-troffene sowie deren Angehörige und Be-zugspersonen. Das zentrale ADHS-Netz ko-ordiniert die Aktivitäten der regionalen ADHS-Netzwerke, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der pädagogischen Ein-richtungen sowie der forschenden Einrich-tungen in Deutschland. Dies erfolgt über eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Beirat der regionalen Netze sowie dem interdisziplinären Beirat. Von den 84 bekannten **regionalen ADHS-Netzwerken** waren Ende 2015 insgesamt 63 Mitglieder im Beirat der regionalen Netze. Der **inter-disziplinäre Beirat** setzt sich aus 28 Fach-, Berufs- und Selbsthilfeverbänden zusam-

men. Mitglieder des interdisziplinären Beira-tes sind medizinische und nicht-medizinische Fach- und Berufsverbände, Selbsthilfe- und Betroffenen-Verbände so-wie überregionale Organisationen, die an der Versorgung von Menschen mit ADHS betei-ligt sind und keine direkten Geschäftsinter-essen verfolgen.

Der interdisziplinäre Beirat des zentralen ADHS-Netzes hat die Funktion, Empfehlun-gen an die Leitungsgruppe bezüglich der Arbeit des zentralen ADHS-Netzes zu geben und die Arbeit des zentralen ADHS-Netzes zu bewerten. Diese Bewertung der Leitungs-gruppe sowie die jährlich erstellten Berichte (der Regionalgruppen) gehen als Empfeh-lung an das Bundesministerium für Gesund-heit. Darüber hinaus gibt er Anregungen zur Weiterentwicklung des zentralen ADHS-Netzes. Die Mitglieder des interdisziplinären Beirates werden von der Leitungsgruppe regelmäßig über die Arbeit des zentralen ADHS-Netzes informiert. Der interdisziplinäre Beirat tagt mindestens einmal jährlich. Die Äußerungen der Verbände zu Tätigkei-ten des zentralen ADHS-Netzes werden ver-öffentlicht. Die Verantwortung und Ent-scheidung über die Veröffentlichung liegt bei der Leitungsgruppe.

Im Jahr 2015 wurde nun das Eckpapier ADHS (2002) innerhalb der Leitungsgruppe des zentralen ADHS-Netzes überarbeitet und eine interne vorläufige Fassung verabschie-det. Diese wurde im Rahmen der Beiratstref-fen sowohl im Beirat der regionalen Netze als auch im interdisziplinären Beirat ausführ-lich am 28. November 2015 in Berlin disku-tiert. An diesem Treffen habe ich als Stell-vertreterin der DGVT teilgenommen. Im Folgenden möchte ich einen kurzen Über-blick über den Diskussionsverlauf geben.

Bei dem Treffen konnte zunächst festge-stellt werden, dass fast alle Mitgliedsverbän-de vertreten waren. Dr. Prof. Manfred Döpf-ner ging anhand der noch am selben Tag aktualisierten Version des Eckpunkte-Papiers die einzelnen Bereiche durch und stellte diese zur Diskussion. Bereits bei dem ersten Punkt meldete sich eine Kollegin der Vereinigung Analytischer Kinder- und Ju-

gendlichen-Psychotherapie e. V. (VAKJP) zu Wort und teilte ihren Unmut darüber mit, dass alle bisherigen Ergebnisse aus der Forschung und Untersuchung der Göttinger Gruppe zu Entstehung und Behandlung von ADHS aus der analytischen Sicht keinerlei Berücksichtigung in dem Eckpunktepapier gefunden habe. Daher weigere sich die VAKJP, Veränderungsvorschläge zu machen und unterstütze das Eckpunktepapier insgesamt nicht. Die VAKJP werde ihren eigenen Beitrag in schriftlicher Form verfassen und herausbringen. Dies wurde von einem Kollegen aus der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie unterstützt. Diese ablehnende Haltung und der generelle und massive Widerstand gegenüber einer medikamentösen Behandlung und auch teilweise gegenüber verhaltenstherapeutischen Interventionen nahm mehrmals viel Diskussionszeit in Anspruch, was jedoch keine eindeutige Resonanz im Saal finden konnte. Die weiteren Anregungen der Anwesenden im Saal konnten gut in das Eckpunktepapier eingearbeitet werden, das uns später zugesendet wird. Unser DGVT-Vorschlag, mehr pharmunabhängige Langzeituntersuchungen bei medikamentösen Behandlungen durchzuführen, konnte angesprochen werden. Es wurde versichert, dass Bemühungen weiterhin dahingehend laufen, weitere Forschungen zur (Langzeit-) Wirksamkeit von MPH und Elterntertraining voranzubringen. Formal wurde ganz deutlich die Notwendigkeit solcher Studien bestätigt.

Dr. Günther Endrass vom Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) in Rheinland-Pfalz referierte kurz über eine besonders erfolgreiche Fortbildung zum Thema ADHS zwischen KJP-TherapeutInnen, Psychologischen PsychotherapeutInnen und den Psychiatern in der Region Rheinland-Pfalz. Diese Fortbildung könnte aus seiner Sicht als Modell dienen, um ähnliche Kooperationen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen FachkollegInnen zustande zu bringen, um die Zusammenarbeit zu intensivieren. Aktuell ist ein solches Vorhaben in der Überlegung für das Jahr 2017 in Niedersa-

chen, wobei dafür noch weitere KollegInnen benötigt werden.

Wir möchten interessierte KollegInnen nun auch auf diesem Wege dazu aufrufen, sich uns sowohl gedanklich als praktisch anzuschließen, um dieses Vorhaben voranzutreiben. Ab 2016 sind Sabine Maur und ich für die Teilnahme am interdisziplinären Beirat und die Kooperation mit dem ADH-Netz zuständig. Wir würden es sehr begrüßen, wenn sich interessierte KollegInnen bei uns melden.

*Schahrsad Deilami,
Hannover/Stadthagen 30.01.2016*

IQWiG-Untersuchung zur Qualität der Umsetzung von Leitlinien

Im Oktober letzten Jahres veröffentlichte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Vorbericht zur Umsetzung von Leitlinien. Ziel war es, eine systematische Übersicht zu hinderlichen und förderlichen Faktoren für die Umsetzung von Leitlinien zu erstellen. Dabei wurden drei Teilziele verfolgt. Als Erstes sollten sowohl eine Bestandsaufnahme von Maßnahmen zur Disseminierung und Implementierung klinischer Leitlinien als auch eine Übersicht über Faktoren, die die Leitlinienumsetzung beeinflussen, erstellt werden. Als Zweites wurden Determinanten des Umsetzungserfolgs von „tailored interventions“ (maßgeschneiderten Interventionen) untersucht. Um diese beiden Zielen zu erreichen, wurden systematische Übersichten (Quellen: MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials etc.) mit passendem Schwerpunkt betrachtet, deren Publikation 2003 oder später erfolgte. Basierend auf den Ergebnissen der ersten beiden Untersuchungen sollten dann drittens Vorschläge für eine zielführende Disseminierung und Implementierung von klinischen Leitlinien im deutschen Gesundheitssystem unterbreitet

werden. Diese wurden von den Autoren der Studie deskriptiv zusammengestellt.

Für das erste Teilziel wurden insgesamt 42 relevante systematische Übersichten betrachtet. Davon enthielten 33 der systematischen Übersichten Maßnahmen zur Disseminierung und Implementierung von Leitlinien und zwölf der systematischen Übersichten Informationen zu beeinflussenden Faktoren. Die methodische Qualität der verwendeten Übersichten wurde mit dem AMSTAR-Instrument beurteilt und insgesamt als mittelmäßig eingestuft.

In Bezug auf die Dissemination und Implementierung von Leitlinien wurden insgesamt 16 unterschiedliche Maßnahmen als Einzelinterventionen oder in Kombination als Mehrkomponenten-Intervention betrachtet u.a. die Verbreitung von Informationsmaterialien und die Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung. Die Maßnahmen ließen sich in zehn Kategorien nach EPOC einteilen. Es war laut der Autoren nicht möglich, die Effektivität der Interventionen sicher zu beurteilen, da die Datengrundlage für alle Einzel- und Mehrkomponenten-Interventionen unzureichend war.

Aus den zwölf systematischen Übersichten konnten 28 unterschiedliche beeinflussende Faktoren identifiziert werden, die den fünf Ebenen für Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Leitlinien nach Titler und Everett (2001) zugeordnet werden konnten. Besonders häufig wurden u.a. Qualität und Stärke der Evidenz, die der Leitlinie zugrunde liegt, Fortbildungen, Umsetzungsbereitschaft und die Arzt-Patient-Beziehung genannt.

Für das zweite Teilziel (Determinanten des Umsetzungserfolgs von „tailored interventions“) wurde der Einfluss verschiedener Determinanten (angewandte Methode der Barrierenanalyse, die Komplexität des Tailorings, bestimmte beeinflussende Faktoren, die Anzahl der Komponenten der Intervention und die Art des Settings) auf den Umsetzungserfolg untersucht. Des Weiteren wurde geprüft, ob die Ergebnisse der Barrierenanalyse bei der Leitlinienentwicklung berücksichtigt wurden. Es ließen sich keine Ein-

flussfaktoren identifizieren, die die Leitlinienimplementierung eindeutig positiv beeinflussten.

Da sich aus den Ergebnissen der ersten beiden Teilziele keine eindeutigen und verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen für eine zielführende Disseminierung und Implementierung von klinischen Leitlinien ziehen ließen, wurden Vorschläge für das Teilziel 3 erarbeitet, die auf allgemeinen Überlegungen beruhen. Die Studie nennt folgende vier Faktoren, die als hilfreich erachtet werden:

- eine Unterstützung der Erstellung methodisch hochwertiger, praxisnaher Leitlinien,
- die Förderung von Schulungsmaßnahmen und Erinnerungssystemen,
- die Schaffung bestimmter gesetzlicher Vorgaben oder ökonomischer Rahmenbedingungen sowie
- die Erarbeitung von Strategien zur Förderung der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen beispielsweise in Kooperation mit den ärztlichen Körperschaften.

Insgesamt halten es die Autoren der IQWiG-Studie für wünschenswert, den aktuellen Wissensstand zur Leitlinienimplementierung durch geeignete Studien zu verbessern. Die Ergebnisse dieser Studien wären bereits bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren bei der Leitlinienerstellung und später bei der Beurteilung der Wirksamkeit der Leitlinie nützlich.

Bewertung des Vorberichts durch die AWMF

Da es sich bei dem vorliegenden Vorbericht der IQWiG um eine vorläufige Bewertung handelt, können dazu noch Stellungnahmen mit Ergänzungen und Korrekturen abgegeben werden. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) hat diese Gelegenheit genutzt. In ihrer Stellungnahme weist sie auf verschiedene Probleme im

Vorbericht hin. Die AWMF widerspricht der generellen Aussage, dass sich keine Einflussfaktoren auf die Qualität der Leitlinienumsetzung identifizieren ließen. Bei der IQWiG-Analyse sei wichtige Literatur, insbesondere deutsche Studien, nicht beachtet wurden. Die AWMF präsentiert daher eine Liste ergänzender Literatur. In Bezug auf die verwendeten Methoden hält die AWMF den Ansatz von Rogers (2003) zur Dissemination von Forschungsergebnissen für sinnvoller als das Implementierungsmodell von Titler und Everett (2001), da dieser auch wichtige Theorien zur Erreichung von Verhaltensänderungen enthält. Bisherige Studien seien leider wenig theoriegeleitet. Daher bestehe ein großer Bedarf an einer theoriegeleiteten Modellentwicklung. Das bedeute, dass ein theoretisches Modell entwickelt werden müsse, bevor entsprechende Übersichten für die Analyse gesucht werden. In Bezug auf die Vorschläge für eine zielführende Dissemination und Implementierung von klinischen Leitlinien, die von dem IQWiG gemacht wurden, weist die AWMF darauf hin, dass die genannten Maßnahmen bereits heute häufig Anwendung finden. Allerdings gebe es dazu noch keine Evaluation. Dafür wäre laut AWMF ein theoriegeleitetes Forschungsprogramm zu Themen der Leitlinienimplementierung und -evaluierung wünschenswert.

Zumindest in diesem Punkt scheinen sich das IQWiG und die AWMF einig zu sein.

Anna Millek

Quellen: IQWiG-Vorbericht 12-04 Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren

Stellungnahme der AWMF zum IQWiG-Vorbericht 12-04

Rogers, E. M. (2003). Diffusion of Innovations. New York: The Free Press.

Titler, M. G. & Everett, L. Q. (2001). Translating research into practice. Considerations for critical care investigators. Critical Care Nursing Clinics of North America, 13, 587-604.

Sachverständigenrat Gesundheit empfiehlt „Teilarbeitsunfähigkeit“ zu erproben

Redaktionelle Vorbemerkungen: Bereits im Dezember hatte der Sachverständigenrat das Sondergutachten mit dem Titel „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ veröffentlicht. Dieses wurde wegen der ständigen Steigerungen der Krankengeld-Ausgaben vom Gesundheitsminister Herrmann Gröhe in Auftrag gegeben. Die Experten empfehlen darin u. a.:

- die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengeldes
- die Beschränkung des Krankengeldes und Neuregelungen analog zum ALG I
- die Weiterentwicklung der Bedarfplanung für die Versorgung psychischer Erkrankungen
- erweiterte Mitwirkungspflichten der Versicherten bei geminderter Erwerbsfähigkeit und bei Altersrente
- Verkürzung der bisher zehnwöchigen Frist zur Beantragung einer Reha auf vier Wochen
- Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Versorgung, u. a. durch eine Akutsprechstunde
- Koordinierung der Behandlungswege und Therapieangebote in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung
- Einführung eines Runden Tisches für Fallkonferenzen und Einrichtungen eines gemeinsamen medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung
- Vereinfachung und Präzisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Das Gutachten kann unter folgendem Link eingesehen werden:

http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/SVR_Sondergutachten_2015_Krankengeld.pdf

Besonders heftig wird der Vorschlag „Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengeldes“ diskutiert: Wer trotz Krankheit ein paar Stunden am Tag arbeiten kann, solle dies auch tun können, findet der Sachverständigenrat. Dieser Vorschlag sorgt für Aufsehen, auch viele ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen lehnen die Teil-AU ab.

Johannes Broil hat sich mit den verschiedenen Positionen² (z.B. von BpTK und DpTV) auseinandergesetzt und zieht folgendes Fazit:

Keine der Stellungnahmen zum Sachverständigengutachten nimmt zur Kenntnis, dass der Sachverständigenrat auch nach den Ursachen vermehrter Krankschreibungen wegen Depressionen gefragt hat. Auf Seite 184 befasst er sich z.B. mit dem Zusammenhang von Arbeitskonflikten und psychischen Erkrankungen. Er stellt auch heraus, dass Krankschreibungen auch berufliche Ausstiegszenarien darstellen. Leider findet er jedoch als Ursache nur Mobbing am Arbeitsplatz. Der Sachverständigenrat lässt völlig außer Acht, dass gesellschaftliche Veränderungen zu erhöhter Anforderung am Arbeitsplatz und zu Ausgrenzungen aus dem Arbeitsleben führen. Unternehmen, die vor Jahren noch gute und sichere Arbeitsplätze boten, werden im Rahmen der Globalisierung an internationale Investoren verkauft, die reguläre Arbeitsplätze abbauen und durch Leiharbeit ersetzen. Der Druck in den Unternehmen steigt, es ist kein Wunder, dass sich die diesem Druck ausgesetzten Menschen Sorge um ihren Arbeitsplatz machen, nicht wenige davon reagieren mit Depressionen. Neben dem allgemeinen Druck zur Intensivierung der Arbeit ist auch eine Veränderung von Arbeitsanforderungen zu beobachten, dem besonders Ältere nicht mehr gewachsen sind. Wenn z.B. ein erfahrener Servicemitarbeiter Manuale nur noch in Englisch vorfindet, dem er aber nicht mächtig ist, kann er kaum noch Schritt halten. Wenn

² Aus Platzgründen können wir die Stellungnahmen und Positionen an dieser Stelle nicht abdrucken. Den vollständigen Bericht finden Sie auf unserer Homepage: www.dgvt.de.

Arbeitsprozesse so verdichtet werden, dass es immer wieder zu Fehlleistungen kommt, geraten Arbeitsverhältnisse in Gefahr. In Zeiten von guter Entlohnung und gesicherten Arbeitsplätzen sind nicht wenige Menschen Verbindlichkeiten, z.B. durch Hausbau, eingegangen, die bei einem Verlust des Arbeitsplatzes nicht mehr zu tragen sind. Diese Menschen geraten in eine Spirale von Druck, Verunsicherung, Befürchtungen, Ängsten und Selbstunsicherheit. All dies sind Faktoren, die eine depressive Episode auslösen können.

Die Flucht in die Krankheit stellt häufig den einzigen Weg aus diesen Krisen dar. Manche Unternehmen sehen darin auch einen Weg, MitarbeiterInnen loszuwerden. Der Bezug des Krankengeldes erweist sich für nicht Wenige als eine Möglichkeit, den erhöhten Anforderungen, denen sie nicht mehr gewachsen sind, zu entkommen. Man hofft dann, die Zeit bis zur Rente zu überbrücken oder genügend Zeit zu haben, um in leistbare Arbeitsverhältnisse zu gelangen.

Es gehört zu den Aufgaben des Gesundheitssystems, besonders der Psychotherapie, auch auf krankmachende Bedingungen hinzuweisen. Es lässt sich leicht aufzeigen, dass die derzeitigen wirtschaftlichen und betrieblichen Veränderungen vermehrt zu psychischen Erkrankungen führen, besonders zu Depressionen. Der Bezug von Krankengeld stellt eine notwendige Absicherung für Patienten dar, die aus den aktuellen Arbeitsbedingungen herausfallen. Den Bezug von Krankengeld einzuschränken, erhöht noch die Not dieser Menschen und kann dazu führen, dass sich deren Lebenslage weiter verschärft. Als Psychotherapeuten sind wir aufgefordert, auf diese Zusammenhänge hinzuweisen. Natürlich ist es notwendig, unsere Anstrengungen zur Schaffung rechtzeitiger Hilfen zu intensivieren. Der Versuch, den Druck auf diese Patienten zu erhöhen, indem die Frist zur Beantragung einer REHA verkürzt wird, indem Teilkrankschreibungen ermöglicht werden, führt vermutlich in die falsche Richtung. Er birgt die Gefahr von Zunahme der Depression. Es ist zu beobachten, dass mehr Menschen in prekäre Lebens-

lagen geraten. Es bedarf erheblicher Anstrengungen, diesen Trend umzukehren. Die, die zurzeit aus dem Raster fallen und krank werden, bedürfen unserer Hilfe. Diese zu begrenzen wäre der falsche Weg.

Johannes Broil

Prof. Gerd Glaeske verlässt das Zentrum für Sozialpolitik in Bremen – das Ende einer Ära³

Professor Dr. Gerd Glaeske wird das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen nach 17 Jahren verlassen – er geht in den Ruhestand. Glaeske, seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des ZeS, leistete in dieser Zeit überaus bedeutenden Beitrag, um die Versorgungsforschung wissenschaftlich und politisch zu etablieren und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit auch in der Praxis wirksam werden zu lassen. Seine durchaus kritischen Äußerungen in Richtung Pharmaindustrie, Apotheker- und Ärzteschaft und auch der Politik sorgten in den letzten Jahrzehnten oftmals für kontroverse und anregende Diskussionen.

Im Rahmen des 10. Medizinkongress 2015 am 29. September in Berlin fand in Anwesenheit zahlreicher prominenter Vertreter des deutschen Gesundheitswesens eine Verabschiedung Glaeskes statt. Unter anderem würdigten Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, sowie Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, die Leistungen Glaeskes. Mit der BARMER GEK, die den Kongress in Kooperation mit der Universität Bremen organisierte, ist Glaeske durch eine langjährige und sicherlich für beide Seiten

erfolgreiche Zusammenarbeit verbunden. Die vom promovierten Pharmazeut Glaeske und seinem „Bremer Team“ erstellten Arzneimittelreporte aus der BARMER GEK Schriftenreihen zur Gesundheitsanalyse avancierten von Beginn an zu einem hoch geschätzten Beitrag rund um die Analyse und Diskussion des Pharmabereichs. Die BARMER GEK unterstützte die Reporte nicht nur in der Rolle des Herausgebers, sondern stellte den Wissenschaftlern auch die erforderlichen Daten zur Verfügung.

Als symbolische Anerkennung wurde Glaeske denn auch ein druckfrisches Exemplar des 35. Bandes der oben erwähnten Schriftenreihe durch den die Veranstaltung moderierenden Robert Paquet überreicht. Thematisch nicht ganz unpassend, dreht sich inhaltlich in diesem Band alles um die Versorgungsforschung, unter anderem mit Beiträgen des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse Thomas Ballast, dem Vorstand des BKK Dachverbandes, Franz Knieps und Professor Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Paquet dankte dem Beschenkten „für seine Disziplin, die Arbeit an diesem Band nicht zu bemerken“, denn an Glaeske war aus Überraschungsgründen „vorbeigearbeitet“ worden.

Professor Dr. Gerd Glaeske, ehemaliges Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit (2003 – 2009), hatte seinem Selbstverständnis gemäß auch noch kämpferische Worte zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Versorgungsforschung zu sagen, eingeordnet in den Bogen nicht nur der eigenen historischen Erfahrung. Angesichts dessen, dass es immer noch „zu viele ökonomische Interessen im Gesundheitswesen“ gebe, sei die „evidenzbasierte Beratung von Kassen“ durch die Wissenschaft eminent wichtig. Nur so könne man die Frage beantworten: „Wer muss an welcher Stelle im System handeln, um Weiterentwicklungen in Gang zu bringen?“

„Lange her“ sei zwar die Zeit bei der AOK Kreis Mettmann – Glaeske war dort 1988-1992 Leiter des Pharmakologischen Beratungsdienstes – aber der dort gebotene

³ Quelle: gid Nr. 24/25 vom 09.10.2015; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Rahmen habe den „Beginn von Versorgungsforschung“ ermöglicht. Die zur Verfügung gestellten Daten erlaubten Einblicke in die Versorgungsstrukturen und die Entwicklung von Analyseverfahren, so Glaeske im Rückblick. In den letzten Jahren sei die Entwicklung erfreulicherweise schnell voran geschritten. In der „großen Phasen des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung“ habe man die Versorgungsforschung etablieren können, unter anderem indem man der Politik „Geld für Professuren abgerungen“ hat. Er sei stolz darauf, dass das Netzwerk im politischen Umfeld inzwischen vollständig anerkannt ist. Dass man zum Beispiel gebeten wurde, zur Besetzung des wissenschaftlichen Expertenbeirats des Innovationsfonds Vorschläge zu machen, zeige dies deutlich. Die „Kraft der Versorgungsforschung“ in einem solchen Netzwerk gebündelt zu haben, erweise sich nun als „wichtig und richtig“. Eine starke Position sei schon allein wegen der „funktionierenden Lobbypolitik“ der Pharmaindustrie gegenüber kritischen Untersuchungen Arzneimittel betreffend notwendig, da man nur aus ihr heraus die politischen Implikationen entsprechender Diskussionen überstehen könne.

Da die Versorgungsforschung medizinische Behandlungen auf ihre Alltagstauglichkeit hin untersucht, könne sie mit diesem Anliegen durchaus eine „folgenreiche Angelegenheit“ für bestimmte Akteure im Gesundheitswesen sein. Als manchmal „ungeliebtes Kind“ schaffe diese Art der Forschung eine Transparenz die, so Glaeske, nicht jedem gefiel und gefallen werde. Um Änderungen voranzubringen, müsse dann eben auch die Politik Adressat der Versorgungsforschung sein, was die Versorgungsforschung aber „nicht einfacher“ mache. Es gelte in diesem System musketierhaft zusammenzuhalten, um dem „Zuviel an ökonomischen Interessen“ mehr Patientenorientiertheit entgegenzusetzen zu können. Patientenorientierung, verbesserte Information und mehr Transparenz sowie bessere medizinische Versorgung der Versicherten - man werde sich trotz seines Abschiedes aus Bre-

men noch oft sehen, wenn es um solche Themen gehe.

Transfer von Forschungsergebnissen und Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschleunigen

Antrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD an die Bundesregierung (Drucksache 18/7044) am 15.12.15

(wd). Die Gesundheitsversorgung steht aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und des damit einhergehenden Wandels des Krankheitsspektrums vor großen Herausforderungen. Zugleich ist der Gesundheitssektor für Deutschland ein erheblicher Wirtschaftsfaktor. Das Schreiben CDU/CSU und SPD in ihrem Antrag (siehe unter

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/070/1807044.pdf>). Darin bezeichnen sie das deutsche Gesundheitsversorgungssystem als "weltweit vorbildlich".

Die Regierungsfaktionen fordern die Bundesregierung im Kontext der Umsetzung ihres Rahmenprogramms Gesundheitsforschung auf, den schnellen Transfer von Forschungsergebnissen in die Gesundheitswirtschaft und -versorgung zu forcieren und hierfür geeignete Rahmenbedingungen für eine aktive Beteiligung von Interessengemeinschaften, Patientenverbänden sowie Kostenträgern im Innovationsprozess zu schaffen und dazu die Innovationsfinanzierung für kleine und mittlere Unternehmen weiter zu verbessern. Zu diesem Zweck soll bei der von ihr geförderten Gesundheitsforschung verstärkt deren Effektivität für die Gesundheitsversorgung in den Blick genommen werden. Die Zusammenarbeit und Abstimmung beim Thema Gesundheitsforschung innerhalb der Bundesregierung müsse sich verbessern, um ein bestmögliches Ergebnis für Patienten zu gewährleisten.

