






DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

8. Jahrgang | Heft 1.2016



-  Das DPTV-Projekt „Praxisübergabe“
-  Die Praxiswertermittlung im Nachbesetzungsverfahren
-  Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen

KLINISCHE ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE CURRICULUM

Strategien zur betrieblichen
Prävention von Stressfolgen und
psychischen Störungen

Neuer Kurs: 20. Mai 2016

Psychische Störungen stellen einen zunehmenden betrieblichen Kostenfaktor dar, weil sie mehr als alle anderen Erkrankungen mit Beeinträchtigungen der sozialen Rollen verbunden sind und damit die berufliche Leistungsfähigkeit behindern, selbst wenn sie sich nicht in Krankenschreibungen zeigen. Die Zunahme psychischer Störungen in der Arbeitswelt macht es erforderlich, auf betrieblicher Seite psychotherapeutische Kompetenzen in der Gesundheitsförderung einzusetzen und auf psychotherapeutischer Seite die professionellen Kompetenzen im Hinblick auf betriebliche Anforderungen zu erweitern. Psychotherapeuten sind bislang auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention noch selten tätig. Die spezifischen Kenntnisse der Psychotherapeuten über die vielfältigen Interventionsmöglichkeiten sind jedoch erforderlich, um psychische Erkrankungen rechtzeitig erkennen und auch präventiv behandeln zu können. Das Curriculum „Klinische Organisationspsychologie“ vermittelt approbierten PsychotherapeutInnen organisationspsychologisches Wissen, um für betriebliche und institutionelle Kontexte Beratungsleistungen erbringen zu können.

Weitere Infos auf www.dptv-campus.de oder kontaktieren Sie uns unter campus@dptv.de.

DPTV CAMPUS



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Jahresbeginn lädt – ähnlich wie das Jahresende – zu einem Ausblick ein. Was hält das neue Jahr für uns bereit?

Nun, 2016 wird für die Psychotherapie ein sehr spannendes Jahr werden.

Das Versorgungsstärkungsgesetz hat vorgesehen, dass die Reform der Psychotherapie-Richtlinie bis 30. Juni 2016 umgesetzt sein muss. Das bedeutet, dass bis Mitte März die Verhandlungen in den entsprechenden Gremien, die daran beteiligt sind, beendet sein müssen, damit die Beschlussentwürfe dem Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verabschiedung vorgelegt werden können. Für alle Beteiligten bedeutet dies immenses Engagement zu Jahresbeginn, um für die Positionen der Psychotherapeuten zu kämpfen.

Im Anschluss hierzu leite ich Sie zur nächsten anstehenden Mammutaufgabe 2016 – den Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es ist sehr wichtig, bei den bundesweit anstehenden Wahlen unsere DpTV-Vertreter zu wählen. Es sind die Delegierten der Vertreterversammlung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die unsere Ziele voranbringen können. Es ist wirklich unerlässlich, dass Sie Ihr Wahlrecht wahrnehmen und sich

mit Ihrer Stimme für unseren Berufsstand stark machen.

Des Weiteren hat die DpTV sich zum Ziel gesetzt, das Thema Praxisweitergabe für Sie umfassend aufzubereiten und Sie ausgiebig dazu zu informieren. Insbesondere, damit dringend benötigte Kassensitze nicht aufgrund ungünstiger Bedarfsplanung eingezogen werden und damit gänzlich für die Psychotherapeutische Versorgung „verschwinden“. Auch möchten wir hier Unklarheiten beseitigen und Antworten auf noch offene Fragen geben, die durch die Neuerungen des Versorgungsstärkungsgesetzes entstanden sind.

In 2016 wird es weiterhin um die Ungerechtigkeiten in der Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen gehen, die dringender Änderungen bedürfen. Mit den vom Bewertungsausschuss berechneten Honoraren lässt sich höchstens ein Einkommen erzielen, das bei der Hälfte der Einkommen der anderen Arztgruppen liegt. Die Honorare entsprechen nicht der BSG-Rechtsprechung und damit nicht den gesetzlichen Vorgaben.

Für zukünftige Generationen von Psychotherapeuten wird hoffentlich auch in diesem Jahr 2016 der Grundstein gelegt, damit ihre Ausbildung endlich die Neugestaltung erfährt, für die sich die DpTV bereits seit Jahren engagiert. Wir erwarten

noch in diesem Jahr einen Referentenentwurf, der der Gesetzgebung neuen Schwung verleiht.

Abschließend möchte ich Sie auf den DpTV-Kongress am 21. und 22. Oktober 2016 hinweisen. Die Veranstaltung findet zum zehnjährigen Bestehen unseres Verbandes statt. Das Thema der Veranstaltung wird **„Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie – 10 Jahre DpTV“** sein.

An dieser Stelle bedanke ich mich im Namen des Bundesvorstandes recht herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen, die sich in den vergangenen zehn Jahren für die deutsche Psychotherapeutenchaft, auch schon durch ihre Mitgliedschaft in der DpTV, stark gemacht haben. Auch durch Ihren Einsatz steht unser Berufsstand im Gesundheitssystem so gut da – kein Vergleich zu den Anfängen 1967.

Wie Sie sehen, hält das Jahr vieles für uns bereit. Ich bin gespannt, was sich im Dezember retrospektiv darüber sagen lässt.

Herzlichst
Ihre

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende
der DpTV



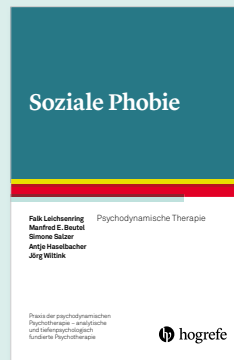
Manfred E. Beutel et al.

Depressive Störungen bei Krebserkrankungen

Psychodynamische Therapie

(Reihe: „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“). 2015, VIII/100 Seiten, € 24,95 / CHF 32,50
ISBN 978-3-8017-2658-4
Auch als E-Book erhältlich

Der Praxisleitfaden zeigt auf, wie in der Verhaltenstherapie über den gesamten Therapieprozess hinweg systematisch Ressourcen aktiviert werden können, um das Wohlbefinden von Patienten zu fördern und störungsbezogene Problemlöseprozesse zu verbessern.



Falk Leichsenring
Manfred E. Beutel
Simone Salzer
Antje Haselbacher
Jörg Wiltink

Soziale Phobie

Psychodynamische Therapie

(Reihe: „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“). 2015, VIII/99 Seiten, € 22,95 / CHF 29,90
ISBN 978-3-8017-2322-4
Auch als E-Book erhältlich

Der vorliegende Band stellt ein manualisiertes psychodynamisches Vorgehen zur Behandlung der Sozialen Phobie vor.



Uta Deppe-Schmitz
Miriam Deubner-Böhme

Auf die Ressourcen kommt es an

Praxis der Ressourcenaktivierung

2016, 249 Seiten, inkl. CD-ROM, € 34,95 / CHF 45,50
ISBN 978-3-8017-2611-9
Auch als E-Book erhältlich

Dieser Band beschreibt ein supportiv-expressives psychodynamisches Konzept zu Behandlung depressiver Störungen bei an Krebs erkrankten Menschen.



Rainer Sachse

Therapeutische Beziehungsgestaltung

2., akt. und erg. Auflage 2016, 124 Seiten, € 24,95 / CHF 32,50
ISBN 978-3-8017-2718-5
Auch als E-Book erhältlich

Eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung ist das zentrale Element einer erfolgreichen Therapie. Dieser Band erklärt, wie sie hergestellt und aktiv gestaltet werden kann.



6



9



21

AUS DER PRAXIS

- 6 **Barbara Lubisch**
Das DPtV-Projekt „Praxisübergabe“
- 9 **Dorit Jurgk, Martin H. Stellpflug**
Die Praxiswertermittlung im Nachbesetzungsverfahren
- 14 **Gustav Mayer**
Die Sprechstunde als Chance zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung
- 16 **Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung
- 17 **Amelie Thobaben**
Zukunft der Kostenerstattung in der Psychotherapie

FACHBEITRÄGE

- 21 **Paul Nilges**
Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen
- 26 **Björn Husmann**
Burnout-Diagnostik in der Praxis

ANGESTELLTE

- 34 **Jürgen Tripp**
Budgetbasiertes Entgeltsystem statt PEPP – Ist das die Lösung?
- 35 **Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt**
Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

- 38 **Markus Plantholz**
MVZ – eine Alternative für Psychotherapeuten?
- 41 **Christiane Müller**
Vorauszahlen kann sich auszahlen. Mit Krankenversicherungsbeiträgen Steuern sparen

VERANSTALTUNGEN

- 43 **Veranstaltungskalender April bis Juni 2016**

REZENSIONEN

- 44 **Maja Koutsandréou**
Siegfried Kasper, Hans-Peter Volz (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie compact
- 44 **Alessandro Cavicchioli**
Dieter Best: Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Grundlagen der Privatabrechnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 45 **Marie Christine Fischer**
Kirsten von Sydow, Andrea Seiferth: Sexualität in Paarbeziehungen. Reihe: Praxis der Paar- und Familientherapie, Band 8
- 46 **Kirsten von Sydow**
Luise Reddemann: Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie. Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – Eine Annäherung

NACHRUF

- 47 **Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung trauert um Alfred Kappauf**

VERBANDSINTERN

- 48 **Adressen DPtV**
Impressum

ANZEIGEN

- 49 **Kleinanzeigen**

Barbara Lubisch

Das DPtV-Projekt „Praxisübergabe“



Bis zum Jahr 1998 galt Psychotherapie als rein ärztliche Leistung, Diplom-Psychologen¹ konnten nur nach ärztlicher Delegation gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Verträge über sogenannte Erstattungspsychotherapie zwischen Krankenkassen und Psychologen außerhalb dieses Delegationsverfahrens mit Arztvorbehalt wurden von den Gerichten für unzulässig erklärt.

Die Generation, die maßgeblich dafür gesorgt hat, dass aus dem Heilberuf Psychologe/Psychologin ohne eigene Heilerlaubnis ein neuer, eigenständiger, gesetzlich geregelter Beruf wurde, die Generation, die daran mitgewirkt hat, dass die psychotherapeutische Approbation zur Eingliederung in das gesetzliche Krankenversicherungssystem mit gleichberechtigter Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgte, erreicht nun ein Alter, in dem die Berufstätigkeit allmählich reduziert oder auch eingestellt wird. Diese „Pioniergeneration“ hat sich noch frei niederlassen können, soweit bestimmte fachliche Voraussetzungen nachgewiesen wurden, danach griffen die Normierungen des KV-Systems. Die dort nun seit 16 Jahren etablierten Psychotherapeuten unterliegen der reglementierten Bedarfsplanung für Niederlassungen genau wie die Vertragsärzte. Im Laufe der Zeit sind die Möglichkeiten, eine vertragspsychotherapeutische oder vertragsärztliche Zulassung zur Praxisgründung zu erhalten, vom Gesetzgeber zunehmend erschwert und eingeschränkt worden.

Die Planerfüllungszahlen für Psychotherapeuten sind hoch, und es gibt kaum noch Landstriche für eine freie Zulassung der jungen Generation. Häufig bleibt nur die Übernahme einer bestehenden psychotherapeutischen Vertragspraxis. Hier sind nun die Praxisabgebenden gefragt. Natürlich ist es möglich, die vertragspsychotherapeutische Zulassung niederzulegen und die Praxis einfach zu schließen. Aber dieser aufgegebene Vertragspsychotherapeutenplatz fällt dann ersatzlos weg und kann auch nicht nachbesetzt werden. Wir möchten,

dass die nachfolgende Generation die Chance erhält, in die Positionen nachzurücken und die Versorgung der Patienten zu übernehmen. Auch wenn die Planzahlen es behaupten, unsere Erfahrung ist keinesfalls, dass die Patientenversorgung in der Psychotherapie übererfüllt sei. Lange Wartelisten in den psychotherapeutischen Praxen sprechen eine andere Sprache. Auch wenn es eine gewisse Mühe bedeutet und manchmal ein recht kompliziertes Verfahren zu durchlaufen ist, um eine Praxis weiterzugeben, so ist es unseres Erachtens eine ethische Pflicht der Älteren, dies zu tun; sie selbst konnten noch relativ unbeschwert eine Praxis mit Krankenkassenabrechnung gründen. Andererseits gebührt ihnen für den Aufbau ihrer Praxis auch eine Anerkennung in Form des Verkaufspreises für die Praxis, was wiederum die Jungen respektieren sollten. Im Finden des „Gleichgewichtspreises“ bei vertraglichen Verhandlungen über eine Praxisübergabe drückt sich auch diese gegenseitige Wertschätzung aus.

Wir möchten ausdrücklich für die Weitergabe bestehender Vertragspsychotherapeutenplätze an junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werben und die Abläufe tatkräftig unterstützen.

Wir haben bereits vor einem Jahr beschlossen, das Projekt „Praxisübergabe“ zu starten. Die Vorbereitungen sind abgeschlossen. Auf unserer Webseite wurde die *Praxisbörse* aktualisiert und überarbeitet, so dass jeder leicht sein Praxisangebot bundesweit kostenfrei einstellen kann. Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden hier eine Vielzahl von beruf-



Sie planen eine Praxisübergabe?

Die Praxisübergabe ist ein aufwändiges bürokratisches Verfahren, bei allen Beteiligten besteht hoher Beratungsbedarf. Gefragt ist nicht nur rechtliches, sondern auch gesundheitspolitisches Wissen sowie vorausschauende Planung des Übergabeprozesses. Dennoch: Eine Praxisweitergabe ist auch in „überversorgten“ Gebieten machbar und für alle Beteiligten lohnenswert. Wir rufen ausdrücklich dazu auf, Praxen weiterzugeben.

