



# Psychotherapie **Aktuell**

- ❏ Ambulante Versorgung – Psychiatrische Institutsambulanzen – Stationäre Versorgung
- ❏ Aktuelle Statistiken der KBV aus dem Blickwinkel der Psychotherapeuten
- ❏ Kaum Zunahme von Gruppentherapien



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach der Wahl ist vor der Wahl. In vielen Bundesländern wurden im letzten Jahr die Landespsychotherapeutenkammern neu gewählt. In diesem Jahr stehen die Neuwahlen in allen Kassenärztlichen Vereinigungen an. Nach einer Amtsperiode von sechs Jahren schauen wir als DptV auf viele Erfolge zurück. Doch es bleibt kaum Zeit, Luft zu holen wie Sie in dieser Ausgabe feststellen können: Themen wie die Reform der Ausbildung, die Vergütungsreform, die Umstrukturierung in der Bedarfsplanung sind noch lange nicht in trockenen Tüchern, da drängen sich neue und alte Themen mit brisanter Aktualität in unsere berufspolitische Aufmerksamkeit.

So finden Sie heute einen Überblick zur Gemengelage zwischen der stationären Versorgung, den Psychiatrischen Institutsambulanzen und der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Vom Gesetzgeber gewollt ist eine bessere Vernetzung zwischen ambulant und stationär. Zurzeit zeichnen sich aber Entwicklungen ab, die den stationären Einrichtungen einen lukrativen „Nebenerwerb“ im ambulanten Sektor ermöglichen. Auf dieser Basis droht die herkömmliche ambu-

lante Psychotherapeutische Praxis ins Hintertreffen zu geraten.

Des Weiteren gehen wir der Frage nach, warum in stationären Einrichtungen schwerpunktmäßig Gruppentherapien durchgeführt werden und diese in der ambulanten Praxis kaum realisiert werden. Dies obwohl Gruppentherapien nachweislich für viele Diagnosen sehr effektiv sind.

Nicht zuletzt werfen wir einen Blick auf die aktuellsten Grunddaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und werten diese aus dem Blickwinkel der zweitgrößten(!) Fachgruppe innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus.

All das wird deutlich machen, dass wir viel zu tun haben, die Qualität unserer beiden Berufe gewinnbringend bzw. gewinnbringender für unsere Patienten mit psychischen Beschwerden in der Gesundheitsversorgung zu etablieren.

Wir bitten Sie deshalb, machen Sie mit, engagieren Sie sich in der Deut-

schen Psychotherapeutenvereinigung und wählen Sie unsere Kandidaten in die Vertreterversammlungen Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Denn Ihre Stimme verhilft nicht nur berufspolitisch engagierten DptV-Kolleginnen und Kollegen, sich in der Vertreterversammlung für Ihre Interessen einzusetzen. Ihre Wahl ist der Grundstein für alle weiteren Besetzungen wichtiger Ausschüsse in den KV-Gremien, wie dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie, dem Zulassungs- und Berufungsausschuss, den Haupt- oder Finanzausschüssen u.v.m. Ihre Stimme hat auch auf Bundesebene Relevanz: Die Mitglieder der KV-Vertreterversammlungen auf Länderebene wählen die Mitglieder der KBV-Vertreterversammlung auf Bundesebene. Auf Landes- und auf Bundesebene haben die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen eigenen „Wahlkörper“, d.h. sie wählen ihre Vertreter getrennt von denen der Ärzte. Dem Mitbestimmungsrecht auf Bundesebene kommt bei zunehmender Zentralisierung relevanter Themen eine wachsende Bedeutung zu. Zu den wichtigen Beratungs- und Entschei-

dungsgremien gehören z.B. der Beratende Fachausschuss Psychotherapie der KBV, der Bewertungsausschuss etc. Auch die angemessene Vertretung in den Arbeitsgruppen, Ausschüssen und die Besetzung von Vorständen im Gemeinsamen Bundesausschuss sind von einem guten Wahlergebnis betroffen – so der Ausschuss Psychotherapie und Bedarfsplanung, der weitreichende Beschlüsse für unsere Praxisgestaltung vorbereitet und abstimmt.

Setzen Sie sich für Ihre Interessen als Psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ein und wählen Sie Ihre Kandidaten der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung für bessere Arbeitsbedingungen zum Wohle unserer Patienten.

Danke.

Ihre

Stellvertretende Bundesvorsitzende der DptV



## Gesundheitspolitik

- 2 Hans Nadolny**  
Ambulante Versorgung – Psychiatrische Institutsambulanzen – Stationäre Versorgung
- 5 Sabine Schäfer**  
Aktuelle Statistiken der KBV aus dem Blickwinkel der Psychotherapeuten
- 10 Dieter Best**  
Kaum Zunahme von Gruppentherapien
- 13 Hans-Jochen Weidhaas**  
Interview mit Dieter Thomae
- 14 Carsten Frege**  
Aus alt mach neu:  
Die Strukturreuordnung des Bundesministeriums für Gesundheit

## Fachbeiträge

- 15 Heiko Borchers**  
Die Tücke im Detail:  
Tagesklinik und ambulante Vertragspsychotherapie
- 16 Björn Husmann**  
Systematische Entspannungsverfahren im Überblick  
- Erheblich mehr als ‚nur‘ die Seele baumeln lassen

## Aus Wissenschaft und Forschung

- 21 Cornelia Rabe-Menssen**  
Auch Psychiater und Psychologen haben negative Einstellungen gegenüber Schizophreniepatienten
- 22 Cornelia Rabe-Menssen**  
Ambulante Psychotherapie ist kein „Luxus-Gut“

## Aus der Praxis – für die Praxis

- 23 Anne Spreyer**  
Falscher Klick im Internet  
Betrug mit Branchenbuch-, Telefonbucheintragung, Online-Branchenverzeichnissen, Internet-Abonnements, Klingeltonabos
- 25 Evelyn Schmalenbach**  
Praxisverkauf – Der richtige Zeitpunkt spart Steuern
- 27 Informationsblatt**  
Häufig gestellte Fragen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM 2009

## Ausbildung

- 31 Erika Behnsen**  
Grundrechtlicher Spielraum für die Regelung der Profession des KJP, des PP oder des P sowie einfachgesetzliche Folgen einer Neuordnung für die Berufsangehörigen – Erster Teil
- 35 Barbara Lubisch**  
PiA in der DPtV – neue Ansätze
- 36 Rolf Keller, Josef Könning, Peter Kosarz, Walter Ströhm**  
Wie zufrieden sind die PiAs: Unterschiede zwischen PP und KJP

## Rechts- und Versicherungsfragen

- 39 Thomas Ufer**  
Privilegierung von Äußerungen im Verhältnis zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient
- 41 Wolfgang Elbrecht**  
Das Bürgerentlastungsgesetz

## Veranstaltungen

- 43 Veranstaltungskalender April bis Juni 2010**
- 44 Kleinanzeigen**

## Verbandsintern

- 45 Adressen DPtV/Impressum**

## Rezensionen

- 46 Sabine Waadt**  
In jeder Mücke steckt ein Elefant
- 46 Gabriele Sturm**  
Imagination in der Verhaltenstherapie
- 47 Gabriele Kennert**  
Psychologen-Blues

## Leserbriefe

- 48 Leserbrief zum Beitrag von Susanne Bergtholdt**  
Anstellung in der Psychotherapeutischen Praxis. Aspekte zur Regelung einer fairen Vergütung.
- 48 Leserbrief zum Beitrag von Andrea Arendt**  
Die vorvertragliche Anzeigepflicht in der Krankenversicherung



# Ambulante Versorgung – Psychiatrische Instituts- ambulanzen – Stationäre Versorgung

Hans Nadolny

Das Thema „ambulant – stationär“ scheint auf dem ersten Blick für die ambulant tätigen Psychotherapeuten sehr fern und uninteressant zu sein, da sich die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion bisher eher an der somatischen Medizin festmacht. Bei näherer Betrachtung ist das aber nicht der Fall. Zunehmend greifen Kliniken tiefer in die ambulante psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung von Patienten ein – über MVZs, über die ambulante Versorgung spezifischer schwerer Krankheitsbilder, in einigen Regionen über mehr oder minder aktiv tätige Psychiatrische Institutsambulanzen (in der Folge PIA), die ihre gesetzlichen Vorgaben und auch Einschränkungen beliebig ignorieren und mit den behandelten Diagnosen weit in den Bereich der von Niedergelassenen zu behandelnden Störungsbilder einbrechen. Dies ist sicherlich regional unterschiedlich, führt aber in einzelnen KV-Bereichen durchaus schon zu einem gewissen Patientenmangel bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Zu diesem interessanten Themenkomplex, der ja quer durch die gesamte

Versorgungslandschaft geht, fand am 29.10.2009 eine Veranstaltung der KBV statt, bei der es zu einem kaum verhüllten Schlagabtausch zwischen den beiden Monopolen – KBV und DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) – kam.

KBV-Chef Dr. Andreas Köhler forderte auf der Veranstaltung „KBV kontrovers“ von der neuen Bundesregierung die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen für die Niedergelassenen. Bei Vergütung, Leistungsmengen, Investitionsmöglichkeiten und dem schnellen Einsatz von Innovationen würden Niedergelassene gegenüber Kliniken noch immer benachteiligt.

KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller warnte die Krankenhäuser davor, die Regelung von § 116b SGB V zur ambulanten Behandlung von seltenen schweren Erkrankungen für eine generelle Ausweitung ihrer Tätigkeiten in den ambulanten Bereich hinein zu nutzen. Wer zu welchem Zeitpunkt für die Behandlung eines Patienten zuständig sein sollte, müsse klar definiert werden. Es gehe auch nicht an,

dass sich Kliniken über angeschlossene MVZ je nach Bettenauslastung Patienten überwiesen oder Leistungen unvergütet in den ambulanten Bereich verlagerten.

Der Hauptgeschäftsführer der DKG, Georg Baum kritisierte, dass sich die bundesweit 2100 Kliniken nicht langfristig auf Ermächtigungen von Ärzten verlassen könnten. Mit ihnen seien

aber hohe Investitionskosten verbunden. „Krankenhäuser lassen sich nicht beliebig zu- und abschalten“, sagte er.

Mit diesen Statements waren die Schmerzpunkte der jeweiligen Kontrahenten dargestellt. Aus der Emotionalität der Ausführungen wurde dem interessierten Zuhörer schnell deutlich, dass es bei diesem Thema um die Neuverteilung von viel Geld und Macht geht. Dabei ging es um strittige Punkte wie die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen oder die Trägerschaft und Mehrheitsverhältnisse bei Medizinischen Versorgungszentren. „Wir stellen uns dem Wettbewerb mit den Krankenhäusern, wollen aber, dass dies unter gerechten Bedingungen geschieht. Wir wollen Wettbewerb mit gleich langen Spießen“, sagte Müller. Dazu verlangte er eine klare Aufgabenteilung: „Versorgung soll dort stattfinden, wo es medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten ist, und das heißt Hand in Hand an Behandlungspfaden ausgerichtet“, so der KBV-Vorstand.



**Aus dem Gesundheitspolitischen Programm der DPtV, S. 11:**

**3.4. Angleichung der sozialrechtlichen Grundsätze in der ambulanten Praxis in Konkurrenz zum Krankenhaus**

Krankenhäuser haben gegenüber ambulanten Praxen sowohl finanzielle Vorteile (z.B. Investitionen) als auch in der Entwicklung ambulanter Versorgungsangebote. Die letzten Gesundheitsreformgesetze haben die Benachteiligungen ambulanter Praxen noch verstärkt. Um die Existenzgrundlage der Praxen nicht zu gefährden, muss die freiberufliche

Tätigkeit in der ambulanten Praxis geschützt werden.

Die DPtV unterstützt deshalb die Forderung der KBV an den Gesetzgeber, die geltenden Regelungen zur Gründung und Betreibung von MVZ zu präzisieren und die Möglichkeit von Investoren, Gewinne ausschließlich durch die Kapitalbeteiligung zu erzielen, zu begrenzen. Die Leitung der MVZ sollte vorrangig von Freiberuflern ausgeübt werden. Die Möglichkeit der Leitung von MVZ durch Psychotherapeut/innen und die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten durch Psychotherapeut/innen ist gesetzlich zu verankern.



**Dr. Hans Nadolny**

Stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, ab 2005 im Hauptausschuss der KV Bremen. Mitglied der Vertreterversammlung der KBV, des Finanzausschusses und des Ausschusses für Vorstandsangelegenheiten der KBV. Seit 2005 alternierender Vorsitzender des Beratenden Ausschusses Psychotherapie der KBV.



Baum sprach sich dafür aus, die gleichen Voraussetzungen für den ambulanten wie stationären Sektor an ihren Schnittstellen zu schaffen, indem die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mehr Freiräume, ähnlich denen der Krankenhäuser, erhalten. „Restriktionen für Niedergelassene müssen aufgehoben werden, statt den Krankenhäusern dieselben Restriktionen aufzuerlegen“, forderte Baum.

Dass diese letzte Forderung nicht so einfach umzusetzen sein wird, zeigen die Vorstellungen des Gesetzgebers in § 137, beide Bereiche einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu unterziehen (siehe Kasten).

**Stationär: Fallpauschalensystem für Krankenhäuser**

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich im Spitzengespräch DKG/GKV/PKV am 23.09.2009 auf eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem (G-DRG 2010, German Diagnosis Related Groups) für Krankenhäuser verständigen können. Damit werden auch für das kommende Jahr die Abrechnungsbestimmungen und der Fallpauschalenkatalog sowie die übrigen Entgeltkataloge durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vorgegeben. Durch die Änderung des KHG wird die Finanzierung der Krankenhäuser weitgehend vereinheitlicht. Für die psychiatrischen Krankenhäuser wird es zwar (noch) keine DRG geben, es wird aber auch hier ein neuer „Psych-OPS“ (Operationen- und Prozedurenschlüssel) eingeführt, der die Grundlage der Finanzierung bilden soll. Die gesetzlichen Vorgaben sind im § 17d KHG geregelt. Mit der Entwicklung dieses OPS wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt. Am 26.10.2009 wurde der neue OPS 2010 herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG).

sondere um eine angemessene Beteiligung der Psychotherapeuten.

Die BpTK und auch die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung werden den Entwicklungsprozess des neuen OPS weiterhin kritisch begleiten und für eine entsprechende Anpassung im Sinne dieser Vorschläge zu sorgen haben. Dies sollte auch mit einschließen, dass Psychotherapeuten das Stationskonzept mit verantworten, im Bereich der Psychotherapie die Behandlungsführung übernehmen und Leistungen der Pflege („Behandlungspflege“) und anderer Therapeuten verordnen können. Leider ist dies im konkreten Entwurf noch nicht umgesetzt worden. Eine entsprechende kritische Stellungnahme der Kammer und der DPtV ist dem DIMDI jedoch bereits zugegangen.

In den Jahren seit Einführung der G-DRG-Fallpauschalen an den Krankenhäusern ist festzustellen, dass die Organisation der Patientenversorgung durch Krankenhäuser an der ambulanten-stationären Schnittstelle einem erheblichen Wandel unterliegt. Vor dem Hintergrund der mit dem G-DRG-System etablierten ökonomischen Anreize und Zwänge zur ambulanten Öffnung und Leistungsverlagerung der Krankenhäuser sind auch im vertragsärztlichen Bereich deutliche Effekte spürbar. In Anbetracht einer zunehmend engeren Indikationsstellung zur stationären Aufnahme, sich verkürzender stationärer Verweildauern, einer zunehmenden Komplexität ambulant zu versorgender Krankheiten und feststellbarer Leistungsverlagerungen in die vertragsärztliche Versorgung besteht Anhalt dafür, dass infolge der DRG-Einführung seit dem Jahr 2003 im vertragsärztlichen Bereich bereits

ein zusätzliches Leistungsvolumen von mehr als 1,4 Mrd. € induziert wurde, welches in den vertragsärztlichen Budgets mangels rechtlicher Handhabe bisher nicht berücksichtigt wurde. Auf Grundlage des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes besteht erst ab 2009 eine Möglichkeit, stationär-ambulante Verlagerungseffekte bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen zu berücksichtigen. Hierbei muss eine Methodik gefunden werden, die im Hinblick auf bereits stattgefundene und künftige Leistungsverlagerungen zwischen den Versorgungssektoren und Krankenkassen einen sachgerechten Interessensausgleich herstellt.

**Verlagerungseffekte stationär/ambulant**

Gemäß § 87a Abs. 4 SGB V sind bei der Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen auch die Auswirkungen von stationär-ambulanten Verlagerungseffekten auf den versichertenbezogenen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigen. Mit seinem Beschluss vom 02.09.2009 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss das Institut des Bewertungsausschusses damit beauftragt, das durch den Bewertungsausschuss erworbene Klassifikationssystem zur Messung der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur der Versicherten für die Messung von stationär-ambulanten Verlagerungseffekten zu erweitern. Hier seien grundsätzlich verschiedene Ansätze vorstellbar, welche in jedem Fall einer frühzeitigen empirischen Überprüfung bedürftig seien. Hierzu würden ergänzend zu den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten insbesondere Abrechnungsdaten aus den Krankenhäusern nach § 21 Kranken-

**Verlagerungseffekte stationär/ambulant**

Gemäß § 87a Abs. 4 SGB V sind bei der Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen auch die Auswirkungen von stationär-ambulanten Verlagerungseffekten auf den versichertenbezogenen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigen. Mit seinem Beschluss vom 02.09.2009 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss das Institut des Bewertungsausschusses damit beauftragt, das durch den Bewertungsausschuss erworbene Klassifikationssystem zur Messung der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur der Versicherten für die Messung von stationär-ambulanten Verlagerungseffekten zu erweitern. Hier seien grundsätzlich verschiedene Ansätze vorstellbar, welche in jedem Fall einer frühzeitigen empirischen Überprüfung bedürftig seien. Hierzu würden ergänzend zu den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten insbesondere Abrechnungsdaten aus den Krankenhäusern nach § 21 Kranken-



**SGB V § 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.

**OPS soll ab sofort in den Kliniken erprobt werden**

Nach den Vorgaben des § 17d KHG soll der OPS ab dem 01.01.2010 in Finanzierungsmodellen dienen. 2013 soll dann eine budgetneutrale Umsetzung erfolgen, sollen die OPS also „scharf gestellt“ werden. Die Angleichung der Finanzierungsmodelle der somatischen und psychischen Krankenhäuser und die Einführung des neuen OPS sind politisch gewollt. Dabei geht es einerseits um die Berücksichtigung der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Definition der Leistungskataloge und hier insbe-

hausentgeltgesetz benötigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung drängte darauf, die noch offen stehenden methodischen Fragen und insbesondere die Art und den Umfang der zur Messung der Verlagerungseffekte benötigten Daten zu klären. Der GKV-Spitzenverband machte deutlich, dass aus datenschutzrechtlichen Erwägungen zunächst alle methodischen Fragen geklärt sein müssten, bevor eine weitergehende Beschlussfassung zur Bereitstellung von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser durch die Krankenkassen erfolgen könne. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung machte im Gegenzug deutlich, dass sie eine weitergehende Blockade der Entwicklung eines Instrumentariums zur Messung von Verlagerungseffekten durch die Verweigerung der Lieferung der benötigten Daten nicht hinnehmen werde und dringend ein Beschluss getroffen werden muss, wenn nötig im Erweiterten Bewertungsausschuss. Eine Klärung der Problematik soll in 2010 gefunden werden.

Da es hierbei um viel Geld geht, wird eine Konsensfindung entsprechend langwierig und schwierig werden.

#### PIA als Anhängsel der Krankenhäuser drängen in die ambulante Versorgung

Die psychiatrischen Institutsambulanzen füllen eine Lücke zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Der Rechtsstatus der PIA ist im SGB V, § 118 geregelt (siehe Kasten).

Seit Ende 2008 ist der auch unsere Berufsgruppen intensiv berührende dreiseitige Vertrag zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband gekündigt, da er nach Meinung der KBV über die Jahre hinweg immer mehr durch die PIA unterlaufen wurde, indem sie sich nicht mehr auf die ihnen zugedachte vorrangige Aufnahme und Behandlung schwer psychisch Erkrankter (nicht wartezimmerfähig) beschränken. Auch die Krankenkassen beklagen die Undurchsichtigkeit der Behandlungen in den PIA. Es müsse klar sein, welche Patienten mit welchen Indikationen in den PIA versorgt werden. Mittlerweile sind einige Verhandlungsrunden ins Land gegangen, ohne dass man sich auch nur ansatzweise näher gekommen ist.

„Wenn die PIA-Leistungen eingeschränkt werden, wird der Drehtüreffekt wieder zunehmen“, prognostiziert Rümmelin (DKG). Außerdem erfüllen die Ambulanzen eine wichtige Versorgungsfunktion in Regionen, die fachärztlich unterversorgt sind. „Sie decken in manchen Bereichen komplett die ambulante Versorgung ab“, sagt sie. Die DptV fordert eine Einhaltung des definierten Diagnosespektrums durch die PIA. „Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist nicht Aufgabe der PIA“, sagt Professor Jürgen Fritze, Gesundheitspolitischer Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, der die Rahmenvereinbarung mit erarbeitet hat. Ein wesentliches Ziel der Ambulanzen sei es, chronisch psychisch Kranke zu versorgen, die aus eigenem Antrieb keine fachgerechte Hilfe in Anspruch nehmen und nicht stationär behandelt werden müssen, sagt er. „Leider ist es so, dass die Rahmenvereinbarung in einigen Institutsambulanzen locker interpretiert wird.“ Die KBV fordert eine exakte Eingrenzung des Behandlungsspektrums.



#### Psychiatrische Institutsambulanzen

In Deutschland gibt es 418 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), um vor allem schwer psychisch Erkrankte auch nach der Krankenhausentlassung engmaschig weiter betreuen zu können und erneute Klinikeinweisungen vermeiden zu können (Drehtüreffekt). Die Organisation und die finanzielle Ausstattung sind regional sehr unterschiedlich. PIAs sind vor allem für Patienten gedacht, die wegen eingeschränkter Compliance, Therapieabbrüchen, häufigen Krankenhausaufenthalten oder Multimorbidität nicht vom niedergelassenen Psy-

chiatern oder Psychotherapeuten betreut werden können. Auch für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie/-psychotherapie gibt es Ambulanzen.

Zu den häufigsten Krankheitsbildern in diesen Einrichtungen zählen Schizophrenie, affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten mit Komorbiditäten und gerontopsychiatrische Krankheiten. Entscheidend für die Versorgung in einer PIA ist aber nicht die Diagnose, sondern die Schwere des Krankheitsbildes. Die Vergütung der PIAs erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und wird direkt mit den Landesverbänden der Kassen vereinbart.

hat der Gesetzgeber mit dem § 118 nie gewollt.“ Dieser Übergriff in das genuine Arbeitsfeld der niedergelassenen PPs und KJPs kann selbstverständlich so nicht hingenommen werden.

hat der Gesetzgeber mit dem § 118 nie gewollt.“ Dieser Übergriff in das genuine Arbeitsfeld der niedergelassenen PPs und KJPs kann selbstverständlich so nicht hingenommen werden.

#### Fazit

KBV, Krankenkassen und Institut des Bewertungsausschusses arbeiten an einer Quantifizierung der Bemessung der Verlagerungseffekte, um Klarheit über die Leistungs- und Geldströme zu gewinnen. Die Gemengelage ist unübersichtlich und das Ergebnis zurzeit noch nicht prognostizierbar. Eine sektorenübergreifende Vereinheitlichung bei der Qualitätssicherung und Versorgungsplanung findet in den nächsten Jahren statt. Die Angleichung bzw. Verzahnung von G-DRG-System und EBM ist eine Frage der Zeit. ■



#### SGB V § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder

Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Absatz 1 Satz 3 gilt.

„Wir müssen für die Zukunft besser definieren, welche Patienten in die Ambulanzen gehören und welche in die Hände der niedergelassenen Ärzte“, sagt Dr. Frank Bergmann, der Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte, der an den Verhandlungen über die Rahmenvereinbarung beteiligt ist. Dabei gehe es nicht um die Abschaffung der Ambulanzen, sondern um die Bildung von abgestimmten Versorgungsketten. Ein weiteres Thema sei die ungleiche Honorierung von PIA und Niedergelassenen. Wenn man nur die ärztlichen Leistungen betrachte, müssten die Vertragsärzte rund zwei Drittel der Vergütungen erhalten, die an die PIA fließen.

Für die KBV nimmt der Autor als Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie an den Verhandlungen teil: „Es kann doch nicht sein, dass die PIA für sich beanspruchen, alle F-Diagnosen behandeln zu wollen. Dies



#### Literaturhinweise:

Ärzte Zeitung vom 29.10.2009  
Ärzte Zeitung vom 02.11.2009  
report psychologie 1/2010  
neurotransmitter 1/2010  
Rochell, B. u.a.: Einfluss auf den vertragsärztlichen Sektor; in: Ferdinand Rau, Norbert Roeder, Peter Hensen (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Kohlhammer Verlag (Stuttgart) 2009

# Aktuelle Statistiken der KBV aus dem Blickwinkel der Psychotherapeuten

Sabine Schäfer

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat aktuell die Grunddaten zum Jahre 2008 der Öffentlichkeit vorgelegt. Die KBV gibt die für ein Jahr ausgewerteten Daten jeweils mit einem Jahr Abstand heraus, d.h. die Daten für das Jahr 2008 werden Ende 2009 veröffentlicht. In diesem Artikel werden ausgesuchte Grunddaten der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der letzten drei Jahre aus dem Blickwinkel der Psychotherapeuten analysiert. Abschließend wird auch ein Blick in die Frequenzstatistiken der Abrechnungsdaten von Psychotherapeuten einiger KVen geworfen. Es kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) die drittgrößte Arztgruppe der ambulanten Versorgung innerhalb Deutschlands stellen, dass diese Kollegen hauptsächlich tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch ausgebildet sind und in diesen Verfahren auch den Hauptteil der Versorgung der Patienten übernehmen. Ein Exkurs am Ende stellt erneut fest, dass die Gruppe der Psychotherapeuten innerhalb aller KVen im direkten Vergleich mit allen anderen Arztgruppen mit großem Abstand den kleinsten Anteil an der Honorarverteilung erhält.

**Teil 1: Grunddaten der KBV – Der Anteil der Psychotherapeuten an der gesamten Ärzteschaft in der KBV**  
Vielen Kolleginnen und Kollegen ist sicher nicht bewusst, wie hoch der Anteil der PP und KJP bundesweit in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist. Die neueste Erhebung der KBV gibt hier bildhaft Auskunft. Die insgesamt 151.398 „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten“ beinhalten alle Vertrags- und Partnerärzte, alle angestellten und ermächtigten Ärzte, als auch alle Vertrags- und Partnerpsychotherapeuten, Dauerassistenten und ermächtigte Psychotherapeuten. Sowohl in Abbildung 1 als auch in Abbildung 2 werden die psy-

chotherapeutisch tätigen Ärzte (ÄP) der Gruppe der Fachärzte zugeordnet. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden in den KBV-Grunddaten immer separat

Hausärzte 38% und die Fachärzte 51%. Bei Betrachtung der letzten drei Jahre fällt auf, dass die Anzahl der Hausärzte kontinuierlich ab- und die der Fachärzte stetig zunimmt (Abb.2).

Auf den ersten Blick scheint in dieser Darstellung die Gruppe der Psychotherapeuten (PP/KJP) im ambulanten KV-System eine eher kleine Fachgruppe zu sein. Ergänzt man die nach Fachgruppen differenzierte Darstellung der KBV zur Verteilung der Vertrags- und Partnerärzte im Jahr 2008 (Abb. 3) um die Summe der PP/KJP, ergibt sich folgendes Bild:

**„Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellen im KV-System die drittgrößte Gruppe.“**

von den Fach- und Hausärzten dargestellt.

Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellen im KV-System die drittgrößte Gruppe nach den Allgemeinärzten/Praktischen Ärzten und In-

Die PP/KJP halten in 2008 11% an der Gesamtgruppe der Vertragsärzte, die

Verteilung der Ärzteschaft 2008

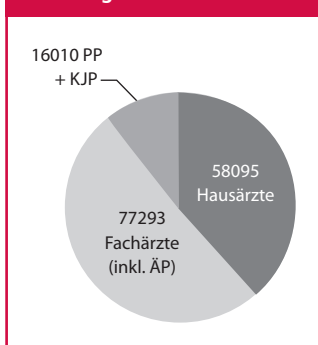


Abb. 1. Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten 2008 in absoluten Zahlen. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2009

Entwicklung der Verteilung der Ärzteschaft von 2006-2008



Abb. 2. Entwicklung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in absoluten Zahlen. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009. Anm.: Auch hier werden die Ärztlichen Psychotherapeuten (ÄP) zu den Fachärzten (FÄ) gezählt.

Anzahl der Vertragsärzte nach Arztgruppen 2008

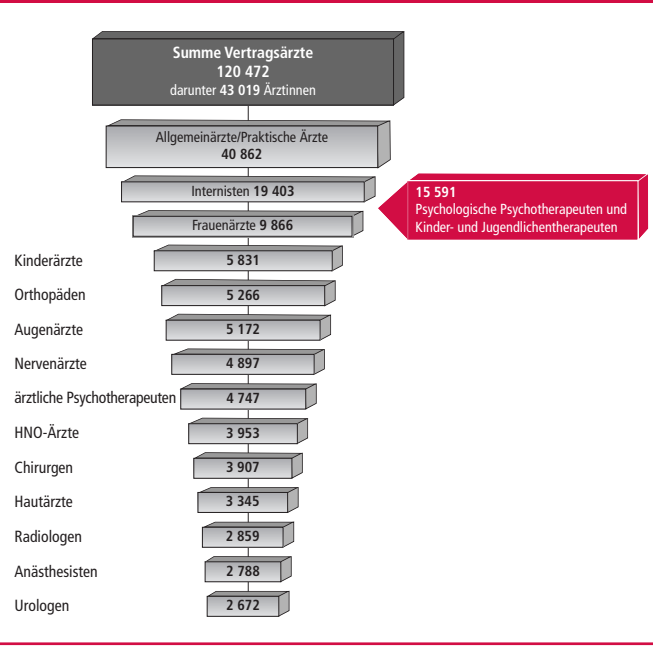


Abb. 3. Anzahl der Vertragsärzte einschl. Partnerärzte nach Arztgruppen 2008 in absoluten Zahlen. Quelle: KBV-Grunddaten 2009. Anm.: Die Differenz zur Gesamtzahl der PP/KJP zu den in Abb. 1 genannten Zahlen ergibt sich daraus, dass in dieser Darstellung die angestellten und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten nicht berücksichtigt werden.

Verteilung der Ärzteschaft 2008

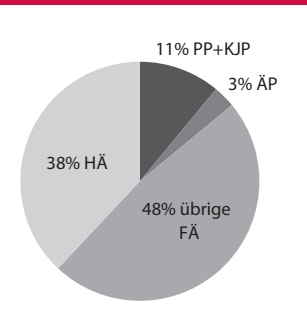


Abb. 4. Prozentuale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten 2008. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2009

ternisten! Integriert man die PP und KJP in die obige Darstellung, wird deutlich, dass diese Fachgruppe der PP/KJP 11% der Gesamtgruppe aller ambulant Tätigen stellt. Die Einführung einer 20%-Mindestquote für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, wird die drittgrößte Gruppe weiter verstärken.

**Teil 2: Grunddaten der KBV – Wer ist in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der GKV tätig?**

Die Frage nach dem Wer bezieht sich zum einen darauf, welcher Berufsgrup-

pe (PP, KJP oder ÄP) ein psychotherapeutisch arbeitender Kollege zuzuordnen ist und zum anderen auf die Zulassung in einem der Richtlinienverfahren (VT, TfP, AP). Die Entwicklung beider Größen soll hier ebenfalls über die Jahre 2006 bis 2008 betrachtet werden.

Zunächst wird hier die zahlenmäßige Entwicklung der drei Berufsgruppen, PP, KJP und ÄP, über die Jahre 2006, 2007 und 2008 verglichen.

Die KBV-Daten in Abbildung 5 lassen erkennen, dass sich über die betrachteten drei Jahre hinweg die absolute Anzahl der Vertragspsychotherapeuten (PP, KJP, ÄP zusammengenommen) wenig bewegt hat, nämlich von 19368 in 2006 auf 20338 in 2008 (+5%). Differenziert betrachtet, haben die PP von 2006 zu 2008 um 1,84% zugenommen, die KJP um 11,28% und die ÄP um 10,94%.

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, halten die Psychologischen Psychotherapeuten mit 12741 Vertretern den größten Anteil, nämlich 62,65% der niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten in 2008. Obwohl sie seit 2006 213 Kassensitze dazugewinnen konnten, haben sie jedoch im Verhältnis zur Gesamtheit aller Psychotherapeuten über die drei Jahre leicht abgenommen (-2%).

Anzahl der Vertragspsychotherapeuten von 2006-2008

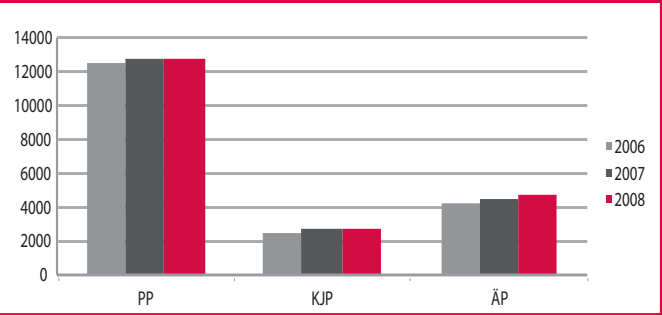


Abb. 5. Entwicklung der Anzahl der Vertrags- und Partnerpsychotherapeuten in absoluten Zahlen. Quelle: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009

Den zweitgrößten Anteil an der Psychotherapeutenschaft bestreiten die ärztlichen Psychotherapeuten mit 4747 Kollegen (23,34%) in 2008. Entsprechend der Zunahme von 468 Kollegen seit 2006 ist auch ihr Anteil an der Gesamtzahl der Psychotherapeuten gestiegen (+1%). Dieser Anstieg ist vor allem vor dem Hintergrund einer auslaufenden durch den Gesetzgeber zeitlich befristeten Schutzklausel (der sogenannten 40%-Quote) verständlich. Das GKV-OrgWG hat den ärztlichen Psychotherapeuten erneut eine Quote von jetzt 25% befristet bis zum 31.12.2013 zugestanden (gemessen an einer Idealversorgung von 100% laut Bedarfsplanungsrichtlinie). Hier ist in einzelnen Regionen mit einer Zunahme der Niederlassungen zu rechnen. Mit 2850 Vertretern und damit 14,01% sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die kleinste Berufsgruppe, die an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilnimmt. Sie verzeichnet seit 2006 289 neue Vertragspsychotherapeuten,

Verteilung der Vertragspsychotherapeuten 2008

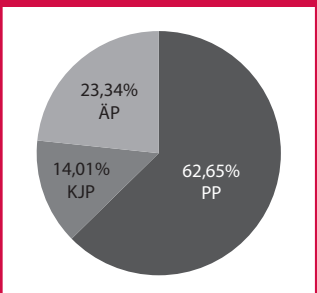


Abb. 6. Prozentuale Verteilung der Vertrags- und Partnerpsychotherapeuten 2008. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009

was sich auch auf ihren Anteil an der gesamten Psychotherapeutenschaft auswirkt (+1%).

Aufgrund der nun bevorstehenden Umsetzung der sogenannten 20%-Quote für KJP (zeitlich begrenzt bis zum 31.12.2013) werden insgesamt bundesweit 909 bis bestenfalls 1070 Neuzulassungen für Behandler erwart-

**Zum Verständnis der KBV-Grunddaten**

**„An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ...“** entspricht innerhalb der KBV Grunddaten:

- bei Ärzten: Vertragsärzte, Partnerärzte, angestellte sowie ermächtigte Ärzte
- bei Psychotherapeuten: Zugelassene und Partnerpsychotherapeuten sowie Dauerassistenten und Ermächtigte

**„Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten“** entspricht:

- bei Ärzten: Vertrags- und Partnerärzte
- bei Psychotherapeuten: Vertrags- und Partnerpsychotherapeuten

Wenn nicht extra erwähnt, zählen die ärztlichen Psychotherapeuten zu den Fachärzten.

