Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

5. Jahrgang | Heft 1 | 2013

Psychotherapie Aktuell

- Versorgungsstrukturgesetz und neue Bedarfsplanungsrichtlinie
- Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Psychotherapie
- Wandel der Beziehung der Psychotherapeuten in Ausbildung zur Klinik

Was lange währt, wird endlich gut?

Wir haben lange auf die neue Bedarfsplanung gewartet und gehofft, dass hier endlich auch etwas gut, zumindest besser wird. Die neue Berechnungsformel für den Bedarf hat in der Tat der psychotherapeutischen Versorgung im gesamten Bundesgebiet 1.355 neue Praxissitze beschert. Diese werden sich in den auch schon vormals eher unterversorgten Gebieten befinden und insbesondere hier die unzumutbaren Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz etwas reduzieren. Allerdings ist die Existenzberechtigung vieler Praxissitze bei einer Weitergabe zukünftig neuen Risiken ausgesetzt. Als Berufsverband haben wir uns schon seit einiger Zeit mit Lösungsstrategien beschäftigt, wie diese gefährdeten Praxissitze für die Versorgung unserer Patienten erhalten werden können.

Und es wird auch die Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V weiterhin ihre Daseinsberechtigung behalten. Die Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattung beliefen sich in 2011 auf 33.119.947 Euro. In den ersten drei Quartalen des Jahres 2012 betrugen sie bereits 29.321.578 Euro. Das zeigt, die Kostenerstattung für Psychotherapie ist in den letzten Jahren weiter kontinuierlich angestiegen. Doch welches Honorar darf der Psychotherapeut in der Kostenerstattung für die einzelne Leistung in Rechnung stellen? Die Krankenkassen zahlen den Versicherten oft nur den Betrag nach EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), in unserer Berufsordnung wird für Privatleistungen jedoch die GOP (Gebührenordnung für Psychotherapeuten) vorgegeben. Diesen Zwiespalt zwischen rechtlicher Forderung und Praxisalltag muss jeder Psychotherapeut mit seinen Patienten im Kostenerstattungsverfahren meistern. Was dabei zu beachten ist, stellen wir Ihnen heute vor.

Auch bei den tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Fach- und Dachverbänden hat ein fachlich innovativer Wandel seit dem Psychotherapeutengesetz und teilweise schon weit vorher Einzug gehalten. Ausgewiesene Experten und Vertreter geben uns einen Einblick in den modernen fachlichen Standard der ambulanten psychodynamischen Psychotherapie. Dieser unterscheidet sich teilweise sehr von jenem, welcher von bewährten Vertretern in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgetragen wird. Über dieses Festhalten an konservativen Standards hat sich eine tiefe Spaltung zwischen Regelwerken und Praxis ergeben. So wird beispielsweise der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ihr breiter und multimodaler Einsatz abgesprochen und das fachlich nur noch eingeschränkt gültige, sehr abstinente Beziehungskonzept der klassischen Psychoanalyse übergestülpt. Die Fachgesellschaften untereinander müssen sich hier noch offensiver auseinandersetzen. Umso mehr freuen wir uns über zwei fachlich und wissenschaftlich fundierte Artikel zu diesem Thema.

Ab dieser Ausgabe erhalten unsere angestellten Kolleginnen und Kollegen ein eigenes Forum in Psychotherapie Aktuell. Sie finden hier Knowhow und Unterstützung, um Ihre Anliegen in ambulanten Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern und Kliniken besser vertreten zu können. Ganz neu ist hier auch ein Beratungstelefon. Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

Was lange währt, wird zumindest beim Wetter nun langsam gut.
In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine schöne Frühlingszeit und eine interessante Lektüre

Stellvertretende Bundesvorsitzende
der DPtV

Inhalt

Gesundheitspolitik

4 **Gebhard Hentschel**
Versorgungsstrukturgesetz und die neue Bedarfsplanungsrichtlinie

9 **Kathrin Nahmmacher, Markus Plantholz**
Praxisübergabe, Kooperation und Anstellung. Rechtliche Möglichkeiten nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Fachbeiträge

12 **Sabine Trautmann-Voigt**
Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Psychotherapie

18 **Michael Hayne**
Moderne Psychoanalyse. Fehlentwicklungen in Behandlung und Ausbildung und deren Überwindung

21 **Mohammad Tabatabai**
Hingabe und Abgrenzung. Verantwortung für sich selbst und Verbundenheit mit dem Partner

Aus der Praxis

23 **Frank Mutert**
Das „Verzichtsmodell". Die Möglichkeiten und Chancen des Versorgungsstrukturgesetzes für Praxisinhaber und -suchende. Ein Erfahrungsbericht

25 **Andreas Šoljan**
Ein neuer Weg der Übernahme einer psychotherapeutischen Praxis. Ein Erfahrungsbericht

27 **Dieter Best**
Wie rechnet man Leistungen in der Kostenerstattung nach § 13 SGB V ab?

31 **Informationsblatt**
Das Patientenrechtegesetz. Auswirkungen auf die psychotherapeutische Berufstätigkeit

34 **Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung

35 **Marina Buchmann, Michael Wörder**
Psychotherapeutische Erstversorgung in Bad Oeynhausen/Löhne

Angestellte

38 **Kerstin Sude**
Neuer Support für Angestellte gestartet!

Ausbildung

40 **Florian Hänke**
Wandel der Beziehung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) zur Klinik. Welche Fragen stellen sich nach den jüngsten Gerichtsurteilen neu?

Steuer- und Versicherungsfragen

44 **Wolfgang Steidl**
Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft und Jobsharing-Anstellung. (Sozial-)rechtliche und steuerliche Aspekte

46 **Wolfgang Elbrecht**
Die Absicherung angestellter Psychotherapeuten in der Praxis

Veranstaltungen

49 **Veranstaltungskalender Mai bis Juli 2013**

Rezensionen

50 **Gudrun Klein**
Christof Eschenröder, Claudia Wilhelm-Gößling (Hrsg.): Energetische Psychotherapie – integrativ. Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen

50 **Katrin Johanna Bude**
Detlev von Zerssen, Franz Petermann: MPT Münchner Persönlichkeitstest

51 **David Pieper**
Ibrahim Özkan, Ulrich Sachsse, Annette Streek-Fischer (Hrsg.): Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie

Leserbrief

52 **Zum Beitrag von Dietmar Schulte**
Lohnt sich Diagnostik? Diagnostik lohnt sich – auch finanziell!

Anzeigen

53 **Stellenmarkt**
Kleinanzeigen

Verbandsintern

54 **Adressen DPtV**
Impressum

Gebhard Hentschel

Versorgungsstrukturgesetz und die neue Bedarfsplanungsrichtlinie

Während die bisherige Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 mit ihrer Entstehung in den Neunzigerjahren das Ziel verfolgte, eine drohende „Ärzteschwemme" in der ambulanten Versorgung abzuwenden und Niederlassungsmöglichkeiten zu begrenzen, entstand die neue Bedarfsplanungsrichtline 2012 vor dem Hintergrund eines drohenden/bestehenden Ärztemangels, insbesondere bei den so genannten „Grundversorgern", Hausärzten, Kinderärzten und einigen Facharztgruppen, Augenärzten, aber auch Psychiatern etc., die vor dem Hintergrund bestehender Nachwuchsprobleme Arztpraxen in vorwiegend ländlichen und weniger „attraktiven" Gebieten nicht nachbesetzen können. Gleichzeitig fand eine vermehrte Zulassung spezialisierter und hochspezialisierter Facharztgruppen statt, die bisher bedarfsplanerisch nicht erfasst waren und sich somit der Steuerung durch die Bedarfsplanungsrichtline entzogen.

Der Gesetzgeber reagiert auf die demografische Entwicklung und einen steigenden ambulanten Behandlungsbedarf in einer älter werdenden Bevölkerung.

Er bekennt sich im Versorgungsstrukturgesetz (VStG, in Kraft seit 1.1.2012), verkürzt auch als „Landarztgesetz" bezeichnet, zu einer flächendeckenden ambulanten Versorgung, die für die Behandler attraktiver und familienfreundlicher gestaltet werden soll – dazu werden verschiedene Flexibilisierungen im SGB V, im Zulassungsrecht sowie der Bedarfsplanung angestoßen:

- Die Filialbildung wird erleichtert.
- Die (Rück)Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung unter Umgehung der Praxisnachfolgeregelung wird ermöglicht.
- Die Residenzpflicht entfällt.
- Die Vertretungsregelungen werden ausgeweitet im Falle der Schwangerschaft und Kindererziehung sowie der Pflege Angehöriger.
- Die Nachfolgebesetzung privilegiert diejenigen, die bereits fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren.
- In der Nachfolgebesetzung können bestimmte Versorgungsbedürfnisse berücksichtigt werden bzw. bei einer Ausschreibung benannt werden.

Durch eine Ergänzung im § 103 Abs. 3a SGB V erhalten die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, über die Nachbesetzung von Sitzen zu entscheiden. Folgende Regelung ist zeitgleich mit der Implementierung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zum 1.1.2013 in Kraft getreten:

„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll…".

„Als Erfolg dieser Bedarfsplanungsreform sind 1.355 neue Vertragspsychotherapeutensitze zu werten, die die Versorgung schwerpunktmäßig im ländlichen Raum verbessern werden."

Ein Antrag auf Nachbesetzung kann mit einer Mehrheit der Stimmen im Zulassungsausschuss abgelehnt und somit der Ankauf durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) angeordnet werden. Lehnt der Zulassungsausschuss den Antrag ab, hat die KV dem Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen. Die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann nicht verhindert werden, wenn die Praxis von einem Ehepartner, Lebenspartner, Kind oder einem in der Praxis angestellten Arzt/Psychotherapeuten übernommen werden soll bzw. die Praxis vor Abgabe gemeinschaftlich ausgeführt wurde.

Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie

Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, die Bedarfsplanungsrichtline so anzupassen, dass eine flächendeckende wohnortnahe ärztliche/psychotherapeutische Versorgung gewährleistet werden kann. Die Bedarfsplanungsrichtlinie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten und wird zum 1.7.2013 in den Regionen umzusetzen sein. Die Regelungen zum Sonderbedarf werden bis zum 30.4.2013 überarbeitet und nachgelagert korrigiert.

Berufs- und Fachverbände, allen voran die DPtV sowie Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern haben sehr schnell verstanden, dass das Problem langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz und nahezu flächendeckender Unterversorgung jetzt angegangen werden muss. Sie haben die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie mit eigenen Bordmitteln analysiert und in Wartezeitenstudien flächendeckend die Wartezeiten in psychotherapeutischen Praxen erhoben sowie ihre Forderungen an eine zukünftige Bedarfsplanung vorgetragen.

Über die Webfehler in der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten, die mit Etablierung des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 begangen wurden und bis heute in nahezu allen Planungsregionen zu einer teils erheblich ausgewiesenen Überversorgung, bei gleichzeitigen Wartezeiten von mehreren Monaten führen, haben wir wiederholt berichtet.

Folgend fassen wir die wesentlichen Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie zusammen.

Arztgruppen

Psychotherapeuten bilden auch zukünftig eine Arztgruppe bestehend aus Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind mit einer Quote von 25% Teil dieser Planungsgruppe. Ebenso befristet bis zum 31.12.2013 sieht das SGB V eine gesetzliche Mindestquote von 20% für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychotherapeuten, die mehr als 90% mit Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch arbeiten, vor. Der zeitlich unbefristeten Übernahme der gesetzlichen Mindestquoten in die Bedarfsplanungsrichtlinie und der Einrichtung einer 12,5% Mindestquote der „Psychosomatiker" als Teil der 25% Quote der ärztlichen Psychotherapeuten ab dem 1.1.2014, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Aufsicht führendes Ministerium zunächst eine Absage erteilt. Der Gesetzgeber sieht in den beschriebenen Quotierungen einen erheblichen Eingriff in die Berufsfreiheit. Die Entscheidung der Quotenverlängerung bleibt ein Privileg des Gesetzgebers und muss nun mit Nachdruck eingefordert werden.

Insofern bleibt ein Problem ungeklärt: Regionen werden für weitere Zulassungen bei einem Versorgungsgrad von 110% gesperrt, auch wenn die 25% Quote der psychotherapeutisch tätigen Ärzte nicht erfüllt werden kann. Unbesetzte Quotensitze werden für diese Fachgruppen freigehalten.
Um Versorgungsengpässe in solchen Regionen zu verhindern, schlagen wir zukünftig folgende Regelung vor:

In der Bedarfsplanung sollte zukünftig geregelt werden, dass ein ausgeschriebener Vertragsarztsitz für einen psychotherapeutisch tätigen Arzt, sollte er nach einer bestimmten Zeit nicht besetzt werden können, von einem Psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden kann. Im Nachbesetzungsverfahren eines Vertragsarztsitzes in der selben Planungsregion könnte dann wiederum ein psychotherapeutisch tätiger Arzt bis zur Erfüllung der Quote bevorzugt berücksichtigt werden.

Zukünftig werden auch solchen Arztgruppen Planungsbereiche und Verhältniszahlen (Einwohner/Arzt) zugewiesen, die bisher, da sie weniger als 1.000 Niedergelassene im Bundesgebiet aufwiesen, von jeder bedarfsplanerischen Steuerung ausgenommen waren:

Prominentes Beispiel sind die Kinder- und Jugendpsychiater, die ab dem 1.1.2013 in bundesweit 96 Planungsbereichen mit einer Verhältniszahl von 16.909 (bezogen auf die unter 18 jährige Wohnbevölkerung) geplant werden.

Einteilung der Planungsbereiche

Während in der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 die 13 Arztgruppen bundesweit in 395 Planungsbereiche gleichen Zuschnitts geplant wurden, gelten zukünftig für unterschiedliche Arztgruppen Planungsbereiche unterschiedlichen Zuschnittes. Grundsätzlich gilt, je höher der Spezialisierungsgrad, desto größer ist der Planungsbereich und somit die dem Patienten zugemutete Fahrtzeit. Die Raumtypen liefert das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Psychotherapeuten werden auf dem Niveau der „allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene" wie bisher in Kreis- und Stadtregionen geplant. Durch die durch das BBSR nachvollzogene Zusammenlegung einiger Kreise, insbesondere in den neuen Bundesländern, werden aus 395 nun 372 Planungsbereiche.

Verhältniszahlen – Einwohner/Psychotherapeut

Von großen Erwartungen begleitet war die Neufestlegung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ), Einwohner/Psychotherapeut. Während die Psychotherapeuten die schrittweise Einbeziehung echter Versorgungsdaten sowie die Korrektur der Planungsfehler aus 1999 forderten, diskutierten die beteiligten Bänke im G-BA, das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf der einen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) auf der anderen Seite sowie Vertreter der Länder und Patienten, die Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter bei der Ermittlung zukünftiger Verhältniszahlen: sozioökonomische Faktoren, Morbiditätsfaktoren, Geschlecht und Alter, demografische Entwicklung etc. Unstrittig in diesen Modellen war, dass man sich auf die bestehenden Verhältniszahlen berufen werde und allenfalls Parameter für eine Modifikation der bestehenden Kennzahlen herbeiführen werde.

Versorgungsebenen, Planungsbereiche, Anzahl der Verhältniszahlen und Arztgruppen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie

	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
	Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungsregionen	KVen
	Eine Verhältniszahl	Fünf Verhältniszahlen	Eine Verhältniszahl	Eine Verhältniszahl
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	883	**372**	**97**	**17**
Arztgruppen	▪ Hausärzte	▪ Augenärzte ▪ Chirurgen ▪ Frauenärzte ▪ HNO-Ärzte ▪ Hautärzte ▪ Nervenärzte ▪ Psychotherapeuten ▪ Orthopäden ▪ Urologen ▪ Kinderärzte	▪ Fachinternisten ▪ Anästhesisten ▪ Radiologen ▪ *Kinder- und Jugendpsychiater*	▪ *PRM-Mediziner* ▪ *Nuklearmediziner* ▪ *Strahlentherapeuten* ▪ *Neurochirurgen* ▪ *Humangenetiker* ▪ *Laborärzte* ▪ *Pathologen* ▪ *Transfusionsmediziner*

Tabelle 1

Der G-BA einigte sich auf ein Modell der Weiterentwicklung der Planungsbereiche und Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene, in dem die Pendlerbewegungen Berücksichtigung finden. *„Die räumlichen Bewegungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten können als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung und ihre alltäglichen Interaktionsmuster gesehen werden."* (BBSR 2012).

Das Konzept geht davon aus, dass Berufspendler ihren Facharzt/Psychotherapeuten vorzugsweise am Ort der Berufsausübung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig lässt es in der Planung diejenigen unberücksichtigt, die keiner sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen, Kinder, ältere, nicht erwerbstätige Menschen etc. 372 Planungsbereiche werden jetzt fünf unterschiedlichen Versorgungszonen zugeordnet.

- **Typ 1**
  Kernstadt (in der Regel >100.000 Einwohner), ausgeprägte Mitversorgerfunktion für das Umland, da hohe Pendlerquote (Quote 1,39)
- **Typ 2**
  Ergänzungsgebiet zur Kernstadt, pendelt in die Stadt – wird aber auch stark von Pendlern angefahren (Quote 0,96)
- **Typ 3**
  Engerer Pendlerverflechtungsraum, pendelt fast zur Hälfte (Quote 0,48)
- **Typ 4**
  Weiterer Pendlerverflechtungsraum, pendelt auch, aber weniger (Quote 0,77)
- **Typ 5**
  Gemeindeverbände außerhalb der Kernstadt und der Pendlerregionen, in der Regel ländlicher Raum, versorgt sich selbst (Quote 1,0)

(Die Quoten geben die Relation der Facharztdichte – ohne Psychotherapeuten – bezogen auf die Einwohner in den Versorgungstypen 1 bis 5 wieder.)

Erst nachdem im Erweiterten Bewertungsausschuss am 22.10.2012 die Vertragspartner KBV und SpiBu die Bereitstellung der Finanzmittel für 1.150 Neuzulassungen von Psychotherapeuten schwerpunktmäßig für den ländlichen Raum beschlossen, war die Ermittlung der Verhältniszahlen für die Planungsgruppe der Psychotherapeuten möglich.

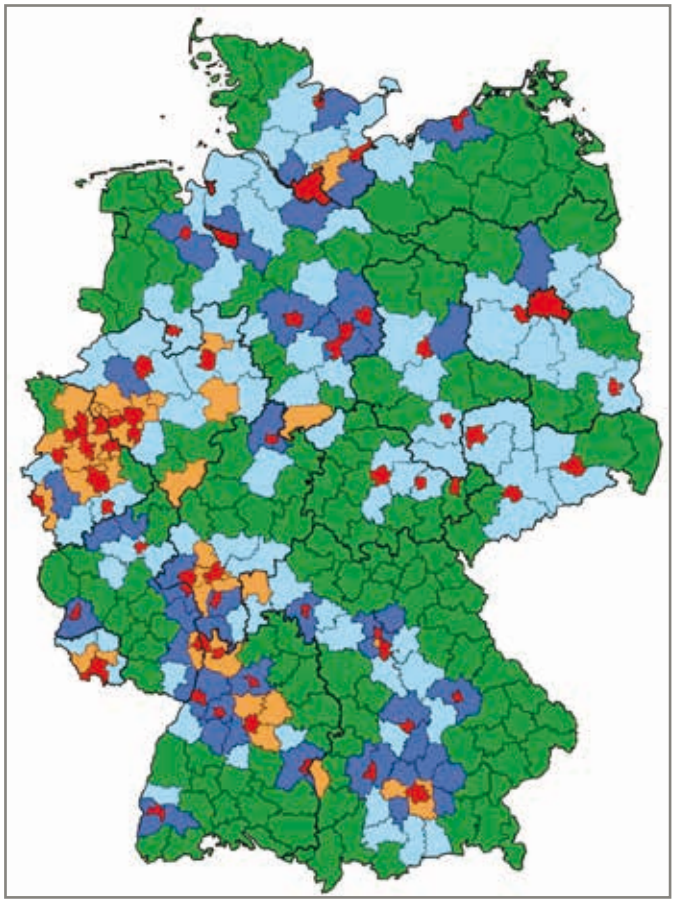


Abbildung 1. 372 Kreise: Zuordnung zu den 5 Versorgungszonen

Die Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) – Einwohner/Psychotherapeut bzw. Arzt werden jetzt unter Berücksichtigung der Verteilung der Psychotherapeuten/Ärzte im Jahre 2012 und der Verteilung der Einwohner im Jahre 2010 auf die fünf Versorgungszonen weiterentwickelt.

Für die Psychotherapeuten gelten folgende Eckwerte:
Gesamtzahl der Einwohner in der BRD zu Beginn der Planung 1997 (82.057.379) und die Verteilung dieser Einwohner entsprechend der Verteilung der Einwohner im Jahre 2010 auf den Planungsbereichstyp 1 bis 5.

Gesamtzahl der Psychotherapeuten zu Beginn der Bedarfsplanung 1999 (13.785) und die Verteilung dieser Psychotherapeuten entsprechend der Verteilung im Jahre 2012 auf den Planungsbereich 1 bis 5.

- Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 (ländlicher Raum) entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. (82.057.379 Einwohner ./. 13.785 Psychotherapeuten = 5.953)

- Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3 bei allen anderen Gruppen der allgemein fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33 %).

Die Neuberechnung der Verhältniszahlen entsprechend der beschriebenen Prinzipien führt zu 1.355 zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten. Dabei kalkuliert die Bedarfsplanungsrichtlinie zunächst weiterhin mit einer historischen Anzahl von 13.785 Psychotherapeuten (Zulassungen zum Stichtag 31.8.1999) und summiert diesen ca. 1.355 vorwiegend in ländlichen Regionen neu zu schaffende Vertragspsychotherapeutensitze hinzu. Da derzeit ca. 21.600 Psychotherapeuten in der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind, erhöht sich diese Zahl auf ca. 22.900. Damit gelten auch zukünftig über 6.300 Psychotherapeutensitze (liegen bedarfsplanerisch über 110% des Solls in den Regionen) als Ausdruck einer bestehenden Überversorgung. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit einer Praxis im Falle einer Praxisweitergabe und der Möglichkeit der Auflösung eines Praxissitzes durch den Zulassungsausschuss mit großen Risiken für Praxisabgebende, Praxisnachfolger und die Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten Versorgung behaftet.

Hätte der G-BA einen aktuelleren Stichtag zur Feststellung des Ist gleich Soll gewählt, was sachlich sinnvoll gewesen wäre, wäre es zu Auffülleffekten in den Regionen gekommen, die das Niveau so ermittelter Verhältniszahlen nicht erreichen. Hier fehlte es insbesondere an der Bereitschaft der gesetzlichen Krankenkassen, den so entstehenden Mehrbedarf zu finanzieren.

Es entstehen insbesondere in ländlichen Regionen neue Zulassungsmög-

Versorgungstypen und Verhältniszahlen Einwohner/Psychotherapeuten

Versorgungstyp		Verhältniszahl
Typ 1	Kernstadt mit ausgeprägter Mitversorgerfunktion	3.079
Typ 2	Ergänzungsgebiet zur Kernstadt	7.496
Typ 3	Engerer Pendlerverflechtungsraum	9.103
Typ 4	Weiterer Pendlerverflechtungsraum	8.587
Typ 5	Ländliche Kreise außerhalb der Kernstädte	5.953

Tabelle 2

lichkeiten, da hier die Verhältniszahl von bisher 23.106 und 16.615 bzw. 15.692 (ländliche Kreise unterschiedlicher Verdichtung) auf 5.953 Einwohner/Psychotherapeut (neu Typ 5) angehoben wird.

Zukünftig als überversorgt geltende Vertragspsychotherapeutensitze und mögliche Zulassungen	
Bundesweit	
Gesamt (Saldo)	-4.967
Über 110%	-6.322
Zulas. Mgl.	1.355

Tabelle 3

Durch die Zusammenlegung der Verhältniszahlen der Kernstädte unterschiedlicher Verdichtung (bisher AVZ 2.577 und 3.203) zu einer Verhältniszahl (neu Typ 1) von 3.079, steigt der ausgewiesene Überversorgungsgrad in einigen Städten, in anderen wird der Überversorgungsgrad rechnerisch abgesenkt.

Dramatische Veränderungen entstehen z.B. dort, wo ein bisher als Kernstadt ausgewiesener Planungsbereich (AVZ 2.577) zukünftig als von einer angrenzenden Kernstadt mitversorgtes Gebiet ausgewiesen wird (AVZ 7.496). Hier steigt die nominelle Überversorgung mitunter um ein Vielfaches.

Beispiel: Leverkusen war vor der Reform dem Planungstyp 1, Kernstadt mit einer AVZ von 2.577 Einwohner/Psychotherapeut zugewiesen und galt als zu 146% nominell überversorgt. Seit dem 1.1.2013 ist Leverkusen dem Versorgungstyp 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie zugeteilt. Hier finden sich Regionen, die als Ergänzungsgebiet zum Zentrum eine Mitversorgerfunktion für das Umland übernehmen, jedoch auch durch eine angrenzende Kernstadt des Typ 1 mitversorgt werden. Mit der neuen AVZ von 7.496 steigt die nominelle Überversorgung auf 434%, ohne dass auch nur ein weiterer Psychotherapeut zugelassen wird.

Positiv zu bewerten ist, dass die Spreizung der Verhältniszahlen von Stadt zu Land von vor der Reform 1:10 jetzt rechnerisch bereinigt noch 1:3 beträgt.

Ruhrgebiet

Für das Ruhrgebiet sieht die Bedarfsplanungsrichtlinie die Beibehaltung des Sonderstatus vor. Das bedeutet, dass in den dazugehörigen Planungsbereichen, überwiegend Kernstädte (AVZ 3.079), die bisherige und von der bundesweiten Systematik abweichende AVZ von 8.743 Einwohner/Psychotherapeut die Berechnungsgrundlage darstellt. Für Patienten in diesen Regionen ist somit eine 2,8fach geringere Versorgungsdichte für weitere fünf Jahre festgeschrieben. Vor dem Hintergrund erheblicher Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz im Ruhrgebiet eine nicht sachgerechte Entscheidung. Diese (Sonder)Regelung tritt jedoch in fünf Jahren außer Kraft. Die Bedarfsplanungsrichtlinie sieht für diesen Zeitraum vor, dass der G-BA auf Basis einer Erhebung der Versorgungssituation sowohl die räumliche Abgrenzung als auch die festgelegten Verhältniszahlen überprüft und gegebenenfalls eine neue Bedarfsplanung für diese Region festlegt.

Demografiefaktor

Mit der Wiedereinführung eines Demografiefaktors soll das Verhältnis Einwohner Arzt/Psychotherapeut zum 30.6. eines Jahres dem in der Regel steigenden Behandlungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung angepasst werden. Die allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor multipliziert. Er berechnet sich aus einem „Leistungsbedarfsfaktor" und einem „Altersfaktor". Gegenübergestellt werden das Alter der allgemeinen Wohnbevölkerung zum Stand 31.12.2010 und das Alter der behandelten Patienten einer Fachgruppe zum Stichtag 30.6. eines Jahres (unter 65 Jahre/über 65 Jahre). Berücksichtigung findet dabei der Leistungsbedarf der unter 65-Jährigen und der über 65-Jährigen einer Fachgruppe. Psychotherapeuten behandeln derzeit, prozentual auf die Wohnbevölkerung bezogen weniger über 65-Jährige. Bis zum 1.7.2018 ist der Leistungsbedarfsfaktor mit 0,135 festgelegt. Es besteht also derzeit eine 7,4fach geringere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung bei Menschen über 65 Jahren. Für die Psychotherapeuten bedeutet das, dass die ausgewiesenen (Über) Versorgungsgrade durch den Demografiefaktor weiter erhöht werden und geplante Neuzulassungen eventuell nicht in vollem Umfang realisiert werden können. In der Konsequenz wirkt sich hier die unzureichende psychotherapeutische Versorgungsituation älterer Menschen aus und wird bedarfsplanerisch fortgeschrieben: Ältere Menschen werden weniger psychotherapeutisch behandelt bei gleichzeitig steigender Psychopharmaka-Verordnung.

Weitere Änderungen

§ 47 „Psychotherapeuten und Jobsharing" der Bedarfsplanungsrichtline ermöglicht zukünftig die gemeinsame Berufsausübung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten

Verhältniszahlen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

Tabelle 4

Neue Zulassungsmöglichkeiten bis zu einem Versorgungsgrad von 110% nach KVen

	Hausärzte	Psychotherapeuten	Allgemeine Fachärzte mit Psychotherapeuten	Allgemeine Fachärzte ohne Psychotherapeuten	Spezialisierte Fachärztliche Versorgung	Gesonderte Fachärztliche Versorgung
Schleswig-Holstein	108	44	87	43	14	9
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	481	120	240	120	51	67
Bremen	10	0	0	0	0	5
Nordrhein	344	31	50	19	3	22
Westfalen-Lippe	366	33	77	44	25	94
Hessen	229	12	73	60	30	26
Rheinland-Pfalz	109	71	151	80	19	12
Baden-Württemberg	346	125	245	120	50	45
Bayern	125	303	442	139	45	15
Saarland	47	3	12	10	0	3
Berlin	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	216	120	151	31	22	43
Mecklenburg-Vorpommern	37	129	156	27	16	6
Sachsen	248	73	87	15	21	44
Sachsen-Anhalt	202	159	190	31	17	42
Thüringen	129	132	169	37	8	20
Bund	2.998	1.355	2.129	775	317	450

Tabelle 5. Ermittlung durch die KBV. Regionale Abweichungen sind möglich.

Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung KV Westfalen-Lippe und KBV, stellv. Mitglied im Unterausschuss Bedarfsplanung im G-BA, Delegierter der Kammerversammlung NRW und des Dt. Psychotherapeutentages.

in der Jobsharing Gemeinschaftspraxis. Auch die wechselseitige Anstellung von PP/KJP in gesperrten Gebieten ist zukünftig möglich. In § 61, Anstellung von Psychotherapeuten, heißt es dazu: „Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen."

Vergabe der Vertragspsychotherapeutensitze in offenen Planungsbereichen

Regionale KVen sind nun am Zuge, die neu ermittelten Verhältniszahlen vor Ort anzuwenden und den Bedarfsplan auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtline 2012 mit den Krankenkassen abzustimmen. Der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen entscheidet bis zum 30.6.2013 über den Bedarfsplan und beschließt die offenen und geschlossenen Planungsbereiche.

Die regionalen Landesausschüsse können in den zu beschließenden Bedarfsplänen jedoch auch von der Bedarfsplanungsrichtline abweichen, „soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist", (VStG) sozioökonomische Faktoren und Infrastruktur können dabei ebenso leitend sein. Die Abweichungen müssen begründet sein, heißt es im VStG. Es bleibt abzuwarten, ob die Landesausschüsse bereits in der ersten Phase der Umsetzung der neuen Richtlinie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden.

In § 26 regelt die Bedarfsplanungsrichtlinie das „Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen". In Absatz (4) heißt es dazu:

„Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:

1. *Der Beschluss des Landesausschusses …(über offene und gesperrte Planungsbereiche, Anm. d. Autors) ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.*
2. *In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 (siehe unten, Anm. des Autors) und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potenzielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.*
3. *Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:*
   - *berufliche Eignung,*
   - *Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,*
   - *Approbationsalter,*
   - *Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,*
   - *bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,*
   - *Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z. B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit)."*

Die Reihenfolge der hier genannten Kriterien stellt zunächst keine Gewichtung dar. Diese liegt im Ermessen des Zulassungsausschusses. In der Bedeutung aufgewertet sind die beiden letztgenannten Kriterien. Die räumliche Wahl des Praxissitzes innerhalb eines Planungsbereiches sowie Fachgebietsschwerpunkte und Barrierefreiheit sind bei der Entscheidung über die Vergabe eines Versorgungsauftrages zu berücksichtigen.

Soweit die jeweiligen Landesausschüsse Planungsbereiche „entsperren", erstarken die Zulassungen derjenigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten automatisch und **ohne Antrag** zur vollwertigen Zulassung, die bisher im Jobsharing (als Gemeinschaftspraxispartner oder als Angestellte) tätig waren. Es gilt das Prinzip „solange der Vorrat reicht" und die folgende Reihenfolge: Erst Jobsharing-Gemeinschaftspraxispartner und danach Angestellte nach Dauer ihrer Anstellung.

Die vorgenannte Regelung gilt **nicht** für Inhaber von Sonderbedarfszulassungen. Trotzdem erscheint auch für diese die aktuelle Situation zunächst positiv. Die Bedarfsplanungsrichtlinie regelt, dass die örtlichen und die leistungsbezogenen Beschränkungen der Sonderbedarfszulassung enden, „wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht." Bei einer Nachbesetzung des Sonderbedarfs besteht jedoch die Gefahr, dass der Sitz mit bestehenden Beschränkungen behaftet bleibt. In § 37 (3) heißt es: Eine Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. Insofern sollte die Notwendigkeit einer gesonderten Antragstellung auf eine unbeschränkte Zulassung im Falle der Umwandlung eines Sonderbedarfes in eine reguläre Zulassung regional erfragt werden. ■

„Nach der Reform ist vor der Reform: Unakzeptabel lange Wartezeiten werden auch zukünftig die ambulante psychotherapeutische Versorgung in vielen Regionen prägen."

Kathrin Nahmmacher
Markus Plantholz

Praxisübergabe, Kooperation und Anstellung

Rechtliche Möglichkeiten und Alternativen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Nachdem zum 1.1.2013 weitere wichtige Änderungen im Zulassungsrecht in Kraft getreten sind, möchten wir Sie über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die praktische Umsetzung im Hinblick auf Praxisabgabe und Praxiserwerb sowie Anstellung und Kooperation informieren.

Neue Möglichkeit der Zulassungsausschüsse eine Nachbesetzung abzulehnen

Mit Wirkung zum 1.1.2013 hat das Nachbesetzungsverfahren durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz insofern eine wesentliche Änderung erfahren, als dem Zulassungsausschuss nun Ermessen darüber zusteht, ob eine Nachbesetzung des Sitzes überhaupt erfolgen soll. Die Neuregelung findet sich in § 103 Abs. 3a SGB V.

Bisher wurde auf Antrag des abgabewilligen Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten dessen Sitz ausgeschrieben, Interessenten konnten sich hierauf bewerben und der Zulassungsausschuss hatte unter mehreren Bewerbern unter Berücksichtigung der in § 103 Abs. 4 SGB V normierten Kriterien den geeigneten Bewerber als Nachfolger auszuwählen.

Nach aktueller Rechtslage findet nun eine vorgeschaltete Prüfung durch den Zulassungsausschuss statt, d.h. der Ausschuss entscheidet auf Antrag des abgabewilligen Psychotherapeuten, ob sein Sitz nachbesetzt werden soll. Erst wenn diese Entscheidung nach entsprechender Prüfung der Versorgungslage positiv ausgefallen ist, wird der Sitz ausgeschrieben und das Nachbesetzungsverfahren nach den bisherigen Regelungen durchgeführt. Dies gilt für ganze und halbe Sitze (Versorgungsaufträge) gleichermaßen. Zu berücksichtigen ist, dass die „vorgelagerte" Entscheidung über das „Ob" der Nachbesetzung eine Verlängerung des gesamten Abgabeverfahrens um circa drei Monate bedingt.

Kommt der Zulassungsausschuss im Rahmen seiner Ermessensprüfung zu dem Ergebnis, dass eine Aufrechterhaltung der Zulassung aus Sicherstellungsgründen nicht notwendig ist, so „verfällt" die Zulassung, und der Versorgungsgrad im Rahmen der Bedarfsplanung verringert sich entsprechend. In diesem Fall hat die Kassenärztliche Vereinigung eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts an den abgabewilligen Vertragspsychotherapeuten zu zahlen. Insoweit bleibt offen, wer die Höhe dieses Verkehrswertes festlegt und welche Rechtsbehelfe dagegen möglich sind. Ferner ist fraglich, ob bei der Bemessung der Höhe der Entschädigungszahlung berücksichtigt wird, dass unter Umständen Dauerschuldverhältnisse wie Miet- und Arbeitsverträge durch den Praxisabgeber abzuwickeln sind, denn diese gehen ja nun nicht auf einen Nachfolger über. Nach dem Wortlaut des Gesetzes und der Gesetzesbegründung ist wohl rein nach dem Verkehrswert (Ermittlung durch sogenannte Modifizierte Ertragswertmethode) zu entschädigen, so dass die verbleibenden Verbindlichkeiten aus Dauerschuldverhältnissen bei der Bemessung außer Betracht bleiben.

Der Zulassungsausschuss hat laut Gesetzesbegründung im Rahmen seiner Ermessensentscheidung zwar auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Hat er z.B. darüber zu entscheiden, ob ein Sitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft nachbesetzt werden soll, sind auch die Auswirkungen seiner Entscheidung auf die verbleibenden Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen. Soll die Abgabe aber nicht aus einer Gemeinschaftspraxis heraus erfolgen, sondern die Veräußerung einer Einzelpraxis, werden die wirtschaftlichen Interessen des Abgebers im oben genannten Sinne wohl keine Berücksichtigung finden, da dieser Fall in der Gesetzesbegründung zu § 103 Abs. 3a nicht genannt wird. Der Abgeber einer Einzelpraxis muss also in den Fällen der versagten Nachbesetzung aller Voraussicht nach mit finanziellen Einbußen rechnen, die er nicht hätte, wenn ein Nachbesetzungsverfahren regulär stattfinden würde.

Ein weiteres Problem liegt darin, dass gegen eine ablehnende Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses kein Widerspruch zum Berufungsausschuss vorgesehen ist, sondern allein die Möglichkeit einer Klage zum Sozialgericht besteht, was erfahrungsgemäß mit nicht unerheblichen Kosten und großem Zeitaufwand verbunden ist.

Die Neuregelung zum Nachbesetzungsverfahren, deren Zweck laut Gesetzesbegründung darin besteht, Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen und langfristig eine ausgewogene räumliche Verteilung von Vertragsärzten/-psychotherapeuten zu erreichen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, ist also in vielfacher Hinsicht äußerst problematisch und mit einigen Unwägbarkeiten verbunden. Rechtsstreitigkeiten sind vorprogrammiert.

Ausnahmen, Alternativen und Gestaltungmöglichkeiten, die die Entscheidungsgewalt des Zulassungsausschusses einschränken

Nun sieht das Gesetz in § 103 Abs. 3a SGB V aber auch vor, dass der Zulassungsausschuss in folgenden Fällen eine Nachbesetzung im Vorfeld nicht ablehnen darf: Wenn der potentielle Nachfolger ein Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des Praxisabgebers ist oder wenn er bei dem Praxisabgeber zuvor angestellt war oder mit diesem eine Berufsausübungsgemeinschaft betrieben hat, steht dem Zulassungsausschuss kein Ermessen hinsichtlich der Durchführung des Nachbesetzungsverfahren zu.