In der erweiterten Gesundheitswirtschaft seien 6,2 Millionen Menschen in Deutsch-

land beschäftigt - dies mache fast jeden siebten Arbeitsplatz aus. Prognosen gingen sogar noch von einem deutlichen Zuwachs an Beschäftigten in den nächsten Jahren aus. Mehr als zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes werde im Gesundheitsbereich erwirtschaftet. Die erweiterte Gesundheitswirtschaft sei damit die größte Wirtschaftsbranche in Deutschland - in ihr seien mehr Menschen beruflich tätig als in der Automobil- und Elektroindustrie zusammen. Angesichts dieser Entwicklungen würde die Bedeutung des Sektors in naher Zukunft weiter stark zunehmen - und zugleich mehr denn je auf technische wie auch soziale Innovationen angewiesen sein. Investitionen in Forschung und Entwicklung - im privaten wie im staatlichen Sektor - seien eine notwendige Voraussetzung, um die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen. Dabei müssten vor allem kleine Unternehmen und der Mittelstand als Innovationsmotoren der Gesundheitswirtschaft weitaus stärker als bisher in die Förderung eingebunden werden. Die Fraktionen fordern eine Innovationspolitik, die sich am Bedarf von Patienten sowie der im Gesundheitswesen Beschäftigten ausrichtet. Sie soll Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ins Zentrum rücken. Die Kostenträger sollten frühzeitig die Möglichkeit zur Beteiligung an Innovationsprozessen erhalten, um den Mehrwert und die Praxistauglichkeit von Innovationen für die Versorgung zu beurteilen und zu maximieren.

Innovationen in der Patientenversorgung stünden allerdings auch immer im Spannungsfeld von regulierten Märkten und komplexen Verteilungssystemen. Die Gesundheitsforschung, aber auch die Gesundheitspolitik müsse dieses Spannungsfeld permanent im Blick haben. Mehr noch: Angesichts der zunehmenden Komplexität im Innovationsprozess bedürfe es mehr gemeinsamer Anstrengungen und Abstimmungen von Seiten der Forschungs- und Gesundheitspolitik, aber auch der industriellen Gesundheitswirtschaft, um den Transfer von Innovationen in die Gesundheitsversorgung effektiver und effizienter zu gestalten.

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Wahl der Landessprecherinnen: Als weitere Landessprecherin dürfen wir Silke Kurreck begrüßen, die sich im folgenden Abschnitt kurz vorstellt:

Ich bin Psychologische Psychotherapeutin, 40 Jahre alt und lebe und arbeite in Gaggenau. Dies liegt zwischen Baden-Baden und Rastatt. Seit 2012 habe ich einen halben Kassensitz, den ich mit psychoonkologischem Schwerpunkt ausfülle.

Das Studium habe ich in Konstanz absolviert, die Therapieausbildung in Friedrichshafen bei der DGVT begonnen und nach dem Umzug nach Gaggenau an der Uni Landau in Rheinland-Pfalz beendet. Der DGVT bin ich seither treu geblieben.

Nach dem Studium habe ich eine Promotion an der Uni Konstanz absolviert mit dem Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland, wobei die Erhebungen sich auf Baden-Württemberg beschränkten.

In Gaggenau lebe ich mit meinem Mann und unseren drei Kindern. Meine Freizeit verbringe ich am liebsten mit meiner Familie und Freunden in der Natur.

Für die Arbeit als Landessprecherin interessiere ich mich, da ich mich gerne berufspolitisch engagieren möchte und diese Position in meiner Wahrnehmung eine informationsvermittelnde Schnittstelle zwischen den Mitgliedern und dem Berufsverband sowie den Gremien der KV bzw. LPK darstellt. Dieser Aufgabe möchte ich mich gerne widmen und im Rahmen meiner Möglichkeiten konstruktiv einbringen. Renate Hannak-Zeltner wird sich demgegenüber – so unsere Absprache – stärker für die länderspezifische Arbeit in BW zuständig fühlen und für die Vernetzung mit den anderen Bundesländern im Länderrat.

LPK-BW erhöht die Kammerbeiträge

Die letzte Vertreterversammlung im November 2015 beschäftigte sich mit Haushaltsfragen. Schließlich muss der Kammerbeitrag rechtzeitig erhoben werden und der Haushaltsplan stehen.

Die "Regierungsfraktion" in der Kammer mit den Wahllisten "Psychotherapeutenbündnis", "Angestellte" und "Beratungsstellen" hatte einen Antrag durchgebracht, mit dem der Kammerbeitrag ab dem kommenden Jahr um 10%, also auf 440 € Regelbeitrag angehoben wird. Für diesen Schritt wurden viele Gründe angeführt: So werden die Ausgaben für die Geschäftsstelle durch weitere Personalstellen und durch Lohnsteigerungen ständig höher, die EDV-Ausgaben bleiben auch nach Vergabe an einen neuen Anbieter sehr hoch (Softwarepflege und EDV-Betreuung sind z.B. im Haushaltsplan 2016 mit 71.700 € veranschlagt), die Öffentlichkeitsarbeit soll weiter verstärkt werden und nicht zuletzt wird die Abgabe an die BPTK durch eine geplante Beitragserhöhung dort im nächsten Jahr steigen und auch für die Reisekostenerstattung zum Deutschen Psychotherapeutentag wird mit höheren Ausgaben gerechnet. Die vormals hohe Betriebsmittelrücklage wurde in den letzten Jahren deutlich reduziert und auch für 2015 ist für das Jahresergebnis ein Defizit zu erwarten.

Unsere Kammergruppe "VT & mehr" sah das natürlich anders und argumentierte gegen die Beitragserhöhung. Wir glauben insbesondere, dass die Rücklagen in den früheren Jahren so hoch sind, dass die Finanzierungen 2015 und auch 2016 solide machbar gewesen wären. Gleichzeitig schlugen wir vor, mit Blick auf 2017 einen ausgeglichenen Haushalt anzustreben und dafür bewusst Sparpotentiale zu suchen. Dazu wäre eine Priorisierung und Effektivierung von Aufgaben notwendig. Beides halten wir für möglich.

Unsere Fraktion hat bei der Debatte zu diesem Thema eine sehr gute Figur abgegeben. Wir waren sehr gut vorbereitet und konnten mit stichhaltigen Argumenten ein

ums andere Mal die Mehrheitsfraktion in Erklärungsnot bringen. Im Vorfeld haben wir gute Absprachen mit den anderen Oppositionsfraktionen getroffen. Daher konnten wir einheitlich auftreten und unsere Ablehnung gegenüber der geplanten Beitragserhöhung optimal zum Ausdruck bringen.

Die Abstimmung zur Beitragserhöhung ging dann 22:14 dafür aus. Es wurde im Übrigen auch sehr deutlich: Die Mehrheitsfraktion wollte die Beitragserhöhung unbedingt zum jetzigen Zeitpunkt, um eine ausreichend lange Zeit bis zur nächsten Kammerwahl verstreichen lassen zu können und dieses Thema aus dem Wahlkampf herauszuhalten.

Vorschau auf die KV-Wahlen: Anlässlich der KV-Wahlen in diesem Jahr fand bereits im Sommer 2015 ein Verbändetreffen von DGVT-BV und DPtV statt. Seit längerer Zeit wurde über eine bessere Zusammenarbeit bei den anstehenden KV-Wahlen nachgedacht und die einzelnen Positionen ausgetauscht, um zu einer Absprache bezüglich der berufspolitischen Ziele zu kommen. Dies führte zur Idee und nun zur Planung einer gemeinsamen Liste von DPtV und DGVT-BV und eventuell weiteren Personen für die KV-Wahlen 2016. Ziel ist es durch den Zusammenschluss die maximale Stimmenzahl zu gewinnen und dadurch berufspolitisch effektiver zu werden.

Im Jahr 2016 sind verschiedene gemeinsame Veranstaltungen geplant. Am 5.12.2015 fand bereits eine erste gut besuchte Veranstaltung zu KV-Fragen im Haus der Wirtschaft in Stuttgart statt.

Unsere KandidatInnen für die KV-Wahl sind bislang Wolfgang Bürger und Silke Kurreck, wir rechnen jedoch noch mit weiteren KandidatInnen. Es gilt durch die gemeinsame Wahlliste die Kräfte zu bündeln und so weitere gewählte Vertreter und Vertreterinnen mit unserer Zielrichtung in die KV zu bringen. Nur durch weitere Personen kann der Einfluss in den Ausschüssen der KV ausgebaut werden. Beispielsweise kann durch die Mitarbeit in den Zulassungsausschüssen auf eine Gleichberechtigung in der

Zulassung der verschiedenen Richtlinienverfahren hingewirkt werden.

Ihre Landessprecherinnen

*Renate Hannak-Zeltner; Silke Kurreck
Landessprecherinnen Baden-Württemberg*

Kontakt:

bawue@dgvt.de; bawue@dgvt-bv.de

Regionale Gesundheitskonferenzen gesetzlich geregelt

(*wd*). Das Landesgesundheitsgesetz (LGG) ist zum 30. Dezember 2015 in Kraft getreten. Das LGG schafft die Grundlage für neue Strukturen im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg und regelt die Aufgaben, die Zusammensetzung und die Zusammenarbeit verschiedener Gremien im Gesundheitsbereich auf Landes- und kommunaler Ebene. Als zentrales Gremium für den fachlichen Austausch über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wird die Landesgesundheitskonferenz verankert, in der alle wichtigen Akteure vertreten sind. Sie erarbeitet gemeinsame Empfehlungen und tagt mindestens einmal im Jahr. Zudem wird ein sektorübergreifender Landesausschuss, in dem über ambulante und stationäre Versorgungsfragen beraten wird, gesetzlich festgeschrieben.

Zur Pflichtaufgabe für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg wird die Einrichtung von kommunalen Gesundheitskonferenzen. Diese erarbeiten Lösungsempfehlungen für gesundheitspolitische Herausforderungen und waren bisher freiwillig. Seit 2010 haben 37 der 44 Stadt- und Landkreise solche Konferenzen eingerichtet.

Neu eingerichtet wird der Landesausschuss für Prävention und Gesundheitsförderung. Aufgabe dieses Ausschusses ist es, landesweite Strategien und Programme zu entwickeln und zu steuern.

Quellen: AOK Baden-Württemberg, SVaktuell – Informationen aus dem Gesundheitsweisen, Ausgabe 05/2015

<http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/rede-von-frau-ministerin-katrin-altpeter-anlaesslich-des-landeskongresses-gesundheit-am-29012016-i/>

Bayern

Landeskongress der Richtlinienpsychotherapieverbände (LAKO)

Die LAKO befasst sich naturgemäß häufig mit dem Thema Honorar, da dort die meisten bayerischen Verbände vertreten sind, die die Interessen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (sowohl nichtärztliche als auch ärztliche) vertreten.

Neuberechnung des EBM:

Da der Bewertungsausschuss für die Jahre 2009 bis 2011 keine Neuberechnungen angestellt hat, plant die KV Bayerns für diese Quartale sogenannte Rücknahmebescheide an die Widerspruchsführer zu schicken und diese Quartale für erledigt zu erklären. Die Verbände der LAKO raten dringend, diese Rücknahmebescheide *nicht* anzunehmen!

Neuwahlen bei der KV-Bayern: Die Wahlfrist für die KV-Wahl 2016 liegt im Oktober, also kurz nach den Sommerferien. Für den Wahlausschuss ist Ellen Bruckmayer vorgeschlagen. Die neu gegründete AFB (Allianz fachärztlicher Berufsverbände) wird eine Wahlliste aufstellen und auch der bvvp wird eine Ärzteliste aufstellen. Auf der PP/KJP-Seite gibt es vermutlich eine DPtV-Liste und eine Liste BBP/DGPT–bvvp–VAKJP.

Der DGVT-Berufsverband hat noch nicht entschieden, ob er mit einem Verband eine gemeinsame Liste eingeht oder eine eigene Liste aufstellen wird.

Gespräch von LAKO-VertreterInnen mit Herrn Bachl von der AOK Bayern: Auch hier war die Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Nachvergütung das Thema. Die AOK wäre ggf. bereit, ab dem Quartal I/15 (und nicht

erst ab II/15) auch an die Nicht-Widerspruchsführer nachzuvergüten. Ein weiteres Thema war die Versorgung von Flüchtlingen/Asylbewerbern. Die AOK ist – trotz der bekannten Probleme – für die Gesundheitskarte. Sie fürchtet keine ungezielte Inanspruchnahme. Herr Bachl spricht sich auch für die Versorgung chronisch Kranker, z. B. Diabetiker und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, aus. Bezüglich der Hausarztverträge wurde erneut das Schiedsamt angerufen. Skepsis hat die AOK gegenüber Selektivverträgen im Bereich der Psychotherapie (z. B. DPtV mit BKK Bosch), denn da bestehe das Problem, dass es keine Qualitätssicherung gibt und auch die Psychotherapie Richtlinien nicht gelten.

Beratender Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (BFA-PT)

Der Fachausschuss befasste sich in seiner letzten Sitzung mit Autismus-Spektrum-Störungen. Die Prävalenz dieser Störung liegt bei ca. 1% in der Bevölkerung. Im Kindes- und Jugendalter finden sich häufig Komorbiditäten: In 40% der ADHS-Fälle liegen auch Störungen des Sozialverhaltens vor, bei 24% auch Zwangsstörungen und bei 20% auch affektive Störungen. Die meisten Erkrankten sind männlich.

Bei der anschließenden Diskussion im Ausschuss wurde auf die zeitaufwändige Diagnostik dieser komplexen Störung hingewiesen sowie auf die Besonderheiten bei der Behandlung und dass der EBM dafür keine krankheitsspezifischen Ziffern bereithält. Hierzu soll in der nächsten Sitzung die Diskussion fortgesetzt werden und es sollen Vorschläge zu einer möglichen Ergänzung des EBM erarbeitet werden. Sollten in einem anderen Bundesland hier schon konkretere Vorstellungen erarbeitet worden sein, wäre es hilfreich unsere Landessprecher darüber zu informieren.

Gespräch mit Dr. Max-Peter Waser, stellvertretender Geschäftsführer im Bereich Sozialmedizin des MDK-Bayern, zum The-

ma: Therapiefreiheit in der psychotherapeutischen Versorgung.

Die Auftraggeber des MDK (die Krankenkassen) hätten ein massives wirtschaftliches Interesse, das sich allerdings bisher mehr auf den stationären Sektor bezieht. Eine Prüfung durch den MDK erfolgt, sobald ein Auftrag einer Krankenkasse kommt. Ca. 1,2 Mio. Gutachten werden vom MDK Bayern pro Jahr erstellt. Im Regelfall wird versucht, einen Fachkollegen als Gutachter/Prüfer zu bekommen, was aber nicht in jedem Fall garantiert werden könne. Es werden Befunde gesammelt, die daraufhin geprüft werden, was sie für einen Versicherten bedeuten. Ggf. werde der Patient auch persönlich aufgesucht, um dadurch medizinische Informationen zu erhalten. Das Ganze erfolgt fristbewehrt, entsprechend der Vorgaben durch das Patientenrechtegesetz. In die Behandlung werde nicht eingegriffen. Auf die Frage, aufgrund welcher Datenlage eine langfristige Depression begutachtet werden würde, berichtete Herr Waser, dass der Gutachter valide Aussagen brauche und ggf. eine persönliche Untersuchung vornehmen würde. Eine Arbeitsunfähigkeit (AU) wird ggf. beendet, bestätigt oder sogar weiterhin empfohlen. Ein Kollege aus dem Fachausschuss berichtete, dass die Kontaktaufnahme zum MDK nicht mehr so einfach wie früher sei, die MDK-Anfragen nehmen zu, die Möglichkeiten zur Rückfrage jedoch ab. Eine weitere Kollegin merkte an, dass sie bei einem Patienten einen REHA-Antrag empfohlen hätte, der MDK aber daraufhin einen Krankenhausaufenthalt veranlasst habe.

Herr Dr. Waser sagte, dass die Qualifikation der Gutachter zuerst nicht durch Formalitäten begründet sein müsse. Ein anderer Kollege sagte, dass es in letzter Zeit der Regelfall bei F-Diagnosen sei, dass nach 6 Wochen AU eine Anfrage der Krankenkassen bei den TherapeutInnen gestellt werde. Herr Waser berichtete, dass die Zentralisierung der Arbeitsprozesse beim MDK vorangetrieben werde. Die Anfragen werden zentral in München erfasst, gescannt und an die 25 regionalen Zentren zur weiteren Bearbeitung gesendet. Bis Ende 2016 wird der MDK laut

Herrn Dr. Waser ein elektronisches Signaturverfahren aufbauen, mit dem die Vorgaben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Andrea Voßhoff, umgesetzt werden. Ab dem Jahr 2017 werde dann eine komplette elektronische Erfassung kommen. Die zentrale Rückrufmöglichkeit durch Gutachter, die durch die Telefonzentrale in Nürnberg organisiert wird, bezieht sich auf die Arbeitsunfähigkeit. Die Krankenkasse erhält nur das Ergebnis der MDK-Prüfung, der Patient kann dem widersprechen. Für jede/n Versicherte/n in Bayern erhalte der MDK pauschal 14 Euro. Als weiteres Problem wurde von einem Ausschussmitglied angeführt, dass die PatientInnen das Ergebnis der positiven Gutachten – in denen die bisherige Behandlung akzeptiert wird - nicht übermittelt bekommen, die negativen Gutachten hingegen schon. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist die Übermittlung für den stationären Sektor vorgeschrieben, im ambulanten Bereich steht dem das SGB V entgegen. Es ist hier wünschenswert, dass die Krankenkassen die PatientInnen darüber informieren, was zur Entscheidung des MDK bzw. der Krankenkassen geführt hat.

Auf die Frage, wie die Aktualisierung der Leitfäden vonstattengehen würde, stellte Herr Waser dar, dass dies über sozialmedizinische Expertengruppen versucht wird.

Auf Anfrage zur Qualitätssicherung im MDK erläuterte Herr Dr. Waser, dass Gutachter per Stichprobe oder auch via Coaching überprüft werden und es 300 ärztliche MitarbeiterInnen in Bayern gebe. Auf Anfrage von Frau Dr. Enger zur Selbstständigkeit des MDK erklärte Herr Waser, dass der Gutachter bzw. die Gutachterin selbst die letztentscheidende Instanz sei.

Als Resümee wurde gezogen, dass man ein sehr konstruktives und wertschätzendes Gespräch geführt habe. Herr Waser führte aus, dass die Kommunikation und Erreichbarkeit noch verbessert werden könne und werde. Zugleich betonte er, dass die allgemeine Arbeitsverdichtung beim MDK die Qualität der Arbeit nicht beeinträchtigen würde. Eine Mitteilung der Ergebnisse ist

derzeit nur im Krankenhausbereich durch eine Vereinbarung möglich. Die KV Bayern wird versuchen, eine entsprechende Regelung auch für den ambulanten Bereich zu erreichen.

Willi Strobl, Landessprecher Bayern

Aus der Psychotherapeutenkammer

Umfrage zur ambulanten Behandlung von (ehemaligen) Straftätern:

Obwohl viele Straftäter im Anschluss an ihre Haftzeit eine Psychotherapie machen sollten, kommt es doch nur sehr selten dazu. In den Gesprächen, die deshalb mit dem Justizministerium geführt wurden, zeigte sich eine gewisse Bereitschaft, hier für verbesserte Rahmenbedingungen zu sorgen. Denn es ist klar: Wenn erforderliche Psychotherapie nicht erfolgt, erhöht dies unmittelbar das Rückfallrisiko. Zur besseren Vorbereitung der anstehenden weiteren Gespräche hat die Kammer deshalb mit dem letzten Mitglieder-rundschreiben eine kurze Umfrage verschickt, die zunächst klären soll, ob und wie weit bei den niedergelassenen Mitgliedern überhaupt eine Offenheit oder Bereitschaft zur Behandlung dieses durchaus schwierigen Klientels besteht. Möglicherweise bieten sich hier ja auch interessante Perspektiven für KollegInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind. Eine vertiefende zweite Umfrage, die sich daran anschließt, soll sodann Erfahrungen mit diesen Therapien und Hindernisse für die Bereitstellung von Therapieplätzen aufzeigen. Die Befragung läuft noch bis Ende Februar – Interessenten können sich auch online noch beteiligen.

Weiterbildungsabschlüsse für Psychotherapeuten:

Nachdem sich die Entscheidung zu einer Weiterbildungsordnung in Bayern über viele Jahre hingezogen hat, dann auch noch Zeit verging, bis das Gesetz entsprechend geändert und anschließend die Weiterbildungsordnung in Kraft getreten ist (Herbst 2015), ging es dann sehr schnell. Die Kammer hatte vorgearbeitet: Unmittelbar nach Veröffentli-

chung der Weiterbildungsordnung im Staatsanzeiger konnte die Kammer die Antragsformulare veröffentlichen und die Prüfungsausschüsse wurden berufen. Diese haben inzwischen auch alle schon mehrfach getagt und beraten. Und sowohl für Neuropsychologie, als auch für Gesprächspsychotherapie und systemische Psychotherapie wurden bereits eine ganze Reihe von Anträgen bearbeitet und jeweils ca. 10-15 Anträge positiv entschieden.

Prävention nach dem Präventionsgesetz:

Präventionspakt Bayern:

Bereits die konkrete Planung des Präventionsgesetzes hat dazu veranlasst, dass in Bayern vor zwei Jahren ein Präventionsplan – in Zusammenarbeit mehrerer Ministerien erarbeitet wurde. Bei den Beratungen wurden auch Stellungnahmen von Gesundheitsorganisationen und Kammern eingeholt (auch wenn sie –so scheint es- kaum berücksichtigt wurden). Nunmehr wurden alle beteiligten Organisationen aufgefordert sich in einem Präventionspakt Bayern zu den allgemeinen und sehr globalen und wenig operationalisierten Zielen des Paktes zu bekennen. Auch die Kammer hat sich an dieser Veranstaltung beteiligt, wenn auch mit Skepsis, weil unklar bleiben muss, ob derartige Öffentlichkeits-termine wirklich in der Lage sind, die Prävention in Bayern zu verbessern.

Jahresschwerpunkt des Gesundheitsministeriums: Psychische Gesundheit bei Kindern

Seit wenigen Jahren konzipiert das Staatsministerium für Gesundheit für jedes Jahr ein neues Schwerpunktthema. In diesem Jahr ist es die Psychische Gesundheit bei Kindern. Auch hier ist Skepsis angebracht, ob diese Jahresthemen des Ministeriums, die zunächst als aufwändige PR-Aktionen konzipiert sind, wirklich positive Entwicklungen für das jeweilige Thema bringen: Die Kammer wird dennoch die Chance nutzen, sich beteiligen und wie gewünscht, eigene Aktionen beisteuern.

Heiner Vogel

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

Berlin

Die DGVT-Liste Neue Wege zieht nach zwei Jahren Kammerarbeit ein Resümee

Im Jahr 2013 wurden wir mit 173 Stimmen gewählt und konnten damit vier Delegierte (Armin Kuhr, Alfred Luttermann, Alexandra

Rohe und Beate Lämmel) in der Psychotherapeutenkammer Berlin stellen. Nach dem Rücktritt von Armin Kuhr im letzten Jahr ist nun Ulrike Worringer in unserer Liste nachgerückt.

Im Folgenden möchten wir zeigen, was wir in den letzten zwei Jahren in der LPK Berlin erreicht haben:

Was waren unsere Ziele?	Und was haben wir umgesetzt?
NEUE WEGE für Transparenz in der Kammerarbeit	Wir sind in allen Ausschüssen vertreten und treten dort für mehr Transparenz ein. Wir arbeiten eng mit dem Länderrat der DGVT zusammen.
NEUE WEGE für ein verbessertes Kommunikationskonzept	Wir haben das Projekt „die Kammer kommt zu dir“ initiiert. Über das Projekt „DGVT is matching you“ konnten wir Praxisabgeber mit Kaufinteressierten zusammen bringen.
NEUE WEGE für die Kostenerstattung	Wir haben das Kostenerstattungs-Thema mit in die Kammer gebracht. Der MDK wurde in den Ausschuss ambulante Versorgung eingeladen. Es wurde eine Befragung der Kostenerstatter mit initiiert.
NEUE WEGE beim Berufseinstieg	Aktive Mitarbeit bei Kammerveranstaltungen zur Praxisabgabe und für Neuapprobierte, bei der Praxisbörse, beim LPT, bei der MV.
NEUE WEGE für eine Reform der Psychotherapieausbildung	Wir setzen uns für ein praxisnahes Direktstudium ein, das in allen vier wissenschaftlichen Grundorientierungen qualifiziert und die Belange der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen genauso berücksichtigt wie die Belange der Psychologischen PsychotherapeutInnen im Erwachsenenbereich.
NEUE WEGE für eine Verbesserung der Situation der PiAs	Wir unterstützen die Mitbestimmungsrechte der PiA´s in den Ausbildungszentren. Wir setzen uns für eine bezahlte und curricular orientierte praktische Tätigkeit in den Kliniken und ambulanten Einrichtungen ein.
NEUE WEGE in der Kinder- und Jugendlichenversorgung	Wir haben bei ersten Informationsveranstaltungen zum Thema Kinderschutz mitgearbeitet. Das Thema „Schulbefreiung“ für therapiebedürftige Kinder bringen wir weiterhin mit den zuständigen Senatsstellen voran.
NEUE WEGE Für neue Berufsfelder	Initiierung des Projekts Betriebliches Gesundheitsmanagement.
NEUE WEGE für Psychotherapeutische Sachverständige	Mitwirkung an der Entwicklung der Fortbildungsordnung Sachverständige.

