



FORUM

DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES

OKTOBER 2016

63

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Tag des Flüchtlings 2016	3
Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und MigrantInnen des DRK (PSZ)	5
Kritik am Entwurf zum Bundesteilhabegesetz – Stellungnahme an die BPtK	6
Stand Gesetzgebung zum PsychVVG – PEPP Symposium Berlin	7

MITTEILUNGEN DER KAMMER

Leserbrief an die SZ	11
Veranstaltung „Miteinander statt Nebeneinander“	12
MEDIAN übernimmt AHG-Kliniken	13

FACHTHEMEN

Interview mit Ingrid Scholz	14
-----------------------------	----

NIEDERGELASSENE

Samstagszuschlag	15
Reform Psychotherapierichtlinie – Bedeutung für Kostenerstattungspraxis	16
Jobsharing und Anstellung in psychotherapeutischen Praxen	18

ANGESTELLTE

Unterschriftenaktion zur Entgeltordnung	18
Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung	20

MITGLIEDER

Wir gratulieren: Runde Geburtstage	21
Mitglieder fragen, die Kammer antwortet	22

KJP

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U1 bis U9	23
Wozu eine Reform der Psychotherapierichtlinie?	25
Die neue PT-Richtlinie und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische KJP-Praxis	26
Psychosoziale Notfallversorgung bei Kindern und Jugendlichen	34
START – Psychointegrationsprogramm Flüchtlinge	35

BPTK

Frauen in die Berufspolitik	37
PM BPtK: Zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie	40

Veranstaltungskalender	40
------------------------	----



EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Mittelpunkt der Ihnen vorliegenden Ausgabe des FORUM stehen die Beschlüsse zur Änderung der Psychotherapierichtlinie. Nachdem das Bundesgesundheitsministerium am 9. September 2016 Teile des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie vom Juni 2016 beanstandet hat, wurden dem G-BA Auflagen zur Überarbeitung bis spätestens 30. November 2016 erteilt. Die Teilbeanstandung umfasst zunächst lediglich den in der geänderten Psychotherapierichtlinie vorgesehenen Einsatz der Dokumentationsbögen. Dieser war bereits seitens der Kammern und Verbände massiv v.a. wegen der fehlenden fachlichen Fundiertheit sowie seiner stigmatisierenden Sprache kritisiert worden. Im übrigen wurde der Beschluss nicht beanstandet und wird zum 1. April 2017 in Kraft treten können.

Hinsichtlich der erteilten Auflagen hält das Bundesgesundheitsministerium insbesondere die Regelung der Psychotherapeutischen Sprechstunden als freiwillige „Kann“-Leistung für unzulässig. Die Sprechstunden seien als fester Bestandteil des Versorgungsauftrags der Psychotherapeuten zu verstehen, so die Argumentation, und die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten in der Lage sein, ihren Sicherstellungsauftrag gewährleisten zu können. Darüber hinaus wird dem G-BA auferlegt, erneut die Notwendigkeit einer Übergangsregelung für das Inkrafttreten der Regelungen zur Sprechstunde, insbesondere hinsichtlich des pflichtigen Zugangs der Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung über die Sprechstunde, zu prüfen.

Während wir davon ausgehen können, dass die Standarddokumentation inhaltlich überarbeitet werden

muss, wird die bisherige Kann-Regelung für Psychotherapeuten zum Angebot von Sprechstunden in der Psychotherapie-Richtlinie wohl eher gestrichen und eine Übergangsfrist für den pflichtigen Zugang der Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung über die Sprechstunde beschlossen werden.

Lesen Sie nach dem Themenaufschlag zur Änderung der Psychotherapierichtlinie im letzten FORUM weitere erhellende Beiträge, die sich mit der Entwicklung und grundsätzlichen Fragen der Reform und ihren Auswirkungen insbesondere auf die KJP-Praxis sowie den Konsequenzen für die Kostenerstattung beschäftigen. Weitere Beiträge befassen sich mit Beschlüssen des G-BA zur Erleichterung des Jobsharing sowie zu veränderten Standards der Früherkennungsuntersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren, die unsere Profession weiter außen vor lassen.

Auch in der stationären Versorgung wird es zum 1. Januar 2017 Änderungen durch das Psych-Entgeltgesetz (PsychVVG) geben. Die umfangreichen Änderungsbeschlüsse des Bundesrates am Kabinettsentwurf sind nicht bindend, da das PsychVVG nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Gleichwohl gehen die Kammern davon aus, dass die Bundesregierung dazu Stellung nehmen wird und wir sind gespannt, ob noch Anpassungen vorgenommen werden.

Wir bedanken uns über die eingereichten Berichte von Kammermitgliedern über die stattgehabte Kooperationsveranstaltung der PKS mit dem Deutschen Roten Kreuz und der Universität des Saarlandes am Tag des Flüchtlings, sowie dem Treffen der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung

mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Uniklinik Homburg. Vorankündigen möchten wir Fortbildungsveranstaltungen zur Fachtagung „Miteinander statt Nebeneinander“, einer Kooperationsveranstaltung mit dem Landkreis Saarlouis und dem Bildungsministerium sowie eine Veranstaltung zur Psychosozialen Notfallversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit dem KJP-Netzwerk der Kammer.



*Ihr
Bernhard Morsch*

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Tag des Flüchtlings 2016

Fachtagung des Psychosozialen Zentrums (PSZ) des DRK an der Universität des Saarlandes mit Beteiligung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS)



Blick in das Plenum (Quelle: DRK)

Traditionell ist der letzte Tag der interkulturellen Woche der „Tag des Flüchtlings“, in diesem Jahr der 30.09.2016. An diesem Tag soll das Schicksal der Flüchtlinge besonders in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gebracht werden. Im laufenden Jahr wurde fast täglich über Flüchtlinge gesprochen, eine große Zahl von Flüchtlingen wurde aufgenommen und musste betreut werden. Es gab viel Engagement von vielen Seiten, von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen in Verwaltung, im sozialen Bereich, bei Behörden und Wohlfahrtsverbänden, im Bildungs- und Gesundheitsbereich. Daneben gibt es leider auch eine nicht unbedeutende Zahl von Aktionen gegen Flüchtlinge und deren Aufnahme in Deutschland. Nicht immer fühlen Flüchtlinge sich willkommen. Zu den traumatischen Belastungen in

der Heimat und auf der Flucht kommen Diskriminierungserfahrungen. Flüchtlinge brauchen vor diesem Hintergrund eine besondere Hilfe und die Psychotherapeutenkammer hat schon vor einiger Zeit im PSZ des DRK einen Partner gefunden, um zu helfen, die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen im Saarland zu verbessern. Insofern war die PKS gern bereit, sich an einer Fachtagung zu beteiligen, die das Psychosoziale Zentrum des DRK aus Anlass des „Tag des Flüchtlings“ gemeinsam mit dem Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie veranstaltete.

13.000 haben im letzten Jahr im Saarland einen Asylantrag gestellt. In diesem Jahr sind 3.300 Geflüchtete auf saarländische Kommunen verteilt worden. Die Zahl ist niedri-

ger geworden, aber die Flüchtlinge brauchen nachhaltig Unterstützung und bilden für die Gesellschaft eine große Herausforderung. Dieser Herausforderung muss sich die Politik stellen. Diese Herausforderung betrifft aber auch Akteure der Zivilgesellschaft, Betreuungsverbände, Fachverbände und die Wissenschaft. Vor diesem Hintergrund arbeitet das Psychosoziale Zentrum des Deutschen Roten Kreuzes im Saarland schon seit mehr als einem Jahr mit der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und der Universität des Saarlandes zusammen.

Die Veranstaltung wurde im Rahmen des Projektes HOPE durchgeführt, ein von der Europäischen Union im Rahmen des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds gefördertes Projekt des Deutschen Roten Kreuzes, das am PSZ angesiedelt ist. HOPE bedeutet Hoffnung und ist zugleich ein Kürzel für „Hilfe bei der Orientierung und Psychoedukation“. Das Projekt richtet sich an Geflüchtete mit Bleiberecht und soll helfen.

Die gemeinsame Veranstaltung von DRK, UdS und PKS trug den Titel „Hilfe für die besonders Schutzbedürftigen“. Mehr als 160 Teilnehmer und Teilnehmerinnen kamen zu dieser Veranstaltung an die Universität des Saarlandes. Der Präsident der Universität des Saarlandes, Herr Professor Volker Linneweber, von Haus aus selbst Psychologe, hob in seiner Begrüßung hervor, dass Flüchtlinge nicht nur, wie es manchmal erscheint, ein „Problem“ darstellen, dass bei ihnen nicht nur logistisch



Präsident Burkert am Informationsstand (Quelle: DRK)

die Versorgung sichergestellt werden muss, sondern dass man die Integration von Menschen mit ihrer jeweiligen persönlichen und beruflichen Geschichte im Blick haben muss. Er wies daraufhin, dass die Universität die zunächst eher sprachfernen MINT-Studiengänge für Flüchtlinge geöffnet habe und für diejenigen Anwärter, die die Anforderungen z. Zt. noch nicht erfüllten, Fördermaßnahmen vorsehe. Diese positive Entwicklung von der Migration zur Integration von Menschen solle an die Stelle der Fixierung auf ein sog. „Flüchtlingsproblem“ treten.

Der Präsident der Psychotherapeutenkammer, Herr Bernhard Morsch, hob hervor, dass die Psychotherapeutenkammer schon von Beginn an aktiv gewesen sei und beim PSZ des DRK eine Koordinierungsstelle eingerichtet habe, um die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen zu verbessern. Er wies aber auch hin auf Defizite in der medizinischen Grundversorgung von Flüchtlingen und bezeichnete es als Skandal, dass in der Landesaufnahmestelle psychische Störungen nicht mit derselben Selbstverständlichkeit abgeklärt würden wie körperliche Leiden.

Der Präsident des DRK im Saarland, Herr Michael Burkert, rief noch ein-

mal das große Engagement der Ehrenamtlichen bei der ersten Aufnahme von Geflüchteten in Erinnerung und die Notwendigkeit, sich auch der zweiten Herausforderung, der Behandlung der Traumafolgen, zu stellen. Traumatisch ist es, wenn Familienmitglieder auf der Flucht zu Tode kommen oder verlorengingen. Hier und auch im Fall von unbegleiteten Minderjährigen gebe es als praktische Hilfe den Suchdienst des DRK. Die Behandlung von traumatisierten Menschen hat gute Aussicht auf Erfolg resümierte er ermutigend für die Veranstaltung. In allen Grußworten wurde deutlich, dass den Geflüchteten weiterhin und dauerhaft geholfen werden müsse und dass die Zusammenarbeit verschiedener Akteure besonders bei traumatisierten und psychisch belasteten Flüchtlingen von besonderem Nutzen ist.

Den weiteren Verlauf der Veranstaltung bestimmten Fachvorträge am Vormittag und Workshops am Nachmittag. Rabea Pallien, Teamleiterin des Teams Migration und Integration, gab einen Überblick über die Angebote und Tätigkeiten des Psychosozialen Zentrums des DRK in der Landesaufnahmestelle und in Saarbrücken-Burbach. Die psychologischen Aspekte der Integration stehen im Vordergrund beim HOPE-

Projekt, das sich an die besonders Schutzbedürftigen, an die psychisch belasteten traumatisierten Flüchtlinge, richtet. Das Projekt mit seinem Team aus Psychologen/Psychotherapeuten und Kulturmittlern/Sozialberatern kann nach einem Jahr auf gute Erfolge im Bereich von Psychoedukation, Beratung und Behandlungen zurückblicken.

Frau Prof. Dr. Michael, Lehrstuhlinhaberin des Lehrstuhls klinische Psychologie und Psychotherapie, gab einen umfassenden Überblick über den Stand der Forschung und wies darauf hin, dass Flüchtlinge einen Anspruch auf die Anwendung von evidenzbasierten Therapiemethoden haben. Geflüchtete seien in der Regel mehrfach und durch unterschiedlich traumatische Ereignisse traumatisiert und psychische Belastungen beeinträchtigten nachweislich den Integrationserfolg. Eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sei allen Studien zufolge unabdingbar für den Therapieerfolg. Frau Prof. Michael gab einen Überblick über erfolgreiche Psychotherapieverfahren, wies aber auch auf die Notwendigkeit zusätzlicher Hilfen hin, die zum Beispiel durch Psychosoziale Zentren und durch das Projekt HOPE des DRK geleistet würden. Die Diagnosechlüssel von DSM 5 und ICD 11 würden mit der Aufnahme der Diagnose „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ die Symptomatik vieler traumatisierter Flüchtlinge besser gerecht werden können. Sie schloss mit der Ermutigung, dass Psychotherapie mit Flüchtlingen möglich und - auch mit Dolmetschern - erfolgreich sein kann und für den Psychotherapeuten zwar schwierig, aber bereichernd sei.

Susanne Münnich-Hessel, psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, und zugleich als Mitglied des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Integrationsbeauftragte der Kammer, berichtete über die besonderen Herausforderungen bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen. Geflüchtete Kinder und



Die Präsidenten Morsch, Linneweber, Burkert (v.l.n.r.) (Quelle: DRK)

Jugendliche hätten zunächst einmal dieselben Bedürfnisse wie alle Jugendlichen; auch für sie seien dieselben nationalen und internationalen Rechtsansprüche gültig. In der Aufnahme richtlinie der EU von 2013 seien sie als besonders schutzbedürftig hervorgehoben und hätten Anspruch darauf, angemessen versorgt zu werden, auch hinsichtlich psychischer Probleme. Den Grundbedürfnissen von Kontrolle und Bindung entspreche, so Münnich-Hessel, das Arbeitsmodell auch der Therapie. Geschätzt 15.000 Kinder seien behandlungsbedürftig. Abschließend

forderte Frau Münnich-Hessel nachdrücklich den Zugang der Flüchtlinge zu allen Jugendhilfemaßnahmen und den Schutz der Kinder, die mit oder ohne Eltern in Deutschland leben, insbesondere auch in Sammelunterkünften. Sie machte außerdem aufmerksam auf viele noch offene Fragen der Finanzierung von therapeutischen Leistungen, besonders auch der Dolmetscherkosten.

Nach der Mittagspause wurden vom HOPE-Team des PSZ parallel zwei Workshops durchgeführt. Im ersten Workshop berichtete Musaab Al-Tu-

wajari über kulturelle Besonderheiten in der Behandlung von Flüchtlingen, die im Saarland in der Mehrzahl aus Syrien kommen, aber auch aus dem Irak, aus Afghanistan und dem Iran und Eritrea. Er berichtete von eigenen Fällen aus der Praxis und die Notwendigkeit, kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen, sie aber nicht als Hindernisse zu sehen, sondern als Möglichkeiten zu nutzen. Oft wird man in der Therapie z. B. auf traditionelle Bewältigungsmöglichkeiten bei Problemen stoßen und auf die unterstützende Funktion der Familie. Die Workshop-TeilnehmerInnen konnten eigene Erfahrungen beisteuern und Herr Al-Tuwajari bot die Unterstützung des PSZ in allen Fragen an.



Wolf Emminghaus

Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge und MigrantInnen des DRK (PSZ)

Psychologische Angebote für Asylsuchende durch das DRK im Saarland gibt es seit 1984. Aktuell arbeitet das PSZ an zwei Standorten: In der Landesaufnahmestelle Lebach und in Saarbrücken-Burbach. Es ist seit deren Gründung 1996 Mitglied der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flücht-

linge und Folteropfer (BAfF), zu der inzwischen bundesweit 32 Zentren gehören. Das PSZ gehört zum Team Migration und Integration des Landesverbandes Saarland und arbeitet vernetzt mit Angeboten der sequenziellen „Beratungskette“ (Sozialberatung und Kleiderkammer in der LAST Lebach, Begleitung von Asylbewer-

bern als Starthilfe im Saarland (BA-SiS), Integrationslotsendienst (IL), Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE), Landesintegrationsbegleitung (LIB) und DRK-Suchdienst. Das Team des PSZ besteht aus zur Zeit acht Mitarbeiterinnen auf 5,25 Stellen, darunter fünf PsychologInnen und PsychotherapeutInnen,



eine Sozialpädagogin und zwei Kultur- und SprachmittlerInnen (Arabisch und Dari/Farsi). Der psychologischen Arbeit liegt das sogenannte Flüchtlingsyndrom zugrunde (siehe Abbildung), in dem Belastungsfaktoren in Herkunfts- und Aufnahmeland zusammengefasst sind. Neben Störungen aufgrund von traumatischen Ereignissen im Herkunftsland und auf der Flucht (z.B. PTBS) sind Anpassungsstörungen (Kulturschock) als Trauma des Exils zu beobachten sowie als Folge der institutionellen Versorgung.

Das PSZ arbeitet psychologisch präventiv, aber auch therapeutisch, zum Teil auch in Krisenintervention. Das von der EU durch den AMIF geförderte Projekt HOPE (Hilfe bei der Orientierung und Psychoedukation) ist in Saarbrücken-Burbach angesiedelt. Dort befindet sich auch die mit der PKS aufgebaute DRK-Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Regelsystems und die Verbesserung der Behandlung von psychisch kranken Flüchtlingen im Saarland. Die Koordinierungsstelle dient der Koordinierung der psychologischen und therapeutischen Arbeit und Weiterbildung im Kontext von Flucht und Migration sowie der Vermittlung zwischen Therapeuten und Flüchtlingen. Sie fördert so die Inanspruchnahme der bestehenden Versorgungsangebote durch Flüchtlinge. Außerdem sind gemeinsame Veranstaltungen wie etwa Fortbildungen, z. B. zum Umgang mit Dolmetschern im therapeutischen

Prozess, in Planung (siehe Forum Januar 2016). Sie erreichen uns unter:

Psychosoziales Zentrum (PSZ) für Flüchtlinge und MigrantInnen

Standort Saarbrücken
Vollweidstraße 2
66115 Saarbrücken
Telefon: 0681-9764254
Fax: 0681-9764290

Standort LAsT Lebach
Ostpreußenstraße 14
66822 Lebach
Telefon: 06881-537766
Fax: 06881-52956

Internetseite: www.lv-saarland.drk.de unter Migration & Integration
<http://www.baff-zentren.org/>

Literaturhinweis: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.). (2003). Materialien zur Traumarbeit mit Flüchtlingen Karlsruhe: von Loeper.

Kritik am Entwurf zum Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz (BthG), das der Bundestag am 23. September 2016 in Erster Lesung beraten hat, sollte erheblich nachgebessert werden, fordert die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in ihrer Pressemeldung vom 28. September 2016. Das Gesetz ist eigentlich eine große Chance für Menschen mit Behinderungen auf mehr Selbstbestimmung und Mitwirkung in der Gesellschaft.

Das Recht zur gleichberechtigten, selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention muss weiter entwickelt werden. Funktionsfähigkeit, Behinderung

und Gesundheit sind in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF bzw. für Kinder und Jugendliche ICF-CY) aufgeschlüsselt. Leider hat der Gesetzgeber zu hohe Hürden aufgebaut für Menschen mit seelischen Behinderungen (Gesetzesentwurf: BT-Drs. 18/9522).

Darauf haben die Kammern zuvor in ihrer Stellungnahme an das Bundesministerium hingewiesen. Auch die PKS hat an der Stellungnahme mitgewirkt und auf wesentliche Änderungsbedarfe hingewiesen (siehe Abdruck der Stellungnahme an die BPtK im Anschluss an diesen Text). Die komplette Stellungnahme der BPtK können Sie unter folgendem Link downloaden: http://www.bptk.de/uploads/media/20160928_2016-09-21_stn_bptk_bthg.pdf.

☞ **Bernhard Morsch**

Stellungnahme der PKS zum Bundesteilhabegesetz vom 3. August 2016

Sehr geehrter Herr Dr. Munz, sehr geehrte Mitglieder des Vorstands,

Die PKS begrüßt ausdrücklich den Versuch der Bundesregierung, die Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) über das BTHG anzupassen. Dieser Schritt ist überfällig, ist doch die UN-BRK längst geltendes Recht, worauf sowohl die zuständigen Ministerkonferenzen als auch viele Landeskammern und die BPtK mehrfach hingewiesen haben. Die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen steht daher auch im Zentrum der geplanten Anpassungen des BTHG.

Drei zentrale Punkte scheinen aus unserer Sicht dringend verbesserungswürdig: der Behindertenbegriff (§ 2 Abs. 1 SGB IX), die Definition des zur Eingliederungshilfe berechtigten Personenkreises (§ 99 SGB IX) sowie das Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung (§ 91 SGB IX).

Zum Behindertenbegriff: Hier sollte die BPtK in Ihrer Stellungnahme ausdrücklich auf die Präzisierung der psychischen Behinderung hinwirken. Über den Vorschlag der

DGPPN hinaus, gehört aus unserer Sicht hier auch eine Ergänzung des dort vorgeschlagenen zusätzlichen Begriffs der mentalen Funktionen (siehe StN DGPPN S. 1 unten: „...deren Schädigungen ihrer Körperfunktionen (einschließlich der mentalen Funktionen)...“

Zum leistungsberechtigten Personenkreis: Hier schließen wir uns der seitens der Aktion Psychisch Kranke, des Sachverständigenrats der Ärzte sowie der DGPPN geäußerten Kritik an, dass die vorgeschlagene Regelung im BTHG, für den Kreis körperlich und/oder psychisch Behinderter völlig an der Realität vorbeigeht. Eine Eingrenzung leistungsberechtigter Personen auf das dort vorgegebene Einschränkungprofil („...Aktivitäten in mindestens fünf (von neun) Lebensbereichen...“) ist inhaltlich nicht nachvollziehbar, zumal die aufgeführten Lebensbereiche kaum eine abschließende Aufzählung sein dürften.

Ausschlaggebend muss v.a. der Umfang und die Ausprägung (Qualität) der Beeinträchtigungen des Betroffenen sein, eine reine „Ersenzählerei“ ist unsachgemäß und wird den tatsächlichen Bedürfnissen, die sich aus einem individuellen Beeinträchtigungsprofil ergeben keinesfalls gerecht. Hier scheint uns eine Bekräftigung der besonders seitens der Aktion Psychisch Kranke betonten konsequenten Personenorientierung sowie der durchgängigen Orientierung am ICF empfehlenswert.