Der umfangreiche Leitfaden soll Sie unterstützen Ihre Praxisweitergabe unter Praxiswerterhaltung frühzeitig und vorausschauend zu planen. Sie erhalten hier fundiertes und umfangreiches Wissen und viele Tipps, so dass sich viele Möglichkeiten für den individuell planbaren Ablauf eröffnen. Die Broschüre berücksichtigt die Änderungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz.




Broschüre im Din A4-Format, 75 Seiten, Preis: 15 Euro (30 Euro für Nicht-Mitglieder), Bestellung per Mail: bgst@dptv.de, Fax 030/235 009 44 oder auf www.bgst.de.

www.dptv.de

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird oft nur die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

lichen Möglichkeiten. Zur Klärung der oft verwirrenden rechtlichen Begrifflichkeiten haben wir ein *Kompendium* mit Fachbegriffen im Unterordner *Praxisübergabe* hinterlegt. Unsere Bundesgeschäftsstelle bietet unseren Mitgliedern zudem *individuelle telefonische Beratungen* zur Praxisübergabe und -übernahme an drei Tagen in der Woche an. Unsere Fortbildungsakademie *Campus* veranstaltet regelmäßig Seminare zum Thema Praxisabgabe und Praxisgründung. Bereits in mehreren Landesgruppen gab es Vorträge und Diskussionen mit der Fachreferentin aus der Bundesgeschäftsstelle. Viele Landesgruppen

sind in Eigeninitiative tätig geworden und haben verschiedene Modelle zur Unterstützung der Praxisweitergabe entwickelt, von *Begegnungstreffen* bis hin zu *Partnerschaftsmodellen* für Praxisübernehmer und -abgeber. Regelmäßig publizieren wir zum Thema, wie z.B. auch in diesem Heft mit dem Artikel von Dorit Jurgk und Prof. Dr. Martin Stellpflug „Die Praxiswertermittlung im Nachbesetzungsverfahren“. Unter Berücksichtigung des Versorgungstärkungsgesetzes und damit sehr aktuell haben wir die Broschüre „*Die Praxisübergabe an Nachfolger – Ein Leitfaden*“ herausgegeben, die von Mitgliedern zum Vorzugspreis, aber auch von Außenstehenden erworben werden kann. Auch *Musterverträge* für unsere Mitglieder (Praxiskauf, Anstellung, BAG), die kostenfrei über die Bundesgeschäftsstelle angefordert werden können, liegen bereit.

Praxen ab einer bestimmten, statistisch ausgewiesenen Überversorgung, lassen Gegenstrategien durchaus zu. Diese gilt es zu nutzen und Schwierigkeiten zu meistern. Dabei möchten wir Sie gerne unterstützen. Mit einigem Geschick ist es immer möglich, psychotherapeutische Praxen an Nachfolger und Nachfolgerinnen weiterzugeben – dazu möchten wir unbedingt ermutigen und auffordern. 



Barbara Lubisch

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen, Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und der VV der KBV, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.

Die besonderen Erschwernisse der Praxisweitergabe, wie die vom Gesetz geforderte Einziehung von

Neu!

Praxisbörse Online



Sie möchten Ihre Praxis an eine/n Nachfolgerin/er übergeben?
Sie suchen eine Praxis oder ein Jobsharing in Ihrer Nähe?
Nutzen Sie unsere Online-Börse für Ihr Angebot oder Ihre Suche. Der Service ist für alle Psychotherapeuten kostenfrei.
Schauen Sie einfach mal vorbei: www.dptv.de



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Dorit Jurgk, Martin H. Stellpflug

Die Praxiswertermittlung im Nachbesetzungsverfahren

Das langjährige Betreiben einer psychotherapeutischen Praxis mündet für viele Vertragspsychotherapeuten eines Tages im wohlverdienten „Ruhestand“ und der Abgabe der eigenen Praxis. Im Mittelpunkt der damit verbundenen Überlegungen und anstehenden Vorgänge steht oftmals die Wertigkeit, welche der abzugebenden Praxis von den verschiedenen Beteiligten beigemessen wird. Dabei ist es häufig nicht leicht, einen Ausgleich zwischen den gegenläufigen und daher oftmals konfliktbeladenen Interessen zu schaffen. Während es dem Abgeber in der Regel um die Erzielung eines höchstmöglichen Kaufpreises, insbesondere vielleicht auch mit Blick auf seine Altersvorsorge, gehen dürfte, erhofft sich der Nachfolger eine finanzierbare Chance auf die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Der nachfolgende Beitrag¹ soll einen Überblick zum Ablauf des (sozialrechtlichen) Nachbesetzungsverfahrens geben sowie vertiefend die verschiedenen Kriterien darstellen, die zur Wertermittlung herangezogen werden.

¹ Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag, den der Mitautor Stellpflug auf der Veranstaltung „Was ist eine Praxis wert?“ der Bundespsychotherapeutenkammer zum Thema „Sozialrechtliche und berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Praxisabgabe und Praxisübernahme“ am 10.12.2015 in Berlin gehalten hat.

I. Das Nachbesetzungsverfahren

Nach § 103 Abs. 1 SGB V stellen die Landesausschüsse fest, ob für einen bestimmten Planungsbereich eine Überversorgung an psychotherapeutischen Praxissitzen besteht. In diesem Fall werden vom Zulassungsausschuss entsprechende Zulassungsbeschränkungen angeordnet, infolge dessen die Niederlassung eines Psychotherapeuten in dem betreffenden Planungsbereich grundsätzlich nicht mehr möglich ist. Eine Ausnahme zu dieser angeordneten Beschränkung stellt die Zulassung für einen psychotherapeutischen Praxissitz im Wege des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)², dar. Diese Vorschrift zur Praxisnachfolge im Nachbesetzungsverfahren hatte der Gesetzgeber im Jahr 1992 im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführt.³ Das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V stellt die verfassungsrechtliche Konkretisierung des sozialpflichtigen Eigentums dar und nimmt eine Abwägung zwischen dem Eigentumsrecht des niedergelassenen Arztes und seiner Erben einerseits und dem Gemeinwohl andererseits vor, welchem mit den Regelungen über Zulassungsbeschränkungen durch Schaffung und Erhaltung finanzieller Stabilität sowie der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen Rechnung getragen werden soll.⁴ Den Erfordernissen des Eigentumschutzes soll dadurch Rechnung getragen werden, dass dem Inhaber einer Praxis deren wirtschaftliche Verwertung auch in einem für Neuzulassungen gesperrten Gebiet ermöglicht werden soll.⁵

2 Nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V erlangt diese Vorschrift, deren Wortlaut lediglich Vertragsärzte in Bezug nimmt, entsprechende Geltung für Psychotherapeuten.

3 BGBl. I 2266, S. 2283, Art. 1 Nr. 60.

4 Vgl. BT-Drs. 12/3608, S. 7 f., zu Nr. 54 c u. d; BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 30; 82, 209, 230.

5 BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 18.

II. Der Ablauf des Nachbesetzungsverfahrens

Das Verfahren durchläuft zwei verschiedene Stadien. In einem ersten Schritt muss durch eine entsprechende Antragstellung beim Zulassungsausschuss, gerichtet auf die Durchführung der Nachbesetzung, das Nachbesetzungsverfahren zunächst eingeleitet werden.⁶ Antragsberechtigt sind nach § 103 Abs. 3a Satz 1 SGB V neben dem veräußerungswilligen Praxisinhaber auch dessen Erben sowie über den Verweis des § 103 Abs. 6 Satz 1 SGB V die Psychotherapeuten einer Gemeinschaftspraxis.⁷ Nach erfolgter Antragstellung prüft der Zulassungsausschuss die Voraussetzungen für die Einleitung des Verfahrens. Zunächst muss die Zulassung des abgebenden Psychotherapeuten durch Verzicht, Entziehung oder Tod geendet haben. Zudem muss eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen überhaupt erforderlich sein (§ 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V)⁸. Weitere Voraussetzung ist, dass noch eine ärztliche Praxis vorhanden ist, die von einem Nachfolger fortgeführt werden kann.⁹ Erheblich für die Fortführungsfähigkeit kann das Ausmaß einer Umstrukturierung der Praxis sein.¹⁰ Von Bedeutung ist das Vorhandensein eines Praxissubstrats, welches neben bestehenden Praxisräumen und einem Patientenstamm beinhaltet, dass eine psychotherapeutische Tätigkeit unter den üblichen Bedingun-

6 Der Antrag auf Ausschreibung und damit auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens kann bis zur Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses zurückgenommen werden, *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103, Rn. 59.

7 Das Bestehen eines Antragsrechts der Partner einer Praxisgemeinschaft ist streitig, vgl. *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103, Rn. 48 m.w.N. Das MVZ hat ein eigenes Recht zur Nachbesetzung einer Arztstelle, ohne Ausschreibungsverfahren, nach § 103 Abs. 4 a Satz 3 SGB V. Zur Antragsbefugnis vom Testamentsvollstrecker und dem Inhaber eine postmortalen Vollmacht vgl. *Stauer* in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2015, § 19 Rn. 125.

8 Ausnahmen von diesem Erfordernis sind geregelt in § 103 Abs. 3 a Satz 3 SGB V.

9 *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103, Rn. 62.

10 Vgl. BSG v. 14.12.2011, Az. B 6 KA 13/11 R, juris Rn. 28 f.

gen noch ausgeübt wird.¹¹ Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist insbesondere der Zeitraum zwischen der Beendigung der psychotherapeutischen Tätigkeit und der Aufnahme durch den Nachfolger von Relevanz, wobei stets eine Einzelfallbetrachtung zu erfolgen hat.¹² Sofern die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, bewilligt der Ausschuss den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens und es geht in den zweiten Verfahrensabschnitt über.¹³

Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung hat nun den betreffenden Vertragsarztsitz amtlich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen (§ 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Verbleibt es am Ende der Ausschreibung bei einem Bewerber, erhält dieser bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen die Zulassung.¹⁴ Ergibt sich hingegen eine Mehrheit von Bewerbern, wählt der Zulassungsausschuss unter diesen den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen aus (§ 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

III. Die Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses

Der Gesetzgeber hat für die anzustellenden Ermessenserwägungen in § 103 Abs. 4 Satz 5 Nrn. 1 bis 8 SGB V einen Katalog zu berücksichtigender Kriterien aufgestellt. In das Ermessen sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter sowie die Dauer der ärztlichen Tätigkeit einzubeziehen. Ferner ist zu berücksichtigen, ob eine min-

11 *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103, Rn. 63.2.

12 *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103, Rn. 63.3 m.w.N.

13 Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes kann der Zulassungsausschuss seit dem 1.1.2013 den Antrag nach § 103 Abs. 4 Satz 9 SGB V gegen eine Entschädigung ablehnen. Faktisch kann dadurch der Vertragsarztsitz durch die KV aufgekauft werden, vgl. *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103 Rn. 43.1.

14 *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103, Rn. 76.

Nach erfolgter Antragstellung prüft der Zulassungsausschuss die Voraussetzungen für die Einleitung des Verfahrens.

destens fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem festgestellt unterversorgten Gebiet stattgefunden hat, ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist, ob er ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, ob er bereit ist, definierte besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen sowie schließlich die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung. Im Fall der Nachbesetzung eines Psychotherapeutenplatzes einer Gemeinschaftspraxis sind nach § 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V zudem die Interessen der oder des verbleibenden Psychotherapeuten zu berücksichtigen.

Eine Einbeziehung der wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Psychotherapeuten oder seiner Erben hat dabei nach § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V nur insoweit zu erfolgen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt. Hinter dieser Begrenzung steht die Intention des Gesetzgebers, eine ungerechtfertigte Kaufpreiserhöhung wegen einer erhöhten Nachfrage auszuschließen.¹⁵ Der Zulassungsausschuss soll aus einer Mehrheit von Bewerbern nicht diejenigen auswählen müssen, der den höchsten Kaufpreis zahlt. Auf der anderen Seite sind die wirtschaftlichen Interessen des Abgebenden insoweit geschützt, als nur die Bewerber in die Auswahl einbezogen werden müssen, die bereit sind, den Verkehrswert als Kaufpreis zu entrichten.¹⁶

IV. Der Wert einer psychotherapeutischen Praxis

Von besonderer Relevanz im Nachbesetzungsverfahren ist stets der Wert, welcher einer psychotherapeutischen Praxis beizumessen

ist. Die Vorstellungen der Beteiligten gehen an diesem Punkt teils erheblich auseinander, was nicht zuletzt seine Ursache auch darin finden dürfte, dass sich die Abgabe und Nachbesetzung einer psychotherapeutischen Praxis einerseits öffentlich-rechtlich sowie andererseits privatrechtlich gestaltet. Die privatrechtliche Ebene ist geprägt von der Veräußerungs- und Vertragsfreiheit als Ausdruck der Eigentumsgarantie aus Artikel 14 Grundgesetz (GG). Die Festlegung des Kaufpreises im Rahmen des Praxisübernahme- und Kaufvertrages unterliegt daher grundsätzlich, in gewissen Grenzen, der subjektiven Gestaltungsfreiheit des Verkäufers. Die öffentlich-rechtliche Ebene befasst sich losgelöst von eigentumsrechtlichen Fragestellungen einzig mit der Erteilung der Zulassung an den Nachfolger und knüpft dabei an den sogenannten Verkehrswert an, welcher nach objektiven Kriterien bestimmt wird.