Haben also der Praxisabgeber oder seine zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben dargelegt, dass sich als Nachfolger eine oder mehrere Personen bewerben werden, die dem in § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 5 und 6 SGB V bezeichneten Personenkreis angehören, darf der Ausschuss die Nachbesetzung nicht ablehnen. Durch diese Regelung wird dem familiären Interesse des Inhabers an der Weitergabe der Praxis an seine Angehörigen Rechnung getragen. Ferner wird verhindert, dass Psychotherapeuten, mit denen der ausscheidende Partner zuvor gemeinsam tätig war, durch eine ablehnende Entscheidung des Zulassungsausschusses gezwungen werden, gegebenenfalls ihre vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in der Praxis aufzugeben (z.B. weil die Praxis im Hinblick auf Räumlichkeiten, Ausstattung, Personal etc. auf mehrere Behandler angelegt ist und ein Leistungserbringer allein die finanziellen Lasten nicht tragen kann).

Der Sitz ist in diesen Fällen zwingend zur Nachbesetzung auszuschreiben. Sofern sich hierauf mehrere Interessenten bewerben (was der Regelfall sein dürfte) und der Zulassungsausschuss im Rahmen seiner Auswahlentscheidung zu dem Ergebnis kommt, dass ein anderer Bewerber als der zu dem vorgenannten „schützenswerten" Personenkreis gehörende „Wunschnachfolger", als geeigneter Nachfolger auszuwählen ist, so kann der Ausschuss gemäß § 103 Abs. 4 S. 9 SGB V nun im Nachhinein die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen ablehnen. Die Gefahr, dass die Nachbesetzung per se scheitert, ist also nicht dadurch beseitigt, dass der Wunschnachfolger zu dem oben genannten Personenkreis gehört. Dies wäre nach der gesetzlichen Neuregelung nur dann der Fall, wenn dieser auch tatsächlich als der geeignete Nachfolger vom Zulassungsausschuss ausgewählt wird oder aber der einzige Bewerber auf den Sitz ist und es daher zu keinem Auswahlverfahren vor dem Ausschuss kommt.

Die Nachbesetzung kann aus Versorgungsgründen auch dann abgelehnt werden, wenn der Sitz aus einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft BAG heraus ausgeschrieben wird. Dies gilt nur dann nicht, wenn es sich bei dem Wunschnachfolger um ein Mitglied dieser Berufsausübungsgemeinschaft handelt (Jobsharing oder mit eigener (Teil-)Zulassung). Ferner sind im Rahmen der Ermessensentscheidung über die Ablehnung der Nachbesetzung die oben bereits angeführten wirtschaftlichen Interessen zu berücksichtigen, was in vielen Fällen dazu führen dürfte, dass das Nachbesetzungsverfahren durchgeführt wird, da der „Untergang" einer Zulassung im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft für den/die übrigen Gesellschafter finanziell nicht zumutbar ist.

Weiterhin Gültigkeit hat die wichtige Regelung in § 103 Abs. 6 SGB V, wonach im Rahmen des Auswahlverfahrens die Interessen des oder der in der Praxis verbleibenden Partner/s bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen sind. In der Praxis führt diese Vorschrift generell dazu, dass vom Zulassungsausschuss kein anderer als der vom Praxisabgeber und dem bzw. den übrigen BAG-Praxispartner/n benannte Wunschnachfolger ausgewählt wird. Denn: Die Auswahl eines Bewerbers, der unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien besser geeignet ist als der Wunschnachfolger, würde zu dem unbefriedigenden und in Einzelfällen sicher unzumutbaren Ergebnis führen, dass die verbleibenden BAG-Praxispartner mit einem Kollegen zusammenarbeiten müssten, den sie als Mitgesellschafter gar nicht wünschen. Da die Regelung in § 103 Abs. 6 SGB V für die örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft gleichermaßen gilt, wird in der Praxis sehr häufig der Weg einer (zumindest überörtlichen) Gemeinschaftspraxis beschritten, um sicherzustellen, dass der vom Abgeber favorisierte Wunschnachfolger die Zulassung auch tatsächlich erhält.

„Neuregelungen bei der Praxisnachfolge erfordern langfristige Planung."

Welche Möglichkeiten bestehen nun, die oben genannten Risiken – 1. Ablehnung der Nachbesetzung und 2. Auswahl eines anderen Bewerbers als des Wunschkandidaten – auszuschalten?

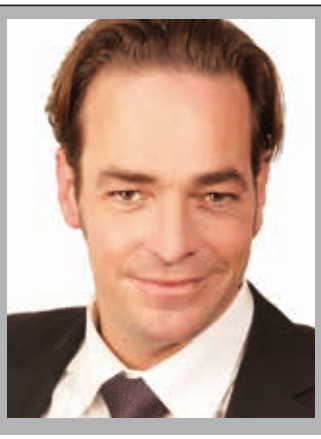
Ein sicherer Weg, die Zulassung (voller oder hälftiger Versorgungsauftrag) an einen Wunschnachfolger zu übertragen, ist die vorübergehende Anstellung des potentiellen Nachfolgers im Rahmen einer (überörtlichen) BAG-Praxis. Die Anstellung wäre als Jobsharing mit der Verpflichtung zur Leistungsmengenbegrenzung auszugestalten, da der Wunschnachfolger ja noch keinen eigenen Versorgungsauftrag hat. Der Zulassungsausschuss hätte dann keine Möglichkeit, die Nachbesetzung abzulehnen und müsste den Wunschkandidaten wegen der „Schutzvorschrift" in § 103 Abs. 6 SGB V als Nachfolger für die Zulassung auswählen.

Zu dem gleichen Ergebnis käme man bei einer Jobsharing-BAG-Praxis mit dem Wunschnachfolger im Rahmen einer schon bestehenden örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Auch hier kann der Ausschuss die Nachbesetzung nicht ablehnen, da der Bewerber zum geschützten Personenkreis gehört. Ein anderer Bewerber darf nicht ausgewählt werden, da zwingend die Interessen der anderen Partner der Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen sind.

Ein weitere Möglichkeit ist in einem Verzicht zum Zweck der Anstellung (§ 103 Abs. 4c SGB V) zu sehen, denn auch hier hat der Ausschuss keine Möglichkeit, die Nachbesetzung zu „blockieren" und ist verpflichtet, und zwar ohne Auswahlverfahren, die

Dr. Markus Plantholz

Justitiar der DPtV. Seit 1996 Rechtsanwalt in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater. Fachanwalt für Medizinrecht und ausschließlich mit dem Recht der Leistungserbringer im Gesundheitswesen befasst. Er ist Mitherausgeber und Autor vieler Publikationen im Gesundheitsrecht.



Dr. Kathrin Nahmmacher

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und Partnerin in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater. Sie ist ausschließlich in diesem Spezialgebiet tätig, berät und vertritt Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten und ist Autorin medizinrechtlicher Publikationen.

Anstellung des abgabewilligen Psychotherapeuten bei einem anderen Praxisinhaber zu genehmigen. Dieser andere Praxisinhaber hätte dann also zwei Sitze (Versorgungsaufträge) und stellt auf dem einen Sitz den Praxisabgeber an. Diese Angestelltenstelle kann nun wiederum beliebig nachbesetzt werden, und zwar ebenfalls ohne Auswahlverfahren durch den Zulassungsausschuss. Es genügt ein Antrag des Praxisinhabers, die neue Anstellung zu genehmigen.

Einen erheblichen Vorteil bietet in diesem Zusammenhang die Neuregelung des § 95 Abs. 9b SGB V, die bereits zum 1.1.2012 in Kraft getreten ist: Danach ist es möglich, Angestelltensitze in eine Zulassung (rück-)umzuwandeln. Zuvor war es nicht möglich, die durch Angestellte ausgeübte Zulassung aus dem Angestelltenverhältnis herauszulösen. Nun kann der Praxisinhaber aber einen zukünftigen Partner zunächst auf einem weiteren Sitz anstellen und diesen Angestellten später zum Partner machen. Oder, um auf das vorgenannte Fallbeispiel zurückzukommen: Der Wunschnachfolger wird eine Zeit lang bei dem Praxisinhaber angestellt, und zwar auf dem Sitz, den der Praxisabgeber zum Zweck der Anstellung an den Praxisinhaber übertragen hatte. Nach einer „gewissen Bewährungsphase", so die Gesetzesbegründung (ein Quartal ist nach der bisherigen Spruchpraxis vieler Zulassungsausschüsse ausreichend), ist nun die Umwandlung dieses Angestelltensitzes in eine eigenständige Zulassung möglich. Die Umwandlung erfolgt auf Antrag des Praxisinhabers an den Zulassungsausschuss. Sofern keine weiteren Erklärungen durch den Praxisinhaber erfolgen, erhält automatisch der bisherige Angestellte („Wunschnachfolger") die Zulassung.

Alternativ hat der Praxisinhaber auch die Möglichkeit, das Nachbesetzungsverfahren zu beantragen und den Sitz an einen anderen Interessenten zu veräußern, aber diesen Weg wird er in dem genannten Fallbeispiel gerade nicht gehen wollen. Der Wunschnachfolger erhält hier also – ohne das Risiko der versagten Nachbesetzung und der Auswahl eines anderen geeigneteren Bewerbers – eine eigenständige Zulassung.

Fazit: Die Neuregelungen im Zulassungsrecht bergen viele Nachteile und Unwägbarkeiten, bringen aber auch einige Vorteile, die man sich als Praxisabgeber und Praxiserwerber durch wohlüberlegte Planung und vertragliche Gestaltung zu Nutze machen kann. ■

Einladung zur Online-Studie „DEPREXIS"

Die Studie von DPtV/GAIA soll klären, in welchem Ausmaß Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression von dem Programm DEPREXIS profitieren.

Betreten Sie mit uns Neuland und nehmen Sie an der Studie teil! Unter wissenschaftlicher Begleitung von Prof. Dr. Thomas Berger und Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker.

Infoblatt dazu im Mitgliederbereich.

Anmeldung mit Namen, DPtV-Mitgliedsnummer und E-Mail-Adresse
per Fax an 030 23 50 09 44,
per E-Mail an bgst@dptv.de
oder am einfachsten mit Ihrer direkten Online-Anmeldung unter:
https://www.research.net/s/dptv_online_studie

Sabine Trautmann-Voigt

Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Psychotherapie

Die Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) ist der einzige Fachverband für das Richtlinienverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In den 18 staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten der DFT befinden sich derzeit über 2.500 angehende Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung. Dies entspricht ca. 25% aller Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und ca. 90% der rein tiefenpsychologisch fundierten Ausbildungsteilnehmer bundesweit.

1. Fragestellung

a. Ist in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-R) eine Anpassung aus fachlicher Sicht notwendig, die mehr Flexibilität in der simultanen Durchführung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie erlaubt?

b. Ist in der Tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie eine Gruppengröße bereits ab 2 Teilnehmern fachlich gerechtfertigt?

Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Schattauer Verlages, Stuttgart.
Trautmann-Voigt S. Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Psychotherapie. PDP 2012; 11: 193–206.

2. Einführung in die Problemlage

Die Psychotherapie-Richtlinien sehen Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Gruppe bisher vor, „sofern die Interaktion zwischen mehreren Kranken therapeutisch erforderlich ist und die gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden" (Psychotherapie-Richtlinien 2009, geändert 2011, § 18 Abs. 2). In den Richtlinien ist auch die Gruppengröße von 6 bis 9 Teilnehmern geregelt (PT-R § 18 Abs. 5). Anders als in der Verhaltenstherapie ist eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie in der TP ausgeschlossen, allerdings kann solch eine Kombination dennoch als „niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung" (§ 14a Abs. 3 Nr. 4) auf der Basis eines besonders begründeten Erstantrags" durchgeführt werden (§ 19). Der Leistungsumfang liegt normalerweise bei 40 bis 60 Doppelstunden, in besonderen Fällen bei 80 Doppelstunden. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Gruppe gibt es keine besonderen Ausführungen in den Richtlinien.

Klinische Erfahrungen mit Tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie im stationären und im ambulanten Setting (außerhalb der Richtlinienpsychotherapie, z. B. in der Integrierten Versorgung) verweisen auf die Möglichkeit und, wie auszuführen sein wird, auf die Notwendigkeit einer Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in gleicher Weise, wie dies für die Verhaltenstherapie in der Gruppe bereits ermöglicht wird (z. B. Janssen 1987, Trautmann-Voigt/Voigt 2010, Trautmann-Voigt et. al. 2013 i. p.).

Im Folgenden soll aus fachlicher Sicht der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie begründet werden, weshalb die Gruppengröße analog der Verhaltenstherapie bei 2 bis 9 Personen liegen sollte, je nach Indikation. Für diese Begründung sind drei Schritte erforderlich:

1. Zur Abgrenzung von den Anforderungen der analytischen Gruppenpsychotherapie wird die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als eigenständiges Verfahren kurz skizziert (3.).

2. Die Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie wird in ihrer Konzeptionalisierung unter Darstellung ihrer Möglichkeiten dargestellt, gezielt Einzel- und Gruppenpsychotherapie miteinander zu kombinieren (4.).

3. Als Schlussfolgerung wird die Notwendigkeit abgeleitet,
   a. kleinere Gruppengrößen zuzulassen,
   b. eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie zu ermöglichen (5.).

3. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein eigenständiges Verfahren

Die Psychodynamische/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist *bezüglich ihrer Metatheorie* (insbesondere durch Hervorhebung der Beziehungsdimension, die eingebettet ist in ein komplexes ganzheitliches Menschenbild und der Akzeptanz eines dynamisch wirkenden Unbewussten) *in der Psychoanalyse verwurzelt*, ebenso wie die Analytische Psychotherapie, unterscheidet sich allerdings in bestimmten Aspekten ihrer speziellen Therapietheorie, in der Methodik und im Setting mit einem erweiterten, teilweise anderen Interventionsspektrum (Wöller/Kruse 2010).

Die Psychodynamische/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein *eigenständiges Verfahren*, was durch eine seit mehr als 40 Jahren bestehende Ausbildung von ÄrztInnen zu Tiefenpsychologischen Psychothera-

peutInnen und einer mehr als 12 Jahre bestehenden Ausbildung von PsychologInnen und PädagogInnen zu Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nach PsychThG sowie durch eine Vielzahl von Lehrbüchern dokumentiert ist.[1]

Auf der Basis *aktueller Forschungsergebnisse* zur Psychodynamischen/Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und *tiefenpsychologischer Lehrbücher* (v.a. Reimer/Rüger 2000, Wöller/Kruse 2010, Kernberg 1999, Rudolf 2006, Sandell 1999, Jaeggi et. al. 2003) ist, was Abwägungen hinsichtlich ihrer *Nützlichkeit und Ökonomie* betrifft, hervorzuheben, dass die Psychodynamische/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie das Kontinuum von der ein bis sechs Stunden umfassenden Krisenintervention, über die focussierte Kurzzeittherapie (25 Stunden) bis hin zu nieder- oder höherfrequenter Langzeittherapie (50 Stunden plus X) abdecken kann. Hier ist besonders auf bereits erprobte operationalisierte Diagnostik- und Interventionsmanuale hinzuweisen, die im Rahmen der OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) für PP und OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ 2003) für KJP entwickelt und evaluiert wurden sowie im Rahmen der DFT auf zwei groß angelegte multizentrische, prospektive kontrollierte klinische Feldstudien im Rahmen der ambulanten Versorgung, die bereits zurzeit über 3.000 Patienten aller Altersstufen und Krankheitsbilder einschließen (Geiser et. al. 2009, Krischer et. al. i. V., Trautmann-Voigt/Voigt et. al. 2013 i. V.).

Im Einzelnen:

3.1
Die **Eigenständigkeit** des Psychodynamischen/Tiefenpsychologisch fundierten Verfahrens erweist sich in einer grundsätzlichen Modifizierung der psychoanalytischen Therapietheorie hinsichtlich *spezieller Theorie, Diagnostik, Haltung und Interventionen* auf der Basis eines modernen Verständnisses struktureller Störungen und/oder traumabedingter Einbrüche und/oder neurotischer Störungen, die in einem unbewussten Konflikt wurzeln.

3.2
Durch eine **operationalisierte Diagnostik (OPD II und OPD-KJ)** werden grundsätzlich die Ich-strukturellen Fähigkeiten auf einem bestimmten Niveau der Persönlichkeitsintegration ermittelt. Das Strukturniveau wird anhand der Fähigkeit des Individuums erfasst, Beziehungen und Emotionen zu regulieren. Konflikt, Struktur und Beziehungsdynamik werden systematisch aufeinander bezogen.

3.3
Zur **Ätiologie**: Das ätiopathologische Verständnis der Psychodynamischen/Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie beruht auf den Grundlagen der empirischen Entwicklungspsychologie und der neueren Säuglingsforschung, die von der Annahme eines aktiven und selbstwirksamen Säuglings ausgehen, was grundsätzliche Annahmen (z. B. Triebtheorie und ursprüngliches Strukturmodell der Psyche) veränderte. Zudem zeigen die Ergebnisse der Neurobiologie, dass procedurale, semantische und kognitive Strukturen zusammenwirken, was eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Körper-Unbewussten und der Handlungsdimension (Spezialisierung generalisierter Interaktionssequenzen statt Speicherung bestimmter Bedeutungen von Selbst- und Objektrepräsentanzen) beeinflusste.

3.4
Die **Diagnostik und Indikationsstellung** erfolgt demzufolge im Sinne der OPD mehrdimensional, hinsichtlich Selbst- und Fremdwahrnehmungsfähigkeit, Emotionsregulation, Beziehungsregulation, Konfliktlösungsstrategien, struktureller Integration, Krankheitsverständnis, Motivation und schließlich nach ICD-10.

3.5
Die **therapeutische Fokusbestimmung** erfolgt hinsichtlich eines „Brennpunkts" des Störungsbildes. Das Hauptproblem des Patienten wird mit einer zentralen Hypothese verknüpft. Daraufhin ist eine Indikationsstellung hinsichtlich Länge der Therapie und Methodik möglich (Einschränkung der Regressionsnotwendigkeit, fokussierter Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, Deutung u. a.).

3.6
Die **übergeordneten und die speziellen Therapieziele** definieren sich durch die Verantwortungsübernahmemöglichkeiten des Patienten und den Gebrauch seiner strukturellen Fähigkeiten. Hieraus entsteht die Wahl der therapeutischen Haltung (aktive, handlungsorientierte Haltung, Ressourcen fördernde oder/und stabilisierende Haltung, ggf. grundsätzlicher Verzicht auf Deutungen und Konfrontationen mit dem Unbewussten, statt dessen Klarifizierungen und Entwicklung von Problemlösungsstrategien).

3.7
Die **Interventionsentwicklung** erfolgt daher im Sinne eines interaktiven, therapeutischen Handlungsdialogs, der Kognitionen, Emotionen und die Ebene der Verhaltensregulation respektive der Handlungsplanung gleichermaßen umfasst. Dabei können stützende, stabilisierende, stimulierende und erlebnisaktivierende Techniken gleichermaßen Anwendung finden: wie klarifizierende Verbalisierung von Emotionen, Deutungen, fokussierende Erklärungen und Psychoedukation, Konfrontationen und Motivationsförderungen.

3.8
Zur **Outcome-Evaluierung**: Eine initiale Fokus- und Zielformulierung – mittels Kurzfragebogen für Patient und Therapeut – erlaubt eine Einschätzung der Zielerreichung pro Stunde oder abschließend nach einer Therapiephase für eine längerfristige Einschätzung von Symptomreduktionen und/oder Persönlichkeitsveränderungen auf der strukturellen Ebene von Seiten der PatientInnen.

3.9
Zur **verfahrensspezifischen Kohärenz**: Das Verständnis der Dysfunktionen und ihrer Ätiologie, des therapeutischen Vorgehens und der therapeutischen Zielsetzung liegt konzeptuell auf der Linie eines psychodynamischen Verständnisses der Selbst- und Beziehungsregulation und ist ätiologisch bezogen auf neurobiologisch fundierte Konzepte der frühen Persönlichkeitsentwicklung und Emotionsregulierung, was affekt-motorische Kodierungen und verbalisierbare Kodierungen gleichermaßen einschließt. An dieser Stelle unterscheidet sich die psychodynamische Theorieentwicklung allerdings von der analytischen Theoriebildung hinsichtlich einer gezielten und aktivierenden Einwirkung auf das procedurale Erleben und das implizite Gedächtnis, auch durch eine gezielte Deutung von Außenübertragungen, durch Identifikationsangebote und Modelllernen und durch experimentelle Integrationsangebote im therapeutischen Spielraum (Winnicott 1984).

3.10
Das **Setting**: Das tiefenpsychologische Setting sieht auf der Basis evidenzbasierter Forschungsergebnisse aus Neurobiologie und neuerer Säuglingsforschung ausdrücklich – neben der Standardmethodik der Beziehungsregulation in einem assoziativen Entfaltungsraum einer interaktiven Übertragungs-/Gegenübertragungsszenerie – einen strukturierenden Interventionsrahmen vor, der je nach Diagnostik und Indikation auf den zentralen Beziehungskonflikt bzw. auf das zentrale Trauma bzw. auf das zentrale Strukturdefizit fokussiert ist und dabei die kumulativen Hintergrunderfahrungen eines interaktiven ‚Selbst' einbezieht. Jeweils unter gleichwertiger Berücksichtigung kognitiver, affektiver und proceduraler Kodierungen, auf die stabilisierend, stimulierend oder konfrontierend im Dienste einer heilenden Integrationsleistung eingewirkt wird.

4. Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie – Konzeption und Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie

Mit Bezug auf die Interaktionelle Psychotherapie (IP), die von Heigl-Evers für die stationäre klinische Arbeit entwickelt wurde, (Heigl-Evers/Ott, 1994, Heigl-Evers/Ott/Rüger 1997) und auf grundlegende Ausführungen bei Matt-

1 Vgl. Richter 2002, Leichsenring und Rabung 2008, Leichsenring 2001, 2002, 2005, 2008, Abbass et.al. 2006, Bond 2006, Crits-Christooph 1992, Grande et.al. 2006, Knekt et.al. 2008, Leuzinger-Bohleber et.al. 2001, Maina, et.al. 2005, Salminen et.al. 2008, Svartberg et.al. 2004, Lewis et.al. 2008, Brockmann et. al. 2006, Huber et. al. 2005, Grande et.al. 2006, Jakobsen et. al. 2007

ke/Wöller (in Wöller/Kruse 2010) sowie von Hayne (2012) wird die Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie für das ambulante Setting dargestellt.

4.1 Zur Historie

Vor allem in den psychosomatischen Kliniken gab es seit den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts vermehrt PatientInnen, die durch Deutungen im Einzelsetting, wie es in der klassischen psychoanalytischen Psychotherapie üblich ist, nicht erreicht werden konnten. Es handelte sich vor allem um die PatientInnen, die später als PatientInnen mit „strukturellen Störungen" bezeichnet wurden (Rudolf 1993, 2006). Eine gezielte Kombination von Einzel- mit Gruppenpsychotherapie im Rahmen einer modifizierten psychodynamischen Behandlung hat hier ihre Wurzeln. Ursprünglich (Heigl-Evers, Evers 1973) wurden für stationäre Settings folgende drei Vorgehensweisen unterschieden:

a. die (ursprünglich analytische) Arbeit mit dem Unbewussten
b. die tiefenpsychologisch fundierte, fokusorientierte Arbeit mit dem Vorbewussten
c. und die entwicklungsfördernde Auseinandersetzung mit Normen und Regeln auf der bewussten Ebene.

Das Prinzip der ‚Minimalstrukturierung' in der ursprünglichen analytischen Gruppenkonstellation (vgl. a.) führte, so die Idee, zu einem ‚inneren Notstand' der TeilnehmerInnen (die PatientInnen waren weder über eine Aufgabe, noch über ein Thema oder über strukturierende Regeln zunächst miteinander verbunden). Dadurch würden quasi autonome Gruppenleistungen stimuliert, welche sich auf allen drei Ebenen zeigen würden. Dieses klassisch analytische Prinzip wurde angesichts der Überforderung der meisten PatientInnen zunehmend aufgegeben. In der modernen Tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie können zwar ebenfalls alle drei Ebenen (Arbeit am Unbewussten, am Vorbewussten, an Regeln und Normen bzw. an der Entwicklungsförderung) je nach Thema und je nach individueller Integrationsfähigkeit zum Tragen kommen. Es handelt sich bei der Tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie insofern um ein Schicht-Modell mit der Möglichkeit, je nach Indikationsbereich und Strukturniveau der PatientInnen, eher klassisch-deutend, eher tiefenpsychologisch-fokusorientiert oder eher antwortend-interaktionell bzw. im Sinne des Modelllernens strukturierend und Lösungswege eröffnend vorzugehen.

Die Gruppe gilt dabei aber primär als soziales Gebilde, das als therapeutisches Medium für eine Mehrzahl von PatientInnen wirksam werden kann. Dieses Schichtmodell kann in der Gruppe ab zwei Personen sinnvoll wirksam werden, z. B. im Rahmen von Geschwisterübertragungen bzw. im gegenseitigen Erfahrungsaustausch über Außenübertragungen im aktuellen Lebenskontext. Die aktuelle Auffassung der Tiefenpsychologie anerkennt die Tatsache, dass sich psychische Leistungen auf einem bestimmten Niveau manifestieren, je nach psychischem Reifegrad der TeilnehmerInnen.

In der Tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie in einer sinnvollen Kombination mit Einzelpsychotherapie (meist in einer Frequenz von einmal pro Woche) werden seitdem diese soeben dargelegten theoretischen Grundlagen mit den folgenden, teils älteren theoretischen Grundlagen verknüpft (mit Bezug auf folgende Autoren):

- S. Ferenczi (1921) – mit konkreten, Halt gewährenden Beziehungsangeboten;
- M. Balint (1987) – mit tragenden Beziehungskonstellationen in emotionaler und kognitiver Hinsicht, die sich ergänzen;
- D. Winnicott (1943) – mit Interventionen zur gezielten Entwicklungsförderung im offenen und gleichzeitig geschützten therapeutischen Spielraum.

Aber auch folgende Aspekte kommen zum Tragen:

- Sozialpsychologie – Soziometrie, Gruppendynamik;
- Entwicklungstheorie – moderne empirische Säuglings- und Bindungsforschung (u. a. Stern (1992), Dornes (2003), Bowlby (2008), Fonagy (2004)).

4.2 Moderne Verwendung

Das Abstinenzprinzip wurde in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, grundlegend geändert und aktivere Aspekte des Therapeutenverhaltens wurden implementiert: das Halten, Spiegeln und Antworten wurde im Sinne eines entwicklungsanregenden Dialogs mit dem Patienten konzeptionalisiert. Bewährt hat sich diese Methode sowohl bei neurotischen und bei Ich-strukturellen Störungen, aber auch im Rahmen komplexer, komorbider Krankheitsbilder. Reddemann (2001) und Sachsse (2004) haben z. B. weitere Modifikationen für traumatisierte PatientInnen vorgeschlagen, die vornehmlich in der Gruppe bei flexibler einzeltherapeutischer Begleitung in stationären und halbstationären Settings durchgeführt werden und so ebenfalls in der ambulanten Praxis angewandt werden könnten: Da tiefe Regressionen bei diesem Klientel im Besonderen, aber durchaus auch bei anderen Patientengruppen ja nach Indikation und Behandlungsplanung gezielt ausgeschlossen werden, ist die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Gruppe gerade auch im ambulanten Gruppensetting gut einsetzbar und mit anderen Techniken (z. B. mit VT-Techniken und Psychoedukation) sehr gut kombinierbar. Außenübertragungen werden benannt, erklärt und in den aktuellen Lebenszusammenhang eingeordnet. In dieser Anwendung kann, wie später auszuführen sein wird, eine Arbeit in Kleinstgruppen ab zwei Personen je nach Indikation hilfreich und höchst sinnvoll sein.

Mit Rückgriff auf den sozialpsychologischen Begriff der *Norm* wird die Gruppenleistung daher folgendermaßen konzeptualisiert:

a. Bei überwiegend frühgestörten Patienten mit Über-Ich-Defekten (mangelnde Impulskontrolle, mangelnde Frustrations- und Regelakzeptanz) werden sich schnell *verhaltensregulierende* Regeln herausbilden. Diese gilt es therapeutisch zu erkennen, zu klarifizieren und ggf. zu modifizieren. Im Einzelsetting ist mehr Zeit gegeben, die erforderlich ist, um individuell bezogene Einsicht fördernde Prozesse überhaupt anregen zu können.
b. Bei Patienten auf mittlerem Strukturniveau werden *psychosoziale Kompromissbildungen* stattfinden. Das heißt, die Gruppenleistung betrifft die Umschaltstelle intrapsychischer und interpersonaler Konflikte, soziodynamische Phänomene, z. B. Untergruppenbildungen, Kollusionen und Vorgänge zur Homöostase des Individuums und der ganzen Gruppe werden stattfinden. Diese Phänomene gilt es zu analysieren, im Gruppendiskurs zu erläutern und im Einzelsetting gegebenenfalls zu konfrontieren oder neue Lösungswege zu erkunden.
c. Sind viele Patienten mit klassischen Neurosen anwesend, so wird sich die Gruppenleistung überwiegend auf der unbewussten Ebene manifestieren: Es kommt ggf. zu *gemeinsamen Tagträumen* und Ideen, die als Ich-modifizierte Abkömmlinge unbewusster Phantasien zu verstehen sind. Dann kann auf diesem Regressionsniveau gedeutet werden. Im Einzelsetting ergeben sich darüber hinaus auf das Individuum und unbewusste Strebungen abgestimmte deutende und konfrontierende Interventionsmöglichkeiten.

Die Einzelnen werden dabei in ihrer Wirkung auf die Gruppenleistung berücksichtigt, also: Welche Ebene der Manifestationsdominanz entwickelt sich z. B. durch welche Beiträge einzelner Gruppenmitglieder?

Folgende Aspekte definieren die moderne Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie und stellen gleichzeitig ihre Besonderheit dar als moderne integrative Methode, die bewährte analytische Grundannahmen aufrechterhält.

4.2.1 Betonung bewusster sowie unbewusster Konflikte

Ich-strukturell gestörte Patienten geraten schon an Grenzen ihrer Belastbarkeit durch bewusste Konflikte. Es geht nicht selten um reale Bewältigungsmöglichkeiten (existentielle Fragen rund ums Geld, Kindererziehung, etc.). Deshalb entwickelten sich in der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenarbeit Parallelen zu sozialpsychologischen und verhal-

tensorientierten Gruppenmodellen: Die Psychoedukation als strukturierende Methodik ist vorrangig auf manifeste Normen gerichtet. GruppenteilnehmerInnen sollen ihr teilweise maladaptives Verhalten erkennen und Regeln der Kommunikation akzeptieren lernen (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Kontinuität, Verantwortlichkeiten, Hierarchieaspekte usw.). Pathologien im Bereich des Ich-Ideals und des Über-Ichs stehen im Vordergrund. Über-Ich-Übertragungen und andere Außenübertragungen gilt es zu bearbeiten (z. B.: Wie kann der Bestrafungs- bzw. Entlassungswunsch einer Krankenschwester gegenüber konfrontiert werden, die ein Patient wütend bei seinem Therapeuten anklagte, weil diese ihn aufgefordert hatte, ein Bild eines Neonazis von seiner Zimmerwand zu entfernen?).

Für diese Arbeit ist es notwendig, in Kleinstgruppen die Überflutungsmöglichkeit durch zu viele (unstrukturierte) Kommentare anderer Patienten auszuschalten. Die Arbeit auf dieser Ebene ist in einer Gruppe ab zwei Personen mit Aufarbeitungsmöglichkeiten im Einzelsetting sinnvoll und sollte auch im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie möglich sein.

4.2.2 Integrative Ausrichtung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

- Ruth Cohn (1975) beschrieb z. B. das von ihr entwickelte Verfahren der Themenzentrierten Interaktion als eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse. TZI wurde mit „Lebendigem Lernen" verknüpft und fokussierte immer auf eine ausgewogene Balance zwischen Ich, Es und Wir. Es wurden verschiedene Leitsätze entwickelt, die sich u. a. auf gegenwärtige Einflussfaktoren des Gruppenprozesses und auf zielgerichtete verhaltensmodifizierende (im ursprünglichen Sinne pädagogische) Aspekte beziehen. Alle modernen Gruppentherapien sind durch die TZI stark beeinflusst worden. Die Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie hat u. a. die Idee der Orientierung am Thema (Fokus) entlehnt. Zudem geht das Konzept der zeitweise aktiven Verantwortungsübernahme durch den Therapeuten für den gesamten therapeutischen Prozess auf Ruth Cohn zurück.

- Einflüsse verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen wurden als hilfreich auf der Ebene der Therapietechnik in die Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie integriert. Der Aspekt des Lernens sowie eines „Neu- und Umkodierens" von verinnerlichten Objektanteilen wurde vor dem Hintergrund der Ich-Psychologie integriert: Patienten sollen ihre rudimentär entwickelten Ich-Funktionen verbessern lernen. Die Ich-Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Differenzierung und Steuerung von Affekten stehen dabei in diversen Gruppenkonstellationen im Vordergrund. Therapeuten wurden im Laufe der Jahre dabei mehr und mehr „selektiv-authentisch", also zunehmend aktiver. Das direkte Ansprechen von Auswirkungen des Patientenverhaltens wurde wichtig, und die Übung von neuen Interaktionsgewohnheiten wurde durch multimodale Angebote (prozedurale, semantische und kognitive Verknüpfungen durch experimentelle Handlungsangebote) unterstützt. Übungen in Form von gezielten Anregungen, in der Gruppe Erfahrenes im Alltag zu überprüfen, gehören dazu. Gezielte individuelle Auswertungen hiervon bieten sich wiederum im Einzelsetting an. Affekte gilt es zu klarifizieren, und modifizierende Antworten ermöglichen dann wieder neues Lernen in der Interaktion mit einem oder mehreren und langfristig den Erwerb adäquaterer kommunikativer Strategien, welche sich in Form von Neukodierungen als neu erworbenes Handlungswissen verfestigen können.

4.2.3 Uneingeschränkte Akzeptanz und Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte

Vor allem Anna Freuds Beobachtungen an gestörten Jugendlichen wurden ursprünglich in die Gruppenpsychotherapie integriert. Heute hat sich die Theorie und Praxis der strukturbezogenen Psychotherapie in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie immer weiter etabliert (Rudolf 2006, Rudolf et. al. 2008).

IfHE Institut für klinische Hypnose und Ego-State-Therapie
Regionalgruppe der Milton-Erickson-Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)

Zugang finden zu unbewußten Ressourcen, Kontakt bekommen mit dem Unbewußten

Fortbildung in Berlin:
Hypnotherapeutische Anwendungsseminare,
M.E.G. – Curriculum Klinische Hypnose/ Hypnotherapie

Hypnose ist als wissenschaftliches Verfahren anerkannt.
Hypnotherapie ist mit vielen Therapierichtungen kombinierbar.
Alle Seminare sind zertifiziert.

Information und Anmeldung bei Dipl.-Psych. Maria Schnell
Tel +49 (0)30 327 038 15 | Fax +49 (0)30 327 038 14

maria.schnell@ifhe-berlin.de
www.ifhe-berlin.de
Giesebrechtstr. 19
10629 Berlin

Entwicklungsgestörte Menschen (z. B. Borderline-Patienten, Narzisstisch gestörte Persönlichkeiten) können sich nicht in eine Beobachtungsposition bezüglich ihrer eigenen Interaktion versetzen. Dies ist aber nötig, wenn man die Deutung (das wichtigste Prinzip im ursprünglichen analytischen Setting) anwenden möchte. Deutung funktioniert aber nur, wenn eine gewisse Triangulierungsfähigkeit (also die Wahrnehmung und Anerkennung von einem Ich, einem Anderen und einem Dritten als eine Art ‚Beobachter von uns beiden') vorhanden ist. Das ‚Dritte' als verinnerlichte Größe, als Ausgleich oder als Gegensatz zum ‚Zweiten' ist aber psychisch ‚nicht eingeführt' bei vielen Menschen, die eine Entwicklungsstörung aufweisen! Deutungen nutzen zu können, setzt Triangulierung voraus! Insofern ist eine professionelle Entscheidung notwendig, ob ein Patient mit niedrigem Strukturniveau, z. B. von einer vorsichtigen Arbeit in einer Kleinstgruppe (ab zwei Personen) kombiniert mit einer kontinuierlichen Klarifizierungs- und psychoedukativen Arbeit, im Einzelsetting profiitieren kann. Es hängt von seinem Entwicklungs- und Strukturniveau ab, mit wie vielen Personen gleichzeitig er oder sie emotional ge- oder über- oder unterfordert ist. Insofern ist unter einer konsequent entwicklungsorientierten Perspektive gegebenenfalls eine Indikation für eine zwei Personen umfassende Gruppe in Kombination mit einem dyadischen Setting in einer intensiven Einzeltherapie genau die richtige Wahl, um eine hinreichend gute Prognose stellen zu können.

Aus dieser Erkenntnis heraus wurde für die klinisch-stationäre Arbeit ursprünglich der Begriff der „*Alterität*" (Heigl-Evers 1994) eingeführt (Von Alter ego, der andere, das Gegenüber, von denen es im Laufe der Entwicklung eines Kindes immer mehr gibt…). Der Andere ist eben zunächst für früh gestörte PatientInnen nicht immer als andersartig wahrnehmbar! In Form früher Begegnungen, die eher einem mütterlichen Prinzip ähneln, muss zunächst Nachreifung erfolgen. Dies passiert in

der Gruppe so, dass immer wieder auf Ich-Du-Kontakte klarifizierend eingewirkt wird.

Die aufmerksame Präsenz des Therapeuten, das Akzeptieren des Patienten und der Respekt vor ihm und seiner Lebensgeschichte werden unbedingt hervorgehoben. Es erschließt sich von selbst, dass eine zu große Gruppengröße diese Aufmerksamkeit des Therapeuten verunmöglichen würde! Die therapeutischen Interventionen ähneln im Extrem dem Verhalten einer Mutter gegenüber ihrem *kleinen Kind*, das noch nicht versteht, was z.B. ein Fremder, der andere Worte benutzt als die Mutter, eigentlich meint. Das Kind muss insofern in seiner Entwicklung gefördert werden, als dass es sich hineinversetzen können muss in das *Gemeinte*, das hinter bisher unbekannten Sätzen steckt. (Die neuere theory-of-mind-Forschung hat aktuell unter dem Stichwort ‚Mentalisierung' hierzu Prägnantes beigetragen, Fonagy 2004). Wichtig wurde schon ab den frühen Neunzigerjahren das Aufnehmen der Befunde aus der Säuglingsforschung: Affekte werden als frühe Interaktionsmuster gelernt, und diese Interaktionsmuster werden reproduziert und lösen wiederum Affektantworten im Gegenüber aus, die ‚alten' affektiv aufgeladenen Interaktionsepisoden ähneln (Trautmann-Voigt, Moll 2011).

