

+++++  
**bvvp-online-Newsletter+++bvvp-online-Newsletter+++bvvp-online-Newsletter**  
+++++  
**Ausgabe 3/18, 12.03.2018, nur für Mitglieder der 18 Regionalverbände des bvvp**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ist der neue bvvp-online-newsletter Nr. 3/18.

Es kommen immer wieder Anfragen von Mitgliedern, wann und wie und mit wem sie im Hinblick auf die IT-Umstellung und -Ausstattung loslegen sollen. Wir sind hier allerdings gar nicht Fachleute genug, um fundierte Auskünfte zu erteilen. Wir können nur darauf verweisen, dass es noch einige Unsicherheiten gibt. Die KBV will sogar nachverhandeln (s. Punkt 3.3).

Wir denken, dass die besten Auskünfte, die man derzeit bekommen kann, von den KVen selbst erteilt werden. Sie sollten dort nachfragen und ebenso bei ihren Softwarehäusern. Und empfehlenswert ist es, angebotene Informationsveranstaltungen besuchen.

Einige wichtige Informationen über die Abläufe haben wir allerdings trotzdem zusammengestellt (s. Punkte 1.1, 3.1, 3.2, 3.4, 6.1 und 6.2). Wichtiges finden Sie auch unter <http://www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php>

Weitere hilfreiche Informationen erhalten Sie zeitnah per Aussendung von Manfred Falke, bvvp-Dienstleistungen, und von Mathias Heinicke im neuen bvvp-Heft Projekt Psychotherapie 1/17.

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. [Einige Basisinformationen zum Stand der Telematikinfrastruktur](#)
- 1.2. [bvvp-Pressemitteilung: bvvp beschließt auf seiner Delegiertenversammlung eine Resolution gegen den Modellstudiengang Psychopharmakotherapie in der Psychotherapieausbildung](#)
- 1.3. [bvvp-Pressemitteilung: Keine 2-Klassen-Medizin in der Psychotherapie](#)
- 1.4. [bvvp-Pressemitteilung: bvvp zum BARMER-Arztreport 2018](#)
- 1.5. [Statement des bvvp zum Thema Leitlinien](#)
- 1.6. [GroKo: Wesentliche Punkte für uns PsychotherapeutInnen im Koalitionsvertrag](#)
- 1.7. [Zwei-Klassen-Psychotherapie eine Glosse.](#)

### **2. Neues aus der Politik**

- 2.1. [Spahn als Gesundheitsminister](#)
- 2.2. [Wartezeiten für psychisch erkrankte Menschen](#)

### **3. Aktuelles aus der Selbstverwaltung**

- 3.1. [Praxen sollten jetzt TI-Anschluss vorbereiten](#)
- 3.2. [KBV will Praxen vor Risiken bei der TI-Anbindung schützen](#)
- 3.3. [KBV will nachverhandeln](#)
- 3.4. [Das sind die Erfahrungen der Testpraxen](#)
- 3.5. [KBV fordert einheitliche elektronische Patientenakte](#)
- 3.6. [EU-Datenschutz-Grundverordnung - KBV erarbeitet Praxisinformation](#)
- 3.7. [BARMER-Arztreport 2018](#)

### **4. Weitere gesundheitspolitische Informationen**

- 4.1. [Psychologie in der Verantwortung | Wissenschaftsrat empfiehlt Öffnung der Psychologie und neue Wege in der Psychotherapieausbildung](#)
- 4.2. [Umstrittene Psychotherapie-Reform](#)
- 4.3. [Sollten psychisch Kranke zu Hause behandelt werden?](#)
- 4.4. [Immer mehr Arbeitnehmer wegen psychischer Probleme in Reha](#)

### **5. Aktuelles aus den Kammern**

- 5.1. [„Keine Angleichung der Honorarsysteme“](#)
- 5.2. [Fernbehandlung nach ärztlichem Ermessen?](#)
- 5.3. [Psychiatrische Institutsambulanzen werden weiter angerechnet](#)

## **6. Informationen für Praxis und Alltag**

- 6.1. [KV-Safenet und Co.: Die wichtigsten Fragen und Antworten](#)
- 6.2. [medisign und DGN bringen eigenes Paket](#)
- 6.3. [Tipps zum Schutz vor Computerviren und Betrüger-E-Mails](#)
- 6.4. [Neue Befugnisse für PP und KJP](#)
- 6.5. [Versicherungsrechtliche Beurteilung von Personen während der praktischen Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung](#)
- 6.6. [Universität Hamburg: Studieninformation](#)

## **7. Rechtliches und Urteile**

- 7.1. [„Ich kann jetzt als Arzt mein Profil löschen lassen!“](#)
- 7.2. ["Freie Meinungsäußerung müssen sich die Ärzte gefallen lassen"](#)

## **8. Aus der Wissenschaft**

- 8.1. [Offener Brief an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie](#)
- 8.2. [Wie gut hilft Psychotherapie wirklich?](#)
- 8.3. [Drei Antidepressiva stechen in Mega-Meta-Analyse hervor](#)
- 8.4. [Experten kritisieren fehlende unabhängige Finanzierung klinischer Studien](#)

## **9. Sonstiges aus den Medien**

- 9.1. [Heilende Künste](#)
- 9.2. [2. Online-Therapie bei Depression](#)
- 9.3. [Psychiatrisierte Kindheit](#)
- 9.4. [Mittzwanziger im Krisenmodus](#)
- 9.5. [„Dr. Hontschiks Diagnose“: Große Worte und kleine Taten](#)
- 9.6. [„Dr. Hontschiks Diagnose“: Wes' Brot ich ess, des' Lied ich sing](#)

## **1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Regionalverbände**

### **1.1. Einige Basisinformationen zum Stand der Telematikinfrastruktur**

Liebe KollegInnen, auf der letzten Mitgliederversammlung, am 09.02.2018 hatten wir kurz zum Stand der Telematikinfrastruktur (TI) berichtet. Dabei wurde deutlich, dass sich viele Mitglieder viele Sorgen machen. Hier noch einmal eine Kurzzusammenfassung der wichtigsten Basisinformationen, Links zum Weiterlesen, sowie die Antworten auf einige Fragen, die in der Mitgliederversammlung dazu gestellt wurden.

Zum momentanen Stand sind alle Niedergelassenen verpflichtet bis spätestens zum ersten Quartal 2019 die Telematikinfrastruktur eingerichtet zu haben und ab diesem Quartal das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchzuführen. Dabei werden die Versichertendaten auf der Karte des Patienten mit den Versichertendaten, die der Kasse vorliegen, abgeglichen. Grundsätzlich sind die Kassen (mit Ausnahme der Bereitstellung eines Internetanschlusses in der Praxis) verpflichtet alle Kosten, die damit verbunden sind, zu übernehmen. Aber weiter unten mehr dazu!

Für die Inbetriebnahme der Telematikinfrastruktur benötigen Sie einen Internetanschluss, (mindestens DSL) mit ausreichender Geschwindigkeit (real 5 Mbit/s im Download und 1 Mbit/s im Upload) und drei freien Netzwerksteckern am Router. Den Internetanschluss müssen sie selbst stellen. Wlan ist im Rahmen der TI nicht möglich.

Weiter benötigen Sie einen sogenannten Konnektor (aktuell immer noch ist nur einer zugelassen), ein neues Kartenlesegerät (aktuell immer noch ist nur eines zugelassen), eine sogenannte "gerätespezifische Secure Module Card vom Typ Kartenterminal" (gSMC-KT) (aktuell immer noch ist sie nur über die Bundesdruckerei zu beziehen) und ein entsprechendes Update ihrer Praxisverwaltungssoftware (alle uns bekannten Softwarehersteller sind zugelassen und stellen die Updates bereit).

Die Pauschalen, die seitens der KV für die Installation und Wartung gezahlt werden, sind zeitlich gestaffelt. Weitere Konnektoren, Lesegeräte und Kartenhersteller sind gerade im Zulassungsprozess. Die Auswahl wird sicherlich bald größer.

Meist bieten die Praxissoftwarehersteller Komplettpakete an. Hier fordert allerdings sowohl die KBV, als auch die KVB explizit dazu auf, genau zu rechnen, wann die angegebenen Liefer- und Installationszeiten einen ersten VSDM-Abgleich sicher möglich machen (Mein Tipp: Hier auch explizit nachfragen, wann die angebotenen Komponenten: Konnektor / Kartenleser / SMC-Karte lieferbar und sicher zertifiziert sind). Dann gilt es auszurechnen, ob die Preise für die Komplettpakete innerhalb der (ja von Quartal zu Quartal gestaffelten) Förderpauschalen des Quartals liegen, in dem der erste VSDM-Abgleich stattfinden kann. Der Bezugszeitpunkt für die

Auszahlung der Pauschalen ist nämlich genau dieser erste VDSM-Abgleich und nicht die Installation irgendwelcher Geräte.

Eine Frage, die sich vor allem für Kolleginnen stellte, die zum Beispiel altersbedingt kurz vor dem Ausstieg aus ihrer Praxis stehen, oder aus Datenschutzgründen Bedenken haben, die Telematikinfrastur überhaupt einzurichten, war die nach den möglichen Konsequenzen einer Nichteinhaltung der Frist für die Inbetriebnahme der TI in ihrer Praxis.

Bekannt ist ja: Sollten Sie bis zum verpflichtenden Einführungszeitpunkt (aktueller Stand: ab 1.Q 2019) die Telematikinfrastur nicht entsprechend eingerichtet haben und den VDSM-Abgleich nicht vornehmen, wird Ihnen ein Prozent ihres Honorars abgezogen. Dies gilt bis auf weiteres. Auch die KV konnte nicht sagen, ob ihr mittel- oder langfristig Verschärfungen dieser Sanktion durch höhere Abzüge geplant sind. Es gibt allerdings Gerüchte, dass der verpflichtende Start noch einmal verschoben werden könnte.

Weitere Infos auf unserer Homepage: <http://www.bvvp.de/bvvpbay>

Auch im kommenden Heft unseres Magazins "Projekt Psychotherapie" wird sich ein Artikel genauer mit dieser Thematik beschäftigen.