Zum Verhältnis von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe: Der in § 4 Teil 1 formulierte Grundsatz, dass Pflegebedürftigkeit durch Leistungen der Teilhabe verhindert werden soll, widerspricht dem Vorrangprinzip von Pflegeleistungen, wie sie in § 91 Abs. 3 SGB IX-E zum Ausdruck kommt. Dies lässt zudem angesichts des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu, dass langwierige Auseinandersetzungen zwischen den betroffenen Leitungsträgern zu Lasten der Betroffenen geführt werden. Beide Hilfeformen dienen unterschiedlichen Zielsetzungen, und insbesondere für die Menschen mit seelischen Behinderungen ist aus fachlicher Sicht ein Vorrang der Pflegeleistungen vor Teilhabeleistungen weder nachvollziehbar noch zu befürworten. Vielmehr sind beide Leistungsformen im Alltag aufeinander abzustimmen und zu koordinieren. Dies findet bereits im Alltag vielfach statt und sollte auch in Zukunft ermöglicht werden. Im Übrigen sind Leistungserbringer aus dem Bereich der Pflege nicht qualifiziert, Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen.

Bernhard Morsch
Irmgard Jochum

Stand Gesetzgebung zum PsychVVG PEPP-Symposium Berlin

Das Bundeskabinett hat am 3. August 2016 den Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

(PsychVVG) beschlossen. Die Regelungen sollen überwiegend zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Der Bundesrat hat am 23. September 2016 umfangreiche Änderungsbeschlüsse

gefasst, zu denen die Bundesregierung Stellung nehmen wird. Das Gesetz bedarf jedoch nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Wir hatten bereits über die Hintergründe der gesetzlichen Neuerungen für die stationäre psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung berichtet (FORUM 61, S. 12-15). Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte nach großem Widerstand von Berufsverbänden wesentliche Änderungen in der Systematik der zukünftigen Finanzierung stationärer Behandlungen vorgenommen: Die Wende des PEPP (pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) vom Preissystem zu einem Budgetsystem.

Symposium BpTK zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

Auf dem Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ der BpTK am 23. Juni 2016 in Berlin stellte Bundesgesundheitsminister Gröhe seine Pläne der Fachöffentlichkeit vor. Ihm sei es ein besonderes Anliegen, erläuterte Hermann Gröhe zu Beginn seiner Rede, die Versorgung psychisch kranker Menschen rund 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete nach modernen Standards weiterzuentwickeln.

Der Minister spannte einen weiten Bogen von der Reform des Psych-Entgeltsystems bis zu der noch dieses Jahr anstehenden Reform der Psychotherapeutenausbildung. Kernpunkt des PsychVVG sei die Kombination empirischer und normativer Elemente in einem Entgeltsystem. Dabei müsse eine angemessene Personalausstattung sichergestellt werden, um eine gute Versorgungsqualität in den Krankenhäusern anbieten zu können. Deshalb sei es auch der richtige Weg, verbindliche Personalvorgaben in einer Qualitätssicherungs-Richtlinie durch den G-BA erarbeiten zu lassen. Keine Alternative sei es, die Personalausstattung wieder in die Hände der Verhandlungspartner zu geben oder zum Selbstkostendeckungsprinzip unter den normativen Bedingungen einer angepassten Psychiat-

rie-Personal-Verordnung (Psych-PV) zurückzukehren. Den vollständigen Bericht und die Vorträge der ReferentInnen finden Sie auf der Website der BpTK.

Budget- versus Preissystem

Im vorliegenden Kabinettsentwurf zum PsychVVG sollen Krankenhäuser weiterhin ein krankenhausespezifisches Budget auf Ortsebene verhandeln. Eine schematische Angleichung der krankenhausespezifischen Preise an ein landeseinheitlich geltendes Preisniveau (Konvergenz) fällt weg. Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser sollen vor allem unter Berücksichtigung der folgenden Punkte verhandelt werden:

- der vom Krankenhaus im Budgetjahr zu erbringenden Leistungen, die anhand eines empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs (PEPP-Katalog) vereinbart werden,
- der strukturellen und regionalen Besonderheiten, die nicht im Entgeltkatalog abgebildet sind (z. B. besondere Therapiekonzepte, Pflichtversorgung),
- der Umsetzung der Personalvorgaben, die der G-BA bis 2020 erarbeitet.

Entgeltkatalog – PEPP

Ein bundesweit geltender Entgeltkatalog, der den Aufwand für die Behandlung unterschiedlicher Patientengruppen in Relativgewichten abbildet, soll kalkuliert werden (PEPP-Entgeltkatalog). Auf Basis dieses Katalogs werden die Leistungen des Krankenhauses prospektiv für das Budgetjahr vereinbart. Der Auftrag an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Kalkulation des PEPP-Katalogs wird um die Vorgabe ergänzt, dass der Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß zu begrenzen ist.

Auch der OPS-Schlüssel (Operationen- und Prozedurenschlüssel) soll jährlich daraufhin geprüft werden, in-



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (Quelle: BpTK)

wiefern Schlüssel gestrichen werden können, da sie sich für das Vergütungssystem als nicht erforderlich erwiesen haben. Der OPS-Katalog soll so weiterentwickelt werden, dass er das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen - auch in Hinblick auf die Leitlinienorientierung - besser abbildet: Medizinische Fachgesellschaften und weitere Beteiligte werden aufgefordert, mehr als bisher geeignete Vorschläge für eine aussagekräftige Beschreibungen des Leistungsgeschehens vorzulegen.

Leistungsbezogener Krankenhausvergleich

Es wird ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich eingeführt, der den Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhäuser) als Orientierungsmaßstab zur Vereinbarung eines leistungsgerechten Krankenhausbudgets dienen soll. Die noch im Referententwurf vorgesehene Nutzung des Krankenhaus-Vergleichs zur Angleichung der Krankenhaus-Budgets auf Landesebene an einen landesdurchschnittlichen Basisentgeltwert entfällt. Der Krankenhausvergleich soll die Leistungen der Krankenhäuser, die hierfür vereinbarten Entgelte, regionale und strukturelle Besonderheiten sowie die Personalausstattung ausweisen. Die Vergleichswerte sollen als Durchschnittswerte und Bandbreiten ausgewiesen werden.



v.l.n.r.: Ute Bertram (MdB), Dirk Heidenblut (MdB), Maria Klein-Schmeink (MdB), Birgit Wöllert (MdB)
(Quelle: BPtK)

Verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Auftrag, bis Ende 2019 eine Richtlinie mit verbindlichen Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen ab 1. Januar 2020, mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu erarbeiten. Der Gesetzesentwurf enthält damit eine der wichtigsten Forderungen der BPtK wie auch der ärztlichen Verbände: Es muss eine verbindliche und überprüfbare Vorgabe für die Personalausstattung geben.

Als Erfolg der Berufspolitik ist auch die Einführung der Nachweispflicht über die Personalausstattung zu werten: Sie soll ab 2016 bis 2019 gegenüber dem InEK erfolgen (Nachweis Psych-PV Stellenbesetzung) und ab dem Jahr 2020 jährlich gegenüber dem InEK und den Kostenträgern (Nachweis Einhaltung der Mindestvorgaben des G-BA).

Nachzuweisen sind:

- Vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften (VK)
- Tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in VK, gegliedert nach Berufsgruppen
- Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen.

Zur Orientierung sollen zunächst die bisherigen Vorgaben der Psych-PV herangezogen werden, die jedoch an die aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anzupassen sind, eine Forderung die die BPtK wiederholt gestellt hatte.

Orientierung der Leistungen an Leitlinien

Die Mindestvorgaben der Personalausstattung sollen - so auch eine im PsychVVG umgesetzte Forderung unserer Profession - möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Insbesondere S3-Leitlinien sollen für die Festlegungen der Personalanforderungen herangezogen werden, die Personalvorgaben sollen die in den Leitlinien vorgesehene Behandlung fördern. Soweit sich die Mindestvorgaben nicht aus S3-Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz - bei Bedarf auch externe Expertise - gestützt werden.

Einführung Home-Treatment

Im Kabinettsentwurf wird zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung eine sog. „stationsäquivalente Behandlung“ (SÄB) für

psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Fachabteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung eingeführt. Merkmale der stationsäquivalenten Behandlung sind:

- Behandlung durch das Krankenhaus im häuslichen Umfeld in akuten Krankheitsphasen
- Behandlung entspricht hinsichtlich der Inhalte, Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung
- Voraussetzung für SÄB: stationäre Behandlungsbedürftigkeit für die gesamte Dauer der SÄB

SÄB soll aufgrund ihrer Komplexität auf Krankenhäuser beschränkt bleiben (im Unterschied zur aufsuchenden Behandlung durch Vertragsärzte, Psychiatrische Institutsambulanzen oder MVZ) und aufgrund der Notwendigkeit, auch kurzfristig auf das KH zurückzugreifen (24 Stunden Ruf- und/oder Aufnahmebereitschaft). Die BPtK hatte gegen eine Begrenzung der Leistungsanbieter von Home-Treatment auf Krankenhäuser votiert. Auch andere an der Versorgung beteiligte Anbieter (MVZ, Sozialpsychiatrische Dienste, Kooperationsverbände ambulanter Leistungserbringer) hätten zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung zur Erbringung von Komplexleistungen im Home-Treatment vorgesehen werden können.

Weitere Regelungen im PsychVVG

Der Gesetzesentwurf sieht eine Herstellung von Transparenz über das Leistungsgeschehen von Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen vor. Für letztere ist die bislang rechtsstrittige Bindung einer Ermächtigung an die Versorgungsverpflichtung im Bereich Psychosomatik mit dem PsychVVG gefallen. Die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) werden auf die Festlegung für eine bundeseinheitliche Dokumentation der Institutsambulanzen verpflichtet, in der sie Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf



(Quelle: BPTK)

Leistungen und Berufsgruppen festlegen müssen. Je nach der Anzahl und Qualifikation der dort tätigen Fachärzte und Psychotherapeuten sollen die Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

Anrechnung Psychiatrischer Institutsambulanzen auf Bedarfsplanung

Der Bundesgesetzgeber hat in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b Satz 10 SGBV den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, in einer Richtlinie über die Anrechnung („Berücksichtigung“) ermächtigter Ärzte und in ermächtigten Einrichtungen tätiger Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu beschließen. Der G-BA hat in § 22 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 Untersatz 1 der Bedarfsplanungsrichtlinie am 15. September 2016 beschlossen, dass „Einrichtungen gemäß § 118 SGB V [...] mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen sind“ (§ 118 SGB V regelt Psychiatrische Institutsambulanzen). Der G-BA lässt es aber ausdrücklich zu, dass eine anderweitige Anrechnung erfolgen kann, wenn Daten über den Leistungsumfang dieser Einrichtungen vorliegen (§ 22 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 Untersätze 2 und 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).

Die BPTK und die Landeskammern hatten in ihren Stellungnahmen wiederholt die undifferenzierte Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) als nicht sachgerecht kritisiert. Der gesetzliche Auftrag der PIA und deren Leistungsspektrum unterscheidet sich von dem der Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten: PIA behandeln psychisch Kranke Patienten, „... die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“ (§ 118 Abs. 1 SGBV).

Dabei handelt es sich in der Regel um psychiatrische Komplexleistungen aus Pharmakotherapie, Psychotherapie (Psychoedukation, Krisenintervention, Behandlung chronifizierter Erkrankungen), Soziotherapie sowie weitere Behandlungsmaßnahmen wie Ergotherapie, Kreativtherapien und Entspannungs- und Bewegungsverfahren. Behandlungen finden sowohl in der PIA als auch aufsuchend im Lebensumfeld der Patienten statt.

Forderungen, nur diejenigen Leistungen der PIA für die Berechnung der Versorgungsgrade zu berücksichtigen, die diese ggf. erbringen, um Versorgungslücken in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu schließen, sind zwar gesetzlich durchaus

vorgesehen; ihnen wurde bislang jedoch wegen angeblicher Intransparenz des Leistungsgeschehens der PIA nicht stattgegeben. Die Folge könnte nun sein, dass die für die Bedarfsplanung zuständigen Landesgremien eine Anrechnung beschließen könnten. Für das Saarland würde das bedeuten, dass 3,5 Psychotherapeutenplätze für die in den Versorgungsregionen vorhandenen Psychiatrischen Institutsambulanzen der Erwachsenenpsychiatrie zur Anrechnung gebracht werden könnten. Ob eine Anrechnung von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen möglich ist, bleibt unklar.

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Die einseitige Öffnung der Krankenhäuser für eine „stationsersetzende“ bzw. „stationsäquivalente“ Versorgung in den ambulanten Bereich ist durchaus kritisch zu betrachten. Zusammen mit der vorgesehenen Regelung, dass Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung eingerechnet werden sollen, hat das direkte Auswirkungen auf die ohnehin prekäre Versorgungslage.

Die nach GKV-Versorgungsstärkungsgesetz durch die KVen eingerichteten Terminservicestellen sollen Patienten im Falle eines fehlenden ambulanten Behandlungsplatzes in dringenden Fällen zur Behandlung in Kliniken und/oder in ihre Ambulanzen zu verweisen. Inwiefern Kliniken in Anbetracht der Personalnot ihre vorhaltbaren Leistungen in den Institutsambulanzen im Bereich Psychotherapie ausbauen können, bleibt fraglich. Rechnerisch interessant wäre es für die Krankenhäuser gleichwohl, wenn sie statt der bisherigen, wenig attraktiven Quartalspauschalen, bessere Vergütungen über die Finanzierung ambulanter Psychotherapieleistungen erhalten könnten.

✎ Bernhard Morsch

MITTEILUNGEN DER KAMMER

Zum Leserbrief an SZ

Die Kammer hat nach dem Erscheinen eines Interviews mit Gesundheitsökonom Jürgen Wasem einen Leserbrief an die Saarbrücker Zeitung gerichtet (siehe Abdruck unten). Wasem hatte in dem Interview unter anderem einen Zusammenhang zwischen den steigenden Ausgaben der Krankenkassen und der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen hergestellt (SZ-Interview abrufbar unter: <http://www.saarbruecker-zeitung.de/politik/themen/sz-politik/Gesetze-und-Rechtsnormen-Milliarden-Euro-Versicherungskunden;art449427,6234464>).

Prof. Jürgen Wasem ist einer der renommiertesten Gesundheitsökonom Deutschlands und gehört verschiedenen Expertenkommissionen an, die Politiker, Regierungen und Krankenkassen beraten. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer bedient sich derzeit seines Sachverständigen zur zukünftigen ambulanten Weiterbildung. Sie hat das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) unter Leitung Wasems beauftragt, eine Expertise zu Modellen der Organisation und Finanzierung einer ambulanten Weiterbildung von Psychotherapeuten bei Einführung eines Approbations-



Prof. Jürgen Wasem (Quelle: BPTK)

studiums mit anschließender Weiterbildung zu erstellen.

▣ *Bernhard Morsch*

Leserbrief zur SZ

SA/SO 27./28. August 2016 –
Politik Nr. 200

„Kassen stehen vor steigenden Ausgaben“ – *Gesundheitsökonom Jürgen Wasem: Überschuss und höhere Beiträge sind kein Widerspruch*

Das in der Saarbrücker Zeitung vom 27./28. August 2016 erschienene Interview mit Jürgen Wasem ruft aus mehreren Gründen unserem Unmut hervor: Wir halten es für fahrlässig und zudem für sachlich falsch in der Diskussion um steigende Ausgaben der Krankenkassen einen „Kostendruck wegen der Flüchtlinge“, wie Herr Vetter seine Frage formuliert, zu behaupten. Die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerberinnen wird grundsätzlich aus Steuermitteln und nicht aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Wenn Flüchtlinge nach fünfzehn Monaten eine Krankenversicherung

tenkarte erhalten, gelten weiter wie vom ersten Tag ihres Aufenthaltes in Deutschland an die Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes: Dies erlaubt lediglich eine auf die Behandlung akuter Beschwerden eingeschränkte medizinische Versorgung. Erst nach dem Asylrecht anerkannte Flüchtlinge erhalten eine elektronische Gesundheitskarte, die eine volle medizinische Versorgung ermöglicht.

Ebenso falsch ist die Gleichsetzung von Migranten und Flüchtlingen in der Antwort von Herrn Wasem. Der Begriff „Migrant“ ist ein Oberbegriff für alle Menschen, die aus dem Ausland nach Deutschland einwandern. Keinesfalls sind „viele Migranten traumatisiert“ und „verdienen gar nichts“. Viele von Ihnen können und dürfen nur deshalb hier sein, weil sie arbeiten und somit Beiträge in die gesetzlichen Krankenkassen und Sozialsysteme einzahlen. Flüchtlinge sind nur ein kleiner Teil Eingewanderter, die in großer Not vor Gewalt, Folter oder Krieg aus ihren

Heimatländern zu uns kommen. Schließlich teilen wir in keiner Weise die Einschätzung von Herrn Wasem, die Debatte um die einseitig von Arbeitnehmern finanzierten Zusatzbeiträge sowie deren derzeit diskutierte Erhöhung „sei überbewertet“. Richtig ist viel mehr, dass die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge mit den von der großen Koalition zu verantwortenden Zusatzbeiträgen, der damit weiter fortschreitenden Entsolidarisierung im Gesundheitswesen und mit den steigenden Kosten der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung rein gar nichts zu tun hat. Statt dieser unguuten Stimmungsmache sollte mehr über die Fehlallokation von Geldern im Gesundheitswesen gesprochen und geschrieben werden. Dazu nur ein Beispiel: in 2012 betrug die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen ca. 300 Mrd. Euro. Davon entfielen 20 Mrd. auf die Behandlung psychischer Erkrankungen und ganze 1,5 Mrd. (0,5%) auf die ambulante Psychotherapie.

Miteinander statt Nebeneinander

Kooperation der Versorgungssysteme Gesundheit, Schule und Soziales

Psychische und psychosomatische Krankheiten sind ein brandaktuelles Thema. Nicht nur, weil die Zahl der diagnostizierten Erkrankungen in den letzten 20 Jahren kontinuierlich angestiegen ist, sondern auch, weil alle gesellschaftlichen Gruppen betroffen sein können. Experten gehen davon aus, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen bis zum Jahre 2020 weltweit um mehr als 50 % zunehmen werden.

Diese Entwicklung macht auch vor Schülern nicht Halt. Erhebungen des Robert-Koch-Instituts in Berlin belegen, dass 20 % der Kinder in Deutschland bereits jetzt psychische Auffälligkeiten aufweisen, 10 % sogar deutlich erkennbare Störungen. Die Kosten für die Bereiche Jugendhilfe und Soziales, die entsprechende Hilfen stellen, bestätigen diese Entwicklung. Die Ursachen für psychische Krankheiten sind vielfältig. Der KIGGS-Survey des Robert-Koch-Instituts zeigt z.B. ein ansteigendes Risiko für Kinder und Jugendliche, an einer psychischen Störung zu erkranken, wenn sie familiären Belastungen ausgesetzt sind.

Die Jugendärztlichen und Schulpsychologischen Dienste der saarländischen Gemeindeverbände und der Landeshauptstadt Saarbrücken und unsere Schulen verzeichnen einen Anstieg von Meldungen, die Schüler mit komplexem Hilfebedarf – z.B. bei Gewaltandrohung oder Schulabsentismus – betreffen. Um diesen Störungen und Auffälligkeiten der psychosozialen Entwicklung optimal begegnen zu können, müssen die vorhandenen Versorgungssysteme mit ihrer viel-

seitigen Ausrichtung fallgerecht vernetzt werden.

Die PKS und der Landkreis Saarlouis haben im Rahmen von Inklusion und „Kommunalem Bildungsmanagement“ die Initiative für diese Fachtagung ergriffen. Kommunales Bildungsmanagement stellt die ämter- und institutionenübergreifende gemeinsame Entwicklung einer erfolgreichen Bildungslandschaft ins Zentrum der Überlegungen. Für jeden sollen die bestmöglichen Bedingungen für eine erfolgreiche Bildungsbiographie geschaffen werden. Die Gesundheitswissenschaften betonen, dass Bildung einer der zentralen Schlüsselfaktoren für die körperliche und seelische Gesundheit und die soziale Integration ist. Ziel dieser Fachtagung ist, über bereits bestehende, erfolgreiche Kooperationen zwischen den Versorgungssystemen zu informieren, die Zusammenarbeit zu vertiefen und gemeinsam noch umfassender aufeinander abgestimmte, inklusionsfördernde Maßnahmen zu entwickeln.

Programm:

ab 08.00 Anmeldung (Tageskasse)

09.00 **Eröffnung und Grußworte**
Landrat Patrik Lauer, Monika Bachmann, Bernhard Morsch

09.30 **Vortrag und Diskussion Kooperation der Versorgungssysteme Gesundheit, Schule und Soziales am Beispiel des Zentrums für Schulische Rehabilitation in Landshut**, Dr. Matthias von Aster

11.15 Referate **Psychische Störungen und deren Auswirkungen auf die Bereiche Vorschule, Schule und Berufs-**

schule, Dr. Frank W. Paulus, Stefanie Nehren, Sabine Schauffert

12.15 Mittagspause mit Imbiss

13.15 Projektvorstellung **„Schulische Rehabilitation“ am Förderzentrum des Landkreises Saarlouis im Rahmen von Kommunalem Bildungsmanagement**, Natalie Sadik, Sabine Speicher, Roland Waltner

13.45 Runder Tisch - Moderierte Diskussion **Kooperation von Gesundheitswesen, Schule und Soziales im Saarland: Was läuft gut, welches Verbesserungspotential gibt es?** Irmgard Jochum, Dr. Frank W. Paulus, Dr. Matthias von Aster, Ilse Blug, Pascal Decker, Dr. Bernd Janthur, Sandra Klasen-Bock, Anne-Rose Kramatschek-Pfahler, Anett Sastges-Schank, Sabine Schauffert, Michael Schu, Dr. Monika Weber

15.30 Ende der Fachtagung

Anmeldung und Information:

Auf Grund der begrenzten Teilnehmerzahl bitten wir um verbindliche Anmeldung bis zum 3. November 2016 per

- E-Mail: amt40@kreis-saarlouis.de
- Post: Landratsamt Saarlouis, Amt 40, Kaiser-Wilhelm-Straße 4-6, 66740 Saarlouis
- Fax: 06831/444-460

Kosten und Leistungen:

Die Tagungsgebühr in Höhe von 10 € ist an der Tageskasse zu entrichten. Die Tageskasse öffnet eine Stunde vor Beginn der Tagung um 8.00 Uhr (Teilnahme an allen Vorträgen und Diskussionen, sowie Getränke und Imbiss enthalten):

Fortbildungspunkte: 8

MEDIAN übernimmt AHG-Kliniken

Wie die PKS aus der Presse erfuhr (Pressemitteilung MEDIAN vom 29.07.2016 - <http://www.presseportal.de/pm/78645/3391277>) hat das Gesundheitsunternehmen MEDIAN die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (AHG) übernommen.