1. Kaufpreisbestimmung durch die Kammern?

Grundsätzlich ist die Höhe des Kaufpreises einer Einflussnahme durch die im Nachbesetzungsverfahren zuständigen Prüfungsgremien entzogen und allein Sache von Veräußerer und Erwerber. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts darf jedoch der Zulassungsausschuss in solchen Fällen, in denen zwischen dem abgebenden Psychotherapeuten und dem am besten geeigneten Bewerber Uneinigkeit über den Verkehrswert besteht, die Höhe des Kaufpreises überprüfen, indem er den Verkehrswert von Amts wegen ermittelt. Ziel der Verkehrswertermittlung ist jedoch nicht die Bestimmung eines vom Bewerber zu entrichtenden konkreten Kaufpreises, sondern lediglich die Klärung, welchen Preis (= Verkehrswert) die Bewerber zu zahlen bereit sein müssen, um vom Zulassungsausschuss ausgewählt werden zu können. Das Auswahlkriterium soll gerade nicht das

höchste Kaufpreisangebot sein.¹⁷ Die Feststellung eines Verkehrswertes erfordert betriebswirtschaftliche Berechnungen, für welche die Zulassungsgremien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht aufgrund ihrer Zusammensetzung als in besonderem Maße qualifiziert anzusehen sind.¹⁸ Sie werden sich daher regelmäßig externen Sachverständigen bedienen müssen, sei es durch Einholung einer Sachverständigenstellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch Einholung des Gutachtens eines geeigneten Sachverständigen.¹⁹ Die von den Zulassungsgremien vorgenommene Schätzung des Verkehrswertes ist umfassend zu begründen und gerichtlich uneingeschränkt überprüfbar.²⁰

Die Art und Weise der Verkehrswertermittlung ist gesetzlich nicht näher ausgestaltet worden. Das Bundessozialgericht und der Bundesgerichtshof erachten die modifizierte Ertragswertmethode als grundsätzlich geeignet, die sich an den durchschnittlichen Erträgen orientiert und davon einen individuellen Unternehmerlohn des Inhabers absetzt.²¹ Hierbei sind sowohl der materielle (Substanzwert) als auch der immaterielle Wert (Goodwill) der Praxis zu berücksichtigen. Die Annahme eines immateriellen Wertes ist für psychotherapeutische Praxen nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil eine besondere Abhängigkeit des Ertrages von der Person des Praxisinhabers besteht. Auch eine psychotherapeutische Praxis wird als Wirtschaftsgut höher eingeschätzt als es ihrem

Die Feststellung eines Verkehrswertes erfordert betriebswirtschaftliche Berechnungen.

¹⁷ Vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R; *Pawlika* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 103 Rn. 105 ff.

¹⁸ BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 30.

¹⁹ BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 21.

²⁰ BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 30.

²¹ BGH, Urteil vom 9.2.2011, XII ZR 40/09, juris Rn. 20; BSG Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 22. Ausführlich zu den Bewertungsmethoden: Rüping/Mittelstaedt, Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen, 2. Auflage, Psychotherapeuten Verlag, Heidelberg 2008.

¹⁵ Bt. Drs. 12/3608, S. 99, zu Nr. 54 c und d.

¹⁶ BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 18.

Ein Rechtsgeschäft ist „sittenwidrig“, wenn es gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden verstößt.



reinen Substanzwert entspricht.²² Die Bundesärztekammer bevorzugt nach ihren „Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen“ ebenso die Ertragswertmethode.²³ Das Bundessozialgericht verwehrt diesen Hinweisen jedoch aufgrund ihres schematischen und typisierten Inhaltes den Anspruch auf eine ausreichende Beurteilungsgrundlage. Erforderlich sei vielmehr eine Berechnung anhand der individuellen Praxisverhältnisse.²⁴

2. Kaufpreiskontrolle durch die Kammern?

Die Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer sowie teilweise die einzelnen Landesberufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern enthalten abstrakte berufsrechtliche Vorgaben zur Bestimmung des Kaufpreises. So verhält sich ein Kammermitglied nach § 24 Abs. 5 MBO berufsrechtswidrig, wenn der sachliche und ideelle Verkaufswert einer Praxis „sittenwidrig überhöht“ festgelegt wird. Psychotherapeuten sind zudem nach § 17 Abs. 1 Satz 1 MBO verpflichtet, Rücksicht auf die berechtigten Interessen ihrer Berufskollegen zu nehmen. Das besondere Augenmerk liegt somit auf dem zu beachtenden Kriterium der „sittenwidrigen Überhöhung“. Damit greift der Normgeber einen unbestimmten Rechtsbegriff auf, der insbesondere im Privatrecht eine zentrale Rolle einnimmt und dort in § 138 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) eine nähere Ausgestaltung erfährt. Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung ist ein Rechtsgeschäft „sittenwidrig“, wenn es gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden verstößt.²⁵ Diese weitreichende Formel lässt sich einer allgemeingültigen und sche-

matisch anwendbaren Präzisierung kaum näher zuführen. Als Ausdruck von bloßen Rechtssätzen einerseits und der Werteordnung basierend auf Ethik, Moral und guten Sitten andererseits, die sich gegenseitig bedingen und als solche zu unserer Rechtsordnung erwachsen sind, bemisst sich die Sittenwidrigkeit vielmehr am konkreten Einzelfall. Dies führt dazu, dass nicht jeglicher subjektiv als „ungerecht“ empfundenen rechtsgeschäftlichen Willensbetätigung auch die rechtliche Geltung versagt wird. Die Eingriffsschwelle in die Veräußerungs- und Vertragsfreiheit, als Ausdruck der Eigentumsgarantie nach Artikel 14 Grundgesetz (GG), ist hoch anzusetzen. Die Grundrechte sind insoweit zwar als Element der Konkretisierung der guten Sitten von überragender Bedeutung, begründen jedoch nicht bei jeglicher Kollision mit einem Rechtsgeschäft die Annahme von Sittenwidrigkeit, da es anderenfalls zu einer vom Verfassungsgeber nicht vorgesehenen unmittelbaren Drittwirkung von Grundrechten kommen würde. Außerdem muss bei einem Blick auf die Grundrechte natürlich auch Artikel 2 Abs. 1 GG („Freie Entfaltung der Persönlichkeit“) als echte und allgemeine Freiheitsgewährleistung des Grundgesetzes angemessen berücksichtigt werden.²⁶

3. Rechtsprechung zur Sittenwidrigkeit

Wie hoch die Eingriffsschwelle für die Annahme von Sittenwidrigkeit, als äußerst freiheitsbeschränkende Maßnahme ist, verdeutlicht ein Urteil des Oberlandesgerichts München vom 22.7.2010.²⁷ Im betreffenden Fall hatte der abgebende Psychotherapeut mit der Nachfolgerin einen Kaufpreis in Höhe von 48.000,00 € für seine Praxis vereinbart, welchen diese letztlich nicht zu entrichten bereit war. Im

vorinstanzlichen Verfahren vor dem Landgericht ermittelte ein Sachverständiger einen Verkehrswert in Höhe von 9.200,00 €. Nach den Ausführungen des Senats könne ein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung dann zur Annahme von Sittenwidrigkeit führen, wenn dieses „besonders grob“ sei, jedoch müssten stets weitere sittenwidrige Umstände hinzutreten, wie etwa eine verwerfliche Gesinnung. Für diese bestehe eine widerlegliche Vermutung, wenn der Wert der Leistung den Wert der gewährten Gegenleistung um 100 % übersteige. Selbst bei Annahme der Richtigkeit des Verkehrswertgutachtens – worauf es nicht weiter ankäme – sei die Vermutung im betreffenden Fall jedoch erschüttert und eine verwerfliche Gesinnung daher nicht feststellbar. Weder sei die Nachfolgerin von wertbildenden Umständen ausgegangen, welche nach Vertragsschluss tatsächlich nicht vorlagen, noch habe sie über einen dem Abgebenden gegenüber unterlegenen Wissensstand verfügt. Schließlich sei hier schon kein Rückschluss von einem etwaig überhöhten Kaufpreis auf eine verwerfliche Gesinnung möglich, da es sich bei einer psychotherapeutischen Praxis nicht um einen handelsüblichen Gegenstand handele, für welchen eine handelsübliche Preisspanne feststehe. Ungeachtet dessen greife die Vermutung im betreffenden Fall schon nicht, da die Nachfolgerin als Freiberuflerin nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs über einen Wissensstand verfüge, der die Probleme und Risiken der Preisbemessung ein- und absehbar werden lasse. Schließlich könne bei der Beurteilung der Sittenwidrigkeit eines Praxiskaufvertrages auch deshalb nicht ohne Weiteres bei einem überhöhten Kaufpreis auf eine verwerfliche Gesinnung des Verkäufers geschlossen werden, wenn die Bewertung der psychotherapeutischen Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sei und zu Ergebnissen mit großer Streubreite führe. Der Regelung des

22 BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 123.

23 DÄ 2008, A 2778, 2780.

24 BSG, Urteil vom 14.12.2011, B 6 KA 39/10 R, juris Rn. 23.

25 *Ellenberger* in: Palandt, BGB Kommentar, 75. Auflage 2016, § 138 Rn. 2 m.w.N.

26 Maunz/Dürig, Grundgesetz, Kommentar, Loseblatt Mai 2015, Art. 2 Rn.1.

27 OLG München, Urteil vom 22.7.2010 – 8 U 5650/09 = MedR 2011, 589; vgl. auch Stellung in Psychotherapie Aktuell 1.2011, 34.

§ 103 Abs. 4 SGB V sei keine Aussage dahingehend zu entnehmen, dass ein Kaufpreis nur in Höhe des Verkehrswertes verlangt werden dürfe bzw. entrichtet werden müsse.²⁸

In der Rechtsprechung finden sich zudem zahlreiche wegweisende Entscheidungen, welche bis heute als grober Maßstab für die Bestimmung der Sittenwidrigkeit im Einzelfall herangezogen werden können. Nur wenige dieser Entscheidungen sind im Zusammenhang mit Praxisübernahme- und Kaufverträgen ergangen. Darin verdeutlicht sich die Zurückhaltung, die bei der Beurteilung eines Praxiskaufpreises als sittenwidrig überhöht geboten ist. Eine Betrachtung der klassischen Fallgruppen zur Sittenwidrigkeit verstärkt diesen Eindruck. Zumeist drängt sich dem Leser der Sachverhalte das Unrechtsempfinden nahezu auf. Die Fallgruppen werden in der Regel einer Reihe von verschiedenen Sittenwidrigkeitskriterien zugeordnet, welche im Zusammenwirken als Indizien herangezogen werden können („Summenwirkung“). Dabei handelt es sich um folgende Kriterien: Die Absicherung anerkannter Ordnungen, die Abwehr von Freiheitsbeschränkungen, die Abwehr von der Ausnutzung von Machtpositionen, die Abwehr der Schädigung Dritter, die Abwehr von schweren Äquivalenzstörungen, die Durchkreuzung einer verwerflichen Gesinnung und die Abwehr missbilliger Kommerzialisierung und verpöner Zwecksetzung. So hat der Bundesgerichtshof zur Fallgruppe der Abwehr von Freiheitsbeschränkungen entschieden, dass eine Vereinbarung unter nichtehelichen Lebenspartnern, wonach sich die Vertragspartnerin zur regelmäßigen Einnahme empfängnisverhütender Mittel verpflichtet, sittenwidrig und daher nichtig sei, da der Vereinbarungsinhalt den engsten Kern der Persönlichkeit und der Entfaltung in Selbstbestimmung betreffe und jeglicher vertraglichen Regelung

entzogen sei.²⁹ Ein klassisches Beispiel für das Kriterium der Abwehr missbilliger Kommerzialisierung und verpöner Zwecksetzung stellt die Sittenwidrigkeit des Organhandels dar. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die Transplantation eines von einem lebenden Spender gegen Entgelt zur Verfügung gestellten Organs nach dem Menschenbild des Grundgesetzes und den in Deutschland herrschenden Wertvorstellungen sittenwidrig.³⁰

V. Zusammenfassung

Grundsätzlich obliegt es Abgeber und Nachfolger, einen Kaufpreis für die abzugebende Praxis festzulegen. Über § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V wird den beteiligten Zulassungsgremien jedoch das Recht und zugleich die Pflicht auferlegt, bis zur Höhe des Verkehrswertes der konkreten psychotherapeutischen Praxis die wirtschaftlichen Interessen des Abgebers zu berücksichtigen. Besteht somit zwischen dem Abgeber und dem am besten geeigneten Bewerber Uneinigkeit über die Höhe des Kaufpreises, ermittelt der Zulassungsausschuss von Amts wegen den Verkehrswert der Praxis. Der ermittelte Verkehrswert stellt jedoch nicht den privatrechtlich zu vereinbarenden Kaufpreis dar. Insoweit fehlt es den Zulassungsgremien an der entsprechenden Kompetenz. Der ermittelte Wert bildet lediglich ein weiteres Auswahlkriterium in der Gestalt, dass auf Seiten des Bewerbers die Bereitschaft zur Entrichtung dieser Höhe bestehen muss. In Ermangelung einer gesetzlichen Ausgestaltung des Verfahrens der Verkehrswertermittlung setzen insbesondere die von der Rechtsprechung herausgestellten Kriterien den Maßstab. Die von vielen Gerichten angewendete und höchstrichterlich bevorzugte modifizierte

Ertragswertmethode berücksichtigt sowohl den materiellen als auch den immateriellen Wert einer psychotherapeutischen Praxis. Eine lesenswerte Entscheidung zur Ermittlung des Verkehrswertes ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.12.2011, Aktenzeichen B 6 KA 39/10 R.

Auf der privatrechtlichen sowie berufsrechtlichen Ebene bildet die „sittenwidrige Überhöhung“ ein zentrales Kriterium für die Obergrenze der Gestaltungsfreiheit des Kaufpreises. Die Begrifflichkeit der „Sittenwidrigkeit“ lässt sich unter Heranziehung einer Vielzahl von Kriterien lediglich am konkreten Einzelfall festmachen. Eine allgemeingültige und starre Grenze würde schon den individuellen Merkmalen nicht gerecht werden, die jeder psychotherapeutischen Praxis im Einzelfall zukommen. Aus der Rechtsprechung zur Sittenwidrigkeit im Zusammenhang mit dem Praxiskaufpreis sowie im Allgemeinen geht hervor, dass nur unter äußerster Zurückhaltung und dem Zusammentreffen einer Mehrzahl von für sich genommen sittenwidrigen Kriterien eine sittenwidrige Überhöhung des Kaufpreises anzunehmen sein dürfte. Nicht jeder aus der subjektiven Käufersicht als zu hoch empfundene Kaufpreis

unterfällt sogleich der Nichtigkeit aufgrund von Sittenwidrigkeit. Es empfiehlt sich vielmehr, den Raum, welcher zwischen einem dem Verkehrswert entsprechenden und einem nach vorgenannten Kriterien sittenwidrig überhöhten Praxiskaufpreis liegt, als solchen wahrzunehmen, welcher Veräußerndem und Interessenten die Möglichkeit bietet, unter Wahrung der konträren Interessen aufeinander zuzugehen und im Wege der Vertragsfreiheit einen Konsens zu finden oder nicht zu finden.