Wir wollen im Jahr 2017 wieder gewählt werden und benötigen dafür die Mitarbeit unserer Mitglieder! Wählt die DGVT-Liste neue Wege bei der nächsten Kammerwahl!

*Alexandra Rohe, Beate Lämmel
Landessprecherinnen Berlin
Kontakt:
berlin@dgvt.de; berlin@dgvt-bv.de*

Hamburg

NetzWerk Psychische Gesundheit Hamburg – Integriertes Versorgungsmodell verbreitet sich bei den Krankenkassen

(ja). Die Barmer GEK geht eine neue Kooperation mit der abitato-Managementgesellschaft seelische Gesundheit ein. Ziel des damit verbundenen integrierten Versorgungsvertrags „Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit“ ist die Optimierung von Behandlungsabläufen, die sektorenübergreifende Versorgung sowie die Beteiligung der PatientInnen an der Behandlungsplanung (siehe www.abitato.de). Die integrierte Versorgung ist auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmt und findet im vertrauten Umfeld des Patienten/der Patientin statt.

Insgesamt beteiligen sich nun 25 Krankenkassen an diesem integrierten Versorgungsmodell, welches aus der einem Projekt im Rahmen der groß angelegten Förderung der Hamburger Gesundheitsmodellregion in den Jahren 2010-2015 hervorging (siehe www.psychenet.de). Auf Bundesebene wurden auch schon erste Ergebnisse zur Wirksamkeit berichtet: Im so genannten NetzWerk psychische Gesundheit, das in 12 Bundesländern durchgeführt wird und an dem 12.000 Versicherte verschiedener Krankenkassen teilnehmen, konnten die durchschnittlichen Krankenhaustage deutlich reduziert werden. Diese gingen von 22 Tagen im Jahr vor der Teilnahme auf etwas mehr als 7 Tage im ersten Jahr nach Beginn der Teilnahme zurück. Die positiven Ergebnisse werden vor allem mit dem guten Austausch

zwischen HausärztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen und psychiatrische Abteilungen und dem Einbezug von Angehörigen erklärt. Die tägliche Rufbereitschaft und schnelle Hilfe bei psychischen Krisen trage in vielen Fällen dazu bei, dass ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden könne.

Die Barmer GEK wird nun die in Frage kommenden Versicherten in Hamburg gezielt anschreiben und auf das Programm aufmerksam machen. Ein Vorteil dieser Kooperation sei, dass die Versicherten deutlich individueller behandelt werden können. Die Menschen könnten in ihrer vertrauten Umgebung behandelt werden, die Angehörigen und das Arbeitsumfeld können in die Behandlung mit eingezogen werden. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig.

Weitere Informationen finden Sie hier:
<https://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Hamburg/Aktuelle-Pressemitteilungen-Hamburg/151214-PsychVertrag/Psychische-Gesundheit-in-Hamburg-durch-ambulante-integrierte-Versorgung.html>

*Kontakt:
hamburg@dgvt.de, hamburg@dgvt-bv.de*

Hessen

Die Kammerliste „VT-AS“ (das steht für: Verhaltenstherapie - Angestellte, Selbstständige, AusbildungsteilnehmerInnen) wird bei der Wahl zur neuen Delegiertenversammlung der hessischen Kammer im Sommer 2016 wieder antreten. Die Liste wird angeführt von Heike Winter, der derzeitigen Vizepräsidentin der Kammer. DGVT und DGVT-BV sind auf der Liste vertreten, unter anderem durch Karl-Wilhelm Höffler, den DGVT-Landessprecher, der gegenwärtig im Kammervorstand zusammen mit dem Präsidenten Alfred Krieger die Fachgebiete „Psychotherapie in Institutionen (Angestellte)“ und „Finanzen“ vertritt.

Wer von den DGVT-Mitgliedern Interesse hat, bei dem Projekt „Kammerwahl“ mitzumachen und unsere Liste „VT-AS“ zu unterstützen, kann uns gerne eine Mail schicken an: hessen@dgvt.de. Im anstehenden Kammerwahlkampf werden wir die DGVT-Mitglieder bitten, als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unsere Informationsmaterialien weiterzugeben.

Kontakt:

Karl-Wilhelm Höffler

Landessprecher Hessen

Kontakt:

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

Mecklenburg-Vorpommern

Eigentlich müsste man dieser Tage eher über die politischen und kulturellen Erdrutsche auch und gerade in unserem Bundesland schreiben, statt ‚business as usual‘ zu betreiben. Immerhin kann ich berichten, dass auf der Informationsveranstaltung der Kassenerztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KV M.-V.) in Rostock am 20. Januar 2016 auch die medizinische Versorgung der hiesig ca. 20-25.000 Flüchtlinge thematisiert wurde. Regulär seien für die ersten 15 Monate ihres Aufenthaltes die staatlichen Gesundheitsämter zuständig, aber in M.-V. habe die KV bereits am 1. September 2015 einen Rahmenvertrag mit dem Land abgeschlossen, mit dem die KV freiwillig die ambulante Gesundheitsversorgung in Räumen der staatlichen Flüchtlingseinrichtungen übernahm. Die Haftung verbleibt beim Staat, Sprachmittler sind von den Einrichtungen zu stellen, Arzneimittelkosten laufen über die Sozialämter. Nach Verteilung der Flüchtlinge auf die Gemeinden seien die lokalen Sozialämter dann für all das zuständig, wenn sie nicht selber dem Rahmenvertrag beitreten, Rostock hat es z. B. gemacht. Ansonsten das Übliche, es muss ein Behandlungsschein vorliegen und Weiterüberweisungen müssen vom Sozialamt genehmigt werden. Auch wenn mit dem Wintereinbruch der Krankenstand gestiegen

sei, die meisten Flüchtlinge seien jung und recht gesund, die KV-Ärzeschaft sei der Aufgabe gewachsen.

Aktuell ist auch das Inkrafttreten z. B. des Krankenhausstrukturgesetzes, seine 6 Mrd. Finanzspritze stößt bei den KV-Oberern auf Unverständnis. Insbesondere weil nun sowohl für Portalpraxen als auch für Notfallambulanzen die KV-Töpfe angezapft werden. Dem Investitionsstau-Argument der Krankenhäuser stellte der KV-Vorsitzende Herr Rambow die 12,9%ige Gewinnsteigerung, z. B. des Asklepios Klinikkonzerns, gegenüber. In M.-V. sei der Anteil privater Häuser mit über 50% besonders hoch. Da arbeiten ja auch viele unserer angestellten PT-KollegInnen, hoffentlich kriegen sie wenigstens ein wenig von den Milliarden ab.

Last but not least, die eigenen Vergütungen: Nachdem die KV die ersten beiden Quartale 2015 ohne gültigen Honorarvertrag mit den Kassen auszahlen musste, hat nun das Schiedsgericht entschieden. Somit sind die 10,2718 Cent Punktwert uns allen nun sicher. Die Nachzahlungen würden mit der Honorarabrechnung des dritten Quartals 2015 Anfang Februar ausgezahlt werden. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) 2016 sei nun leichter zu verhandeln mit den Kassen, es laufe auf 4,4208 % Honorarzuwachs hinaus. Bei uns PsychotherapeutInnen kommt ja erfahrungsgemäß nur ein kleiner Anteil davon an. Unsere nicht genehmigungspflichtigen Leistungen (ngpL) werden 2016 weiter nur auf ca. 85% des Orientierungspunktwertes gestützt werden.

Bei den Terminservicestellen (TSS) sind wir PsychotherapeutInnen erst ab 2017 richtig dabei, aber für die somatischen Fachärzte wurde das Ganze ja bereits am 23. Januar 2016 scharfgeschaltet. Zwei Arbeitskräfte wurden von der KV M.-V. für die TSS angestellt. In M.-V. braucht ein/e Patient/in zuallererst mal eine A-, B- oder D-Überweisung (Vorstellungstermin binnen 1 Tag, 1 Woche oder 4 Wochen). Wenn er damit bei FachärztInnen nicht einen Termin innerhalb der nächsten 4 Wochen bekommt, kann er sich telefonisch oder brieflich dafür an die TSS der KV M.-V. wenden. Dort ver-

liert er jedoch die Vorteile der freien Arzt-Orts- und Terminwahl. Mit all diesen Infos könnt ihr jetzt eure PatientInnen beraten, wenn sie keine Facharzttermine kriegen.

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

Niedersachsen

Mitgliederversammlung der Landesgruppe Niedersachsen am 21.11.2015

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein Jahr vor dieser Mitgliederversammlung habe ich die Damalige noch als teilnehmendes Mitglied erlebt und nach vorne geschaut. Dieses Mal ging die Sicht in die andere Richtung. Perspektivenwechsel können schon spannend sein!

Wir organisierten die Mitgliederversammlung 2015 wieder im Stephansstift in Hannover und begannen mit einem Workshop zum Thema „*Soziale Netzwerke und Psychotherapie - Kann denn Facebook hilfreich sein?*“. Für dieses Thema konnten wir Prof. Dr. Michael Borg-Laufs von der Hochschule Niederrhein (Krefeld) gewinnen, der seit Jahren den Bereich der Sozialen Medien erforscht und sich intensiv mit sozialen Netzwerken (SNS) auseinandersetzt. Michael Borg-Laufs hat es zusammen mit den Teilnehmern geschafft den Workshop über einen lebendigen Mix aus Wissensvermittlung, Erfahrungsaustausch und Diskussion zu gestalten. Dabei vertrat er den Standpunkt, dass soziale Netzwerke mittlerweile fester Bestandteil der Gesellschaft sind und akzeptiert werden müssen. Eine rein kritische Haltung gehe am Leben der Menschen, mit denen wir arbeiten, vorbei und sei auch für therapeutische Beziehungen schwierig. Allerdings hatten fast alle Teilnehmer Erfahrungen mit sozialen Netzwerken und nutzen diese selber regelmäßig. Somit gab es wenig grundsätzliche Kritik an den SNS, für einige

Wenige zu wenig. Ich hatte den Eindruck, dass dafür einige KollegInnen erleichtert über die akzeptierende Haltung waren, denn häufig wird gerade im psychosozialen Bereich die Nutzung von Computer, Handy, Internet und sozialen Medien unter den Aspekten von Sucht und sozialer Isolierung im „echten Leben“ betrachtet und die potentiellen positiven Auswirkungen werden vernachlässigt. Auch hier zeigte sich, dass Perspektivenwechsel spannend sein können!

Nach einer kurzen Pause begannen wir dann mit der Mitgliederversammlung. Alexandra Klich begann mit einem Überblick über den DGVT-Verein sowie den DGVT-Berufsverband, und berichtete über die Arbeit in der Landesgruppe Niedersachsen. Die Themen, mit denen sich die Landesgruppe aktuell beschäftigt sind u.a. „Ausbildungsreform“, „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“, „Praxiswertermittlung“, „Honorare im kassenärztlichen System“ und das „Versorgungsstärkungsgesetz“.

Aber die Landesgruppe ist offen für neue Themen. Wenn Du also ein Thema hast, das Dich interessiert, kannst Du Dich gerne an der Landesgruppenarbeit beteiligen und Deine eigenen Themen einbringen oder an den Vorhandenen mitarbeiten! Natürlich im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten, die Du Dir vorstellst. Wir freuen uns immer über interessierte Kollegen und Kolleginnen, die einen Perspektivenwechsel für spannend halten! Erreichen kannst Du uns über: niedersachsen@dgv.de

Alexandra Klich, Susanne Ehrhorn und Michael Lingen berichteten aus der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer (PKN). Bei den Wahlen zu PKN haben wir erfolgreich abgeschnitten und einen Sitz mehr errungen. Somit sind wir mit 6 PP und 3 KJP in der Kammer vertreten. Die Funktionen und Besetzungen der Ausschüsse und Kommissionen durch unsere VertreterInnen können auf der Homepage der PKN nachgelesen werden. Herauszuheben ist, dass unsere Liste mit Jörg Hermann ein Vorstandsmitglied in der PKN stellt und sich Eric Leibling, Alexandra Klich und Susanne Ehrhorn die Aufgaben als unsere Delegierten auf dem

DPT teilen. Hervorheben möchte ich auch Michaels Bericht, dass unsere Kammerdelegierten erfolgreich für einen stabilen Kammerbeitrag 2016 eingetreten sind.

Die Diskussion mit den Mitgliedern über ihre Anliegen an die Landesgruppe und die Kammerdelegierten ergab zahlreiche, zum Teil gemeinsame Themen. Neben den Wünschen nach Seminaren zur beruflichen Zukunft (Approbation was nun? Neuapprobierte, Niederlassung, Praxisstart, unabhängige Informationen über Versicherungen) und zu professionellem Datenschutz soll das Thema „Finanzierung der Ausbildungsreform“ endlich transparenter angegangen werden. Das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ soll stärker in der Arbeit auf Landes- und Kammerebene berücksichtigt werden; eine Unterstützung im Bereich Entlastungsassistenten gegenüber der KV sowie eine Verbesserung der Zusammenarbeit der PKN mit der niedersächsischen Ärztekammer wurden gewünscht. Von der Kammer im Speziellen wird mehr Mitgliedernähe (Infos und Beratung) und eine Unterstützung im Bereich Assistenten gegenüber der KV erwartet. Insbesondere wurde eine Verhinderung der Inflation curricularer Weiterbildungen gefordert.

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Gesundheitspolitik gibt es seit einiger Zeit viel Bewegung. Endlich gab es im Honorarbereich eine Bewegung, auch wenn das Ergebnis nicht akzeptabel ist. Die beschlossenen Honorarerhöhungen entsprechen nicht der vom BSG in verschiedenen Urteilen geforderten gerechten Honoraranpassung und wir müssen weiter kämpfen. Zu dieser aktuellen Situation habe ich die KollegInnen mit einem, eigentlich viel zu kurzen, Vortrag informiert. Tatsache ist, dass wir als Niedergelassene weiterhin Widerspruch gegen die Honorarbescheide einlegen müssen, um unsere Interessen weiter wahren zu können. Hierzu stellt der DGVT-BV für die verschiedenen Bundesländer Widerspruchstexte zur Verfügung, die von unserer Juristin Kerstin Burgdorf auf dem aktuellen Stand gehalten werden.

Honorargerechtigkeit, psychotherapeutische Sprechstunde und Terminvergabestelle - es gibt viele Themen, auf die wir über die KV Einfluss nehmen müssen. In 2016 werden wir bundesweit KV-Wahlen haben. In Niedersachsen wird die Wahl voraussichtlich im November 2016 stattfinden. Petra Voges ist aktuell unsere Vertreterin in der Vertreterversammlung (VV) der KV, und wir wollen auch in der zukünftigen VV vertreten sein. Hierzu befinden wir uns in Wahlvorbereitungen. Aber wir können nur erfolgreich sein, wenn Ihr Mitglieder uns helft! Wir werden euch über die Vorbereitungen informieren und bitten euch, dass Ihr unsere KandidatInnen unterstützt, indem ihr sie wählt und auch selbst im KollegInnenkreis für sie werbt. JEDE STIMME ZÄHLT!

Alexandra und Susanne informierten anschließend über verschiedene anstehende Veranstaltungen. Der 29. DGVT-Kongress mit dem Titel „*The Dark Side of the Moon*“ findet vom 24.-28. Februar 2016 in Berlin statt. Auf der DGVT-Homepage gibt es hierzu mehr Infos. Susanne berichtete über das anstehende BptK-Symposium „*Was ist eine Praxis wert*“ und stellte den aktuellen Stand der Diskussion zur Praxiswertermittlung dar.

Am Ende stand noch die neue Landessprecherwahl an, mit deren Leitung ich von der Versammlung beauftragt wurde. Die Amtszeit von Susanne Ehrhorn lief aus und Susanne hatte sich aus familiären Gründen dazu entschlossen, zunächst etwas kürzer zu treten. Wir bedanken uns ganz herzlich für ihre Jahre lange engagierte Arbeit im LS-Team! Mit Tatjana Rieger wurde einstimmig eine Nachfolgerin gewählt, die bereits länger in der Landesgruppe engagiert mitgearbeitet hatte und die wir herzlich im Landessprecherteam begrüßen!

André Podziemski
Landessprecher Niedersachsen
Kontakt:
niedersachsen@dgvt.de;
niedersachsen@dgvt-bv.de

Nordrhein-Westfalen

Die Landesgruppe NRW der DGVT hatte sich im letzten Jahr vorgenommen, einen Weg zu fördern, der verhindert, dass bei der Praxisweitergabe Kassensitze eingezogen werden können. Dazu sollte zunächst eine Vernetzung von Kolleginnen und Kollegen erreicht werden. Gerade in Städten wie Düsseldorf, Köln, Bonn und Dortmund, die hohe rechnerische Versorgungsgrade haben, wollten wir uns um eine Vernetzung von Praxen, die in der nächsten Zeit abzugeben sind, von Praxen, die Anstellungsmöglichkeiten auf Zeit bieten können und von jungen Kolleginnen und Kollegen, die über den Weg einer Anstellung in die Niederlassung zu gehen bereit sind, bemühen. Wir könnten dann auch erfahrene Anwälte und Steuerberater vermitteln, die bei der Praxisübergabe begleiten können.

Zunächst hatten wir Kolleginnen und Kollegen, die sich für diesen Weg entschieden haben, angeboten, sich bei der Landesgruppe NRW zu melden. Wir hatten vor, regionale Treffen zu organisieren, die zur Information und zur Vernetzung dienen sollten.

Leider hatte dieser Aufruf kaum Resonanz. Es haben sich nur vereinzelt junge Kollegen und Kolleginnen gemeldet, die auf der Suche nach einem Praxissitz sind. Wir fragen uns, ob die Komplexität des beschriebenen Weges dazu führt, diesen nicht beschreiten zu wollen? Vielleicht liegt es auch daran, dass immer noch Praxisweitergaben erfolgreich durch die Zulassungsausschüsse gehen? Eine Änderung dieser Praxis steht jedoch ins Haus. Dann sollten wir so aufgestellt sein, dass wir damit umgehen können. Vielleicht gelingt es uns stattdessen, in den Städten mit hoher rechnerischer Versorgungsrate Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Auch darüber wäre eine Sicherung von Praxissitzen möglich. Ältere KollegInnen können, wenn sie eine Aufgabe ihrer Tätigkeit in den nächsten Jahren planen, mit ihrem Sitz in das MVZ eintreten und dort ihre Tätigkeit reduzieren. Die Nach-

folge kann dann dort über eine Anstellung im MVZ erfolgen.

Wir fordern Sie auf, uns bei dieser Initiative zu unterstützen. Sie können sich unter nrw@dgvt.de gerne bei uns melden.

Wir möchten dieses Thema auch auf unserer regionalen Mitgliederversammlung der DGVT-Mitglieder in NRW erörtern. Diese wird am 18. März um 18:30 Uhr in Dortmund stattfinden. Eine gesonderte Einladung erfolgt noch über den Mailverteiler. Wir werden auf dieser Mitgliederversammlung auch über die anstehenden KV-Wahlen informieren. Ein weiteres Thema werden Fragen im Zusammenhang mit der Tätigkeit als angestellte/r PsychotherapeutIn sein. Der Angestelltenbereich wirft immer wieder besondere Fragen auf, die wir versuchen werden zu bearbeiten.

Die letzte Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat ergänzend zu der einkommensabhängigen Beitragsordnung einen Grundbeitrag von 70 € beschlossen. Dies war erforderlich, weil die Einnahmen aus den Beiträgen nicht kostendeckend waren. Das wurde damit begründet, dass die Einkommensverhältnisse der Kammermitglieder zu hoch eingeschätzt wurden und eine zu großzügige Regelung zum Erlass des Beitrags erfolgt war. Durch einen Grundbeitrag werden nun alle Kammermitglieder an der Finanzierung der Kammer beteiligt. Die DGVT-Fraktion hatte sich gegen die einkommensabhängige Beitragsordnung gestellt und für ein Festhalten am Regelbeitrag plädiert, den wir auf 450 € anzuheben bereit gewesen wären. Den Mitgliedern sollte dann ermöglicht werden, den Beitrag auf Antrag einkommensabhängig zu mindern. Wir konnten uns mit diesem Modell, das eine Reihe von Vorteilen hätte, allerdings nicht durchsetzen. Die jetzt beschlossene Regelung führt dazu, dass der Maximalbeitrag auf 770 € steigt. Der Mindestbeitrag liegt bei 70 €. Die DGVT-Fraktion ist am Vorstand beteiligt, der sich zu diesem pragmatischen Vorgehen entschlossen hatte, um die Handlungsfähigkeit der Kammer zu sichern. Sicher ist damit nicht das letzte Wort über die Beiträge ge-

sprochen. Die einkommensabhängige Beitragsordnung steht auf dem Prüfstand.

*Johannes Broil
Landessprecher Nordrhein-Westfalen und
Delegierter der Psychotherapeutenkammer
NRW*

*Kontakt:
nrw@dgvt.de; nrw@dgvt-bv.de*

Rheinland-Pfalz

Wir trauern um den Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Alfred Kappauf, der am 01.02.16 plötzlich verstorben ist.

Mit Weitsicht und Beharrlichkeit hat er seit 2002 die Geschicke der LPK gelenkt und dazu beigetragen, den Berufsstand der Psychotherapeuten im Gesundheitssystem stärker zu verankern.

Wir werden seinen Humor, seine Geduld und seinen Rat schmerzlich vermissen.

Andrea Benecke und Sabine Maur

Neues Maßregelvollzugsgesetz beschlossen

Sozusagen als Weihnachtsgeschenk wurde am 22.12.15 die Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes vom Landtag in Rheinland-Pfalz beschlossen. Es trat am 01.01.2016 in Kraft. Man darf getrost sagen, dass es zu den modernsten Maßregelvollzugsgesetzen in der Bundesrepublik gehört, insbesondere was die Stellung der PsychotherapeutInnen anbelangt. Wie kam es dazu?

In einem Gesetzgebungsverfahren werden die Vertretungen der betroffenen Berufsgruppen und viele weitere ExpertInnen zu einer Stellungnahme aufgefordert. Es soll dargestellt werden, was am gültigen Gesetz verbesserungsbedürftig ist und es sollen gewünschte Veränderungen skizziert und begründet werden. Für die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) wurde die Stellungnahme mit maßgeblicher

Unterstützung durch Herrn Christoph Schmitt, der auf unserer TIMO-Liste kandidiert hatte, und seiner Kollegin, Fr. Kubath-Schmenger, geschrieben. Damit war die Grundlage gelegt für die Forderungen an die Parteien und die Landesregierung, was sich aus psychotherapeutischer Sicht verändern und verbessern sollte. Diese Stellungnahme fiel als „Saat“ auf einen gut vorbereiteten „Boden“, den der Vorstand der LPK RLP über Jahre beackert hatte: in vielen Gesprächen mit dem gemeinsamen Ziel einer guten psychotherapeutischen Versorgung der Rheinland-Pfälzer war die Kammer ein verlässlicher, gern gefragter und geschätzter Partner geworden, dessen Meinung (z.B. über solche Stellungnahmen) zählt. So wurden viele Anregungen in diesem Prozess aufgenommen, man ging sogar darüber hinaus. Zum ersten Mal ist in einem Maßregelvollzugsgesetz vorgesehen, dass auch PsychotherapeutInnen Einrichtungen (!) des Maßregelvollzugs leiten können/dürfen. Dies ist nicht mehr Ärzten allein vorbehalten.

§ 4 regelt: *Die ärztliche oder psychotherapeutische Leitung der Einrichtung, bei selbstständigen Abteilungen die fachlich unabhängige ärztliche oder psychotherapeutische Leitung der Abteilung, ist zugleich Unterbringungsleitung.*

Die Unterbringung von Jugendlichen muss anerkannten aktuellen Standards der jugendpsychiatrischen und jugendpsychotherapeutischen Behandlung entsprechen (§ 6).

Es muss mindestens eine Fachkommission gebildet werden, die die Einrichtungen nach Möglichkeit jährlich, mindestens aber alle zwei Jahre besucht und die Einhaltung der Vorgaben und der Rechte der Untergebrachten überprüft. Diese Kommissionen sind unabhängig, weisungsfrei, können unangemeldet eine Einrichtung besuchen und müssen ungehinderten Zugang zu den Untergebrachten in den Einrichtungen bekommen. In diese Fachkommission muss zwingend eine PsychotherapeutIn berufen werden. Bei Überprüfungen von Einrichtungen, in denen Jugendliche untergebracht sind, muss ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut berufen werden (§ 10). Zudem

muss die Hälfte der Berufenen Frauen sein (!). Dies gilt auch für die zu berufenden Beiräte, die jede Einrichtung bilden muss. Mit dieser letztgenannten Forderung setzt das Land konsequent den Weg einer paritätischen Besetzung von Frauen und Männern fort, der schon im Heilberufegesetz eingeschlagen wurde.

Weiterhin ist geregelt, dass die untergebrachte Person Anspruch hat auf eine individuelle Behandlung der Anlasserkrankung entsprechend dem anerkannten Stand des aktuellen medizinischen, *psychotherapeutischen*, pflegerischen und pädagogischen Wissens.

So wurde die Berufsgruppe der Psychotherapeuten konsequent der der Ärzte gleichgestellt, was im Landeskrankenhausgesetz noch nicht so klar gelungen ist. Auch das Recht auf eine psychotherapeutische Versorgung in der Einrichtung ist klar in allen Bereichen verankert. Wir dürfen uns mit Recht sehr freuen über diesen, bisher deutschlandweit einmaligen Erfolg.

