

+++++
bvvp-online-Newsletter+++bvvp-online-Newsletter+++bvvp-online-Newsletter
+++++
Ausgabe 12/16, 16.11.16, nur für Mitglieder der 17 Regionalverbände des bvvp

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ist der neue bvvp-online-newsletter Nr. 12/16.

Es lässt sich kaum noch übersehen: Die Telemedizin kommt unaufhaltsam. Zahllose Varianten werden erarbeitet und beworben. Sogar der Bundesgesundheitsminister drängt hier auf weitere Fortschritte und Umsetzung und die Krankenkassen erst recht (s. Punkte 2.3., 2.4., 3.8).

Das fängt bei Selbsthilfeprogrammen an, geht über onlinegestützte Interventionen nach persönlichem Kontakt sogar bis zu reinen Internetbehandlungen von Armeeangehörigen durch Avatare, d. h. programmierten Kunstfiguren, die wie Therapeuten im Bildschirm sitzen und reagieren. (S. dazu einen interessanten Arte-Video-Beitrag, der aber leider nicht mehr bei Arte im Netz ist, wenn Sie diesen newsletter bekommen. Sie finden Sie ihn aber noch bei You tube: Die Vermessung der Gefühle, https://www.youtube.com/watch?v=Qkng_DzhDQc .)

Der bvvp-Vorstand wird sich intensiv mit diesen Entwicklungen auseinandersetzen, und auch Sie sollten es tun (s. dazu 3.4 bis 3.10, 7.1 bis 7.4). Hilfreich ist hier auch die Lektüre eines Gutachtens zur Wirksamkeit internetbasierter psychologischer Interventionen:
http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Gutachten_zur_Wirksamkeit_und_Praediktoren.pdf .

Jedenfalls kommt das auf uns alle zu.

Mit kollegialen Grüßen
verbleibe ich im Namen des Vorstands



Dr. Frank Roland Deister,
Vorstandsmitglied des bvvp

Inhaltsübersicht

1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Regionalverbände

- 1.1. [Gemeinsame Pressemitteilung DPtV, bvvp, VAKJP und SPIZ: Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit](#)
- 1.2. [Gemeinsame Stellungnahme der Verbände zum Selbstverwaltungsstärkungsgesetz \(SVSG\)](#)
- 1.3. [bvvp-Informationen zu den Terminservicestellen TSS](#)
- 1.4. [Übersicht über die neue Psychotherapierichtlinie](#)
- 1.5. [Reform der Psychotherapierichtlinie / aktueller Stand nach der Beanstandung durch das BMG](#)
- 1.6. [Neuregelung beim Jobsharing](#)
- 1.7. [Spendenaufruf an die demnächst nach Kuba fahrenden bvvp-Reisegruppen](#)

2. Neues aus der Politik

- 2.1. [Psychotherapeutenausbildung: Widmann-Mauz kündigt Arbeitsentwurf an](#)
- 2.2. [Ausbildung soll an Unis](#)
- 2.3. [Gröhe-Studie empfiehlt „Big Data für die Versorgung nutzen“](#)
- 2.4. [Versorgungsqualität sollte bei E-Health im Mittelpunkt stehen](#)
- 2.5. [Bundestag beschließt PsychVVG](#)

3. Aktuelles aus der Selbstverwaltung

- 3.1. [KBV kritisiert drastische Eingriffe in die Selbstverwaltung](#)
- 3.2. [Kaum Honorarsteigerung: Psychotherapeuten verärgert](#)
- 3.3. [Wahl hat "tiefe Spaltung" offenbart](#)
- 3.4. [Klare Qualitätsstandards für onlinegestützte Interventionen bei psychischen Störungen gefordert](#)
- 3.5. [Keine Wartezeit, weniger Scham: Online-Therapie klopft an die Tür zur Regelversorgung](#)
- 3.6. [Warum die Telemedizin in Deutschland nur zögerlich ankommt](#)
- 3.7. [Hemmschuh Datenschutz](#)
- 3.8. [Erste Hilfe bei Burn-out und Angstattacken](#)
- 3.9. [iFightDepression – Tool](#)
- 3.10. [„Ich bin grandios gescheitert“ – Vom Fluch und Segen der Telemedizin](#)
- 3.11. [Reform des Kassen-Finanzausgleichs](#)
- 3.12. [Wie krank ist Deutschland wirklich?](#)

- 3.13. [Wie krank ist unser Gesundheitssystem?](#)
- 3.14. [Kassenchef wirft Ärzten Abrechnungsbetrug vor](#)
- 3.15. [Umfrage: Ärzte lieben ihren Beruf trotz hoher Belastung](#)
- 3.16. [Nur winzige Chance auf Psychotherapie](#)

4. Weitere gesundheitspolitische Informationen

- 4.1. [Depressionen: IQWiG legt vorläufige Ergebnisse von Leitlinien-Recherche vor](#)

5. Aktuelles aus den Kammern

- 5.1. [Reinhardt im GOÄ-Interview](#)
- 5.2. [Konsens über den Kostenrahmen gefunden](#)
- 5.3. [BMG plant neue Psychotherapeutenausbildung](#)
- 5.4. [Psychotherapeuten wollen körperliche Krankheiten „mitbehandeln“](#)
- 5.5. [Marburger Bund lobt neues Gesetz](#)

6. Informationen für Praxis und Alltag

- 6.1. [Deutschlandweite Versorgungsstudie](#)
- 6.2. [Wann Ärzte Anspruch auf ein Ausfallhonorar haben](#)

7. Aus der Wissenschaft

- 7.1. [Wirksame Behandlung depressiver Patienten](#)
- 7.2. [Depression: Psychotherapie auch über das Internet möglich?](#)
- 7.3. [Macht Big Data Mediziner arbeitslos?](#)
- 7.4. [ICARE: Wartezeit auf ambulante Therapie sinnvoll nutzen](#)
- 7.5. [Disease-Management-Programm Depression \(DMP\) – Pro](#)
- 7.6. [Disease Management Program Depression \(DMP\) – Kontra](#)
- 7.7. [Pille = höheres Risiko zur Depression?](#)

8. Sonstiges aus den Medien

- 8.1. [Der muslimische Patient](#)
- 8.2. ["Ich ziehe eine ganz klare Linie"](#)

1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Regionalverbände

1.1. Gemeinsame Pressemitteilung DPtV, bvvp, VAKJP und SPIZ: Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (Stand: 22.09.2016) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV

Die unterzeichnenden Verbände repräsentieren die große Mehrheit der Fachgruppen, die psychisch kranke Menschen versorgen: Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin. Die sechs Vertreter der PP und KJP in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stammen aus den unterzeichnenden Verbänden.

Der Referentenentwurf führt nach Meinung der unterzeichnenden Verbände insgesamt nicht zu einer Stärkung, sondern zu einer Schwächung der Selbstverwaltung. Am Beispiel dieses Gesetzes stellt sich unseres Ermessens generell die Frage der Eigenverantwortung vs. Verstaatlichung von Körperschaften des öffentlichen Rechts. Offensichtlich ist die Absicht des Gesetzes eine Stärkung der Aufsicht als Folge der Fehlentwicklungen insbesondere in der KBV. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die KBV selbst – in Zusammenarbeit mit der Aufsicht – umfangreiche Maßnahmen zur Aufdeckung und Abarbeitung der Missstände unternommen hat. Auch arbeitet die KBV an einer Neufassung der Satzung mit dem Ziel, die Kontrollbefugnisse der Vertreterversammlung zu stärken und die Entscheidungsprozesse transparenter zu machen.

Insofern begrüßen wir die in dem Gesetzentwurf enthaltenen gesetzlichen Vorschriften zur Stärkung der Transparenz und der Befugnisse der Aufsichtsfunktion der Vertreterversammlung.

Der Entwurf enthält jedoch mehrere Bestimmungen, mit denen Einfluss auf die ureigenen Aufgaben der Selbstverwaltung genommen werden kann. Als Beispiele seien genannt: geheime Abstimmungen nur im Ausnahmefall, namentliche Abstimmungen, Zweidrittelmehrheit für den Vorstandsvorsitzenden ohne Regelung, nach der nach einer bestimmten Anzahl von Wahlgängen eine einfache Mehrheit ausreicht, wie es in anderen Zusammenhängen üblich ist.

Mit dem Gesetz würde die Rechtsaufsicht durch Elemente der Fachaufsicht erweitert. So sind z.B. mit Eingriffen auf den Haushalt immer auch Möglichkeiten der politischen Steuerung verbunden.

Nach unserer Ansicht wäre es zweckmäßiger, die Durchführung der bisher schon vorgesehenen Rechtsmittel zu intensivieren und z.B. mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um frühzeitig einzugreifen, statt ein neues Gesetz auf den Weg zu bringen, das die Selbstverwaltung – und zwar auch des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Krankenkassen – schwächt. Kritisch sei in diesem Zusammenhang angemerkt, dass das Gesetz an manchen Stellen den Charakter eines „Rechtsaufsichts-Entlastungsgesetzes“ hat. Immer wieder werden – offenbar aus den Erfahrungen der letzten Jahre – Vorkehrungen für den Fall getroffen, dass die Rechtsaufsicht eine Regelung der Selbstverwaltung in rückwirkender Betrachtung gar nicht hätte unbeanstandet lassen dürfen. Solche Fragen sollten jedoch vor Gericht geklärt werden können.