Wenn nicht extra erwähnt oder offensichtlich, zählen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu den Psychologischen Psychotherapeuten.



tet, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch versorgen. Dies ließe die Gruppe der PP/KJP noch einmal deutlich anwachsen (Zahlen aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen zur Umsetzung der 20%-Quote – zitiert nach Angaben der KBV: Bundesarztregister, Stand 31.12.2008).

Das Tortendiagramm (Abb. 6) zeigt das Verhältnis der ÄP zu den PP/KJP. Auch wenn die PP/KJP zusammen 77% der Psychotherapeutenschaft stellen, werden in den KV-Gremien, wie z.B. dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie und den Zulassungs- und Berufungsausschüssen, die Anzahl der Mitglieder regelhaft jeweils hälftig aufgeteilt, das heißt: gleichviele Sitze für die Gruppe der ÄP und PP/KJP (letztere allerdings zusammengenommen).



Kollegen mit der Fachkunde sowohl in TfP als auch in AP haben diese meist über die sogenannte „verklammerte Ausbildung“ erworben, d.h. hier werden beide Fachkunden kombiniert erlernt, wobei redundante Ausbildungsinhalte entfallen.

Betrachtet man die Struktur der Psychotherapieberechtigungen nach den Richtlinienverfahren (Abb. 7) für das Jahr 2008, wird deutlich, dass über alle Arztgruppen hinweg die Fachkunde der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TfP) diejenige ist, welche von 8765 (43%) der insgesamt 20338 Vertragspsychotherapeuten in Deutschland durchgeführt wird. Den zweiten Bärenanteil bestreiten die 7185 Kollegen (35%) mit einer Fachkunde in Verhaltenstherapie (VT). An dritter Stelle stehen die 2769 Psychotherapeuten (14%) mit einer Fachkunde in Analytischer Therapie (AP). Nur 8%, das bedeutet 1619 Kollegen, haben eine Fachkunde gleichzeitig in TfP und AP.

Schaut man sich weiter die Entwicklung jedes Verfahrens in den Jahren 2006 bis 2008 in der Psychotherapeutenschaft an, stellt man fest, dass

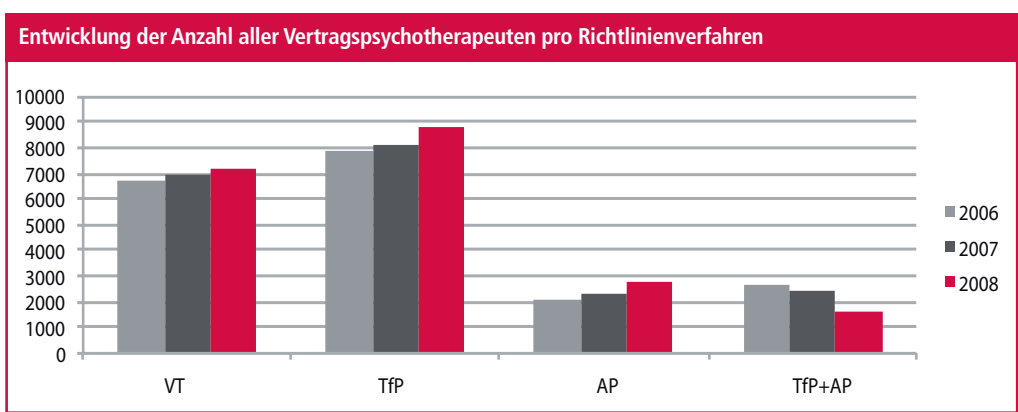


Abb. 7. Entwicklung der Anzahl aller Vertrags- und Partnerpsychotherapeuten für jedes Verfahren in absoluten Zahlen. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009

der Großteil aller Psychotherapeuten eine Fachkunde in VT oder TfP besitzt. In der Gesamtentwicklung über die drei dargestellten Jahre steigt der prozentuale Anteil der VTler, der TfPler sowie der APler, wohingegen der Anteil der Psychotherapeuten mit einer kombinierten Ausbildung (TfP/AP) deutlich abnimmt.

Interessant ist auch ein Blick darauf, wie sich jede einzelne Berufsgruppe in den Richtlinienverfahren etabliert hat. Die Psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 8) bevorzugen deutlich die VT, dicht gefolgt von der TfP. Die AP sowie die doppelte Fachkunde in TfP/AP haben bei den PPlern einen eher stiefmütterlichen Zulauf. Bei den KJPlern (Abb. 9) dagegen wird die TfP deutlich gegenüber den drei anderen Fachkundemöglichkeiten präferiert. Noch deutlicher fallen diese bei den ärztlichen Psychotherapeuten (Abb. 10) gegenüber der TfP ab. 3038 ärztliche Psychotherapeuten arbeiten ausschließlich tiefenpsychologisch (64%), wohingegen sich die drei anderen Fachkunden hier nur mäßiger Beliebtheit erfreuen: Es finden sich 712 APler (15%), 570 VTler (12%) und 427 Ärzte mit verklammerter Ausbildung in TfP/AP (9%) unter den ärztlichen Psychotherapeuten. Insgesamt wird über die drei Jahre in allen drei Berufsgruppen ein Trend offenbar: Dass sich die Kollegen für eine Fachkunde in einem psychodynamischen Verfahren entscheiden und dann am ehesten für TfP oder AP und tendenziell gegen eine verklammerte TfP/AP-Ausbildung.

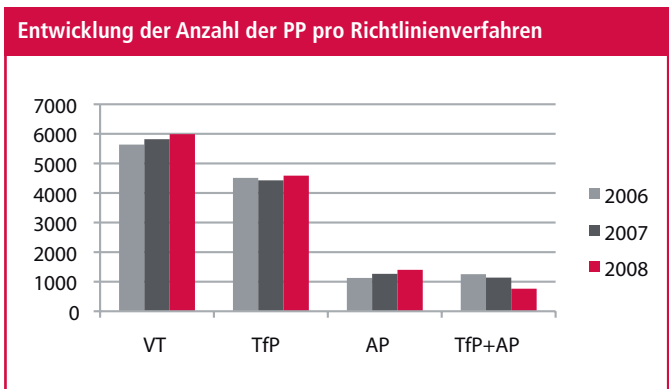


Abb. 8. Entwicklung der Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten für jedes Verfahren in absoluten Zahlen. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009

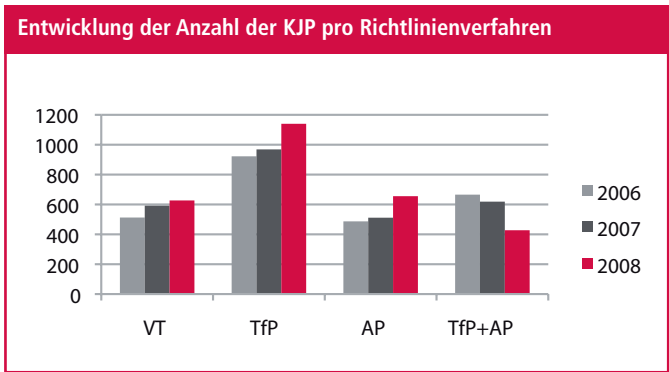


Abb. 9. Entwicklung der Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für jedes Verfahren in absoluten Zahlen. Quelle: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009

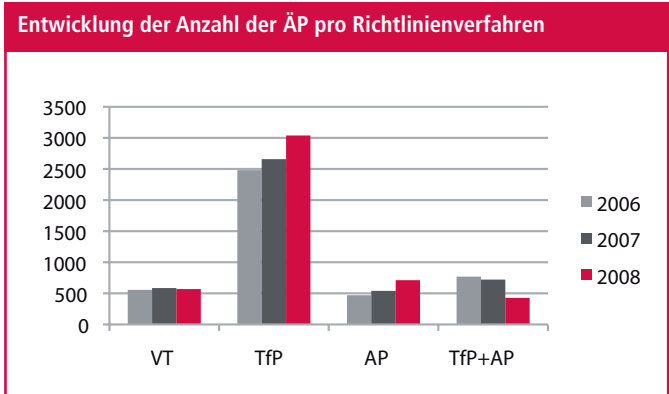


Abb. 10. Entwicklung der Anzahl der ärztlichen Psychotherapeuten für jedes Verfahren in absoluten Zahlen. Quelle: KBV-Grunddaten 2007, 2008, 2009

Bei einer Geselligkeit mit 10 teilnehmenden Psychotherapeuten würden Sie im Sinne der Wahrscheinlichkeit wohl folgende Kollegen antreffen: sechs Psychologische PsychotherapeutInnen, davon drei mit einer Fachkunde in VT, zwei in TfP und eine mit AP; zwei ärztliche Psychotherapeuten mit TfP-Fachkunde und einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit TfP-Fachkunde. Ein weiterer KJP mit doppelter Fachkunde in VT und AP muss leider eher gehen und schon bald die Party verlassen.

**Teil 3:**

**KBV/KV-Frequenzstatistiken:**

**Anteil der jeweilig durchgeführten Richtlinienverfahren in den Quartalsabrechnungen**

Frequenzstatistiken zeigen, welche Abrechnungsziffern in einem Quartal abgerechnet worden sind. Betrachtet man hier nur die EBM-Ziffern für Langzeit- und Kurzzeittherapie in den einzelnen Richtlinienverfahren, lässt sich auch das Verhältnis der abgerechneten Sitzungen pro Verfahren errechnen.

Seit dem Jahr 1999 wurden keine regelhaften Erhebungen der KBV zum Abrechnungsverhalten in den einzelnen Verfahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mehr durchgeführt. Der letzte veröffentlichte Bericht dazu findet sich in einem Artikel von Prof. Rüger/Dr. Bell in 2004, welcher sich auf das Jahr 2001 bezieht. Die Daten zu den Jahren 2002 bis 2004 wurden vom KBV-Dezernat 3 erhoben und freundlicherweise von Dr. Dahm zur Verfügung gestellt. Die KBV-Daten geben den Durchschnitt der Verteilungen über alle KVen an. Stichprobenartig haben wir auch Einblicke in die Auswertungen aus Frequenzstatistiken einzelner KVen zu einzelnen Quartalen. Zusammengefasst ergibt sich dieses vergleichende Bild (Tab. 1).

**Frequenzstatistiken im Vergleich**

Aus den Daten der einzelnen KVen lässt sich ablesen, dass sehr wohl regionale Unterschiede im Abrechnungsverhalten bestehen. So überwiegt z.B. in der KV Hamburg der Anteil der abgerechneten TfP-Sitzungen deutlich mit ca. 61% gegenüber der VT mit 22%, während er in der KV Rheinland-Pfalz mit „nur“ 42% hin-

Frequenzstatistiken im Vergleich								
	KBV 2001 <sup>1</sup>	KBV 2002-2004 <sup>2</sup>	KV RLP 01/2008 <sup>3</sup>	KV RLP 04/2008 <sup>3</sup>	KV RLP 01/2009 <sup>3</sup>	KV HH 01/2008 <sup>4</sup>	KV HH 04/2008 <sup>4</sup>	KV HH 01/2009 <sup>4</sup>
AP	6%	20%	9,07%	8,87%	8,95%	17,65%	16,27%	17,68%
VT	47%	36%	49,05%	48,96%	48,55%	21,83%	24,15%	21,81%
TfP	47%	44%	41,87%	42,16%	42,5%	60,52%	59,58%	60,51%

Tab. 1. Die Verteilung der abgerechneten EBM-Ziffern im prozentualen Verhältnis

- Quelle: "Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland", Prof. Rüger/Dr. Bell in Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Heft 2/2004, S. 127-152
- Quelle: Frequenzstatistiken der KBV Dezernat 3 - EBM-Abrechnungsziffern von 2002-2004
- Quelle: Abrechnungsstatistik der KV RLP 1/2008, 4/2008, 1/2009: Alle Arztgruppen zusammengefasst.
- Quelle: Abrechnungsstatistik der KV HH 1/2008, 1/2009: PP, KJP, ÄP inkl. Psychiater

ter dem Anteil der abgerechneten VT-Sitzungen (ca. 49%) liegt.

Stellt man die KBV-Frequenzstatistik der Anzahl der Psychotherapeuten pro Fachkunde gegenüber (Abb. 11 und 12), zeigt sich, dass die Anzahl der Psychotherapeuten je Verfahren mit der Anzahl der abgerechneten Leistungen je Verfahren korreliert: In

chotherapeuten in 2008 (Abb. 13) steht zwar keine zeitgleiche KBV-Frequenzstatistik gegenüber, aber es ist anhand der regionalen Stichproben zu vermuten, dass aktuell die analytischen Psychotherapiesitzungen seit 2004 etwas abgenommen haben, zugunsten der VT und TfP. Die unterschiedlichen Settings der Verfahren mit ihren unterschiedlichen

Die Frequenzstatistiken bestätigen diese Erwartung allerdings nicht. So zeigt beispielsweise eine Frequenzstatistik der KV Hamburg für das 4. Quartal 2008, dass die EBM-Nr. 35210 (analytische Einzeltherapie zu 50 Min.) pro Patient nur 6,7mal abgerechnet worden ist. Je analytisch arbeitendem Psychotherapeuten fanden demnach je Patient pro Woche nur 0,6 Sitzungen statt. Die hochfrequente Psychoanalyse dürfte demnach die Ausnahme sein.

**Exkurs:**

**Honorarverteilung auf die einzelnen Vertragsarztgruppen**

Nachdem wir nun die die Daten der KBV zu gesamten Ärzteschaft bis hinunter in das Abrechnungserhalten einzelner psychotherapeutischer Gruppen nach Richtlinienverfahren im Detail betrachtet haben, sei hier in einem Exkurs noch einmal der Blick auf die gesamte Ärzteschaft erlaubt: In den Grunddaten der KBV für 2008 (leider noch nicht für 2009) findet sich ebenfalls eine diffe-

**„In allen drei Richtlinienverfahren wird – entsprechend ihres Anteils an der Gesamtverteilung – relativ gleich häufig abgerechnet.“**

allen drei Richtlinienverfahren wird – entsprechend ihres Anteils an der Gesamtverteilung – relativ gleich häufig abgerechnet. Dies in der Annahme, dass in 2004 diejenigen Kollegen mit der verklammerten Tfp/AP-Fachkunde größtenteils analytische Therapien durchführten. Der Verteilung der Psy-

Sitzungsfrequenzen pro Woche lassen vermuten, dass in psychoanalytischen Psychotherapien eher hochfrequent gearbeitet wird und damit insgesamt weniger Patienten versorgt werden als bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und den Verhaltenstherapien.

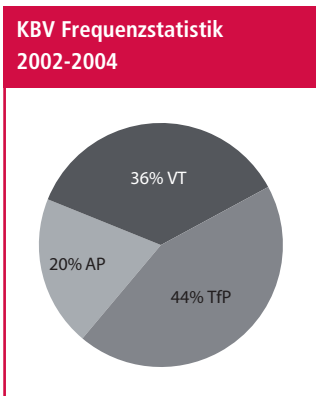


Abb. 11. Frequenzstatistik der KBV von 2002-2004. Quelle: Mit freundlicher Genehmigung Dr. A. Dahm, KBV Dezernat 1

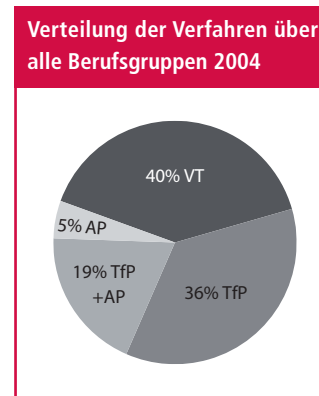


Abb. 12. Anteil der Verfahren bei allen Psychotherapeuten 2004. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2005

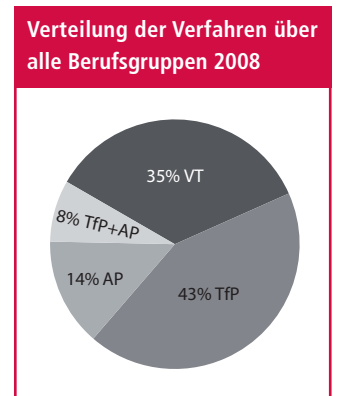


Abb. 13. Anteil der Verfahren bei allen Psychotherapeuten 2008, s. auch Abb. 7. Quelle der Rohdaten: KBV-Grunddaten 2009

renzierte Darstellung der Honorarverteilung in Bezug auf die Größe der jeweiligen Arztgruppen für das Jahr 2007 (Abb. 14).

weg hält einen Anteil von 14,9% der Gesamtgruppe der Vertragsärzte und -psychotherapeuten und erhält dafür 5% des Gesamthonorars.

**„Die Spanne der Honorare, aus denen Praxiskosten, Helferinnen, Steuern, Versicherungen sowie Einkommen zu bestreiten sind, reicht für das Halbjahr von 37.933 € für Psychotherapeuten bis 156.000 € bei Radiologen.“**

Diese Übersicht benötigt keine interpretativen Worte: Die gesamte Psychotherapeuten-schaft über alle Berufsgruppen der Psychotherapeuten hin-

Diese Verteilung des Honorars hat sich auch bis heute nicht verändert. In einem Bericht der FAZ vom 23.02.2010 werden die Honorare aller Arztgrup-



**Sabine Schäfer**

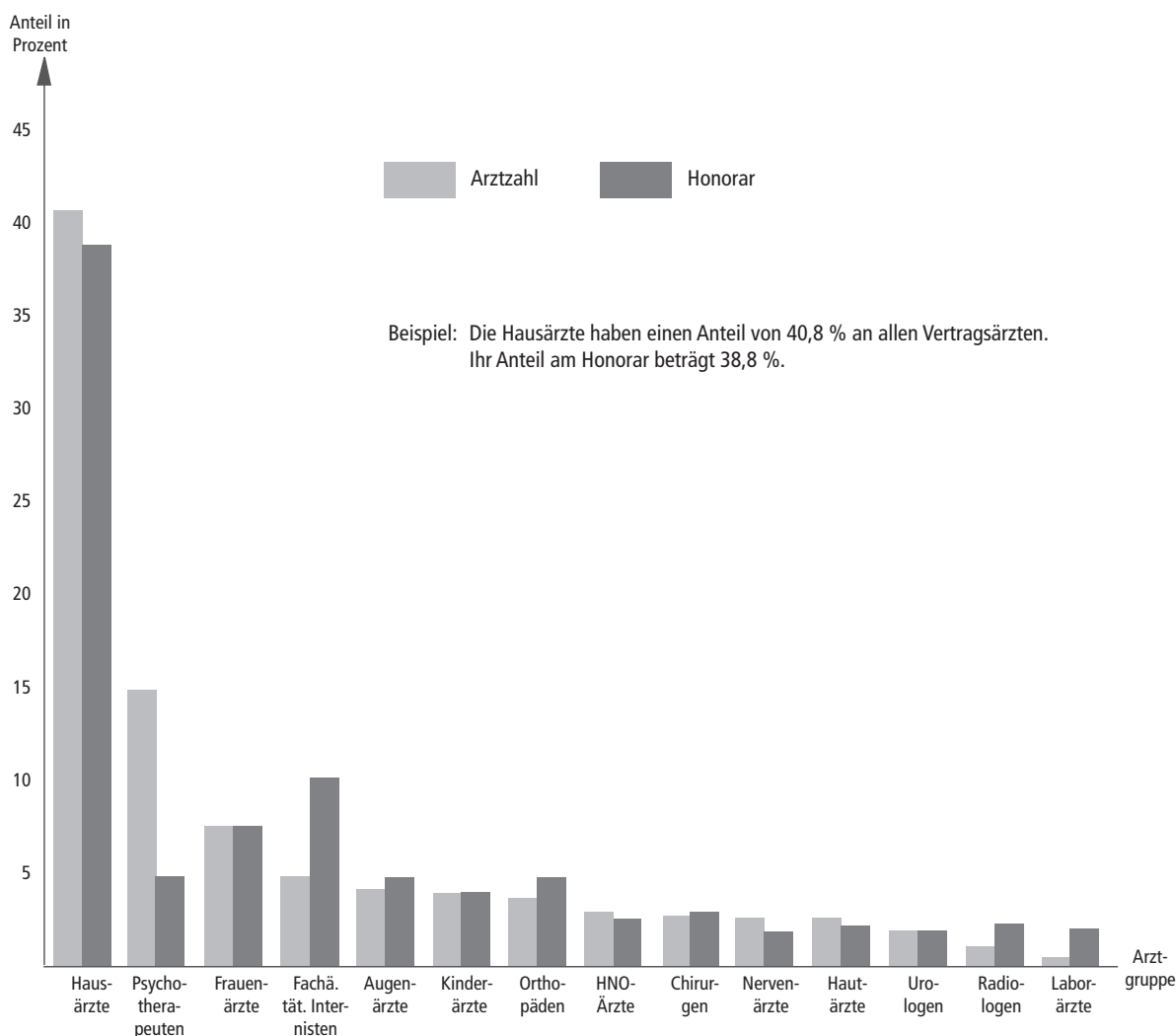
Psychologische Psychotherapeutin, Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses.



pen aus dem ersten Halbjahr 2009 vergleichend gegenübergestellt: „Die Spanne der Honorare, aus denen Praxiskosten, Helferinnen, Steuern, Versicherungen sowie Einkommen zu bestreiten sind, reicht für das Halbjahr

von 37.933 € für Psychotherapeuten bis 156.000 € bei Radiologen.“ Selbst wenn man die Praxiskosten abzieht, bleiben immer noch große Differenzen bei den Überschüssen zwischen den Arztgruppen. ■

**Anteil der Anzahl der Vertragsärzte und des Honorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit 2007 bei ausgewählten Arztgruppen<sup>1</sup>**



Quelle: Statistik der KBV Basis: Vertragsärzte mit vier Quartalsabrechnungen im Jahr, ohne Ärzte in fachgruppenübergreifende Praxen 1 einschließlich Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Abb. 14. Anteil der Anzahl der Vertragsärzte und des Honorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit 2007 bei ausgewählten Arztgruppen. Quelle: KBV-Grunddaten II.6 2008



Dieter Best

# Kaum Zunahme von Gruppentherapien

Während in psychotherapeutisch- psychosomatischen Kliniken überwiegend gruppentherapeutisch gearbeitet wird, dümpelt die Gruppentherapie in der ambulanten Psychotherapie seit Jahren vor sich hin. Obwohl bei vielen psychischen Störungen Gruppenpsychotherapie indiziert ist und obwohl mit der EBM-Reform 2005 die Honorare nahezu verdoppelt wurden, liegt der Anteil an Gruppenpsychotherapien seit Jahren in der Nähe von 1% aller beantragten Psychotherapien und nicht einmal die Hälfte der Psychotherapeuten hat eine Abrechnungsgenehmigung für die Gruppentherapie.

Wie das nachfolgende Diagramm am Beispiel der KV Hessen zeigt, bewegt sich der Anteil abgerechneter Gruppentherapien über den Zeitverlauf kaum. Lediglich in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden mehr Gruppentherapien abgerechnet, allerdings auf unterstem Niveau.

Schlüsselt man die einzelnen Gruppenleistungen des EBM-Kapitels 35.2 weiter auf, wird offenbar, dass manche Gruppentherapiemöglichkeiten so gut wie nicht in Anspruch genommen werden (s. beispielhaft nachfolgende Tabelle für die Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen

Psychotherapeuten im Bereich der KV Rheinland-Pfalz, die nach EBM-Kapitel 23 abrechnen).

Auch angesichts der zunehmenden Konkurrenz durch stationäre Einrichtungen und ihrer durch einen gesetzlichen Freibrief<sup>1</sup> sich ungehindert ausbreitenden psychiatrischen Institutsambulanz, muss die Frage gestellt werden, woran es liegt, dass die Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung nicht auf die Beine kommt.

### Notwendigkeit der Förderung der Gruppentherapie

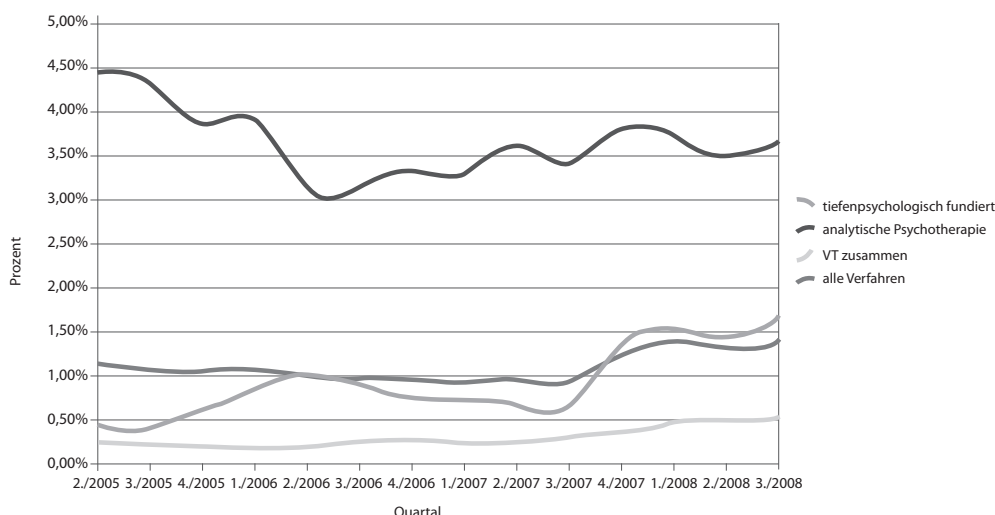
Um diese Fragen zu klären, hat die

Delegiertenversammlung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung in ihrer Sitzung am 20./21.11.2009 auf Antrag der hessischen Delegierten den Bundesvorstand beauftragt, eine Strategie zur Förderung der Gruppentherapie zu entwickeln. Dabei sollen Fragen untersucht werden, wie z.B.

- Sind die Qualifikationsvoraussetzungen für die Gruppentherapie-fachkunde nach der Psychotherapievereinbarung angemessen?
- Sind die Voraussetzungen zum Erreichen der Schwelle zur Befreiung von der Gutachterpflicht für Gruppentherapie zu hoch bzw. ist eine eigene Schwelle für Gruppentherapien überhaupt notwendig?
- Sollte die Möglichkeit einer Kleingruppe bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, speziell für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, analog zur Verhaltenstherapie geschaffen werden?
- Sollen probatorische Sitzungen auch als Gruppentherapie möglich sein?
- Sind die Kontingente für die Gruppentherapie nach den Psychotherapierichtlinien angemessen?

<sup>1</sup> Nach § 118 Abs. 1 SGB V müssen die Zulassungsausschüsse unabhängig von der Bedarfsplanung psychiatrische Institutsambulanz zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigen.

Anteil abgerechneter Gruppentherapien nach Verfahren KV Hessen (Psychologische Psychotherapeuten)



**Anzahl abgerechneter 35.2-Leistungen im Quartal 2/2009, KV RLP**  
**Kap. 23: Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten**

	Anzahl	%
35200 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	15.969	16,4
35200B Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	108	0,1
35201 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	9.117	9,4
35201B Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	69	0,1
35202 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)	101	0,1
35203 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)	153	0,2
35210 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	6.103	6,3
35210B Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	9	0,0
35211 Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)	200	0,2
35220 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	46.137	47,3
35220B Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	1.092	1,1
35221 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	17.639	18,1
35221B Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	323	0,3
35222 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	60	0,1
35223 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	94	0,1
35224 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	241	0,2
35225 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	92	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>97.507</b>	<b>100,0</b>

- Sind die Vorschriften zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie in der Verhaltenstherapie und in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht zu starr? Ist die Festlegung des Mischungsverhältnisses vor Therapiebeginn überhaupt sinnvoll und praktikabel?
- Würde eine antragsfreie Gruppentherapie im EBM-Kapitel 23 nach dem Muster der EBM-Nr. 22222 (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) das gruppentherapeutische Angebot erhöhen?

Erschwert wird die Beantwortung der Fragen dadurch, dass – sofern die Analyse Handlungsbedarf bei den

rechtlichen Bestimmungen ergibt – die Lösungen auf unterschiedlichen Regelungsebenen gefunden werden müssen:

- **Psychotherapierichtlinien:** Hier stehen die Bestimmungen über die Befreiungstatbestände für das Gutachterverfahren sowie über die Kontingente.
- **Psychotherapievereinbarung:** Hier sind die Qualifikationen für die Fachkunde, die Mischungsverhältnisse von Einzel- und Gruppentherapie sowie der Ausschluss von Gruppentherapie in den probatorischen Sitzungen festgelegt.
- **EBM:** Im EBM könnten Abrechnungspositionen für Kleingruppen in der tiefenpsychologisch fundier-

ten Psychotherapie eingeführt werden.

Angesichts der Zähigkeit kollektivvertraglicher Regelungen sind Änderungen dieser Normen kein leichtes Unterfangen. Jede Veränderung, jede neue Leistung, selbst wenn sie nach den Gesetzen der Logik kein zusätzliches Geld kostet, steht zunächst unter dem Verdacht der Mengenausweitung. Dementsprechend muss jeder Vorschlag, wenn er Erfolg haben soll, gut begründet sein.

**Gruppenbehandlung außerhalb der Richtlinienpsychotherapie**  
Psychotherapeutische Interventionen bei somatischen, insbesondere chronischen Krankheiten gewinnen zuneh-

mend an Bedeutung. Im stationären Kontext, z.B. in Reha-Kliniken sind psychoedukative Behandlungen Standard, gleich ob sie verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch ausgerichtet sind. Solche Methoden wenden sich vor allem an solche Patienten, bei denen eine Psychotherapie nach den Psychotherapierichtlinien nicht notwendig oder nicht sinnvoll ist.

Während Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie über die EBM-Nr. 22222 diese Leistung anbieten können, gelang es den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei den damaligen Verhandlungen zum EBM 2000plus nicht, die KBV davon zu überzeugen, ihre standespolitisch motivierte Schutzhaltung gegenüber den psychosomatischen Ärzten aufzugeben und den PPs/KJPs dieselben Rechte einzuräumen.

Der KBV hatte damals geholfen, dass Psychologische Psychotherapeuten

**Nr. 22222 Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)**
*Obligatorer Leistungsinhalt:*

- Dauer mindestens 40 Minuten
- Als Gruppenbehandlung
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en)  
je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten 210 Punkte



Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie in der KBV und Mitglied der Vertreterversammlung der KBV.



und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den § 28 SGB V auf das enge Spektrum der Richtlinienpsychotherapie festgelegt sind - im Gegensatz zu Ärzten, denen das gesamte Leistungsrecht des SGB V offen steht.

Ein weiterer Hinderungsgrund war auch die Tatsache, dass die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Psychotherapeuten die Theorie und Praxis der Gruppentherapie ziemlich stiefmütterlich behandelt. Dort werden in der vertieften Ausbildung Kenntnisse lediglich in „Behandlungsverfahren bei Paaren, Familien und Gruppen“ gefordert.

Tatsächlich zeigt aber ein Blick in die Ausbildungscurricula ein deutlich differenzierteres Spektrum in der Vermittlung der theoretischen Grundlagen der Gruppentherapie. In der praktischen Tätigkeit sind die Ausbildungsteilnehmer oft in gruppentherapeutische Behandlungen eingebunden: Einzel- und

Gruppentherapien während des Psychiatriejahres werden zu annähernd gleichen Teilen durchgeführt. Nach den Ergebnissen des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führen 65% der Absolventen Gruppen selbstständig durch, 34,5% als Co-Therapeuten und 24,0% als Hospitanten (S. 151).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung spiegelt demnach die Differenziertheit der tatsächlichen Ausbildungsinhalte nicht wider. Sofern mit der Novellierung der APRV auch die Inhalte überarbeitet werden, sollte dies berücksichtigt werden. Die Befähigung zur Gruppentherapie als Methode der Psychotherapierichtlinien und als Leistung außerhalb der Psychotherapierichtlinien muss zum Handwerkszeug eines Psychotherapeuten gehören, das er in der Ausbildung lernt. Nicht anders ist es in der

Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dort werden die Voraussetzungen für die Abrechnungsgenehmigung für die genehmigungspflichtigen gruppentherapeutischen Leistungen bereits in der Weiterbildung erworben. Darüber hinausgehende Anforderungen werden nicht verlangt.

Dass die Nr. 22222 von den ärztlichen Kollegen kaum in Anspruch genommen wird, liegt hauptsächlich an der sehr geringen Vergütung mit weniger als 60 € je 40 Minuten bei 8 Teilnehmern. Grundsätzlich wäre die Leistung jedoch, bei vernünftiger Bezahlung, sehr gut geeignet, bestimmte Krankheitsbilder effektiv behandeln zu können.

Damit könnte auch der Wettbewerbsnachteil der ambulant tätigen Psychotherapeuten gegenüber institutionellen Anbietern wenigstens teilweise ausgeglichen werden. ■

### Was jetzt schon möglich ist

Sicher wird noch einige Zeit ins Land gehen, bis wirksame Maßnahmen zur Förderung der Gruppentherapie entwickelt sind. Viele Psychotherapeuten wissen aber nicht, dass es bereits jetzt Erleichterungen bei der Gruppentherapie gibt, die noch zu selten genutzt werden:

- Sind in einer laufenden tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn

Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung zusätzlich durchgeführt werden.

- In der Verhaltenstherapie können bei einer laufenden Therapie ohne Antragsverfahren Einzel- und Gruppentherapie frei ausgetauscht werden, wenn der Antrag entsprechend formuliert wird (s. Best, D.: Formale Voraussetzungen für die Gruppentherapie, in: Forum Psychotherapeutische Praxis, Heft 1/2007.)
- In der Verhaltenstherapie können beim selben Patienten Einzel- und Gruppentherapie von verschiede-

nen Psychotherapeuten durchgeführt werden (a.a.O.)

- Der Erwerb des Qualifikationsnachweises für Gruppenbehandlung gemäß Psychotherapievereinbarung (§§ 6 und 7) kann, wenigstens teilweise, bereits in der psychotherapeutischen Ausbildung erworben werden. Konkrete Anforderungen an die Nachweise bestehen allerdings nicht. Jedem Ausbildungsteilnehmer sollte deshalb empfohlen werden, Belege z.B. über co-therapeutische Mitarbeit in Gruppen oder über theoretische Kurse zur Gruppentherapie sorgfältig zu sammeln.



### Literaturhinweise:

Best, D.: Formale Voraussetzungen für die Gruppentherapie, in: Forum Psychotherapeutische Praxis, Heft 1/2007.

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M., Willutzki, U.: Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.


**Hans-Jochen Weidhaas**

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Bad Dürkheim, Dozent, Supervisor und Gutachter (KBV) für VT. Mitglied im Bundesvorstand der DPtV. Stellv. Vorsitzender der KBV-Vertreterversammlung, Mitglied der KBV-VV, stellv. Vorsitzender des Unterausschusses Psychotherapie des GBA, Stellv. unparteiisches Mitglied des GBA, Mitglied der Delegiertenversammlung der BpTK.



## Hans-Jochen Weidhaas Interview mit Dieter Thomae

Herr Dr. Thomae, ich habe in einem früheren Interview Herrn Dr. Hess als den „Vater des Integrationsmodells“ bezeichnet. In dieser Analogie sind Sie für mich der „Vater des Psychotherapeutengesetzes“. Was hat Sie als Politiker damals bewogen, sich so entschieden für das Psychotherapeutengesetz einzusetzen?

Bereits zum Zeitpunkt der Gesetzgebungsdiskussion war mir klar: Krankheitsbilder, die unter einem Psycho-

therapeutengesetz zu subsumieren wären, werden zunehmen. Die Entwicklung hat diese, meine Auffassung, längst bestätigt. Insofern war es notwendig, das Psychotherapeutengesetz auf den Weg zu bringen.

Sie selbst hatten nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes gemeint, den damals gefundenen Kompromiss müsse man nach zehn Jahren überprüfen. Gibt es aus Ihrer heutigen Sicht

und angesichts der unveränderten Zunahme psychischer Krankheiten Novellierungsbedarf?