Diesen theoretischen Befunden folgend, entspräche ein starres Festhalten an Gruppengrößen von 6 bis 9 Personen nicht mehr dem state of the art.

4.2.4 Die psychotherapeutische Arbeit in der TfP-Gruppentherapie, ergänzt und stabilisiert durch TfP-Einzeltherapie

In der tiefenpsychologisch fundierten Arbeit in der Gruppe entsteht durch ein aktives Therapeutenverhalten relativ wenig Regression. Übertragungsbedingte Verzerrungen des Therapeuten werden nicht als Zuschreibungen angenommen, die auf Erinnerungen und Konflikte bezogen werden, sondern in der aktuellen Interaktion direkt bearbeitet: Der Therapeut ist ein reales und wohlwollendes *Beziehungsobjekt*. Bei geringer innerer Konfliktfähigkeit und bei Impulsdurchbrüchen der Patienten gibt es meistens auch heftige interpersonelle Konflikte. So kommen Idealisierungen oder Entwertungen vor. Spaltung und projektive Identifikation liegen häufig vor, überstrenge Über-Ich-Anforderungen wechseln sich mit Impulsdurchbrüchen ab. Eine Bearbeitung der oft unerreichbaren Normen führt häufig zu einer Entlastung. Da früh gestörte Patienten häufig nicht die Perspektive des die Interaktion beobachtenden Dritten einnehmen können, müssen Therapeuten über ein gesichertes theoretisches und Erlebens-Wissen zu primitiven Abwehrmechanismen (Spaltung, primitive Idealisierung und Entwertung, projektive Identifikation) verfügen, da sie „gesunde" Ich-Funktionen übernehmen und gleichzeitig die primitiven Abwehrmechanismen erst einmal aushalten müssen! Dieser Anforderung ist am ehesten im Einzelsetting zu entsprechen.

Zuwendung und das Setzen klarer Grenzen müssen gleichzeitig erfolgen! Man muss die Perspektive des Opfers (der Patient früher) einnehmen, obwohl der Patient einen häufig so behandelt, wie es der Täter früher mit ihm getan hat und man gerne mit den eigenen ‚gesunden' (eher aggressiven) Anteilen antworten würde. Der Patient würde dadurch retraumatisiert! Eine starke Belastbarkeit und die ausgeglichene Persönlichkeit des Therapeuten spielen daher eine sehr große Rolle. In der Gruppe ist dieses Therapeutenverhalten für den Therapeuten besser auszuhalten und im Rahmen der therapeutischen Ich-Spaltung besser zu reflektieren, weil die eigene Präsenz und die beobachtende, reflektierende Haltung abwechseln können. Die Gruppe selbst ist ein Anreiz für den Patienten, dyadisch fixierte Interaktionsmuster zu überwinden. Dieses wiederum kann und sollte in der gezielten Einzelarbeit besprochen werden.

5. Schlussfolgerungen

Eine das interaktionelle System des Patienten mit seinen Problemen achtende Perspektive im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie, die mit Einzeltherapie gezielt kombiniert werden soll, führt zu folgendem Therapieansatz:

- Es wird keine Persönlichkeitsveränderung, sondern eine Symptomreduktion und begrenzte Verhaltensänderungen in der Familie bzw. im sozialen Umfeld der PatientInnen angestrebt.
- Es erfolgen eine strikte inhaltliche Fokussierung und zeitliche Begrenzung auf das Hauptanliegen der verschiedenen Gruppenmitglieder.
- Es erfolgt keine Förderung einer regressiven Übertragungsneurose.
- Es erfolgt keine Rekonstruktion der frühen Psychogenese, sondern eine Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Symptomatik, aktueller auslösender Situation und aktuellen Beziehungen unter Einschluss biografischer Aspekte, sofern sie notwendig erscheinen.
- Die Therapeutenhaltung ist hauptsächlich durch Aktivität und Lösungsorientierung gekennzeichnet.
- Die Interventionen orientieren sich am breiten Spektrum von Methoden, die tiefenpsychologisch fundiert sind. Besonders in den Vordergrund rücken Interventionen, die nonverbale Kodierungen, verdrängte oder abgespaltene, aber sichtbare Verhaltensaspekte in der Kommunikation und vorbewusste Symbolik aktiv einbeziehen.
- Es wird je nach Bedarf Achtsamkeit stärkend, kognitiv und erklärend, psychoedukativ, stabilisierend und ressourcenorientiert, stützend, suggestiv, emotionsaktivierend, explorationsfördernd, kreativitätsanregend und störungsspezifisch gearbeitet.

Charakteristisch für die moderne Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie, die sich analytisch begründet, dabei flexibel und integrativ versteht, ist mithin:

- Präsenz, Akzeptanz, Respekt und selektive Aktivität des Therapeuten mit aktivierenden und strukturierenden Interventionen, die sowohl Progression ermöglichen als auch Wahrnehmungsspielräume eröffnen.
- insbesondere antwortende Interventionen bzw. Anregungen dazu in der Kleinstgruppe bei sehr niedrigem Strukturniveau, in größeren Gruppen ab 2 bis 9 Personen bei höherem Strukturniveau.
- ‚mütterliches' Verhalten, d.h. zunächst in der Dyade stützend, verstehend, nicht deutend, was eine Distanz schaffen würde, sondern klarifizierend, milde konfrontierend, Normen etablierend und zum Einhalten ermutigend etc.
- das Ziel, vor allem auch den zunehmend mehr auch ambulant zu behandelnden Ich-strukturell gestörten Patienten konkrete therapeutische Hilfen zu geben und die Gruppe mit vielen unterschiedlichen Hilfs-Ichs flexibel zu nutzen, wobei die individuelle Arbeit integriert ist.

Indikation und Kontraindikation

- Die moderne Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kann nicht nur für Patienten mit sogenannten präödipalen Störungen, die vor allem in der Gruppe im klinischen Setting erfolgreich angewendet wird, verstanden werden. Diese Arbeit trägt den zunehmenden Problemen von Menschen Rechnung, die u.a. unter einer *dyadischen Beziehungspathologie* leiden. *Interpersonale Konflikte* stehen im Vordergrund, nicht so sehr ödipale oder triadische Störungen, für die intrapsychische Konflikte charakteristisch sind. Insofern ist sie jedoch auch in anderen als ‚frühgestörten' oder ‚psychosomatischen' Gruppen einsetzbar, da interpersonale Konflikte *immer*, auch bei ödipalen Problematiken, mit auftreten. Für diese Arbeit ist unter entwicklungspsychologischer Perspektive eine flexible Handhabung von Zweier-, Dreier- und größeren Gruppenkonstellationen unabdingbar (vgl. das „Modell Familie" mit der Möglichkeit, verschiedene Bindungsstile zu entwickeln und Kompensationen von maladaptiven Beziehungen aufzubauen, wie in Punkt 4.2.3 erläutert).

- Besonders indiziert ist die Möglichkeit der Tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie, auch in Kombination mit Einzelbehandlungen für viele *Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen*, weil dort chronifizierte Symptome als Ich-synthon erlebt werden und *Deutungen im analytischen Verständnis zunächst nicht weiter helfen*. Die allmähliche Konfrontation mit einem anderen oder dann mit zwei anderen kann aber zur

Aufweichung erstarrter Selbst- und Objekt-Bilder führen. Anregungen zur Interaktion bzw. zu experimentellen Handlungsdialogen können erfolgen. Bei eingeschränkten Ich-Funktionen fehlt die Fähigkeit zur Antizipation, zum differenzierten Wahrnehmen von Affekten, die Fähigkeit, ein Bild eines anderen Menschen in sich zu tragen bzw. ängstigende Situationen zu ertragen, so dass auch der Therapeut ständig damit konfrontiert ist, dass diese Patienten eine sehr geringe Frustrationstoleranz haben. Sie reagieren schnell mit selbstschädigendem und/oder aggressivem Verhalten. Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in einem flexiblen Umgang mit Einzelsitzungen und als Gruppenpsychotherapie ist geeignet, diese *Einschränkungen der Ich-Funktionen* in den sozialen Bezugnahmen in einer Gruppe schnell zu begreifen, taktvoll zu ergänzen oder aufzufangen und den Patienten so anzuregen, von den anderen zu lernen (4.2.2).

- Bei vorwiegend unbewusster Konfliktdynamik wird die Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie in ihrem vollen Umfang – deutend, klarifizierend, konfrontierend – eingesetzt. Auch hier ist eine Vertiefung von interaktionell Erprobtem im deutenden Einzelsetting dringend anzuraten, um Verfestigungen von neuen Interaktionsrepräsentanzen zu ermöglichen und den Sinn von innovativen (aber auch ängstigenden) Kommunikationsweisen zu durchdringen (4.2.1).

- Eine wirkliche Kontraindikation im klassischen Sinne ist nicht bekannt.

6. Fazit für die Beantwortung der Fragestellung

Vor allem im deutschsprachigen Raum entwickelten sich bereits nach dem Zweiten Weltkrieg stationäre Einrichtungen, die sich zunächst einer psychoanalytischen Behandlung von Patienten mit schweren neurotischen und psychosomatischen Störungen widmeten. Diese Kliniken können, so Hayne, auch als „Einrichtungen des Forschens und Experimentierens in der Anwendung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie betrachtet werden" (Hayne 2012). In diesen Kliniken wurde von Anbeginn eine Kombination von klassischer analytischer Beziehungsarbeit mit der Erprobung aktueller Beziehungsgestaltungen durchgeführt. Dabei kamen von Anfang an Kombinationen mit Körper- und kreativtherapeutischen Ansätzen zum Einsatz *sowie der Einbezug von wichtigen Familienmitgliedern bzw. Bezugspersonen.* Es wurde schließlich sogar empfohlen, den Patienten zu ermutigen, sich im Zusammenhang mit dem gesamten Klinik-Apparat zu reflektieren. Janssen arbeitete die wichtigen Ergebnisse dieses Vorgehens in einer Studie aus (Janssen 1987). Janssen wies schon vor 25 Jahren darauf hin, Gruppen- und Einzeltherapie gezielt zu verknüpfen.

In dieser Entwicklung lässt sich das Prinzip erkennen, das Kontakt- und Kommunikationsverhalten von Patienten mit einem oder mehreren Interaktionspartnern, sofern dieses in einem strukturierten und geplanten Therapiekontext stattfinden kann, durch Einzel- und Gruppenerfahrungen in verschiedensten Kombinationen zu schulen. Solche Kombinationen werden auch gegenwärtig von PatientInnen gewürdigt (Olbrich 2007).

Diese Erfahrungen gilt es auf die ambulante psychotherapeutische Arbeit im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zu übertragen.

a. Eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sollte je nach Indikationsstellung möglich sein.
Einzelstunden müssen das in der Gruppe entfaltete Material nochmals strukturieren und fokussieren und individuell einordnenbar machen.

Je nach individueller Indikationsstellung ist das Verhältnis von Gruppentherapie zur durchgeführten Einzeltherapie fachlich abzuwägen. Die Beschränkung der Möglichkeiten zur Kombinationstherapie in den bestehenden Psychotherapie-Richtlinien auf die niederfrequente Therapie (PT-R § 19) oder auf das Verhältnis von einer Einzeltherapiesitzung auf 10 Gruppensitzungen in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (PTV § 11) sollte flexibilisiert und den Regelungen der Verhaltenstherapie angepasst werden.
Die Frequenz sollte, je nach fachlicher Notwendigkeit, den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst werden, auch während der laufenden Behandlung und somit keiner Festlegung unterliegen.

Die DFT hält hier eine größere Flexibilität in der tiefenpsychologisch fundierten Kombinationsbehandlung von Einzel- mit Gruppentherapie für fachlich geboten. Für die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung sollte in den Psychotherapie-Richtlinien § 19 und in der Psychotherapie-Vereinbarung § 11 Abs. 8 angepasst werden (analog der Regelung für die Verhaltenstherapie, bei der die Kombinationstherapie möglich ist).

b. Gruppengrößen sollten ab 2 Teilnehmer in der TfP-Gruppentherapie möglich sein.
Je mehr strukturell gestörte Patienten, desto weniger Personen in der Gruppe.

Wie oben insbesondere unter 4.2.1 bis 4.2.3 ausgeführt, kann je nach Störung bei Patienten eine Kleingruppe ab 2 Personen indiziert sein. Die DFT hält in den Psychotherapie-Richtlinien eine Anpassung des § 18 Abs. 5 für die Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie für sachgerecht, eine Gruppengröße von 2 bis 9 Personen bilden zu können. ■

Dr. Sabine Trautmann-Voigt

Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis. Leitung der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie (KBAP), entwickelte eine Konzeption und Leitlinien für eine psychodynamische Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie. Lehrbeauftragte an der Universität Bonn, Forschungsbeauftragte der DFT.

Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte · Notarin

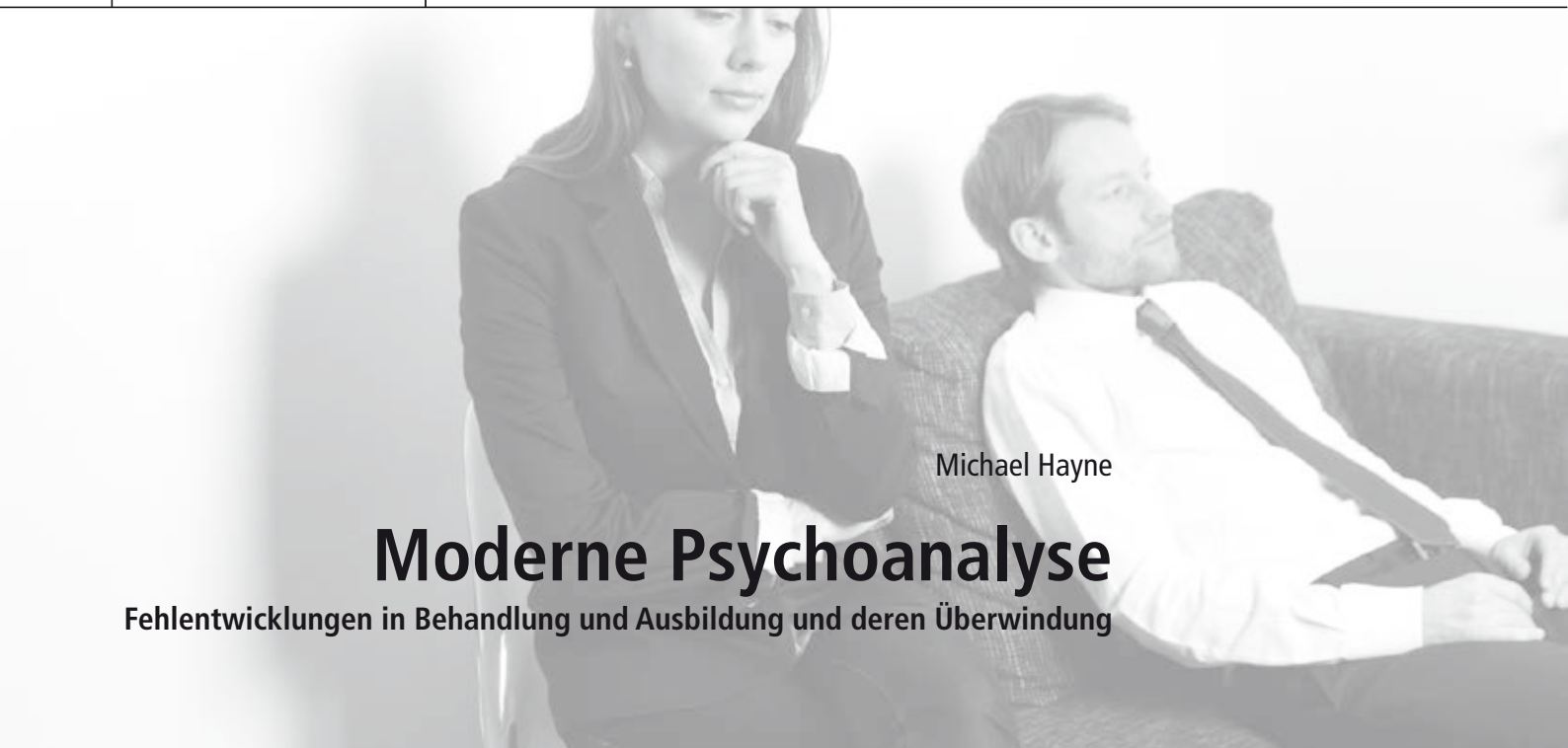
NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Z.B. bis heute im Studienfach
Psychologie: Erfolgsquote 100%
bei Studienplatzklagen mit unserer Strategie!

außerdem: Sonderanträge
Zulassung zum Masterstudium
BAFÖG · Prüfungsrecht

Wir haben die Erfahrung.

Wolbecker Straße 16a
D-48155 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.meisterernst.de



Michael Hayne

Moderne Psychoanalyse

Fehlentwicklungen in Behandlung und Ausbildung und deren Überwindung

Die Psychoanalyse und die psychoanalytische Therapie wurden nach dem Krieg eine Zeit lang durch eine Art Monopolstellung verwöhnt. Hierdurch und durch eine kontrovers diskutierte Freudsche Metapher (Analytiker als reiner Spiegel seines Patienten) konnte sich eine kühle und autoritäre Haltung als Fehlentwicklung einnisten. Während sich die aus einem eher mechanistisch-manipulativen Ansatz hervorgegangene Verhaltenstherapie durch kognitive und humanistische Erweiterungen betont menschenfreundlich entwickelte, blieben in der Psychoanalyse bis heute problematische Restbestände erhalten. Diese werden im vorliegenden Beitrag herausgearbeitet, ihre schädlichen Folgen für die Anzahl von Ausbildungskandidaten werden diskutiert und ihre endgültige Überwindung wird gefordert.

Die psychoanalytischen Ausbildungsinstitute erleben schon länger in der jüngeren Entwicklung einen bemerkenswerten, ja bedrohlichen Rückgang an Ausbildungskandidaten. Im Wettstreit der Schulen erscheint die kognitive Verhaltenstherapie eindeutig auf dem Vormarsch.

Man hat diese Entwicklung mit den hohen Kosten bei der analytischen Ausbildung zu erklären gesucht. Dieses Motiv spielt zweifellos eine nicht unbedeutende Rolle. Allerdings scheint es mir, dass es in allen Lebensbereichen dennoch eine Tendenz gibt, für qualitativ hoch stehendes auch mehr Geld auszugeben. Ich denke hier etwa an das Beispiel der Autoindustrie. Mit der Psychoanalyse verhält es sich aber vor allem bezüglich der Ausbildung so, als sei sie in den Augen der möglichen Kandidaten auffällig entwertet. Welche Gründe hat diese Entwicklung? Und: Wie sieht eine moderne psychoanalytische Ausbildung aus, die für junge Akademiker anziehend und überzeugend ist?

Ein kurzer Rückblick: Als nach dem Zweiten Weltkrieg in West-Deutschland eine demokratische Gesellschaft entstand, begann ein Entwicklungsprozess, der sich von den despotischen Entwertungs-, Unterdrückungs- und Denunziations-Praktiken der Nazizeit zunehmend absetzte. Aus zunächst zarten, zum Teil zögernden Anfängen entwickelte sich die Bereitschaft, die jeweilige Besonderheit von Individuen und Gruppen zu respektieren und wachsende Toleranz für ein mehr oder weniger spannungsvolles Konkurrieren zwischen Personen, zwischen Gruppen und auch zwischen Institutionen zu entwickeln.

Wer nun Psychoanalyse lernen wollte, fuhr bis in die Sechzigerjahre hierzu ins Ausland; neben der Schweiz und Frankreich wurden Lehranalyse und Theorie-Ausbildung vor allem in England gesucht. Damals mochte es für kurze Zeit so scheinen, als habe die Psychoanalyse als Psychotherapieschule nahezu eine Monopolstellung errungen. Mein persönlicher Eindruck ist, dass Versuche der Verhaltenstherapie, in Deutschland Fuß zu fassen, ausgesprochen unbedeutend blieben: Sie zeigte sich als eine Schule, die wegen eines als seelenlos und mechanistisch empfundenen Menschenbildes bei Patienten wie im therapeutischen Fachpublikum wenig Anklang finden konnte. Dies änderte sich ab Mitte der Sechzigerjahre. Zunehmend wurden psychische Prozesse nun in der Verhaltenstherapie als Ergebnisse eines jeweils spezifisch bewertenden Wahrnehmens und Erlebens aufgefasst. Zuvor war man in der strengen behavioristischen Auffassung vom Menschen davon ausgegangen, seelische Prozesse seien etwas in einer „black box", über deren Vorgänge keine Aussagen gemacht werden könnten. Die neue Orientierung an den Kognitionen blieb allerdings nicht die einzige entscheidende Veränderung, die der Verhaltenstherapie erlaubte, der psychoanalytischen Psychotherapie wirkungsvoll Konkurrenz zu machen. Vielmehr begann man in der verhaltenstherapeutischen Behandlungspraxis, Techniken aus humanistischen Verfahren, wie zum Beispiel aus der Gesprächstherapie nach Rogers oder aus der Gestalttherapie zu integrieren. Damit bekamen viele verhaltenstherapeutische Behandlungen ein besonders zugewandtes und auf mitmenschliche Herzlichkeit ausgerichtetes Kolorit.

„...können...in der psychoanalytischen Praxis Haltungen, wie Schweigen über ganze Sitzungen hin oder einfach auch eine besondere Kühle der Beziehung angetroffen werden."

Dem gegenüber herrschte über geraume Zeit in psychoanalytischen Behandlungen und Ausbildungen eine oft als kalt und unterdrückend empfundene Atmosphäre vor. Es hing vielleicht mit der fast monopolartigen Stellung der Psychoanalyse zusammen, das sie über eine geraume Zeit für viele als das einzige Verfahren galt, das infrage kam. Bis heute können nun allerdings in der psychoanalytischen Praxis Haltungen, wie Schweigen über ganze Sitzungen hin oder einfach auch eine besondere Kühle der Beziehung angetroffen werden.

Nun gehört es ganz gewiss zu den positiven Merkmalen der analytischen Therapie, dass Patienten oder Ausbildungskandidaten nicht mit Einfällen und Gefühlen des Behandlers oder der Behandlerin beeinflusst oder gar

indoktriniert werden sollen. Vielmehr sollen sie zum eigenen, möglichst ungehinderten und unbeeinflussten Äußern von Gefühlen, Gedanken und Assoziationen gelangen. Freud hatte die Rolle des Analytikers in einer berühmt gewordenen Äußerung daher einmal mit einem Spiegel verglichen. Schon 1967 aber wandte sich Ralph Greenson aus den USA gegen ein fatales Missverständnis dieses Vergleichs von Freud durch viele Analytiker. Aufgrund dieses Missverständnisses, so schien es ihm, konnte man bei vielen Kollegen *„ihren Patienten gegenüber eine strenge, distanzierte und sogar autoritäre Haltung"* beobachten (Greenson, 1973, S. 222). Er schrieb weiter, es sei richtig, dass Analytiker ihren Patienten zwar nicht ihre Wertvorstellungen und Maßstäbe aufdrängten. Dies bedeute aber nicht, *„dass der Analytiker leblos, kalt und reaktionslos sein soll… dass man dem Patienten die Erfüllung aller seiner Wünsche versagen soll. … Selbst die Versagung neurotischer Wünsche muss so vorgenommen werden, dass der Patient nicht gedemütigt oder traumatisiert wird."* (a.a.O. S. 222f)

Christopher Bollas (2012) hat sich neulich besorgt und zugleich energisch herausfordernd dazu geäußert, dass bis heute immer noch bei einem Teil seiner Analytikerkollegen vermieden wird, eine emotional warme, die positiven Eigenschaften des Patienten aufgreifende Haltung einzunehmen und zu verbalisieren. Er prangert die Tendenz als nicht akzeptabel an, die analytische Arbeit durch Einbringen allzu vieler oder gar ausschließlicher Übertragungsdeutungen zu betreiben. Bei dieser Gelegenheit stellte er auch den Wert von Reflexionen, von intellektuellen Ideen in der analytischen Beziehung heraus, die für ihn Partnerschaftscharakter haben sollte. Reflexionen und Intellektionen, aber auch positive Kommentare und Neugier gehören für Bollas in die analytische Arbeit, anstatt sie den kognitiven Verhaltenstherapeuten zu überlassen. Die Spiegelmetapher und die daraus abgeleiteten falschen therapeutischen Haltungen sind für ihn Anlass zu scharfer Kritik und zur Forderung einer entschiedenen Veränderung.

„…deutlich, von welch entscheidender Bedeutung eine Haltung der emotionalen Zugewandtheit und persönlichen Nähe ist."

Bollas ist sich im Übrigen sicher, dass Freud selbst in seinen Behandlungen weit davon entfernt war, sich wie ein glatter, nichtssagend kalter Spiegel zu geben.

Ich selbst staune oft, dass zum Beispiel übende Techniken oder ein Trainieren von Fähigkeiten, wie zum Beispiel von gewünschter Abwehr oder von gewünschten Anpassungsprozessen in der psychoanalytischen Schule meist gemieden und als Aufgaben für die kognitive Verhaltenstherapie angesehen werden. Ich glaube allerdings, dass hierbei übersehen wird, dass diese psychotherapeutischen Elemente des Übens und des Stabilisierens von Fähigkeiten durch Training als Teil der Ich-Psychologie gelten müssen, die gerade eine der Errungenschaften der Psychoanalyse auch bis zum heutigen Tag darstellt.

Bardé (2012) hat für meine Begriffe einen besonders klaren Beitrag zur möglichen Gestaltung einer heutigen psychoanalytischen Behandlung dargestellt. Er berichtet differenziert und gut mitvollziehbar über die Behandlung eines Patienten mit Vorhofflimmern und mit dem Persönlichkeitsproblem, eigene Bedürfnisse und auch die eigene Individualität zu verleugnen mit der Tendenz, nur gefügig zu sein. Im Rahmen dieser Behandlung macht Bardé dann deutlich, von welch entschei-

Ihr Wegweiser für die erfolgreiche Umsetzung des Psych-Entgeltsystems

Eine Schritt für Schritt-Annäherung ans PEPP, das neue Psych-Entgeltsystem nach § 17d KHG – das bietet das Werk „Psych-Entgeltsystem: Rahmenbedingungen, Umsetzungshilfen, Erfolgsfaktoren". Es dokumentiert die Umstellungen bei der Abrechnung von voll- und teilstationären Leistungen für psychiatrisch und psychosomatisch behandelte Patientinnen und Patienten und beleuchtet zukünftige Entwicklungen.

Die Verfasser des Buches werfen dabei auf Grundlage des jeweils eigenen Erfahrungshintergrundes den Blick auf wichtige Aspekte und Eigenheiten des neuen Vergütungssystems und geben dem Leser so die Möglichkeit, die Betrachtungsweisen verschiedener Stakeholdergruppen kennenzulernen und unterschiedliche Impulse für die anstehende Ausgestaltung der gesetzlichen Neuerung zu erhalten.

Die Autoren erläutern nicht nur die Rahmenbedingungen des Entgeltsystems, dessen Anforderungen, und vor allem auch Herausforderungen – es geht ihnen in erster Linie auch darum, eine unterstützende Anleitung für eine erfolgreiche Anwendung des Entgeltssystems zu bieten.

Maier/Heitmann/Rau/Rutz/Wolff-Menzler (Hrsg.)

Psych-Entgeltsystem
Rahmenbedingungen, Umsetzungshilfen, Erfolgsfaktoren
2012. XIV, 367 Seiten. Softcover. € 54,95.
ISBN 978-3-86216-104-1
E-Book. € 54,99. ISBN 978-3-86216-105-8

Weitere Informationen unter **www.medhochzwei-verlag.de**
medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

medhochzwei

Prof. Dr. Michael Hayne

Psychoanalytiker, Psychotherapeut, Gruppenanalytiker, Institutions-Supervisor; Lehrtätigkeit in mehreren psychoanalytischen und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten, Mitbegründer IAG: Gruppentherapie-Ausbildungsinstitut in Bonn und Altaussee/Österreich. Habilitation und langjährige Vorlesungstätigkeit Universität Klagenfurt/Österreich; tätig in eigener Praxis.

dender Bedeutung eine Haltung der emotionalen Zugewandtheit und persönlichen Nähe ist. Obwohl der Patient in gefälligen Äußerungen von seinen Fortschritten und seiner Zufriedenheit mit der Behandlung sprach, war der Analytiker hier sensibel dafür, dass sich in diesen nur scheinbar bestätigenden Bewertungen durch den Patienten insgeheim das Gegenteil verbarg. Der Analytiker konnte schließlich erahnen und dann auch im Dialog verifizieren, dass manche seiner Deutungen für seinen Patienten geradezu wie Schläge erschienen waren, die den Schlägen ähnelten, die er als Kind durch seinen Vater hingenommen hatte. Hier fällt die große Bereitschaft des Analytikers auf, seinem Patienten das Recht einzuräumen, ihn zu kritisieren, ja ihm sogar anzudeuten, dass sich in den Interventionen des Analytikers eine unbewusste gewalttätige Haltung versteckte.

Als hilfreich für eine zeitgemäße Psychoanalyse kann nach meiner Einschätzung die von der Philosophie Hegels ausgehende Anerkennungstheorie von Honneth (2010) gelten. Honneth untersucht in einer in der heutigen Psychoanalyse viel beachteten Studie die Genese des Selbstbewusstseins. Selbstbewusstsein, so zeigt er, wird stets nur in zwei Schritten möglich:

1. Zunächst erkennt sich ein Subjekt als eine Autorität bezüglich ihrer Gegenstandserkenntnisse und ihrer Begierde. Das bedeutet: Es weiß, dass es die wahrgenommenen und begehrten Elemente zu einem Konzept vom eigenen Leben in einem ständigen Prozess zusammenfügt. Darin nimmt sich das so entstehende Selbstbewusstsein als den Gegenständen überlegen wahr.
2. Zu seiner Vervollständigung benötigt das Selbstbewusstsein nun aber weiter noch ein Gegenüber, eine andere menschliche Person, die an ihm dieselben Wahrnehmungs- und Zusammenfügungsprozesse vollzieht, die das (hier zunächst betrachtete) Selbstbewusstsein mit seinen Gegenständen auch durchführt. Durch diesen Vorgang lernt das Selbstbewusstsein, sich quasi durch den Blick des Anderen wie dessen Gegenstand wahrzunehmen. Im Blick des Anderen ergibt sich dann die Fähigkeit, sich selbst wie ein Objekt zu betrachten. Außerdem entsteht hierbei die typische Selbstbeschränkung, die alle Subjekte in ihrer sozialen Bezogenheit und mitmenschlichen Rücksicht entwickeln. Ein Subjekt weiß, dass es von anderen wahrgenommen und bewertet wird und wird daher etwa seinen eigenen Begierden keineswegs mehr unbedacht einfach freien Lauf lassen.

Hieraus ergibt sich: Im ungünstigen Falle können sich Patienten oder Kandidaten in einer solch wichtigen Situation wie in der psychoanalytischen Behandlung von der anderen Person (AnalytikerIn) vornehmlich mit Kälte, Strenge und mit einer als abwertend erlebten autoritären Haltung behandelt fühlen. Wenn wir nun im Sinne des Beitrags von Honneth (der auf Analogien mit der „Objektbeziehungstheorie" der Psychoanalyse hinweist) davon ausgehen, dass das Selbstbewusstsein einer Person auch durch die Verinnerlichung des Fremdblickes entsteht, wie sollten dann Störungen, wie zum Beispiel Depression oder Angst im Rahmen einer solchen Atmosphäre behoben werden können?

Eine moderne Psychoanalyse greift das auf, was als Kritik an den gefährlichen Einseitigkeiten der traditionellen analytischen Haltung und Verhaltensweise längst in überzeugender Weise vorgelegt worden ist. Die Psychoanalyse kann sich dann in ihrem Reichtum als Instrument zum Verständnis des seelischen Geschehens und in ihrer therapeutischen Effizienz entfalten. Für die Zukunft ist wünschenswert, dass sich die Psychoanalyse noch konsequenter als bisher von ihren früheren pathologischen Tendenzen befreit, die sich einmal geschwürartig ausgebreitet hatten, wie Bollas und auch Bardé dies sehen. Man könnte sagen, dass es den meisten Verhaltenstherapeuten glücklich gelungen ist, neben einer kognitiven auch eine humanistisch-zwischenmenschliche Wende zu vollziehen. Die Psychoanalyse war über längere Zeit in der Gefahr, den für sie wichtigen Teil einer solchen Wende zu verpassen. Diese hier gemeinte zwischenmenschliche Wende vollzieht sich bei vielen seit langem, sollte sich aber noch klarer zu einem allgemein geteilten Bewusstsein entwickeln. Auch wird es nach meiner Einschätzung nötig sein, diese Selbstbefreiung gesellschaftlich so zu kommunizieren, dass auch potentielle Ausbildungskandidaten erreicht werden.

Noch ein Wort zu einer ganz anderen, neuen Gefahr: Durch eine intensivere Zugewandtheit, Freundlichkeit und auch Aufgeschlossenheit für eigene Fehler auf der Seite der Behandler, kann bei bestimmten, zur destruktiven Grenzüberschreitung neigenden Persönlichkeiten eine Tendenz zum Agieren ausgelöst werden. Es können unter diesen glücklicherweise seltenen pathologischen Bedingungen vielleicht gelegentlich übergriffige Beziehungs- und Bemächtigungsversuche ausgelöst werden. Ich glaube aber, dass die Vorteile der hier skizzierten zeitgemäßen analytischen Haltung sehr eindeutig überwiegen. Man wird auf diesem modernen Wege mit gelegentlichen Agierversuchen vielleicht leben müssen, wie Musiker oder Fußballer mit ihren falschen Fans. ■

Literaturhinweise

Bardé, Bernjamin u. Bolch, Eduard (Hg.), 2012: Wagnis Psychoanalyse, Reflexionen über Transformationsprozesse. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel

Bollas, Christopher, 2012: Die Lebenstriebe in der Arbeit mit psychotischen Analysanden, in: Springer, A. et al. (Hg.): Nutzt Psychoanalyse?! Gießen: Psychosozial

Greenson, Ralph R., 1973: Technik und Praxis der Psychoanalyse, Bd. I. Stuttgart: Klett

Honneth, Axel, 2010: Von der Begierde zur Anerkennung. Hegels Begründung von Selbstbewusstsein, in: ders.: Das Ich im Wir. Studien zur Anerkennungstheorie: 15-32, Berlin: Suhrkamp

Mohammad Tabatabai

Hingabe und Abgrenzung

Verantwortung für sich selbst und Verbundenheit mit dem Partner

„In einer kalten Nacht hatten zwei Igel ein Problem. Wenn sie einander zu nahe rückten, um sich zu wärmen, stachen sie sich gegenseitig mit ihren Stacheln. Rückten sie aber zu weit voneinander, froren sie. Es kam für sie darauf an, so nahe beieinander zu liegen, dass sie sich wärmten, aber weit genug, um sich nicht gegenseitig zu stechen." (Persische Geschichte)

Wir leben in einer Gesellschaft, in der aufgrund der Akzeptanz nichtehelicher Beziehungen leicht Partnerschaften entstehen. Mit dem Begriff *Liebe* ist unter anderem ein gewisses Maß an Intimität und Nähe gemeint. Zunächst geht es um eine persönliche gemeinsame Erfahrung. Dabei spielen die sexuellen Attraktionen für die Entstehung der Paarbeziehung eine wichtige Rolle. Damit besteht aber auch die Gefahr, dass weitere wichtige Komponenten eines partnerschaftlichen Prozesses, nämlich Selbstverantwortung, Verantwortung und Verpflichtungen gegenüber dem Partner zunächst vernachlässigt werden bzw. in den Hintergrund geraten. Wenn zwei Personen eine feste und dauerhafte Beziehung eingehen, sind sie mit Verpflichtungen, Herausforderungen und Aufgaben konfrontiert, die für ihre Paarentwicklung notwendig sind. Zwei aufeinander treffende Partner sind sich zunächst „fremd" und müssen sich neu definieren. Das dabei entstehende Beziehungsschema repräsentiert die jeweiligen Beziehungserfahrungen und -erwartungen der beiden Partner. Es kommt nicht selten vor, dass nur die Befriedigung eigener emotionaler Bedürfnisse und möglicherweise die Kompensation unbewusster Konflikte im Vordergrund einer Partnerschaft stehen. Sobald Auseinandersetzungen, Konfliktpotenziale und Meinungsverschiedenheiten auftreten, werden bestimmte partnerschaftliche Kompetenzen und Ressourcen, nämlich Selbstkritik, Empathie, Reflexionsfähigkeit, Kompromissbereitschaft, Toleranz und Kommunikation in Anspruch genommen. Aus psychodynamischer Perspektive ist bei diesen Konflikten interessant, die unbewussten Motive, Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen der beiden Partner zu hinterfragen und zu analysieren.

Nach der Kennenlern- und Verliebtheitsphase findet eine tiefgreifende Interaktion zwischen den Partnern statt, wobei die Paare vor der Aufgabe stehen, die Zukunftsperspektive der Partnerschaft zu hinterfragen und eine gemeinsame Antwort darauf zu finden. Dabei handelt es sich um Fragen wie: Wer bin ich als Individuum? Welche Erwartungen habe ich an diese Beziehung? Welche Rolle nehme ich in dieser Beziehung ein? Welche Rollenverteilungen nehme ich in dieser Beziehung wahr? In wieweit bin ich bereit, Verantwortung zu übernehmen?

Im Gegensatz zu einer kurzfristigen Partnerschaft, die sich auf die Gegenwart bezieht, wird die Ehe mit Blick auf eine gemeinsame Zukunft gegründet. In diesem Zusammenhang sei auf folgende Feststellung einiger Familiensoziologen wie auch bei *Nave-Herz* hingewiesen: Trotz der Akzeptanz nichtehelicher Beziehungen lässt sich beobachten, dass, wenn perspektivisch die Bildung einer neuen Kernfamilie angestrebt wird, dies ein Anlass für die Gründung einer ehelichen Partnerschaft ist. Da geht es nicht um das „Hier und Jetzt", sondern um die „Zukunft". Infolgedessen gewinnen Solidarität sowie Verpflichtungen innerhalb der Partnerschaft und gegenüber weiteren Mitgliedern der Familie an Bedeutung für die Entstehung der Partnerschaft.