Zu den vorgesehenen Regelungen im Einzelnen:

§ 77 Abs. 3 Satz 2

Angestellte Ärzte und ihre Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

Diese Regelung stellt die angestellten Ärzte mit den ermächtigten Ärzten gleich, die unabhängig von ihrem Tätigkeitsumfang Mitglieder der KVen sind. Allerdings erscheint es unangemessen, dass dadurch angestellte Ärzte auch bei einem nur sehr geringen Tätigkeitsumfang dieselben Mitwirkungsrechte haben wie zugelassene Ärzte. Wir fordern deshalb, dass eine gewisse Mindesttätigkeit in der ambulanten Versorgung vorliegen muss, um den niedergelassenen KV-Mitgliedern rechtlich gleichgestellt zu sein. Analog dem Bundesmantelvertrag-Ärzte, der für einen halben Versorgungsauftrag mindestens 10 Stunden Sprechzeit vorsieht, fordern wir 10 Stunden Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als Voraussetzung für eine Mitgliedschaft in der KV.

§ 78 Abs. 4

Verbindliche Inhaltsbestimmungen durch die Aufsicht

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erhält hier die Möglichkeit, bei unbestimmten Rechtsbegriffen Inhaltsbestimmungen zur Rechtsanwendung und Rechtsauslegung vorzunehmen, an die die KBV gebunden ist. Eine Klage gegen die Rechtsauslegung soll unzulässig sein. Nach unserer Auffassung stellt diese Regelung einen erheblichen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht dar. Die fehlende Möglichkeit, Gesetzes-Auslegungen durch das BMG durch unabhängige Gerichte überprüfen zu lassen, macht aus der ‚Selbstverwaltung‘ eine untergeordnete Behörde des BMG und ist nach unserer Auffassung mit rechtsstaatlichen Prinzipien nicht mehr vereinbar.

§ 78 Abs. 6

Haushaltsrechtliche Vorgaben

Mit dieser Regelung wird erheblich in das Recht der Vertreterversammlung zur Entscheidung über den Haushalt eingegriffen. Der Rahmen wird sehr eng gesteckt (Kosten dürfen nur für gesetzliche Tätigkeiten, Rücklagen nur für gesetzlich vorgesehene Zwecke verwendet werden), und passt so nicht zur Eigenständigkeit der Selbstverwaltung.

§ 78a Abs. 1

Anordnung und Selbstvornahme von Satzungsänderungen

Das BMG kann zukünftig Änderungen der Satzung anordnen und durch Ersatzvornahme durchsetzen, wenn die genehmigte Satzung sich als änderungsbedürftig erweist.

Es muss das Recht einer ‚Selbst‘-Verwaltung sein, sich selbst eine Satzung zu geben. Da sogar rückwirkende Satzungsänderungen möglich werden sollen, erscheint es völlig fragwürdig, wie eine Selbstverwaltung so auf einer sicheren Basis arbeiten kann.

§ 79 Abs. 3b

Abstimmungen

Zukünftig sollen geheime Abstimmungen nur in besonderen Angelegenheiten stattfinden – dies sehen wir als Verletzung eines grundlegenden demokratischen Prinzips.

§ 79 Abs. 6

Zwei-Drittel-Mehrheit für die Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes

Eine Zwei-Drittel-Mehrheit ist nicht mal für die Wahl eines Bundeskanzlers notwendig und sollte auch für Wahl einer/eines KBV-Vorstands-Vorsitzenden nicht gefordert werden. Die ‚Kanzlermehrheit‘ sollte auch hier eine ausreichende Legitimation darstellen.

§ 80 Abs. 4

Abwahl der Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV)

Der Entwurf sieht vor, dass die Vertreterversammlung die oder den Vorsitzenden der VV bzw. seine Stellvertreter/in ‚bei Pflichtverletzungen‘ mit einfacher Mehrheit der Mitglieder abwählen kann. Diese Regelung wird klar abgelehnt, denn dadurch kann der/die Vorsitzende der VV leicht zum Spielball wechselnder Mehrheiten werden und ist nicht mehr unabhängig genug, um die vorgesehene Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand auszuüben. Hier sollte die gleiche Regelung gelten wie bei der Abwahl des KBV- Vorstandes und eine Zwei-Drittel-Mehrheit für die Abwahl erforderlich sein.

Quelle: bvvp, 15.10.16

1.2. Gemeinsame Stellungnahme der Verbände zum Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (SVSG)

Das BMG und die Parteien der Koalition haben die Querelen in der KBV zum Anlass genommen, eine Menge Dinge in der Selbstverwaltung durch ein neues Gesetz zu regeln, die alle den gleichen Nenner haben: Das Ausmaß an Kontrolle durch die Rechtsaufsicht, das BMG, soll gestärkt werden. Nicht nur die KBV ist davon betroffen, sondern auch Krankenkassen, Zahnärzte und der Gemeinsame Bundesausschuss. Alle gemeinsam bezeichnen sie das Gesetz als ein Selbstverwaltung- SCHWÄCHUNGS-Gesetz. Der bvvp ist anhörungsberechtigt, wenn das BMG seine ersten Gesetzentwürfe vorstellt. Zusammen mit den Verbänden DPtV, VAKJP und dem Spitzenverband SPIZ der Psychiater und

Nervenärzte wurde deswegen eine Stellungnahme erstellt und dem BMG zur Verfügung gestellt (s. Punkt 1.1). Die Stellungnahme der KBV, die noch mehr auf einzelne Punkte eingeht, befindet sich auf deren Homepage.

Quelle: Jürgen Doebert, Rundbrief bvvp-BW, Nov. 2016

1.3. bvvp-Informationen zu den Terminservicestellen TSS

Hintergrund ist die gesetzliche Vorgabe:
SGB V, § 75, (1a):

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hier- zu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 Terminservicestellen einzurichten; ... Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen.

Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum 23. Oktober 2015 insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,
3. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 7,
4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

..... Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht.

Grundsätzlich hat die Richtlinienreform also nicht die Teilnahme an den TSS verursacht, sondern die Teilnahme der Psychotherapeuten wurde bis zum Inkrafttreten der Reform (voraussichtlich 1.4.17) ausgesetzt. Die neue Ziffer der Sprechstunde dient als Erstgespräch, das über die TSS vermittelt werden muss,

wenn sich Patienten dort melden (und der Bedarf nicht über die direkten Anmeldungen in den Praxen abgedeckt wird).

Die Ausgestaltung der TSS unterliegt den regionalen KVen, es muss und kann hier also z.B. über den BFA Einfluss genommen werden oder der Landesverband kann direkte Eingaben an die KV machen bzw. um ein Gespräch bitten.

In den meisten KVen ist die Meldung von Terminen bei den Fachärzten freiwillig. Erst wenn es nicht genug Termine auf freiwilliger Basis gibt, werden die KVen eine verpflichtende Meldung einführen müssen.

Problematisch ist, dass es bei den Psychotherapeuten keinen Überweisungsvorbehalt gibt, dass also jeder Patient sich zunächst selber für dringlich erklären und an die TSS wenden kann. Er muss dann innerhalb von 4 Wochen einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde bekommen. Unklar ist bisher, was unter „zeitnah erforderlichen Behandlungsterminen“ zu verstehen ist, die dann laut Gesetz auch TSS-berechtigt sind.

Es muss unbedingt klar sein, dass unter die sich aus der Sprechstunde ergebenden Behandlungstermine keinesfalls die Richtlinientherapie zuzuordnen ist, sondern die Akutbehandlung. Die Idee ist, dass dafür eine Dringlichkeitsbestätigung bzw. ein Überweisungscode vergeben wird, mit denen sich der Patient gegebenenfalls wieder an die TSS wenden kann. Alles andere ist nicht mehr TSS-berechtigt!

Zur Klärung:

Der eine Regelungskreis betrifft die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie: Das Anbieten von psychotherapeutischen Sprechstunden ist verpflichtend für alle Psychotherapeuten. Alle müssen außerdem die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit an die KV melden, außerdem, ob sie ihre Sprechstunden auf Bestellung oder offen anbieten. Bei offenen Sprechstunden sind auch diese Zeiten bei der KV anzugeben, sonst nicht!

Der zweite Regelungskreis betrifft die TSS: Psychotherapeuten können ihre Sprechstunden direkt über die Praxis vergeben und freie Termine an die TSS melden. Es können also bei den TSS ganz unterschiedliche Zeiten für die Erstgespräche angeboten werden, je nach individuellem Terminkalender. Bei manchen Psychotherapeuten wird es wahrscheinlich auch bei Bestellsprechstunden immer dieselben regelmäßigen Zeiten geben, andere werden ihre Zeiten flexibel gestalten. Wichtig ist nur, DASS Termine in ausreichender Zahl an die TSS angeboten werden, um einer Verpflichtung zur Meldung von Terminen zu entgehen. Zu klären ist auch, wie die Meldung von Terminen zu handhaben ist bei Psychotherapeuten mit offenen Sprechstunden und solchen mit Bestellsprechstunden.

Es könnte auf Verbandsebene wichtig sein, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Verbänden, die Psychotherapeuten zu bitten, zu Beginn zumindest einen freien Termin pro Woche an die TSS zu melden. Es ist zum jetzigen Zeitpunkt schwer abzuschätzen, welchen Bedarf es geben wird. Übersteigt der Bedarf aber bereits zu Beginn das Angebot, kommt zügig die verpflichtende Meldung. Das muss den Kolleginnen und Kollegen klar vermittelt werden.