Nicht jeder aus der subjektiven Käufersicht als zu hoch empfundene Kaufpreis muss als sittenwidrig überhöht gelten.

Dorit Jurgk

Rechtsanwältin mit den Schwerpunkten Psychotherapeutenrecht/Arztrecht/Vertragsarztrecht bei DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte Part. mbB am Standort Düsseldorf. Zuvor RichterIn (Landgericht Münster).



Prof. Dr. jur. Martin H. Stellpflug, MA (Lond.)

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Sozialrecht und Mediator mit den Schwerpunkten Psychotherapeutenrecht/Arztrecht/Vertragsarztrecht. Partner der Sozietät DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte Part. mbB und Professor für Gesundheitsrecht und Ethik an der Psychologischen Hochschule Berlin. Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer.



28 OLG München, Urteil vom 22.7.2010 – 8 U 5650/09 = MedR 2011, 589.

29 BGH, Urteil vom 17.4.1986 – IX ZR 200/85.

30 BSG, Urteil vom 15.4.1997 – 1 RK 25/95 –, SozR 3-2500 § 18 Nr 2, SozR 3-2500 § 27 Nr. 8.



Gustav Mayer

Die Sprechstunde als Chance zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung

Mit kurzem Bezug zur Entstehungsgeschichte der Psychotherapie-Richtlinie wird aufgezeigt, dass sich die Realität der Versorgungssituation, der wissenschaftlich-empirischen Erkenntnis und der verfügbaren therapeutischen Kompetenz inzwischen grundlegend geändert hat. Die Einführung von Gebührensätzen, die der Notwendigkeit einer möglichst frühen und niedrigschwelligen diagnostischen Abklärung Rechnung tragen, ist längst überfällig.

Entstehungshintergrund der Psychotherapie-Richtlinie

Im Jahr 1967 wurde die Psychotherapie als Kassenleistung durch den Nachweis der Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie anerkannt, insbesondere durch die Studien von Dührssen u.a., die an dem von der AOK getragenen Zentralinstitut für psychische Erkrankungen durchgeführt worden waren. Die Konstruktion der bis heute noch geltenden Systematik der Psychotherapie-Richtlinie entspringt demnach einem psychoanalytischen Ansatz. Die Regelung, die ersten Kontakte gleich als probatorische Sitzungen zur Abklärung der Indikation für eine Psychotherapie zu gestalten, ist in einer Zeit entstanden, in der die Diagnose einer psychischen Erkrankung mit Indikation zur Psychotherapie im Durchschnitt erst nach „Chronifizierung“ bzw. einer Krankheitsdauer von mehreren Jahren gestellt worden ist. Das heißt, die Situation, dass ein

Patient mit akuten Symptomen und dringender Behandlungsbedürftigkeit in die psychotherapeutische Praxis kommt, ist in diesem System kaum vorgesehen.

Grundlegende Veränderungen der therapeutischen Landschaft

Diese Struktur wird mehreren Bedingungen und Erkenntnissen nicht mehr gerecht, die sich in den Jahrzehnten verändert haben:

1. Neben der analytischen Psychotherapie sind tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie als weitere Verfahren verfügbar.
2. Psychische Diagnosen werden häufiger und früher gestellt, so dass die Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf oft direkt in die psychotherapeutische Praxis kommen. In dem Expertengutachten zum

Psychotherapeutengesetz von 1991 war festgestellt worden, dass es im Durchschnitt viel zu lange, nämlich sieben Jahre, bis zur Indikation einer Psychotherapie dauerte. Durch die schon infolge der Psychiatrie-Enquete von 1975 eingeleiteten Maßnahmen, insbesondere im Bereich der ärztlichen Weiterbildung und der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Bewusstseinsbildung in Bezug auf psychische Erkrankungen, zeigt sich die Öffentlichkeit und auch die Ärzteschaft wesentlich aufgeschlossener für die Wahrnehmung dieses diagnostischen und therapeutischen Sektors. Heute fragen viel mehr Menschen Psychotherapie von sich aus nach, entsprechende Diagnosen werden von Ärzten früher und häufiger gestellt und es wird mehr und gezielter zur Psychotherapie überwiesen. Die zunehmenden Fallzahlen bei psychischen Diagnosen belegen diese Entwicklung.

3. Seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 ist für Patienten der Erstzugang zu Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich. Dadurch ist das Erstgespräch näher an das akute Auftreten einer psychischen Symptomatik

herangerückt. Psychotherapeuten sind dadurch mit Situationen konfrontiert, in denen eine erste Abklärung und eine differenzierte diagnostische Untersuchung notwendig ist. Sie führen zu einer Indikationsstellung, die aber nicht notwendigerweise zu einer Richtlinientherapie, sondern zu den weiter unten dargestellten breit gefächerten Optionen führt.

- Bei Psychotherapeuten mit vorausgegangenem Studium der Psychologie ist die professionelle Identität nicht allein durch eine Ausbildung in einem Verfahren begründet, sondern durch das Spektrum der universitären wissenschaftlich psychologischen Ausbildung: Wissen um Gesetzmäßigkeiten der Wahrnehmung, Motivation, Lernen, Emotion, Psychodiagnostik, Klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, empirisch-wissenschaftliche Methodik und Statistik. In keinem anderen akademischen Studium werden diese Bereiche so intensiv und gründlich abgedeckt und gelehrt, wie im Psychologiestudium.

Befund, Diagnose, Indikation und Einleitung von Maßnahmen

In der Sprechstunde werden ein Befund und eine vorläufige Diagnose erstellt, und es können gegebenenfalls Empfehlungen für eine vertiefte Diagnostik oder Behandlungen gegeben werden. Ist eine vertiefte Diagnostik notwendig, endet sie mit einer Indikationsstellung, die nach wissenschaftlich anerkanntem Standard die Möglichkeit einzelner bzw. verschiedener Therapieverfahren in Betracht ziehen sollte. Der Patient wird über die diagnostischen Erkenntnisse informiert und eine Klärung, gegebenenfalls auch Weiterleitung wird herbeigeführt, d.h. beispielsweise, ob ein Psychotherapeut die Behandlung selbst durchführt und den Patienten auf

eine Warteliste nimmt, oder ob ein anderer Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin mit einem anderen Verfahren angeraten ist, ob eine Suchtberatung oder stationäre Behandlung, Reha, sozialpädagogische oder eventuell auch juristische Begleitung u. v. a. m. notwendig ist.

Die beschriebenen Leistungen werden gegenwärtig in der Regel im Rahmen der probatorischen Sitzungen erbracht, diese sind jedoch qualitativ etwas ganz anderes. Sie dienen dazu festzustellen, ob das vom Psychotherapeuten angebotene Psychotherapieverfahren geeignet ist, ob die Motivation ausreicht und vor allem, ob erwartet werden kann, dass eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung entsteht.

Psychotherapeutische Leistungen, die noch nicht verfahrensbezogen sind


Beispielsweise ist ein notwendiges Gespräch mit einem Angehörigen nicht im EBM geregelt, eine gegebenenfalls notwendige telefonische Konsultation eines behandelnden Arztes, Vermittlung einer Suchtberatungsstelle, Suizidambulanz, einer Klinik oder die Einbeziehung von weiteren Beteiligten ist ebenfalls nicht im EBM enthalten. Mit der Grundpauschale von 12,33 € kann das wohl nicht ernsthaft eingerechnet und abgebildet sein.

Um die tatsächliche fachkundige Leistung Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten adäquat in der Gebührenordnung abzubilden und eine fachlich selbstbestimmte Verfügung über die eigenen Kompetenzen zu ermöglichen, ist für die erste Phase der Behandlung eine wesentlich differenziertere Leistungsstruktur erforderlich und zu definieren. Die Höhe der Vergütungen ist so anzupassen, dass es sich um eine angemessene Vergütung handelt und man nicht noch einen Teil der Leistungen unentgeltlich erbringt.

Die Phase vor Beginn der verfahrensbezogenen Psychotherapie

Die Begriffe „Sprechstunde“ und „Frühzeitige diagnostische Abklärung“ zeigen meines Erachtens genau diese Entwicklungsmöglichkeit auf. Diese Leistungen schaffen ernsthafte Möglichkeiten einer erweiterten sachgerechten und statusangemessenen Definition des tatsächlichen Spektrums der heilkundlichen Tätigkeit und Leistung in der Phase vor Beginn der Therapie. Damit ist auch eine ausreichende fachliche Begründung zur verbesserten Honorierung gegeben, die Kostenträgern überzeugend vermittelt werden kann.

Die „Sprechstunde“ wird sicher nicht bedeuten, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten quasi Öffnungszeiten vorhalten müssen und dann warten, wer zur Tür hereinkommt. Diese Ängste werden sich im Nachhinein als weitgehend unbegründet erweisen. Die allermeisten Praxen, die ihr reales Spektrum mit einer Sprechstunde erweitern, werden sie als Bestellsprechstunde anbieten.

Wer sich grundsätzlich einer strukturellen Veränderung in dieser Richtung verweigert, sollte sich bewusst sein, dass er damit ein Gewohnheitsmuster innerhalb einer Struktur fixiert, die längst nicht mehr den vielfältigen Anforderungen der heutigen komplexen psychotherapeutischen Versorgung entspricht. 

Die Diagnose und Indikationsstellung führt nicht notwendigerweise zu einer Richtlinientherapie.

Gustav Mayer

Psychologischer Psychotherapeut (VT und TP). 31 Jahre angestellt in Psychiatrischer Klinik, seit zehn Jahren selbstständig. In den 1990er-Jahren als regionaler Arbeitskreisleiter Mitwirkung in dem bundesweiten berufspolitischen Netzwerk zur Schaffung eines Psychotherapeutengesetzes.
E-Mail: gustav.mayer@t-online.de





Dieter Best

Tipps zur Abrechnung

Bei einem Patienten halte ich neben der Verhaltenstherapie bei mir eine analytische Gruppentherapie bei einer anderen Psychotherapeutin für sinnvoll. Ist diese verfahrensübergreifende Kombination nach der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie möglich?

Nach einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 16. Juli 2015 ist auch in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Psychotherapie Einzel- und Gruppentherapie kombinierbar (s. dazu der ausführliche Bericht im Bundesmitgliederbrief 3/2015 der DPTV). Durch die Richtlinienänderung können die psychoanalytisch begründeten Verfahren – ebenso wie die Verhaltenstherapie – jeweils als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder in Kombination durchgeführt werden. Verständigen sich Therapeut und Patient darauf, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren, ist hierfür ein Gesamtbehandlungsplan anzufertigen. Einzel- und Gruppentherapie können auch bei verschiedenen Therapeuten durchgeführt werden. In diesem Fall stimmen sich beide Psychotherapeuten mit dem Einverständnis des Patienten über den Gesamtbehandlungsplan ab und informieren sich gegenseitig über den Behandlungsverlauf. Allerdings können kombinierte Behandlungen nach Maßgabe des neu eingefügten Satzes in § 19 der Psychotherapie-Richtlinie nur innerhalb des jeweiligen Verfahrens

und nicht verfahrensübergreifend durchgeführt werden. Der neue Satz lautet: „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können jeweils als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden.“ Mit dem Wort „jeweils“ ist ausgedrückt, dass die Kombinationsmöglichkeiten nur innerhalb der Verfahren bestehen. ■?

Gibt es in der GOP außer den Psychotherapiezißern noch andere Ziffern, die nicht genehmigungspflichtig sind und die eine Behandlung über das gewährte Kontingent hinaus ermöglichen, äquivalent zur 23220 beim EBM?

Die GOÄ/GOP unterscheidet nicht zwischen genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen. Bestimmungen zur Genehmigungspflicht gehören nicht in den Regelungsbereich der GOÄ/GOP, sondern in den Regelungsbereich z.B. der Allgemeinen Bestimmungen und Tarifverträge der PKVen sowie der Beihilfeverordnung. Gemäß Beihilfeverordnung sind bewilligungspflichtig lediglich die psychotherapeutischen Leistungen der Nrn. 860 bis 871. Bei den PKVen sind die Regelungen sehr unterschiedlich, weshalb den Patienten empfohlen werden sollte, sich vorab über die Bedingungen des Versicherungsvertrages zu informieren. Bewilligt eine PKV bzw.

die Beihilfe ein bestimmtes Kontingent an Sitzungen, kann eine darüber hinausgehende Behandlung mit dem Patienten vereinbart werden, wenn er bereit ist, die Kosten selbst zu übernehmen. Außer den Gebührenordnungspositionen der Nrn. 860 bis 871 käme auch die nicht näher spezifizierte „Psychotherapeutische Behandlung“ nach der Nr. 849 in Frage. Die Leistung dauert mindestens 20 Minuten und wird beim 2,3-fachen mit 30,83€ bewertet. Die Beihilfe erstattet die Kosten dieser Leistung nicht, wenn sie von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht wurde. ■?

Gehe ich korrekt vor, wenn ich mich bei einer vierstündigen Gruppenexposition (Verhaltenstherapie) zeitweise von der Gruppe entferne?