Die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz

Dies ist eine weniger schöne Materie. Immer wieder kommt der Kammer zu Ohren, dass im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes Anträge auf Psychotherapie abgelehnt werden. Für die Bewilligung in diesem Gesetzesrahmen sind die Gesundheitsämter zuständig, die offenbar ziemlich unterschiedlich entscheiden. So ist es im Kreis Mainz-Bingen praktisch unmöglich, einen Antrag z.B. zur Behandlung einer PTSD durchzubekommen, in anderen Kreisen scheinen sie einigermaßen problemlos genehmigt zu werden. In einem Gespräch mit Mitarbeitern eines Gesundheitsamts wurde klar, dass man psychische Erkrankungen nicht zu den akuten Erkrankungen zählt und dass eine naturgemäß über mehrere Stunden zu erfolgende Behandlung keine Akutbehandlung sein kann (denn für eine Akutbehandlung brauche man nur 2 bis höchstens 3 Stunden). Sehr ähnliche Erfahrungen machen übrigens die Zahnärzte, die zwar akute entzündete

Zähne aufbohren, aber nicht adäquat zu Ende behandeln dürfen. In einem Gespräch aller Kammern, KVen und einiger Verbände hat Andrea Benecke diesen unhaltbaren Zustand der Gesundheitsministerin, Fr. Bätzing-Lichtenthäler, geschildert. Ihr war unmittelbar klar, dass die Nicht-Behandlung im längeren Verlauf viel Leid für die Flüchtlinge bedeutet, aber auch die Integration deutlich erschwert. In RLP hat das Land allerdings keine Weisungsbefugnis gegenüber den Kommunen, so dass nur Gespräche mit den jeweiligen kommunalen VertreterInnen Abhilfe schaffen können. Der Präsident, Alfred Kappauf, machte diese Zustände auch gegenüber der Ministerpräsidentin deutlich.

Von diesen Schwierigkeiten abgesehen stehen die PsychotherapeutInnen sehr gerne zur Behandlung von Flüchtlingen zur Verfügung. Bei den vier Kammerversammlungen zu den Rahmenbedingungen zur Behandlung im zweiten Halbjahr 2015 nahmen ca. 300 PsychotherapeutInnen teil. Der Workshop zur Begutachtung von Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen war im Handumdrehen ausgebucht. Herzlichen Dank an dieser Stelle für dieses tolle und vorbildliche Engagement! Der Kammervorstand wird weitere Veranstaltungen planen und durchführen und sich für bessere Rahmenbedingungen auf Landes- und kommunaler Ebene einsetzen.

Und hier noch einige Veranstaltungstermine:

21. März 2016, 18:30 Uhr: Treffen der DGVT Rheinland-Pfalz gemeinsam mit den Mitgliedern der TIMO-Liste. Im Mittelpunkt werden die nahende Kammerwahl (Ende 2016) und die damit verbundenen Aktivitäten stehen. Ort: Psychologisches Institut der Uni Mainz, Wallstr. 3 (gesonderte Einladung kommt noch).

10. März 2016, 19:00 Uhr: Veranstaltung mit der KV Rheinland-Pfalz zum Thema „Zulassungsrecht“. Der Veranstaltungsort wird in der Einladung bekanntgegeben.

Wir möchten auch noch einmal auf die neue *Mailingliste* für die DGVT-Mitglieder in Rheinland-Pfalz (rlp-netz@dgvt-bv.de) hinweisen. Über diese Mailingliste sind schnelle Informationen und ein kollegialer

Austausch möglich. Wer daran Interesse hat, kann sich gerne per Mail an info@dgvb-bv.de oder per Telefon (07071/9434-10) anmelden.

*Sabine Maur und Andrea Benecke
Landessprecherinnen Rheinland-Pfalz*

*Kontakt:
rheinland-pfalz@dgvb.de
rheinland-pfalz@dgvb-bv.de*

Sachsen

Was besagt das Asylbewerberleistungsgesetz für die Versorgung psychischer Störungen bei Asylbewerbern? Ein Leitfaden aus Sachsen

(ja). Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) hat gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer, den beteiligten Staatsministerien, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie der Sächsischen Krankenhausgesellschaft als erstes Bundesland eine Interpretationshilfe für die medizinische Versorgung von Asylbewerbern vorgelegt.

In einem umfassenden Katalog bietet die Interpretationshilfe für viele Fälle konkrete Hinweise, die den Ärzten und Psychotherapeuten die Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) erleichtern soll. Insbesondere die Behandlung häufiger chronischer Erkrankungen ist hier geregelt. Die Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was nach AsylbLG als „ausreichend“ zu bezeichnen ist, es gilt also in jedem Fall das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Leistungen müssen ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Für PsychotherapeutInnen ist vor allem Abschnitt 15 (Psychiatrie) interessant. Dort sind die folgenden Hinweise aufgeführt:

- 1) Für PatientInnen mit Angst, Depressionen und Traumafolgestörungen gilt, dass ausschließlich bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung ohne Kostenzusage eingewiesen werden kann, ansonsten wird eine Kostenzusage benötigt.

Die Verordnung von Medikamenten ist nur in Absprache mit einem Facharzt für Psychiatrie/ Psychosomatik zur Verhinderung einer Dekompensation ohne Kostenzusage möglich. Eine psychotherapeutische Krisenintervention ist ausschließlich mit Kostenzusage möglich.

- 2) Für PatientInnen mit Suchterkrankungen gilt, dass bei bekannter Abhängigkeit abgewartet werden muss, bis der Patient im Entzug ist, dann kann eine notfallmäßige Einweisung erfolgen. Vorher erfolgt keine Herausgabe oder Rezeptierung von Medikamenten. Eine stationäre Entgiftung ist nur nach psychiatrischer FA-Untersuchung oder Untersuchung eines Suchtmediziners mit vorab einzuholender Kostenzusage möglich. Eine ambulante Substitutionstherapie bedarf einer Kostenzusage.

Die vollständige Interpretationshilfe finden Sie hier:

http://www.asylinfo.sachsen.de/download/asyl/AsylbLG_Gesundheitsversorgung_Interpretationshilfe.pdf

Weitere Informationen zur medizinischen Versorgung von Asylbewerbern finden Sie hier: <http://www.slaek.de/de/06/faq.php>

*Kontakt:
sachsen@dgvb.de;
sachsen@dgvb-bv.de*

Schleswig-Holstein

In den letzten Wochen bestimmten die Nachwirkungen der Kammerwahl 2015 die Aktivitäten der DGVT-Landesgruppe in Schleswig-Holstein. Mit diesen Wahlen ging eine achtjährige Episode zu Ende, in der die Politik der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein maßgeblich durch uns mitbestimmt wurde. Da unser Wahlbündnis KAM ON bei den zurückliegenden Wahlen leider einen Sitz verlor, hätten wir nur dann eine Chance gehabt auch weiterhin am Kammervorstand beteiligt zu sein, wenn die

Weichen unserer politischen Gegner (die DPtV) auf Kooperation gestanden hätten. Stattdessen pflegt die DPtV in Schleswig-Holstein lieber ihre alten Traditionen und verweigert, wie in allen vorausgegangenen Wahlperioden auch, vollständig die Kooperation. Dass sie damit ca. 45% des Wählerwillens ignoriert, scheint sie nicht zu stören. Wir werden sehen, wie sich das auswirken wird.

Für KAM ON sitzen in der neuen Kammerversammlung Detlef Deutschmann (DGVT/DGVT-BV), Juliane Dürkop (BDP/VPP), Frank Godbersen (BDP/VPP), Uli Kruse (BDP/VPP), Dr. Claudia Overath (ohne Verbandszugehörigkeit), Bernd Schäfer (DGVT/DGVT-BV), Dr. Klaus Thomsen (BDP/VPP und DGVT/DGVT-BV) und Diana Will (DGVT/DGVT-BV). Wir haben uns verabredet, eine sehr aktive Oppositionsrolle zu spielen und haben damit auch bereits begonnen. Noch vor Weihnachten wurde Ihnen der erste KAM ON – Newsletter zugeschickt. Da wir nicht mehr die Möglichkeit haben über die Veröffentlichungen der Kammer unsere Politik in der interessierten Öffentlichkeit zu kommunizieren, haben wir uns für dieses Medium entschieden. Der Newsletter steht auch auf der Länderseite der DGVT-Homepage

(<http://www.dgvt.de/aktuell/verein/landesgruppen/einzelne-laender/schleswig-holstein/>).

Und wenn Sie sicher gehen wollen, dass Sie ihn quasi „druckfrisch“ erhalten, können Sie ihn auch abonnieren (schleswig-holstein@dgvt.de). Er wird Ihnen dann vom Redaktionsteam direkt per Mail zugeschickt und Sie haben die Möglichkeit, den Mitgliedern des Redaktionsteams auch direkt zu antworten. Auf solche Antworten freuen wir uns. Wie in Vorstandsverantwortung auch, brauchen wir in der Opposition Ihre Rückmeldungen und Anregungen. Sie können so Einfluss darauf nehmen, wie wir unsere Rolle in der Kammerversammlung ausfüllen.

Es ist sicher auch an der Zeit, etwas längerfristiger zu denken. Im Jahr 2020 sind die nächsten Kammerwahlen. Die Wahlperiode geht dann bis 2025. Bisher ist die Kammerlandschaft in Schleswig-Holstein immer

noch von denselben Personen geprägt, die bereits in der Vorbereitungs- und Gründungsphase der Kammer Verantwortung trugen. Aber auch Kammerfunktionäre werden älter und es ist keinesfalls klar, wer aus diesem Personenkreis in 2020 noch einmal antreten wird, um für dann weitere fünf Jahre Verantwortung zu übernehmen. Und sich ein Jahr vor einer Wahl auf die Suche nach geeigneten KandidatInnen zu machen, ist erfahrungsgemäß häufig frustrierend. Mangelnde Zeit aber auch das Gefühl, sich nicht hinreichend kompetent zu fühlen sind die wichtigsten Argumente, mit denen dann Absagen begründet werden. Zumindest gegen Letzteres kann man relativ einfach etwas tun.

Fangen Sie doch einfach heute mit dem Kompetenzerwerb an. Engagieren Sie sich in der DGVT-Landesgruppe, nehmen Sie mit uns Kontakt auf, kommen Sie zu unseren Treffen. Engagement in der Entwicklung unseres Berufsstandes und des Gesundheitssystems ist keine Geheimwissenschaft, die Entwicklungen haben aber massiven Einfluss auf Ihre berufliche Tätigkeit. Ergreifen Sie die Möglichkeit, aktiv daran mitzuwirken.

In diesem Sinne freuen wir uns auf ein erfolgreiches Jahr 2016.

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

Aus den Krankenkassen

Krankenkassenbeiträge: Rot-Grüne Bundes- ratsinitiative zur Wiederher- stellung der paritätischen Finanzierung

Zusammen mit Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen hat das rot-grün regierte Rheinland-Pfalz über den Bundesrat einen Entschließungsantrag eingereicht, in dem die Bundesregierung aufgefordert wird, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder hergestellt wird.

Es dürfe nicht sein, dass eine Erhöhung der Beiträge allein den Beschäftigten aufgebürdet werde, sagte Ministerpräsidentin Malu Dreyer (SPD) schon vor einigen Wochen in Mainz nach einer Kabinettsitzung. „Das ist ein Gerechtigkeits Thema.“ Sie kündigte dann eine Bundesratsinitiative an, die sie am 22. Januar mit der Drucksache 40/16 umgesetzt hat.

Zwei weitere Initiativen zur paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge liegen von der Fraktion der Linken (Drucksache 18/7237) und Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 18/7241) aus dem Bundestag vor.

Auszug aus der Begründung von Bündnis 90/Die Grünen:

„Die paritätische Finanzierung mit der jeweils hälftigen Aufbringung der Beiträge durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einerseits und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern andererseits wurde schon im Jahr 1951 eingeführt und hatte über 50 Jahre Bestand. Erst im Jahr 2005 kam es mit der Einführung eines Sonderbeitragssatzes zu einem ersten Ungleichgewicht. Bis 2015 zahlten die Arbeitgeber 7,3% und die Versicherten 8,2% des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5%. Den allgemeinen Beitragssatz senkte

die Regierung 2015 auf 14,6%. Die so gezielt aus dem allgemeinen Beitragssatz erzeugte Unterdeckung im Gesundheitsfonds sollte den Umstieg in einen Zusatzbeitragssatz erzwingen, den allein die Versicherten bezahlen. Auch weitere Beitragssteigerungen, die nach Verzehr der Rücklagen des Gesundheitsfonds zwangsläufig durch den demographischen Wandel und durch medizinischen Fortschritt entstehen, werden zukünftig allein von den Versicherten zu stemmen sein. Bereits ein Jahr nach Inkrafttreten des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz zeichnet sich eine deutliche Erhöhung der ab 2015 eingeführten kassenindividuellen Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen ab. Im Durchschnitt steigen sie zum Jahr 2016 um 0,2% auf insgesamt 1,1%. Viele Krankenkassen werden einen noch höheren Zusatzbeitragssatz von bis zu 1,5% verlangen müssen, um die gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen zu finanzieren. Und diese anstehende Erhöhung ist nur ein weiterer Schritt in einer langen Reihe an künftigen Beitragssatzsteigerungen. Der GKV-Spitzenverband rechnet damit, dass der Beitragssatz bis 2019 noch auf bis zu 16,4% ansteigen wird. Dies würde eine Mehrbelastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von 1,8% bedeuten.

Neben der Wiederherstellung der Parität ist eine breitere, stabilere und verlässlichere finanzielle Basis für unser Gesundheitswesen durch eine Bürgerversicherung notwendig, die mehr Solidarität für alle schafft. Schon heute gehören 90% aller Deutschen dem Solidarsystem an; in anderen europäischen Ländern ist es die gesamte Bevölkerung. Insgesamt kann die Beitragsbelastung mit dem grünen Modell der Bürgerversicherung sogar gesenkt und dann stabilisiert und eine gute und hochwertige Versorgung für alle garantiert werden. Davon profitieren auch die Arbeitgeber.“

Waltraud Deubert

Präventionsbericht 2015: Krankenkassen geben 10% mehr für Prävention aus

Im vergangenen Jahr haben die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement für die Gesundheitsförderung und Primärprävention deutlich gesteigert: 293 Mio. Euro gaben sie in 2014 für Maßnahmen in diesen Leistungsbereichen aus – und damit 10% mehr als im Vorjahr.

(wd). Wie aus dem aktuellen Präventionsbericht hervorgeht, haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2015 mit knapp 68 Mio. Euro besonders viel in die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung investiert. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg um 24%. Rund 1,2 Mo. Beschäftigte konnten mit den Maßnahmen in rund 11.000 Betrieben erreicht werden. Über ein Drittel dieser Aktivitäten fanden im verarbeitenden Gewerbe statt, gefolgt von 18% im Gesundheits- und Sozialwesen.

Um Menschen verschiedener Herkunft und mit unterschiedlichem sozialen Status erreichen zu können, sind auch Maßnahmen in Kindergärten, Schulen, Wohngebieten und Stadtteilen - so genannten Settings - von großer Bedeutung für die Prävention. In 23.000 solcher Settings haben die Kassen 2014 gesundheitsfördernde Aktivitäten unterstützt und dabei 2,2 Mio. Menschen erreicht. Sie machten sich mit rund 32 Mio. Euro in diesem Bereich stark und steigerten damit hier die Ausgaben im Vergleich zu 2013 um 7%.

An den individuellen Kursangeboten der Krankenkassen haben 1,7 Mio. Menschen im Jahr 2014 teilgenommen - dies entspricht einer Steigerung von 16%. Im Mittelpunkt standen Kurse zur Bewegungsförderung und zur Stressbewältigung. Mit rund 193 Mio. Euro förderten die Krankenkassen diese Individualkurse. Das sind 6% mehr als im Vorjahr.

Mit dem Thema "Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen" wurde

im aktuellen Präventionsbericht ein Schwerpunkt gesetzt. Arbeitslose sind eine wichtige Zielgruppe, weil sie in vielen Fällen einen schlechteren Gesundheitszustand und mehr gesundheitliche Beschwerden haben. Arbeitslose Menschen können durch die Verzahnung von Arbeitsförderungsmaßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten gut erreicht werden - dies zeigte die seit 2014 laufende modellhafte Zusammenarbeit von Krankenkassen und Jobcentern.

Den Präventionsbericht 2015 und den dazu gehörigen Tabellenband finden Sie auf den Seiten des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de oder des MDS unter www.mds-ev.de im Internet.

Quelle:

Gemeinsame Pressemitteilung des MDS und des GKV-Spitzenverbandes vom 2. Dezember 2015: Krankenkassen geben zehn Prozent mehr für Prävention aus.

Aktuelle Studien der DAK und der Barmer GEK

DAK-Studie: Die Angst vor Demenzerkrankungen und ihre Ursachen

(ja). Im November 2015 wurden in einer Studie des Forsa-Instituts für die DAK Gesundheit 3.500 Personen in Bezug auf ihre Angst vor verschiedenen Erkrankungen befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Befragten am meisten Angst vor einer Krebserkrankung haben (68%). Am zweithäufigsten wurde die Angst vor einer Demenzerkrankung genannt (50%). Die Furcht vor einem Unfall, einem Schlaganfall (jeweils 48%) oder einem Herzinfarkt (41%) ist etwas geringer. Die Angst vor psychischen Erkrankungen kommt mit 30% an siebter Stelle.

Während die Angst vor einer Krebserkrankung bei den jüngeren Befragten am größten ist (73% bei den 14-44-Jährigen) und bei den älteren Personen etwas zurückgeht (60% bei den über 60-Jährigen), zeigt

sich bei der Sorge vor Demenz ein umgedrehtes Bild. Hier wächst die Angst mit steigendem Alter (45% bei den jüngeren und 55% bei den älteren Befragten).

Die Befragten gaben an, dass die Sorge vor Demenz daher kommt, dass diese Erkrankung jeden Menschen treffen kann (71%) und die Betroffenen auf Pflege angewiesen sind (70%). 48% der Befragten fürchteten sich am meisten vor einer Demenzerkrankung, weil die Krankheitsfälle so stark anstiegen. 34% nannten Medienberichte als Grund.

Laut DAK leiden aktuell 1,5 Mio. Menschen unter einer Demenz. Es wird erwartet, dass sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf etwa 3 Millionen erhöht. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. lässt sich dieser Anstieg dadurch erklären, dass es aufgrund der demographischen Entwicklung zu mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen unter den bereits Erkrankten kommt.

Dies ist für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung durchaus von Bedeutung. Erstens wird die Gerontopsychologie in den nächsten Jahren eine immer bedeutsamere Rolle spielen und zweitens ist anzunehmen, dass die Anzahl der pflegenden Angehörigen steigen wird. Pflegende Angehörige sind starken Belastungen ausgesetzt, die nicht nur körperliche, sondern auch psychische Folgen haben können.

Weitere Informationen finden Sie hier:
https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

DAK Umfrage: Die Mehrheit der Bevölkerung wünscht sich weniger Stress

(ja). Nach einer aktuellen Befragung der DAK wünscht sich die Mehrheit der Befragten für 2016 weniger Stress. 62% der Befragten nehmen sich für das kommende Jahr vor, gezielt Stress abzubauen oder zu vermeiden. Vor drei Jahren waren es noch 57%.

Dieses Thema scheint vor allem für die 30-59-jährigen bedeutsam zu sein. 70% der

Befragten in dieser Altersgruppe gaben an, dass sie 2016 gezielt daran ansetzen möchten. Jede zweite Frau gab an, dass sie sich mehr Zeit für sich selbst nehmen möchte.

Weitere Informationen finden Sie hier:
<http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage-1740646.pdf>

Studie der DAK und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen zu den Folgen intensiver Computernutzung bei Jugendlichen

(ja). Im Auftrag der DAK und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen hat das Forsa-Institut 1.000 Eltern zum Internet- und Computergebrauch ihrer 12-17-jährigen Kinder befragt. Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass viele Jugendliche den Computer und das Internet sehr intensiv nutzen, was in vielen Haushalten zu Problemen führt.

Die durchschnittliche Internetnutzung der Jugendlichen wurde bei einem normalen Werktag auf 2,6 Stunden geschätzt, wobei die Dauer der Internetnutzung mit steigendem Alter auch ansteigt (12-13-Jährige: 2,0 Stunden, 16-17-Jährige: 3,3 Stunden). Am Wochenende sitzen die Jugendlichen im Durchschnitt 3,7 Stunden am Computer. Wieder zeigen sich Unterschiede in Bezug auf das Alter (12-13-Jährige: 3, Stunden, 16-17-Jährige: 4,5 Stunden). Es zeigte sich auch, dass Kinder von Alleinerziehenden im Vergleich zur Gesamtstichprobe länger nutzen (Werktag: 3,4 Stunden, Wochenende: 4,5 Stunden).

Die Jugendlichen verbringen die Zeit vor dem Computer hauptsächlich damit Videos anzusehen, Online- bzw. Computerspiele zu spielen, zu Chatten oder sich in sozialen Netzwerken auszutauschen. Während Jungen die Zeit am häufigsten mit Computer- und Online-Spielen verbringen, nutzen Mädchen das Internet am häufigsten zum Chatten. Die meisten Jugendlichen dürfen spätestens ab 12 Jahren das Internet selbstständig nutzen (ab 10 Jahre: 17%, ab

11 Jahre: 19%, ab 12 Jahre: 28%). Oft werden keine Regeln beim Umgang mit dem Computer und dem Internet vereinbart (51%). Bei Jungen werden häufiger Regeln vereinbart (55%) als bei Mädchen (41%). Gefragt wurde auch nach dem Ort der Nutzung (71% ohne Regelung) und den Inhalt der Nutzung (32% ohne Regelung). 42% der Eltern gaben außerdem an, dass sie zwar Regeln hätten, diese aber nicht „voll und ganz“ umsetzen würden.

49% der Befragten gaben an, dass ihre Kinder länger online bleiben würden, als sie es sich vorgenommen hätten. 22% der Kinder reagieren ruhelos, launisch, niedergeschlagen und gereizt, sie versuchen die Internetnutzung zu vermindern oder ganz aufzuhören. Ungefähr jedes zehnte Kind verwendet das Internet, um vor Problemen zu fliehen. 11% der Befragten gaben an, dass ihr Kind mehrfach erfolglos versucht hat, die Internetnutzung zu reduzieren. Bei 7% der Kinder gefährdet die Onlinewelt eine wichtige Beziehung oder eine Bildungschance. In jeder dritten Familie sorgt die Internetnutzung manchmal bis häufig für Streit. Dies betrifft vor allem Kinder im Alter zwischen zwölf und dreizehn Jahren. Interessanterweise zeigte sich ein deutlicher Geschlechterunterschied Jungen sind doppelt so häufig betroffen als Mädchen.

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Vermittlung von Medienkompetenz sowohl bei den Eltern als auch bei den Jugendlichen ein guter Ansatz für präventive Maßnahmen wäre. Kindern und Jugendlichen sollte frühzeitig ein sorgsamer Umgang mit dem Computer und dem Internet beigebracht werden, sodass sie potenzielle Risiken auch selbst erkennen können.

Weitere Informationen finden Sie hier:
http://www.dak.de/dak/bundes-themen/Internetsucht_im_Kinderzimmer-1728418.html
www.computersuchthilfe.info
www.dak.de/internetsucht

PädExpert: Barmer GEK entwickelt Telemedizin-System zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen

(ja). Die Barmer GEK hat zusammen mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) PädExpert entwickelt. Dabei handelt es sich um ein Telemedizin-System, das die Behandlung von Heranwachsenden und Jugendlichen mit chronischen und seltenen Erkrankungen, wie beispielsweise Zöliakie und Rheuma, verbessern soll. Mit PädExpert können niedergelassene Kinder- und Jugendärzte ab sofort einen pädiatrischen Facharzt online zu Rate ziehen, um unklare Diagnosen abzusichern und die Behandlung abzustimmen. Damit sollen sie innerhalb von 24 Stunden die Einschätzung eines Experten/einer Expertin einholen können.

Laut Barmer GEK wurde hierfür ein eigenes IT-Verfahren entwickelt, das einen bestmöglichen Datenschutz garantieren soll. Bei der Übertragung von Anfragen von einem Arzt zum anderen werden die persönlichen Daten des Patienten von den medizinischen Daten vor der verschlüsselten Übertragung getrennt und auf verschiedenen physikalischen Servern in Deutschland gespeichert.

Das Programm wurde in den letzten drei Jahren von Kinder- und Jugendärzten in Bayern getestet und soll im Laufe des Jahres bundesweit verfügbar sein.

Nach Dr. Mani Rafii, Vorstandmitglied der Barmer GEK wird durch PädExpert die medizinische Versorgung optimiert, vor allem auf dem Land, da sich die Versicherten lange Anfahrtswege und Wartezeiten beim Spezialisten sparen können.

Es ist zu vermuten, dass zukünftig vermehrt Angebote dieser Art von den Krankenkassen entwickelt werden. Inwieweit dies tatsächlich zur versprochenen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung führt bleibt abzuwarten.

Weitere Informationen finden Sie hier:
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Presse-mitteilungen/160107-PaedExpert/PDF-Pressemappe,property=Data.pdf>

Berufspolitische Informationen für Niedergelassene

Aus unseren Mailinglisten: ...zur Behandlung transidenten (transsexueller) Menschen

Redaktionelle Vorbemerkung: In unseren verschiedenen Mailinglisten finden sich immer wieder interessante Diskussionen oder informative Berichte. Wir haben uns entschlossen, ausgewählte Beiträge hier in der Mitgliederzeitschrift wiederzugeben, um sie einem breiteren Leserkreis zugänglich zu machen. Dies erfolgt natürlich in jedem Einzelfall nur nach Anonymisierung von Fällen/Anfragen und Einverständnis der Beteiligten sowie nach entsprechender redaktioneller Bearbeitung.