Die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, ein Unternehmen der Familie Glahn mit Sitz in Düsseldorf, verfügte bislang über 45 Kliniken, Therapiezentren und Wiedereingliederungseinrichtungen insbesondere in den Bereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Gerade im Saarland sind die Kliniken in Berus (Rehabilitation im Bereich Psychosomatik, Akutklinik Psychosomatik) und Münchwies (Rehabilitation in den Bereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) seit gut drei Jahrzehnten fester Bestandteil der stationären psychotherapeutischen Behandlungs- und Rehabilitationsangebote.

MEDIAN ist 2015 durch den Zusammenschluss der MEDIAN Kliniken und der RHM Kliniken und Pflegeheime zu einem der größten Gesundheitsunternehmen in Deutschland aufgestiegen und hält v. a. Schwerpunkte in den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik/Psychiatrie sowie in den Fachbereichen Sucht, Soziotherapie und Wiedereingliederung. Mit dem Kauf der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft mit Sitz in Düsseldorf entsteht ein Unternehmen mit 17.500 Betten und Behandlungsplätzen in 123 Kliniken und Einrichtungen, das sich ausschließlich auf Nachsorge- und Teilhabeleistungen sowie Psychiatrie konzentriert. Die gut 15.000 Beschäftigten der Gruppe behandeln und betreuen dann jährlich mehr als 225.000 Patienten und Bewohner in 14 Bundesländern (Website MEDIAN: www.median-kliniken.de).

Nach der Zustimmung des Kartellamtes wird MEDIAN mit den Kliniken, Therapiezentren und Wiedereingliederungseinrichtungen der AHG bundesweit ein flächendeckendes Behandlungs- und Rehabilitationsangebot aufbieten. In der Pressemitteilung der MEDIAN heißt es dazu wörtlich: „MEDIAN und AHG sind eine perfekte Verbindung“, kommentiert Dr. André M. Schmidt, CEO von MEDIAN: „Die regionalen Schwerpunkte der AHG insbesondere in Westdeutschland ergänzen passgenau unsere bisherigen Standorte. Außerdem stärken wir durch das Zusammengehen mit Blick auf unser Leistungsspektrum den Bereich Psychosomatik und bauen die Bereiche Sucht und Wiedereingliederung deutlich aus.“ MEDIAN plane einen separaten Fachbereich für die Soziotherapie und ein eigenes Medical Board zur Bündelung des Know-hows im Bereich Sucht aufzubauen. „In der Psychosomatik wird uns das Fachwissen der AHG einen starken Schub bei der Entwicklung neuer Therapieprozesse liefern, die wir dann deutschlandweit über unsere Einrichtungen ausrollen können.“

Die PKS zeigt sich angesichts solcher gigantischer Unternehmensstrukturen vor allem besorgt um die Vielfalt der fachlichen Angebote und die Bereitstellung des erforderlichen Fachpersonals zur Versorgung der PatientInnen und RehabilitandInnen: Werden in Zukunft vor Ort weiter erprobte und regional eingebettete Behandlungs- und Rehabilitationsangebote in breitem Umfang vorgehalten? Werden ausreichend Fachkräfte, insbesondere auch unsere Berufskollegen, von denen ca. 60 KollegInnen in den Einrichtungen der AHG angestellt sind, dort weiter tätig sein? Wird ein Großkonzern an einer angemessenen Vergütung interessiert sein und sich mindestens an die Tarifbindung halten?

Welche Auswirkungen Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat, haben wir bei unserem letzten Saarländischen Psychotherapeutentag 2015 in den Mittelpunkt der Fachreferate gestellt. Ein Blick auf die Sprache und Angebote von MEDIAN transportiert die bekannten Begrifflichkeiten eines Großunternehmens wie „Zusammenschluss bringt Wachstum“, „marktführendes Unternehmen“, „MEDIAN premium - das First-Class-Segment der MEDIAN Kliniken“. Auch die Benennung von Aufgaben innerhalb der Unternehmensstruktur wie „Non-Executive-Board“, „Leiter Financial Shared Service Center“ oder „Stabsstelle Gesellschaftsrecht & Compliance“ vermitteln eher marktbezogene, denn auf die Person des Patienten oder des Rehabilitanden bezogene Grundorientierungen.

Noch deutlicher wird die Orientierung wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Anteile an MEDIAN-Kliniken seit 2014 mehrheitlich vom niederländischen Finanzinvestor „Waterland“ gehalten werden. Laut einer Pressemeldung des Handelsblatt vom 16.10.2014 (<http://www.handelsblatt.com/unternehmen/dienstleister/niederlaendischer-investor-median-rehakliniken-gehen-an-waterland/10850180.html>) legte Waterland eine Milliarde Euro auf den Tisch und wollte damals die Immobilien, die mehr als die Hälfte des Kaufpreises ausmachten, umgehend an einen amerikanischen Investor weiterreichen. Was daraus geworden ist und ob Waterland und/oder andere auch im neuen Großunternehmen eine wesentliche Rolle spielen, müssten Fachleute weiter ermitteln. Waterland jedenfalls ist laut Informationen seiner offiziellen Website (<http://www.waterland.de/>) eine „unabhängige Private-Equity-Investment-Gesellschaft“, die „Unternehmer dabei unterstützt,

ihre Wachstumsziele zu erreichen.“ Offenbar ein Gigant seiner Branche, der „auf der Basis einer proaktiven Top-Down-Analyse von Märkten und Branchen, die nach unserer Meinung ein langfristiges Wachstumspotential oder andere wirtschaftliche attraktive

Rahmenbedingungen aufweisen, Investmentziele identifiziert.“

Sicher ist, dass durch den jüngsten Deal von MEDIAN und AHG erstmals auch saarländische Kliniken in den Einflussbereich von Großinvestoren

geraten, die in der Gesundheitswirtschaft in erster Linie Wachstumschancen sehen.

▣ *Bernhard Morsch*

FACHTHEMEN

„Ich möchte etwas zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen beitragen.“

Ein Interview mit PP Ingrid Scholz

Frau Scholz, Sie sind vom Zulassungsausschuss der KV Saarland zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, ermächtigt worden. Was hat Sie zu einer Ermächtigungsbeantragung bewogen?
Ich arbeite seit 20 Jahren im Bereich Migration. Und dies mit viel Freude! In der Mehrzahl mit Menschen mit türkischer, kurdischer und algerischer Herkunft mit dauerhafter Bleibeperspektive. Während und nach dem Bosnienkrieg habe ich auch ein paar Jahre mit Geflüchteten aus dieser Region psychotherapeutisch gearbeitet. Als nun wieder vermehrt Zufluchtsuchende nach Deutschland kamen und psychotherapeutische Unterstützung benötigten, dachte ich, ich möchte etwas zu deren psychotherapeutischen Versorgung beitragen und habe die Möglichkeit der Ermächtigungsbeantragung wahrgenommen.

Wo arbeiten Sie zurzeit? Was sind Ihre Aufgaben?

Ich arbeite bei dem Verein BARIS - Leben und Lernen e.V. im Interkulturellen Kompetenzzentrum der



Ingrid Scholz, Susanne Münnich-Hessel

Arbeitskammer des Saarlandes in Völklingen-Wehrden. Eingestellt bin ich für die psychosoziale Beratung bei „migrationsbedingten Problemlagen“. Täglich sehe ich hier die Defizite in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe.

Welche Patientengruppe behandeln Sie nun im Rahmen ihrer Ermächtigung und wie lange ist diese gültig?

Die Ermächtigung beschränkt sich auf die „ambulante vertragspsychotherapeutische Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychi-

scher, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.“ Bedauerlich dabei ist, dass die Geflüchteten bereits mindestens 15 Monate in Deutschland sein müssen. Das erscheint mir unter Umständen zu spät für den Beginn einer Behandlung. Die Ermächtigung ist auf zwei Jahre befristet, kann allerdings verlängert werden, wenn der Versorgungsbedarf noch weiterbesteht.

Welche Schritte mussten sie bei der Beantragung gehen?

Die formalen Voraussetzungen für eine GKV-Zulassung erfülle ich schon seit vielen Jahren. Nun habe ich einen formlosen Antrag auf Ermächtigung beim Zulassungsausschuss

der KV gestellt. Hinzugefügt habe ich eine Notwendigkeitsbescheinigung, also eine Bescheinigung darüber, dass die Versorgung dieses begrenzten Personenkreises bisher nicht gewährleistet ist, und den Nachweis, dass ich über besondere Erfahrungen und Kenntnisse zur Behandlung von Flüchtlingen verfüge. Sehr gut unterstützt wurde ich dabei durch Sie, Frau Münnich-Hessel, als Migrationsbeauftragte der Psychotherapeutenkammer.

Was ist Ihnen an dieser Arbeit besonders wichtig?

Wichtig ist mir, dass sie überhaupt gemacht wird! Meine Generation der PsychologiestudentInnen ist damals mit dem Ziel angetreten, gesellschaftliche Missstände und Benachteiligungen nicht zu stabilisieren, sondern sie zu bekämpfen. Die Arbeit mit in Deutschland benachteiligten Menschen mit Migrationsgeschichte und besonders mit Geflüchteten ist für mich eine wichtige politische Arbeit. Dazu kommt, dass ich diese auch persönlich als sehr gewinnbringend empfinde.

Wie ist ihre Auffassung zur „Therapie zu dritt“, zur Arbeit mit SprachmittlerInnen in der Therapie?

Ohne SprachmittlerInnen ist die psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit einem nicht geringen

Teil von Menschen mit Migrationshintergrund gar nicht erst möglich. Abgesehen davon, dass die Muttersprache die erste Wahl für Psychotherapie ist, reichen die Zweitsprachkenntnisse unter Umständen nicht aus, bzw. verschlechtern sich in Krisensituationen.

Für mich ist die Arbeit mit SprachmittlerInnen, die mir nicht nur sprachlich, sondern auch kulturell die Türen zu den PatientInnen öffnen, nach anfänglicher Verunsicherung heute eine große Bereicherung. Ein großes Problem stellt allerdings die Tatsache dar, dass die Krankenkassen die Kosten dafür generell nicht übernehmen. Irgendwie ziemlich widersinnig, auch jetzt wieder bei der Erteilung einer Ermächtigung für eine Zielgruppe wie Geflüchtete!

Haben Sie eine Empfehlung für die KollegInnen?

Laut Statistischem Bundesamt 2014 haben 16,4 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund. Was es braucht, ist Offenheit für das Thema „Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Migrationsgeschichte“ und Gelassenheit bei der Umsetzung, besonders bei der Kommunikation im Dialog. Bei möglichen Problemen sind die einzelnen Migrationsberatungsstellen sicher gerne bereit zu helfen, bzw.

fallbezogen zu kooperieren. Ausgebildete Sprach- und KulturmittlerInnen stehen zur Verfügung. Und ein konkreter Hinweis für das nächste Fortbildungsjahr: Am 04.07.2017 bieten die AHG Kliniken Berus eine Fortbildungsveranstaltung mit Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan zum Thema „Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten“ an. Wird sicher sehr interessant!

Frage: Was wünschen Sie von der Kammer?

Ich wünsche mir weiterhin den aktiven Einsatz auf allen Ebenen mit sämtlichen zur Verfügung stehenden Mitteln für die Kostenübernahme der Sprachmittlung durch die Krankenkassen bei PatientInnen mit Migrationshintergrund. Ansonsten sollten Fortbildungen verschiedenster Art zum Thema kultursensible Psychotherapie angeboten werden. Auch für eine umfassende Verankerung in Studium und im Curriculum der Ausbildung zu PP und KJP sollte sich stark gemacht werden.

*Das Interview führte
Susanne Münnich-Hessel*

NIEDERGELASSENE

Samstagszuschlag für Psychotherapeuten vom Bewertungsausschuss beschlossen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 21.09.2016 einen Zuschlag

für Sprechstunden am Samstag. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte bereits mit einem Urteil vom 17. Februar 2016 unter dem Aktenzeichen B 6 KA 47/14 R entschieden, dass der Aus-

schluss der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von der zusätzlichen Vergütung einer Samstagssprechstunde nach der Gebüh-

renordnungsposition 01102 EBM nicht mit dem Gleichheitsgebot des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz vereinbar ist.

Dem Bewertungsausschuss wurde aufgegeben, den Gleichbehandlungsverstoß durch eine rechtmäßige Neuregelung zu beheben. Mit dem Beschluss vom 21.09.2016 setzt der Bewertungsausschuss die Vorgaben gemäß dem BSG-Urteil rückwirkend zum 1. April 2005 um.

Demnach können auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Gebührenordnungsposition (GOP) 01102 abrechnen, wenn sie an Samstagen zwischen 7 Uhr und 14 Uhr Patienten behandeln. Bislang konnten sie nur ihre Behandlungsleistungen abrechnen, nicht aber wie ärztliche Psychotherapeuten den Samstagszuschlag. Dieser ist aktuell mit 101 Punkten bewertet (10,54 Euro).

Die GOP 01102 wird in die Nummer 5 der Präambel zum Abschnitt 23.1 EBM aufgenommen. Eine extrabud-

getäre Finanzierung des zusätzlichen Leitungsvolumens - außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung-, wie von der KBV gefordert, lehnten die Krankenkassen ab.

Das Institut des Bewertungsausschusses wurde in einer Protokollnotiz zum Beschluss beauftragt, die Mengenentwicklung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01102 für die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu evaluieren. Auf dieser Grundlage wird der Bewertungsausschuss innerhalb von zwei Jahren prüfen, ob weiterer Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung besteht.

Die rückwirkende Änderung zum 1. April 2005 ist nur auf nicht bestandskräftige Honorarbescheide anzuwenden. Das ist dann der Fall, wenn Sie Widerspruch gegen die Streichung eingelegt haben, der noch offen ist. Ist ein Honorarbescheid noch offen und Sie haben für das betreffende Quartal keinen spe-

ziellen Widerspruch gegen die Streichung des Samstagszuschlags eingereicht, dann können Sie allerdings noch nachträglich Ihren Widerspruch auf die Streichung der Samstagszuschlagsziffer ausdehnen.

Dieser Beschluss ist eine erfreuliche und längst überfällige Entscheidung, mit dem eine sachlich völlig ungerechtfertigte Differenzierung zwischen den Berufsgruppen der ärztlichen Psychotherapeuten und den KJP und PP bzw. der Samstagsprechstunde endlich aufgehoben wurde.

Weitere Informationen zum Beschluss und auch dem BSG-Urteil können Sie unter http://www.kbv.de/html/1150_24665.php abrufen.

✎ *Susanne Münnich-Hessel*

Die Reform der Psychotherapierichtlinie und ihre Bedeutung für die Kostenerstattungspraxis

Die Reform der Psychotherapierichtlinie im Kontext des GKV-Verstärkungsgesetzes hat neue Regelungen wie die psychotherapeutische Sprechstunde geschaffen, welche darauf abzielen, Wartezeiten für die Patient/innen zu verringern und frühzeitig den Bedarf einer möglichen Behandlung oder anderer Maßnahmen zu klären. Kolleginnen und Kollegen, die in der Kostenerstattung arbeiten, stellen sich die Frage, wie sich die neuen Regelungen auf ihren Alltag in der Privatpraxis auswirken werden.

Rechtliche Einordnung der Kostenerstattung

Die Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt als Auffangverfahren, wenn für gesetzlich versicherte Patienten keine zur Krankenkassenbehandlung zugelassenen Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen zur Verfügung stehen (Systemversagen).

Ein gesetzlich krankenversicherter Patient soll, so ist es vorgesehen, bei psychischer oder physischer Krank-

heit unter Vorlage der Krankenkassenkarte eine Behandlung bei einem Vertragsbehandler oder Vertragsbehandlerin in Anspruch nehmen können. Gelingt dies dem GKV-Versicherten nicht und findet er in zumutbarer Zeit niemand im näheren regionalen Umfeld oder mit der entsprechenden Spezialisierung, ist es möglich, dass Kostenerstattung nach oben genanntem Paragraphen erfolgreich beantragt werden kann.

In diesen Fällen können nämlich die GKV-Versicherten eine Privatbe-

handlung bei entsprechend qualifizierten Ärzten oder psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch nehmen und sich die entstehenden Kosten von ihrer gesetzlichen Krankenkasse erstatten lassen.

Ein wichtiger Grundsatz im Sozialversicherungssystem ist das Wirtschaftlichkeitsgebot. Deshalb wird die Kostenerstattung eher restriktiv gehandhabt. Die Kostenerstattung soll eine Ausnahme bleiben, denn dadurch, dass der Patient auf nicht kassengebundene Privatbehandler ausweicht, soll er nicht bessergestellt werden und kann keine bessere Behandlung verlangen als die von seiner Krankenkasse geschuldeten Sachleistungen. Aus diesem Grund wenden die Krankenkassen auch im Kostenerstattungsverfahren häufig Gutachten des medizinischen Dienstes an und verlangen auch ärztliche Notwendigkeitsbescheinigungen als Bestätigung, dass eine Behandlung notwendig ist.

Weiterhin muss die von der Krankenkasse für ihre Versicherten zu erbringende Leistung unaufschiebbar, also für den Patienten dringend sein, und die Krankenkasse muss außerstande sein, die dringend gebotene Leistung rechtzeitig über ihre Vertragsbehandler zu erbringen. Hier ergeben sich häufig Auslegungsfragen.

Zusammengefasst gilt, dass eine Behandlung nachweislich notwendig und unaufschiebbar sein muss, damit ein Antrag auf Kostenerstattung des GKV-Versicherten genehmigt werden kann. Außerdem ist diese nur dann möglich, wenn kein passender Vertragsbehandler die Leistung entsprechend erbringen kann.

Was bedeutet dies im Zusammenhang mit der Psychotherapierichtlinie?

Eine der wichtigsten Veränderungen, die die Reform der Psychotherapierichtlinie nach ihrem voraussichtlichen in Kraft treten im April 2017 mit

sich bringen wird, könnte zu einem Rückgang der Genehmigungen von Behandlungen in der Kostenerstattung führen.

Denn bedeutende Aspekte der Reform der Psychotherapierichtlinie sind die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die psychotherapeutische Akutbehandlung. Die Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der aus der Abklärung eventuell zeitnah erforderlichen Behandlungstermine wird dann in die Vermittlungstätigkeit der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung fallen (§ 75 Abs. 1a SGB V). Kann die KV keinen Termin bei einem Kassenbehandler anbieten, so hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Dadurch entsteht ein ganz neues Procedere, in dem eine Behandlung in der Kostenerstattung nicht vorgesehen ist.

Sicherlich wird die Versorgungslücke im Bereich ambulanter Psychotherapie erst einmal weiter bestehen. Es sind aber schon Entwicklungen möglich, die zu Erweiterungen der Behandlungskapazitäten führen könnten.

Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes wird das Jobsharing gefördert, so dass sich Praxisinhaber eher einen Praxissitz mit einer Kollegin oder einem Kollegen teilen oder einen Psychotherapeuten anstellen können. Psychotherapeuten können nun gemäß dem aktuellen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, der nun am 15.09.2016 in Kraft getreten ist, durch Jobsharing und Anstellung die Anzahl ihrer Behandlungsstunden („Praxisumfang“) auf 125 Prozent des Durchschnitts ihrer Berufsgruppe („Fachgruppendurchschnitt“) steigern (siehe dazu den Artikel von Frau Neiser in dieser Ausgabe des Forums). Die neue Regelung kann allerdings nur von Praxen in Anspruch genommen werden, deren Praxisumfang nicht auf dem Durchschnitt oder darüber liegt.

Das könnte zu einer Zunahme des Jobsharings führen, ist aber gleichzeitig für die jetzt in der Kostenerstattung Tätigen auch eine Möglichkeit, in die Vertragsbehandlung einzusteigen. Auch ist vorstellbar, dass Krankenhäuser, denen über die Terminvermittlung Patienten zugewiesen werden, über ihre psychiatrischen Institutsambulanzen zusätzliche Stellen schaffen und ihre Kapazitäten je nach Luhrativität der Sprechstunde ausbauen.

Fazit

Es steht noch nicht fest, wie sich die weitere Entwicklung konkret gestaltet.

Wir möchten aber heute schon alle Kolleginnen und Kollegen, die im Rahmen der Kostenerstattung bisher tätig sind oder dies beabsichtigen darauf hinweisen, dass es sinnvoll ist, sich weitere Standbeine zu suchen bzw. keine Standbeine aufzugeben, um sich in eine Privatpraxis zu begeben. Wir halten Sie über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden.



☑ **Susanne Münnich-Hessel**

Jobsharing und Anstellung in psychotherapeutischen Praxen: Gemeinsam arbeiten und mehr Therapiestunden anbieten

Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Jobsharingobergrenze trat am 15.09.2016 in Kraft

Jobsharing und Anstellung in psychotherapeutischen Praxen sind ab sofort leichter möglich. Ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist am 15. September 2016 in Kraft getreten.