Quelle: Rainer Cebulla, bvvp-Bayern, 27.02.18

## **1.2. bvvp-Pressemitteilung: bvvp beschließt auf seiner Delegiertenversammlung eine Resolution gegen den Modellstudiengang Psychopharmakotherapie in der Psychotherapieausbildung**

Die Delegierten des bvvp haben sich auf ihrer Versammlung am 09.3.2018 in Fulda gegen den im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehenen Modellstudiengang zur Verordnung von Psychopharmaka ausgesprochen – und eine entsprechende Resolution verabschiedet.

Sie betonen darin, dass PsychotherapeutInnen - ärztliche wie psychologische und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen - ihrem Selbstverständnis nach wesentlich psychotherapeutische Methoden zur Heilung und Linderung psychischer und psychisch bedingter körperlicher Störungen nutzen, was auch weiterhin das Mittel der Wahl bleiben sollte.

Den Stellenwert der Behandlung psychischer Störungen mit Medikamenten bei entsprechenden Indikation erkennen sie dabei jedoch an, sie sehen aber die Verordnung von Medikamenten alles etwas an, was originär zum Aufgabenfeld der Ärzte gehört. Die Delegierten betonen dabei ausdrücklich die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen.

Für den bvvp

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr

Quelle: bvvp, 09.03.18

### **1.3. bvvp-Pressemitteilung: Keine 2-Klassen-Medizin in der Psychotherapie**

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp begrüßt die Entscheidung der Verhandlungskommission von Union und SPD, bei der Honorarfrage keine Schnellschüsse vorzunehmen.

„Wir Psychotherapeuten haben nur eine Chance, zusammen mit der sprechenden Medizin bei einer gemeinsamen Gebührenordnung vernünftig berücksichtigt zu werden, wenn das Thema von Fachleuten mit großer Detailkenntnis bearbeitet wird.“, so der Vorsitzende des bvvp, Benedikt Waldherr.

Der bvvp fordert deshalb schon jetzt, dass in die entsprechende Kommission Fachleute aufgenommen werden, die die Besonderheiten der Leistungserbringung durch Psychotherapeuten vertreten können. „Wir Psychotherapeuten sind nicht in der Versuchung, eine Zweiklassenmedizin zu betreiben, da die Vergütung für die Privatpatienten so niedrig ist, dass sie keinerlei wirtschaftlichen und organisatorischen Vorteil gegenüber der Behandlung von gesetzlich Versicherten bietet,“ betont die stellvertretende Vorsitzende Angelika Haun.

Seit Jahren werden Psychotherapeuten auf eine zukünftige Anpassung von GOÄ und EBM vertröstet mit der Parole, dass nun aber wirklich die sprechende Medizin, die eigentlich zuhörende Medizin heißen müsste, gegenüber den technischen Fächern besser bezahlt werden müsste.

Die große Koalition hat jetzt die Chance, der Selbstverwaltung Vorgaben zu machen, mit der eine gerechtere Verteilung der Mittel bei den Honoraren gewährleistet wird.

Der Vorstand des bvvp sieht in der Möglichkeit, dass die bisherige Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Frau Widmann-Mauz, Gesundheitsministerin werden könnte, eine Person an entscheidender Stelle, die die Psychotherapie schon immer als wichtigen Bereich mit eigenem Regelungsbedarf und eigenen Arbeitsbedingungen im Blick hatte.

Der bvvp begrüßt außerdem, dass der zügige Abschluss der Ausbildungsreform der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen als Ziel in das Koalitionspapier aufgenommen wurde.

Der bvvp ist der einzige Verband, der sich berufsgruppen- und verfahrensübergreifend für die Interessen aller VertragspsychotherapeutInnen einsetzt. In ihm haben sich über 5.000 Ärztliche PsychotherapeutInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen alleranerkannten Richtlinienverfahren zusammengeschlossen.

Quelle: bvvp, 09.02.18

#### **1.4. bvvp-Pressemitteilung: bvvp zum BARMER-Arztreport 2018: Psychische Erkrankungen bedürfen einer fachlichen Diagnostik**

Die BARMER Ersatzkasse kommt in ihrem diesjährigen Arztreport zu der Feststellung, dass immer mehr junge Erwachsene unter psychischen Störungen leiden. Zwischen 2005 und 2006 sei der Anteil um 38 Prozent gestiegen. Selbst bei den Studierenden, die bisher als weitgehend gesunde Gruppe galten, sei inzwischen jeder Sechste von einer psychischen Erkrankung betroffen. Hintergrund sei laut Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, steigender Zeit- und Leistungsdruck bei den angehenden Akademikern, sowie finanzielle Sorgen und Zukunftsängste.

Der bvvp begrüßt, dass die BARMER das drängende Problem zunehmender psychischer Erkrankungen bei jungen Erwachsenen in den Fokus rückt. Dieses Thema erfordert dringend die Beachtung aller zuständigen Akteure im Gesundheitswesen.

Dass die BARMER allerdings als Erstes auf Online-Angebote verweist, halten wir aus fachlicher Sicht für problematisch. Online-Angebote können, wenn sie zertifiziert und datensicher sind, eine erste Hilfe zur Selbsthilfe sein. Psychische Erkrankungen bedürfen jedoch unbedingt der fachlichen Diagnostik und Indikation, um Verschlechterungen, Chronifizierungen und unnötig lange Leidenswege zu vermeiden. Daher ist es zu begrüßen, wenn auch Menschen mit einer leichten Depression einen Psychotherapeuten aufsuchen, bevor diese sich zu einer schweren Depression entwickelt hat. Die Behauptung, dass man nicht bei jeder schlechten Phase einen Psychotherapeuten brauche, die der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Straub, aufstellt, halten wir für gefährlich, da nur Fachleute einschätzen können, ob die 'schlechte Phase' eine Depression ist oder sich eine psychische Erkrankung ankündigt. Für diese Abklärung wurde die psychotherapeutische Sprechstunde geschaffen, in der eine orientierende Diagnostik durchgeführt wird und die PatientInnen fachlich beraten werden, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Behandlung oder andere Hilfe für sie in Frage kommt.

Danach sehen sie sich allerdings mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass es in vielen Regionen Deutschlands noch immer zu wenige Behandlungsplätze gibt. „Die Psychotherapeuten sind selbstverständlich bereit, sich der PatientInnen anzunehmen und tun es bereits in großer Zahl. Das Problem ist die anachronistische Bedarfsplanung, die verhindert, dass sich ausreichend PsychotherapeutInnen niederlassen können und für die Behandlung der PatientInnen zur Verfügung stehen. Dieser Problematik sollte sich die BARMER annehmen“, betont bvvp-Vorstandsmitglied, Frau Eva-Maria Schweitzer-Köhn.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Probleme und die Kosten zunehmend in das Gesundheitssystem verschoben werden, während von Kommunen, Universitäten,



Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden finanzierte Beratungsstellen, die viele der Krisen von Studierenden abfangen konnten, nicht mehr in dem Maße zur Verfügung stehen.

Das Problem des Zeit- und Leistungsdrucks ist zudem ein gesellschaftliches, das man nicht einfach als gegeben hinnehmen sollte. Psychotherapie droht mehr und mehr zur Reparaturwerkstatt für gesellschaftliche Prozesse zu werden, die als persönliche Krankheit individualisiert werden.

Für den bvvp  
Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr 1. Vorsitzender

Quelle: bvvp, 26.02.18

S. dazu a. Punkt 3.7.

### **1.5. Statement des bvvp zum Thema Leitlinien**

Der bvvp begrüßt ausdrücklich die Entwicklung von S3 Leitlinien, die sowohl die Evidenz, als auch die Erfahrungen der Praktiker berücksichtigen sollen.

Zudem nimmt der bvvp anerkennend das große Engagement in der Forschung wahr, das auch seinerzeit der Psychotherapie den Weg der in die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit mit geebnet hatte und letztlich bis heute die hohe Wirksamkeit der Psychotherapie belegt.

Aber in Leitlinien werden nicht generell wirksame Behandlungsmethoden empfohlen, sondern fast ausschließlich solche, die sich – meist monomorph und mit dem Goldstandard RCT - beforschen lassen. Und das sind nun einmal Studien zu Kurzzeittherapien, durchgeführt mit ausgewählten Patienten, die sich zuvor einverstanden erklärt haben, sich unterschiedlichen Gruppen zuordnen zu lassen, um unterschiedliche Methoden miteinander vergleichen zu können oder auch einer Wartelistengruppe zugeordnet zu werden. Bei einer Studie, die komplexere Behandlungsverläufe in Langzeittherapien untersuchen würde, ist es ethisch nicht zu vertreten, hilfeschuchenden Patienten jahrelange Wartezeiten zuzumuten, wenn sie das Los der Wartegruppe gezogen haben. Forschung muss also zwangsläufig sich auf die Behandlung von Kurzzeittherapien beziehen und stellt damit nur einen Teil der Patienten in ambulanten Psychotherapiepraxen dar, erhebt aber gleichzeitig den Anspruch, für alle Patienten gültig zu sein.

Dieses Verständnis von Forschung, wie es sich in den letzten Jahren entwickelt hatte, bildete einerseits die Grundlage, dass sich die Wirksamkeit von Psychotherapie – ähnlich wie in der Psychopharmakoforschung – abbilden ließ. Gleichzeitig entwickelte sich damit aber auch eine „closed-shop“ Situation für alle Verfahren und Methoden, die mit RCT sich nicht so problemlos beforschen lassen.

Was sich nicht entwickelte, war die Verpflichtung zur Ankündigung und Veröffentlichung von Studien – und damit sind trotz Goldstandard RCT schon allein



durch die Veröffentlichungsbias Verzerrungen gegeben, die sich in Leitlinien gar nicht abbilden können. Weitere Verzerrungen stellen sich auch in der Besetzung von Hochschulprofessuren an den Fachbereichen der Psychologie in den Universitäten dar, die fast ausschließlich mit Verhaltenstherapeuten besetzt sind.

Das leider häufig vorliegende Ungleichgewicht zwischen Psychotherapieverbänden und Verbänden mit psychiatrisch-pharmakologischem Behandlungsschwerpunkt birgt die Gefahr einer Schieflage bei der Abstimmung von Empfehlungen. Dadurch kann es passieren, dass Empfehlungen einseitig Interventionsformen präferieren oder wichtige Behandlungsoptionen keine Erwähnung finden. Außerdem schränkt sich dadurch die kritische Auseinandersetzung im Rahmen des Konsensfindungsprozesses ein.