Es ist fachlich geboten, bei bestimmten Expositionsübungen sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppentherapie (z.B. bei der Agoraphobie oder einer sozialen Phobie) nicht ständig die Patienten zu begleiten, weil die ständige Anwesenheit des Therapeuten Vermeidungstendenzen unterstützen würde. Es gehört zum Wesen der Expositionsbehandlung, dass sich der Patient im weiteren Verlauf ungeschützt der angstauslösenden Situation aussetzt, um das zuvor Erlernte anwenden zu können. Voraussetzung ist allerdings, dass der Psychotherapeut für Anweisungen oder notfallmäßige Kontakte in der Nähe und kurzfristig erreichbar ist. ■?

Amelie Thobaben

Zukunft der Kostenerstattung in der Psychotherapie

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz aus 2015 ergeben sich bereits heute merkliche Veränderungen; dies nicht nur für Niedergelassene mit GKV-Sitz, sondern auch für Privatpraxen. Im Folgenden soll skizziert werden, welche Veränderungen das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz insbesondere für Privatpraxen und vor allem für in der Kostenerstattung Tätige bringt. Es soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten es gibt, sich zeitnah auf die Entwicklungen einzustellen.

Die für die Arztgruppe der Psychotherapeuten relevanten Veränderungen sind:

- Die Bedarfsplanung soll bis 2017 angepasst werden.
- Überversorgung soll abgebaut werden, wenn die Versorgungsquote über 140 % liegt, es sei denn, Versorgungsgründe oder eine privilegierte Nachfolge (z.B. Angehörige oder langjährige Praxiskollegen) stehen dem entgegen.
- Die Einhaltung des Versorgungsauftrags soll jährlich überprüft werden. Sanktionen können verhängt werden.
- Die Möglichkeiten zur gemeinsamen Berufsausübung sollen flexibilisiert werden. Eine Ausweitung des Leistungsumfangs bei Jobsharing oder Anstellung ist vorgesehen, aber leider derzeit noch nicht nutzbar. Dafür fehlt





Durch Terminservicestellen könnte die Notwendigkeit von Kostenerstattung wegfallen.

es an konkreten Regelungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festzulegen hat.

- Terminservicestellen, die einen zeitnahen Zugang zu einem Erstgespräch und gegebenenfalls einer psychotherapeutischen Behandlung bei zugelassenen Psychotherapeuten oder Kliniken sichern, sind vorgesehen.¹

Für Kolleginnen und Kollegen in Privatpraxen ist von besonderer Relevanz, dass zwischen dem 1. Juli 2016 und dem 1. Januar 2017 auch für die psychotherapeutische Versorgung *Terminservicestellen* eingerichtet werden (§ 75 SGB V) sollen. Bei vorliegender Überweisung soll innerhalb von vier Wochen ein Ersttermin und falls indiziert, auch eine Behandlung bei zugelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder in für ambulante Psychotherapie zugelassenen Kliniken erfolgen.

¹ Zur vertieften Information werden der Artikel von K. Nahmmacher, *Psychotherapie Aktuell* 3.2015, S.42–46 oder die DPTV-Broschüre „Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis“ sowie das SGB V empfohlen.

Sollte dieser Plan funktionieren, so lässt sich bereits heute die Hypothese aufstellen, dass die Notwendigkeit für ambulante Psychotherapie in der Kostenerstattung wegfallen könnte, denn durch die Terminservicestellen soll ein zeitnaher Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung, sobald ein Arzt dieses bestätigt, gewährleistet werden.

Falls die Terminservicestellen den Bedarf an Psychotherapie nicht abdecken können, sind verschiedene Entwicklungen in der psychotherapeutischen Versorgung denkbar:

- Vorübergehend wird zwar, so kein Therapieplatz in einer GKV-Praxis gefunden wurde, nach § 13 Abs. 3 SGB V Psychotherapie über *Kostenerstattung* weiterhin in besonders schlecht versorgten Gebieten bewilligt. Der Druck auf die zugelassenen Kolleginnen und Kollegen, die den *Versorgungsauftrag* aktuell nicht erfüllen, könnte sich erhöhen. Laut Bundesmantelvertrag ist ein *Versorgungsauftrag* mit mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden erfüllt. Das entspricht ca. 14 bewilligungspflichtigen Therapiesitzungen. Im § 95 SGB V ist festgelegt, dass künftig die Einhaltung der *Versorgungsaufträge* von den Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich zu prüfen ist. Die Entziehung von *Versorgungsaufträgen* ist möglich. Der Zulassungsausschuss vor Ort entscheidet im Einzelfall, ob ein Sitz erneut auszuschreiben ist. Kriterien sind eine Versorgungsquote unter 140 % oder Versorgungsgründe, die dafür sprechen.
- Der nach den oben genannten Gesetzesänderungen „beschleunigte“ bzw. geplante mögliche *Abbau von Sitzen* in Gebieten mit einer Versorgung über 140 % (§ 103 SGBV) wird sich vermutlich in vielen Gebieten für Psychotherapie als problematisch erweisen. Wir erleben derzeit im Austausch mit bundesweit in der Kostenerstattung tätigen Kolle-

ginnen und Kollegen in der Mailingliste Kostenerstattung, dass der Versorgungsbedarf durch zugelassene Psychotherapeuten alleine nicht gedeckt ist.

- Der Druck, auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), eine Entscheidung zur *Ausweitung des Praxisumfangs* (§ 101 SGB V) bei Jobsharing oder Anstellung zu treffen, steigt, da das eine Möglichkeit darstellt, die Kapazitäten der Sitze besser auszunutzen. Das verbessert die Versorgung, ohne neue Sitze schaffen zu müssen.
- Für eine *Bedarfsplanung*, deren Überarbeitung bis 2017 vorgesehen ist, wird der tatsächliche Bedarf ermittelt. Dadurch könnten in einigen Regionen mittelfristig neue Kassensitze geschaffen werden.

Welche Chancen bieten sich für Kolleginnen und Kollegen ohne Kassenzulassung?

Im Folgenden werden einige Aspekte beispielhaft skizziert.

- Da kassenzugelassene Praxisinhaberinnen und -inhaber um die *Ausschreibungsfähigkeit* und den Erhalt ihres Sitzes bangen müssen, steigt möglicherweise die Bereitschaft, frühzeitig Jobsharing oder Anstellung für die Praxisübergabe zu planen. In vielen Regionen zeigt sich, dass mit frühzeitiger Planung der Weitergabe des Sitzes, ein Sitz gerettet und gegebenenfalls gleichzeitig an eine Wunschkandidatin bzw. einen Wunschkandidaten weitergegeben werden kann. In diesem Zusammenhang lässt sich raten: Informieren Sie sich in Ihrer Landesgruppe über die Besonderheiten von Abgabemöglichkeiten des für sie zuständigen Zulassungsausschusses. Vieles dazu erfahren Sie z.B. in den Landesmitgliederbriefen, über Informationsveranstaltungen

gen Ihres Verbands sowie direkt auf Nachfrage bei Ihrem DPtV-Landesgruppenvorstand persönlich.²

- Der kürzlich eingeführte *Strukturzuschlag* (vgl. EBA-Beschluss) hat möglicherweise zur Folge, dass in einer GKV-Praxis, vor allem in den psychodynamischen Verfahren, weniger Privatpatienten behandelt werden, denn kassenzugelassene Kolleginnen und Kollegen erhalten ab der 195. bewilligungspflichtigen Leistung im Quartal für jede weitere bewilligungspflichtige Sitzung einen Zuschlag von 14,69 €. *Privatpatientinnen und -patienten* werden daher immer häufiger in Privatpraxen weiterempfohlen. Leider lässt sich in KV-Bezirken, die halbe Sitze stark begrenzen,

auch der gegenteilige Trend beobachten: Kolleginnen und Kollegen geben einen halben Sitz ab und stocken durch Privatbehandlungen auf. Das gleiche gilt natürlich auch für junge Kolleginnen und Kollegen, die nur einen halben Versorgungsauftrag bekommen.

- In der Beratung von Praxisabgebenden, beispielsweise in Bremen, zeigt sich, dass sich Kolleginnen und Kollegen aus diesen Gründen öfter entscheiden, einen *halben Versorgungsauftrag* abzugeben. Ein halber Sitz ist besonders interessant an Orten, wo die Kapazitäten des Sitzes derzeit in einem hohen Ausmaße ausgenutzt werden können, beispielsweise in Schleswig-Holstein, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen und Brandenburg. Ob das langfristig so bleibt oder auch in diesen KV-Bezirken ein halber Versorgungsauftrag

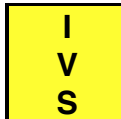
auf 16.000³ Plausiminuten pro Quartal begrenzt werden wird, ist derzeit nicht vorhersehbar.

- Die Anzahl an *Zulassungen*, wenngleich mit kleineren oder größeren Einschränkungen, nimmt durch vermehrt ausgeschrieben halbe Sitze derzeit vielerorts zu.
- Im stationären und teilstationären Sektor zeigt sich, dass Kliniken ihre Tätigkeitsfelder zu unseren Ungunsten, beispielsweise durch MVZ-Gründung, erweitern. Zum Teil ist dies auch politisch gewünscht, um die ambulante Versorgung zu verbessern. Falls *Krankenhäuser* nun verstärkt auch ambulante Richtlinien-Psychotherapie anbieten, was durchaus kritisch zu betrachten wäre, müssen sie

² Informationen zu Jobsharing, Anstellung und Praxisübernahme erhalten Sie in der DPtV-Broschüre „Die Praxisübergabe an Nachfolger“, die Sie gegen ein geringes Entgelt in der Bundesgeschäftsstelle bestellen können.

³ Im Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind Zeitaufwände für die einzelnen Leistungsnummern festgelegt, die sogenannten Plausibilitätszeiten/Plausiminuten.

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



Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

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



- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Sozial-, Zivil-, Straf- u. Verwaltungsrecht sowie Glaubhaftigkeit), nächste Termine: f. d. Modul Strafrecht: **DP Christoph Schmitt/DP Marcus Müller „Maßregelvollzug – Risikoeinschätzung“** 05./06. März 2016 für das Grundmodul: **Prof. Dr. Dipl.-Psych. Rudolf Egg „Übersicht Rechts- und Polizeipsychologie“** 12./13. März 2016
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 2./3. April 2016, EMDR Grundkurs (**DP Dr. Georg Pieper**); 17. September 2016, Trainingsseminar zur Praxis des EMDR (**DP Gertrud Skoupy**)
- **Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen** (Ergänzungsqualifikation): 200 WE in 12 Blöcken, nächste Veranstaltungen ab 11. – 12. März 2016
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 7 Blöcken), nächstes Seminar: 16./17. Apr. 2016, Paartherapie (**Prof. Dr. Dirk Revenstorf**)
- **Klinische Hypnose (KliHyp)**
Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)
Beginn des nächsten Fortbildungscurriculums KliHyp: 15./16. Oktober 2016 (B1/KE **Dr. Burkhard Peter**)
- **Hypnotherapeutische u. systemische Konzepte f. d. Arbeit m. Kindern u. Jugendlichen (KiHyp)**
Fortbildungscurr. KiHyp d. MEG-Regionalstelle (96 FE in Blöcken). K1 – K6 22. Januar – 26. November 2016
- **Prüfungs-Crashkurse** zur Vorbereitung auf d. staatl. Prüfung (PP/KJP): nächste Veranstaltung 16. – 19. Juni 2016

Zum Vormerken:

- **14. Fachtagung des IVS: „Psychotherapie von und für Menschen mit Behinderung“**
12. November 2016 - Keine Tagungsgebühr für Studierende oder PiAs!

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

Bauen Sie sich jetzt ein erweitertes Angebot und zusätzliche Standbeine auf.

allerdings – und hier winkt die Chance – approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anstellen. Allerdings sollte in solchen Fällen darauf geachtet werden, dass sich die Notwendigkeit der Approbation nach jahrelanger, bisheriger postgradualer Qualifikation auch in der tariflichen Eingruppierung adäquat widerspiegelt.⁴

Alternative Lösungswege

Eine rechtzeitige Auseinandersetzung mit den möglicherweise anstehenden Veränderungen erscheint ratsam. An dieser Stelle wird in Stichpunkten aufgezeigt, welche Empfehlungen sich daraus ableiten:

- Nutzen Sie als bislang in der Privatpraxis Tätige/Tätiger bei der Bewerbung um einen Sitz beispielsweise die *Zulassungsmöglichkeiten in weniger attraktiven Gebieten*, um auch für die Zukunft mit dem Praxissitz und Ihrer Tätigkeit abgesichert zu sein. Denn, wie oben ausgeführt, könnte, so die Veränderungen durch die Terminservicestellen eintreten, der Konkurrenzdruck unter den Kolleginnen und Kollegen in Privatpraxen stark zunehmen.


⁴ Vgl. dazu den Artikel von K. Sude & K. Schweizer: „Raus aus der Nische“. *Psychotherapie Aktuell* 4.2015: S. 38 –44.


- Bauen Sie sich *jetzt* ein *erweitertes Angebot* in Ihrer Privatpraxis auf, zum Beispiel durch Angebote für Selbstzahler: Störungsspezifische Gruppen, Gruppentherapie, Selbsterfahrung, Burnout-Prophylaxe, Entspannungsverfahren, betriebliche Prävention (zum Beispiel durch Teilnahme am DPtV-Curriculum: Klinische Organisationspsychologie) etc.
- Sorgen Sie dafür, dass Sie und Ihr Angebot zugelassenen Kollegen bekannt sind und informieren Sie Kolleginnen und Kollegen mit GKV-Sitz darüber, dass Sie freie Therapieplätze für *Privatpatienten* anzubieten haben.
- Nutzen Sie die *Angebote der DPtV zur Vermittlung* von Jobsharing, Anstellung in Praxen etc.
- Geben auch Sie bei Bedarf eine Anzeige auf, zum Beispiel auf www.dptv.de in der *DPtV Praxisbörse*, auf den schwarzen Brettern der Landesgruppen, Kammern usw. Ihre Landesgruppe hilft Ihnen weiter.
- *Vernetzen Sie sich* regional und gegebenenfalls auch juristisch bei Stammtischen, im Netzwerk Kostenerstattung oder in der Mailingliste Kostenerstattung, wo Herausforderungen und Schwierigkeiten in Privatpraxen erörtert werden.⁵
- Achten Sie verstärkt auf die aktuell gesetzlichen Entwicklungen, werden Sie gegebenenfalls berufspolitisch aktiv. Bei Interesse an berufspolitischer Arbeit wenden Sie sich an Ihren DPtV-Landesgruppenvorstand.