„Paarentwicklung bedeutet Herausforderung, Verpflichtung und Aufgabe."

Partnersuche und das Führen einer partnerschaftlichen Beziehung stellen einen wichtigen Baustein im Leben eines Individuums dar. Der Schweizer Paartherapeut *Jürg Willi* ist der Auffassung, dass man zur Entfaltung des persönlichen Potenzials einen Partner braucht. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Komponenten für die Aufrechterhaltung eines Paarsystems von großer Bedeutung sind. Das Gelingen einer Paarbeziehung, in der die Auseinandersetzungen ein wichtiger Bestandteil der Partnerschaft sind und mitunter Ängste auslösen, ist davon abhängig, inwieweit beide Partner Entwicklungsbereitschaft und Offenheit zeigen, um Konflikte und Unstimmigkeiten zu verarbeiten, zu überwinden und an ihnen gemeinsam zu wachsen.

Das Kernmerkmal einer stabilen und ausgewogenen Paarbeziehung besteht darin, einerseits auf eigene Bedürfnisse und Wünsche zu achten und sich eigene Grenzen bewusst zu machen, welches *Abgrenzung* vom Partner erfordert. Andererseits beinhaltet es die Bereitschaft, durch Liebe und Mitgefühl dem Partner entgegenzukommen und durch *Hingabe* auf seine Bedürfnisse und Wünsche einzugehen – auch wenn es Kraft und Opfer kostet. Auf dieser Basis wird beidseitig freier Raum für individuelle Bedürfnisse und

Dr. Mohammad Tabatabai

Diplom-Psychologe, geboren in Teheran/Iran. Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP). Tätigkeitsschwerpunkte: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Positive Psychotherapie, Hypnose, interkulturelle Kommunikation sowie Paar- und Familientherapie.

Wünsche zugelassen und klare Grenzen untereinander respektiert. Dabei bleibt die Notwendigkeit, gemeinsame Interessen, Aktivitäten und Wünsche zu definieren, die zur gleichen Zeit als ergänzender wichtiger Bestandteil der Beziehung bestehen. *Hingabe* ohne Wahrnehmung eigener Grenzen führt zur Überforderung. Dagegen benötigt *Abgrenzung* und *Selbstbehauptung* auch *Hingabe*. Eine Balance zwischen diesen beiden Polen ist „die Kunst des Liebens", wie es *Erich Fromm* formuliert: „Die reife Liebe (ist) Eins-Sein unter der Bedingung, die eigene Integrität und Unabhängigkeit zu bewahren, und damit auch die eigene Individualität. Die Liebe des Menschen ist eine aktive Kraft, die die Mauern durchbricht, durch die der Mensch von seinen Mitmenschen getrennt ist, und die ihn mit den anderen vereint. […]. In der Liebe ereignet sich das Paradox, dass zwei Wesen eins werden und doch zwei bleiben". Mit dieser Aussage hebt *Fromm* das Grundprinzip hervor, dass eine stabile und ausgewogene Paarbeziehung Selbstverantwortung und Verantwortung für den anderen verlangt. Auch wenn es nicht immer konfliktfreit sein wird. Um eigene Bedürfnisse muss in der Beziehung gekämpft werden. Sonst besteht die Gefahr einer Überanpassung bzw. Rückzugsstrategie. Bei dieser Art der Überanpassung kann nicht von einer fruchtbaren Beziehung gesprochen werden, auch wenn sie lebenslang funktioniert und von außen als gelungen wahrgenommen wird. Bei solcher Paardynamik wäre es interessant zu beobachten, warum einerseits Überlegenheit und Selbstbehauptung und andererseits starke Hingabe und mangelnde Abgrenzung praktiziert wird. Entscheidend ist es in diesem Zusammenhang, eine Balance zwischen Grundpolaritäten Verbundenheit versus Autonomie, Durchsetzung versus Anpassung und Geben versus Nehmen innerhalb der Paarbeziehung zu schaffen, welche im Sinne von „*Nähe-Distanz-Regulation*" verstanden werden kann.

„Gelungene Partnerschaft erfordert Entwicklungsbereitschaft."

Es gibt eine Reihe von Merkmalen und Strategien, die für die Aufrechterhaltung und Zufriedenheit in der Partnerschaft eine zentrale Rolle spielen. Ein wichtiger Bestandteil ist Kommunikationsfähigkeit und Kommunikationsbereitschaft. *Schneewind* weist darauf hin, dass in einer Reihe von Studien, in denen Paare befragt wurden, welche Strategien sie in krisenhaften Situationen für die Stabilisierung ihrer Beziehung angewandt haben, folgende Verhaltensweisen und Einstellungen genannt wurden: Positivität, offene Kommunikation, Zuneigung, gemeinsame Aktivitäten/Kontakt sowie Aufgabenteilung. In diesem Zusammenhang weist Gottmann darauf hin, dass vier Kommunikationsmuster – die von ihm als vier apokalyptische Reiter bezeichnet werden – wichtige Prädikatoren für die Auflösung einer Partnerschaft sind. Diese vier Muster sind *Kritik, Defensivität, Verächtlichkeit* und *Rückzug*.

Um eine Balance zwischen *Hingabe* und *Abgrenzung* zu gewährleisten, ohne sich selbst zu verlieren bzw. der Tendenz einer egoistischen und selbstbezogenen Abgrenzung vorzubeugen, besteht in der Partnerschaft die Aufgabe, unterschiedliche Denkweisen, Werte, Lebensweisen Alltagsroutinen zu diskutieren bzw. zu definieren. Diese Auseinandersetzungen hören nicht auf und begleiten die Paare lebenslang. Es wird keine Partnerschaft konfliktfrei verlaufen. *Nelson-Jones* hat eine Reihe von Merkmalen aufgelistet, die Stabilität und Kompromissbildung in einer Partnerschaft kennzeichnen. Dazu gehören:

- Verantwortung zeigen
- Achtung zeigen
- innere Verpflichtung zeigen
- fürsorglich sein
- selbstöffnungsbereit sein
- sich sicher fühlen beim Geben und Empfangen von Feedback
- Verstehen zu erkennen geben
- Ärger konstruktiv gebrauchen
- Konflikte gemeinsam regeln
- Zärtlichkeit und Sexualität
- gemeinsame Aktivitäten
- Zeit zusammen verbringen.

Auf der Basis positiver gemeinsamer Erfahrungen und gegenseitiger Wertschätzung kann die *Abgrenzung* im Interesse der eigenen Bedürfnisse vom Partner toleriert werden, wobei manchmal dafür gekämpft werden muss. Entscheidend ist die Wiederholung der Erfahrung, dass jeder der Partner die Bereitschaft zeigt, sich auf die Bedürfnisse und Wünsche des anderen einzulassen und sie mit Respekt behandelt. ■

Literaturhinweise

Nave-Herz, R., 2006 (2. Auflage): Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim: Juventa Verlag

Schneewind, K.A., 2000: Entwicklung von Paarbeziehungen. In: Partnerschaft und Paartherapie. (Hrsg.) Kaiser. Göttingen: Hogrefe

Willi, J., 2006: Was hält Paare zusammen? Reinbek: Rowohlt Verlag

Fromm, E., 1979: Die Kunst des Liebens. Frankfurt a. M.: Ullstein Verlag

Gottmann, J.M., 1994: What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, N.J.: Erlbaum

Nelson-Jones, R., 1990: Human relationship skills. London: Cassell

Frank Mutert

Das „Verzichtsmodell“

Die Möglichkeiten und Chancen des Versorgungsstrukturgesetzes für Praxisinhaber und -suchende

Ein Erfahrungsbericht

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht u.a. vor, dass im Falle der Praxisaufgabe zum einen nahestehende Verwandte des Abgebers, zum anderen aber auch Angestellte bei der Nachfolge besser gestellt werden. Beispielsweise entfällt die Prüfung, ob es ein Nachbesetzungsverfahren geben soll. Stattdessen kann ein Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung gestellt werden. So ist es nun möglich, zu einem bereits vorhandenen Sitz weitere zu erwerben und diese dann, sofern gewünscht, an Angestellte weiter zu geben.

Folgende Szenarien mögen die verschiedenen neuen Möglichkeiten der Praxisübergabe per Verzicht ein wenig verdeutlichen:

Kollegin Frau A. ist bereits mit einem vollen Versorgungsauftrag in einem gesperrten Planungsbezirk niedergelassen.

Szenario 1:

Verzicht zum Zwecke der Anstellung

Sie beschließt, ihre Praxis um einen Sitz zu erweitern, um eine Kollegin anstellen zu können. Sie findet einen abgabewilligen älteren Kollegen, Herrn B., der seinen Kassensitz veräußern möchte. Sie stellt diesen Kollegen in ihrer Praxis an. Der nun angestellte Kollege *verzichtet* (daher auch „Verzichtsmodell“) auf seine Zulassung zum Zwecke der Anstellung zu Gunsten der anstellenden Kollegin. Diese verfügt nun über zwei Zulassungen. Nach einer „angemessenen“ Zeit (ein bis zwei Quartale) scheidet der Kollege vereinbarungsgemäß aus dem Angestelltenverhältnis aus.

„Herr B. verfügt nun über einen eigenen, hälftigen Versorgungsauftrag.“

Dabei steht es den Parteien natürlich auch frei, einen finanziellen Ausgleich für den ausscheidenden Kollegen mit zu vereinbaren. Die Kollegin kann nun eine, zwei oder auch vier Kolleginnen auf dem frei gewordenen Kassensitz (gegebenenfalls anteilig) anstellen.

Szenario 2:

Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung

Kollegin A. will von dem zusätzlich erworbenen Versorgungsauftrag einen halben Kassensitz behalten, um eine Angestellte beschäftigen zu können. Der andere halbe Sitz soll nach Möglichkeit wieder veräußert werden. Frau A. entschließt sich also, einen Käufer für einen halben Kassensitz zu suchen. Nach kurzer Zeit hat sie einen Interessenten, Herrn B., gefunden, mit dem sie zunächst eine hälftige Anstellung für einen „angemessenen“ Zeitraum (wiederum ein bis zwei Quartale) vereinbart. Danach wird ein Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung beim zuständigen Zulassungsausschuss gestellt werden. Nach dessen positiver Bescheidung wird der ehemals angestellte Kollege, Herr B., aus der Praxis ausscheiden. Herr B. verfügt über einen eigenen, hälftigen Versorgungsauftrag.

Szenario 3:

Verzichtsmodell mit dem Ziel einer Berufsausübungsgemeinschaft

Frau A. kennt eine junge Kollegin, Frau D., mit der sie sich eine längerfristige Kooperation inklusive späterer Praxisabgabe vorstellen kann. Um sicher zu gehen, dass das gemeinsame Arbeiten tatsächlich den beidseitigen Vorstellungen entspricht, plant sie zunächst eine Anstellung der Kollegin Frau D. Frau A. stellt einen abgabewilligen Kollegen, nämlich Herrn B., für einen angemessenen Zeitraum an. Dieser verzichtet zugunsten der Anstellung bei Frau A. auf seine Zulassung und scheidet nach Ablauf eines Quartales wieder aus. Frau A. stellt nun Frau D. bei sich an. Will sie dann tatsächlich nach einiger Zeit eine Berufsausübungsgemeinschaft mit Frau D. gründen, stellt sie beim zuständigen Zulassungsausschuss einen Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung. Nach der Zustimmung des Zulassungsausschusses verfügt Frau D. durch diese Umwandlung nun über eine eigene Zulassung. Frau A. und Frau D. können nun eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen.

Meine Erfahrung mit einer Praxisübergabe

Ein Kollege tritt an mich heran, um mich zu fragen, ob ich eine hälftige Zulassung erwerben möchte. Aus verschiedenen Gründen erscheint mir dieses Angebot, zumal als bisher in Privatpraxis niedergelassener Psychotherapeut, durchaus verlockend. Der Kollege ist mit einer abgabewilligen älteren Kollegin in Kontakt, die eine Praxis mit vollem Versorgungsauftrag veräußern möchte. Er selbst hat

Frank Mutert

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in München. Beauftragter des DPtV-Bundesvorstandes für die Belange Neu-Approbierter, Moderator im PiA-Portal und Dozent bei Campus. Ehemaliger Sprecher der bayerischen PiA sowie ehemaliger Sprecher der Bundeskonferenz der PiA.

Verwendung für die eine Hälfte des Kassensitzes und bietet mir die andere an. Über die vertraglichen Modalitäten eines solchen Kaufes werden wir uns schließlich einig.

Der Kollege stellt also zunächst die ältere Kollegin an, die im Gegenzug auf ihre Zulassung verzichtet. Als besonders schwierig erweist sich dabei, die Kollegin für die Anstellung zu begeistern. Sie befürchtet, der ganze Aufwand könne ihr zu groß werden. Schließlich bedeutet ein normales Angestelltenverhältnis sowohl für den anstellenden wie auch die anzustellende Kollegin einen hohen bürokratischen Aufwand. Dieser Aufwand besteht unter anderem:

a. in der notwendigen Genehmigung der Anstellung durch den Zulassungsausschuss,
b. in der notwendigen Raumaufteilung innerhalb der Praxis,
c. der Regelung der Höhe der Lohnzahlung,
d. der Lohnfortzahlung bei Krankheit,
e. dem Abführen der Sozialbeiträge,
f. dem Vereinbaren einer Urlaubsregelung,
g. der Anmeldung der Angestellten bei der Berufsgenossenschaft,
h. dem Erwerb einer Lizenz für das verwendete Abrechnungsprogramm,
i. der Anmeldung und dem Abführen anfallender GEZ-Gebühren,
j. der Regelung der Frage zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse sowie
k. der gesetzlichen Rentenversicherung.
l. Dann bleibt die Frage zu klären, wie viele Stunden die Kollegin als Angestellte denn arbeiten muss, damit die KV das Arbeitsverhältnis auch anerkennt? In diesem Fall stellt sich in Bayern eine 20-stündige Tätigkeit (inklusive aller Nebentätigkeiten) als ausreichend heraus.

Nach einem Quartal scheidet die Kollegin aus dem Angestelltenverhältnis wieder aus. Auf die eine Hälfte des freigewordenen Sitzes werde ich, auf die andere Hälfte eine weitere Kollegin angestellt. Auch in diesen Fällen müssen die oben erwähnten bürokratischen Hürden der Anstellung genommen werden.

Ein Antrag auf Bildung einer Zweigpraxis, die mir erlaubt hätte, in meinen eigenen, bereits vorhandenen Räumlichkeiten als Angestellter zu arbeiten, wird von der KV Bayern abgelehnt. Daher bin ich vom Beginn meiner Anstellung an in zwei Praxen beschäftigt. Meine Privatpraxis führe ich fort und bin zusätzlich an den Abenden in der Praxis meines Kollegen als Angestellter tätig. Hier habe ich das Glück, meine bereits vorhandenen Patienten aus der Kostenerstattung größtenteils in diese Praxis „mitnehmen“ zu können, so dass ich ohne allzu große Schwierigkeiten meine eigenen Patienten versorgen kann und zugleich auf eine angemessene Anzahl von Arbeitsstunden komme.

Bereits nach sechs Wochen angestellter Tätigkeit wird dann von uns der Antrag auf Umwandlung der Anstellung in eine (Teil-)Zulassung gestellt. In der darauffolgenden Sitzung des Zulassungsausschusses wird diesem Antrag, da keine Gründe entgegenstehen, entsprochen. Mit Wirkung zum 1.1.2013 nehme ich nun an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die Besonderheit dieses Vorgehens besteht darin, dass der Sitz nicht zur Nachfolge ausgeschrieben wurde und es somit auch keine anderen Bewerber gab. Dementsprechend war auch kein Widerspruch bzw. Klage gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses mir den Sitz zuzusprechen, zu befürchten. Statt des normalen Nachbesetzungsverfahrens wurde lediglich ein Antrag auf Umwandlung gestellt, dem, nachdem alle Bedingungen unsererseits erfüllt waren, vom Zulassungsausschuss schließlich entsprochen wurde.

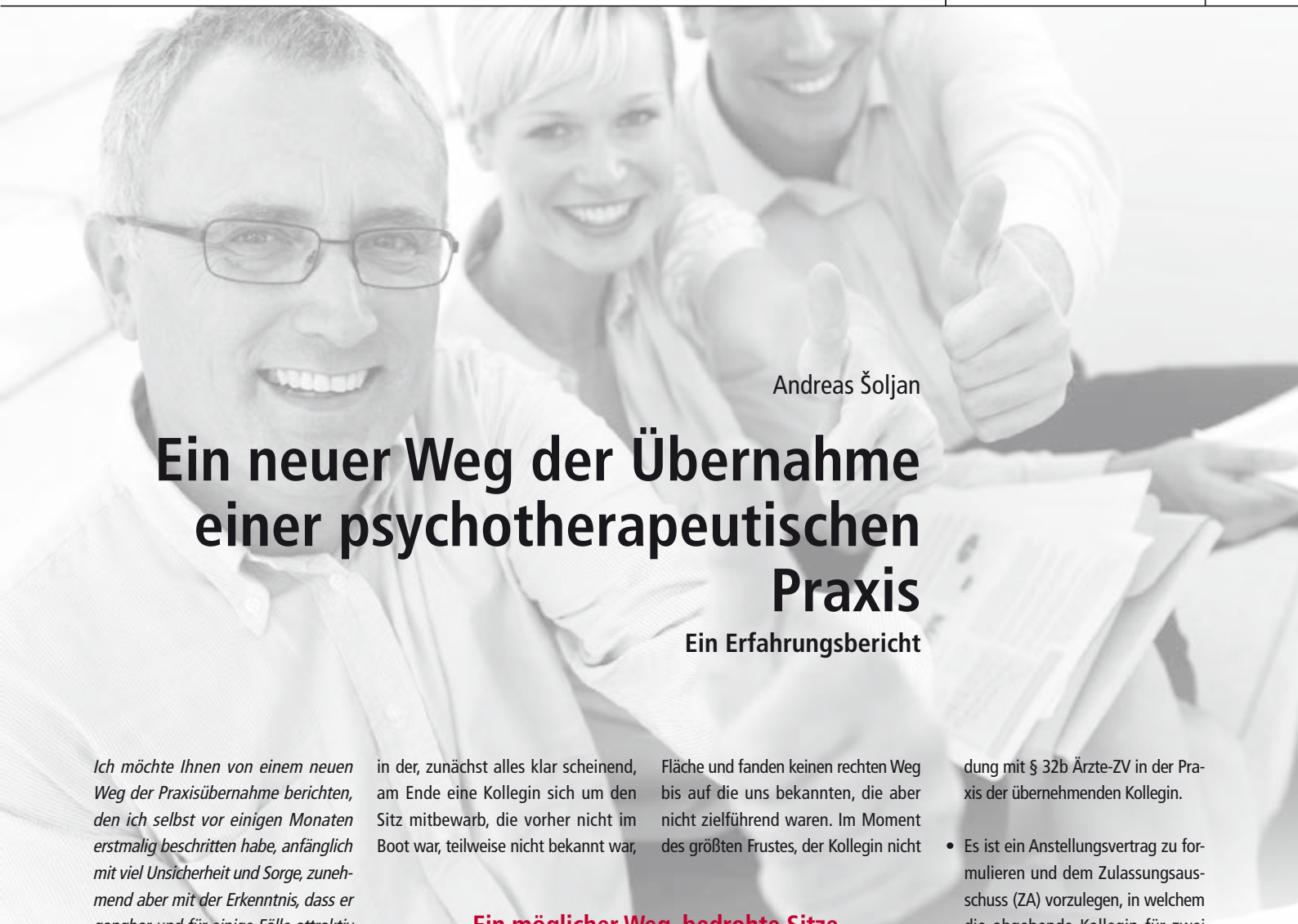
Auch mein sich anschließender Antrag auf Verlegung des Praxissitzes wurde vom Zulassungsausschuss genehmigt, so dass ich nun in meinen eigenen Räumlichkeiten als Vertragspsychotherapeut arbeiten kann.

„Dennoch sollten die Schwierigkeiten eines solchen Vorhabens nicht unterschätzt werden.“

Dennoch sollten die Schwierigkeiten eines solchen Vorhabens nicht unterschätzt werden. Zum einen erfordert es ein hohes Engagement des ursprünglichen Erwerbers, innerhalb eines halben Jahres mehrere Anstellungen vorzunehmen und wieder abzuwickeln. Zum anderen muss in der Praxis des Erwerbers die räumliche Möglichkeit bestehen, einen oder mehrere Angestellte zu beschäftigen.

Zudem fallen nicht unerhebliche Kosten an. Jeder Verwaltungsakt der KV ist kostenpflichtig. Alleine an Gebühren kommen mehrere hundert oder auch tausend Euro zusammen. Soll dann noch die Ausgestaltung der notwendigen Verträge zwischen den Partnern und den Anträgen an die KV durch einen Rechtsanwalt oder die Lohnbuchhaltung durch einen Steuerberater erfolgen, entstehen schnell Kosten in fünfstelliger Höhe!

Andererseits soll dieser Bericht abgabewillige Kolleginnen und Kollegen ermutigen, neue Wege zu suchen und auch zu beschreiten, um ihre Praxis auch in Zeiten einer Gefahr der Stilllegung durch die KV sicher an eine/n (Wunsch-)NachfolgerIn übergeben zu können. ■



Andreas Šoljan

Ein neuer Weg der Übernahme einer psychotherapeutischen Praxis

Ein Erfahrungsbericht

Ich möchte Ihnen von einem neuen Weg der Praxisübernahme berichten, den ich selbst vor einigen Monaten erstmalig beschritten habe, anfänglich mit viel Unsicherheit und Sorge, zunehmend aber mit der Erkenntnis, dass er gangbar und für einige Fälle attraktiv ist.

Durch das geänderte Vertragsarztrecht gibt es seit einigen Jahren die Möglichkeit für niedergelassene Kolleginnen, sich einen *weiteren* Sitz zu kaufen, diesen an die bestehende Zulassung anzuheften und auf diesem angehefteten (neuen) Arzt-Sitz Kolleginnen und Kollegen anzustellen.

Wie und warum hat sich mir dieser Weg erschlossen?

Als Obmann der Düsseldorfer Psychotherapeuten mehrten sich bei den Beratungstelefonaten der letzten Zeit die Fälle, in denen in Einzelfällen lebensbedrohlich erkrankte Kolleginnen und Kollegen ihre Sitze aus den unterschiedlichsten Gründen nicht problemlos weitergeben konnten.

Mal waren es die Verfahrensbesonderheiten in der laufenden Ausschreibung, in der, zunächst alles klar scheinend, am Ende eine Kollegin sich um den Sitz mitbewarb, die vorher nicht im Boot war, teilweise nicht bekannt war, es keine Vorgespräche gegeben hatte. Oft wurde die Ausschreibung zurückgezogen, nach einigen Wochen wieder aufgenommen und wieder erfolglos zurückgezogen.

„Ein möglicher Weg, bedrohte Sitze zu retten."

In anderen Fällen gab es potente Kaufinteressenten (oft mit Unternehmenscharakter), an welche die Kolleginnen ihren Sitz nicht weitergeben wollten. In wieder anderen Fällen (wie auch in dem hier geschilderten) wurden durch die lange Zeit der Nichtausübung des Sitzes (Krankheit seit mehreren Quartalen) nur noch wenige Leistungen erbracht.

Der mich bewegende Fall ist der einer krebskranken Kollegin, die im Rahmen der Erkrankung mit zunehmenden Beeinträchtigungen überfordert war und nach einer Möglichkeit der Sitzweitergabe trotz geringem Volumen fragte. Wir beratschlagten kollegial in breiter Fläche und fanden keinen rechten Weg bis auf die uns bekannten, die aber nicht zielführend waren. Im Moment des größten Frustes, der Kollegin nicht behilflich sein zu können, befragte ich einen im Medizinrecht bewanderten Rechtsanwalt nach seiner Ansicht und hörte von ihm, dass ein gangbarer Weg darin bestehe, dass ein niedergelassener Kollege den Sitz der Kollegin übernehme. Im weiteren Gespräch klärte mich der Rechtsanwalt über die grundlegenden Modalitäten auf:

- Voraussetzungen: Die abgebende Kollegin hat einen Sitz und die übernehmende Kollegin hat ebenfalls einen eigenen Sitz.
- Es wird ein Übernahmevertrag gestaltet, in dem die rechtlichen Regularien verankert sind, die im Wesentlichen klarstellen, dass die *abgebende* Kollegin den Sitz zu einer festen Summe verkauft unter der Regelung der späteren Anstellung der Kollegin gemäß § 95 Abs. 9 SGB V in Verbindung mit § 32b Ärzte-ZV in der Praxis der übernehmenden Kollegin.
- Es ist ein Anstellungsvertrag zu formulieren und dem Zulassungsausschuss (ZA) vorzulegen, in welchem die abgebende Kollegin für zwei Quartale vollschichtig sozialversicherungspflichtig angestellt wird.
- Je nach Zulassungsausschuss, sind unterschiedlich hohe Verwaltungsgebühren zu entrichten (in Nordrhein 200 €).
- Des Weiteren sind einige Formblätter auszufüllen, die den Internet-Seiten der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu entnehmen sind.

Wird dies alles dem Zulassungsausschuss samt einem formlosen Begleitschreiben beigebracht, steht die Finanzierung, wird über den Antrag positiv beschieden und nach einer Widerspruchsfrist von 4 Wochen, in der aber niemand wirklich und substanziell widersprechen kann (es gibt ja keine weiteren Beteiligten), ist der Übertrag des Sitzes erfolgt.

Dr. Andreas Šoljan

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Düsseldorf. Supervisor/Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Analytische Psychotherapie. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes Nordrhein, Delegierter der Psychotherapeutenkammer NRW.

- Ab dem Spruch des Zulassungsausschusses arbeitet die abgebende Kollegin mit eigener LANR auf der BSNR der aufnehmenden Kollegin auf deren KV-Konto.
- Abrechnungen mit der KV erfolgen über die Abrechnung der übernehmenden Kollegin.
- Die abgebende Kollegin ist ja nun bei der übernehmenden Kollegin angestellt und darf im Regelfall aus Privattherapien keine eigenen Verdienste mehr generieren, da hier Scheinselbständigkeit droht (s.u.).
- Nach vollendeten sechs Monaten Beschäftigungszeit wird dem Zulassungsausschuss gegebenenfalls das Ausscheiden der Kollegin mitgeteilt.

Nun fragen Sie sich wahrscheinlich nach dem Zweck und Sinn dieser Übung. Aber lesen Sie bitte ein paar Zeilen weiter.

Der angeheftete Arztsitz ist nun frei für die Anstellung z.B. von jungen Kolleginnen und Kollegen, die als Grundvoraussetzung den Eintrag ins Arzt-/Psychotherapeutenregister der KV beizubringen haben. Auf dem Sitz steht eine zu verteilende Wochenstunden-Arbeitszeit von 40 Stunden an. Sie können diese Zeit nach geltendem Recht in Ihren Möglichkeiten der Anstellung als Volltagsstelle (40 Stunden/Woche) besetzen, aber auch als Halbtagsstelle (2 x 20 Stunden/Woche) oder als Viertelstelle (4 x 10 Stunden/Woche) nutzen und entsprechend nach Kolleginnen suchen. Es gingen auch 10 und 30 Stunden. 15 Stunden gelten nach dieser Logik aber als 20 Stunden Arbeitszeit/Woche. Das nur zur Information.

Charmant an diesen Möglichkeiten ist der weitergedachte Ablauf. Eine Variante: Sie finden als kaufende Praxis eventuell Kolleginnen, denen die Anstellungssituation gefällt und die sich einfach nur über einen neuen Job freuen.

Sie können aber auch überlegen, die angestellten Kolleginnen nach einer gewissen Zeit mit dem halben (Anmerkung: ein viertel Sitz gibt es in der Bedarfsplanung nicht) oder mit dem ganzen Sitz gehen zu lassen. Sie heften dafür den angehefteten Sitz wieder ab und überlassen ihn, nach entsprechendem Kaufvertrag und der Meldung an den Zulassungsausschuss Psychotherapie Ihrer zuständigen KV, der ehemals angestellten Kollegin.

Die rechtliche Möglichkeit dazu besteht auch im Rahmen des neuen Versorgungsstrukturgesetzes (VStG). Und ab diesem Moment hätten Sie selbst wieder den eigenen Sitz, die Kolleginnen hätten ohne weitere Probleme mit den Zulassungsausschüssen ihre Sitze oder Sitzteile nun als eigene Sitze.

Lohnt sich das für die älteren Kolleginnen und Kollegen?

Das geschilderte Verfahren ist einfacher als gedacht und kennt weniger Stolpersteine, gerade bei der neuen rechtlichen Situation (VStG), als die aktuelle Ausschreibungspraxis.

Es ist ohne Weiteres möglich, für alle teilnehmenden Personen eine zufriedenstellende Lösung zu gestalten. Dabei gehen Sie selbst als übernehmender Teil ein unternehmerisches Risiko ein und sollten diesen Tatbestand bei der Kalkulation berücksichtigen.

Die Anstellungsgehälter sollten die Kolleginnen und Kollegen zufriedenstellen. Auch hier haben Sie manche Optionen, da Sie neben der Gehaltshöhe auch variable Bestandteile in den Vertrag schreiben dürfen, so dass neben der Grundleistung des Gehalts die mehr arbeiten wollenden Kolleginnen (mehr gilt hier bei den privaten Patienten; die Menge der GKV-Patienten ist zur Zeit ja noch begrenzt) noch eine versteuerte Sondervergütung in jedem Quartal erhalten.

Berufspolitisch kann man ein derartiges Konstrukt auch gut argumentieren, da bei zwei halbangestellten Kolleginnen oder Kollegen der angeheftete Sitz mit großer Wahrscheinlichkeit stärker ausgeschöpft wird als in einer normalen Einzelpraxis. Gleiches sehen wir ja schon aktuell bei den halben Sitzen.

In den nächsten Monaten ist zu prüfen, wie die Honorarverhandlungen weitergehen, ob es tatsächlich den offenen Himmel über Psychotherapiesitzen gibt und ob dies auch für halbe Sitze gilt. Wäre dies der Fall, könnten die angestellten Kolleginnen und Kollegen die Leistungen ausweiten und, je nach eigenem Gusto, die Arbeits- und Lebensmöglichkeiten frei gestalten.

Eine kritische Anmerkung

Gerade junge Kolleginnen und Kollegen könnten nun denken, dass die bereits mit Sitz arbeitenden Kolleginnen und Kollegen den Jungen die Sitze wegschnappen. Dies war und ist nicht meine Intention, da der Sitz in vorliegendem Fall nicht mehr weitergegeben worden wäre (Sechs Quartale ohne nennenswerte Leistungen) und ich die Option anstoßen möchte, in derartigen Fällen diese Form der Übernahme anzudenken (keine regelhafte Ausschreibung). Sehen wir in den nächsten Monaten und Jahren, dass Zulassungsausschüsse sich gegen die Weitergabe ausgeschriebener Sitze wenden, hätten wir als Berufsstand mit diesem Modus eine denkbare Alternative.

Fazit

Die abgebende Kollegin ist froh, ihre Zulassung so relativ komplikationslos weitergegeben zu haben. Seit einigen Monaten sind zwei junge Kolleginnen mit halber Stelle auf dem Angestelltensitz in der Praxis. Sie freuen sich über die Arbeitsmöglichkeiten, ich freue mich über die Kolleginnen, die frischen Wind in die Praxis bringen und wir werden gemeinsam schauen, was die weitere Zukunft uns allen bringt.

Die Zukunft

Die DPtV wird auf Landes- und Bundesebene in den nächsten Monaten und Jahren dieses Thema immer wieder aufgreifen. Wenn Sie Interesse haben, besuchen Sie bitte eine der Veranstaltungen der DPtV oder wenden Sie sich gerne an den Verfasser des Artikels.

Da ich selbst kein Rechtsanwalt bin, sind alle genannten Gesetze und gesetzlichen Regelungen oder untergesetzlichen Normen von mir nach bestem Wissen dargestellt. Ich übernehme aber keine Gewähr und ersetze keinesfalls einen Rechtsbeistand. ■

Dieter Best

Wie rechnet man Leistungen in der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V ab?

Für gesetzlich Versicherte, die keinen Psychotherapieplatz in zumutbarer Zeit finden können, besteht die Möglichkeit, eine Psychotherapie im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V bei approbierten Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen, die über die sozial- und berufsrechtlich geforderte Qualifikation, jedoch über keine Kassenzulassung verfügen. Dieser Beitrag behandelt Probleme in der Abrechnung und schlägt Lösungen vor.

Die gesetzliche Vorschrift des § 13 Abs. 3 SGB V lautet:

> „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war…."

Behandlungen nach § 13 Abs. 3 sind keine Vertragsbehandlungen wie die über die KVen abgerechneten Leistungen, sondern Privatbehandlungen, deren Abrechnung sich nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP[1]) richtet:

> **Gebührenordnung für Psychotherapeuten**
> Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9.2.1996 (BGBI. I S. 210), geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBI. I S. 2626), soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist (§ 1 Abs. 1).

Die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gesetzlich Versicherter nach der GOP ist für die Krankenkassen gleichermaßen wie für die Psychotherapeuten problematisch. Die GOP/GOÄ ist den Krankenkassen im Gegensatz zum EBM kaum geläufig, sie ist völlig veraltet und sowohl in den Leistungsbeschreibungen als auch in den Bewertungen kaum mit dem EBM kompatibel.

Einige Beispiele:

Die GOP kennt im Gegensatz zum EBM nur Therapiesitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer. Sollen Doppel- oder Mehrfachsitzungen abgerechnet werden, kann nur eine Einheit von mindestens 50 Minuten berechnet werden.

Die GOP/GOÄ kennt keine Kleingruppen für Verhaltenstherapie.

Testverfahren sind nach der GOP nur sehr eingeschränkt berechenbar. Werden z.B. an einem Termin zwei Intelligenztests durchgeführt, kann „insgesamt" nur ein Test berechnet werden und dies gemäß der allgemeinen Bestimmung A („Gebühren in besonderen Fällen") auch nur mit dem reduzierten Steigerungssatz von 1,8.

Der EBM ist der differenziertere und modernere Leistungskatalog. Andererseits lässt die GOP bei den Psychotherapiesitzungen Honorare zu, die im Durchschnitt etwa 15% über den Honoraren nach dem EBM liegen, wenn man einen Steigerungssatz von 2,3 anwendet[2]. Bei Steigerungsätzen zwischen dem 2,3-fachen und dem 3,5-fachen, die mit besonderer Begründung in der Rechnung geltend gemacht werden können, sind die Unterschiede entsprechend größer. Allerdings weigern sich Krankenkassen oft, Leistungen zu erstatten, die über den KV-üblichen Honoraren gemäß EBM liegen. Dies widerspricht der Bestimmung in § 13 Abs. 3 SGB V, wonach die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten sind:

> „Eine generelle Begrenzung der Erstattung durch die Krankenkasse auf die von ihr sonst im Rahmen der Gesamtvergütung zu leistenden Beträge ist damit nicht zu vereinbaren; dies hat das BSG auch bereits entschieden (BSGE 98, 257, 265 = NZS 2008, S. 368; Az. B 1 KR 18/06 R zur Kostenerstattung bei Auslandsbehandlung). Die Möglichkeit der Begrenzung folgt auch nicht aus dem Satzteil „soweit die Leistung notwendig war". Dieser soll sich zwar nicht nur auf den Anspruchs-

1 Die GOP entspricht der GOÄ in den für Psychotherapeuten relevanten Abschnitten B und G. Siehe auch: Best, D.: Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), Deutscher Ärzteverlag Köln, 2. Aufl. 2008

2 Best, D. und Ufer, T.: Der Umgang mit den Steigerungssätzen in der GOÄ, zum Download im Mitgliederbereich der Internetseiten der DPtV.

grund, sondern auch auf die Anspruchshöhe beziehen. Der Zweck des Erstattungsanspruchs besteht aber gerade darin, die Versicherten von den Aufwendungen freizustellen, die ihnen speziell wegen nicht rechtzeitiger oder zu Unrecht abgelehnter Leistungen entstanden sind. Wenn der Versicherte einen Behandler auf der Grundlage des § 13 Abs. 3 zur Selbstbeschaffung in Anspruch nimmt, tritt er als Privatpatient auf, weshalb gemäß § 9 PsychThG i.V.m. der GOP auch eine Bindung an die Mindestgebührensätze nach der GOP besteht respektive der 2,3-fache Satz bei Fällen ohne gesondert zu begründende besondere Schwierigkeiten generell abrechnungsfähig ist. Dieser Satz ist also auch Grundlage der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V." (Auszug aus einer Stellungnahme des Justitiars der DPtV, RA Dr. Plantholz).

Bleibt dem Patienten eine Zuzahlung, könnte er zwar gegen seine Krankenkasse auf Erstattung der vollen Höhe des Rechnungsbetrages klagen. Die meisten Patienten werden aber kaum bereit sein, dies auf sich zu nehmen. Auch kann man von einer Belastung des Psychotherapeut/in-Patient/in-Verhältnisses ausgehen, wenn Patienten nur deshalb eine Zuzahlung leisten müssen, weil kein Therapieplatz bei einem Vertragspsychotherapeuten in zumutbarer Zeit gefunden werden konnte. Wer als Psychotherapeut/in nach der GOP und mit den dort erlaubten Steigerungssätzen abrechnen will, sollte deshalb die Konsequenzen vorab mit dem Patienten klären, so dass dieser seinerseits die Chance hat, bei seiner Krankenkasse die Höhe der Erstattung zu vereinbaren.

Einen weiteren Grund, sich eher an den EBM-Honoraren zu orientieren, nennt RA Dr. Plantholz:

„Unabhängig von der – meine ich – klaren Rechtslage sollte bedacht werden, dass Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V eine Ausnahme zum Sachleistungsprinzip ist. Da die Voraussetzungen für die Unaufschiebbarkeit einer Leistung und die daraus folgende Berechtigung zur Selbstbeschaffung einzelfallabhängig und – wie wir schon gemeinsam festgestellt haben – in der Kasuistik alles andere als klar sind, muss bedacht werden, dass die Durchsetzung der rechtlich klaren Position dauerhaft dazu führen kann, dass sich Versicherte vermehrt über die Anspruchsvoraussetzungen nach § 13 Abs. 3 – Rechtzeitigkeit, Unaufschiebbarkeit – streiten müssen."