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nun durch Jobsharing und Anstellung die Anzahl ihrer Behandlungsstunden („Praxisumfang“) auf 125 Prozent des Durchschnitts ihrer Berufsgruppe („Fachgruppendurchschnitt“) steigern. Die neue Regelung gilt allerdings nur für Praxen, die bisher unterdurchschnittlich viele Behandlungsstunden angeboten haben.

Für Praxen, die über dem Durchschnitt der Berufsgruppe liegen, besteht die bisherige Obergrenze fort. Diese Praxen können sich wie bisher

lediglich auf den Leistungsbedarf der in der Regel zurückliegenden vier Quartale beziehen (plus drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts).

„Dies ist vor allem eine sinnvolle Option für PsychotherapeutInnen, die ihre Praxen nicht voll auslasten können, aber auch für junge Kolleginnen und Kollegen, die ambulant tätig werden möchten. Dadurch entstehen erstmals Beschäftigungsmöglichkeiten, die tatsächlich sowohl für Praxisinhaber als auch für die nächste Generation der Psychotherapeuten interessant sind.“ erläutert Dietrich Munz, Präsident der BPTK in einer Pressemitteilung vom 21.06.2016.

Der GB-A hat damit den Auftrag des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes umgesetzt, es den Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über Jobsharing

und Anstellung zu ermöglichen, mehr Behandlungsplätze anzubieten, um so die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.

Links:

Beschluss des GB-A:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2640/>

Quellennachweis: BPtK aktuell vom 16.09.2016 und Pressemitteilung BPTK vom 16.06.2016



 Inge Neiser

ANGESTELLTE

Unterschriftenaktion der Kammern und Präzisierungen in der Entgeltordnung des TVÖD

Unterschriftenaktion mit hoher Beteiligung

Im August haben wir Sie bereits per Newsletter über die Ergebnisse der Unterschriftenaktion der Landespsy-

chotherapeutenkammern zur facharztäquivalenten Einstufung von PP/KJP im TVÖD informiert. Von den in wenigen Wochen gesammelten 4.800 Unterschriften waren auch viele von saarländischen KollegInnen

und wir möchten uns noch einmal für die nachhaltige Unterstützung der Aktion bei Ihnen bedanken. Mit der Landeskammer Bayern (72,9%) und Schleswig-Holstein (60,3%) standen wir aus dem Saarland mit 54,8%

Rücklaufquote - bezogen auf die Zahl der 2013 erfassten Angestellten - an dritter Position bei einem bundesdurchschnittlichen Rücklauf von rund 33%. Als Nebenprodukt der Umfrage konnte erstmals der Anteil der gewerkschaftlich organisierten Angestellten mit bundesweit etwa 10% zuverlässiger geschätzt werden.

Präzisierungen in der Entgeltordnung

Zwischenzeitlich wurden unsere Mitglieder in der Bundesfachkommission PP/KJP von ver.di (Dr. Heiner Vogel, PTK Bayern und Klaus Thomsen, PTK Schleswig-Holstein) nach einem Gespräch mit dem ver.di-Bundesvorstand in die redaktionelle Bearbeitung der Entgeltordnung einbezogen: Die Formulierung, mit der die Festlegung auf EG 14 für PP und KJP beschrieben wurde, war wenig klar bis missverständlich: So stand unter Entgeltgruppe 14 folgende Formulierung „EG 14 - Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soweit nach dem jeweiligen Landesrecht vorgesehen – mit staatlicher Anerkennung und entsprechender Tätigkeit.“

Der Hinweis auf das Landesrecht und die staatliche Anerkennung hätte in Anbetracht der in den Bundesländern unterschiedlich geregelten Berufszugangsqualifikationen für KJP ein Problem eröffnen können: Ein Arbeitgeber hätte daraus entsprechende Gehaltsunterschiede zwischen KJP mit Master und KJP ohne Master bei der Eingruppierung ableiten können. In Beratung der Mitglieder der Bundesfachkommission wurde dieser Hinweis nun gestrichen, so dass davon auszugehen ist, dass die zukünftige Textfassung lediglich die Formulierung enthält: „EG 14 - Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation und entsprechender Tätigkeit.“ Nach Einschätzung der PKS hätte man sich die Formulierung „mit Approbation“



ebenfalls sparen können, der Zusatz „mit entsprechender Tätigkeit“ ist unseres Erachtens jedoch kein Hindernis und eröffnet eine Zuordnung auf alle Tätigkeitsfelder von PP und KJP.

Umsetzung bei Ein- und Umgruppierung

Im letzten FORUM haben wir bereits darauf hingewiesen, dass die neue Entgeltordnung unmittelbare Wirkung für ab 1. Januar 2017 neu stattfindende Eingruppierungsvorgänge entfaltet. Für bereits vor dem 1. Januar 2017 Beschäftigte gilt: Mit der Überleitung in die Entgeltordnung ist kein neuer Eingruppierungsvorgang verbunden. Die Überleitung erfolgt unter Beibehaltung der bisherigen Entgeltgruppe für die Dauer der unverändert auszuübenden Tätigkeit.

Ergibt sich jedoch nach der Entgeltordnung eine höhere Entgeltgruppe als bisher (wenn Sie z.B. bislang in EG 13 eingruppiert sind), so gilt diese höhere Entgeltgruppe nur auf Antrag. Dieser Antrag ist binnen eines Jahres ab Inkrafttreten der Entgeltordnung zu stellen, also bis zum 31. Dezember 2017. Nach aktuellem Stand der Mitteilung der Mitglieder der Fachkommission wirkt der Antrag auf Umgruppierung unabhängig vom fristgerechten Antragszeitpunkt auf den 1. Januar 2017 zurück. Die Fachkommission weist darauf

hin, dass möglicherweise nicht in die gleiche Erfahrungsstufe eingruppiert werde, dass in jedem Fall jedoch ein Garantiebtrag in Höhe von minimal 92,22 Euro als „Höhergruppierungsgewinn“ erreicht werden muss (§ 17 Abs. 4 TVöD). Stufengleiche Höhergruppierungen sollen nach derzeitigem Wissensstand erst am 1. März 2017 in Kraft treten, was schwer nachvollziehbar ist, da die neue Entgeltordnung doch zum 1. Januar 2017 gültig wird. Wir gehen davon aus, dass diese Hinweise wohl noch nicht vollständig sind. Die PKS wird Sie über Ergänzungen oder Änderungen zeitnah informieren.

Das insgesamt aus unserer Sicht unbefriedigende Verhandlungsergebnis zwingt uns weiterhin, für eine Angleichung der Vergütung von PP und KJP auf Facharztniveau einzutreten. Die nächste Gelegenheit dazu werden wir im Hinblick auf die Verhandlungen zum TVL (Tarifvertrag der Länder) haben. Von teilweise noch prekäreren Vergütungssituationen berichten uns u.a. KollegInnen, die in Einrichtungen konfessioneller oder privater Träger tätig sind. Hier wird die Einflussnahme auf Vergütungsverhandlungen erschwert durch eingeschränkte Mitbestimmung (Mitarbeitervertretung statt Betriebs- oder Personalräte) und fehlende gewerkschaftliche Unterstützungsmöglichkeiten.

✍ *Bernhard Morsch*

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung im Saarland e.V. (LagEF) zu Gast in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik des Saarlandes in Homburg

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung im Saarland e.V. (LagEF) ist der Fachverband der zehn saarländischen Erziehungsberatungsstellen und vertritt satzungsgemäß Interessen der Erziehungs- und Familienberatung gegenüber Fach- wie allgemeiner Öffentlichkeit. Hierzu zählt auch der Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen zum Wohle von Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Arbeitsfeldspezifische Entwicklungen werden etwa zweimal jährlich in der Landeskonzferenz Erziehungsberatung thematisiert, in die jede Beratungsstelle eine/n Vertreter/in entsendet. Auf Einladung des Klinikdirektors, Herrn Prof. Alexander von Gontard und des Leitenden Psychologen der Klinik, Herrn Dr. Frank Paulus fand die Landeskonzferenz Erziehungsberatung am 6. Juli 2016 in den Räumlichkeiten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Homburg statt. Dabei wurden als zentrales Anliegen Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten zwischen beiden Arbeitsfeldern eruiert.

Erziehungsberatung begründet sich durch § 28 des VIII. Sozialgesetzbuches und soll allen Personen, die für Kinder und Jugendliche Sorge tragen, zugänglich sein. Der niedrigschwellige Zugang zur Erziehungsberatung, der häufig über niedergelassene Pädiater, Erzieherinnen oder Pädagogen angeregt wird, bietet Zugang zu fundierter Beratung im psychosozialen Versorgungsbereich auf hohem fachlichen Niveau. Etwa ein Drittel der Kolleginnen und Kollegen in Feld der Erziehungsberatung verfügen über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut



(von links nach rechts): Kai Götzinger (Lebensberatung Saarlouis); Martin Ludwig (Lebensberatung Neunkirchen); Dr. Janosch Haußmann (KJP, UKS Homburg); Mechthild Wolf (AWO Saarlouis); Maria Weber (Lebensberatung Saarbrücken); Bruno Heinz (Lebensberatung Merzig); Matthias Schneider (Lebensberatung St. Wendell); Elisabeth Hubert (Caritas St. Ingbert); Alexander Pentz (Lebensberatung Lebach); Dr. Frank W. Paulus (KJP, UKS Homburg)

bzw. als Kinder- und Jugendlichenpsychosomatiker. Dies erlaubt ihnen differentialdiagnostische Einschätzungen von spezifischen Behandlungsbedarfen vorzunehmen und die Notwendigkeit einer Weiterweisung in das medizinische Versorgungssystem zu erkennen. Hier sieht die Landeskonzferenz Erziehungsberatung eine konkrete Möglichkeit der Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik des Saarlandes. Die Kombination aus organmedizinischer (körperliche Untersuchung, EEG), testpsychologischer sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik (mit differentialdiagnostischen Überlegungen) und Behandlung (z.B. Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie) kann hierbei in Einzelfällen immer wieder sinnvoll sein. Umgekehrt wurde seitens der Verantwortlichen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psy-

chosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik des Saarlandes die Möglichkeit familienunterstützender Maßnahmen wie Erziehungsberatung oder Paartherapie im Anschluss an oder parallel zu kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen angeregt. Hier gilt es laut Herrn Prof. von Gontard sowie Herrn Dr. Paulus auch immer wieder, die elterliche Kompetenz im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten von Kindern auszubauen oder auch die Dynamiken in einem gesamten Familiensystem professionell zu begleiten.

Im Hinblick auf die Situation der Erziehungsberatungsstellen im Saarland muss angemerkt werden, dass in keinem anderen Bundesland der strukturelle Ausbau der Erziehungsberatung derart versäumt wurde, so dass mit ca. 5.000, ca. 40 Prozent mehr Kinder und Jugendliche auf eine Planstelle im Bereich der Erziehungsberatung im Saarland ent-

fallen als dies im übrigen Bundesdurchschnitt der Fall ist. Gerade vor dem Hintergrund überproportional steigender Kosten im Bereich der saarländischen Jugendhilfe und dem nachweislich kostensenkenden Effekt von Erziehungsberatung gehört deren Ausbau aus Sicht der LagEF auf die politische Agenda.

Im Namen der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung gebührt Herrn Prof. von Gontard sowie Herrn Dr. Paulus Dank für die Ein-

ladung, die informative Gestaltung sowie konstruktive Diskussion zu gemeinsamen Kooperationsfeldern. Es ist gleichzeitig Herausforderung und Chance, die Kooperation der drei Hauptversorgungssysteme - medizinischer Bereich (z.B. Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater), psychosozialer Bereich (z.B. Erziehungsberatungsstellen, Jugendhilfe) und schulischer Bereich (z.B. Schulpsychologen,

School-Worker) – zu verbessern mit dem Ziel, eine Optimierung der Versorgung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu finden.



☑ Kai Götzing

MITGLIEDER

Wir gratulieren unseren Mitgliedern ...

... zum runden Geburtstag im 4. Quartal 2016



**Dr. phil. Dipl.-Psych.
Angelika Gregor**
zum 60. Geburtstag
am 03.10.2016



**Dipl.-Psych.
Sabine Leonhardt**
zum 60. Geburtstag
am 06.11.2016



**Dipl.-Psych.
Claudia Pilz**
zum 60. Geburtstag
am 09.11.2016

**Dipl.-Psych.
Hans-Jürgen Kiefer**
zum 65. Geburtstag
am 07.11.2016



**Dipl.-Psych.
Liz Lorenz-Wallacher**
zum 65. Geburtstag
am 27.11.2016

**Dipl.-Psych.
Bernhard Strack**
zum 60. Geburtstag
am 22.11.2016



Mitglieder fragen, die Kammer antwortet

Wie und bei wem werden erworbene Fortbildungspunkte nach fünf Jahren eingereicht?

Eine Frage hinsichtlich des Nachweises meiner Fortbildungen nach fünf Jahren: Ich bin dieses Jahr fünf Jahre approbiert und weiß nicht, wie und bei wem ich die Punkte meiner Fortbildungen einreichen soll. Können Sie mir da vielleicht weiterhelfen?

Die berufsrechtliche Fortbildungspflicht ist von der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht zu unterscheiden: Sozialrechtlich sind Psychotherapeuten in Deutschland fortbildungspflichtig, wenn Sie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung tätig werden.

Unabhängig von der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht sind alle Kammermitglieder berufsrechtlich verpflichtet sich fortzubilden: „Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, die ihren Beruf ausüben, sind entsprechend der Fortbildungsordnung der Kammer Ihre beruflichen Fähigkeiten zu erhalten und weiter zu entwickeln“ (§ 15 Berufsordnung PKS).

Berufsrechtlich wird nicht verlangt, dass Sie sich nach fünf Jahren ein Fortbildungszertifikat ausstellen lassen. Auch wenn Kammermitglieder nicht über einen Kassensitz verfügen, empfehlen wir dennoch die Beantragung eines Zertifikats.

Da das Berufsrecht für die Berechnung des Fünf-Jahres-Zeitraums auf das Datum der Approbation abstellt, das Sozialrecht aber auf den Beginn des Kassensitzes, sind die Zeiträume häufig nicht identisch.

Beispiel:

5-Jahreszeitraum ab Approbation:
15.07.2011 - 14.07.2016

5-Jahreszeitraum ab Beginn Kassensitz:
01.07.2012 - 30.06.2017

Da die Kassenärztliche Vereinigung (KV) einen Nachweis ab Beginn des Kassensitzes verlangt, ist es empfehlenswert sich ein Zertifikat für diesen Zeitraum ausstellen zu lassen. Die KV wird sie ca. 3-4 Monate vor Ablauf des 5-Jahreszeitraumes ansprechen und Ihnen den genauen Zeitraum mitteilen.

Das Zertifikat beantragen Sie bei der PKS. Auf unserer Homepage finden Sie im Bereich „Fortbildung“ Informationen und Formulare zur Beantragung des Fortbildungszertifikates.

☒ **Sonja Werner**

Welche Fristen und Vorgaben gelten beim Folgeantrag für die Akkreditierung einer Interventionsgruppe?

Der Akkreditierungszeitraum meiner Interventionsgruppe läuft in Kürze ab. Was ist bei einem Folgeantrag auf Akkreditierung einer Veranstaltung der Kategorie E zu beachten und welche Fristen müssen eingehalten werden?

Der kostenfreie Folgeantrag für Veranstaltungen der Kategorie E (Supervision, Intervention, Qualitätszirkel, Balintgruppe oder Selbsterfahrung) ist zwei Monate vor Ablauf des vorherigen, akkreditierten Zeitraums zu stellen. Dieser muss Kurzprotokolle der Veranstaltungen und die Teilnehmerliste mit Datum und Unterschriften der Teilnehmer für den vergangenen Akkreditierungszeitraum beinhalten. Hierfür kann das auf der Homepage hinterlegte „Formular zum Nachweis über stattgefundene Fortbildungsveranstaltungen der Kategorie E“ verwendet werden.

Sollte die Frist nicht eingehalten werden, ist eine Akkreditierung für Veranstaltungen der Kategorie E ma-

ximal drei Monate rückwirkend (ab Eingangsdatum des Antrages) möglich. Diese nachträgliche Anerkennung ist jedoch gebührenpflichtig.

Fristen für Veranstaltungen aller Kategorien sind in der Fortbildungsordnung sowie in den „Hinweisen zur Beantragung der Akkreditierung einer Veranstaltung“ geregelt.

Alle notwendigen Informationen und Formulare finden Sie auf unserer Homepage unter „Fortbildung“

☒ **Sonja Werner**

Vorsorge für den Fall eigenen Unvermögens (Krankheit, Tod) im Hinblick auf Patientenakten

Wie sieht eine geeignete Vorsorge für den Fall eigenen Unvermögens (Krankheit, Tod) im Hinblick auf Patientenakten aus?

Sowohl das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) als auch die Berufsordnung (BO) der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) enthalten Regelungen zur Patientenakte.

Nach § 630f BGB ist der Behandelnde verpflichtet, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen und dort sämtliche für die Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen; die Patientenakte ist für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. § 9 BO enthält eine gleiche Regelung.

Vor allem bei der Übernahme einer Praxis (Praxisverkauf) spielt die Übergabe der Patientenakten eine wichtige Rolle, weil der Nachfolger der Praxis typischerweise Zugang zu den Patientenakten haben möchte, während der bisherige Praxisinhaber typischerweise kein Interesse mehr

am Zugang zu den Akten hat (die Patienten sollen sich, wenn sie nach der Behandlung Einsicht in die Akte nehmen möchten, an den Praxisnachfolger wenden). Es ist anerkannt, dass ohne ausdrückliche Einwilligung des betroffenen Patienten eine Akte nicht an den Praxisnachfolger übergeben werden darf. Wenn die Einwilligung des Patienten nicht vorliegt besteht das Risiko, dass sich sowohl der Praxisnachfolger als auch der bisherige Praxisinhaber wegen der Verletzung von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar machen. Deswegen regelt § 24 Abs. 2 Satz 2 BO ausdrücklich, dass der bisherige Praxisinhaber für die Aufbewahrung der Unterlagen zu sorgen hat, soweit eine Einwilligung des Patienten nicht vorliegt.

§ 24 Abs. 4 BO sieht folgende Regelung vor: „Ist eine Aufbewahrung bei dem bisherigen Praxisinhaber nicht möglich, kann diese Aufgabe an den Praxisnachfolger übertragen werden, wenn dieser die Unterlagen getrennt von den eigenen Unterlagen unter Verschluss hält.“ Diese Regelung

nimmt Bezug auf das „Zwei-Schränke-Modell“: Der Praxisnachfolger hat in der Praxis - neben dem Schrank mit „seinen“ Patientenakten - einen weiteren Schrank, in dem sich die Patientenakten befinden, die mangels Einwilligung des Patienten nicht auf den Praxisnachfolger übergeben worden sind. Zugang zu diesem (verschlossenen) Schrank hat der Praxisnachfolger jedoch nicht; nur der bisherige Praxisinhaber hat Zugang zu diesem Schrank.

Im Fall des Todes eines Behandlenden entfällt die Pflicht zur Aufbewahrung der Patientenakten nicht; vielmehr sind nach der allgemeinen Regelung des BGB die Erben dazu berufen, die Patientenakten aufzubewahren und auf entsprechenden Antrag dem (ehemaligen) Patienten Einsicht zu gewähren. Dass dies wenig praktikabel ist, ist offenkundig. § 24 Abs. 3 BO schreibt deswegen Folgendes vor: „Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten haben dafür Sorge zu tragen, dass [...] im Falle eigenen Unvermögens (Krankheit/Tod) ihre Dokumentationen sicher verwahrt

und nach Ablauf der Aufbewahrungszeit [...] vernichtet werden.“ Ausführungen, wie eine geeignete Sorge aussieht, finden sich weder in der Kommentarliteratur noch in der Rechtsprechung.

Ich empfehle, zu Beginn der Behandlung eine Einwilligung des Patienten einzuholen: Für den Fall des Todes oder einer ernsthaften Erkrankung, die den Behandler an der Fortsetzung der Behandlung hindert, werden die Patientenakten an einen anderen Psychotherapeuten übergeben; dieser namentlich zu benennende Therapeut wird die Patientenakten aufbewahren und auf Antrag Einsichtnahme gewähren.

✎ *Manuel Schauer*

KJP

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U1 bis U9 Neue Anforderungen seit September 2016

Seit 1. September diesen Jahres gelten neue Anforderungen an die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18.06.2015 einen Beschluss zur Dokumentation der sogenannten U1 bis U9 im „Gelben Heft“ (Kinderuntersuchungsheft) gefasst. Dieser ur-

sprüngliche Beschluss wurde zuletzt am 07.07.2016 geändert und ist jetzt in Kraft.

Laut diesem Beschluss zum „Gelben Heft“ wird den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 zukünftig eine neu überarbeitete Kinder-Richtlinie zugrunde gelegt. Damit stehen um wesentliche Elemente

erweiterte Untersuchungen und neue Screening-Angebote zur Verfügung. Ergänzt wird dies zudem durch ein neues Dokumentationsheft, in dem die Eltern sich bereits vor der Untersuchung ausführlich informieren und Fragen vorbereiten können. Außerdem wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Eltern mit einer herausnehmbaren Teilnahme-



karte die Chance erhalten, beispielsweise gegenüber Kindergärten oder Jugendämtern nachzuweisen, dass die Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen wurden, ohne dabei die vertraulichen Informationen, die in dem Heft dokumentiert sind, mitteilen zu müssen.

Das „Gelbe Heft“ ist entsprechend den neu konkretisierten und standardisierten Inhalten der Früherkennungsuntersuchungen umgestaltet worden. Ärztinnen und Ärzte müssen nun z.B. dokumentieren, wenn bei der Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson vorgegebene Kriterien nicht erfüllt werden. Wird ein erweiterter Beratungsbedarf, beispielsweise psychische Belastungssituationen, festgestellt, hat die Ärztin oder der

Arzt zukünftig die Möglichkeit, dies im „Gelben Heft“ zu vermerken.

