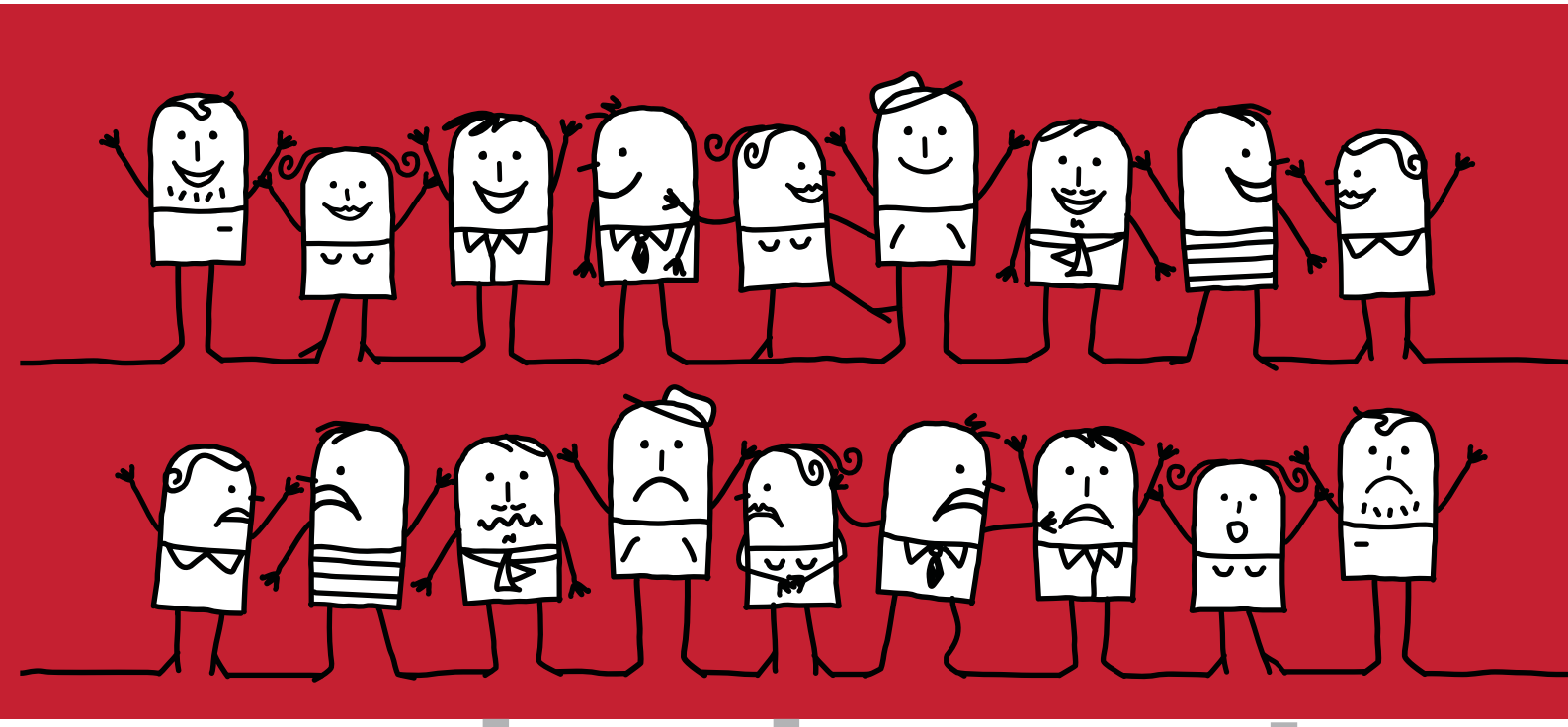
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

5. Jahrgang | Heft 3 | 2013



Psychotherapie Aktuell

- Hohe Berufszufriedenheit, Altersarmut inbegriffen
- Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Bewertung von Psychotherapeuten in Internetportalen

Hohe Zufriedenheit im Beruf, belastende Bürokratie und finanzielle Sorgen bei Psychotherapeuten!

Die DPtV startet in diesem Jahr ihre lang geplanten eigenen Erhebungen zur Berufszufriedenheit unter ihren Mitgliedern. Unsere Umfrage bestätigte mit ihren Ergebnissen aus Antworten von fast 3.000 Mitgliedern unsere vorangegangenen Recherchen: Psychotherapeuten sind hoch mit ihrem Berufsbild identifiziert, allerdings sehr unzufrieden mit den Rahmenbedingungen. Hier werden an allererster Stelle das viel zu geringe Einkommen und die den Arbeitsalltag erschwerende Belastung durch die Bürokratie genannt. Wir freuen uns sehr, Ihnen die Ergebnisse im Detail heute vorstellen zu können.

Auch die von vielen Seiten hoch gelobte Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bringt den Kolleginnen und Kollegen kaum einen Cent mehr in die Kasse. Der im EBM eingeführte Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung (Gebührenordnungsposition EBM-Nr. 23216) darf nicht neben einer genehmigungspflichtigen Leistung, noch nicht einmal neben dem Einsatz eines übenden Verfahren abgerechnet werden. Wir bezweifeln, dass unsere Berufsgruppe an dieser Stelle einen erwähnenswerten Mehrwert erzielen kann.

Auf ihre eigene Unzufriedenheit und auf ihre unwürdigen Ausbildungskonditionen machten um die 1.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) am 9. September 2013 um Punkt 19.00 Uhr in Berlin, Bielefeld, Braunschweig, Dresden, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Konstanz, Münster, Oldenburg, Osnabrück, Trier und Tübingen mit freeze-Flashmobs aufmerksam.

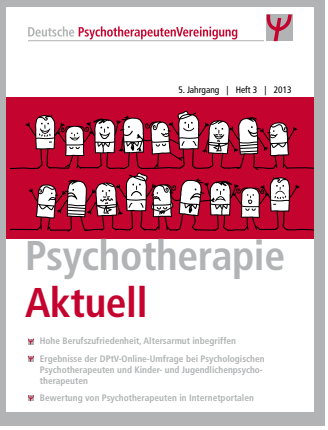
Unter dem Motto „Stillstand seit 1999 – Reform jetzt" prangerten sie öffentlich das Ausbleiben von notwendigen Reformen des seit 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetzes an. Auf einen Pfiff hin verharrten alle Teilnehmer in dieser Protestaktion eindrucksvoll regungslos für fünf Minuten an unterschiedlichsten öffentlichen Plätzen. Auf einen weiteren Pfiff hin verstreuten sie sich wieder in alle Richtungen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, leider waren die Bundestagswahlen diesmal nicht hilfreich, die lang ersehnten Änderungen für unsere Berufsgruppe voranzubringen. Doch dieses Jahr hat noch ein paar Monate und wir sind weiterhin frohen Mutes, dass es in diesem Jahr doch noch zu positiven Entscheidungen kommt. Warten wir es ab.

In diesem Sinne einen guten Start in den nun eindrücklich beginnenden Herbst. Vielleicht ergibt sich ein Lesevergnügen noch hier und da mit einem Sonnenschein. Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre viel Vergnügen und neue Impulse.

Herzliche kollegiale Grüße

Stellvertretende Bundesvorsitzende
der DPtV



Gesundheitspolitik

4 **Dieter Best**
Hohe Berufszufriedenheit, Altersarmut inbegriffen. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

6 **Cornelia Rabe-Menssen, Stephanie Hild-Steimecke**
Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

17 **Alessandro Cavicchioli**
Eine schnelle Aufnahme ist noch keine Psychotherapie. Analyse der Vertragslandschaft

Aus der Praxis

21 **Moina Beyer-Jupe**
Therapieunterbringungsgesetz ist verfassungsgemäß – mit Einschränkungen

22 **Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung

23 **Informationsblatt**
Patientenrechtegesetz. Die wichtigsten Aspekte für Praxen

25 **Informationsblatt**
Neuroleptika

26 **Daniel Griethe**
Vorbereitung der Existenzgründung. Die Finanzen der Praxis planen

Angestellte

28 **Johann Rautschka-Rücker**
Facharztstandard und Organisation im Krankenhaus

Rechts-, Versicherungs- und Steuerfragen

29 **Markus Plantholz**
Bewertung von Psychotherapeuten in Internetportalen

32 **Simone Vahle, Christian Schindler**
Alterssicherung bei Psychologischen Psychotherapeuten. Mit Vorsorgebeiträgen steuerliche Belastung senken

35 **Wolfgang Elbrecht**
Der Pflegefall. Was passiert, wenn es uns trifft?

Veranstaltungen

40 **Veranstaltungskalender November bis Dezember 2013**

Rezensionen

41 **Assja Metzger**
Sven Barnow: Therapie wirkt! So erleben Patienten Psychotherapie

42 **Petra Feuchter**
Ulrike Petermann, Franz Petermann: Therapie-Tools Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Leserbriefe

43 **Zum Vorwort von Sabine Schäfer**
„Mann kriegt die Krise …"

44 **Zum Beitrag von Carsten Hobbje**
„Richtlinienpsychotherapie" allein genügt nicht. Eine Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse ist notwendig

44 **Zu Psychotherapie Aktuell 2.2013**

Verbandsintern

45 **Adressen**
Impressum

Anzeigen

46 **Stellenmarkt**
Kleinanzeigen

Dieter Best

Hohe Berufszufriedenheit, Altersarmut inbegriffen

Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Psychotherapeuten sind offensichtlich gern bereit, über ihre persönliche und berufliche Situation Auskunft zu geben. Ein Rücklauf von 41% der angeschriebenen berufstätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist für Umfragen ungewöhnlich hoch. Die Ergebnisse sind für uns in der Tendenz nicht überraschend, in der Ausprägung aber schon: Einer sehr hohen Berufszufriedenheit steht eine sehr große Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen gegenüber, unter denen psychotherapeutisch gearbeitet wird.

Wenn mehr als 90% der niedergelassenen und 86% der angestellten Psychotherapeuten ihre Arbeit Freude macht und etwa gleich viele den Beruf wieder ergreifen würden, zeigt sich darin eine hohe Identifikation mit dem Beruf, und zwar über alle Altersgruppen hinweg. Zum Erhalt der beruflichen Zufriedenheit trägt offensichtlich ein reger fachlicher Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen in Supervisions- oder Intervisionsgruppen und Teamsitzungen bei. Ebenfalls eine Rolle dürfte spielen, dass drei Viertel der Psychotherapeuten in einer festen Partnerschaft leben. 89% der Niedergelassenen schätzen ihre Selbständigkeit.

Von den Angehörigen eines Berufs, dessen Aufgabe der Erhalt und die Wiederherstellung psychischer Gesundheit ist, sollte man erwarten können, dass sie selbst viel für ihre psychische Gesundheit tun. Dies ist offensichtlich der Fall. Psychotherapeuten fühlen sich durch die psychotherapeutische Tätigkeit und die Schwere der Erkrankungen ihrer Patienten wenig belastet. Psychotherapeuten bringen ihre beruflichen Belastungen und ihr Privatleben offensichtlich in einen guten Einklang (neudeutsch: Work-Life-Balance), sonst wäre die langfristige Aufrechterhaltung der beruflichen Zufriedenheit auch nicht möglich. Die für andere Heilberufe oft berichtete typische Überforderungs- und Burn-Out-Symptomatik trifft auf Psychotherapeuten nach unseren Ergebnissen nicht zu. Psychotherapiepatienten treffen also in den meisten Fällen auf zufriedene, mit einem ausgeprägten Privatleben versehene und mit ihrem Beruf hoch identifizierte Psychotherapeuten. Dies ist die gute Botschaft.

Sehr unzufrieden sind aber sowohl die Niedergelassenen als auch die Angestellten mit den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit, vorrangig mit dem Einkommen und der Bürokratie.

Gegenüber den niedergelassenen Ärzten der somatischen Medizin fühlen sich 86% der niedergelassenen Psychotherapeuten mit ihren Praxiseinkommen benachteiligt und ein beträchtlicher Anteil verdient durch andere Tätigkeiten noch etwas hinzu. Bei den Angestellten ist die wirtschaftliche Unzufriedenheit etwas weniger stark ausgeprägt. Vielleicht spielt dabei aber auch eine Rolle, dass die befragten angestellten Psychotherapeuten deutlich jünger waren (im Durchschnitt 36,6 Jahre) als die niedergelassenen (im Durchschnitt 52,6 Jahre) und damit am Anfang des Berufslebens stehen.

„Düster sehen Psychotherapeuten ihre Altersvorsorge."

Düster sehen Psychotherapeuten ihre Altersvorsorge. Wenn über 80% der niedergelassenen Psychotherapeuten davon ausgehen, dass sie länger als 66 Jahre arbeiten müssen, um sich ihre Altersvorsorge zu sichern und davon 30% sogar über 70 Jahre hinaus, ist dies im besten Wortsinn ein Armutszeugnis für die Selbstverwaltung aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen, die für eine gerechte Honorarverteilung zuständig ist. Nebenbei bemerkt: die Benachteiligung betrifft alle Psychotherapeuten. Ärztliche Psychotherapeuten verdienen keinen Deut besser als Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Auch die angestellten Psychotherapeuten schätzen ihre Altersvorsorge schlecht ein. Knapp die Hälfte kommt „nur mittelmäßig zurecht – es reicht so gerade" und 16% kommen „schlecht zurecht" und können ihren finanziellen Verpflichtungen kaum nachkommen.

Belastend empfinden 80% der Niedergelassenen den bürokratischen Aufwand beim Antrags- und Genehmigungsverfahren, vor allem das Berichteschreiben in Zusammenhang mit dem Gutachterverfahren. Die in der Regel abschlägige Beantwortung von Anfragen nach einem Therapieplatz wird von 59% der Befragten als belastend empfunden. In der Regel beantworten Psychotherapeuten

Dieter Best

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

mangels Personal solche Anfragen selbst. Therapieplatzabsagen beschränken sich nicht auf einige Sätze, sondern sie füllen oftmals die Pausen zwischen zwei Sitzungen, die eigentlich für die Vor- und Nachbereitung benötigt werden.

Auch bei den Angestellten ist die Unzufriedenheit mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit und psychotherapeutischer Tätigkeit groß: 50% sind damit unzufrieden.

Wie fällt nun das Fazit aus? Die Ergebnisse sprechen für die Psychotherapeuten: trotz ungünstiger und schwieriger Rahmenbedingungen erhalten sich Psychotherapeuten eine hohe Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Tätigkeit über ein ganzes Berufsleben hinweg. Unseres Erachtens spricht dies für einen klugen Umgang der Psychotherapeuten mit den eigenen psychischen und sozialen Ressourcen. Dass sie aber unter derart ungünstigen Rahmenbedingungen arbeiten müssen, ist ein Zeichen für die immer noch gering geschätzte Rolle der Psychotherapie bzw. im weiteren Sinne der sprechenden Medizin im deutschen Gesundheitswesen.

Reformen der Rahmenbedingungen sind dringend notwendig. Seit Jahren fordert die DPtV auf Grundlage ihrer Beschlüsse Reformen, die die beruflichen Fähigkeiten der Psychotherapeuten der Versorgung besser zu Gute kommen lassen und die von unnötigem Aufwand entlasten. Vor allem muss es Psychotherapeuten aber auch möglich sein, ein Einkommen zu erzielen, das dem der anderen Arztgruppen entspricht und das nicht nur ein wirtschaftliches Überleben auf unterem Niveau ermöglicht. ■

Exklusive DPtV-Publikationen:

Neue Faltblätter für Ihre Patienten

Ab sofort können Sie in der Bundesgeschäftsstelle unter ***bgst@dptv.de*** die hier abgebildeten Informationsblätter für Patienten anfordern*.

Die Faltblätter sind zur persönlichen Weitergabe an Ihre Patienten sowie zur Auslage in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen gedacht.

Bitte weisen Sie Behandlungsplatzsuchende und Interessierte auf unsere Psychotherapeutenliste hin:
www.psychotherapeutenliste.de

*) Für eine Mindestanforderung von 50 Stück (auch gemischt) erheben wir eine Gebühr von € 7,50 inkl. Porto.

Cornelia Rabe-Menssen
Stephanie Hild-Steimecke

Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen

Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Einleitung

In den vergangenen Jahren erfolgten verschiedene Umfragen zur beruflichen Zufriedenheit von Ärzten und Psychotherapeuten (z.B. Hessel et al., 2009; Jurkat, 2007; Vangermain & Brauchle, 2013), vor kurzem z.B. auch die Befragung durch Infas im Auftrag der KBV. Diese Umfragen erfassen jedoch die Spezifika der beruflichen Tätigkeit von Psychotherapeuten nur unzureichend und zu undifferenziert. Manche beziehen sich auch ausschließlich auf die Erhebung der Einkommenssituation, so z.B. die regelmäßigen Praxis-Panel des ZI (ZI, 2012). Die DPtV hat daher eine eigene, umfassende, bundesweite Umfrage zur beruflichen und wirtschaftlichen Zufriedenheit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt.

Methoden

In die Umfrage einbezogen wurden alle DPtV-Mitglieder, deren E-Mail-Adresse der Bundesgeschäftsstelle vorlag und für den Kontakt per Infomail freigegeben war (n = 7.297). Per Mail erfolgte eine Einladung an diese 7.297 DPtV-Mitglieder zur Teilnahme an der Online-Umfrage. Der Fragebogen konnte während eines Zeitraums von ca. acht Wochen (Februar bis April 2013) online bearbeitet werden. Die Umfrage war freiwillig und anonym – aus den Antworten konnten keine Rückschlüsse auf die teilnehmende Person gewonnen werden. Während des Befragungszeitraums wurden zwei Erinnerungsmails versendet. Die Auswertung der Daten erfolgte durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Bundesgeschäftsstelle der DPtV.

„Insgesamt nahmen 2.972 Mitglieder an der Umfrage teil; dies entspricht einer Rücklaufquote von 41%."

Die Fragen wurden von der DPtV in einem Diskussionsprozess mit niedergelassenen und angestellten Psychotherapeuten entwickelt. Neben soziodemografischen Angaben wurden folgende Angaben erfasst: Art der psychotherapeutischen Tätigkeit, Praxisführung und Praxisform, Approbation, Fachkundenachweis, KV-Zulassung, personelle Praxisausstattung, wöchentliche Sitzungsanzahl, Konkurrenzempfinden, Belastungsfaktoren, Verhältnis von Verwaltungsaufwand und psychotherapeutischen Tätigkeiten, Arbeitszufriedenheit, Bewältigungsstrategien, Intervision/Supervision, gesellschaftliche Anerkennung, weitere Einnahmen, wirtschaftliche Zufriedenheit und Zufriedenheit mit der Altersvorsorge. Einzelne Fragen unterschieden sich inhaltlich voneinander, je nachdem, ob sie von einem niedergelassenen oder angestellten Psychotherapeuten beantwortet wurden (adaptives Vorgehen). Einige Fragen wurden nur den Niedergelassenen gestellt (z.B. nach KV-Zulassung, Praxisform, Praxismitarbeiter), andere Fragen nur Angestellten (z.B. nach Institution, Angestelltenvertrag, Anteil an Psychotherapie, Verantwortungsbereich, Leitungsfunktionen, Tarifvertrag und Bewährungsaufstieg). Persönliche Einstellungen wurden über fünfstufige Likert-skalierte Items erfragt. Die allgemeine Berufszufriedenheit sowie die wirtschaftliche Zufriedenheit wurden jeweils über einzelne Items erfragt.

Zur inhaltlichen Validierung des Fragebogens wurde ein Pretest mit 50 Teilnehmern durchgeführt, anhand deren Rückmeldungen die Fragen überarbeitet wurden. Anschließend durchlief der Fragebogen einen methodischen Check und eine Überarbeitung durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Online-Dienstleisters onlineumfragen.com.

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte über die Auswertungsfunktionen der Homepage onlineumfragen.com. Für Berechnungen zu Subgruppen der Umfrageteilnehmer wurden über die erweiterten Statistikfunktionen Filter eingerichtet; in einzelnen Fragen wurde der wissenschaftliche Support von Onlineumfragen.com hinzugezogen.

Es wurden nicht alle Fragen von allen Umfrageteilnehmern beantwortet. Es zeigte sich, dass die letzten Fragen nicht mehr so häufig beantwortet wurden wie die ersten Fragen. Zwi-

schen den einzelnen Fragen variierte der Anteil an fehlenden Angaben. Im Folgenden werden diese „missing values" bei der Auswertung nicht berücksichtigt, wenn sie nicht einen beträchtlichen Anteil der Antworten ausmachen. In letzterem Falle wird die veränderte Stichprobengröße erwähnt. 100% werden hier fragespezifisch berechnet als Probanden, welche eine Antwort bei der jeweiligen Frage abgegeben haben (also ohne fehlende Daten). Wenn die Summe aller Prozente nicht 100% beträgt, liegt dies an Rundungen. Dies führt jedoch höchstens zu Abweichungen von +/- 1%.

Ergebnisse zur Gesamtstichprobe

Rücklaufquote und soziodemografische Merkmale der Befragungsteilnehmer

Insgesamt nahmen 2.972 Mitglieder an der Umfrage teil; dies entspricht einer Rücklaufquote von 41%. Die Umfrage wurde demnach von 8,7% aller Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Deutschland beantwortet (BPtK-Zahlen 2013).

Mit 29% männlichen und 71% weiblichen Umfrageteilnehmern entspricht die Geschlechterverteilung in etwa der 1/3 – 2/3-Verteilung der KBV-Grunddaten (KBV 2012). Ebenso entspricht das Durchschnittsalter mit 50,2 Jahren den KBV-Daten (siehe Abbildung 1). Die Ergebnisse sind daher durchaus als repräsentativ für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anzusehen.

Drei Viertel der Umfrageteilnehmer sind verheiratet bzw. leben in fester Partnerschaft. 15% sind ledig, 10% geschieden oder getrennt lebend und 2% verwitwet. 40% der Teilnehmer leben ohne Kinder in ihrem Haushalt, 29% mit einem Kind, 24% mit zwei Kindern und 6% mit mindestens drei Kindern. Damit leben die Umfrageteilnehmer weit häufiger in Ehen bzw. festen Partnerschaften und haben zu einem deutlich höheren Prozentsatz Kinder unter 18 Jahren in ihrem Haushalt, als dies in der Gesamtbevölkerung der Fall ist (z.B. 44% verheiratet; 29% ledig; 80% ohne Kinder <18 Jahre im Haushalt, siehe Daten des Statistischen Bundesamtes, 2013).

Mit einem Viertel aller Antworten stellen Psychotherapeuten aus Nordrhein-Westfalen die größte Gruppe der Umfrageteilnehmer dar (siehe Abbildung 2).

Über die Hälfte der Befragungsteilnehmer sind in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner) tätig, circa ein Viertel in einer Mittelstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner), 16% in einer Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner) und nur 7% in einem ländlichen Gebiet (bis 5.000 Einwohner).

Approbation und Tätigkeitsschwerpunkte der Befragungsteilnehmer

76% der Befragungsteilnehmer sind überwiegend als Niedergelassene in eigener GKV-Praxis tätig, 8% als Niedergelassene in eigener Privatpraxis, 3% als Jobsharing-Partner in einer psychotherapeutischen Praxis, 1% als Jobsharing-Angestellte in einer psychotherapeutischen Praxis und 13% als Angestellte in einer Institution.

„Die niedergelassenen Teilnehmer empfinden insgesamt sehr wenig Konkurrenz."

Circa drei Viertel der Befragungsteilnehmer sind als Psychologische Psychotherapeuten approbiert, 10% sind als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten approbiert, und weitere 11% haben die Approbation für beide Berufe (Abbildung 3).

Mit 64% hat über die Hälfte der Teilnehmer ihre Approbation seit 1999, d.h. sie haben ihre Approbation im Rahmen der Übergangsregelungen des Psychotherapeutengesetzes erhalten (§ 12 Übergangsvorschriften), jeweils zwischen 2% und 4% kommen in jedem weiteren Jahr bis 2013 hinzu. Die Verteilung der Fachkunde in der Gesamtstichprobe zeigt einen Anteil von 64% VT, 32% TP und 4% AP. Eine eigene KV-Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag haben 89% der Befragungsteilnehmer, eine eigene KV-Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag 11% der Antwortenden.

Es wurde zwischen zwei Gruppen unterschieden: Gruppe 1: den „Niedergelassenen" (insgesamt n = 2.514; 87%, hierzu zählen Niedergelassene in eigener GKV-Praxis und in eigener Privatpraxis sowie Jobsharing-Partner in einer PT-Praxis) und Gruppe 2: den „Angestellten" in einer Institution (n = 372; 13%). Entscheidend für diese Einteilung war die Frage nach dem Schwerpunkt der Berufs-

Approbationen aller Umfrageteilnehmer

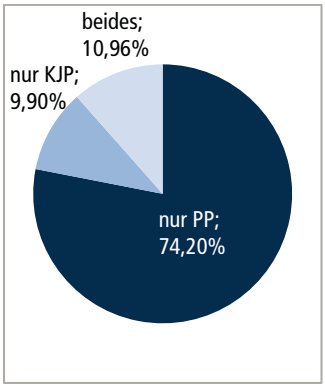


Abbildung 3

Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

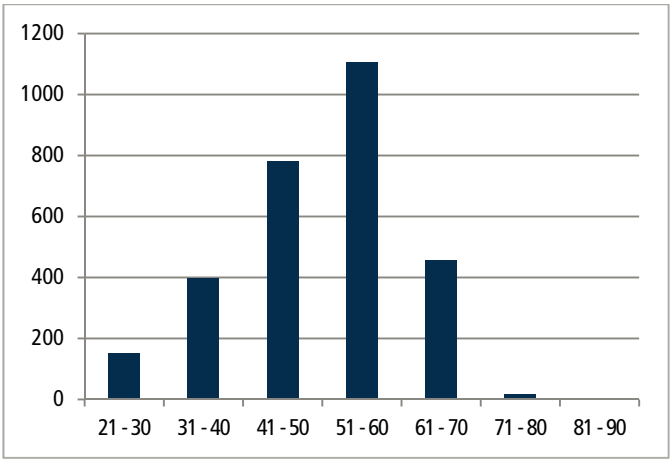


Abbildung 1

Teilnahme an der Umfrage nach Bundesland

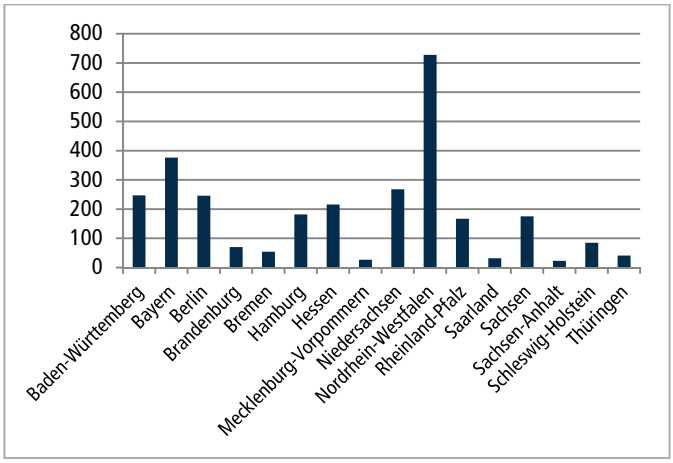


Abbildung 2

tätigkeit: „Ich bin überwiegend tätig als…". Auf Grund der sehr unterschiedlichen Gruppengröße wurden die Ergebnisse dieser zwei großen Gruppen nicht inferenzstatistisch miteinander verglichen, sondern die Ergebnisse werden getrennt voneinander deskriptiv dargestellt.

Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse für die Gruppe der Niedergelassenen/Jobsharing-Partner dargestellt.

Ergebnisse Teil 1: Niedergelassene

Soziodemografische Merkmale

Die Geschlechterverteilung, der Familienstand und die Praxisregion entsprechen recht genau den Angaben zur Gesamtstichprobe. Bei der Altersverteilung zeigt sich, wie schon in der Gesamtstichprobe der Teilnehmer, ein sehr hoher Anteil von Teilnehmern mittleren Alters; der Mittelwert liegt bei M = 52,6 Jahren. Fast ein Fünftel der niedergelassenen Umfrageteilnehmer sind sogar zwischen 61 und 70 Jahre alt.

Beruflicher Hintergrund

Nimmt man nur die Gruppe 1 zur Grundlage, so sind 88% der Teilnehmer Niedergelassene in eigener GKV-Praxis, 9% Niedergelassene in eigener Privatpraxis und 3% Jobsharing-Partner in einer psychotherapeutischen Praxis. Von den Inhabern einer Privatpraxis führen 57% diese inklusive Kostenerstattung (n = 221); 42% führen ihre Praxis ohne Kostenerstattung.

Über zwei Drittel der Niedergelassenen (72%) führen eine Einzelpraxis, 28% sind in einer Kooperationsform mit anderen Psychotherapeuten tätig. Es findet sich ein schwacher, aber statistisch signifikanter Unterschied im Alter der Therapeuten, die in Einzelpraxis bzw. in Kooperationsform arbeiten: Therapeuten in einer Einzelpraxis sind durchschnittlich älter als die in einer Kooperationsform ($t = 4{,}37$, $p < 0{,}001$).

Die sehr große Mehrheit (89%) der Teilnehmer mit einer GKV-Praxis hat eine eigene KV-Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag, 11% haben eine eigene KV-Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag. Über die Hälfte der Teilnehmer mit KV-Zulassung hat diese im Jahre 1999 (50%) oder 2000 (12%) erhalten; danach jedes Jahr bis 2012 weitere je 2% bis 4% der Teilnehmer; 2013 waren es zum Zeitpunkt der Umfrage erst 1% der Teilnehmer, die in diesem Jahr ihre Approbation erhalten hatten.

Nur wenige Niedergelassene (5,4%) haben in ihrer Praxis einen Kollegen/eine Kollegin angestellt: 2,5% mit einem wöchentlichen Stundenumfang bis 10 Stunden, 1,8% bis 20 Stunden, 0,6% bis 30 Stunden und 0,4% bis 40 Stunden. 94,6% arbeiten ohne angestellte Kollegen. Etwas höher ist mit mehr als einem Viertel der Anteil an Kollegen, die in ihrer Praxis (bezahlte oder unbezahlte) Unterstützung für Bürotätigkeiten haben – davon die meisten (20,3%) mit einem wöchentlichen Stundenumfang von bis zu 10 Stunden, 5,1% bis zu 20 Stunden, nur noch 1,6% bis 30 Stunden und nur 0,8% bis 40 Stunden.

Durchschnittliche Patientenkontakte pro normale Arbeitswoche

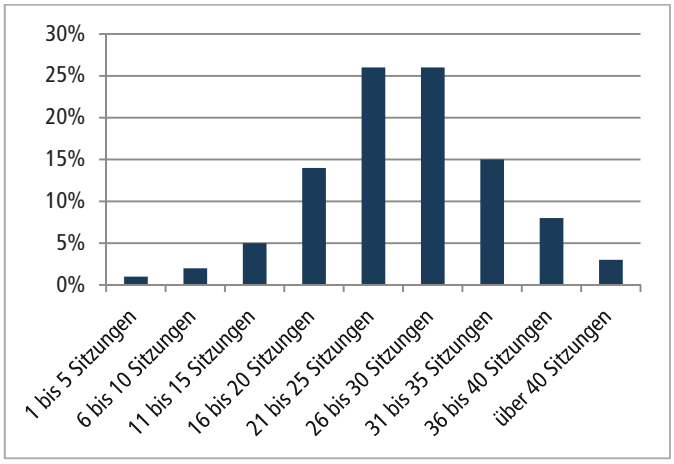


Abbildung 4

Abbildung 4 veranschaulicht die Angaben der Niedergelassenen-Gruppe zu der Anzahl an durchschnittlichen Patientenkontakten pro normale Arbeitswoche (Therapiesitzungen und probatorische Sitzungen zu je mindestens 50 Minuten). Jeweils ein Viertel der Teilnehmer gibt eine Anzahl an Patientenkontakten zwischen 21 und 25 bzw. zwischen 26 und 30 an. Weitere 15,1% geben 31 bis 35 Sitzungen an, 8,2% geben 36 bis 40 Sitzungen an und 2,7% sogar über 40 Sitzungen. Nur 20% der Teilnehmer geben weniger als durchschnittlich 20 Sitzungen pro Woche an.

Berücksichtigt man hierbei, dass nicht-direkter Patientenkontakt cirka ein Drittel der Arbeitszeit eines Psychotherapeuten beansprucht, so zeigt sich noch deutlicher, dass die Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag erfüllen (siehe hierzu auch Abbildung 15 auf Seite 14).

Konkurrenzempfinden

Weil das Versorgungsangebot in der Psychotherapie kontrovers diskutiert wird und die Erhebungen zu Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz oftmals in Frage gestellt werden, wollten wir uns der Thematik auf eine andere Weise nähern. Träfe es zu, dass allgemein lange Wartezeiten existieren, dürfte das „Konkurrenzempfinden" niedergelassener Psychotherapeuten gering ausgeprägt sein. Tatsächlich ist dies der Fall: Die niedergelassenen Teilnehmer empfinden insgesamt sehr wenig Konkurrenz (siehe Abbildung 5). Die in den Fragen dargebotenen verschiedenen potentiellen Konkurrenten in der Um-

Konkurrenzempfinden

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	teils teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Ich empfinde die niedergelassenen Kollegen in meiner Umgebung als Konkurrenten.	23 0,9%	40 1,6%	125 5,1%	496 20,3%	1.755 72%
Ich empfinde ein MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) mit Psychotherapie in meiner Umgebung als Konkurrenz.	100 4,2%	212 8,8%	347 14,4%	505 21%	1.244 51,7%
Ich empfinde ambulante Angebote in einer stationären Einrichtung in meiner Umgebung als Konkurrenz.	69 2,9%	143 5,9%	248 10,3%	541 22,5%	1.404 58,4%
Ich empfinde Ausbildungsambulanzen in meiner Umgebung als Konkurrenz.	45 1,9%	94 3,9%	173 7,2%	503 21,1%	1.574 65,9%
Ich halte die Versorgung in meiner Praxisregion für ausreichend.	144 6,1%	196 8,4%	326 13,9%	603 25,7%	1.074 45,8%

Abbildung 5

Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Praxistätigkeit insgesamt (Niedergelassene)

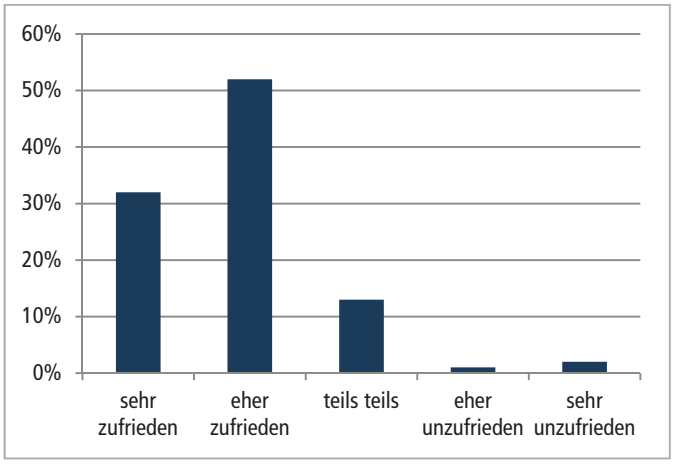


Abbildung 6

gebung (Medizinische Versorgungszentren, niedergelassene Kollegen, ambulante Angebote in stationären Einrichtungen, Ausbildungsambulanzen) werden jeweils von 70% bis 90% der Teilnehmer nicht als Konkurrenz empfunden. Am ehesten werden Medizinische Versorgungszentren als Konkurrenz wahrgenommen (4% stimmen voll und ganz zu, 9% stimmen eher zu), danach folgen ambulante Angebote in stationären Einrichtungen (3% stimmen voll und ganz zu, 6% stimmen eher zu).

Das sehr gering ausgeprägte Konkurrenzempfinden spricht dafür, dass tatsächlich ein hoher Bedarf an Psychotherapie einem zu geringen Angebot gegenübersteht. Eine Reihe von Teilnehmern kommentiert diese Frage sogar explizit mit der Erklärung, dass aufgrund der mangelnden Versorgung wenig Konkurrenz empfunden werde. Wie an anderer Stelle der Auswertung deutlich wird (siehe weiter unten: Belastungsfaktoren und Bewältigungsstrategien), empfinden es Psychotherapeuten als sehr belastend, den vielen Anfragenden keinen Psychotherapieplatz anbieten zu können.

Berufliche Zufriedenheit

Die große Mehrheit der niedergelassenen Umfrageteilnehmer ist zufrieden mit ihrer psychotherapeutischen Praxistätigkeit. 32% äußern sich insgesamt „sehr zufrieden", 52% „eher zufrieden"; nur 3% äußern sich unzufrieden (siehe Abbildung 6).

Die Arbeitszufriedenheit ist unter den niedergelassenen Teilnehmern sehr hoch. 98% empfinden ihre Arbeit als nützlich und sinnvoll (81% „voll und ganz", 17% „eher"). 92% geben an, dass ihre Arbeit ihnen Freude macht (56% „voll und ganz", 36% „eher"); 85% würden ihren Beruf wieder ergreifen (63% „voll und ganz", 22% „eher") und 73% der Niedergelassenen stimmen zu, dass Psychotherapie ihre Berufung ist (39% „voll und ganz", 34% „eher").

Bürokratie

Hingegen besteht eine deutliche Unzufriedenheit mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit (Dokumentation/Leistungsabrechnung/Anträge) und psychotherapeutischer Tätigkeit: Über 60% der Niedergelassenen äußern sich unzufrieden zu diesem Punkt (siehe Abbildung 7). Selbständig tätig zu sein, ist für 89% der Befragten von großer Bedeutung (für 60% sehr wichtig, für 29% eher wichtig); nur für 2% unwichtig.

Belastungsfaktoren und Ressourcen

Bei den Fragen nach Belastungsfaktoren sticht das Antrags-und Genehmigungsverfahren für die Therapien als besonders belastend hervor: 80% fühlen sich dadurch belastet (53% „voll und ganz", 27% „eher"). Nur 8% erleben das Verfahren als „eher nicht" oder „gar nicht" belastend. Zweitgrößter Belastungsfaktor nach dem Gutachterverfahren sind Anfragen von Patienten, die man wegen Praxisauslastung nicht bedienen kann. Diese werden von 59% der Niedergelassenen als belastend empfunden (26% „voll und ganz", 33% „eher") – nur 19% empfinden diese Anfragen „eher nicht" (14%) oder „gar nicht" (5%) als belastend. Die Anforderungen des Qualitätsmanagements werden von 42% der Niedergelassenen als belastend empfunden (15% „voll und ganz", 27% „eher"). Anfragen von Krankenkassen/MDKs und Rentenversicherungen werden von 41% der Niedergelassenen als belastend empfunden (14% „voll und ganz", 27% „eher"). Am wenigsten belastet fühlen sich die Niedergelassenen durch die psychotherapeutische Tätigkeit selbst (63% „eher nicht" oder „gar nicht"), gefolgt von der Schwere der Erkrankun-

Zufriedenheit mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit und psychotherapeutischer Tätigkeit (Niedergelassene)

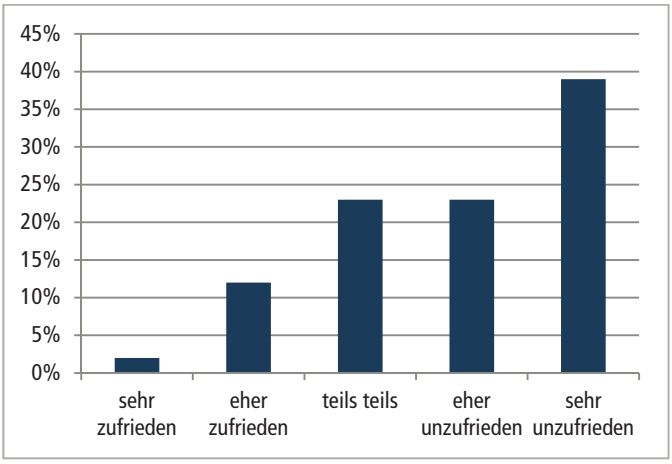


Abbildung 7

gen der Patienten (58% „eher nicht" oder „gar nicht"), den Abrechnungsaufgaben in der Praxis (57% „eher nicht" oder „gar nicht") und der hohen Anzahl an durchgeführten Therapiesitzungen (53% „eher nicht" oder „gar nicht").

Als positive Ressourcen für ihre Arbeit werden vor allem ein gutes soziales Umfeld/Freundeskreis (82% Zustimmung, 5% Ablehnung), eine stabile Partnerschaft (81% Zustimmung, 15% Ablehnung), Freizeitbeschäftigungen (74% Zustimmung, 8% Ablehnung) und die Vereinbarkeit der psychotherapeutischen Tätigkeit mit dem Privat- und Familienleben (69% Zustimmung, 9% Ablehnung) bestätigt. Einen Tagesablauf mit ausreichenden kleinen Pausen bestätigen 58% der Niedergelassenen als positive Ressource, 18% geben jedoch an, dass sie solche Pausen nicht ausreichend haben. 11% geben an, dass sie sich in der Berufspolitik engagieren.

92% sind Mitglied einer Intervisionsgruppe oder eines Qualitätszirkels, 8% nicht. Mitglied einer Supervisionsgruppe sind 60% der niedergelassenen Umfrageteilnehmer, 40% sind nicht Mitglied. Als besonders wichtig für die berufliche Zufriedenheit werden in diesem Zusammenhang genannt: der kollegiale Austausch (90% Zustimmung), Intervision/Qualitätszirkel (83% Zustimmung) und Supervision (58% Zustimmung), gefolgt von Fallbesprechungen (41% Zustimmung) und Teamsitzungen (11% Zustimmung).

Die Mehrheit der Teilnehmer (58%) möchte nicht selbst Verschreibungen für Medikamente oder Hilfsmittel durchführen können; 31% äußern aber diesen Wunsch. Viele Mitglieder haben diesbezüglich differenziertere Angaben in den offenen Antworten gegeben, die in einem Folgeartikel in der nächsten Psychotherapie Aktuell dargestellt werden. So wollen nur wenige Teilnehmer Medikamente verschreiben, viele aber Krankschreibungen und Überweisungen ausstellen dürfen.

Anerkennung

Nur 45% der niedergelassenen Teilnehmer sind der Ansicht, dass der Psychotherapeutenberuf hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt (nur 7% stimmen dieser Aussage voll und ganz zu, 38% stimmen eher zu). 16% stimmen der Aussage eher nicht oder gar nicht zu. 39% antworten mit „teils teils". Noch weniger Anerkennung genießt der Beruf nach Meinung der Teilnehmer im medizinischen Umfeld: 37% der Niedergelassenen sind „eher nicht" der Meinung, dass sie im medizinischen Umfeld anerkannt werden, 10% „gar nicht". 13% „stimmen eher zu", diese Anerkennung zu genießen; nur 2% sind voll und ganz der Meinung, dass sie diese Anerkennung erhalten.

Wirtschaftliche Zufriedenheit – Einkommen und weitere Einnahmen

Mit ihrem Einkommen aus der Praxis sind nur 4% der Niedergelassenen sehr zufrieden. 26% äußern sich „eher zufrieden", 28% „teils teils". 42% sind mit dem Einkommen unzufrieden (29% eher unzufrieden, 13% sehr unzufrieden). Setzt man das Einkommen anderer Arztgruppen als Maßstab, ändert sich das Urteil massiv ins Negative. Nur noch 5% sind angesichts dieses Vergleichs zufrieden mit ihrem Einkommen aus der psychotherapeutischen Praxis (1% sehr zufrieden, 4% eher zufrieden), 86% sind angesichts dieses Vergleichs unzufrieden: über die Hälfte aller Niedergelassenen (53%) äußert sich „sehr unzufrieden", 33% „eher unzufrieden".

„Die große Mehrheit der niedergelassenen Umfrageteilnehmer ist zufrieden mit ihrer psychotherapeutischen Praxistätigkeit. 32% äußern sich insgesamt ‚sehr zufrieden', 52% ‚eher zufrieden'."

19% der Niedergelassenen geben an, dass sie gar keine Einnahmen aus Privatbehandlungen generieren. Zusätzlich zu den Einnahmen aus ihrer Praxistätigkeit haben 18% der Niedergelassenen weitere Einnahmen durch Supervision, 16% durch Fortbildungstätigkeit, 3% durch eine zusätzliche Angestelltentätigkeit und 3% durch Gutachtertätigkeit. 72% machen hier keine Angabe.

Etwas höher fällt die Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation insgesamt aus: Zwar sind 33% der Niedergelassenen unzufrieden, wieder 28% sind unentschieden, aber 38% der Niedergelassenen äußern sich zufrieden (siehe Abbildung 8).

Zufriedenheit mit der finanziellen Situation insgesamt (Niedergelassene)

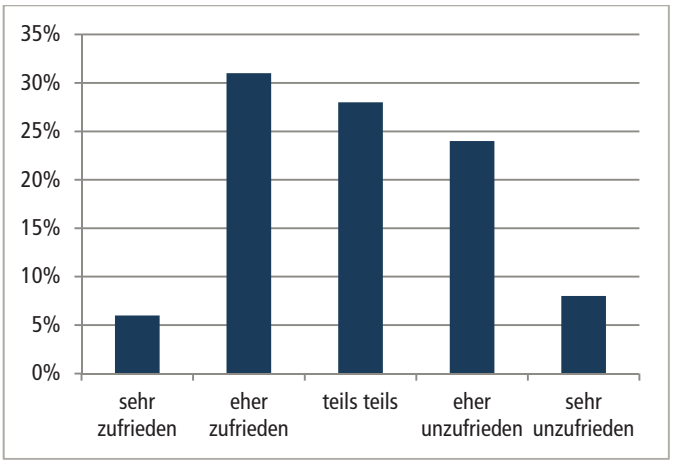


Abbildung 8

Altersvorsorge

In Bezug auf ihre Alterssicherung äußern nur 5% der Teilnehmer, dass sie sehr gut zurechtkommen und Rücklagen bilden können. 24% kommen „gut zurecht – für Rücklagen reicht es gerade". Die Hälfte aller Niedergelassenen (51%) kommt nur „mittelmäßig zurecht – es reicht so gerade". 16% kommen „schlecht zurecht" und können ihren finanziellen Verpflichtungen kaum nachkommen. 5% kommen sogar sehr schlecht zurecht und haben Schulden.

Entsprechend äußern sich fast 60% der befragten Niedergelassenen insgesamt unzufrieden zu ihrer Altersvorsorge (22% „sehr unzufrieden", 38% „eher unzufrieden"). Zufrieden mit der Altersvorsorge sind nur 12% (siehe Abbildung 9). Nur ca. 2% haben sich über diese Frage noch keine Gedanken gemacht.

Die niedergelassenen Umfrageteilnehmer gehen zu einem hohen Prozentsatz davon aus, dass sie deutlich länger als bis zum üblichen Rentenalter psychotherapeutisch tätig sein müssen, um ihre Altersvorsorge gewährleisten zu können. Fast die Hälfte der Teilnehmer geht davon aus, bis zu einem Alter von 66 bis 70 Jahren arbeiten zu müssen; 19% planen ein, bis zu einem Alter von 71 bis 75 Jahren arbeiten zu müssen und 11% nehmen sogar an, bis zu einem Alter von mehr als 75 Jahren weiterarbeiten zu müssen. Neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit sind nur 3% der Befragten zusätzlich angestellt tätig.

Zufriedenheit mit der eigenen Altersvorsorge insgesamt (Niedergelassene)

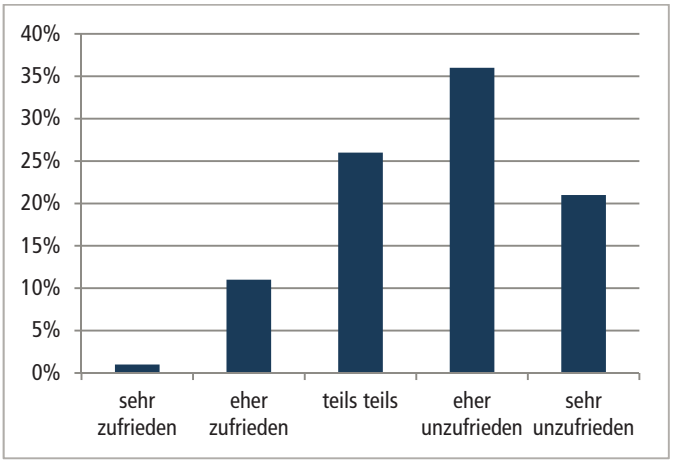


Abbildung 9

Ergebnisse Teil 2: Angestellte

Soziodemografische Merkmale

Bei den Angestellten ergibt sich mit 81% ein noch höherer Anteil an Frauen. Mit einem Mittelwert von M=36,6 Jahren sind die angestellten Umfrageteilnehmer deutlich jünger als die niedergelassenen. 31% sind 20 bis 30 Jahre alt, 40% 31 bis 40 Jahre alt, 18% 41 bis 50 Jahre alt und nur 11% über 51 Jahre alt. Der Ort der Tätigkeit entspricht fast exakt der regionalen Verteilung bei den Niedergelassenen – über 50% sind in einer Großstadt tätig, danach in abnehmender Anzahl in einer Mittelstadt, Kleinstadt und ländlichem Gebiet.

Approbation und Tätigkeitsschwerpunkt

Bei den angestellten Teilnehmern der Umfrage ist der Anteil an Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis in VT mit 72% noch größer als bei den Niedergelassenen. TP-Fachkunde ist mit 26%, AP-Fachkunde nur mit 1% vertreten. Damit entspricht die Verteilung ziemlich genau den Ergebnissen der umfangreichen Befragung der angestellten und beamteten Mitglieder der LPKs durch das IGES-Institut im Auftrag der BPtK: Dort ergab sich ein Anteil von 63% VT, 23,3% TP und 3,1% AT (Quelle: Vortrag von Nolting auf dem 22. DPT).

Entsprechend der Altersverteilung findet sich mit 67% auch ein sehr hoher Anteil an angestellten Teilnehmern, die erst 2011 oder später approbiert wurden. 10% erhielten ihre Approbation in den Jahren 2006 bis 2010, 5% zwischen 2001 und 2005 und 18% in den Jahren 1999 oder 2000.

Die Angestellten sind an unterschiedlichsten Institutionen tätig (siehe Abbildung 10). Fast ein Viertel ist an einer psychiatrischen Klinik für Erwachsene tätig. Zum Vergleich: In der BPtK-Befragung fand sich ein Tätigkeitsschwerpunkt von 40% angestellten Psychotherapeuten im Krankenhaus, gefolgt von der Jugendhilfe mit ca. 16%, dem Reha-Bereich mit ca. 15%, weiteren Beratungsstellen mit ca. 8% und 21% Sonstiges.

„Entsprechend äußern sich fast 60% der befragten Niedergelassenen insgesamt unzufrieden zu ihrer Altersvorsorge."

Tätigkeitsort der angestellten Umfrageteilnehmer

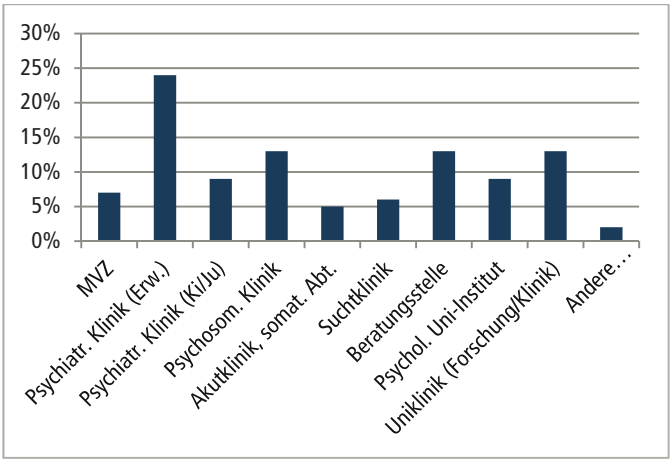


Abbildung 10

Je ein Drittel der Angestellten arbeitet in einem Umfang von bis zu 50%, bis zu 75% und bis zu 100% im Verhältnis zu einer vollen Stelle. Der Anteil von Psychotherapie an der Tätigkeit ist nur bei 15% sehr hoch, d.h. bis 100%. Je ca. ein Drittel der Angestellten berichtet einen Anteil von bis zu 25% bzw. bis zu 50% Psychotherapie; ein Viertel der Angestellten berichtet einen Anteil von bis zu 75% Psychotherapie.

Von den Angestellten arbeitet die Mehrheit mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag (61%), 39% mit einem befristeten Arbeitsvertrag. Fast drei Viertel der angestellten Teilnehmer sind erst seit recht kurzer Zeit an ihrem Arbeitsplatz tätig: 68% seit 1 bis 5 Jahren, 10% seit 6 bis 10 Jahren, 12% seit 11 bis 20 Jahren und 10% noch länger. Fast die Hälfte (49%) der angestellten Teilnehmer, die ihren Tarifvertrag angegeben haben (nur n=89), werden nach TVÖD bezahlt (26% TVÖD 13, 10% TVÖD 14, 3% TVÖD 12 und 2% TVÖD 9). Weitere genannte Tarifverträge sind Marburger Bund (6%), AVR (3%), BAT (2%), TV (2%) und Sonstige (6%). 22% geben an, außerhalb eines Tarifvertrags tätig zu sein.

Berufliche Zufriedenheit

Die Hälfte der Angestellten ist mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit insgesamt zufrieden (11% „sehr zufrieden", 39% „eher zufrieden"); nur 22% sind unzufrieden (siehe

Abbildung 11). Wie auch bei den niedergelassenen Kollegen ist die Arbeitszufriedenheit hoch. 90% erleben ihre Arbeit als nützlich und sinnvoll (davon 55% voll und ganz); nur 2% stimmen nicht zu. 86% geben an, dass ihre Arbeit ihnen Freude macht (nur 3% Ablehnung); 84% würden ihren Beruf wieder ergreifen (nur 7% Ablehnung).

Bürokratie

Mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit (Dokumentation, Leistungsabrechnung und Anträgen) und psychotherapeutischer Tätigkeit ist jedoch die Hälfte der Befragten unzufrieden (siehe Abbildung 12).