Nachfolgend nun ein Auszug aus einer Mailingliste zum Umgang mit transidenten (transsexuellen) Menschen, die (ggf.) eine Geschlechtsangleichung vornehmen lassen möchten.

Frage: Bei mir rief eine junge Erwachsene an, die eine „Totaloperation“ durchführen lassen möchte. Ihr Arzt sagte ihr, dass sie eine psychologische Bescheinigung oder ein Gutachten dafür bräuchte. Ein 1-stündiges Gespräch und eine 2-zeilige Bescheinigung würden wohl ausreichen. Es sollte abgeklärt bzw. bescheinigt werden, dass trotz ihres noch relativ jungen Alters die Familienplanung abgeschlossen bzw. ausgeschlossen sei und dass sie sich schon länger damit auseinandergesetzt habe. Da sie transsexuell sei, habe sie weder einen Kinderwunsch noch könne sie mit ihrem weiblichen Körper etwas anfangen. Sie habe "monatliche Probleme damit".

Hat jemand mit so einer Bescheinigung Erfahrung? Was ist zu beachten? Wer trägt die Kosten? Und wieviel wäre dafür zu berechnen?

Antwort von Brigitte Junaedhy:

Bevor geschlechtsangleichende operative Maßnahmen (in Fall einer Frau-zu-Mann-

Transsexualität in der Regel eine Entfernung der Brüste, des Uterus, der Eierstöcke sowie - bei der "großen Lösung", sofern gewünscht - ein Penoidaufbau in mehreren Schritten) in Frage kommen, ist eine intensive psychotherapeutische Begleitung und Auseinandersetzung des / der PatientIn mit seinem / ihrem Wunsch unverzichtbar.

Für die gerichtliche (amtliche) Änderung des Personenstands (männlich / weiblich) sowie des Vornamens gibt es Vorgaben nach dem Transsexuellengesetz. Hierfür werden vom Gericht zwei unabhängige Gutachter mit der Begutachtung des Antragstellers beauftragt.

Die Übernahme der Kosten für eine körperliche Angleichung an das empfundene Geschlecht (Hormontherapie, operative genitale Angleichung, d.h. Entfernung / Veränderung primärer und sekundärer Geschlechtsmerkmale, ferner Logopädie, Epilation von Körperbehaarung etc.) muss bei der Krankenkasse gesondert beantragt werden und bedarf jeweils einer Indikation durch den / die behandelnde PsychotherapeutIn bzw. im Fall der Angleichung primärer Geschlechtsmerkmale eines weiteren Gutachtens. Der Antrag wird an den MDK weitergeleitet und von ihm wird darüber beschieden.

Für die Begutachtung und die vorgeschriebene psychotherapeutische Behandlung wurden in Deutschland gemäß der Vorlage der "Standards of Care" der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association die "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft entwickelt, erstmals in der Zeitschrift für Sexualforschung 10, 147-156, 1997, veröffentlicht und seither mehrere Male überarbeitet. Es ist derzeit viel in Bewegung, so wird vermutlich auch die Diagnose im ICD 11 von "Transsexualismus" (ICD 10 F 64.0) in "Geschlechtsdysphorie" umbenannt wer-

den. Derzeit wird an einer Neufassung der "Standards der Behandlung" gearbeitet (<http://dgfs.info/category/leitlinienentwicklung/>).

Ganz wichtig ist bei den Vorgaben der Richtlinie, dass eine psychotherapeutische Behandlung auf dem Weg zur Geschlechtsangleichung vorgeschrieben ist. Dabei gelten Faustregeln für die zeitliche Dauer; z.B. sollte der / die Psychotherapeutin den / die Klientin mindestens 6 Monate kennen, damit eine Hormonbehandlung indiziert erscheint; 1 1/2 Jahre, wenn die genitalangleichende OP beantragt wird. Dafür muss sichergestellt sein, dass der innere Drang im gegengeschlechtlichen Modus leben zu wollen seit mindestens 3 Jahren besteht und sich als konsistent erweist, somit eine Rückkehr in die alte Geschlechtsrolle als unwahrscheinlich eingestuft werden kann (natürlich kann es auch Zeiten des Zweifels geben, die dann besprochen und geklärt werden). Auch muss der einjährige "Alltagstest" durchgeführt und die Hormonbehandlung seit einem halben Jahr begonnen sein. Hilfreich aber nicht zwingend erforderlich für die Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse und die damit einhergehende Begutachtung durch den MDK ist die erfolgte amtliche Vornamens- und Personenstandsänderung. All diese Maßnahmen sollen dazu dienen, den / die KlientIn vor Fehlentscheidungen zu schützen und eine notwendige, wirtschaftliche und zweckmäßige Behandlung als Grundlage für die Bewilligung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu begründen.

In dem beschriebenen Fall sollte meiner Meinung nach eine eingehende fachärztliche (psychiatrische) oder psychotherapeutische Abklärung des Wunsches nach einer "Totaloperation" (Entfernung des Uterus? ... der Eierstöcke?) erfolgen. Es klingt für mich zunächst nach einer lapidaren Begründung der Klientin ("monatliche Probleme"), die für einen Eingriff sicher nicht ausreichend sein dürfte. Unklar bleibt, welche Rolle dabei die Geschlechtsdysphorie spielt. Möchte der / die KlientIn weitere Veränderungen (Geschlechtsrolle, weitere formale und kör-

perliche Eingriffe) überhaupt vornehmen? Gibt es andere Gründe für den Wunsch? Wie tief ist die "Transsexualität" sprich "Geschlechtsdysphorie" verankert? Ist er / sie schon in psychotherapeutischer Behandlung? Möchte er / sie überhaupt den Weg der Geschlechtsangleichung beschreiten?

Um diese Fragen abzuklären, ist es mit einem einstündigen Gespräch natürlich nicht getan. Vielmehr ist eine eingehende Exploration und Beratung von einem fachlich versierten Kollegen / einer Kollegin nötig. Wenn es nur um die Familienplanung ginge, könnte eine Sterilisation in Frage kommen. Dies trifft auf diesen Fall wohl nicht zu. Eine Entfernung des Uterus ohne medizinische Indikation muss meiner Meinung nach sehr sorgfältig geprüft, evtl. im Rahmen einer psychotherapeutischen Begleitung, evtl. bei einer gewünschten Geschlechtsangleichung eingebettet und begründet werden. Es könnte nach ärztlichem Berufsrecht auch verboten sein, ein gesundes Organ auf Wunsch des Patienten / der Patientin zu entnehmen.

Eine kleine Bemerkung zu einem anderen Hinweis aus der Mailingliste: Wie spricht man eine transidente Person bzw. einer Person mit Geschlechtsdysphorie an? Ich frage immer nach, wie meine Klienten / Klientinnen es haben möchten. Hierbei sind die Einstellungen sehr unterschiedlich und individuell, so dass man nicht generell davon ausgehen kann, dass eine bestimmte Anrede gewünscht wird. Manche Klienten / Klientinnen möchten abwarten, bis die Personenstandsänderung wirksam ist oder bis sie innerlich dazu bereit sind, ihren neuen Namen und die Anrede mit "Herr" oder "Frau" zu hören, auch wenn sie sich ihrer Geschlechtszugehörigkeit ganz bewusst und sicher sind.

*Dipl.-Psych. Brigitte Junaedhy
Psychologische Psychotherapeutin, Sexualtherapie PKN
Spindelstr. 27, 49080 Osnabrück
bjunaedhy@yahoo.de*

GOÄ-/GOP-Novelle überfällig!

Stellungnahme des GK II und des Spitzenverbandes ZNS (SpiZ)

Gemeinsames Schreiben der Psychotherapeutenverbände (GK II) und des Spitzenverbandes ZNS (SpiZ) der ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychiater zur Novellierung der GOÄ/GOP:

GK II-Schreiben an Bundesgesundheitsminister Gröhe

Sehr geehrter Herr Bundesminister Gröhe, die unterzeichnenden Verbände der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenärzte sowie weitere Fachärzte und ärztliche Psychotherapeuten, die im GKII und im Spitzenverband ZNS zusammengeslossen sind, stellen angesichts der Diskussion um die Novellierung der GOÄ fest:

Eine Verschiebung der Novellierung der GOÄ/GOP darf es nicht geben.

Ein neuerlicher Aufschub würde die schlechte Situation aller derer festschreiben, deren Leistungen als Ärzte oder Psychotherapeuten besonders zuwendungsintensiv sind.

Die Reform der GOÄ und der mit ihr verbundenen Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ist mit dem Anspruch und dem Versprechen in Angriff genommen worden, ärztliche Gesprächsleistungen wie z. B. die zuwendungsintensiven psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Leistungen besser zu vergüten. Diese bestehen fast ausschließlich aus persönlichen Gesprächsleistungen und können weder delegiert noch rationalisiert werden.

Dadurch hat sich die Schere zwischen den privat zu erzielenden Einnahmen der psychotherapeutisch, psychiatrisch und psychosomatisch tätigen Gruppen im Verhältnis zu den somatisch-medizinisch tätigen Gruppen immer weiter auseinanderentwickelt.

Mit der Reform der GOÄ soll nicht nur eine aktuelle betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage, sondern auch ein neues Gleichgewicht zwischen den unterschiedlichen Leistungsbereichen gefunden werden. Aus diesem Grund würde eine gleichmäßige prozentuale Anhebung – eine diskutierte Alternative - aller Leistungen die gewachsenen Unterschiede nicht beseitigen.

Die von uns vertretenen fachärztlichen sowie ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Fachgruppen sehen mit großer Sorge, dass mit verschleiern den Begründungen innerärztliche Machtkämpfe auf dem Rücken der traditionell schlechter vergüteten grundversorgenden und zuwendungsintensiven Arztgruppen ausgetragen werden.

Es ist nicht akzeptabel und nicht zuletzt aus Sicht der betroffenen Patienten unethisch, wenn eine Aufwertung der „sprechenden Fächer“ mit schwer nachzuvollziehenden Begründungen verhindert würde und damit das Risiko eines Scheiterns des gesamten Projekts billigend in Kauf genommen würde.

Wir appellieren im Namen der von uns vertretenen insgesamt ca. 35.000 Ärzte und Psychotherapeuten an alle Verantwortlichen in Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer und Ärzteverbänden, an das Bundesministerium und die politischen Parteien: Lassen Sie das lange vorbereitete Projekt, das eine maßvolle Anpassung und größere Honorargerechtigkeit bedeutet und für viele Patienten eine modernisierte und rechtssichere Versorgung ermöglicht, nicht scheitern!

*Mit freundlichen Grüßen,
Birgit Wiesemüller, Vorsitzende des Geschäftsführenden Verbands des GKII*

gez. Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender Spitzenverband ZNS (SPiZ)

Honorarsituation nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses Hinweis für Mitglieder des DGVT-Berufsverbandes

Sie werden in den kommenden Tagen und Wochen von ihrer jeweiligen KV den Honorarbescheid für das Quartal III-2015 erhalten. Wir gehen aktuell davon aus, dass sich die Inhalte des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Neubewertung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen in den Honorarbescheiden der meisten KVen bereits für das Quartal III-2015 niederschlagen werden. Falls Ihr Honorarbescheid also bereits auf Basis des aktuellen Honorarbeschlusses erstellt wurde, d.h. falls die Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen diesen Beschluss bereits berücksichtigt, nutzen Sie bitte einen der beiden Textvorschläge, die wir unseren Mitgliedern auf unserem internen Homepage-Bereich zur Verfügung stellen.

Sofern in Ihrer KV (z.B. KV Baden-Württemberg) die Vergütung für das Quartal III-2015 noch nicht an den Honorarbescheid vom 22.9.2015 angepasst wurde, können Sie die Textvorlagen des vorangegangenen Quartals (II-2015) verwenden.

Wir empfehlen unseren Mitgliedern, auch gegen den Honorarbescheid III-2015 Widerspruch einzulegen! Sie sichern damit Ihren Anspruch auf eine mögliche Nachvergütung. Für alle KollegInnen bundesweit gilt, dass nur durch das routinemäßige Einlegen des Widerspruchs innerhalb der 1-Monats-Frist (1 Monat ab Zugang Honorarbescheid beim Adressaten) ein Anspruch auf mögliche Nachzahlungen gesichert werden kann.

Wir stellen Ihnen einen umfassenden Widerspruchstext zur Verfügung („*Honorarwiderspruch ngL* quotiert“), der sich sowohl gegen die Honorierung der genehmigungspflichtigen Leistungen als auch der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen richtet. Diese weiteren Leistungen werden in

einer Mehrzahl der KVen derzeit nicht vollständig, sondern nur quotiert vergütet.

Ebenso finden Sie einen Text, der sich nur gegen die unangemessene Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen richtet („*Honorarwiderspruch DGVT-BV III-2015*“). Wenn Sie nur gegen die Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen Widerspruch einlegen möchten, nutzen Sie bitte den „*Honorarwiderspruch DGVT-BV III-2015*“.

Im Zweifel nutzen Sie bitte den weitergehenden Widerspruchstext, da es nicht schadet, zu viel zu begründen.

Thema Nachvergütung für alte Quartale ab 2012:

Die KVen werden sukzessive die Nachvergütungen berechnen bzw. haben bereits Beträge angewiesen. Sie werden, sofern Sie Widerspruch eingelegt hatten, sicher eine Nachzahlung und auch einen entsprechenden Bescheid über die Nachvergütung durch die KV erhalten. Hierzu werden wir Ihnen sobald wie möglich weitere Informationen zur Verfügung stellen. Bezüglich dieser Nachvergütungen gehen wir als Verband davon aus, dass die Vorgaben der Rechtsprechung zu einer angemessenen Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen mit dem aktuellen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht eingehalten wurden. Wir rechnen deshalb damit, dass gegen die Nachvergütungs-Bescheide erneute Widersprüche empfehlenswert sein werden, für die wir Ihnen ebenfalls zu gegebener Zeit entsprechende Mustertexte zur Verfügung stellen werden.

Aktuelle Informationen finden Sie in unserem internen Homepagebereich. Ebenso informieren wir unsere Mitglieder über unsere bundesweite Mailingliste niedergelassene@dgvt-bv.de zu aktuellen Entwicklungen und Fragen rund um die Honorarfrage.

EBA-Beschluss: Soziotherapie wird extrabudgetär vergütet

Soziotherapie ist eine Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen. Mit ihrer Hilfe sollen Patienten wieder lernen, ihren Alltag zu meistern und in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Denn ein Ziel ist es, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Soziotherapie beinhaltet strukturierte Trainings- und Motivationsmethoden und findet im sozialen Umfeld des Patienten statt. Der Patientenkreis ist eng gefasst und ergibt sich aus Diagnose, Schweregrad und krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

Die Verordnung von Soziotherapie für schwer psychisch kranke Menschen wird ab April 2016 extrabudgetär und zu festen Preisen vergütet. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) Ende Januar beschlossen. Er folgte damit im Wesentlichen einem Antrag der KBV.

Der Beschluss sieht vor, dass die Gebührenordnungspositionen (GOP) 30800, 30810 und 30811 des EBM-Abschnitts 30.8 ab dem zweiten Quartal außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden. Damit ist sichergestellt, dass die Krankenkassen im Fall einer Mengenausweitung alle Leistungen in voller Höhe vergüten.

Mehr Patienten sollen Soziotherapie erhalten

Anlass für die neue Finanzierungsregelung ist die vor einem Jahr geänderte Richtlinie zur Durchführung von Soziotherapie. Danach kann Soziotherapie bei einem breiteren Spektrum an Indikationen durchgeführt werden als früher. Neben dem Kreis der Patienten wurde auch der Kreis der Fachärzte erweitert, die diese Leistung verordnen dürfen. Zudem ist eine erneute Verordnung nach drei Jahren möglich. Die Änderungen sollen

dazu beitragen, mehr Patienten mit einer Soziotherapie zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund hatte die KBV gefordert, dass die Leistungen aus der MGV herausgenommen und extrabudgetär vergütet werden. Die Krankenkassen lehnten den Vorschlag ab, woraufhin der Erweiterte Bewertungsausschuss eingeschaltet wurde. Dieser folgte im Wesentlichen dem Antrag der KBV. Abweichend davon legte er fest, dass die MGV um den kompletten Betrag abgesenkt wird, der bisher unquotiert für die Verordnung von Soziotherapie hätte bezahlt werden müssen.

MGV wird entsprechend abgesenkt

Diese Ausnahme bei der Ausdeckung von Leistungen aus der MGV begründet der Erweiterte Bewertungsausschuss damit, dass eine separate Darstellung des Mehrbedarfs – wie bei einer neuen Leistung üblich – in diesem Fall nicht möglich ist. Beispielweise wäre es absurd, die Verordnung der Soziotherapie nur für die Facharztgruppen extrabudgetär zu vergüten, die nach der überarbeiteten Richtlinie jetzt auch Soziotherapie verordnen dürfen.

Des Weiteren geht der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss davon aus, dass die Verordnungsmenge nach zwei Jahren nicht weiter wachsen wird und die Leistungen dann wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden können. Zudem würden die Krankenkassen nur mit Ausgaben für zusätzliche Verordnungen belastet, nicht aber mit Ausgaben, die damit begründet sind, dass die Leistungen derzeit innerhalb der MGV quotiert bezahlt werden.

Auch für das Verfahren der „Eindeckelung“ der Leistungen in die MGV nach zwei Jahren hat der Erweiterte Bewertungsausschuss die analoge Ausnahmeregelung getroffen: Sie sieht vor, dass das Geld, was die Krankenkassen dann für die Verordnung von Soziotherapie ausgeben, komplett der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeschlagen wird. Damit ist gewährleistet, dass die Krankenkassen dauerhaft mehr Geld bereit-

stellen müssen, falls die Zahl der Verordnungen in den nächsten zwei Jahren zunimmt.

Anpassungen im EBM

Durch die Änderungen der Soziotherapie-Richtlinie wurden auch einige Anpassungen im EBM-Abschnitt 30.8 „Soziotherapie“ erforderlich. So wurde in der GOP 30800 die Zahl der Therapieeinheiten in „bis zu 5“ geändert (alt „bis zu 3“). Die GOP 30810 und 30811 wurden um die Facharztgruppen ergänzt, die seit April vorigen Jahres ebenfalls Soziotherapie verordnen dürfen. Die Anpassungen treten auch zum 1. April in Kraft.

Mehr zum Thema:

http://www.kbv.de/html/1150_20751.php

Neu: Informationspaket für Mitglieder Behandlung von Flüchtlingen

DGVT-BV-Mitglieder erhalten auf Anfrage an die Bundesgeschäftsstelle folgende Informationen zur Behandlung von Flüchtlingen:

- Wie beantrage ich eine Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen?
- Hinweise zur Abrechnung bei der Behandlung von Flüchtlingen und zur Abrechnung von Fahrt- und Dolmetscherkosten
- Erfahrungsbericht über die Psychotherapie mit Flüchtlingen in ambulanter Praxis (Sylvia Hellwig)
- Informationen zum Versicherungsschutz für KollegInnen, die sich in der Flüchtlingshilfe engagieren

Berufspolitische Informationen für Angestellte

Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Ursprünglich sollte PEPP ab 2015 verpflichtend eingeführt werden. Aufgrund anhaltender Kritik hatte der Gesetzgeber 2014 die Einführungs- bzw. Optionsphase um weitere zwei Jahre verlängert mit dem Ziel, PEPP weiterzuentwickeln. In den Jahren 2013 bis 2016 kann PEPP damit auf freiwilliger Grundlage eingeführt werden („Optionsphase“). Ab 2017 soll das neue Entgeltsystem dann verpflichtend angewendet werden, so die aktuelle gesetzliche Vorgabe.

Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik - kurz PEPP - ist aber weiterhin in der Diskussion - nicht zuletzt aufgrund eines Beschlusses der SPD-Bundestagsfraktion von Anfang Januar 2016, mit dem diese eine endgültige Abschaffung von PEPP beschlossen hat.

Der bereits begonnene sogenannte strukturierte Dialog mit dem Bundesministerium für Gesundheit wird am 18.02.2016 fortgeführt. An diesem Gespräch nehmen einzelne Vertreter/innen der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), der Aktion Psychisch Kranke (AKP), der Bundespsychotherapeutenkammer und weitere teil.

Das ehemalige Bündnis (Attac, Gewerkschaft ver.di, Soltauer Initiative, Paritätischer Gesamtverband u.a.), das sich im vergangenen Jahr für einen Stopp von PEPP eingesetzt hatte, berät aktuell über Möglichkeiten, um gemeinsam und mit "einer Stimme" noch einmal grundsätzliche Forderungen an die Politik zu stellen. Zunächst ist für den 18.02. initiiert von der Initiativgruppe PEPP eine Kundgebung vor dem Bundesministerium für Gesundheit geplant.

Weiterhin betonen die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt ihre grundsätzliche Ablehnung der PEPP-Entwicklung und fordern stattdessen eine Weiterentwicklung eines Finanzierungssystems, welches sich an den Konzepten der alten Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV), d.h. an krankenhausindividuell verhandelten Budgets, ausrichtet. Hierfür gibt es gute Gründe, denn viele Krankenhäuser haben erhebliche Kosten durch die Vorkhaltung von Leistungen im Rahmen der Pflichtversorgung oder durch Spezialangebote und viele andere kostenträchtige Leistungen, die im diagnoseorientierten PEPP-System nicht abbildbar sind.

Demgegenüber sagen inzwischen viele Insider des Systems, dass der laufende Weg zur PEPP-Einführung eigentlich nicht mehr umkehrbar ist, zumal inzwischen bereits der größte Teil der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken ihre Abrechnung umgestellt hätten oder damit befasst seien.

Vor diesem Hintergrund dürften die Vorschläge der Bundespsychotherapeutenkammer (die wir in der letzten Rosa Beilage bereits vorgestellt hatten) vermutlich konsensfähig sein: Ein „Hybrid-System“, bei dem die Leistungsvergütung mit Strukturelementen verknüpft wird. Spannend wird es dann aber werden, ob die Politik bereit ist, die für dieses Modell notwendigen verpflichtenden Struktur-/Personalstandards festzusetzen und ob deren Finanzierung auch gewährleistet werden soll. Beides wäre auch ohne PEPP der Dreh- und Angelpunkt für eine moderne psychotherapeutisch orientierte stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung.

Waltraud Deubert und Heiner Vogel

Alles was Recht ist . . .

KV Berlin: Nachbesetzung trotz Überversorgung möglich, wenn der Sitz in einem gering versorgten Bezirk verlegt wird

Der Berliner Zulassungsausschuss für die Psychotherapeuten hat bei einer Sitzung Ende Januar 2016 über eine Reihe von Anträgen auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens für psychotherapeutische Praxen entschieden.

Hierbei hat er sich – soweit für uns ersichtlich – zum ersten Mal intensiver mit der Frage auseinandergesetzt, wann (angesichts eines *Versorgungsgrads* von über 190 % im Planungsbereich Berlin) davon ausgegangen werden kann, dass die Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Vor allem hat er geäußert, wie er mit der Regelung in § 103 Abs. 3a S. 3, 2. Hs. 2. Alt. SGB V umgehen wird. Danach kann der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nicht ablehnen, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte eine Versorgungsbedarf besteht.

In sämtlichen vom Zulassungsausschuss Berlin in diesem Sitzungstermin entschiedenen Fällen hat der Ausschuss der Ausschreibung der Praxen letztlich zugestimmt. Allerdings sollen alle Ausschreibungen mit der Maßgabe erfolgen, dass der Nachfolger die Praxis in einen Verwaltungsbezirk zu verlegen hat, in dem ein „regionalisierter Versorgungsgrad“ von unter 140 % besteht. Das sind in Berlin derzeit folgende Bezirke:

- Spandau
- Neukölln
- Treptow - Köpenick
- Marzahn – Hellersdorf

- Lichtenberg
- Reinickendorf

Die schriftlichen Bescheide zu den Entscheidungen liegen noch nicht vor, so dass hier keine gesicherten Aussagen getroffen werden können. Falls sich aber die Entscheidungspraxis bestätigt, dürfte für Berlin bis auf weiteres davon auszugehen sein, dass eine Nachbesetzung am bisherigen Standort der Praxis im Regelfall allenfalls noch für Praxen in einem der genannten Bezirke möglich ist. Für Inhaber von Praxen aus allen anderen Bezirken dürfte eine Ausschreibung regelmäßig von vornerein nur mit der Maßgabe der Verlegung in Betracht kommen, jedenfalls dann, wenn kein anderer Privilegierungstatbestand gegeben ist (z.B.: Ehegatte soll Nachfolger werden).

Ob eine solche Spruchpraxis rechtmäßig wäre, ist durchaus zweifelhaft. Bei Rückfragen zu den möglichen Folgen einer solchen „Zwangsverlegung“ insbesondere für den zivilrechtlichen Verkauf der Praxis, zur Erörterung, welche Spielräume innerhalb einer solchen Entscheidungspraxis des Zulassungsausschusses ggf. bestehen, um einer solchen „Zwangsverlegung“ zu entgehen, steht Ihnen die Mitgliederberatung des DGVT-Berufsverbands gerne zur Verfügung: info@dgvt-bv.de.

Sprechzeiten:

Montag und Donnerstag, 14.00-15.30 Uhr

Mittwoch, 10.00-11.30 Uhr

Bundsmeldegesetz wurde novelliert

(kb). Nach § 52 BMG (neu) wird für Personen, die in folgenden Einrichtungen wohnhaft gemeldet sind, ein bedingter (also von Amts wegen, kein Antrag notwendig) Sperrvermerk ein-getragen: einer Justizvollzugsanstalt, einer Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber oder sonstige ausländische Flüchtlinge, Krankenhäusern, Pflegeheimen

oder sonstigen Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger oder behinderter Menschen oder der Heimerziehung dienen, Einrichtungen zum Schutz vor häuslicher Gewalt oder Einrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen.