Der G-BA hat mit seinem aktuellen Beschluss auch die qualitätssichernden Maßnahmen neu gefasst. Ausdrücklich festgehalten ist nun, dass die in der Kinder-Richtlinie vorgegebenen Standards für die U1 bis U9 eingehalten werden müssen. Bei den Früherkennungsuntersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren sollen Kinder- und Jugendärzte nach der geänderten Richtlinie noch intensiver auf psychische und soziale Aspekte achten. Ziel ist es, Verhaltensauffälligkeiten und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen früh zu erkennen und den Eltern entsprechende Hilfen anzubieten. Rund acht Prozent der Kinder zwischen drei und sechs Jahren sind nach der KiGGS-Studie, einer Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, psychisch auffällig. Psychische Erkrankungen bei Kindern im Vorschulalter werden häufig übersehen und dann auch nicht behandelt. Sie können Eltern und Geschwister stark belasten. Die neuen überarbeiteten Früherkennungsuntersuchungen sind ein wichtiger Schritt zur Verbesserung einer möglichst frühzeitigen, gezielten und weiterführenden Diagnostik und gegebenenfalls einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Qualität und die Zielerreichung der überarbeiteten Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 werden nach diesem Beschluss anhand einer repräsentativen Stichprobe evaluiert.

Diese neue Entwicklung der Kinder-Richtlinie mit mehr Blick auf psychische Erkrankungen ist seitens unserer Profession grundsätzlich zu begrüßen.

Prävention und Gesundheitsförderung werden, angesichts der Zunahme von psychischen Erkrankungen im 21. Jahrhundert, immer wichtiger, damit diese erst gar nicht entstehen oder möglichst kurz verlaufen. Dabei gilt es vor allem, schon bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu beginnen.

Vollkommen unverständlich ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass das Präventionsgesetz (PrävG), welches am 18.06.2015 vom Bundestag verabschiedet wurde, psychotherapeutischen Sachverstand nicht nutzt und die Expertise eines ganzen Berufsstands ignoriert.

Dabei sollte unserer Auffassung nach Prävention zu den essenziellen Leistungen einer psychotherapeutischen Sprechstunde gehören, wie sie die Bundesregierung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplant hat.

Dies gilt insbesondere auch für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen. Zeigen Kinder und Jugendliche psychische Auffälligkeiten, sollten diese in der Sprechstunde von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeklärt werden können. Bei Risiken für die psychische Gesundheit, die sich noch nicht zu behandlungsbedürftigen Erkrankungen entwickelt haben, sollte der Psychotherapeut unmittelbar eine Präventionsempfehlung geben können.

Hier muss aus unserer Sicht das Präventionsgesetz entsprechend nachgebessert werden.

<http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-welle-1.html>
http://www.kbv.de/html/1150_24195.php
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1240/RL_Kinder_2015-06-18.pdf
<http://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelsicht/artikel/psychische-e-6.html>

 **Susanne Münnich-Hessel**



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Name _____

Vorname _____

Geburtsort _____

Kinderuntersuchungsheft

Bitte bringen Sie Ihr Kind zur Untersuchung:

U2	3-10. Lebensstag	vom _____	bis _____
U3	4.-5. Lebenswoche	vom _____	bis _____
U4	3.-4. Lebensmonat	vom _____	bis _____
U5	6.-7. Lebensmonat	vom _____	bis _____
U6	10.-12. Lebensmonat	vom _____	bis _____
U7	21.-24. Lebensmonat	vom _____	bis _____
U7a	34.-36. Lebensmonat	vom _____	bis _____
U8	46.-48. Lebensmonat	vom _____	bis _____
U9	60.-64. Lebensmonat	vom _____	bis _____

Dieses Untersuchungsgerätemite sollten Sie im Interesse Ihres Kindes bitte genau einhalten.



Wozu eine Reform der Psychotherapierichtlinie?

Die Hintergründe

Am 16.06.2016 wurde nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Die Reform der Psychotherapierichtlinie ist im Kontext des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) zu betrachten, das nach dem Psychotherapeutengesetz von 1999 für unsere Profession einen berufspolitischen Meilenstein bedeutet. Es kann als das zentrale gesundheitspolitische Vorhaben der Bundesregierung für diese Legislaturperiode gelten. Inhaltlich schließt es sich an das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 an und setzt die mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz von 2006 begonnene Linie zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen der ambulanten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung fort (vgl. Artikel W. Singer, Forum 58, S. 20-23).

Neben der Änderung der Psychotherapierichtlinie beinhaltet das GKV-VSG auch die Aufhebung der schon lange kritisierten Einschränkung der sozialrechtlichen Befugnisse unserer Profession und soll die Möglichkeit eröffnen, bei einer psychischen Krankheit direkt in ein Krankenhaus einzuweisen oder Reha-Maßnahmen und Soziotherapie zu verordnen. Dadurch wird die Verantwortung der Psychotherapeuten für den gesamten Behandlungsplan deutlich gestärkt. Ziel des GKV-VSG ist es auch, eine bedarfsgerechte Anpassung der Bedarfsplanung durch den G-BA durchzusetzen und verbesserte Bedingungen für das Jobsharing zu schaffen.

Darüber hinaus soll geklärt werden, welche Leistungen in der psychotherapeutischen Versorgung delegier-

bar sind. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Möglichkeit der Delegation von nichtärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal, die vom Arzt angeordnet und überwacht werden müssen. Dies wird nunmehr für die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit entsprechend als anwendbar beschrieben. (§ 28 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 28 Abs. 1 Satz 2).

Zur Flexibilisierung des Therapieangebots wurde durch das GKV-VSG in einer Ergänzung des § 92 Abs. 6a SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgegeben, die Psychotherapierichtlinie bis zum 30.06.2016 zu überarbeiten, weiter zu präzisieren und insbesondere um Regelungen zu spezifischen Problemfeldern zu ergänzen. Die beispielhaft aufgelisteten Regelungsbereiche der psychotherapeutischen Versorgung betreffen z. B. die psychotherapeutische Sprechstunde, die frühzeitige diagnostische Abklärung, die Akutversorgung Rezidivprophylaxe bzw. Erhaltungstherapie, die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens sowie die Förderung von Gruppenpsychotherapie. Mit dem Beschluss des G-BA vom 16.06.2016 zur Änderung der Psychotherapierichtlinie hat der G-BA den Zeitplan zunächst eingehalten. Die Änderung der Psychotherapierichtlinie wird voraussichtlich zum 01.04.2017 in Kraft treten.

Die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien

den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Der G-BA als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung regelt gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V in der Psychotherapierichtlinie das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, die Anwendungsformen, den Leistungsumfang sowie das Konsiliar-, das Antrags- und Gutachterverfahren und die probatorischen Sitzungen.

Der G-BA setzt sich zusammen aus fünf Vertretern des GKV Spitzenverbandes (Leistungsträger), zwei Vertretern der deutschen Krankenhausgesellschaft, zwei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) (alle Leistungserbringer) sowie dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Es gibt also im Beschlussgremium des G-BA 13 stimmberechtigte Mitglieder.

Die Beschlussvorlagen werden in Unterausschüssen vorbereitet und im Plenum abgestimmt. Bei Stimmgleichheit entscheidet der unparteiische Vorsitzende (zurzeit Prof. Hecken, ehemaliger Gesundheitsminister im Saarland).

Der Unterausschuss (UA) Psychotherapie ist ebenso von Leistungsträgern und Leistungserbringern besetzt. Dies sind auf der einen Seite die Krankenkassen und der GKV

Spitzenverband und von Seiten der KBV drei ärztliche und drei Psychologische Psychotherapeuten als stimmberechtigte Mitglieder und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in beratender Funktion. Geleitet wird der UA von einem unabhängigen Vorsitzenden unter Mitarbeit von Mitgliedern der Geschäftsführung des G-BA.

Die Unterausschüsse werden von AGs und Kleingruppen ergänzt, deren Arbeitsergebnisse wieder in die Ausschüsse eingebracht werden. Angesichts dieser aufwendigen und nicht gerade einfachen Beratungs- und Entscheidungskonstellationen ist vorstellbar, wie komplex die Beratungen sein müssen und wie schwierig es sein kann, die spezifischen Interessen der unterschiedlichen Verhandlungspartner zu einem sinnvollen Konsens zu führen.

Die Reform der Psychotherapierichtlinie ist mit dem Beschluss des G-BA nicht abgeschlossen. Weitere Regelungen müssen in der Psychotherapievereinbarung angepasst bzw.

neu geregelt werden. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass der G-BA nicht das Gremium ist, welches über die Honorierung der entsprechenden Leistungen, die im Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5b SGB V spätestens sechs Monate nach dem Beschluss der neuen Leistungen erarbeitet werden müssen, entscheidet. Daneben müssen auch die EBM-Ziffern mit ihrer jeweiligen Legende eingepflegt werden. Sollten sich KBV und GKV-Spitzenverband nicht einigen können, muss der Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden.

Der Beschluss zur Änderung der Psychotherapierichtlinie wird erst dann wirksam, wenn die Beschlussfassung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht beanstandet wird. Zwischenzeitlich hat das BMG den Beschluss allerdings in Teilen beanstandet. Dies betrifft § 38 der RL (Einsatz der Dokumentationsbögen) sowie die Anlage 2 der Psychotherapierichtlinie (Dokumentationsbögen). Darüber hinaus wurden an einigen Stellen Auflagen erteilt, so dass Änderungen und Ergänzun-

gen zu erwarten sind. In der nachfolgenden Darstellung der Richtlinienänderungen weisen wir an den entsprechenden Stellen hierauf hin. Dennoch ist damit zu rechnen, dass die Regelungen mit Modifikationen zum 01.04.2017 wirksam werden.

In dem Artikel unseres Kollegen Werner Singer, Mitglied im Ausschuss ambulante Versorgung und dem Ausschuss psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen finden Sie in diesem Heft einen Überblick über die spezifischen Änderungen mit einer KJP-spezifischen Bewertung und Diskussion der Ergebnisse.

Literatur:
Halbe/Orlowski/Preusker/Schiller/Schütz/Wasem/Best/Lubisch:
Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG, medhochzwei Verlag, Heidelberg
ISBN:978-3-86224-023-4
Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.
Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.
<http://institut-ba.de/ba.html>

 **Susanne Münnich-Hessel,**
Werner Singer

Die neue PT-Richtlinie und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische KJP-Praxis

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 16. Juni 2016 die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie beschlossen.

Mit den nun zeitgerecht vorliegenden Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) werden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, mit denen wichtige, strukturelle

Änderungen für den Praxisalltag einhergehen werden. Diese PT-RL tritt nach aller Voraussicht am 1. April 2017 in Kraft. Zwischenzeitlich hat das BMG Teile der neuen Richtlinie (betreffend § 38 - Einsatz der Dokumentationsbögen mit Anlage 2) beanstandet und darüber hinaus den nicht beanstandeten Teil des Beschlusses mit Auflagen verbunden, die den G-BA verpflichten die jeweils aufgeführten Regelungen zu korrigieren und zu ergänzen.

Im Folgenden werden die neuen Regelungen und Änderungen der PT-RL - so wie sie zumindest vorläufig verabschiedet sind - in einem Überblick vorgestellt und erläutert. Mögliche Änderungen und Ergänzungen, die aufgrund der Beanstandung zu erwarten sind, werden erläutert. Eine erste Einschätzung sowie die politische Würdigung der Beschlüsse folgen im Anschluss.

Die Richtlinie im Überblick

Telefonische Erreichbarkeit - § 1 Absatz 8 und § 11 Absatz 5 PT-RL

- Alle Psychotherapeut/Innen müssen eine persönliche telefonische Erreichbarkeit zur Terminkoordination sicherstellen.
- Diese kann durch Praxispersonal aber nicht durch einen Anrufbeantworter gewährleistet werden.
- Die Zeiten der Erreichbarkeit sind zu definieren und zum Beispiel über die KV öffentlich zugänglich sein.

- Wenn keine Sprechstunde angeboten wird:

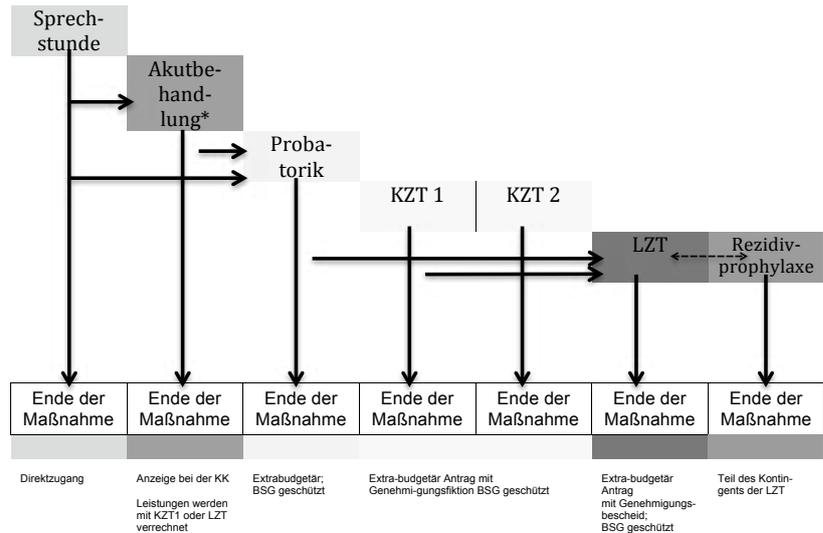
- Erreichbarkeit bei vollem Versorgungsauftrag: 150 Minuten /Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten
- Erreichbarkeit bei vollem Versorgungsauftrag: 75 Minuten /Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten

- Wenn die Sprechstunde angeboten wird:

- Erreichbarkeit bei vollem Versorgungsauftrag: 250 Minuten /Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten
- Erreichbarkeit bei vollem Versorgungsauftrag: 125 Minuten /Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten

Erläuterung

Persönliche telefonische Erreichbarkeit sind Zeiten, in denen ein Anrufer Psychotherapeut/Innen, Praxismitarbeiter/Innen oder eine vom Praxisinhaber beauftragte Person persönlich am Telefon erreichen kann. Die alleinige Erreichbarkeit nur über einen Anrufbeantworter, wie die in der Vergangenheit häufig praktiziert wurde, ist nun nicht mehr ausreichend. Da die Kommunikation auch mit anderen Psychotherapeuten und Ärzten in der heutigen Zeit einen hohen Stellenwert hat und Alternativen



Quelle: VAKJP

wie Anrufweiterleitungen, Vernetzung mit anderen Praxen und anderes möglich sind, verliert diese Bedingung an Schärfe. Die persönliche telefonische Erreichbarkeit soll einen ersten Kontakt zur Terminkoordination ermöglichen und ist zu veröffentlichten Zeiten zu gewährleisten. Therapeut/innen teilen der zuständigen KV die Erreichbarkeit zur Information der Patient/innen mit.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ermöglicht zeitnah einen niedrigschwelligen Zugang für Patient/Innen zur ambulanten Versorgung. Sie dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. Trifft dies nicht zu, ist zu prüfen ob andere Hilfesysteme angeboten werden können.

Für Patient/Innen ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer vor einer Behandlung verpflichtend.

Für Psychotherapeuten ist die Sprechstunde fakultativ, d.h. sie können Sprechstunden anbieten oder auch nicht. Wenn Sprechstunden angeboten werden, können sie als

offene oder als termingebundene Sprechstunden angeboten werden.

Aktuelle Änderungen die durch einen Änderungsbeschluss zu erwarten sind:

- Die psychotherapeutische Sprechstunde soll nicht als „Kann“-Leistung bezeichnet werden, da dies die RL-Kompetenz des G-BA nicht umfasst. Da der Gesetzgeber die Sprechstunde als psychotherapeutische Leistung ausdrücklich fordert, obliegt sie den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages. Somit ist davon auszugehen, dass die KVen unter dem Aspekt der Sicherstellung die Psychotherapeuten zur Sprechstunde verpflichtet werden. Inwieweit es dazu in begründeten Fällen Ausnahmeregelungen geben wird bleibt abzuwarten. Außerdem hat das BMG in seinen Auflagen formuliert, dass es Übergangsregelungen bis zur Einrichtung der erforderlichen Infrastrukturen in Praxen geben muss, damit die Patientenversorgung weiter sichergestellt ist.

Wenn Psychotherapeuten eine Sprechstunde anbieten, gelten folgende Anforderungen:

- Therapeuten teilen der KV zur Information von Patienten mit, dass

- sie Sprechstunden anbieten und zu welchen Zeiten sie erreichbar sind.
- Sprechstunden können als offene oder als termingebundene Sprechstunde durchgeführt werden.
 - Sprechstunden finden im persönlichen Patientenkontakt statt.
 - Therapeuten müssen mindestens 100 Minuten in der Woche für Sprechstunden (bei halbem Versorgungsauftrag 50 min) vorhalten.
 - Die Sprechstunde kann bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von 25 Minuten, höchstens 10 Mal, d.h. max. 250 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt werden.
 - KJP können die Sprechstunde bis zu 100 Minuten auch nur mit relevanten Bezugspersonen, das heißt auch ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen, durchführen.
 - Voraussetzung für Patienten sind mindestens 50 Minuten Sprechstunde vor Behandlungsbeginn bei einem Psychotherapeuten.
 - Eine vorhergehende somatische Abklärung und ein Konsiliarbericht ist für die Inanspruchnahme der Sprechstunde nicht erforderlich, wohl aber - wie bisher - vor Beginn einer Richtlinientherapie.
 - Im Rahmen der Sprechstunde findet bei Verdacht auf eine seelische Erkrankung eine orientierende diagnostische Abklärung (ODA), (nicht verfahrensgebunden) und sofern erforderlich eine differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt.
 - Patienten/Sorgeberechtigte erhalten ein „Allgemeines Informationsblatt“ und eine „Individuelle Patienteninformation“ über das Ergebnis der Sprechstunde.

Erläuterung

Grundsätzlich ist die Einführung der Sprechstunde eine seit langem bestehende Forderung der Berufsverbände, die sich aus der Versorgungsrealität ableiten lässt. Wir haben sozialrechtlich eine Zulassung und damit einen Versorgungsauftrag, mit dem wir unser Einkommen im GKV System erwirtschaften. Die Probatorik dient laut Psychotherapievereinba-

nung einzig der Vorbereitung auf eine psychotherapeutische Behandlung, nicht aber der Erstsicht, Abklärung und Steuerung von Patienten im Versorgungssystem. Die Sprechstunde hingegen bietet uns Flexibilisierungs- und Steuerungsmöglichkeiten auch für die Patienten, die eine Abklärung brauchen und ggf. im GKV System oder im Rahmen von Hilfen nach SGB VIII gesteuert werden müssen. Gerade in den KJP-Praxen besteht hierfür eindeutiger Bedarf. Bisher wurden diese Patienten nicht selten in der Probatorik vorgestellt oder sie wurden auf langen Wartelisten verwaltet, ohne dass sie zeitnah von qualifizierten Behandlern gesehen werden konnten. Therapeuten werden nun voraussichtlich doch verpflichtet sein, die Sprechstunde anzubieten und können nicht wie bisher weiterarbeiten. Abgesehen von spezifischen Praxisbesonderheiten scheint es im Sinne der Versorgung sinnvoll, die Erstsicht im Rahmen der Sprechstunde zu realisieren. Die zunächst beschlossene fakultative Sprechstunde hätte für Patienten möglicherweise einen irritierenden Aufwand bedeutet, wenn sie in manchen Fällen zuvor bei anderen Psychotherapeuten eine Sprechstunde in Anspruch genommen hätten. Unverändert bleibt, dass der behandelnde Psychotherapeut vor Einleitung einer Therapie in eigener Verantwortung mit einer verfahrensspezifischen Diagnostik und der Probatorik beginnt.

Psychotherapeutische Akutbehandlung - § 13 PT-RL

Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde. Sie ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patient/innen und auf die Vermeidung von Chronifizierung und Fixierung einer psychischen Symptomatik ausgerichtet. Sie ist keine umfassende Bearbeitung zugrundeliegender Einflussfaktoren einer psychischen Störung und ist auf eine kurzfristige Entlastung und Besserung der Symptomatik ausgerichtet. Sollte die

Akutbehandlung nicht ausreichen, sollen die Patienten so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung vorbereitet werden können oder dass ihnen andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

Die Akutbehandlung

- kann als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu höchstens 600 Minuten durchgeführt werden.
- ist anzeigepflichtig, die erbrachten Stunden sind Bestandteil eines späteren Therapiekontingents.

Erläuterung

Die Akutbehandlung ist grundsätzlich eine zusätzliche Behandlungsmöglichkeit in Krisensituationen, die Wartezeiten verkürzen soll und zur ersten Stabilisierung genutzt werden kann. Hierfür besteht ein eindeutiger Bedarf gerade bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in Schwellensituationen und in akuten Entwicklungskrisen begleitet werden müssen, insbesondere wenn eine Richtlinienbehandlung nicht zeitnah angeboten werden kann, lange Wartezeiten aufgrund der Symptomatik aber nicht zumutbar sind. Da sie auf das Behandlungskontingent der KZT angerechnet wird aber als anzeigepflichtige Behandlung nicht der BSG-Rechtsprechung unterliegt bleibt noch unklar, wie die Leistungen honoriert werden.

Probatorische Sitzungen - § 12 PT RL

Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patient/innen für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krank-

heitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. Hier erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patient/Innen. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung. Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie, sie sind keine Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.

Probatorische Sitzungen

- sind keine Richtlinienpsychotherapie
- dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie
- werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet
- können nur als Einzelbehandlung durchgeführt werden
- beziehen bei KJP ggf. relevante Bezugspersonen mit ein
- nach Indikationsstellung in der Sprechstunde sind immer mindestens zwei und bei Kindern und Jugendlichen bis zu sechs probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer durchzuführen
- vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie ist der Konsiliarbericht einzuholen.