Belastungsfaktoren und Ressourcen

Nur knapp ein Fünftel der Angestellten erleben ihre psychotherapeutische Tätigkeit derzeit als belastend (5% stimmen voll und ganz zu, 12% stimmen eher zu). 61% empfinden die Tätigkeit eher nicht oder gar nicht als belastend; 22% sind unentschlossen. Am ehesten belastet die Angestellten die Arbeitsplatzunsicherheit (26% Zustimmung). Die Schwere der Erkrankung der Patienten wird nur von 11% als belastend erlebt. Als Ressourcen führen die angestellten Umfrageteilnehmer ähnlich wie ihre niedergelassenen Kollegen vor allem die Faktoren gutes soziales Umfeld/Freundeskreis (85% Zustimmung), stabile Partnerschaft (75% Zustimmung) und Freizeitbeschäftigungen (67% Zustimmung) an. Fast 30% geben allerdings an, nicht ausreichend kleine Pausen im Alltag zu haben. In der Berufspolitik engagieren sich 10% der befragten Angestellten. Angestellt tätig zu sein, ist nur für knapp 30% der Befragten wichtig. Für ein weiteres Drittel ist dieser Aspekt unwichtig; 39% sind unentschlossen. Die Zufriedenheit mit ihrem Verantwortungsbereich insgesamt ist mit 17% sehr zufriedenen und 52% eher zufriedenen Befragten hoch. Nur 12% äußern sich hiermit unzufrieden (10% „sehr unzufrieden", 2% „eher unzufrieden"). Leitungsfunktionen werden jedoch im Rahmen der Angestelltentätigkeit nur von knapp einem Viertel der Teilnehmer ausgeübt.

67% der Angestellten sind Mitglied einer Supervisionsgruppe; 76% einer Intervisionsgruppe/eines Qualitätszirkels. Zu ihrer beruflichen Zufriedenheit trägt bei 96% der Teilnehmer der kollegiale Austausch bei, gefolgt von Supervision (69%), Intervision/Qualitätszirkel (54%), Fallbesprechungen (54%) und Teamsitzungen (52%). Auf die offene Frage nach weiteren Faktoren werden außerdem genannt: Fort- und Weiterbildung, Selbstbestimmung, gutes Team, Erfolge in der Arbeit mit den Patienten, Arbeitsatmosphäre, gute Vorgesetzte, angemessene Vergütung und Wertschätzung.

Fast die Hälfte der Teilnehmer (48%) möchte nicht selbst Verschreibungen für Medikamente oder Hilfsmittel durchführen können; 39% äußern allerdings diesen Wunsch. 13% sind unentschieden.

Zufriedenheit mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit und psychotherapeutischer Tätigkeit (Angestellte)

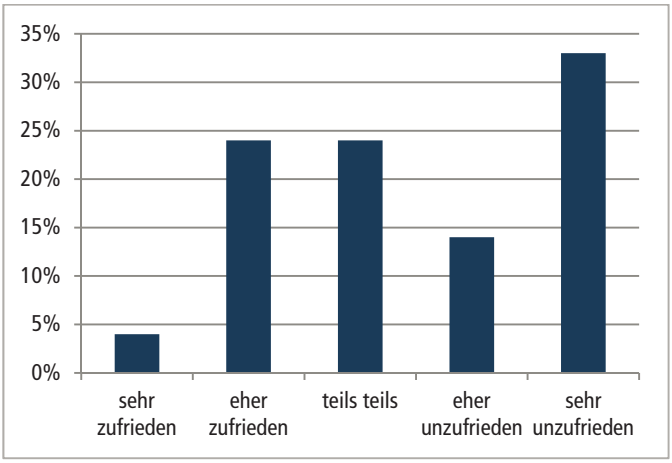


Abbildung 12

Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Angestelltentätigkeit insgesamt (Angestellte)

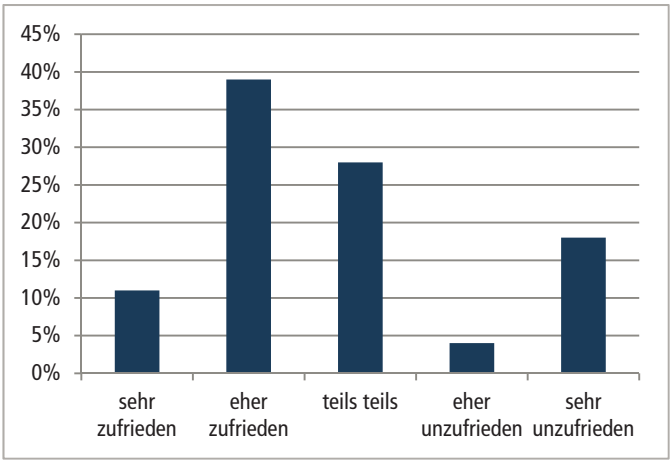


Abbildung 11

„Die Hälfte der Angestellten ist mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit insgesamt zufrieden."

Anerkennung

Mit 47% der Angestellten, die der Ansicht sind, dass der Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt (nur 5% stimmen dieser Aussage voll und ganz zu, 42% stimmen eher zu), stimmen die Urteile der Niedergelassenen und der Angestellten

in diesem Punkt fast überein. 17% stimmen der Aussage eher nicht oder gar nicht zu; 36% antworten mit „teils teils". Die Einschätzung der Angestellten zur Anerkennung, die der Psychotherapeutenberuf im medizinischen Umfeld genießt, ist jedoch noch negativer als bei den Niedergelassenen. 14% der Angestellten sind „eher nicht" der Meinung, dass sie im medizinischen Umfeld anerkannt werden, 32% „gar nicht". 14% „stimmen eher zu", diese Anerkennung zu genießen; nur 2% sind voll und ganz der Meinung, dass sie diese Anerkennung erhalten.

Wirtschaftliche Zufriedenheit – Einkommen und weitere Einnahmen

Mit ihrem Einkommen aus der Angestelltentätigkeit sind nur 6% der Befragten sehr zufrieden. 31% äußern sich „eher zufrieden", 18% „teils teils", 45% sind mit ihrem Einkommen unzufrieden (29% „sehr unzufrieden", 16% „eher unzufrieden"). Bezogen auf ihre finanzielle Situation insgesamt fällt das Urteil ähnlich negativ aus: 39% der Befragten sind zufrieden, 38% sind unzufrieden (siehe Abbildung 13).

53% der Angestellten geben an, dass sie neben ihrer angestellten Tätigkeit noch freiberuflich psychotherapeutisch tätig sind. Zusätzliche Einnahmen werden außerdem vor allem durch Fortbildungstätigkeit (34%), Supervision (15%) und Gutachtertätigkeit (14%) generiert.

Altersvorsorge

Die Angestellten schätzen ihre Alterssicherung noch etwas schlechter ein als ihre niedergelassenen Kollegen. Nur 7% geben an, dass sie sehr gut zurechtkommen und Rücklagen bilden können. 22% kommen „gut zurecht – für Rücklagen reicht es gerade". Knapp die Hälfte (47%) der Angestellten kommt „nur mittelmäßig zurecht – es reicht so gerade". 16% kommen „schlecht zurecht" und können ihren finanziellen Verpflichtungen kaum nachkommen. 8% kommen sogar sehr schlecht zurecht und haben Schulden.

„Mit ihrem Einkommen aus der Angestelltentätigkeit sind nur 45% der Befragten unzufrieden."

Entsprechend äußert sich – wie auch bei den Niedergelassenen – über die Hälfte, nämlich 56% der angestellten Umfrageteilnehmer insgesamt unzufrieden zu ihrer Altersvorsorge (siehe Abbildung 14; 31% „sehr unzufrieden", 25% „eher unzufrieden". Insgesamt „sehr zufrieden" mit der Altersvorsorge sind sogar nur 2% der Befragten.

Diejenigen Angestellten, die Angaben zu diesem Thema gemacht haben (n=156), gehen genau wie ihre niedergelassenen Kollegen zu einem hohen Prozentsatz davon aus, dass sie deutlich länger als bis zum üblichen Rentenalter psychotherapeutisch tätig werden sein müssen. Fast die Hälfte (46%) denken, dass sie bis zu einem Alter von 66 bis 70 Jahren arbeiten müssen, 22% gehen von dem Alter 71 bis 75 Jahre aus, und 12% nehmen sogar an, dass sie bis zu oder länger als 75 Jahre werden arbeiten müssen. Nur 19% gehen davon aus, nur bis zu einem Alter von 61 bis 65 Jahren psychotherapeutisch tätig sein zu müssen, um ihre Altersvorsorge gewährleisten zu können.

Zufriedenheit mit der finanziellen Situation insgesamt (Angestellte)

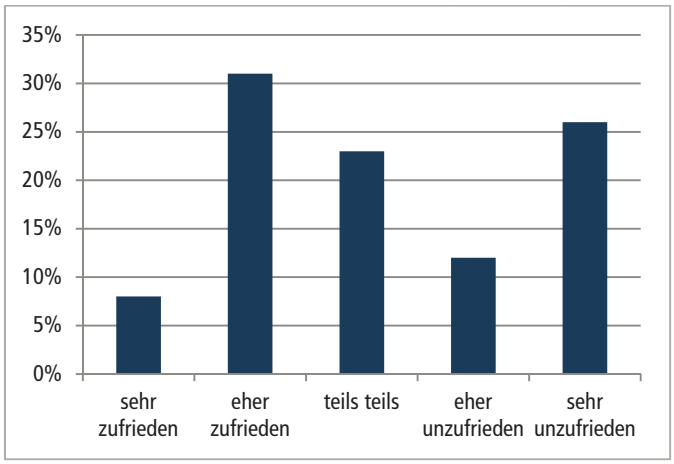


Abbildung 13

Zufriedenheit mit der eigenen Altersvorsorge insgesamt (Angestellte)

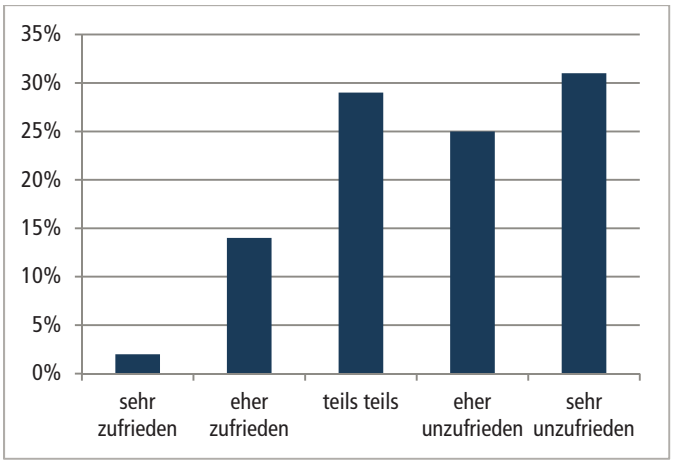


Abbildung 14

Limitationen der Studie

Die Rücklaufquote ist mit 41% als sehr gut einzuschätzen. Das Interesse der befragten Mitglieder, sich zum

Thema der beruflichen Zufriedenheit zu äußern, scheint demnach groß zu sein. Ob systematische Verzerrungen durch die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Befragung vorliegen, kann nicht endgültig geklärt werden; angesichts der breiten Streuung der Antworten ist aber nicht unbedingt von einem non-response-bias auszugehen.

Bei der Interpretation der Angestelltenergebnisse muss beachtet werden, dass von den anfänglichen 372 Teilnehmern bei den letzten Fragen nur noch ca. 220 übrig blieben, die restlichen brachen die Befragung nach der Hälfte bzw. im letzten Drittel ab.

Die Konstruktion der Items kann als geeignet angesehen werden, da die Items deutliche Unterschiede zwischen den Befragten aufzeigen. Bei einigen wichtigen Fragen lag der Anteil an mittleren Antworten („teils teils") zwischen 20 und 30%. Möglicherweise hätte eine gerade Zahl an Antwortmöglichkeiten, die zur Entscheidung nach einer Seite zwingt, die Ergebnisse noch deutlicher ausfallen lassen. Jedoch erschien bei der Planung der Umfrage die Möglichkeit, eine neutrale Antwort geben zu können, als sinnvoll.

Die durchschnittliche Verweildauer, d.h. Bearbeitungszeit der Teilnehmer lag für den gesamten Fragebogen bei 16 Minuten. Um die Bearbeitungsdauer für den Fragebogen in Grenzen zu halten, konnten manche Themen nur angesprochen, aber nicht vertieft werden. So erhält man bislang z.B. keine Aussage darüber, welche konkreten Formen der Altersvorsorge die Befragten vornehmen. Künftige Umfragen sollten zu diesem Punkt mehr ins Detail gehen.

Leider konnten die Angaben zu den Fragen nach dem durchschnittlichen Umsatz pro Quartal aus GKV-Behandlungen und möglichen zusätzlichen Einnahmen aus Privatbehandlungen sowie bei den Angestellten zum konkreten monatlichen Bruttoeinkommen nicht ausgewertet werden, da eine Vielzahl unplausibler Antworten auf die offen formulierten Fragen gegeben wurden. Zukünftige Befragungen müssten diese Items daher anders darbieten, z.B. durch Klassenbildung. Im Vordergrund der Befragung standen jedoch die subjektiven Urteile der Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Berufstätigkeit und der wirtschaftlichen Situation. Diese geben einen guten Einblick darin, wie die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre berufliche und wirtschaftliche Situation empfinden.

Diskussion

Die anhand der KBV-Daten als repräsentativ einzuschätzende Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmer an der Online-Umfrage zeigt das vieldiskutierte Problem der „Feminisierung" und „Alterung" der Berufsgruppe der niedergelassenen Psychotherapeuten. Aufgrund des Übergewichts älterer Psychotherapeuten und des zahlenmäßig starken Nachwuchses sind deutliche Veränderungen innerhalb der Berufsgruppe zu erwarten, die weiterhin in Überlegungen zur Bedarfsplanung und Bedarfsdeckung eingehen müssen. Das Durchschnittsalter der angestellten Umfrageteilnehmer fällt deutlich niedriger aus. Hier ist zu vermuten, dass sich unter den Angestellten eine Reihe jüngerer Approbierter befinden, die noch keine eigene Zulassung haben, möglicherweise aber zu einem späteren Zeitpunkt eine Niederlassung anstreben. Dafür spricht, dass ein hoher Anteil dieser Angestellten „nebenher" freiberuflich psychotherapeutisch tätig ist.

„Die Ergebnisse zur Verteilung der durchschnittlichen Anzahl von Sitzungen pro Arbeitswoche widerlegen die Vorwürfe, dass viele Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag nicht ausfüllen würden."

Der größte Teil der Niedergelassenen ist in der klassischen Form der Einzelpraxis tätig. Dass eher die jüngeren Psychotherapeuten zu Gemeinschaftspraxen tendieren, wurde bereits in der DPtV-Versorgungsumfrage 2010 gezeigt und wird hier statistisch bestätigt. Die Tatsache, dass drei Viertel der Teilnehmer gar keine Unterstützung für Bürotätigkeiten haben, lässt sich wohl eher auf wirtschaftliche Not als auf fehlenden Bedarf zurückführen. Allerdings lässt sich hier kein statistischer Zusammenhang herstellen zwischen den Variablen „Zufriedenheit mit der finanziellen Situation insgesamt" und der Beschäftigung von Praxismitarbeitern. Die Ergebnisse zur Verteilung der durchschnittlichen Anzahl von Sitzungen pro Arbeitswoche (siehe Abbildung 15) widerlegen die Vorwürfe, dass viele Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag nicht ausfüllen würden. Je ein Viertel der Befragten absolviert durchschnittlich 21 bis 25 bzw. 26 bis 30 Sitzungen; ein weiteres Viertel sogar 31 bis über 40 Sitzungen. Gemessen daran, dass bereits eine Sitzungsanzahl von 24,5

Zusammenhang von Versorgungsauftrag und durchschnittlicher wöchentlicher Sitzungszahl

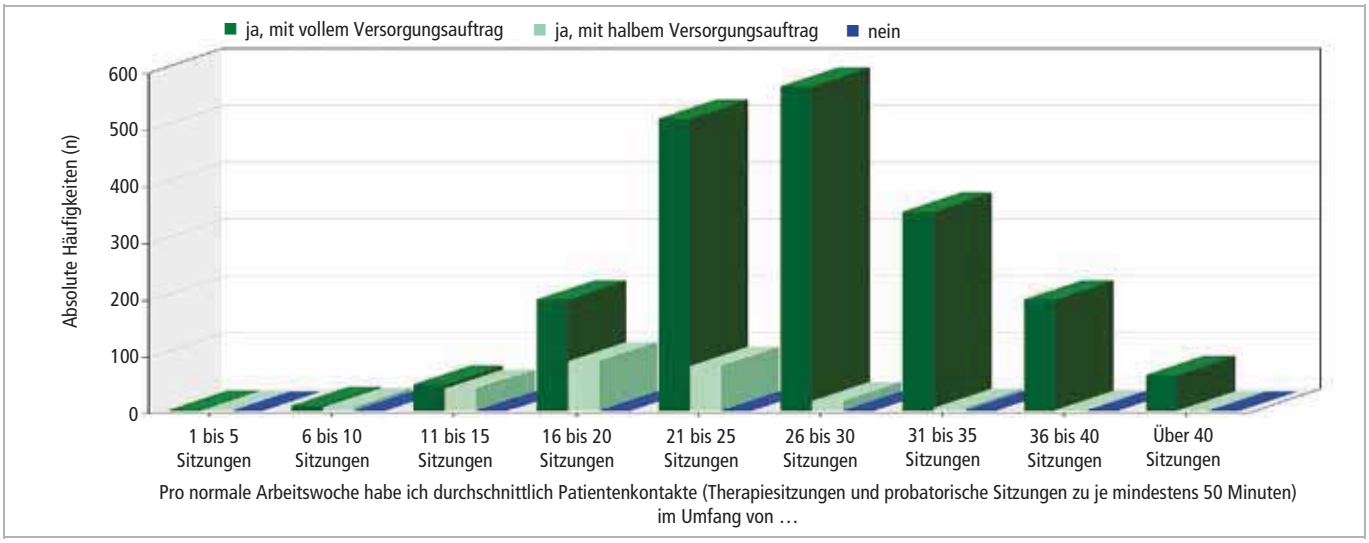


Abbildung 15

in der Psychotherapie einer wöchentlichen Gesamtarbeitszeit von etwa 36 Stunden entspricht (siehe Best, 2012), unterstützen die vorliegenden Ergebnisse erneut (wie auch in der Versorgungsumfrage 2010), dass die Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag sehr wohl erfüllen und eben nicht weniger arbeiten als somatisch tätige Ärzte. Rechnet man, dass etwa ein Drittel der Arbeitszeit für nicht-direkten Patientenkontakt hinzu kommen, zeigt sich in den Daten sogar, dass die Psychotherapeuten mit halbem Versorgungsauftrag eine Arbeitsleistung erbringen, die deutlich über der Hälfte einer Vollzeittätigkeit liegt.

Zufriedenheit

Die befragten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigen sich sehr zufrieden mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit. Dabei fallen die Urteile der Niedergelassenen noch deutlich positiver aus als die der angestellten Kollegen. Ihre Arbeitszufriedenheitsurteile fallen trotz der wirtschaftlichen Schwierigkeiten sehr positiv aus. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben Freude an ihrer Tätigkeit und empfinden ihre Arbeit als nützlich und sinnvoll. Auch hierin bestätigen die Umfrageergebnisse die Erkenntnisse früherer Arbeiten (z.B. waren es in der KBV-Sicherstellungsumfrage 95% Psychologische Psychotherapeuten, denen ihre Arbeit Spaß macht). Die unbefriedigende materielle Situation steht dieser beruflichen Zufriedenheit offenbar nicht im Wege. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweisen sich als hochgradig intrinsisch motivierte Berufsgruppe, die ihrer Arbeit mit Freude nachkommt – und dies trotz materieller Beschränkungen sowie schwieriger Rahmenbedingungen. Auch bei Vangermain & Brauchler (2013) ergab sich in der Untersuchung kein statistischer Zusammenhang zwischen dem Einkommen der Befragten und deren allgemeiner und globaler Berufszufriedenheit. Eine besonders hohe Arbeitszufriedenheit von Psychologischen Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Heilberufen wird auch in anderen Studien dargestellt (siehe zum Überblick Vangermain & Brauchle, 2013).

Die Ergebnisse anderer großen Umfragen (KBV u.a.) zeigen bereits deutlich auf, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ihrer wirtschaftlichen Situation nicht zufrieden sind. Besonders im Vergleich zu den somatischen Ärzten fühlen sich die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten benachteiligt. In der Sicherstellungsumfrage der KBV äußerten sich sogar 68% der Psychologischen Psychotherapeuten dahingehend, dass ihr Honorar nicht ihren Vorstellungen entspricht. Dort gaben auch nur 38% der Psychologischen Psychotherapeuten an, dass die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis eher gut sei. Mit 81% im Vergleich zum Facharzteinkommen unzufriedener Psychotherapeuten fallen die Ergebnisse der vorliegenden DPtV-Befragung noch deutlicher aus, was angesichts der realen Benachteiligung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Vergleich zu den anderen Arztgruppen nicht erstaunt. Die Altersvorsorge stellt offensichtlich für einen Großteil aller Befragten ein erhebliches Problem dar, da die Praxiseinnahmen bzw. das Einkommen nur eine unzureichende Vorsorge für die Zukunft ermöglichen. Bei den im Durchschnitt noch jüngeren angestellten Umfrageteilnehmern scheinen die Zukunftssorgen in Bezug auf die Alterssicherung noch ausgeprägter zu sein. Zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychothe-

„Die Altersvorsorge stellt offensichtlich für einen Großteil aller Befragten ein erhebliches Problem dar."

IFT

IFT - Gesundheitsförderung
Montsalvatstr. 14 · 80804 München
www.ift-gesundheit.de

Programme und Online-Anmeldung finden Sie im Internet
www.vtwoche.de

Kontakt: Ina Lizon
Tel.: 089 / 36 08 04 94
lizon@ift.de

37 Jahre Verhaltenstherapiewochen

Verhaltenstherapiewochen 2014

Meiringen / Schweiz
14. - 16. März 2014
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der Psychotherapie

Mainz
28. - 31. März 2014
Eröffnungsveranstaltung:
Stellenwert der Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie

Dresden
02. - 06. Mai 2014
Eröffnungsveranstaltung:
Verhaltenstherapie in Gruppen – neue Entwicklungen

Lübeck
20. - 23. Juni 2014
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Techniken in der Depressionsbehandlung

München
04. - 06. Juli 2014
Eröffnungsveranstaltung:
Diagnostik psychischer Störungen

Freiburg
19. - 22. September 2014
Eröffnungsveranstaltung:
Natur- und tiergestütztes Vorgehen in der Psychotherapie

Interdisziplinäre, akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen für Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie. Wissenschaftliche Referentin der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.

Stephanie Hild-Steimecke

Diplom-Psychologin, Studium an der Freien Universität Berlin. Seit Januar 2012 als wissenschaftliche Assistenz (ehem. Hilfskraft) in der Bundesgeschäftsstelle der DPtV und seit 2013 als Diplom-Psychologin in der Tagesklinik des BKH Memmingen tätig. Psychotherapeutin in Ausbildung (PiA) an der Süddeutschen Akademie für Psychotherapie (SAP) in Bad Grönenbach.

rapeuten finden sich in dieser Umfrage kaum Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Einkommen und der finanziellen Gesamtsituation. Lediglich zur Altersvorsorge insgesamt äußern sich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geringfügig, aber statistisch signifikant unzufriedener als die Psychologischen Psychotherapeuten ($t = 2{,}78$; $p = 0{,}02$).

Die vorliegende Umfrage geht inhaltlich über bisherige Studien insofern hinaus, als wesentlich detaillierter nach spezifischen Belastungen, Ressourcen und weiteren Faktoren gefragt wurde. In den entsprechenden Antworten spiegelt sich die unzureichende Versorgung wieder – die Psychotherapeuten fühlen sich besonders belastet durch nicht bedienbare Patientenanfragen. Gleichzeitig stellt das Antrags- und Genehmigungsverfahren in seiner aktuellen Form eine besonders hohe Belastung dar; auch die zunehmenden QS-Anforderungen werden als belastend empfunden. Die eigentliche psychotherapeutische Tätigkeit wird hingegen trotz hoher Sitzungszahl und häufig schwer kranken Patienten insgesamt sehr positiv eingeschätzt. Die Unzufriedenheit mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit und psychotherapeutischer Tätigkeit bei den Niedergelassenen lässt sich anhand der Auswertung der Einzelfragen eher auf das Gutachterverfahren zurückführen als auf den Aufwand bei der Leistungsabrechnung. Jedoch äußern sich auch ein Drittel der Angestellten „sehr unzufrieden" mit dem Verhältnis von Verwaltungsarbeit und psychotherapeutischer Tätigkeit. Kollegialer Austausch in Form von Intervision ist ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit der Befragten. Als Ressource wirkt vor allem das soziale Gefüge – Partnerschaft, Freunde und soziales Umfeld werden hier als wichtigste Faktoren für die Bewältigung der psychotherapeutischen Berufstätigkeit aufgeführt.

Bei den angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden sich zwar 50% zufriedene Globalurteile zur beruflichen Zufriedenheit, aber auch fast ein Viertel der Befragten, die unzufrieden mit ihrer Tätigkeit insgesamt sind. Hier wäre eine weitergehende Erfassung der dafür verantwortlichen Faktoren notwendig, denn die in der Umfrage dargebotenen Belastungsfaktoren scheinen die Unzufriedenheit nur unzureichend zu erfassen. Dennoch fallen auch bei den Angestellten die Arbeitszufriedenheitsurteile sehr positiv aus. Die Identifikation mit dem Beruf des Psychotherapeuten ist also unabhängig von der Form der Tätigkeit und sogar unabhängig vom Einkommen sehr hoch.

Dass der Psychotherapeutenberuf noch jung ist, zeigt sich an der noch als mäßig eingeschätzten gesellschaftlichen Anerkennung des Berufs und der noch mäßigeren Einschätzung der befragten Mitglieder im medizinischen Umfeld. Die Angestellten, die meist direkt an ihrem Arbeitsplatz/in ihrer Institution interdisziplinär mit Fachärzten im Team arbeiten, gaben hier noch negativere Einschätzungen als die niedergelassenen Kollegen, deren Urteil vermutlich eher auf dem Kontakt zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten basiert. Trotz positiver Veränderungen in der Einstellung der Bevölkerung und der Medizin zu psychischen Erkrankungen und zur psychotherapeutischen Behandlung besteht hier weiter Bedarf an Aufklärung und Verbesserung des Image der Psychotherapeuten.

„Die Identifikation mit dem Beruf des Psychotherapeuten ist also unabhängig von der Form der Tätigkeit und sogar unabhängig vom Einkommen sehr hoch."

Das durchweg niedrige Konkurrenzempfinden der befragten Psychotherapeuten weist darauf hin, dass sie die verschiedenen psychotherapeutischen Leistungsanbieter unterschiedlicher Sektoren als Partner im gemeinsamen Bemühen um eine qualitativ und quantitativ gute psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung wahrnehmen. ■

Im Rahmen der Online-Umfrage wurden auch zwei offene Fragen gestellt:
„Ich habe weitere Anmerkungen/Wünsche für zukünftige Befragungen zur Berufszufriedenheit" und „Zur Verbesserung meiner Arbeitsbedingungen kann die DPtV Folgendes tun…In folgenden Bereichen sollte sich meiner Meinung nach die DPtV engagieren… Ich möchte der DPtV Folgendes mitteilen…".

Zu diesen Fragen erfolgten tausende, größtenteils umfangreiche Antworten, mit deren Auswertung wir noch beschäftigt sind. Ergebnisse hierzu werden in der nächsten Ausgabe der Psychotherapie Aktuell dargestellt werden.

Literaturhinweis

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

Alessandro Cavicchioli

Eine schnelle Aufnahme ist noch keine Psychotherapie

Analyse der Vertragslandschaft

Zusammenfassung: In Deutschland sind verschiedene Selektivverträge als Alternative bzw. Ergänzung zur Regelversorgung entstanden. Die bestehenden Verträge werden beschrieben und deren wichtigste Elemente herausgearbeitet. Eine kritische Analyse der Verträge im Lichte der berufspolitischen Situation in der Psychotherapie.