Nach zehn Jahren gibt es sicher Korrektur- und Ergänzungsbedarf. Die Bundesregierung hat nach dem Gesetz den Auftrag, die Ausbildung zum Psychotherapeuten zu überprüfen. Zurzeit ist festzustellen, dass die Diplom-Psychologen in der Ausbildung zum Psychotherapeuten auch wirtschaftlich noch nicht wie Assistenzärzte behandelt werden. Dieser Mangel sollte beseitigt werden. Ebenfalls ist die sozial- und leistungsrechtliche Gleichstellung mit den Ärzten noch offen, die Selbstverwaltung eingeschlossen.

Die Psychotherapeuten werden seit dem Psychotherapeutengesetz zu der fachärztlichen Versorgung gerechnet. Unter Ulla Schmidt wurde das KV-System erheblich geschwächt, insbesondere die fachärztliche Versorgung. Wie stehen Sie heute zu dem KV-System und zur fachärztlichen Versorgung?

Das traditionelle System hat sich bewährt, trotz einiger Unebenheiten. Von einer Abschaffung der Selbstverwaltung halte ich nichts.

Die FDP stellt nun erstmals in ihrer Geschichte den Gesundheitsminister. Was haben die Psychotherapeuten von der FDP für ihr Fachgebiet zu erwarten?

Ich bin kein aktiver Gesundheitspolitiker mehr. Deshalb wäre diese Frage an entsprechender Stelle zu stellen. Es steht für mich jedoch außer Frage, dass unter den heutigen Anforderungen durch die differenzierten Krankheitsbilder, der Beruf des Psychotherapeuten als 5. approbierter Heilberuf gleichberechtigt anerkannt werden sollte.

Zuletzt noch: Angesichts der Veränderungen in unserem Gesundheitswesen und den chronisch knappen Finanzen – was raten Sie unserer Berufsgruppe, um in diesem schwierigen Umfeld zu bestehen?

Die psychotherapeutische Behandlung sollte zu den Kernleistungen der GKV gehören und als Pflichtleistung nicht abwählbar sein. Heute ist die therapeutische Behandlung in ihrer finanziellen Leistung begrenzt. Hier sollte über andere Modelle – z.B. Selbstbehalte – nachgedacht werden. Allerdings erfordert das schwierige psychotherapeutische Feld erfordert ein entsprechendes Antrags- und Genehmigungsverfahren. Das bestehende Verfahren darf deshalb nicht verändert werden. Schließlich ist gerade wegen des schwierigen Umfeldes den Psychotherapeuten zu raten, sich durch Vernetzung und Kooperation mit einer gemeinsamen Position in das Versorgungssystem einzubringen. ■



### Dr. Dieter Thomae

wurde am 23. Juni 1940 in Dahlem geboren und lebt heute in Bad Bodendorf, Rheinland-Pfalz.

Der promovierte Oberstudiendirektor a. D. zog 1987 erstmals über die Landesliste der FDP Rheinland-Pfalz in den Bundestag ein, dem er fünf Wahlperioden lang angehörte. 1987 bis 1991 war Thomae Obmann im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, bis 1998 war er Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags. Nach der Bundestagswahl 1998 übernahm er von Jürgen Möllemann das Amt des gesundheitspolitischen Sprechers.



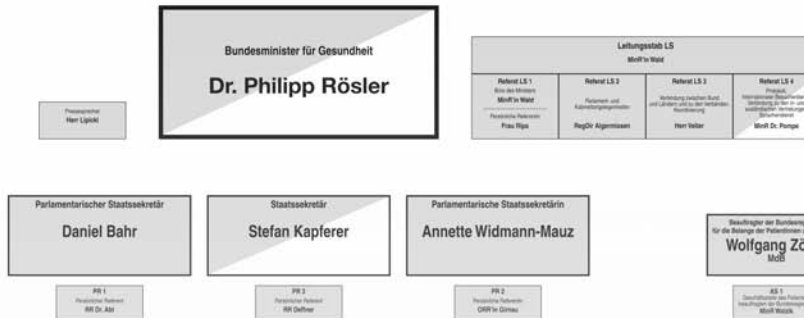
Zur Bundestagswahl 2005 trat er nicht erneut an.

Dr. Dieter Thomae hat wesentlich zum Gelingen des Psychotherapeutengesetzes beigetragen. Ohne sein hartnäckiges Auftreten gegenüber Horst Seehofer, wäre es nach dem erneuten Scheitern des Gesetzes nicht noch einmal zu einem weiteren Anlauf gekommen.



**Carsten Frege**

Geschäftsführer der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Diplom-Politologe, betriebswirtschaftliche Fortbildungen, Zertifikat „Verbandsmanager“. Mitglied des Redaktionsbeirates der Psychotherapie Aktuell.



# Aus alt mach neu Die Strukturneuordnung des Bundesministeriums für Gesundheit

Carsten Frege

Fast ein Vierteljahr nach Amtsantritt hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler einen Organisationsplan seines Hauses vorgelegt. Andere Minister waren da schneller – aber auch gründlicher im „Ausputz“ – wenn man z.B. an Dirk Niebel denkt.

Bei der Organisation des Ministeriums hatte Rösler zwangsläufig zwei Herausforderungen besonders zu bewältigen: Zum einen musste er eine Struktur schaffen, die den Plänen einer Gesundheitsreform, wie im Koalitionsvertrag beschrieben, gerecht wird. Zum anderen hatte er eine neue Struktur mit Mitarbeitern umzusetzen, die in neun Jahren Personalpolitik Ulla Schmidt nur wenig „gelbe“ Tendenzen erkennen ließen.

Das Leitungspersonal war schnell gefunden: Neben Minister Rösler sind die Parlamentarischen Staatssekretäre Daniel Bahr (FDP) und Anette Widmann-Mauz (CDU) zugleich schon länger Bundestagsabgeordnete und Fachpolitiker. Der beamtete Staatssekretär Stefan Kapferer (FDP) folgt Rösler aus dem Hannoveraner Wirtschaftsministerium und gilt als Verwaltungsexperte. Er dürfte sich mit diesem Profil eher als administrativer Chef des Hauses profilieren – im Unterschied zu seinem Vorgänger Klaus-Theo Schröder, der als 1. Fachexperte des BMG auftrat.

Schwieriger war es wohl, die entscheidenden Abteilungen und Unterabteilungen mit liberal orientierten Fachleuten zu besetzen. Aus der ehemaligen Leitungsabteilung ist nun ein Leitungstab und eine Grundsatzabteilung geworden. Ministerbüro und Leitungstab, zu dem noch die Referate Kabinett und Parlament, Bund-Länderangelegenheiten und das Protokoll zählen, werden von Susanne Wald verantwortet, die bislang im Bundeskanzleramt das gesundheitspolitische Referat leitete. Mit Christian Weber als Leiter der neuen Grundsatzabteilung hat Rösler bereits die erste heikle Personallie ausgelöst. Weber war bisher stellvertretender Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, was in einigen Medien als direkter Lobbyeinfluss kritisiert wurde. Der G-Abteilung gehören die Bereiche Grundsatzfragen, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Pflegeversicherung an. Mit Birgit Naase ist die langjährige Fraktionsreferentin für Gesundheit der FDP als Unterabteilungsleiterin Grundsatz zuständig. Der Bereich wurde komplett neu strukturiert und hier finden sich Referate wie – man beachte – Forschungsangelegenheiten, aber auch die Geschäftsstelle der Regierungskommission zur Gesundheitsreform und das Büro des Sachverständigenrates. Neuer Pressesprecher und Unterabteilungsleiter wurde Christian Li-

picki. Er ist in der Berliner Medienwelt gut vernetzt und war vormals gesundheitspolitischer Redakteur der Berliner Zeitung. Alt-Pressesprecher und Ulla-Schmidt-Vertrauter Klaus Vater wurde indes für Fragen des Corporate Design als Projektgruppenleiter zuständig gemacht. Schließlich ist die Unterabteilung Pflege der Grundsatzabteilung zugeordnet, ein Indiz, dass die Pflegeversicherungsreform weiter zielstrebig angegangen werden soll.

In der benachbarten Zentralabteilung ist weitgehende Kontinuität zu verzeichnen. Die Zuständigkeiten für Verwaltungs- und Personalfragen, für Haushalt und europäische sowie internationale Belange bleiben bestehen, ebenso wie das dort tätige Führungspersonal, unter denen sich etliche ehemalige Stabsstellenbeamte aus den Regierungen Kohl und Schröder befinden.

Auch in der Abteilung 1, die für Arzneimittel, Medizinprodukte und Biotechnologie zuständig ist, gibt es kaum Veränderungen. Die Abteilung 2 – Krankenversicherung – galt unter Franz Knieps als Herzstück des BMG. Nunmehr ist der bisherige Stellvertreter Dr. Ulrich Orlowski (CDU) als Ministerialdirektor und Abteilungsleiter zuständig. Spannend dürfte die Arbeits- teilung mit der Abteilung Grundsatz-

fragen werden, wenn es um Gesetzesvorhaben geht. Bislang war stets die Abteilung 2 federführend. Mit dem Referat 224 unter Regierungsdirektor Weck, dem Nachfolger der hoch geachteten Fachexpertin Erika Behnsen findet sich hier auch der Verantwortungsbereich für Vergütungs- und Honorarfragen wieder.

Schließlich noch die Abteilung 3, die für Krankheitsbekämpfung und Prävention, Biomedizin und Gesundheitsberufe zuständig ist. In dieser Abteilung wird auch das Psychotherapeutengesetz maßgeblich „verwaltet“. Karin Knuffmann-Happe behält die Leitung. Sie ist seit vielen Jahren im BMG und hat die Karriereleiter bis zur Spitzenbeamtin und Ministerialdirektorin erklommen.

Mit der Besetzung der lange vakanten Leitungsstelle des Referates 314 durch Dr. med. Thomas Stracke ist das für psychische Erkrankungen aber auch Neurologie und Pädiatrie zuständige Fachreferat mit einem dort schon länger tätigen Experten und Psychiater handlungsfähig. Die Heilberufe werden hinsichtlich Ausbildung und Berufszugang weiter im Referat 316 unter Dr. jur. Heinz Haage bearbeitet.

Vieles bleibt also im BMG wie es war. Der für die Reformfragen zuständige Bereich ist jedoch strukturell neu aufgestellt – es fehlt, so hört man, noch an entsprechendem Personal. Mit ca. 550 Mitarbeitern ist das BMG eher klein. Zudem ist ein beträchtlicher Teil nach wie vor in Bonn tätig.

Das vollständige Organigramm finden Sie im Internet unter: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)



**Heiko Borchers**

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Mitglied der Abgeordnetenversammlung und des Beirates sowie Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Schleswig-Holstein, Mitglied der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer (PKSH), Mitglied des Zulassungsausschusses für Angelegenheiten der Psychotherapeuten.



# Heiko Borchers Die Tücke im Detail Tagesklinik und ambulante Vertrags- psychotherapie<sup>1</sup>

Gelegentlich ist von Patienten zu hören: „Ich bin zur Zeit in der Tagesklinik und soll bei ihnen noch Psychotherapie machen.“ oder „Ich gehe ja nun in die Tagesklinik, aber die haben gesagt, ich soll weiter zu ihnen kommen.“ Hierauf mag vielen Psychotherapeuten so manch Gedanke durch den Kopf gehen: Warum bietet die Tagesklinik dem Patienten keine Einzeltherapie? Geht das überhaupt, dass ein Patient in der Tagesklinik ist und auch von mir behandelt wird? Wird das überhaupt von der Krankenkasse bezahlt? Oder wird mir am Ende das Geld wieder abgezogen? Wie überhaupt ist der Aufenthalt in einer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie einzuordnen?

## Tagesklinik ist Krankenhausbehandlung

Ein Aufenthalt in einer Tagesklinik ist eine teilstationäre Krankenhausbehandlung und diese umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

sowie Unterkunft und Verpflegung (§ 39 Abs. 1 SGB V). Somit ergibt sich für Patienten einer Tagesklinik ein Anspruch auf medizinische bzw. psychotherapeutische Versorgung wie sie für sie notwendig ist. Unterstrichen wird dieser Anspruch, der gleichzeitig auch Verpflichtung für die Tageskliniken darstellt, noch durch die Bundespflege-satzverordnung (BPfV). Nach dieser Verordnung werden alle vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser und Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vergütet; sie rechnen nach Tagessätzen ab.

## Tagessatz beinhaltet notwendige Versorgung

Eine Krankenkasse zahlt für ihre Versicherten während des Aufenthaltes in einer Tagesklinik Tagessätze und darf dafür erwarten, dass ihre Versicherten dort die für ihre psychische Erkrankung notwendige Versorgung – je nach Art und Schwere der Erkrankung eben auch eine psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenbehandlung erhalten. Kann die Tagesklinik einem Patienten selbst nicht so etwas anbieten, dann darf sie damit Dritte beauftragen. Nach der bereits erwähnten BPfV gehört aber auch diese Behandlung zu den mit dem Tagessatz abgegoltenen Leistungen (BPfV § 2 Abs. 2

Satz 2). Somit ist ein Psychotherapeut (Dritter), der im Auftrag einer Tagesklinik Psychotherapien durchführt, dafür von dieser Einrichtung zu honorieren. Machbar wäre dies über ein zwischen dem niedergelassenen Psychotherapeuten und der psychiatrischen Tagesklinik geschlossenen Honorarvertrag. Eine Erbringung und Abrechnung dieser psychotherapeutischen Leistung im Rahmen der ambulanten Vertragspsychotherapie (sozusagen nochmal) zu Lasten der Krankenkasse ist nicht zulässig.

## Konflikte vermeiden

Der niedergelassene Vertragspsychotherapeut, der einen Auftrag für derartige Psychotherapien annimmt, sollte zu seiner eigenen Absicherung immer einen schriftlichen Vertrag mit der Tagesklinik schließen. Auf keinen Fall aber sollte er es versäumen, den Patienten über die Rahmenbedingungen der ggf. zwar in seiner Praxis durchzuführenden aber mit der Tagesklinik abzurechnenden Psychotherapie aufzuklären. Wenn es um den Umfang einer Honorartätigkeit geht, ist unbedingt § 20 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zu beachten: „Für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maß zur Verfügung steht“.

## Im Ergebnis ist festzuhalten:

Ambulante antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen zeitgleich neben einem Aufenthalt in einer Tagesklinik bei einem Patienten zu erbringen und abzurechnen, ist nicht zulässig. Sollten derartige Behandlungen dennoch parallel durchgeführt werden, drohen

dem Vertragspsychotherapeuten wie auch der Tagesklinik berechnete Regressforderungen seitens der Krankenkasse. Für die Krankenkassen liegt eine klare Fehlversorgung vor und das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) ist gebrochen.

Die Durchführung von Psychotherapie in Zusammenarbeit mit einer Tagesklinik ist dem niedergelassenen Psychotherapeuten grundsätzlich gestattet – jedoch nicht in seiner Eigenschaft als Vertragspsychotherapeut. Es bedarf einer gesonderten Vergütungsregelung mit der beauftragenden Tagesklinik. Des Weiteren sind Ärzte-ZV (Umfang der Nebentätigkeit) und Berufsordnung (Aufklärungspflicht) zu beachten.

Gegen die Durchführung probatorischer Sitzungen zum Zwecke einer der teilstationären Behandlung nachfolgenden und möglichst zeitnahen Aufnahme in eine ambulante antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie parallel zum Aufenthalt in der Tagesklinik ist indessen wenig einzuwenden. Diese Leistung ist im erwähnten Tagessatz der teilstationären Krankenhausbehandlung nicht berücksichtigt. Das Ende des Aufenthaltes in der Tagesklinik und damit letztendlich auch der psychische Zustand des Patienten sollten allerdings erkennbar sein. Nicht angehen kann es, wenn eine psychiatrische Tagesklinik bereits zu Beginn oder noch vor dem Beginn ihrer teilstationären Behandlung zu einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie rät. Damit würde diese Einrichtung ihren eigenen (oftmals mehrmonatigen) Behandlungsansatz selbst derart herabqualifizieren, dass unter Umständen die ganze teilstationäre Maßnahme als unwirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V anzusehen ist. ■

<sup>1</sup> Zweiter Abdruck  
Mit freundlicher Genehmigung des „Nordlichts“  
– Mitteilungsblatt der KV Schleswig-Holstein



Björn Husmann

# Systematische Entspannungsverfahren im Überblick

## – Erheblich mehr, als ‚nur‘ die Seele baumeln zu lassen

stungen immer mehr „just in time“ zu erbringen sind<sup>1)</sup>. Wem das zu abstrakt ist, der mag sich als „Prototypen“ z.B. Callcenter-Beschäftigte oder IT-Fachkräfte in internationalen Konzernen vorstellen, bei denen sich der allgemein-gesellschaftliche Trend zur Individualisierung z.B. durch Arbeitszeiten, Spezialisierung und Flexibilitätsdruck nochmals verstärkt. Außerdem wären bei dieser „Hochrechnung“ der Stressproblematik die subjektiven Auswirkungen des demographischen Wandels, von Migrationsbewegungen und eines bedeutsamen aber bleibenden Prozentsatzes von Erwerbslosigkeit sowie die daraus resultierenden sozialen Spannungen zu berücksichtigen. Gegenrechnen müsste man u.a. neu entstehende Möglichkeiten aufgrund technologischer Innovationen oder – zumindest der Theorie nach – mögliche Freiräume, die (Lebens-)Zeiteinteilung mehr den individuellen Bedürfnisse anpassen zu können.

Weil systematische Entspannungsverfahren vor dem Hintergrund der kränkenden Auswirkungen einer erheblichen Stressbelastung dieser Dekade eine hohe – und in Zukunft vermutlich noch steigende – Versorgungsrelevanz haben, wird zunächst ein kurzer Überblick über gemeinsame Grundlagen und wichtige Differenzen gegeben. Ferner werden Wirkfaktoren, grundlegende Effekte, Indikationsgebiete und Kontraindikationen herausgearbeitet. Vor dem Hintergrund dieses hohen, gesundheitspolitisch relevanten und vielfach evaluierten Potentials in Bezug auf Prävention, Therapie und Rehabilitation wird anschließend der Frage nachgegangen, weswegen Entspannungsverfahren im psychotherapeutischen Diskurs eigentlich eher am Rande eine Rolle spielen und wenig als psychotherapeutische Kernkompetenz wahrgenommen werden.

weil dadurch Erkrankungen ausgelöst oder begünstigt werden und neben erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten vor allem auch Einbußen in der persönlichen Lebensqualität entstehen, darf als gesichert angenommen werden. Dahinter stehende Prozesse sind weitgehend verstanden: H. Selye, der österreichisch-kanadische „Vater der Stressforschung“ (siehe Foto im Hintergrund), hatte schon 1936 das Adaptationssyndrom beschrieben, welches als ein quasi reflexhafter Mechanismus früher ein Evolutionsvorteil war: Die Fähigkeit, blitzschnell Energie mobilisieren zu können, um einen Stressor zu zerstören oder schneller wegzulaufen, als er einem folgen kann, war in grauer Vorzeit dem Überleben dienlich. Aber wie kämpft man heute sinnvollerweise, wenn sich auf dem Weg zu einem wichtigen Termin das „Abenteuer Deutsche Bahn“ (oder „...Autobahn“) ereignet? Und wohin flüchtet man vor den möglichen Auswirkungen eventuell verlängerter Laufzeiten für Atomkraftwerke oder vor Armut? Diesbezüglich hatten R. Lazarus um 1974 das transaktionale Moment herausgearbeitet, d.h. dass es beim Stressgeschehen entscheidend auf die subjektiven Bewertungen der Situation sowie der eigenen Ressourcen

und der daraus gebildeten „Quersumme“ ankommt, denn wir alle nehmen permanent „Bedrohungsanalysen“ vor. Nicht als Bedrohung oder gar nicht Wahrgenommenes bewirkt dabei keinen Stress – vielleicht ist das ein Grund für die gesellschaftlich organisierte Unachtsamkeit, grassierendes Weggucken oder den ausufernden Hang zur (Selbst-)Betäubung.

Bedenkt man in diesem Zusammenhang weiterhin noch die Prognosen von einigen Zukunftsforschern, wird sich das gesellschaftliche „Stressproblem“ vermutlich in absehbarer Zeit nicht entschärfen, denn es wird erwartet, dass z.B. Beschleunigung und Komplexität allgemein weiter wachsen. Das bedingt u.a. erhöhte Anforderungen an ein lebenslanges Lernen, weil die Halbwertszeit von Wissen immer schneller sinkt. Durch die Transformation in eine Dienstleistungsgesellschaft werden „Emotionsarbeit“ und die dafür charakteristischen Belastungen zumindest in der sogenannten ersten und zweiten Welt ebenso eine weiter wachsende Herausforderung sein, wie Globalisierung und die zunehmende Entgrenzung von Arbeit und Freizeit („24-Stunden-Gesellschaft“, bei der auch Dienstlei-

Ohne damit auch nur irgendwie andeuten zu wollen, dass in psychischer o.a. Hinsicht in Zukunft alles schlechter und schwieriger würde, so macht diese unvollständige Auflistung doch deutlich: Stressbewältigung ist eine wichtige Schlüsselqualifikation, um in Zeiten immer schnelleren Wandels, bleibender sozialer Spannungen usw. die bio-psycho-soziale Gesundheit zu schützen, die persönliche Stressresilienz zu festigen und das individuelle salutogene Potential auszubauen. H. Selye hatte das „Stressproblem“ auf die Faustformel gebracht: „Stress ist wie Salz in der Suppe des Lebens –

### Schlüsselqualifikation „Stressbewältigung“

Dass die Stressbelastung eines der großen Gesundheitsprobleme der (post-)modernen Gesellschaften ist,

Hintergrundfoto: Szeder Lázló, [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de)

<sup>1)</sup> Dieser Trend erfasst auch Psychotherapien, wenn z.B. das traditionelle Organisationsschema der regelmäßigen Wochenstunde(n) spätestens bei der Verkäuferin im großen Warenhaus oder dem oft auf Dienstreise befindlichen Manager an seine Grenzen stößt.

ohne schmeckt es fade, aber zuviel davon macht krank“. Um sich in diesem Sinne besser auszubalancieren, wurden verschiedene Schulungsprogramme entwickelt und zum Teil evaluiert – hier nur einige Beispiele:

- „Gelassen und sicher im Stress“ (Kaluza u.a.)
- „Stressimpfung“ (Meichenbaum)
- Multimodale Stresskompetenz/MMSK (Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren)
- Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion/MBSR (Kabat-Zinn)
- HEDE-Training® (Franke u. a.)<sup>2</sup>.

### Grundlagen aktiver Entspannung

Eine der wichtigsten Kernkompetenzen, auf die diese Manuale zurückgreifen, ist die Fähigkeit zur aktiven Entspannung. Allgemeine Grundlage bildet die trophotropische Reaktion, für deren Erforschung der Schweizer W. Hess 1949 den Medizin-Nobelpreis bekam. Er hatte an Katzen entdeckt, wie er durch elektrische Stimulation des caudalen Hypothalamus die Kampf-oder-Flucht-Reaktion auslösen konnte. Wenn er seine Sonde allerdings um einige Millimeter in den cranialen Hypothalamus verschob, bewirkte die Reizung das Gegenteil: Blutdruck, Pulsrate sowie Atemfrequenz senkten sich usw. Eine natürliche Form zur Herbeiführung dieser trophotropischen Reaktion, die zu einer vegetative Gesamtumschaltung mit Verminderung der sympathoadrenergen Erregungsbereitschaft und Zunahme der parasymphathischen Ak-

tivität führt, wäre der aus der Mode gekommene Mittagsschlaf. Eine andere der dreistöckige Brandy oder relaxierende Psychopharmaka, denn auch ohne je einen entsprechenden Kurs gemacht zu haben, tritt danach eine entspannende Wirkung ein. Demgegenüber stellen systematische Entspannungsverfahren die selbstbestimmte Induktion sowie die willentlich bewusste Steuerung der Entspannungsreaktion in den Mittelpunkt. Eine der diesbezüglich reduziertesten Möglichkeiten publizierte Anfang der 1970er Jahre der Kardiologe H. Benson<sup>3</sup> unter dem Namen «relaxation response» (s. Kasten). Er sagt, dass jedes Entspannungsverfahren grundsätzlich mindestens über zwei Elemente verfügt:

- einen *mental*en Fokus z.B. der eigenen Atem (Zen, Atemarbeit), eine Körperaktivität bzw. -zone (Progressive Relaxation/PR, Yoga, Taijiquan/Qigong), ein Wort, eine Formel (Autogenes Training/AT), ein Gebet (Exerzitien, Mantra) oder ein Bild (imaginative Verfahren, Mandalas) usw.
- eine *passive Form der Konzentration*, mit der sich der Übende mo-

noton rhythmisiert den Fokus beharrlich immer wieder ins Gewahrsein ruft, wobei er ablenkenden, eindringenden oder zur Leistung auffordernden Gedanken usw. möglichst wenig Beachtung schenkt und die Relaxation geschehen lässt, ohne sie „machen“ zu wollen oder einzugreifen (AT: passivierte Aufmerksamkeit, Taijiquan: Wu-Wei, Meditation: none-attachment).

Dabei unterbricht die gelassene Besinnung auf das jeweilige alternative Gedankenziel den „Strom der Alltagsgedanken“ (Benson), so dass organismische Selbstregulationsmechanismen greifen können und trophotrope Rückkopplungsprozesse zum Vordergrund werden. In der Terminologie der MBSR wird der kognitive „Autopilot“ ausgeschaltet, so dass der Übende schrittweise vom „doing-mode“ in den „being-mode“ herübergleitet. Dieser meditative Prozess wird in anderen Systemen Trance (Hypnose), Hypnoid (AT) oder Transzendenz genannt (Meditation). Allerdings müsste man bei Benson unbedingt ergänzen, dass jedes Ent-

spannungsverfahren mindestens noch ein drittes Element enthält, nämlich steuernde „Entspannungsbremsen“ (AT: Zurücknehmen durch Anspannen der Arme, tiefes Atmen, Meditationen: Lotos-Sitz, Yoga: körperlich anspruchsvolle Asanas oder energetisierende Atmung). Gäbe es keine ergotropen Anteile, würde sich andauernd ereignen, was Ungeübten widerfährt, die den regressiven Sog der trophotropen Reaktion noch nicht gut begrenzen können: eine Art Dämmerzustand („dösen“) oder der Tiefschlaf.

Insofern könnte man als kleinsten gemeinsamen Nenner der „Entspannungsfamilie“ zusammenfassen: Entspannungsverfahren sind (Übungs-) Systeme, die eine willentlich-bewusste Selbstinduktion und -steuerung der trophotropischen Reaktion ermöglichen. Dazu schulen sie systematisch eine gelassene Form der Konzentration auf einen mentalen Fokus und lehren gleichzeitig, eine Balance zwischen Relaxation und vigilanter Aufmerksamkeit beizubehalten, die den Praktizierenden ein achtsames Verweilen in Entspannung zwischen Aktivität und völliger Passivität ermöglicht.

Dabei unterscheiden sich die „Familienmitglieder“ zum Teil erheblich, sowohl in Bezug auf den jeweiligen Fokus, als auch in der konkreten Methodik und Didaktik: AT oder Zen ermöglichen den Zugang mehr über eine Schulung des Geistes, PR, Yoga oder Taijiquan/Qigong mehr über eine Schulung des Körpers, eine Mittelstellung nehmen Atemorientierte Verfahren ein. Die AT-Grundstufe, PR oder «relaxation response» haben „nur“ eine spezifische Entspannungsreaktion zum

#### «relaxation response»

- Wählen Sie ein Wort, einen Begriff, ein Gebet usw., das Sie als Fokus verwenden wollen oder konzentrieren Sie sich nur auf Ihren Atem.
- Sitzen Sie ruhig in einer bequemen Haltung.
- Schließen Sie die Augen und entspannen Sie die Muskeln.
- Atmen Sie langsam und natürlich, wiederholen Sie Ihr Fokus-Wort jedes Mal beim Ausatmen.
- Bleiben Sie passiv, kümmern Sie sich nicht darum, ob Sie es gut machen. Wenn Ihre Gedanken ‚wandern‘, lenken Sie sie auf den Fokus zurück.
- Halten Sie diese Prozedur jeweils 10-20 Minuten durch.
- Nehmen Sie danach die Entspannung zurück, in dem Sie die Arme kräftig anspannen, sich recken, tief atmen und dann die Augen weit öffnen.
- Entspannen Sie sich nach dieser Methode 1-2x pro Tag.

<sup>2</sup> Aufbauend auf A. Antonovskys Arbeit zur Salutogenese mit dem Schwerpunkt „Stärkung des ‚sense of coherence“.

<sup>3</sup> Der in denselben Laboratorien der Bostoner Harvard Medical School arbeitete, in denen auch schon der US-amerikanische Physiologe W. Cannon geforscht hatte. Cannon beschrieb 1915 die o.g. «fight-or-flight-response», die u.a. für H. Selyes Arbeiten und folgende die Grundlage bildete.

Ziel, achtsamkeitsbasierte Verfahren (MBSR, Zen) vermitteln „nebenbei“ zwar auch eine unspezifische Entspannungsreaktion, zielen aber hauptsächlich auf ein Gewahrsein dieses Prozesses („metacognitiv awareness“).<sup>4</sup> Zu nennen wären auch „nahe Verwandte“, die eine mehr oder weniger große Schnittmenge mit Entspannungsverfahren i.e.S. besitzen: Hypnose, basiert zwar u.a. auch auf der «relaxation response», geht in ihren Anwendungsbereichen aber genauso deutlich darüber hinaus, wie Biofeedback, Eutonie oder Psychotonik, die Ansätze von Alexander, Middendorf und Feldenkrais, die Fortgeschrittenen- und Oberstufe des ATs (autogene Meditation) oder das Focusing (Gendlin). Gleiches ließe sich über imaginative Verfahren wie z.B. Kathartes Bilderleben (Leuner), gesteuerte Wachträume (Frederking), aktive Imagination (Jung) oder Visualisierungen nach Simonton sagen. Yoga, Taijiquan/Qigong oder Zen sowie verschiedene andere östliche Meditationsformen sind untrennbar mit spirituellen Dimensionen verbunden und lassen sich aus diesem

den Kundigen in die Lage versetzen, selbstverantwortlich seine salutogenen Ressourcen auszubauen. Dies ist ein manchmal vernachlässigter, gleichwohl aber sehr wertvoller Wirkfaktor: Entspannungsverfahren lehren nebenbei eine gelassene Form von (Selbst-)Disziplin und Selbstverantwortung nach dem Motto ‚Von nichts kommt nichts!‘. Damit sind sie eine gute Basis-Lektion in Sachen Selbsterziehung (Selbstmanagement), Selbstwirksamkeit und Autonomie, was gewissermaßen als Nebenwirkung nachweislich gute Effekte z.B. auf die Compliance hat. Gleichzeitig ist dies ein Hinweis auf die „Achillesferse“ der Entspannungsverfahren, denn möglichst tägliches Eigentraining ist unverzichtbar. Damit enttäuschen bzw. konfrontieren Entspannungsverfahren, fundiert und nicht als „Light-Variante“ vermittelt (!), eine vorherrschende Konsumhaltung.

Als wohl prominenteste Effekte ergeben sich bei regelmäßiger Praxis Entschleunigung, Kontemplation und Zentrierung. Ähnlich wie „slow food“ scheinen Entspannungsverfahren

- Differenzierung von Selbst-/Fremdwahrnehmung, Introspektionsfähigkeit und emotionalem sowie körperlichem Gewahrsein
- Verbesserung der Affektregulation (Selbstberuhigung, Ausgeglichenheit, Depolarisation)
- Bewusstheit von Eigenverantwortlichkeit (Selbstreferenz).

Es ist leicht ersichtlich, welchen unterstützenden Beitrag Entspannungsverfahren deshalb auch zum Gelingen von Psychotherapien darstellen können.

Vor diesem Hintergrund werden als primäre, aber sehr weit gesteckte Hauptindikationsgebiete beschrieben: Dysphorie und Ängste, wie sie als zentrales oder begleitendes Thema bei vielen Störungen auftreten, sowie auf Dysstress basierenden, „nervösen“ Beschwerden von vegetativer und emotionaler Dysregulation über Erschöpfungszustände bis zu nicht organisch bedingten Schlafstörungen. Darüber hinaus lassen sich gute Effekte bei therapiebegleitendem Einsatz nachweisen. Dies gilt u.a. für:

- Störungen aus dem depressiven Formenkreis (z.B. AT, achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie/MBCT)
- somatoforme und Schmerzstörungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- organischer Beschwerden, deren Entstehung oder Verlauf seelisch mitbeeinflusst wird (und auf welche körperliche Erkrankungen trafe das nicht zu?) inklusive schwererer Erkrankungen wie Krebs oder HIV
- bei modifiziertem Vorgehen für Persönlichkeitsstörungen (z.B. achtsamkeitsbasierte Anteile innerhalb der Dialektisch-Behaviorale Therapie) oder für Posttraumatische Belastungsstörungen (PR).

Kontraindikationen ergeben sich aus dem Verlust an Selbstverfügbarkeit (z.B. Psychose, gering integrierte Persönlichkeitsstörungen, schwere Depression, akute Krise), aus fehlenden intellektuellen Voraussetzungen (z.B. Demenz, verminderter IQ) und aus altersgemäßen oder körperlichen Begrenzungen. Sind die Einschränkungen allerdings weniger stark ausgeprägt, lassen sich Entspannungsverfahren u.U. in modifizierter Form durchführen: Kinder brauchen ebenso eigene Unterrichtskonzepte wie Alte oder Menschen mit Handicap; Psychotiker oder geistig-körperlich Behinderte können in einigen Fällen von Körperorientierten Verfahren wie z.B. Yoga oder PR profitieren. Andere relative Kontraindikationen, bei denen u.U. psychotherapeutische Interventionen vorzuschalten sind, ergeben sich aus der mangelnden Bereitschaft zum regelmäßigen, eigenständigen Üben oder einer herabgesetzten Fähigkeit, sich auf Entspannung bzw. Achtsamkeit einzulassen, z.B. bei Bedrohung des sekundären Krankheitsgewinns oder bei einer anankastische Persönlichkeitsstruktur.

Bei all diesen Vorzügen der Entspannungsverfahren sei nicht verschwiegen, dass sie sich aufgrund ihrer verschiedenen Historie sowie den sehr unterschiedlichen Entstehungskontexten in Hinblick auf Maßnahmen der sogenannten Qualitätssicherung unterscheiden: Es gibt u.a. für AT, PR oder Hypnose einen Konsens hinsichtlich standardisierter Methodik/Didaktik und in Bezug auf die Qualifikation von Anleitern sowie Dozenten<sup>6</sup>. Bei achtsamkeitsbasierten Verfahren, Yoga, Taijiquan/Qigong und einigen Meditationsformen ist ein solcher Konsens am reifen, wobei manche der sich dabei ergebenden Schwierigkeiten darauf beruhen, dass hier andere kulturelle Wurzeln zu beachten sind<sup>7</sup>.

## Entspannungsverfahren eröffnen eine Welt, in der es ums Sein und nicht ums Haben oder Machen geht.

Grund ebenfalls nicht einzig auf Entspannungsverfahren reduzieren.