Es ist beispielsweise zu erwarten, dass in den nächsten Jahren über eine Möglichkeit zur *Ausweitung des Leistungsumfangs* auch durch Jobsharing oder Anstellung entschieden wird. Dann werden die Angebote, in Kassenpraxen mit-

zuarbeiten und darüber gegebenenfalls auch eine Nachfolge zu organisieren, vermutlich weiter zunehmen.

Wenn Sie zu stark von aktuellen Restriktionen in der Kostenerstattung betroffen sind, bieten sich die oben genannten Möglichkeiten, um sich mehr Sicherheit durch zusätzliche Standbeine zu verschaffen. Auch können Sie sich frühzeitig nach einer attraktiven Anstellung, zum Beispiel in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis (BAG/Ü-BAG), Kliniken, Beratungsstellen etc. umschauen, die Sie alternativ oder zusätzlich zu einer Privatpraxis aufnehmen können.

Vermutlich wird ohne Kassenzulassung weiterhin viel Flexibilität und Kreativität erforderlich sein. Kolleginnen und Kollegen in Privatpraxen dürften es bereits gewohnt sein, dass dies oftmals mühsam ist. Es gibt jedoch viele unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten, Nischen zu nutzen oder sich abzusichern. Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist weiterhin groß! 

 **Literaturhinweise**

Beyer-Jupe, M. 2015. *Die Praxisübergabe an Nachfolger. Ein Leitfaden*. Berlin: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV).

Halbe, B., Orłowski, U., Preusker, U.K., et al., 2015, *Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis*, Heidelberg: Psychotherapeuten Verlag.

Nahmacher, K., 2015. *Welche Änderungen bringt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz?* In: *Psychotherapie Aktuell* 3.2015: S. 42 –46.



Amelie Thobaben

Psychologische Psychotherapeutin für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Privatpraxis in Bremen, Vorstandsmitglied der DPtV-Landesgruppe Bremen, Mitglied im Sprecherteam Junge Psychotherapeuten in der DPtV, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Bremen.

⁵ Anmeldung auf www.dptv.de

Paul Nilges

Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen

Wozu brauchen wir überhaupt Weiterbildungsgänge? Sind wir nicht durch unsere Ausbildung bestens qualifiziert? Diese Einwände gegen die Etablierung von Weiterbildungen in Schmerzpsychotherapie, Psychodiabetologie und Psychoonkologie wurden bereits im Juni 2005 bei einer Fachtagung der BPtK diskutiert (Psychotherapeutenjournal 2005). In diesem Beitrag werden die Vorbehalte gegenüber der Einführung einer Zusatzbezeichnung für die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen aufgegriffen und am Beispiel der Schmerzpsychotherapie bereits erreichte Erfolge und Chancen einer Spezialisierung aufgezeigt.



Für welche Schmerzen sind Psychotherapeuten zuständig ...

Schmerzen sind häufig: Fast jeder von uns wird im Leben mehr oder weniger stark und lange unter Schmerzen leiden. Über 80 % aller Menschen erleben Phasen mit ausgeprägten Rückenschmerzen, ähnlich hoch ist das Risiko für Kopfschmerzen; beide nehmen übrigens im höheren Lebensalter ab, während andere Schmerzformen wie Gelenk- und Muskelschmerzen zunehmen. Hinsichtlich Prävalenz und Behandlungshäufigkeit ist Schmerz das führende Gesundheitsproblem (Klaus et al., 2013).

In Psychotherapeutischen Praxen ist Schmerz als Behandlung Anlass selten, Patientinnen und Patienten¹ wenden sich an ihren Arzt oder Facharzt. Patienten erwähnen Schmerzen oft überhaupt nicht, weil sie uns als nicht zuständig betrachten. Es handelt sich bei ihnen in der Regel nicht um „typische“ Schmerzpatienten. Für einfache akute Beschwerden ist die Wahrscheinlichkeit von Spontanremissionen hoch, sie können zudem meist wirksam behandelt werden. Zum Problem werden Schmerzen dann, wenn sie chronifizieren. Das betrifft etwa 2,8 % der Bevölkerung, d.h. die Patienten leiden unter chronischen Schmerzen, die kein Symptom einer zugrunde liegenden somatischen Erkrankung sind (Koppert, 2015). Bei etwa 7 % der Bevölkerung bestehen durch chronische Schmerzen erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen und damit auch Behandlungsbedarf (Kaiser et al., 2015).

Es sind vor allem psychische Faktoren, die das Risiko für den Übergang von akuten zu chronischen Beschwerden erhöhen. Patienten mit chronischen Schmerzen werden dennoch auch dann weiter ausschließlich medizinisch behandelt, wenn somatische Diagnostik und

Therapie erfolglos verlaufen. Erst wenn die Lebensqualität deutlich abnimmt, lange Krankschreibungen, sozialer Abstieg und Berentungen drohen, wiederholt erfolglose Operationen durchgeführt wurden, immer stärkere Medikamente mehr Schaden als Nutzen bringen und erst wenn sich psychische Komorbiditäten entwickeln, sind Psychotherapeuten gefragt. Dieser fatale Ablauf ist mit erheblichen Nachteilen für alle Beteiligten verbunden:

- Patienten werden medizinisch fehl- oder über- und psychotherapeutisch unterversorgt, ihr Schmerz wird zu einem komplexen bio-psycho-sozialen Problem;
- Ärzte erleben zunehmende Hilflosigkeit und Misserfolge bei chronifizierten Patienten;
- Psychotherapeuten als „letzte“ Instanz fühlen sich in der Regel bei Patienten mit langen und medizinisch komplizierten Vorgeschichten überfordert.

Dieses Dilemma ist auch unserem Versorgungssystem und seinen strukturellen, ökonomischen und berufspolitischen Besonderheiten geschuldet. Denn die Schmerzforschung und Therapie selbst war von Beginn an interdisziplinär konzipiert.

Die Internationale Schmerzgesellschaft² veröffentlichte eine noch immer gültige Definition von Schmerz. Danach ist Schmerz „eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlichem oder drohendem Gewebsschaden verbunden ist oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP, 1986). Das Erleben der Patienten, Wahrnehmung und Emotionen „machen“ Nozizeption³, also physiologische Prozesse, erst zu

Schmerz. Ein weiterer Punkt dieser Definition: Nozizeption ist keine Voraussetzung für Schmerz. Ob somatische Befunde vorliegen oder nicht, ist kein Kriterium für „echten“ Schmerz. Bei über 80 % der Rücken- und nahezu allen häufigen Kopfschmerzarten fehlen pathologische somatische Veränderungen. Es handelt sich in der Regel um reversible Funktionsstörungen. Dies gilt auch für die psychologischen Faktoren: Relevante psychische Störungen finden sich nur bei einer Minderheit der Schmerzpatienten (Wurmthaler et al., 1996; Demyttenaere et al., 2007). Regelmäßig bestehen schmerzspezifische Ängste, ungünstige Bewältigungsstrategien und subklinische Beeinträchtigungen des Befindens, die (noch) nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Nur bei einigen Patienten entwickeln sich mit der Zeit klinisch relevante und diagnostizierbare komorbide depressive oder Angststörungen.

Nach den derzeitigen Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien sind Patienten ohne F-Diagnose von der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen. Dies hat zu erheblichen Problemen auch bei der Entwicklung der stationären Schmerztherapie geführt: Ohne Diagnose keine Therapie. Auf Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft (früher DGSS) wurde für Schmerzpatienten deshalb in der Deutschen ICD-10 2009 die F45.41 (Chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren) eingeführt: Damit wurde überhaupt erst eine sozialrechtlich tragbare Grundlage für interdisziplinäre Behandlungen und Psychotherapie einer Patientengruppe geschaffen, die bisher „zwischen allen Stühlen“ saß (Rief et al., 2010).

Interdisziplinarität als Grundprinzip der Schmerztherapie

Die ersten Schmerzkliniken wurden 1960 in den USA für Soldaten mit Schmerzen durch kriegsbedingte

Bei etwa 7 % der Bevölkerung bestehen durch Schmerzen erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen und damit Behandlungsbedarf.

¹ Im Folgenden wird durchgängig der besseren Lesbarkeit wegen jeweils die männliche Form verwendet.

² Die International Association for the Study of Pain (IASP) hat derzeit über 7000 Mitglieder aus 33 Ländern und aus allen Fachgebieten, gibt das Journal „Pain“ heraus.

³ Nozizeption ist die Aktivität spezialisierter Nervenfasern bei der Übertragung potentiell schädigender thermischer, elektrischer, chemischer oder mechanischer Reize.

Kriterien „echter“ Interdisziplinarität

- Gemeinsame Verantwortung
- Gemeinsame Untersuchung
- Gemeinsame Erhebung von Befunden
- Transparenter Kommunikationsprozess
- Integration der Informationen innerhalb des Teams
- Keine diagnostischen oder therapeutischen „Auftragsarbeiten“

Kasten 1. (Strumpf et al., 1999)

Verletzungen aus dem zweiten Weltkrieg oder dem Koreakrieg gegründet. Von Beginn an wurde auch für diese Patienten mit eindeutigen organischen Befunden die Arbeit in interdisziplinären Teams praktiziert. Damals wurden Kriterien für Behandlungseinrichtungen und Regeln für die Zusammenarbeit festgelegt, die auch heute noch gelten.

Zwingend notwendig für Schmerzkliniken war von Beginn an die Verfügbarkeit verschiedener Fachdisziplinen, davon obligatorisch eine psychotherapeutisch/psychiatrische. Die bloße „Anwesenheit“ verschiedener Disziplinen wird als „Multidisziplinarität“ bezeichnet und wurde als nicht ausreichend betrachtet. Die geforderte „Interdisziplinarität“⁴ ist durch explizite Regeln für die Zusammenarbeit beschrieben und der Kern dieses Konzeptes (s. Kasten 1).

Diese in der Medizin eher ungewohnte Form der Kooperation mit „nichtärztlichen“ Fachrichtungen ist Grundlage für die jetzige Arbeit in Schmerzkliniken und -ambulanzen.

Direkt sozialrechtlich relevant sind diese Kriterien durch den „Operationen und Prozedurenschlüssel“ (OPS). Er definiert die Strukturkriterien für Behandlungen im DRG-System⁵. Die Schmerztherapie im Team (multimodale interdisziplinäre Therapie) wird durch die Komplexziffer 8-918 definiert. Mindestens zwei

4 In der Praxis arbeiten Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Physiotherapeuten zusammen, weitere Berufsgruppen sind, je nach Konzept, eingebunden und lernen voneinander.

5 Diagnosis Related Groups: Fallpauschalen-System, nach dem fast alle stationären und teilstationären Behandlungen abgerechnet werden.

Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) müssen beteiligt sein. Der Nachweis von Psychotherapie ist eine notwendige (und damit erlösrelevante) Voraussetzung für die Abrechnung dieser Komplexziffer. Die Kriterien werden von den medizinischen Diensten der Krankenkassen regelmäßig überprüft.

Das Modell scheint attraktiv zu sein: In über 400 Kliniken in Deutschland wird inzwischen interdisziplinäre Schmerztherapie praktiziert. Diese Kliniken haben neue Stellen für Psychologische Psychotherapeuten schaffen müssen. Während für die ärztliche Leitung eine Spezialisierung „Schmerztherapie“ verlangt wird, sind für die Psychotherapeuten noch keine Qualifikationskriterien vorgegeben. Bis 2011 wurde sogar lediglich eine „psychologische“ Beteiligung gefordert. Erst in der Fassung ab 2012 konnte durch die zuständigen Kommissionen, in denen die DGPSF⁶ mitarbeitet, die Approbation als Qualifikation festgeschrieben werden.

In einer gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin, in der ärztliche und psychologische Fachgesellschaften zusammenarbeiten, wurden 2015 Kriterien für Schmerzbehandlungseinrichtungen erarbeitet und sechs unterschiedliche Stufen der Versorgung von Patienten definiert (Müller-Schwefe et al., 2015). Für drei Versorgungsformen (Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin,

6 Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie- und Forschung, Fachgesellschaft mit über 450 Mitgliedern, überwiegend Psychologische Psychotherapeuten, AWMF-Mitgliedsgesellschaft.

Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum, Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie) wird mindestens ein Psychologischer Psychotherapeut mit der Zusatzbezeichnung „Schmerzpsychotherapie“ als festes Teammitglied gefordert, für Praxen und Ambulanzen mit gebietsbezogener Schmerztherapie sowie für Einrichtungen mit Fachkunde Schmerzmedizin ist eine verbindliche Kooperation mit Psychologischen Psychotherapeuten zwingend.

Von der Kommission werden erstmals auch Psychotherapeutische Praxen mit Schmerzschwerpunkt gefordert und definiert. Voraussetzung für die Leitung dieser neu zu organisierenden Institutionen ist die Qualifikation in Schmerzpsychotherapie. Aufgrund der steigenden Zahl tagesklinischer und stationärer Schmerzbehandlungseinrichtungen nimmt der Bedarf auch an ambulanter Psychotherapie als Weiterbehandlungsmöglichkeit stetig zu. Zudem sind inzwischen Versorgungsleitlinien beschlossen worden (NVL Kreuzschmerz), in denen die Zusammenarbeit mit Psychologischen Psychotherapeuten bereits bei der ambulanten Diagnostik und Therapie in Arztpraxen gefordert wird. Im ambulanten Bereich bestehen hier noch erhebliche Defizite, die empfohlene Versorgung von psychologischer Seite umzusetzen. Die konsequente Anwendung dieser Leitlinien wird zu einem weiteren Anstieg an Behandlungsbedarf für eine Patientengruppe führen, die bisher psychotherapeutisch häufig un- bzw. unterversorgt ist.