Stichworte: Selektivverträge, psychotherapeutische Versorgung.

Einleitung

In den meisten Regionen leiden die Patienten unter längeren Wartezeiten bis eine Psychotherapie begonnen werden kann. Dadurch kann es zu einer Chronifizierung der Störung kommen. Das Leiden wird unbefriedigenderweise mit Medikamenten oft genug nicht leitliniengetreu überdeckt. Ehen können zerbrechen, Familien auseinandergehen, Kinder traumatisiert werden usw. Eine stationäre Behandlung und längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sind vorprogrammiert.

Die Gelder der Kassen werden teilweise für unnötige stationäre oder medikamentöse Behandlungen verwendet, die Hausärzte und somatischen Fachärzte müssen sich um Patienten mit psychischen Störungen kümmern, die besser beim Psychotherapeuten aufgehoben wären.

Die Psychotherapeuten erfahren täglich ohnmächtig den Druck dieses unnötigen Leidens. Ihnen wird noch nicht erlaubt, die gesamte Bandbreite ihres Könnens anzuwenden, was z.B. im Bereich der Prävention am deutlichsten sichtbar wird. Gleichzeitig müssen sie einen Berg an Bürokratie selbst für wenige Therapiestunden bewältigen. Antragsverfahren, Gutachterverfahren selbst für kleine Schritte fungieren als Bremse, wobei hier unsinnigerweise Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation mit Berichteschreiben verwechselt wird. Last but not least werden Diagnostik und Probatorik am niedrigsten vergütet. Die Diagnostik in einigen KVen zudem mit einem floatenden Punktwert. Die Psychotherapeuten werden demnach für die Aufnahme neuer Patienten letztlich „bestraft". Und wenn eine längere Psychotherapie bei besonders schweren Verläufen benötigt wird, müssen die Psychotherapeuten entweder den Patienten ohne ausreichende Behandlung entlassen, was keiner übers Herz bringen wird, oder über das Psychotherapeutische Gespräch jahrelang ihre hochwertige Arbeit nicht kostendeckend fortführen.

„Das Leiden wird mit Medikamenten überdeckt."

Die KBV hat es sinnvollerweise geschafft, die genehmigungspflichtige Psychotherapie und die Probatorik auszubudgetieren. Das entschärft den Konflikt mit den somatisch tätigen Fachärzten, weil dringend notwendige Mengenausweitungen in der Psychotherapie nun (vorläufig) direkt von den Kassen bezahlt werden, die Psychotherapeuten profitieren jedoch kaum davon: Die Gruppenpsychotherapie, als mächtiges Instrument zur Erweiterung von Behandlungskapazitäten und bei der Aufnahme von neuen Patienten, wird z.B. durch ausufernde Bürokratie weiterhin eher behindert als gefördert. Zudem gibt es keine Erhöhung des Honorars, keine Incentives für eine schnelle Aufnahme, keine Förderung von Diagnostik und Probatorik, keine niederfrequente Psychotherapie. Neue, wissenschaftliche Verfahren, wie die systemische Therapie, haben erst nach vielen Jahren die „Aussicht", als Leistung der GKV im KV-System anerkannt zu werden.

Die bundesweiten Ausgangsbedingungen

Die Politik und die Kassen haben nicht zuletzt auf Druck der Öffentlichkeit, die die qualitativ hochwertige Arbeit der Psychotherapeuten immer mehr wahrnimmt, erkannt, dass ohne eine Änderung des psychotherapeutischen Versorgungssystems und einer klugen Bedarfsplanung die oben genannten Probleme kaum lösbar sind.

Die ausgezeichnete Lobbyarbeit der Psychotherapeuten konnte notwendige Korrekturen bewirken. Leider sind die Mehrheitsverhältnisse in der Vertreterversammlung der KBV eindeutig somatisch orientiert. Aktuelles Beispiel ist eine Imagekampagne der KBV, bei der von Psychotherapeuten

kaum die Rede ist. Auch erzeugt die wachsende Zahl an Psychotherapeuten (in einigen KV-Bezirken die größte „Facharztgruppe") Ängste.

Dennoch ist die Sicherung der Psychotherapie im GKV-System insgesamt nicht nur gelungen, sondern mittlerweile nicht wegzudenken. Auch die neue Bedarfsplanung wird diese Stellung zusätzlich akzentuieren.

Insgesamt erscheint eine Weiterentwicklung der Psychotherapie mittels einer dualen Strategie (im Kollektiv- und im Selektivsystem) zurzeit als sinnvoll. Das hat die DPtV rechtzeitig erkannt und die Beteiligung an Verträgen unter bestimmten Bedingungen beschlossen und konsequent vorangetrieben.

Welche Modelle haben sich durchgesetzt?

Wir können prinzipiell zwischen drei Modellen unterscheiden:

- Verlagerung der gesamten psychotherapeutischen Versorgung aus dem KV-System in einen § 73c SGB V-System (PNP-Vertrag in Baden-Württemberg).
- Add-on Verträge als Ergänzungen zur bestehenden Regelversorgung (AD(H)S-Vertrag in Baden-Württemberg und Hamburg, BKK Bosch Vertrag zur akuten Versorgung) gemäß § 73c SGB V oder § 136 Abs. 4 SGB V.
- Integrierte Versorgungsverträge nach § 140 SGB V.

Siehe hierzu die Tabelle auf der nächsten Seite.

Berufspolitische Bewertung

Der PNP-Vertrag in Baden-Württemberg ist nur durch die Besonderheiten in diesem Bundesland möglich gewesen. Die DPtV bevorzugt Add-On Verträge, die möglichst bundesweit gelten.
Dennoch setzt der PNP-Vertrag gewissermaßen Maßstäbe. Hier wird ein Modell erprobt, das im Laufe der kommenden Jahre seine Effizienz unter Beweis stellen wird.

„Hier wird ein Modell erprobt, das seine Effizienz unter Beweis stellen wird."

In den vergangenen Monaten wurden zudem verschiedene Problembereiche erkannt und zeitnah gelöst:

- Sollte sich die Diagnose wesentlich ändern, so kann erneut von vorne begonnen werden. Dann muss in der ICD-Zuordnungstabelle nachgeschaut werden, welche Ziffern und Zuschläge für die neue Diagnose gelten.
- Bei Rückfällen (= gleiche Diagnose) wird die Neubehandlung kurz begründet. Die Kasse erteilt dann die Genehmigung.
- Eine regelmäßige Quartalsüberweisung ist bei laufender Psychotherapie nur bei der Analytischen Psychotherapie (AP) und bei der niederfrequenten Therapie notwendig.
- Kinder- und Jugendärzte haben einen gesonderten Vertrag zum Beitritt zur Hausarztzentrierten Versorgung unterschrieben, wodurch ihre bisherige Blockadehaltung gegenüber dem PNP-Vertrag obsolet wird.
- Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die bereits im PNP-Vertrag Leistungen abrechnen, entfällt die Mindesteinheit von derzeit 55 Einheiten PTE1KJ, so dass die abgerechnete Ziffer PTE1KJ in Höhe von 105,00 € statt in Höhe von 90,00 € vergütet wird.
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die noch keinen Fall/Versicherten über den PNP-Vertrag abrechnen konnten, erhalten insgesamt einen Softwarekosten-Zuschuss in Höhe von 100,00 € je Quartal; die Abwicklung erfolgt als nachträgliche Gutschrift.
- Für vor allem technisch bedingte Übertragungsprobleme wurde ein Fond bestückt, so dass auch verspätet abgegebene Abrechnungen vergütet werden können.

Wir stellen demnach fest, dass von dem PNP-Vertrag folgende Impulse ausgehen:

- Bessere Vergütung der ersten Sitzungen.
- Bessere Vergütung der Diagnostik, vor allem im Hinblick auf den KJ-Bereich.
- Bessere Vergütung der Gruppentherapie.
- Etablierung einer niederfrequenten Psychotherapie.
- Konsiliarbericht wird zum kollegialen somatischen Befund.
- Erweiterung der Anstellungsmöglichkeiten.
- Aufnahme neuer Verfahren, Methoden und Techniken.
- Wegfall des Gutachterverfahrens.
- Förderung der Kooperation.
- Vertretungsmöglichkeiten.
- Alle Psychotherapeuten erhalten die gleiche Vergütung.

Vor unserem optimalen Modell (siehe unten) sind wir noch entfernt, haben hier jedoch, unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten, wichtige Schritte gemacht.

Der AD(H)S-Vertrag kann aufgrund der sehr eingeschränkten Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichen mit Verdacht auf AD(H)S nicht ohne Weiteres auf andere Störungsgruppen übertragen werden. Das Ziel des Vertrages, die Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Diagnostik, für eine fachübergreifende Fallbetrachtung und Zusammenarbeit und für ein spezielles Trainings- und Therapieangebot für Patienten mit diesem Beschwerdebild zu schaffen, stellen ein großes Plus für die Versorgung dar.

Darüber hinaus ist positiv:

- Höhere Vergütung für die Therapiestunden und die Diagnostik.
- Die abgestaffelte Delegierbarkeit (auch bei Nicht-Approbierten) der Leistungen.

Auch hier sind wir von unserem Idealmodell entfernt, aber es sind wichtige Schritte in die richtige Richtung getätigt worden.

Der BKK Bosch-Vertrag kann auch mit vielen positiven Punkten aufwarten:

- Höhere Vergütung für die Therapiestunden und die Probatorik.
- Abschaffung des Gutachterverfahrens, auch für die Richtlinienpsychotherapie.

	AD(H)S Add-On-Verträge (KVNW, KVHH, KVNO)	Weitere Add-On-Verträge (BKK Bosch, BKK RWE)	Verträge über die gesamte PT (PNP)
Zusätzliche Qualifikationen erforderlich	ja, erhebliche	nein	nein
Zusätzliche Anforderungen	ja, erhebliche	nein	ja, Abendsprechstunde schnelle Aufnahme spezielle Soft- und Hardware
Neue Verfahren, Methoden und Techniken	ja, Elterntraining	nein	ja, Systemische PT, EMDR, Hypnotherapie, Biofeedback, IPT
Bessere Bedingungen für die Diagnostik	KVBW, KVHH: ja, höhere Bezahlung KVNO: nein	ja	ja, höhere Bezahlung
Angebot von zusätzlichen Leistungen durch den Psychotherapeuten	ja, Vernetzung, QZ, AOK RL-HH: zusätzlich SA-Sprechstunde	ja, BKK RWE: Aufnahme innerhalb von zwei Wochen, Information des Hausarztes, mindestens zwei Patienten pro Monat diagnostizieren	ja, einmal Abendsprechstunde, schnellen Termin, Erreichbarkeit
Zusätzliche PT-Stunden gegenüber RTL-PT-Kontingent möglich	AD(H)S: ja	nein	ja, niederfrequente PT
Ohne GAV	ja	ja, auch für die anschließende Richtlinienpsychotherapie	ja, außer bei AP
QS	Ja, Vernetzung der Behandler in allen Therapieverfahren	über die KV	ja, in Planung
Niederfrequente PT	Nein	Nein	ja, sechsmal variabel pro Quartal
Teilnahme durch Nicht-Approbierte möglich	KVBW: ja, bei geringerem Honorar KVHH, KVNO: nein	BKK Bosch: nein BKK RWE: ja, bei G-PT	Nein
Anstellung ohne Leistungseinschränkungen	ja	nein	ja, keine Mengenbegrenzung innerhalb des Vertrages
Gleichstellung zwischen den Behandlergruppen	ja	ja	ja, im Gegensatz zum EBM identische Bedingungen (Wegfall der getrennten Kapitel)
Einschränkung der Diagnosen	ja, auf ADHS (F90.0, F90.1, F90.9 oder F90.9)	BKK Bosch: nein BKK RWE; nein, aber auf AU	ja, leitlinienorientiert
VT, TP	außerhalb der RTL-PT	ja, Anrechnung auf RTL-PT-Kontingent	ja
AP	außerhalb der RTL-PT	BKK Bosch: nein BKK RWE: ja, Anrechnung auf RTL-PT Kontingent	ja, aber eingeschränkt auf Persönlichkeitsstörungen
Erwachsene	nein	ja	ja
Kinder/Jugendliche	ja (4 bis 18)	BKK Bosch: ja BKK RWE: nein	ja (wie im EBM)
Abrechnungsmodalität	über die KV	BKK Bosch: EBM-Ziffern über die KV, Zuschläge über die Kasse BKK RWE: über die KV	über eine Abrechnungsgesellschaft
Kosten der Teilnahme	keine	keine	ja, Hard- und Software, Abrechnung
Honorar	KVBW/KVHH: Diagnostik (25 € je 15 Min.) oder Therapie (25 € je 15 Min. E-PT; 62,50 € je 15 Min. G-PT) KVNO: Diagnostikpauschale (50 €) Steuerungs-/Koordinierungs-pauschale (30 €) 4 x 105 € je 4 Std. je Patient bzw. 8 x 52,20 € je 2 Std. Samstagsprechstunde 200 € pro Monat	BKK Bosch: Zuschlag zur Probatorik: je 40 € Zuschlag zur Anamnese: je 40 € Zuschlag für 10 E-PT; je 25 € Kooperationszuschlag: 3 Quartale je 25 € BKK RWE: Diagnostik (2 Std. 350 € oder 3 Std. 500 €), max. 15 E-PT à 120 € max. 20 G-PT à 223 € pro 50 Min.	10 E-PT à 105 € 20 E-PT à 90 € 30 E-PT à 82 € Gruppen, delegationsfähig an PP/KJP Kleine Gruppe à 400 € (100 Min.) Große Gruppe à 450 € (100 Min.) Pro Quartal max. 6 E-PT à 82 € Zuschlag für Kooperation 25 € Zuschlag bei KJP 25 € Weiterer variabler Zuschlag

Dr. Alessandro Cavicchioli

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Systemischer Paartherapeut, Dozent und Supervisor (DVT), Landesvorsitzender der DPtV-Landesgruppe Baden-Württemberg, Mitglied in verschiedenen Gremien der KV und der KBV.

Auch hier sind wir von unserem Idealmodell entfernt. Aber es sind entscheidende Schritte in die richtige Richtung gemacht worden.

Insgesamt negativ bewerten wir bei allen oben genannten Verträgen, dass sie nicht für alle Versicherten zur Verfügung stehen. Wir haben uns dennoch für die Entwicklung und Etablierung derartiger Verträge entschieden, um für die Versorgung notwendige Modifikationen und wichtige Entwicklungen in die Versorgung einzubringen. Wir hoffen allerdings, dass diese, für die Versorgung bedeutsamen Elemente letztlich in die Gesamtversorgung aufgenommen werden.

Unser Idealmodell enthält somit alle positiv auf die Versorgung psychisch Erkrankter wirkenden Elemente:

- Alle Richtlinienverfahren sind am Vertrag beteiligt.
- Als Add-on, ohne Bereinigungsprobleme und über die KV abrechenbar.
- Deutlicher Bürokratieabbau.
- Höhere Vergütung aller Leistungen, gegebenenfalls insbesondere Förderung der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen.
- Der somatische Befund sollte dem Psychotherapeuten Informationen über somatische Anteile übermitteln, die für die psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung relevant sind. Die Frage der Kontraindikation, die psychische Diagnose und Anamnese sollten wegfallen. Diese gehört in den Kompetenzbereich des Psychotherapeuten.
- Förderung der Gruppentherapie:
  - Möglichkeit, verschiedene Gruppen anzubieten
  - Möglichkeit, mit verschiedenen Gruppengrößen zu arbeiten
  - Möglichkeit, Gruppen bei unterschiedlichen Verfahren anzubieten.
- Größtmögliche Therapiefreiheit:
  - Kombinierbarkeit von verschiedenen Verfahren, Methoden bzw. Techniken
  - Einbeziehung und Beteiligung von Bezugspersonen (insbesondere bei Kindern und behinderten Patienten).
- Förderung wissenschaftlicher Verfahren, Methoden bzw. Techniken die noch nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt sind.
- Einführung einer niederfrequenten Psychotherapie.
- Alle Optionen stehen allen Versicherten offen.
- Durch die zumindest teilweise Umsetzung unseres positiven Versorgungsmodells entsteht ein Optimierungsdruck für das Kollektivsystem. Ein aktuelles Beispiel ist die Einführung der kleinen Gruppen für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.
- Delegationsmöglichkeit von Leistungen (bei bestehenden Leistungen) auch an Nicht-Approbierte.
- Vertretungsmöglichkeiten.
- Einstellungsmöglichkeiten von approbierten Kolleginnen und Kollegen ohne Budgeteinschränkungen.
- Ausweitungsmöglichkeiten für Versorgerpraxen.
- Befugniserweiterung (Krankenhauseinweisung, Krankschreibung usw.). ■

Rezensionsangebote

Nachfolgende Veröffentlichungen stehen derzeit als kostenlose Besprechungsexemplare zur Verfügung. Sie verpflichten sich zur Rezension innerhalb von drei Monaten. Die Beiträge sollen 2.500 bis max. 3.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen) umfassen. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. Da jeweils nur ein Rezensionsexemplar zur Verfügung steht, können nicht alle Anfragen berücksichtigt werden. Die Bücher können angefordert werden bei

psychotherapieaktuell@dptv.de

Claudia Frank, Ludger M. Hermanns, Elfriede Löchel (Hrsg.)
Jahrbuch der Psychoanalyse
Band 67
227 Seiten
2013, frommann-holzboog

Heinz-Wilhelm Gößling
Hypnose für Aufgeweckte
Hypnotherapie bei Schlafstörungen
224 Seiten
2013, Carl Auer

Andreas Hufschmidt, Carl Hermann Lücking, Sebastian Rauer
Neurologie compact
Für Klinik und Praxis
976 Seiten, 22 Abbildungen
6., überarbeitete und erweiterte Auflage
2013, Thieme

Gitta Jacob, Laura Seebauer (Hrsg.)
Fallbuch Schematherapie
227 Seiten
2013, Beltz

Dagmar Kumbier
Das Innere Team in der Psychotherapie
248 Seiten
2013, Klett-Cotta

Thomas D. Meyer, Martin Hautzinger
Ratgeber Manisch-depressive Erkrankung
Reihe „Fortschritte der Psychotherapie", Band 27
60 Seiten
2013, Hogrefe

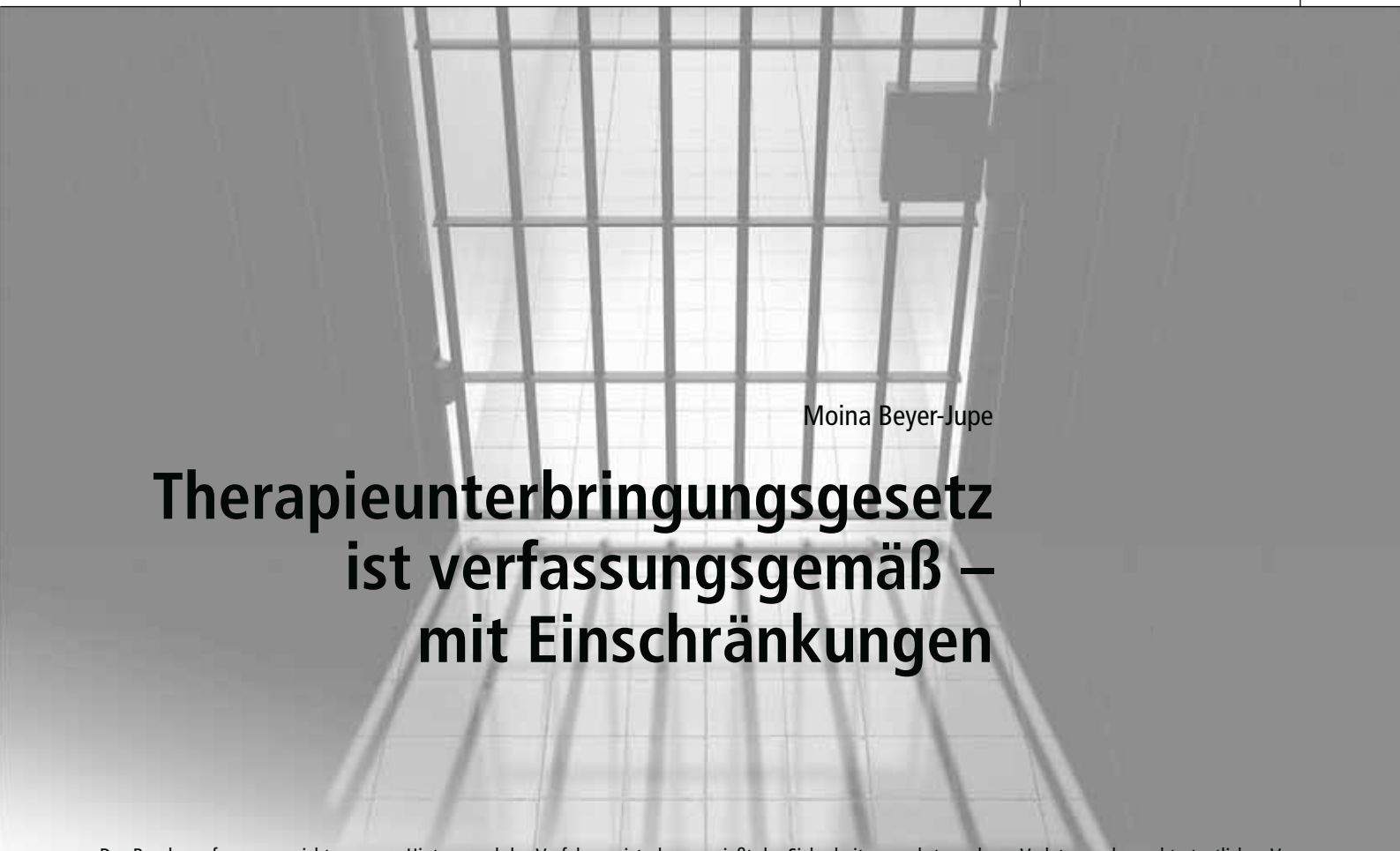
Hamid Peseschkian, Arno Remmers
Positive Psychotherapie
„Wege der Psychotherapie"
190 Seiten
2013, Ernst Reinhard Verlag

Jutta Richter
Schmerzen verlernen
155 Seiten
2. aktualisierte Auflage, 2013, Springer Medizin

Sack, Sachsse, Schellong (Hrsg.)
Komplexe Traumafolgestörungen
596 Seiten
2013, Schattauer

Ulrike Willutzki, Tobias Teismann
Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie
Reihe „Fortschritte der Psychotherapie", Band 52
95 Seiten
2013, Hogrefe

C. Alix Timko, Annette Harres, Georg H. Eifert
Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Anorexia nervosa
Ein Leitfaden für die Behandlung mit ACT
Mit Online Materialien
Ca. 250 Seiten
2013, Beltz



Moina Beyer-Jupe

Therapieunterbringungsgesetz ist verfassungsgemäß – mit Einschränkungen

Das Bundesverfassungsgericht musste sich jetzt erstmalig mit dem seit 2011 geltenden Therapieunterbringungsgesetz auseinandersetzen. Grund war die Verfassungsbeschwerde eines auf behördliche Anordnung in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten vormaligen Strafgefangenen. Der Mann, seit jungen Jahren mehrfach langjährig zu Haftstrafen verurteilt, hatte immer wieder kurz nach Haftentlassung in alkoholisiertem Zustand Frauen überfallen, gewürgt und sich an ihnen vergangen oder es versucht. Eine verlor dabei ihr Leben, andere wurden durch das noch rechtzeitige Eingreifen Dritter gerettet. Mehrfach eingeholte Gutachten bewerteten das Täterbild als kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabiler sowie dissozialer Persönlichkeit nebst einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F61 in Verbindung mit F60.2 und F60.3.).

In seinem Beschluss vom 11.7.2013 – 2 BvR 2302/11– kommt das Bundesverfassungsgericht letztlich zum Ergebnis, dass bei richtiger Auslegung das Therapieunterbringungsgesetz verfassungsgemäß ist.

Hintergrund des Verfahrens ist, dass nach dem Strafgesetzbuch (StGB) bei der Verurteilung von Tätern nicht nur die Strafe selbst, sondern unter Umständen auch eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung (Sicherungsverwahrung) verhängt werden kann. Die dies regelnden §§ 66 ff StGB haben den Sinn, die Allgemeinheit vor besonders gefährlichen Straftätern zu schützen, bei denen Wiederholungstaten zu befürchten sind. Dies muss sich einerseits aus einer besonders gefährlichen Straftat ergeben sowie einer Prognose, dass die Straftaten sehr wahrscheinlich wieder erfolgen werden. Der Präventionsgedanke der Sicherungsverwahrung knüpft nicht an die Straftat und deren Bestrafung, sondern an die Persönlichkeit des Täters und seine besondere Gefährlichkeit an. Sie wird wie die Haft und im Anschluss nach Beendigung der Haftstrafe ebenfalls in den Justizvollzugsanstalten vollzogen, jedoch genießt der Sicherheitsverwahrte mehr Rechte, da es gerade nicht mehr um Bestrafung geht. Die Sicherungsverwahrung wird mit der Urteilsverkündung zusammen angeordnet oder vorbehalten, unter bestimmten Bedingungen auch nachträglich verfügt.

Vor 1998 galt bei erstmaliger Anordnung eine Höchstgrenze für die Sicherungsverwahrung von zehn Jahren. Mit Neuregelung durch den Gesetzgeber wurde eine nachträgliche Verlängerungsmöglichkeit auch für Straftäter eingeführt, die bei ihrer Verurteilung noch mit einem sicheren Ende der Sicherungsverwahrung nach zehn Jahren rechnen konnten.

„Sicherungsverwahrung knüpft an die Persönlichkeit des Täters, nicht an die Tat und ihre Bestrafung an."

Dies hielt der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte für rechtswidrig, weil er darin eine Verletzung von Artikel 5 § 1 (Recht auf Freiheit) und Artikel 7 § 1 (Keine Strafe ohne Gesetz) der Europäischen Menschenrechtskonvention sah und damit eine Verletzung des rechtsstaatlichen Verbotes von rückwirkenden strafrechtlichen Eingriffsgesetzen. Auf dieses Kammerurteil vom 17.12.2009 veranlassten einige bundesdeutsche Oberlandesgerichte die Freilassung von etwa 20 betroffenen Sicherungsverwahrten, was zu großer Medienaufmerksamkeit und Diskussionen in der Bevölkerung führte.

Mit Einführung des Therapieunterbringungsgesetzes sollte die Regelungslücke geschlossen werden, indem die Zwangsunterbringung aus dem Strafrecht gelöst wurde mit der Maßgabe „Therapie statt Strafe". Das Gesetz regelt die Unterbringung von verurteilten Straftätern, die nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs deshalb nicht länger in der Sicherungsverwahrung untergebracht werden dürfen, weil ihre Sicherungsverwahrung rückwirkend verlängert wurde. Die therapeutische Unterbringung erfolgt nunmehr in geschlossenen Einrichtungen, die räumlich und organisatorisch von den Einrichtungen des Strafvollzuges getrennt sein müssen. Die Betroffenen dürfen danach weiterhin in einer geschlossenen Einrichtung unterge-

Moina Beyer-Jupe

Wissenschaftliche Referentin der Bundesgeschäftsstelle der DPtV und Rechtsanwältin. Zuvor bei der Berliner Senatsverwaltung in der Rechtsaufsicht über die Gesundheitsberufe, Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Langjährige Beratung und Vertretung von Psychotherapeuten, Ärzten und Patienten.

bracht werden, wenn erstens eine psychische Störung vorliegt, welche dazu führt, dass „mit hoher Wahrscheinlichkeit das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung einer anderen Person erheblich beeinträchtigen wird" und zweitens deshalb die Unterbringung zum Schutz der Allgemeinheit erforderlich ist. Dies gilt sowohl für Personen, welche sich noch in Sicherungsverwahrung befinden, als auch für solche, die bereits entlassen wurden.