Die Konsequenz daraus ist, dass das, was in Leitlinien empfohlen wird, leider nicht immer „Das Beste“ für unsere Patienten ist, sondern „Das am besten Beforschte und Veröffentlichte“ oder teilweise auch im Expertenkonsens die Behandlungserfahrungen der vertretenen Behandlergruppen abbildet, nicht jedoch immer die volle Versorgungsrealität abbilden. Beides ist aber nicht miteinander zu verwechseln. Konsensuskonferenzen können allenfalls Behandlungsoptionen miteinander vergleichen – soweit diesen Untersuchungen eben keine Grenzen gesetzt sind durch das Wissenschaftsverständnis.

Leitlinienarbeit ist keine politische Arbeit. Und dennoch hat sie unmittelbare Auswirkungen auf die Versorgung unserer Patienten. Fehlende Studien führen daher häufig dazu, dass einseitige Empfehlungen – gegen die Expertise der in der ambulanten Versorgung tätigen Experten – gegeben werden (müssen). So kann es passieren, dass in Leitlinien Psychotherapie unter „Psychosoziale Interventionen“ subsummiert wird wie in der LL ADHS. Und das nicht etwas, weil sie nicht wirksam ist, sondern weil sie nicht beforscht ist.

Dies ist vermutlich auch ein Grund, dass Leitlinien von den Versorgern vermutlich häufig nicht gelesen werden. Das ist schade, denn sie geben Hinweise auf Neuentwicklungen in der Psychotherapie, die sich bewährt haben. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass aufgrund der „Fortentwicklung der Wissenschaft“ Forschungsergebnisse aus der Vergangenheit und Behandlungen, die sich über Jahrzehnte bewähren, durch Selektion anhand von Forschungsergebnissen aus der Versorgung verdrängt werden. Denn häufig ist das, was in der Forschung untersucht wird nicht mit den Therapien in der Versorgung gleichzusetzen.

Wir brauchen Versorgungsforschung, wir benötigen einen Wissenschaftsdiskurs, der die unterschiedlichen Zugänge zur Psychotherapie als Praxis und Wissenschaft nebeneinander stehen lassen kann, wir brauchen Vernetzung zwischen Wissenschaft und Praxis, um unser gemeinsames Ziel zu erreichen: die best mögliche, kosteneffiziente Behandlung, die sich an den Patientenorientierten Endpunkten orientiert, im Versorgungssystem umsetzbar ist und nachhaltig wirkt.

Für die Entwicklung von Leitlinien fordern wir

- ein ausgewogenes Verhältnis der Behandlergruppen in den Konsensusgruppen

- ein Kommentierungsverfahren für die Behandlergruppen, die nicht in die Entwicklung der Leitlinie einbezogen waren
- die Verbesserung von Leitlinien in der Versorgung, z.B. durch mehr Möglichkeiten, zusätzlich zu der Forschungslage auch den Expertenkonsens abzubilden, insbesondere, wenn Studien fehlen. Hiermit ist nicht nur gemeint, dass Studien allgemein fehlen, sondern auch solche zu wichtigen Behandlungsansätzen
- eine Finanzierung von Psychotherapieforschung in der Versorgung
- Wenn aufgrund des systematisch niedrigen Evidenzgrades der Wirksamkeitsnachweise von individualisierter Psychotherapie diese nicht als primäre Therapien in LL vorgeschlagen werden können, so sollte in den Empfehlungen Schnittstellen zur Psychotherapie – unterhalb des Empfehlungslevels ‚soll‘ oder ‚sollte‘ angeboten werden- aufgeführt werden, z.B. mit einer Formulierung: „Die Indikation einer Richtlinienpsychotherapie (oder einer umfassenderen Psychotherapie über den störungsspezifischen Ansatz hinaus) sollte überprüft werden.“

Dies gilt z.B.

- wenn bei Kindern im Vorschulalter keine hinreichende Diagnosesicherheit gewährleistet werden kann
- wenn zahlreiche individuelle Kofaktoren das Störungsgeschehen beeinflussen
- wenn komorbide Störungen einen breiteren Therapieansatz erfordern
- wenn die primären störungsspezifischen Behandlungsmaßnahmen keine oder eine nur unzureichende Besserung erbracht haben

Quelle: Ariadne Sartorius, bvvp, 17.02.18

## **1.6. GroKo: Wesentliche Punkte für uns PsychotherapeutInnen im Koalitionsvertrag**

Die Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt mehrfach vor im Koalitionsvertrag: die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern soll verbessert werden, die Forschung zu psychischen Erkrankungen, der Arbeitsschutz mit

Blick auf psychische Erkrankungen, die Teilhabe an der Arbeit. Beim sozialen Entschädigungsrecht wird psychische Gewalt in den Gewaltbegriff einbezogen. Es scheint, als ob die GroKo die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen erkannt hat und dass die Politik in diesem Bereich etwas tun muss.

Die Bürgerversicherung kommt nicht vor im Koalitionsvertrag, aber Maßnahmen, mit denen die Situation gesetzlich Versicherter verbessert werden soll und die 2-Klassen- Medizin bekämpft werden soll: Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte/- psychotherapeuten für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten soll von 20 auf 25 Stunden erhöht werden. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen unter einer bundesweit einheitlichen, einprägsamen Telefonnummer von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar sein und auch

haus- und kinderärztliche Termine vermitteln. Die Bedarfsplanung soll kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet werden. Die Länder sollen ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen erhalten. Es ist also mit weiteren Einmischungen politischer Gremien in die Selbstverwaltung zu rechnen. Ob dem dann auch das Geld folgen wird, wird die spannende Frage sein.

Die Vergütung der hausärztlichen Versorgung und der „sprechenden Medizin“ soll verbessert werden, inklusive koordinierende Leistungen und Terminvermittlung zum Facharzt. Sowohl die ambulante Honorarordnung in der GKV (EBM), als auch die Gebührenordnung der PKV (GOÄ) sollen reformiert werden. Es soll ein modernes Vergütungssystem geschaffen werden, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden. Also: kein Schnellschuss, sondern sorgfältige Vorbereitung. Die sich bereits seit Jahren in Arbeit befindende Reform der GOÄ und des EBM dürften damit Makulatur sein? Wir PsychotherapeutInnen dürften dann weiter auf die längst notwendige Anpassung unserer Vergütung im EBM und der GOÄ/GOP warten. 2-Klassen-Medizin macht für uns sowieso keinen Sinn. Die Honorierung nach GOÄ/GOP liegt bei Einbeziehung der Strukturzuschläge sogar unterhalb des EBM. Die Novellierung der Ausbildung der Psychotherapeuten im Sinne einer Direktausbildung soll zügig zum Abschluss gebracht werden. Das Fernbehandlungsverbot soll auf den Prüfstand gestellt werden, die Anwendung und Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen ausgebaut werden bei Sicherstellung des Datenschutzes, die Telematikinfrasturktur weiter ausgebaut werden. Als zukünftige Gesundheitsministerin wird Annette Widmann-Mauz gehandelt, die schon einmal für das bvvp-Magazin Projekt Psychotherapie interviewt wurde (2/2011), die die PsychotherapeutInnen mit ihren spezifischen Regelungsbedarfen im Blick hat. Der Bundesvorstand des bvvp hatte ihr Ende 2017 unsere Positionen zur Gesundheitspolitik zugesandt und sich um einen Gesprächstermin bemüht. Wir bleiben dran! Jetzt hängt es erst mal vom SPD-Mitgliedervotum ab.

Quelle: Eva Schweitzer-Köhn, 41. Mitgliederrundbrief bvvp-Berlin, 16.02.18

### **1.7. Zwei-Klassen-Psychotherapie eine Glosse. Werden Sie aktiv, Herr Lauterbach!**

#### **und ein paar Fakten.**

Die Welt geht unter! Die Zwei-Klassen-Psychotherapie droht, die einst noch privilegierten Privat-Patienten drohen in die 2. Klasse abzurutschen! Gefahr! Wie konnte das passieren?

Was ist passiert? Die GKV-Honorare, wir wissen es, sind zumindest nominal (wenn man die Teuerungsrate mal außer Acht lässt) ganz, ganz langsam gestiegen und die

Erneuerung der GOÄ/GOP, die lässt auf sich warten. Wo ist das zuerst sichtbar. Natürlich in der Psychotherapie. Da wird es plötzlich deutlich. Ja, die P(sych.)-Honorare waren auch in der GOÄ schon immer deutlich niedriger (um mehr als den Faktor 2) als die Ä(rztlichen, somatischen) Honorare und blieben seit ca. zwei Jahrzehnten auf dem Stand eingefroren. Und jetzt passiert es! Können Psychotherapeuten es sich noch leisten P(ri vat)-Patienten zu behandeln? Bis vor kurzem, da waren wir glücklich über den einen oder den anderen Privatpatienten, (da konnten wir privat liquidieren – schon bescheiden. Übersetzt heißt das doch „verflüssigen“; mit „Privaten“ waren wir doch etwas flüssiger) aber jetzt?

Wer sind die Täter?

1. Die Einen sind die „Untäter“, die die sich seit Jahren damit beschäftigen, eine neue GOÄ/GOP zu basteln. Da geht es ums Geld („Money makes the world go round!“ (Cabaret)), das die Einen nicht ausgeben wollen und die Anderen wollen sich durch Regularien nicht in ihrer Behandlungs- oder (doch eher) Liquidationsfreiheit behindern lassen. Und dann sind da noch die alten „Klassenkämpfer“, die die Zwei-Klassen-Medizin abschaffen wollen und sich jetzt sogar für höhere Honorare für Ärzte stark machen. (Da ist doch einiges durcheinander gekommen. Wie soll man sich da noch zurechtfinden. Wer sind denn jetzt die Guten, und wer die Bösen?) (siehe Details unten)

2. Der Bewertungsausschuss hat einen „Strukturzuschlag“ erdacht. Statt - wie das BSG mal geurteilt und normativ vorgegeben hatte – den PTs endlich die ausreichenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die „normative“ halbtags Sprechstundenhilfe einzustellen, haben sie einen Zuschlag erfunden, den es erst ab einer definierten Auslastung gibt. Logik? Hat die Therapeutin wenig Patienten, dann hat sie ja Zeit, ihre Praxis selber zu putzen (am besten also wieder zurück in die Wohnzimmerpraxis? Und die Reinigung desselben kann ja nun wirklich nicht der GKV angelastet werden!) und ihr Büro selber zu führen. Erst wenn sie mehr als 50% der „Maximalen Auslastung“ nach BSG- Definition arbeite, also mehr als 18 Patientenstunden Richtlinienpsychotherapie macht, dann brauche sie diese „Zuschlagsressource“. Und dann wird ihr aber auch noch zugetraut – der Arbeitsmarkt ist ja heute total flexibel – den Sekretär minutenweise anzustellen. Erbringe sie bei einem Patient zuschlagsfähige Leistungen, dann habe sie im Quartal  $10,75 \times 15,37\text{€} = 165,28\text{€}$  zur Verfügung um diesen dann für Büroarbeiten und die Reinigung der Praxis zu beschäftigen. Aber! Ob sie den Zuschlag auch erreicht, weiß sie immer erst wirklich am Ende des Quartals („Das es Unfug war, weiß ich immer erst hinterher!“ weiß da schon Michel aus Löneberga, (Astrid Lindgren)). Man traut uns viel zu!