Gibt man sich als Psychotherapeut mit den Honoraren nach dem EBM[3] zufrieden, ist die Frage, ob sich die Rechnung nach den Leistungsbeschreibungen der GOP/GOÄ richten soll oder nach den Leistungen des EBM. Wenn einerseits die Krankenkassen eine Orientierung am EBM fordern, andererseits sich eine Privatrechnung grundsätzlich an der GOP (§ 12) orientieren muss, bleibt als Kompromiss, sich zwar am EBM zu orientieren, die jeder Leistung entsprechende GOP-Nummer aber mit aufzuführen.

Weil sich die Leistungen im EBM und in der GOP nur in den seltensten Fällen genau entsprechen[4], ist dies kein einfaches Unterfangen. Es besteht jedoch nach § 6 Abs. 2 der GOÄ die Möglichkeit, GOP-Leistungen, die keine exakte Entsprechung im EBM haben, als „Analogleistungen" zu kennzeichnen.[5] Eine EBM-GOP-Zuordnung der Leistungen stellt die DPtV ihren Mitgliedern zum Download auf ihren Internetseiten zur Verfügung.

Wesentlich problematischer, bei einigen Leistungen sogar ausgeschlossen, ist eine Zuordnung der Steigerungssätze der GOP zu den EBM-Bewertungen. Zwar ist nach § 12 Abs. 2 der GOÄ „insbesondere" auch der jeweilige Betrag und der Steigerungssatz zu benennen, wie verhält es sich jedoch, wenn Steigerungssätze resultieren, die geringer als 1,0 sind (was nicht erlaubt ist) oder größer als das 3,5-Fache (was in der Regel zu großen Abrechnungsproblemen führt).

„Die GOP/GOÄ ist den Krankenkassen im Gegensatz zum EBM kaum geläufig, sie ist völlig veraltet und sowohl in den Leistungsbeschreibungen als auch in den Bewertungen kaum mit dem EBM kompatibel."

Beispiele:

Der Besuch eines Patienten in der Behandlungsumgebung nach der EBM-Nr. 01410 ergibt nach dem EBM ein Honorar von 15,56 €, nach der GOP (Nr. 50) 18,65 €. Der „Steigerungsfaktor" wäre 0,83.

Bei einer Kleingruppe Verhaltenstherapie von mindestens 50 Minuten Dauer beträgt das Honorar pro Teilnehmer/in nach der EBM-Nr. 35222 40,67 €, nach der GOP-Nr. 871 nur 8,74 €. Dies liegt u.a. daran, dass sich die GOP-Leistung je Teilnehmer/in auf eine Gruppengröße von bis zu 8 Personen bezieht, die EBM-Leistung jedoch auf eine Gruppengröße von bis zu 4 Teilnehmer/innen. Der Steigerungsfaktor von 4,65 würde eine gesonderte Honorarvereinbarung nach § 2 der GOÄ erfordern.

Weil bei gut einem Drittel der dem EBM entsprechenden GOP-Leistungen Steigerungsfaktoren außerhalb des unproblematischen Rahmens zwischen dem 1,0-Fachen und dem 2,3-Fachen liegen, wird hier vorgeschlagen, in der Rechnung auf die Nennung der Steigerungsfaktoren zu verzichten, um so die zahlreichen Abrechnungsprobleme zu umgehen, die allein der geringen Übereinstimmung der beiden Gebührenordnungen geschuldet sind. Wer es dennoch ganz exakt haben will, sei auf eine weitere Tabelle im Mitgliederbereich der Internetseiten der DPtV verwiesen (unter „Kostenerstattung"/ „Umrechnung EBM in GOP").

In der nachfolgenden Tabelle sind Beispiele für Entsprechungen aufgelistet. Die Grundpauschalen 23210 bis

3 Das Honorar ist das Produkt von EBM-Punktzahl und Punktwert. Bei den genehmigungspflichtigen Leistungen entspricht der Punktwert dem bundesweit einheitlichen Orientierungswert von derzeit 3,5363 Cent, was ein Honorar von 81,87 € je Sitzung Psychotherapie ergibt.

4 Z.B. sind allein schon die Höchstteilnehmerzahlen und Mindestdauern bei gruppentherapeutischen Leistungen unterschiedlich.

5 Best, D.: Schwierigkeiten mit der Analogabrechnung in der GOP, zum Download im Mitgliederbereich der Internetseiten der DPtV.

23212, die Leistungen wie konsiliarische Erörterungen oder Berichte an den Hausarzt enthalten, haben keine direkte Entsprechung in der GOP. Die Zuordnung von GOP-Nummern hängt demnach davon ab, welche konkrete Leistung mit der Grundpauschale abgedeckt werden soll. Es sind dies: Erster persönlicher Arzt-Patientenkontakt im Quartal, Beratung und Behandlung von bis zu 10 Minuten Dauer, Berichte an den Hausarzt. Die EBM-Honorare in der letzten Spalte sind auf der Grundlage des Orientierungswertes 2013 berechnet.[6] Aufgrund mengenbegrenzender Regelungen von Honorarverteilungsmaßstäben ist es wahrscheinlich, dass die Punktwerte für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen unter den Orientierungswert sinken. Weil immer erst im Nachhinein bekannt wird, wie hoch diese Punktwerte in Abhängigkeit vom Abrechnungsvolumen tatsächlich waren, empfehlen wir den Psychotherapeuten, die auf der Grundlage des §13 Abs. 3 abrechnen, bei ihren Honoraren den Orientierungswert zugrunde zu legen.

In der Privatbehandlung besteht ein Rechtsverhältnis nur zwischen Psychotherapeut/in und Patient/in und nicht auch zwischen Psychotherapeut/in und Krankenkasse. Psychotherapeuten im Kostenerstattungsverfahren richten die Rechnung direkt an die Patienten, diese überweisen den Rechnungsbetrag und reichen die Rechnung bei der Krankenkasse ein. Der Patient schuldet dem Psychotherapeuten also direkt dessen Honorar, ungeachtet ob und ggf. in welcher Höhe der Kostenträger die Kosten übernimmt. Es ist jedoch dringend zu empfehlen, die Antrags- und Abrechnungsprozedur vorab mit dem Patienten zu klären, der sich wiederum bei seiner Krankenkasse vergewissern sollte, ob und in welcher Höhe sie die Kosten übernimmt.

Oftmals wird mit einer Abtretungserklärung[7] zwischen Patient/in, Psychotherapeut/in und Krankenkasse vereinbart, dass der Psychotherapeut bzw. die Psychotherapeutin der Krankenkasse gegenüber die Rechnung stellt, die dann den Rechnungsbetrag direkt an ihren Versicherten überweist. Weder Krankenkasse noch Psychotherapeut sind jedoch verpflichtet, einer Abtretung zuzustimmen; rechtlich ist die Abtretungsfähigkeit von Kostenerstattungsansprüchen umstritten. Die DPtV hält entsprechende Musterschreiben und Formblätter im mitgliederinternen Internetbereich bereit. Findet der Rechnungsverkehr zwischen Psychotherapeut und Patient statt, sind eventuell notwendige Mahnungen direkt an den Patienten zu richten. Richtet sich die Rechnung direkt an die Krankenkasse, ist gegebenenfalls mit längeren Zahlungsabständen zu rechnen. Bei Zweifeln, ob die Rechnung „angekommen" ist, hat es sich bewährt, bei der Krankenkasse telefonisch oder per E-Mail nachzufragen.

„Der Patient schuldet dem Psychotherapeuten also direkt dessen Honorar, ungeachtet ob und gegebenenfalls in welcher Höhe der Kostenträger die Kosten übernimmt."

Wenn eine Krankenkasse nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet, gibt es zunächst für den Versicherten die Möglichkeit, dagegen in angemessener Weise Widerspruch einzulegen,

6 Die tatsächlich von den KVen erstatteten Beträge für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen, die zukünftig – wenn die regionalen Vertragspartner der Empfehlung des Bewertungsausschusses folgen und diese Leistungen extrabudgetär vergüten – richten sich nach dem Honorarverteilungsmaßstab.

7 Wie Psychotherapeuten berichten, akzeptieren Krankenkassen oft auch ohne Abtretungserklärung die direkte Rechnungsstellung an sie.

Beispiele für die Umrechnung von EBM-Honoraren in GOP-Steigerungssätze[1]

EBM-Nr.	Bezeichnung im EBM	Entsprechende Nr. in der GOP	Bezeichnung der GOP-Nr.	Euro-Betrag nach EBM
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	analog Zuschlag B	Zuschlag B[2]	19,63
23211	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	analog 1, 3[3], 60[4], 70, 75	siehe Legenden der entsprechenden GOP-Nummern	12,02
23220	Psychotherapeutisches Gespräch, mind. 10 Min. (bei zweimaligem Ansatz)	analog 849 (jedoch nur bei zweimaligem Ansatz der 23220	Psychotherapeutische Behandlung, mind. 20 Min.	21,58
35140	Biografische Anamnese	analog 860	Erhebung einer biografischen Anamnese	49,33
35150	Probatorische Sitzung (VT)	analog 870	VT	62,06
	Probatorische Sitzung (TP)	analog 861	TP	62,06
	Probatorische Sitzung (AP)	analog 863	AP	62,06
35200	TP, Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung	861	TP, Einzelbehandlung	81,87
35222	VT, Kurzzeittherapie, kleine Gruppe, mind. 50 Min.	analog 871	VT, Gruppe, mind. 50 Min.	40,67
35300	Standardisierte Tests, je 5 Min.	analog 857	Orientierende Testuntersuchung, insges.	2,83

[1] Auf Grundlage des für 2013 geltenden Orientierungswertes von 0,035363 Euro.
[2] Für Inanspruchnahmen zur „Unzeit" sieht die GOP eigene Zuschlagsnummern vor, die je nach Zeitpunkt gestaffelt sind.
[3] GOP-Nr. 3: Eingehende Beratung von mind. 10 Minuten Dauer
[4] GOP-Nr. 60: Konsiliarische Erörterung zwischen zwei Ärzten/Psychotherapeuten

Dieter Best

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

in dem erläutert wird, dass die Krankenkasse erstens nach § 13 Abs. 3 die Rechnung in der entstandenen Höhe zu erstatten hat und zweitens, dass die in der Rechnung aufgeführten Leistungen tatsächlich entstanden sind. Gegebenenfalls sollte dies näher begründet werden.

Lässt sich jedoch bezüglich einer Streichung von Rechnungspositionen mit der Krankenkasse keine Einigung erzielen und verzichtet der Psychotherapeut, vom Patienten den vollen Rechnungsbetrag zu verlangen, wozu er berechtigt wäre, sollte der Psychotherapeut dies in seinen Steuerunterlagen dokumentieren, z.B. durch eine Kopie des Kontoauszugs. Damit kann er im Zweifelsfall nachweisen, dass er nicht etwa einen Teil des Rechnungsbetrags gegenüber dem Finanzamt unterschlagen hat.

Die Rechnung muss außerdem aus steuerrechtlichen Gründen die Steuernummer enthalten. Es wird keine Umsatzsteuer erhoben, da die Leistungen nach § 4 Nr. 14 des Umsatzsteuergesetzes umsatzsteuerbefreite Heilbehandlungen sind. Die Angabe einer fortlaufenden Nummerierung der Rechnung, die sie einwandfrei identifizierbar macht, ist eine *umsatzsteuerliche* Pflicht. Da Rechnungen über Heilkundehandlungen umsatzsteuerbefreit sind, *kann* auf die fortlaufende Nummer verzichtet werden, es ist dann aber ein entsprechender Vermerk notwendig (z.B.: „die Leistungen auf dieser Rechnung sind umsatzsteuerfrei").

Die Angabe der Diagnose ist zwar gemäß GOÄ nicht verpflichtend, es empfiehlt sich jedoch, wenigstens die ICD-Kodierung anzugeben, da die gesetzlichen Krankenkassen sonst keine Kostenerstattung vornehmen dürfen. Außerdem empfiehlt es sich, das Datum des (frei zu wählenden) Zahlungszieles anzugeben (z.B. vier Wochen nach Rechnungsdatum) und die Rechnung sollte mit einem Praxisstempel versehen und unterschrieben sein.

Sollte ein Ausfallhonorar für nicht rechtzeitig abgesagte Termine anfallen, so sollte dies mit einer eigenen Rechnung erhoben werden. Ausfallhonorare werden auf der Rechtgrundlage des BGB erhoben und nicht auf der Grundlage der GOP oder des EBM. Die Krankenkasse ist für Ausfallhonorare dem Patienten gegenüber demnach auch nicht erstattungspflichtig. Ein Beispiel für eine Rechnung, die den Vorgaben der GOÄ/GOP genügt, befindet sich im Mitgliederbreich der Internetseiten der DPtV. ■

Jetzt bestellbar:

Umgang mit Patientendaten

Auskunftsrechte und -pflichten der Psychotherapeuten

Völlig überarbeitete und aktualisierte Neuauflage!

Das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes hat eine gründliche Überarbeitung und Aktualisierung unserer Informationsbroschüre erforderlich gemacht. Um Sie auf den aktuellen Stand der gesetzlichen Neuregelungen zu bringen, haben wir alle wesentlichen Informationen für Sie zusammengestellt.

Bestellungen ab sofort über unsere Bundesgeschäftsstelle:

DPtV
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
E-Mail: bgst@dptv.de
oder Fax 030 235 009 44

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Berufsverband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin
Fon 030/235 00 90 • Fax 030/23 50 09 44
bgst@dptv.de • www.dptv.de

Information: Das Patientenrechtegesetz
Auswirkungen auf die psychotherapeutische Berufstätigkeit

Stand: März 2013

Bislang waren die Rechte von Patientinnen und Patienten in einer Vielzahl von Vorschriften in unterschiedlichen Rechtsbereichen geregelt. Das neue Patientenrechtegesetz (PRG), welches am 26.2.2013 in Kraft getreten ist, fasst nun diese Regelungen und neuen Grundsätze der Rechtsprechung erstmals ausdrücklich im neuen Kapitel Behandlungsvertrag BGB (§ 630 a–h) zusammen.

Die im PRG festgeschriebenen Anforderungen geben im Wesentlichen die Regelungen der Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wieder. Einzig Formulierungen einiger Landespsychotherapeutenkammern müssen in wenigen Punkten angeglichen werden.

Die für Psychotherapeuten wichtigsten Neuerungen dieses Gesetzes werden hier kurz zusammengefasst:

Informationspflicht § 630c BGB und Aufklärungspflichten § 630e BGB

Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Wesentliches Instrument hierfür ist die kontinuierliche Information und Aufklärung des Patienten.

Das Patientenrechtegesetz unterscheidet zwischen der **Informationspflicht und der Aufklärungspflicht**. Dabei gibt es allerdings nur einen graduellen Unterschied.

Form und Inhalt der Information

„§ 630c
Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.
(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweiszwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.
(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.
(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat."

Für die Psychotherapie bedeutet dies, dass der Patient vor Einleitung einer Therapie über den Zweck und die Ziele der probatorischen Sitzungen informiert werden sollte, bevor bei Einleitung der Therapie eine umfassende Aufklärung erfolgt.

Neu ist in diesem Zusammenhang die Informationspflicht des Behandlers bezüglich eigener und fremder Behandlungsfehler, wenn der Patient ausdrücklich nach etwaigen Behandlungsfehlern fragt. Sollte ein Psychotherapeut jemals in diese Situation kommen und eigene Behandlungsfehler eingestehen, sei ihm unbedingt empfohlen, unverzüglich nach der Information auch seine Berufshaftpflichtversicherung zu informieren.

Auch Informationen zur Frage der Übernahme der Kosten der Psychotherapie sollten gegeben werden. Das an sich ist nichts Neues, schon bisher geht die Rechtsprechung von einer wirtschaftlichen Aufklärungspflicht aus. Wenn für den Behandler erkennbar ist, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, muss er über diesen Umstand und über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung – schriftlich! – informieren. Die Information sollte zur Patientenakte genommen werden.

Form und Inhalt der Aufklärung

„§ 630e Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.
(2) Die Aufklärung muss
1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung

verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält;

2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann;

3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwider läuft. Absatz 3 gilt entsprechend."

„Eine psychotherapeutische Behandlung ohne Einwilligung ist unzulässig"[1], so die Muster-Berufsordnung der BPtK. Die Aufklärung muss so gestaltet sein, dass der Patient in der Lage ist, sich fundiert für oder gegen eine bestimmte Behandlung entscheiden zu können. Was schon immer galt, ist nun auch ausdrücklich im PRG so geregelt.

Konkret muss eine Aufklärung spätestens bis zur Beantragung einer Psychotherapie erfolgen. Bei erheblichen Änderungen der Art des Behandlungsverlaufs bzw. der Behandlung ist eine erneute Aufklärung vorzunehmen, die Einwilligung erneut einzuholen und dies auch erneut zu dokumentieren.

Die Aufklärung bezieht sich u.a. auf die Diagnose, den psychischen Befund, das Störungskonzept des Therapeuten, die Einschätzung der Prognose, das Risiko der Behandlung und gegebenenfalls alternative Behandlungsmöglichkeiten.

Die Aufklärung des Patienten muss (mit Datum) in der Akte dokumentiert werden. Der Vermerk sollte auch Hinweise des Therapeuten über eventuelle Risiken der Behandlung, Verständnisschwierigkeiten des Patienten usw. enthalten.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gilt die Aufklärungspflicht auch ihnen gegenüber, bzw. ihren gesetzlichen Vertretern gegenüber, wenn die erforderliche Einsichtsfähigkeit noch nicht ausgereift ist. Ansonsten sind keine Extranormen im Gesetz enthalten, es wird auf die gängigen Normen des Familienrechtes verwiesen.

Dokumentationspflicht § 630f BGB

Neben den bestehenden berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Vorschriften zur Dokumentation finden sich im BGB jetzt erstmals präzise Regelungen:

„§ 630f Dokumentation

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

§ 630h Abs. 1

(1) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat."

Umfang der Dokumentation

Schon nach der bisherigen Rechtsprechung galt: Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht, solange nicht das Gegenteil bewiesen werden kann.

Über den Umfang der Dokumentation herrschte bisher Unklarheit, hier sorgt das PRG für Präzisierungen. Es sind nicht nur therapeutische Maßnahmen, sondern auch ihre Wirkungen sowie in jedem Fall auch Einwilligungen und Aufklärungen zu dokumentierten. Die in der Literatur auftauchenden Begriffe zum Inhalt der einzelnen Dokumentationsbestandteile wie „ordnungsgemäß" und „geeignet" sind wenig praktikabel.

Sinnvollerweise sollte sich der Psychotherapeut eine feste Struktur für die Inhalte der Dokumentation geben, die etwa so aussehen kann:

- Anmeldebogen mit Stammdaten, im Falle der Vorsorgebevollmächtigung oder Betreuung auch mit Stammdaten des Betreuers / Vorsorgebevollmächtigten, bei Kindern auch der Sorgeberechtigten
- Untersuchungsbogen mit Angaben zum Grund des Besuchs, Beschwerden, psychischen Befunden (Ergebnis und Auswertung der somatischen Abklärung für die Psychotherapie), Testdiagnostik und Diagnosen
- Biografische Anamnese
- Ätiologisches Störungskonzept, Fallkonzeptualisierung – auch bei Befreiung von der Berichtspflicht an den Gutachter im Rahmen der Kurzzeittherapie
- Planung der Behandlungsziele auch bei Befreiung von der Berichtspflicht an den Gutachter im Rahmen der Kurzzeittherapie
- Vermerk über Aufklärung und Einwilligung
- Vermerk über Informationen zu Kostenübernahme und Ausfallhonorar, gegebenenfalls Therapievertrag
- Gegebenenfalls schriftlichen Kostenvoranschlag, wenn es Anhaltspunkte gibt, dass die Kosten der Therapie nicht oder nicht vollständig durch einen Dritten übernommen werden
- Sitzungsprotokolle zur Dokumentation der Maßnahmen (Ort, Dauer, Datum, Setting), eingesetzte Behandlungsmethode und Ergebnisse, Schwierigkeiten und Krisen im Behandlungsverlauf, in der Sitzung erkennbare psychopathologisch relevante Verhaltensweisen (z.B. Suizidalität, Impulskontrollstörungen), Angaben zur therapeutischen Interaktion (z.B. Motivation, Widerstand)

1 Stellpflug, M. H., Berns, I.: Musterberufsordnung für die Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – Text und Kommentierung. Psychotherapeutenverlag, Heidelberg 2006.

- Gegebenenfalls Arztbriefe, Dokumente Dritter (Vorbehandler)
- Antrags-, Bewilligungs- und Abrechnungsunterlagen.

Bei einer elektronischen Aktenführung/Dokumentation ist sicherzustellen, dass nachträgliche Eintragungen als solche gekennzeichnet werden und die ursprünglichen Eintragungen unverändert erhalten bleiben. Für gewöhnlich sind kommerziell angebotene elektronische Dokumentationsprogramme bereits so eingerichtet.

Einsichtnahme Patientenakte § 630g BGB

Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren. Dies begründet sich nicht nur aus dem verfassungsrechtlich gesicherten Anspruch auf informationelle Selbstbestimmung, sondern ist bereits geltende Rechtsprechung.

„630g Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten."[2]

Dem Wortlaut nach bezieht es sich auf die gesamte Patientenakte (inklusive Fremdbefunde, Klinikberichte) mit der Einschränkung der Kontraindikation für die Einsichtnahme oder des sonstigen erheblichen Grundes. Sind damit subjektive Aufzeichnungen des Psychotherapeuten schützenswert und können aus der Patientenakte entfernt werden?

Nähere Auskunft zur Konkretisierung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs liefert die Gesetzesbegründung:

(Bundestags-Drucksache 17/10488):

„Niederschriften über persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmungen des Behandelnden betreffend die Person des Patienten sind dem Patienten grundsätzlich offen zu legen. Ein begründetes Interesse des Behandelnden an der Nichtoffenbarung solcher Aufzeichnungen ist, in Abwägung zu dem Persönlichkeitsrecht des Patienten, im Regelfall nicht gegeben. Auch hier kommt es aber auf die Umstände im Einzelfall an."

Grundsätzlich also steht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten über dem Persönlichkeitsrecht des Behandlers.

Im Übrigen gilt dies nach einem Urteil des OLG Celle vom 14.1.2013 (Az. 1 U 61/12) auch für Lehranalysen in der psychoanalytischen Ausbildung. Der Analysand hat das Recht auf volle Einsicht in die Aufzeichnungen des Analytikers einschließlich der subjektiven Teile mit Ausnahme der „höchstpersönlichen" Aufzeichnungen. Darunter fasst das Gericht z.B. eigene Assoziationen über Gegenübertragungsprozesse.
Diese Einschätzung entspricht auch der Muster-Berufsordnung der BPtK, hiernach kann die Einsicht in die subjektiven Aufzeichnungen nur dann verweigert werden, wenn dies zu einem Schaden des Patienten, des Therapeuten oder eines Dritten führen würde. Die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern sehen – in enger Anlehnung an die Rechtsprechung – bislang teilweise vor, dass „subjektive Teile" der Aufzeichnungen ohne weitere Bedingungen zurückgehalten werden können. Das ist jetzt sicher nicht mehr so. Wer also subjektive Eindrücke aufzeichnet, muss im Falle des Einsichtsverlangens in die Patientenakte grundsätzlich auch diese Daten mit vorlegen, es sei denn, er kann hinreichend begründen, dass dies für den Patienten kontraindiziert ist oder ihm als Behandler selbst schadet.

Krankenkasse entscheidet nicht rechtzeitig über Psychotherapieantrag

Das PRG stärkt auch die Position der Versicherten, wenn diese eine Leistung beantragen, die genehmigungspflichtig ist. Dies betrifft generell alle Leistungen, dementsprechend auch die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Der neue Absatz § 13 Abs. 3a besagt:

„(3a) Kann eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) eingeholt wird, nicht innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entscheiden, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes nach Satz 1, können Leistungsberechtigte der Krankenkasse eine angemessene Frist für die Entscheidung über den Antrag mit der Erklärung setzen, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe verpflichtet…."

Wenn eine Krankenkasse künftig über einen Antrag auf Psychotherapie (auch im Wege der Kostenerstattung) nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder, wenn der MDK oder eine sonstige begutachtende Stelle beteiligt ist, nach fünf Wochen, entscheidet, muss sie dem Antragsteller den Grund mitteilen. Unterlässt sie dies, so gilt der Antrag als genehmigt. Der Versicherte muss seiner Krankenkasse allerdings eine angemessene Frist setzen. ■

Weiterführende Literatur
Umgang mit Patientendaten, Auskunftsrechte und -pflichten der Psychotherapeuten, Broschüre der DPtV, Aktualisierung 2013

Die DPtV wird ihre Praxismaterialien entsprechend den Vorgaben des PRG aktualisieren. Sie finden die Materialien zur Praxisführung im Mitgliederbereich unserer Homepage www.dptv.de.

2 § 811 BGB beschreibt nur den Ort, an dem die Einsichtnahme angeboten ist; dies ist dort, wo sich die Aufzeichnungen befinden.

Dieter Best

Tipps zur Abrechnung

Im GOÄ-Kommentar von Wezel/Liebold steht, dass die GOP-Nr. 860 nicht neben der niedriger bewerteten Leistung der Nr. 870 abgerechnet werden kann. Bei den Abrechnungsbestimmungen dieser Nummern taucht dieser Ausschluss nicht auf. Was gilt?

„Nicht neben" bedeutet, dass beide aufgeführten Leistungen nicht berechnet werden können, wenn sie im selben Psychotherapeuten-Patienten-Kontakt geleistet worden sind. Wenigstens muss eine fachlich begründete Pause zwischen zwei Leistungen liegen, z. B. wegen Überforderung des Patienten. Bei den Nummern 860 und 870 wird in der GOP dieser Ausschluss aber nicht aufgeführt. Möglicherweise ließen sich die Autoren des Kommentars Wezel/Liebold von dem Gedanken leiten, dass das sogenannte Zielleistungsprinzip verletzt sein könnte, wenn beide Leistungen in direktem zeitlichem Zusammenhang abgerechnet werden. Nach § 4 Abs. 2a der GOÄ darf ein Arzt/Psychotherapeut für eine Leistung, „die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist", keine Gebühr berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dieser auch als „Zielleistungsprinzip" bezeichnete Grundsatz besagt nichts anderes, als dass man Honorar für die gleiche Leistung nicht zweimal berechnen darf und dass, wenn zwei Gebührenordnungsnummern in Frage kommen, jeweils diejenige gewählt werden muss, die höher bewertet ist. Der Leistungsinhalt der beiden Positionen ist jedoch unterschiedlich, so dass man sich mit Recht auf den Standpunkt stellen sollte, dass beide Leistungen nebeneinander berechnet werden können. ■

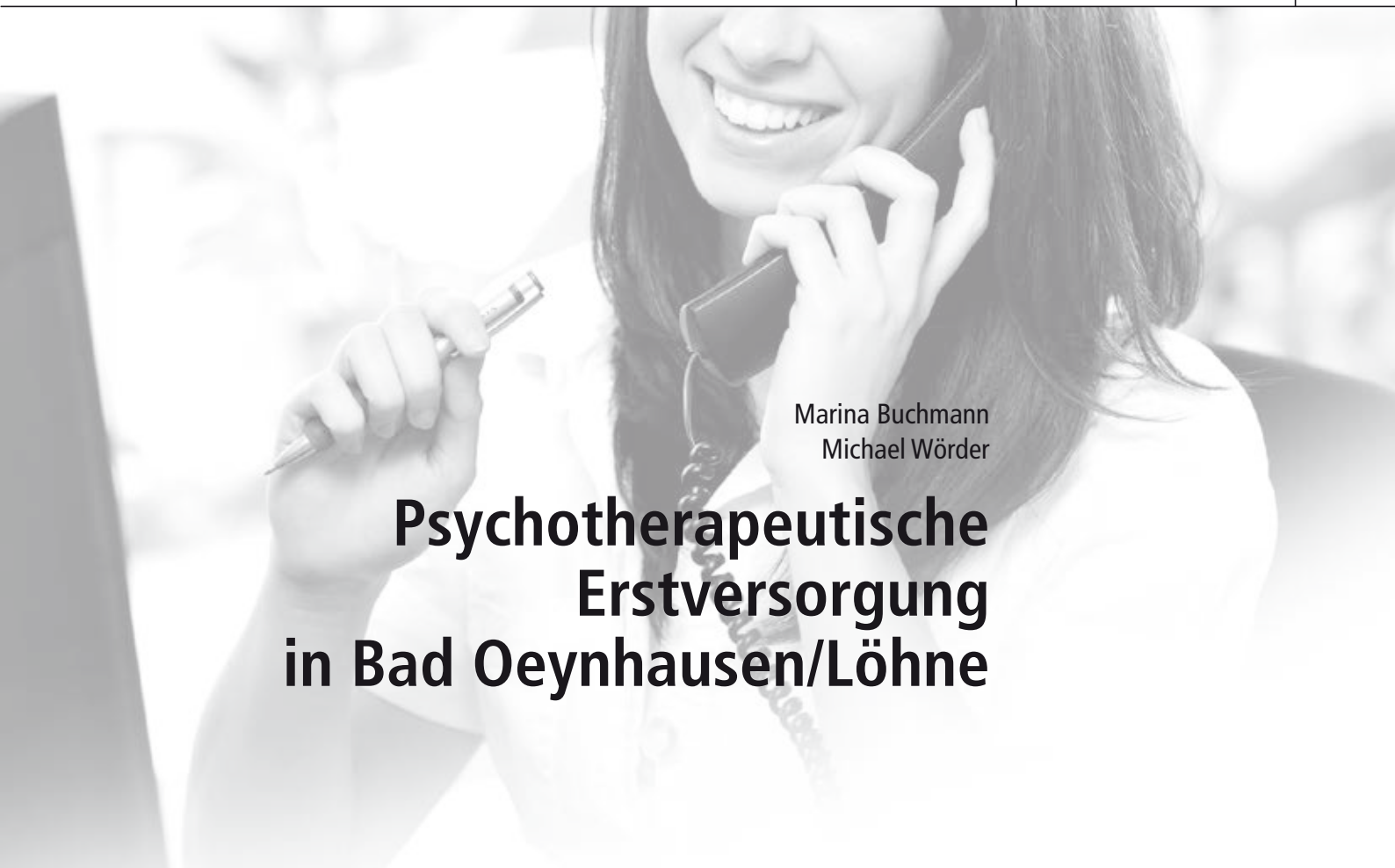
Wann kann ich die vertiefte Exploration nach der EBM-Nr. 35141 abrechnen?

Die vertiefte Exploration zur differentialdiagnostischen Einordnung des Krankheitsbildes als Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 35140 kann notwendig sein, wenn in Zusammenhang mit einem Antragsverfahren festgestellt wird, dass die bisherigen Ergebnisse aus der Erhebung der biografischen Anamnese oder der aktuellen Lebensbedingungen für einen Antrag auf Umwandlung oder Fortführung oder für die Entscheidung, ob die Therapie beendet werden soll, nicht hinreichend sind.

Insofern kann die Leistung nach der Nr. 35141 sowohl vor als auch während einer genehmigten Psychotherapie erbracht werden. Die Kennzeichnung der Leistung als „Zuschlag" zur biografischen Anamnese weist lediglich darauf hin, dass letztere vorausgegangen sein muss. Wird die vertiefte Exploration während einer laufenden Psychotherapie – also in der Regel in größerem zeitlichen Abstand zur biografischen Anamnese – durchgeführt, ist die Kennzeichnung als „Zuschlag" in der Legende irreführend, weil mit dem Begriff ein direkter zeitlicher Zusammenhang beider Leistungen assoziiert wird.

Die inhaltliche Beschränkung der Abrechnung auf ein Antragsverfahren oder die Entscheidung über das Ende der Therapie hebt die Maßgabe „höchstens zweimal im Behandlungsfall" nicht auf. Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 35141 muss nicht gesondert begründet werden. Ein zeitlicher Zusammenhang mit einem Antrag oder einem Ende der Therapie können als hinreichend plausible Gründe für eine vertiefte Exploration gelten. Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 35141 setzt den persönlichen Kontakt mit dem Psychotherapeuten voraus, wobei die Mindestzeit 20 Minuten beträgt.

Eine zweimalige Berechnung der Leistung nach der Nr. 35141 an einem Tag dürfte fachlich kaum begründet sein und dürfte deshalb die Ausnahme darstellen. In diesem Fall müssten wegen der Angabe „mindestens 20 Min." die Leistungen in zwei zeitlich voneinander getrennten Sitzungen erbracht werden. ■



Marina Buchmann
Michael Wörder

Psychotherapeutische Erstversorgung in Bad Oeynhausen/Löhne

Das Projekt „Psychotherapeutische Erstversorgung" wurde im Februar 2009 in der Region Bad Oeynhausen/Löhne ins Leben gerufen und ist aktuell terminiert bis Dezember 2013. Es kann jeweils um ein Jahr verlängert werden und wird laufend gemeinsam mit den beteiligten Psychotherapeuten evaluiert. Dargestellt wird im Folgenden die erste Evaluation, die den Zeitraum zwischen Februar 2009 und März 2011 umfasst.

Einleitung

Für viele Patienten gestaltet sich der Zugang zur Psychotherapie schwierig, Wartezeiten von bis zu einem Jahr stellen eher die Regel als die Ausnahme dar. Durch den steigenden Druck im beruflichen und privaten Alltag ist die Anzahl der Menschen mit psychischen Problemen extrem angestiegen. Dies macht sich unter anderem in der Anzahl von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bemerkbar, die aufgrund psychischer Störungen seit den letzten zehn Jahren kontinuierlich ansteigen (Fehlzeitenreport 2008, Stressreport Deutschland 2012). Im Gegensatz zu anderen – somatischen – Erkrankungen, kommt es bei den Psychischen und Verhaltensstörungen zu einer Zunahme der Fehlzeiten (siehe Abb. 1).

Das 1999 verabschiedete Psychotherapeutengesetz erleichtert zwar den Zugang zur Psychotherapie, die Versorgungslücken werden damit jedoch nicht geschlossen. In der Folge besteht bis heute ein erheblicher Mangel an Psychotherapieplätzen.

Die langen Wartezeiten bergen für die Patienten die Gefahr der Chronifizierung einer akuten Krise, die bis zu einer Einweisung in ein Krankenhaus oder eine Psychiatrische Klinik führen kann. Die dadurch entstehenden Belastungen von Angehörigen, Freunden oder dem Kollegenkreis sind ebenfalls nicht zu vernachlässigende Aspekte.

In Bad Oeynhausen wurde aus diesem Grund ein Projekt ins Leben gerufen, dessen Ziel die zeitnahe Erstversorgung von Personen mit psychischen Störungen ist. Das Projekt Erstversorgung wird durch Psychotherapie Ostwestfalen-Lippe e.V. (POW) koordiniert, einem Zusammenschluss aus Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und durchgeführt von den Mitgliedern des Psychotherapeutennetzes Bad Oeynhausen sowie drei Psychotherapeuten aus Löhne.

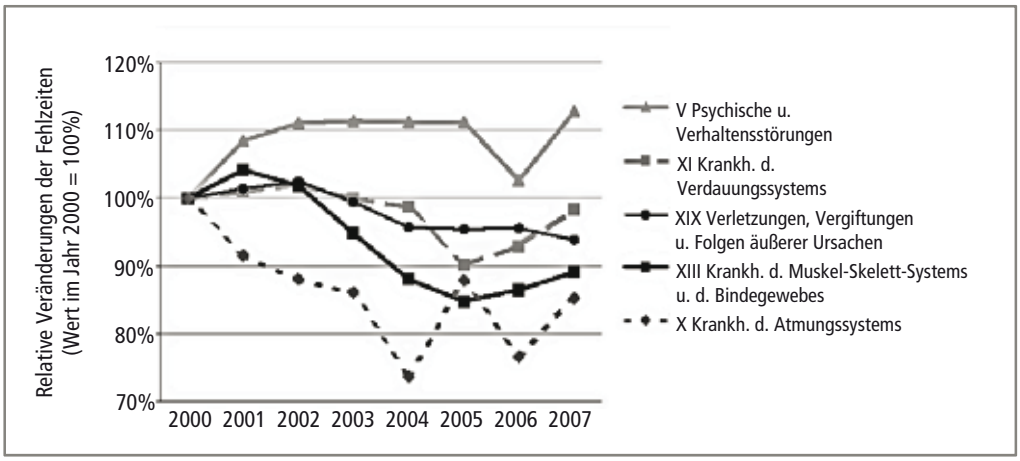


Abbildung 1. Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln. Werte im Jahr 2000 entsprechen 100% (Gesundheitsreport 2008, S. 74).

Erklärung zu Formulierungen und Bezeichnungen: Alle in dieser Arbeit vorkommenden Personen-, Amts- und Funktionsbezeichnungen männlichen Ausdrucks gelten gleichermaßen in der weiblichen Sprachform.

Ziele des Projektes

Welche Möglichkeiten haben ausgelastete Psychotherapeuten, dem Bedarf an Psychotherapie gerecht zu werden? Kurzfristig gilt es, die Versorgungssituation der Hilfesuchenden zu verbessern. Eingehender betrachtet bedeutet es für das Projekt Erstversorgung folgendes:

Zeitnaher Zugang für Patienten mit Behandlungsbedarf
Es soll ein Weg geschaffen werden, Patienten einen zeitnahen und auch unproblematischen Zugang zu einer Psychotherapie zu ermöglichen. Durch eine fachpsychotherapeutische Abklärung können geeignete Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt und so die Suche nach entsprechenden Verfahren oder Therapien unterstützt werden. Die zum Teil langen Wartezeiten für Richtlinien-Psychotherapieplätze können zwar nicht verkürzt werden, eine rechtzeitige Weichenstellung in eine andere Richtung (z.B. stationäre Reha, Selbsthilfegruppe u.a.) ist jedoch möglich und kann einer Chronifizierung vorbeugen.

Kooperation von Psychotherapeuten und Haus- und Fachärzten
Um den Patienten eine optimale interdisziplinäre Betreuung zu garantieren, soll die Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Ärzten vereinfacht werden. Der vielzitierten „Schnittstellenproblematik" zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens soll hier entgegengewirkt werden, indem beide Berufsgruppen enger und verbindlicher kooperieren. Die einfache und verbindliche Terminvergabe durch ein zentrales Büro erleichtert den Ärzten die Zusammenarbeit.

Das Pilotprojekt Erstversorgung

Das Projekt startete im Februar 2009 und war zunächst auf eine Laufzeit von sechs Monaten begrenzt. Nach einer ersten Evaluation Ende Juli 2009 wurde beschlossen, das Projekt auf unbestimmte Zeit zu verlängern. Weitere Evaluationen erfolgen in regelmäßigen Abständen. Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf den Zeitraum Februar 2009 bis März 2011.