Das Bundesverfassungsgericht hatte nun dieses neue Gesetz zu prüfen. Es entschied, dass bei verfassungskonformer Auslegung das Therapieunterbringungsgesetz mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Danach dürfe die Unterbringung nur angeordnet werden, wenn eine hochgradige Gefahr schwerster Gewalt- oder Sexualstraftaten aus konkreten Umständen in der Person oder dem Verhalten des Untergebrachten abzuleiten sei. Der Komplex „Strafrecht" erfasse historisch betrachtet neben vergeltenden, schuldausgleichenden Sanktionen auch sozialpräventive Reaktionen auf eine Straftat und gehöre bereits durch vorkonstitutionelle Gesetze zu diesem Regelungszusammenhang. Die Therapieunterbringung sei richtigerweise nachrangig zur Sicherungsverwahrung ausgestaltet und trete im Gesetz selbst hinter die Sicherungsverwahrung zurück. Bei enger Auslegung der Unterbringungsvoraussetzungen in geschlossener Therapie und in Rechtsgüterabwägung zwischen dem Freiheitsrecht des Täters gegen den Schutz der Bevölkerung vor schwersten Straftaten ist das Therapieunterbringungsgesetz verfassungskonform. ■

„Therapieunterbringung in geschlossener Einrichtung als sozialpräventive Maßnahme nur bei hochgradiger Gefährlichkeit des Täters."

Dieter Best

Tipps zur Abrechnung

Wann kann ich bei gesetzlich versicherten Patienten Porto abrechnen?

Nach der Präambel zu Kapitel 40 des EBM (Kostenpauschalen) können „Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten … im Zusammenhang mit ihren Leistungen folgende Kostenpauschalen dieses Kapitels abrechnen: Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126, 40142 und 40144." Die Nrn. 40120 bis 40124 sind Portogebühren, die Nr. 40142 kann abgerechnet werden bei Arztbriefen in freier Form und mit der Nr. 40144 kann eine Fotokopie abgerechnet werden. Keineswegs kann Porto bei jeglicher Art von Briefen berechnet werden, denn die Allgemeine Bestimmung 1.8 sagt aus, dass Porto nur berechnet werden kann, wenn es um Arztbriefe im Sinne der EBM-Nr. 01600 oder 01601 geht. Auch die Gebühr für Fotokopien bezieht sich nur auf Kopien von Arztbriefen, Befundmitteilungen an den Arzt usw. Demnach können Fotokopien für den Patienten, z.B. Kopien von Fragebögen, Auszüge aus Büchern usw. nicht mit der Nr. 40144 abgegolten werden. Wer Porto oder Kopien für andere Zwecke als dem der Kommunikation mit dem mitbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten berechnen will, kann auf § 10 der GOÄ/GOP zurückgreifen und sie dem Patienten privat in Rechnung stellen. ■

Im EBM steht bei der Gesprächsleistung der Nr. 23220, dass sie „nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig" ist. Was ist unter „nicht neben" zu verstehen?

„Nicht neben" in der Abrechnungsbestimmung heißt, dass eine Leistung, die in direktem zeitlichen Zusammenhang, d.h. direkt vor oder nach der anderen Leistung erbracht wird, nicht abgerechnet werden kann. Wenn z.B. eine Psychotherapiesitzung um 10 Minuten überzogen wird, kann die Nr. 23220 nicht zusätzlich abgerechnet werden. „Nicht neben" bedeutet aber nicht, dass nicht am gleichen Tag zu unterschiedlichen Zeiten beide Leistungen erbracht und abgerechnet werden können. KVen neigen dazu, solche Leistungen zu streichen, wenn sie am gleichen Tag abgerechnet werden, weil sie davon ausgehen, dass der Grundsatz des „Nicht neben" nicht eingehalten wurde. Auch wenn dies zu Unrecht geschieht, sei zur Vermeidung unnötigen kommunikativen Aufwands empfohlen, die Abrechnung mit einer Zeittrennung durch die Angabe der Uhrzeit zu versehen. Wann sind nun zwei Leistungen, die mit der Bestimmung „nicht neben" versehen sind, als tatsächlich getrennte Leistungen zu betrachten? Eine Sitzung umfasst den gesamten Zeitraum, in dem sich der Patient in der Praxis befindet. Auch das kurzzeitige Verlassen der Praxis reicht nicht aus, um eine Sitzung als beendet und eine neue als begonnen anzusehen. Eine neue Sitzung liegt lediglich dann vor, wenn eine Leistung nach ihrer Eigenart in mehrere Phasen aufgeteilt werden muss, die sich nicht unmittelbar aneinander anschließen können, z.B. eine Expositionseinheit in der Verhaltenstherapie von zwei Stunden, dann nach Übungseinheiten, die der Patient selbst durchführt, eine Nachbesprechung von 20 Minuten nach der Nr. 23220 (zweimal angesetzt).

Die hier gemachten Ausführungen gelten gleichermaßen für Leistungen bei Privatpatienten, die nach der GOP abgerechnet werden, wenn die Abrechnungsbestimmung den Ausschluss „nicht neben" enthält. ■

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 2350090 • Fax 030 23500944
bgst@dptv.de • www.dptv.de

Information: Patientenrechtegesetz
Die wichtigsten Aspekte für Praxen

Das Patientenrechtegesetz ist seit 26. Februar 2013 in Kraft. Die DPtV hat in dieser Zeitschrift (Heft 1.2013) und in der aktualisierten Broschüre „Umgang mit Patientendaten" bereits ausführlich über die Auswirklungen dieses Gesetzes auf die psychotherapeutische Berufstätigkeit berichtet. In dieser Übersicht finden Sie alle praxisrelevanten Vorgaben und Vorschläge, wie Sie diese in Ihrer Praxis umsetzen können.

Sozial- u. privat-rechtliche Pflichten	Wann	Was (Inhalte)	Wie	Hilfsmittel (fakultativ)
Behandlungsvertrag	Erste Sitzung	Gegenseitige Leistungspflicht wird begründet: Behandlung gemäß anerkanntem fachlichen Standard (Therapeut) / Mitarbeit, Wahrnehmung der Termine, ggf. Zahlungspflicht (Patient).	Mit der Vereinbarung eines Termins und dessen Wahrnehmung tritt automatisch der Behandlungsvertrag bereits in Kraft. GKV mündlich oder schriftlich, privat mündlich oder schriftlich.	Formular: Behandlungs-/Therapievertrag, Kostenvoranschlag, Vereinbarung Ausfallhonorar
Informationspflicht	Erste Sitzung[1], Probatorik und jederzeit, wenn fachlich geboten.	Allgemeine Informationen über Setting, Probatorik, Verdachtsdiagnose, Berichtspflicht, Kostenübernahme, selbst zu tragende Kosten, Rechnungslegung, Ausfallregelung.	Mündlich und verständlich. Über unklare Kostenübernahmesituation bei Privatleistungen muss schriftlich informiert werden. Wir empfehlen auch schriftliche Vereinbarung über Ausfallhonorar.	Patienteninformationen zum Krankheitsbild, Vereinbarung Ausfallhonorar Kostenvoranschlag
Aufklärungspflicht	Während, zum Ende der Probatorik und jederzeit, wenn fachlich geboten.	Informationen über Diagnose, Krankheitsmodell, Behandlungsziele, Therapieplanung, Behandlungsalternativen, Prognose, Nutzen u. Risiken einer Psychotherapie.	Mündlich, rechtzeitig, verständlich, ggf. (auch) die Berechtigten (Eltern, Betreuer) und in Akte zu dokumentieren.	Informationsflyer über die Praxis und Angebot, Patienteninformation zu Nutzen und Risiken der Psychotherapie, Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie (Anlage zum Therapievertrag)
Einwilligung	Ende der ersten Sitzung, Ende der Probatorik	Aufklärung muss vorausgegangen sein, ggf. Einwilligung eines hierzu Berechtigten (Eltern, Betreuer).	GKV: schriftlich durch Unterschrift Therapieantrag, privat: schriftlich durch Unterschrift Therapievertrag oder mündlich und in Akte zu dokumentieren.	

[1] Die Information setzt voraus, dass der Patient in der Lage ist, sie intellektuell zu verstehen. Ist er z.B. aufgrund eines krisenhaften Zustands dazu nicht in der Lage, kann die Information auch in der zweiten Sitzung erfolgen.

Sozial- u. privatrechtliche Pflichten	Wann	Was (Inhalte)	Wie	Hilfsmittel (fakultativ)
Dokumentation	Jeder Patientenkontakt, zeitnah (Tag oder Folgetag der Behandlung), mit Datum (unveränderbar bzw. spätere Änderungen sichtbar).	**Sämtliche, aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse** sowie Therapien und ihre Wirkungen. Konkret: Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen/ Diagnostik und deren Ergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen, Arztberichte und Gutachten.	Schriftlich (Papierform) oder elektronisch. Aufbewahrungspflicht: 10 Jahre nach Behandlungsende	Formulare: Anmeldebogen/ Stammdaten, Biografische Anamnese, Stundenprotokoll
Einsichtnahme	Unverzügliches Recht auf Einsicht in die Patientenakte, in der Praxis oder Abschriften gegen Kostenersatz (beispielsweise die ersten 50 Seiten 0,50 € / Seite, danach 0,15 €; Farbe 1,00 € bzw. 0,30 €; elektronisch 1,50 € je Datei). **im Todesfall:** Schweigepflicht besteht auch nach dem Tode des Patienten. Einsichtsrecht durch Erben/nahe Verwandte nur bei berechtigter Interessenlage (typisch: vermuteter Behandlungsfehler), es sei denn, der Wille des Verstorbenen steht dem entgegen.	Vollständige Patientenakte, Ablehnung der Einsichtnahme nur, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. **Minderjährige:** Bei „einwilligungsfähigen" Kindern/Jugendlichen, Betreuten haben Eltern/Betreuer kein Recht darauf, die Unterlagen einzusehen.	Unverzüglich, d.h. wenn es der Praxisablauf gestattet. **Empfehlung:** Vereinbaren Sie mit dem Patienten einen Termin. Die Art der Einsichtnahme bestimmen Sie (Ausdruck oder direkt am PC). Der Patient hat kein Recht darauf, Original-Dokumentationen mitzunehmen.	

Qualitätsmanagement unterstützt Sie bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Zwar bringt das Patientenrechtegesetz keine grundlegenden Änderungen des bisher schon gelebten Praxisalltages mit sich, es kann aber doch hilfreich sein, die individuellen Praxisabläufe anhand der nunmehr festgelegten Vorgaben des Patientenrechtegesetzes zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Wenn Sie QEP® in Ihrer Praxis eingeführt haben, schauen Sie sich doch bitte folgende Kernziele genauer an:

QEP® Kernziel	Version 2010	Version 2005
Behandlungsvertrag	QEP 1.3.1 (1), 2.1.1 (2)	QEP 1.3.1 (1), 2.1.1 (2)
Informationspflicht	QEP 1.3.6 (1)	QEP 1.3.5 (1)
Aufklärungspflicht	QEP 2.1.1 (1)	QEP 2.1.1 (1)
Einwilligung	QEP 2.1.1 (1)	QEP 2.1.1 (1)
Dokumentation	QEP 2.2.1 (1), 2.2.1 (2)	QEP 2.2.1 (1), 1.4.1 (1)
Einsichtnahme Patientenakte	QEP 2.2.2 (1)	QEP 2.1.3 (1)

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 2350090 • Fax 030 23500944
bgst@dptv.de • www.dptv.de

Neuroleptika

Zusammengestellt von Dr. Alessandro Cavicchioli

Name	Handelsname	Potenz	Tagesdosis in mg	Wirkung/ Indikation					Nebenwirkungen schwer bzw. häufig										
		Hoch / Mittel / Niedrig		antipsychotisch	antimanisch	antidepressiv	wirksam bei Negativsymptomatik	wirksam bei Unruhe, Erregungszuständen, sedierend	anticholinerg/vegetativ	Kardialsymptome↑	Sexuelle Funktionsstörung, Prolaktin	Gewicht ↑ / metabolisch	Blutbildveränderungen	Krampfschwelle ↓	Speichelfluss ↑	orthostat. Dysregulation, Hypotension	depressiogen	Unruhe ↑	EPMS ↑
Trizyklische Neuroleptika																			
Levomepromazin	Neurocil	N	75-150					■	■	■						■			
Perazin	TaXilan	M	100-600	■	■			■								■			
Fluphenazin	Lyogen	H	2,5-10	■				■		■				■		■	■		■
Fluphenazin Depot	Lyogen Depot	H	12,5-100	■				■		■				■		■	■		■
ChlorprothiXen	TruXal	N	30-150					■	■		■	■				■			
ZuclopenthiXol	Ciatyl-Z	M	25-75	■	■			■	■		■	■				■	■		■
ZuclopenthiXol Depot	Ciatyl-Z-Depot	M	100-400	■	■			■	■		■	■				■	■		■
FlupentiXol	FluanXol	H	4-60	■		■	■		■		■	■				■			
Butyrophenone																			
Haloperidol	Haldol	H	3-10	■	■		■	■	■	■		■				■	■		■
Haloperidol Depot	Haldol Decanoat	H	25-200	■	■		■	■	■	■		■				■	■		■
Benperidol	Glianimon	H	1-20	■	■			■		■	■	■							■
Melperon	Eunerpan	N	25-300					■								■			
Pipamperon	Dipiperon	N	40-360					■								■	■		
Diphenylputylpiperidin																			
Fluspirilen Depot	Imap	M	4-8 mg i.m.	■				■									■		■
Atypika																			
Clozapin	LeponeX	H	200-450	■				■	■			■	■	■	■				
Olanzapin	ZypreXa	H	5-20	■	■			■	■			■							
Olanzapin Depot	Zypadhera	H	150-405	■	■			■	■			■							
Quetiapin	Seroquel	H	200-750	■	■	■		■				■	■			■			
Risperidon	Risperdal	H	0,5-8	■	■						■								■
Risperidon Depot	Risperdal Consta	H	25-50	■	■						■								■
Ziprasidon	ZeldoX	H	80-160	■														■	
Paliperidon	Invega	H	3-12	■	■					■						■			
Paliperidon Depot	Xepilon	H	25-150	■	■					■						■			
Amisulprid	Solian	H	50-800	■		■	■				■							■	
Aripiprazol	Abilify	H	15-30	■	■	■												■	

Daniel Griethe

Vorbereitung der Existenzgründung

Die Finanzen der Praxis planen

Für eine Niederlassung ist der Businessplan ein zentrales Instrument, um sich selbst zu orientieren, die selbständige Zukunft zu planen und potenzielle Geldgeber vom Erfolg zu überzeugen.

Der Schritt in die Selbständigkeit ist in der Regel von zahlreichen Unsicherheiten begleitet. Auch in finanzieller Hinsicht ändert sich vieles im Vergleich zur Anstellung: Investitionen müssen finanziert, Liquidität jederzeit sichergestellt sein und nicht zuletzt ändert sich auch der steuerliche Rahmen.

Der Businessplan

Umso wichtiger ist es, von Anfang an das Vorhaben „Niederlassung" sorgfältig zu planen. Diese Planung hat zwei wesentliche Aufgaben: für den Existenzgründer schafft sie Orientierung und damit Sicherheit, für den potenziellen Geldgeber stellt sie ein wichtiges Informationsinstrument dar.

Was gehört in einen Businessplan?

- Angaben zur Person des Gründers und der Qualifikation
- Geschäftsidee/Leistungsspektrum
- Standortanalyse und Konkurrenzsituation
- Wege der Patientengewinnung/Marketing
- Finanzteil.

Während die ersten vier Punkte meist ausreichend bekannt bzw. durchdacht sind und somit nur noch zu Papier gebracht werden müssen, ist der Finanzteil oft am planungsintensivsten. Bei Unsicherheiten kann dafür auch professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Sowohl Steuerberater als auch spezialisierte Bankberater unterstützen gern. In jedem Fall sollte aber diese Planung nicht komplett aus der Hand gegeben werden. Der Gründer sollte alle finanziellen Parameter seiner Praxis verstehen und damit auch steuern können. Darüber hinaus ist ein späterer Soll-Ist-Abgleich oft sehr nützlich zur weiteren Optimierung der Praxis.

Die Planung der Finanzen

Der Finanzteil des Businessplans besteht aus Investitions- und Finanzierungsplan, Umsatz- und Ertragsvorschau sowie dem Liquiditätsplan.

Der Investitionsplan umfasst sämtliche Investitionen, die zum Schritt in die Selbständigkeit notwendig sind, zum Beispiel den Praxiskaufpreis, Kosten für Umbaumaßnahmen und Neuanschaffungen von Ausstattung und Geräten. Im Finanzierungsplan wird die Art der Finanzierung für diese Investitionen festgelegt. Das können Eigenkapital, ein Darlehen aus der Familie oder aber auch Bank- und Förderdarlehen sein. Förderdarlehen sind besonders zinsgünstige Darlehen der Förderbanken, wie zum Beispiel der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Allerdings vergeben diese Förderbanken die Kredite nicht selbst an die Kunden, sondern stellen sie Geschäftsbanken zur Weiterleitung an Kunden zur Verfügung. Eine gute Beratung zu den sehr vielfältigen Förderprogrammen lohnt sich: der Zinsunterschied zum klassischen Bankdarlehen beträgt derzeit bis zu 1,50%-Punkte.

Die Prognose des Praxiserfolgs

Die Umsatz- und Ertragsvorschau wird in der Regel über drei Jahre erstellt und umfasst die erwartete Einnahmen- und Kostenentwicklung der Praxis. Aus der Differenz von Einnahmen und Ausgaben wird der prognostizierte Gewinn berechnet. Wichtig hierbei ist: es handelt sich an dieser Stelle um das betriebliche Ergebnis. Die Planung sollte jedoch darüber hinausgehen und auch die zu erwartenden privaten Kosten berücksichtigen. Nur so zeigt sich, ob sich die Niederlassung rentiert und der Gründer von den Einnahmen seiner Praxis leben kann.

Im nächsten Beispiel wird vom Kauf einer halben Praxis gemäß dem oben aufgeführten Investitionsplan ausgegangen. Die Investitionen werden über zehn Jahre mit einem beispielhaften Nominalzins von 2,5% (p.a.) finanziert. Zwei Besonderheiten sind an dieser Stelle zu berücksichtigen: die Kredittilgung ist auf der privaten und nicht auf der betrieblichen Seite abgezogen und die Abschreibungen werden auf der privaten Seite wieder hinzuaddiert. Die Kredittilgung lässt sich im Gegensatz zu den Kreditzinsen nicht vom betrieblichen Gewinn abziehen und muss somit aus dem privaten (Netto-)Einkommen erbracht werden. Die Abschreibungen (auf den Kaufpreis, Investitionen, etc) spiegeln steuerlich den jährlichen Wertverlust der Praxis bzw. der Ausstattung wider. Im Gegensatz zu allen anderen Kosten, muss dieser Wertverlust nicht

Beispiel:

Kauf einer halben psychotherapeutischen Praxis			
Investitionsplan		**Finanzierungsplan**	
Kaufpreis	20.000 €	Eigenkapital	5.000 €
Umbau	3.000 €	Förderdarlehen	23.000 €
Neuanschaffungen	5.000 €		
Summe	**28.000 €**	**Summe**	**28.000 €**

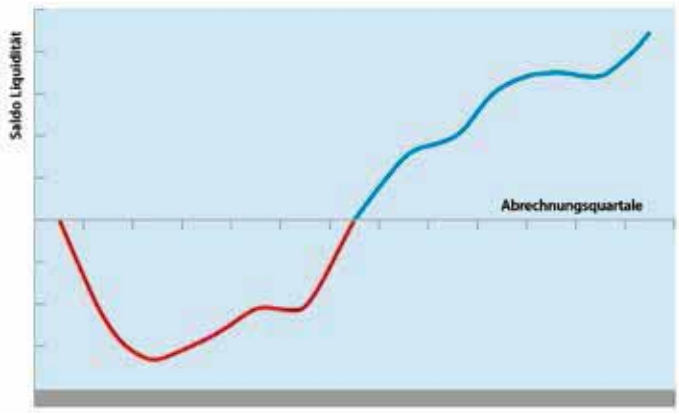
Daniel Griethe

Dipl.-Kaufmann (FH), Fachbereich Gesundheit und Pflege der Deutschen Kreditbank AG, Berlin, seit 2005 Heilberufespezialist mit dem Schwerpunkt ambulante Versorgung.

aus der „Praxiskasse" bezahlt werden, sondern senkt das zu versteuernde Einkommen rechnerisch. Um das für die Lebensführung zur Verfügung stehende Einkommen zu ermitteln, muss der Abschreibungsbetrag wieder addiert und die Kredittilgung als tatsächlicher Zahlungsabgang abgezogen werden. Das Ergebnis stellt dann das Äquivalent zum „Bruttogehalt" dar.

Die Liquidität der Praxis

Der dritte Bestandteil des Finanzteils im Businessplan ist die Liquiditätsplanung. Liquidität bedeutet Zahlungsfähigkeit. In dem unten genannten Beispiel macht die Musterpraxis bereits im ersten Jahr einen Gewinn. Nun gilt es jedoch sicherzustellen, dass zu jeder Zeit alle fälligen Zahlungen, wie Gehälter, Praxismiete etc. gezahlt werden können. Idealtypisches Beispiel: Die Praxis generiert in den ersten beiden Monaten wegen des Umbaus noch keinen Umsatz, und eventuell sind die Abschlagszahlungen der KV auch noch sehr niedrig angesetzt. Aber Miete, gegebenenfalls Personalkosten und natürlich private Kosten fallen in dieser Zeit bereits an. Hierfür gilt es, entweder ein finanzielles Polster zu haben oder die Kosten mittels Kontokorrent – einem „Praxisdispo" – zu finanzieren. Um die notwendige Höhe zu bestimmen, sollten gerade die ersten Monate detailliert mit den entsprechenden Praxisbesonderheiten geplant werden. Die nebenstehende Abbildung zeigt grafisch einen typischen Verlauf der Kontoentwicklung in der ersten Zeit nach Praxiseröffnung. Im Rahmen der Planung sollte der tiefstmögliche Punkt ermittelt und auf dieser Grundlage die Zahlungsfähigkeit sichergestellt werden.



Beispiel:

	Halbe Praxis (ca. 18 GKV-/2 PKV-Patienten)			
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Betrieblich	**Umsatz (KV + privat)**	**60.000**	**64.000**	**88.000**
	Personalkosten	6.000	6.000	6.000
	Raumkosten	5.000	5.000	5.000
	Zinsaufwand	575	518	460
	Abschreibungen (AfA)	7.000	7.000	7.000
	Sonstige Kosten	3.800	3.800	3.800
	Kosten gesamt	**22.375**	**22.318**	**22.260**
	= Gewinn (betrieblich=zu versteuern)	**37.625**	**41.682**	**45.740**
Privat	- Kredittilgung	2.300	2.300	2.300
	+ Abschreibungen (AfA)	7.000	7.000	7.000
	= Einnahmen Praxis („Bruttogehalt")	**42.325**	**50.982**	**55.040**
	- Steuern	6.300	7.600	8.800
	- Lebenshaltungskosten	18.000	18.000	18.000
	- Vorsorgeaufwendungen	2.000	3.000	4.000
	= liquider Überschuss (privat)	**16.025**	**22.382**	**24.240**

Alle Angaben in Euro

Fazit

Mit der richtigen Planung hat der Praxisgründer einen tiefen Einblick in die finanziellen Steuergrößen seiner Praxis. Unbekannte Herausforderungen können so identifiziert und auch in Angriff genommen werden. Mit einem überzeugenden Konzept ist der Gründer darüber hinaus in der Lage, gegenüber potenziellen Geldgebern in einer gestärkten Position aufzutreten. Die Kundenberater der DKB stehen für Gründungsvorhaben gern mit professionellem Rat zur Verfügung. ■

Benötigen Sie noch Fobi-Punkte?

Online-Seminare finden Sie unter:

www.online-fobi.de

Einfach und bequem.

Johann Rautschka-Rücker

Jurist. Seit März 2003 als Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer Hessen tätig. Sein Interesse gilt insbesondere auch rechtlichen Themenstellungen, die Kammermitglieder in Institutionen betreffen.

Johann Rautschka-Rücker

Facharztstandard und Organisation im Krankenhaus

In Gesprächen mit Kammermitgliedern stelle ich häufig fest, dass der Begriff „Facharztstandard" falsch verstanden wird; oft wird auch gemutmaßt, Facharztstandard könne im Krankenhaus anderen rechtlichen Regelungen unterliegen als im ambulanten Sektor. Dies trifft nicht zu.

Der Begriff „Facharztstandard" wurde von der Rechtsprechung entwickelt.[1] Er entstammt einem zivilrechtlichen Kontext, nämlich dem Recht des Behandlungsvertrages und dem Haftungsrecht und hat weder berufsrechtliche noch sozialrechtliche Bezüge. Der Begriff findet sich auch nicht im Text des SGB V. „Facharztstandard" bedeutet, dass der ambulante Arzt oder Psychotherapeut oder eine Klinik als Vertragspartner des Patienten die zurzeit der Behandlung berufsfachlich gebotene Sorgfalt schuldet. Maßgebend ist der medizinische Standard im Sinne von in Wissenschaft und Praxis erarbeiteten, allgemein anerkannten und praktisch bewährten Richtlinien für ärztliche Entscheidungen in normierbaren Situationen. Die Gerichte erwarten die im jeweiligen Fachgebiet vorausgesetzten Fähigkeiten, die dort zu erwartenden Kenntnisse und Fertigkeiten. Diese Befähigung wird dem erfahrenen (weitergebildeten) Facharzt zugeschrieben, weshalb man vom „Facharztstandard" spricht.

Um diesen Standard zu erfüllen, ist es nicht zwingend erforderlich, dass die behandelnde Person selbst Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ist. Haftungsrechtlich genügt für die Facharztqualität, dass die behandelnde Person im konkreten, zur Beurteilung stehenden Fall die Behandlung theoretisch wie praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt dieses Fachs erwartet werden muss. In einem Streitfall würde nicht der berufsrechtliche Status „Facharzt" überprüft, sondern begutachtet, ob der vorgenannte medizinische Standard eingehalten wurde. Dem Standard genügende Behandler könnten z.B. auch der Facharzt einer anderen Fachrichtung oder ein in Weiterbildung befindlicher Arzt sein, wenn sie diese Anforderung im konkreten Einzelfall erfüllen.

Bei der Organisation eines Krankenhauses wird der Träger Vorkehrungen treffen, diesen Standard zu gewährleisten. Selbstverständlich ist es ihm dabei nicht möglich, konkrete Einzelfälle in seine Erwägungen einzubeziehen. Es kommt auf die in der jeweiligen klinischen Organisationseinheit aufgrund des Versorgungsauftrages zu behandelnden Störungen einerseits und die dafür regelhaft erforderlichen Qualifikationen andererseits an. Diesen Anforderungen sollte im stationären Alltag ein weitergebildeter Facharzt in seinem Fachgebiet genügen. Das gilt aber gleichermaßen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Gebiet ihrer jeweiligen Behandlungsbefugnis! Sie sind dafür ausgebildet, den wissenschaftlichen Anforderungen in der Diagnose, Indikationsstellung und Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert umfassend zu entsprechen.

„Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind bei Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen wie ein weitergebildeter Facharzt einsetzbar."

Es stellt also keinesfalls ein Organisationsverschulden einer Klinik dar, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Aufgabenstellungen oder Funktionsstellen zu betrauen, die Facharztstandard im Fachgebiet der Diagnose und Behandlung psychischer Störungen mit Krankheitswert erfordern. Insoweit sind auch weder ärztliche Anordnungen noch ärztliche Aufsicht im Sinne der Delegationsprinzipien erforderlich. Wenn krankenhausintern eine strenge Hierarchie herrscht und sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten in eine Weisungskette eingebunden sind, hat das jedenfalls weder berufsrechtliche noch sozialrechtliche Legitimation und lässt insbesondere keinen Schluss auf die Erfüllung des Facharztstandards zu. ■

1 Die Gerichte waren bislang mit Fällen aus der somatischen Medizin befasst. Das erklärt die Wortwahl, bei der ich bleibe. Statt „Facharztstandard" könnte man aber auch den Begriff Fachpsychotherapeutenstandard verwenden, wenn es um die Behandlung psychischer Erkrankungen geht.

Markus Plantholz

Bewertung von Psychotherapeuten in Internetportalen

Die Zahl der Bewertungsportale und die Frequenz ihrer Nutzung nehmen zu. Berufskammern befassen sich schon länger mit ihrer Rechtmäßigkeit und stehen ihnen bis heute skeptisch oder ganz ablehnend gegenüber. Ärzte fürchten oft die Manipulationsgefahr und dass nicht Patienten, sondern andere Ärzte sich unter falschem Namen anmelden und sich selbst Bestnoten, konkurrierenden Kollegen hingegen schlechte Noten geben könnten. Dies wird man bei den Psychotherapeuten nicht zu befürchten haben. Dennoch: Die Bewertungswut im Internet hat mittlerweile auch die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erreicht – Grund genug für einen rechtlichen Überblick.

1. Grundrechtsschutz von Kritik

Da das *Recht auf freie Meinungsäußerung* durch das Grundgesetz gesichert ist (Art. 5 Abs. 1 GG), sind grundsätzlich auch Bewertungsportale hinsichtlich der Meinungsäußerung über Heilberufsangehörige geschützt. Es entspricht gefestigter Rechtsprechung, dass sich auch Ärzte, insbesondere vor dem Hintergrund des Rechts auf freie Arztwahl, dem bestehenden Wettbewerb stellen müssen und insoweit den Marktmechanismen ausgesetzt sind, zu denen heute – wie in vielen anderen Lebensbereichen – auch Bewertungsmöglichkeiten in öffentlich zugänglichen Quellen (zu denen auch das Internet zählt) gehören. Da die Meinungsfreiheit auch das Recht des Äußernden umfasst, die Modalitäten einer Äußerung und damit das Verbreitungsmedium frei zu bestimmen, müssen es auch Angehörige der Heilberufe grundsätzlich hinnehmen, wenn die Möglichkeit besteht, sie in einem öffentlich zugänglichen Portal zu bewerten, und diese Möglichkeit genutzt wird.

„Bewertungen in Portalen sind grundsätzlich durch das Recht auf freie Meinungsäußerung geschützt."

Auf der anderen Seite wissen wir, dass auch außerhalb von Bewertungsportalen – in Printmedien etwa oder auch einfach in mündlichen Äußerungen – nicht jede Kritik vom Grundrecht auf freie Meinungsäußerung geschützt ist. Für einen Arzt, dessen Leistung in einem Portal bewertet wird, streitet sein Persönlichkeitsrecht bzw. sein Grundrecht auf sogenannte informationelle Selbstbestimmung (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG), sodass sich stets die Frage stellt, ob er ein schutzwürdiges Interesse daran hat, die Verbreitung von ihn betreffenden Daten zu verhindern. Kritik berührt regelmäßig das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen, aber nicht jede Berührung ist sogleich eine Rechtsverletzung. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schützt vor entstellenden und verfälschenden Darstellungen sowie vor Darstellungen, die die Persönlichkeitsentfaltung erheblich beeinträchtigen können. Es gewährt seinem Träger jedoch keinen Anspruch, nur so in der Öffentlichkeit dargestellt zu werden, wie es seinem Selbstbild entspricht oder ihm genehm ist. Weil sich also bei einer Berührung von Persönlichkeitsrechten eine Rechtsverletzung nicht stets ohne weiteres feststellen lässt, ist eine Abwägung zwischen dem Recht des Betroffenen auf Schutz seiner Persönlichkeit sowie Achtung seines Privatlebens aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG, Art. 8 Abs. 1 EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention) und dem durch Art. 5 Abs. 1 GG, Art. 10 EMRK geschützten Recht des die Daten speichernden und verbreitenden Providers auf Meinungs- und Medienfreiheit geboten. Damit aber ein Gericht bei einer solchen Abwägung überhaupt zu einem zugunsten des Betroffenen sprechenden Ergebnis gelangen kann, ist grundlegende Voraussetzung, dass es sich um eine *Tatsachenbehauptung*, die im Falle ihrer Unwahrheit zu einer rechtswidrigen Persönlichkeitsrechtsverletzung führen kann, handelt und nicht nur um eine bloße, von Art. 5 Abs. 1 GG gedeckte Meinungsäußerung. Denn falsche Tatsachenbehauptungen über einen Behandler sind nicht von Art. 5 Abs. 1 GG geschützt; Ausdruck dessen ist auch, dass die Behauptung ehrenrühriger unwahrer Tatsachen strafbar ist. Wer eine ehrrührige Tatsachenbehauptung aufstellt, muss diese beweisen können. Die Beweislast trifft nicht den, der einen Unterlassungsanspruch durchsetzen will, sondern den, der die Behauptung aufgestellt hat. Wegen übler Nachrede (§ 186 StGB) macht sich strafbar, wer eine ehrrührige Tatsache verbreitet, wenn diese nicht nachweislich wahr ist. Es kann also sein, dass die Tatsache tatsächlich wahr ist, der Verbreiter sie jedoch nicht beweisen kann. Da hilft es dem Täter auch nicht, dass er von dem Wahrheitsgehalt überzeugt ist. Ähnliches gilt für den Straftatbestand der Verleumdung (§ 187 StGB). Die Abgrenzung von Tatsachenbehauptung und Meinungsäußerung ist also in den meisten Fällen Ausgangspunkt

für die Frage, ob ein Eintrag in einem Bewertungsportal unterbunden werden kann.

2. Wertende Kritik versus Tatsachenbehauptung

Die Abgrenzung ist manchmal schwierig. Tatsachenbehauptungen unterscheiden sich von Meinungsäußerungen dadurch, dass bei diesen die subjektive Beziehung zwischen der Äußerung und der Wirklichkeit im Vordergrund steht, während für jene, die objektive Beziehung des sich Äußernden zum Inhalt seiner Äußerung charakteristisch ist. Für die Einstufung als Tatsachenbehauptung kommt es wesentlich darauf an, ob eine Aussage einer Überprüfung auf ihre Richtigkeit mit den Mitteln des Beweises zugänglich ist, was bei Meinungsäußerungen ausscheidet, weil sie durch das Element der Stellungnahme und des Dafürhaltens gekennzeichnet werden und sich deshalb nicht als wahr oder unwahr erweisen. Der Satz „ich bin falsch behandelt worden" etwa stellt für sich besehen eine Tatsachenbehauptung dar, während der Satz „ich fühle mich falsch behandelt" einer Meinungsäußerung gleichkommt. Der zweite Satz ist also in jedem Fall von dem Recht auf freie Meinungsäußerung gedeckt. Bei Werturteilen neigt sich die Waagschale nur und erst dann zugunsten des Schutzes des Persönlichkeitsrechts, wenn es sich um eine sogenannte *Schmähkritik* handelt. Dabei geht es dem sich Äußernden darum, den Betroffenen ohne sachlichen Bezug zu verletzen und zu diffamieren. In einem solchen Falle spielt die Äußerung für die Meinungsbildung keine Rolle mehr. Ein berühmtes Beispiel für eine solche Schmähkritik, nämlich eine Kritik an einem Buch von Heinrich Böll, hatte das Bundesverfassungsgericht zu behandeln: *„Es ist schon schlechterdings phantastisch, was für ein steindummer, kenntnisloser und talentfreier Autor schon der junge Böll war, [...] und mehr noch: Er war [...] auch einer der verlogensten, ja korruptesten. Dass ein derartiger, z.T. pathologischer, z.T. ganz harmloser Knallkopf den Nobelpreis erringen durfte; dass Hunderttausende lebenslang katholisch belämmerte und verheuchelte Idioten jahrzehntelang den häufig widerwärtigen Dreck weglasen [...] ist das nicht alles wunderbar?"* (vgl. BVerfG, NJW 1993, 1462). So etwas mag es im Einzelfall auch in Bewertungsportalen geben; Standard ist es nicht. Deshalb ist der Umgang mit Tatsachenbehauptungen praktisch viel wichtiger.

Wenn in einem Bewertungsportal nun eine dem Beweis zugängliche Tatsache über einen Behandler oder seine Behandlung behauptet wird, muss sie auch (vom Urheber, s.o.) bewiesen werden können; der Behandler hat Anspruch darauf, dass unwahre Tatsachenbehauptungen über ihn unterlassen werden. Wie aber soll überhaupt der Urheber der Behauptung ermittelt werden, wenn Eintragungen im Portal anonym vorgenommen werden? An dieser Stelle kommt der Provider ins Spiel.

„Bewertungsportale dürfen nicht der Verbreitung unwahrer Tatsachenbehauptungen über den Behandler dienen."

3. Was hat der Provider eines Portals damit zu tun?

Fest steht nach der bisherigen Rechtsprechung zunächst, dass der Betroffene gegen den Betreiber eines Bewertungsportals keinen Anspruch auf Nennung von „Ross und Reiter" hat (so zum Beispiel entschieden vom LG München I, Beschluss vom 3.7.2013, Az. 25 O 23782/12). Veranstalter eines Internetforums, das den Nutzern inhaltliche Dienste anbietet und nicht nur Telekommunikationsleistungen zur Verfügung stellt, sind zwar Diensteanbieter im Sinne des Telemediengesetzes (TMG; vgl. dazu Urteil des BGH vom 23.6.2009, Az. VI ZR 196/08 für die Betreiberin des Internetforums www.spickmich.de; dazu der Beitrag von *Franzen/Rasehorn* in Psychotherapeutenjournal 2/2010, S. 169 ff.). Nach § 12 Abs. 2 TMG darf der Diensteanbieter die für die Bereitstellung von Telemedien erhobenen personenbezogenen Daten für andere Zwecke nur verwenden, soweit dieses Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift, die sich ausdrücklich auf Telemedien bezieht, es erlaubt oder der Nutzer eingewilligt hat. Eine Einwilligung des Nutzers eines Bewertungsportals wird kaum jemals vorliegen. Die anonyme Nutzung einer Bewertungsplattform ist zulässig und in § 13 Abs. 6 TMG ausdrücklich vorgesehen, dem Diensteanbieter wird insoweit vorgegeben, dass die Nutzung von Telemedien und ihre Bezahlung anonym oder unter Pseudonym zu ermöglichen ist, soweit dies technisch möglich und zumutbar ist. Da eine Beschränkung der Meinungsäußerungsfreiheit auf Äußerungen, die einer bestimmten Person zugeordnet werden können, mit Art. 5 Abs. 1 Satz 1 GG nicht vereinbar ist (vgl. BGH, Urteil vom 23.6.2009, VI ZR 196/08) und § 13 TMG eine anonyme Nutzung ausdrücklich vorsieht, schlägt ein Auskunftsanspruch über die Kontaktdaten des Nutzers fehl.

Der Betreiber eines Portals ist in der Regel nicht Urheber der Bewertung und daher auch nicht als solcher zur Unterlassung verpflichtet. Das TMG entlässt den Provider aber auch nicht gänzlich aus der Haftung, so dass ein gegen ihn gerichteter Unterlassungsanspruch im Einzelfall durchaus in Frage kommt (BGH, Urteil vom 27.3.2007, Az. VI ZR 101/06). Wird eine Bewertung vom Betroffenen gerügt, kann der Provider nach den nach den Grundsätzen der sogenannten Störerhaftung zur Löschung einer gerügten Bewertung verpflichtet sein. Die Störerhaftung beruht auf dem allgemeinen Rechtsgrundsatz, dass jeder, der in seinem Verantwortungsbereich eine Gefahrenquelle schafft oder andauern lässt, die ihm zumutbaren Maßnahmen und Vorkehrungen treffen muss, die zur Abwendung der daraus Dritten drohenden Gefahren notwendig sind (BGH, Urteil vom 12.7.2007, Az. I ZR 18/04). Indem ein Provider die Website betreibt, dabei den Speicherplatz für die von den Nutzern verfassten Beiträge bzw. Bewertungen bereitstellt und den Abruf dieser Webseite über das Internet ermöglicht, trägt er willentlich und adäquat kausal zur Verbreitung von Äußerungen bei, die das allgemeine Persönlichkeitsrecht Dritter beeinträchtigen können. Die Störerhaftung darf jedoch nicht über Gebühr auf Dritte erstreckt werden, welche die rechtswidrige Beeinträchtigung nicht selbst vorgenommen haben. Sie setzt die Verletzung zumutbarer Verhaltenspflichten, insbesondere von Prüfungspflichten voraus. So verletzt allein die Bereitstellung eines Internetforums regelmäßig keine Verkehrssicherungspflichten, weil es dem Betreiber grundsätzlich nicht zumutbar sein dürfte, jedes Angebot bzw. jeden Beitrag vor Veröffentlichung auf eine mögliche Rechtsverletzung hin zu untersuchen (BGH, Urteil vom 17.12.2010, Az. 7 U 70/09). Allerdings ist der Betreiber eines Internetforums, der lediglich als technischer, nicht auch als intellektueller Verbreiter des angegriffenen Inhalts in Erscheinung tritt, dann zur unverzüglichen Sperrung bzw. Entfernung eines von einem Dritten eingestellten Beitrages verpflichtet, sobald er von der Rechtswidrigkeit Kenntnis erlangt (BGH, Urteil vom 27.3.2007, Az. VI ZR 101/06). Weist ein Betroffener den Hostprovider auf eine Verletzung seines Persönlichkeitsrechts durch einen Nutzer/Kunden hin, kann dieser als Störer also verpflichtet sein, im Falle unwahrer Tatsachenbehauptung oder bei Schmähkritik zukünftig derartige Verletzungen zu verhindern (zuletzt Kammergericht Berlin, Urteil vom 16.4.2013, Az. 5 U 63/12).

4. Beispiele aus der Rechtsprechung

In einem vom LG München zu entscheidenden Fall (LG München I, Beschluss vom 3.7.2013, Az. 25 O 23782/12) ging die klagende Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin gegen den Provider vor, um die Löschung des folgenden Eintrages zu erwirken. Der Nutzer stellte mit der Angabe „Kassenpatient, unter 30"

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.

mit der Überschrift „Nicht zu empfehlen" und einer Gesamtnote von 5,2 folgende Bewertung auf dem von der Beklagten betrieben Bewertungsportal ein:

„War mit meinem Kleinen öfter bei ihr und muss leider sagen, dass ich absolut unzufrieden bin. Bei Untersuchungen war sie innerhalb kürzester Zeit fertig ohne auf die Entwicklung einzugehen. Also wirklich kurz, dauerte keine 5 Minuten und dabei hat sie sich mit meiner Schwester mehr beschäftigt als mit meinem Sohn. Nimmt ihm die Rassel weg, legt sie daneben und behauptet, er würde nur in eine Richtung schauen, naja wunderts jemand wenn auf der Seite sein Spielzeug liegt? Auch lässt sie die Eltern vor anderen Patienten runterlaufen und wird sehr pampig wenn Eltern sich entscheiden Impfungen getrennt vorzunehmen dann haben sie einen Grund und sollten nicht lächerlich gemacht werden. Sie sollte sich entscheiden, ob sie wirklich vor dem Praxisalltag noch in der Klinik tätig ist. Sie ist immer sehr gestresst selbst wenn nichts los ist.
Einige ihrer Entscheidungen sind auch sehr fragwürdig. Selbst dem behandelnden Klinikpersonal. Auf Fragen geht sie überhaupt nicht oder nur sporadisch. Auf die Frage was mit der Niere nicht in Ordnung ist antwortete Sie, die Niere ist für die Urinproduktion zuständig! Das ist ja klar aber was hat das mit der Frage zu tun? Auch wollte sie meinen Sohn auf Diät setzen, er ist nicht der schlankeste aber ein Baby auf Diät setzen ist doch grausam. Erklären sie mal ihrem Baby warum es nix zu essen bekommt obwohl es Hunger hat und voll gestillt wird […] Fazit: Wem wirklich das Wohl seines Kindes am Herzen liegt und richtig informiert werden möchte ist hier absolut falsch."

Dieser Eintrag enthält ganz überwiegend Tatsachenbehauptungen, die nicht erweislich wahr waren. Auf die Rüge der Kinderärztin hin nahm der Provider deshalb die Löschung vor und erkannte einen einstweiligen Verfügungsantrag auf Unterlassung der Verbreitung an; in dem anschließenden Rechtsstreit ging es nur noch um die Frage, ob die Kinderärztin gegen den Provider einen Auskunftsanspruch über die Kontaktdaten des Nutzers hatte (s.o.).

„Auskunft über die Kontaktdaten des Nutzers kann der Behandler nicht verlangen."

Dagegen besteht ausweislich einer anderen Entscheidung des LG München (Urteil vom 28.5.2013, Az. 25 O 9554/13) kein Anspruch auf Löschung folgenden, einen plastischen Chirurgen betreffenden Eintrages im Portal „www.jameda.de", verbunden mit der Teilnote 4 für die Behandlung und der Durchschnittsnote 3,4:

„guter Arzt – windiger Geschäftemacher. Habe mir von Herrn … die Ohren Ende Dezember 2012 anlegen lassen und hierfür knapp 1.700,00 € bezahlt. Das kosmetische Ergebnis ist zufriedenstellend, die Ohren liegen ausreichend an und die Wundheilung verlief problemlos – Herr … arbeitet also ordentlich und gewissenhaft. Meine Freunde wurde dadurch getrübt, dass ich erfahren habe, dass Herr … unter dem Pseudonym „…" auf Plattformen im Internet seine Dienstleistung erheblich (ca. 700,00 €) günstiger anbietet, als (privat zahlenden) Patienten in einer Praxis. … Fazit: Guter Arzt, aber informiert euch vorher!"

„Guter Arzt" und „windiger Geschäftemacher" sind Werturteile, wobei das letztere Werturteil die Schwelle zur Schmähkritik noch längst nicht überschreitet. Die Behauptung, der Arzt habe die gleiche Leistung anderweitig sehr viel billiger angeboten, betrifft Tatsachen. Löschungsanspruch hätte insoweit bestehen können, wenn die Wahrheit nicht hätte bewiesen werden können – was hier aber gelang. Überdies hat das LG München I ausgeführt, dass der Nutzer nicht gehindert sei, die Bewertung mit der hier recht schlechten Note auf etwas anderes als auf die Behandlung selbst zurückzuführen, solange erkennbar sei, worauf.

Ein Beispiel für einen bestehenden Löschungsanspruch liefert eine Entscheidung des LG Nürnberg-Fürth (Urteil vom 8.5.2012, Az. 11 O 2608/12). Über einen Zahnarzt hatte ein Nutzer geschrieben:

„Dieser Arzt arbeitet leider nur nach Quantität als auf Qualität zu setzen und ist ganz schnell mit Kronen einsetzen, obwohl es vielleicht noch gar nicht nötig wäre. Hatte durch Unfall einige Kronen bekommen, die leider für ihren Preis von mehreren Tausend EUR sehr schlecht im Mund eingearbeitet wurden, so dass ich seit dem immer Zahnfleischbluten habe und anfangs öfters die eine Krone verloren habe bis ich zu einem anderen Arzt ging. Die Farbe der Keramik passt mit der Farbe meiner Zähne nicht überein, Implantate sind gegenüber meinen anderen Zähnen zu groß usw. könnte hier jetzt noch mehr aufzählen was ich mit diesem Arzt erlebt habe, aber diese würde das ganze hier nur sprengen. Wenn ihr eure Zähne behalten wollt, dann geht woanders hin…"

Der Zahnarzt konnte nach Sichtung seiner Patientenakten ausschließen, im Jahr 2011 Patienten behandelt zu haben, die infolge eines Unfallereignisses „einige Kronen" und/oder Implantate erhalten hätten. Die eingestellte Bewertung beruhe auf einem fiktiven Sachverhalt. Völlig zu Recht würdigte das Landgericht den Beitrag als Tatsachenbehauptung, die nicht nachweislich wahr und daher auch zu löschen war.

5. Empfehlungen

Für einen Psychotherapeuten, über den in einem Bewertungsportal Tatsachen behauptet werden, die nicht wahr bzw. nicht beweisbar wahr sind, folgt aus alledem: Er sollte den Betreiber des Portals unverzüglich darauf hinweisen und die Löschung verlangen. Das gilt auch, sofern zwar Werturteile abgegeben werden, die aber auf einem erdachten Sachverhalt beruhen. Gegen Werturteile lässt sich ansonsten wenig ausrichten, wenn sie nicht die Schwelle zur Schmähkritik überschreiten. Wenig Sinn macht es, wenn ein Psychotherapeut gegenüber dem Provider um die Offenlegung streitet, wer der Urheber der Kritik ist. ■

Simone Vahle
Christian Schindler

Alterssicherung bei Psychologischen Psychotherapeuten

Mit Vorsorgebeiträgen steuerliche Belastung senken

Vorsorge ist wichtig. Das trifft für die Gesundheitsvorsorge genauso zu, wie für die Altersvorsorge. Wer gerade erst ins Berufsleben einsteigt, eine eigene Praxis eröffnet oder auch als angestellter Psychotherapeut tätig wird, denkt natürlich noch nicht ans Rentenalter. Doch wer rechtzeitig vorsorgt, kann sich sein Alterseinkommen allmählich aufbauen, das Risiko von Kapitalmarktschwankungen besser auffangen und zudem die steuerlichen Vorteile besser nutzen. Dazu kommt, wer heute fürs Alter vorsorgt, der kann damit auch noch Steuern sparen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Psychotherapeut in eigener Praxis tätig ist oder als Angestellter. Steuerlich begünstigt werden nicht nur die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk, sondern auch die private und betriebliche Altersvorsorge. So werden insbesondere Beiträge zugunsten eines Rürup- oder Riester-Rentenvertrages steuerlich als Sonderausgaben berücksichtigt bzw. durch eine Altersvorsorgezulage gefördert.

Pflichtversorgung sichert nur ein Basis-Alterseinkommen

Mitglieder einer Psychotherapeutenkammer sind regelmäßig Pflichtmitglied im Versorgungswerk. Angestellte Psychotherapeuten sind daneben auch versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie können sich jedoch auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Achtung: Diese Befreiung bezieht sich nur auf die konkrete Beschäftigung bei einem Arbeitgeber. Wird der Arbeitgeber gewechselt, muss ein neuer Befreiungsantrag gestellt werden. Anderenfalls sind doppelt Beiträge zu entrichten. Das kann vor allem für den Arbeitgeber teuer werden, denn er darf nur für die letzten drei Lohnabrechnungszeiträume die Beitragsanteile des Arbeitnehmers zurückfordern.

Jeder im Versorgungswerk versicherte Psychotherapeut muss einen Pflichtbeitrag leisten. Dieser ist nicht einheitlich geregelt, sondern wird durch die Satzung des jeweiligen Versorgungswerkes festgelegt. In der Regel sind jedoch Beiträge in Höhe von 50% des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung zu entrichten. In 2013 ergibt sich so ein monatlicher Beitrag von 548,10 € (18,9% * 5.800 € * ½). Die verschiedenen Satzungen der Versorgungswerke sehen aber auch niedrigere einkommensabhängige Beiträge und einen Mindestbeitrag vor. Als Mindestbeitrag legen einige Versorgungswerke 10% des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung fest, d. h. es sind monatlich nur 109,62 € zu zahlen.

„Hälftiger Beitrag zum Versorgungswerk in den ersten drei Jahren nach Praxiseröffnung zulässig."

Psychologische Psychotherapeuten, die gerade erst eine Praxis eröffnet haben, können während der ersten drei Jahre ihrer ausschließlich selbständigen Tätigkeit sogar nur den halben Mindestbeitrag zahlen, monatlich 54,81 € in 2013. Im vierten und fünften Jahr ihrer Praxistätigkeit können sie dann – unabhängig von ihrem tatsächlichen Praxisgewinn – den vollen Mindestbeitrag entrichten.

In das Versorgungswerk können aber auch höhere Beiträge eingezahlt werden. So ist es möglich, nicht nur einen am Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung orientierten Beitrag einzuzahlen, sondern auch darüber hinausgehende Beiträge. Höchstens darf jedoch das 1,5-Fache des gesetzlichen Beitrages gezahlt werden, d. h. für 2013 durchschnittlich 1.644,30 € pro Monat.

Rürup-Rente ermöglicht zusätzliche Basisvorsorge

Zusätzlich zu den Pflichtbeiträgen an das Versorgungswerk können Psychotherapeuten aber auch freiwillig vorsorgen und mit dem Abschluss eines Rürup-Rentenvertrages eine steuerlich begünstigte Basisversorgung aufbauen. Rürup-Renten sind nicht vererblich, nicht übertragbar (verschenkbar), nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Das bedeutet, die Altersleistung muss immer als Rente ausgezahlt werden, frühestens mit Erreichen des 62. Lebensjahres bzw. mit Erreichen

des 60. Lebensjahres bei Rürup-Verträgen, die vor dem 1. Januar 2012 abgeschlossen wurden. Es ist jedoch zulässig, den Rürup-Vertrag um eine Hinterbliebenenabsicherung des Ehegatten und der kindergeldberechtigten Kinder zu ergänzen und sich zusätzlich gegen Berufsunfähigkeit und verminderte Erwerbsfähigkeit abzusichern. Ob eine zusätzliche Absicherung im Versorgungswerk über höhere Beiträge oder eine Rürup-Rente günstiger ist, muss im Einzelfall geprüft werden und jeder für sich selbst entscheiden.

Beiträge zur Basisvorsorge sind steuerlich abziehbar

Die Pflichtbeiträge eines selbständigen Psychotherapeuten zum Versorgungswerk der Psychotherapeuten sowie die Beiträge zugunsten eines Rürup-Rentenvertrages sind genau wie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung in begrenztem Umfang als Sonderausgaben (Altersvorsorgeaufwendungen) abziehbar. In diesem Jahr wirken sich 76% der gezahlten Beiträge, maximal 76% von 20.000 € (40.000 € bei Ehepaaren) steuermindernd aus (siehe hierzu Beispiel 1).

In jedem Jahr steigt der abziehbare Anteil um zwei Prozentpunkte. Im Jahr 2025 können dann die Vorsorgebeiträge in vollem Umfang, maximal in Höhe von 20.000 €, abgezogen werden. Die Rentenzahlungen aus dem Versorgungswerk sowie einem Rürup-Rentenvertrag sind dann allerdings steuerpflichtig. Es wird daher auch von der sogenannten nachgelagerten Besteuerung gesprochen: Die Beiträge sind steuerlich abziehbar und die Renten zu versteuern.