In diesen Fällen darf eine Melderegisterauskunft nur erteilt werden, wenn eine Beeinträchtigung schutzwürdiger Interessen ausgeschlossen werden kann. Die betroffene Person ist vor Erteilung einer Melderegisterauskunft zu hören.

Die aktuellen Änderungen des Bundesmeldegesetzes (BMG) bedeuten bspw. für Frauen in Frauenhäusern ein "Mehr" an Auskunftsschutz. Bislang gab es nur absolute Auskunftssperren für Personen, bei denen Gefahr für Leben, Gesundheit oder persönliche Freiheit besteht. Diese absoluten Sperren nach § 51 BMG gelten weiterhin.

Bei Verletzung der Fortbildungspflicht droht Zulassungsentzug

Ärzte und Psychotherapeuten können ihre Zulassung verlieren, wenn sie die gesetzliche Fortbildungspflicht verletzen. Gründe, die in den persönlichen Lebensumständen liegen und die zu einer Verletzung der Fortbildungspflicht geführt haben, ändern daran nichts, urteilte das Bundessozialgericht in einem Urteil vom 11. Februar 2015.

Vertragsärzte haben eine gesetzliche Fortbildungspflicht (§ 95 d SGB V). Kommen sie ihrer Verpflichtung nicht nach, darf ihnen die Zulassung entzogen werden. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) am 11. Februar 2015 in einem Fall bestätigt, bei dem eine Vertragsärztin ihre Fortbildungspflicht trotz mehrfacher Erinnerung nicht erfüllte.

Im zu beurteilenden Fall hatte eine Ärztin hatte zwischen 2004 und 2009 lediglich 21 Fortbildungspunkte erworben. Dies war zu wenig, um ihrer gesetzlichen Fortbildungspflicht gerecht zu werden. Es wären hierfür mindestens 250 Fortbildungspunkte

in einem festgelegten Fünfjahreszeitraum notwendig gewesen (Nachweis gegenüber der KV). Trotz mehrfacher Erinnerung und Fristverlängerung erfüllte die Vertragsärztin nicht die erforderliche Fortbildung. Mit Bescheid vom 30.7.2012 entzog der Zulassungsausschuss der Klägerin wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die Zulassung. Hiergegen richtet sich die Klage der Ärztin. Sie machte geltend, dass es eine offene Rechtsfrage sei, ob „persönliche schwierige Lebensumstände“ bei der Beurteilung der Verletzung der Fortbildungspflichten zu berücksichtigen seien.

Das BSG sah diese Frage als nicht klärungsbedürftig an und wies die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision ab. Begründung: Für den Zulassungsentzug wegen Verletzung der Fortbildungspflicht würden dieselben Maßstäbe gelten wie für sonstige Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten. Diese Rechtsfrage sei daher nicht mehr klärungsbedürftig.

Wenn ein Vertragsarzt fünf Jahre lang seiner Fortbildungspflicht nicht oder nicht ausreichend nachkommt und sich selbst durch Honorarkürzungen nicht beeindrucken lässt, verletzt er laut BSG seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich. Persönliche Lebensumstände wie die Krankheit naher Verwandter oder Schulprobleme der Kinder seien in dem Zusammenhang bedeutungslos.

Bundessozialgericht, Urteil vom 11.2.2015, Az.: B 6 KA 37/14 B

Kerstin Burgdorf

BSG: Ausschüsse von Selbstverwaltungskörper- schaften sind spiegelbildlich zu besetzen

In einem Urteil vom 11.2.2015 hat sich das Bundessozialgericht (BSG) mit der Frage auseinandergesetzt, inwieweit Fraktionen in den Ausschüssen einer Selbstverwaltungskörperschaft (hier: Kassenzahnärztliche Ver-

einigung) "angemessene Berücksichtigung" finden müssen bzw. inwieweit die Stärkeverhältnisse der Fraktionen in der Vertreterversammlung grundsätzlich entsprechend ihrer Mitgliederzahl zu berücksichtigen sind („Spiegelbildlichkeit“) bei der Besetzung der Ausschüsse.

Der Kläger hatte die Feststellung der Ungültigkeit der in der konstituierenden Sitzung der beklagten Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durchgeführten Wahlen der Mitglieder des Haupt-, Finanz- und Satzungsausschusses begehrt.

Im Kern urteilte das BSG wie folgt: Auch im Bereich der Selbstverwaltungskörperschaften ist im Grundsatz das Prinzip der Spiegelbildlichkeit für die Ausschussbesetzung maßgeblich. Ist dies nicht möglich, so „ist ein Ausgleich unter Gewichtung und Berücksichtigung der widerstreitenden Interessen herbeizuführen“. Der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit schütze den Anspruch jedes Mitglieds und jeder Fraktion auf gleichberechtigte Mitwirkung an der gesamten Tätigkeit der Vertreterversammlung.

Den Begriff der „angemessenen Berücksichtigung“ könne man nicht dahingehend auslegen, dass die Minderheitsfraktionen nur mit je einem Mitglied in den Ausschüssen vertreten sein müssen. Dies entspreche nicht den Anforderungen an eine demokratische Binnenorganisation der Selbstverwaltungsorgane. Da in solch einer Konstellation die Mehrheitsfraktion grundsätzlich immer in der Lage wäre, bei Wahlen zu den Ausschüssen für eine Dominanz der eigenen Fraktion zu sorgen, kann die Regelung in § 24 Abs. 6 der Satzung („Die Fraktionen gem. § 19 Abs. 4 sind in den Ausschüssen nach ihrem prozentualen Anteil zu berücksichtigen. Erhalten die Kandidaten oder erhält der Kandidat einer Fraktion keine Mehrheit, kann die Fraktion für weitere Wahlgänge weitere Kandidaten vorschlagen.“) nur dahingehend verstanden werden, dass sie dem Schutz der Minderheitsfraktionen dient.

Das Urteil ist grundsätzlich auch auf die Psychotherapeuten und -ärztekammern über-

tragbar. Im Streitfall kämen hier jedoch die Verwaltungsgerichte zum Zuge.

Bundessozialgericht, Urteil vom 11.2.2015, Az.: B 6 KA 4/14

Kerstin Burgdorf

Aktuelle Beschlüsse des G-BA

Wir möchten an dieser Stelle auf einige für unseren Bereich wichtige Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) hinweisen, die in den letzten Wochen veröffentlicht worden sind. Die Beschlüsse sind online abrufbar (www.gba.de/informationen/beschluesse/ab/90).

Entlassmanagement: Versorgungslücken nach stationärer Behandlung geschlossen (17.12.2015)

Qualitätsmanagement in Praxen und Krankenhäusern: Neue Richtlinie vereinheitlicht die grundsätzlichen Anforderungen (17.12.2015)

Änderungen des GKV-VSG zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) umgesetzt (17.12.2015)

Kerstin Burgdorf

BSG: Zulassungsentzug auch nach Jahren möglich

Zulassungsgremien dürfen im Streit um einen Zulassungsentzug den Ausgang eines Strafverfahrens abwarten

Das Bundessozialgericht hat in einer bereits etwas zurückliegenden Entscheidung geurteilt, dass die Zulassungsgremien im Streit um einen Zulassungsentzug den Ausgang eines Strafverfahrens abwarten dürfen. Gegen den Entzug seiner Zulassung kann sich dann der Arzt nicht mit dem Hinweis auf den langen Zeitablauf wehren, heißt es im Urteil des Bundessozialgerichts (BSG).

Danach ist späteres "Wohlverhalten" zwar zu berücksichtigen. Eine zeitliche

Grenze für den Entzug der Zulassung gibt es jedoch nicht.

Das BSG wies damit die Klage eines HNO-Arztes aus Berlin ab. Im Februar 2010 hatte das Landgericht Berlin eine Geldstrafe verhängt. Der Arzt soll in den Jahren 1997 und 1998 nicht erbrachte Leistungen abrechnet haben. Der Zulassungsausschuss nahm daraufhin das Verfahren wieder auf und entzog im Oktober 2010 die Zulassung. Der Berufungsausschuss bestätigte dies im Januar 2011.

Die Kassenärztliche Vereinigung hatte im Zuge von Ermittlungen wegen Betrugsverdachts im Jahr 2002 den Entzug der Zulassung beantragt. Der Disziplinarausschuss hatte das Ruhen der Zulassung für zwei Jahre angeordnet. Das Sozialgericht Berlin hatte auf Antrag die aufschiebende Wirkung hergestellt, so dass der Arzt zwischenzeitlich weiterarbeiten konnte.

Der Arzt klagte gegen den Entzug der Zulassung, da diese zu spät erfolgt sei. Immerhin seien seit den Fehlabbrechnungen rund zwölf Jahre vergangen. In dieser Zeit sei er nicht mehr auffällig geworden. Den Entzug der Zulassung müsse er daher nicht mehr hinnehmen. Das Landessozialgericht Berlin wies die Klage jedoch ab. Das BSG bestätigt in seinem Urteil die Entscheidung des LSG Berlin: Auf ein "Wohlverhalten" könne es zwar durchaus ankommen. Bei "gravierenden" Verstößen müsse dies aber nicht zu dem Ergebnis führen, auf den Entzug der Zulassung zu verzichten. Maßgeblich für die Dauer des Wohlverhaltens sei die letzte Verwaltungsentscheidung.

Zudem bestätigte das BSG das Vorgehen des Zulassungsausschusses, das Strafverfahren abzuwarten. Dessen lange Dauer könne gegebenenfalls einen Entschädigungsanspruch auslösen, dürfe aber nicht die inhaltliche Entscheidung beeinflussen.

Bundessozialgericht vom 2.4.2014, Az.: 6 KA 58/13 B

Kerstin Burgdorf

Kein Vorrang von KJP vor PP mit KJP- Ergänzungsqualifikation

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und Psychologische Psychotherapeuten (PP) mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation sind gleichermaßen qualifiziert für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG).

Im Zuge der sog. KJP-Mindestquote hatte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen den Planungsbereich Psychotherapie Berlin für 81 weitere Zulassungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsperrt. Auf diese Sitze bewarben sich insgesamt 87 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 30 Psychologische Psychotherapeuten und eine Fachärztin für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Es wurden durch den Zulassungsausschuss ausschließlich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Versorgung zugelassen. Dagegen richtete sich die jeweilige Klage zweier Psychologischer Psychotherapeuten, die über eine Zusatzqualifikation (sog. Ergänzungsqualifikation) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügt.

Das BSG urteilte über zwei Aspekte:

Im Fall von „Massenzulassungen“ (der Zusammenfassung einer Vielzahl von positiven und negativen Auswahlentscheidungen in einem Bescheid) ist es aus Sicht des BSG verfahrensrechtlich zulässig, lediglich gegen die Zulassung einzelner Mitbewerber vorzugehen. Ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut müsse dann auch nur dafür das Verfahrens-Kostenrisiko tragen. Unter Versorgungsaspekten sei es ebenfalls sinnvoller, die Anfechtung einzelner Zulassungsentscheidungen zu ermöglichen, statt eine Anfechtung aller Entscheidungen zu verlangen, da dies ansonsten dazu führen könne, dass Versorgungslücken auf längere Zeit bestehen bleiben.

In der Sache war aus Sicht des BSG die Auswahlentscheidung des Berufungsausschuss fehlerhaft, weil dieser den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht generell den Vorrang vor Psychologischen Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Zusatzausbildung einräumen durfte. Beide Gruppen von Leistungserbringern sind für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und *Jugendlichen* gleichermaßen qualifiziert. Die Entscheidung von Zulassungs- und Berufungsausschuss, Psychologische Psychotherapeuten mit zusätzlicher Fachkunde (vgl. § 6 Abs. 4 Psychotherapievereinbarung) de facto von einer Zulassung auszuschließen, sei ermessensfehlerhaft und rechtswidrig. Ein Psychologischer Psychotherapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche betreue, sei nach § 101 Abs. 4 S. 5 SGB V für eine Deckung des Versorgungsbedarfs im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geeignet. Durch die im Gesetz gewählte Formulierung „betreuen“ werde verdeutlicht, dass es allein auf die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit ankomme, für deren Ausübung selbstverständlich eine entsprechende Qualifikation vorliegen müsse.

BSG, Urteile vom 15. Juli 2015; Az.: B 6 KA 29/14 R und - B 6 KA 32/14 R -

Kerstin Burgdorf

Zur Zulässigkeit einer zweiten Teilzulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag

Mit dieser Entscheidung hat der Bundesgerichtshof eine grundlegende Entscheidung zum Vertragszahnarztrecht getroffen, die allerdings in gleicher Weise auch auf Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Anwendung findet. (BSG-Urteil vom 11.02.2015, B6 KA 11/14/R)

Sachverhalt:

Ein Zahnarzt, der seit 1997 in A zugelassen war und dessen Zulassung seit 2009 auf die Hälfte beschränkt war, hatte Antrag auf Erteilung einer Teilzulassung für einen weiteren hälftigen Vertragszahnarztsitz in C gestellt. Hiergegen hatte die Kassenzahnärztliche Vereinigung zunächst Widerspruch eingelegt und nach dessen Zurückweisung Klage vor dem Sozialgericht erhoben. Die klagende Kassenzahnärztliche Vereinigung unterlag auch im Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht.

Leitsatz des Bundessozialgerichts

Einem Vertragszahnarzt, der seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt hat, kann eine zweite Teilzulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag erteilt werden.

Aus den Urteilsgründen

Das Bundessozialgericht ist der Auffassung, dass ein Vertrags(zahn)arzt, der die ihm bereits erteilte Zulassung gem. § 19a Abs. 2 der Ärzte/Zahnärzte-ZV auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt hat oder dem von vornherein nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag erteilt wurde, bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen im Übrigen einen Rechtsanspruch auf Erteilung einer zweiten Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag hat.

Eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag lasse dem Vertrags(zahn)arzt schon rein zeitlich Raum für andere berufliche Betätigungen. Diese seien nicht auf eine Tätigkeit als angestellter (Zahn)Arzt oder auf beratende Tätigkeiten beschränkt, sondern es komme auch eine weitere vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit in Betracht. Diese Form der beruflichen Betätigung sei nach geltendem Recht weder explizit ausgeschlossen, noch ergäbe sich ein derartiger Ausschluss im Wege der Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Vertragsarztrechts.

Eine vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit, die aufgrund einer weiteren Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag ausgeübt werde, stelle keine Tätigkeit im Sinne des § 20

der Zulassungsverordnung dar, die eine Nichteignung des Vertrags(zahn)arztes begründen würde. Vor allem stehe nicht der Aspekt im Wege, wonach ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere, nicht ehrenamtliche Tätigkeit, der Eignung für die Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit entgegen stehe, wenn der (Zahn)Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung stehe und insbesondere nicht in der Lage sei, Sprechstunden zu den üblichen Zeiten anzubieten. Ein hälftiger Versorgungsauftrag lasse bereits nach dem Wortlaut Raum für eine andere Hälfte und ermögliche damit auch eine zur vertragsärztlichen Tätigkeit gleichgewichtige Zweitbeschäftigung. Es sei auch für einen halben Versorgungsauftrag nicht zu fordern, dass von der weiteren Erwerbstätigkeit keine prägende Wirkung für den beruflichen Status ausgehen dürfe; bei einer Halbierung des Versorgungsauftrages und damit notwendiger Reduzierung des Einkommens des Vertragsarztes müsse die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr als Hauptberuf ausgeübt werden.

Auch stehe der Erteilung der zweiten Zulassung weder das „Wesen“ der Zulassung entgegen, noch Gründe des Gesetzgebers, noch der Umstand, dass die zweite Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag dazu führe, dass ein Vertrags(zahn)arzt an einem weiteren Vertragsarztsitz tätig werde. Auch der von Klägerseite angeführte Umstand, dass weder im Gesetz noch in den Zulassungsverordnungen Umsetzungsvorschriften für den Fall zweier Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag enthalten seien, sei nicht von solchem Gewicht, dass dies eine weitere Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag ausschließen würde. Dies gilt auch für den Fall zweier Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag in den Bezirken zweier Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigungen.

Sicherzustellen sei allerdings, dass eine zweite Zulassung mit hälftigem Versor-

gungsauftrag die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung nicht beeinträchtige. Hierzu führt das Bundessozialgericht aus, dass eine (zahn)ärztliche Praxis; in den Zeiten, in denen kein Notfalldienst eingerichtet sei, grundsätzlich für die Versorgung der Versicherten erreichbar sein müsse und nicht nur Sprechstunden an einzelnen Wochentagen anbieten dürfe. Im entschiedenen Fall ergaben sich aus dieser Forderung keine Probleme, weil der in Rede stehende Vertrags(zahn)arzt an beiden Praxen an jedem Wochentag entweder am Vormittag oder am Nachmittag Sprechstunden anbot und die Praxen nicht so weit voneinander entfernt lagen, dass der (Zahn)Arzt die angegebenen Sprechstunden nicht einhalten könnte.

*Rechtsanwältin Susanne Locher-Weiß,
Reutlingen*

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte billigt nachträgliche Sicherungs- verwahrung

(wd). Ein Sexualstraftäter in Deutschland hatte gegen die rückwirkende Verlängerung seiner Sicherungsverwahrung geklagt und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) wies die Beschwerde zurück. Nach dem Urteil des EGMR kann Sicherungsverwahrung in Altfällen über die früher geltende Höchstgrenze von 10 Jahren nachträglich bestehen bleiben, wenn dies der „therapeutischen Behandlung“ des Täters dient, so das Urteil des EGMR. Die Richter waren der Meinung, dass die rückwirkend verlängerte Sicherungsverwahrung eines Straftäters zulässig sei angesichts seiner psychischen Krankheit und Behandlung in einer geeigneten Einrichtung. Damit scheiterte die Klage eines 72-jährigen Sexualstraftäters (Beschwerde Nr. 23279/149). Mit diesem Urteil wurde die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Auslegung des Therapieunterbringungsgesetzes von 2013 bestätigt. Anlass für diese Regelung war ein vorheri-

ges Urteil des EGMR: dieser hatte 2009 die mögliche nachträgliche Verlängerung der Sicherungsverwahrung über das damals geltende Höchstmaß von 10 Jahren als unzulässige „Strafe ohne Gesetz“ verworfen. Deshalb waren zahlreiche Straftäter freigelassen worden. Das daraufhin von der Bundesregierung erlassene Therapieunterbringungsgesetz sieht vor, dass Altfälle allerdings weiter in Sicherungsverwahrung bleiben, wenn die Gefährlichkeit der Häftlinge auf eine „psychische Störung“ zurückgeht. Das Bundesverfassungsgericht forderte daraufhin, dass im Einzelfall geprüft werden muss, ob bei den Betroffenen konkret die „hochgradige Gefahr“ besteht, dass sie weiter „schwerste Gewalt- oder Sexualstraftaten“ begehen. Sie müssten dann aber mit entsprechenden Therapieangeboten in geeigneten Einrichtungen untergebracht werden. Bei dem o. g. Kläger, der sich seit 1986 im Gefängnis befindet, ist dies offensichtlich der Fall. Der EGMR verwies deshalb auf zwei Gutachten, wonach ein hohes Risiko besteht, dass der Kläger vor allem unter Alkoholeinfluss wieder pädophile Straftaten begehen könnte. Weiter heißt es in dem Straßburger Urteil, dass sich die Unterbringung in Sicherungsverwahrung seit der Reform deutlich vom regulären Strafvollzug unterscheidet. Straftäter würden in einer Einrichtung mit individuellen Apartments untergebracht und hätten Zugang zu weitreichenden Therapieangeboten.⁴

Kommentar von Rudi Merod

Diese Nachricht hat bei mir zwei unterschiedliche Reaktionen hervorgerufen, die beide fachlich begründbar und nachvollziehbar sind.

Zunächst geht es bei der Entscheidung zur nachträglichen Sicherheitsverwahrung darum, dass es mit diesem Urteil auch weiterhin möglich sein wird, Menschen, die aufgrund von psychischen Problemen auf Dauer gefährlich sind, so zu verwahren, dass sie für die Allgemeinheit keine Bedrohung mehr darstellen. In Bezug auf die Entscheidung ist mir jedoch nicht bekannt, ob der

aktuelle Stand der internationalen Forschung berücksichtigt worden ist; dieser sollte zumindest in der öffentlichen Diskussion eine Rolle spielen. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass manche Personen eine deutlich längere Behandlungszeit benötigen, es aber auch diejenigen Störungsbilder gibt, bei denen Psychotherapie nicht wirkt.

Der aktuelle internationale Stand der Forschung besagt, dass Menschen mit einer „dissozialen Persönlichkeitsstörung vom psychopathischen Typus“, wenn sie Straftaten im Sinne von Gewalt- oder Sexualstraftaten begangen haben, psychotherapeutisch nicht behandelbar sind und das unabhängig von der Art der Psychotherapie. Hintergrund für diese wissenschaftlichen Ergebnisse ist, dass diese Menschen eine mangelnde Funktionsfähigkeit eines Hirnareals (dem Frontallappen) haben, welcher für die Steuerung von Empfindungen (z.B. Angst, Empathie) und Impulsen zuständig ist. So bedauerlich das auch ist: Bei diesen Menschen gibt es bisher keine psychotherapeutischen Möglichkeiten, dieses Problem durch eine Psychotherapie zu beheben und damit die Allgemeinheit vor ihnen zu schützen.

An dieser Stelle kommt für mich nun der zweite relevante Punkt in diesem Themenkomplex: Wie ist es zu gewährleisten, dass nur diejenigen Personen einer Sicherheitsverwahrung zugeführt werden, bei denen eine psychotherapeutische Behandlung nicht möglich ist? Die Frage, die für beide Seiten von höchster Relevanz ist, ob gewährleistet werden kann, dass die von den Gerichten bestellten Gutachter tatsächlich fachlich und nachweislich so qualifiziert sind, dass ein relativ hohes Maß an Sicherheit gegeben ist, dass diese diagnostische Einschätzung valide ist. Leider gibt es bisher keine verbindlichen Qualitätsmaßstäbe für gerichtlich bestellte Gutachten, weder für deren Ausbildung noch für deren (regelmäßige) Fortbildung.

Gerade bei der Frage einer Sicherheitsverwahrung muss im Interesse des Betroffenen aber auch im Interesse der Allgemeinheit unbedingt gewährleistet sein, dass die Begutachtung als Basis der richterlichen Entscheidung auf fachlich höchstem Niveau

⁴ Quelle: Der Tagesspiegel vom 07.01.2016

erfolgt. Meine Hoffnung ist, dass beide von mir benannten Bedingungen schnell auf politischer Ebene umgesetzt werden.

Europäische Berufs- anerkennungsrichtlinie gefährdet Patientensicherheit

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in einer Stellungnahme vom 3.12.2015 über die Pläne der Bundesregierung berichtet, den partiellen Zugang zum Psychotherapeutenberuf durch Psychotherapeuten aus anderen EU-Ländern zu ermöglichen, die nicht über die Qualifikation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen (BT-Drs. 18/6616).

Hintergrund ist die EU-Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen für bundesrechtlich geregelte Heilberufe, die in deutsches Recht umzusetzen ist. Dass ein Berufszugang mit niedrigeren Qualifikationen, als sie in Deutschland für einen Heilberuf vorgesehen sind, gravierende Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung birgt, wird von der BPTK kritisiert. Patienten sollten darauf vertrauen können, dass bei einem Heilberuf einheitlich hohe Qualifikationsstandards gelten."

Antragstellern innerhalb der EU ermöglicht die EU-Richtlinie grundsätzlich einen partiellen Berufszugang, sofern diese in ihrem Herkunftsland für ihre berufliche Tätigkeit uneingeschränkt qualifiziert sind. Dieser partielle Zugang ist selbst dann zu gewähren, wenn ihre Ausbildung nur einen Teil der Voraussetzungen für das Berufsbild im Aufnahmeland erfüllt. Dieser „niedrigschwellige“ Zugang ist nach Konstruktion der Richtlinie möglich, sofern der „volle Berufszugang im Aufnahmeland zusätzliche Qualifikationen erfordert, deren Erwerb länger als drei Jahre dauert“. In Deutschland sind von den Heilberufen ausschließlich die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in dieser Hinsicht betroffen.

Die Forderung der BPTK, den geplanten partiellen Zugang bei den Heilberufen in Deutschland zum Schutz der öffentlichen Gesundheit grundsätzlich nicht anzuwenden, ist zu unterstützen.

Inwieweit diese Forderung allerdings durchsetzbar sein wird, liegt zunächst auch an der Frage der Auslegung der Richtlinie. Nach dem Wortlaut der Richtlinie können „zwingende Gründe des Allgemeininteresses den Ausschluss eines partiellen Zugangs für bestimmte Berufe rechtfertigen“. Ob die von der BPTK vorgetragene Gründe (Patientensicherheit) für einen solchen Rechtfertigungsgrund ausreichen, könnte sich ggf. erst in einem entsprechenden Rechtsverfahren klären lassen.

Kerstin Burgdorf

Berichte aus der Bundespsychotherapeutenkammer und der KBV

DPT am 14.11.2015

Am 14. November 2015 tagte der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Stuttgart. Schon die Tagesordnung ließ nicht erwarten, dass sich die inhaltlichen Auseinandersetzungen des vorletzten DPT (Ausbildungsreform) und die personellen Auseinandersetzungen des letzten DPT (Vorstandswahl) wiederholen würden.