Fragen:

- Wie kann der Psychotherapeut vor dem Erstgespräch Kontakt zum Patienten aufnehmen, wenn er das möchte? Das muss unbedingt gefordert werden! Für viele Psychotherapeuten ist es unvorstellbar, einen Patienten zu sehen, ohne mit ihm vorher zumindest kurz am Telefon gesprochen zu haben. So kann ein erstes Gefühl entwickelt werden, außerdem die genaue Zeit des Auftauchens in der Praxis abgeklärt werden, der Anfahrtsweg etc...Hier muss die KV außerdem an ihre Verantwortung für die Mitglieder erinnert werden: Die Psychotherapeuten, im Großteil Frauen, sitzen alleine ohne Personal in ihren Praxen. Eine vorherige Kontaktaufnahme am Telefon ermöglicht eine erste Einschätzung und damit auch einen gewissen Schutz.
- Wann werden nicht besetzte Termine wieder frei gegeben? Nachdem wir Bestellpraxen haben und bei Nichtbesetzen der Stunde einen hohen Ausfall haben, sollte die Frist eine Woche betragen, gegebenenfalls auch im Unterschied zu den somatischen Ärzten.
- Wie oft darf der Patient die TSS in Anspruch nehmen? Entweder, wenn er einen Termin nicht wahrgenommen hat, oder wenn er mit dem ersten Termin nicht zufrieden war?
- Gegebenenfalls: Was sind bei den Psychotherapeuten „Bagatellerkrankungen“?
- Welcher Filter kann am Telefon, falls der Termin der TSS über die telefonische Patienteninformation (z.B. MedCall) der KV vermittelt wird, vorgeschaltet werden für Patienten, die einen Sprechstundentermin wollen? Wenn schon jemand von der KV am Telefon sitzt und Kontakt zum Patienten hat, dann sollte das genutzt werden!
- Können in der TSS angebotene Termine wieder vom Psychotherapeuten gelöscht bzw. blockiert werden, wenn er sie direkt über seine Praxis besetzt hat?
- Gibt es die Möglichkeit, mit der KV über Ermächtigungen zu sprechen in Regionen, in denen der Bedarf aller Voraussicht nach nicht gedeckt werden kann? Es steht sonst zu befürchten, dass die niedergelassenen Kollegen dort mehr als 100 Minuten Sprechstunde pro Woche anbieten müssen. Dieser Punkt muss gut überlegt werden, denn die Ermächtigten werden sich nicht eingrenzen lassen auf ausschließlich die TSS-berechtigten Leistungen.

Wichtig:

Auch wenn die Leistungen abwandern an die Krankenhäuser bzw. Institutsambulanzen, dann muss kein Geld aus der MGV bereinigt werden, denn die TSS-berechtigten neuen Leistungen Sprechstunde und Akutbehandlung werden (erstmal) extrabudgetär vergütet!

Wichtig:

Die KVen haben große Angst, dass die TSS durch die Psychotherapeuten in ihrer Daseinsberechtigung legitimiert werden, weil hier der große Ansturm kommt. Eigentlich konnte man bisher eher das Gegenteil verkünden, dass die Einrichtung unnötig ist. Man hat also in den KVen gar keinen so schlechten Verhandlungsstand! Nachdem das Ganze bereits im April starten soll, ist nicht mehr so viel Zeit.

Hier der Link zur Anlage 28 des Bundesmantelvertrags:

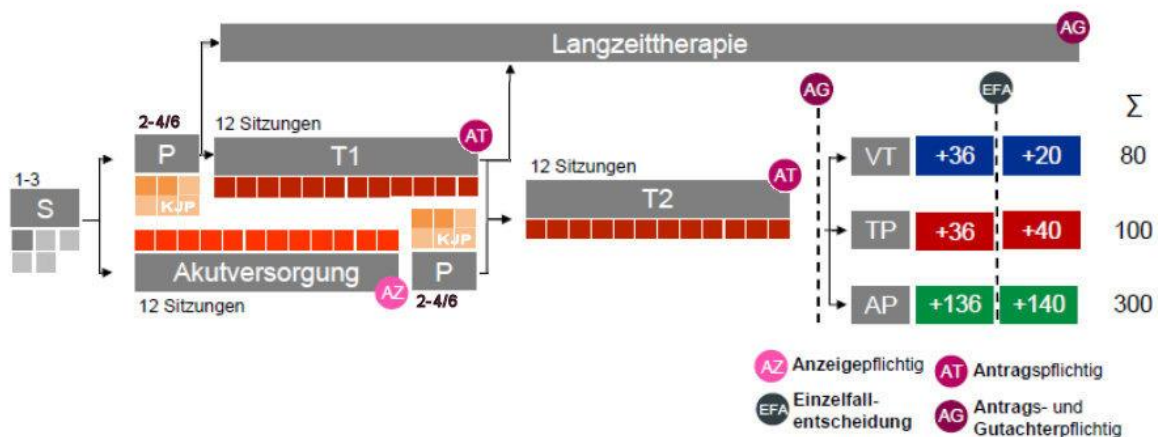
http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_28_Terminservicestellen.pdf

Merkposten:

Es wird wichtig sein, die Inanspruchnahme von Sprechstunden und die dort weitergegebenen Empfehlungen gut zu dokumentieren. Damit kann dann im Sinne der Bedarfsplanung argumentiert werden und es können Versorgungsdefizite an anderen Stellen (z.B. Psychiater) aufgezeigt werden.

Quelle: bvvp, Ulrike Böker, November 2016

1.4. Übersicht über die neue Psychotherapierichtlinie



Quelle: KBV, Oktober 2016

1.5. Reform der Psychotherapierichtlinie / aktueller Stand nach der Beanstandung durch das BMG

Liebe Kolleginnen, wie schon berichtet hatten tritt die Reform der Psychotherapierichtlinie ab dem 1. April 2017 in Kraft. Durch die ebenfalls von uns

berichtete Beanstandung des Bundesgesundheitsministeriums haben sich noch einige Veränderungen ergeben. Manches ist auch noch im Werden. Wir fassen den aktuellen Stand der neuen Regelungen noch einmal für Sie zusammen. Die aktuellen Änderungen haben wir für Sie kursiv markiert. (Die verpflichtenden Minutenangaben für PsychotherapeutInnen halbieren sich jeweils bei halbem Versorgungsauftrag.)

Telefonische Erreichbarkeit:

PsychotherapeutInnen müssen (noch nicht ganz sicher) bei vollem Versorgungsauftrag 200 min pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag (-> 100 min bei halbem) telefonische Erreichbarkeit sicherstellen (= kein Anrufbeantworter, sondern Mensch am Ende der Leitung, der z.B. auch Fragen beantworten kann). Dies kann aber auch über Personal oder neue Organisationsformen (z.B. Praxis-Verbünde) sicher gestellt werden.

Terminservicestellen:

Auch jede Psychotherapie-PatientIn kann sich ab April 2017 an eine Terminservicestelle wenden und hat dann das Recht innerhalb von 4 Wochen ein erstes Abklärungsgespräch („Sprechstunde“) bei einer PsychotherapeutIn zu bekommen. Dazu ist kein Dringlichkeitsvermerk z.B. der HausärztIn nötig. Die PatientIn kann aber auch direkt bei einer PsychotherapeutIn einen Termin für ein erstes Abklärungsgespräch („Sprechstunde“) ausmachen.

erstes Abklärungsgespräch oder „Sprechstunde“:

Vor der eigentlichen Psychotherapie muss jede PatientIn eine psychotherapeutische „Sprechstunde“ durchlaufen (minimal 25 min / maximal 150 min bei Erwachsenen / maximal 250 min bei Kindern und Jugendlichen inklusive deren Eltern / aufteilbar in 25 min Abschnitte). Dabei soll die Dringlichkeit und die Indikation einer Weiterbehandlung, bzw. Alternativen (Beratungsstelle / Klinik / keine Behandlung nötig...) abgeklärt werden. Eine Ausnahme hiervon ist die direkte Weiterbehandlung nach einem Klinikaufenthalt mit Behandlungsempfehlung der Klinik.

Damit diese verpflichtende Sprechstunde aber nicht zu einem Engpass bei der Versorgung wird, gilt diese Regelung erst nach einer Übergangszeit von zwei Jahren -> ab April 2019.

Für PsychotherapeutInnen ist das Anbieten der Sprechstunde allerdings jetzt verpflichtend. (aktueller Stand: (in der Regel 100 min pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag -> 50 min bei halbem / Es fällt in den Regelungskreis der KVen, wie die Sprechstunden dann tatsächlich gefordert und gestaltet werden. Entscheidend wird hier der Andrang auf die Terminservicestellen sein.) Die Sprechstunde muss keine „offene Sprechstunde“ sein, sondern kann (und wird wohl in der Regel) über fest vereinbarte Termine mit PatientInnen abgedeckt werden, die direkt eine Abklärung suchen, bzw. über die Terminservicestellen kommen. Freie Sprechstundentermine (also die Sprechstundenzeit, die Sie nicht selbst vergeben haben) sollten an die Terminservicestellen gemeldet werden

Am Ende der Sprechstunde bekommt die PatientIn ein Informationsblatt zur Psychotherapie und ein Formular mit weiteren Behandlungsempfehlungen

ausgehändigt. Damit kann sie sich ggf. (bei festgestellter hoher Dringlichkeit) auch wieder an die Terminservicestellen wenden.

Nach der obligatorischen „Sprechstunde“ kann sich bei PatientInnen mit hoher Dringlichkeit die so genannte Akutbehandlung anschließen

Akutbehandlung:

Die Akutbehandlung umfasst maximal zwölf Sitzungen (auch wieder in halbe Sitzungen = 25-min-Einheiten aufteilbar) Sie sollte ursprünglich bei der Krankenkasse nicht beantragt, sondern nur angezeigt werden. Es ist aber noch unklar, ob das so bleibt, da das BMG hier datenschutzrechtliche Bedenken hatte. Es soll aber keine Genehmigung erforderlich sein, was die Frage des Schutzes einer angemessenen Honorierung durch das BSG-Urteil aufwirft. Andererseits haben die Kassen ja Interesse an einer schnellen Behandlung akuter PatientInnen, also voraussichtlich auch an einer ausreichend motivierenden Honorierung, dieser Leistungen.

Probatorischen Sitzungen:

Für die Probatorischen Sitzungen wurde eine Mindest- und eine neue Höchstzahl festgelegt (mindestens zwei höchstens 4 / bei Kindern und Jugendlichen, inkl. deren Eltern höchstens 6).