### Entspannung ist einfach – man muss sich nur richtig anstrengen!

Auch wenn manche Anleiter in der Praxis ihre Entspannungssitzungen nicht nur einladend gestalten, sondern relativ durchgängig den regressiven Wünschen ihres Klientels nachgeben (z.B. „Kuschel-Yoga“, eklektisches AT mit musikalischer oder verbaler „Dauerberieselung“), so zielen Entspannungsverfahren vom Grunde her auf „Hilfe zur Selbsthilfe“, statt vom Behandler oder von Apparaturen abhängig zu machen; Entspannungsverfahren sollen

auch deshalb nicht so recht in die heutige Leistungsgesellschaft mit ihrem „höher, weiter, schneller...“ zu passen, denn sie eröffnen eine Welt, in der es ums Sein und nicht ums Haben oder Machen geht. Gerade auf diesem Umstand basieren weitere, gesundheitsfördernde Wirkungsaspekte, die die hohe Versorgungsrelevanz vor Augen führen und die z.B. für Hypnose, AT oder PR<sup>5</sup>, die „üben Verfahren“ der GKV-/PKV-Versorgung, aber auch für einige achtsamkeitsbasierte Verfahren wie MBSR recht gut untersucht sind; auch für Yoga, Taijiquan/Qigong u.a. gibt es viele Hinweise in diese Richtung:

- Verbesserung von Regenerationsfähigkeit und Psychohygiene
- Förderung von Stressresilienz (Resonanzdämpfung) und Kohärenzerleben (sense of coherence)
- Verbesserung von Konzentrations- und Distanzierungsfähigkeit (Abgrenzung, Desidentifikation)

<sup>4</sup> Eine wichtige Differenz, die hier aus Platzgründen aber nur angerissen werden kann, ergibt sich aus den unterschiedlichen, zugrunde liegenden Philosophien: Westlich orientierte Verfahren entstammen einer Tradition mit possessiv gedachter Ich-Identität, so dass bei solchen Verfahren das Ich als steuernde Instanz gesehen wird. Östlich orientierte Verfahren hingegen zielen i.d.R. auf Transzendenz und Überwindung des Ichs.

<sup>5</sup> Differentialindikationen AT vs. PR werden diskutiert.

<sup>6</sup> Was sich in anerkannten Richt- und Leitlinien niederschlägt

<sup>7</sup> Weswegen berücksichtigt werden muss, dass diese Verfahren in der Vergangenheit durch eine „oral tradition“ in Klostergemeinschaften weitergegeben und -entwickelt wurden, so dass die Integration mit oder von einer westlichen Pädagogik vor der Schwierigkeit steht, das Besondere, das Authentische dieser Verfahren nicht zu beschädigen. Gleiches gilt für wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise: Alle genannten Verfahren können in ihrem jeweiligen kulturellen Kontext als wissenschaftlich fundiert sowie gründlich geprüft angesehen werden. Dabei ist der zugrunde gelegte Wissenschaftsbegriff aber oft nicht an Descartes, Newton und Laplace oder den „Königsdisciplinen“ Physik sowie Medizin ausgerichtet und folgt dementsprechend nicht einer analytisch-zergliedernden Logik. Stattdessen fordert er geradezu eine Synthese von Glauben und Wissen bzw. setzt diese voraus. Eine dritte Differenz ist, dass zur Anleitung nicht notwendigerweise eine wissenschaftliche Grundausbildung in Medizin oder Psychologie gefordert wird, sondern dass traditionell auf eine gründliche Sozialisation in einer entsprechenden (Glaubens-)Gemeinschaft und auf ein Großmaß an Selbsterfahrung sowie persönlicher Durchdringung des jeweiligen Verfahrens Wert gelegt wird. Dementsprechend sind in diesem Feld Angehörige verschiedenster Grundberufe am Werk.

### Bundesweite Teilnehmerzahlen für Kurse nach dem individuellen Präventionsansatz aus dem Bereich „Stressreduktion/Entspannung“

Bundesverbände von AOK, BKK, landw. Krankenkassen, IKK, Knappschaft (Bochum), VdAK und AEV (beide Siegburg)	2005	182.342
	2006	225.250
	2007	305.966
	2008	347.502

#### Blinde Flecken im psychotherapeutischen Diskurs?

Vor diesem Hintergrund werden Entspannungsverfahren im Allgemeinen sehr gut wahrgenommen und haben einen festen Platz im Präventionsangebot von Krankenkassen (s. Kasten) sowie innerhalb der stationären Rehabilitation. Im ambulanten, psychotherapeutischen Feld führen sie hingegen ein gewisses Schattendasein. Das mag an der zum Teil sehr unzureichenden Honorierung in der Vergangenheit liegen, was vielleicht auch ein Grund dafür ist, dass viele Kollegen innerhalb ihres Studiums oder ihrer Weiterbildung zwar ein Entspannungsverfahren erlernt haben aber nur ein gewisser Teil davon auch über eine entsprechende Abrechnungserlaubnis verfügt (wobei - bisher - ja sowieso nur AT, PR und Hypnose innerhalb der ambulanten Krankenversorgung zugelassen sind). Ein anderer Grund könnte sein, dass die übenden Verfahren oder die Hypnose z.B. innerhalb der ärztlichen Weiterbildungsordnung als „kleine Zweitverfahren“ gelten, die man „mal eben“ durch 2 x 8 Doppelstunden innerhalb von sechs Monaten „mitnehmen“ kann.

Ein weiterer, tiefer reichender Grund liegt wohl in der psychologischen Interpretation von Entspannungsverfahren in der Vergangenheit. Diese zum Teil reduktionistische Rezeption innerhalb vorherrschender Therapie-Schulen beeinflusst auch heute noch das Verständnis von Entspannungsverfahren. Dabei sind vor allem drei Perspektiven auszumachen, die zwar alle eine gewisse Berechtigung haben, das Wesen der Entspannungsverfahren aber nur unzureichend erfassen.

- Entspannungsverfahren sind (Auto-)Suggestion. Auf dieser Ebene

werden die AT-Grund- und Fortgeschrittenen-Stufe verstanden, auch weil sie direkt aus der Hypnose entwickelt wurden; allerdings sprengt bereits die AT-Oberstufe (autogene Meditation) diesen Interpretationsrahmen. Auch bei der Erforschung beispielsweise des Yoga um die letzte Jahrhundertwende wurde zunächst davon ausgegangen, dass spezifische Körperstellungen (Asanas) zusammen mit entsprechender Atemtechnik (Pranajama) usf. die Suggestibilität derart erhöhen, so dass bestimmte „Fakir-Tricks“ (z.B. Stechen mit großen Nadeln ohne Blutfluss) aber genauso auch Erleuchtungserlebnisse aus dem Glauben daran erwachsen können und somit einzig auf Trance-Phänomenen und Auto-Hypnose beruhen würden.

- Entspannungsverfahren sind Psychotechniken zur Konzentrations- und Willensschulung. Taijiquan und Qigong wurden genauso wie Yoga früher als mystische Psychotechnik verstanden, die durch – für den westlichen Forscherblick – seltsam anmutende „Gymnastik“ usf. Konzentration und Willen so stählen, dass scheinbar unmögliche Leistungen möglich werden (z.B. sich lebendig begraben lassen). Dass Inder glauben, u.a. durch solche Körperübungen höhere Bewusstseinsebenen zu erlangen, Tibetaner ihr Karma zu überwinden oder Chinesen Yin- und Yang-Energien auszubalancieren sowie ihre Lebenskraft (Qi) zu steigern, wurde als Mystizismus vernachlässigt. In ähnlicher Weise wurde PR in früheren Phasen der Verhaltenstherapie durch diese „psychotechnische Brille“ betrachtet und vor allem als Gegenspieler der ängstlichen Erregung verstanden, weswegen man sie – mit Erfolg! – innerhalb der

Dekonditionierung usf. einsetzte. Später weitet sich der Blick zwar in Richtung allgemeiner Coping-Strategien, erlebter Selbstwirksamkeit usf., doch auch in der „dritten VT-Generation“ ist diese psychotechnische Haltung zu finden, wenn achtsamkeitsbasierte Verfahren zum Praxis-Arsenal dazu addiert werden, weil sie u.a. die Akzeptanz auch für negative Gefühle oder schwierige Lebensereignisse effektiv fördern<sup>8</sup>. Auf dieser Ebene liegt auch der Verständnishorizont des Wissenschaftlichen Beirates für Psychotherapie, nach dessen jüngst beschlossener Terminologie-Reform AT, PR und Hypnose als „übende und suggestive Techniken“ subsummiert werden sollen.

- Entspannungsverfahren sind methodische Regression. In der analytischen Rezeption gab es verschiedene Ansätze. F. Alexander sah in der buddhistischen Meditation oder im Yoga „das zielbewusste, systematische Einziehen aller libidinösen Besetzungen von der Außenwelt“ und den „Versuch alle so freigewordenen Libidoquanten narzisstisch unterzubringen“. Deshalb begriff er sie als Regression und Nirwana als „Zustand im Mutterleib“. Auch O. Rank sah in solchen Verfahren einen Versuch der religiösen Sublimierung des Geburtstraumas. Aus ähnlicher Perspektive verstand S. Freud die beim Meditieren aber auch bei anderen „religiösen Praktiken“ sich ergebenden, „ozeanischen Gefühle“ als Erinnerungsrest

In komplexer Weise hat sich C.G. Jung z.B. mit Yoga auseinandergesetzt: Er verstand dieses Übungssystem in seinem Ursprung als ein Arsenal natürlicher Introversionsvorgänge, das sich nach und nach zur Methode organisierte, mittels der die endgültige Loslösung bzw. Befreiung von Objekt- und Subjektverhaftungen erreicht werden soll; dazu sind Laster (Yoga: Kleshas) bzw. Fixierungen (buddhistische Meditation: Verhaftungen wie Begierde, Hass usf.) zu überwinden, um Leib und Seele, Körper und Geist, Bewusstes und Unbewusstes (wieder) zu vereinen, auf dass „bewusstseins-transzendente Ahnungen“ möglich werden. Dabei ist auch heute noch Jungs Kritik an der westlichen Yoga-Praxis bedenkenswert, die analog auf andere Entspannungsverfahren übertragen werden kann: Nicht eben selten würden sie, statt zur seelischen Befreiung, zu Abwehrzwecken genutzt (z.B. im Dienst von Omnipotenzphantasien) und hinzu käme der „gewöhnliche Irrtum (...) des westlichen Menschen (...), dass er, wie der Student in Faust, vom Teufel übel beraten, der Wissenschaft verächtlich den Rücken kehrt und östliche Ekstasik anempfindend Yogapraktiken wörtlich übernimmt und kläglich imitiert“<sup>9</sup>.

Der Jung-Schüler E. Neumann überarbeitete diese früheren Sichtweisen: Im Yoga werde nicht eine lustvolle Ich-Auflösung durch bloße Introversion angestrebt, sondern in Wirklichkeit

### „... sondern in Wirklichkeit muss bei Entspannungsverfahren höchste Disziplin vollbracht werden, um abgespaltene (Körper-)Zonen dem Ich wieder zugänglich zu machen.“

an ein primäres Ich-Gefühl, wie es der Säugling vor der psychologischen Trennung von der Mutter erleben würde.

muss höchste Disziplin vollbracht werden, um ansonsten abgespaltene, der bewussten Wahrnehmung und Regulation unzugängliche (Körper-)Zonen

<sup>8</sup> Dabei wird eher weniger gefragt, ob die aus dem Buddhismus entlehene Achtsamkeit (die in diesem Kontext untrennbar mit Absichtslosigkeit, Nicht-Verhaftung usf. verbunden ist) eigentlich Achtsamkeit bleibt, wenn man sie als Therapeutikum, d.h. als Mittel zum Zweck einsetzt. Eher wird der pragmatischen Devise gefolgt „Wer heilt hat Recht“.

<sup>9</sup> Insofern plädierte Jung für ein westliches Pendant zum Yoga, dass er in der Psychoanalyse bzw. in seiner Methode der aktiven Imagination sah.



**Björn Husmann**

Psychologischer Psychotherapeut (TfP) und Gestalttherapeut seit 1995 in eigener Praxis, Ausbilder für Kursleiter in „Autogenem Training (Grund-, Fortgeschrittenen- und Oberstufe)“, Bremer Landesbeauftragter der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren, stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E).



dem Ich wieder zugänglich zu machen. Deshalb sprach er von Zentroverson, wobei diese Hinwendung „zur Mitte des Selbst“ und dass der Übende seine authentische Ganzheit zulässt, ermöglichen würde, seine Zerrissenheit zu überwinden. Das gilt für andere Entspannungsverfahren genauso.

Auch in den humanistischen Verfahren gibt es eine lange aber weniger reduktionistische Rezeptionsschichte von Entspannungs- und

schungsinstrumente, bildgebende Verfahren usf. sie nun auch für das „westliche Forscherauge“ unübersehbar gemacht haben: Achtsame Entspannung bzw. entspannte Achtsamkeit könnte eine Art Basis aller psychotherapeutischen Methoden sein, denn die „... reflexive Beobachtung der eigenen kognitiv-emotionalen Prozesse ist die conditio sine qua none jedweder therapeutischen Veränderung“. Da diese Teilung in Beobachter und Beobachteten durch alle hier genannten Entspannungsverfah-

## Achtsamkeit – eine Basis aller psychotherapeutischen Methoden?

achtsamkeitsbasierten Verfahren. Hier steht oft die Gegenwärtigkeit (Präsenz) sowie die Differenzierung und Erweiterung der awareness im Mittelpunkt des Interesses, wie z.B. beim Focusing, das eine Art meditativer (Selbst-)Erkenntnisweg über die Besinnung auf Körperempfindungen darstellt (felt sense, felt shift). In der Gestalttherapie, in der u.a. die Lehren des Zen fortwirken, wird Meditieren darüber hinaus geschätzt, weil es den „Nullpunkt“<sup>10</sup> zwischen authentischem Bedürfnis und neurotischer Hemmung von Innen her erfahrbar macht. Das ermöglicht das Loslassen von Vorstellungen und damit die Transzendenz von Fixierungen auf ein „Dort und Damals“, um immer wacher ins „Hier und Jetzt“ zu gelangen. Diese Ansichten und Erfahrungen werden mittlerweile auch in Richtlinien-Verfahren (wieder) diskutiert<sup>11</sup>, nicht zuletzt, weil verbesserte For-

ren gefördert wird, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, welch ein Potential steht hier zur Verfügung? Nicht nur für Patienten, sondern auch für Therapeuten – als Burnout-Prophylaxe einerseits aber andererseits auch, weil diese Art der Achtsamkeit – mindestens in den psychodynamischen und humanistischen Verfahren – ein wichtiger Teil der psychotherapeutischen Arbeitshaltung ist.

**Ausblick**

In diesen Hinsichten werden Entspannungsverfahren von der „psychotherapeutischen Gemeinde“ nicht selten unterschätzt und manchmal sogar vergessen. Aber auch Berufsverbände sowie Psychotherapeuten- und Ärztekammern täten gut daran, Entspannungsverfahren sowie die Förderung der Achtsamkeit stärker zu den psychotherapeutischen Kernkompetenzen zu zählen und ihren „Wert“ deut-



Am 05.12.2009 wurde die Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E) gegründet, die Eintragung der DG-E ins Vereinsregister ist beantragt. Hintergrund war u.a. ein Konflikt zwischen der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren und der Sektionsleitung Klinische Psychologie im BDP: Die Psych. FG Entspannungsverfahren wurde Mitte der 80er Jahre als „Arbeitskreis für AT & PR“ gegründet, integrierte sich in den 90er Jahren in den BDP und zählt gegenwärtig 780 Mitglieder. Sie bildet seit 25 Jahren eine Art „psychologische Bundesliga“ der mit Autogenem Training, Progressiver Relaxation u.a. Entspannungsverfahren tätigen Psychologinnen und Psychologen, führte deshalb z.B.

Konsensuskonferenzen mit den entsprechenden ärztlichen Gesellschaften und erlangte u.a. die Anerkennung ihrer Qualifikationsnachweise bei Krankenkassen und KVen. Sie organisiert regelmäßige Tagungen, die sich großer Beliebtheit erfreuen, unterhält eine sehr frequentierte Internetseite und gibt jährlich die Zeitschrift „Entspannungsverfahren“ heraus. Die Sektionsleitung Klinische Psychologie/BDP wollte diese Gruppe (und ihre Arbeitsergebnisse) gerne „vollständig integrieren“, wohin gegen die Psych. FG Entspannungsverfahren auf einer partiellen, fachlichen Autonomie beharrte. Weitere Informationen finden sich im Internet unter <http://entspannungsverfahren.com> sowie unter <http://www.entspannungsverfahren.eu>.

licher zu kommunizieren – nicht in erster Linie, aber auch in Hinblick auf die Honorierung. Im Angesicht der eingangs dargelegten Zukunftstrends und ihrer Bedeutung für die seelische Gesundheit wäre darüber hinaus die Erweiterung der übenden Verfahren mindestens um achtsamkeitsbasierte Verfahren, Meditation, Yoga, Taijiquan/ Qigong usf. sowie die weitere Erforschung des salutogenen Potentials von Entspannungsverfahren eine gesundheitspolitische Angelegenheit von großem Belang. Vor diesem Hintergrund wurde jüngst die „Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren“ (DG-E) gegründet. ■



**Literaturhinweis:**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie auf den folgenden Internetseiten unter [www.bjoern-husmann.de/Veroeffentlichungen](http://www.bjoern-husmann.de/Veroeffentlichungen) und [www.dptv.de](http://www.dptv.de). Darüber hinaus kann es angefordert werden bei der Redaktion unter [psychotherapieaktuell@dptv.de](mailto:psychotherapieaktuell@dptv.de).

<sup>10</sup> Mit großen Entsprechungen zur „schöpferischen Indifferenz“ bei Salomon Friedländer.

<sup>11</sup> Auch wenn die Diskussion aus dem Bereich der humanistischen Verfahren hier manchmal ignoriert zu werden scheint, was in einigen Fällen wie „Gedankenpiraterie“ anmutet.

Cornelia Rabe-Menssen

# Auch Psychiater und Psychologen haben negative Einstellungen gegenüber Schizophreniepatienten

Einige frühere Untersuchungen<sup>1, 2, 3</sup> konnten feststellen, dass bei Psychiatern – im Vergleich zu Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegepersonal – stärkere negative Stereotype und eine stärkere Präferenz für soziale Distanz zu Patienten mit Schizophrenie bestehen. Die hier beschriebene neue Studie zum Thema der Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie von Arens et al. (2009) untersucht nun die Frage, ob solche unterschiedlichen Sichtweisen psychischer Störungsbilder Folge der unterschiedlichen Ausbildung von Medizinern und Psychologen sein könnten. Arens et al. überprüfen die Hypothese, dass das Studium angehender Mediziner und Psychologen unterschiedliche subjektive Krankheits- und Ätiologiemodelle fördert. Zusätzlich wird untersucht, ob sich der in der Allgemeinbevölkerung gefundene Effekt einer positiveren Einstellung bei Kontakt zu Patienten mit Schizophrenie auch bei ange-

henden Medizinern und Psychologen zeigen lässt. An einer Stichprobe von 60 Medizin- und 61 Psychologiestudenten wurden implizite und explizite Einstellungen, bisherige Kontakt Erfahrungen mit Schizophreniepatienten sowie subjektive Krankheitsmodelle der Schizophrenie erhoben. Es zeigte sich, dass sowohl Medizin- als auch Psychologiestudenten ein hohes Maß an negativen Einstellungen gegenüber Personen mit Schizophrenie aufwiesen. Im Gegensatz zu früheren Studien ließ sich zwischen Medizin- und Psychologiestudenten kein Unterschied in ihren Einstellungen gegenüber Betroffenen feststellen. Entgegen der Erwartung zeigten Psychologiestudenten sogar eine stärkere Präferenz für soziale Distanz als Medizinstudenten. Arens et al. halten es für möglich, dass bei den teilnehmenden Medizinstudenten durch die Bezahlung für die Teilnahme eine höhere Motivation und ein positiveres Ant-

wortverhalten gegeben war. Kontakt Erfahrungen waren bei Medizinstudenten mit einem geringeren, bei Psychologiestudenten mit einem größeren Ausmaß an Vorurteilen assoziiert. Positivere Einstellungen waren bei Medizinstudenten mit dem Vorrücken biogenetischer Krankheitsmodelle, bei Psychologiestudenten mit psychosozialen Krankheitsmodellen verbunden. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass Antistigmakampagnen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein müssen. Bei der Reduktion von Stereotypen scheinen darüber hinaus multifaktorielle gegenüber monokausalen Ätiologiemodellen überlegen zu sein. ■



## Literaturhinweis:

Arens, E.A., Berger, C., Lincoln, T.M. (2009). Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie – Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner? *Nervenarzt* 80(3):329-339.



## Kommentar

Besorgniserregend an diesen Ergebnissen ist die erneute Feststellung, dass das angehende Fachpersonal – ausgenommen des Stereotyps der Gefährlichkeit – in ähnlichem Ausmaß negative explizite Einstellungen gegenüber Personen mit Schizophrenie aufwies wie die deutsche Allgemeinbevölkerung<sup>4</sup>. Antistigmakampagnen müssten sich demnach nicht nur an Laien, sondern auch an die Zielgruppe derjenigen richten, die in der Versorgung psychisch Kranker tätig sind bzw. sein werden. Die Ausbildung im Medizin- wie im Psychologiestudium müsste sich des Problems der Stigmatisierung so früh wie möglich annehmen.

Die in der vorliegenden Studie untersuchte Stichprobe ist klein, so dass die Ergebnisse nur eingeschränkte externe Validität aufweisen. Dennoch liefert die Studie einige interessante Hinweise für die Gestaltung von destigmatisierenden Interventionen. Diese sollten unbedingt eine möglichst umfassende, multidimensionale Ursachenaufklärung leisten, die die Kombination positiver Assoziationen der beiden Ätiologiemodelle nutzt. Derzeitige große Antistigmakampagnen müssen in diesem Punkt nachgebessert werden.

<sup>1</sup> Jorm, A.F., Korten, A. E. & Jacomb, P.A. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry* 33:77-83.

<sup>2</sup> Kingdon, D., Sharma, T. & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull* 28:401-406.

<sup>3</sup> Nordt, C., Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 32:709-714.

<sup>4</sup> Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull* 30:1049-1061.



**Dr. Cornelia Rabe-Mensen**

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Weiterbildung Psychosoziale Onkologie und Gesundheitsökonomie. Wissenschaftliche Referentin der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.



Cornelia Rabe-Mensen

# Ambulante Psychotherapie ist kein „Luxus-Gut“

In der gesundheitspolitischen Diskussion taucht häufig das Vorurteil auf, dass Psychotherapie vorrangig von „YARVIS“-Patienten (young, attractive, rich, verbal, intelligent, successful) in Anspruch genommen werde. Die vorliegende Pilotstudie einer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Cornelia Albani am Universitätsklinikum Leipzig kann dies widerlegen.

Es wurden in einer bundesweiten telefonischen Befragung im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen telefonischen Mehrthemenumfrage 5120 Deutsche über 18 Jahre nach ihrer Inanspruchnahme von Psychotherapie befragt. Erfasst wurden zur Operationalisierung von „YARVIS“ die sozioökonomischen Merkmale Alter („young“), höchster Bildungsabschluss („intelligent“) und Haushaltseinkommen pro Kopf der Haushaltsmitglieder („rich“). Es wurden dann jeweils die Teilgruppen mit und ohne Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie verglichen.

Von den 5120 Befragten gaben 214 an, innerhalb der letzten 6 Jahre in psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein, 27 waren in den letzten 6 Jahren bereits und aktuell auch in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, 138 Befragte befanden sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung. Insgesamt

befanden sich unter den Befragten mit psychotherapeutischer Erfahrung mehr Frauen als Männer. Die Daten enthalten keinen Hinweis für eine Bevorzugung jüngerer Patienten. Bis zum Alter von 60 Jahren scheint eine psychotherapeutische Versorgung im Bedarfsfalle stattzufinden. Eher weisen die Ergebnisse auf eine möglicherweise unzureichende Versorgung von Menschen über 60 Jahren hin. Dies entspricht der allgemein verbreiteten Erkenntnis, dass alte Menschen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bislang unterrepräsentiert und unterversorgt sind.

In den Daten fanden sich keine Hinweise auf signifikant höhere Bildungsabschlüsse bei Psychotherapiepatienten.

ten. Patienten mit niedrigen Bildungsabschlüssen waren bei den Psychotherapiepatienten stark vertreten. Auch fand sich unter den Befragten mit Psychotherapie-Inanspruchnahme ein hoher Anteil an Haushalten mit niedrigem Pro-Kopf-Nettoeinkommen (<1000 €).

Aufgrund des begrenzten Stichprobenumfangs, der nur eine deskriptive Darstellung der Daten zulässt, sind die Ergebnisse als vorläufig zu interpretieren. Sie bieten jedoch starke Hinweise darauf, dass dem Vorurteil, Psychotherapie werde hauptsächlich von „YARVIS“-Patienten in Anspruch genommen, für die Variablen Alter, Bildung und Haushaltseinkommen widersprochen werden kann. ■



## Kommentar

Die Befragungsdaten geben keine Auskunft über die Art der in Anspruch genommenen ambulanten Psychotherapie (Richtlinienverfahren, Qualifikation der Leistungserbringer etc.). Auch räumen die Autoren die Möglichkeit von Selektionseffekten durch die telefonische Befragung ein. Trotzdem und trotz des begrenzten Stichprobenumfangs leistet die vorliegende Untersuchung einen wichtigen Beitrag zur

Stärkung des Bewusstseins für die Notwendigkeit von Studien zum Versorgungsbedarf und zur Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie. Es handelt sich hier um eine Voruntersuchung zu einer laufenden umfangreichen, bevölkerungsrepräsentativen Erhebung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie, zu Anlass und Art der Behandlung und zum Behandlungserfolg. Die Ergebnisse dieser größeren Untersuchung sind mit Spannung zu erwarten.



## Literaturhinweis:

Albani, C.; Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Goldschmidt, S. & Brähler, E. (2009). Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 59:281-283.



# Falscher Klick im Internet

Anne Spreyer

## Betrug mit Branchenbuch-, Telefonbucheintragung, Online-Branchenverzeichnissen, Internet-Abonnements, Klingeltonabos

Neben vielen kostenlosen gibt es im Internet und auch im Postverkehr zunehmend kostenpflichtige Angebote, die auf den ersten Blick nicht als solche zu erkennen sind.

Relativ neu sind auch die sogenannten Download-Abofallen. Der Trick dabei: Mit aktuellen Versionen beliebter Gratis-Programme (wie Adobe Reader, Firefox oder OpenOffice) werden Internetbesucher zunächst auf scheinbar seriöse Webseiten gelockt. Wer sich dort registriert, um die Kostenlos-Software herunterzuladen, übersieht dann aber leicht den (versteckten) Hinweis, dass er damit ein Zwei-Jahres-Abo abschließt. Schneller als gedacht hat man einen kostenpflichtigen Online-Service oder ein teures Abonnement abgeschlossen.

### Was Sie tun können, wenn Sie in eine dieser Fallen getappt sind

Wenn man innerhalb von 14 Tagen erkennt, Opfer einer dieser Machenschaften geworden zu sein, genügt es, wenn man den Anspruch genau einmal schriftlich zurückweist und anschließend nicht mehr reagiert. Eine Begründung ist hierzu nicht erforderlich. Dabei sollte man darauf achten, keine zusätzlichen Informationen zu denen, die der Anbieter bereits kennt, zu geben. Einen Beleg dafür, der Forderung widersprochen zu haben, haben Sie dann auf der Hand, wenn Sie das Schreiben per Post als Einschreiben mit Rückschein versenden. Zum Beweis

sollte man sich Kopien der Internetseite oder des Schriftstücks machen, auf dem der angebliche Vertrag beruhen soll. Außerdem sollte man eine Kopie seines Entgegnungsschreibens, in dem man der Forderung des Anbieters widerspricht, bei sich verwahren.

Wenn Sie jedoch bereits bezahlt haben oder mit dem Anbieter vor Gericht sind, müssen Sie Ihren Widerspruch begründen.

### Begründung des Widerspruchs gegen die unberechtigte Zahlungsaufforderung

Ob Online-Branchenbuch, Online-Routenplaner oder Eintrag in ein Telefonbuch oder Online-Emailverzeichnis, auf den ersten Blick liest man oft etwas von kostenlosem Eintrag und irgendwo versteckt steht dann ein Kostenhinweis, der bei Unterschrift oder Eingabe der Daten zum Tragen kommen soll. Dann kann man sich als Opfer auf den Standpunkt stellen, dass einem nicht bewusst war, sich für eine kostenpflichtige Dienstleistung anzumelden. Aus juristischer Sicht ist dann mangels Erklärungswillens kein Vertrag zustande gekommen, aus dem eine Zahlungspflicht resultieren könnte. Auch wenn die gleichen Leistungen von anderen Anbietern kostenlos zur Verfügung gestellt werden, kann dies ein Indiz für mangelnden Erklärungswillens liefern.

Eine weitere Möglichkeit der Abwehr ist die Anfechtung des vom Anbieter

behaupteten Vertrages. Begründen kann man dies damit, dass der Kostenhinweis versteckt war. Die Anfechtung wegen sogenannter Arglistiger Täuschung ist bis zu einem Jahr nach Entdeckung des Anfechtungsgrundes möglich.

Alternativ oder zusätzlich zu diesen Argumenten kann man sich auf einen Irrtum berufen. Der Irrtum liegt darin, dass einem nicht bewusst war, einen Vertrag abzuschließen und/oder dieser Vertragsabschluss mit Kosten verbunden ist. Ob man den Kostenhinweis des Anbieters möglicherweise hätte entdecken können, ist unerheblich. Wichtig ist hier, direkt nach Entdeckung seines Irrtums zu handeln und den Vertrag wegen Inhaltsirrtums anzufechten.

Wenn man sich darauf beruft, sich geirrt zu haben, gibt man zu, einen Fehler gemacht zu haben. Dann ist man rechtlich verpflichtet, dem Anfechtungsgegner einen sogenannten Vertrauensschaden zu ersetzen, denn der Vertragspartner kann sich auf den Standpunkt stellen, er habe auf das Bestehen des Vertrages vertrauen können. Der Vertrauensschaden kann jedoch nie höher als das im Vertrag genannte Entgelt sein.

Allerdings kommt es in den hier betrachteten Fällen regelmäßig nicht zur gerichtlichen Geltendmachung eines Vertrauensschadens, wenn der Anbieter einem eine Falle gestellt hat,

der Kostenhinweis versteckt war etc. Genau auf diesem Prinzip beruht das Geschäftsmodell des Anbieters, dass zum Beispiel die Rechnung genauso gestaltet ist wie die der „Gelben Seiten“ und der Angesprochene dies verwechseln soll. Da der Irrtum vom Anbieter gewollt ist, kann man vermuten, dass dieser kaum wagen wird, gerichtlich einen Vertrauensschaden geltend zu machen.

Kündigen sollte man den Vertrag nur hilfsweise. Verträge enthalten immer auch Kündigungsfristen, z.B. drei Monate zum Jahresende. Das würde dann bedeuten, dass man für ein Jahr an den Vertrag gebunden bleibt.

Solange man nicht gezahlt hat, muss der Anbieter beweisen, eindeutig und korrekt auf entstehende Kosten hingewiesen zu haben. Bei dem praktizierten Geschäftsmodell wird ihm dies kaum möglich sein. Erfahrungsgemäß baut er dann eine massive Drohkulisse auf: Man wird bombardiert mit Zahlungsaufforderungen und Drohungen von Inkassobüros und soll so zur Zahlung gebracht werden.

Wenn man dann, wie eingangs vorgeschlagen, den Anbieter darauf hingewiesen hat, dass man nicht zahlen wird, sollte man in Ruhe abwarten, ob er dann noch den Mut hat, ein gerichtliches Mahnverfahren einzuleiten.

Auch dies ist jedoch nicht ausgeschlossen. Der Anbieter baut darauf, dass es viele Menschen mit der Angst zu tun bekommen und dann doch zahlen, wenn der Mahnbescheid offiziell durch das Gericht zugestellt wird.

Man sollte sich jedoch vergegenwärtigen, dass das Gericht die Berechnung



**Anne Spreyer**

Diplom-Psychologin, Mitarbeiterin der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, u. a. zuständig für die Mitgliederberatung.



gung einer Forderung, wenn jemand Antrag auf Mahnbescheid stellt, nicht prüft. Jeder kann, sogar online übers Internet, gegen jeden anderen einen Mahnbescheid erwirken.

Sobald ein Mahnbescheid eintrifft, muss man reagieren und hat 14 Tage Zeit, den amtlichen Vordruck an der entsprechenden Stelle mit dem Kreuz zu versehen, das besagt, dass man der Forderung widerspricht, und ihn zurück zu senden. Mehr ist zu diesem Zeitpunkt nicht zu tun. Dann nämlich muss der Antragsteller des Mahnbescheids eine Begründung an das Gericht geben, worauf sich seine Forderung bezieht.

Wenn der Antragsgegner so weit geht, seine Forderung schriftlich zu begründen, kommt es zu einem gerichtlichen Verfahren. Erst jetzt prüft das Gericht die Berechtigung der Kostenforderung. Man bekommt die Begründung zu Gesicht und kann die Widerspruchsbegründung dem Gericht schriftlich vortragen.

In Zivilverfahren kassierten die Abofallenbetreiber fast immer Niederlagen. Die Gerichte erkennen in der Regel an, dass ein hinten klein gedruckter und versteckter Kostenhinweis überraschend ist und deshalb überhaupt kein Vertrag zustande kam, bzw. dass man durch irreführende Angaben getäuscht wurde.

Auf jeden Fall sollte man eng an dem eigenen Schadenfall bleiben und seinen Text dem anpassen. Die Textbausteine enthalten mögliche Gründe, darunter auch die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung und Irrtums. Es klingt vielleicht auf den ersten Blick widersprüchlich, dass man zuerst bestreitet, dass ein Vertrag zustande gekommen sei, und dann doch damit argumentiert, dass man einem eventuell geschlossenen Vertrag widerspricht. Damit beugt man jedoch allen möglichen Argumentationslinien, die der Anbieter vorbringen könnte, vor und hält sich selbst alle möglichen Wege offen, vor Gericht zu argumentieren, falls der Abofallenbetreiber doch vor Gericht gehen sollte.

Wenn Sie eine Berufs-Rechtsschutzversicherung haben oder Ihre Situation gar nicht mit den hier gemachten Ausführungen überein zu stimmen scheint, kann es ratsam sein, einen Rechtsanwalt mit dieser Sache zu betrauen.

Hilfe finden Sie eventuell auch bei Ihrer Verbraucherzentrale (manche beraten aber nur Privatpersonen, nicht Psychotherapeuten). Verschiedene Psychotherapeutenkammern veröffentlichten in der Vergangenheit Hinweise und Verfahrensvorschläge auf ihren Internetseiten.

**So können Sie vorbeugen<sup>1\*</sup>:**

Bei Webseiten, die mit ihrem Gratis-Angebot groß werben, ist Vorsicht geboten. Das gilt vor allem für Angebote, bei denen man sich registrieren muss oder die mit einem Gewinnspiel verknüpft sind, das die Angabe von Adressdaten erfordert. Beim Anmel-

devorgang ist häufig nicht ersichtlich, dass es sich um ein kostenpflichtiges Angebot handelt. Oft gelangt man auch über geschickt getarnte Links oder Pop-Up-Fenster eher zufällig auf unseriöse Seiten. Wer auf einer solchen Fang-Seite gelandet ist, bekommt meist schnell eine Rechnung per Post.

Ein Vertrag kann erst zustande kommen, wenn klar erkennbar ist, dass das Angebot der Internetseite kostenpflichtig ist. Das heißt, der Preis muss angegeben sein, und es muss für den Verbraucher offensichtlich sein, dass er eine kostenpflichtige Leistung in Anspruch nimmt. Bei korrekten Angeboten wird man Schritt für Schritt durch die Anmeldung geführt. Ab einem bestimmten Punkt kommt man nur noch weiter, wenn man in einem kleinen Fenster per Klick bestätigt, dass man die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) gelesen hat.

Achten Sie darauf, dass man die AGB auch ausdrucken kann. Ein seriöser Anbieter weist auf die Widerrufsfrist von 14 Tagen hin. Manchmal sind die Hinweise auf einen Vertragsabschluss in den AGB versteckt. Wichtige Erkennungspunkte eines Abonnements: Sind Mindestlaufzeit und Kündigungsfristen angegeben, deutet das auf eine vertragliche Bindung hin.