Erläuterung

Die Aufgaben und Ziele der Probatorik sind in der Richtlinie erstmals klar definiert. KJPs haben zwei Stunden Probatorik mehr zur Verfügung als die Erwachsenenpsychotherapeuten. Die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen, auch aus dem sozialen Umfeld, ist ausdrücklich möglich. In Verbindung mit der Sprechstunde stehen für KJP insgesamt mehr vorbereitende Stunden zur Verfügung (bis zu fünf Sprechstunden und bis zu sechs probatorische Sitzungen), vorausgesetzt, dass die Sprechstunde beim selben Therapeuten stattfindet. Eine Differenzierung zwischen TP und AP und VT ist nicht vorgesehen, d.h. für die Probatorik gelten für KZT und für LZT dieselben Stundenkon-

tingente. Auch für den Fall, dass es zu einer Akutbehandlung gekommen ist, sind vor Aufnahme einer RL-Therapie zwei probatorische Sitzungen verpflichtend.

Kurzzeittherapie (KZT 1 und KZT 2)

Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) können

- bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie
- oder bis zu 12 Stunden als Gruppentherapie durchgeführt werden.
- Die KZT 1 ist antragspflichtig mit der sog. Genehmigungsfiktion, d.h. Krankenkassen müssen bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Therapie spätestens nach drei Wochen, im Falle eines Gutachterverfahrens spätestens nach fünf Wochen genehmigen. Ansonsten gilt eine beantragte Therapie automatisch drei bzw. fünf Wochen nach Antragstellung als genehmigt (BSG, Urteil vom 8. März 2016; Az.: B 1 KR 25/15).
- Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.

Im Rahmen der sich anschließenden Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) können

- bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie
- oder bis zu 12 Stunden als Gruppentherapie durchgeführt werden.
- Die KZT 2 ist antragspflichtig mit Genehmigungsfiktion (automatisch genehmigt drei Wochen nach Antragstellung).
- KZT 1 und KZT 2 sind generell nicht gutachterpflichtig
- Umwandlungsanträge können bis zur 20. Stunde gestellt werden
- grundsätzlich ist der Antrag so rechtzeitig zu stellen, dass eine unmittelbare Weiterbehandlung möglich ist.

Erläuterung

Die KZT ist insgesamt von der Gutachterpflicht befreit. Da die Krankenkasse in Einzelfällen dem Antrag aber widersprechen kann, entsteht zumindest eine dreiwöchige Wartezeit, bis der Antrag als genehmigt gilt (Genehmigungsfiktion). Die Aufteilung in KZT 1 und KZT 2 hat zur Folge, dass zwischen KZT 1 und KZT 2 erneut rechtzeitig ein Antrag gestellt werden muss. Die ursprünglich von den Krankenkassen geforderte sechswöchige Therapiepause konnte im Rahmen der Beratungen wegverhandelt werden und ist nicht in die RL eingeflossen.

Das BMG hat im Zusammenhang mit der aktuellen Beanstandung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Krankenkassen bei der Genehmigung von KZT über Anträge, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen unzweifelhaft vorliegen oder eine frühere Bescheidung des Antrags erforderlich ist, um einen zeitnahen Beginn oder eine nahtlose Weiterführung der Therapie zu gewährleisten, vor Ablauf der Drei-Wochen-Frist zu entscheiden haben. Wörtlich wurde formuliert: „Eine Praxis, wonach die Krankenkassen Anträge auf KZT zur eigenen Entlastung unbeantwortet lassen, wäre sowohl mit den gesetzlichen Vorgaben als auch mit der PT-RL nicht vereinbar.“

Langzeittherapie

Folgende Bewilligungsschritte sind möglich:

Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Kinder:

- bis zu 70 Stunden als Einzeltherapie im 1. Behandlungsabschnitt
- bis zu 150 Stunden in einem weiteren Behandlungsabschnitt (Höchstgrenze)
- bis zu 60 Doppelstunden als Gruppentherapie im 1. Behandlungsabschnitt
- bis zu 90 Doppelstunden als Grup-

pentherapie in einem weiteren Behandlungsabschnitt (Höchstgrenze).

Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Jugendliche:

- bis zu 90 Stunden als Einzeltherapie im 1. Behandlungsabschnitt
- bis zu 180 Stunden in einem weiteren Behandlungsabschnitt (Höchstgrenze)
- bis zu 60 Doppelstunden als Gruppentherapie im 1. Behandlungsabschnitt
- bis zu 90 Doppelstunden als Gruppentherapie in einem weiteren Behandlungsabschnitt (Höchstgrenze).

Verhaltenstherapeutische Psychotherapie - Kinder- und Jugendliche - einzeln und Gruppe:

- bis zu 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden
- bis zu 80 Stunden in einem weiteren Bewilligungsabschnitt (Höchstgrenze).

Die Krankenkasse kann Anträge auf Fortführung einer Langzeittherapie durch eine(n) Gutachter/in prüfen lassen.

Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen

Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partnerin oder Partner, Familie) des/der Patient/in in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.

Auch in den neuen Psychotherapievereinbarungen ist davon auszugehen, dass die für die Einbeziehung von Personen des relevanten Um-

felds vorgesehenen Stunden im Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl des Patienten weiter bestehen bleiben und der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzuzurechnen ist.

Erläuterung

Der direkte Zugang zur Langzeittherapie konnte entgegen den von den Krankenkassen publizierten Vorstellungen, dass jeder/jede Patient/in zuerst die Einheit T1 und dann die T2 durchlaufen muss, erhalten bleiben. Es obliegt weiterhin der Einschätzung der/des behandelnden Psychotherapeut/in, welche Behandlung indiziert ist. Die LZT bleibt für den ersten Bewilligungsschritt gutachterpflichtig. Für die Fortführung bleibt es in der Ermessenshoheit der Krankenkassen, ob ein Gutachten eingeholt werden wird oder nicht. Der Ergänzungsbericht entfällt vollständig. Insofern wird mit dieser Regelung der Vereinfachung des Gutachterverfahrens Rechnung getragen. Ob und in welchem Umfang die Kassen auch zukünftig Gutachten für Verlängerungsanträge einholen bleibt abzuwarten. Vorgesehen ist auch, dass im Rahmen der Psychotherapievereinbarung das Formblatt zum Gutachterverfahren überarbeitet und deutlich vereinfacht und gekürzt werden soll.

Grundsätzlich sind die festgelegten Höchstgrenzen für eine Behandlung einzuhalten. Eine Überschreitung des mit dem jeweiligen Bewilligungsschritt festgelegten Therapiekontingentes ist nur zulässig, wenn mit der Beendigung des Bewilligungsschrittes das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann. Besteht begründete Aussicht, das Therapieziel mit einer Fortführung zu erreichen, ist dies nachvollziehbar zu begründen. Das heißt, dass es für notwendige Behandlungen in Einzelfällen über die Höchstgrenze hinaus auch wie bisher die Möglichkeit gibt, dies mit der entsprechenden Begründung zu beantragen.

Rezidivprophylaxe

Rezidivprophylaxe ist integraler Bestandteil der Abschlussphase einer Therapie, es kann bei einigen Patient/innen sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung - im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ - mit den innerhalb des bewilligten Kontingents schrittweise verbliebenen Stunden durchzuführen.

Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen für die Rezidivprophylaxe genutzt werden:

- maximal 10 Stunden bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden
- maximal 20 Stunden bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden.

Erläuterung

Die Rezidivprophylaxe ist keine zusätzliche Leistung sondern muss bereits bei der Beantragung im Bericht an den Gutachter begründet werden. Die Stunden sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig. Für Rezidivprophylaxe vorgesehene Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Eine Entscheidung für oder gegen die Behandlung mit Stunden der Rezidivprophylaxe ist im Antrag der Langzeittherapie anzugeben. Sofern ein möglicher Einsatz der Rezidivprophylaxe bei Beantragung der Langzeittherapie noch nicht absehbar ist, ist dies im Bericht an den Gutachter zu begründen.

Gruppenpsychotherapie

Kinder und Jugendliche können in Gruppen, als analytische oder tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Gruppe, unter Berücksichtigung der altersspezifischen

Bedingungen und unter Nutzung gruppendynamischer Prozesse, ggf. unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld, behandelt werden. Die Gruppengröße beträgt mindestens drei höchstens neun Patienten. Die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie ist bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie möglich. Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeutinnen oder Therapeuten ist der jeweilige Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen.

Erläuterung

Die Gruppenpsychotherapie ist wie die anderen Behandlungsformen von der Berichtspflicht im Rahmen der KZT befreit.

Gutachterverfahren

Für Begutachtungen im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, im Bereich der analytischen Psychotherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis Analytische Psychotherapie, und im Bereich der Verhaltenstherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung oder der Fachkundenachweis Verhaltenstherapie erforderlich. Das heißt, dass TP Anträge zukünftig von TP Gutachtern begutachtet werden. Therapeuten mit mehreren Fachkunden haben dann die Wahl eines Gutachters in einem der Verfahren (AP/TP).

Für die Begutachtung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapie ist Gebietsbezeichnung als Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie oder die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in Voraussetzung.

Für den Bereich der Begutachtung von Psychotherapie als Gruppentherapie müssen die Qualifikationen für das jeweilige Psychotherapieverfahren als Gruppentherapeut/in nachgewiesen werden.

Die Altersgrenze (max. 55 Jahre bei Bestellung als GA) wird aufgehoben.

Erläuterung

Das Gutachterverfahren wird vereinfacht. Die KZT ist vom Gutachterverfahren befreit, was für die meisten schon länger tätigen Kolleg/innen keine Bedeutung haben wird, da sie ohnehin schon befreit sind. Berichtspflicht besteht nur noch für den Erstantrag bei LZT. Die Begutachtung für den Fortführungsantrag liegt im Ermessen der Kassen und es wird abzuwarten sein, ob und in welchem Umfang weiterhin Begutachtungen gefordert werden. Der Verzicht auf die Gutachterpflicht bei einem weiteren Bewilligungsschritt ist insofern eine Vereinfachung.

PT-RL § 38 Einsatz der Dokumentationsbögen

Zu Beginn und am Ende einer RL-Therapie sind die Dokumentationsbögen Ambulante Psychotherapie gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten auszufüllen. Der Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn ist dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen. Die Dokumentationsbögen sind Bestandteil der Patientenakte.

Erläuterung

Die Dokumentationspflicht als solche ist nicht neu. Sie ist ein grundsätzlich nachvollziehbarer Auftrag, der mit

bürokratischem Aufwand verbunden ist. Der nicht evidenzbasierte Dokumentationsbogen ist ein zusätzlicher Aufwand und wird in der therapeutischen Beziehung bedeutsam, da er gemeinsam mit dem Patienten ausgefüllt werden muss. Grundsätzlich wird für Kinder und Jugendliche eine Intelligenzeinschätzung oder ein Intelligenztest gefordert, die dem Gutachter mit dem Bericht an den Gutachter vorzulegen sind.

Diese Regelung wurde nun aktuell vom BMG beanstandet und wird nicht, wie die übrigen Regelungen, mit den entsprechenden Überarbeitungen und Ergänzungen zeitnah beschlossen und im Bundesanzeiger veröffentlicht. Damit hat das BMG die von vielen Berufs- und Fachverbänden sowie von der BPTK geäußerte Kritik aufgegriffen und fordert den G-BA auf, den entsprechenden Paragraphen sowie die Anlagen zu überarbeiten.

Inkrafttreten

Die Regelungen treten am 1. April 2017 in Kraft.

Zusammenfassende Würdigung

Das am 11. Juni 2015 beschlossene „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) war in der Profession zunächst mit der Hoffnung aufgenommen worden, durch Änderungen der Versorgungsstruktur die Behandlungsmöglichkeiten von Psychotherapeuten in der Zukunft zu erweitern, die Patientenversorgung insgesamt zu verbessern und damit nicht zuletzt die Bedeutung und die Stellung der Psychotherapeuten im System der gesetzlichen Krankenversicherungen deutlicher konturieren und stärken zu können.

Lange vor Beginn der eigentlichen Beratungen im G-BA haben die psychotherapeutischen und ärztlichen Berufsverbände, ebenso wie die unterschiedlichen Krankenkassen

auf der GKV Seite, Ideen, Vorstellungen und konkrete Versorgungsstrukturmodelle entwickelt und der Öffentlichkeit vorgestellt. Das in der Profession entwickelte Versorgungsmodell einer „gestuften psychotherapeutischen Versorgung“ hatten wir in der Vergangenheit auch im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der PKS vorgestellt (Singer 2014).

Der beratende Fachausschuss der KBV hat im Frühjahr 2014 ein mehrheitsfähiges Modell einer zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung an den Vorstand der KBV herangetragen, das in vielen Abstimmungsrunden entwickelt und schließlich von der Mehrheit der KBV Vertreterversammlung gegenüber der Politik als mögliches Versorgungsstrukturmodell für Psychotherapie vertreten wurde.

Der GKV Spitzenverband hatte etwa zeitgleich ein Modell der Krankenkassen vorgestellt, das jedoch von den Vorstellungen der Profession weit entfernt ist. Sehr unterschiedliche Vorstellungen gab es z.B. bezüglich der von der GKV vorgeschlagenen Neuordnung der Psychotherapie: Eine verpflichtende Sprechstunde für alle, drei Stunden verpflichtende Probatorik für alle, 12 Stunden T1 und einer darauf folgenden sechswöchigen Mindest-Wartezeit. Nach den 10 Stunden T2 und 25 Stunden T3 sollte die regelhafte psychotherapeutische Versorgung zu Ende sein und in Einzelfällen auch Langzeittherapien genehmigt werden. Der Einsatz psychometrischer Instrumente vor der Probatorik und nach T1, T2 und T3 waren die für viele von uns unvorstellbaren Neuerungen in der Psychotherapie. Der Wegfall der Antrags- und Genehmigungspflicht für T1 und T2 implizierte zusätzlich den Verlust der (BSG) geschützten Honorierung genehmigungspflichtiger Leistungen. Da immerhin etwa 70% aller Patienten mit KZT behandelt werden, hätte dies existentielle Bedeutung für alle Niedergelassenen gehabt.

Das zunächst vom GKV Spitzenverband vorgestellte Grundgerüst der psychotherapeutischen Versorgung war und blieb wie oben dargestellt in vielen Punkten mit den Entwürfen der Profession und unseren Vorstellungen von einer guten psychotherapeutischen Versorgung nicht kompatibel.

Der Gesetzgeber schien mit dem GKV VSG die Interessen der Profession an einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu unterstützen, denn alle Elemente der gestuften Versorgung waren im Auftrag des BMG an den G-BA enthalten. Allerdings wurde deutlich, dass offenbar auch die Krankenkassen den Begründungstext aus ihrer Perspektive interpretierten und zu ganz anderen Vorschlägen gelangten. Die Verhandlungen im G-BA waren deshalb in der Folge langwierig, kompliziert und kontrovers. Über die Struktur des G-BA haben wir an anderer Stelle dieser Ausgabe des Forums berichtet. Eine zusätzliche Schwierigkeit in der G-BA Beratung besteht wohl darin, dass alle Entscheidungen unabhängig von monetären Überlegungen getroffen werden. Obwohl die finanziellen Auswirkungen in der Realität eine große Rolle spielen findet dieser Aspekt in den Verhandlungen keine Berücksichtigung.

Vor dem Hintergrund der weit auseinanderliegenden ursprünglichen Verhandlungspositionen des GKV Spitzenverbandes und der KBV Vertreter kann sicher nachvollzogen werden, wie schwierig sich das Verhandlungsgeschehen gestaltet hat und die Ergebnisse an manchen Stellen unzureichend und unbefriedigend geblieben sind. Letztlich handelt es sich um Kompromisse mit denen versucht wurde „Schlimmeres zu verhindern“, und bei denen es deshalb „Licht und Schatten“ gibt. Zahlreiche Verbände haben sich mit einem Brief an Bundesgesundheitsminister Gröhe gewandt und um die aufsichtsrechtliche Korrektur einiger fachlich kritischer Punkte gebeten. Insofern ist es zunächst erfreulich, dass sich die Kritik aus der Profession nun in der Beanstandung und in den Auf-

lagen des BMG zumindest teilweise niedergeschlagen hat.

Auf der Positivseite ist für uns zu verbuchen:

- Psychotherapeuten sind sozialrechtlich mit einem Versorgungsauftrag ausgestattet, mit dem der Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung verbunden ist. Dies ist die Grundlage unserer beruflichen Tätigkeit im GKV-System und damit die Grundlage unserer wirtschaftlichen Existenz. Mit den erweiterten Versorgungsstrukturen konturieren wir unsere heilberufliche Tätigkeit im Versorgungssystem und unsere Bedeutung im Vergleich mit anderen Heilberufen.
- Die Gefahr war groß, mit der Reform und den Vorstellungen der GKV den Schutz der BSG-Rechtsprechung für einen wesentlichen Anteil unserer psychotherapeutischen Leistungen zu verlieren. Diese Gefahr konnte mit den vorliegenden Kompromissen weitgehend abgewendet werden.
- Die telefonische Erreichbarkeit ist Teil der Versorgung und dient der Terminkoordination im Rahmen eines ersten telefonischen Kontaktes. Von manchen Kollegen wird sie als sehr sinnvoll und für die Versorgung als unerlässlich betrachtet. Andere sehen darin einen zusätzlichen Zeitaufwand, der für die Patientenbehandlung verloren geht und darüber hinaus nicht oder nicht angemessen honoriert werden wird. Bei einer vollen Praxis ist darstellbar, dass Personal für die Telefonzeiten eingestellt wird und die Kosten in der verfügbaren Behandlungszeit zu erwirtschaften sind.
- Die Sprechstunde ermöglicht zunächst einen ersten Zugang und eine erste orientierende Diagnostik durch eine/n qualifizierten Psychotherapeut/in. Diese Möglichkeit war bisher im Rahmen probatorischer Sitzungen sehr begrenzt.

Sie ermöglicht darüber hinaus die Klärung, ob ein psychotherapeutischer Bedarf besteht oder ob ggf. andere Hilfen, Beratung oder Behandlungsformen im ambulanten oder stationären Bereich indiziert sind. In manchen Fällen ist eine erste Beratung und Klärung ausreichend.

- Die ursprünglich von den Kassen geforderte sechswöchige Therapiepause ist nicht in die RL eingeflossen.
- Die erweiterte Möglichkeit der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld kann als wichtige Errungenschaft für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen gesehen werden. Relevante Bezugspersonen können bis zu 100 Minuten ohne Kind einbezogen werden.
- Erstmals gibt es eine eindeutig formulierte Altersgrenze für junge Volljährige zwischen 18 und 21 Jahren, die das Wahlrecht zur Behandlung bei PP oder KJP haben.
- Für KJP stehen Mehrstunden bei der Sprechstunde (bis zu 250 Minuten) zur Verfügung, für Erwachsenentherapeuten nur 150 Minuten. Für die Probatorik können bei Kindern und Jugendlichen sechs Stunden (4 +2) in Anspruch genommen werden. Allerdings wird zwischen KZT und LZT nicht differenziert, so dass bei LZT keine Mehrstunden mehr zur Verfügung stehen. In der Praxis hat dies vermutlich eine untergeordnete Bedeutung, da die meisten Therapien mit KZT eingeleitet und ggf. umgewandelt werden.
- Die Möglichkeit der direkten Beantragung von LZT bleibt erhalten.
- Das Gutachterverfahren wird vereinfacht. KZT ist von der Gutachterpflicht befreit. Eine Berichtspflicht gibt es nur noch bei Erstantrag einer LZT. Bei der Fortführung liegt die Entscheidung zur Begutach-

tung bei den Kassen. Ein weiterer Gutachtenschritt entfällt.

Kritisch zu bewerten sind folgende Aspekte:

- Kürzung des Leistungsumfangs der Kurzzeittherapie bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie von bislang 25 Stunden auf nunmehr 2 x 12 Stunden, also insgesamt 24 Stunden. Eine Begründung für die Kürzung auf insgesamt 24 Stunden wird nicht gegeben. Sie scheint deshalb willkürlich und ist aus fachlicher Perspektive nicht nachvollziehbar. Die als psychotherapeutische Einheit konzipierte Kurzzeittherapie wird willkürlich in zwei Blöcke unterteilt. Für den Aufbau eines vertrauensvollen und tragfähigen Arbeitsbündnisses ist sie eher schädlich, denn gerade in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist der Beziehungsaufbau in einem sicheren zeitlich angemessenen Rahmen ein bedeutender Aspekt für den Therapieerfolg. Darüber hinaus zeigen wissenschaftliche Untersuchungen der Psychotherapieverläufe mittels der KBV-Abrechnungsdaten (KBV Versorgungsstudie 2014), dass Psychotherapeuten leitlinienkonform die Dauer von Behandlungen einzelfallbezogen an den Bedürfnissen ihrer Patienten ausrichten und es keiner Unterteilung in zwei Behandlungsabschnitte bedarf, um Therapeuten und Patienten zu einem verantwortlichen Umgang mit den von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Leistungen zu bewegen. Aktuelle wissenschaftliche Auswertungen von Patientendaten über alle Krankenkassen und Altersstufen hinweg zeigen, dass erst nach durchschnittlich 15-19 Sitzungen 50% der Patienten eine klinisch bedeutsame Besserung erreichen (BPtK-Stellungnahme vom 12.05.2016). In den Tragenden Gründen (S. 25) zum Richtlinien-Beschluss wird bei der Bürokratiekostenermittlung ebenfalls dargestellt, dass 65% aller Patienten

mehr als 12 Sitzungen benötigen. Außerdem ist mit der Etablierung einer Akuttherapie bereits eine bis zu 12 Sitzungen umfassende Behandlungseinheit vorhanden. Hinzu kommt noch ein erheblicher bürokratischer Aufwand für die Beantragung des zweiten Behandlungsschrittes KZT 2. Die Regelung widerspricht damit der Forderung des Gesetzgebers nach Bürokratieabbau.