Probatorische Sitzungen können direkt nach der obligatorischen „Sprechstunde“ oder nach einer Akutbehandlung zur Abklärung der Indikation einer weiteren Psychotherapie stattfinden. Sie können dann, wie bisher, in eine Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie münden. Die ggf. stattgefundenen Sitzungen einer Akutbehandlung werden allerdings auf die Kontingente der KZT bzw. LZT angerechnet.

Kurzzeittherapie:

Die Kurzzeittherapie muss beantragt werden, ist aber grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig. Die Befreiung von der Gutachterpflicht nach 35 genehmigten Anträgen entfällt also. Ausnahme: In den ersten zwei Jahren nach einer erfolgten Behandlung besteht, wie bisher, auch für die KZT Gutachterpflicht.

Die KZT wird in zwei Abschnitte zu je zwölf Sitzungen aufgeteilt. Hier wurde also eine Sitzung gestrichen und es müssen unsinniger Weise zwei Anträge gestellt werden.

Die ehemals geplante Genehmigungsfiktion ist allerdings wieder vom Tisch. D.h. die Krankenkassen müssen wie bisher schnellstmöglich über die Bewilligung der Anträge informieren.

Langzeittherapie:

Nach den Probatorischen Sitzungen ist es weiterhin möglich, direkt eine Langzeittherapie zu beantragen. Hier wurden erfreulicherweise die Kontingente für den Erstantrag für tiefenpsychologisch fundierte und Verhaltenstherapie auf 60 Stunden angehoben (bei analytischer Therapie wie bisher 160 Stunden).

Ob für eine Verlängerung (bei tiefenpsychologisch fundierte Therapie +40 Stunden / bei Verhaltenstherapie +20 Stunden / bei analytische Therapie +140 Stunden) ein erneuter Bericht an den Gutachter geschrieben werden muss, liegt jetzt im Ermessen der Krankenkassen und muss (rechtzeitig) vorher bei der Kasse erfragt werden. Es ist also eventuell möglich, mit einem einzigen Antrag das jeweilige Höchstkontingent an Stunden im Verfahren abzurufen.

Bei Kindern und Jugendlichen und bei Gruppen ergeben sich für die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie abweichende Kontingente, weswegen wir noch einmal alle LZT-Kontingente in einer Tabelle zusammen gefasst haben.

Im Überblick noch einmal alle Kontingente für Erwachsene / Kinder / Jugendliche in Einzel- und Gruppenbehandlung für alle Verfahren:

Langzeittherapie:

	PA Einzel	Gruppe	TP Einzel	Gruppe	VT Einzel / Gruppe
Erwachsene	160	80	60	60	60
Kinder	70	60	70		
Jugendliche	90		90		

Höchstkontingent:

	PA Einzel	Gruppe	TP Einzel	Gruppe	VT Einzel / Gruppe
Erwachsene	300	150	100	80	80
Kinder	150	90	150	90	90
Jugendliche	180		180		

Rezidivprophylaxe:

Die so genannte Rezidivprophylaxe ist letztendlich eine reine Mogelpackung, da hierfür keine zusätzlichen Stunden geplant sind. Lediglich kann schon in der Antragstellung ein Teil des Kontingents am Ende der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe beantragt werden.

Die einzigen kleinen Vorteile dieser Möglichkeit sind, dass mit dem Übergang von Therapie zu Rezidivprophylaxe die „Zweijahreswartezeit“ beginnt und dass zwischen Sitzungen im Rahmen der Rezidivprophylaxe mehr als ein halbes Jahr liegen darf (jetzt bis zu 2 Jahre).

Wie geht es weiter?

Nach den uns vorliegenden Rückmeldungen liegen vor allem die neuen „Sprechstunden“ vielen KollegInnen etwas schwer im Magen. Wir planen hierzu Veranstaltungen und Ideenbörsen und werden sie darüber natürlich auf dem Laufenden halten.

Zentral wird unseres Erachtens sein, wie die neuen Leistungen „Sprechstunde“ und Akutbehandlung honoriert werden. Gerade auch bei der „Sprechstunde“ ist dies wegen des erhöhten Ausfallrisikos relevant, wenn dies nicht zu einer deutlichen Verschlechterung unserer Arbeitsbedingungen und unserer ohnehin schon zu niedrigen Honorierung führen soll.

Spannend wird auch, ob die neuen Leistungen „Sprechstunde“ und Akutbehandlung bei der Rechnung des Strukturzuschlages mit zählen. Aber ehrlich gesagt hoffen wir ja so oder so, dass der unsägliche Strukturzuschlag wieder verschwindet und durch eine Erhöhung der Bewertung (und damit der Honorierung) beginnend mit der ersten genehmigungspflichtigen Sitzung ersetzt wird. Der bvvp setzt sich natürlich auch weiterhin in den zuständigen Gremien intensiv für eine angemessene Honorierung ein!

Wir möchten Sie auch auf die entsprechenden Artikel im nächsten Projekt Psychotherapie aufmerksam machen, die weitere Detail und Hintergrundinformationen zu den geplanten Veränderungen liefern.

Quelle: Rainer Cebulla, bvvp-Bayern, 01.10.16

1.6. Neuregelung beim Jobsharing

Am 15.9.2016 ist der neue Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Festlegung des Leistungsumfangs bei Jobsharingpraxen (Anstellung oder Partnerschaft) in zulassungsbeschränkten Gebieten in Kraft getreten. Er bringt Vorteile für Praxen mit einem Leistungsvolumen unterhalb des Fachgruppendurchschnitts. Das Behandlungsangebot kann damit weiter verbessert werden. Für junge Kolleginnen und Kollegen ergeben sich neue Chancen, angestellt oder im Jobsharing an der Versorgung teilzunehmen.

§43 der Bedarfsplanungsrichtlinie bestimmt jetzt neu:

„1Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. 2Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern und/oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung ... im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. ... 4Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen ein bereits zugelassener Vertragsarzt über vier Quartale einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V aufweist. ... Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zuzüglich 25 v.H. fest.“

Profitieren können Praxen, die Jobsharing bzw. eine Anstellung anstreben. Diese Praxen können zukünftig den Leistungsumfang ausweiten bis zum Fachgruppendurchschnitt plus – und das gilt ausschließlich für Psychotherapiepraxen – zusätzlich 25% des FG-Durchschnitts. Bestehende Jobsharingpraxen (Anstellung und Partnerschaft), deren aktuelle Leistungsbegrenzung unterhalb des FG-Durchschnitts liegt, können beim Zulassungsausschuss einen Antrag auf Neufestsetzung der Obergrenzen mit

Verweis auf die im § 43 Abs.1 Satz 4 i. V. m. § 43 Abs. 2 Nr. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelten Bestimmungen stellen.

Wir haben uns mit der Zulassungsabteilung der KVBW zur Umsetzung des Beschlusses in BW besprochen. Danach ist Folgendes zu beachten: Jobsharing-Praxen erhalten in BW weiterhin eine Euro-Obergrenze anstatt einer Punktzahlbergrenzen. Das ist rechtlich zulässig und hat keinen Nachteil für uns. Berücksichtigt werden die vier zusammenhängenden Quartale vor Antragstellung. Eine Saldierung von Quartalen mit Auslastung über bzw. unter dem FG-Durchschnitt ist nach der GBA-Richtlinie nicht vorgesehen.

Die KVBW wird sich an den Beschluss des GBA halten und Euro-genau zwischen einer Auslastung unter und über dem FG-Durchschnitt differenzieren. Das bedeutet, dass Praxen knapp über bzw. knapp unter dem FG-Durchschnitt ungleich behandelt werden. Es darf bezweifelt werden, ob sich diese Regelung des GBA rechtlich halten lässt, vermutlich wird es gerichtlich geklärt werden müssen.

Die FG-Durchschnitte variieren quartalsweise. So werden z.B. im 3.Quartal, in das die Sommerferien fallen, vergleichsweise weniger Leistungen erbracht. Bei der Festlegung der Obergrenze kann nun gewählt werden zwischen einer auf dem Durchschnitt der vier Quartale basierenden einheitlichen Obergrenze für alle Folgequartale oder einer spezifischen Quartalsobergrenze. Letzteres ist dann von Vorteil, wenn das Leistungsgeschehen einer Praxis über die Quartale vorhersehbar differiert.

Leistungssteigerungen der Fachgruppe über die Zeit werden berücksichtigt. Bei einer Erhöhung der abgerechneten Honorarmenge in der Fachgruppe wird diese Steigerung wie bislang auch automatisch über die Multiplikation des FG-Durchschnitts mit dem individuellen Steigerungsfaktor in die Obergrenze für die Jobsharingpraxen eingerechnet.

Die KVBW beabsichtigt, die FG-Durchschnitte anhand der bisherigen Gruppen für die Plausibilitätsprüfung zu kalkulieren. Das sind die vier Gruppen: ÄPT, KJP, PP-VT und PP-Nicht- VT. Diese Unterscheidung ist sachlich nicht nachvollziehbar. Die Durchschnitte differieren um max. ca. 1500 Euro zwischen den Gruppen, mit Ausnahme des Sommerquartals für KJP. Wir werden uns bei der KVBW für einen einheitlichen FG-Durchschnitt einsetzen.

In der folgenden Tabelle finden Sie die aktuellen FG-Durchschnitte. Für hälftige Versorgungsaufträge gelten die halben FG-Durchschnitte.