Auf diesem DPT wurde das Thema „Ausbildungsreform“ schwerpunktmäßig im Bericht des Vorstands behandelt. Dabei stellten sich die Vorstandsmitglieder als geschlossen agierendes Gremium dar: Jedes Vorstandsmitglied beleuchtete einen Aspekt des Projekts „Transition“ (so nennt die Bundespsychotherapeutenkammer den politischen Prozess, der dazu führen soll, den DPT-Beschluss zur Ausbildungsreform in praktische Politik umzusetzen). Derzeit werden in kleineren Arbeitsgruppen unter Beteiligung der Verbände und von ExpertInnen Vorschläge der Psychotherapeuten für Ziele, Eckpunkte und Formulierungen eines neuen Psychotherapeutengesetzes erörtert und es werden notwendige Inhalte einer zukünftigen psychotherapeutischen Weiterbildung beraten, die sich notwendigerweise an das zukünftige Approbationsstudium Psychotherapie anschließen soll.

Ein wichtiges Thema im Bericht des Präsidenten der Bundeskammer, Dr. Dietrich Munz, war die konkrete Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes in die psychotherapeutische Praxis. Die Bundeskammer wird zu den Themen „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Aufhebung der Befugniseinschränkungen“ Schulungsmaterial bereitstellen, sobald der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dazu Konkretisierungen vorgenommen hat.

Zum wiederholten Male wurde beim DPT diskutiert, wie das Verhältnis von Frauen und Männern in der Psychotherapeutenenschaft angemessen in den politischen

Gremien der Kammern abgebildet werden kann. Während Frauen einen ganz überwiegenden Teil der Mitgliedschaft der Kammern ausmachen, wird ihr Anteil an den politischen Gremien von Hierarchieebene zu Hierarchieebene immer geringer. Im Vorstand der Bundeskammer beträgt der Frauenanteil nur noch 20 % (die rheinland-pfälzische DGVT-Landessprecherin Dr. Andrea Bencke ist die einzige Frau in diesem Gremium). Der Vorstand der Bundeskammer machte sich einen Antrag zu eigen, der Initiativen oder Überlegungen zur Erhöhung des Frauenanteils in den Gremien einfordert.

Politische Resolutionen zu den Themen „Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen, Flüchtlingsfamilien und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sicherstellen!“ und zu „Willkür bei psychotherapeutischen Honoraren beenden!“ wurden einstimmig beschlossen. Auch die Forderung zu „Ausreichend Personal für die stationäre Versorgung!“ wurde vom DPT breit unterstützt.

Wolfgang Schreck, langjähriges DGVT-Vorstandsmitglied, war seit dem ersten Deutschen Psychotherapeutentag in der Versammlungsleitung, konnte nun aber bei der turnusmäßigen Neuwahl nicht erneut kandidieren, weil er beim letzten DPT in den BPTK-Vorstand gewählt worden war. Wolfgang hat die Deutschen Psychotherapeutentage durch seine stringente und integrierende, stets freundliche und humorvolle Art maßgeblich geprägt. Dafür erhielt er nach seiner Abschiedsrede verdientermaßen anhaltenden Applaus.

Spannend wurde es beim DPT dann doch noch bei einigen Personalentscheidungen: Sowohl die Sitzungsleitung des DPT wie auch die Ausschüsse zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und zur Psychotherapie in Institutionen sollten neu besetzt werden.

Zur neuen Versammlungsleitung wurde Birgit Gorgas aus Bayern gewählt. Ihr stehen zur Seite Juliane Dürkop aus Schleswig-

Holstein und unser Mitglied Johannes Weisang aus Mecklenburg-Vorpommern.

In den KJP-Ausschuss wurde Sabine Maur als Kandidatin der DGVT gewählt, in den PTI-Ausschuss Heiner Vogel und Karl-Wilhelm Höffler.

Vertagt wurde ein Antrag zur Verkleinerung der Delegiertenzahl des DPT. Aus zeitlichen Gründen nicht mehr behandelt wurde ein (in den Vordiskussionen umstrittener) Antrag zur Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung im Hinblick auf störungsspezifische Zusatzbezeichnungen.

*Karl-Wilhelm Höffler
DGVT-Landessprecher Hessen*

Bericht von der 25. Sitzung der Konzentrierten Aktion der KBV mit den Berufsverbänden

Am 11. Dezember 2015 berichtete der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen im Berliner Hauptquartier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wie immer zuerst zur aktuellen politischen Lage. Der außerordentliche Bundesärztekammer-Tag zur möglichen GOÄ-Novelle (Gebührenordnung für Ärzte) 2016 sei gut für mehr Transparenz. Ein Ziel müsse sein, das private Krankenversicherungswesen zu stabilisieren. Zu den *GOÄ-Verhandlungen* merkte später ein Arzt an, man habe bei den Privat-Honoraren in 25 Jahren mittlerweile ca. 55% Inflationsverlust erlitten.

Die Bundesregierung sei fleißig, das *E-Health Gesetz* wurde verabschiedet (seit 1.1.2016 in Kraft). Negativ beurteilte Dr. Gassen die darin enthaltenen Sanktionsmöglichkeiten bei Fristversäumnis. Die Fristtermine zum Online-Versichertenstammdaten-Management, Juli 2016 für die KBV (Testphase) und Juli 2018 bei den Niedergelassenen (Flächendeckung) seien wegen dem offensichtlichen Rückstand der Industrie aberwitzig. Am *Krankenhausstruktur-Gesetz* (seit 1.1. 2016 in Kraft) sei zu kritisieren,

dass damit 10 Mrd. € ohne Struktur mit der Gießkanne verteilt würden. Portalpraxen seien prinzipiell ein ganz netter Ansatz, jedoch unausgegoren. Mit dem vom Ministerium für Verbraucherschutz konzipierten Gesetzentwurf gegen Korruption im Gesundheitswesen sei die Kriminalisierung von Kooperationsstrukturen zu befürchten, die doch ansonsten so gewünscht seien. Zum *Pflegeberufsgesetz-Kabinettsentwurf*, der die Ausbildungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung zusammenlegt (soll 2016 verabschiedet werden und in Kraft treten, damit 2018 die neue Ausbildung starten kann), habe die KBV eine grundsätzlich zustimmende Erklärung veröffentlicht. Bezüglich des *Sterbehilfegesetzes* (seit 10.12. 2015 in Kraft) merkte Dr. Gassen an, dass nun schon wiederholte Sterbehilfe als gewerbsmäßig gelte und somit nach § 217 StGB „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ nun kriminalisiert werden könne. Da wäre es besser gewesen gar keine Neuregelung zu machen.

Nun zur Selbstverwaltung: Mit den *Facharzt-Kapiteln des EBM* (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) sei man für einzelne Fachgruppen recht weit, in 2016 würden dann alle Kapitel abgeschlossen. Die Berufsverbände können und sollen auch weiterhin ihre Vorstellungen bei der KBV einbringen. Durch einen Mix von Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen versuche man, die stetige Leistungsverdichtung abbildbar zu machen. Bei weiter andauernder Budgetierung werde man aber vorschlagen, einzelne Leistungen aus dem EBM, also der GKV herauszunehmen.

Zum öffentlichen Image der KBV selber, die ja aus den Schlagzeilen gar nicht mehr herauszukommen scheint, sprach Gassen erst nach Aufforderung der Anwesenden ein paar Sätze. Die Presseberichte über die Gesprächsabsage von Frau Michalks (MDB, CDU, Gesundheitsausschuss) solle man nicht überbewerten, denn an diesem Tag habe ein Treffen der KBV mit dem Gesundheitsausschuss stattgefunden. Aus rein formaljuristischen Gründen müsse man mög-

licherweise die Beauftragung von Prof. Lillie (Vorsitzender des unlängst installierten KBV-Vertrauensausschusses, u. a. zur *Aufklärung der Vorwürfe* in Zusammenhang mit den drei Strafanzeigen gegen den ehemaligen KBV-Vorsitzenden Dr. Köhler) wegen Vorwürfen der Befangenheit zurücknehmen. Dies würde aktuell mit dem BMG geklärt. Das habe jedoch nichts mit strukturellen Problemen innerhalb der KBV zu tun. Mit dieser Ansicht stimmten einige Diskutanten wenig überein, sie sprachen von irreparablen *Imageschäden* und heizten die Gerüchteküche weiter an: Dem Chefaufklärer sei vor Kurzem hier im Hause die Akteneinsicht verweigert worden. Dr. Gassen war bezüglich der Preisgabe dieses Details ‚not amused‘ und fragte, woher der Diskutant diese Interna taufrisch wisse. Er könne aber beruhigen, der KBV-Datenschutzbeauftragte habe die Einsicht nur verweigern müssen, da keine schriftliche Formulierung des Einsichtsbegehrens vorgelegen habe und so die unumgängliche Anwesenheit eines KBV-Mitarbeiters während der Akteneinsicht nicht zeitnah zu organisieren gewesen wäre. Zum Vorwurf, es sei wenig vertrauenserweckend, wenn eine ehemalige ‚Köhler-Kanzlei‘ nun gegen Köhler agieren solle, erspare ich den LeserInnen die eher juristischen Gegenargumente. Im Januar findet zudem ein Gespräch im Ministerium (BMG) statt. Mein Eindruck als Zaungast war: *Unter dem Deckel brodelt's* wohl noch gewaltig in der KBV. Der letzte Tiefpunkt war ja erst wenige Tage alt, das Bundesgesundheitsministerium hat laut „Süddeutsche Zeitung“ Strafanzeige gegen den früheren Chef der Kassenärztlichen Vereinigung, Andreas Köhler, erstattet. Hier geht es um Mietzuschüsse, die dieser von seinem früheren Arbeitgeber KBV zu Unrecht erhalten haben soll⁵. Das KBV-System mit hochbezahlten hauptamtlichen Vorsitzenden scheint also

nicht vor Korruption geschützt zu sein. Bereits im Dezember berichtete die Presse darüber, dass die KBV eine Klage gegen die vom Bundesministerium für Gesundheit per Ersatzvornahme verordnete *Satzungsänderung* prüfe. Bei Abstimmungen sollen Haus- und Fachärzte demnach in der KBV-Vertreterversammlung gleich viele Stimmen erhalten. Drei Mal hatte diese zuvor jene von ihr ministeriell verlangte Parität nicht selber beschlossen. Mittlerweile hat die KBV Klage gegen die aufsichtsrechtliche Verfügung der Satzungsänderung eingereicht.

Dr. rer. pol. Casser, Leiter des KBV-Dezernats Vergütung berichtete anschließend Näheres zum „Sachstand *EBM-Weiterentwicklung*“. Im Sommer 2014 hatte der Bewertungsausschuss (BA) ein Inkrafttreten zum Januar 2016 eingeplant, nun wird's hoffentlich Sommer 2017. Die Ärzteschaft will eine Neubewertung der ärztlichen Leistungen, die Krankenkassen wollen Strukturänderungen. Beide wollen die fachärztliche Grundversorgung stärken. Die Kassen bestehen auf Kostenneutralität, die ÄrztInnen wollen neue Leistungen davon ausklammern und es sollen keine größeren Umverteilungen zwischen Fachgruppen entstehen. Wichtigste Stellschrauben jeglicher Weiterentwicklung sind die Taxierung der ärztlichen Leistung und der technischen Leistung. Mit Letzterer hatte die sogenannte Apparatedizin viele Jahre viel Geld machen können, nun soll die genuin ärztliche Leistung wieder gestärkt werden.

Vorschläge für solcherlei strukturelle Änderungen konnten beispielsweise für die Psychotherapie von unseren Berufsverbänden, nach dem Unterlagenversand seit Mitte Juni 2015 bei der KBV eingereicht werden. Aber ich vermute, die vom Gesetzgeber angeordnete Novellierung der PT-Richtlinie bis Mitte 2016 dürfte ganz neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in unser EBM-Kapitel bringen und damit neuerliche Rückmeldungen der Berufsverbände vor den Beratungen zu deren Bewertung im AK4 des BA nach sich ziehen. Gemäß eines fast schon rituellen Prozedere wird der kalkulatorische Arztlohn neu berechnet (Gassen: „Nur

⁵ Die Verhandlung darüber fand am 21.01.2016 im Berliner Landgericht statt. Dr. Andreas Köhler hat in seiner Zeit als Vorstandsvorsitzender zu Unrecht monatlich einen Mietkostenzuschuss in Höhe von 1450,07 Euro bezogen. Dieses Geld muss er nun zurückzahlen (94.000 Euro plus Zinsen).

dieser bringt uns neues Geld!“). Zuerst werden stets Argumente zur Erhöhung (KBV) und zur Absenkung (GKV) dieses kalkulatorischen Arztlohns vorgelegt, dann verhandelt und schließlich ein Kompromiss gefunden. So nimmt die KBV diesmal als *Bezugspunkt* 157.437 €, gemäß einem leitenden Oberarzt in Entgeltgruppe IV, Stufe 2. Dabei geht sie von einer Wochenarbeitszeit von ca. 52 Std. aus, wovon ca. 38 Std. direkt patientenbezogen seien. Obendrauf wünscht die KBV ganz innovativ noch den Einbezug von Personalkosten für einen Praxismanager, der die ÄrztInnen von den sogenannten Overhead-Arbeitszeiten für delegierbare Verwaltungstätigkeiten (ca. 12 % der Gesamtzeit) entlastet. In der nachfolgenden Diskussion konnte ich es mir nicht verkneifen, von solch einer rechnerischen Aufspaltung in ärztliche und verwalterische Leistungsanteile abzuraten, mit dem warnenden Beispiel des jüngst von der KBV im EBA akzeptierten ‚Strukturzuschlags‘ in der Psychotherapie, den dann aber nur vielleicht ein Viertel der KollegInnen erhalte. Das sei ein Weg, der uns alle zu im Akkord arbeitenden Scheinselbständigen zu machen drohe.

Nach dem sog. Standardbewertungssystem (STABS) rechnet man derzeit mit ca. 140.000 Minuten ärztlicher Leistung (AL-Zeit) im Jahr. Nach Auswertung der ärztlichen Abrechnungsdaten von 2011 waren die Bruttokalkulationszeiten je nach Fachgruppe jedoch sehr unterschiedlich lang, bei *PsychotherapeutInnen* ca. 95.000 Min., bei den AllgemeinmedizinerInnen und ChirurgInnen ca. 211.000 Min., bei den OrthopädInnen stolze 303.000 Minuten. Diese Leistungskalkulationszeiten und die tatsächlichen Arbeitszeiten klaffen also teilweise weit auseinander. Wieso? Die Leistungen der Psychotherapie sind im EBM fast komplett zeitgebunden, die der medizinischen Fächer fast gar nicht. Das heißt, MedizinerInnen können und dürfen fast so schnell wie der Wind arbeiten, bzw. abrechnen. Das will man nun schlicht und ergreifend durch eine simple Quotientenbildung, ‚Anpassungsfaktor‘ genannt, einebnen.

Im letzten Schritt wird man die *Kosten*-*daten* aktualisieren. Vom statistischen Bundesamt liegen Daten für 2011 vor, die KBV will diese mit aktuelleren ZIPP-Daten ergänzt sehen. Mal sehen, ob die Krankenkassen das diesmal zulassen müssen, weil das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) seit 2015 nicht mehr an juristisch belastbare offizielle Daten herankommt. Da staunt der Laie und der Fachmann wundert sich.

In der Diskussion über die EBM-Reform zeigten sich die BerufsverbandsvertreterInnen illusionslos abgeklärt, sie ließen das Kleinklein der einzelnen Verhandlungsargumente schnell hinter sich und suchten nach einer gänzlich neuen strategischen Perspektive für bessere Arzthonorare. In den Selektivverträgen verdiene man ca. 30% mehr. International sei die BRD ein ärztliches Niedriglohnland, stimmte Dr. Gassen ein. Die Anderen fuhren fort: Wir müssen immer schneller arbeiten und die Arbeit wird immer komplexer. Der EBM bringe *kein neues Geld, nur Umverteilung*. Man sei auch nicht auf den erhofften Weg hin zu festen Preisen gekommen, zumal die Deckelung verhindern würde, dass diese etwas bringen könnten.

Dr. Casser berichtete in TOP 4 zum ‚Sachstand Telemedizin‘, der sich durchs E-Health-Gesetz ergibt. *Elektronische Arztbriefe* (aus dem PC-Praxisverwaltungsprogramm heraus, via KV-Connect oder Sa-femail) sollen nun bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur gefördert werden können, wenn hierbei ein Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet wird. Dafür müssen die Praxisverwaltungssysteme dann Funktionen zur Erstellung einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES) bieten. Die Anschubfinanzierung gilt für das Jahr 2017 wird, wie so vieles, eine Mengengrenzung sowie eine Quotierung haben. Das ist insgesamt nicht gerade das, was man eine Killer-Applikation nennt, die jeder haben will. Die 2 x 55 Cent pro Arztbrief dürften zumindest PsychotherapeutInnen nicht hinterm Berg hervorholen können. Auf der KBV-Vertreterversammlung am 4. März 2016 wird der Richtlinienentwurf erneut be-

raten werden, damit es 2017 losgehen kann. Das dann Folgende zur ‚Telemedizinischen Kontrolle bei kardiologischen Implantaten‘ erspare ich uns, diese Leistung wird zukünftig mit 511 Punkten vergütet.

Das E-Health-Gesetz enthält auch einige für unsere berufliche Zukunft *folgeschwere Implikationen*. So werden Möglichkeiten der elektronischen Behandler-Patienten-Fernkommunikation geschaffen bzw. legalisiert, die ich bislang rechtlich nicht für nutzbar hielt. Dabei sollen auch Standards definiert werden, die dem Gesetzgeber scheinbar ausreichende Datensicherheit garantieren sollen. Sogar Smartphones und andere mobile Endgeräte sollen dabei nicht nur als Telefon für die Kommunikation im Gesundheitswesen nutzbar werden.

Zur Förderung der Telemedizin soll ab April 2017 die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen und ab Juli 2017 die *Online-Videosprechstunde* in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden. Das soll PatientInnen die Kontaktaufnahme mit dem Behandler/der Behandlerin deutlich erleichtern. Ich bin gespannt, ob das auch für die Psychotherapie möglich werden wird. Bis Ende 2018 muss die gematik noch so einige Voraussetzungen schaffen. Daten der PatientInnen (z.B. Arztbriefe, Notfalldaten, Medikationsdaten) sollen in einer elektronischen Akte für sie bereitgestellt werden können. Damit können sie dann ihre BehandlerInnen informieren. Jedoch entscheidet der Patient/die Patientin, welche medizinischen Daten auf der Gesundheitskarte gespeichert werden, welche nicht und wer Zugriffsrechte darauf hat. Wegen der so möglichen Lückenhaftigkeit dieser Datensätze werden BehandlerInnen meines Erachtens nach auf diese Daten keine verantwortbaren Behandlungsentscheidungen aufbauen können. Damit wird die *elektronische Akte auf der Gesundheitskarte* behandlungsbezogen eigentlich wertlos. Aber vielleicht sehe ich das ja zu eng. Ein ganz handfester Gewinn für PatientInnen ist hingegen, dass sie durch das E-Health-Gesetz ab Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan erhalten, falls sie drei oder mehr verschriebene Arz-

neimittel anwenden. Sobald es dann irgendwann mal die Telematik-Infrastruktur geben wird, können sie den Behandlungsplan dann auf ihre elektronische Gesundheitskarte laden lassen und vielleicht ja sogar auf ihr Handy.

Dr. Casser endete mit dem Ausblick, die Politik habe hohe Erwartungen in die Potentiale einer telemedizinischen Versorgung, insbesondere für strukturschwache Regionen. Weitere Aktivitäten der Politik zur Etablierung von telemedizinischer Versorgung seien zu erwarten. In der Diskussion kritisierten die VertreterInnen der Berufsverbände, dass bereits die erste telemedizinische Leistungsziffer in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) „versenkt“ werde. Was habe die Verweigerungshaltung der Ärzteschaft dem Telematik-Infrastruktur-Etablierungsstreben der Kassen und der Politik gegenüber bislang eingebracht? Machen wir uns nichts vor, der Politik soll die *Telemedizin zum Sparen* dienen. Dieser Pragmatik wird durchaus gerne ein bisschen Datensicherheit und Behandlungsqualität geopfert.

Dr. Susanne Armbruster, Abteilungsleiterin Flexible Versorgungsformen und Patientenorientierung, berichtete dann noch über den aktuellen Stand der *spezialisierten ambulanten Palliativversorgung* (SAPV). Auf spezialisierte Palliativversorgung hat man nach § 37 b SGB V seit April 2007 Anspruch, den für den ambulanten Bereich die G-BA Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 regelt. Gemäß dieser Richtlinie entstanden jährliche Umsetzungsberichte. Voraussetzungen für SAPV sind: Eine fortgeschrittene, nicht heilbare Erkrankung und eine interdisziplinäre aufwendige Versorgung. Auch ihr Umfang wird dort definiert: Beratung, Versorgung und Koordinierung. Leistungsmenge und Ausgaben stiegen über die letzten Jahre stark. Laut einer Bertelsmann-Studie möchten 76% der Befragten zu Hause sterben, aber nur 20% davon können das derzeit tun. Das Hospiz- und Palliativgesetz vom 8.12.2015 zielt auf Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (A-APV) sowie die flächendeckende Verbreitung der SAPV-Zentren. In Vorbereitung

durch die KBV-Vertragswerkstatt sei eine Anlage zum Bundesmantelvertrag zur qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung. Das ist sicher eine gute Sache.

Jürgen Friedrich (Sprecher der DGVT-Fachgruppe Niedergelassene)



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.

46th Annual Congress of EABCT

Stockholm, Sweden

31. August - 3. September 2016

47th Annual Congress of EABCT

Istanbul, Turkey

20. - 23. September 2017

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

Weitere Informationen:

www.eabct.com

Weitere Infos

Kurzinformationen

BMG: Gesundheitsratgeber für Asylsuchende in fünf Sprachen

(*wd*). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 15. Januar 2016 den „Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“ veröffentlicht. Die 24-seitige Broschüre informiert Asylsuchende über Grundzüge der Gesundheitsversorgung in Deutschland und das Verhalten im Falle einer Erkrankung.

Der Ratgeber soll Helfer, Behörden und Ärzte entlasten und Asylsuchenden helfen, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Erklärt wird zum Beispiel, wie PatientInnen für eine Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt einen Termin vereinbaren und dass sie diesen auch einhalten sollen.

Der Gesundheitsratgeber erscheint in Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurdisch und Paschto - den Sprachen, die Asylsuchende am häufigsten sprechen. Das Heft kann unter www.Ratgeber-Gesundheit-fuer-Asylsuchende.de kostenfrei bestellt werden und ist als PDF zum Download sowie als Online-Version auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums verfügbar unter

www.bmg.bund.de/online-ratgeber-fluechtlinge

Jahresberichte zur Drogensituation in Deutschland und Europa

(*wd*). REITOX-Bericht 2015 erschienen: Jahresberichte zur Drogensituation in Deutschland und Europa künftig in einheitlicher Struktur

Der jährlich erscheinende „REITOX-Bericht“ ist das Standardwerk zur Situation illegaler Drogen in Deutschland. Er liefert umfangreiche Daten über die Entwicklung

des Drogenkonsums und Informationen zur Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland. Mit dem aktuellen Jahresbericht 2015, den die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) als REITOX-Knotenpunkt der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zuliefert, wird erstmalig eine europaweit einheitliche Struktur eingeführt.

Die EBDD verfolgt mit der Neustrukturierung der Berichterstattung das Ziel, ein europaweit besser vergleichbares Überblickswerk herausgeben zu können. Der REITOX-Bericht 2015 setzt diese Vorgaben um. Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel, Leiter der DBDD: „In diesem Jahr legen wir den Bericht erstmalig in einheitlicher Struktur vor, in der die einzelnen Themen in abgeschlossenen Einzeltexten - so genannten ‚Workbooks‘ - behandelt werden. Das ermöglicht eine deutlich effizientere Lektüre, insbesondere wenn nur Informationen zu einem bestimmten Bereich gesucht werden. Gleichzeitig erleichtert die neue Struktur auch den besseren Vergleich mit den Berichten aus anderen europäischen Staaten.“

Weitere Informationen unter:
www.drogenbeauftragte.de

Datenreport Frühe Hilfen 2015

(*wd*). Warum nehmen einige Familien Angebote der Frühen Hilfen an, andere jedoch nicht? Welche Familien profitieren besonders und wo besteht Handlungsbedarf? Antworten auf diese Fragen liefert der Datenreport Frühe Hilfen 2015, der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Kooperation mit der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik an der Technischen Universität Dortmund herausgegeben wurde. Der Datenreport präsentiert Daten, Analysen und Ausblicke aus überregionalen Studien zur aktuellen Entwicklung und Ausgestaltung von Frühen Hilfen in Deutschland. Unter anderem werden Ergebnisse aus der Kommunal-

befragung des NZFH vorgestellt, die durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen angestoßen wurde.

Weitere Beiträge beschäftigen sich mit der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen im Bereich Frühe Hilfen sowie der Schnittstelle zu den Hilfen zur Erziehung und zum intervenierenden Kinderschutz.

Der Datenreport Frühe Hilfen 2015 steht zum Download unter www.fruehehilfen.de und kann dort unter der Bestellnummer 16000302 oder per E-Mail an order@bzga.de kostenfrei angefordert werden.

Gesundheit-Newsletter-Service des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

(*wd*). Seit dem 1. Oktober 2015 bietet das BfArM einen Newsletter an, in welchem es monatlich über aktuelle Themen informiert. Neben einem jeweils aktuellen Topthema beinhaltet der Newsletter dann auch Informationen aus den Bereichen Arzneimittel, Medizinprodukte, Bundesopiumstelle und Forschung.

Die Auswahl der Artikel setzt sich dabei aus neuen Informationen sowie einer Zusammenfassung aktuell relevanter Themen der Website – zum Beispiel aller Arzneimittel Risikoinformationen des letzten Monats – zusammen. Neben regulatorischen Informationen sind im Newsletter auch Veranstaltungen des BfArM sowie aktuelle Stellenausschreibungen zu finden.