Ziele und Besonderheit einer Schmerz-Spezialisierung

In den letzten 20 Jahren wurden bedeutende Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen erzielt, bei denen zwar regelmäßig subklinische psychische Belastungen be-



Weiterbildung Schmerzpsychotherapie der LPK Rheinland-Pfalz

Die Weiterbildung hat einen Umfang von 80 Unterrichtseinheiten zur Vermittlung theoretischer Kenntnisse. Nachzuweisen sind 25 Stunden Supervision (Gruppe oder Einzel) sowie eine mindestens halbjährige Mitarbeit in oder die 18-monatige enge Kooperation mit einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung, die Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen und der Erstellung von 10 Fallberichten. Der Nachweis von 200 Stunden Praktischer Weiterbildung ist durch die Behandlungsfälle bei niedergelassenen Kollegen bzw. bei Mitarbeit in einer Schmerzbehandlungseinrichtung erbracht. Die Weiterbildung dauert mindestens 18 Monate.

Kasten 2

Schmerzpsychotherapeutische (Mit-)Versorgung führt zur Verbesserung der Lebensqualität und zu wirtschaftlicheren Behandlungen.

stehen, die Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung aber nicht erfüllt sind. Für immer mehr in der ICD genannte somatische Erkrankungen gewinnen psychologische Konzepte und Techniken an Bedeutung zur Erklärung und Behandlung.

Der Schwerpunkt schmerzpsychotherapeutischer Tätigkeit liegt im stationären und teilstationären Setting. Interdisziplinäre Teams arbeiten in Forschung und Behandlung von Schmerzen, zunehmend auch bei Krebserkrankungen, Diabetes, kardiologischen und neurologischen Erkrankungen und in der Palliativmedizin im Klinikalltag bereits ganz selbstverständlich zusammen. Das bedeutet einen großen, noch ungedeckten Versorgungsbedarf auch an anschließender ambulanter Psychotherapie. Eine psychotherapeutische (Mit-)Versorgung führt nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten, sondern auch zu wirtschaftlicheren Behandlungen. Und entscheidend für die Patienten: interdisziplinäre Therapie, z.B. von Rückenschmerzen, ist der üblichen medizinischen Behandlung hinsichtlich Schmerz und Befinden überlegen (Brömme et al, 2015).



Literaturhinweis

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

Ziel einer Weiterbildung ist es nun nicht, Patienten behandeln zu lernen, bei denen Schmerzen vor dem Hintergrund somatoformer/psychosomatischer Beschwerden auftreten. Die Behandlung dieser Störungsbilder ist Bestandteil der Ausbildung zum PP und KJP. Ein Weiterbildungsgang zur Schmerzpsychotherapie bezieht sich vielmehr auf Patienten mit chronischen Schmerzen, die zahlreiche somatische Vor- und/oder parallele Behandlungen haben (z.B. medikamentöse Behandlungen) sowie unter sozialen und psychischen Belastungen leiden, und die bis zur Einführung der F 45.41 nicht in unser übliches Diagnoseschema „passten“. Diese Patienten werden bisher in psychologischen Praxen überhaupt nicht oder nur selten behandelt. Schmerzpatienten gelten als schwer zugänglich und ihre Behandlung als wenig erfolgversprechend.

Die LPK Rheinland-Pfalz hat als erste Landeskammer bereits 2006 den Weiterbildungsgang Schmerzpsychotherapie eingeführt. Inhalte sowie der zeitliche Umfang des Weiterbildungsgangs wurden in Zusammenarbeit mit der DGPSF erarbeitet, sie orientiert sich in Teilen an der bereits etablierten curricularen Fortbildung zur „Speziellen Schmerzpsychotherapie“. Für die Einführung der Weiterbildung waren drei Anläufe notwendig: Bei zwei Abstimmungen wurde die Weiterbildung zunächst abgelehnt. In der Diskussion vor der dritten Abstimmung stellte ein niedergelassener Kollege mit langjähriger Erfahrung fest (Zitat aus dem Sitzungsprotokoll), „dass er diese Patienten bisher ohnehin weitergeschickt und nicht selbst behandelt habe. Erfahrungsgemäß sei die Motivation der Patienten eher gering und/oder die Mischung von somatischer und psychologischer Problematik kaum zu entwirren“. In der darauf folgenden dritten Abstimmung wurde die Schmerzpsychotherapie als erster Weiterbildungsgang in Rheinland-Pfalz einstimmig angenommen.

Eine überarbeitete Fassung der Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz wurde kürzlich beschlossen. Die Weiterbildung ist nicht methodengebunden: Es werden sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische Konzepte der Schmerzpsychotherapie vermittelt. Das Curriculum ist offen für PP und KJP: Schmerzpsychotherapie kann mit Schwerpunkt für Erwachsene und/oder für Kinder und Jugendliche absolviert werden (s. Kasten 2).

Seit der Einführung der Schmerzpsychotherapie als Weiterbildung in Rheinland-Pfalz ist der Stellenwert der psychotherapeutischen Mitbehandlung von Schmerzpatienten deutlich gewachsen. In Einzelfällen konnten durch den Nachweis einer speziellen Qualifikation auch Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen im ambulanten Bereich erwirkt werden. Mit curricularen Fortbildungen konnte die sozialrechtliche Aufwertung dieses Bereichs zuvor nicht erreicht werden.

Auch zukünftige Entwicklungen, wie die geplante Konzipierung eines neuen Studiengangs Psychotherapie, sind in der Folge unabdingbar mit der Etablierung einer Weiterbildungsordnung verbunden. Es ist davon auszugehen, dass auch in einem Direktstudium nicht vertiefend Wissen über Schmerzerkrankungen und die notwendigen Kompetenzen in der Behandlung vermittelt werden können. In der Ausgestaltung des Weiterbildungsrechts sind die Psychotherapeutenkammern relativ frei. Für Bereiche (Zusatzbezeichnungen) ergeben sich (im Gegensatz zu den Gebieten) nach den Vorgaben der Heilberufegesetze der Länder keinerlei Tätigkeitsbeschränkungen oder sonstige Einschränkungen. Die Ausformulierung der Regelungen für die Weiterbildungsgänge in Bereichen geschieht in den Weiterbildungsordnungen der Länderkammern. In den Weiterbildungsordnungen können auch Übergangsregelungen definiert werden, die langjährig erfahrenen Kollegen


die Möglichkeit zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung erleichtern. Es ist wichtig zu betonen, dass sich für approbierte Psychotherapeuten auch mit Einführung von Weiterbildungsbereichen an der bisherigen Behandlungspraxis und Zuständigkeit für sämtliche psychische Erkrankungen nichts ändern wird.

Die aktuelle Diskussion zur Weiterbildung in Psychotherapie zeigt verblüffende Parallelen mit der Entwicklung auf ärztlichem Gebiet: Der Einführung ärztlicher spezieller Schmerztherapie wurde massiver Widerstand entgegengebracht. Die verschiedenen Facharztgruppen betrachteten sich als jeweils alleine zuständig: Orthopäden für den Rücken, Neurologen für den Kopf und Anästhesisten als „Generalisten“ für alles. Über diesen fachlichen Aspekt hinaus bestanden Ängste, wichtige Patientengruppen abgeben zu müssen. In Abgrenzung zur allgemeinen Schmerztherapie, die Aufgabe aller Ärzte in der Pati-

entenversorgung ist, wurde vom Deutschen Ärztetag bereits am 8. Juni 1996 die Einführung dieser Bereichs- und Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ als Weiterbildung in Ergänzung zur Facharztkompetenz beschlossen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 31. Januar 1997 den Landesärztekammern die Übernahme der Richtlinien zur Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ empfohlen. Die letzte Landesärztekammer, die diese Empfehlung umsetzte, war die Bayerische Landesärztekammer im Jahr 2004.

Es ist zu hoffen, dass der Diskussionsprozess in den Landespsychotherapeutenkammern konstruktiver und schneller verläuft als in den Landesärztekammern. Psychologische Psychotherapeuten sind in stationären und teilstationären Einrichtungen in ursprünglich rein medizinischen Versorgungsgebieten bereits gut integriert, ihre In-

tegration in Strukturen und Hierarchien kann allerdings noch deutlich verbessert werden.

Die Erwartungen sind berechtigt, dass sich durch Verbesserungen der Versorgungsstrukturen auch im ambulanten Bereich verlässliche interdisziplinäre Konzepte entwickeln und dass dadurch Patienten mit chronischen Schmerzen schneller und spezifischer behandelt werden können. 

Dr. Paul Nilges

Psychologischer Psychotherapeut, bis 2015 Leitender Psychotherapeut DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Mitglied im Vorstand der DGPSF und in diversen Kommissionen der Deutschen Schmerzgesellschaft, Dozent und Supervisor in der Psychotherapeutenausbildung, Gründungsmitglied der LPK RLP.
E-Mail: nilges@uni-mainz.de





Manfred Vogt Spieleverlag



Das Das-tut-mir-gut-Spiel
Resilienz stärken bei Kindern und Jugendlichen mit belasteten Eltern
(ab 6 Jahre)



Das Sich-einigen-Spiel
Das Mediationsspiel für Kinder (ab 5 Jahre)



Das Land-der-Gefühle-Spiel
Emotionen zeigen und benennen in der kreativen Psychotherapie mit Kindern
(ab 4 Jahre)



Das Etwas-von-mir-Spiel
Spielerisch kommunizieren
60 Kommunikationskarten
(ab 10 Jahre)



Die Vier Yetis
Das Spiel für kreative Psychotherapie zum Überwinden von depressiver Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen
(ab 6 Jahre)

... und andere kreative Spiele unter:

www.mvsv.de

Manfred Vogt Spieleverlag | Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie NIK | Außer der Schleifmühle 40
D-28203 Bremen | Fon 0421 - 579 57 68 | Fax: 0421 - 579 57 69 | E-mail: spieleinfo@mvsv.de

Björn Husmann

Burnout-Diagnostik in der Praxis

Im Mittelpunkt dieses Beitrages stehen diagnostische Fragen hinsichtlich Burnout sowie Differenzierungsmöglichkeiten gegenüber depressiven Störungen. Außerdem werden die groben Linien der Behandlungsstrategien zusammengefasst. Den Hintergrund dazu bilden die 2014 von der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E) herausgegebenen „Praxis-Empfehlungen zur Diagnostik, Behandlung und Prävention bei Burnout“¹. Der Entstehungskontext dieses als Orientierungshilfe gedachten verdichteten Schemas einer derzeit sinnvoll erscheinenden klinischen Prozessstruktur wird einleitend kurz angerissen.

¹ http://www.dg-e.domainfactory-kunde.de/fileadmin/user_upload/downloads/Praxis-Empfehlungen/DG-E-Praxis-Empfehlung_2014_Burnout_Kurzversion.pdf; vgl. auch die niederländische Burnout-Richtlinie (Burisch, 2014, 18ff)

Ein kurzer Blick ins „umgebende Gelände“

Freudenbergers Begriff „Burnout“ und die Auseinandersetzung mit dem „Ausbrennen“ (Burisch, 2014) haben mit ca. 40 Jahren eine vergleichsweise kurze Geschichte, aber eine lange Vergangenheit. Sie stehen in der Tradition des Diskurses über „nervöse Erschöpfung“, ihrer Abgrenzung beispielsweise zu „rechtschaffender Müdigkeit“ nach mehr oder weniger erfolg-



reicher Anstrengung und ihren Behandlungsmöglichkeiten. Diese Thematik wird besonders seit Mitte des 19. Jahrhunderts ausgiebig und vielschichtig diskutiert („Zeitalter der Erschöpfung“², Martynkewicz, 2013). Auch heute ist das Interesse in der Fachöffentlichkeit weiterhin noch groß, das signalisieren etwa „Burnout-Kongresse“ wie Bad Kissingen 2014 mit ca. 1.200 Teilnehmern oder der MEG-Kongress 2016.

Die Dynamik dieser Debatte hatte sich in den letzten Dekaden bekanntlich merklich gesteigert. Der dabei oft verwandte „rundumscharfe“ Begriff des Erschöpfungssyndroms trug sicher zu ihrem teilweise inflationären Charakter bei und wurde deshalb mehrfach kritisiert (vgl. Kaschka et al., 2011). Er ist in seiner Vielgestaltigkeit allerdings ebenso wenig neu, wie die „gefühlte“ Erschöpfung vieler Menschen in der (Post-)Moderne. „Raste nie, doch haste nie, sonst hast d’ bald Neurasthenie“ war um 1900 ein geflügeltes Wort. Ein aktuelles Äquivalent ist die Annahme, Burnout wäre wie eine „Epidemie“, was durch die heutzutage verfügbaren Statistiken etwa über die steigende Zahl von Krankheitstagen wegen psychischer Problematiken auch nicht unplausibel erscheint (BPTK Hrsg., 2012, 2015, Jachertz, 2013). Diese Gemengelage führte zusammen mit den Eigengesetzlichkeiten von – zum Teil „küchenpsychologisch“ bzw. „hobbysoziologisch“ verkürzender – Presseberichterstattung oder dem „Outen“ vieler mehr oder weniger Prominenter zu einem regelrechten „Burnout-Hype“ in den Medien.