Prüfgruppendurchschnitte Psychotherapie (voller Versorgungsauftrag)

Prüfgruppe	Quartal			
	1/2016	2/2015	3/2015	4/2015
Ärztl. Psychotherapie	23.136,16 €	20.322,08 €	20.503,82 €	23.139,72 €

Psycholog. Psychotherapie - VT	23.652,45 €	21.134,88 €	20.972,11 €	23.552,83 €
Psycholog. Psychotherapie - ohne VT	22.408,97 €	19.681,28 €	19.510,92 €	22.391,92 €
Kinder- und Jugendl. Psychotherapie	22.173,71 €	20.048,65 €	17.664,48 €	22.814,73 €

Beispielrechnung: Ein ärztlicher Psychotherapeut, der im September 2016 Jobsharing/Anstellung beantragt und in den vier vorangegangenen Quartalen 2/2015 bis 1/2016 unter dem FG-Durchschnitt gelegen hätte, hätte als Obergrenzen den FG-Durchschnitt + 25% des FG-Durchschnitts (nicht saldiert) erhalten. Die Obergrenze ab 2/2017 und alle weiteren würden entsprechend der Entwicklung des FG-Durchschnitts angepasst.

Leistungsmenge-Obergrenze äPT bei Jobsharing/Anstellung (voller Versorgungsauftrag)

4/2016	1/2017	2/2017	3/2017
28.924,65 €	28.920,20 €	25402,60 €	25629,77 €

Lassen Sie sich durch die Mitgliederberatung Ihres Regionalverbandes beraten, wie Sie Jobsharing in Partnerschaft oder Anstellung am besten organisieren.

Quelle: Peter Baumgartner, Rundbrief bvvp-BW, Nov. 2016

1.7. Spendenaufruf an die demnächst nach Kuba fahrenden bvvp-Reisegruppen

Bei den Kontakten einer ersten bvvp-Reisegruppe mit kubanischen Psychotherapeutinnen/Psychiaterinnen und Psychotherapeuten ist der Mangel an Medikamenten, Papier, Briefumschläge, Schreibgeräte, weiteres Büromaterial, etc. deutlich geworden. Die TeilnehmerInnen der 2. und 3. bvvp-Reisegruppe sind daher aufgerufen, sich bezüglich des konkreten Bedarfs an Hilfsmitteln vor Ort direkt mit der Organisatorin der bvvp-Reisen in Kuba, Dipl. –Psych. Frauke Nees (E-Mail: kontakt@frauke-nees.de), in Verbindung zu setzen und weiteres hierzu abzuklären, in welcher Form die Spenden für die kubanischen Kolleginnen und Kollegen erfolgen kann.

Quelle: Tilo Silwedel, bvvp, 15.11.16

2. Neues aus der Politik

2.1. Psychotherapeutenausbildung: Widmann-Mauz kündigt Arbeitsentwurf an

Berlin – Vergangene Woche gelangte das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zum ersten Mal an die Öffentlichkeit. Gestern wurde das Papier bei der Tagung zur „Reform des Psychotherapeutengesetzes“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) erstmals offiziell vorgestellt und diskutiert. „Wir haben ein Modell für ein psychotherapeutisches Hochschulstudium mit Approbation und Staatsexamen vorgelegt, das unseren und den Anforderungen der Psychotherapeuten entspricht. Auch die Länder haben ihre Zustimmung signalisiert“, sagte Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im BMG.

Quelle und weiter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71347>, 08.11.16

2.2. Ausbildung soll an Unis

Die Psychotherapeutenausbildung soll mit europäischen Standards kompatibel werden. Die Bundesregierung arbeitet bereits an einem Gesetz. Ein Eckpunktepapier zeigt nun, in welche Richtung es dabei gehen soll.

Von Anno Fricke

BERLIN. Die Reform der Psychotherapeutenausbildung nimmt Gestalt an. In einem Eckpunktepapier skizziert das Gesundheitsministerium nun, wie die Novelle des Psychotherapeutengesetzes aussehen soll.

Das Papier, das der "Ärzte Zeitung" vorliegt, sei noch nicht vollständig, hieß es aus Regierungskreisen. Regelungen zur Weiterbildung fehlen. Die Bundespsychotherapeutenkammer mahnte an dieser Stelle zur Eile.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/922823/psychotherapeuten-ausbildung-soll-unis.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161103-Politik+%26+Gesellschaft, 03.11.16

2.3. Gröhe-Studie empfiehlt „Big Data für die Versorgung nutzen“

Bundesgesundheitsminister Gröhe lässt nicht locker in Sachen E-Health. Als Argumentationshilfe sollen dem Minister nun die Ergebnisse einer Studie dienen, die sein Ministerium am Dienstag vorstellte.

Das Bundesgesundheitsministerium hat am Dienstag die Ergebnisse ihrer Studie „Weiterentwicklung der E-Health-Strategie“ vorgestellt. Diese sollte die Frage klären, wie die Digitalisierung für neue Versorgungsstrukturen und -abläufe im Gesundheitswesen genutzt werden kann.

Quelle und weiter:

http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,173115,0.html?utm_source=Abendnachrichten_2016-11-08, 08.11.16

2.4. Versorgungsqualität sollte bei E-Health im Mittelpunkt stehen

Berlin – Beim Einsatz von E-Health und der Verarbeitung großer Datenmengen (Big Data) im Gesundheitswesen sollte die Politik konsequent die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt stellen. Wichtig sei außerdem, alle wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen einzubinden. Das sind zwei Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenen Studie „Weiterentwicklung der E-Health-Strategie“. Die Autoren der Studie kommen von dem Beratungsunternehmen Strategy and PWC.

Quelle und weiter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71330>, 08.11.16

2.5. Bundestag beschließt PsychVVG

Berlin – Der Deutsche Bundestag hat gestern das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) in den Kliniken beschlossen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) äußerte sich zufrieden: „Mit Mindestpersonalvorgaben stärken wir die menschliche Zuwendung. Behandlungen mit hohem Aufwand sollen künftig besser vergütet werden, und durch besondere Behandlungsteams im häuslichen Umfeld gewährleisten wir, dass Menschen in akuten Krankheitsphasen noch besser versorgt werden.“

Quelle und weiter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71402>, 11.11.16

S. dazu a. Punkt 5.5.

3. Aktuelles aus der Selbstverwaltung

3.1. KBV kritisiert drastische Eingriffe in die Selbstverwaltung

13.10.2016 - Mit dem geplanten sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz greift das Bundesgesundheitsministerium nach Ansicht der KBV in drastischem Maße in die Strukturen der Selbstverwaltung ein. Reformen seien notwendig, aber diese müssten mit Augenmaß durchgeführt werden, heißt in einer heute veröffentlichten Stellungnahme der KBV.

„Ich warne eindringlich davor, Strukturen zu schaffen, die uns Ärzten und Psychotherapeuten später die Luft zum Atmen nehmen“, betonte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Es gehöre zu „unserem Selbstverständnis als Angehörige eines freien Berufes, unsere Dinge selbst zu regeln“, fügte er hinzu. Mit dem geplanten Gesetz würden sämtliche Selbstverwaltungsorgane geschwächt.

Quelle und weiter: http://www.kbv.de/html/1150_24909.php , 13.10.16

3.2. Kaum Honorarsteigerung: Psychotherapeuten verärgert

Berlin – Ende September haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf eine Honorarerhöhung von 815 Millionen Euro für 2017 geeinigt. Dabei wurde auch der neue Orientierungswert festgelegt, der im Jahr 2017 um 315 Millionen Euro anwächst. Die Psychotherapeuten haben nun nachgerechnet – und sind unzufrieden.

Quelle und weiter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70907> , 14.10.16

3.3. Wahl hat "tiefe Spaltung" offenbart

Der NAV-Virchow-Bund Berlin begrüßt das Ergebnis der Wahl zur Vertreterversammlung der KV Berlin. Was die Besetzung des Dreier-Vorstandes betrifft, hat der Verband genaue Vorstellungen.

Von Angela Misslbeck

BERLIN. Überwiegend verhalten sind die ersten Reaktionen auf die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Die Ergebnisse geben keiner Liste Anlass zu besonderer Freude.

Freuen kann sich allerdings die Psychotherapeutin und stellvertretende VV-Vorsitzende Eva-Maria Schweitzer-Köhn. Denn sie hat mit Abstand die meisten

persönlichen Stimmen im KV-Wahlkampf errungen. 921 Psychotherapeuten haben ihr ihre Stimme gegeben.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/921361/kv-berlin-wahl-tiefe-spaltung-offenbart.html?cm_mmc=Newsletter_-_Newsletter-C_-_20161014_-Berufspolitik, 14.10.16

Anmerkung der bvvp-Redaktion: Wir gratulieren Frau Schweitzer-Köhn, die auch Mitglied im bvvp-Vorstand ist.

3.4. Klare Qualitätsstandards für onlinegestützte Interventionen bei psychischen Störungen gefordert

Berlin – Online- oder internetgestützte Interventionen zur Behandlung von psychischen Störungen und Problemen sind hoch aktuell. Sie sind niederschwellig zugänglich, überall erreichbar und stehen immer zur Verfügung. Die Akzeptanz für die neuen Programme ist groß, gerade bei Jüngeren. Ihre Wirksamkeit konnte mittlerweile bei einer Reihe von psychischen Krankheitsbildern gezeigt werden. Je nach Zielrichtung liegt der Schwerpunkt auf Aufklärung, Prävention, Diagnostik, Therapie oder Rückfallprophylaxe.

Quelle und weiter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70869> , 12.10.16

3.5. Keine Wartezeit, weniger Scham: Online-Therapie klopft an die Tür zur Regelversorgung

Taugt das Internet als psychotherapeutische Praxis? Die Fachärzte sind dafür, wenn die Qualität stimmt. Die Politik betont das Prä des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes.

Von Anno Fricke

BERLIN. Seelische Krankheiten treten immer häufiger auf. Das therapeutische Angebot in Praxen und Klinikambulanzen kann die Nachfrage nicht unmittelbar auffangen. Monatelange Wartezeiten auf Therapieplätze sind die Folge.