100% der Rente müssen allerdings erst diejenigen versteuern, die erstmals in bzw. nach 2040 eine Rente beziehen. Der Besteuerungsanteil hängt vom Jahr des Rentenbeginns ab. Für den Übergangszeitraum von 2005 bis 2040 steigt der Besteuerungsanteil von Renten, beginnend mit 50%, jährlich um zwei Prozentpunkte an. Bei einem Rentenbeginn in diesem Jahr beträgt der Besteuerungsanteil 66%, wer 2020 erstmals eine Rente bezieht, muss 80% der Rente versteuern.

„2013 wirken sich 76% der Beiträge zur Basisvorsorge steuermindernd aus."

Riester-Vertrag ist auch für freiberuflich tätige Psychotherapeuten interessant

Neben der Pflichtversicherung im regionalen Versorgungswerk der Psychotherapeuten und einem Rürup-Rentenvertrag kann möglicherweise auch noch ein riestergeförderter Rentenvertrag abgeschlossen werden. Ein Riester-Rentenvertrag ist nicht nur für Arbeitnehmer interessant, sondern unter Umständen auch für selbständig Tätige. Allerdings sind nur in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherte (angestellte) Psychotherapeuten unmittelbar riesterbegünstigt. Eine Pflichtmitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk reicht für eine unmittelbare Riesterbegünstigung nicht aus. Selbständig tätige Psychotherapeuten können jedoch mittelbar begünstigt sein. Sofern der Ehepartner sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, kann auch ein in eigener Praxis tätiger Psychotherapeut eine Riester-Förderung erhalten.

Tipp: Auch ein nur geringfügig als Mini-Jobber beschäftigter Ehegatte kann unmittelbar begünstigt sein. Voraussetzung ist, dass für das Minijob-Entgelt Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden. Der Eigenanteil zur Rentenversicherung beträgt lediglich 3,9% (Differenzbetrag zwischen dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung von derzeit 18,9% und dem Pauschalbeitrag des Arbeitgebers von 15%). Bei einem Verdienst von 450 € (Mini-Job-Grenze) sind dies monatlich 17,55 €, bei einem Verdienst von 200 € müssten sogar nur 7,80 € gezahlt werden.

Es kann daher interessant sein, seinen bislang nicht berufstätigen Ehe-

Beispiel 1

Ein in eigener Praxis tätiger Psychologischer Psychotherapeut zahlt 2013 den monatlichen Regelpflichtbeitrag zum Versorgungswerk in Höhe von 548,10 € und zusätzlich monatlich 300 € in einen Rürup-Rentenvertrag.

Der Psychotherapeut kann 76% seiner Vorsorgebeiträge (6.577 € + 3.600 € = 10.177 €), d. h. 7.735 € als Altersvorsorgeaufwendungen abziehen.

Bei einem Steuersatz von 35% (zuzüglich Solidaritätszuschlag) ergibt sich eine Steuerersparnis von 2.856 €. Dies entspricht einer steuerlichen Förderquote von über 28%. Im Ergebnis zahlt der Psychotherapeut monatlich nicht 848 €, sondern nur 610 € für seine gesetzliche und private (Basis-)Altersversorgung, die übrigen Beiträge werden staatlich finanziert.

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

Simone Vahle

Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Lutherstadt Wittenberg (www.advitax-wittenberg.de), Fachberaterin für den Heilberufebereich, spezialisiert auf die Beratung von Psychotherapeuten.

Christian Schindler

Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Lutherstadt Wittenberg (www.advitax-wittenberg.de), Fachberater für den Heilberufebereich, spezialisiert auf die Beratung von Psychotherapeuten.

gatten in der Praxis als Mini-Jobber anzustellen. Das Mini-Job-Entgelt, die zusätzlichen Pflichtbeiträge des Arbeitgebers in Höhe von 30% sowie die Beiträge zur Unfallversicherung und die Umlagebeiträge zur Krankenversicherung sind als Betriebsausgabe abziehbar und mindern den Praxisgewinn. Das Mini-Job-Entgelt wird nach Abzug des Eigenanteils zur Rentenversicherung ausgezahlt und ist bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als steuerpflichtiges Einkommen anzusetzen. Wer seinen Ehepartner in der Praxis anstellt, muss allerdings mit strengen Überprüfungen des Finanzamts rechnen. Finanzämter erkennen Ehegattenarbeitsverhältnisse nur an, wenn sie einem sogenannten Fremdvergleich standhalten. Das heißt: Vertragsbedingungen zum Urlaub, zur Arbeitszeit und zur Höhe und Zahlungsweise des Gehalts müssen im Wesentlichen denen zwischen fremden Arbeitnehmern entsprechen. Das Arbeitsverhältnis muss ernsthaft vereinbart sein und tatsächlich durchgeführt werden. Es darf nicht nur zum Schein eingegangen oder rückwirkend vereinbart werden.

Steuerlich begünstigt sind nur zertifizierte Altersvorsorgeverträge, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Altersversorgung muss in Form einer Rente erfolgen, d. h es dürfen nur lebenslängliche Leistungen erbracht werden, die in gleichbleibenden oder steigenden Raten gezahlt werden.
- Die Altersleistungen dürfen frühestens mit dem 62. Lebensjahr (60. Lebensjahr für vor 2012 abgeschlossene Verträge) oder ab dem Beginn einer zu einem früheren Zeitpunkt gewährten Altersrente beginnen.
- Zu Beginn der Rentenzahlung müssen mindestens die eingezahlten Beträge zur Verfügung stehen.
- Neben der Alterssicherung kann ein Teil der Beiträge zur Absicherung einer verminderten Erwerbsfähigkeit und für eine Hinterbliebenenversorgung verwendet werden.

Zulagenförderung versus Sonderausgabenabzug

Beiträge zugunsten eines Riester-Rentenvertrages werden entweder durch eine Altersvorsorgezulage oder durch den Abzug der Beiträge als Sonderausgaben gefördert. Was günstiger ist, prüft das Finanzamt. Als Sonderausgabe abziehbar sind jährlich Beiträge von bis zu 2.100 €, bei Ehegatten darf jeder 2.100 € als Sonderausgabe abziehen. Doch in vielen Fällen erweist sich die Zulagenförderung als die günstigere Alternative. Hier gibt es eine Grundzulage sowie Kinderzulagen. Die Grundzulage beträgt jährlich 154 €. Bei Ehepaaren kann jeder Ehegatte eine Grundzulage erhalten. Selbständig tätige Psychotherapeuten, die nur mittelbar zulagenberechtigt sind, können jedoch nur dann eine Zulage beanspruchen, wenn sie einen eigenen Riester-Rentenvertrag abschließen und mindestens den jährlichen Sockelbetrag in Höhe von 60 € zahlen. Besonders interessant ist die Zulagenförderung für Familien mit Kindern. Für jedes Kind, für das Kindergeld gezahlt wird, gibt es zusätzlich eine Kinderzulage. Diese beträgt jährlich 185 €. Für nach dem 31. Dezember 2007 geborene Kinder wird sogar eine Zulage von jeweils 300 € gezahlt. Die Zulagen werden allerdings gekürzt, sofern nicht die vorgeschriebenen Mindesteigenbeiträge gezahlt werden. Als Mindesteigenbeitrag zu zahlen sind 4% des im Vorjahr rentenversicherungspflichtigen Arbeitsentgelts, gemindert um die Zulagen. Als Sockelbeitrag sind 60 € zu entrichten (siehe hierzu Beispiel 2).

Auch die Renten aus einem Riester-Vertrag sind zu versteuern. Sie unterliegen in vollem Umfang der Besteuerung. Dabei spielt es keine Rolle, in welchem Jahr erstmals eine Rente gezahlt wird.

Tipp: Die verschiedenen Formen der steuerlichen Förderung schließen sich gegenseitig nicht aus. Sie können Rürup- und Riester-Rentenverträge nebeneinander abschließen und die jeweilige steuerliche Begünstigung erhalten. Es spielt auch keine Rolle, ob ein Vertrag zu Beginn oder erst am Ende eines Jahres abschlossen wird. Es wird stets die volle Begünstigung für das gesamte Jahr gewährt. Damit können beispielsweise auch Einmalzahlungen zugunsten eines Rürup-Rentenvertrages oder Zusatzbeiträge zum Versorgungswerk im Dezember, z. B. als Ergänzung zu nur geringen Monatsbeiträgen, die steuerliche Belastung erheblich senken. Wer beispielsweise bei einem persönlichen Steuersatz von 40% in 2013 einmalig 5.000 € einzahlt, spart mehr als 1.600 € Steuern. ■

Beispiel 2

Ein Psychologischer Psychotherapeut, verheiratet, zwei Kinder (geboren 2005 und 2010), nicht rentenversicherungspflichtig. Die Ehefrau ist mit einem Jahresbruttolohn von 24.000 € versicherungspflichtig beschäftigt. Beide Ehegatten haben einen eigenen Riester-Rentenvertrag abgeschlossen.

Mindesteigenbeitrag	4%*24.000 €	960 €
Grundzulagen	2*154 €	./. 308 €
Kinderzulagen	1*185 € + 1*300 €	./. 485 €
Verbleibender Mindesteigenbeitrag		**= 167 €**

In den beiden Riester-Verträgen werden jährlich 960 € angespart, davon mindestens 60 € Eigenbeitrag in dem Riester-Vertrag des mittelbar begünstigten selbständigen Psychotherapeuten. Davon werden (793 € =) 82,6% durch die Riester-Zulagen gefördert. Das Ehepaar muss lediglich 167 € selbst aufwenden, um in den Genuss der vollen Zulagenförderung zu kommen.

Wolfgang Elbrecht

Der Pflegefall

Was passiert, wenn es uns trifft?

Laut der aktuellen Pflegestatistik (2011) des Statistischen Bundesamtes waren zum Jahresende 2011 2,5 Millionen Menschen (2.501.441) in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Dies bedeutet ein Anstieg innerhalb der letzten drei Jahre um 7%.

In Pflegestufe I befanden sich Ende 2011 1.370.017 Personen, in Pflegestufe II befanden sich Ende 2011 818.190 Personen und in Pflegestufe III befanden sich Ende 2011 304.736 Personen (8.498 Personen ohne Zuordnung). Mehr als zwei Drittel (1,76 Millionen Personen) der pflegebedürftigen Personen wurden zu Hause gepflegt, somit befinden sich 30% (743.000 Personen) in vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim.

Ab wann greifen die gesetzliche und die private Pflegeversicherung?

SGB XI
§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
(2) Krankheiten im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. *Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,*
2. *Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,*
3. *Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.*

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. *im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,*
2. *im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,*
3. *im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,*
4. *im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.*

Festgestellt wird die Pflegebedürftigkeit bei gesetzlich versicherten Personen durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und bei privat versicherten Personen durch Ärzte der Medicproof, Gesellschaft für medizinische Gutachten. In den entsprechenden Begutachtungsrichtlinien (BRi), die eine verbindliche und einheitliche Begutachtungsgrundlage bilden, ist genauestens festgehalten, unter welchen Voraussetzungen eine Pflegebedürftigkeit besteht.

„Kinder haften für ihre Eltern."

Zur Bedarfsermittlung werden bestimmte Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Pflege mit Zeitorientierungswerten versehen. Zur Grundpflege gehören die Kategorien Körperpflege mit Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung; die Kategorie Ernährung mit mundgerechtem Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung, die Kategorie Mobilität mit selbständigem Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung zählen Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Beheizen, Wechsel und Waschen der Wäsche und Kleidung.

Das Ergebnis dieser Bedarfsermittlung nach den Begutachtungsrichtlinien wird einer Pflegstufe zugeordnet.

Pflegebedürftigkeit nach Stufe I besteht, wer mindestens einmal täglich bei wenigsten zwei Verrichtungen der Grundpflege sowie mehrfach wöchentlich bei hauswirtschaftlicher Versorgung Hilfe benötigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durchschnittlich pro Tag ein Pflegeaufwand von 90 Minuten anfallen muss, bei dem mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen muss.

Die Pflegestufe II ist erfüllt, wenn mindestens dreimal täglich zu unterschiedlichen Tageszeiten aus den

Bereichen der Grundpflege sowie mehrfach wöchentlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt wird. Dabei muss mindestens ein Tagesdurchschnitt des Pflegeaufwandes von drei Stunden täglich anfallen. Davon muss auf die Grundpflege ein Pflegeaufwand von zwei Stunden täglich entfallen.

Die Einstufung in Pflegestufe III erfolgt, wenn die zu pflegende Person rund um die Uhr (auch nachts!) bei der Grundpflege und mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung der Hilfe bedarf. Dabei muss im Tagesdurchschnitt ein Pflegeaufwand von fünf Stunden erfolgen, wobei davon vier Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

Als weitere Leistung besteht noch bei bestimmten Erkrankungen, wie zum Beispiel Wachkoma oder auch AIDS-Erkrankung im Endstadium, die Härtefallreglung. Dabei werden zusätzliche Leistungen in Pflegestufe III erbracht.

Hier einige Beispiele zu den Zeitorientierungswerten:

Kämmen	1 bis 3 Minuten
Rasieren	5 bis 10 Minuten
Ankleiden	8 bis 10 Minuten.

Nach dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) ist zum 1.1.2013 unter anderem auch die Pflegestufe 0 eingeführt worden. Die Pflegestufe 0 erbringt Leistungen bei hohem allgemeinen Betreuungsaufwand (§ 45a SGB XI). Unabhängig ob bereits in eine Pflegestufe eingestuft wurde, kann die Pflegestufe 0 für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz gewährt werden. Die Bewertung der Alltagskompetenz wird in folgende Bereiche aufgeteilt:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
- tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
- Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Eine Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nach Begutachtung des MDK vor, wenn aus den Bereichen 1 bis 13 mindestens zwei Punkte erfüllt sind und davon mindestens ein Punkt aus dem Bereich 1 bis 9. Die Leistung ist zweckgebunden einzusetzen, also in der Regel für Pflegedienste, Kurzzeitpflege etc.

Welche Leistungen erbringt die gesetzliche Pflegeversicherung und wie hoch sind die tatsächlichen Kosten?

Bei den Leistungsarten der gesetzlichen Pflegeversicherung unterscheidet man zwischen häuslicher Pflege und stationärer Pflege.
Die häusliche Pflege wird nochmals unterteilt in die Bereiche Pflege durch ambulante Pflegedienste oder Pflege durch Angehörige (zuzüglich Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson). Folgende Leistungen werden je nach Pflegestufe erbracht:

Ambulanter Pflegedienst:

Stufe I	450,00 €
Stufe II	1.100,00 €
Stufe III	1.550,00 €

Pflege durch Angehörige:

Stufe I	235,00 €
Stufe II	440,00 €
Stufe III	700,00 €

Die stationäre Pflege wird nochmals unterteilt in folgende Bereiche:

Kurzzeitpflege:

Stufe I, II und III	1.550,00 €

Nacht- oder Tagespflege:

Stufe I	450,00 €
Stufe II	1.100,00 €
Stufe III	1.550,00 €

Vollstationäre Pflege (Heim):

Stufe I	1.023,00 €
Stufe II	1.279,00 €
Stufe III	1.550,00 €

Darüber hinaus zählen noch weitere Leistungen wie zum Beispiel Pflegekurse für Angehörige und Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Was kostet die Pflege denn tatsächlich?

Die einzelnen Pflegedienste rechnen ihre Kosten nach einem nicht bundeseinheitlichen Leistungskatalog mit einem Punktesystem ab. Jedes einzelne Bundesland hat einen eigenen Leistungskatalog. Zudem vereinbart jeder Pflegedienst individuell mit den zuständigen Pflegekassen den Punktewert der zu erbringenden Leistung, so dass sehr unterschiedliche tatsächliche Kosten von Dienstleister zu Dienstleister sowie von Stadt zu Stadt und Bundesland zu Bundesland entstehen.

Durchschnittlich kann bei einer ambulanten Pflege von folgenden Kosten und Eigenbeteiligungen ausgegangen werden:

Stufe I:

Kosten	750,00 €
Leistung PVG	450,00 €
Eigenleistung	300,00 €

Stufe II:

Kosten	2.000,00 €
Leistung PVG	1.100,00 €
Eigenleistung	900,00 €

Stufe III:

Kosten	3.000,00 €
Leistung PVG	1.550,00 €
Eigenleistung	1.450,00 €

In der vollstationären Unterbringung ergeben sich folgende Durchschnittskosten/-eigenbeteiligungen:

Stufe I:

Kosten	1.997,89 €
zzgl. Investitionskosten	485,00 €
Leistung PVG	1.023,00 €
Eigenleistung	1.459,89 €

Stufe II:

Kosten	2.439,90 €
zzgl. Investitionskosten	485,00 €
Leistung PVG	1.279,00 €
Eigenleistung	1.645,90 €

Stufe III:

Kosten	2.906,54 €
zzgl. Investitionskosten	485,00 €
Leistung PVG	1.550,00 €
Eigenleistung	1.841,54 €

(Quelle: Statistisches Bundesamt; http://www.hamburg.de/kostenheim/)

Wie können diese Deckungslücken geschlossen werden?

Nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung können folgende Bereiche zur Finanzierung der Pflegekosten herangezogen werden (unter Berücksichtigung von Freibeträgen und Schonvermögen):

- das Einkommen der zu pflegenden Person (Rente)
- das Vermögen der zu pflegenden Person und des Ehegatten (Immobilien, Barvermögen etc.)
- und falls dann noch ein offener Betrag vorhanden ist, greift das Sozialamt nach § 61 ff. SBG XII und leistet den Fehlbetrag, der dann nach
- Prüfung der Unterhaltpflicht der Kinder, wieder ausgeglichen werden kann.

Vermeiden Sie den Rückgriff auf Ihr Vermögen und das Vermögen Ihrer Kinder durch den Abschluss einer privaten Pflegeversicherung! Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet lediglich eine „Teilkasko-Deckung", mit Hilfe einer privaten Pflegeversicherung können Sie diese Deckung im besten Fall in eine „Vollkasko-Deckung" umwandeln. Dazu stehen Ihnen sehr unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung. In der privaten Krankenversicherung ist dies über eine Pflegetagegeldversicherung oder auch über eine Pflegekostenversicherung und jetzt neu über die Pflege-Bahr-Versicherung (ohne Gesundheitsprüfung) möglich. In der Lebensversicherung stehen Ihnen die Pflegerentenversicherung oder aber auch Zusatzbausteine in der Berufsunfähigkeitsversicherung zur Absicherung des Pflegefalls zur Verfügung. Darüber hinaus ist auch in der Sachversicherung über eine Existenzschutzversicherung eine Leistung für den Eintritt des Pflegefalls möglich. ■

Wolfgang Elbrecht

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

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I V S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

Neben den Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bieten wir an:

Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. BLÄK bzw. PtK-BY)

Neu

- **„Forensische Sachverständige / Forensischer Sachverständiger"**
  Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien der Psychotherapeutenkammern
  Beginn: 26. Oktober 2013, weitere Termine und Anmeldung siehe Homepage
  Das Grundlagenmodul und die Spezialisierungsmodule Familienrecht, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit sowie Strafrecht können sowohl einzeln als auch komplett belegt werden.

- **„Prüfungs-Crash-Kurse"** Neu
  Repetitorium für PP / KJP zur Vorbereitung auf die staatliche Prüfung nach dem Psychotherapeutengesetz
  24. – 27. Okt. 2013 oder 23. - 26. Jan. 2014, 10. - 13. April 2014, 16. - 19. Okt. 2014

- **11. Fachtagung des IVS „Berufspolitik for Beginners – Beginners for Berufspolitik"** 23. Nov. 2013

- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern und Jugendlichen:** ca. 200 Std. in 12 Blöcken, Beginn: 17. Jan. 2014

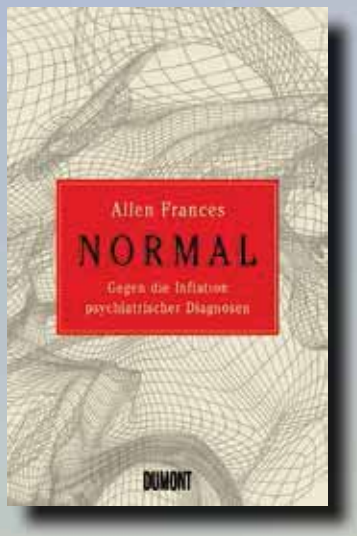
- **Angebote der MEG-Regionalstelle Nürnberg-Fürth:**
  Curriculum „Hypnotherapeutische u. Systemische Konzepte f. d. Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen"
  (KiHyp M.E.G.) 7 Wochenenden (KE, K1-K6); Beginn: 12./13. Okt. 2013
  Curriculum „Klinische Hypnose" (KliHyp M.E.G.): 8 Wochenenden (B1- B8), Beginn: 11. Okt. 2014
  C-Kurse: Dipl.-Psych. Ortwin Meiss: **Schuld, Schuldgefühl und schlechtes Gewissen** (1./2.11.13);
  Prof. Dirk Revenstorf u. Dr. Elsbeth Freudenfeld: **Bearbeitung von Träumen** (23./24.11.13);
  Dr. Dipl.-Psych. Cornelie C. Schweizer: **Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung** (23./24.05.14)

Kontakt und Infos: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth
Tel.: 0911-950991-13 • Fax: 0911-950991-23 • info@ivs-nuernberg.de • www.ivs-nuernberg.de

Herbstlektüre für Sie.

Allen Frances
Normal

Wir lassen uns nicht für krank erklären!
Ein fundamentales Buch über Geschichte, Gegenwart und Zukunft psychiatrischer Diagnosen sowie über die Grenzen der Psychiatrie – und ein eindrückliches Plädoyer für das Recht, normal zu sein.



430 Seiten • Gebunden • € 22,00
ISBN 978-3-8321-9700-1
DuMont Buchverlag
www.dumont-buchverlag.de

Psychologie Heute compact
Menschenkenntnis
Wie die anderen ticken

Ist die Freundlichkeit echt? Kann ich vertrauen? Weshalb bin ich irritiert? Mit Menschenkenntnis sind wir im Vorteil – sie macht uns sicherer, entschärft Konflikte und verhindert Missverständnisse.

€ 7,50 je Ausgabe
Psychologie Heute compact 34
Menschenkenntnis
Verlagsgruppe Beltz
www.psychologie-heute.de

124 Seiten • Gebunden • € 12,90
ISBN 978-3-89680-541-6
Vier-Türme-Verlag
www.vier-tuerme-verlag.de

Anselm Grün
Kleine Rituale für den Alltag

Sehnen wir uns nicht alle nach Momenten, in denen wir innehalten und Lebenskraft schöpfen können? Rituale können als kleine Auszeiten diese Sehnsucht erfüllen. Anselm Grün schenkt uns wohltuende Rituale für jeden Tag der Woche.

306 Seiten • Gebunden • € 24.95
ISBN 978-3-456-85230-0
E-Book € 21.99
Verlag Hans Huber
www.verlag-hanshuber.com

Duncan J. Watts
Alles ist offensichtlich*
*sobald man die Antwort kennt
Wie uns der gesunde Menschenverstand täuscht

«Ein faszinierendes Buch, das Psychologie, Ökonomie, Marketing und das Wissen von den sozialen Netzwerken verbindet.» Wall Street Journal

Ralf Zwiebel

Was macht einen guten Psychoanalytiker aus?

Grundelemente professioneller Psychotherapie

»Ein herausragendes Buch ... Mit Zwiebels Buch ist ein Gipfelpunkt extrem belesener, aber überaus besorgter Selbstreflexion erreicht.«
Tilmann Moser, Deutsches Ärzteblatt PP

292 Seiten • Gebunden • € 34,95
ISBN 978-3-608-94728-1
Klett-Cotta-Verlag
www.klett-cotta.de

Lüdke/Lüdke/Becker

Psycho-Infarkt!

Besser vorbeugen bei Psycho-Stress im Beruf

Psychische Erkrankungen sind mittlerweile der häufigste Grund für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf. Das Buch zeigt Perspektiven und Programme auf und soll Ratgeber sein, wie man Psychostress im Beruf vorbeugen kann.

170 Seiten • Softcover • € 24,99
ISBN 978-3-86216-125-6
E-Book € 19,99
medhochzwei Verlag
www.medhochzwei-verlag.de

November

30.10.–3.11.2013, Bad Salzuflen
20. Psychotherapietage
Die Zukunft der Psychotherapie
Auskünfte/Kontakt:
hpult@t-online.de

8.–9.11.2013, Raum München
Workshop
Den Körper zu Wort kommen lassen – mit Idiolektik
Nutzen der Eigensprache des Körpers in Alltag, Beratung und Therapie
Referent: Peter Winkler
Auskünfte/Kontakt:
info@istob-zentrum.de

9.–10.11.2013, Stuttgart
12. DGVT Praxistage für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Vernetzte Lebenswelten
Auskünfte/Kontakt:
fortbildung@dgvt.de

14.–17.11.2013, Bad Lippspringe
Jubiläumskongress der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. (DGH)
„Hypnose: kreative Therapie – traditionell innovativ"
Auskünfte/Kontakt:
DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de

15.11.2013, Stuttgart
Effizient und pragmatisch ein Qualitätsmanagement-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen!
Referentin: Sabine Schäfer
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

20.11.2013, Bielefeld
Zulassungsrecht „live": Kooperationsformen, Filialgründung, Praxisweitergabe
Referentin: Marion Henkel (KVWL)
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

22.11.2013, Dortmund
Theorie und Praxis der Konfrontationsbehandlung
Referent: Manfred Radau
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

23.11.2013, Erlangen
11. Fachtagung des IVS
„Berufspolitik for Beginners – Beginners for Berufspolitik"
Auskünfte/Kontakt:
info@ivs-nuernberg.de

23.11.2013, Frankfurt
„Ist das Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie notwendig?"
Referenten: Sabine Schäfer, Sibylle Malinke, Michael Ruh
Auskünfte/Kontakt:
hessen@dptv.de

23.11.2013, Hannover
Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene
Referent: Dr. Hans Nadolny
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

29.11.2013, Saarbrücken
Ist die Seele messbar? Möglichkeiten und Grenzen der psychometrischen Diagnostik in der Psychotherapie
Referentin: Sabine Schäfer
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

Dezember

4.12.2013, Heidelberg
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen – nicht nur für Einsteiger
Referent: Dieter Best
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

4.12.2013, Berlin
Was müssen Sie wissen, wenn Sie eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen und hierbei eine/n Kollegin/en anstellen wollen?
Referentin: Sabine Schäfer
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

5.12.2013
Chat Kostenerstattung
Referenten: Kerstin Sude, Frank Mutert
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

7.12.2013, Dresden
Ressource Partnerschaft
Referentin: Berit Brockhausen
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

7.–8.12.2013 Berlin
Workshop Praxisgründung – Schwerpunkt: kassenzugelassene Praxis
Referent: Dr. Hans Nadolny
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

13.12.2013, Köln
Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung
Referenten: Kerstin Sude, Frank Mutert
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

Anmeldung zu DPtV CAMPUS-Veranstaltungen

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

Rezensionen

Sven Barnow
Therapie wirkt!
So erleben Patienten Psychotherapie
2013, Springer
209 Seiten
ISBN 978-3-642-28216-4
29,99 €

Rezensiert von
Assja Metzger

Prof. Dr. Sven Barnow ist Leiter der Lehrstuhls Klinische Psychologie/ Psychotherapie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und forscht insbesondere zum Thema „Psychotherapieeffekte". Mit seinem kürzlich veröffentlichten Buch „Therapie wirkt! So erleben Patienten Psychotherapie" fasst er wesentliche Ergebnisse der Psychotherapieforschung zusammen und beantwortet oft gestellte Fragen zur Behandlung psychischer Störungen.