Grundsätzlich gilt: Zu verschenken gibt es in der Regel auch im Internet nichts. Bevor Sie Ihre Daten preisgeben, prüfen Sie die komplette Seite. Das heißt: bis ans Ende scrollen, nach Preisangaben suchen und die AGB gründlich studieren. ■



**Musterbriefbausteine gegen eine unberechtigte Forderung infolge einer „Abofalle“**

*Die von Ihnen geltend gemachte Forderung besteht nicht, es ist kein Vertrag zwischen Ihnen und mir zustande gekommen. Es fehlt bereits an der Abgabe entsprechender Willenserklärungen. Die etwaig abgegebene Erklärung hätten Sie gemäß § 133, 157 BGB nicht dahingehend verstehen dürfen, dass ich mich vertraglich binden wollte. Im Übrigen weise ich Sie darauf hin, dass die Beweislast für einen wirksamen Vertragsschluss allein bei Ihnen liegt.*

*Hilfsweise erkläre ich die Anfechtung eines etwaigen zwischen uns geschlossenen Vertrages wegen arglistiger Täuschung. Diesbezüglich verweise ich auf die Urteile des OLG Frankfurt am Main, Az. 6 U 186/07 sowie 6 U 187/07, u.a.*

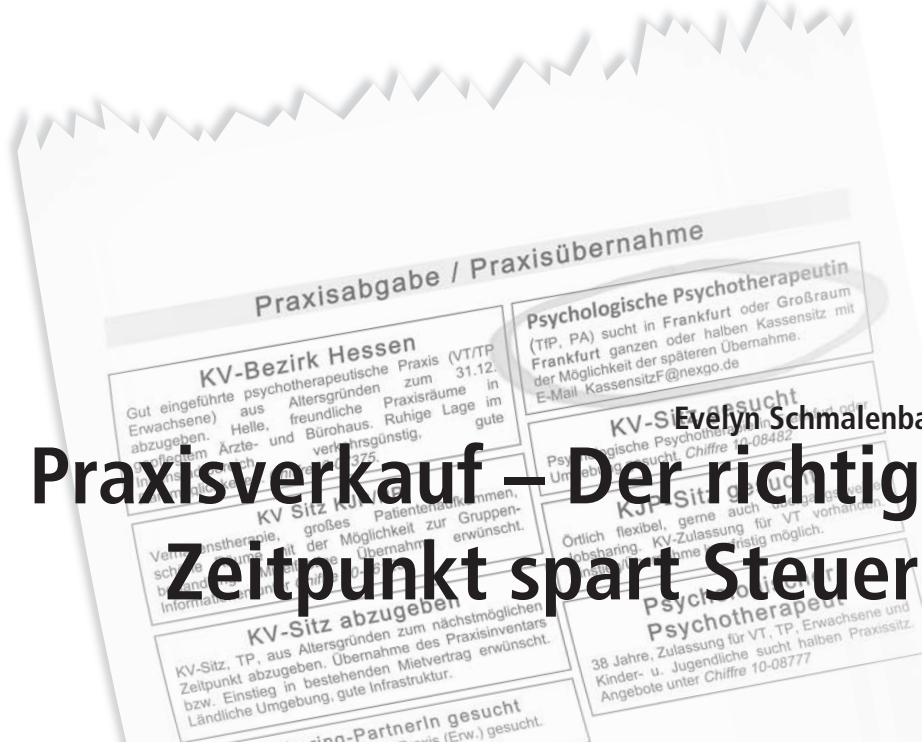
*Hilfsweise erkläre ich die Anfechtung eines etwaigen zwischen Ihnen und mir geschlossenen Vertrages wegen Irrtums. Einen von Ihnen absichtlich versteckt gehaltenen Hinweis auf die Kostenpflicht der Registrierung habe ich nicht gesehen und unterlag insoweit einem Irrtum, als ich annehmen durfte, dass Ihre Leistung, wie von anderen Anbietern auch, kostenlos sei. Von weiteren Zahlungsaufforderungen bitte ich abzusehen. Ausdrücklich widerspreche ich jedweder Nutzung, Speicherung und Weitergabe jeglicher Ihnen zur Kenntnis gelangten Daten von mir.*

*Es werden keine Zahlungen von mir getätigt. Auf Diskussionen mit Ihnen oder Inkassounternehmen werde ich mich nicht einlassen.*

*Sollten Sie ein gerichtliches Mahnverfahren einleiten, werde ich unverzüglich gegen den Mahnbescheid Widerspruch einlegen.*

<sup>1</sup> Vgl. Homepage der ZDF-Sendung WiSo: [www.wiso.de](http://www.wiso.de)

# Praxisverkauf – Der richtige Zeitpunkt spart Steuern



Evelyn Schmalenbach

Entmutigt durch viele Reformen denken viele Psychologische Psychotherapeuten über eine Praxisveräußerung nach oder sehnen den Ruhestand herbei. Dabei stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt die über viele Jahre aufgebaute Praxis veräußert werden soll, soweit dies derzeit überhaupt möglich ist.

Nicht selten wird für die „letzte Sprechstunde“ der 31.12. eines Jah-

res als vermeintlich idealer Zeitpunkt ausgesucht. Warum auch nicht? Das Jahr ist abgeschlossen, und der Praxisübernehmer kann in ein volles Geschäftsjahr starten. Eine runde Sache, könnte man denken. Stimmt, vor allem für den Fiskus!

Um zu vermeiden, dass der Veräußerungsgewinn dem Spitzensteuersatz unterliegt, sollte die Veräußerung in einem Jahr erfolgen, in dem möglichst niedrige sonstige Einkünfte anfallen. Es bietet sich daher an, den Aufgabzeitpunkt der eigenen Praxis auf den Beginn eines Jahres zu legen und nicht auf das Ende. Der Veräußerungsgewinn trifft im neuen Jahr auf keine laufenden Praxisgewinne. Regelmäßig werden auch die anderen Einkünfte, wie z. B.

Bei einem Verkauf per 31.12. würde sich für den Psychologischen Psychotherapeuten im Jahr der Veräußerung und im Folgejahr insgesamt eine steuerliche Belastung von (35.928 € + 315 € =) 36.243 € (zzgl. Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer) ergeben. Durch die Verlagerung der Veräußerung auf den 02.01. würde die Gesamtbelastung auf (14.928 € + 11.930 € =) 26.858 € gemindert. Das Beispiel zeigt, dass alleine die Verlagerung des Verkaufszeitpunktes um 3 Tage auf den 02.01. des Folgejahres zu einer Steuerersparnis von 9.385 € (zzgl. Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer) führen kann.

Die Steuerersparnis resultiert insbesondere aus der Progressivität des Einkommensteuertarifs. Daher unterliegt der Veräußerungsgewinn von 50.000 € im obigen Beispiel bei einer Veräußerung am 31.12. dem Spitzensteuersatz von 42%. Im nächsten Jahr werden dagegen wesentlich geringere laufende Einkünfte erzielt, so dass der Veräußerungsgewinn nur noch einem Steuersatz von 24% unterliegt.

Aber auch das Alter des Praxisveräußerers kann von entscheidender Bedeutung sein. Wer zum Zeitpunkt der Praxisveräußerung das 55. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist, wird durch einen Steuerfreibetrag in Höhe von maximal 45.000 € und einen ermäßigten Steuersatz begünstigt.

Würde der Psychologische Psychotherapeut im obigen Beispiel seine Praxis erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres veräußern, wäre nur ein Gewinn in Höhe von (50.000 € – 45.000 € =) 5.000 € steuerpflichtig.

## „Nicht selten wird für die „letzte Sprechstunde“ der 31.12. eines Jahres als vermeintlich idealer Zeitpunkt ausgesucht.“

res als vermeintlich idealer Zeitpunkt ausgesucht. Warum auch nicht? Das Jahr ist abgeschlossen, und der Praxisübernehmer kann in ein volles Geschäftsjahr starten. Eine runde Sache, könnte man denken. Stimmt, vor allem für den Fiskus!

Rentenbezüge bei einer Praxisveräußerung aus Altersgründen oder Einkünfte aus einer (geringfügigen) nichtselbstständigen Tätigkeit geringer sein, so dass im unteren Bereich des progressiven Steuertarifs besteuert wird.

Vielfach unterliegen die laufenden Praxisgewinne eines vollen Geschäftsjahres dem Spitzensteuersatz von derzeit 42%. Inklusive Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer wird eine Spitzenbelastung von über 47% erreicht. Damit wird – von Freibeträgen und Sondertarifen auf den Veräußerungsgewinn der Praxis abgesehen – jeder Euro Hinzuverdienst nahezu zur Hälfte mit Steuern belastet.

Beispiel: Ein lediger Psychologischer Psychotherapeut veräußert seine Praxis und erzielt dabei einen Veräußerungsgewinn von 50.000 €. Im Zeitpunkt der Veräußerung hat er das 54. Lebensjahr vollendet. Im letzten Jahr seiner Praxistätigkeit erzielt der Psychologische Psychotherapeut einen laufenden Gewinn von 65.000 €. Nach Veräußerung der Praxis hat er steuerpflichtige Renten- und Vermietungseinkünfte von 20.000 €.

	Verkauf 31.12.	Verkauf 02.01.
Gewinn aus Praxisverkauf	50.000 €	50.000 €
laufender Gewinn aus Praxis	65.000 €	0 €
andere Einkünfte, z. B. Rente, Mietertrag	0 €	20.000 €
Sonderausgaben (Kranken- und Rentenversicherungen)	-10.000 €	-10.000 €
<b>Steuerliche Belastung:</b>		
Belastung ohne Veräußerungsgewinn	14.928 €	315 €
Belastung mit Veräußerungsgewinn	35.928 €	12.245 €
Belastung auf Veräußerungsgewinn	21.000 €	11.930 €
<b>Steuervorteil gegenüber Verkauf 31.12.:</b>		<b>9.070 €</b>



**Evelyn Schmalenbach**

Steuerberaterin, ADVITAX Jena, spezialisiert auf die wirtschaftliche und steuerliche Beratung von Psychologischen Psychotherapeuten. Mitglied im ADVISION-Verband.

Daraus resultiert eine Belastung von weniger als 800 € Einkommensteuer. Die Einkommensteuerbelastung auf den laufenden Gewinn und den

betragen. Eine Verlagerung des Veräußerungszeitpunktes bewirkt im Beispiel allerdings nur noch einen geringen Steuervorteil.

ben steuerlichen Fragen spielen auch (berufs-)rechtliche, betriebswirtschaftliche und persönliche Faktoren eine wesentliche Rolle. Es gibt vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten, die vom jeweiligen Einzelfall abhängen. Wenn Sie planen, Ihre Praxis zu veräußern, sollten Sie sich auf jeden Fall rechtzeitig steuerlich und rechtlich beraten lassen, um die Alternative zu finden, die rechtlich sicher, steuerlich günstig und betriebswirtschaftlich sinnvoll ist. ■


### „Die Steuerersparnis resultiert insbesondere aus der Progressivität des Einkommensteuertarifs.“

Veräußerungsgewinn würde insgesamt nur noch ca. 16.000 € (zzgl. Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer)

Die Veräußerung einer psychotherapeutischen Praxis sollte in jedem Fall rechtzeitig geplant werden, denn ne-



In der nächsten Ausgabe von *Psychotherapie Aktuell* werden wir Ihnen einen Beitrag zum „Praxisverkauf“ vorstellen.



## Ablehnung und Nachbesserung von Psychotherapieanträgen

Udo Boessmann/Ingo Jungclaussen  
**Bericht abgelehnt – was nun?**  
*Praxis-Ratgeber zu den wichtigsten Ablehnungsgründen mit zahlreichen Antrags-Beispielfällen für TP*  
2009, 277 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-931589-93-6,  
Bestellnr. 189, 28,90 EUR

Jeder zehnte berichtspflichtige Kassenantrag wird nicht wie beantragt vom Gutachter befürwortet. Wer sich für eine sachliche Auseinandersetzung mit Gutachtern oder für das manchmal unvermeidliche Obergutachterverfahren wappnen möchte, erhält mit dem neuen Praxis-Ratgeber kompetente Hilfestellung.  
Zu beziehen über:

[www.bericht-abgelehnt.de](http://www.bericht-abgelehnt.de)
Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · [verlag@psychologenverlag.de](mailto:verlag@psychologenverlag.de)

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE

XXIX International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.  
16<sup>th</sup> World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP inc., Berne

## The Interpersonal Dynamics of Identity Research, Pathology and Treatment

**Congress Location:** Psychiatric Hospital of the Ludwig-Maximilians-University Munich



**March 21<sup>st</sup> – 25<sup>th</sup> 2011  
in Munich**

[www.wadp-congress.de](http://www.wadp-congress.de)

**Information**

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.  
Goethestraße 54,  
80336 München  
TEL ++49 (0)89 5396-74, -75  
FAX ++49 (0)89 5328837  
[info@psychoanalysebayern.de](mailto:info@psychoanalysebayern.de)



## Information: Häufig gestellte Fragen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM 2009

Sabine Schäfer - Stand: Februar 2010

### Behandlungsfall/Krankheitsfall

Was ist mit „einmal im Behandlungsfall“ bzw. „einmal im Krankheitsfall“ gemeint?

Beim Behandlungsfall und beim Krankheitsfall handelt es sich jeweils um die Bezeichnung von Behandlungszeiträumen, die in § 21 des Bundesmantelvertrages für Primärkassen und in § 25 des Bundesmantelvertrages für Ersatzkassen für Ärzte genau definiert worden sind.

Ein *Behandlungsfall* beinhaltet die gesamte von einem Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung. Die Kurzformel für den Behandlungsfall lautet: Ein Patient, ein Psychotherapeut, ein Quartal und eine Krankenkasse. Ändert sich nur einer dieser Parameter, liegt ein neuer Behandlungsfall vor.

Ein *Krankheitsfall* umfasst dagegen das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen. Für die Abrechnung bedeutet dies, dass Leistungen, die nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig sind, erst nach einem Jahr wieder berechnet werden können.

### Berichtspflicht

Wie gehe ich in der Praxis mit der Berichtspflicht um, um mich im rechtlich sicheren Rahmen zu bewegen?

Die am 01.01.2008 eingeführte Berichtspflicht gilt weiterhin:

Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

Neu ist, dass der Bericht nicht in jedem Quartal verpflichtend zu schreiben ist. Finden nur probatorische Sitzungen statt, gilt die Berichtspflicht nicht! Im Einzelnen:

- Wird eine Psychotherapie beantragt, ist der erste Bericht nach *Ziffer 01600* bzw. *01601* an den Hausarzt zu schicken.
- Desgleichen ist ein Bericht zu schicken, wenn die Therapie beendet ist.
- Dauert eine Therapie länger als 1 Jahr, ist pro Krankheitsfall ein weiterer Bericht zu schreiben.
- Bei Therapien über 4 Quartale hinaus ist also ein weiterer Bericht zu erstellen.
- Bei Therapien über 8 Quartale hinaus ebenso usw.

Es gilt jedoch weiterhin: Der Patient hat dem Bericht zuzustimmen. Hat der Patient keinen Hausarzt oder wünscht er diese Berichte nicht, entfällt die Verpflichtung, einen Bericht an den Hausarzt zu schreiben. Dieser Umstand muss aber in der Patientenakte festgehalten werden! Vorlagen für die Berichterstellung und auch für die Dokumentation der (Un-)Willensbezeugung des Patienten erhalten Sie als Mitglied unseres Verbandes auf der Homepage unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de) oder wenn Sie sich direkt an unsere Bundesgeschäftsstelle wenden.

**Sollte ein Patient einen Bericht an den Hausarzt wünschen, muss ich diesen Bericht nach Ziffer 01600 oder 01601 schreiben. Der Bericht ist ja in der Grundpauschale enthalten, muss ich dennoch die Ziffer für den Bericht auf dem Abrechnungsschein eintragen? Bekomme ich noch Geld dafür?**

Da der Befundbericht an den Hausarzt *Ziffer 01600* bzw. der Individuelle Arztbrief *Ziffer 01601* in der Grundpauschale enthalten ist, muss diese Ziffer nicht auf dem Abrechnungsschein eingetragen werden. Es reicht die Dokumentation in der Akte, dass der Bericht erstellt worden ist. Vergessen Sie allerdings nicht, das benötigte Porto, im Allgemeinen die *Ziffer 40120* für einen einseitigen Brief und ggf. die *Ziffer 40144* für eine Kopie des Berichtes und auch hier das Porto mit der *Ziffer 40120* an den Facharzt abzurechnen. Im Klartext: Sie können den Bericht zwar abrechnen, bekommen ihn aber nicht noch mal extra vergütet, da er rechnerisch in die Grundpauschale (*Ziffer 23210, 23211, 23212*) mit hinein gerechnet wurde. Einige KVen wünschen den Eintrag einer Pseudoziffer auf dem Abrechnungsschein bzw. im Abrechnungsprogramm, wenn der Patient der Übermittlung des Berichtes an den Hausarzt bzw. Facharzt nicht zustimmt. Bitte informieren Sie sich über die entsprechenden Regelungen bei Ihrer KV.

### Besuche

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
01410	Besuch eines Kranken I, wg. der Erkrankung ausgeführt		440
01411	Dringender Besuch II, wg. der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwischen 19.00 und 22.00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07.00 und 19.00 Uhr und/oder</li> <li>• Besuch in organisierten Not(-fall)dienst und/oder</li> <li>• Besuch im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser</li> </ul>	1325
01412	Dringender Besuch/dringende Visite auf der Belegstation wg. der Erkrankung, unverzüglich nach der Bestellung ausgeführt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dringender Besuch zwischen 22.00 und 07.00 Uhr oder</li> <li>• Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. oder 31.12. zwischen 19.00 und 07.00 Uhr oder</li> <li>• Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume oder</li> <li>• Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechung der Sprechstunden Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume</li> </ul>	1770
01413	Besuch eines weiteren Kranken in der selben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	<i>Obligator Leistungsinhalt</i> Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412 oder 01415	215
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt		1545

Welche Art von „Besuch“ zu therapeutischen Zwecken ist bei der Ziffer 01410 oder 01411 gemeint?

„Besuch“ in diesem Sinne ist jede Behandlung außerhalb der Praxisräume, z. B. wegen Expositionsbehandlung in der Verhaltenstherapie, wegen Immobilität des Pa-

tienten, wegen akuter Suizidgefahr oder zur Behandlung von unheilbar kranken Patienten zu Hause. Der Aufwand für den Besuch kann zusätzlich zu den Behandlungsleistungen, z.B. neben einer Psychotherapiesitzung, abgerechnet werden.



## Biografische Anamnese

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
35140	<b>Biografische Anamnese</b>	<b>Obligatorer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstellung der biografischen Anamnese</li> <li>Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status</li> <li>Dauer min. 50 Minuten</li> </ul> Die Position ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig	1395

**Ist für die Biografische Anamnese Ziffer 35140 ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig?**

Nein. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist für diese diagnostische Leistung nicht zwingend vorgeschrieben. In der Leistungslegende der Biografischen Anamnese ist die Erstellung einer Biografischen Anamnese, d.h. die Erhebung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten des Patienten und der Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status abrechnungsfähig, wenn mindestens 50 Minuten darauf verwendet werden. Die Anamnese kann nicht neben einer Psychotherapiesitzung abgerechnet werden.

Diagnostik, d.h. sie ist nur während der Probatorischen Phase abrechenbar und nicht während der laufenden Therapie. Die Biografische Anamnese kann von einem Folgetherapeuten erneut erhoben und abgerechnet werden, wenn es in der Probatorischen Phase zu einem Behandlerwechsel kommt. Bei der Interpretation dieser Ziffer entsteht immer wieder Verwirrung, weil im EBM angegeben ist, die Biografische Anamnese sei „nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig“. Dies impliziert, dass sie jedes Jahr – also auch während der laufenden Therapie – abgerechnet werden könne. Erst die Kommentare zum EBM („Kommentar zum EBM und GOÄ“ von Wezel und Liebold und der „Kölner Kommentar zum EBM“ von A. Köhler) klären hier auf.

**Ist die Biografische Anamnese Ziffer 35140 auch während der laufenden Therapie abrechenbar?**

Nein. Die *Biografische Anamnese* ist Teil der einer Psychotherapie vorausgehenden

## Vertiefte Exploration

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
35141	<b>Vertiefte Exploration; Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration</b>	<b>Obligatorer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbst erbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie</li> <li>Dauer min. 20 Minuten je Sitzung</li> </ul> Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.	510

**Ist für die Vertiefte Exploration ein Psychotherapeut-Patienten-Kontakt zwingend notwendig?**

Ja. Für die *Vertiefte Exploration* Ziffer 35141 muss der Patient befragt werden. Hier ist ein Kontakt von mindestens 20 Minuten vorgesehen. In der Dokumentation müs-

sen die veränderten Lebensbedingungen festgehalten werden, aufgrund derer die Exploration notwendig war. Oft fällt die vertiefte Exploration im Kontext eines Verlängerungsantrages an.

## Grundpauschale

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
23210	<b>Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</b>	<b>Obligatorer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <b>Fakultativer Leistungsinhalt</b>	230
23211	<b>Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM</li> <li>Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600</li> <li>Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601</li> <li>Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer</li> <li>In Anhang 1 des EBM aufgeführte Leistungen</li> </ul> Einmal im Behandlungsfall	340
23212	<b>Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM</li> <li>Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600</li> <li>Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601</li> <li>Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer</li> <li>In Anhang 1 aufgeführte Leistungen</li> </ul> Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung Einmal im Behandlungsfall	300
23214	<b>Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b> Die Gebührenordnungsposition 23214 kann von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach den §§ 5 Abs. 4 oder 6 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer KV verfügen, berechnet werden	<b>Obligatorer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden</li> </ul> <b>Fakultativer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM</li> <li>Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600</li> <li>Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601</li> <li>Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer</li> <li>In Anhang 1 aufgeführte Leistungen</li> <li>Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung</li> </ul> Einmal im Behandlungsfall	810

**Welche Leistungen sind in der Grundpauschale des EBM 2009 zusammengefasst?**

In der Grundpauschale sind alle Arztbriefe, auch der obligatorische Befundbericht an den Hausarzt enthalten. Der Befundbericht an den Hausarzt Ziffer 01600 und der Individuelle Arztbrief Ziffer 01601 sind nur abrechenbar, wenn die Grundpauschale nicht zum Zuge kommt. In der Grundpauschale sind weiterhin auch alle weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte, auch telefonische Kontakte und Beratungen bis zu 10 Minuten Dauer enthalten.

**Ich habe als Psychologischer Psychotherapeut für Erwachsene die Abrechnungsgenehmigung (Fachkunde) für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Darf ich bei Durchführung meiner Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien auch die Grundpauschale Ziffer 23214 ansetzen?**

Ja. In der EBM-Leistungslegende heißt es bei der Ziffer 23214 missverständlich „Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Gemeint ist allerdings „Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, denn jeder, der die Voraussetzungen nach den Psychotherapie-Vereinbarungen erfüllt, kann diese Grundpauschale abrechnen.



## Probatorische Sitzung/Psychotherapeutisches Gespräch

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
23220	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	<b>Obligatorer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer mindestens 10 Minuten</li> <li>• Einzelbehandlung</li> </ul> <b>Fakultativer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrombezogene therapeutische Intervention</li> <li>• Krisenintervention</li> <li>• Anleitung der Bezugsperson(en)</li> </ul> Je vollendete 10 Minuten, höchstens 15mal im Behandlungsfall	305

### Können auch mehr als 5 Probatorische Sitzungen in einem Jahr abgerechnet werden?

In der Regel nein. Aber es kann vorkommen, dass bei einem Patienten rein rechnerisch mehr als 5 Probatorische Sitzungen in einem Jahr benötigt werden: So kann das Ergebnis mehrerer Probatorischer Sitzungen die nicht ausreichende Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung sein. Sollte sich der Patient in der zweiten Jahreshälfte noch einmal vorstellen, kann eine erneute Abklärung der Indikation mit weiteren 5 Probatorischen Sitzungen stattfinden, die dann eine Psychotherapie einleiten.

### Ist das Psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung Ziffer 23220 auch während der laufenden Psychotherapie abrechenbar?

Ja. Die 10-Minuten-Gesprächsziffer 23220 kann auch während einer laufenden Psychotherapie abgerechnet werden. Inhaltlich geht es hier jedoch nicht um die Inhalte einer psychotherapeutischen Sitzung, sondern zum Beispiel um ein mindestens 10-minütiges, maximal 150-minütiges Krisengespräch. Sie kann mit Angabe einer Uhrzeit auch am selben Tag abgerechnet werden.

### Darf das Psychotherapeutische Gespräch Ziffer 23220 während einer diagnostischen oder übenden Leistung abgerechnet werden?

Ja. Die Ziffer 23220 darf neben einer Leistung aus dem Kapitel 35.1, z. B. Übende Verfahren, Testdurchführung etc., abgerechnet werden.

### Können im selben Quartal Probatorische Sitzungen und Psychotherapeutische Gespräche abgerechnet werden?

Ja, die Probatorische Sitzung Ziffer 35150 und das Psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung Ziffer 23220 können im selben Quartal abgerechnet werden. Sie können mit Angabe einer Uhrzeit auch am selben Tag abgerechnet werden.

### Können am selben Tag eine Probatorische Sitzung bzw. eine psychotherapeutische Sitzung und das Psychotherapeutische Gespräch abgerechnet werden?

Nein, das Psychotherapeutische Gespräch kann nicht neben einer Probatorischen Sitzung oder einer genehmigungspflichtigen Leistung aus dem Kapitel 35.2 abgerechnet werden. Das bedeutet, das Psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung darf nicht als „zeitliche Verlängerung“ einer Probatorischen Sitzung oder einer genehmigten Psychotherapiesitzung dienen.

Ja, aber nur, wenn diese an diesem Tag in zeitlich getrennten Psychotherapeut-Patienten-Kontakten stattfinden. In der Regel werden die Leistungen an unterschiedlichen Tagen durchgeführt. Unter Angabe der Uhrzeit ist es jedoch möglich, die Gesprächsziffer neben einer Probatorischen oder einer psychotherapeutischen Sitzung am selben Tag anzusetzen. Beispielfaß sei hier ein kurzes Krisengespräch mit dem Patienten oder der Bezugsperson am Vormittag angeführt, dem dann nachmittags eine Therapiesitzung folgt. Aber generell gilt: Uhrzeitangaben sind nur erforderlich, wenn zwei Leistungen, die sich nebeneinander ausschließen, an einem Tag abgerechnet werden, d. h. dass an dem Tag auch zwei Psychotherapeut-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Ansonsten sind keine EBM-Leistungspositionen mit der Uhrzeitangabe zu begründen.

### Ist das Psychotherapeutische Gespräch Ziffer 23220 auch als Telefongespräch abrechenbar?

Nein, die Abrechnung der Ziffer 23220 erfordert einen persönlichen Psychotherapeut-Patienten-Kontakt. Siehe hierzu auch unter „Gibt es eine EBM-Ziffer für eine telefonische Beratung?“

## Spezifische Abrechnungsfragen

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	<b>Obligatorer Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder</li> <li>• Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen</li> </ul> Einmal im Behandlungsfall (bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall)	250

### Was heißt eigentlich „nicht neben“ in der Leistungslegende des EBM?

Die Formulierung „nicht neben“ bedeutet den Ausschluss von EBM-Ziffern in der gleichen Sitzung am gleichen Tag, also in demselben Psychotherapeut-Patienten-Kontakt. Beim nächsten Kontakt ist diese Sperre dann aufgehoben.

### Kann ich für die Übermittlung eines Berichtes per Telefax oder per E-Mail eine EBM-Ziffer abrechnen?

Für die Versendung per Telefax oder E-Mail können Sie die Ziffer 40120 berechnen. Dies gilt auch für die Übermittlung von Befundbericht Ziffer 01600 und der Individuelle Arztbrief Ziffer 01601, unabhängig davon, ob Sie diese Briefe abrechnen können oder diese in der Grundpauschale aufgehen.

### Kann ich auch die Erstellung von Fotokopien berechnen?

Die Ziffer 40144 können Sie abrechnen, wenn Sie von Befunden, die Ihnen bereits vorliegen, Kopien für einen anderen Arzt anfertigen. Diese Ziffer ist pro Seite ansetzbar.

### Gibt es eine EBM-Ziffer für eine telefonische Beratung?

Bedingt ja. Die telefonische Beratung des Patienten Ziffer 01435 des EBM 2008 wurde zum 01.01.2009 zu einer sog. Haus-/Fachärztlichen Bereitschaftspauschale erweitert. Sie umfasst nicht nur die telefonische Beratung, sondern auch andere „mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte“, wie z.B. den Kontakt ausschließlich über die Eltern oder Pflegepersonal in einem Quartal. Diese Bereitschaftspauschale ist allerdings nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen abrechenbar und darüber hinaus auch dann nicht, wenn im selben Quartal eine Grundpauschale nach Ziffer 2321x abgerechnet wird. Insofern dürfte diese Position für Psychotherapeuten nur selten relevant sein. Mit der Erweiterung der Ziffer 01435 zur Bereitschaftspauschale wurde die Punktzahl von 60 auf 250 angehoben. Die Berichtspflicht entfällt für diese Ziffer.



EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen/Einschränkungen	Punkte
35300	Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren	<b>Obligator Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung standardisierter Testverfahren                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fragebogentest und/oder</li> <li>– Orientierender Test</li> </ul> </li> <li>Auswertung eines Testverfahrens</li> <li>Schriftliche Aufzeichnung</li> <li>Dauer min. 5 Minuten</li> </ul> Je vollendete 5 Minuten	80
35301	Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren	<b>Obligator Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung psychometrischer Testverfahren                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Funktionstest und/oder</li> <li>– Entwicklungstest und/oder</li> <li>– Intelligenztest</li> </ul> </li> <li>Auswertung eines Testverfahrens</li> <li>Schriftliche Aufzeichnung</li> <li>Dauer min. 5 Minuten</li> </ul> Je vollendete 5 Minuten	80
35302	Anwendung und Auswertung von projektiven Testverfahren	<b>Obligator Leistungsinhalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung projektiver Verfahren</li> <li>Auswertung eines Testverfahrens</li> <li>Schriftliche Aufzeichnung</li> <li>Dauer min. 5 Minuten</li> </ul> Je vollendete 5 Minuten	130

#### Kann ich Testverfahren gemäß Ziffer 35300 - 35302 auch während der laufenden Psychotherapie abrechnen?

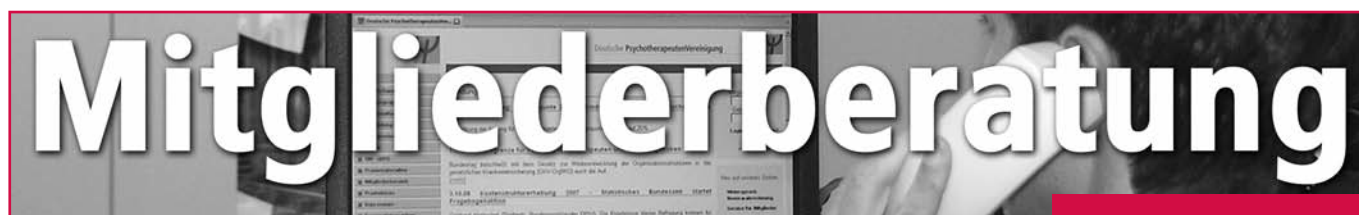
Ja, seit dem 01.01.2008 gilt durch eine Veränderung des § 14 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarungen auch für Versicherte der Ersatzkassen, was bislang nur bei Versicherten der Primärkassen möglich war: die Abrechnung von maximal 3 Testverfahren nach den Ziffern 35300 bis 35302 während laufender Psychotherapie. Allerdings ist die Abrechnung von Testverfahren in der Gesamtpunktzahl pro Behandlungsfall (siehe dort) beschränkt: für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bis maximal 3620 Punkte und für Patienten ab Beginn des 19. Lebensjahres nur bis maximal 2415 Punkte.

#### Was ist im EBM 2009 mit der „standardisierten Dokumentation“ bei Üben Verfahren Ziffer 35111 - 35113 gemeint?

„Standardisierte Dokumentation“ bedeutet, dass die Dokumentation nicht individuell sein muss. Wird die Dokumentation für die Teilnehmer einer Gruppe erstellt, könnte diese für jeden Gruppenteilnehmer gleich lauten.

#### Gilt für Psychotherapeuten auch der Samstagzuschlag?

Leider nein! Trotz beharrlichen Bemühens unserer Kolleginnen und Kollegen in den Entscheidungsgremien war weder die KBV noch die Krankenkassenseite zu bewegen, uns die Berechnungsmöglichkeit des Zuschlags für die reguläre Sprechstunde am Samstag gemäß Ziffer 01102 zuzusprechen. Durch den Zuschlag, den übrigens alle Ärzte abrechnen können, wäre die Bereitschaft gefördert worden, vermehrt Psychotherapiesitzungen auf den Samstag zu verlegen, was dazu beigetragen hätte, die Fehlzeiten der Patienten im Betrieb oder in der Schule zu reduzieren. Als Gegenargument wurde angeführt, dass der Zuschlag für die Vorhaltekosten einer Praxis, z. B. für Personal, gilt, welche bei Psychotherapeuten keine Rolle spielen. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass erstens weder im EBM noch in irgendeinem Kommentar festgelegt ist, dass der Zuschlag dafür gedacht ist, und zweitens, dass durchaus auch in psychotherapeutischen Praxen Personal beschäftigt wird, wenn auch in geringerem Umfang. Aus diesen Gründen ist die Ablehnung der Forderung aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Der Weg über die Sozialgerichte wird hier, wie so oft, die Klärung herbeiführen müssen.



## Sie erhalten als Mitglied der DPtV in der Bundesgeschäftsstelle **kostenfreie individuelle berufsbezogene Beratung** - per Telefon, Telefax, schriftlich oder per Mail

in allen Fragen zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Berufsrechtliche und sozialrechtliche Voraussetzungen des Berufes
- Praxisgründung, Kauf, Verkauf, Ruhenlassen, Zulassungsfragen
- Praxisorganisation, Praxismanagement, Qualitätsmanagement
- Psychotherapeuten in Anstellung
- Gestaltung der Psychotherapie, spezielle Probleme in der Psychotherapie und Nebenpflichten des Psychotherapeuten
- Finanzielle Absicherung der Psychotherapeuten, Honorare, Abrechnungsfragen EBM, GOP u.a.
- Neue Perspektiven durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), Kooperationsmöglichkeiten, Integrierte Versorgung, Selektivverträge etc.
- u.v.m.

Die Sie beratenden Mitarbeiterinnen (Psychotherapeutin/ Psychologin) sind zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag und Freitag  
9.00–14.00 Uhr  
Dienstag bis Donnerstag  
9.00–15.00 Uhr

Fon 030 23 50 09-0  
Fax 030 23 50 09-44  
E-Mail [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de)



Erika Behnsen

# Grundrechtlicher Spielraum für die Regelung der Profession des KJP, des EP, des PP oder des P sowie einfachgesetzliche Folgen einer Neuordnung für die Berufsangehörigen

Vortrag zur Delegiertenversammlung der DPtV am 19./20. Februar 2010

## Erster Teil

- I. Einführung
- II. Modell der gleichwertigen postgradualen Studienabschlüsse als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildungen zum Beruf des PP sowie zum Beruf des KJP
  1. Geltendes Recht
  2. De lege ferenda
  3. Ergebnis
- III. Postgraduale Ausbildung nach dem Modell des „common trunk“ zu zwei Berufen
- IV. Direktausbildung zum Beruf des Psychotherapeuten (P) mit anschließender Weiterbildung zum Erwachsenenpsychotherapeuten (EP) oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)
  1. Defizite der postgradualen Ausbildung
  2. Lösungsvorschlag
  3. Grundrechtliches Ergebnis

## Zweiter Teil (in Psychotherapie Aktuell Heft 2/2010)

4. Rechtshistorische und berufspolitische Bewertung einer Berufverschmelzung
  5. Berufspolitische Überlegenheit des Modells „Direktausbildung plus Weiterbildung“
  6. Berufspolitische Vorbehalte gegen das Modell „Direktausbildung plus Weiterbildung“
- V. Modell der Bundespsychotherapeutenkammer
  - VI. Zusätzlicher Prüfungsauftrag an den Bundesgesetzgeber

## Erster Teil

### I. Einführung

1. Seit dem 01. Januar 1999 ist der Zugang zu den zwei heilkundlichen Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) – im Folgenden „unge-nau“<sup>1</sup> als Psychotherapeuten bezeichnet – bundesgesetzlich im Psychotherapeutengesetz geregelt. Zugleich wurden die Psychotherapeuten durch entsprechende Ergänzungen des vertragsärztlichen Leistungserbringerrechts als eigenständige und den Ärzten gleichgestellte Leistungserbringer in das Vertragsarztrecht des SGB V einbezogen (Stichworte: Aufgabe des Arztvorbehalts, Direktzugangsrecht des Patienten zum Psychotherapeuten, eigenständiger Vergütungsanspruch des Psychotherapeuten).