57 Prozent der Betroffenen finden überhaupt keinen Kontakt zum Versorgungssystem, haben Wissenschaftler nach der Auswertung epidemiologischer Studien errechnet.

Quelle und weiter: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/921254/keine-wartezeit-weniger-scham-online-therapie-

[klopft-tuer-regelversorgung.html?cm_mmc=Newsletter- -Telegramm-C- -20161012-
-Telegramm](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemmedizin/article/921280/unverstaendlich-telemmedizin-deutschland-nur-zoegerlich-ankommt.html?cm_mmc=Newsletter--Telegramm-C--20161012--Telegramm), 12.10.16

3.6. Warum die Telemedizin in Deutschland nur zögerlich ankommt

Ein Kommentar von Anno Fricke

Die Telemedizin entwickelt sich schneller, wo die Wege in die Arztpraxen oder Kliniken weit und schwer zu bewältigen sind. Australier zum Beispiel haben deshalb wenig Berührungsängste, wenn es um psychotherapeutische Behandlungen per Internet geht. Auch Schweden und Finnen sind vorne mit dabei.

Quelle und weiter: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemmedizin/article/921280/unverstaendlich-telemmedizin-deutschland-nur-zoegerlich-ankommt.html ,13.10.16

3.7. Hemmschuh Datenschutz

Deutschland hinkt bei der Realisierung von E-Health-Lösungen im Gesundheitswesen hinterher. Grund sind zu viele Bedenken.

KÖLN. Die Akteure im Gesundheitswesen müssen sich offensiv mit den rasanten Fortschritten bei der Digitalisierung und den Folgen für die Patientenversorgung auseinandersetzen, findet Dr. Wolfgang Deiters, stellvertretender Leiter des Fraunhofer-Instituts für Software- und Systemtechnik in Dortmund (ISST). "Wir brauchen eine Diskussion darüber, wo der Zug hingeht und was die richtigen Reaktionen sind", sagt Deiters der "Ärzte Zeitung".

Quelle und weiter: [http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/922327/e-health-hemmschuh-datenschutz.html?cm_mmc=Newsletter-
-Newsletter-C- -20161026- -E-Health](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/922327/e-health-hemmschuh-datenschutz.html?cm_mmc=Newsletter--Newsletter-C--20161026--E-Health), 26.10.16

3.8. Erste Hilfe bei Burn-out und Angstattacken

BERLIN. Patienten mit leichten psychischen Erkrankungen, die bei der BKK VBU versichert sind, können jetzt kostenlos die Online-Programme der Novego AG nutzen. Damit werde eine erste Hilfestellung bei leichten Depressionen, Burn-out und Angsterkrankungen gegeben, heißt es. Zudem könnten sie helfen, die Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie zu überbrücken. "Wir wollen, dass Betroffene frühzeitig professionelle Hilfe erhalten, um so eine zeitnahe Behandlung

sicherzustellen und eine Chronifizierung des Leidens zu vermeiden", erläutert Simone Brabant, Leiterin des BKK VBU-Teams Versorgungssteuerung.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/unternehmen/article/922334/e-health-erste-hilfe-burn-out-angstattacken.html?cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20161026-_-Unternehmen, 26.10.16

3.9. iFightDepression - Tool

Was ist das iFightDepression-Tool?

Das iFightDepression-Tool ist ein internet-basiertes Selbstmanagement-Programm für Menschen mit leichten bis mittelgradigen Depressionen, das in seiner Durchführung von einem Arzt oder Therapeuten begleitet wird. Es wurde basierend auf wissenschaftlichen Belegen, Best-Practice-Empfehlungen und mit Nutzer- und Expertenbeteiligung entwickelt. Das Tool ist kostenfrei nutzbar und soll Menschen beim Umgang mit Symptomen der Depression und bei der Genesung, mit Unterstützung von geschulten Hausärzten oder Psychotherapeuten, helfen. Die Inhalte basieren auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), eine Art der Psychotherapie, für die es bei depressiven Erkrankungen viele Wirksamkeitsbelege gibt.

Quelle und weiter: <http://ifightdepression.com/de/index.php?id=8477>, Zugriff 31.10.16

3.10. „Ich bin grandios gescheitert“ – Vom Fluch und Segen der Telemedizin

Ärzte stehen mehr denn je zwischen Digitalisierung, E-Health-Gesetz und ihrem bisherigen Arbeitsalltag. Wohin geht die Reise? Darüber hat der Hartmannbund bei seiner Jahreshauptversammlung diskutiert. Ärzte meldeten ob der Euphorie um die technische Entwicklung Bedenken an.

Mit dem E-Health-Gesetz (eHG) ist „richtig Schwung“ in die Entwicklung gekommen. Davon ist Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe überzeugt. Der Hartmannbund hatte ihn als einen Referenten zu seiner Jahreshauptversammlung eingeladen, die bis zum gestrigen Samstag in Berlin stattfand. Schwarzenau sagte, dass E-Health in die digitale Agenda Deutschlands gehöre, weil die Digitalisierung weltweit ganz generell ein Indikator für die wirtschaftliche Entwicklung sei. Und ein „schlafender Riese“, der langsam wach werde. Das eHG sei dabei mit einem Katalysator gleichzusetzen, dessen Reinigungsfunktion zum Ausschleichen von vorhandenen Ängsten und Zweifeln führe. „Das kommt langsam in den Köpfen an“, so Schwarzenau.

Quelle und weiter: <http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,173059,0.html>,
06.11.16

3.11. Reform des Kassen-Finanzausgleichs

TK-Chef macht Druck bei Gröhe

Die Techniker Krankenkasse erhöht den Druck in Sachen Reform des Morbi-RSA. Kassen-Chef Baas verlangt von Gesundheitsminister Gröhe, das System neu aufzustellen und es weniger anfällig für Manipulationen zu machen. Zudem müsse die Politik dafür sorgen, dass die Ärzte Diagnosen bundesweit nach einem einheitlichen Muster registrierten.

Quelle und weiter:

http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,172373,0.html?utm_source=Abendnachrichten_2016-10-13&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten ,
13.10.16

3.12. Wie krank ist Deutschland wirklich?

Diabetes, Bluthochdruck und Depressionen - angeblich geht es den Deutschen schlecht. Doch die Manipulationen der Krankenkassen lassen Zweifel aufkommen.
14.10.2016, von BRITTA BEEGER

Glaubt man den jährlichen Studien der großen gesetzlichen Krankenkassen, ist es um den Gesundheitszustand der Deutschen schlecht bestellt: Das Volk hat nicht nur Rücken, sondern fühlt sich auch gestresst und leidet zunehmend unter psychischen Krankheiten wie Depressionen. Die Frage ist nur: Kann man solchen Aussagen überhaupt noch trauen?

Anlass zum Zweifeln liefert ausgerechnet der Chef der Techniker Krankenkasse Jens Baas, der größten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Baas bezichtigte kürzlich in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung seine eigene und andere gesetzliche Krankenkassen, Patienten auf dem Papier kränker zu machen, als sie sind.

Quelle und weiter: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gesundheitskrankenkassen-manipulationen-schueren-zweifel-14479917.html>, 14.10.16

3.13. Wie krank ist unser Gesundheitssystem?

Die Krankenkassen verführen Ärzte, die Patienten kränker zu machen, als sie sind. So kassieren sie mehr Geld. Der Skandal hat System. Was wird nun daraus folgen?
16.10.2016, von DYRK SCHERFF

Es war eine harte Woche für Jens Baas. Nach seinem Interview in der F.A.S. am vergangenen Sonntag prasselte es heftig auf den Chef der größten gesetzlichen Krankenkasse Deutschlands, der TK, ein. Nachdem er zugegeben hatte, dass Krankenkassen die Ärzte zu schwerwiegenderen Diagnosen drängten, wollten erst einmal alle Medien Genaueres wissen.

Quelle und weiter: <http://www.faz.net/aktuell/finanzen/skandal-um-krankenkassen-wie-krank-ist-unser-gesundheitssystem-14482833.html>, 16.10.16

3.14. Kassenchef wirft Ärzten Abrechnungsbetrug vor

"Unser Abrechnungssystem lädt zur Manipulation ein", sagt der Chef der Siemens BKK. Manche Kassen verleiteten Ärzte dazu, mehr chronische Krankheiten zu diagnostizieren.

Der Vorstandsvorsitzende der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK), Hans Unterhuber, hat der Ärzteschaft massenhafte, bewusst falsche Diagnosen vorgeworfen. "Unser Abrechnungssystem lädt zur Manipulation geradezu ein. Alle Insider wissen das seit Jahren", sagte der Kassenchef in einem Interview mit der ZEIT.

Quelle und weiter: <http://www.zeit.de/wirtschaft/2016-10/krankenkasse-aerzte-falschdiagnose-manipulation-abrechnung>, 19.10.16

3.15. Umfrage: Ärzte lieben ihren Beruf trotz hoher Belastung

20.10.2016 - Trotz hoher Belastung arbeiten niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten gern in ihrem Beruf. Mehr als 90 Prozent sind zufrieden mit ihrer Tätigkeit, fast jeder Dritte fühlt sich allerdings „ausgebrannt“. Das ergab der Ärztemonitor 2016, den KBV und NAV-Virchow-Bund heute Journalisten vorstellten.

„Es ist bemerkenswert, dass die Zufriedenheitswerte mit der eigenen Arbeit seit der ersten Befragung im Jahr 2012 unverändert hoch ausgefallen sind“, betonte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Das zeige, dass die ärztliche und psychotherapeutische Arbeit mit den Patienten sehr motiviere. Gassen sieht darin auch eine Stärke des KV-Systems, dem es gelänge, so manche gesetzliche Vorgabe abzumildern.