- Die Rezidivprophylaxe eröffnet für die Behandlung über die Höchstgrenze hinaus keine neuen Möglichkeiten. Für bestimmte Patientengruppen wäre gerade diese Möglichkeit sinnvoll und notwendig, um z. B. Kinder und Jugendliche mit schweren Störungen über den Entwicklungsverlauf kontinuierlich und niederfrequent begleiten und behandeln zu können. Die Einschätzung zu Behandlungsbeginn erscheint gerade bei Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund der Entwicklungsperspektive schwierig und oft nicht möglich. Die Förderung der Rezidivprophylaxe im Sinne des Gesetzgebers wurde somit nicht realisiert. Stattdessen wird nun die Endphase einer Langzeitpsychotherapie (bei Kindern und Jugendlichen nach der 40. Stunde bzw. nach der 60. Stunde) umetikettiert. 10 beziehungsweise 20 Stunden des Langzeitkontingents sollen nun niederfrequent über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg verwendet werden, um einer Remission der psychischen Erkrankung entgegen zu wirken. Zudem ist auch die Vorgabe, dass diese im Vorfeld mit beantragt werden muss, fachlich fragwürdig.
- Einsatz der Dokumentationsbögen zu Beginn und am Ende einer Richtlinien-therapie ist fragwürdig und hat zu vielfältiger Kritik aus der Profession geführt. Das hat sich nun in der Beanstandung durch das BMG niedergeschlagen. Der standardisierte Fragebogen enthält unter anderem Fragen zur Erhebung des Sozialstatus, des Bildungsniveaus und der Symptombelastung der

Patienten. Der Bogen soll gemeinsam mit den Patienten bzw. bei Kindern und Jugendlichen ggf. mit deren Bezugspersonen ausgefüllt und bei Behandlungsbeginn an den Gutachter weitergeleitet werden. Darüber hinaus wird bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich ein Intelligenztest beziehungsweise die Einschätzung der Intelligenz vorgeschrieben, ohne dass dies aus fachlicher Sicht grundsätzlich notwendig ist. Eine Psychotherapie gründet auf eine offene und insbesondere nicht wertende Haltung des Psychotherapeuten gegenüber seinen Patienten und bei Kindern und Jugendlichen auch für deren Bezugspersonen. Eine Erhebung von personenbezogenen Daten, ohne dass medizinisch-fachliche oder gewichtige methodische Gründe dies rechtfertigen, muss rechtlich und ethisch als außerordentlich problematisch eingeschätzt werden. Es bleibt nun abzu-

warten, in welcher Form nun § 38 PT-RL überarbeitet werden wird.

Die neue PT-Richtlinie tritt am 1. April 2017 in Kraft. Insgesamt kann eine abschließende Bewertung der jetzt vorliegenden, reformierten PT-RL noch nicht vorgenommen werden. Zum einen müssen nun die beanstandeten Beschlüsse neu bearbeitet werden und die Auflagen in die Überarbeitung einfließen. Zum anderen bleibt abzuwarten, wie die Honorare für die neuen Versorgungselemente gestaltet werden und ob die erforderlichen Änderungen der Praxisstrukturen dabei eine angemessene Berücksichtigung finden. Auch wenn erreicht werden konnte, dass die Genehmigungspflicht für die KZT erhalten bleibt und damit der Schutz der BSG-Rechtsprechung weiterhin gewährleistet ist, gilt dies nicht gleichermaßen für die Akutbehandlung, die nur anzeigepflichtig ist, aber mit den Leistungen der antragspflichti-

gen KZT verrechnet werden wird.

Wir werden weiter dafür arbeiten, dass die neuen Elemente und die damit verbundenen strukturellen Änderungen in der Versorgung sinnvoll in den Praxisalltag und zum Wohle unserer Patienten integriert werden können und halten Sie weiter auf dem Laufenden.



Werner Singer

https://deref-web-02.de/mail/client/dF_bYGRfLY4/de-referrer?redirectUrl=https%3A%2F%2Fwww.g-ba.de%2Finformationen%2Fbeschluesse%2F2634%2F

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3919/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_BMG.pdf

„Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bei Kindern und Jugendlichen im Saarland und Möglichkeiten der Anschlussbehandlung“

Einladung zur Veranstaltung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie herzlich ein zu einer weiteren KJP-Netzwerkveranstaltung mit dem Thema

„Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bei Kindern und Jugendlichen im Saarland und Möglichkeiten der Anschlussbehandlung“

am Freitag, den 18. November 2016 von 10.00 bis 12.15 Uhr

in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer, Scheidter Straße 124, 66123 Saarbrücken.

Menschen werden zumeist unvorbereitet durch plötzlich eintretende Not- und Unglücksfälle aus der Normalität ihres Lebens herausgerissen. Es kann sich dabei um Einzelschicksale wie der Tod eines Angehörigen bei einem Verkehrsunfall handeln aber auch um größere Notschadenslagen.

Die Notfallseelsorge und Krisenintervention Saarland e.V. leistet die Akuthilfe bei schweren Unfällen, Bränden, plötzlichem Kindstod, Suizid und anderen Ereignissen, wie z. B. Naturkatastrophen, schwere ziel-

gerichtete Gewalt (Amok) und Terroranschlägen.

Im Vortrag soll die Institution, deren Aufgabenstellung und Arbeitsweise, sowie die Ausbildungsstandards vorgestellt werden. Die Akuthilfe endet immer nach dem Ersteinsatz. Die Anschlussversorgung obliegt, je nach Bedürfnis, den Seelsorgern, Beratungsstellen oder Psychologischen Psychotherapeuten.

Im Anschluss an den Impulsvortrag können Fragen geklärt und mögliche

Überweisungskontexte diskutiert werden, um Versorgungslücken in der Zukunft zu schließen.

Referent zu diesem Thema wird Dipl.-Psych. Christoph Fleck, Landesbeauftragter PSNV Saarland und Fachberater PSNV des Ministeriums für Inneres und Sport sein, der uns nach dem Fachvortrag auch Gelegenheit geben wird, Fragen zu stellen. Daneben besteht anschließend noch die Möglichkeit zu kollegialem Austausch.

Die Moderation übernimmt Vorstandsmitglied Susanne Münnich-Hessel.

Die Veranstaltung ist mit 3 Punkten akkreditiert. Bitte teilen Sie uns möglichst bis zum 9. November 2016 per Mail (kontakt@ptk-saar) oder telefonisch (0681-9545556) mit, ob Sie teilnehmen können.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme, mit freundlichen und kollegialen Grüßen,

Susanne Münnich-Hessel
für den Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen AVKJ

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel: 0681-9 54 55 56, Fax: 0681-9 54 55 58
E-Mail: kontakt@ptk-saar.de
Sprechzeiten der Geschäftsstelle:
Mo, Di, Do 8.00-13.00 Uhr

START

Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment

Konzept zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge

START wurde von Andrea Dixius in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Eva Möhler mit dem zentralen Ziel entwickelt, mit START eine Hilfe und Unterstützung zur Erststabilisierung für emotional und psychisch schwer belastete Kinder, Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge mit post-traumatischen Stresserleben zu konzipieren.

Kinder und Jugendliche, die aufgrund der Schwere der Belastungen in akuten Krisen nicht in der Lage sind, sich gleich für eine aufarbeitende Behandlung oder langfristige Psychotherapie zu entscheiden, erhalten mit START eine erste Hilfestellung, um Krisen und akute Belastungen durchzustehen. Dabei geht es also in erster Linie um rasche Stabilisierung und Arousal-Regulation. Im zweiten Schritt fokussiert START auf Förderung von Selbstwirksamkeit, auf Prä-

vention und Stärkung von Schutzfaktoren.

Eine tägliche Herausforderung für die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Praxis sind Jugendliche aus instabilen psychosozialen Kontexten, in akuten Krisen, mit teilweise schwerer emotionaler Dysregulation oder fluktuierender Therapiemotivation auf dem Hintergrund von massiven Belastungen.

Die Instabilität der Verhältnisse ebenso wie die schweren biografischen Belastungen können ein verbindendes Element zu Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung darstellen, wenn die interkulturell gemeinsamen Gefühlscharakteristika von Entwurzelungserfahrungen berücksichtigt werden können.

Zur Situation von Flüchtlingen

Weltweit befinden sich derzeit mehr als 60 Millionen Menschen auf der Flucht. 2015 sind außergewöhnlich viele Menschen über das Mittelmeer nach Europa geflohen. Die meisten Flüchtlinge kommen aus Syrien, Afghanistan und Somalia. In der ersten Jahreshälfte 2015 wurden in der Bundesrepublik Deutschland mit 159.900 weltweit die meisten Neuanträge auf Asyl gestellt. Etwa die Hälfte der Flüchtlinge weltweit sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Ende Januar 2016 ist die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF) in Deutschland auf über 60.000 gestiegen; Herkunftsländer der UMF waren 2015 Afghanistan, Syrien, Irak, Eritrea und Somalia (BAMF, 2016).

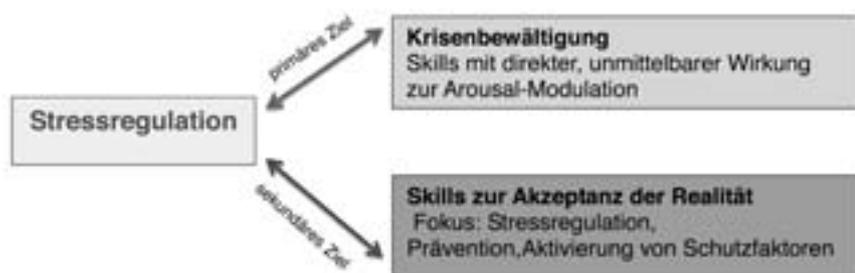


Abb. Stressregulation und die Funktionen von Skills im Rahmen von START (Dixius, 2016)

Die Prävalenzzahlen für psychische Auffälligkeiten bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen liegen zwischen 20% und 81,5% (Witt, Rassenhofer, Fegert und Plener, 2015). Psychische Auffälligkeiten und Traumafolgestörungen sind die Folge von extremen Belastungen.

Flucht, Folter, Zwangsarbeit, Vertreibung, körperliche und sexuelle Gewalt, Gefahr durch Kriegswirren, lebensbedrohliche Situationen und massive Entbehrungen vielfältiger Art, Trennung bzw. Verlust von Familienmitgliedern über einen meist langen Zeitraum führen häufig zu schweren psychischen Beeinträchtigungen und massiven Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus (Moehler et al., 2015; Dixius, Moehler, 2016 in press) und einer relativ hohen subjektiven Belastung durch Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf (Hodes, Jagdev, Chandra, N., Cuniff, A. et al., 2008).

Die besondere Situation der geflüchteten Kinder und Jugendlichen erfordern neue Wege in Hilfeprozessen

Angesichts der enormen Belastungen und häufiger sequentieller Traumatisierung sind früh eingesetzte Hilfen extrem wichtig und im Sinne der Erstprävention eine zentrale Intervention. Minderjährige Flüchtlinge leiden häufig unter massiven, physischen und psychischen Stress, Myogelosen, erosiver Gastritis, Spannungskopfschmerzen und Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Alpträume, Hypervigilanz und reduzierter Stressregulation, Dissoziatio-

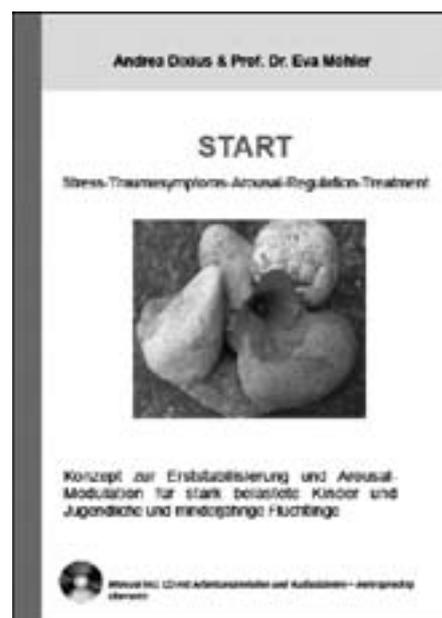
nen, emotionale Dysregulation und selbstverletzenden Verhalten und auch suizidalen Krisen, dies sind häufig die ersten Anzeichen einer sich entwickelnden Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychopathologischen Folgeerkrankung.

Hinzu kommen zwischenmenschliche Belastungen wie die intensive Beschäftigung hinsichtlich der Sicherheit von Familienmitgliedern, anderen geliebten Personen oder auch Heimweh und Trennungsschmerz auszuhalten und die Unsicherheit über die weitere Zukunft. Frühe Interventionen verringern das Risiko, psychische Folgeerkrankungen nach traumatischen Ereignissen zu entwickeln.

Viele Jugendliche waren einer sequentiellen Traumatisierung ausgesetzt. Peritraumatische Stressoren wie Lebensgefahr sowie Ressourcenverluste, mangelnde soziale Unterstützung und weitere belastende Lebensereignisse und prätraumatische psychische Morbidität begünstigen die Entwicklung einer PTBS.

Mit START soll deshalb im Rahmen einer Kurzintervention Kindern und Jugendlichen in ihrer emotionalen Not eine Hilfe zur Verfügung gestellt werden, um zunächst akute Krisen überstehen zu können und ihre Selbstregulationsmöglichkeiten wiederzuerlangen.

Eine Grundüberlegung zu START ist, dass durch Fertigkeiten bzw. Skills das Erleben von Selbstwirksamkeit gefördert werden kann. Des Weiteren fokussiert START durch den Einsatz von Skills auf das Wiedererlangen und Erleben von Kontrolle und



Steuerung des eigenen Verhaltens in Krisensituationen. Zumal adaptive Verhaltensmuster eine Integration in psychosozialen Kontexten wie Schule, Wohngruppen und in der Gruppe von Peers erschweren.

Stressregulationskills, achtsamkeitsbasierte Übungen und Entspannungsverfahren werden zur Regulierung von Anspannungszuständen und zur emotionalen Stabilisierung wurden in START (Stress, Traumasymptoms, Arousal-Regulation-Treatment) integriert.

In den ersten vier START-Modulen liegt der Fokus auf Stressregulation und emotionaler Stabilisierung und Stärkung von Schutzfaktoren zur Prävention. START wird nicht als aufarbeitendes Psychotraumakonzept verstanden, kann jedoch sehr gut einer weiterführenden Psychotraumatherapie vorangestellt werden und auch kombiniert werden.

START ist inspiriert aus Psychotraumatherapieverfahren, insbesondere aber von der Dialektisch Behavioralen Therapie (Linehan 2015, Rathus, Miller 2015, Bohus, Wolf 2011).

Übungen, insbesondere Übungen zur Stressregulation, zur Achtsamkeit, zur Selbstberuhigung, Wahrnehmen von positiven Gefühlen und Ereignissen.

Im fünften START-Modul wird zudem der Umgang mit Alpträumen aufgegriffen.

Zum kulturintegrativen Zugang sind die Übungen im START-Manual mehrsprachig übersetzt, in leicht verständlicher Sprache verfasst und mit hilfreichem Bildmaterial ausgestattet. Für die praktische Durchführung stehen unterstützend mehrsprachige Audioversionen zur Verfügung.

Die Förderung der Selbstwirksamkeit ist im Konzept berücksichtigt. START kann auch als ein Resilienzförderungsprogramm verstanden werden zur präventiven Anwendung.

START im Überblick

Zielgruppe

- Kinder und Jugendliche
- minderjährige Flüchtlinge

Basics

- 5 Module
- Gruppen-/ Einzelsetting
- mehrsprachig übersetzte Materialien
- hilfreiches Bildmaterial
- Übungen als Print- und Audioversion

Grundhaltung

- validierend
- niedrighschwelliger Zugang
- kulturintegrativ
- sozial-integrativ
- ressourcenorientiert

START – inhaltliche Zielsetzung

- Stressregulation
- Stabilisierung bei emotionalen Krisen und Belastungen
- Selbstwirksamkeitsstärkung
- positive Erfahrungen fördern
- Hilfe bei Alpträumen
- ggf. Vorbereitung auf und/oder Kombination mit weiterer Psychotherapie
- Prävention & Resilienzförderung

Adressaten

Psychotherapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter, professionelle Caregiver, Kliniken, Jugendhilfeeinrichtungen, psychosoziale Institutionen

START wurde von Andrea Dixius und Prof. Dr. Eva Möhler entwickelt. Beide Autorinnen haben unter anderem eine fundierte Fachexpertise in der klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen. Die Erfahrungen der Autorinnen sowohl in der klinisch-therapeutischen Arbeit als auch im Rahmen von Clearingkontexten mit minderjährigen Flüchtlingen bildeten die Ausgangsbasis für die Konzeptionalisierung von START.

Kontakt:
info@startyourway.de,
www.startyourway.de



Andrea Dixius
Psychologische Psychotherapeutin,
Leitende Psychologin SHG Kliniken
für Kinder und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie u. Psychosomatik
Idar-Oberstein, Saarbrücken, Klein-
blittersdorf



Prof. Dr. Eva Möhler
Fachärztin für Kinder und Jugend-
psychiatrie u. Psychotherapie, Chef-
ärztin SHG Kliniken für Kinder und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
u. Psychosomatik, Saarbrücken,
Kleinblittersdorf, Merzig, Idar-Ober-
stein, St. Wendel

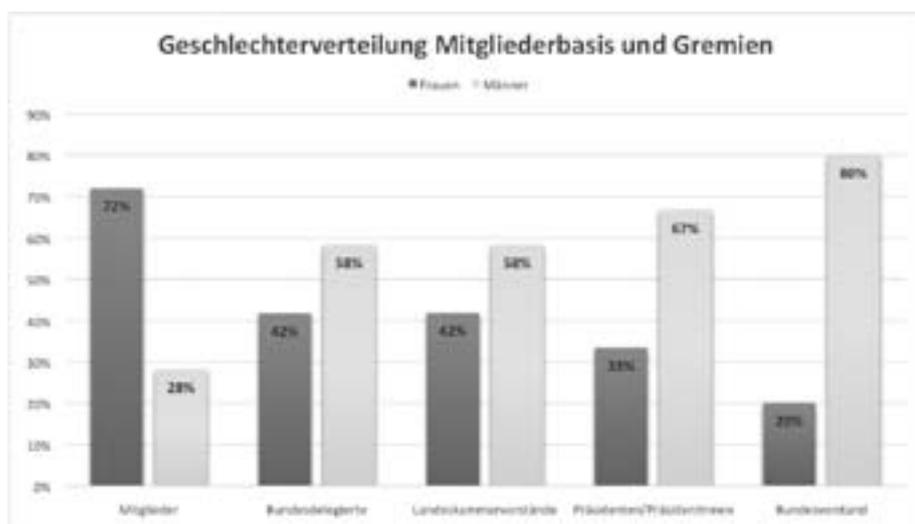
BPTK

Bericht vom Symposium „Frauen in die Berufspolitik“ am 29.09.16 in Berlin

Psychotherapie wird überwiegend von Frauen ausgeübt. Über 70 Prozent der Kammermitglieder sind Frauen, bei den unter 35-Jährigen beträgt der Frauenanteil sogar 90 Prozent.

Dieser Anteil spiegelt sich nicht in den Gremien der Psychotherapeutenkammern im Bund und in den Ländern wieder. Wie die Tabelle zeigt, sind Frauen insbesondere in den Kammervor-

ständen: 67% Präsidenten, 33% Präsidentinnen und im Bundesvorstand: 80% Präsidenten, 20% Präsidentinnen unterrepräsentiert. Um diesen Missstand zu verändern, haben sich weibliche Delegierte zu Gesprächen



im Vorfeld der Deutschen Psychotherapeutenetage zusammengefunden, um Ideen und Möglichkeiten zu diskutieren, die dazu führen sollen, die Repräsentanz von Frauen in den Kammergremien zu erhöhen.

Ein erstes Ergebnis dieser Initiative war die Durchführung eines Symposiums am 29.09.2016 in Berlin, um gemeinsam mit Frauen und Männern aus Wissenschaft, Politik und Berufspolitik nach Wegen zu suchen, wie dieses Ziel zu erreichen ist.

Einen Tag hatten die ca. 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Gelegenheit, Erfahrungsberichte, Ideen und Anregungen aus den unterschiedlichen Berufsfeldern zu sammeln und im Austausch unterschiedliche Modelle zur Unterstützung von frauenpolitischem Engagement zu diskutieren.

Frau Anette Widmann-Mauz, MdB und Bundesvorsitzende der Frauenunion regte in ihrem Grußwort an, das Bewusstsein für die Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Gesellschaft zu erhöhen. Dies ist kein alleiniges Frauenthema sondern betrifft die Männer mit Familie zu gleichen Teilen. Männer sind daher stärker in die Übernahme familiärer Verantwortung einzubinden, damit Frauen sich berufspolitisch mehr engagieren können.

Frau Dr. Elke Wiechmann, Soziologin und Politikwissenschaftlerin an der

Fernuniversität Hagen, erläuterte Ergebnisse von Gender Ranking Studien zum Frauenanteil in Gremien der Kommunalpolitik. Zwar habe sich der Frauenanteil in den letzten Jahren im Länderdurchschnitt wesentlich erhöht, es bestehe aber immer noch ein Ungleichgewicht.

Studienergebnisse zeigen, dass das Ausmaß der Frauen(unter-)repräsentanz in den deutschen Kommunen und Landtagen im Wesentlichen von der Gemeindegröße, den Stimmenanteilen der Quotenparteien und der Ausgestaltung des Wahlrechts abhängt. (Immerhin belegt das Saarland den zweiten Platz beim Frauenanteil der Landtage mit 39,2% nach Thüringen mit 40,6%, Anmerk. I.N.)

Großes Interesse fand der Erfahrungsbericht von Gesine Agena, Mitglied im Bundesvorstand und Frauenpolitische Sprecherin von Bündnis 90/die Grünen zum parteipolitischen Frauenstatut, dem Frauenrat und dem Frauenvotum der Partei. Seit dem Einzug von Bündnis 90/die Grünen in den Bundestag 1980 ist ein steigender Frauenanteil im Parlament zu verzeichnen. Mittlerweile haben auch alle großen Parteien außer der FDP eine Quotenregelung. Erfahrungen mit 30 Jahren Frauenstatut von Bündnis 90/die Grünen zeigen, dass die verschiedenen Regelungen dazu geführt haben Frauen langfristig in politische Arbeit und Ämter erfolgreich einzubinden.