3. Der 3. Täter ist dann das BSG (Bundessozialgericht): Das hat im Herbst 2017 diese Zumutung für rechtens befunden und sie gar „Innovativ“ genannt.

Spaß beiseite: die Fakten:

Wie beeinflussen Privatpatienten meine Einkommenssituation?

Von der 19. wöchentlichen Behandlungssitzung an bei vollem Versorgungsauftrag wird der Strukturzuschlag (Einzeltherapie je Sitzung: GOP 35571, 143 Punkte, z.Z.

15,24 €, Gruppentherapie je Patient je Sitzung: GOP 35572, 60 Punkte, 6,39€) von der KV unserer Abrechnung hinzugefügt.

Habe ich die Durchschnittspraxis, mit 24 Patienten einzeln/Woche, und einer ist Privat, dann bekomme ich den Zuschlag nur für 5 Patienten statt für 6. Kann man einfach ausrechnen:

$15,24 - 2,90(92,50 - 89,60) = 12,47/\text{Sitzung}$ , 134,08/Quartal. Der Privatpatient wird da natürlich nicht mitgerechnet.

Bei der Gruppenbehandlung ist es noch mal komplizierter.

Die Vergütung in der GKV pro Patient und Sitzung ist abhängig von der Gruppengröße; degressiv pro Patient, ansteigend pro Gruppe: 3 Teilnehmern 89,07 €/Patient (267,21 €/100 min Sitzung) bei 9 Teilnehmern 51,67 €/Patient (465,06 €/100 min Sitzung). Strukturzuschlag gibt es erst ab einem Punktvolumen von 162.733.

Je größer die Gruppe desto geringer ist sowohl das Honorar (-14,06 bis -2,34) als auch die abzurechnenden Punkte (836 bis 425) pro Patient.

Jeder Privatpatient in der Gruppe löst zwei Prozesse aus, die das Einkommen schmälern: 1. Es gibt kein Strukturzuschlag für den Privatpatienten. 2. Er wird aber für die Gruppengröße mitgezählt, was dann ein geringeres Honorar pro GKV-Patient/Sitzung zur Folge hat.

Also: Für Einzel-, wie für Gruppenbehandlungen gilt: Privatpatienten kosten Punkte, die wir sammeln müssen, um in den „Genuss“ des Strukturzuschlags zu kommen. Bei Einzeln fehlen pro Sitzung und Privat-Patient 841 Punkte, bei Gruppe 836 – 425. (siehe Details unten)

So verschiebt sich der Konflikt Soziales Engagement versus Wirtschaftlich Eigeninteressen von, „darf ich es den GKV-Patienten antun 5 Privatpatienten zu behandeln“ zu „wie viele Privatpatienten kann ich mir leisten“. „The times they are a changing!“ (Bob Dylan)

Herr Kollege Lauterbach! Tun Sie etwas, retten Sie die Psychotherapie für die Privatpatienten!

### Details zur Glosse.

Zur Zwei Klassenmedizin.

Ärzte konnte man immer zwischen zwei Polen einsortieren. Die Einen taten es nur des Geldes wegen, (Der Erfinder der Geburtszange hat diese nur herausgeholt, wenn das Geld auf dem Tisch lag, sonst ist die Frau gestorben.) Die Anderen waren des Rettens Heilens und Helfens wegen dabei. (Die Armenärzte waren selber arm.) Die meisten lebten und leben dazwischen. Sie haben ihre Honorare der Einkommenssituation ihrer Patienten angepasst. (Paul U. Unschuld 2008)



In der GOÄ, die ja die Höhe der Gebühr, die Ärzte privat liquidieren dürfen, regelt, findet sich das noch als Steigerungsfaktor. Ärzte dürfen zwischen dem 1,0 bis 2,3 fachen Satz - in Ausnahmefällen auch 3,5 fach - liquidieren. Er kann sein Honorar der Vermögenssituation seiner Patienten anpassen. Da praktisch alle Privatpatienten gar nicht mehr privat – aus der eigenen Schatulle – ihre Rechnung begleichen, sondern privatversichert oder beihilfeberechtigt sind, entfällt dieses soziale Ausgleichsinstrument. Es findet sich jetzt nur noch im „Basistarif“, den die PKK anbieten müssen, bei dem nur der 1,2 fach Satz erstattet wird. Der wird von finanziell schwächeren Menschen, die keinen Weg haben in die GKV zu kommen, genutzt.

Noch in den 1990iger Jahren gab es unterschiedliche Punktwerte, für verschiedene Krankenkassen. Das war auch noch ein sozialer Ausgleich über die ärztlichen Honorare. Primärkassen (BKK,AOK) (für die „Klasse“ der Arbeiter) hatten einen deutlich niedrigeren Punktwert als Ersatzkassen (für die „Klasse“ der Angestellten.) Im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens wurde ein einheitlicher Punktwert eingeführt. Die Liberalisierung des Gesundheitsmarktes öffnete alle Kassen für alle „Kunden“, es wurde ein Wettbewerb initiiert, was zur „Bereinigung“ des Marktes führen sollte und führt.

Bis in die 1990 Jahre gab es also eine „drei Klassen Medizin“. Oder – es gab einen sozialen Ausgleich durch die Mischkalkulation, mit der ein Durchschnittsarzt gut leben konnte. Die höheren Honorare der Privatpatienten kompensierten die minderen Honorare der Primärkassenversicherten.

Was die SPD mit dem „Kampfbegriff“ „Zwei-Klassen-Medizin“ anstellt, verleugnet diesen Hintergrund. Und sie verdrängen, dass eine ganz andere Zwei-Klassen-Medizin auf uns zu kommt. „Aldi-Medizin“ (Aldi hat immer gut Qualität zu niedrigen Preisen; auf Kosten der Erzeuger der Produkte), für fast alle und „Gucci-Medizin“ für die wirklich Wohlhabenden. Die zahlen dann auch privat, an allen gesetzlichen Regelungen vorbei.

### Zur Einkommenssituation?

Vom 19. (b.z.W. 10., halber Versorgungsauftrag) wöchentlichen Patienten (BSG 145-DM-Urteil, 1999. 36 Therapiestunden 43 Wochen/Jahr) bis zum 36. (b.z.W 18.) wird der Strukturzuschlag (Bei Einzeltherapie je Sitzung: GOP 35571, 143 Punkte, z.Z. 15,24 €, Bei Gruppentherapie je Patient je Sitzung: GOP 35572, 60 Punkte, 6,39€) von der KV unserer Abrechnung hinzugefügt.

Es gibt eine recht komplizierte Berechnungsformeln, mit der die KV zu allen Punkten aufsteigend bis zu 50% des Zuschlags zu jeder Leistung hinzufügt. Das brauchen die KVen für die großen Abrechnungen. Für uns reicht eine einfachere Betrachtungsweise. Bei einem Punktvolumen von 162.733 bis 325.467 (81.366 bis 162.733 bei halbem Sitz) kommt der Strukturzuschlag zu jeder GKV-Patienten Sitzung hinzu, für den Privatpatienten natürlich nicht.

Habe ich die Durchschnittspraxis - 24 Patienten einzeln/Woche -, und einer ist Privatpatient, dann bekomme ich den Zuschlag nur für 5 Patienten statt für 6. Man kann einfach ausrechnen:

$15,24 - 2,90(92,50 - 89,60) = -12,47 \text{ €/Sitzung, } -134,08 \text{ €/Quartal.}$

Bei der Gruppenbehandlung ist es noch mal komplizierter.

Die Vergütung der GKV pro Patient und Sitzung ist abhängig von der Gruppengröße; degressiv pro Patient, ansteigend pro Gruppe:

3 Teilnehmern 89,07 €/Patient (267,21/Sitzung),

9 Teilnehmern 51,67 €/Patient (465,06/Sitzung).

Die Vergütung nach der GOÄ, unabhängig von der Gruppengröße, beträgt: Ziffer 862, 2,3facher Satz = 46,25 €.

Rechne ich weniger als 162.733 (81.366) Punkte ab, bekomme ich keinen Zuschlag. Ab der 50%-Auslastungsgrenze kommt der Strukturzuschlag zu jeder erbrachten Leistung hinzu:: 60 Punkte = 6,39€ /GKV Patient/Sitzung. Bis zu 9\*6,39/Sitzung = 57,51/Sitzung, aber nur für GKV Patienten!

Jeder Privatpatient in der Gruppe löst 2 Prozesse aus, die das Einkommen schmälern:

1. Für die Höhe des Strukturzuschlages wird der Privatpatient nicht mitgezählt. Es gibt kein Strukturzuschlag für diesen Patienten!

2. Der Privat-Patient wird aber für die Gruppengröße mitgezählt, was dann ein geringeres GKV\_Honorar pro Patient/Sitzung (-14,06 bis -2,34) zur Folge hat, was durch das eh geringere GOÄ-Honorar in keiner Weise ausgeglichen wird.

Für Einzel-, wie für Gruppenbehandlungen gilt: Privatpatienten kosten Punkte, die wir sammeln müssen, um in den „Genuss“ des Strukturzuschlags zu kommen. Bei Einzelsitzungen fehlen pro Sitzung und Patient 841 Punkte, bei Gruppensitzungen zwischen 836 – 425.