Alle 113 Haus- und Facharztpraxen in der Region Bad Oeynhausen/Löhne wurden über das Projekt informiert, wovon 31 Praxen Interesse zeigten. Letzten Endes nahmen 12 Praxen mit insgesamt 18 Ärzten die Termine in Anspruch.

Von den teilnehmenden 12 Psychotherapeuten wurde zu Beginn wöchentlich ein Termin zur Verfügung gestellt. Dafür wurde eine Homepage errichtet, auf die die Psychotherapeuten per Passwort zugreifen und ihre Termine zur Verfügung stellen können. Alle angebotenen Termine sind in einer Liste nach Datum geordnet und für jeden Kollegen sichtbar.

Die Steuerung der Terminvergabe an die Patienten erfolgt zentral durch POW. Um einen Termin für einen Patienten zu sichern, genügt vom Arzt ein Anruf in der Zentrale. Dort wird der Termin (möglichst innerhalb der nächsten zwei Wochen) abgestimmt. Von der Zentrale geht die Bestätigung des Termins mit weiteren notwendigen Informationen, wie Name und Anschrift des Therapeuten, an den Patienten, während der jeweilige Psychotherapeut durch ein Fax benachrichtigt wird (siehe Abbildung 2). Auf der Homepage wird der Termin als vergeben markiert, wobei der Patient lediglich als Chiffrenummer erscheint.

Der Vorteil für den vermittelnden Haus- oder Facharzt liegt vor allen Dingen in der direkten Weitervermittlungsmöglichkeit. Einen schriftlichen Kurzbericht mit fachpsychotherapeutisch-diagnostischer Einschätzung und eine Empfehlung für das weitere Vorgehen erhält er ebenfalls.

Evaluation

In den bisherigen eruierten zwei Jahren Laufzeit (Februar 2009 bis März 2011) wurden insgesamt mehr als 375 Patienten durch das Projekt versorgt. Insgesamt wurden 603 Termine zur Verfügung gestellt, u.a. wurden in einer Reihe von Fällen mehrere Termine pro Patient bereitgestellt.

Aus Sicht der Psychotherapeuten
Von 373 Fällen liegt uns ein Evaluationsbogen des jeweiligen Therapeuten vor, worauf sich die nachfolgenden Ergebnisse stützen.

Psychotherapie-Indikation
Während eine Therapieindikation im ersten Jahr bei 58,75% der Patienten bestand, ist diese seit dem zweiten Quartal 2010 auf 74% angestiegen.[1] Eine Gruppentherapie wurden 12,4% der Patienten empfohlen. Dies lehnten jedoch fast dreiviertel der Betroffenen ab.

Hauptdiagnosen
Als Hauptdiagnosen wurden hauptsächlich Depressive Störungen (40%), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (34%) festgestellt. Der Rest verteilte sich auf Angststörungen (10%), Persönlichkeitsstörungen (6%), Somatoforme Störungen (2,5%), Störungen durch Alkohol (3%), Essstörungen (1%), nicht organische Schlafstörungen (1%) und sonstige Diagnosen ohne Benennung (2,5%).

Folgegespräche
Zu einem oder mehreren Folgegesprächen kam es bei 36% der Patienten.

Wartelisten
22% der Patienten kamen auf die eigene Warteliste des Psychotherapeuten.

Andere Behandlungsmaßnahmen
Andere Behandlungsmaßnahmen wurden gut der Hälfte der Patienten (51%) empfohlen. Zu diesen zählen unter anderem spezifische Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Rehakliniken/psychosomatische Kliniken/Spezialabteilungen, Aufnahme in die Psychiatrie/Tagesklinik, Entspannungsverfahren, Mobbing-Beratungen, medikamentös begleitende Behandlung, psychiatri-

1 Hier wird ein verbessertes Verständnis der psychotherapeutischen Arbeit seitens der Zuweiser angenommen.

„Im Projektverlauf hat sich die Kommunikation mit den Ärzten vor Ort deutlich verbessert."

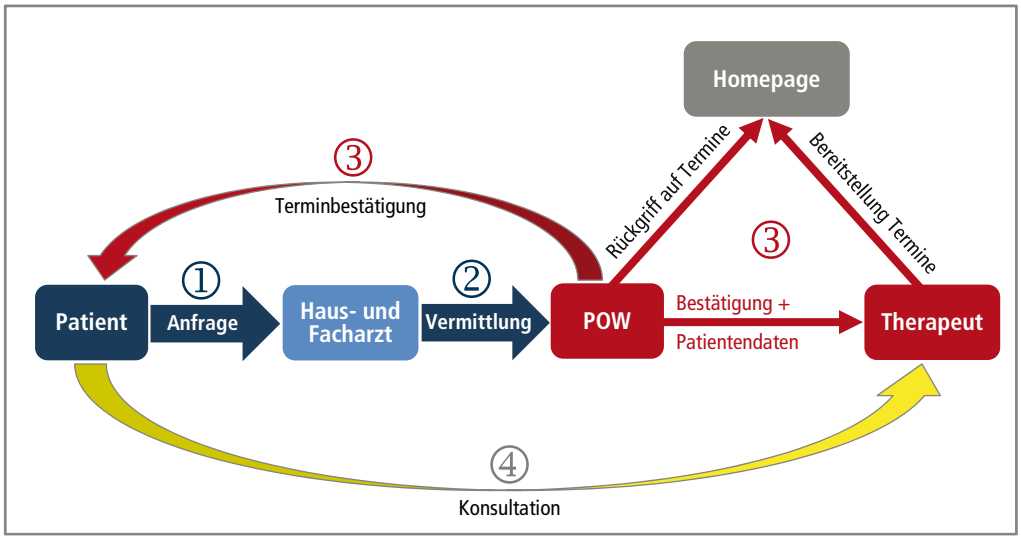


Abbildung 2. Verknüpfung der beteiligten Akteure am Projekt Erstversorgung

Marina Buchmann

Gesundheitswissenschaftlerin am Zentrum für Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, zuvor Vorstandsassistentin des Psychotherapie OWL e.V. von 2009 bis 2011, Masterstudiengang „Public Health" an der Universität Bielefeld.

Dr. Michael Wörder

Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut, niedergelassen in Bünde. Zulassung für Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 1. Vorsitzender des Psychotherapie OWL e.V.

sche Behandlung, Arbeitgebergespräche, störungsspezifische Behandlungsprogramme, juristische Abklärungen.

Zusätzliche Arbeiten
Um eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten, waren – neben dem Bericht an den Überweiser – in 15% der Fälle zusätzliche Arbeiten wie Telefonate, zusätzliche Recherchen, Zusendung von Infomaterial, Kontakte wegen Terminversäumnis, Testauswertung usw. notwendig.

Einschätzung der Therapeuten
Nach Einschätzung der Psychotherapeuten erlebten 87% der Patienten die Erstversorgung als hilfreich.

Aus Sicht der Ärzte
Eine Evaluation von Seiten der Ärzte hat im Juli 2009 stattgefunden. Alle Ärzte, die Patienten zugewiesen haben, nahmen an der Evaluation teil.

Patientenzufriedenheit
Nach den Angaben der Ärzte seien die meisten Patienten mit dem Gespräch beim Therapeuten zufrieden gewesen (33% sehr zufrieden; 53% eher zufrieden). Die Quote der Patienten, die sehr unzufrieden gewesen seien, beläuft sich auf 13%.

Die Zufriedenheit der Patienten mit den erhaltenen (Behandlungs-)Vorschlägen sei hoch gewesen (28,5% sehr zufrieden; 43% eher zufrieden). Sehr unzufrieden sei niemand gewesen (14% eher unzufrieden), bei 14% treffe weder das eine noch das andere zu.

Kurzberichte
Die schriftlichen Kurzberichte der Therapeuten empfand die Hälfte der Ärzte als sehr hilfreich (50%), 28,5% als eher hilfreich und 21,4% als wenig hilfreich.

Alle teilnehmenden Ärzte gaben an, weiteren Bedarf an Terminen zur psychotherapeutischen Erstversorgung zu haben.

Das Projekt wird fortlaufend betreut und in Drei-Monats-Schritten evaluiert. Darüber hinaus ist eine abschließende Evaluation nach Beendigung des Projektes vorgesehen.

Probleme

Die Evaluation hat folgende Schwerpunkte für die Weiterentwicklung des Projektes aufgezeigt:

- stärkere Motivation der Patienten zur Gruppenpsychotherapie
- frühzeitige Information der Patienten darüber, dass die Erstversorgung keine Therapieplatzzusage beinhaltet und dadurch Vermeidung von Enttäuschungen
- Effektivierung der Kurzberichte.

Darüber hinaus gibt es keine Medaille ohne zwei Seiten: Einerseits soll die psychotherapeutische Unterstützung und Versorgung der Patienten gesichert werden, welches durch dieses Projekt ihren Anfang genommen hat. Andererseits können die niedergelassenen Psychotherapeuten den Therapiebedarf kaum bis gar nicht decken. Sollten weitere Ärzte Interesse an der Teilnahme des Projekts zeigen, wird das prinzipiell begrüßt, es hinterlässt allerdings die Frage, ob das von den teilnehmenden Therapeuten, die ihre Termine zur Verfügung stellen,noch bewältigt werden kann.

Der Aspekt der Finanzierung müsste auf Dauer ebenfalls geklärt werden. Bisher wurde auch die organisatorische Umsetzung des Erstversorgungsprojektes ausschließlich aus den Mitgliedsbeiträgen unseres Netzes (POW) finanziert. Der Versuch der finanziellen Unterstützung durch eine Krankenkasse wurde unternommen, jedoch abschlägig beschieden. Möglichkeiten der weiteren Förderung des Projektes durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe wären wünschenswert und sollen in einem nächsten Schritt geklärt werden. Da die probatorischen Einzelgespräche deutlich unterbezahlt sind, ist eine Sicherung der Finanzierung anzustreben.

Die Sicherheit der Terminplanung für die beteiligten Psychotherapeuten wird durch das Projekt Erstversorgung verringert: Mitunter erscheinen Patienten zu einem für sie reservierten Termin nicht.

Ausblick

In einem Gespräch mit dem Vorstand des Hausärzteverbandes Bad Oeynhausen-Löhne zeigte dieser große Zufriedenheit mit dem Projekt und wünscht sich ausdrücklich eine Fortsetzung.

Aufgrund der hohen Zufriedenheit aller Beteiligten ist eine Weiterverfolgung aus heutiger Sicht zwar empfehlenswert, das Problem der fehlenden Therapieplätze ist damit jedoch nicht gelöst. Es gelingt Psychotherapie OWL e.V. jedoch, mit dem Projekt Erstversorgung Alternativen aufzuzeigen, die für viele Patienten hilfreich sind. Im Jahr 2011 erfolgte die Ausweitung des Projektes auch auf die Stadt Herford.

Weitere Überlegungen und differenzierte Diskussionen zu möglichen Konsequenzen stehen noch aus und werden demnächst in Angriff genommen. ■

„Die Erstversorgung bietet auch die Möglichkeit, Ausfalltermine kurzfristig neu zu vergeben."

Literaturhinweise

Badura, B. / Schröder, H. & Vetter, C. (2009): Fehlzeiten Report 2008. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer.

Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2008): Gesundheitsreport 2008. Auswertungen 2008 Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen Schwerpunkt: Psychische Störungen.

Kerstin Sude

Neuer Support für Angestellte gestartet!

In der DPtV nehmen Angestelltenthemen deutlich zu. Dies lässt sich einerseits auf die erfreuliche und stetige Zunahme von angestellten Mitgliedern (PP/KJP) und andererseits auf die wachsenden Mitgliedszahlen im Bereich der Jungen Psychotherapeuten (JP/PiA) zurückführen. Mit beiden sind mittlerweile rund 13% der Mitglieder im Angestelltenbereich tätig. Aus diesem Wachstum resultierend wurde auf der 3. Delegiertenversammlung 2012 der „Ausschuss Angestellte", mit zunächst sieben Mitgliedern, ins Leben gerufen. Als Sprecherin wurden Sabine Wald und als ihr Stellvertreter Johannes Frey einstimmig gewählt.

Inhaltlich wollen sich Florian Hänke (Berlin), Johannes Frey (Hamburg), Birgit Gorgas (Bayern), Dr. Jürgen Tripp (NRW), Dr. Kathrin von Rad (Hamburg), Sabine Wald (Hessen) und Kerstin Sude (LV HH/BV) für die Sichtbarmachung von Angestellten, ihrer berufspolitischen Stärkung sowie für eine tarifrechtlich fachärztliche Gleichstellung einsetzen. Zudem wurde ein verbesserter Angestellten-Support mit ersten Artikeln in unseren Verbandsorganen und einer Sprechstunde in Bewegung gesetzt. Auch interessiert sich der Ausschuss für weitere Angestellten-Arbeitsfelder sowie für die stärkere Einbeziehung von Genderaspekten mit Fokus auf eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Dementsprechend warten ambitionierte Aufgaben auf den Ausschuss, der am 8. Februar 2013 in Hamburg erstmals tagte. Zwei Unterstützungsangebote konnten sofort umgesetzt werden:

1. Wöchentliche telefonische Angestellten-Sprechstunde sowie
2. Handout zur tariflichen Höhergruppierung (fachärztliche Gleichstellung).

Unterfüttert wird das Handout, das sich als Download im Mitgliederbereich befindet, mit Beispielen für die Tätigkeitserfassung, welche vorab beim Anliegen einer Höhergruppierung im Klinikbereich detailliert dargestellt werden sollte. Ihre ersten Erfahrungen damit und Ihre Verbesserungsvorschläge können Sie direkt an unsere Bundesvorstandsvertreterin für den Ausschuss Angestellte mailen: kerstinsude@dptv.de.

Bei dem Handout handelt es sich um eine Ende letzten Jahres erfolgte rechtliche „Kurzbegutachtung zur Klärung der Eingruppierung von approbierten angestellten Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in den Kliniken". Erstellt wurde die Begutachtung von der Fachanwältin für Arbeitsrecht, Larissa Wocken und unserem Verbandsjustitiar Dr. Markus Plantholz, Fachanwalt für Medizinrecht.

Bewusst wurde zum Start des Ausschusses Angestellte zunächst der Fokus „eng" auf PP/KJP in Krankenhäusern gesetzt, da hier seit langem vor allem tariflicher und rechtlicher Veränderungsbedarf besteht. Die Stichworte dazu dürften weitestgehend bekannt sein: Vergütungsfragen, Facharztstandard für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), Kompetenz- und Befugniserweiterung, Übernahme von Leitungsfunktionen, Operationen- und Prozedurenschlüssel im Gesundheitswesen (OPS), Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik (PEPP), PsychPV, rechtliche Situation von PP/KJP/PiA in den Kliniken. Ein Anknüpfungspunkt ist zudem die angestrebte Ausbildungsreform (Direktausbildung). Die Verzahnung mit der Gewerkschaft ver.di wird für uns als wichtig erachtet und ist über einzelne Mitglieder des Ausschusses bereits gewährleistet. Ein Treffen mit ver.di-Vertreterinnen ist anberaumt.

„Qualitativ hochwertige ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische/psychosomatische bzw. psychotherapeutische Versorgung erfordert approbierte Psychotherapeuten und Fachärzte, ..."

Die „brennenden" Themen liegen also auf der Hand: Qualitativ hochwertige ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische/psychosomatische bzw. psychotherapeutische Versorgung erfordert approbierte Psychotherapeuten und Fachärzte, denn Fachärzte al-

Seit März 2013

DPtV-TELEFONSPRECHSTUNDE FÜR ANGESTELLTE

0170 7355032

Hier berät Sie Dipl.-Psych. Sabine Wald jeden Mittwoch von 18.00 bis 19.00 Uhr

Kerstin Sude

Psych. Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor wiss. Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes der LG Hamburg, seit 2012 Kooptierung in den Bundesvorstand der DPtV.

lein werden die Versorgung psychischer Störungen, die immer häufiger diagnostiziert werden, nicht gewährleisten können.

Gleichzeitig lässt sich, aktuell bei einem großen Klinikträger, eine problematische „Gegenbewegung" beobachten, wenn dort z.B. „verordnet" wird, dass Behandlungen in den Institutsambulanzen die Kriterien eines unklar und unzureichend definierten „Facharztstandards" Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie zu erfüllen hätten und dass dieser nur erfüllt sei, wenn die Behandlung durch Fachärzte/Assistenzärzte mit langjähriger Erfahrung oder unter ärztlicher Anleitung bzw. Kontrolle erfolge.

Eine Forderung an Arbeitgeber und Politik lautet deshalb: Gerade in Zeiten, in denen im psychiatrischen/psychosomatischen Sektor Fachärztemangel besteht, sollte zukünftig unter den Heilberuflern auf Augenhöhe, interdisziplinär und kooperativ an einem Strang gezogen werden. Passiert das nicht auch im Arbeitsalltag? PP und KJP, auch angehende, bringen seit Jahren inhaltlich ein breites psychologisch-psychotherapeutisches Fachwissen mit und übernehmen unter anderem (diagnostische) Erstgespräche, eine diagnostische Klassifikation, psychotherapeutische Untersuchungen, die Anordnung von Heilhilfsmaßnahmen, die Veranlassung einer stationären Aufnahme sowie das Notfallmanagement und Kriseninterventionen. Wo die heilberufliche Versorgung psychisch kranker Menschen auf hohem Niveau und mit viel Verantwortung gemeinsam geleistet wird, ist die tarifliche Gleichstellung der akademischen Professionen das Ziel. Wir möchten an dieser Stelle ermuntern, sich als angestellte/r PP/KJP wie auch PiA (Akademiker/in!) in den Kliniken gerade jetzt erneut für deutlich gerechtere Bedingungen einzusetzen.

„Gerade in Zeiten, in denen im psychiatrischen/psychosomatischen Sektor Fachärztemangel besteht, sollte zukünftig unter den Heilberuflern auf Augenhöhe, interdisziplinär und kooperativ an einem Strang gezogen werden."

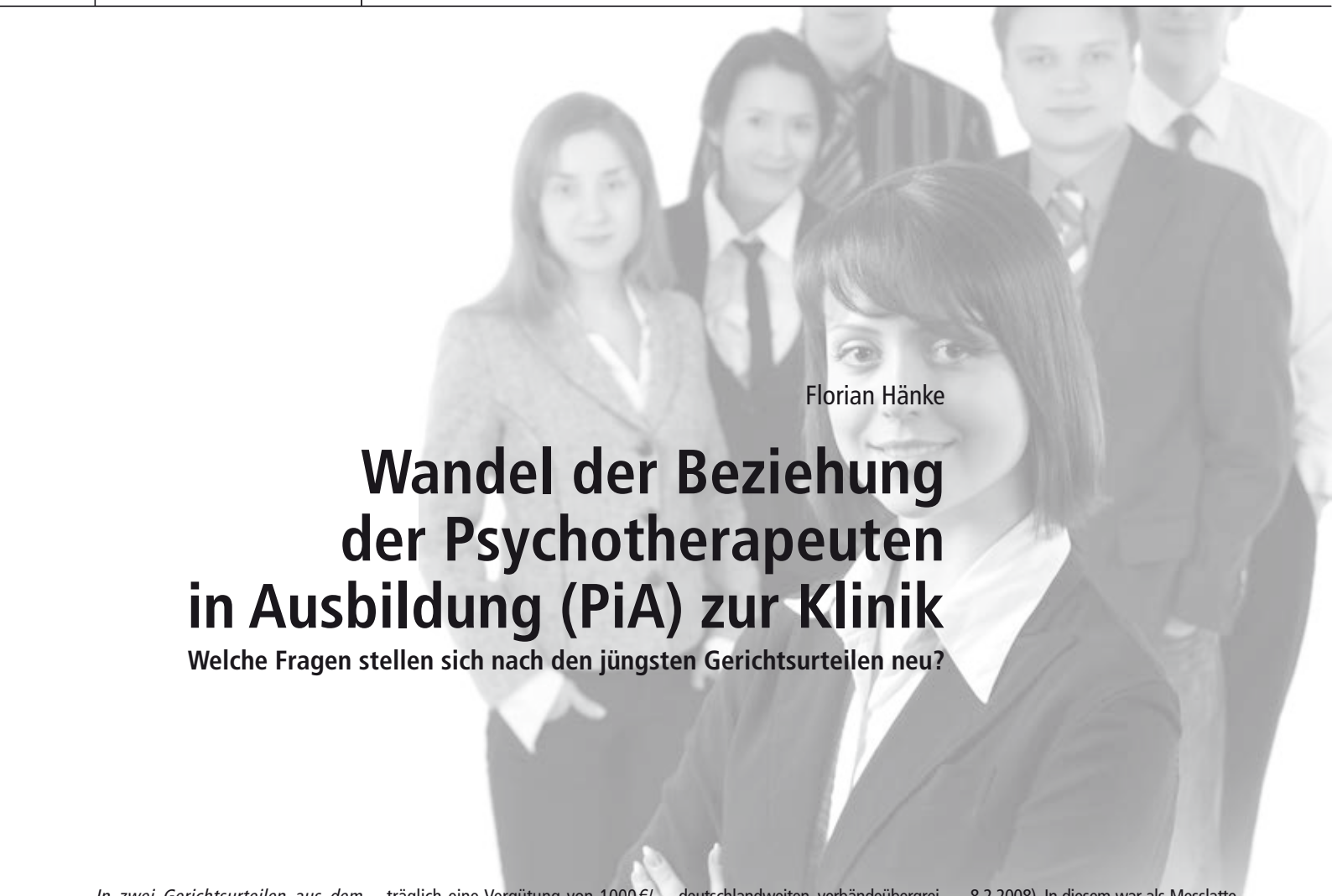
Ein ganz anderes Thema des Ausschusses wird die Anstellung bei niedergelassenen PP/KJP sein – eine generationenübergreifende Thematik. Zu beachten sind beispielsweise die Vertragsgestaltung in der angestellten Tätigkeit und auch die Nutzung eines Mustervertrages für PiA (Praktische Tätigkeit). Mittelfristig könnten auch neue Tätigkeitsfelder für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, zum Beispiel in der betrieblichen Prävention, stärker ins Blickfeld geraten.

Und auch innerhalb des DPtV-Campus sollen Fachthemen für Angestellte sichtbarer werden. Mitgliederwünsche sind uns hierfür durchaus willkommen. Gelungen ist uns dies bereits mit dem Seminar zur Psychopharmakologie. Zudem wird es im neuen Campus-Halbjahresprogramm erstmalig ein vierstündiges Seminar zum Arbeitsrecht geben. Angelehnt an das oben genannte rechtliche Kurzgutachten werden Verfahren zur Feststellung einer richtigen Eingruppierung mit Möglichkeiten zur Höhergruppierung dargestellt. Mit dem Handout kann dann der neue Seminar-Input, voraussichtlich am 18.9.2013 in Berlin, von angestellten PP/KJP in Kliniken für die Vorbereitung auf ihrem Weg zur besseren Eingruppierung genutzt werden.

Deutschlandweit wären flächendeckende Tarifverhandlungen im Bereich PP/KJP/PiA notwendig. Es ist sinnvoll für die Angestellten, sich hierfür tarifpolitisch stärker zu vernetzen, Gewerkschaft und Betriebsräte bzw. ihre Mitarbeitervertretungen einzubinden, um höhere Eingruppierungen und damit nicht nur inhaltlich, sondern auch tarifpolitisch die fachärztliche Gleichstellung zu erreichen. ■

PiAPORTAL

Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung



Florian Hänke

Wandel der Beziehung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) zur Klinik

Welche Fragen stellen sich nach den jüngsten Gerichtsurteilen neu?

In zwei Gerichtsurteilen aus dem Herbst 2012 wurden Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) Arbeitsgehälter für die Absolvierung der praktischen Tätigkeit zugesprochen. Die Gerichte stellten jeweils die Arbeitnehmereigenschaft der PiA fest. Aus Sicht der Gerichte handelte es sich um „Scheinpraktika". In diesem Artikel sollen die sich daraus ergebenden Fragen bezüglich des Status von Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit in den Kliniken sowie der Bezug dieser Frage zur Diskussion um eine Ausbildungsreform beleuchtet werden.

1. Urteile zur sittenwidrigen Bezahlung der praktischen Tätigkeit

In zwei unabhängig voneinander ergangenen Gerichtsurteilen wurde die Arbeitnehmereigenschaft von PiA festgestellt. Im Urteil vom 29.11.2012 (Az. 11 Sa 74/12) aus Hamm wurde einer PiA, die für die KJP-Ausbildung die praktische Tätigkeit absolvierte, nachträglich eine Vergütung von 1000 €/Monat (12.000 € p.a.) zugesprochen. Noch weiter ging das Urteil aus Hamburg vom 16.10.2012 (AZ 21 Ca 43/12). Hier wurde festgestellt, dass es sich bei der praktischen Tätigkeit einer PiA in einer Klinik nicht um ein Praktikantenverhältnis, sondern um ein *Arbeitsverhältnis* handelte. Die Klausel zur Vergütung sowie die Bezeichnung „Praktikum" für das Arbeitsverhältnis waren aus Sicht des Gerichts aufgrund von „Sittenwidrigkeit" der Vertragsabsprache (§ 138 BGB) unwirksam. Das Gehalt wurde daher durch ein Tarifgehalt für eine Diplom-Psychologin ersetzt. Das Klinikum muss der PiA 33.460 € auszahlen. Eine Revision wurde seitens des Gerichts zugelassen. Diese aktuellen Entscheidungen werfen ein neues Licht auf eine Debatte, die bereits zuvor im Wandel war. Die Profession diskutiert schon länger über die überfällige Reform der Psychotherapieausbildung und der dazugehörigen gesetzlichen Regelwerke. PiA protestieren jährlich stärker und offener gegen die zum Teil prekären Ausbildungsrahmenbedingungen, zuletzt in den mittlerweile deutschlandweiten, verbändeübergreifenden Protesten vom 14.11.2012.

2. Der Fall in Hamburg

Im konkreten Fall in Hamburg konnte die PiA nachweisen, dass sie bereits umfassende Berufserfahrungen für die Tätigkeit in der Klinik mitbrachte. Sie leistete nicht nur ihre Arbeit als Diplom-Psychologin verantwortungsvoll und eigenständig, sie leitete auch Krankenschwestern mit an. Das Argument der Klinik, dass die PiA nur „zum Ausbildungszweck" in der Klinik eingesetzt worden sei, schien auf den Richter wenig Eindruck gemacht zu haben. Für das Gericht stand deutlich im Vordergrund, dass die Klinik sich vor allem eine Arbeitsleistung mithilfe der Einstellung beschaffte. Daher musste diese auch angemessen nach Tarifvertrag vergütet werden.

Das Gericht bezog sich bei seiner Entscheidung zudem ausdrücklich auf ein BAG-Urteil aus Baden-Württemberg aus dem Jahre 2008 (LAG BW vom 8.2.2008). In diesem war als Messlatte vonseiten des BAG für die Unterscheidung eines Arbeitsverhältnisses von einem Praktikum festgelegt worden, dass die ausgeübten Tätigkeiten während des Praktikums zu nicht mehr als 50% die Arbeitstätigkeit eines Angestellten mit demselben Qualifikationsprofil ersetzen dürfe.

3. Ausbildung oder Arbeit?

Im Kontext der Diskussion um die Reform der Psychotherapieausbildung sollte das Urteil differenziert betrachtet werden. Es geht nicht nur um den Praktikumsvertrag mit der Klinik, sondern um die gesetzlichen Bestimmungen zur Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz, die diese Zustände erst möglich gemacht haben. Im Fall aus Hamburg konnte die PiA nachträglich nachweisen, dass sie, wie die anderen Diplom-Psychologen, in den Arbeitsablauf und die Arbeitsorganisation eingebunden war. Für das Gericht stand der Beurteilung der Tätigkeit als „Arbeitstätigkeit" nicht entgegen, dass die PiA

zu Zwecken der Ausbildung eingestellt worden sei und auch eine regelmäßige Supervision erhielt: „Die Vorstellung des lebenslangen Lernens basiert geradezu auf der Annahme, dass Arbeit mit Lernen verbunden sein kann." Es ging nicht mehr um eine Ausbildung, sondern im Fall der Klägerin sei es naheliegend, von einer Ergänzung und Erweiterung der bereits erworbenen beruflichen Fähigkeiten auszugehen. Es handele sich nicht um „... ein erstes Kennenlernen einer beruflichen Tätigkeit überhaupt, denn die Klägerin ist seit dem 8.1.2003 diplomierte Psychologin und war bereits jahrelang in ihrem Beruf tätig." Das Gericht stellte auch fest: „Es gilt deshalb die allgemeine Erkenntnis, dass sich Ausbildung und Arbeitsverhältnis nicht ausschließen."

Die praktische Tätigkeit in der Klinik ist zwar für 1,5 Jahre in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgeschrieben, doch es ist von einem Missstand/einer rechtlichen Grauzone auszugehen, dass damit auch eine unbezahlte Tätigkeit im Praktikantenstatus vorgeschrieben sei. Im Gegenteil lässt sich dies, wie die Urteile beweisen, nicht halten. Erschwerend für PiA kann hinzukommen, dass das jeweilige Landesprüfungsamt (LPA) die praktische Tätigkeit im Angestelltenverhältnis nicht anerkennt, da es sich angeblich nicht um Ausbildung handle. Hier wird erneut die nachteilige rechtliche Situation (ohne Schutz) für PiA deutlich. Es gibt Landesprüfungsämter, die den Standpunkt vertreten, dass PiA vorab für die Absolvierung der Ausbildung im Angestelltenverhältnis eine Genehmigung einholen müssen, damit überprüft werden kann, ob der Ausbildungscharakter der Tätigkeit gewährleistet ist. Doch bei Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und damit auch der begleitenden Gesetzesregelungen zur Ausbildung schien es wenig klar zu sein, ob es sich um Praktika oder Hospitationen handeln würde. So musste sich eine Psychotherapeutin in Ausbildung auf dem Klageweg erst erstreiten, dass die praktische Tätigkeit in einer Klinik für Psychiatrie vonseiten der Landesprüfungsbehörde anerkannt wurde, die die PiA im „Klinik-Status" einer „Hospitantin" erbracht hatte (Urteil vom 12.6.2001– 15 VG 2759/99). Damals schien es für alle Beteiligten angesichts dessen, dass Diplom-Psychologen nur in der Tarifstufe für Hochschulabsolventen eingeordnet wurden, als unvorstellbar, dass eine solch verantwortungsvolle Tätigkeit im Status eines Hospitanten überhaupt erbracht werden könnte. (Wie sich die Zeiten ändern!)

„Es gilt deshalb die allgemeine Erkenntnis, dass sich Ausbildung und Arbeitsverhältnis nicht ausschließen."

4. Eine Frage der Gleichbehandlung

Vonseiten der Vertretung Junger Psychotherapeuten in der DPtV begrüßen wir, dass jetzt zunehmend auch in der Öffentlichkeit das Problem der Nicht- oder Unterbezahlung von PiA, aufgegriffen wird. Es sollte nicht nur die Frage nach kurzfristigen Lösungen gestellt werden. Wichtiger ist die Frage nach der den Missständen zugrunde liegenden Ausbildungsstruktur, die durch das PsychThG definiert wird. Die DPtV sieht es deshalb als ein wichtiges berufspolitisches Ziel, Möglichkeiten auszuloten, wie die Ausbildung zukünftig in Form einer Direktausbildung durchgeführt werden könnte. Signale des BMG zeigen, dass bei einer Reform der Psychotherapieausbildung eine Direktausbildung favorisiert wird.

Zahlreiche Kliniken waren nach dem Inkrafttreten des PsychThG in großem Maße dazu übergegangen, die praktische Tätigkeit als reines „Praktikantenverhältnis" oder sogar „Hospitantenverhältnis" zu interpretieren. Die Motive mögen unterschiedlich gewesen sein, jedoch wurde die Ausbeutung von PiA in Kauf genommen. Daraufhin hatte es erste Versuche von PiA gegeben, sich eine Vergütung für die praktische Tätigkeit gerichtlich zu erstreiten. Damals gab es allerdings noch keine größere öffentliche Debatte, das Problembewusstsein war noch nicht entsprechend weit fortgeschritten. Zudem kann man sich bei dieser Fragestellung vergegenwärtigen, dass die Bestimmungen zum § 138 BGB zum Maßstab von „Sittenwidrigkeit" (und Ausbeutung einer Abhängigkeitsbeziehung) sogenannte Generalklauseln in der Rechtsprechung sind. Sie müssen jeweils dem gesellschaftlichen Wandel angepasst werden. Was vor zwölf Jahren noch als sittenwidrig gesehen wurde, wurde dann eine Zeit lang weniger als Problem wahrgenommen, PiA hatten dementsprechend Schwierigkeiten nachzuweisen, dass es sich um eine Ausnutzung des Praktikumsverhältnisses handelte. In der Öffentlichkeit ist nun jedoch zunehmend von der „Generation Praktikum" die Rede, so dass die Problematik der PiA, die prekäre Situation während der praktischen Tätigkeit nach absolviertem Hochschulstudium, gesellschaftlich deutlicher wahrgenommen wird.

Noch 2008 wurde das Hervorbringen eines Berliner PiA, dass er „ausgebeutet" worden sei und die Vertragsabsprache mit einem großen Berliner Gesundheitskonzern zur Absolvierung der praktischen Tätigkeit demzufolge nichtig sei, restriktiv vonseiten des Berliner Arbeitsgerichts abgelehnt. Gemäß der gesetzlichen Vorschriften fehle jede Anspruchsgrundlage, so das Gericht. Es bezog sich insbesondere auf den gesetzlichen Rahmen der praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG und hierbei auf die rechtlich eindeutige Bestimmung in § 7 (vgl. http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/), in dem die Geltung des Berufsbildungsgesetzes ausgeschlossen wird und damit ein Anspruch des PiA auf eine „angemessene Vergütung" entfällt. Es sei den Kliniken durch diese Definition der Ausbildungsstruktur quasi „erlaubt" worden, die Absolvierung der praktischen Tätigkeit ohne Entgelt zu vereinbaren: „Dieses Gesetz gestattet ausdrücklich, dass für die Art der Ausbildungstätigkeit kein Entgelt gezahlt werden muss. Dies ergibt sich eindeutig aus § 7 PsychThG". Nun stellt sich die Frage: Wer möchte ernsthaft noch für diese Regelungen zur Ausbildungsstruktur eintreten, in denen die Einstellung von PiA ohne Entgelt „erlaubt" wird? Die DPtV versucht an dieser Stelle, über den Tag hinaus zu schauen und fordert eine grundlegende Überarbeitung ordnungspolitischer Gegebenheiten i.S. der Idee einer Direktausbildung, in der nach dem direkten Psychotherapiestudium eine Approbation in Analogie der Regelungen für Ärzte erteilt wird.

Dies würde endlich die Grauzone beenden und eine finanzielle Regelung erlauben, in der während einer Festanstellung in einer Weiterbildung die Fachkunde erworben werden könnte.

2008 ließ das Berliner Arbeitsgericht das Argument des PiA, dass „das alles" mit Ausbildung im eigentlichen Sinne doch gar nichts mehr zu tun habe, nur zum Teil gelten: Das Gericht konstatierte, dass es zwar über eine Weiterleitung des Hervorbringens des Ausbeutungsaspektes an das Bundesverfassungsgericht nachgedacht habe, zog sich dann jedoch aus der Affäre: Um eine deutliche Schlechterstellung der psychotherapeutischen Ausbildung gegenüber anderen Ausbildungsgängen durch seine Ausbildungsstruktur, d.h. den Ausschluss des Berufsbildungsgesetzes, nachzuweisen, hätte der Kläger keine ausreichenden Daten zur Verfügung gestellt. Unterstützend könnte zum jetzigen Zeitpunkt sein, dieses Argument bei möglicherweise bevorstehenden höherinstanzlichen Entscheidungen in Bezug auf die beiden PiA-Urteile noch einmal mit aufzunehmen, denn es handelt sich de facto um eine Schlechterstellung, um Diskriminierung der Ausbildungsteilnehmer/innen durch die derzeitige Ausbildungsstruktur, die eigentlich eine „Weiterbildung" ist, s.o.: Es gibt in Deutschland keine Ausbildung, die in einem postgradualen Studiengang ihren Ausbildungsteilnehmer/innen einerseits abverlangt, die Kosten privat zu finanzieren und gleichzeitig 1,5 Jahre auf fachlich hohem Niveau in un- oder minderbezahlten Praktika in der Klinik zu *arbeiten* und dabei qualifizierte Arbeitsleistungen im Gesundheitssektor zu erbringen, die der Solidargemeinschaft fast kostenfrei zu Gute kommen. Alle anderen Ausbildungsgänge, insbesondere Berufsausbildungen im Gesundheitswesen, sind durch adäquate gesetzliche Vorschriften analog dem BBiG, durch Verordnungen oder Tarifverträge in irgendeiner Weise geregelt und geschützt. Zudem schützt auch die Mitgliedschaft in den Berufskammern (z.B. der IHK) die Berufsausbildungen – ein arbeitsrechtlicher Schutz, der PiA in der heilkundlichen Kammer verwehrt ist. Demgegenüber wird in folgenden Ausbildungsberufen, die eine praktische Tätigkeit nach erfolgter Ausbildung oder einem Studium voraussetzen, die berufliche Tätigkeit vergütet, ferner werden z.B. im Bedarfsfall Kinderzuschläge gewährt (als Beispiel Anlage 10/ I der ARV des Diakonischen Werks):

- Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
- Krankengymnast/in
- Logopäde/ Logopädin
- Masseur/Masseurin
- Medizinische/r Bademeister/in
- Sozialarbeiter/in
- Sozialpädagoge/Sozialpädagogin
- Heilpädagoge/Heilpädagogin
- Erzieher/in
- Kinderpfleger/in
- Dorfhelfer/in
- Haus- und Familienpfleger/in
- Heilerziehungspfleger/in mit Vollausbildung
- Erzieher/in am Arbeitsplatz/Arbeitserzieher/in mit Vollzeitausbildung
- Rettungsassistent/in.

Um Beispiele aus den sogenannten „freien Berufen" anzuführen, wären beispielsweise Juristen zu nennen, die während des Referendariats zwar nicht viel, jedoch ein geregeltes Gehalt bekommen. Einen näher liegenden Vergleich bieten in Bezug auf die Psychotherapeuten in Ausbildung die Ärzte in der Weiterbildungszeit. Die gesetzliche Regelung zum Ausschluss des Berufsbildungsgesetzes, nach der PiA „außerhalb des Systems" der Berufsausbildungssystematik stehen, fallen zum deutlichen Nachteil aus. Unter den (Heil-)Berufen sind die PiA und ihre strukturellen Ausbildungsbedingungen in einem wenig rühmlichen Sinne „einzigartig".