Ergänzend zur theoretischen Information finden sich dann in der Monographie Interviews mit mehreren Patienten, in denen diese ihr Therapieerleben und ihre subjektive Einschätzung der Effektivität ihrer Behandlung berichten. Barnows Buch stellt in diesem Punkt eine Bereicherung in der Betrachtungsweise der Thematik dar, da solche Angaben in anderen Publikationen zur Therapieeffektivität meist vernachlässigt werden.

Aus dem Anspruch, mehreren Aspekten gerecht werden zu wollen, ergibt sich leider auch ein Nachteil. Zeitweise kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, der Autor habe keine klare Zielgruppe vor Augen, und so wird auch nicht ganz deutlich, an wen der Inhalt eigentlich gerichtet ist. Im Vorwort schreibt Barnow, das Buch sei „geeignet für Personen mit psychischen Problemen, die sich über die optimale Behandlung informieren möchten, deren Angehörige, aber auch Interessierte, Ärzte und Psychotherapeuten und mit Abstrichen auch für wissenschaftlich Interessierte..." – mit einem Wort: für (fast) alle. Zwischen dem (interessierten bzw. betroffenen) Laien und einem professionellen Behandler gibt es jedoch Unterschiede a) im Vorwissen und b) im Vokabular. Im theoretischen Teil werden Patientenfragen in professioneller Terminologie und durch teils statistische Angaben wie Effektstärken etc. abgehandelt. Das macht den Inhalt für die Zielgruppe der Betroffenen nicht unbedingt leichter verständlich. Fachlich versierte Leser sind aber bereits vertraut mit dem Inhalt.

Leider verfehlen auch die Interviews teilweise ihren Zweck, da sie zwar gut die verbesserte Befindlichkeit und die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Therapie darstellen, aber nicht konkret – oder beharrlich genug – erfragen, woran sie in ihrem Alltag merken, dass die Therapie geholfen hat. Insofern bleibt der vorgebildete Leser unbefriedigt, der Laie verwirrt.

Zudem liegen die Interviews in nicht bereinigter Form vor, was das Lesen unnötig anstrengend macht. Bedauerlicherweise finden sich im Theorieteil einige Tippfehler. Gravierender fällt allerdings ins Gewicht, dass mehrere Grafiken mit falscher Beschriftung und unzutreffenden Erläuterungen versehen sind.

Schön wäre es gewesen, wenn neben den Patienteninterviews auch Therapeuten und Familienmitglieder mit ihrem subjektiven Eindruck des Therapieerfolges zu Wort gekommen wären. In diesem Zusammenhang hätte man auf die mögliche Diskrepanz im Erleben der einzelnen am Therapieprozess beteiligten Personen eingehen können.

Trotz aller Kritik bietet das Buch dennoch einen flüssig geschriebenen, wissenschaftlich soliden Überblick über den aktuellen Stand der Therapieforschung und lässt als eines der wenigen publizierten Werke Patienten selbst zu Wort kommen. Auf jeden Fall kann es zur Psychoedukation interessierter und mit wissenschaftlichen Methoden vertrauter Personen empfohlen werden. ■

Stellenangebote für Psychologen und Psychotherapeuten finden Sie hier →
www.report-psychologie.de/stellenmarkt
Für die neuesten **Stellenangebote** klicken Sie einfach in den Online-Stellenmarkt der Fach- und Verbandszeitschrift Report Psychologie. Jetzt mit eigener Rubrik für **Stellengesuche**: Inserieren Sie schon ab 49,-EUR!* *(zzgl. MwSt; Laufzeit 45 Tage)

131208

Ulrike Petermann, Franz Petermann
Therapie-Tools Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie
2013, Beltz
206 Seiten
ISBN 978-3-621-27826-3
34,95 €

Rezensiert von
Petra Feuchter

Eine effektive Kinderpsychotherapie berücksichtigt laut Autoren die individuelle Abstimmung der Psychotherapie auf den Patienten/seine Familie sowie eine Standardisierung. Eine Verbindung dieser beiden Faktoren soll die Ausarbeitung und der Einsatz der Therapie-Tools darstellen. Das Buch „Therapie-Tools" bezieht sich auf die Methoden der Kinderverhaltenstherapie. Es sind hierin Materialien für Kinder, Jugendliche und Familien zu finden. Sieben unterschiedliche Ansätze werden benannt:

1. Entspannungsverfahren
2. Selbstkontrollverfahren
3. Komplexe kognitive Methoden (z.B. Problemlösetechniken)
4. Soziales Kompetenztraining
5. Familienbezogene Beratung und Therapie
6. Komplexes Verhaltenstraining („Therapiepakete" mit kombinierbaren Modulen)
7. Verhaltensmedizinische Ansätze.

Die Inhalte des Buches (Materialsammlungen) sind zweifach untergliedert:

a) alters-und entwicklungsspezifische Ansätze vom Vorschulkind bis zum Jugendlichen;
b) Berücksichtigung des Therapieverlaufs von der Vorbereitung bis zur Nachsorge.

Das Buch ist in 15 Bereiche aufgeteilt: Therapievorbereitung, Eingangsdiagnostik, Ursachen- und Verhaltensanalyse, Aufklärung und Psychoedukation, Vereinbarungen über Mitarbeit, Erstkontakt in der Therapie, Regeln und Rituale, Entspannungsverfahren, Selbst- und Stressmanagement, Erkennen und Bewältigen von Gefühlen, Sozial-emotionale Kompetenz, Gespräche mit Eltern und Familien, Erziehungskompetenz, Management des Familienalltags und Qualitätssicherung. Die Materialien sollen bei unterschiedlichen Störungsbildern angewendet werden können.

Alle Arbeitsblätter sind mit verschiedenen Icons versehen, die auf einen Blick erkennen lassen, für wen die Arbeitsblätter gedacht sind und wie sie gehandhabt werden sollen. Es folgt eine übersichtliche Auflistung und Erklärung der einzelnen Icons, die sehr hilfreich ist und ein gutes „Handwerkszeug" für den anwendenden Therapeuten bietet. Im 1. Kapitel geht es um die Therapievorbereitung, meist telefonische Anmeldung, Erstgespräch mit Exploration, Daten Dritter etc., um gut aufbereitete Informationen über die Problematik, die Lebenssituation der Familie, den sozialen Hintergrund und die Entwicklung einschätzen zu können. Hierzu werden mehrere Arbeitsblätter mit ein bis vier Seiten abgedruckt. Diese können besonders für Anfänger hilfreich sein, in modifizierter Form teilweise auch eine Vereinfachung des Praxisalltages für erfahrene Therapeuten darstellen. Das 2. Kapitel ist der Eingangsdiagnostik gewidmet. Diese dient der Informationssammlung mit dem Ziel, eine wissenschaftliche Begründung für patientenbezogene Entscheidungen in der Therapieplanung zu treffen und Handlungsoptionen zu erhalten. Hierzu gibt es sechs Arbeitsblätter mit maximal vier Seiten. Im 3. Kapitel „Ursachen und Verhaltensanalyse" wird eine vertiefte, ausführliche Exploration und Verhaltensbeobachtung anhand von fünf mehrseitigen Arbeitsblättern strukturiert vorgegeben. Besonders hilfreich für Anfänger, für erfahrene Therapeuten bedingt hilfreich, aber zur Überprüfung der Effektivität der eigenen Vorgehensweise nutzbar, auch im Hinblick auf strukturelle oder inhaltliche Verbesserungen im Praxisalltag. Das 4. Kapitel „Psychoedukation" enthält sechs Arbeitsblätter, die generelle, kurze Informationen enthalten, keine symptombezogenen. Das 5. Kapitel „Vereinbarungen über die Mitarbeit" will durch die insgesamt vier Arbeitsblätter angestrebte Ziele klären, d.h. Erwartungen/Wünsche des Patienten und seiner Eltern einerseits, Therapieerfordernisse andererseits. Das 6. Kapitel „Erstkontakt" beinhaltet neben Arbeitsblättern für die Patienten/Eltern, auch Checklisten für „Lehrkraft-Kontakte". Im 7. Kapitel geht es um „Regeln und Rituale" zur Begrüßung und zum Abschied und um Regeln für den Punkteplan. Das 8. Kapitel handelt von „Entspannungsverfahren" wie Kapitän Nemo, Schildkrötenschule, Progressive Muskelentspannung mit einer Anleitung für zu Hause. Im 9. Kapitel sind „Selbst- und Stressmanagement" Thema mit ansprechenden Arbeitsblättern und Hausaufgaben für Kinder und Jugendliche. Kapitel 10 beschäftigt sich mit „Erkennen und Bewältigen von Gefühlen" und beinhaltet etliche Arbeitsblätter; Kapitel 11 „Sozial-emotionale Kompetenz" verfügt über eine Kurzanleitung für strukturierte Rollenspiele, Arbeitsblätter zu Themen wie Freunde, Vertrauen, Mutprobe, Wut, Gefühle und Verhalten, Spielregeln aber auch Kennenlernspiele für verschiedene Altersgruppen. Im 12. Kapitel „Gespräche mit Eltern und Familien" werden mittels Arbeitsblättern Handlungsanweisungen, je ein Protokollblatt, Elternbericht und Hausaufgaben gegeben. Das 13. Kapitel „Erziehungskompetenz" beinhaltet Arbeitsblätter zu folgenden Themen: „Erpresserspiralen in Familien", Regeln für das Aussprechen von Aufforderungen, „gute und schlechte Vorbilder", „Arten von Zuwendung" (positive, negative, keine), „Lob und Strafe". Kapitel 14 handelt vom „Management des Familienalltags". Die Arbeitsblätter geben Denkanstöße und Tipps für das Zusammenleben z.B. „Familienrat" sowie eine „Checkliste für Krisensituationen". Das letzte Kapitel „Qualitätssicherung" beinhaltet Beobachtungsbögen für den Therapeuten und Elternbögen (Stärkenentwicklung und Zielerreichung).

Alles in allem ist das Buch meines Erachtens für Anfänger gut geeignet, da es hilfreiche Strukturen in Form von Arbeitsblättern vorgibt. Ein/e Therapeut/in mit Berufserfahrung erhält lediglich Anstöße, den Einsatz eigener Arbeitsblätter oder den Therapieablauf auf Effektivität zu prüfen. Die Arbeitsblätter sind zusammengestellt, aber „irgendwie bekannt". Ein möglicher Vorteil ist die Nutzung eines Werkes anstelle von entsprechenden störungsspezifischen Manualen. Da den meisten Therapeuten solche häufig zur Verfügung stehen und da diese spezifischer sind, bleibt die Kosten-Nutzen Überlegung zur Anschaffung dieses Buches. Wie gesagt, für Berufsanfänger sicherlich eine gute Hilfestellung. ■

Aktuelle Rezensionsangebote
Unsere aktuellen Rezensionsangebote finden Sie auf Seite 20 und im Internet unter www.dptv.de.

Leserbriefe

Zu Vorwort von Sabine Schäfer
„Mann kriegt die Krise…."
In: Psychotherapie Aktuell 2.2013

Ja, wir brauchen eine männerspezifische Psychotherapie und wahrscheinlich am besten von „richtigen" Männern.

Therapeutinnen sind in der Regel noch nicht in der Lage, Männer so zu sehen, dass diese in ihrer Selbstwahrnehmung gefördert werden und gesund bleiben können. Da gibt es in der Frage des männlichen Emanzipationsprozesses wahrscheinlich mehr Parallelen zum historischen Emanzipationsprozess der Frauen als wir das heute in unserem voremanzipatorischem Bewusstsein erkennen können.

Hätte ein Mann so einen „Spruch rausgehauen" wie Frau Schäfer, die Empörung über die Diskriminierung und männliche Gewalt wäre groß gewesen. Aber wie die Ausführungen von Frau Schäfer auch zeigen, haben Männer von ihren Müttern gelernt, zu schweigen, nicht zu jammern und wenn es nicht mehr geht, sich zu suizidieren. Was sie nicht von ihren Müttern gelernt haben, ist, weibliche Gewalt aufzudecken und sich dagegen zu wehren.

„Hier spielt sicherlich auch das in einer psychotherapeutischen Praxis zu erreichende Einkommen eine Rolle, das nur mit einem Workaholic-Einsatz den Unterhalt einer Familie hinreichend sichert."

Männer müssen also als Psychotherapeut mehr verdienen, weil anspruchsvolle Frauen und das 1,36 Durchschnittskind nicht „hinreichend" durch das aktuelle Einkommen zu versorgen sind? Abgesehen von der sozialen Diskriminierung solch einer Denkweise (Viele Männer verdienen nicht annähernd so viel und hätten auch gerne attraktive Frauen und Kinder.) – was für ein antiquiertes Männerbild ist das denn????? Das erinnert mich mehr an Affenhorde und Alphatierchen. Und damit Männer, die so denken, und die entsprechenden Frauen so weiter leben können, müssen wir alle mehr verdienen? Diese Denkweise ist doch extrem diskriminierend und kastrierend.

Die Lebensaufgabe von Frauen besteht nicht darin, die sexuellen Bedürfnisse von Männern zu befriedigen. Das scheint bei vielen Männern mittlerweile angekommen zu sein. Aber Männer sind auch nicht dazu da, um die Versorgungsbedürfnisse von Frauen zu befriedigen! Vor dem Hintergrund der Zeilen von Frau Schäfer entstehen bei mir ernsthafte Zweifel, ob das schon bei vielen Frauen angekommen ist. Hier geht es ja schließlich um eine stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV.

PiAPORTAL
Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der
Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Ich denke, Männer und Frauen sollten ein gemeinsames Interesse haben, unbewusste Muster aufzudecken, sensibler zu werden und neue Wege zu gehen. Und wahrscheinlich geht das, wie bei der Emanzipation der Frau, nur über Protest, Verweigerung und durch das Aufdecken von weiblicher Gewalt. Analog zum weiblichen Protest gegen die Dominanz der Männer über den weiblichen Körper wird es wohl einen männlichen Protest geben müssen, sich aus der weiblichen Dominanz über den männlichen Körper „Arbeiten für Frau und Kind" zu befreien. Die Aufgabe eines Mannes ist nicht die eines Alphatierchens und auch seine Belohnung sollte anders funktionieren. Ein richtiger Mann unterstützt seine Frau in ihrer Autonomieentwicklung. Er lässt ihr Raum für ihre Entwicklung und dazu gehört auch ihre berufliche Identität und die Fähigkeit zur Selbstversorgung und Versorgung des Kindes. Das ist nicht allein die Aufgabe des Mannes.

Vielleicht geht es bei der Psychotherapie für Männer ja unerwartet um den gleichen Slogan wie bei der Emanzipation der Frau: „Mein Körper gehört mir!", d.h. weniger Arbeit, weniger Geld verdienen, mehr auf sich achten, sich Zugang zu sinnlichen und emotionalen Lebensbereichen erkämpfen und gesund bleiben. Natürlich gehört dazu auch das Selbstbewusstsein und das Urvertrauen, trotzdem noch interessant für attraktive und willige Partnerinnen zu sein. Dazu gehören dann eben auch, wie bei der Emanzipation der Frau, die „richtigen" Frauen, die auch Lust auf Beziehung haben, wenn es nicht eigentlich um Versorgung, sei es materielle oder narzisstische, geht.
Mit kollegialen Grüßen

Dipl. Psych., Dipl. Theol.
Thomas Nachreiner

Schreiben Sie uns

Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Zuschriften. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.
psychotherapieaktuell@dptv.de

„Richtlinienpsychotherapie" allein genügt nicht

Zum Beitrag von Carsten Hobbje
„Richtlinientherapie" allein genügt nicht. Eine Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse ist notwendig
In: Psychotherapie Aktuell 2.2013

Hobbje stellt anhand von angerissenen Kasuistiken die Notwendigkeit einer Befugniserweiterung für Psychologische Psychotherapeuten dar. Im Einzelnen begründet er so die Notwendigkeit einer Einleitung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, einer Attestierung der Arbeitsunfähigkeit, einer „sektorübergreifenden Behandlung" und eines Eingriffs in eine Pharmakotherapie durch den psychologischen Psychotherapeuten. Die Ausführungen bedürfen m. E. eines Kommentars aus ärztlicher Sicht.

Die erste Kasuistik schildert die Schwierigkeiten, eine geeignete Rehabilitationsklinik für eine Patientin zu finden, die u. a. an „Synkopen, zum Teil mit Bewusstlosigkeit" leidet. Diese Schwierigkeiten liegen zwar in der Natur der Sache und werden nur in geringem Umfang durch die Erweiterung der Einweisungskompetenz auf den Psychotherapeuten beherrschbar sein, aber es mag dennoch sinnvoll sein, den Psychotherapeuten hier stärker einzubeziehen. Weniger instruktiv ist die Schilderung des Panik-Patienten, bei dem der Therapeut die Auffassung entwickelt, dass die strukturierte Wiedereingliederung durch ihn selbst eine erneute Krankschreibung „wahrscheinlich vermieden" hätte. Aus der nachfolgenden Schilderung einer suboptimalen stationären Schmerztherapie erhellt nicht, inwiefern aus ihr die „Befugnis zur stationären Einweisung" abgeleitet werden könnte. Vollends unklar bleibt schließlich, wie man sich die „Befugnis und Kompetenz … [zum] Einsatz der Bedarfsmedikation" konkret vorstellen sollte.

Die Bedeutung der formellen stationären Einweisung wird hier überschätzt. Die Ausfüllung des entsprechenden Formulars dient in der Praxis fast ausschließlich der Vorabinformation der Krankenkassen und würde die notwendigen Absprachen nicht ersetzen können. In Akutfällen ist sie überflüssig – der Patient kann auch ohne Papier über die Notaufnahme in die Klinik aufgenommen werden. Die Einweisung in eine somatische Klinik ist eher nicht zielführend, weil der Psychotherapeut notwendig nur eine unklare Vorstellung davon haben kann, welche medizinischen Maßnahmen überhaupt indiziert sind; er könnte gar einer weiteren Iatrogenisierung Vorschub leisten. Auch die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit könnte sich für die Psychotherapie als kontraproduktiv erweisen; die Ansprüche der Klienten würden sich wandeln. Abzulehnen schließlich ist der Eingriff von Psychologischen Psychotherapeuten in die Pharmakotherapie. Die hierfür erforderlichen Kenntnisse in Biochemie, Pathobiochemie, Pharmakologie, in den klinischen Fächern (z. B.: Differenzialdiagnose zwischen Krankheitssymptom, Nebenwirkung und Placeboeffekt, Wechselwirkungen usw. usf.) etc. lassen sich auch nicht in Wochenendkursen erwerben. So schreibt die Rote Liste beispielsweise für trizyklische Antidepressiva eine „Kontrolle in regelmäßigen Abständen von Blutdruck, EKG, Blutbild, Leberfunktion, gegebenenfalls EEG" vor.
2009 wurde eine Petition „Heilberufe – Kompetenzerweiterung vom 9.2.2009"[1] beim Bundestag eingereicht. Wer sich zu diesem Thema genauer informieren möchte, möge die ausführliche Diskussion dazu lesen, in der die Pro- und Kontra-Argumente unter Einbeziehung der Fachliteratur gewürdigt werden. Die Begründungen tragen nicht.
Die angeschnittenen Probleme sollen nicht bagatellisiert werden. Sie haben ihre Ursache aber weniger in der ungenügenden sozialrechtlichen Kompetenz des Psychotherapeuten und mehr in der mangelnden Kommunikation zwischen den an der Behandlung Beteiligten.

Dr. med. Matthias Mindach
Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie

Anmerkung der Redaktion
Die Forderung der DPtV, die Einschränkung der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufzuheben, bezieht sich auf das Recht, Patienten wegen psychischer Krankheiten krankschreiben und in psychiatrische Krankenhäuser bzw. psychiatrische oder psychotherapeutische Abteilungen von Krankenhäusern einweisen zu können.

Zu Psychotherapie Aktuell 2.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich möchte auf diesem Weg ein Kompliment zur letzten Ausgabe 2/13 aussprechen. Diese war rundum gelungen und enthielt genau die Themen, die mich in meiner ambulanten Praxis bewegen. Insbesondere der Artikel von Herrn Carsten Hobbje und auch der Check der Praxisverwaltungs-Programme auf Kompatibilität mit dem Patientenrechtegesetz waren absolut lesenswert. Danke und weiter so.
Mit freundlichen Grüßen

Dr. Kristina Schütz

1 https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2009/_02/_09/Petition_2389.nc.html

Adressen DPtV

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Geschäftsführer Carsten Frege
Mo u. Mi 9.00–15.00 Uhr
Di, Do, Fr 9.00–13.00 Uhr
bgst@dptv.de

Bundesvorstand
Bundesvorsitzender
Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
DieterBest@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

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

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

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

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

Kooptiertes Vorstandsmitglied
Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
Telefon 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
Telefon 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
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

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

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

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

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

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

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

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

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

Niedersachsen
Matthias Engelhardt
Peinerstraße 4
30519 Hannover
Telefon 0511 8765816
Do 9.45–10.15 Uhr

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

Geschäftsstelle Nordrhein
Anne Patock
Benderstraße 76
40625 Düsseldorf
Telefon 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
Telefon 05251 8728481
Mo– Fr 12.30–13.00 Uhr
a.enzian@t-online.de

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe
Dr. Inez Freund-Braier
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414

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

Saarland
Fritjof Schneider
Narzissenstraße 11
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 5847815
FritjofPSY@yahoo.de

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

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

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

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

Thüringen
Christiane Rottmayer
Schöne Aussicht 12
98617 Meiningen
Telefon 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
Telefon 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
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
E-Mail SabineSchaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion
Regine Holtz
Dohlenstraße 36 · 46145 Oberhausen
Telefon 0208 6282701 · Fax 0208 6282702
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen
medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
Sabine Hornig Telefon 06221 91496-15
Lena Neusser Telefon 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)
fotolia.com (Titel/bearbeitet, 4, 6, 17, 21, 26, 29, 32, 35, 43)

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

Praxisabgabe

Hochtaunuskreis
Praxisgemeinschaft aus PP und KJP verkauft halbe Praxis KJP (VT) sowie halbe Praxis PP (VT) zum 1.4. oder 1.7.2014. KV-Zulassungen, Räume und Ausstattung sind vorhanden. Einstieg in bestehenden Mietvertrag erwünscht.
info@verhaltenstherapie-weilrod.de

Psychotherapiepraxis in 84453 Mühldorf zu verkaufen, volle KV-Zulassung vorhanden. Lage, Praxisräume und Auslastung optimal. Abgabe ab Oktober möglich.
Chiffre PA20130301

Praxisvermietung

Praxisraum in ausgelasteter psychotherapeutischer Praxis in **Neuss am Rhein** zur freien Mitarbeit im Kostenerstattungsverfahren zu vermieten.
Nähere Auskünfte unter:
psychpraxispal@web.de

Stellenangebote

Gesucht: **Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/-in** (TP) mit Approbation z. Anstellung/Vollzeit ab **1.11.2013 oder später** in Frankfurter psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft!
Bewerbung unter:
bewerbung@winges.net

Approbierte Psychologische Psychotherapeutin als freie Mitarbeiterin im Erstattungsverfahren ab sofort für VT-Praxis im Raum **Ennepe-Ruhr-Kreis** gesucht. Nachrichten bitte an alemancini@gmx.de

Dortmund: Assistenten zur Entlastung gesucht!
Gut eingeführte Psychologische Praxis sucht Assistenten (TP ggf. auch VT) zum schnellstmöglichen Eintrittstermin. Bewerbungen bitte unter Chiffre PA20130302

Verschiedenes

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: Sie können über das Bundeswirtschaftsministerium einen Zuschuss in Höhe von 50% der Beratungskosten zum Aufbau Ihres QM beantragen. Bei der Antragstellung bin ich gerne behilflich.
Clemens Thamm
Telefon 040 88128615
qms@clemens-thamm.de

Diplom-Psychologin
bietet
Supervision bei VT-Antragsberichten
Telefon 02371 9650720
supervision-vt-berichte@web.de

TP-Berichtshilfe von erfahrener Diplom-Psychologin bei zeitnaher Bearbeitung und moderaten Preisen – Individuelle Entwürfe garantiert!
Kontakt: info@theraservice.com

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

Nicht suchen. Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Liebe DPtV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über unser Portal www.medhochzwei-verlag.de oder direkt unter www.mhz-anzeigen.de ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir 15,00 € Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPtV erscheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPtV (bgst@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Nicht suchen.
Finden.
Mit einer Anzeige in Psychotherapie Aktuell.

Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 9.500 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVen bekannt gemacht.
Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheimgestellt.

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

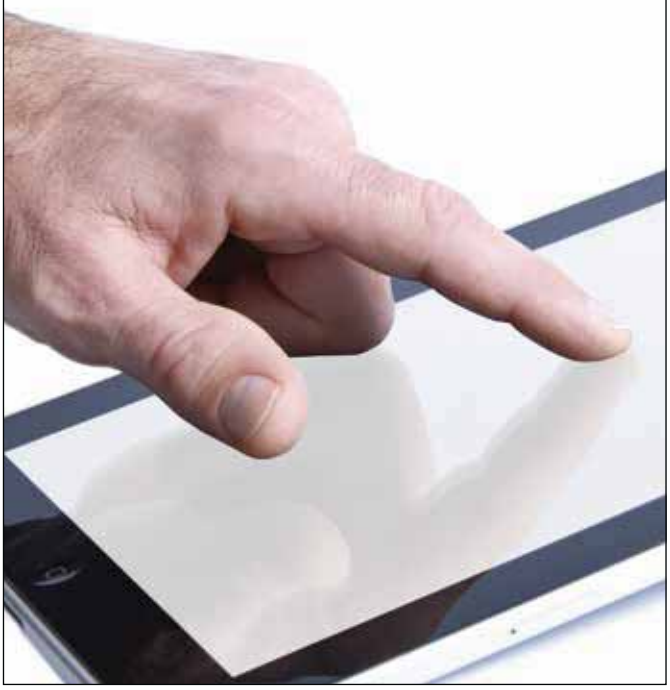
Anzeigenschluss
für Heft 4.2013: 18. November 2013

Inserentenverzeichnis

Beltz Verlag, Psychologie Heute, Weinheim ..... Seite 38
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin ..... Seite 41
Dumont Verlag, Köln ..... Seite 38
IFT-Gesundheitsförderung, München ..... Seite 15
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Nürnberg ..... Seite 37
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster ..... Seite 33
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg ..... Seite 39
Psycho-Vision GmbH, Kempten ..... Seite 27
Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, CH-Bern ..... Seite 38
Verlag Klett Cotta, Stuttgart ..... Seite 39
Vier-Türme-Verlag, Münsterschwarzach ..... Seite 38

Artikel gesucht?

Die Jahresinhaltsverzeichnisse 2009 bis 2012 sowie die Jahrgänge 2009 und 2011 der Psychotherapie Aktuell stehen unter www.dptv.de zum Download bereit.



Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
Sabine Hornig Fon 06221 91496-15
Lena Neusser Fon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter www.psychotherapieaktuell.de.

Für ein individuelles Angebot nehmen Sie gerne Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:
medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA .....
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

Zum Aushang in der Praxis finden Sie das Plakat als Download unter www.dptv.de.

Nicht suchen.

Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 20. Dezember 2013.

Zeit für ein Update?

Nutzen Sie unser umfangreiches Veranstaltungsangebot unter

www.dptv-campus.de

DPtV CAMPUS

Information · Austausch · Fortbildung