Es ergeben sich daraus noch zwei Konsequenzen:

1. Urlaubsplanung: Es ist betriebswirtschaftlich klug den Jahresurlaub von 9 Wochen (BSG-Urteil) in einem Quartal zu nehmen. Gleichmäßiges Verteilen ist in dem Sinne unklug.

2. Ich kann die Gelegenheit nicht verstreichen lassen. Macht Gruppe! 9 Patienten in der Gruppe bringen 4365 Punkte für 100 Minuten Behandlungszeit statt 1682 für zwei Einzelsitzungen und 57,51€ Strukturzuschlag statt 30,48€.

Quelle: Christian Willnow, bvvp-Nordrhein, 20.02.18

## **2. Neues aus der Politik**



## **2.1. Spahn als Gesundheitsminister „Er wird das gut machen“**

Die designierte CDU-Generalsekretärin Annegret Kramp-Karrenbauer hat sich optimistisch über die künftige Zusammenarbeit mit Jens Spahn in der Parteispitze geäußert. Spahn sei ein „netter Kollege, ausgewiesener Gesundheitsexperte und er wird das gut machen“, sagte Kramp-Karrenbauer am Montag.

Quelle und weiter:

[https://www.aend.de/article/185159?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2018-02-26&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/185159?utm_source=Abendnachrichten_2018-02-26&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten) , 26.02.18

## **2.2. Wartezeiten für psychisch erkrankte Menschen**

Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Immer mehr psychisch erkrankte Menschen finden nur schwer einen Termin bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Wartezeiten für eine Richtlinientherapie betragen im Durchschnitt sechs Monate (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, 2011). Im Ruhrgebiet oder ländlichen Regionen müssen behandlungsbedürftige Personen sogar häufig acht Monate auf den Therapiebeginn warten, obwohl es durchaus mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten gäbe, die wegen der restriktiven Bedarfsplanung jedoch keine Kassenzulassungen erhalten.

Quelle und weiter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/010/1901066.pdf> , 02.03.18

## **3. Aktuelles aus der Selbstverwaltung**

### **3.1. Praxen sollten jetzt TI-Anschluss vorbereiten**

In Sachen Telematikinfrastruktur (TI) sollten die Praxen jetzt anfangen zu überlegen, welche Komponenten sie benötigen und wann für sie der richtige Zeitpunkt für den TI-Anschluss ist. Dies rät die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) ihren Mitgliedern. Wer zu spät reagiere, könne auf einer Warteliste bei den Anbietern landen – im Extremfall drohten Honorarkürzungen.

Quelle und weiter: <https://www.aend.de/article/184823>, 20.02.18

### **3.2. KBV will Praxen vor Risiken bei der TI-Anbindung schützen**

01.03.2018 - Ärzte und Psychotherapeuten dürfen auf den Kosten für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur nicht sitzenbleiben. KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel kündigte an, mit den Krankenkassen neu verhandeln zu wollen. Zudem werde sich die KBV bei der Politik für eine Fristverlängerung einsetzen.

„Wir müssen feststellen, dass sich der Markt wahrscheinlich nicht so entwickeln wird wie vor einem Jahr angenommen“, betonte Kriedel in einem Gespräch mit den PraxisNachrichten. Noch seien die von der Industrie aufgerufenen Preise für Konnektor und Lesegeräte durch die Erstattungspauschale abgedeckt. Ab dem dritten Quartal 2018, wenn die Pauschale nochmals signifikant sinkt, nicht mehr. Die KBV rechnet dann mit einer Finanzierungslücke.

Quelle und weiter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_33435.php](http://www.kbv.de/html/1150_33435.php) , 0103.18

### **3.3. KBV will nachverhandeln**

Wird die Anbindung der Vertragsarztpraxen an die Telematikinfrastruktur teurer als erwartet, weil der Wettbewerb der Hardware-Anbieter ausbleibt?

Von Christoph Winnat

BERLIN. Die KBV will die Förderpauschalen zur Praxisanbindung an die Telematikinfrastruktur mit dem GKV-Spitzenverband nachverhandeln.

Außerdem will sie bei der Bundesregierung darauf hinwirken, dass die Sanktionsfrist für den Beginn des Online-Abgleichs der Versichertendaten um ein halbes Jahr auf Anfang Juli 2019 verlängert wird. Das kündigte Dr. Thomas Kriedel am Freitag an.

[https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/958475/kbv-telematikinfrastruktur-teurer-praxen-hardwareanbieter.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-03-05.Telemedizin.x](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/958475/kbv-telematikinfrastruktur-teurer-praxen-hardwareanbieter.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-03-05.Telemedizin.x) , 02.03.18

### **3.4. Das sind die Erfahrungen der Testpraxen**

In 500 Praxen fand der Testlauf für die erste Online-Anwendung der E-Card statt. Jetzt, mitten während des bundesweiten Rollouts, liegt das Ergebnis vor: Im Schnitt

6,5 Sekunden dauert das Einlesen der Karte, wenn die Versichertendaten aktualisiert werden müssen. Praxistauglich oder nicht?

Von Rebekka Höhl

NEU-ISENBURG. Auf Knopfdruck, mal eben nebenbei läuft die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) nicht.

Mehr als ein Drittel der 500 Praxen, die sich an den Tests zur ersten Online-Anwendung – dem Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) via elektronischer Gesundheitskarte – beteiligt haben, gaben an, dass die technische Umstellung durchaus den Praxisbetrieb gestört hat – wenn auch nur einmalig. In über 41 Prozent der Praxen konnte hingegen problemlos weitergearbeitet werden.

Quelle und weiter: [https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/958419/neue-telematikinfrastruktur-erfahrungen-testpraxen.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-03-02.Telemedizin.x](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/958419/neue-telematikinfrastruktur-erfahrungen-testpraxen.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-03-02.Telemedizin.x) , 02.03.18

### **3.5. KBV fordert einheitliche elektronische Patientenakte**

15.02.2018 - Die elektronische Patientenakte muss aus Sicht der KBV einheitliche Standards haben. „Für uns ist ganz wichtig, es kann nur eine Patientenakte geben – eine Technik und eine inhaltliche Gestaltung“, sagte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel in einem KV-on-Interview.

Quelle und weiter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_33228.php](http://www.kbv.de/html/1150_33228.php) , 15.02.18

### **3.6. EU-Datenschutz-Grundverordnung - KBV erarbeitet Praxisinformation**

01.03.2018 - Die EU-Datenschutz-Grundverordnung ist ab 25. Mai geltendes nationales Recht. Für Ärzte und Psychotherapeuten bedeutet das vor allem, dass sie die Einhaltung des Datenschutzes nachweisen müssen. Viele Vorgaben werden jedoch schon jetzt in den Praxen berücksichtigt.

Ziel der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist es, personenbezogene Daten in allen gesellschaftlichen Bereichen – ausgenommen ist die Privatsphäre – zu schützen. Zudem geht es um die weitgehende Vereinheitlichung europäischen Datenschutzrechts.

Quelle und weiter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_33427.php](http://www.kbv.de/html/1150_33427.php) , 01.03.18

### **3.7. BARMER-Arztreport 2018 Rund eine halbe Million Studenten psychisch krank**

Berlin, 22. Februar 2018 – Immer mehr junge Erwachsene leiden unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken. Allein zwischen den Jahren 2005 bis 2016 ist der Anteil der 18- bis 25-Jährigen mit psychischen Diagnosen um 38 Prozent und darunter bei Depressionen um 76 Prozent gestiegen. Diese Zahlen stammen aus dem BARMER-Arztreport 2018, der heute in Berlin vorgestellt wurde. Demnach ist selbst bei den Studierenden, die bislang als weitgehend „gesunde“ Gruppe galten, inzwischen mehr als jeder sechste (17 Prozent) von einer psychischen Diagnose betroffen. Das entspricht rund 470.000 Personen. „Vieles spricht dafür, dass es künftig noch deutlich mehr psychisch kranke junge Menschen geben wird. Gerade bei den angehenden Akademikern steigen Zeit- und Leistungsdruck kontinuierlich, hinzu kommen finanzielle Sorgen und Zukunftsängste. Vor allem mehr niedrigschwellige Angebote können helfen, psychische Erkrankungen von vorn herein zu verhindern“, sagte Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER.

Quelle und weiter: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztberichte/barmer-arztreport-2018-144304> , 22.0.2.18

S. dazu a.: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/depressionen-jeder-vierte-junge-mensch-hat-psychische-probleme-15462273.html>

Und: [https://www.aend.de/article/185072?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2018-02-22&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Medizinnachrichten](https://www.aend.de/article/185072?utm_source=Abendnachrichten_2018-02-22&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Medizinnachrichten)

## **4. Weitere gesundheitspolitische Informationen**

### **4.1. Psychologie in der Verantwortung | Wissenschaftsrat empfiehlt Öffnung der Psychologie und neue Wege in der Psychotherapieausbildung**

Die Psychologie in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in beachtenswerter Weise zu einer international angesehenen empirischen Wissenschaft entwickelt. Derzeit befindet sich diese akademische Disziplin, die mit die meisten Studierenden anzieht, jedoch in einer Umbruchsituation und ist mit verschiedenen strukturellen Herausforderungen insbesondere im Zusammenhang mit der künftigen Organisation der Psychotherapieausbildung konfrontiert. Das war Anlass für den Wissenschaftsrat, sich mit den Perspektiven dieses Faches zu beschäftigen und mit seinen Empfehlungen zur erfolgreichen Bewältigung der aktuellen Situation beizutragen. Auf ihrem Weg in die Zukunft muss sich die

Psychologie, so ein Kurzfazit, sowohl innerhalb der akademischen Strukturen wie auch gegenüber den Anliegen der Gesellschaft stärker öffnen.

Für die Fachvertreterinnen und -vertreter heißt das konkret, sich offener für Zusammenarbeit zu zeigen – sei es bei der Entwicklung gemeinsamer Forschungsprofile und Forschungsstrategien an den einzelnen Instituten oder aber im Zusammenhang mit Initiativen für interdisziplinäre Kooperationen und kooperative Projekte. Gleichzeitig appelliert der Wissenschaftsrat an Psychologinnen und Psychologen, noch intensiver als bisher ihrer besonderen Verantwortung gegenüber der Gesellschaft nachzukommen und ihren Beitrag zur Bewältigung zentraler gesellschaftlicher Herausforderungen – von der Migration bis zum digitalen Wandel – zu leisten. Er ermuntert die psychologische Fachgemeinschaft in diesem Sinne, den Austausch mit der Gesellschaft zu suchen und die dafür erforderlichen verschiedenartigen Kommunikations- und Transferprozesse auszugestalten. Zur Öffnung gegenüber der Gesellschaft und ihren Anforderungen gehört es auch, dass die Psychologie Verantwortung für die Psychotherapieausbildung übernimmt. Deshalb sind die aktuellen Bestrebungen, diese Ausbildung künftig als zur Approbation führendes Studium mit sich anschließender fachkundlicher Weiterbildung zu gestalten, aus Sicht des Wissenschaftsrats positiv einzuschätzen. Von der engeren Verzahnung von Lehre und Praxis mit der Forschung erwartet er eine stärkere wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie und damit letztlich einen Qualitätssprung.