Der Ärztemonitor gilt mit rund 11.000 Teilnehmern als die größte Befragung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland. Er wird alle zwei Jahre im Auftrag von KBV und NAV-Virchow-Bund durchgeführt.

Fachärzte sind unzufriedener

Rund 95 Prozent der Haus- und Fachärzte sowie 98 Prozent der Psychotherapeuten in Deutschland gaben an, Spaß an ihrem Beruf zu haben. 86 Prozent würden den Beruf heute wieder ergreifen. Zwei von drei Ärzten sind zufrieden mit ihrem monatlichen Einkommen. Ungefähr genauso viele schätzen die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis positiv ein.

Quelle und weiter: http://www.kbv.de/html/1150_25018.php , 20.10.16

3.16. Nur winzige Chance auf Psychotherapie

Ein Drittel bis die Hälfte der in Deutschland angekommenen Flüchtlinge gilt als traumatisiert. Doch vor einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung stehen kaum überwindbare Barrieren, wie die Bertelsmann-Stiftung feststellt.

Von Helmut Laschet

Durch politische Verfolgung, Krieg und Umstände auf der Flucht traumatisierte Asylbewerber haben fast keine Chance, eine adäquate psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Bertelsmann-Stiftung. Als Ursachen werden genannt: ein Leistungsrecht, das nur Akutbehandlungen vorsieht, viel zu kleine Behandlungskapazitäten, unüberwindbare Sprachbarrieren und prekäre Finanzierungsstrukturen.

Prävalenz von bis zu 50 Prozent

Nach internationalen Studien und laut Leitlinie der deutschen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie liege die Prävalenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern zwischen über 30 und bis zu 50 Prozent.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/921966/fluechtlinge-nur-winzige-chance-psychotherapie.html?cm_mmc=Newsletter- -Newsletter-C- -20161026- -FI%c3%bcchtlinge, 26.10.16

4. Weitere gesundheitspolitische Informationen

4.1. Depressionen: IQWiG legt vorläufige Ergebnisse von Leitlinien-Recherche vor

Köln – Evidenzbasierte Leitlinien zu Depressionen decken fast alle wichtigen Versorgungsaspekte ab. Das ist das vorläufige Ergebnis einer Recherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ziel der Untersuchung war es, Empfehlungen zu definieren, die für die Versorgung von Patienten in einem Disease-Management-Programm (DMP) relevant sind.

Quelle und weiter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71002>, 20.10.16

5. Aktuelles aus den Kammern

5.1. Reinhardt im GOÄ-Interview

"Das Wichtigste ist eine saubere und exakte Leistungsbeschreibung"

Ziel der Bundesärztekammer ist es, die neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch in dieser Legislaturperiode fertigzustellen. Wie ist der aktuelle Stand der Dinge – und wie reagiert er auf die nach wie vor vorhandenen Kritik am Großprojekt? Der änd unterhielt sich mit Dr. Klaus Reinhardt, dem Vorsitzenden des GOÄ-Ausschusses in der Bundesärztekammer, über das Thema.

Quelle und weiter: <http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,172398,0.html>, 14.10.16

5.2. Konsens über den Kostenrahmen gefunden

Für Ärzte zieht GOÄ-Verhandlungsführer Dr. Klaus Reinhardt eine positive Zwischenbilanz zum Stand der Novellierung. Für Mediziner wird es aber auch Abstriche geben.

Von Matthias Wallenfels

FRANKFURT/MAIN. Bei der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind Fortschritte zu verzeichnen. Das sagte Dr. Klaus Reinhardt bei der Bundesärztekammer (BÄK) Vorsitzender des Ausschusses Gebührenordnung, am Samstag in Frankfurt auf dem 3. Tag der Privatmedizin

Es seien sich die Verhandlungspartner – neben der BÄK sind dies das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sowie der Verband der privaten Krankenversicherer (PKV) – einig, dass die Kostensteigerungen in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der neuen GOÄ 6,4 Prozent nicht überschreiten dürften.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/922723/g

[oe-novellierung-konsens-kostenrahmen-gefunden.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161101-Abrechnung+%2f+%c3%84rztliche+Verg%c3%bctung](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/922804/goae-novellierung-konsens-kostenrahmen-gefunden.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161101-Abrechnung+%2f+%c3%84rztliche+Verg%c3%bctung),01.11.16

s.a.:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/922804/goae-novelle-aerzte-zahlen-suenden-vergangenheit.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161102-Berufspolitik

5.3. BMG plant neue Psychotherapeutenausbildung

BPtK fordert Approbationsstudium sowie Regelungen zur Weiterbildung

Berlin, 2. November 2016: Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die Eckpunkte, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Novellierung der Psychotherapeutenausbildung vorgelegt hat. „Die Eckpunkte zeigen, dass das BMG an einer umfassenden Reform des Psychotherapeutengesetzes arbeitet und dabei wesentliche Forderungen des 25. Deutschen Psychotherapeutentages aufgreift“, erklärt BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Auch die BPtK fordert eine Ausbildungsreform, mit der Psychotherapeuten so wie heute Ärzten nach einem Studium mit abschließendem Staatsexamen eine Approbation erteilt werden kann.“

Gleichzeitig lassen die Eckpunkte noch Fragen offen. „Für uns ist es wichtig, dass Psychotherapeuten als Angehörige eines akademischen Heilberufes praktisch und wissenschaftlich ausreichend qualifiziert sind“, erklärt BPtK-Präsident Munz. Ein Studium müsse deshalb nicht nur mit einem Staatsexamen, sondern auch auf Masterniveau abgeschlossen werden. Dies sei notwendig, um die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychotherapie sicherzustellen und zukünftige Psychotherapeuten in die Lage zu versetzen, wissenschaftliche Erkenntnisse auch eigenständig in der Patientenversorgung umzusetzen. Dabei sei noch zu prüfen, wie dieses Ziel in der vom BMG vorgeschlagenen Gesamtregelstudienzeit zusammen mit den erforderlichen praktischen Ausbildungsinhalten realisiert werden kann.

Die Eckpunkte enthalten bisher keine Regelungen zur Weiterbildung. „Zur Qualifizierung von Psychotherapeuten gehört im Anschluss an das Approbationsstudium untrennbar die Weiterbildung“, stellt der BPtK-Präsident fest. Erst nach einer Weiterbildung können Psychotherapeuten die Fachkunde für die eigenverantwortliche Patientenbehandlung und Zulassung erhalten. „Mit der Reform müssen deshalb die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden, dass nicht nur die Ausbildung, sondern auch die Weiterbildung ermöglicht wird“, fordert Munz. „Die Psychotherapeutenschaft wird daher die Weiterarbeit an den Eckpunkten schon bald mit machbaren Lösungen für die Organisation und Finanzierung der Weiterbildung ihres Berufes unterstützen.“

Quelle: Pressemitteilung BPtK, Kay Funke-Kaiser, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 02.10.16

5.4. Psychotherapeuten wollen körperliche Krankheiten „mitbehandeln“

„Alle Krankheiten werden psychisch beeinflusst“, begründet die Therapeutenkammer ihr Vorhaben, auch künftig auch körperliche Krankheiten mitbehandeln zu wollen. Gute Erfahrungen habe man bereits in der Onkologie gemacht.

Psychotherapeuten sollten bei der Behandlung von körperlichen Krankheiten eine wesentlich größere Rolle spielen als bisher. Das forderte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) am Donnerstag bei einer Fachtagung in Berlin, verbunden mit dem Appell, entsprechende Weiterbildungsgänge zu etablieren. Derzeit werde bereits eine Weiterbildungsordnung zur psychotherapeutischen Mitbehandlung von Diabetes-Patienten erstellt, sagte Dr. Bruno Waldvogel von der BPtK-Kommission Zusatzqualifizierung.

Quelle und weiter:

http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,172402,0.html?utm_source=Abendnachrichten_2016-10-14 , 14.10.16

5.5. Marburger Bund lobt neues Gesetz

Nach Ansicht des Marburger Bundes gibt das am Donnerstag verabschiedete PsychVV-Gesetz den Krankenhäusern mehr Planungssicherheit. Erleichtert zeigt sich die Ärztegewerkschaft vor allem über die Regelung zum sogenannten Fixkostendegressionsabschlag.

Quelle und weiter:

http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,173205,0.html?utm_source=Abendnachrichten_2016-11-11, 11,11,16

6. Informationen für Praxis und Alltag

6.1. Deutschlandweite Versorgungsstudie

Am Fachbereich Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin führen wir eine deutschlandweite Untersuchung zur Versorgung von Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen mit ambulanter, gesprächsbasierter Psychotherapie durch. Dazu wurde ein Online-Fragebogen konzipiert. Die Studie soll zur Verbesserung der

Versorgung sowie zu verbesserter Unterstützung ambulant tätiger PsychotherapeutInnen beitragen.

Zur Teilnahme an dieser Befragung laden wir sowohl approbierte als auch in Ausbildung befindliche Erwachsenen-PsychotherapeutInnen ein, die bereits mindestens ein halbes Jahr praktisch tätig sind. Die Dauer der Befragung beträgt knapp 10 Minuten. Enthalten sind ein kurzer Abschnitt mit allgemeinen Fragen, ein Abschnitt mit Fragen zu drei ausgewählten Störungsbildern und ein letzter Abschnitt zu einem einzelnen dieser Störungsbilder.

Alle Daten werden selbstverständlich anonymisiert gespeichert und nur zu Forschungszwecken verwendet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Teilnahme an der Versorgungsstudie ist vollkommen freiwillig.

Über diesen Link gelangen Sie zur Versorgungsstudie:
<https://www.soscisurvey.de/Ther/>

Als kleine Aufmerksamkeit für Ihre Unterstützung verlosen wir zehn Buchgutscheine im Wert von jeweils 25 Euro unter den an der Versorgungsstudie teilnehmenden. Die Teilnahme an der Verlosung ist selbstverständlich freiwillig.