<sup>1</sup> vgl. § 1 Abs. 1 Satz 4 Psychotherapeutengesetz – PsychThG

2. Ebenfalls im Jahre 1999 ist durch Vereinbarung der Wissenschaftsminister aus 29 europäischen Ländern der Bologna-Prozess in Gang gesetzt worden. An ihm beteiligen sich inzwischen 40 Staaten. Die aufgrund dieses Bologna-Prozesses erfolgte Neustrukturierung der Studiengänge in den Fächern Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik war der Anlass für ein vom BMG in Auftrag gegebenes Forschungsgutachten (veröffentlicht im April 2009), das eine Bestandsaufnahme der derzeitigen Ausbildungslandschaft und Vorschläge zu einer inhaltlichen und organisatorischen Neuordnung der Ausbildung für den psychotherapeutischen Berufszugang auf der Basis der Befragungen der an der Ausbildung beteiligten fachlichen Kreise enthält. Hinsichtlich des grundrechtlichen Spielraums für eine berufs zugangsrechtliche Neuordnung zitiert das Forschungsgutachten eine Aussage des BMG aus dem Jahre 2005, dass,

um die Hürde für den Berufszugang zu erhöhen, triftige Gründe im Sinne von Artikel 12 vorliegen müssten.<sup>2</sup>

Im Folgenden wird deshalb auf der Grundlage der im Forschungsgutachten erhobenen Sachverhaltsanalyse der grundrechtliche Spielraum für die in der Fachwelt diskutierten Veränderungsoptionen dargestellt.

## II. Modell der gleichwertigen postgradualen Studienabschlüsse als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildungen zum Beruf des PP sowie zum Beruf des KJP

### 1. Geltendes Recht

§ 5 Abs. 2 Satz 1 PsychThG verlangt in Nummer 1a einen universitären oder gleichwertigen Abschluss in Psychologie für die Ausbildung zum PP und in Nummer 2b alternativ einen Fachhochschulabschluss in Pädagogik oder Sozialpädagogik für die Ausbildung zum KJP.

### 2. De lege ferenda

Für die zukünftige Rechtssetzung ist zu prüfen, ob es grundrechtlich zulässig ist, als Mindestvoraussetzung für den Zugang zur Ausbildung des KJP den höherwertigen Masterabschluss gesetzlich zu verlangen, genauer gesagt: nicht nur für die Ausbildung zum PP, sondern auch für die Ausbildung zum KJP wissenschaftliche Methodenkompetenz und fachlich konzeptionelle Kompetenzen auf dem Niveau eines Masterabschlusses, so wie es das Eckpunktpapier der BPTK vom 16.02.2010 formuliert.

Zugangsbeschränkungen für die Aufnahme einer Berufsausbildung haben materiell-rechtlich als subjektive Berufswahlbeschränkungen grundrechtlich ein mittleres Beeinträchtigungsniveau. Sie sind nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Schutz überragender Gemeinschaftsgüter zulässig, müssen jedoch auch zur Erreichung des angestrebten Regelungsziels geeignet und erforderlich sowie für den Betroffenen zumutbar sein.

Im vorliegenden Fall sprechen die im Forschungsgutachten genannten Gründe für eine bundesgesetzliche Ersetzung der bisherigen Zugangsvoraussetzung des Fachhochschuldiploms zukünftig durch den Nachweis der oben beschriebenen Kompeten-

zen: Tragender Grund ist vor allem, dass auch die Ausbildung zum KJP eine Befähigung auf demselben wissenschaftlichen Niveau verlangt wie die Ausbildung zum PP<sup>3</sup>. Es wäre deshalb nicht nachvollziehbar, für die Berufsgruppe der KJP ein niedrigeres Qualifikationsniveau für den Zugang zur Berufsausbildung zu verlangen als für die Berufsgruppe der PP.

Außerdem ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass es nach ständiger Rechtsprechung<sup>4</sup> vorrangig Aufgabe des Gesetzgebers ist, zu entscheiden, ob und welche Maß-

nahmen er im Interesse des Gemeinwohls ergreifen will. Ihm stehen dabei eine weitgehende Gestaltungsfreiheit sowie ein weiterer Einschätzungs- und Prognosespielraum zu. Nur wenn die Erwägungen des Gesetzgebers so offensichtlich fehlsam sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für gesetzgeberische Maßnahmen abgeben können, wenn also die Einschätzung des Gesetzgebers unvertretbar ist, könnten die Gerichte dies beanstanden.

Insbesondere der Schutz der Gesundheit als ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut rechtfertigt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts strenge fachliche Maßstäbe und sogar einen gewissen „Überschuss“ an Ausbildungs- und

## „Masterniveau sowohl für die PP- als auch für die KJP-Ausbildung“

Prüfungsanforderungen<sup>5</sup>. In seiner Entscheidung zur Schließung des Berufs des Vollrechtsbeistandes bestätigt das Bundesverfassungsgericht die Zulässigkeit von Überschussregelungen außerdem damit, dass ein für die Zukunft geforderter gewisser „Überschuss an Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen hinzunehmen (sei), zumal eine darin liegende, vielleicht unnötige Freiheitsbeschränkung durch den Zuwachs an beruflichen Aufgaben, Chancen und sozialem Ansehen in gewisser Weise kompensiert wird.“

Diese Erwägungen sind auf die erhöhten Anforderungen an den Studienabschluss für die KJP-Ausbildung übertragbar.

Nicht ersichtlich ist außerdem, warum dieses Zugangsniveau den potenziellen KJPlern nicht zumutbar sein sollte, zumal die zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen berechtigten PP und die ärztlichen Psychotherapeuten ebenfalls ein entsprechendes Zugangs- bzw. Ausbildungsniveau nachweisen müssen.

Der bisher im geltenden Recht bestehende Unterschied in der Zugangsberechtigung zur psychotherapeutischen Ausbildung zum PP und zum KJP – Universitätsabschluss einerseits und Abschluss einer Fachhochschule andererseits – ist lediglich historisch, nicht jedoch normativ wertend begründet: Die damalige Neuregelung hat lediglich den 1998 vorgefundenen Rechtszustand bezüglich der Teilnahmeberechtigung der Psychotherapeuten an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten im Wege des Delegationsverfahrens in das neue Recht transformiert, indem sie sie mit einem eigenständigen berufs- und vertragsarztrechtlichen Status ausgestattet hat.<sup>6</sup>

Konkret heißt das, dass die Anforderungen an die Mitwirkung im Rahmen des Delegationsverfahrens nach der im Jahre 1998 geltenden Ausgestaltung in der insoweit normsetzenden Psychotherapie-Vereinbarung, nämlich Psychologiestudium oder ein Studium in der Sozialpädagogik oder Pädagogik an einer deutschen Hochschule oder Fachhochschule<sup>7</sup> als Voraussetzung für die psychotherapeutische Ausbildung an einem KBV-anerkannten Institut, lediglich systematisch korrekt in das neue Berufsrecht überführt wurden. Eine Bestandsaufnahme zur Sachgerechtigkeit der unterschiedlichen Ausbildungszugangsvoraussetzungen – ähnlich den Erhebungen in dem vorliegen-

<sup>2</sup> vgl. Forschungsgutachten, S. 355

<sup>3</sup> vgl. Forschungsgutachten, S. 358

<sup>4</sup> svgl. BSG § 135 SozR 3-2500, S. 43

<sup>5</sup> vgl. BVerfGE 80, 11 [20]

<sup>6</sup> vgl. dazu BVerfGE NJW 2000, 1779 ff.

<sup>7</sup> vgl. § 3 Abs. 8 Satz 1 Psychotherapie-Vereinbarung von 1988

den Forschungsgutachten – findet sich in den Gesetzesmaterialien nicht.

Daraus folgt, dass eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung zum KJP auf der Basis der Erkenntnisse des Forschungsgutachtens grundrechtlich zulässig wäre. Diese Verschärfung müsste allerdings mit einer angemessenen Übergangsregelung verknüpft werden für diejenigen Berufsanwärter, die derzeit Pädagogik oder Sozialpädagogik studieren, um – entsprechend dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit – deren Vertrauen darauf, dass dieses Studium eine Ausbildung zum KJP ermöglicht, gerecht zu werden.<sup>8</sup>

#### Exkurs

Verwunderlich ist der Befund des Forschungsgutachtens auf Seite 77, dass ein Teil der Landesprüfungsämter als Zugang zur Ausbildung zum KJP immer noch die Abschlüsse der Sozialarbeit, Heilpädagogik, Musik- und Kunsttherapie sowie des Lehramts zulässt. Diese Berufe werden bereits seit 1988 nicht mehr als Zugangsvoraussetzung für die psychotherapeutische Ausbildung zur Tätigkeit im Delegationsverfahren anerkannt und im Anschluss hieran auch nicht als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum approbierten Psychotherapeuten nach dem PsychThG.

Bei Einführung des Delegationsverfahrens im Jahr 1972 bis Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung im Jahr 1988 konnten diese Berufsangehörigen als Psychagogen an der psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch den

behandelnden ärztlichen Psychotherapeuten beteiligt werden. Auch an der psychotherapeutischen Versorgung der erwachsenen Versicherten konnten zu Beginn des Delegationsverfahrens neben dem Diplom-Psychologen auch andere Berufsgruppen, wie Pfarrer und Soziologen teilnehmen, bereits ab 1976 dann jedoch nur noch Diplom-Psychologen.

#### 3. Ergebnis

Zusammenfassend ist deshalb festzustellen, dass das Modell einer Psychotherapieausbildung nach einem Hochschulstudium mit wissenschaftlichen und fachlichen Kompetenzen auf Masterniveau sowohl für den Zugang zum Beruf des PP als auch zum Beruf des KJP rechtlich möglich wäre und dass es, wie das Forschungsgutachten konstatiert, im Prinzip nach den Ergebnissen der Evaluation der aktuellen Ausbildungslandschaft durchaus als gutes Modell bezeichnet werden kann.<sup>9</sup>

#### III. Postgraduale Ausbildung nach dem Modell des „common trunk“ zu zwei Berufen

Von der Frage nach dem Niveau der Vorbildung zu trennen ist die Entscheidung, ob die Psychotherapieausbildung für die jeweiligen Berufszugänge PP und KJP nach dem Konzept des „common trunk“ – wie vom Forschungsgutachten vorgeschlagen – zukünftig teilweise inhaltlich und organisatorisch gemeinsam gestaltet werden soll. Am Ende dieser teilweise gemeinsamen Ausbildung stehen dann zwei Berufszugänge mit unterschiedlichen fachlichen Befähigungsnachweisen.

Die Forscher<sup>10</sup> beschreiben das von ihnen vorgeschlagene Modell wie folgt: Beibehaltung der Approbation am Ende der Ausbildung zum (Psychologischen) Psychotherapeuten/in mit Schwerpunkt Erwachsene oder mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche; der Begriff „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in“ würde obsolet; der Approbationsberuf hieße dann „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ und würde um den Zusatz der Spezialisierung in mindestens einem Bereich (Erwachsene oder Kinder und Jugendliche) ergänzt. Dieses Modell geht, sofern ich es richtig verstehe, von einer einzigen Approbation mit unterschiedlichem Inhalt aus, je nachdem, ob sie von einem auf Erwachsenenpsychotherapie spezialisierten Psychotherapeuten oder einem auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Psychotherapeuten beantragt wird. Dies ist, zumindest wenn man die herkömmlichen Begriffsinhalte der Approbation der anderen Heilberufe – Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte – damit vergleicht, ungewöhnlich. Bei diesen anderen Heilberufen berechtigt die bundesgesetzlich geregelte Berufsausübungsbeziehung der Approbation zu einer inhaltlich ungeteilten Berufsausübung. Die vertiefende gebietsbezogene Spezialisierung mit der daraus – jedenfalls für Ärzte – resultierenden Pflicht zur Einhaltung der Fachgebietsgrenzen erfolgt erst in der durch Kammerrecht geregelten Weiterbildung.

Mir erschließt sich der Nutzen dieses neuen von den Forschern vorgeschlagenen Sonderweges der psychotherapeutischen Profession nicht. Dass der Begriff „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ dann künftig obsolet würde, wäre lediglich ein formaler, vordergründiger Vorteil. Letzten Endes

blieben zwei unterschiedliche Varianten auf der Ebene des Berufszugangs – und damit zwei Berufe – bestehen. Dies wäre anders als bei allen anderen Heilberufen, deren Approbation eine für alle Berufsangehörigen einheitliche Berufsausübung gestattet und bei denen sich die Spezialisierung auf der Grundlage dieser Berufsausübungsbeziehung erst in der Weiterbildung vollzieht. Deren einheitlich ausgestaltete Approbation ist auch der Grund dafür, warum die Rechtsprechung, beispielsweise bezüglich der ärztlichen Profession, trotz der vielfältigen Facharztspezialisierungen von einem einzigen Beruf des Arztes ausgeht und die Facharzttrichtungen nicht als unterschiedliche Berufe qualifiziert.

#### IV. Direktausbildung zum Beruf des Psychotherapeuten (P) mit anschließender Weiterbildung zum Erwachsenenpsychotherapeuten (EP) oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)

##### 1. Defizite der postgradualen Ausbildung

Laut dem Forschungsgutachten ist das derzeitige gesetzliche Modell der postgradualen psychotherapeutischen Ausbildung zwar ein gutes Modell, birgt aber auch eine Reihe von Problemen, wie Dauer der gesamten Ausbildung, mangelnde inhaltliche Harmonisierung der Vorbildung im Zuge des Bologna-Prozesses, inhaltliche Redundanzen der Hochschulvorbildung mit der Ausbildung, insbesondere in der Psychotherapie, und unregelmäßige Vergütungssituation der Auszubildenden während ihrer praktischen Tätigkeit.

##### 2. Lösungsvorschlag

Diesen Problemen könnte begegnet werden mit einer fünfjährigen psy-

<sup>8</sup> vgl. zur Notwendigkeit von Übergangsregelungen BVerfGE 75, 246 [279]; NJW 2000, 1779 ff. Rdn. 36; Jarass, Kommentar zum GG, Art. 12 Rdn. 40a

<sup>9</sup> vgl. Forschungsgutachten, S. 361

<sup>10</sup> vgl. Forschungsgutachten, S. 369, 370



Erika Behnen

Ministerialrätin a.D. (bis Ende 2007 Leiterin des Referats Vertragsarztrecht im BMG). Im Bundesministerium für Gesundheit fachlich zuständig für den krankensicherungsrechtlichen Teil des Gesetzes vom 16.06.1998 (BGBl I S. 1311) zur Neuordnung der psychotherapeutischen Berufe.

Foto: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)



chotherapeutischen Direktausbildung zu einem einheitlichen Beruf des Psychotherapeuten. Dessen Approbation würde zur umfassenden psychotherapeutischen Berufsausübung – ähnlich der des approbierten Arztes – berechtigen. Diese bundesrechtliche Zugangsberechtigung zur Berufsausübung würde dann durch dreijährige, landesrechtlich geregelte, gebietsbezogene Weiterbildungen ergänzt, die altersgruppenbezogen zu Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder zu Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche qualifizieren würden.

Bevor ich auf die einfachgesetzlichen und berufspolitischen Vorteile einer derartigen Verschmelzung beider Berufe eingehe, will ich den grundrechtlichen Spielraum für eine derartige Neuordnung der psychotherapeutischen Berufstätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten darstellen:

Das Bundesverfassungsgericht hat die Verschmelzung zweier Berufe oder sogar die Berufsschließung zugunsten des Fortbestehens eines der beiden Berufe zugelassen, so judiziert im Falle des Aufgehens des Berufes des Vollrechtsbeistandes in den des Rechtsanwalts, des Dentisten in den des Zahnarztes sowie der Vereinheitlichung der steuerberatenden Berufe des Steuerberaters und des Steuerbevollmächtigten.<sup>11</sup>

Das Bundesverfassungsgericht<sup>12</sup> hat in seiner Entscheidung zur Berufs-

schließung des Berufs des Vollrechtsbeistandes ausgeführt:

*„Keinesfalls bindet Artikel 12 GG den Gesetzgeber starr an traditionell vorgeprägte Berufsbilder und zwingt ihn insbesondere nicht, Berufe mit teildentischem Tätigkeitsbereich, aber unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen auf Dauer nebeneinander bestehen zu lassen. Der Gesetzgeber hat lediglich zu beachten, dass die Fixierung von Berufsbildern und das Aufstellen von Zulassungsvoraussetzungen einen Eingriff in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit bedeutet und dass deshalb seine Regelungen verhältnismäßig, d. h. geeignet und erforderlich, sein müssen, um überragende Gemeinwohlinteressen zu sichern und dass sie keine übermäßige, unzumutbare Belastung enthalten dürfen. Auch gewährleistet der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Vertrauensschutz für die bislang im Beruf Tätigen.“*

Die grundlegende verfassungsrechtliche Prüffrage bezogen auf die Verschmelzung des Berufes des PP mit dem des KJP auf der Basis eines einheitlichen Psychotherapiestudiums in Anlehnung an die obigen Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ist also, ob es nach heutigem Kenntnisstand für die psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen erforderlich ist, einen Beruf vorzuhalten, dessen Ausbildungsinhalte – auch wenn ggf. auf Masterniveau – von vornherein allein auf die psychotherapeutische Behandlung von Kindern ausgerichtet sind. Diese Frage muss fachlich beantwortet werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass aus den weiteren Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts hervorgeht, dass es dem Gesetzgeber bei dieser Einschätzung einen weiten verfassungsgerichtlich nicht überprüfbaren Beurteilungsspielraum einräumt. Es weist nämlich darauf hin, dass es dem Gesetzgeber nicht vorschreiben könne, anstelle der Vereinheitlichung die Alternative der Anhebung des Qualifikationsniveaus der Vollrechtsbeistände zu wählen. Es führt weiter aus:

*„Bei einer solchen Vereinheitlichung ist der Gesetzgeber vielmehr umso freier, je verwandter die beiden Tätigkeitsbereiche sind. Wenn das rechtliche Dürfen des einen Berufs sich in einem wesentlichen Teilbereich nicht von dem eines anderen Berufs unterscheidet und wenn für diese Tätigkeitsbereiche auch nicht aus sachlichen Gründen deutlich mindere Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen genügen als sie der höher qualifizierte der beiden Berufe grundsätzlich verlangt, ist dem Gesetzgeber eine Monopolisierung dieser Tätigkeitsbereiche in dem umfassenderen der beiden Berufe nicht verwehrt“<sup>13</sup>.* Es weist ferner darauf hin, dass aus Gründen der Zumutbarkeit für bereits in der Ausbildung befindliche Berufsanwärter eine zureichende Übergangsregelung gefunden werden müsse im Gegensatz zu künftigen Interessenten, die sich auf die Neuregelung einstellen könnten.

Bei dem hier diskutierten Modell einer Direktausbildung würde es sich noch nicht einmal um eine Monopolisierung in einem der beiden bisherigen Berufe handeln, sondern um eine echte Verschmelzung zu einem (neuen) Beruf des approbierten Psychotherapeuten. Dessen Approbation wäre gegründet

auf einem ca. fünfjährigen wissenschaftlichen Studium der Psychotherapie, das die Kompetenz sowohl für die Behandlung von Erwachsenen als auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen vermitteln würde.

Dass aus fachlicher Sicht zukünftig eine gemeinsame Ausbildung auch nach Auffassung des Forschungsgutachtens erforderlich ist, zeigt sein Plädoyer für den „common trunk“, der das für beide Ausbildungsgänge relevante Wissen enthalten soll<sup>14</sup>; den Gutachtern fehlt lediglich der Mut, ihre diesbezüglichen Erkenntnisse zu Ende zu denken.

### 3. Grundrechtliches Ergebnis

Festzuhalten ist deshalb, dass grundrechtlich alle drei diskutierten Grundmodelle möglich sind:

- a) Beibehaltung zweier Berufe des PP und des KJP – d. h. bundesgesetzlich geregelte Berufszugänge mit zwei Approbationen, modifiziert gegenüber dem jetzigen Rechtszustand durch Anhebung der Vorbildung für die psychotherapeutische Ausbildung der KJP auf Masterniveau,
- b) das – vermutlich – vom Forschungsgutachten präferierte Modell des einen Berufes mit aufgespaltener Approbation, je nachdem, ob in der Ausbildung zum Berufszugang das Schwergewicht auf die Behandlung der Erwachsenen oder die Behandlung der Kinder und Jugendlichen gelegt worden ist,
- c) die Verschmelzung beider bisherigen Berufe zum Beruf des P mit einer umfassenden Approbation – vergleichbar der des Arztes – aufgrund einer psychotherapeutischen Direktausbildung mit anschließender spezialisierender Weiterbildung. ■

<sup>11</sup> vgl. BVerfGE 34, 252 ff. – Steuerberatung –; 75, 246 ff. – Rechtsbeistände –; 25, 236 ff. – Zahnheilkunde –

<sup>12</sup> aaO S. 265

<sup>13</sup> vgl. aaO S. 270

<sup>14</sup> vgl. Forschungsgutachten, S. 370

## Barbara Lubisch PiA in der DPTV – neue Ansätze

Am 29. Januar 2010 fand – lange geplant und endlich zustande gekommen – auf Einladung des DPTV-Bundesvorstandes in kleinem Kreis ein erstes Gespräch von DPTV-PiA mit Vertretern des Bundesvorstandes (BV) und der Bundesgeschäftsstelle statt. Als erstes Ergebnis lud der Bundesvorstand drei der anwesenden PiA zur bevorstehenden Delegiertenversammlung (DV) im Februar ein. Die DV diskutierte dann am 19. und 20. Februar 2010 gemeinsam mit den PiA die Informationen und Überlegungen

tes Mitglied einer DPTV Landesgruppe. Für andere Teilnehmer war dieses Treffen der erste Kontakt mit der berufspolitischen Arbeit.

Deutlich äußerten die PiA den Wunsch nach einer größeren Vernetzung. Die Struktur der Ausbildung, die schlechte oder nicht vorhandene Vergütung fördere das Einzelkämpfertum, so die Teilnehmer. Sie seien getrieben von dem Gedanken, „möglichst schnell durch hier, möglichst schnell rein in die Niederlassung“.



aus diesem Gespräch und gab grünes Licht für die weitere Intensivierung der Angebote und der Teilnahme der jungen Kolleginnen und Kollegen in der Verbandsarbeit.

Der Bundesvorstand hob hervor, wie wichtig dem Verband die stärkere Einbindung der PiA in die DPTV und deren berufspolitische Aktivitäten sind, schließlich sind viele Erfolge für die Psychotherapeuten – von angemessenem Honorar über Öffentlichkeitsarbeit bis zur Mitwirkung bei der Leitlinienerstellung – nur durch aktives Engagement möglich. Zur kontinuierlichen Arbeit bedarf es dabei des Hineinwachsens jüngerer Kolleginnen und Kollegen in die berufspolitischen Themen.

Einige der an dem o.a. Treffen teilnehmenden PiA sind bereits regional aktiv in der berufspolitischen Arbeit, z.B. Mitglied bei Ver.di in der PiA-AG für angemessene Bezahlung der praktischen Tätigkeit, sind Sprecher eines Ausbildungsinstituts, Sprecher der PiA Bundeskonferenz oder kooptier-

### Welche bestehenden Strukturen für PiAs gibt es derzeit?

Offizielle Strukturen, eine gewählte Interessenvertretung in der DPTV für PiAs gibt es derzeit noch nicht. Frank Mutert wurde als ehemaliger PiA-Bundessprecher der BPTK und DPTV-Mitglied zu mehreren Delegiertenversammlungen als Gast eingeladen. Wünschenswert sind offizielle Strukturen für die PiA im Verband.

Die PiA berichteten, insgesamt gebe es auch bundesweit wenig etablierte Netzwerke. Die Kommunikation laufe



Der Eintrag in die DPTV-PiA-Mailingliste ist folgendermaßen möglich:

[www.dptv.de](http://www.dptv.de) – mit Mitgliedsnummer und Geburtsdatum in den Mitgliedsbereich einloggen – Mitgliederbereich – Mailinglisten/Dienste

Die Mitgliedschaft in der DPTV ist für PiA kostenlos.



**Barbara Lubisch**

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen. Stellvertretende Bundesvorsitzende und Landesvorsitzende Nordrhein der DPTV, Mitglied im Beratenden Fachausschuss der KV Nordrhein, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.



eher über die virtuellen Netze. Es gibt eine bundesweite Mailingliste (BPIA) ursprünglich ausgehend von den Ausbildungsinstituten und inzwischen eher unabhängig, sowie einige regionale oder verbandlich orientierte kleinere Listen. Auch die DPTV-PiA-Mailingliste, in die jede/r DPTV-PiA sich eintragen kann, wird zurzeit wenig genutzt.

### Welches Angebot fehlt?

Die PiA machten deutlich, dass der Berufsverband bislang zu wenig für PiA biete und zu wenig präsent sei. Es fehle unter anderem an:

- Infos an den Universitäten
- Infos an den Instituten
- Mehr Hinweisen auf die bestehenden Strukturen und PiA-Netze
- Infos über die Vorteile einer Mitgliedschaft in einem Berufsverband
- Reguläre Einbindung in die Strukturen des Verbandes
- Ausbau der Kommunikationsmöglichkeiten, z.B. über ein Internet-Portal, die Einrichtung von Foren oder Chaträumen
- Unterstützung bei den Alltagschwierigkeiten, z.B. hinsichtlich günstiger Krankenversicherungen, Finanzierung der Ausbildung etc.
- Unterstützung des Verbandes für bessere Bezahlung der PiA im praktischen Jahr, z.B. konkrete Unterstützung bei Tarifverhandlungen u. ä.
- Förderung des Praxisassistentenmodells (die Ausbildungstherapeuten als Ausbildungsassistent in den Praxen niedergelassener KollegInnen durchzuführen und damit Geld zu verdienen findet nicht überall Unterstützung der Institute, da dann den Institutsambulanz Ausbildungstherapeuten verloren gehen; auch wird diese Möglichkeit von vielen KVen nicht genehmigt)

- Unterstützung einer Reform der Ausbildung: Da PiA keine Praktikanten sondern Hochschulabsolventen sind, forderten die PiA die Gleichstellung mit Assistenzärzten. Dabei gehe es nicht nur um die bessere Bezahlung, sondern um die Verbesserung der rechtlichen Stellung. Die nicht vorhandene Gleichstellung mit dem Assistenzarzt bedeute kontinuierliche Abwertung und präge enorm die Ausbildung und den Status der Psychologischen Psychotherapeuten überhaupt.

Die Delegierten nahmen die Vorschläge mit großem Interesse auf. Einige wiesen darauf hin, dass in mehreren Ländern, z.B. in Hessen und Rheinland-Pfalz, die Möglichkeit der Praxisassistenten von DPTV-KollegInnen genutzt und unterstützt wird; in den anderen Ländern soll durch politische Einwirkung auf die KVen, z.B. über die Beratenden Fachausschüsse, dieses Modell eingefordert werden.

Die Mehrheit der Delegierten befürwortete, dass in jedem Landesvorstand ein/e PiA als kooptiertes Mitglied vertreten ist. Aus diesen PiA-Landesvertretern sollen dann regelmäßig drei PiA gewählt werden, die als Delegierte an den Delegiertenversammlungen teilnehmen. Bis diese Schritte in allen Landesgruppen umgesetzt sind, lädt der BV drei PiA als Gäste zu den Delegiertenversammlungen ein.

Die Delegierten unterstützten den Vorschlag des Bundesvorstandes, eine kleine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern des BV, der Bundesgeschäftsstelle und der PiA einzurichten, die ein Konzept für das weitere Vorgehen erarbeitet. Die Delegierten stimmten zu, die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. ■

# Wie zufrieden sind die PiAs: Unterschiede zwischen PP und KJP

Rolf Keller, Josef Könning, Peter Kosarz, Walter Ströhm

## Weitere Ergebnisse zur Evaluation der Psychotherapieausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten

### Einleitung

#### Historische Entwicklung des KJP

Historisch ist die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) aus dem früheren Beruf des Psychagogen bzw. des analytischen Kindertherapeuten entstanden. Zu dieser analytischen Ausbildung hatten auch Pädagogen Zugang. In der Verhaltenstherapie gab es bis zum Psychotherapeutengesetz 1998 keine eigenständige Kinder-VT-Ausbildung. Über das sogenannte „Erkermodell“ konnten Erwachsenentherapeuten mit der Fachkunde VT über eine sozialrechtlich anerkannte Fortbildung die Kinderverhaltenstherapie lernen. Seit 1999 kann die Kinderpsychotherapiequalifikation für alle drei Richtlinienverfahren in einer eigenständigen Ausbildung erworben werden. Ca. 70% der Teilnehmer dieser Ausbildungsgänge haben eine pädagogische Grundqualifikation, 30% ein Psychologiediplom.

#### Untersuchungsziele und Fragestellungen

Im Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. wird die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) systema-

tisch evaluiert. Hauptziel ist die Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der Ausbildungsqualität an den im DVT zusammengeschlossenen staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten. Es sollen Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemacht werden. Eine erste Datenerhebung fand im Herbst 2008 statt. Ergebnisse hierzu wurden im Überblick bereits berichtet (Keller et al., 2009). Im vorliegenden Artikel werden die Evaluationsergebnisse zur Zufriedenheit der Teilnehmer mit der PP-Ausbildung im Vergleich zur Zufriedenheit der Teilnehmer mit der KJP-Ausbildung dargestellt.

#### Erhebungsinstrument und Stichprobenbeschreibung

Der DVT hat 2008 ein unabhängiges externes Forschungsinstitut mit der Evaluation der Psychotherapieausbildung an den DVT-Instituten beauftragt. An 22 Ausbildungsstätten werden nur PP ausgebildet, an 12 Ausbildungseinrichtungen PP und KJP und an 4 Ausbildungsinstituten findet nur KJP-Ausbildung statt. 2106 Ausbildungsteilnehmer (1516 PP und 590 KJP) aus 38 Ausbildungsinstituten wurden mit einem Fragebogen zur persönlichen Ausbildungssituation und zu ihrer Zufriedenheit mit der Ausbildungseinrichtung, den Ausbildungsinhalten und -er-

gebnissen befragt. Der Teilnehmerfragebogen besteht überwiegend aus 6-stufigen Items mit Antwortmöglichkeiten von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“. Neben der bereits berichteten Gesamtauswertung wurden die Daten mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Messwiederholung (ANOVA) differenziert nach Unterschieden zwischen den Teilnehmern der PP- und KJP-Ausbildung ausgewertet.

### Ergebnisse

#### Bewertung der Ausbildungseinrichtung

Bei der Bewertung der Ausbildungseinrichtung äußerten sich die Teilnehmer der PP-Ausbildung in fast allen Bereichen höchst signifikant zufriedener als die Teilnehmer der KJP-Ausbildung. Beispielsweise bewerteten die PP die Seminarräume besser als die KJP, ebenso die Ausstattung der Therapieräume für Einzel- und Gruppentherapie, die technische Ausstattung wie Computer oder Bibliothek, aber auch die Organisation der Ausbildung, das Preis-Leistungsverhältnis des Ausbildungsangebotes, die Beratung, Begleitung und Unterstützung durch die Institutsleitung (jeweils  $p < .01$ ).

#### Bewertung der Theoretischen Ausbildung

Auch in der Bewertung der Theoretischen Ausbildung zeigten sich die KJP überwiegend unzufriedener als die PP. Die Inhalte der Theorieausbildung werden von den KJP deutlich schlechter als von den PP beurteilt ( $p < .01$ ). Beispielsweise gilt dies für die Vermittlung von Fachinhalten bei den verhaltenstherapeutischen Grundlagen, bei der Vermittlung spezifischer und aktueller Kenntnisse über die Ätiologie, Diagnostik und Komorbidität psychischer Störungen ( $p < .01$ ), für die Problemanalyse ( $p = .05$ ) und für die Vermittlung von Kenntnissen in verschiedenen verhaltenstherapeutischen Verfahren ( $p < .01$ ). Dagegen fällt die Bewertung der KJP in Bezug auf die Vermittlung von Kenntnissen über andere psychotherapeutische Behandlungsansätze, z.B. systemischer Ansatz, signifikant positiver aus als die der PP ( $p = .05$ ). Den Erwerb therapeutischer Kompetenz beurteilen die KJP in der Theorieausbildung signifikant schlechter als die PP ( $p < .01$ ). Bei der Bewertung der Nutzung von Film und Videoaufzeichnungen gibt es diesen Unterschied nicht, wohl aber bei der Nutzung von Fallvorstellungen und beim Üben mit fiktiven Patienten ( $p < .01$ ).

#### Beurteilung der Praktischen Tätigkeit I und II

In den zusammenfassenden Beurteilungen der Praktischen Tätigkeit I und II gibt es zwischen den PP und KJP keinen signifikanten Unterschied. Entsprechend unterscheiden sich PP und KJP z. B. nicht signifikant in der Erhebung des psychopathologischen Befundes, der operationalen Diagnostik nach ICD 10, der Falldokumentation oder der Therapie-Evaluation.

In der Analyse auf Itemebene werden aber interessante, höchst signifikante Unterschiede deutlich: Bei der Psychotherapie, der Durchführung von Gruppen- und Einzeltherapie oder Rückfallprävention lernen die PP mehr (jeweils  $p < .01$ ). Ebenso beurteilten die PP in der Praktischen Tätigkeit den Erwerb praktischer Kenntnisse zu allen relevanten medizinischen/psychiatrischen/psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Verfahren signifikant besser ( $p = .01$ ). Bei der Frage, welche Krankheitsbilder kennen gelernt werden, haben die KJP deutlich weniger organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen, psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie, affektive Störungen, neurotische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen kennen gelernt

### „In den zusammenfassenden Beurteilungen der Praktischen Tätigkeit I und II gibt es zwischen den PP und KJP keinen signifikanten Unterschied.“

( $p < .01$ ). Dagegen haben KJP höchst signifikant mehr Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Folgen und erwartungsgemäß deutlich mehr Entwicklungsstörungen, Verhaltensstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend in der Praktischen Tätigkeit gesehen (jeweils  $p < .01$ ). Die KJP erleben in der Praktischen Tätigkeit I und II mehr Wertschätzung durch die Klinikleitung als die PP ( $p < .01$ ). Auch die Zufriedenheit mit der Praxisanleitung in diesen beiden Ausbildungsabschnitten ist bei den KJP deutlich höher als bei den PP ( $p < .01$ ). Bei der Bezahlung der Praktischen Tätigkeit gibt es allerdings

keinen signifikanten Unterschied zwischen PP und KJP. Hier liegt der Mittelwert der Einnahmen für die praktische Tätigkeit I bei 821,07 €. Der Mittelwert der Einnahmen für die Praktische Tätigkeit II liegt bei 1075,62 € für die gesamte Population.

Mit der Praktischen Ausbildung sind die KJP insgesamt unzufriedener als die PP. Dies gilt beispielsweise für Zeitnähe ( $p = .05$ ), Organisation ( $p < .01$ ) und Vergütung ( $p = .01$ ) der Praktischen Ausbildung.

#### Bewertung der Supervision

Bei der Bewertung der Supervision gibt es keinen wesentlichen Unterschied zwischen Teilnehmern der PP- und KJP-Ausbildung. Bei der Zufriedenheit mit der Qualifikation der Supervisoren und der Bewertung der Mitarbeit der Teilnehmer an der Supervision unterscheiden

sich die Gruppen nicht signifikant. Allerdings sind die KJP signifikant unzufriedener mit der Unterstützung durch den Supervisor bei der Videoanalyse von Therapieaufnahmen ( $p = .05$ ) und der Relevanz der Supervision für die konkrete therapeutische Arbeit ( $p = .01$ ).