Das vom Wissenschaftsrat vorgeschlagene Standardmodell für die Psychotherapieausbildung sieht vor, diese während des ersten Studienabschnitts in ein allgemeines Psychologiestudium zu integrieren und in einem Masterstudium „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ fortzuführen. Neben diesem Regelfall soll es aber ausdrücklich möglich sein, auch alternative Studienmodelle, beispielsweise in Kooperation mit der Medizin, zu erproben und zu evaluieren. Zur Qualitätssicherung benennt der Wissenschaftsrat Grundvoraussetzungen für Hochschulen, die eine Psychotherapieausbildung anbieten wollen. Dazu gehören unter anderem einschlägige aktive Forschung und ein systematischer und qualitätsgesicherter Zugang zur Patientenversorgung.

„Der Bedarf an Erkenntnissen über Phänomene des menschlichen Erlebens und Verhaltens ist größer denn je und wächst auch in neuen Feldern, wie sie sich beispielsweise mit den Schlagworten „User Experience“ oder „Industrie 4.0“ verbinden. Mit seinen Empfehlungen möchte der Wissenschaftsrat dazu beitragen, dass die Psychologie in Zukunft eine noch bedeutendere Rolle im inner- wie außerakademischen Raum einnehmen und zudem die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden kann“, so Martina Brockmeier, Vorsitzende des Wissenschaftsrates.

Quelle: Pressemitteilung, Wissenschaftsrat, 29.01.18

#### **4.2. Umstrittene Psychotherapie-Reform** "Patienten sind in einer Schleife gefangen"

Seit 2017 können Menschen in psychischen Krisen schneller ein Gespräch beim Psychotherapeuten führen. Doch die Wartezeiten für eine Behandlung haben sich mitunter deutlich verlängert.

Von Jana Hauschild

Die Psychotherapie-Reform im April 2017 sollte alles besser machen. Menschen in psychischen Krisen oder mit akuten Erkrankungen sollen schneller einen Psychotherapeuten sprechen - und eher Hilfe erhalten. Nicht einmal ein Jahr später wird allerdings deutlich: Die Lage spitzt sich für Therapiebedürftige sogar zu. Sie warten nicht nur weiterhin auf einen Behandlungsplatz, die Kassen blockieren ihnen nun auch vehement alternative Wege.

Quelle und weiter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychotherapie-reform-patienten-warten-noch-laenger-a-1190627.html> , 11.02.18

#### **4.3. Sollten psychisch Kranke zu Hause behandelt werden?**

VON EVA SCHLÄFER

Ins Krankenhaus gehen die wenigsten Menschen gerne. Seit kurzem können psychiatrische Kliniken Patienten zu Hause behandeln. Das entlastet gleich auf mehreren Ebenen.

Wenn sie die Wahl hätten, würden die meisten Menschen gerne auf einen Krankenhausaufenthalt verzichten. Patienten mit körperlichen Erkrankungen hält diese Abneigung aber trotzdem in der Regel nicht von dem Gang in die Klinik ab. Sie wissen, dass eine stationäre Behandlung manchmal nicht zu umgehen ist und sie in aller Regel wieder gesund macht. Zudem gibt es zu größeren Operationen keine Alternative.

Bei manchen Patienten mit psychischen Erkrankungen stellt sich die Situation anders da.

Quelle und weiter: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/psychiatrische-kliniken-behandeln-patienten-jetzt-zu-hause-15454686.html> , 26.02.18

#### **4.4. Immer mehr Arbeitnehmer wegen psychischer Probleme in Reha**

Berlin – Immer mehr Arbeitnehmer in Deutschland machen wegen psychischer Probleme eine Reha. Das geht aus Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund hervor, über die die Zeitungen des Redaktionsnetzwerks Deutschland berichteten. Demnach sind 2017 wegen psychischer Erkrankungen rund 159.500 medizinische Rehabilitationen im stationären Bereich bewilligt worden – 3.000 Fälle mehr als im

Vorjahr. 2007 waren es noch 109.700. Das entspricht einem Anstieg um fast 45 Prozent innerhalb der letzten zehn Jahre.

Quelle und weiter: <https://www.aerzteblatt.de/bilder/cache/00/00/05/86/img-58699-1024-0.JPG> , 26.02.18

## **5. Aktuelles aus den Kammern**

### **5.1. „Keine Angleichung der Honorarsysteme“**

Eine bessere Bezahlung der Ärzte für die Versorgung von Kassenpatienten sei eine gute Idee des designierten Gesundheitsministers Jens Spahn, meint Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery. Eine Angleichung der Honorarsysteme von GKV und PKV sei aber nicht der richtige Weg.

Quelle und weiter:

[https://www.aend.de/article/185284?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2018-03-03&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/185284?utm_source=Abendnachrichten_2018-03-03&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten) , 03.03.18

### **5.2. Fernbehandlung nach ärztlichem Ermessen?**

Der Deutsche Ärztetag soll im Mai über eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots entscheiden. In Zukunft könnte es allein darauf ankommen, ob eine ausschließliche Fernbehandlung "im Einzelfall ärztlich vertretbar" ist.

BERLIN. In Zukunft sollen Patienten auch ausschließlich, also auch ohne vorherigen persönlichen Arztkontakt, über elektronische Kommunikationsmedien behandelt werden dürfen. Die Bundesärztekammer (BÄK) will dazu das sogenannte Fernbehandlungsverbot lockern, das sich aus den Berufsordnungen für Ärzte ableitet (die "Ärzte Zeitung" berichtete).

Quelle und weiter: [https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/special-arzt-patient/article/958079/bundesaerztekammer-fernbehandlung-nach-aerztlichem-ermessen.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-02-26.Arzt+und+Patient.x](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/special-arzt-patient/article/958079/bundesaerztekammer-fernbehandlung-nach-aerztlichem-ermessen.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-02-26.Arzt+und+Patient.x), 23.02.18

S.a.: [https://www.aend.de/article/185116?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2018-02-24&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/185116?utm_source=Abendnachrichten_2018-02-24&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten)



### **5.3. Psychiatrische Institutsambulanzen werden weiter angerechnet**

**BPtK: G-BA lässt psychisch kranke Menschen weiter warten**

Berlin, 15. Februar 2018: Psychiatrische Institutsambulanzen sollen auch künftig in der Bedarfsplanung pauschal auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet werden. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) heute beschlossen. Obwohl Psychiatrische Institutsambulanzen nachweislich im Schwerpunkt keine psychotherapeutischen Leistungen erbringen, werden sie in der Bedarfsplanung bis Ende 2022 pauschal auf die Gruppe der Psychotherapeuten angerechnet. „Der G-BA verlängert damit wissentlich eine fachlich falsche Regelung, die in der ambulanten Versorgung von psychisch kranken Menschen weiter zu langen Wartezeiten führt“, stellt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), fest. „Patienten erhalten in Psychiatrischen Institutsambulanzen vor allem eine psychiatrische Basisversorgung, ergänzt um pflegerische und ergotherapeutische Leistungen. Psychotherapie findet dort in aller Regel nicht statt.“

Durch die willkürliche G-BA-Entscheidung droht in den kommenden Jahren ein zusätzlicher Abbau von psychotherapeutischen Praxen. In Regionen, in denen durch Psychiatrische Institutsambulanzen ein Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent erreicht wird, besteht die Gefahr, dass Praxissitze nicht mehr nachbesetzt werden. In ländlichen Regionen, in denen die Bedarfsplanung grundsätzlich viel zu wenige Praxen vorsieht, könnten sich die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung dadurch weiter verlängern.

Psychiatrische Institutsambulanzen versorgen grundsätzlich andere Patienten als psychotherapeutische Praxen. Sie behandeln psychisch kranke Menschen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung nicht ausreichend in ambulanten Praxen versorgt werden können. Dabei erhält ein Drittel der Patienten in Psychiatrischen Institutsambulanzen nur einen Termin pro Quartal, ein weiteres Drittel lediglich 2 oder 3 Termine. In einer psychotherapeutischen Behandlung ist dagegen ein Termin pro Woche die Regel. „Der G-BA hat eine offensichtlich fachlich falsche Regelung verlängert“, kritisiert BPtK-Präsident Munz. „Dies ist Politik zulasten psychisch kranker Menschen.“

Quelle: Pressemitteilung BPtK, Kay Funke-Kaiser, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 15.02.18

## **6. Informationen für Praxis und Alltag**

### **6.1. KV-Safenet und Co.: Die wichtigsten Fragen und Antworten**

Was bringt ein KV-Safenet-Anschluss? Wird dieser durch die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur überflüssig? Und was genau ist überhaupt das „Sichere Netz der KVen“? Beim Thema KV-Safenet und Co. tun sich bei nicht wenigen Ärzten immer noch viele Fragen auf. Der änd will seinen Lesern einen Durchblick verschaffen und hat deshalb bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gezielt nachgefragt. Hier das Ergebnis:

Quelle und weiter: <https://www.aend.de/article/185019> , 21.02.18

## **6.2. medisign und DGN bringen eigenes Paket**

Der Markt für Komponenten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur formiert sich. DGN und medisign haben jetzt ein eigenes Angebot angekündigt.

DÜSSELDORF. Ärzte, die ihre Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) anschließen wollen, werden spätestens im zweiten Quartal auf weitere Anbieter von Konnektoren und auch von Kartenlesegeräten zurückgreifen können. So haben jetzt der IT-Dienstleister Deutsches Gesundheitsnetz (DGN) und der Signaturkartenanbieter medisign angekündigt, zum E-Health-Branchentreff conhIT im April ein eigenes Paket zum Anschluss an die TI vorzustellen.