Wir stehen Ihnen gerne für Fragen zur Verfügung und freuen uns über Ihr Mitwirken!

Quelle: Silke Lipinski M.A., Doktorandin, Institut für Psychologie, Arbeitsbereich Soziale Kognition (Prof. Dr. I. Dziobek), Humboldt-Universität zu Berlin, Email: silke.lipinski@hu-berlin.de

6.2. Wann Ärzte Anspruch auf ein Ausfallhonorar haben

Immer wieder kommt es vor, dass Patienten lange vereinbarte Termine kurzfristig absagen oder nicht zum vereinbarten Termin erscheinen. Ob die Leerzeiten dennoch gefüllt, insbesondere Termine vorgezogen werden können, hängt stark von der fachlichen Ausrichtung und Organisation der Praxis ab. Wie aber sieht es in diesen Fällen mit dem ärztlichen Honorar aus?

Quelle und weiter: <https://www.arzt-wirtschaft.de/anspruch-auf-ausfallhonorar/> , 28.10.16

7. Aus der Wissenschaft

7.1. Wirksame Behandlung depressiver Patienten

Mehr Lebensqualität für depressive Patienten und eine wirksame Unterstützung ihrer Behandlung in der hausärztlichen Praxis: Das sind nur zwei der Vorteile des Online-Programms MoodGYM, über die auf einer Fachtagung in Berlin berichtet wurde.

Von Taina Ebert-Rall

BERLIN. Das Selbstmanagementprogramm MoodGYM, das mit "Fitness für die Stimmung" übersetzt werden kann, wurde von der Australian National University zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen entwickelt. Dass es auch in Deutschland wirksam ist, wies ein Forscherteam um Professor Steffi Riedel-Heller aus Leipzig nach. Erste Ergebnisse der clusterrandomisierten Studie stellte Marie Dorow vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig Mitte Oktober auf einer Fachtagung zum Thema E-Mental-Health vor. Demnach kann das Programm auch in Deutschland erfolgreich zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung eingesetzt werden.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/922461/online-behandlung-wirksam-depression.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161028-Versorgungsforschung , 28.10.16

7.2. Depression: Psychotherapie auch über das Internet möglich?

Depressionen lassen sich über das Internet erfolgreich behandeln. Das haben Wissenschaftler der Universität zu Lübeck in Kooperation mit Forschern aus sechs weiteren Universitäten in Deutschland und der Schweiz jetzt in einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie herausgefunden.

<http://www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/article/1476705227-depression-psychotherapie-auch-ueber-das-internet-moeglich.html> , 17.10.16

7.3. Macht Big Data Mediziner arbeitslos?

Ärzte werden in ein paar Jahren nicht mehr viel zu tun haben, sagen US-Forscher. Stattdessen arbeiten sie als Cyborgs: Ärzte würden als Beruf nur noch PC-Aufsicht halten.

Von Robert Bublak

In der Debatte um die künftige Rolle von Informationstechnik in der Medizin hat sich Ezekiel Emanuel von der University of Pennsylvania (Philadelphia) in jüngster Zeit einige Male zu Wort gemeldet.

Zunächst hatte er ausgerechnet im "Journal of the American College of Radiology" der Radiologie ihr Ende als prosperierende medizinische Disziplin prophezeit (J Am Radiol 2016, online 18. September). Maschinelles Lernen erklärte er zur ultimativen Bedrohung, der in fünf bis zehn Jahren kein Radiologe mehr gewachsen sein werde.

Quelle und weiter: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/922490/zukunft-medizin-computer-besseren-aerzte.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20161031-E-Health , 31.10.16

7.4. ICARE: Wartezeit auf ambulante Therapie sinnvoll nutzen

everyBody plus ist ein 8-wöchiges Online-Selbsthilfe-Programm für Frauen mit Essanfällen.

Themen sind die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen, Essanfälle und kompensatorisches Verhalten, Körperzufriedenheit, die Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht, Diätverhalten, ausgewogene Ernährung und Bewegung, Selbstwertgefühl, Emotionsregulation und Perfektionismus. Neben psychoedukativen Inhalten werden vielfältige interaktive Elemente angeboten: moderierte Online-Diskussionen, verschiedene Selbstbeobachtungstagebücher und kognitiv-behaviorale Übungen. Jede Teilnehmerin erhält wöchentlich eine individuelle Rückmeldung durch eine klinische Psychologin.

Quelle und weiter: <https://icare-online.eu/de/everybody-plus.html> , Zugriff 02.10.16

7.5. Disease-Management-Programm Depression (DMP) – Pro Anne Berghöfer

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Die Depression, unter diesem Begriff sowohl ätiologisch als auch phänomenologisch ein völlig uneinheitliches Krankheitsbild, ist aus verschiedenen Gründen zur Volkskrankheit geworden [1] und steht in den Industrienationen, aber inzwischen auch weltweit, an vorderster Front der Ursachen für mit Behinderung verbrachter Lebensjahre [2]. Die diagnostizierte Depression zählt mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 18,6% zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland [3]. Rund 60% der Patienten leiden an mindestens einer komorbiden psychischen Störung.

Ein erheblicher Teil der Depressionen verläuft rezidivierend, chronisch oder erfährt Komplikationen wie vorzeitige Berentung, Therapieresistenz oder Entstehen einer somatischen Begleiterkrankung. Die Suizidrate ist dramatisch erhöht. Depressive haben 4-fach mehr Arbeitsunfähigkeitstage als andere Patienten.

Quelle und weiter: www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-114582 , Zugriff 13.10.16

7.6. Disease Management Program Depression (DMP) – Kontra

Andreas Broocks, Laura Dickmann

Disease-Management-Programme (DMP) für große Volkskrankheiten wie zum Beispiel Diabetes mellitus haben aus Sicht der Krankenkassen und der ärztlichen Berufsverbände dazu geführt, dass sich die Qualität der Behandlung für die betroffenen Patienten deutlich verbessert hat. Da liegt der Gedanke nahe, dieses Konzept auch auf die „Volkskrankheit Depression“ zu übertragen. Denn: Viele Patienten mit einer depressiven Erkrankung wenden sich zuerst an den Hausarzt – und bleiben auch nach Abschluss einer stationären Behandlung – wegen des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie – in hausärztlicher Behandlung.

Quelle und weiter: www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-113530, Zugriff 13.10.16

7.7. Pille = höheres Risiko zur Depression?

Die Anwendung hormoneller Verhütungsmitteln ist mit einer erhöhten Rate von Depressionen assoziiert. Die höchsten Raten finden sich bei jungen Frauen im Alter unter 20 Jahre.

Von Beate Schumacher

KOPENHAGEN. Gibt es einen Zusammenhang zwischen hormoneller Kontrazeption und Depressionen? Um diese Frage zu klären, haben dänische Gynäkologen und Psychiater der Universität Kopenhagen zwei landesweite Register ausgewertet (JAMA Psychiatry 2016, online 28. September). Aus den Registern für Arzneiverordnungen und für Diagnosen in psychiatrischen Kliniken ließen sich Daten von über einer Million Frauen und Mädchen im Alter zwischen 15 und 34 Jahre über einen mittleren Zeitraum von sechs Jahren analysieren.

Quelle und weiter:

[www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/gynaekologie/article/921484/hormonelle-verhuetung-pille-hoeheres-depressionsrisiko.html?cm_mmc=Newsletter_-Newsletter-C-20161017-_-Gyn%
c3%a4kologie](http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/gynaekologie/article/921484/hormonelle-verhuetung-pille-hoeheres-depressionsrisiko.html?cm_mmc=Newsletter_-Newsletter-C-20161017-_-Gyn%c3%a4kologie) , 17.10.16

8. Sonstiges aus den Medien

8.1. Der muslimische Patient

Das Therapeutenepaar Malika Laabdalaoui und Dr. Ibrahim Rüschoff im Gespräch mit "Forum am Freitag"-Moderator Abdul-Ahmad Rashid über die Notwendigkeit einer kultursensiblen Therapie für Patienten muslimischen Glaubens.

Beitragslänge:14 min

Quelle und Video: ZDF, <https://www.zdf.de/kultur/forum-am-freitag/der-muslimische-patient-kultursensible-psychotherapie-100.html> , 28.10.2016

8.2. "Ich ziehe eine ganz klare Linie"

Was können Ärzte von Schamanen lernen? Der Mediziner und Moderator Eckart von Hirschhausen über den Wert der Alternativmedizin – und ihre Gefahren.

Von Jan Schweitzer

DIE ZEIT: Herr von Hirschhausen, in einer alternativmedizinischen Klinik in Brüggen am Niederrhein sind vor Kurzem drei Patienten gestorben, trotzdem werden viele Menschen weiterhin zu Alternativmedizinern gehen. Auch Sie befassen sich in Ihrem neuen Buch mit dem Thema. Was ist so faszinierend daran?

Eckart von Hirschhausen: In vielen von uns wohnen zwei Seelen in einer Brust: Einerseits wollen wir den Superexperten. Einen, der weiß, was die beste Medizin ist, was wissenschaftlich begründet ist. Andererseits wünschen wir uns jemanden, der uns mit allen Ängsten, Hoffnungen und der seelischen Ebene der Heilung sieht und begegnet.

Quelle und weiter: <http://www.zeit.de/2016/42/eckart-von-hirschhausen-alternativmedizin-gefahr-heilpraktiker> , 20.10.16

bvvp, Württembergische Straße 31, 10707 Berlin, 030-88725954, bvvp@bvvp.de
++++
bvvp-online-Newsletter+++bvvp-online-Newsletter+++bvvp-online-Newsletter
++++