Gesine Agena zieht u.a. folgende Schlussfolgerungen aus der Arbeit mit dem Frauenstatut der Partei:

Eine Frauenquote ist notwendig, auch wenn diese umstritten ist. Parteiintern müssen die Bestandteile des Frauenstatutes immer wieder verteidigt werden. Frauenförderung und Vereinbarkeitsproblematik sind keine alleinigen Frauenaufgaben, sondern betreffen Männer und Frauen gleichermaßen. Frauengremien und Bundesfrauenreferat sind wichtig, Zeitmanagement, Diskussionsstruktur und Sitzungsmanagement sind weiterhin zu optimieren.

Christine Klein, Sprecherin des Helene Weber Netzwerks stellt die Netzwerkarbeit und das Mentoringprogramm der Stiftung vor. „Mehr Frauen in die Parlamente!“ Das ist das Ziel des Helene Weber Kollegs (HWK), des ersten bundesweiten und parteiübergreifenden Netzwerks für engagierte Frauen in der Politik. Hierzu gibt es seit 2011 unterschiedliche Aktivitäten des Netzwerkes und des Helene Weber Kollegs. Hier einige Beispiele:

Der Helene Weber Preis: Die Auszeichnung für herausragende Kommunalpolitikerinnen;
das Mentoringprogramm: Für politische Einsteigerinnen;
Aktionen vor Ort: Um engagierte und interessierte Menschen regional zum Thema „Frauen und Politik“ zusammenzubringen;
Internationaler Austausch: Zwischen politisch aktiven Frauen in Deutschland und Tunesien.

Im weiteren Verlauf des Symposiums wurden von Referentinnen aus den ärztlichen Heilberufekammern Erfahrungsberichte im Umgang mit frauenpolitischen Themen vorgestellt.

Dr. Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes erläutert u.a. in ihrem Referat Hindernisse, die ein stärkeres berufspolitisches Engagement von Frauen beeinträchtigen, z.B. Schwangerschaft, Mutterschaft, Arbeitsaufteilung in der Familie Doppelbelastung, verlängerte Ausbildungszeiten etc. und Rollen-

stereotype (männliche Dominanz, Amtsinhaberschaft, mehr Gremien-erfahrung, Funktionieren von männlichen Netzwerken, Nachfolgeregelungen etc.), die auch dazu führen, dass Frauen in Spitzenpositionen bei gleicher oder sogar besserer Qualifikation immer noch weniger Chancen haben.

Sie zeigt Handlungsstrategien auf, mit denen diese Strukturen durchbrochen werden können (z.B. Amtsinhaberschaft anzweifeln, Gegenkandidatur aufstellen, Veränderung der Wahlordnung, Frauennetzwerke ausbauen, Diskussionen wagen, Selbstzweifel reduzieren, Perfektionismus realisieren und kanalisieren, Verbündete suchen, Vernetzung mit anderen Heilberufen, Mentoringprogramme etc.).

Sabine Steding, Mitglied im Vorstand der Zahnärztekammer Niedersachsen und Vorsitzende des Ausschusses für Familie, Beruf und Praxismanagement der Bundeszahnärztekammer, berichtete über die Aktivitäten des Ausschusses. Im Rahmen des Bundeszahnärztekongresses wird jährlich der „Zukunftskongress“ für Frauen angeboten, in denen Strategien und Perspektiven für die Förderung von Frauen in den Gremien und in der Berufsausübung diskutiert werden. Es wird Unterstützung angeboten, z.B. Mentorenprogramme zur Wiedereingliederung in den Beruf nach Erziehungszeiten, zum Ausgleich praktischer Erfahrungen, gezielte Eingliederungsmaßnahmen in Spezialbereiche und Hospitation.

Dr. Patricia Aden, Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein Kreisstelle Essen, hat langjährige Erfahrung in der Kammerarbeit und arbeitet aktiv im Ad hoc Ausschuss „Frauen in der Berufspolitik“ der Ärztekammer Nordrhein mit. Dieser Ausschuss hat ein Positionspapier erarbeitet zur Förderung der berufspolitischen Frauenarbeit (z.B. Forderung nach einer 33% Quote bei der Besetzung der Gremien und Vorstände) und die Kammerversammlung



mit einem entsprechenden Antrag aufgefordert, sich dafür auszusprechen, in der Selbstverwaltungskörperschaft die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, so dass die Geschlechter im Vorstand und den Ausschüssen des Vorstandes sowie den nach dem Heilberufekammergesetz einzurichtenden Stellen und Kommissionen gemäß § 6 Abs 5 HeiBerG vertreten sind (Wortlaut § 6 Abs 5 HeiBerG: Die Kammern berücksichtigen bei allen Maßnahmen, Planungen und Entscheidungen geschlechtsspezifische Auswirkungen. Sie streben bei der Besetzung ihrer Organe sowie den nach diesem Gesetz einzurichtenden Stellen und Kommissionen eine geschlechtsparitätische Besetzung an).

In der abschließenden Podiumsdiskussion wurden folgende Statements formuliert und diskutiert:

1. Der Anteil der Frauen in akademischen Berufen und in der politischen Wählerschaft spiegelt sich nicht wieder in der Besetzung politischer und berufspolitischer Gremien.

2. Zur Verbesserung dieses Ungleichgewichtes sind folgende Strategien und Maßnahmen notwendig:

- Die Frauenquote ist zwar umstritten, aber notwendig.
- Die Vereinbarkeitsproblematik von Familie und Beruf ist kein alleiniges Frauenthema, sondern betrifft

Männer und Frauen gleichermaßen.

- Mentorenprogramme, insbesondere zur Förderung junger Berufseinsteigerinnen und Frauennetzwerke sind erfolgreiche Strategien. Diese müssen weiter ausgebaut und gefördert werden.
- Wahlordnungen, Kammergesetze und Regelungen für die Gremienarbeit sind entsprechend anzupassen, damit Frauen gleichberechtigte Chancen haben, gehört und gewählt zu werden.
- Die Vernetzung mit anderen Heilberufekammern können wesentliche Synergieeffekte haben.

Die Auftaktveranstaltung wurde von den TeilnehmerInnen insgesamt als sehr gelungen bewertet. Viele Anregungen, Ideen und Erfahrungen aus den unterschiedlichen politischen und berufspolitischen Aktivitäten können in die geplante weitere Bearbeitung dieses Themenbereiches einfließen und in den Landeskammern und den Gremien der BPTK weiter verfolgt werden. Eine Bundesländerkommission wird zeitnah ihre Arbeit aufnehmen und weitere Strategien zur Förderung der berufspolitischen Arbeit von Psychotherapeutinnen erarbeiten.

 Inge Neiser

PM vom 30. September: Wirksamkeit der Systemischen Therapie nachgewiesen

Stellungnahme der BPtK zum IQWiG-Vorbericht

Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie ist nachgewiesen. Das ist das Ergebnis eines Vorberichts, den das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im August 2016 vorgelegt hat. Der Vorbericht bewertet den Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen. Danach liegen „Anhaltspunkte“ und „Hinweise“ auf den Nutzen insbesondere bei den besonders versorgungsrelevanten Indikationen vor, die für eine Anerkennung der Systemischen Therapie als neues Psychotherapieverfahren erforderlich sind. „Wir gehen davon aus, dass das IQWiG damit die Grundlage dafür vorgelegt hat, dass die Systemische Therapie zukünftig als weiteres Psychotherapieverfahren mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann“, stellt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), fest.

Das IQWiG fand Anhaltspunkte für den Nutzen bei „affektiven Störungen“ und Hinweise auf den Nutzen bei „Angst- und Zwangsstörungen“. Dieser Nachweis ist in jedem Fall erforderlich, damit ein Psychotherapieverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden kann (§ 17 Psychotherapie-Richtlinie). Darüber hinaus fand das IQWiG auch Hinweise für einen Nutzen bei Schizophrenie und Anhaltspunkte für den Nutzen bei Substanzkonsumstörungen, Essstörungen und körperlichen Erkrankungen sowie bei gemischten Störungen.

Vergleicht man den IQWiG-Vorbericht mit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie aus dem Jahr 2006, so ergibt sich insgesamt ein vergleichbares Bild. Dabei fand das IQWiG aufgrund der neuen Studienlage zusätzlich einen

Hinweis auf den Nutzen bei Angststörungen.

Die Nutzenbewertung der Systemischen Therapie erfolgt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wird das IQWiG im ersten Quartal 2017 dem G-BA einen Abschlussbericht vorlegen. Dieser wird dann auf der Basis der IQWiG-Bewertung unter zusätzlicher Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die sozialrechtliche Zulassung der Systemischen Therapie entscheidend sein.

(Stellungnahme der BPtK zum Vorbericht: http://www.bptk.de/uploads/media/2016-09-20_STN_BPtK_IQWiG-Systemische_Therapie.pdf)

Veranstaltungskalender

Informationen über von der PKS akkreditierte Interventionsgruppen, Supervisionsgruppen und Qualitätszirkel veröffentlichen wir nur, wenn das ausdrückliche Einverständnis auf dem Akkreditierungsantrag gegeben wurde über den gesamten Akkreditierungszeitraum. Natürlich können Sie uns Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung auch nachträglich mitteilen.

Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle unter Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558 oder kontakt@ptk-saar.de, wenn Sie Hinweise in unserem Veranstaltungskalender veröffentlichen möchten oder sonstige Anregungen haben.

Datum	Veranstalter, Titel	Veranstaltungsort	Anmeldung, Informationen
Monatlich je 1,5 Stunden	Thomas Anstadt: Seminar "Traumwerkstatt"	Saarländisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (SIPP), Bleichstr. 14, 66111 Saarbrücken	Thomas Anstadt E-Mail: tanstadt@macnews.de
26.10.2016 19:00-21:00 Uhr (bereits aus- gebucht)	PKS: „ Die Reform der Psychotherapierichtlinie “, Organisatorische und inhaltliche Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis, (1. Inforeveranstaltung)	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken, E-Mail: kontakt@ptk-saar.de , Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558

26.10.2016 18.00-20.00 Uhr	DpTV Saarland: Vortrag „Was gibt es Neues in der Schematherapie?“ ; Dr. Eckhard Roediger, Leiter des Instituts für Schematherapie, Frankfurt; Präsident der Internationalen Schematherapiegesellschaft	Casino am Staden, Bismarckstr. 47, 66121 Saarbrücken	DpTV Geschäftsstelle Saarland, c/o Bernhard Petersen, Bahnhofstr. 41, 66111 Saarbrücken, Fax 0681-9385046, bernhard.petersen@t-online.de
27.10.2016 09.00-16.30 Uhr	DpTV Saarland: Seminar „Bringen wir doch mal etwas Bewegung in die Schematherapie! Wie kann eine metakognitive Perspektive Stühledialoge mit schwierigen Patienten erleichtern?“ ; Dr. Eckhard Roediger	Casino am Staden, Bismarckstr. 47, 66121 Saarbrücken	DpTV, Landesverband Saarland, c/o Bernhard Petersen, Bahnhofstr. 41, 66111 Saarbrücken. Fax: 0681-9385046. Mail: bernhard.petersen@t-online.de
28.10.2016, 15.00-20.00 Uhr und 29.10.2016, 10.00-17.00 Uhr	Zentrum für Angewandte Hypnose, Michael Antes: „Hypnotherapie der Suchterkrankungen“	Pavillonstr. 10, 66740 Saarlouis	Tel. 06831-9865433 Fax 06831-46349 info@hypnose-sueddeutschland.de www.hypnose-sueddeutschland.de
04.11.2016 15:00-20:00 Uhr und 05.11.2016 10:00-17:00 Uhr	Zentrum für Angewandte Hypnose, Michael Antes: Seminar „Vom Symptom zur Heilung“	Pavillonstr. 10, 66740 Saarlouis,	Tel. 06831-9865433 Fax 06831-46349 info@hypnose-sueddeutschland.de www.hypnose-sueddeutschland.de
08.11.2016 19.00-20.30 Uhr	AHG Klinik Berus: „Schwierige Situationen in der Arbeit mit Paaren – Wie lassen sich diese Herausforderungen meistern?“ Prof. Dr. Alexander Noyon, Hochschule Mannheim (Fortbildungsreihe „Neue Entwicklungen in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“)	AHG Klinik Berus, Orannastraße 55, 66802 Überherrn-Berus	AHG Klinik Berus, Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Tel.: (06836)39-186, Fax: (06836)39-178, E-Mail: wcarls@ahg.de, www.ahg.de/berus
09.11.2016 19:00-21:00 Uhr (bereits aus- gebucht)	PKS: „Die Reform der Psychotherapierichtlinie“ ; Organisatorische und inhaltliche Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis (2. Infoveranstaltung)	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken, E-Mail: kontakt@ptk-saar.de, Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558
17.11.2016 09.00-15.30 Uhr	PKS und Landkreis Saarlouis: „Miteinander statt Nebeneinander – Kooperation der Versorgungssysteme Gesundheit, Schule und Soziales“	Landratsamt Saarlouis Großer Sitzungssaal, Kaiser-Wilhelm-Straße 4-6, 66740 Saarlouis	amt40@kreis-saarlouis.de, Landratsamt Saarlouis, Amt 40, Kaiser-Wilhelm-Straße 4-6, 66740 Saarlouis - www.ptk-saar.de
18.11.2016 10.00-12.15 Uhr	PKS: „Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bei Kindern und Jugendlichen im Saarland und Möglichkeiten der Anschlussbehandlung“ ; Referent Dipl.-Psych. Christoph Fleck, Landesbeauftragter PSNV Saarland und Fachberater PSNV des Ministeriums für Inneres und Sport	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken, E-Mail: kontakt@ptk-saar.de, Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558
25.11.2016 15:00-20:00 Uhr	„Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen“ , Referent: Dipl.-Psych. Dieter Best	Saarbrücken	DpTV, www.dptv.de
06.12.2016 19.00-20.30 Uhr	AHG Klinik Berus: „Reife Leistung: Erfolgreich älter werden im Beruf“ , Dipl.-Psych. Cornelia Schneider, Geschäftsführerin der GGW, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Demografieberatung, Homburg, (Fortbildungsreihe „Neue Entwicklungen in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“)	AHG Klinik Berus, Orannastraße 55, 66802 Überherrn-Berus	AHG Klinik Berus, Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Tel.: (06836)39-186, Fax: (06836)39-178, E-Mail: wcarls@ahg.de, www.ahg.de/berus
12.12.2016 8:15- 16:00 Uhr	Frühen Hilfen im Landkreis Neunkirchen: „Schwanger mit - schwanger ohne. Rechtlose Zone? Oder Raum für Eigenverantwortung!“ ; Referenten u.a. Dr. M. Landgraf, Kinder- u. Jugendärztin, A. Mielke, Rechtsanwältin, B. Krämer, Heilpädagogin	Landratsamt Neunkirchen Sitzungssaal Kreisjugendamt Saarbrücker Straße 1 66538 Neunkirchen	Kreisgesundheitsamt Landkreis Neunkirchen, Jutta Schäfer, Lindenallee 13, 66538 Neunkirchen Tel: 06824-906-8842 Fax: 06824-906-8824 Mail: gesundheitsamt@landkreis-neunkirchen.de

07.02.2017 19.00-20.30 Uhr	AHG Klinik Berus: „ Resilienz: Was hält die Seele widerstandsfähig? “ Dr. Isabella Helmreich, Psychologische Psychotherapeutin (VT), Deutsches Resilienz-Zentrum, Mainz (Fortbildungsreihe „Neue Entwicklungen in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“)	AHG Klinik Berus, Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus	AHG Klinik Berus, Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Tel.: (06836)39-186, Fax: (06836) 39-178, E-Mail: wcarls@ahg.de, www.ahg.de/berus
15.02.2017 16.00-19.00 Uhr	DPTV Saarland: Vortrag „Auswirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen für Psychotherapeuten“ Dipl.-Psych. Bieter Best, Psychologischer Psychotherapeut (VT), stellv. Bundesvorsitzender der DPTV.	Verwaltungsgebäude der KV Saarland, Großer Sitzungssaal	DPTV, Landesverband Saarland, c/o Bernhard Petersen, Bahnhofstr. 41, 66111 Saarbrücken. Fax: 0681-9385046. Mail: bernhard.petersen@t-online.de

Intervisionsgruppen, Supervisionsgruppen und Qualitätszirkel

Titel	Leitung / Ansprechpartner
Arbeitskreis „Interkulturelle Psychologie in Beratung und Therapie“	DRK Beratungszentrum, Vollweidstr. 2, 66115 Saarbrücken-Burbach
Intervision „Hypnose“	Dipl.-Psych. Michael Antes, Viktoria-Luisen-Str. 17, 66740 Saarlouis
Intervision „Wallerfangen (Fallbesprechung)“	Dipl.-Psych. Jörg Collet, Wendalinusstr. 8, 66606 St. Wendel
Intervisionsgruppe „Eckert, KJP“	Psychotherapeutische Praxis, Dipl.-Psych. Susanne Eckert, Marktstr. 24, 66822 Lebach
Intervisionszirkel „Hafner“	Dipl.-Psych. Susanne Hafner, Robert-Koch-Str. 25, 66740 Saarlouis
Intervision „Psychoanalytischer Arbeitskreis“	Dipl.-Psych. Beatrice Hertrich, Am Bahnhof 4, 66822 Lebach
Intervisionsgruppe „KJP WND“	Dipl.-Päd. Philipp Köhler, Am Kappelberg 6, 66646 Marpingen
Intervisionsgruppe „Psychologen in leitenden Funktionen“	Dr. phil., Dipl.-Psych. Caroline Kuhn, UdS, Fb Psychologie, Campus Saarbrücken Gebäude A 1.3
Intervisionsgruppe „VAKJP Saar“	VAKJP Saar, c/o Dipl.-Psych. Christine Lohmann, Moltkestr. 22, 66333 Völklingen
Intervisionsgruppe „Meiser und KollegInnen“	Dipl. Sozialarb. Rudolf Meiser, St. Ingberter Str. 1, 66583 Spiesen-Elversberg
Intervisionsgruppe „Mönch, Büch, Morschhäuser“	Dipl.-Psych. Denise Mönch, St. Johanner Markt 35, 66111 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Denise Mönch“	Dipl.-Psych. Denise Mönch, St. Johanner Markt 35, 66111 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Neuropsychologie, Praxis Mohr und KollegInnen“	Dipl.-Psych. Margit Mohr, Im Flürchen 66, 66133 Saarbrücken
Intervision „Praxis Osterziel, Petersen“	Dipl.-Psych. Bernhard Petersen, Bahnhofstr. 41, 66111 Saarbrücken. Fax: 0681-9385046. Mail: bernhard.petersen@t-online.de
Intervisionsgruppe „Psychologische Schmerztherapie“	Dr. Jutta Ringling, Friedrich-Ebert-Str. 9, 66564 Ottweiler
Intervisionsgruppe „Ringling“	Dr. Jutta Ringling, Friedrich-Ebert-Str. 9, 66564 Ottweiler
Intervisionsgruppe „Intervisionsgruppe Seltenreich – EMDR“	Dipl.-Psych. Iris Seltenreich, Alleestr. 64, 66292 Riegelsberg
Intervisionsgruppe	Dipl.-Psych. Winfried Sutor, Lessingstr. 24, 66121 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Analytische KJP“	M.A., Sozialpäd. grad. Judith Zepf, Narzissenstr. 5, 66119 Saarbrücken
QM in der Praxis für KJP und PP	Dipl. Sozialarb. Rudolf Meiser, St. Ingberter Str. 1, 66583 Spiesen-Elversberg
Qualitätszirkel „Psychotherapie der Vernunft“	Dipl.-Psych. Christian Flassbeck, Mainzer Str. 62, 66121 Saarbrücken
Qualitätszirkel „Psychoonkologischer Arbeitskreis“	Dipl.-Psych. Beatrice Hertrich, Am Bahnhof 4, 66822 Lebach
Qualitätszirkel „Arbeit mit Sexual- und Gewaltstraf-tätern“	Dipl.-Psych. Heiko Kammann, Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP), Trierer Str. 148g, 66663 Merzig
Qualitätszirkel „Kinder und Jugendliche - Beratung und Therapie“	Dipl.-Psych. Stefanie Nehren, Schulpsychologischer Dienst, Werschweilerstr. 40, 66606 St. Wendel
Qualitätszirkel „Systemische Traumatherapie und EMDR“	Dipl.-Psych. Theresa Weismüller-Hensel, Im Oberdorf 42, 66646 Marpingen

Impressum des Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Herausgeber:
Kammer der Psychologischen
Psychotherapeuten sowie der
Kinder- und Jugendlichenpsy-
chotherapeuten des Saarlandes
– Psychotherapeutenkammer des
Saarlandes

Verantwortlich im Sinne des
Presserechts:
Bernhard Morsch

Für die Mitglieder der Psychothe-
rapeutenkammer des Saarlandes
ist der Bezugspreis durch den
Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Psychotherapeutenkammer des
Saarlandes
Scheidter Straße 124,
66123 Saarbrücken
Tel.: (06 81) 9 54 55 56
Fax: (06 81) 9 54 55 58
Homepage: www.ptk-saar.de
E-Mail: kontakt@ptk-saar.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank
Konto 583 47 32 • BLZ 590 906 26
IBAN DE31 3006 0601 0005 8347 32
BIC DAAEDEDXXX

Anzeigen und Beilagen im FORUM

Folgende Preise für Anzeigen
und Beilagen gelten ab dem
01. Juli 2015:

BEILAGEN
bis 20 g: 150,00 €
21g bis 60 g: 200,00 €
ab 61 g: nach Vereinbarung

ANZEIGEN

ganzseitig: 200,00 €
halbseitig: 100,00 €
Kleinanzeige für Nicht-Kammermit-
glieder: 30€
Kleinanzeige für Kammermitglie-
der: kostenlos



pkS

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken

Telefon: (0681) 9545556

Fax: (0681) 9545558

Website: www.ptk-saar.de

E-Mail: kontakt@ptk-saar.de