Quelle und weiter: [https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/957696/ti-anschluss-conhit-medisign-dgn-bringen-eigenes-paket.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-02-19.Telemedizin.x](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/957696/ti-anschluss-conhit-medisign-dgn-bringen-eigenes-paket.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-02-19.Telemedizin.x), 16.02.18

## **6.3. Tipps zum Schutz vor Computerviren und Betrüger-E-Mails**

01.03.2018 - Arztpraxen sind für besonders sensible Patientendaten verantwortlich. Gleichzeitig können auch sie Opfer von Betrügern werden, die E-Mails mit gefährlichen Links und Anhängen verschicken. Praxen können Vorkehrungen treffen, um sich vor solchen Angriffen zu schützen.

Ein erster Schritt hin zu mehr Computersicherheit ist, einige wichtige Grundsätze beim Surfen im Internet und beim Öffnen von E-Mails zu beachten und alle Praxismitarbeiter für dieses Thema zu sensibilisieren.

Quelle und weiter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_33411.php](http://www.kbv.de/html/1150_33411.php) , 01.03.18

## 6.4. Neue Befugnisse für PP und KJP

Eigentlich hat der Bewertungsausschuss nach der Einführung neuer Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sechs Monate Zeit, die dazugehörige Bewertung und Legendierung im EBM zu beschließen. Somit wäre es für die Freigabe der Verordnungsziffern für die Soziotherapie und die medizinische Reha bei den PP und KJP allerhöchste Zeit. Die Frist war bereits im Dezember abgelaufen. Zumal es hier nicht einmal um die Bewertungshöhe ging, sondern lediglich um die Freigabe für diese beiden Berufsgruppen in der Präambel des Kapitels 23, denn die Ziffern gibt es ja schon für die Ärztlichen Psychotherapeuten.

Worüber man sich aber lange nicht einig werden konnte war die Frage, ob diese Leistungen als neu angesehen und damit extrabudgetär vergütet werden, oder ob man sie wie bei den Ärzten aus der MGV und damit quotiert vergütet. Für beide Alternativen gibt es gute Argumente.

Auch bei der aktuellen Sitzung des Bewertungsausschusses am 31. Januar wurde dazu kein Beschluss gefasst, aber es gibt inzwischen die Einigung der extrabudgetären Vergütung für die nächsten zwei Jahre. Im Moment läuft gerade im schriftlichen Verfahren die Unterschriftensammlung der KBV und der Kassen für diese Einigung. Das Ganze sollte dann spätestens Ende Februar in trockenen Tüchern sein.

Wir raten deshalb ab von der rechtlich bereits jetzt möglichen Verschreibung und Abrechnung mit Analogziffern aus der GOÄ, was aufwändig ist. Man müsste diese Ziffern, wie bei jeder Privatliquidation, nämlich erst dem Patienten in Rechnung stellen, und der könnte es dann bei seiner Kasse einreichen. Dieser Aufwand lohnt für die verbleibende kurze Zeit bis zur EBM-Anpassung nicht.

Es geht dabei um folgenden Ziffern:

01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 gemäß Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Reha (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V: 302 Punkte, 31,80 €  
30810 Erstverordnung Soziotherapie: 168 Punkte, 17,69 €  
30811: Folgeverordnung Soziotherapie, 168 Punkte, 17,69 €

Es gilt zu beachten: Wenn man in Zukunft Soziotherapie verordnen will, dann braucht man dafür eine Genehmigung von der zuständigen KV. Dafür gibt es Formulare auf der KV-Homepage:

[https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen\\_ueberblick/gs\\_sozio\\_therapie\\_ppt\\_kjp/index.html](https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/gs_sozio_therapie_ppt_kjp/index.html)

Auf dem Formular muss man erklären, dass man sich in einer Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen befindet. Es gibt also im Vorfeld der tatsächlichen Verordnungsbefugnis noch einiges zu tun für die PP und KJP.

Wenn die Ziffern frei gegeben sind, werden wir Ihnen nochmal eine entsprechende Information schicken und außerdem unsere dazugehörige Broschüre zur Verfügung stellen.

Quelle: Ulrike Böker, 41. Mitgliederrundbrief bvvp-Berlin, 16.02.18

## **6.5. Versicherungsrechtliche Beurteilung von Personen während der praktischen Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung**

Tätigkeiten in klinisch-psychiatrischen Einrichtungen sowie Einrichtungen der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung stellen eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Rahmen der betrieblichen Berufsbildung dar.

Quelle und weiter:

[https://www.kbs.de/DE/20\\_firmenkunden/00\\_alle\\_news/news/16\\_07\\_04\\_beurteilung\\_psychotherapeuten.html](https://www.kbs.de/DE/20_firmenkunden/00_alle_news/news/16_07_04_beurteilung_psychotherapeuten.html) , 15.07.16

## **6.6. Universität Hamburg: Studieninformation**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Landespsychotherapeutenkammern und das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) haben im November 2017 gemeinsam eine Onlinebefragung der Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten durchgeführt, um die Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zu untersuchen. Diese Befragung war der erste Teil eines Projekts, an den sich nun der zweite Teil anschließt.

In diesem Schritt soll nun die Perspektive der Patientinnen und Patienten einbezogen werden, um ein umfassendes Bild über die Auswirkungen der Reform und mögliche Umsetzungsprobleme und Versorgungsdefizite zu erhalten. Daher folgt nun eine zweite Studie, in der Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung befragt werden sollen. Befragt werden Patientinnen und Patienten bzw. bei Kindern deren Bezugspersonen, die im Zeitraum von Mai/Juni 2018 eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen.

Quelle und weiter: <https://www.limesurvey.uni-hamburg.de/index.php/454531?lang=de> , Zugriff 06.03.18

## **7. Rechtliches und Urteile**

### **7.1. „Ich kann jetzt als Arzt mein Profil löschen lassen!“**

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden: Jameda muss die Daten einer Ärztin löschen. Was bedeutet das für andere Ärzte? Ein Anwalt klärt auf.

Der Rechtsanwalt Dr. Thomas Jochheim ist auf Marken- und Wettbewerbsrecht sowie Medien- und Urheberrecht spezialisiert. Bereits im Januar dieses Jahres veröffentlichte er auf dem Portal [anwalt.de](http://anwalt.de) einen Artikel, in dem er Ärzten erklärt, wie sie Jameda dazu bewegen können, Bewertungen zu löschen.

Quelle und weiter:

[https://www.aend.de/article/185028?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2018-02-20&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/185028?utm_source=Abendnachrichten_2018-02-20&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten), 20.02.18

S. dazu a:

<https://www.jameda.de/presse/pressemeldungen/?meldung=207>, 20.02.18

und Punkt 7.2.

### **7.2. "Freie Meinungsäußerung müssen sich die Ärzte gefallen lassen"**

Das Ärztebewertungsportal Jameda musste die Daten einer Kölner Hautärztin löschen – nachdem sie einen Prozess bis zum Bundesgerichtshof (BGH) getrieben hatte. Laut Gericht hat Jameda die für Bewertungsportale gebotene Neutralität verlassen, weil es mit seinem Geschäftsmodell die für Werbung bezahlenden Ärzte begünstige. Wie blicken die Macher der Plattform selbst auf den Urteilsspruch? Der änd sprach mit Jameda-Geschäftsführer Dr. Florian Weiß.

Quelle und weiter:

[https://www.aend.de/article/185166?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2018-02-26&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/185166?utm_source=Abendnachrichten_2018-02-26&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten) , 26.02.18

## **8. Aus der Wissenschaft**

### **8.1. Offener Brief an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie**

... Als Professorinnen und Professoren, die wir als Wissenschaftler, Forscher, Lehrende und Praktiker in Humanistischer Psychotherapie ausgewiesen sind, weisen wir mit aller Schärfe dieses Gutachten als tendenziös und mangelhaft zurück. Der WBP hat mit seiner Vorgehensweise, die dem Gutachten zugrunde liegt, zentrale Regeln wissenschaftlichen Arbeitens missachtet und verletzt – Regeln, die wir seit

vielen Jahren unseren Studierenden als Essentials von Wissenschaft vermitteln und von denen wir ausgehen, dass sie jenseits dieses Gutachtens auch von Ihnen an Ihren Hochschulen vermittelt und eingehalten werden...

Quelle und weiter: [http://www.aghpt.de/texte/GwG\\_offener\\_Brief\\_WBP\\_2018-02-19.pdf](http://www.aghpt.de/texte/GwG_offener_Brief_WBP_2018-02-19.pdf) , 26.02.18

## **8.2. Wie gut hilft Psychotherapie wirklich?**

Von Volkart Wildermuth

Psychotherapien sind wirksam, sagen mehr als 80 Prozent von 250 Studien. Der Statistiker Vangelis Evangelou hat sich diese wissenschaftlichen Veröffentlichungen noch einmal genauer angeschaut und kommt zu einem anderen Ergebnis. Einen Mangel an wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu den verschiedenen Psychotherapien gibt es nicht. Aber was taugen diese Studien, hat sich Vangelis Evangelou von der Universität im griechischen Ionnina gefragt. Er ist kein Therapeut, sondern Statistiker und sucht mit mathematischen Methoden nach verborgenen Problemen in Studien etwa zu Krebs oder zur Hirnforschung. Mit seinem Team hat er dieses Mal nach großen Überblicksarbeiten zur Psychotherapie gesucht und fast 250 gefunden.

Quelle und weiter: [http://www.deutschlandfunkkultur.de/zweifel-an-studien-wie-gut-hilft-psychotherapie-wirklich.976.de.mhtml?dram:article\\_id=384796](http://www.deutschlandfunkkultur.de/zweifel-an-studien-wie-gut-hilft-psychotherapie-wirklich.976.de.mhtml?dram:article_id=384796) , 27.04.17

## **8.3. Drei Antidepressiva stechen in Mega-Meta-Analyse hervor**

Agomelatin, Escitalopram und Vortioxetin haben nach Daten der bislang größten Netzwerk-Metaanalyse unter 21 gebräuchlichen Antidepressiva das beste Nutzen-Risiko-Profil.