5. Das Berufsbildungsgesetz und die Psychotherapieausbildung

Mit der oben genannten Aufzählung der Berufe soll keinesfalls gesagt sein, dass eine Anwendung des Berufsbildungsgesetzes für den akademischen Heilberuf des Psychologischen Psychotherapeuten angestrebt wird oder wünschenswert erscheint. Es geht hier lediglich um eine denkbare Einordnung und einen möglichen Vergleich von Berufsgruppen. Die Berufsausbildungen nach dem BBiG beziehen sich, wie oben ersichtlich, größtenteils auf Erstausbildungen, zum Teil auf Lehrberufe (vgl. http://www.gesetze-im-internet.de/bbig_2005/). Die postgraduale Psychotherapieausbildung hat hier sicherlich einen Sonderstatus. Doch im Rahmen der historisch gewachsenen, rechtlichen Form, in denen Ausbildungsverordnungen in Deutschland verfasst werden, ist das BBiG, in dem über 300 Berufsausbildungsgänge in Deutschland sowie deren Curricula, Anforderungen an die Lehrbetriebe und das Erlassen von Rechtsverordnungen geregelt werden, von herausragender Bedeutung. Der Ausschluss des § 7 PsychThG beraubt PiA somit wichtiger Rechte, wie den Anspruch auf eine angemessene Vergütung, vertragliche Mindeststandards im Arbeitsverhältnis, eine klare Regelung der Urlaubszeit, der Kündigungsfrist oder der Unterbrechung der Ausbildung im Fall von Schwangerschaft – ohne dass Ersatz geschaffen wurde. Zudem hat das BBiG weitergehende Aufträge, wie z.B. der Heranbildung eines ausreichenden Nachwuchses. Der Missstand der fehlenden Regelungen ist berufspolitisch, doch auch arbeitsrechtlich kaum noch zu dulden, und dies scheint auch bei den Gerichten angekommen zu sein.

6. AiP-Vergleich

Auch bereits die damaligen AiP (Ärzte im Praktikum) hatten Schwierigkeiten, ihre Tätigkeiten im Vergleich zu Ärzten in der Weiterbildung abzugrenzen. Es gab dazu mehrere Gerichtsstreitigkeiten. AiP sollten damals, ebenso wie PiA, „angeleitet" werden. Die Realität in den Kliniken sah oft anders aus. Gleichzeitig wurden die 1,5 Jahre des AiP auch der fachärztlichen Weiterbildung angerechnet (siehe Artikel Plantholz in Psychotherapie Aktuell 4/2012). Auch hier war die Versuchung der Kliniken

PiAPORTAL
Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Florian Hänke

Psychologischer Psychotherapeut Verhaltenstherapie. Berufstätigkeit im Schmerztherapie- und Suchtbereich sowie psychiatrische Krisenintervention. Junge Psychotherapeuten der DPtV. Mit Beginn der Ausbildung Engagement in den Fachgremien bei ver.di (Bundesfachkommission der PP und KJP, Mitaufbau der ver.di-PiA-AG), 2010–2011 Sprecher der Bundeskonferenz PiA.

groß, AiP umfassend einzusetzen. Doch der AiP erhielt nach den Regelungen in den Tarifverträgen (TVöD) immerhin ca. 1.350€. Letztlich wurde er aufgrund massiver Proteste des Nachwuchses wegen seiner offensichtlichen Nachwuchsfeindlichkeit wie auch aufgrund verschiedener Tarifklagen vom Bundesgesetzgeber wieder abgeschafft. Ärzte werden heute in der Regel nach dem Studium als Assistenzärzte in der Weiterbildung eingestellt. Insofern könnte man sich auch hier, in Bezug zu den Regelungen auf die Ausbildung in diesem akademischen Heilberuf, auf eine deutliche Schlechterstellung der Psychotherapeuten in Ausbildung berufen.

7. Der Vertrag des/der PiA mit der Klinik oder die allgemeine Verunsicherung

Bei den obengenannten jüngsten Gerichtsentscheidungen handelt es sich vorerst um Urteile, die sich auf die konkreten Umstände des Einzelfalles beziehen. Inwieweit ihnen eine Präzedenzwirkung zukommt, wird die Zeit zeigen. Für jede/n PiA, der mit dem Gedanken spielt, ebenfalls Ansprüche geltend zu machen, ist es wichtig, sich den Vertrag mit der Klinik genau anzusehen. Durch diesen wird die Beziehung zur Klinik definiert. Häufig wurden in der Vergangenheit den PiA „Hospitations-" oder „Gastwissenschaftlerverträge" angeboten. Die Kliniken waren sehr kreativ, um jeden Eindruck, dass es sich um ein Arbeitsverhältnis zwischen PiA und Klinik handelte, zu vermeiden. Ein großer Gesundheitskonzern in Berlin ging sogar so weit, in seinen Verträgen mit PiA jede Verantwortung für eine Ausbildung während der Tätigkeit abzustreiten.

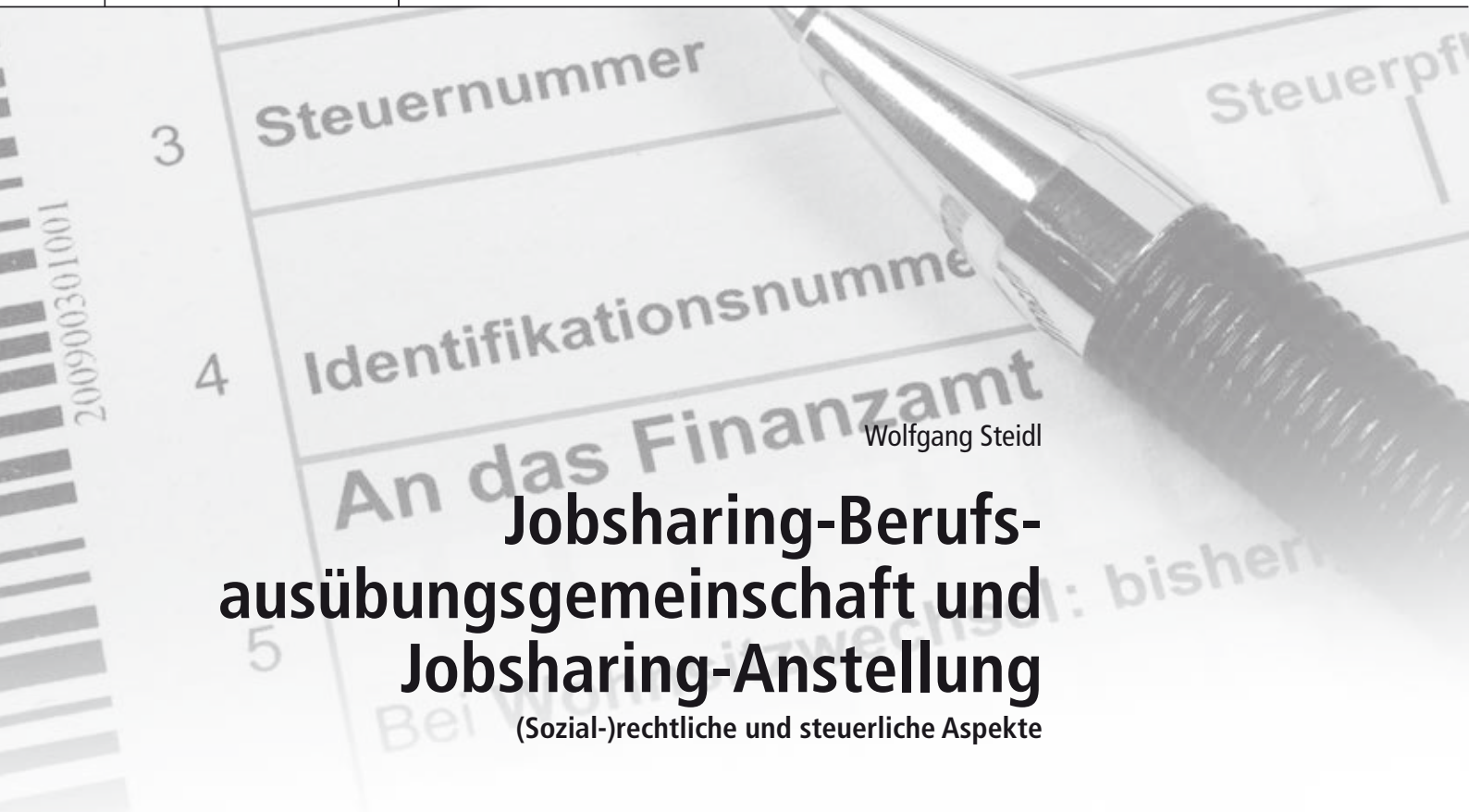
Da häufig nur ein Praktikum und kein Arbeitsverhältnis verabredet wurde, liegt es beim PiA nachzuweisen, dass es sich anders verhalten hat (Beweislast). Wie auch die Ergebnisse des Forschungsgutachtens von Strauß et. al. zeigen (Strauß et al., 2009), lässt sich insgesamt eine Entwicklung konstatieren, in der PiA bzw. Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialpädagogen u.a. immer mehr in verantwortliche Tätigkeiten in den Kliniken einbezogen werden. Trotzdem ist es nicht möglich, zusammenfassend zu sagen, dass alle PiA eine Arbeitsbeziehung mit den Kliniken haben. Die Daten des Forschungsgutachtens von Strauß et al. zeigen, dass die Gehälter und der Status von PiA über Praktika, für die sie meist nur 0 bis 300 € erhalten bis beispielsweise zur tariflichen Bezahlung als Diplom-Psychologe/in (TVöD ca. 3.200€) alles umfassen. Festgehalten werden kann aber, dass arbeitsrechtlich offensichtlich eine Situation entstanden ist, in der auch den Gerichten, die zuvor recht restriktiv gegen PiA geurteilt hatten, deutlich wurde, dass PiA in ihrem abhängigen Status und angesichts des rechtsfreien Raums, der durch die aktuelle Ausbildungsstruktur nach dem PsychThG ermöglicht wurde, in der Gefahr bleiben, ausgebeutet zu werden und Rechtsschutz benötigen.

Abschließend stellt sich die Frage, wie nun berufspolitisch mit den jüngsten PiA-Urteilen umgegangen werden sollte. Auf der Arbeitgeberseite ist nach der Klage des PiA in Berlin eine gewisse rechtliche Verunsicherung entstanden, aus der sich eine schwierige Situation ergab. Der Arbeitgeber war sich z.B. zunehmend unsicher, wie und ob er PiA überhaupt noch etwas zahlen sollte/könne, da die Gefahr bestand, damit einen Arbeitnehmerstatus von PiA zu begründen. Je mehr man den PiA nun Zugeständnisse machte (zunächst z.B. 200€, schrittweise bis zu 800€), desto mehr musste man auch befürchten, dass PiA nachträglich die Tätigkeit als Beschäftigungsverhältnis feststellen lassen würden. Das Interesse des Konzerns an dem Einsatz von PiA war ungemindert. Doch die Beziehung zu ihnen litt unter der allgemeinen (Rechts-) Unsicherheit. Nach meiner Wahrnehmung und nach dem zu urteilen, was ich als langjähriger PiA-Vertreter hier in Berlin erzählt bekommen habe, prägt diese Unsicherheit die Ausbildungszeit der PiA in den Kliniken negativ. Sind hier nicht alle an der Gesundheitsversorgung und der Ausbildung der Psychotherapeuten Beteiligten in der Verantwortung, miteinander ins Gespräch zu kommen? Eine wichtige Initiative, um mehr Rechtssicherheit herzustellen, war z.B. der von ver.di vorgeschlagene „Mustervertrag für die praktische Tätigkeit." Mit diesem wurde versucht, eine Angleichung der praktischen Tätigkeit an die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen von anderen Ausbildungsberufen in der Klinik zu erreichen und er bot ein Mindestmaß an Rechtssicherheit für alle Seiten. Auch wenn der Vertrag nicht umfassend von den Kliniken übernommen wurde, orientierten sie sich doch daran und die Verträge mit den PiAs wurden insgesamt besser.

Nach über zehn Jahren Psychotherapeutenausbildung ist eine klare Entwicklungstendenz zu verzeichnen: Die Kliniken schätzen den Einsatz von PiA als akademische Fachkräfte sehr. Sie sind zum Teil aus den obengenannten Gründen vorsichtig, dies zu deutlich zu sagen. Doch auch in der Kommission zur praktischen Tätigkeit der Psychotherapeutenkammer Berlin, in der PiA-Vertreter/innen, Klinikchefs und Ausbildungsinstitutsleiter miteinander im Gespräch waren, war dieser Tenor sehr deutlich. Angesichts der jüngsten Gerichtsentscheidungen wäre es nun an der Zeit zu versuchen, die nächste Hürde gemeinsam zu nehmen und eine umfassende Vergütungsregelung für PiA anzugehen. Auch die Arbeitgeberseite zeigt ein Interesse an mehr Gerechtigkeit und Rechtssicherheit. ■

Literaturhinweis

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. *Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publikationen/forschungsberichte/Forschungsgutachten-Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten.pdf



Wolfgang Steidl

Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft und Jobsharing-Anstellung

(Sozial-)rechtliche und steuerliche Aspekte

Interessante Gestaltungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten

Viele Psychotherapeuten möchten sich gerne selbständig machen und eine eigene Praxis eröffnen. Vor allem in attraktiven Ballungsgebieten besteht jedoch bereits eine Überversorgung, so dass zahlreiche Planungsbereiche gesperrt sind und von den Zulassungsausschüssen für Psychotherapie keine neuen Zulassungen erteilt werden. Das sollte sich nach dem Versorgungsstrukturgesetz mit der neuen Bedarfsplanung ab 2013 ändern. Nach der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie stimmten die Planungsbereiche in der Regel mit den Landkreisen überein. Die Anzahl der zuzulassenden Psychotherapeuten war für die einzelnen Planungsbereiche im Verhältnis zur Einwohnerzahl festgelegt. Die Bedarfsplanung für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ist ab diesem Jahr neu geregelt. Durch die Reform sollen die ländlichen Räume aufgewertet werden. Gleichzeitig soll die in den Ballungsgebieten bestehende Überversorgung abgebaut werden. Für Psychotherapeuten soll sich die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten dadurch um knapp 1.400 erhöhen. Dennoch wird es in vielen Gebieten auch zukünftig keine neuen Zulassungen für Psychotherapeuten geben. Doch hier gibt es einen Ausweg, um einen Einstieg in eine vertragspsychotherapeutische Tätigkeit zu finden: Jobsharing mit einem Kollegen, der bereits eine Praxis hat. Auch für den Praxisinhaber ist Jobsharing interessant, wenn er z. B. dauerhaft oder über eine bestimmte Zeit weniger als bisher arbeiten möchte oder mittelfristig einen Nachfolger sucht. Ein Grund kann aber auch die Anpassung der Praxisöffnungszeiten und des Leistungsangebots an die Patientenbedürfnisse sein.

Jeder Praxisinhaber kann sich für Jobsharing entscheiden, auch wenn er lediglich einen hälftigen Versorgungsauftrag (sogenannte Teilzulassung) hat. Eine gemeinsame Berufsausübung ist allerdings nur unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Angehörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam zulässig. Ein Jobsharing mit einem Arzt ist auch nach dem Versorgungsstrukturgesetz ausgeschlossen.

Jobsharing ist in zwei Formen möglich: Entweder es wird die psychotherapeutische Tätigkeit mit einem Berufskollegen gemeinsam ausgeübt (sogenannte Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft) oder es besteht ein Anstellungsverhältnis (sogenannte Jobsharing-Anstellung). Für das Jobsharing ist eine Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. Diese wird nur in einem gesperrten Planungsbereich erteilt. Es darf für den Jobsharing-Partner bzw. den Jobsharing-Angestellten kein eigener Sitz zur Verfügung stehen. Ein Jobsharer muss eine Approbation besitzen und in das Arztregister eingetragen sein. Dem Antrag auf Genehmigung eines Jobsharings ist der Gesellschafts- bzw. der Arbeitsvertrag beizufügen.

Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft

(Sozial-)Rechtliche Aspekte

Hierbei gründet ein Psychotherapeut, der bislang eine Praxis allein geführt hat (Seniorpartner), mit einem Berufskollegen (Juniorpartner) eine Berufsausübungsgemeinschaft. Zivilrechtlich handelt es sich dabei um eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Der Juniorpartner erhält eine zeitlich unbefristete Zulassung. Sie ist jedoch an die Zulassung des Seniorpartners gebunden. Nach fünf Jahren hat der Juniorpartner einen Anspruch auf eine bevorzugte Berücksichtigung bei der Nachfolge, falls der Seniorpartner ausscheiden möchte. Nach 10 Jahren erhält der Juniorpartner automatisch eine eigene Vollzulassung. Wird ein Planbereich bereits vor Ablauf der 10-Jahresfrist geöffnet, werden für die freien Sitze Jobsharing-Zulassungen in Vollzeitzulassungen umgewandelt. Hierbei besteht eine bestimmte Reihenfolge entsprechend der längsten Dauer der Jobsharing-Praxen im Zulassungsbezirk. Trennen sich die Partner vor Ablauf von zehn Jahren, endet die Jobsharing-Zulassung automatisch.

Steuerliche Aspekte

Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) üben zwei oder mehrere Psychotherapeuten ihre berufliche Tätigkeit gemeinschaftlich aus. Aus steuerlicher Sicht handelt es sich dabei um eine Mitunternehmerschaft, wobei die einzelnen Psychotherapeuten als Mitunternehmer (Gesellschafter) anzusehen sind. Voraussetzung ist, dass sie Mitunternehmerinitiative entfalten, indem sie an unternehmerischen Entscheidungen teilhaben und Mitunternehmerrisiko tragen. Ein Psychotherapeut trägt Mitunternehmerrisiko, wenn er am laufenden Gewinn und Verlust der Praxis

Wolfgang Steidl

Steuerberater, ADVIMED Koblenz, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen, Mitglied im ADVISION-Verbund, der Kooperationspartner der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung ist.

beteiligt ist und bei einer Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft oder bei seinem Ausscheiden am Praxiswert partizipiert. Hierin liegt der große Unterschied zu angestellten Psychotherapeuten. Diese erhalten regelmäßig eine feste Vergütung. Sie tragen damit kein unternehmerisches Risiko und können auch keinen Einfluss auf unternehmerische Entscheidungen des Praxisinhabers ausüben.

Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft wird der Gewinn aus der psychotherapeutischen Tätigkeit aller Mitunternehmer auf der Ebene der Gesellschaft ermittelt. Dazu wird in der Regel der Überschuss der Einnahmen, d. h. der vertrags- und privatärztlichen Honorare, über die Praxisausgaben ermittelt. Zu den Praxisausgaben gehören insbesondere die Miete für die Praxisräume, Löhne für angestellte Psychotherapeuten, eine Sprechstundenhilfe oder eine Reinigungskraft, Praxismaterialien und die Abschreibungen auf die Praxis- und Büroeinrichtung.

Hinweis: Bei den Einnahmen ist zu beachten, dass die Honorare aus den kassenärztlichen Abrechnungen dem Psychotherapeuten erst mit der Überweisung durch die Kassenärztliche Vereinigung zufließen und nicht bereits mit der Überweisung von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung. Bei Privatliquidationen fließt dem Psychotherapeuten die Einnahme dagegen bereits in dem Zeitpunkt zu, in dem diese bei der privatärztlichen Verrechnungsstelle eingeht.

Doch obwohl der Gewinn auf der Ebene der Berufsausübungsgemeinschaft ermittelt wird: Steuerpflichtig ist nicht die Berufsausübungsgemeinschaft. Einkommensteuerpflichtig sind vielmehr die einzelnen Psychotherapeuten (Mitunternehmer). Dazu wird der Gewinn der Berufsausübungsgemeinschaft einheitlich und gesondert festgestellt und den einzelnen Mitunternehmer-Psychotherapeuten, ihrer Beteiligung entsprechend, als Einkünfte aus einer freiberuflichen Tätigkeit zugerechnet. Die Einkünfte unterliegen dem progressiven Einkommensteuersatz (Eingangssteuersatz: 14%, Spitzensteuersatz: 45%) sowie dem Solidaritätszuschlag in Höhe von 5,5% der Einkommensteuer und gegebenenfalls Kirchensteuer in Höhe von 8% oder 9%. Wie viel Einkommensteuer zu zahlen ist, hängt von den persönlichen Verhältnissen (ledig/verheiratet, Kinder/kinderlos) ab. Zudem spielt es eine Rolle, ob weitere Einkünfte, z. B. aus einer Vermietung erzielt werden und in welcher Höhe Vorsorgeaufwendungen für Krankenversicherung und Altersvorsorge als Sonderausgaben abziehbar sind, Spenden oder Aufwendungen für haushaltsnahe Dienst- und Handwerkerleistungen steuerlich geltend gemacht werden.

Hinweis: Bei freiberuflich tätigen Berufsausübungsgemeinschaften besteht die Gefahr der gewerblichen Abfärbung, wenn neben der freiberuflichen Tätigkeit auch eine gewerbliche Tätigkeit ausgeübt wird, z. B. wenn ein Teil der Praxisräume an andere Heilmittelerbringer vermietet wird. Gewerbliche Abfärbung bedeutet: Originär freiberufliche psychotherapeutische Tätigkeiten werden in gewerbliche umqualifiziert. Der gesamte Gewinn der Berufsausübungsgemeinschaft wird gewerblich infiziert und unterliegt der Gewerbesteuer. Lediglich bei einem äußerst geringfügigen Anteil der gewerblichen Einnahmen von nicht mehr als 1,25% am Gesamtumsatz der ansonsten freiberuflich tätigen Berufsausübungsgemeinschaft entfällt die Abfärbewirkung. Die Gewerbesteuer ist bei den einzelnen Mitunternehmern allerdings teilweise auf die Einkommensteuer anrechenbar, so dass die zusätzliche Belastung mit Gewerbesteuer weitgehend neutralisiert wird. Bei allen zusätzlichen nicht-psychotherapeutischen Tätigkeiten sollte daher vorab geprüft werden, ob sie die freiberuflichen Einkünfte gewerblich infizieren können.

Achtung: Steuererklärungen, Einnahme-Überschuss-Rechnungen sowie Lohnsteueranmeldungen müssen elektronisch übermittelt werden – sonst drohen Geldbußen!

Jobsharing-Anstellung

(Berufs-)Rechtliche Aspekte

Bei der Jobsharing-Anstellung besteht zwischen dem Praxisinhaber und dem zweiten Psychotherapeuten ein Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis. Wird eine vertragspsychotherapeutische Praxis in einem gesperrten Gebiet zur Nachfolge ausgeschrieben, sind auch bisher angestellte Psychotherapeuten durch den Zulassungsausschuss bevorzugt zu berücksichtigen. Sie erhalten allerdings auch nach einer 10jährigen Anstellung nicht automatisch eine eigene Zulassung, wenn der Planungsbereich auch weiterhin gesperrt bleibt.

Steuerliche Aspekte

Wird ein Psychotherapeut im Rahmen einer Jobsharing-Anstellung beschäftigt, so erhält er für seine Tätigkeit ein Gehalt, das lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig ist. Der Praxisinhaber ist als Arbeitgeber zur Lohnabrechnung verpflichtet. Er muss die Lohnsteuer und die Sozialversicherungsbeiträge ermitteln, elektronisch beim Finanzamt bzw. der Krankenkasse anmelden und abführen. Das Gehalt sowie die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung (einschließlich der vom Praxisinhaber zu tragenden Beiträge zur Unfallversicherung und der Umlagen zur Sozialversicherung) mindern den Praxisgewinn. Der Praxisinhaber versteuert den verbleibenden Praxisgewinn als Einkünfte aus selbständiger Arbeit. Der angestellte Psychotherapeut muss im Rahmen der Einkommensteuererklärung weitere Einkünfte erklären, kann aber auch noch nicht berücksichtigte Aufwendungen steuerlich geltend machen. Hat er keine weiteren Einkünfte und steuerlich relevanten Aufwendungen, braucht er meist gar keine Einkommensteuererklärung abgeben. Die monatlich einbehaltene Lohnsteuer entfaltet dann abgeltende Wirkung.

Hinweis: Ob eine Einkommensteuererklärung einzureichen ist bzw. ob es sinnvoll ist, freiwillig eine Einkommensteuererklärung abzugeben, sollte im Einzelfall geprüft werden. Denn in vielen Fällen kann mit einer Einkommensteuererstattung gerechnet werden.

Jobsharing sollte gut geplant werden

Ob die Gründung einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft oder eine Jobsharing-Anstellung auch wirtschaftlich sinnvoll ist, muss im Einzelnen vorab geprüft werden. Problematisch ist beim Jobsharing, dass das bisherige Punktzahlvolumen der Praxis nicht erheblich überschritten werden darf. Zulässig ist ein Überschreitungsvolumen von maximal 3% des Punktzahlvolumens des Fachgruppendurchschnitts im jeweiligen Vorjahresquartal. Umsatzsteigerungen sind damit im vertragsärztlichen Bereich kaum möglich. Damit bietet sich das Jobsharing-Modell vor allem für Psychotherapeuten an, die z. B. wegen Kinderbetreuung längere Zeit gemeinsam in Teilzeit tätig werden möchten. Jobsharing kann aber auch rentabel sein, wenn umfangreiche Leistungen erbracht werden, die nicht unter die Budgetierung fallen, sondern über die GÖA abgerechnet werden können.

Tipp: Wer Jobsharing plant, sollte sich rechtzeitig informieren und (berufs-) rechtlich wie auch steuerlich beraten lassen. ■

Wolfgang Elbrecht

Die Absicherung angestellter Psychotherapeuten in der Praxis

Zunächst ist zu unterscheiden zwischen der rein beruflich erforderlichen Absicherung gegen die finanziellen Folgen eintretender Schadensfälle einerseits und der privaten Absicherung andererseits.

Haftpflichtversicherung

Beruflich steht an erster Stelle die vom Gesetzgeber, vertreten durch die jeweils zuständige Psychotherapeutenkammer (PTK), vorgeschriebene Berufshaftpflichtversicherung (BHV). Der Sinn einer Haftpflichtversicherung ergibt sich aus der Bestimmung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), in der im § 823 mit der Benennung „Schadensersatzpflicht" Folgendes bestimmt ist:

„(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein."

Auch der Begriff der unerlaubten Handlung wird u. a. mit unter dem § 823 BGB subsumiert. Das Strafrecht zeigt dann im Einzelnen (nicht abschließend) auf, was unter einer unerlaubten Handlung zu verstehen ist. Wenn also durch eine berufliche Tätigkeit ein Schaden entsteht, ist der Verursacher in der Regel zum Schadenersatz verpflichtet. Die Höhe des Schadens kann leicht die eigenen finanziellen Möglichkeiten überschreiten und daher verlangt die Kammer eine „ausreichend hohe" Absicherung ohne Präzisierung der Summe. Aus heutiger Sicht erscheint eine Mindestabsicherung in Höhe von 2,5 Millionen Euro als Minimum.

Wir leben von unserer Arbeitskraft und die ist das Einzige, das wir haben, um unser Brot zu verdienen!

Inwieweit ein angestellter PP/KJP eine eigenständige Berufshaftpflichtversicherung benötigt, ist von der Gestaltung des Arbeitsvertrages abhängig. Dieser ist ganz genau daraufhin zu prüfen, ob Angestellte über den Arbeitgeber abgesichert sind respektive sich unter dessen Haftungsdach befinden. Wenn Letzteres gegeben ist und der Angestellte ausschließlich Erfüllungsgehilfe des Arbeitgebers ist, erscheint eine eigenständige Berufshaftpflichtversicherung eher entbehrlich.

Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA), die in einem Ausbildungsinstitut und/oder Lehrpraxis tätig sind, benötigen auf jeden Fall eine eigene Berufshaftpflichtversicherung und dies auch dann, wenn das Institut eine Berufshaftpflichtversicherung inklusive aller Dozenten und PiAs bereits vorhält. Dies mag schwer verständlich sein, ist aber zwingend, wenn in einem Schadenfall nicht das Institut als solches, sondern der PIA von Patienten persönlich belangt wird. Daraus leitet sich im dem entsprechenden Verfahren auch her, wer zum Schadenersatz verpflichtet ist.

Schließlich ist es ein Gebot der wirtschaftlichen Vernunft, die Berufshaftpflichtversicherung mit einer Privathaftpflichtversicherung zu verknüpfen, die den Alltagsrisiken mit einem guten Vertragswerk und umfangreichen Leistungen begegnet.

Rentenversicherung

Ab Erhalt der Approbation besteht eine Zwangsmitgliedschaft in dem Psychotherapeutenversorgungswerk (PTVW), in dessen Bezirk (Bundesland) die berufliche Tätigkeit ausgeübt wird oder in dem sich der Wohnsitz befindet. Alternativ dazu ist im Einzelfall auch eine Mitgliedschaft in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) möglich.

Ein Wermutstropfen sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben: Bezüglich der Höhe der Beiträge und auch der Leistungen gibt es keinerlei Garantien, auch wenn hier und da andere Äußerungen gefallen sind. Die zum Teil behauptete Staatshaftung ist ebenfalls nicht existent. Ursächlich sind entsprechende Passagen in den Satzungen, die sinngemäß so lauten, dass Beiträge und Leistungen angepasst werden können. Im Extremfall können also Beiträge multipliziert und Leistungen auf null reduziert werden (was wir nicht hoffen wollen). Die Leistungen des PTVW sind dann als deutlich besser als die der DRV anzusehen, wenn sie denn so eintreffen, wie es die Annahmen des zu Grunde liegenden PTVW-Versicherungsgutachtens nahelegen.

Eine Altersvorsorge mit vertraglichen Garantien ist nur in der privaten Rentenversicherung möglich, in der auch im Unterschied zu Bankensparplänen das Lebenszeitrisiko an die jeweilige Versicherungsgesellschaft delegiert wird.

Wichtig: Je früher die Beitragszahlung in irgendeine Altersvorsorge beginnt,

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise gemeint ist.

Wolfgang Elbrecht

Psychologischer Psychotherapeut, seit 1991 niedergelassen in eigener Praxis in Essen. Als Versicherungsmakler u. a. tätig für den Wirtschaftsdienst der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.

desto länger werden insbesondere die ersten Beiträge verzinst und bringen so den wesentlichen Ertrag, der zurzeit für mündelsichere Anlageformen (d.h. klassisch ohne Fonds) bei ca. 4,5% liegt, je nach Gesellschaft.

Krankenversicherung

Die Krankheitskostenversicherung, gemeinhin auch Krankenkasse genannt, ist mit die wichtigste Absicherung im Krankheitsfall und gesetzlich zwingend vorgeschrieben. Wer als Angestellter oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdient, hat die Wahl, freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu bleiben oder sich bei einer Privaten Krankenversicherung (PKV) zu versichern.

Die GKV ist für Familien im Beitrag billiger, für Eheleute ohne Kinder dann, wenn es nur einen Verdiener gibt. Allerdings hat es sich nach langjähriger Erfahrung (auch mit meinem eigenen Schicksal) erwiesen, dass zumindest bei einer notwendig gewordenen stationären Behandlung ein privater Zusatztarif äußerst hilfreich ist. Zuwendung und Pflege sind zwar gleich und meines Erachtens wirklich gut, aber man bekommt den selbst gewählten Arzt, die bessere Technik und verträglichere Medikamente.

Die PKV begegnet besonders hohen Ansprüchen und ist entsprechend teuer. Auch muss jedes Familienmitglied einen eigenen Vertrag haben. Manchmal wird damit geworben, dass die PKV preiswerter ist als die GKV. Dies trifft nur in jungen Jahren zu. Die Beiträge steigen mit dem Lebensalter deutlich an, so dass es sinnvoll ist, die Beitragsdifferenz nicht zu konsumieren, sondern in eine klassische Rentenversicherung einzuzahlen, aus der dann später ein erheblicher Anteil des Beitrages aus dem Ertrag dieser Rentenversicherung entrichtet werden kann.

Es ist als Rentner nicht besonders lustig, aus finanziellen Gründen in einen einfacheren Tarif wechseln zu müssen und dieses gerade dann, wenn man altersbedingt die nützlichen und nicht nur die notwendigen Leistungen dringend benötigt.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Absicherung der Arbeitskraft gehört zur elementaren und zwingend gebotenen Risikovorsorge, denn wir sind in der Regel keine Kapitaleigner, die vom Zinsertrag und/oder Kursbewegungen profitieren. Es ist also notwendig (um die Not zu wenden), sich gegen die finanziellen Folgen des Verlustes oder der Einschränkung der Arbeitskraft zu schützen. Dies macht besonders Sinn, wenn man noch gesund ist, damit nicht aus Krankheitsgründen dieser Schutz nicht oder nur mit verschlechterten Bedingungen (Beitragszuschläge und/oder Leistungsausschlüsse) dargestellt werden kann.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV) ist erheblich wichtiger als beispielsweise ein Krankentagegeld.

Krankentagegeld

Ein Krankentagegeld (KT) für Angestellte sichert nach Ablauf der üblichen sechs Wochen (manchmal, so z. B. im öffentlichen Dienst, bis zu 26 Wochen) Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber (im Rahmen der GKV auf ca. 83 Euro limitiert) die Differenz zwischen dem bisherigen Nettolohn und eben diesem Krankentagegeld, so dass keine Einkommensminderung bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit eintritt.

Ein Krankentagegeld in der PKV folgt ganz anderen Regeln und kann bis zur Höhe des bisherigen Nettoeinkommens vereinbart werden. Auch wird ein privat vereinbartes Krankentagegeld zeitlich unbegrenzt gezahlt, wenn nicht Berufsunfähigkeit eintritt. Man wird also nicht ausgesteuert. Der Abschluss eines Krankentagegeldes ist auch unabhängig von der Beitragsbemessungsgrenze.

Unfallversicherung

Ergänzend kann eine private Unfallversicherung (UV) abgeschlossen werden, die nach Feststellung verbleibender Beeinträchtigungen gemäß der sogenannten Gliedertaxe das vereinbarte Kapital und/oder eine Rente auszahlt. Es ist hierbei ohne Bedeutung, ob der Unfall am Arbeitsplatz, auf berufsbedingten Wegen oder in der Freizeit geschieht.

Im Unterschied dazu zahlt die jeweils zuständige Berufsgenossenschaft (BG) als gesetzliche Unfallversicherung einen Einkommensersatz für die Zeit des unfallbedingten Einkommensausfalles, wenn der Unfall in bestimmten Zusammenhängen mit der Arbeit des Angestellten im Zusammenhang steht.

Jeder Angestellte ist von seinem Arbeitgeber zwingend in der Berufsgenossenschaft zu versichern.

Rechtsschutzversicherung

Der Sinn der Rechtsschutzversicherung (RS) besteht in der Absicherung der finanziellen Folgen einer rechtlichen Auseinandersetzung in den verschiedenen, vertraglich vereinbarten Sachgebieten (Privat-RS, Berufs-RS, Arbeits-RS, Sozialgerichts-RS, Verwaltungsgerichts-RS, Standes-RS, Regress-RS, Vertrags-RS, Immobilien-RS, Vermieter-RS, Kfz-RS, einfacher Straf-RS und erweiterter Straf-RS (bei dem Vorwurf, eine Tat begangen zu haben, die nur absichtlich begangen werden kann wie z.B. sexueller Übergriff).

Die Rechtsschutzversicherung begleicht nach Abklärung der Erfolgschancen Gerichtsgebühren sowie Honorare von Anwälten und Gutachtern sowie sonstige notwendige Auslagen, so dass man das alles zumindest finanziell nicht allein durchstehen muss.

Die Rechtsschutzversicherung hilft aber auch (je nach Vertragswerk) durch kostenlose außergerichtliche Beratung und durch Übernahme der Kosten, die bei der Durchsetzung des eigenen Rechts entstehen.

Sonstige Versicherungen

Eine Wohngebäudeversicherung sichert generell gegen die finanziellen Folgen von Schäden durch Feuer, Sturm, Hagel, Leitungswasser und auf Wunsch auch von Elementarschäden.

Schließlich soll die Hausratversicherung nicht unerwähnt bleiben. Die Einzelheiten sind aber so vielfältig und individuell, dass die Darstellung diesen Rahmen sprengen würde. ■

Sylter Praxistage

Professionelle und wirtschaftliche Praxisführung

Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene – Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis
Termin: 29.05.2013 (17:30 bis 21:30 Uhr)
Referent: Dr. Hans Nadolny
Kosten: € 90,- für Mitglieder der DPtV, € 125,- für Nicht-Mitglieder.

Effizient und pragmatisch ein Qualitätsmanagement-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen!
Termin: 30.05.2013 (09:00 bis 15:00 Uhr)
Referentin: Dipl.-Psych. Sabine Schäfer
Kosten: € 133,- für Mitglieder der DPtV, € 200,- für Nicht-Mitglieder.

Tipps zur Praxisführung
Termin: 30.05.2013 (18:30 bis 21:30 Uhr),
Referenten: Dr. Hans Nadolny, Dipl.-Psych. Sabine Schäfer
Kosten: € 72,- für Mitglieder der DPtV, € 100,- für Nicht-Mitglieder.

Praxis „Praxisentwicklung – Kauf, Verkauf, Kooperationen"
Termin: 31.05.2013 (10:00 bis 13:00 Uhr)
Referent: Dr. Hans Nadolny
Kosten: € 72,- für Mitglieder der DPtV, € 100,- für Nicht-Mitglieder.

Was müssen Sie wissen, wenn Sie eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen und hierbei eine/n Kollegin/en anstellen wollen? Darüber hinaus: Rechnet sich die Anstellung von Personal?
Termin: 31.05.2013 (18:30 bis 21:30 Uhr)
Referentin: Dipl.-Psych. Sabine Schäfer
Kosten: € 72,- für Mitglieder der DPtV, € 100,- für Nicht-Mitglieder.

Welche steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Aspekte muss ich bei einer Gehaltsberechnung, der Gestaltung einer Berufsausübungsgemeinschaft, beim Verkauf und Kauf einer (halben) Praxis beachten?
Termin: 01.06.2013 (10:00 bis 13:00 Uhr)
Referenten: Dipl.-Psych. Sabine Schäfer, Dr. Hans Nadolny, Christina Seimetz
Kosten: Kostenfrei für die Teilnehmer/innen, die alle Veranstaltungen der Sylter Praxistage besuchen. € 72,- für Mitglieder der DPtV, € 100,- für Nicht-Mitglieder.