Die Selbsterfahrung wird von den PP signifikant besser bewertet als von den KJP ( $p < .01$ ). Bei der Frage nach der Förderung der persönlichen Entwicklung zum Psychotherapeuten durch die Selbsterfahrung äußerten sich die KJP unzufriedener als die PP, ebenso in Bezug auf die Relevanz der

Selbsterfahrung für die konkrete therapeutische Arbeit (jeweils  $p < .01$ ).

Die KJP bewerten die wesentlichen Bereiche der staatlichen Abschlussprüfung hochsignifikant besser als die PP. Das bezieht sich sowohl auf die Prüfungsvorbereitung für die schriftliche Prüfung ( $p = .01$ ) als auch auf die Vorbereitung für die mündliche Prüfung ( $p = .02$ ). Die KJP zeigten sich mit der Aufteilung in eine mündliche und schriftliche Prüfung höchst signifikant zufriedener als die PP ( $p < .01$ ), ebenso mit der Aufteilung in eine mündliche Einzel- und Gruppenprüfung ( $p < .01$ ).

Die Ausbildungsergebnisse insgesamt werden von den PP deutlich besser als von den KJP bewertet ( $p = .02$ ). Bei der Einschätzung der Kenntnisse bezüglich Symptomatologie und Ätiologie psychischer Störungen schätzen sich die KJP nach Abschluss der Ausbildung deutlich schlechter ein als die PP ( $p < .01$ ), ebenso in Bezug auf die interpersonellen Kompetenzen ( $p < .01$ ). Keine signifikanten Unterschiede gibt es bei den prozeduralen Fertigkeiten (Diagnostik, Planung, Intervention), bei den formalen Anträgen und Berichten und bei der Selbstreflexion.

#### Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In ihrer Bewertung der unterschiedlichen Ausbildungsbestandteile auf den Dimensionen Zufriedenheit, Zielerreichung und Kompetenzerwerb unterscheiden sich die Teilnehmer der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten von den Teilnehmern der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in wesentlichen Teilen der Ausbildung signifikant bzw. hochsignifikant dadurch, dass die Bewertungen der KJP schlechter als die der PP ausfallen. Dies

betrifft in erster Linie die Ausbildungseinrichtungen, die Theorieausbildung, Inhalte der Praktischen Tätigkeit, die Praktische Ausbildung, Selbsterfahrung und die Ausbildungsergebnisse insgesamt.

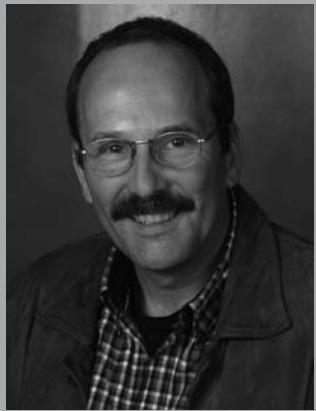
Der überwiegende Teil der KJP-Ausbildungsstätten bildet auch PP aus. Es ist davon auszugehen, dass sich die strukturellen Voraussetzungen für beide Ausbildungsgänge an den Ausbildungsstätten nicht wesentlich unterscheiden. Nach Auskunft des IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen; siehe im Internet unter [www.impp.de](http://www.impp.de)) fielen bei den bisherigen staatlichen Abschlussprüfungen deutlich mehr KJP durch die schriftlichen Prüfungen als PP. Beispielsweise scheiterten im Frühjahr 2009 8,5% KJP gegenüber 4,3% PP und im Herbst 2009 7,4% KJP gegenüber 1,3% PP. Teilnehmer der PP-Ausbildung schneiden in den Prüfungsleistungen insgesamt besser ab. So wurden bei der schriftlichen Prüfung im Herbst 2009 von den PP im Mittel 66,52 der 80 Fragen richtig beantwortet (Standardabweichung 6,76), während die KJP hier lediglich 60,00 richtige Antworten erzielten (Standardabweichung 6,68).

Im Zeitraum Herbst 2002 bis Herbst 2008 erzielten die PP-Ausbildungsteilnehmer im schriftlichen Teil der Staatsprüfung einen Notendurchschnitt von 2,31, die KJP-Ausbildungsteilnehmer einen Schnitt von 2,86. Im mündlichen Teil der Prüfung schnitten die PP-Ausbildungsteilnehmer mit einem Notendurchschnitt von 1,78 und die KJP-Ausbildungsteilnehmer mit einem Schnitt von 1,88 ab.

Signifikante Unterschiede in den Prü-

**Rolf Keller**

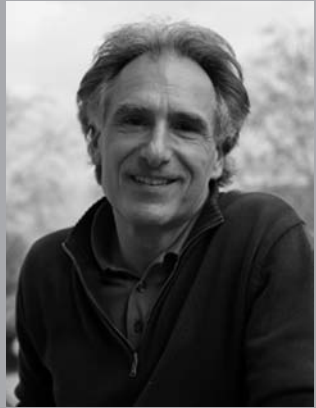
Psychologischer Psychotherapeut  
Leitender Psychologe / QM-Manager  
/ 2. Vorsitzender des IVV-Berus, Mitglied der Arbeitsgruppe des DVT-Instituteausschusses zur Evaluation der Ausbildung zum PP und KJP.

**Dr. Josef Könning**

Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, in eigener Praxis tätig. Leiter eines Kinder-VT-Ausbildungsinstituts, Mitglied im Beratenden Fachausschuss der KBV und der Vertreterversammlung der KV Niedersachsen. In der Landespsychotherapeutenkammer Niedersachsen und in der Bundespsychotherapeutenkammer aktiv.

**Dr. Peter Kosarz**

Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, Leitung des Institutes für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim.

**Dr. Walter Ströhm**

Psychologischer Psychotherapeut. Arbeitsgruppe des DVT-Instituteausschusses zur Evaluation der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.



fungsergebnissen werden auch in dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Forschungsgutachten (Strauß et al., 2009) berichtet. Dort wird die Misserfolgsquote im KJP-Bereich als dreimal höher als in der PP-Ausbildung eingeschätzt. Die in dieser Erhebung befragten Dozenten der Ausbildungsanstalten schätzen die Kompetenzen der PP- und KJP-Ausbildungsteilnehmer zwar insgesamt positiv ein, aber auch hier schneiden die KJP-Ausbildungsteilnehmer schlechter ab ( $p=.01$ ).

Zusammenfassend lassen sich die genannten Unterschiede zwischen PP und KJP am ehesten mit den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen der psychologischen und pädagogischen Ausbildungsteilnehmer bei den KJP erklären. Den pädagogischen Teilnehmern fehlen wesentliche Grundkenntnisse im Bereich Statistik, Empirie, Wissenschaftstheorie und Methodologie. Sie bringen unzureichende Voraussetzungen in den somatisch-biologisch-physiologischen Grundlagen mit. Testtheorie sowie diagnostische und psychologische Grundkenntnisse fehlen ebenso. Dies führt zu partieller Überforderung und einer Diskrepanz zwischen der Zielvorstellung in der Ausbildung und der Möglichkeit zur Zielerreichung, was die Ausbildungsteilnehmer unzufrieden macht. Die genannten Defizite zeigen sich auch in den signifikant schlechteren Ergebnissen der schriftlichen und mündlichen Approbationsprüfung.

Abschließend lässt sich aus den dargestellten Ergebnissen zur Ausbildungsevaluation an den DVT-Instituten, den IMPP-Angaben zu den staatlichen Abschlussprüfungen und den Ergebnissen des Forschungsgutachtens die Forderung ableiten, dass Teilnehmer der KJP-Ausbildung genauso wie Teilnehmer der PP-Ausbildung ein Studium mit Masterabschluss mit grundlegenden Kenntnissen in klinischer Psychologie haben sollten, um von der Psychotherapieausbildung im

vergleichbaren Ausmaß profitieren zu können. Nur durch die Angleichung der Zugangsvoraussetzungen für beide Berufe mit besseren Kenntnissen über wissenschaftliches Arbeiten und Grundkenntnissen in klinischer Psychologie kann eine vergleichbare Prozess- und Ergebnisqualität der Ausbildung erreicht werden. Das Land Bayern hat diese Entscheidung bereits vorweggenommen. In der Güterabwägung zwischen dem Schutz der Patienten vor unzureichend ausgebildeten Therapeuten mit Bachelor-Abschluss und dem Selbstbestimmungsrecht zukünftiger KJP, die mit einem Bachelor die Psychotherapieausbildung beginnen wollen, hat sich Bayern für den Master-Abschluss als Zugangsvoraussetzung zur KJP-Ausbildung entschlossen. Damit hat der Patientenschutz Vorrang.

Unabhängig davon haben es sich die im DVT zusammengeschlossenen Ausbildungsinstitute zum Ziel gesetzt, die Diskussion über notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Ausbildungen zum PP und KJP fortzusetzen. Eine erneute systematische Evaluation der Ausbildung an den DVT-Instituten in mehrjährigen Abständen wird dabei zeigen, ob entsprechende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung greifen. ■

**Literaturhinweise:**

Keller, R., Könning, J., Kosarz, P., Ströhm, W. (2009): Wie zufrieden sind die PiAs? Eine Evaluation der Psychotherapieausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten. In: Psychotherapie Aktuell, 1/09, 37-39.

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutenInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen. <http://www.bmg.bund.de>





Dr. Dr.  
Thomas Ufer

Rechtsanwalt und Arzt, Fachanwalt für Medizinrecht, Lehrbeauftragter für Medizinrecht der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der Universität Witten-Herdecke. Schwerpunkte u. a.: Psychotherapeutenrecht, Praxisgründung, -abgabe, -übernahme, Arzt- und Krankenhausträgerhaftung, Berufsrecht der Heilberufe.



# Thomas Ufer

## Privilegierung von Äußerungen im Verhältnis zwischen Arzt/ Psychotherapeut und Patient

Gerade das Verhältnis zwischen Ärzten bzw. Psychotherapeuten und deren Patienten müssen von einem besonderen Vertrauen getragen sein, damit die diesbezügliche Behandlung auch Früchte tragen kann. In einem solchen Behandlungsverhältnis sind Äußerungen dann bekanntermaßen der Schweigepflicht unterworfen, damit dem Patienten die Sorge ob der unbefugten Offenbarung seiner Privatgeheimnisse genommen wird und eine Behandlung überhaupt erst möglich wird. Ausnahmen, in denen die berufliche Schweigepflicht durchbrochen werden kann oder gar muss, sind rar.

### Aktuelles Urteil

Geht es jedoch um bestimmte Geschehnisse - so etwa um ein erfolgtes Mobbing am Arbeitsplatz des Patienten -, so kann sich die Frage stellen, ob ein (von den Vorwürfen betroffener) Arbeitgeber diesbezüglich Widerrufs- und Unterlassungsansprüche geltend machen kann. Mit dieser Frage hatte sich jüngst das Landgericht Köln zu befassen (Urteil vom 29.10.2009, Az. 8 O 365/08).

Klägerin in dem Verfahren war eine Schule, an der in der Vergangenheit eine Mitarbeiterin als pädagogische Fachkraft tätig und deren Gesundheitszustand zeitweise in Mitleiden-

schaft gezogen war; es kam zu Spannungen und Streitigkeiten zwischen Schule und Mitarbeiterin. Letztere begab sich dann in die Behandlung bei einer (im vorliegenden Verfahren beklagten) Ärztin, welche eine „fachärztliche Bescheinigung“ ausstellte, in der u.a. von einem „Mobbing-Problem“ am Arbeitsplatz der Patientin die Rede war und die zur Vorlage bei Gericht im Rahmen einer arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung intendiert war.

Der Arbeitgeber versuchte, die Ärztin im vorliegenden Verfahren auf Widerruf und Unterlassung der diesbezüglichen Äußerungen in Anspruch zu nehmen. Die Ärztin hingegen war der Ansicht, dass es sich bei ihren entsprechenden Darstellungen um „rechtlich nicht zu beanstandende Werturteile im Rahmen einer ärztlichen Diagnose handelt“.

Dies sah das Gericht nunmehr genauso und wies die Klage ab. Zu der besonderen Konstellation im Arzt-Patient-Verhältnis ist im Urteil ausgeführt:

„Die Kammer geht bereits davon aus, dass es sich bei den in der fachärztlichen Bescheinigung getätigten Äußerungen der Beklagten um privilegierte Äußerungen im Rahmen einer besonderen Vertrauenssphäre handelt, die

schon aufgrund dieser Privilegierung nicht durch die Klägerin angegriffen werden können. Denn die Äußerungen wurden vorliegend im Rahmen des Ärzte-Patienten-Verhältnisses getätigt. Dies verkennt die Klägerin, wenn sie in ihren Anträgen von Behauptungen gegenüber der Klägerin spricht.

In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass Äußerungen innerhalb besonders geschützter Vertrauenssphären nicht rechtswidrig sein können, soweit sie nicht gerade innerhalb dieser Sphäre verletzend wirken (Sprau in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 68. Auflage 2009, § 823 Rn. 106 mwN). Aufgrund der rechtlich nach §§ 203 I Nr. 1 StGB, 53 I Satz 1 Nr. 3 StPO geschützten besonderen Vertraulichkeit des Ärzte-Patienten-Verhältnisses wird man auch hier von einer geschützten Vertrauenssphäre ausgehen müssen (im Ergebnis ebenso OLG Koblenz, Urt. v. 24.04.2008, Az.: 6 U 81/08, Rn. 29 bei Juris). Die Äußerungen werden vorliegend auch nicht dadurch angreifbar, dass sie „zur Vorlage beim Anwalt“ bestimmt waren und somit von der Beklagten indirekt auch gegenüber dem Anwalt der Patienten abgegeben wurden. Denn auch das Anwalt-Mandanten-Verhältnis ist aufgrund seiner rechtlich geschützten Vertraulichkeit als

privilegiert anzusehen (OLG Koblenz aaO).

Eine darüber hinausgehende Verwendung der fachärztlichen Bescheinigung durch die Patientin im Rahmen eines Gerichtsverfahrens kann ebenso keinen rechtswidrigen Eingriff begründen. Dies liegt zum einen daran, dass eine solche Verwendung der Bescheinigung nicht mehr dem Verantwortungsbereich der Beklagten zuzurechnen ist. Zum anderen verneint die Rechtsprechung bereits ein Rechtsschutzinteresse des von Äußerungen im gerichtlichen Verfahren Betroffenen (BGH NJW 1987, 3138).“

Im Übrigen hat das Gericht seine klagabweisende Entscheidung damit begründet, dass es sich – aufgrund des gewählten Konjunktivs bei den entsprechenden Formulierungen in der Bescheinigung – nicht um Tatsachenbehauptungen der Ärztin handele, sondern gerade Schilderungen der Patientin wiedergegeben würden. Wenn es sich aber schon nicht um eigene Äußerungen der Beklagten handele, so seien diese auch nicht zu widerrufen.

Bei anderen Darstellungen handelte es sich hingegen um Werturteile, wie dies auch der gängigen Rechtsprechung des BGH entspricht; diese sind Widerrufs- und Unterlassungsansprüchen nicht zugänglich (vgl. BGH, Urt. v. 03.05.1988, Az.: VI ZR 276/87; Urt. v. 11.04.1989, Az.: VI ZR 293/88). Demnach konnte die Klage keinen Erfolg haben.

### Folgerungen für die Praxis

Als Konsequenz aus vorzitiertem Rechtssprechung ist zunächst zu konstatieren, dass ein Psychotherapeut bei Ausstellung von Bescheinigungen sprachlich deutlich zwischen eigenen und fremden Bekundungen unterschei-



den und etwaige Schilderungen des Patienten möglichst auch als solche kenntlich machen sollte, etwa durch Verwendung des Konjunktivs. Hierdurch wird gewährleistet, dass diese – selbst wenn sie fehlgehen sollten – nicht als „falsche“ Tatsachenbehauptung des Therapeuten anzusehen wä-

ren. Im Zweifel sind Bescheinigungen nochmals unter diesem Gesichtspunkt durchzusehen, um nicht im Nachhinein mit Unterlassungsansprüchen überzogen zu werden, wie dies im vorliegenden Verfahren erfolgt war.

Gleichzeitig sollte sorgsam abgewogen werden, an wen entsprechende

Bescheinigungen gereicht werden; gehen diese an den Patienten, so obliegt nämlich deren weitere Verwendung einer eigenverantwortlichen Abwägung durch den Patienten selbst, der dann auch etwaige negative Konsequenzen hieraus zu tragen hätte.

Mit dem Urteil geht jedoch eine deutliche Stärkung des Arzt/Therapeut-Patient-Verhältnisses vor Ansprüchen Dritter einher, die eine derartige – gewollte – Privilegierung unterminieren könnten. Dem Urteil kann daher in seiner Bedeutung für die Praxis nur beigepflichtet werden. ■

<b>QM/QEP®-Workshops von Psychotherapeuten für Psychotherapeuten Termine 2010</b>	
 	
<p>Folgende Anwenderworkshops zur Erstellung eines QM-Praxishandbuches veranstaltet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung mit ihren KBV-lizenzierten QEP®-Trainern. Anmeldungen werden von der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung entgegengenommen:</p> <p style="text-align: center;"><b>Fon 030 235 00 90 – Fax 030 235 00 944</b></p> <p><b>Gebühr für WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“:</b> 128,00 € für Mitglieder 160,00 € für Nicht-Mitglieder (inkl. QM-Praxishandbuch nach GB-A),</p> <p><b>Gebühr für WS „QEP®-Handbuch“:</b> 144,00 € für Mitglieder 180,00 € für Nicht-Mitglieder der DPtV</p>	<p>Folgende QEP®-Einführungsseminare und Anwenderworkshops veranstalten die örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen mit KBV-lizenzierten QEP®-Trainern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.</p> <p>Anmeldungen werden von den regionalen KVen entgegengenommen. Die Höhe der Seminaregebühr und die Beigabe der Materialien-CD richten sich nach den regionalen Gegebenheiten.</p>
<b>Berlin</b>	<b>Bayern</b>
<i>WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“ 12.06.2010</i>	Anmeldung über KVB Frau Bejdl Fon 0911 94667316 Fax 0911 94667210
<b>Bremen</b>	<b>Hamburg</b>
<i>WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“ 19.06.2010</i>	Anmeldung über KVH Frau Dudziak Fon 040 22802633 <b>Einführungsseminar:</b> 23.04.-24.04.2010 <b>Vertiefungsseminar:</b> Modul 2: 18.06.2010 Modul 3: 05.11.2010
<b>Düsseldorf</b>	<b>Rheinland-Pfalz</b>
<i>WS „QEP®-Handbuch“ 29.05.2010 / 11.09.2010 / 06.11.2010</i>	Anmeldung über KV RLP Marion Fricke, Sabine Schuy, Denise Ulitzka Fon 0261 39002 411 E-Mail qm@kv-rlp.de
<b>Frankfurt</b>	<b>Sachsen-Anhalt</b>
<i>WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“ 24.04.2010</i>	Anmeldung über KV Sachsen-Anhalt Frau Zimmermann Fon 0391-6277458
<b>Magdeburg</b>	
<i>WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“ 24.04.2010</i>	
<b>Stuttgart</b>	
<i>WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“ 17.04.2010</i>	
<b>Westerland/Sylt</b>	
<i>WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“ 04.06.2010</i>	



# Das Bürgerentlastungsgesetz

Wolfgang Elbrecht

Bis zum 31. Dezember 2004 wurden alle vom Steuerpflichtigen geleisteten Vorsorgeaufwendungen zusammen gerechnet und bis zu 5069,00 € bei Selbständigen als Sonderausgaben berücksichtigt. Seit dem Veranlagungszeitraum 2005 ist zwischen den Aufwendungen für eine Basisversorgung im Alter und den sonstigen Vorsorgeaufwendungen (u. a. Beiträge zu Kranken-, Pflege-, Unfall-, Haftpflicht-, Arbeitslosen- und Kapitallebensversicherungen) zu unterscheiden.

Die Beiträge zum Aufbau einer Basisversorgung im Alter sind grundsätzlich als Sonderausgaben abziehbar. Im Jahr 2025 können die innerhalb des Höchstbetrages in Höhe von 20.000 € geleisteten Beträge in vollem Umfang als Sonderausgaben abgezogen werden. Bis 2025 wird eine anteilige Berücksichtigung der anzusetzenden Beträge vorgenommen, wobei der Prozentsatz Jahr für Jahr steigt. Heute (2010) sind 70% der entsprechenden Beträge abziehbar.

Für die sonstigen Vorsorgeaufwendungen (einschließlich der Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung) beträgt der abziehbare Höchstbetrag 2.400,00 € für Steuerpflichtige, die ihre Krankenversicherung allein tragen müssen. Im Falle der Zusammenveranlagung wird das Abzugsvolumen – unter den entsprechenden Voraussetzungen – jedem Ehegatten gesondert gewährt. Außerdem ist im derzeit geltenden Recht eine sogenannte Günstigerprüfung vorgesehen, bei der das Abzugsvolumen

nach dem bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Recht mit dem Abzugsvolumen nach heutigem Recht verglichen wird. Es wird stets der höhere Betrag angesetzt. Diese Günstigerprüfung läuft bis zum Veranlagungszeitraum 2019, wobei ab dem Veranlagungszeitraum 2011 das nach altem Recht bestehende Abzugsvolumen sukzessive abgebaut wird.

Nachfolgende Beiträge können heute im Rahmen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden:

- Beiträge zu selbständigen Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen
- Beiträge zu gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherungen
- Beiträge zu Unfallversicherungen (*hierzu gehören nicht die Beiträge zu einer Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr, da diese steuerlich wie eine Kapitallebensversicherung behandelt wird*)
- Beiträge zu Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit (*gesetzliche Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit und Beiträge zu entsprechenden privaten Versicherungen*)
- Beiträge zu Haftpflichtversicherungen
- Beiträge zu Lebensversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen (*Risiko-lebensversicherungen*).

Darüber hinaus können zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen unter bestimmten Voraussetzungen auch folgende Beiträge gehören:

- Rentenversicherungen ohne Kapitalwahlrecht
- Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht gegen laufende Beitragsleistung (*wenn das Kapitalwahlrecht nicht vor Ablauf von zwölf Jahren seit Vertragsabschluss ausgeübt werden kann*)
- Kapitalversicherungen gegen laufende Beitragsleistung mit Sparanteil (*wenn der Vertrag für die Dauer von mindestens zwölf Jahren abgeschlossen wird*).

Voraussetzung für eine Berücksichtigung der Beiträge zugunsten einer Renten- oder Kapitallebensversicherung als sonstige Vorsorgeaufwendungen ist hier allerdings insbesondere, dass die Laufzeit der betreffenden Versicherungen vor dem 1. Januar 2005 begonnen hat und mindestens ein Versicherungsbeitrag bis zum 31. Dezember 2004 entrichtet wurde. Die Kündigung oder Beitragsfreistellung solcher Verträge wäre somit nicht hilfreich.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat festgestellt, dass die Vorschriften in § 10 des Einkommensteuergesetzes (EStG) zum Umfang der steuerlichen Berücksichtigung von Beiträgen

zugunsten einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Grundgesetz unvereinbar sind, da sie nicht die volle steuerliche Abziehbarkeit der Beiträge zur sozialhilfgleichen Kranken- und Pflegeversorgung des Steuerpflichtigen und seiner Familie gewährleisten.

Das Prinzip der Steuerfreiheit des Existenzminimums gewährleistet dem Steuerpflichtigen einen Schutz des Lebensstandards auf Sozialhilfeniveau. Die Kranken- und Pflegeversicherung ist daher ein integraler Bestandteil des im Sozialgesetzbuch genannten Leistungskatalogs. Es sind nur Beiträge zu berücksichtigen, mit denen der Versicherungsnehmer einen Versicherungsschutz erwirbt, der dem gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, alles darüber hinaus nicht.

Zur Umsetzung seiner Entscheidung hat das Gericht eine Frist bis zum 1. Januar 2010 eingeräumt. Mit dem Bürgerentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber den Verfassungsauftrag fristgerecht umgesetzt. Ab 2010 werden alle Beiträge des Steuerpflichtigen für sich oder eine ihm gegenüber unterhaltsberechtigten Person zu einer Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung berücksichtigt. Einen Höchstbetrag gibt es nicht, so dass alle vom Steuerpflichtigen tatsächlich aufgewandten Beiträge als Sonderausgaben angesetzt werden können. Die Regelungen, die den Unterhalt betreffen, sind hier aus Platzgründen ausgespart worden.

Als Sonderausgaben können nur die vom Steuerpflichtigen tatsächlich geleisteten Beiträge für eine Basiskrankenversicherung berücksichtigt wer-



**Wolfgang Elbrecht**

Psychologischer Psychotherapeut, seit 1991 niedergelassen in eigener Praxis in Essen.

Als Versicherungsmakler u. a. tätig für den Wirtschaftsdienst der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.



den. Hat der Steuerpflichtige einen Selbstbehalt vereinbart und fallen entsprechende Krankheitskosten an, für die kein Anspruch auf eine Versicherungserstattung besteht, dann kann er diese Aufwendungen allerdings im Rahmen der Einkommensteuererklärung als außergewöhnliche Belastungen geltend machen. Die auf das Krankengeld entfallenden Beitragsanteile sind nicht zu berücksichtigen.

Beiträge für Wahl- bzw. Zusatztarife werden steuerlich nicht berücksichtigt. Mit Beiträgen für Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Zusatztarifen in der privaten Krankenversicherung werden Leistungen abgesichert, die über die Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen hinausgehen (z. B. Chefarztbehandlung, Einbettzimmer).

Der neue „Basistarif“ und „Basisabsicherung im Sinne des Einkommen-

steuerrechts“ sind nicht dasselbe. Ab dem 1. Januar 2009 wurde in der privaten Krankenversicherung ein sogenannter Basistarif eingeführt; der von jedem privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden muss. Die Versicherungstarife sind daher aufzuteilen, um diejenigen Beitragsanteile, die zur Absicherung eines Versicherungsschutzes auf Basis der GKV verwendet werden, ermitteln zu können. Hat der Steuerpflichtige einen Basistarif abgeschlossen, dann können die von ihm geleisteten Beiträge mit Ausnahme der Beitragsanteile, die auf das Krankentagegeld entfallen, in vollem Umfang angesetzt werden. Der private Krankenversicherer ermittelt, in welchem Umfang ein privater Krankenversicherungstarif der Basisabsicherung dient. Daraus ergibt sich der steuerlich zu berücksichtigende Beitragsanteil für diesen Tarif.

Durch die Neuregelung kann es durch die Günstigerprüfung nicht zu einer

Schlechterstellung kommen. Sonstige Vorsorgeaufwendungen (z. B. zu Kranken- und Pflegeversicherungen, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen, Haftpflichtversicherungen, Risikolebensversicherungen) sind i.d.R. weiterhin zum Abzug zugelassen. Mit der Günstigerprüfung wird weiter – vereinfacht ausgedrückt – das für das Kalenderjahr 2004 geltende Recht „konserviert“ und in jedem Einzelfall geprüft, ob das für das Kalenderjahr 2004 geltende Recht oder das für das Kalenderjahr 2010 geltende Recht für den Steuerpflichtigen günstiger ist.

Die Daten der privat Kranken- und Pflegepflichtversicherten sind durch die Versicherungsunternehmen zu übermitteln.

Weil für 2010 noch keine Daten vorliegen, werden vorläufig entweder die Krankenversicherungsbeiträge, wie sie bei der letzten Veranlagung erklärt wurden, um 20% gekürzt oder die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung um 4% vermindert angesetzt. Dieses Verfahren weicht allerdings von dem im für unsere Berufsgruppe weniger bedeutsamen Lohnsteuerabzugsverfahren ab, auf dessen weitere Darstellung hier verzichtet wird.

Aus dem Gesetzentwurf ergeben sich Entlastungen für die Bürgerinnen und Bürger in der Höhe von ca. 9,5 Mrd. €. Durch die Neuregelung werden insbesondere diejenigen Steuerpflichtigen entlastet, die hohe Beiträge für eine Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung zahlen müssen. Begünstigt sind z. B. Steuerpflichtige, die ihre Kinder gesondert versichern müssen. Zudem werden Unterhaltsverpflichtete

entlastet, nämlich dann, wenn ihre Unterhaltsleistungen die bisherigen Höchstbeträge von 13.805,00 € beim sogenannten begrenzten Realsplitting bzw. von 7.680,00 € beim Abzug außergewöhnlicher Belastungen in besonderen Fällen übersteigen.

Steuerpflichtige, bei denen bereits im geltenden Recht die geleisteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in vollem Umfang steuerlich berücksichtigt werden, können von der Anhebung der Höchstbeträge für die sonstigen Vorsorgeaufwendungen um 400,00 € profitieren.

Das Entlastungsvolumen verteilt sich wie folgt:

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 7,3 Mrd. € Entlastung
- Beamte 0,58 Mrd. € Entlastung
- Selbständige 1,6 Mrd. € Entlastung.

Bezogen auf alle veranlagten steuerbelasteten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden rund 85%, von den Beamten rund 44,2% und von den Selbständigen rund 53,9% steuerlich entlastet. Ob sich die hier andeutenden und dann durchaus bemerkenswerten Entlastungen zumindest im PKV-Bereich nachhaltig so erweisen, oder durch Marktmechanismen (hohe Beiträge mit wenig Selbstbehalt, alle Rechnungen einreichen und so auf die Beitragsrückerstattung zu verzichten, können steuerlich nach den neuen Regeln interessant sein und so unwirtschaftliches Verhalten der Versicherten generieren, höhere Kosten verursachen und neue Kalkulationen erzwingen) konterkariert werden, wird sich zeigen müssen. ■



**Wen betrifft das Bürgerentlastungsgesetz?**

Die neuen Regelungen des Bürgerentlastungsgesetzes gelten sowohl für gesetzlich Versicherte, als auch für privat Versicherte. Bei den privat Krankenversicherten sind die geleisteten Beiträge jedoch nur insoweit zu berücksichtigen, wie der Versicherungsnehmer einen Versicherungsschutz erwirbt, der dem der

gesetzlichen Krankenversicherung entspricht (Basis-Krankenversicherung). Beiträge für eine darüber hinausgehende Versorgung – z.B. Chefarztbehandlung, Einbettzimmer – sowie zur Finanzierung eines Krankengeldes gehören nicht dazu. Diese Mehrleistungen – sofern sie mitversichert sind – sind aus dem vom Steuerpflichtigen geleisteten Beitrag herauszurechnen.

Quelle [www.bundesfinanzministerium.de](http://www.bundesfinanzministerium.de)

# Veranstaltungskalender

April bis Juni 2010

## April

**10.04.2010 (Düsseldorf)**

### WS „QEP®-Handbuch“

Dr. Heribert Joisten  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**12.04.2010 - 15.04.2010**

### 15. Bundeskongress der Psychologinnen und Psychologen im Justizvollzug

*Generalisten und Spezialisten - Facetten einer Profession*  
Auskünfte/Kontakt:  
Dr. Willi Pecher  
Fon 089 69922394  
Fax 089 69922399  
wilhelm.pecher@jva-m.bayern.de

**17.04.2010 (Stuttgart)**

### WS „QM-Handbuch nach G-BA“

Sabine Schäfer  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**18.04.2010 - 23.04.2010 (Lindau)**

### 60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010

1. Woche: „Identitäten“  
Auskünfte/Kontakt:  
Lindauer Psychotherapiewochen  
Fon 089 29163855  
Fax 089 29165039  
Info@Lptw.de

**21.04.2010 (Bremen)**

### Praxisankauf für psychotherapeutische Praxen

Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**24.04.2010 (Berlin)**

### Altersversorgung, Vermögensaufbau und steuerliche Fragen Praxisseminar

Auskünfte/Anmeldung:  
Klaus E. Gerbis  
Kuckuckswinkel 6  
14612 Falkensee  
KEGerbis@t-online.de

**24.04.2010 (Frankfurt)**

### WS „QM-Handbuch nach G-BA“

Volker Schmid  
Peter Moldenhauer  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**24.04.2010 (Magdeburg)**

### WS „QM-Handbuch nach G-BA“

Dr. Hans Nadolny  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**25.04.2010 - 30.04.2010 (Lindau)**

### 60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010

2. Woche: „Erinnern und Vergessen“  
Auskünfte/Kontakt:  
Lindauer Psychotherapiewochen  
Fon 89 29163855  
Fax 089 29165039  
Info@Lptw.de

## Mai

**12.05.2010 - 15.05.2010**

### 34. Jahrestagung für Sexualmedizin

*Internet und Neue Medien - Chancen und Risiken aus der Sicht der Sexualmedizin*  
Auskünfte/Kontakt:  
UP Transfer GmbH an der Universität  
Potsdam, Brunhilde Schulz  
Fon 0331 9771117  
Fax 0331 9771143  
event@up-transfer.de

**13.05.2010 - 15.05.2010**

### 28. Symposium Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs

*Fachtagung für alle Forscher und Kliniker aus dem Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie*  
Auskünfte/Kontakt:  
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hiller  
Fon 06131 3939200  
Fax 06131 3939102  
hiller@uni-mainz.de

**14.05.2010 - 15.05.2010**

### 8. Kongress für Wirtschaftspsychologie

*Psychologie in der Wirtschaft: Chancen und Herausforderungen*  
Auskünfte/Kontakt:  
Gabriele Jaschinski, Geschäftsstelle  
der Sektion Wirtschaftspsychologie  
im BDP  
info@wirtschaftspsychologie-bdp.de

**29.05.2010 (Düsseldorf)**

### WS „QEP®-Handbuch“

Dr. Heribert Joisten  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

## Juni

**04.06.2010 (Sylt)**

### Sylter Praxistage

### WS „QM-Handbuch nach G-BA“

Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**05.06.2010 (Sylt)**

### Sylter Praxistage

### Workshop: Praxiskauf /-verkauf

Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**12.06.2010 - 13.06.2010**

### 52. Kinderverhaltenstherapie-

### tage an der Universität Bremen

*Kinderverhaltenstherapie, Prävention, psychologische Diagnostik*  
Auskünfte/Kontakt:  
Eva Todisco  
Fon 0421 2187075  
Fax 0421 2184617  
todisco@uni-bremen.de

**12.06.2010 (Berlin)**

### WS „QM-Handbuch nach G-BA“

Dr. Hans Nadolny  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**14.06.2010 - 16.06.2010**

### 23. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.

*Integration oder Separation*  
Auskünfte/Kontakt:  
Fachverband Sucht e.V.  
Fon 0228 261555  
Fax 0228 215885  
u.reingen@sucht.de

**16.06.2010 - 18.06.2010**

### Doktorandenworkshop der Fachgruppe für Entwicklungspsychologie der DGPs

*Development as Action in Context*  
Auskünfte/Kontakt:  
Prof. Dr. Rainer K. Silbereisen  
Dr. Karina Weichold  
Fon 03641 945200  
stefanie.glaeser@uni-jena.de

**29.06.2010 (Bremen)**

### WS „QM-Handbuch nach G-BA“

Dr. Hans Nadolny  
Auskünfte/Anmeldung:  
BGST der DPtV  
Fon 030 2350090  
bgst@dptv.de

**29.06.2010 - 03.07.2010**

### 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health

*Infancy in Times of Transition*  
Auskünfte/Kontakt:  
Universität Leipzig Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Dr. Annette Klein  
Fon 0341 9724018  
Fax 0341 9724019  
annette.klein@medizin.uni-leipzig.de

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung



Symposium  
**Zunahme Psychischer Erkrankungen  
 - Antworten für die Versorgung**

**Donnerstag, 10. Juni 2010  
 10.00 bis 16.00 Uhr**

Haus der Land- und Ernährungswirtschaft  
 Claire-Waldoff-Str. 7  
 10117 Berlin

10.00 bis 12.45 Uhr  
 Vorträge - Themen u. a.