Von Thomas Müller

... Amitriptylin bei Wirksamkeit vorne

Psychiater um Dr. Andrea Cipriani von der Universität in Oxford haben eine solche Analyse zu den 21 gebräuchlichsten Antidepressiva gewagt (Lancet 2018, online 21. Februar). Danach zählen Amitriptylin (z.B. Amineurin), Mirtazapin, Duloxetin und Venlafaxin zu den wirksamsten Antidepressiva, Agomelatin (Valdoxan), Fluoxetin und Escitalopram zu den verträglichsten. Werden Wirksamkeit und Verträglichkeit berücksichtigt, schneiden Agomelatin, Escitalopram und Vortioxetin in den direkten Vergleichen am besten ab...

...Nach dieser Auflistung wären also Agomelatin, Escitalopram und Vortioxetin die einzigen Wirkstoffe, die sowohl bei der Wirksamkeit als auch der Akzeptanz signifikante Vorteile im direkten Vergleich zeigen konnten, sie könnten daher

bevorzugt bei der Ersttherapie verwendet werden, schreiben die Psychiater Sagar Parikh und Sidney Kennedy von den Universitäten Ann Arbor und Toronto in einem Kommentar zur Analyse.

Quelle und weiter:

[www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-  
psychiatrische\\_krankheiten/depressionen/article/958300/unipolare-depression-drei-  
antidepressiva-stechen-mega-meta-analyse-hervor.html?ticket=ST-45024-  
xE411Oy2Zc51zsJeby1x-e31686cc-9412-4be1-76bb-31c3](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/depressionen/article/958300/unipolare-depression-drei-antidepressiva-stechen-mega-meta-analyse-hervor.html?ticket=ST-45024-xE411Oy2Zc51zsJeby1x-e31686cc-9412-4be1-76bb-31c3), 28.02.18

S. dazu a.: <http://www.i-p-p-m.de>

#### **8.4. Experten kritisieren fehlende unabhängige Finanzierung klinischer Studien**

Berlin – Arzneimittelexperten haben den fehlenden politischen Willen kritisiert, mehr unabhängig von der pharmazeutischen Industrie finanzierte klinische Studien zu ermöglichen. „Mir ist nicht verständlich, dass es in Deutschland keine unabhängige Studienfinanzierung gibt“, sagte der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Jürgen Windeler, kürzlich in Berlin. Unabhängig bedeute in diesem Zusammenhang, dass nicht die Industrie definiere, was zu untersuchen sei.

Quelle und weiter: [https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91597/Experten-kritisieren-  
fehlende-unabhaengige-Finanzierung-klinischer-Studien](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91597/Experten-kritisieren-fehlende-unabhaengige-Finanzierung-klinischer-Studien)  
05.03.18

### **9. Sonstiges aus den Medien**

#### **9.1. Heilende Künste**

VON SIBYLLE ANDERL

Ben Doolittle, ein bereits ergrauter Privatdozent der Yale School of Medicine, blickte höchst besorgt durch seine goldrandige Brille, als er vor zwei Jahren bei einer Podiumsdiskussion in Yale das Gespräch auf eine aktuelle Studie lenkte. 54 Prozent der amerikanischen Ärzte, so hatte man herausgefunden, zeigten Symptome von Burnout. „Wir suchen Antworten. Wir suchen Hoffnung“, seufzte Doolittle, um sich mit diesem Appell gleich darauf an seinen Gesprächspartner, den indischen Yogi „Sadhguru“ Jaggi Vasudev, zu wenden.

Quelle und weiter: [http://www.faz.net/aktuell/wissen/burnout-heilende-kuenste-  
15434371.html](http://www.faz.net/aktuell/wissen/burnout-heilende-kuenste-15434371.html) , 09.02.18



## 9.2. Online-Therapie bei Depression

"Man merkt wieder, dass man etwas schafft"

Täglich einloggen, Tagebuch führen, Fortschritte festhalten: Mithilfe einer digitalen Therapie hat eine schwer Depressive zurück in den Alltag gefunden. Was können die Online-Programme und was nicht?

Von Eva Schläfer

Morgens, beim Aufwachen, lag der Tag wie ein angsteinflößender Wachhund vor Yvonne Mädchen. Jede ihrer Bewegungen schien er knurrend abzuwehren. Die 38-Jährige hatte Angst und ihr fehlte zunehmend der Antrieb für ihr Leben. So verhielt sie sich möglichst regungslos und verbrachte ihre Tage auf dem Sofa.

Quelle und weiter:

<http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/digitale-therapie-wie-online-programme-depressiven-helfen-koennen-a-1182274.html> , 17.12.17

## 9.3. Psychiatrisierte Kindheit

VON MICHAELA KOLLER

Ein Dokumentarfilm der Wiesbadener Filmemacherin Sonja Toepfer beschäftigt sich mit gefährlichen Untersuchungen an Heimkindern. Was Thomas Hasper als Junge erlebt hat, lässt einen schauern.

Thomas Hasper, 63 Jahre alt, blickt auf 24 Jahre Leben in Heimen zurück: als „Krüppel“ abgestempelt, verwahrt, mit Medikamenten ruhiggestellt, zu fragwürdigen Untersuchungen herangezogen. Das alles kann er belegen. Zwischen zwei roten Buchdeckeln liegt vor ihm ein Stapel von Nachdrucken medizinischer und pädagogischer Berichte. Hasper sagt: „Der kleine zornige Junge damals aus Hephata, der hat sich dieses Buch erkämpft.“

<http://www.faz.net/aktuell/rhein-main/untersuchungen-an-heimkindern-psychiatrisierte-kindheit-15441343.html> , Zugriff 28.02.18

## 9.4. Mittzwanziger im Krisenmodus

VON ULRICH FRIESE

Vor kurzer Zeit rüttelten Krankenkassenzahlen auf: Jeder vierte junge Mensch hat psychische Probleme. Neue Studienergebnisse eines Berufsportals bestätigen nun häufige Lebenskrisen vor dem 30. Geburtstag.

Mitte Zwanzig, Studienabschluss in der Tasche und ziemlich orientierungslos. So lässt sich das Profil junger Erwachsener umschreiben, die mitten in der „Quarter-Life“-Krise stecken. Glaubt man einer Umfrage des Berufsportals LinkedIn, waren die meisten Berufstätigen in Deutschland unter 30 Jahren von dieser Trend-Krankheit betroffen.

Quelle und weiter: <http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/beruf/psychische-probleme-mittzwanziger-im-krisenmodus-15470572.html>, 28.02.18

### **9.5. „Dr. Hontschiks Diagnose“: Große Worte und kleine Taten Alle reden vom Koalitionsvertrag. Wir auch.**

Nachdem die Gesundheits- und Sozialpolitik im Wahlkampf des vergangenen Jahres überhaupt keine Rolle gespielt hatte, avancierte sie plötzlich zur alles entscheidenden, letzten Zer- reißprobe der jüngsten Koalitionsverhandlungen. Man durfte also wirklich gespannt sein. So viele Probleme, so viele Fehl- entwicklungen, so viele Baustellen wie im Gesundheitswesen, da war es wirklich höchste Zeit für viel „neue Dynamik“, wie sie der Titel des 179 Seiten umfassenden Koalitionsvertrages verspricht. Es hat ein bisschen gedauert, dann hatte ich end- lich die acht Seiten im Vertrag gefunden, die sich mit Gesund- heit und Pflege befassen: „Das Patientenwohl ist für uns ent- scheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidun- gen.“ Potz Blitz! Wer hätte das gedacht?

Quelle und weiter:  
<http://www.hontschik.de/chirurg/rundschau/194%20180210%20grosse%20worte.pdf>  
, 10.02.18

### **9.6. „Dr. Hontschiks Diagnose“: Wes' Brot ich ess, des' Lied ich sing Gelten in der Medizin andere Gesetze?**

Nehmen wir einmal an, es würde sich zu Beginn einer Gerichtsverhandlung herausstellen, dass der Richter und die Angeklagte verwandt sind. Keine große Sache: Einem Befangenheitsantrag würde stattgegeben, die Sache rasch wäre geregelt. Ein anderer Richter würde bestellt. Man nennt das einen Interessenkonflikt. Szenenwechsel. Nehmen wir einmal an, Eintracht Frankfurt käme am 19. Mai in Berlin wieder ins Pokalendspiel, z.B. gegen Bayer Leverkusen. Und jetzt stellen wir uns vor, der DFB würde für das Pokalendspiel einen Schiedsrichter nominieren, der seit Jahren Mitglied bei Bayer Leverkusen ist. Was würde wohl passieren? Ein Aufschrei ginge durch das Land. Der DFB könnte sich vor Protesten kaum retten. Der Schiedsrichter würde den Auftrag wahrscheinlich von selbst zurückgeben, ein anderer würde bestellt. Man nennt das einen Interessenkonflikt.

Szenenwechsel. Nehmen wir einmal an, dem Schweizer Pharmakonzern Roche wäre mit dem Medikament Ocrelizumab tatsächlich der Durchbruch in der Multiple-Sklerose-Behandlung gelungen. Nehmen wir also an, Ocrelizumab sei der Behandlung mit Interferonen bei „günstigem Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil“ wirklich „signifikant überlegen“. Und das, obwohl ein nahezu gleiches Medikament mit Namen Rituximab schon seit zwanzig Jahren für etwa 3.000 Euro pro Jahresdosis gegen die MS eingesetzt wird, während die Behandlung mit Ocrelizumab mit 33.000 Euro elf mal so viel kostet.

Aktuelle Zusammenfassungen der medizinischen Behandlungsstandards nennt man Leitlinien. Leitlinien sind so etwas wie Vorschriften für Diagnose und Therapie in der Medizin. Es sind Leitlinienkommissionen, die Medikamente bewerten und Therapien festlegen. Für die Behandlung der Multiplen Sklerose gibt es bei der neurologischen Fachgesellschaft eine Leitlinienkommission mit 24 Mitgliedern. Und nun vergegenwärtigen wir uns die Tatsache, dass alle diese 24 Gelehrten mehr oder weniger hohe finanzielle Zuwendungen von der Pharmaindustrie erhalten. Erstickt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie jetzt in Protestnoten? Weit gefehlt. Keineswegs werden umgehend Ersatz-Wissenschaftler eingesetzt, denn die betroffenen Ärztinnen und Ärzte denken gar nicht daran, den Auftrag zurückzugeben. Obwohl man das einen Interessenkonflikt nennen muss.

Quelle und weiter:

<http://www.hontschik.de/chirurg/rundschau/195%20180224%20interessen.pdf>,  
24.02.18

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