Berichte schreiben – leicht und locker
Termin: 01.06.2013 (18:30 bis 21:30 Uhr)
Referenten: Dipl.-Psych. Sabine Schäfer, Dr. Hans Nadolny
Kosten: € 72,- für Mitglieder der DPtV, € 100,- für Nicht-Mitglieder.

Junge Psychotherapeuten (PiA und Neuapprobierte) erhalten 50 % Preisnachlass auf alle Veranstaltungen!

Tagungsort:
Insel Sylt Tourismus-Service · Raum Nordsee
Andreas-Dirks-Straße 10 · 25980 Westerland
Frühzeitige Buchung empfohlen!

Anmeldung & Information:
Bundesgeschäftsstelle der DPtV · Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
www.DPtV.de · E-Mail: bgst@DPtV.de

DPtV CAMPUS
Information · Austausch · Fortbildung

Mai

3.5.2013, Freiburg
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen – nicht nur für Einsteiger
Referent: Dieter Best
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

4.5.–5.5.2013, Berlin
Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit
Referenten: Dr. Karin Grossmann, Prof. em. Dr. Klaus Grossmann
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

9.5.–11.5.2013, Trier
8. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Forschung und Praxis im Dialog – Moderne Fortsetzungen eines alten Austauschs
Auskünfte/Kontakt:
Universität Trier, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Kristin Bergmann-Warnecke
wk2013@uni-trier.de
0651 2014331

10.5.–11.5.2013, Stuttgart
Das fremde Kind – Tagung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie
Brechungen und Brüche der Identität
Auskünfte/Kontakt:
Klinikum Stuttgart, Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
k.schaber@klinikum-stuttgart.de
0711 27872471

11.5.2013, Düsseldorf
Arbeiten in multiprofessionellen Teams – Geht das in eigener Praxis?
Referent: Dr. Andreas Soljan
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

16.5.2013
Chat Kostenerstattung
Referenten: Kerstin Sude, Frank Mutert
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

24.5.2013, Stuttgart
Berufspolitik (mehr) durchschauen: Wie kommen die Regeln für die ambulante Psychotherapie ins System und wie können wir sie ändern?
Referentin: Sabine Schäfer
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

25.5.2013, Osnabrück
Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene – Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis
Referent: Dr. Hans Nadolny
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

29.5.2013, Dortmund
Kostenerstattung von A–Z: Ein Workshop rund um das Kostenerstattungsverfahren
Referentin: Kerstin Sude
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

29.5.–1.6.2013, Westerland
Sylter Praxistage – Professionelle und wirtschaftliche Praxisführung
Referenten: Dr. Hans Nadolny, Sabine Schäfer
(Weitere Informationen siehe Anzeige auf Seite 48)
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

30.5.–1.6.2013, München
Jahrestagung der ISPS-Germany
Psychosen-Psychotherapie, Soziotherapie der Psychosen, Gruppen-Psychotherapie
Auskünfte/Kontakt:
ZSP Salzwedel, Tagungsorganisation ISPS-Germany, N. Nowack
ISPS-Germany@gemeinde-psychiatrie.de

Juni

6.6.2013, Berlin
Symposium
„Mann kriegt die Krise" Männer und Psychotherapie – geht das zusammen?
(Weitere Informationen siehe Anzeige auf Umschlagseite 3 und unter www.dptv.de)

8.6.2013, Stuttgart
Und die Angst wird bleiben…! Weiterleben mit Krebs – Psychoonkologie in der Praxis
Referentin: Martina Preisler
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

13.6.2013, Frankfurt
Start in die Selbstständigkeit
Referenten: Kerstin Sude, Frank Mutert
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

13.6.–16.6.2013, Leipzig
Symposium
Verleumdung und Verrat – Beiträge zu Komplextraumatisierung und Dissoziation
Auskünfte/Kontakt:
Leipziger Akademie für Ganzheitliche Psychotherapie
info@traumapotenziale.de

14.6.–15.6.2013, Berlin
Presseworkshop
Referentin: Ursula-Anne Ochel
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

14.6.–16.6.2013, Leipzig
13. GwG-Verbandstag
Achtsamkeit und Stress. Die personzentrierte Perspektive
Auskünfte/Kontakt:
GwG Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.
gwg@gwg-ev.org
0221 9259080

14.6.–16.6.213, Bonn
2. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie
Gesellschaft und Gruppe
Auskünfte/Kontakt:
Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie
Jutta Bohnhorst
info@d3g.org
0561 2076002

15.6.–16.6.2013, Köln
Psychotherapie in der Behandlung psychosomatischer Patienten
Referentin: Kornelia Gees
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

20.6.2013, Hannover
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen – nicht nur für Einsteiger
Referent: Dieter Best
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

22.6.2013, Köln
„Das liebe Geld …" – Betriebswirtschaftliche Aspekte der Praxisführung
Referent: Andreas Pichler
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

22.6.2013, Berlin
Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene – Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis
Referent: Dr. Hans Nadolny
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

Juli

5.7.–7.7.2013, München
2. Verhaltenstherapiewoche
Eröffnungsvorträge zum Thema Kognition und Metakognition
Auskünfte/Kontakt:
IFT-Gesundheitsförderung GmbH
Elke Wirges
wirges@ift.de
089 36080494

Anmeldung zu DPtV CAMPUS-Veranstaltungen

Bitte nutzen Sie zur Anmeldung zu DPtV CAMPUS-Veranstaltungen das Anmeldeformular zum Download unter www.dptv-campus.de.

Rezensionen

Christof Eschenröder /
Claudia Wilhelm-Gößling (Hrsg.)
Energetische Psychotherapie – integrativ
Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen
2012, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, dgvt-Verlag
337 Seiten
ISBN 978-3-87159-269-0
24,80 €

Rezensiert von Gudrun Klein

Die Energetische Psychotherapie (in der Folge EP genannt) ist eine therapeutische Interventionstechnik, welche sich seit den Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts entwickelt hat und seit ca. 2000 in Deutschland angekommen ist. Es gibt verschiedene Ausrichtungen, welche sich bezüglich der angenommen Wirkhypothesen und der praktischen Anwendung unterscheiden. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Behandlung von emotional überschwemmenden, dysfunktionalen Gefühls-, Gedanken- und Verhaltensmustern nicht zuletzt wegen der erweiterten Kenntnisse durch die Traumatherapie entwickelt. Es gibt spannende Ansätze der Behandlung, welche in der Regel mit der Arbeit am Körper – verbunden mit der Aktivierung von Erinnerungen und Denk- und Gefühlsmustern – eine geteilte Aufmerksamkeit herstellen. Hierzu zählen EMDR, EMI, hypnosystemische Ansätze, Energetische Psychologie, PEP.

Mit der dritten Auflage des vorliegenden Bandes, welche umfangreiche Aktualisierungen enthält, stellen die Autoren die unterschiedlichen Richtungen innerhalb der EP dar und geben damit ein breites Spektrum der „Klopftechniken" wieder. Dabei zeigen die Autoren die bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Untersuchungen auf und wissen gleichwohl, dass diese neue Behandlungstechnik noch nicht genügend abgesichert ist. Dennoch zeigen sie, wie diese Techniken kreativ in den Therapieprozess, unabhängig der Grundorientierung der Behandler (Verhaltenstherapie, Psychodynamische Verfahren oder Kinder- und Jugendlichentherapie), einbezogen werden können.

Im ersten Kapitel findet sich bei Eschenröder ein informativer Überblick über die verschiedenen Ansätze der EP mit einer abgewogenen Kritik an z.B. dem Muskeltest und dessen fehlender wissenschaftlicher Basis. Eine kritische Würdigung der entgegengebrachten Skepsis bezüglich des energetischen Paradigmas findet statt. Ein Fallbeispiel und eine Anleitung zur Selbstbehandlung sind für den interessierten Leser zum Kennenlernen der „Klopftechniken" einführend sehr hilfreich. In den folgenden Kapiteln werden wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit von EP – ausführlicher die Untersuchung der Herausgeberin – dargestellt. Die Notwendigkeit weiterer Forschung wird konstatiert.

Eine wesentliche Erweiterung dieser Auflage findet sich in der ausführlichen und einfühlsamen Beschreibung der verschiedenen Tools der Prozess- und embodimentfokussierten Psychologie (PEP) durch Dirk Wersig. Ein Fallbeispiel macht den flexiblen Einsatz von PEP anschaulich. Die unterschiedlich vermuteten Wirkmechanismen von PEP und EP werden in diesem Buch dargestellt, was den Begriff „integrativ" zurecht im Titel führen lässt. Die Autoren sind darum bemüht, den verschiedenen Ausrichtungen der EP Rechnung zu tragen.

Danach folgen Vergleiche von verschiedenen Verfahren wie Verhaltenstherapie und EMDR und die Integration in die Kognitive Verhaltenstherapie oder Psychodynamische Verfahren. Konkrete Anwendungsbeispiele bei Phobien, Traumafolgestörungen und der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien zeigen die möglichen Anwendungsfelder der EP.

Wer ein Interesse an diesem noch recht neuen Verfahren hat, sich über die verschiedenen Herangehensweisen der Anwender von EP informieren möchte und den wissenschaftlichen Stand dieser Technik erfahren will, findet in diesem Buch reichlich Anregung und eine gut dargestellte Zusammenfassung. Dabei zeigen sich die Autoren selbstkritisch und bereit zum Überdenken der energetischen Wirkannahmen, betonen indessen die klinisch evidente Wirksamkeit in ihren Behandlungsfeldern. ■

Detlev von Zerssen / Franz Petermann
MPT
Münchner Persönlichkeitstest
2012, Hogrefe
Test komplett bestehend aus:
Manual, 10 Fragebogen Sb, 10 Fragebogen Fb-w, 10 Fragebogen Fb-m, Schablone, 10 Profilbogen und Box
89,00 €

Rezensiert von
Katrin Johanna Bude

Ein weiterer Persönlichkeitstest? Gerade hatte ich die Testbibliothek in meiner psychotherapeutischen Praxis für Erwachsene auf den neuesten Stand gebracht und war entsprechend neugierig, ob der MPT tatsächlich noch einen Gewinn für die tägliche Arbeit bringt. Ich benutze regelmäßig verschiedene Verfahren, sowohl computergestützt als auch in Papierform.

Die Testbeschreibung verspricht eine retrospektive Erfassung der Persönlichkeitsstruktur zu einem Zeitpunkt der relativen psychischen und körperlichen Gesundheit. Damit will der MPT die Therapieplanung unterstützen. Ne-

ben der Selbstbeurteilungsskala steht auch eine Fremdbeurteilungsskala zur Verfügung. Einsetzbar ist der Test für Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene, sowohl im Einzel- als auch im Gruppenverfahren.

Erfasst werden die folgenden Persönlichkeitsdimensionen: Extraversion, Neurotizismus, Frustrationstoleranz, Rigidität, Isolationstendenz, Esoterische Neigungen und Normorientierung. Außerdem steht eine zusätzliche Kontrollskala Motivation zur Verfügung. Wichtig zu betonen ist, dass der MPT kein Verfahren ist, welches dazu dient, eine klinische Diagnose zu stellen. Er erfasst Ausprägungen verschiedener Persönlichkeitsdimensionen in Relation zur Normstichprobe. Gezieltes Nachexplorieren wird so vereinfacht.

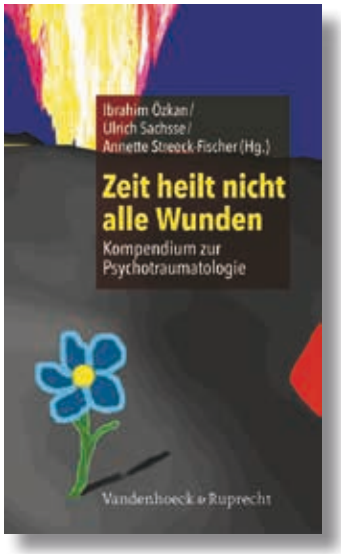
Durchführung: Neben dem Selbstbeurteilungsbogen gibt es, wie bereits beschrieben, den Fremdbeurteilungsbogen in einer weiblichen und einer männlichen Variante. Mit nur 49 Items sind beide Bögen sehr überschaubar. Die Instruktion ist klar und einfach. Die grafische Gestaltung ist ansprechend, die größere Schrift erleichtert das Ausfüllen. Es stehen vier Antwortkategorien zur Auswahl. Besonders hervorzuheben ist die klare und eindeutige Itemkonstruktion.

Testauswertung: Diese ist einfach, ausgewertet wird mit den üblichen Schablonen durch einfaches Addieren. Man benötigt maximal 10 Minuten pro Patient. Es liegen alters- und geschlechtsspezifische Normwerte (Prozentrang, T-Wert, Stanine) vor.

Zuverlässigkeit und Gültigkeit: Nach Angaben der Testautoren verfügt der MPT über eine hohe faktorenanalytisch ermittelte Konstruktvalidität. In der Gesamtschau ergibt sich ein konsistentes und sehr zuverlässiges Testverfahren. Es besteht zudem eine gute Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung, was sich auch in meiner eigenen kleinen Stichprobe bestätigte.

Patientenfeedback: Die Rückmeldungen meiner Patienten waren ausnahmslos positiv. Alle begrüßten die Übersichtlichkeit und vor allem den geringen Zeitaufwand, der zwischen 10 und 30 Minuten je Bogen lag. Einige bemerkten, dass die Instruktion wirklich sehr klar sei und die Fragen endlich einmal eindeutig und leicht verständlich. Auch wurde von allen die Fremdbeurteilung (die meist durch den Partner erfolgte) als wichtig erlebt.

Persönliches Feedback: Der MPI hat meine Erwartungen erfüllt. Er stellt sich mir als sehr nützliches Verfahren dar, um Persönlichkeitsdimensionen in einfacher Weise zu erfassen. Dabei erweist sich der Fremdbeurteilungsbogen als besonders hilfreich. Gerade die einfache Handhabung und die rasche Durchführbarkeit sind ein deutliches Plus. Am Anfang einer Therapie kann der MPT so sehr unterstützend für die Therapieplanung sein. Preis und Durchführungsdauer sind angemessen. Perspektivisch würde ich persönlich mir jedoch noch eine computergestützte Variante wünschen. ■



Ibrahim Özkan / Ulrich Sachsse / Annette Streek-Fischer (Hrsg.)
Zeit heilt nicht alle Wunden
Kompendium zur Psychotraumatologie
2012, Vandenhoeck & Ruprecht
224 Seiten
ISBN-10: 3525401868
ISBN-13: 978-3525401866
24,99 €

Rezensiert von David Pieper

Das Buch „Zeit heilt nicht alle Wunden" bietet einen repräsentativen Einblick in aktuelle Fragen und Fortschritte auf dem Gebiet der Psychotraumatologie. Die Inhalte sind jedoch nicht durchgängig, wie der Untertitel „Kompendium zur Psychotraumatologie" vermuten lässt, didaktisch aufbereitetet, so dass das Werk nicht im engeren Sinn als Lehrbuch gelten kann.

Entstanden ist der Band nach dem gleichnamigen Kongress in Göttingen. Dort fand 2010 die 12. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) statt. Für den vorliegenden Band konnten 21 Referenten gewonnen werden, die ihre Beiträge bearbeiteten und in insgesamt 16 Artikeln zur Verfügung stellten. Neben den drei Herausgebern, die jeweils mit einem Artikel vertreten sind, schrieben auch andere namhafte Größen wie Rachel Yehuda, Gertrude Bogyi, Vedat Sar und Gerald Hüther einen Beitrag.

Die Themen reichen dabei von Gen-Umwelt-Interaktionen, epigenetischen Mechanismen und neurobiologischen Grundlagen über Fragen zur Diagnostik bis zu den besonderen Herausforderungen bei der Behandlung von Traumapatienten mit Migrationshintergrund. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Entwicklungsverläufen von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen und dem Konzept der Entwicklungstraumastörung, welches die entwicklungsspezifischen Bedingungen von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter berücksichtigt.

Hervorzuheben ist der Forschungsartikel von Marylene Cloitre, Direktorin des Institute of Trauma and Stress an der New York University. Sie stellt ein Zwei-Phasen-Modell zur Behandlung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vor, in dem Teile des Skills-Trainings aus dem DBT nach Linehan mit Elementen aus der Prolongierten Exposition nach Foa kombiniert werden. In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden die Wirksamkeit der einzelnen Bausteine und deren Kombination überprüft. Wie die Herausgeber in einem kurzen Nachwort anmerken, gibt der Artikel der seit einigen Jahren geführten kontroversen Diskussion um das geeignete Verhältnis von stabilisierenden und konfrontativen Behandlungsmethoden neue Impulse. Cloitre kommt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass beide Therapiestrategien für sich alleine einen positiven Effekt auf die PTBS-Symptomatik insgesamt aufweisen, dass aber durch die Kombination von Skills-Training und Prolongierter Exposition die besten Ergebnisse erzielt werden, auch im Hinblick auf die Drop-out Raten.

Leider ist dies der einzige Artikel, der von den Herausgebern kommentiert und damit in einen größeren Zusammenhang gestellt wurde. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn man sich die Mühe gemacht hätte, dem Buch eine klare Struktur zu geben und auch die anderen Themen, etwa durch eine umfassendere Einleitung oder ein zusammenfassendes Fazit, in einen Gesamtkontext zu stellen. Ohne diese Kontextualisierung ist es schwer, einen roten Faden im Kompendium zu erkennen. Die Artikel sind nicht aufeinander bezogen und bilden so lediglich ein Sammelsurium von ausgearbeiteten Referaten.

Dem wissenschaftlich interessierten Leser, der sich einen schnellen Überblick über die aktuellen Diskussionen und Forschungsdesiderate der Psychotraumatologie verschaffen will, sei dieser wirklich abwechslungsreiche Sammelband empfohlen. ■

Aktuelle Rezensionsangebote
Unsere aktuellen Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

Leserbrief

Zum Beitrag von Dietmar Schulte
Lohnt sich Diagnostik? Diagnostik lohnt sich – auch finanziell!
In: Psychotherapie Aktuell 4.2012

Aus der Praxis | Lohnt sich Diagnostik?

Dietmar Schulte

Lohnt sich Diagnostik?

Diagnostik lohnt sich – auch finanziell!

Lohnt sich Diagnostik für Psychotherapeuten und Psychotherapeuten? Klinisch gesehen eine Zweifel, denn sie ermöglicht eine verbesserte Kontrollung Therapeuten und gegebenenfalls auch die Patienten erhalten eine geschärfte Information z.B. über den Schweregrad der Störung, über Probleme im Therapieverlauf und über den Erfolg der therapeutischen Bemühungen – ein unmittelbar Anlass zu Qualitätssicherung. Darauf wurde in einem Kolleg Artikel in dieser Zeitschrift bereits ausführlicher eingegangen (Psychotherapie Aktuell 3.2011, 27 – 30).

Aber lohnt sich Diagnostik auch finanziell – gegeben, die erforderlichen zeitlichen Aufwand, wenn man weiß, ob sich investieren lassen etwas über die ärztlichen Ressourcen von ambulanten Behandlungen erhalten sollten?

Es stellen sich also drei Fragen: Lohnt sich Diagnostik, Zeit, Aufwand und Geld Ressourcen betreffend? Bei allen klinischen Eingangsfragen – die verschiedenen Fragen werden im Hinblick auf die Tarife zur Grundlage für Berechnungen und Vergleichen. Bei allen Ressourcen sicht lohnt, dass sie ein Zeitaufwand gerechtfertigt ist. Was lohnt sich ambulante Behandlungsmöglichkeiten und Therapeuten auf dem Markt abzugleichen. Wenn sich Ressourcen – z.B. Geld – lohnt, sich verlohnt werden, auf diese Fragen eine Antwort zu geben.

Im folgenden sind die Ergebnisse zusammengestellt, in der Hoffnung, dass sie Ihnen hilfreich sein können.

Rechnet sich Diagnostik finanziell? – Wie viel zahlt die Krankenkasse?

Für die Durchführung von Fragebögen werden nach Ziffer 35.060 EBM etwa 2,80 € vergütet, bei psychometrischen Paketen sogar weniger – lohnt sich das?

Im Detail

Die Vergütung ist allerdings, wenn man die Rechnung einmal so macht, die Leistung ist zeitgebunden! Für die Durchführung eines z.B. psychometrischen Testverfahrens, z.B. HZI, IIP, BDI, Hogrefe Test System, Pearson Assessment, Pro Psychotherapie, Pro Psychotherapie, Pro Psychotherapie

Praxisabgabe

Praxisabgabe in **Delitzsch** (Sachsen, Nähe Leipzig) von KJP (TP), mit Vollzulassung, ab 1.7.2013, möglich. Praxis hervorragend etabliert und bestens vernetzt. Interessenten bitte melden unter: Telefon 034202 54256
E-Mail info@kindertherapie-becker.de

Praxisgemeinschaft

Duisburg: Psychologische Psychotherapeutin (TP, KV-Zulassung seit 1999) sucht zur Erweiterung ihrer Praxis Kollegin oder Kollegen.
Telefon 02151 401481
m.w-kaufmann@t-online.de

Praxisgesuch

Düsseldorf: Suche ruhigen Therapieraum in psycholog. Gemeinschaftspraxis.
Kontakt:
praxis@mbsr-ingrid-hartings.de

Praxisvermietung

Berlin Charlottenburg: Schöne helle Räume (ruhige Lage) in kollegialer Praxisgemeinschaft ab sofort kostengünstig block- oder tageweise zu vermieten (geeignet für PP o.ä.). Sanierter Altbau am Savignyplatz. Telefon 030 4642185

Berlin, Nähe Potsdamer Platz:
Büro-/Praxisfläche, helle ruhige Räume
80 qm/teilbar, inklusive Küche, WC, Terrasse
Monatsmiete 1.320,00 €
zzgl. Nebenkosten 95,00 €
Kontakt: Frau Gottwald
Telefon 030 235 00977

Stellenangebote

Teilzeitstelle für PP in sehr gut eingeführter Privatpraxis in **Fulda** zu besetzen. Diese kann auf Wunsch auch zu einer Vollzeitstelle ausgebaut werden. VT/Einzel/Erwachsene. Gerne aber auch Gruppen oder Kinder/Jugendliche (Approbation, Eintrag ins Arztregister und Fachkundenachweis sind erwünscht). Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in der Praxis (ACT) möglich. Bewerbungen gerne an:
praxis.gideon.franck@mac.com

Psychologische(r) Psychotherapeut(in) VT mit Approbation ab sofort gesucht, **Hannover**, als freie(r) Mitarbeiter(in), Erstattungsverfahren. Biete Patientenverwaltung und umfassenden Büroservice, Intervision im Team.
Chiffre PA201301114

Pensionierte(r) Psychologin(e) für 8 Std./Woche bzw. 2 x 4 Std./Woche für ambulante Reha in **Ahaus-Vreden** auf Honorarbasis gesucht.
dr.schymik@gz-vreden.de

Psychologische/n Psychotherapeut/in zur freien Mitarbeit im Kostenerstattungsverfahren gesucht. Voraussetzung Approbation und Arztregistereintrag. Praxis in **Hanau-Steinheim**.
Bitte melden unter mr@rieger-praxis.de.

Wir suchen für unsere Mandantin, ein ärztlich geleitetes MVZ im **Rhein-Sieg-Kreis**, eine/n

Psychotherapeutin/ Psychotherapeuten
in Teilzeit.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an

Rechtsanwälte
GPE Gather Plössner Ewig
z. Hd. Frau C. Nord,
Büchelstraße 50, 53227 Bonn
info@gpe-anwalt.de
www.gpe-anwalt.de

Verschiedenes

Encounter: Wege zum erfüllten Leben. 29.05. – 02.06.2013
in Rothenberg bei Heidelberg

Institut für Personzentrierte Psychologie
Dr. Beate Hofmeister
www.beate-hofmeister.de
info@beate-hofmeister.de

Gutachtenerstattung im Antragsverfahren
Für tiefenpsychologisch arb. Psychologen und Ärzte.
Aus der Praxis – für die Praxis.
Ort: 67112 Mutterstadt

- Anhand konkreter Fälle werden Gutachten erarbeitet und konkrete Hilfestellung gegeben.
- Halboffene Gruppe, max. 8 Teilnehmer, 1 x monatlich.
- Mit 10 Punkten von der ÄK Rheinland-Pfalz zertifiziert.
- Von der ÄK Rheinland-Pfalz als Supervisorin anerkannt.
- Einzel-Supervision ist zertifiziert.
- Klärung aller praxisrelevanten Fragestellungen (Abrechnung, Qualität, KV, Kostenerstattung).

Dr. med. Dipl.-Psych.
Gabriele Göhring-Hamacher
Telefon 06234 305437
goehringdoc@gmx.net
www.dr-goehring-hamacher.de

Qualitätszirkel (VT) sucht 1–2 nette, neue Mitglieder. Unsere Treffen machen meistens sogar Spaß. Es gibt Kaffee und Kekse. Raum D,K,SG,W. Kontakt unter Telefon 0211 7100223 oder Michaelschmitz-langenfeld@t-online.de

Centro Delfino – Praxis- und Seminarzentrum am Lietzensee (Berlin-Charlottenburg) bietet repräsentative Räume in zentraler Lage am ICC/Messe Nord (zw. 15 u. 80m², ggf. mit Nutzung einer gem. Rezeptionskraft). Auf Wunsch auch stunden-, tageweise bzw. Wochenendnutzung möglich.
www.praxisgemeinschaftlietzensee.de
Telefon 030 4446400

Wir suchen bundesweit approbierte und im Arztregister eingetragene Psychotherapeuten in eigener Praxis für eine psychotherapeutische Tätigkeit auf der Basis von 70,- bis 90,- Euro pro Sitzung. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Frau Schmidt: kontakt@therapeutenverbund.de

Körperdialoge
– Pferde als Beziehungspartner in der Psychotherapie –
Selbsterfahrungsseminare
und Fortbildungsreihe
Barbara von Morgen
Psychologische Psychotherapeutin
www.psychotherapie-von-morgen.de
barbara.v.morgen@psychotherapie-von-morgen.de

Zuverlässige, kompetente
und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Telefon 02234 949170
E-Mail ju_bender@t-online.de

Sie wollen Ihr **Qualitätsmanagementsystem (QMS)** aufbauen, aktualisieren oder zertifizieren lassen? Sie möchten Ihre **Praxisorganisation verbessern**? Ich biete Ihnen hierzu individuelle **Unterstützung/Beratung** an. Kompetent, flexibel, vertrauensvoll. Hinweis: Das Bundeswirtschaftsministerium **bezuschusst** auf Antrag **50% der Beratungskosten zum Aufbau Ihres QMS**. Bei der Antragsstellung bin ich gerne behilflich.
Clemens Thamm
Telefon 040 88128615
qms@clemens-thamm.de

Ausbildung zum „Basic Consultant of Positive Psychotherapy" beim Hamburger Zentrum für Positive Psychotherapie HZPP. Beginn einer neuen Gruppe im September 2013, Dauer 8 Monate, 4 Module à 3 Tage. Kontakt:
Kathrin Fettweiß, 040 44809947
info@hzpp.de, www.hzpp.de

Kunst auf Bildkarten - projektives Arbeitsmittel in der PT
Identifikationen und Projektionen auslösen mit Hilfe der Kunst, Schulen unabhängig nutzbar, Katalysator in Prozessen von Psychotherapie und Beratung – ausführlich unter
www.ips-projektive-verfahren.de

Aktuelle Stellenangebote
für
Psychologen und
Psychotherapeuten
finden Sie hier:
www.stellenmarkt-psychologie.de

Anzeigenschluss
für Heft 2.2013: 17.6.2013

Inserentenverzeichnis

IfHE, Institut für klinische Hypnose und Ego-State-Therapie, Berlin ..... Seite 15
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster ..... Seite 17
medhochzwei Verlag, Heidelberg ..... Seite 19/Umschlagseite 4

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
RSD Reise Service Deutschland GmbH, Kirchheim bei München
Klingenberger Institut für Klinische Hypnose, Konstanz

Artikel gesucht?

Ab sofort stehen die Jahresinhaltsverzeichnisse 2009 bis 2012 der Psychotherapie Aktuell unter www.dptv.de zum Download bereit.

Adressen DPtV

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
030 235009-0
Geschäftsführer Carsten Frege
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
DieterBest@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
0251 4829061
GebhardHentschel@dptv.de

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
0241 4011539
BarbaraLubisch@dptv.de

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

Hans-Jochen Weidhaas
Wellsring 43a
67098 Bad Dürkheim
06322 982107
Hans-JochenWeidhaas@dptv.de

Kooptiertes Vorstandsmitglied
Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
040 46776086
KerstinSude@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung
Michael Ruh (Vorsitzender),
Friedrich Gocht (Stellv. Vorsitzender)

Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg
Dr. Alessandro Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
0791 94016973
Mo, Mi u. Do 13.00–16.00 Uhr
Gs-bw@dptv.de
DrAlessandroCavicchioli@dptv.de

Bayern
Rudolf Bittner
Klötzlmüllerstraße 14
84034 Landshut
0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin
Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
030 55153363
praxispartner@gmx.de

Geschäftsstelle Berlin
Winfried Jaksch
Ringstraße 52
12205 Berlin
030 88629478
mail@dpvberlin.de

Brandenburg
Hartmut Uhl
Benzstraße 8/9
14482 Potsdam
0331 7481478
HU0331@aol.com

Bremen
Dr. Hans Nadolny
Schwachhauser Ring 5
28213 Bremen
0421 490322
drhansnadolny@dptv.de

Hamburg
Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
040 41912821
Heike.Peper@web.de

Hessen
Else Döring
Am Weißen Stein 11
60431 Frankfurt
069 515351
elsedoering@t-online.de

Geschäftsstelle Hessen
c/o Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
06451 718557
Mo–Fr 9.00–12.00 Uhr
dptv-hessen@t-online.de

Mecklenburg-Vorpommern
Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
03881 79050
info@dptv-mv.de

Niedersachsen
Matthias Engelhardt
Peinerstraße 4
30519 Hannover
0511 869796
Di 10.00–14.00 Uhr, Do 13.30–17.30 Uhr
Fr 13.30–17.00 Uhr

Nordrhein-Westfalen
Nordrhein
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
02244 874653
pichba@aol.com

Geschäftsstelle Nordrhein
Anne Patock
Benderstraße 76
40625 Düsseldorf
0211 9233064
Di 13.00–16.00 Uhr, Fr 9.00–13.00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe
Angelika Enzian
Bahnhofstraße 18
32102 Paderborn
05251 8728481
Mo bis Do 7.30– 8.00 Uhr
a.enzian@t-online.de

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe
Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
0251 48449670
Mo u. Mi 9.00–12.00 Uhr
GS-Westfalen-Lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz
Peter Andreas Staub
Bahnhofstraße 65
67251 Freinsheim
06353 5080573
i.d.R. werktags 12.00–13.00 Uhr
peter.a.staub@dptv-rlp.de

Saarland
Bernhard Petersen
Bahnhofstraße 41
66111 Saarbrücken
0681 9385045
Bernhard.Petersen@t-online.de

Sachsen
Dr. Peter Schuster
Alaunstraße 71B
01099 Dresden
0351 3125005
schuster@dpap.de

Geschäftsstelle Sachsen
c/o Angela Gröber
Bahnhofstraße 6
01640 Coswig
03523 5363136
DPtV.Sachsen@gmx.de

Sachsen-Anhalt
Christiane Dittmann
Bahnhofstraße 32
39638 Gardelegen
03907 739369
christianedittmann@hotmail.com

Schleswig-Holstein
Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
0431 731760
Praxis.borchers@kielnet.net

Thüringen
Christiane Rottmayer
Schöne Aussicht 12
98617 Meiningen
03693 9300045
Rottmayer-Meiningen@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
Dohlenstraße 36 · 46145 Oberhausen
Fon 0208 6282701 · Fax 0208 6282702
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen
medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
Sabine Hornig Fon 06221 91496-15
Lena Neusser Fon 06221 91496-17
Fax 06221 91496-20

Redaktionsbeirat
Dieter Best, Sabine Schäfer,
Carsten Frege, Mechthild Lahme,
Dr. Cornelia Rabe-Menssen

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.

Fotonachweis (Seiten)
schnugmedia/fotolia (Titel/Montage)
fotolia.com (4/9/12/18/21/23/25/27/34/35/38/40/44/46/52/53/55)

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

Satz
schnugmedia+))
visuelle kommunkation · Oberhausen
www.schnugmedia.de

Druck
Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335

Mann kriegt die Krise

Männer und Psychotherapie – geht das zusammen?

Männer leiden anders als Frauen und sie reden nicht darüber. Wenn das soziale Umfeld von ihren Nöten erfährt, ist es oft zu spät. Männer leiden öfter an Suchterkrankungen wie Alkohol-, Drogen- und Arbeitssucht. Die Suizidrate bei Männern ist drei Mal so hoch wie bei Frauen, gleichzeitig nehmen Männer viel seltener psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Ausschließlich männliche Stereotype zur Begründung heranzuziehen, greift jedoch zu kurz. Sind Männer anders psychisch krank? Haben Männer andere Symptome? Brauchen Männer eine andere Psychotherapie?

Diesen Fragen wollen wir uns auf unserem Symposium 2013 zuwenden. Wir wollen die Ursachen für die geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen benennen und spezifische Strategien in der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen vorstellen, die langfristig zu einer besseren Versorgung von psychisch kranken Männern beitragen können.

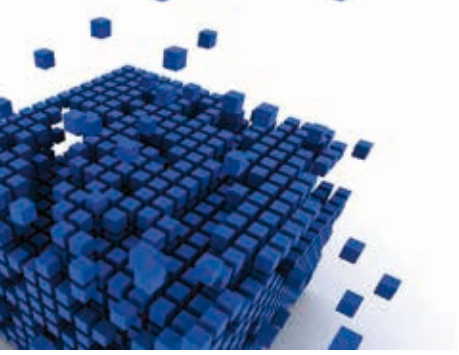
Bitte Termin vormerken:

Donnerstag, 6. Juni 2013, 13 bis 19 Uhr

Haus der Land- und Ernährungswirtschaft
Claire-Waldoff-Straße 7 · 10117 Berlin

Für die Veranstaltung sind Fortbildungspunkte bei der Psychotherapeutenkammer Berlin beantragt. Eine Anmeldung ist erforderlich bis zum 27.5.2013, Anmeldebestätigungen werden nicht versandt. Für Mitglieder ist die Teilnahme kostenfrei. Das Programm und die Anmeldeunterlagen finden Sie auf

www.dptv.de



MHP Start

Für den perfekten Einstieg ins therapeutische Berufsleben

Das bewährte Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (MHP) endlich auch zugeschnitten auf Berufseinsteiger und Psychotherapeuten in Ausbildung

Das Onlinewerk MHP Start behandelt alle Themen, mit denen Berufseinsteiger konfrontiert werden in den folgenden Themenblöcken:

- Existenzgründung, Businessplan und Kapitalbedarf
- Praxisführung/-organisation
- Dokumentation und Abrechnung
- Berufsrecht
- Relevante Rechtsvorschriften

Zuverlässig, kompetent und stets aktuell. Vom Start weg gut informiert und berufs- und rechtssicher unterwegs. Profitieren Sie vom Erfahrungsschatz der Herausgeber und Autoren und konzentrieren Sie sich auf das Wesentliche. Relevante Rechtsvorschriften komplettieren das Werk, Muster, Formulare und Checklisten unterstützen im Praxisalltag. Die komplette Bibliothek für Berufsanfänger elektronisch (inkl. zweimaliger Aktualisierung) zum Festpreis von EUR 99,95 pro Jahr.

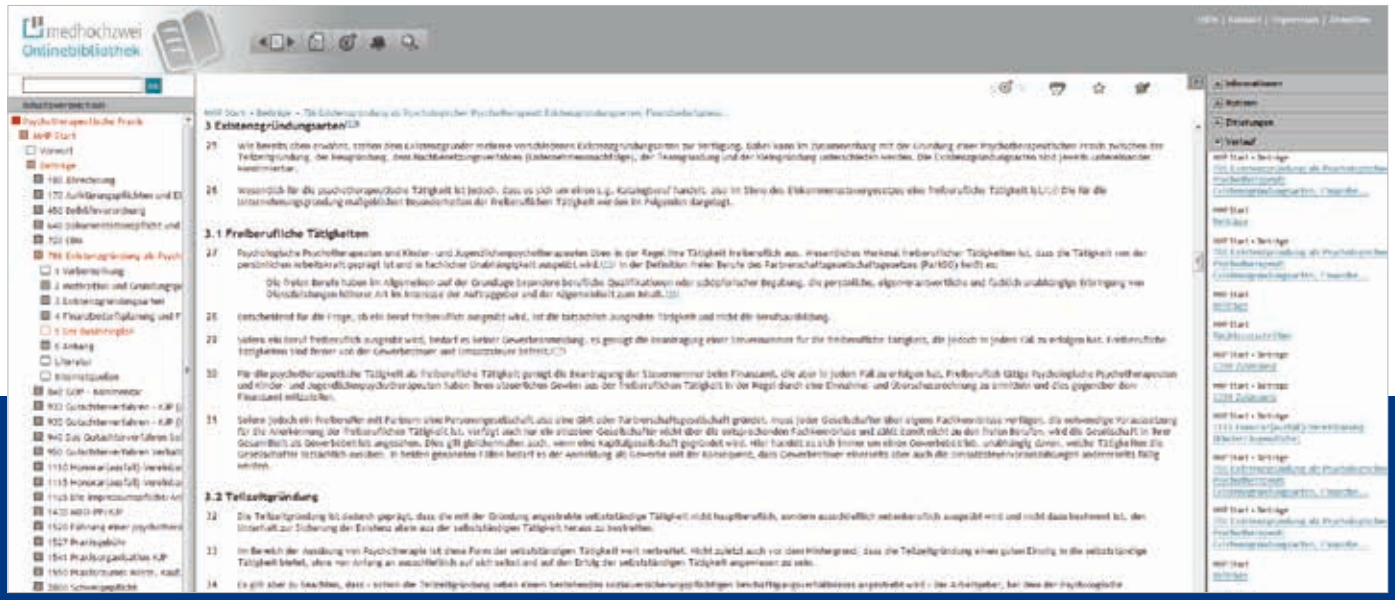
Behnsen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid (Hrsg.)

MHP Start

Management & Praxiswissen für PiAs und Berufseinsteiger

Online. Jahrespreis: € 99,95
inkl. zweimaliger Aktualisierung p.a.
ISBN 978-3-86224-012-8

Blick ins Werk MHP Start:



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.medhochzwei-verlag.de

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg
Bestell-Tel. 06221/489-555, Bestell-Fax 06221/489-410, E-Mail: kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de
Kundenbetreuung und Auslieferung über Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm

Psychotherapeuten Verlag