Der BfArM-Newsletter kann unter www.bfarm.de/newsletter abonniert werden.

Quelle: Gesundheitspolitische Informationen: GP_aktuell Nr. 01/2016 vom 18. Januar 2016

Ein Jahr Beschwerde-Forum igel-ärger.de⁶

Berlin, 18.9.2015

Auf einer Pressekonferenz im BMJV stellten Gerd Billen, Staatssekretär im Justiz- und Verbraucherschutzministerium, und Wolfgang Schuldzinski, Vorstand der Verbraucherzentrale NRW, die Ergebnisse der Auswertung eines Jahres des Beschwerdeportals vor.

IGEL gehöre, so Gerd Billen, zum 2. Gesundheitsmarkt, der heute ein Volumen von 1,5 Mrd. € erreicht habe. Die Verbraucherzentrale NRW sei mit diesem Projekt beauftragt worden, um herauszufinden, ob das Patientenrechtegesetz eingehalten werde. Die Ergebnisse hätten dazu geführt, dass sie überlegten, dieses nachzubessern oder die Marktaufsicht verstärkt einzuschalten. Sie erwägten den Vorschlag eines Produktinformationsblattes, wollten eine Kulturänderung.

In Absprache mit Karl-Josef Laumann wollten sie dieses Thema auch an den GBA herantragen. Wenn IGEL nicht sinnvoll seien, warum würden sie dann angeboten? Das Patientenrechtegesetz sei gut und Patienten beschwerten sich, es liege erkennbarer Veränderungsbedarf vor.

Wolfgang Schuldzinski berichtete von ca. 1.500 dokumentierten Beschwerden.

Patienten sähen sich einem sie verärgertigenden Verkaufsdruck in der Arztpraxis ausgesetzt. Die Verbraucherzentrale gehe von einer ständig steigenden Zahl von IGEL aus. 33% der GKV-Patienten würden IGEL angeboten, in 3 von 4 Fällen werde das Angebot angenommen und die entsprechende Leistung erbracht. IGEL unterlägen keinen Qualitätskontrollen, jeder könne sich irgendwelche IGEL ausdenken.

Augenärzte (34%), Frauenärzte (17%), Zahnärzte (12%), Hautärzte (10%) und Orthopäden (10%) würden am häufigsten IGEL

⁶ *Quelle: HIGHLIGHTS Onlinemagazin; Ausgabe 24/15 – 19. Oktober 2015; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.*

anbieten, besonders sogenannte Vorsorgeuntersuchungen. IGEL, von Ärzten aufgedrängt, wie Glaukomfrüherkennung, Hautkrebsfrüherkennung und Ultraschall auf Gebärmutter- und Eierstockkrebs seien nicht sinnvoll, könnten eher schädliche Folgen nach sich ziehen, wie unnötige OPs. Professionelle Zahnreinigung, häufig von Zahnärzten angeboten, sei eigentlich eine Kassenleistung.

63% derjenigen, die sich beschwert hätten, fühlten sich vom Arzt unter Druck gesetzt, hätten keine Informationen über den Umfang der Kassenleistungen und die Notwendigkeit einer IGEL erhalten – mit Angst werde Druck erzeugt. IGEL dürften nur mit Information, Vertrag und Abrechnung nach GOÄ erbracht werden.

Völlig inakzeptabel sei es, wenn eine Weiterbehandlung ohne Zustimmung zu einer IGEL verweigert würde. Besonders gedrängt werde z.B. von Kieferorthopäden. Dies sei höchst verwerflich, weil es sich meist um Kinder handele, die mit diesen IGEL auch noch Beschwerden hinnehmen müssten. Schlimm sei auch, wenn haftungsbefreiende Erklärungen unterschrieben werden sollten, Erklärungen, dass keine IGEL gewollt seien, dies sei zudem rechtlich Unsinn.

Das Aufklärungsverhalten sei defizitär, Ärzte und deren Mitarbeiter schürten Ängste, rechtliche Grundlatten würden nicht eingehalten, es werde gegen das Patientenrechtegesetz verstoßen, der Leistungsumfang sei unklar. Das Vertrauensverhältnis Arzt/Patient erodiere durch diese Verhaltensweisen.

Die Verbraucherzentrale fordere, das Verbot von Verzichtserklärungen durchzusetzen. Sie gingen zunächst mit Abmahnungen gegen diese vor. Gerichtliche Schritte einzuleiten, sei aufgrund der Beweislage oft schwierig. Die gesetzlich bestehende Pflicht zur Information müsse klar geregelt werden. Es handele sich um Leistungen, für die keine Evidenz vorliege oder unklar sei. Die Ärztekammern seien aufgerufen, das Berufsrecht durchzusetzen.

Krankenkassen und KBV sollten im GBA klären, ob z.B. Glaukomfrüherkennung, Hautkrebscreening mit Lampen, usw. Evidenz hätten, damit das Schwert geschärft werde.

IGEL sind tatsächlich eine vertrackte Angelegenheit und rochen schon von Anfang an nach Ärger. Weder die Kammern, noch die KVen sind von ihnen begeistert, haben aber oft aus verständlichen Gründen nicht den Mut, mit aller Härte gegen IGEL vorzugehen und die Einhaltung des Patientenrechtegesetzes durchzusetzen. Für viele Niedergelassene sind IGEL eine willkommene Zusatzeinnahmequelle, die immer stärker genutzt wird. Im nächsten Jahr könnte deshalb das Patientenrechtegesetz nachgeschärft werden und das können eigentlich weder die Kammern noch die KVen wollen. Sie werden deshalb wohl oder übel via Berufsrecht durchgreifen müssen, aber vielleicht ist es ihnen auch lieber, dass der Gesetzgeber dieses unangenehme Geschäft betreibt.

Die Frage nach IGeL-Leistungen stellt sich teilweise auch in Psychotherapeutischen Praxen. Anbei eine Liste von IGeL-Leistungen, die in psychotherapeutischen Praxen auf Wunsch des Patienten/Klienten angeboten werden können:

- Paartherapie
- Familientherapie
- Beratung bei schulischen Problemen
- Stressbewältigungstraining
- Sozialkompetenztraining
- Biofeedback
- Beratung bei Mobbing

Neuaufgabe der KBV- Broschüre zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung

(ja). Die KBV-Servicebroschüre „Barrieren abbauen-Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“ wurde überarbeitet. In der Broschüre werden viele verschiedene Vorschläge und

Ideen gemacht, wie eine Praxis stärker auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ausgerichtet werden kann. Oft lässt sich auch schon mit kleinen Veränderungen viel erreichen. Beispielsweise werden in Bezug auf die Praxiseinrichtung gut sichtbare Praxisschilder und eine gute Beleuchtung, die Vermeidung von Stolperfallen und die Bereitstellung variabler Sitzmöglichkeiten empfohlen. Zudem werden eine deutliche und verständliche Sprache und das Bereitstellen von Informationen, die auch blinde und gehörlose Menschen nutzen können, empfohlen.

Weitere Informationen und die Broschüre zum Download finden Sie hier:
http://www.kbv.de/html/1150_20564.php

Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch eingesetzt

(ja). Am 2. Juli 2015 bewilligte der Deutsche Bundestag den Antrag von Johannes-Wilhelm Rörig (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Missbrauchs) eine unabhängige Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch einzurichten. Ziel dieser Kommission ist es, die sexuelle Gewalt an Kindern auf nationaler Ebene umfassend aufzuarbeiten. Im Januar 2016 wurden nun die folgenden sieben Kommissionsmitglieder berufen.

- Prof. Dr. Sabine Andresen (Vorsitzende), Professorin für Sozialpädagogik und Familienforschung an der Goethe-Universität Frankfurt/Main.
- Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend a.D.
- Prof. Dr. Jens Brachmann, Professor für Allgemeine Pädagogik und Historische Wissenschaftsforschung an der Universität Rostock.

- Prof. Dr. Peer Bricken, Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Prof. Dr. Barbara Kavemann, Honorarprofessorin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und Mitarbeiterin des Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstituts Freiburg.
- Prof. Dr. Heiner Keupp, Sozialpsychologe, Leiter eines Teilprojekts der interdisziplinär angelegten wissenschaftlichen Studie über sexualisierte Gewalt an der Odenwaldschule.
- Brigitte Tilmann, Präsidentin des Obergerichts Frankfurt/M. a.D.

Die Kommission möchte Missbrauch in Institutionen und im familiären Kontext untersuchen und Strukturen aufdecken, die Missbrauch in der Vergangenheit ermöglicht und eine Aufdeckung verhindert haben. Die Betroffenen sollen auch außerhalb von Gerichtssälen und Therapieräumen angehört werden. Zudem soll eine breite gesellschaftliche Debatte über einen besseren Kinderschutz angestoßen werden. Die Kommission wird die Öffentlichkeit regelmäßig über die Ergebnisse ihrer Arbeit informieren.

Am 15. Januar 2016 startete bereits das erste Projekt. Ab sofort wird das bundesweite Hilfetelefon Sexueller Missbrauch (Telefonnummer: 0800 2255530) unter der Leitung von Prof. Dr. M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm) wissenschaftlich begleitet. Das Hilfetelefon existiert seit Mai 2010 als bundesweite, anonyme Anlaufstelle für Betroffene von sexueller Gewalt. Für die wissenschaftliche Begleitforschung werden die Anrufer um verschiedene Angaben gebeten, wie beispielsweise demographische Daten (z.B. Alter, Geschlecht) und Angaben zum Hintergrund des Anrufs. Die Daten werden dann in anonymisierter Form an das Universitätsklinikum Ulm übermittelt.

Seit 2010 wurden beim Hilfetelefon Sexueller Missbrauch 30.000 Gespräche geführt. Die wissenschaftliche Begleitung des Hilfetelefons wird als wichtige Unterstüt-

zung bei der Verbesserung von Hilfen gesehen. „Durch die Ergebnisse der Begleitforschung können die Anliegen von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften direkt in unsere Arbeit einfließen“, sagte Johannes-Wilhelm Rörig dazu.

Mit der wissenschaftlichen Begleitforschung startet auch ein weiteres telefonisches Angebot, nämlich das Hilfetelefon Forschung (Telefonnummer: 0800 4455530). Dieses Hilfetelefon wendet sich an Betroffene und Angehörige, die sich an der Forschung zu belastenden Kindheitsereignissen beteiligen möchten. Die Befragung der Anrufer wird mit dem wissenschaftlich geprüften Fragenkatalog Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) durchgeführt. Dieser Fragenkatalog besteht aus 28 Aussagen zu verschiedenen Kindheitsereignissen, die in fünf vorgegebenen Antwortstufen zu bewerten sind. Die Fragen beziehen sich auf Bewertungen von belastenden Ereignissen wie sexuelle Gewalt, körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, emotionale Vernachlässigung sowie Einschätzungen zu positiven Kindheitserlebnissen. Die Ergebnisse erlauben eine Einschätzung über die Häufigkeit und den Schweregrad des sexuellen Missbrauchs sowie zu anderen Missbrauchserfahrungen. Da der CTQ ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren ist und somit in verschiedenen Studien bereits verwendet wurde, ermöglicht er den internationalen Vergleich mit andern Studienergebnissen.

Diese Befragung kann auch direkt beim Hilfetelefon Sexueller Missbrauch durchgeführt werden. Die freiwilligen Angaben der Anrufer werden vertraulich und anonymisiert behandelt.

Weitere Informationen:
www.beaufragter-missbrauch.de

Wir möchten an dieser Stelle auch nochmal auf den „Fonds sexueller Missbrauch im familiären Bereich“ aufmerksam machen. Dieser Fonds soll Betroffenen helfen, die unter den Folgen von sexuellem Missbrauch in ihrer Kindheit oder Jugend leiden.

Betroffene können dort bis zum 30. April 2016 Sachleistungen beantragen (eine Verlängerung ist geplant). Antragsberechtigt sind Betroffene, die als Kinder oder Jugendliche sexuell missbraucht wurden. Nähere Informationen und das Antragsformular finden Sie hier:

www.fonds-missbrauch.de

Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der BPTK konstituiert

Am 19.01.2016 hat sich der neu gewählte Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zum ersten Mal getroffen. Von Seiten des Bundesvorstands wird der Ausschuss von Wolfgang Schreck (DGVT) und Peter Lehndorfer begleitet. Mitglieder des Ausschusses sind unter anderem Cornelia Plamann (DGVT, Sachsen) und Sabine Maur (DGVT, Rheinland-Pfalz). Sabine Maur wurde zusammen mit Cornelia Beking (NRW) zur Sprecherin des KJP-Ausschusses gewählt.

Der BPTK-Vorstand hat dem Ausschuss auf dem letzten DPT (24. DPT) den Auftrag erteilt, das differenzierte Versorgungskonzept für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiterzuentwickeln und „konzeptionelle Vorstellungen“ und „Ergebnisse des Beratungsprozesses“ vorzulegen. Für die nächste Sitzung (im Mai 2016) stehen deshalb u.a. folgende Themen auf der Agenda: Beginn der Überarbeitung des Versorgungskonzepts, das Thema Flüchtlinge (Kinder, Jugendliche, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) und die Vorbereitung eines Treffens mit den KJP-VertreterInnen der Landeskammern.

Sabine Maur

Niederlassungsförderung in Bayern auch für PsychotherapeutInnen

(kb). PsychotherapeutInnen können im Rahmen eines Programms des bayerischen Gesundheitsministeriums zur Förderung der Niederlassung eine Förderung von bis zu 20.000 Euro erhalten (für Haus- und Fachärzte stehen jeweils bis zu 60.000 Euro zur Verfügung). Voraussetzung ist, dass die Niederlassung in Gemeinden mit nicht mehr als 20.000 Einwohnern geplant wird. Bei Kinder- und Jugendpsychiatern liegt die Grenze bei 40.000 Einwohnern.

Insgesamt stehen für das Förderprogramm in 2015/16 insgesamt 11,7 Mio. Euro zur Verfügung. Es konnten bislang fast 200 Ärzte und Psychotherapeuten unterstützt werden.

S3-Behandlungs-Leitlinie Unipolare Depression

(kb). Die aktualisierte und erweiterte S3-Behandlungs-Leitlinie Unipolare Depression wurde Ende November 2015 auf der Homepage „Leitlinien.de“ (gemeinsame Homepage von Bundesärztekammer, KBV und AWMF) veröffentlicht. Ziel dieser Leitlinie ist es, „die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland zu verbessern und die Versorgung von Menschen mit unipolarer Depression zu optimieren“. Für die 2. Auflage der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression wurde die Leitlinie komplett überarbeitet.

Achtung: Auf der Homepage der AWMF (www.awmf.org) sind noch ältere Dokumente eingestellt. Es ist wichtig für Sie zu wissen, dass nur die unter www.versorgungsleitlinien.de enthaltenen Dokumente des Programms für „Nationale VersorgungsLeitlinien“ gültig sind!

Letzte Meldung

Hürden abbauen, Perspektiven eröffnen

DGVT kritisiert Asylpaket II

Kurz vor Redaktionsschluss hat die Bundesregierung das Asylpaket II verabschiedet. Zwar steht das Recht auf Asyl nicht zur Disposition, dennoch erleben wir eine stringente Verschärfung des Asylrechts.

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V. kritisiert deshalb das Asylpaket II, das die Bundesregierung am 3.2.16 im Kabinett verabschiedet hat. Danach sollen die Asylbehörden davon ausgehen, dass insbesondere PTBS nicht zu den "schwerwiegenden Erkrankungen" gehören, die eine Abschiebung verhindern und der Familiennachzug für Flüchtlinge, die nur so genannten subsidiären Schutzstatus haben, soll ausgesetzt werden. Das trifft vor allem Frauen und Kinder.

Die DGVT hat zu diesem Thema bereits mehrere Stellungnahmen veröffentlicht und sich Forderungen nach einer besseren psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen angeschlossen. Die zentralen Aussagen haben wir nachfolgend zusammengefasst:

1. Gerade Menschen, die durch Kriegs- oder Terrorerfahrungen und Flucht traumatisiert wurden, brauchen professionelle Unterstützung, Sicherheit und eine Perspektive. Für die Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen ist Psychotherapie von zentraler Bedeutung.
2. Daneben gibt es weitere Angebote, die für eine psychosoziale Versorgung Geflüchteter von großer Bedeutung sind, häufig aber nicht im Licht der öffentlichen Diskussionen stehen und unter finanziell prekären Bedingungen stattfinden. So hat der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) dazu aufgerufen, bereits bei der Planung und Organisation der Flüchtlingsunterbringung Fachkräfte der Sozialen Arbeit

einzubeziehenden und ausreichend sozial-professionelle Beratungsangebote für Flüchtlinge in den Unterkünften bereitzustellen.

3. Viele Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychologInnen beteiligen sich ehrenamtlich an psychosozialen Unterstützungsangeboten in Erstaufnahmeeinrichtungen, führen z.B. in Kleinteams ähnlich wie die ÄrztInnen offene Sprechstunden durch und machen gruppentherapeutische Angebote, die der Stabilisierung und Bewältigung der aktuellen Situation dienen.
4. In der gesundheitlichen Regelversorgung für Flüchtlinge und AsylbewerberInnen sind erhebliche Hürden für psychosoziale Angebote selbst in dringenden Fällen vorhanden. So arbeiten die bundesweit 31 Psychosozialen Zentren mit ihren rund 130 TherapeutInnen außerhalb der Regelversorgung und werden überwiegend durch Spenden und Stiftungsgelder finanziert, wie die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF) kritisiert. Ein Zugang zu den normalen Leistungen der Krankenkassen ist für AsylbewerberInnen erst 15 Monate nach Antragstellung möglich. Doch auch dann ist die Möglichkeit, zum Beispiel niedergelassene PsychotherapeutInnen aufzusuchen, stark eingeschränkt. So werden Kosten für Dolmetscher, deren Einsatz in vielen Fällen eine psychotherapeutische Behandlung erst ermöglichen würde, nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Außerdem, darauf weist die BAFF in einer aktuellen Stellungnahme hin, können erfolgreiche Integrationsbemühungen die psychotherapeutische Behandlung sogar gefährden: „Hat ein traumatisierter Geflüchteter es nach 15 Monaten Aufenthalt und im Besitz der Gesundheitskarte geschafft, einen Be-

handlungsplatz zu finden und kann er in der Folge auch noch eine Ausbildung oder eine Arbeit aufnehmen, dann muss er nach der geltenden Regelung die therapeutische Behandlung wieder beenden. Denn die Ermächtigung und damit die Abrechenbarkeit der psychotherapeutischen Leistungen sind darauf beschränkt, dass die Geflüchteten EmpfängerInnen von Leistungen nach §2 Asylbewerberleistungsgesetz sind.“

5. Mehrfach wurde in den vergangenen Wochen und Monaten die Asylgesetzgebung in Deutschland verschärft. Dies betrifft gerade auch diejenigen Flüchtlinge, die unter den Folgen erlittener Traumatisierungen leiden. Sie sind häufig nicht in der Lage, in „Schnellverfahren“ ihre persönliche Situation und daraus resultierende psychische Probleme darzulegen. Zudem stellen selbst schwere Erkrankungen wie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kein Abschiebungshindernis mehr dar, wenn nicht unverzüglich ein detailliertes ärztliches Attest vorgelegt wird, aus dem hervorgeht, dass die Erkrankung einer Abschiebung entgegensteht. Für psychisch Erkrankte ist diese Bedingung praktisch nicht zu erfüllen.
6. Eine angemessene psychosoziale Versorgung ist nicht nur ethisch geboten, sondern auch eine unverzichtbare Voraussetzung für eine gelingende Integration. Therapeutische Behandlung, aber auch Beratung und Begleitung eröffnen vielen Geflüchteten und MigrantInnen erst die Möglichkeit, sich in der aufnehmenden Gesellschaft zurechtzufinden und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies ist die Voraussetzung für erfolgreiche Integration und reduziert auch messbar den längerfristigen Bedarf an staatlichen Transferleistungen.

Aus den oben genannten Feststellungen ergeben sich für die DGVT die folgenden konkreten Forderungen:

- Die politisch Verantwortlichen müssen für ausreichende personelle Ressourcen und die Sicherstellung der fachlichen

Qualifikation in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen sorgen.

- Insbesondere die Psychosozialen Zentren müssen dem tatsächlichen Bedarf entsprechend nachhaltig und verlässlich finanziert werden.
- Bereits in den Erstaufnahmeeinrichtungen müssen offene Sprechstunden zur Früherkennung psychischer Gesundheitsprobleme durchgeführt, eine fragebogengestützte Hinweisaufnahme für Psychotrauma und andere psychische Erkrankungen erfolgen sowie niedrigschwellige gruppentherapeutische Angebote und psychosoziale Beratungsangebote inklusive Weitervermittlung in geeignete Betreuungs- und psychosoziale Behandlungsangebote geschaffen werden. Interdisziplinäre Teams können so unter Beteiligung von PsychotherapeutInnen akut notwendige Behandlungen einleiten. Hierfür müssen Honorargelder zur Verfügung gestellt werden.
- Unverzichtbar ist ein rascher Ausbau der Behandlungsplätze sowie ausreichend vorhandenes und qualifiziertes Fachpersonal in der Traumatherapie. Das Bundesgesundheitsministerium muss klarstellen, dass bei nachgewiesenem Versorgungsbedarf von Opfern, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlebt haben, die Ermächtigungen für die Behandlung zwingend zu erteilen sind.
- Der Aufbau eines für Flüchtlinge zugänglichen integrierten Versorgungsmodells analog der Versorgung schwer psychisch erkrankter deutscher PatientInnen ist notwendig.
- Es müssen unverzüglich institutionsübergreifende DolmetscherInnenpools geschaffen werden. Die Kosten für notwendige Dolmetscherleistungen sind von den gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen.
- Schwere somatische und psychische Erkrankungen müssen als Schutzgrund weiterhin anerkannt bleiben. Die Pflicht

zur Vorlage eines qualifizierten ärztlichen Attestes innerhalb kürzester Zeit zur Vermeidung einer Abschiebung müssen revidiert werden. Die geltende Rechtsprechung, wonach Psychologische PsychotherapeutInnen den Fach

ärztInnen gleichgestellt sind, darf nicht länger ignoriert werden, indem deren Atteste nicht anerkannt werden.

- Ein freier Zugang zur medizinischen Versorgung muss Flüchtlingen und AsylbewerberInnen generell und insbesondere bei psychischen Erkrankungen gewährt werden.

Waltraud Deubert

DGVT-Berufsverband - Fortbildung

„Approbation - was nun?“

Referent: Dr. Daniel Bergmann

Nächste Termine: 19. März in Rostock, 21. Mai in Bielefeld, 26. November in Hannover
Jeweils von 13.00 – 17.00 Uhr

Referentin: Kristin Pfeifer

Nächste Termine: 12. März in Stuttgart, 10. Dezember in Stuttgart
Jeweils von 10.00 – 14.00 Uhr

Referentin: Constanze Wenzel

Nächster Termin: 21. Mai in Magdeburg, 17.00 - 21.00 Uhr

Referentin: Eva-Maria Greiner

Nächster Termin: 22. Oktober in München, 10.00 – 14.00 Uhr

Kostenerstattung

Referentin: Kirsten Deppenkemper

Nächste Termine: 16. April in München, 24. September in Berlin
Jeweils von 9.00 – 16.30 Uhr

Referentin: Dr. Hanna Crönjäger

Nächste Termine: 7. Mai in Hamburg, 12. November in Hamburg,
Jeweils von 9.00 – 16.30 Uhr

Seminar zur wirtschaftlichen Praxisführung

Referenten: Thomas Cerny und Hans Schaffer

Nächster Termin: 22./23. April 2016 (22.04.: 16 -20 Uhr, 23.04.: 9 - 17 Uhr) in Berlin

Ihre Anmeldungen richten Sie bitte an fortbildung@dgvt-bv.de.

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

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Berlin:** DGVT-Stammtisch am Montag, 07.03.2016, 19:45-21:30 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum, Innsbrucker Straße, 14-15, 10825 Berlin.
- **Nordrhein-Westfalen:** regionale Mitgliederveranstaltung am Freitag, 18.03.2016, ab 18:30 Uhr, Ort wird noch bekannt gegeben.
- **Rheinland-Pfalz:** Veranstaltung mit der KV Rheinland-Pfalz zum Thema „Zulassungsrecht“ am 10. März 2016, 19:00 Uhr, Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben.

Treffen der DGVT Rheinland-Pfalz gemeinsam mit den Mitgliedern der TIMO-Liste am 21. März 2016, 18:30 Uhr im Psychologischen Institut der Johannes Gutenberg Universität Mainz, Wallstraße 3, 55099 Mainz.

- **Sachsen:** Veranstaltung mit Vertretern der KV-Sachsen, Fragen zum Zulassungsrecht und zur Abrechnung am 13. April 2016, 17:30 Uhr im DGVT-Ausbildungszentrum Dresden, Raum 3-01, Bautzner Landstraße 49, 01324 Dresden.
- **Sachsen-Anhalt:** Veranstaltung mit einem Vertreter der KV-Sachsen-Anhalt am 7. März 2016, 17:30 Uhr: Sachsen-Anhalt, MAPP-Institut, Klausenerstraße 15, 39112 Magdeburg.

Alle Termine auch auf www.dgvt.de bzw. www.dgvt-bv.de unter „Landesgruppen“.

DGVT-Fachgruppe Frauen

in der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung

Fachtagung zum 30-jährigen Bestehen

**“Psychische Störungen, Gender und Stigma: Welche
Konsequenzen ergeben sich für Psychotherapie und
Beratung?”**

28. Oktober 2016 in Hannover

dgvtFW
DGVT Fort- und Weiterbildung

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