**Psychische Erkrankungen – Volkskrankheiten  
 des 21. Jahrhunderts**

**Über-, Unter- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken**

**Versorgungsvorsprung durch Befugnisserweiterung**

**Innovative Versorgungsangebote im Krankenhaus der  
 Regelversorgung: ein Praxisbeispiel**

12.45 bis 14.00 Uhr  
 Mittagsimbiss

14.00 bis 16.00 Uhr  
 Podiumsdiskussion

**Psychische Erkrankungen:  
 Prioritäres Versorgungssystem –  
 Wer versorgt wann, wie und warum**

Referenten u. a.:

Dr. Birgit Albs-Fichtenberg (Brüderkrankenhaus Trier), Thomas Ballast (vdek), Hans Dörning (ISEG Hannover), Dieter Best, Barbara Lubisch, Hans-Jochen Weidhaas (Bundesvorstand DPTV)

Podium u. a.:

Daniel Bahr, MdB (Parlamentarischer Staatssekretär BMG), Hilde Mattheis, MdB (Stellv. Sprecherin AG Gesundheit der SPD-Fraktion), Thomas Ballast (Vorstandsvorsitzender vdek), Wolfgang van den Bergh (Chefredakteur Ärzte Zeitung)

Der Besuch der Veranstaltung ist für Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung kostenlos.

Die Zertifizierung der Veranstaltung ist bei der Berliner Psychotherapeutenkammer beantragt.

**Anmeldung erforderlich**  
 Bundesgeschäftsstelle der DPTV  
 Am Karlsbad 15 - 10785 Berlin  
 Telefon 030 2350090 – Fax 030 23500944  
 E-Mail [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de)  
 Internet [www.dptv.de](http://www.dptv.de)



**Kleinanzeigen**

**Praxissuche/Praxiskauf/  
 Praxistausch/Praxisverkauf**

**Angebote**

**Lehre (zwischen Braunschweig u. Wolfsburg):** Praxissitz (ganzer Sitz) in Tiefenpsycholog. fundierter Psychotherapie abzugeben, 05306/990379.

**Gesuche**

**Wiesbaden/Mainz (bis 50 km):** Psychologischer Psychotherapeut, TP mit langjähriger Berufserfahrung sucht 1/1 oder 1/2 KV-Praxis für sofort oder später. Angebote an [praxissuche-wiesbaden@arcor.de](mailto:praxissuche-wiesbaden@arcor.de).

**Hochtaunuskreis:** Suche einen halben Praxissitz, Räumlichkeiten und Inventar werden nicht benötigt, Angebote unter [jb@psychotherapie-taunus.de](mailto:jb@psychotherapie-taunus.de).

**Bundesweite Suche:** Psychologische Psychotherapeutin (VT Erw.), 45 Jahre, sucht KV-Praxis zu kaufen ab Januar 2011. 0171/4322894 oder [kvpraxis@web.de](mailto:kvpraxis@web.de).

**Wuppertal:** Stunden-/tageweise Praxisraum für TP/AP - auch in Praxisgem. gesucht. Biete auch Mitarbeit in Praxis/ggf. Jobsharing T: 0245/919446, E-Mail: [befi@psychotraumatologie.de](mailto:befi@psychotraumatologie.de).

**Kreis Steinfurt:** Psychologischer Psychotherapeut (TP) sucht halben oder vollen KV-Sitz zu sofort oder später Tel. 0541/3327003

**Verschiedenes**

**Erarbeitung Ihres individuellen QM-Handbuchs** durch qualifizierte Dipl.-Psychologin. Persönlich, preiswert und zeitnah. Tel.: 030/89542880, Mobil: 0172 3137900, E-Mail: [YvonneWerberling@gmx.de](mailto:YvonneWerberling@gmx.de)

**Räume/Vermietung**

**Bremen:** Schöner Raum in Psychotherapie-Praxis tages- oder stundenweise zu vermieten, ruhige, aber zentrale Lage (Viertel/Peterswerder). Kontakt unter Chiffre: 01-01

**Hildesheim:** Heller Raum (15 qm) mit Balkon in PT-Praxisgemeinschaft zu vermieten (300,- €) Tel. 05121/46487

**Braunschweig:** heller Therapieraum, 35 qm, in psychotherapeutischer Praxis, neu renoviert, in bester Lage zu vermieten. Mitbenutzung von Wartezimmer, Küche und Büro inkl. Tel: 0171/4047836

**Düsseldorf:** Große Seminar- und Tagungsräume/Therapieräume in repräsentativer Praxis in verschiedenen Größen, zentrale Lage, zu vermieten, T: 0211/59837783

**Siegburg/Bonn:** Praxisräume anzubieten, lichtdurchflutet, baubiologisch, zentral, 50 qm plus 60 qm, 02241/1469638

**Jobsharing/Stellenangebote**

**Witten:** Suche umgehend Praxisassistenten/-in, TP und/oder AP zur Mitarbeit. T: 2302/81454

**Berlin-Tempelhof:** Biete für PT (VT) mit Arztregistereintrag Anstellung der Jobsharing in VT-Praxis für ca. 5 Psychotherapiestunden (Wo) ab III/2010. Tel.: 030/7851201

**Siegburg:** Psychologische Psychotherapeuten (TP), mit Approbation und Arztregistereintrag, als Entlastungsassistentin für KV-Sitz gesucht. 02241/1469638

**Anzeigenannahme:**

Psychotherapie Aktuell  
 Am Karlsbad 15  
 10785 Berlin  
 Fon 030 235 009-0  
 Fax 030 235 009-44  
[anzeigen@psychotherapieaktuell.de](mailto:anzeigen@psychotherapieaktuell.de)

finden Sie auf [www.psychotherapie-aktuell.de](http://www.psychotherapie-aktuell.de)

Gern können Sie Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung aufnehmen, wir erstellen Ihnen auf Wunsch ein individuelles Angebot.

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen richten Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nr. an die Adresse der DPTV.

**Adressen DPTV****Bundesgeschäftsstelle**

Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Fon 030 235009-0  
Fax 030 235009-44  
Geschäftsführer: Carsten Frege  
CarstenFrege@dptv.de  
Mo u. Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di, Mi, Do 9.00 – 15.00 Uhr  
bgst@dptv.de

**Bundesvorstand**

Bundesvorsitzender Dieter Best  
Postfach 140116  
67021 Ludwigshafen  
Fon 030 235009-0  
Fax 030 235009-44  
DieterBest@dptv.de

**Stellv. Bundesvorsitzende**

Gebhard Hentschel  
Neubrückerstr. 60  
48143 Münster  
Fon 0251 4829061  
Fax 0251 4829062  
GebhardHentschel@dptv.de

Barbara Lubisch  
Schmiedstr. 1  
52062 Aachen  
Fon 0241 4011539  
Fax 0241 5791183  
B.Lubisch@t-online.de

Dr. Hans Nadolny  
Schwachhauser Ring 5  
28213 Bremen  
Fon 0421 490322  
Fax 0421 2237144  
DrHansNadolny@dptv.de

Sabine Schäfer  
Tobelwasenweg 10  
73235 Weilheim  
Fon 07023 749147  
Fax 07023 749146  
SabineSchaefer@dptv.de

Hans-Jochen Weidhaas  
Wellsring 43a  
67098 Bad Dürkheim  
Fon 06322 8172  
Fax 06322 66903  
HansJochenWeidhaas@dptv.de

**Ansprechpartner/Landesvorsitzende  
in den Bundesländern**

**Baden-Württemberg**  
Dr. Alessandro Cavicchioli  
Zollhüttengasse 18  
74523 Schwäbisch Hall  
Fon 0791 94016973  
Fax 0791 857026  
Gs-bw@dptv.de

**Bayern**  
Rudolf Bittner  
Klötzlmüllerstr. 14  
84034 Landshut  
Fon 0871 45018  
Fax 08704 928649  
Rudi-Bittner@t-online.de

**Berlin**  
Winfried Jaksch  
Ringstr. 52  
12205 Berlin  
Fon 030 88629478  
Fax 030 88629479  
mail@dpvberlin.de

**Brandenburg**  
Hartmut Uhl  
Benzstr. 89  
14482 Potsdam  
Fon 0331 7481478  
HU0331@aol.com

**Bremen**  
Helga Friehe-Rüdebusch  
Lüneburger Str. 20  
28203 Bremen  
Fon 0421 705902  
Fax 0421 7940962  
helga@friehe.com

**Hamburg**  
Heike Peper  
Max-Brauer-Allee 45  
22765 Hamburg  
Fon 040 41912821  
Fax 040 41912972  
Heike.Peper@web.de

**Hessen**  
Else Döring  
Am Weißen Stein 11  
60431 Frankfurt  
Fon 069 515351  
Fax 06451 718556  
elsedoering@t-online.de

Geschäftsstelle Hessen  
Michael Ruh  
Steinweg 11  
35066 Frankenberg  
Fon 06451 718557  
Fax 06451 718556  
Mo.-Fr. 09.00-12.00 Uhr  
dptv-hessen@t-online.de

**Mecklenburg-Vorpommern**  
Karen Franz  
Rudolf-Breitscheid-Str. 7  
23936 Grevesmühlen  
Fon 03881 79050  
Fax 03881 7589924  
info@dptv-mv.de

**Niedersachsen**  
Wilfried Hauer  
Magnitorwall 4  
38100 Braunschweig  
Fon 05333 1301  
Fon 0531 2338192  
Fax 0531 6176226  
Mi 10.00 – 12.00 Uhr  
Hauer-Scheiber@t-online.de

**Nordrhein-Westfalen  
Nordrhein**  
Barbara Lubisch

Geschäftsstelle Nordrhein  
Dr. Andreas Šoljan  
Benderstraße 76  
40625 Düsseldorf  
Fon 0211 9233064  
Fax 0211 96659823  
Di 13.00-16.00 Uhr  
Fr 09.00-13.00 Uhr  
gs-nordrhein@dptv.de

**Westfalen-Lippe**  
Gebhard Hentschel  
Neubrückerstr. 60  
48143 Münster  
Fon 0251 4829061  
Fax 0251 4829062  
GS-Westfalen-Lippe@dptv.de

**Rheinland-Pfalz**  
Peter Andreas Staub  
Bahnhofstr. 65  
67251 Freinsheim  
Fon 06353 5080573  
11.30 – 12.15 Uhr  
peter.a.staub@dptv-rlp.de

**Saarland**  
Bernhard Petersen  
Bahnhofstr. 41  
66111 Saarbrücken  
Fon 0681 9385045  
Fax 0681 9385046  
Bernhard.Petersen@t-online.de

**Sachsen**  
Dr. Peter Schuster  
Krenkelstr. 7  
01309 Dresden  
Fon 0351 3125005  
Fax 0351 8048415  
schuster@dpap.de

Geschäftsstelle Sachsen  
Angela Gröber  
Bahnhofstr. 6  
01640 Coswig  
Fon 03523 78025  
Fax 03523 78022  
DPTV.Sachsen@gmx.de

**Sachsen-Anhalt**  
Christiane Dittmann  
Bahnhofstr. 32  
39638 Gardelegen  
Fon 03907 739369  
Fax 03907 420693  
christianedittmann@hotmail.com

**Schleswig-Holstein**  
Heiko Borchers  
Vinetaplatz 5  
24143 Kiel  
Fon 0431 731760  
Fax 04347 708839  
Praxis.borchers@kielnet.net

**Thüringen**  
Christiane Rottmayer  
Schöne Aussicht 12  
98617 Meiningen  
Fon 03693 9300045  
Fax 03693 9300045  
Rottmayer-Meiningen@t-online.de

Vorstand der Delegiertenversammlung  
Vorsitzender der DV Michael Ruh  
Steinweg 11  
35066 Frankenberg  
Fon 06451 716700  
Fax 06451 718556  
09.30 – 11.30 Uhr  
Michael.Ruh.Praxis@t-online.de

**Impressum**

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) e.V.

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Verlag und Herausgeber**

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung  
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Fon 030 2350090 · Fax 030 23500944  
E-Mail bgst@dptv.de – Internet www.dptv.de

**Verantwortliche Schriftleitung**

Sabine Schäfer (v.i.s.d.P.)  
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck  
Fon 07023 749147 · Fax 07023 749146  
E-Mail SabineSchaefer@dptv.de

**Kontaktanschrift der Redaktion**

Regine Holtz  
Dohlenstr. 36 · 46145 Oberhausen  
Fon 0208 6282701 · Fax 0208 6282702  
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

**Anzeigen und Beilagen**

Mary Anne Gottwald  
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung  
Bundesgeschäftsstelle  
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Fon 030 2350090 · Fax 030 23500944  
E-Mail anzeigen@psychotherapieaktuell.de

**Redaktionsbeirat**

Dieter Best, Sabine Schäfer, Carsten Frege,  
Mechthild Lahme

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlages unzulässig.

Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

**Hinweise für Autoren**

Ein Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung ist über die Kontaktanschrift der Redaktion (s. o.) erhältlich.

**Druck und Layout**

Brandt GmbH  
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335



Ernstfried Hanisch  
**In jeder Mücke steckt ein Elefant**  
 unter Mitarbeit von Eva Wunderer  
 2009, dtv premium  
 224 Seiten  
 ISBN 978-3-423-24740-5  
 14,90 €(D)

**Rezensiert von Sabine Waadt**

Wer kennt das nicht: tagelanges Grübeln über einen an sich harmlosen Vorwurf, heftiger Zorn auf eine an sich kleine Ungerechtigkeit, bodenlose Scham bei einem an sich unbedeutendem Witz – lauter emotionale Elefanten, die aus kleinen Mückenstichen erwachsen sind.

In einer präzisen Sprache, anschaulich und mit Fallbeispielen, in denen wir uns leicht wieder erkennen, beschreibt Ernstfried Hanisch, wie sich unangemessene emotionale Reaktionen und Entladungen aus früheren belastenden Erfahrungen erklären können. Diese heute oft kaum noch erinnerten Verletzungen haben „wunde Punkte“ hinterlassen, die bei kleinsten Berührungen schmerzen können.

Wie wir daraus frustrierte Grundbedürfnisse erkennen, ernst nehmen und in ein geeignetes Verhältnis zu anderen Zielen in unserem Leben bringen können, erklärt Hanisch anhand eingängiger Beispiele, verständlicher Erklärungsmodelle aus der kognitiven Verhaltens- und Schematherapie. Er stellt einfache Fragekataloge und Tests vor, anhand derer wir Thema und Intensität solcher „Elefanten“ spezifizieren können. Er übersetzt gängige verhaltenstherapeutische Begriffe in einsichtige, bildhafte Erklärungsmodelle und Diagramme, um die aus unseren schmerzlichen Erfahrungen entstandenen Dilemmata zwischen widerstreitenden Bedürfnissen durch Analysemuster verständlich und bisherige Selbstschutzprogramme gegen die seelischen Schmerzen sichtbar zu machen. Schließlich hilft uns Ernstfried Hanisch in vielen Übungsanregungen und Hausaufgaben, diese grundlegenden Bedürfnisse zu erkennen und systematisch neue, sozial verträgliche Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten, mit dem Ziel, für sich selbst gut zu sorgen.

Ernstfried Hanisch hat ein sehr praxistaugliches Buch geschrieben, in dem nicht nur „jedermann“ sich in emotionalen Alltagskrisen und Selbstschutzprogrammen verstanden und angesprochen fühlen kann, sondern auch bewährte verhaltenstherapeutische Methoden zum Teil neu und überraschend zusammengestellt und in ihren Möglichkeiten vorgestellt werden. Ein Buch, das Therapeuten den Patienten gut in die Hand geben und selbst noch etwas daraus lernen können. ■



Thomas Kirn, Liz Echelmeyer, Margarita Engberding  
**Imagination in der Verhaltenstherapie.**  
 2009, Springer Medizin Verlag  
 283 Seiten  
 ISBN 978-3-642-01057-6  
 44,95 €

**Rezensiert von Gabriele Sturm**

Die Autoren stellen differenziert dar, wie Imaginationen als Baustein in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Praxis systematisch und planvoll, an den jeweiligen Patienten angepasst und mit klarer diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung eingesetzt werden können. Gegliedert ist der Text in drei Teile, ergänzt durch eine Übersicht der aufgenommenen genau ausformulierten Imaginationenübungen sowie ein Stichwort- und ein Literaturverzeichnis.

**Teil I: Theoretische und praktische Grundlagen imaginativer Arbeit.**

Es erfolgt eine Standortbestimmung und Abgrenzung der Imagination in der Verhaltenstherapie gegenüber ihrer Verwendung in der Hypnothera-

pie, im NLP, im Focusing und im KB. Vorstellungen werden als „multiple representation process“ (Strosal und Ascough) auf der Grundlage der Bio-Informationstheorie (Lang) konzipiert. Darauf aufbauend geben die Autoren ausführliche Hinweise für den maßgeschneiderten Aufbau und die sprachliche Gestaltung von die Vorstellungsfähigkeit optimierenden imaginativen Instruktionen von deren Vorbereitung bis zur Nachbesprechung.

**Teil II: Imaginative Verfahren im therapeutischen Problemlöseprozess.**

Den fünf Phasen des von Bartling et al. beschriebenen therapeutischen Problemlöseprozesses werden systematisch imaginative Bausteine zugeordnet, die ihrerseits in drei Varianten vorkommen können: Imaginationen können als Bestandteile von Problemen beachtet werden, bei der Problembearbeitung können Metapher und Symbole verwendet werden, und schließlich können Probleme im imaginativen Modus bearbeitet werden wie z.B. im Mentalen Training.

**Teil III: Störungsspezifische Anwendung imaginativer Verfahren**

in der Diagnostik und in der Veränderungsarbeit von Stresssymptomen, Depressionen, Angststörungen, Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Schlafstörungen, Schmerzzuständen und Essstörungen. Verhaltenstherapeuten dürften hierbei erkennen, dass sie vielfach bereits mit Imaginationen arbeiten, ohne dies immer explizit zu reflektieren, z.B. indem innere Bilder bei PTSD oder Angststörungen exploriert und gezielt verändert werden. Zusätzlich ergänzen die Autoren klassisch ver-



haltenstherapeutische Imaginationsverfahren wie das Verdeckte Konditionieren durch aus der Hypnotherapie, dem Focusing, dem NLP, dem KB, der Gestalttherapie und der lösungsfokussierten Kurzzeittherapie entlehnte Herangehensweisen.

Der recht anspruchsvolle, da sehr komprimierte Leitfaden bietet sowohl eine solide theoretische Fundierung der Arbeit mit imaginativen Verfahren als auch eine ausgesprochen praxisorientierte Anleitung für deren Verwendung in der Verhaltenstherapie. Die Systematisierung und Strukturierung der Arbeit mit Vorstellungsbildern ist klar und überzeugend gelungen. Nach den ersten beiden eher theorielastigen Teilen liefert insbesondere Teil III des Buches ausgesprochen motivierende und inspirierende Anregungen für den Einsatz imaginativer Verfahren im therapeutischen Alltag. Es wird betont, dass bei der Auswahl der Übungen empirische Befunde berücksichtigt wurden, jedoch viele Ideen aus der praktisch-klinischen Erfahrung resultieren und sicher noch einer Überprüfung ihrer Wirksamkeit bedürfen. Auch die Datenlage zu möglichen Kontraindikationen erscheint eher dürrig und uneinheitlich. Sehr entlastend dürfte auf Verhaltenstherapeuten der Hinweis wirken, dass der Anfänger durchaus zunächst passend vorformulierte Übungen aus der Literatur verwenden und so schrittweise Sicherheit gewinnen kann. Danach können allmählich Abwandlungen nach Bedarf und eine immer freiere Gestaltung der Anleitungen vorgenommen werden. So erscheint insgesamt in Anbetracht seines praktischen Nutzens der hohe Preis des Buches vertretbar. ■



Roland Bühs  
**Psychologen-Blues**  
 2009, Beltz  
 48 Seiten  
 ISBN 978-3-407-25507-5  
 9,95 €

#### Rezensioniert von Gabriele Kennert

Der von Roland Bühs verfasste, kleine Cartoonband „Psychologen-Blues“ wendet sich mit seinen witzigen Cartoons an Fachleute, die auch gerne mal über sich selbst lachen möchten, aber auch an ein breiteres Insiderpublikum aus der Psychotherapieszene, die über die witzigen Darstellungen, verbunden mit geistreichen Sprechblasen, sicher schmunzeln oder lachen können, sich vielleicht auch selbst ertappt fühlen.

Roland Bühs ist ausgebildeter Lithograph, dann auch Lehrer. Er befasste sich aus eigenem Interesse vorrangig mit Freud, sodass die Cartoons in dem kleinen Band sich auch hauptsächlich auf psychoanalytische Settings beziehen.

Die Bilder sind farblich bunt und durchaus passend und ansprechend gestaltet. Neben den psychoanalytischen Bezügen gibt es aber auch Cartoons zur Paartherapie sowie zur Tierpsychologie. Weiter hinten im Band kommen einige Szenen aus der Schulpsychologie vor.

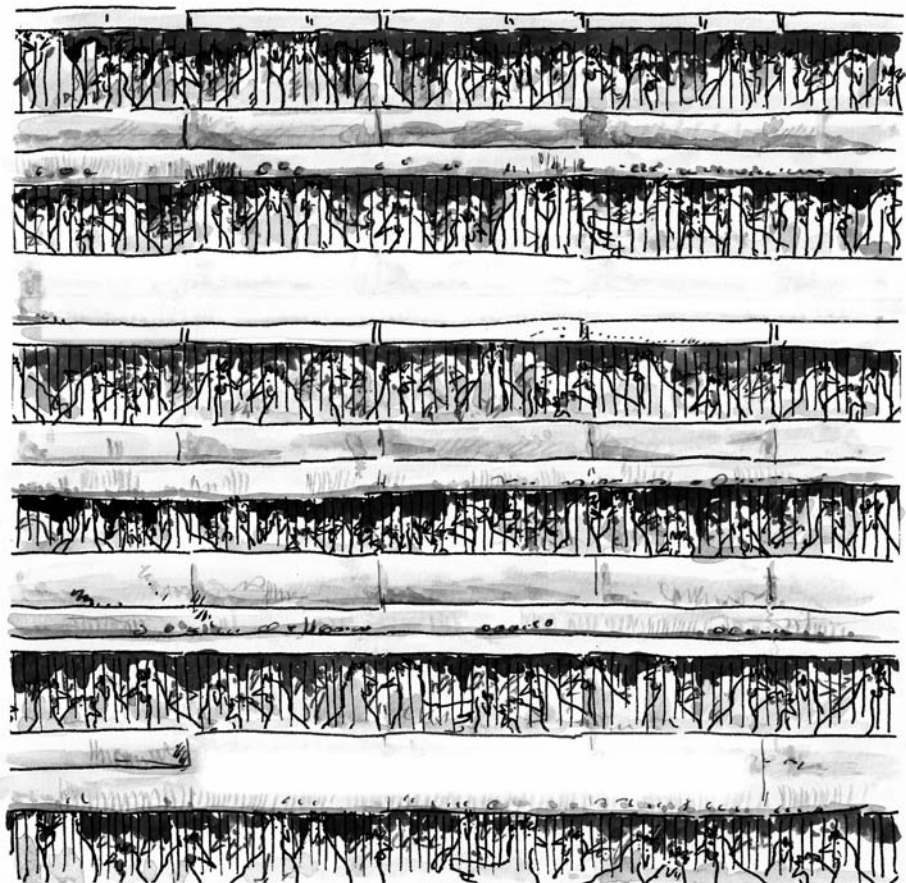
Beim Durchschauen der Cartoons fiel mir auf, dass sämtliche Therapeuten, die vom Autor gezeichnet wurden, männlich sind. Dies spiegelt nicht die reale Situation wieder, in der die meisten Therapeutinnen weiblich sind.

Da aber die meisten Darstellungen sich auf psychoanalytische Zusammenhänge berufen und diese mit witzigen Anspielungen überspitzen, wie z.B. den Ödipus Komplex oder Szenen, in denen der Therapeut fast einschläft,

kann man darin verstehen, dass in Psychoanalytikerkreisen wieder die männlichen Kollegen überwiegen.

Insgesamt betrachtet ist der bunt gestaltete kleine Sammelband mit Cartoons aus der Psychotherapieszene, vorrangig der Analyse, als unterhaltsam zu bewerten. Um die verschiedenen Anspielungen verstehen und auch witzig finden zu können, ist allerdings ein gewisses psychotherapeutisches Hintergrundwissen bzw. Hintergrunderfahrung notwendig. Auf dem Einband wird dies auch dahingehend angegeben als „ein Buch für Therapeuten, Psychologen und Berater – und alle die mit ihnen zu tun haben!“ bei der Darstellung einer Familienaufstellung in einer Hühnerfarm auf der Rückseite.

Somit ist dieser Cartoonband sicherlich z.B. als kleines Geschenk für einen psychotherapeutisch tätigen Kollegen oder Kollegin durchaus gut geeignet oder vielleicht auch einfach für sich selbst, um über die eigene Tätigkeit auch einmal ein wenig schmunzeln zu können. ■



Familienaufstellung in einer Hühnerfarm aus „Psychologen-Blues“ von Robert Bühs



### Aktuelle Rezensions- angebote

Unsere aktuellen Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de)



**Leserbrief zum Beitrag von Andrea Arendt**  
**Die vorvertragliche Anzeigepflicht in der Krankenversicherung**  
 in: Psychotherapie Aktuell 3.2009

Vielen Dank, dass Sie auf die Verpflichtung hingewiesen haben, vor dem Abschluss einer privaten Krankenversicherung alle sogenannten risikorelevanten Informationen anzugeben, da sonst kein Versicherungsschutz besteht. Für uns Psychotherapeuten ist es in diesem Zusammenhang besonders wichtig zu wissen, dass man vor allem eine kassenfinanzierte Psychotherapie nicht verschweigen darf. Sie wurde ja in der Regel nur aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung bewilligt, die man bei der sogenannten Gesundheitsprüfung angeben muss.

Das gilt übrigens nicht nur für Krankenversicherungen, sondern auch für Berufsunfähigkeits- und Lebensversicherungen (wird von den Banken zur Absicherung eines Kredites verlangt). Nach einer Psychotherapie ist innerhalb von mindestens 5 Jahren wegen der deswegen erhobenen Risikoaufschläge eine solche Versicherung für die meisten Menschen nur sehr schwer oder gar nicht finanzierbar.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Manfred Prior



**Leserbrief zum Beitrag von Susanne Bergtholdt**  
**Anstellung in der Psychotherapeutischen Praxis. Aspekte zur Regelung einer fairen Vergütung.**  
 in: Psychotherapie Aktuell 3.2009

Danke, Frau Bergtholdt, für Ihren betriebswirtschaftlich informativen Artikel.

Leider fehlt aus meiner Sicht ein Hinweis auf die existenzgefährdende Handhabung der KV (N?): In der Jobsharing-Anstellungspraxis gilt die unsägliche Regelung, dass PraxisinhaberIn und Angestellte zusammen nicht mehr als 3% über dem Fachgruppendurchschnitt pro Quartal abrechnen dürfen. Da ich jahrelang deutlich mehr als der FG-Durchschnitt gearbeitet habe, jedoch aus Altersgründen reduzieren und dem Nachwuchs eine Chance geben möchte, bedeutet das konkret, dass ich mit diesen Zielen nur noch 15 Kassenpatientenstunden pro Woche abrechnen darf. Und das mit einer Warteliste bis Juli 2010! Auf Nachfrage antwortete die KV (namentlich Herr G. aus BS): Der Sicherstellungsauftrag sei erfüllt! Die Bedarfplanung sei ein hohes Gut! - Eine zynischere Reaktion ist für mich kaum vorstellbar! Daher frage ich Sie: Wie ist diese unerträgliche Regelung entstanden? Was haben Berufsverbände und PKN dagegen unternommen? Was gedenken Besagte zur Wahrung der Kontinuität der psychotherapeutischen Versorgung dagegen zu unternehmen? Ich hätte auch einen Vorschlag: Jahrelang wurde ein (für Menschen mit normalen Spiegelneuronen und

guter work-life-balance unerreichbares) Patientenmaximum von 36 pro Woche von uns gefordert, den Praxis-kosten zugrundegelegt, etc. Das wäre doch jetzt, da Jobsharing etc. zunehmen wird, da viele Kollegen sich dem Rentenalter nähern, ein guter Ausgangspunkt: Jobsharing und Berufsausübungsgemeinschaften auf der Basis von 36 Kassenstunden. Mit den in meinem Falle dann abrechenbaren 26 Stunden könnte ich weiterhin gut leben! Übrigens: ich lebe und arbeite in Wolfsburg. Das ist ein für PP natürlich auch gesperrter Bereich; seit Jahren können sich ca. 13 ärztliche Psychotherapeuten dort niederlassen, was aufgrund des PK-Überschusses (und kaum vorhandener Privatpatienten) jedoch kaum in Anspruch genommen wird. Auch der Leserbrief zum Artikel von Halbe und Jahn (s. PT aktuell 3/09, S. 52) macht auf einen Missstand aufmerksam: halbe Praxis - und volle Fortbildungspflicht (und auch volle PKN-Beitragspflicht...) Fazit: das VÄG ist noch von einer sinnvollen Umsetzung noch weit entfernt; eine Anstellung in einer PP-Praxis ist bisher betriebswirtschaftlich gesehen quasi ökonomischer Suizid - und führt dazu, dass doch ein „freier“ Beruf unter einem „freien“ Beruf arbeitet - eine Konstellation, die wir jahrelang vehement bekämpften!

Ulrike Quiring-Seibertz

Humorvolles

**Schreiben Sie uns!**

Wir wünschen uns Humorvolles aus und für den Praxisalltag.

Der Abdruck Ihres Witzes wird mit einer kleinen Überraschung belohnt. Wir freuen uns über Ihre Zuschriften.

PsychotherapieAktuell@dptv.de

Den Cartoon finden Sie in dieser Ausgabe auf Seite 47.

Deutsche **PsychotherapeutenVereinigung**



# Psychotherapeutenkalender

# 2011

Jetzt schon zum günstigen  
Subskriptionspreis  
vorbestellen!

€ **19,90**  
(zzgl. Versandkosten)

Bestellungen richten Sie bitte an:

DPTV Bundesgeschäftsstelle · Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin

Telefon: 030 235 0090 · E-Mail: bgst@dptv.de

Beachten Sie die Hinweise auf [www.dptv.de](http://www.dptv.de)!



Deutsche **PsychotherapeutenVereinigung**



Fortbildung an attraktiven Zielen

## Sylter Praxistage

In den Bundesländern, in denen Fronleichnam ein Feiertag ist, lässt sich  
mit diesem Termin gut ein kleiner Urlaub verbinden<sup>1)</sup>

**Workshop: „Erstellen eines QM-Praxishandbuches nach G-BA“<sup>2)</sup>**  
(inklusive Praxishandbuch)  
am 04.06.2010

**Workshop: „Praxiskauf/-verkauf“<sup>2)</sup>**  
am 05.06.2010

**Teilnahmegebühren:** WS QM-Praxishandbuch nach G-BA: 128,- € für Mitglieder – 160,- € für Nicht-Mitglieder  
WS Praxiskauf/-verkauf: 50,- € für Mitglieder – 75,- € für Nicht-Mitglieder

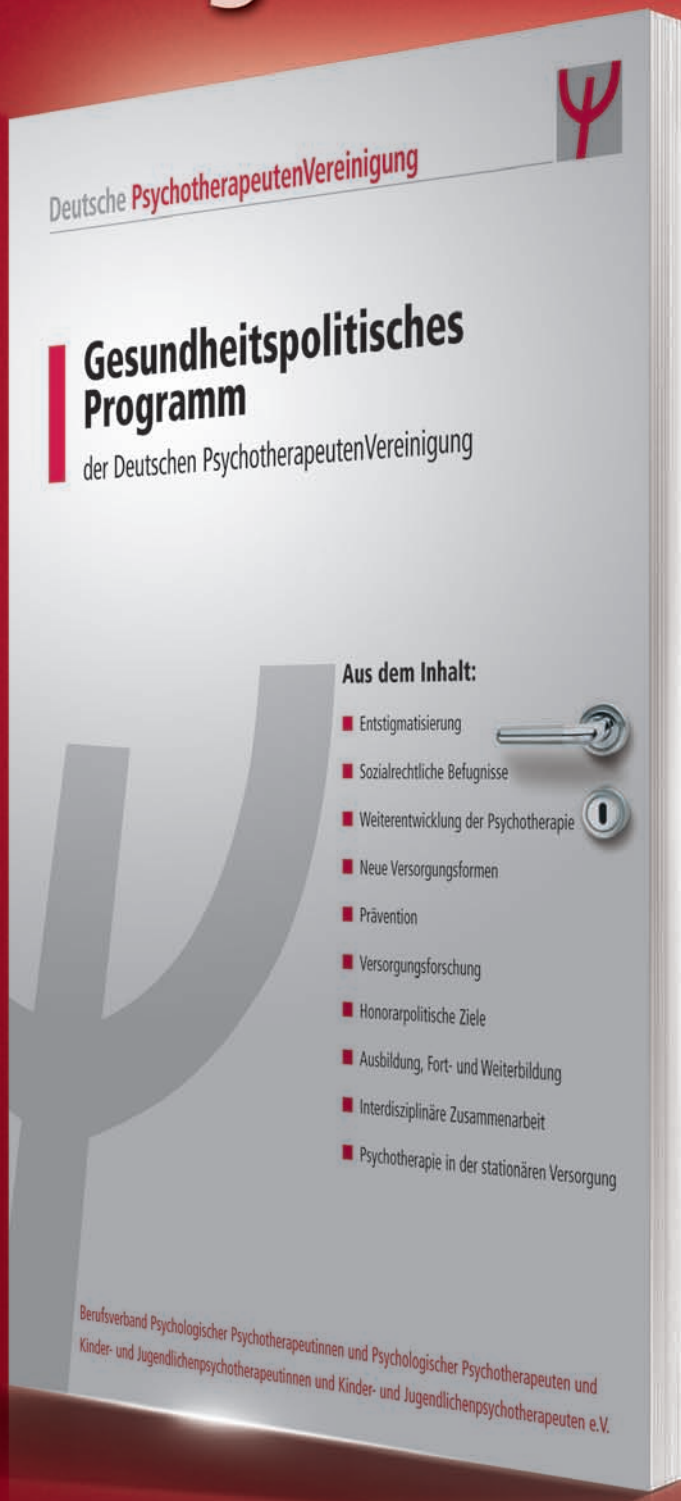
**Tagungsort:** Hotel Mira-Mar · Friedrichstraße 43 · 25980 Westerland/Sylt

**Anmeldung & Information:** Bundesgeschäftsstelle der DPTV, Am Karlsbad 15, 10785 Berlin, 030-2350090, [www.DPTV.de](http://www.DPTV.de)

<sup>1)</sup> Hinweis: Aufwendungen für Dienstreisen können auch steuerlich absetzbar sein, wenn die Kosten teilweise private Ursachen haben. Ist die Aufteilung der Kosten in dienstliche und private Anteile gut nachvollziehbar und praktikabel, können Steuerzahler das Finanzamt prozentual entsprechend beteiligen

<sup>2)</sup> Die Workshops finden immer halbtags statt

# Die Zukunft der Psychotherapie



Sozialrechtliche Grundsätze  
Reform der Aus-, Fort-  
und Weiterbildung  
Entstigmatisierung  
Versorgungsforschung  
**Honorarpolitik**  
Neue  
Versorgungsformen  
Weiterentwicklung der  
Psychotherapie

Wir wollen die Gesundheitspolitik mitgestalten und die Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen stärken und verankern.

Die Delegiertenversammlung der DPtV hat das Gesundheitspolitische Programm erarbeitet, denn Klarheit über Positionen und Ziele ist der erste Schritt zu deren Verwirklichung und Weiterentwicklung.

Holen Sie sich die Diskussionsgrundlage für eine dynamische Entwicklung im Gesundheitswesen. Reden Sie mit. Verändern Sie etwas.

Das „Gesundheitspolitische Programm der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung“ ist erhältlich über:

DPtV, Am Karlsbad 15, 10785 Berlin,  
bgst@dptv.de, Tel: 0800 101 44 79