Offenbar auch als Reaktion darauf wurde das Thema seit einigen Jah-

2 E.H. Kisch (1887): „Die Nervenschwäche (Neurasthenie)“ ist dafür ein gutes Beispiel (zu finden auf de.wikisource.org). Bei Martynkewicz (2013) finden sich darüber hinaus noch viele weitere historische Aspekte bis hin zu Überschneidungen zwischen der Erschöpfungproblematik und Fragen der „sozialen Hygiene“, die in sogenannten Erbgesundheitsgesetzen vieler Länder und hierzulande in der Euthanasie der NS-Zeit mündeten (vgl. dazu auch Aly, 2012, Husmann, 2015).

ren verstärkt aus ärztlich-medizinischer Sicht betrachtet und eine auf Evidenz der Forschungsergebnisse fokussierende Perspektive erhielt größeres Gewicht. Es wurden z.B. zwei DIMDI-Studien durchgeführt; Ergebnis war unter anderem: Viele Menschen leiden tatsächlich unter Erschöpfung, es findet sich in der Literatur usw. aber kein allgemein verbindlicher wissenschaftlicher Konsens über eine Burnout-Definition; Forschungsergebnisse sind auch deshalb zum Teil mehrdeutig oder widersprüchlich und viele Fachdiskussionen sind nach akademischen Standards empirisch nur mäßig fundiert, vor allem besteht ein erheblicher Forschungsbedarf bezüglich Differentialdiagnostik³ (Korczak et al., 2010). Ebenso besteht großer Evaluationsbedarf hinsichtlich vieler in der (Fach-)Öffentlichkeit diskutierter Behandlungsmöglichkeiten (Korczak et al., 2012, vgl. auch Bundesgesundheitsblatt 2/12).

Diese Studien signalisieren, dass das „Ausgebrannt-Sein“ in der heutigen (Schul-)Medizin angekommen ist, aber auch ein gewisses „Gerangel“ um die Definitivität⁴. Darüber hinaus haben

3 Das dürfte zumindest ein Hintergrund der Burnout-Studie der TU Dresden sein. Dafür spricht, dass sie hinsichtlich ihrer Konzeption zwischen Klinischer Psychologie/Psychotherapie und Biopsychologie angesiedelt ist. Per Online-Befragung sollen „die Verbreitung des Burnout-Syndroms im gesamten deutschsprachigen Raum sowie biologische, psychologische und umgebungsbedingte Entstehungsfaktoren“ erforscht werden. Dazu werden Stresserleben, Schlaf- und Lebensqualität, ausgewählte Persönlichkeitsmerkmale und Arbeitsbedingungen erfragt. Es sollen aber auch Blut-, Haar- und Speichelproben untersucht werden, um z.B. die Cortisol-Konzentration zu erfassen und Profile im Sinne der Neuropattern zu erstellen, denn ein Schwerpunkt ist die Erforschung des „biologischen Stresspotentials“ (vgl. <https://burnout-studie.psych.tu-dresden.de>).

4 Dabei ist der Trend zur „Medizinisierung“ bzw. zur Orientierung am sogenannten „Gold-Standard“ der evidenzbasierten, akademisch geprägten Empirie sicher auch eine Gegenbewegung wider der zum Teil ins Spekulative driftenden „Psychologiesierung“ (oder zur mancherorts vorzufindenden „Spiritualisierung“) aber auch wider einer allzu radikalen Politisierung. Es sei nur am Rande angemerkt, dass jedes dieser Interpretationsschemata Berechtigung hat, dass aber keinem die alleinige Deutungsmacht gebührt und dass die Verabsolutierung einer Sichtweise der Versorgungsrealität bezüglich Erschöpfungproblematik vermutlich schaden würde.

sie Bedeutung für die konkrete therapeutische Arbeit. Burnout soll hierzulande auch künftig ein Phänomen bleiben, das „den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen kann“⁵. Singuläres Burnout (Z 73.0) stellt damit keine Indikation für erstattungsfähige Psychotherapie dar, weil es im ICD-10 nicht unter den F-, sondern unter den Z-Kategorien gelistet ist, so dass die Behandlung korrekterweise eine Präventions- oder eine Igel-Leistung sein müsste. Es nicht zu einer „echten Krankheit“ zu ernennen – ein „Upgrade“ ist in absehbarer Zeit für keines der offiziellen Krankheitsklassifikationssysteme geplant –, sondern ihm weiterhin allenfalls den Rang einer „Restkategorie“ (Korczak et al., 2010) beizumessen, ist also nicht zuletzt eine Wertung mit gesundheitspolitischen Folgen (vgl. Burisch, 2015, 8ff).

Im Gewährsein dieser Hintergründe, besonders aber wegen der ätiologischen Verbindung von Burnout zu anhaltend ungesunder Stressbelastung einerseits und der Tatsache andererseits, dass achtsamkeitsbasierte und Entspannungsverfahren deswegen eine prominente Rolle bei der Behandlung und Prävention spielen⁶ (Husmann & Nass, 2015, Krampen, 2013, DG-E Hrsg. 2011), gründete sich vor drei Jahren eine DG-E-Arbeitsgruppe. Ziel der AG war es, aus wichtigen Veröffentlichungen zum Thema eine integrative⁷, möglichst praxistaugliche Orientierungshilfe hinsichtlich Diagnostik und Prävention/Behandlung zu erstellen.

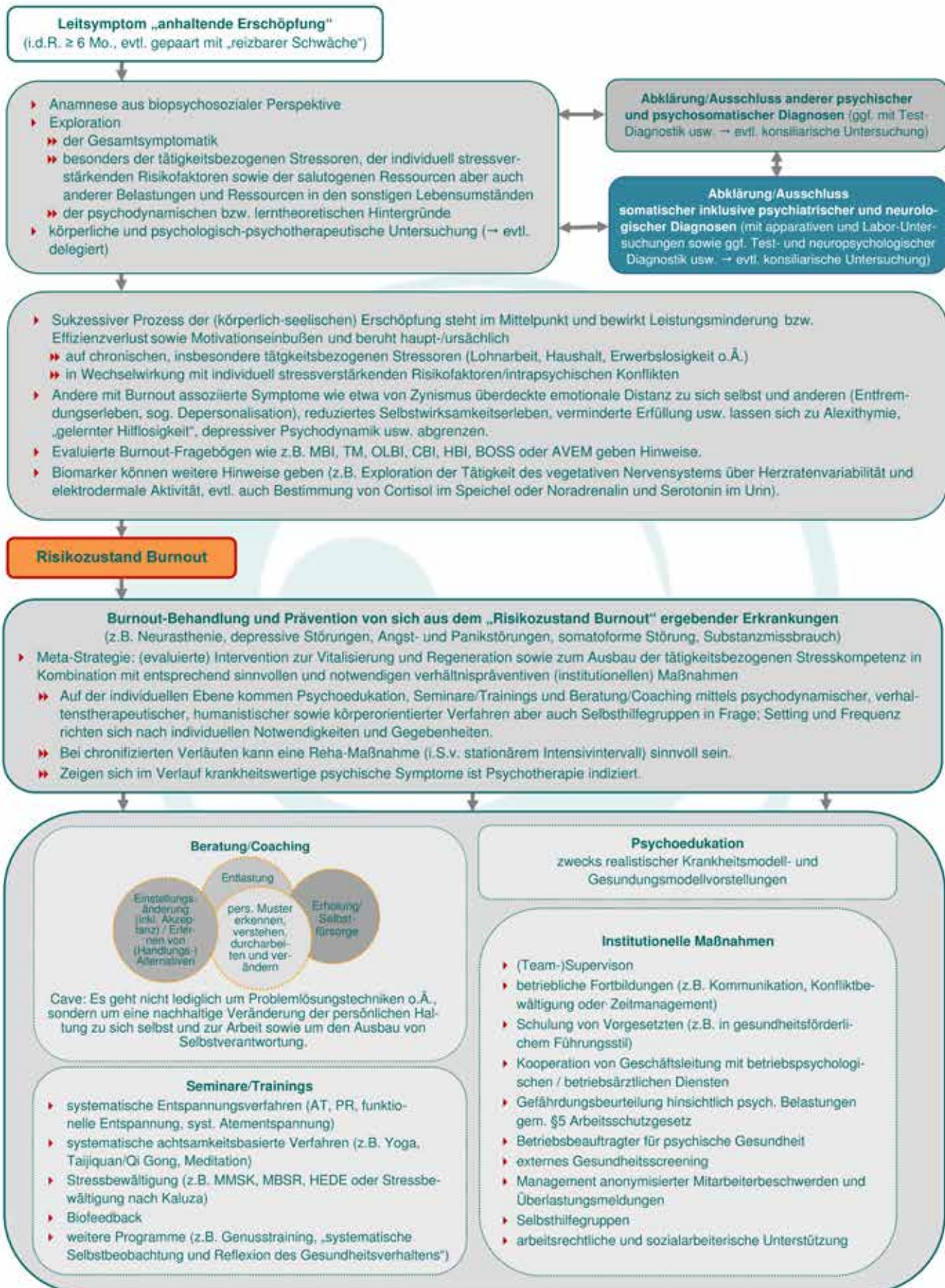
5 Überschrift des 11. ICD-10-Kapitels

6 Aufgrund der großen Wichtigkeit von Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren in Bezug auf die Prophylaxe nicht nur von Burnout wäre es eine wichtige Aufgabe von Kammern, Berufsverbänden usw., diesen Verfahren aber auch den mit ihnen verknüpften psychotherapeutischen Kernkompetenzen „Spannungsregulation“ und „Achtsamkeitsförderung“ mehr Beachtung und Unterstützung zu schenken.

7 Dabei sollten auch solche gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Ansätze berücksichtigt werden, die ansonsten eventuell verdrängt oder durch gesundheitspolitische Interessen ausgeblendet werden könnten, obwohl ihre prinzipielle Wirksamkeit z.B. international wenig bestritten wird.

„Raste nie, doch haste nie,
sonst hast d’ bald
Neurasthenie“
war um 1900 ein
geflügeltes Wort.

Praxis-Empfehlungen zur Diagnostik, Behandlung und Prävention bei Burnout



Die Quintessenz ist eine verdichtete Praxis-Empfehlung in Form eines Ablaufschemas⁸ (Husmann et al., 2014, siehe Abbildung links).

Burnout-(Ausschluss-) Diagnostik

Ausgangspunkt sind längerfristige Erschöpfungssymptome. Betroffene⁹ schildern sie z.B. als Kraft-, Initiativ-, Lust-, Interessens- und Energielosigkeit, Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Lähmung, Überanstrengung oder (Dauer-)Müdigkeit (vgl. Waeldin, Vogt & Hellhammer, 2015). Dabei sind Erschöpfungsgefühle nicht automatisch gleich Ermüdung¹⁰, selbst wenn sie mit entsprechenden Schlaf- und Erholungswünschen einhergehen. Oftmals bestehen neben einem mehr

oder weniger diffusen Schwächegefühl auch Überspanntheit und erhöhte Gereiztheit („reizbare Schwäche“, Burisch, 2014)¹¹. Erschöpfung wird dann eher wie ein durch Kraftlosigkeit gebremstes aber innerliches Getriebensein geschildert, weil eine wichtige Tätigkeit – aus zu explorierenden Gründen – zu keiner wirklichen, finalen Befriedigung führt.

Bei länger anhaltenden, besonders intensiven oder anderweitig suspekten Symptomen dieser Art bedarf es einer sorgfältigen (differential-)diagnostischen Abklärung (Burisch, 2014, Korczak et al., 2010), nicht zuletzt, um möglichst früh z.B. einer Chronifizierung vorzubeugen und gegebenenfalls sinnvolle Präventionsmaßnahmen einzuleiten¹². Vor allem ist aber zu berücksichtigen, dass unspezifische Erschöpfungsgefühle mit vielen körperlichen wie psychischen Erkrankungen einhergehen. Sie treten auch in der Prodromalphase und während der Rekonvaleszenz auf – z.B. eine diffuse Mattigkeit bevor eine Infektion richtig ausbricht oder nachdem sie abgeklungen ist – und

verweisen unter Umständen auf pathogene körperliche und/oder seelische Prozesse, die subtil Energie aufbrauchen, wie bei einem Kriechstrom, der die Autobatterie vorzeitig entlädt. Deshalb sind z.B. Stoffwechselerkrankungen oder (beginnende) psychische Störungen aktiv auszuschließen (siehe Tabelle 1).

Eine kompetente Diagnostik in diesem Sinne impliziert somit die klinische Qualifikation, entsprechende Diagnosen stellen bzw. ausschließen zu können. Andernfalls sollte sie als psychotherapeutische bzw. (fach-)ärztliche Konsiliaruntersuchung delegiert werden. Dieses „Ausschlussverfahren“ und dessen Dokumentation zu unterlassen, wäre nach aktueller Forschungslage nicht nur in berufsethischer Hinsicht problematisch, sondern unter Umständen auch ein Behandlungsfehler im Sinne der Patientenrechte (Husmann, 2012).

Burnout vs. depressive Störungen

Besonders häufig ist Differenzierung zwischen Burnout und (beginnenden) depressiven Störungen notwendig, denn Ausgebranntsein dient diesbezüglich oft als „Präsentationssymptomatik“. Dazu ist zunächst abzuklären, ob die

8 Jede Form, eine Art von Algorithmus herauszuarbeiten, bringt immer die Gefahr mit sich, zu einer Verwechslung von Landkarte (Theorie) und reale Landschaft (Patient) beizutragen, so dass unter Umständen von individuellen Gegebenheiten eines „Falles“ zu Gunsten eines schematischen Vorgehens abstrahiert wird. Dies wäre nicht im Sinne der Praxis-Empfehlung! Vielmehr soll sie eine Orientierungshilfe sein, die zu kritischen Reflexionen und Diskussionen anregt, was dann eventuell zu Modifikationen führt und schließlich vielleicht zu einer Konsensbildung beiträgt.

9 Selbstverständlich sind Männer und Frauen gleichermaßen gemeint, auch wenn im Text aus Gründen der Lesbarkeit nicht immer beide Genera genannt werden.

10 ICD-10: R53 „Unwohlsein und Ermüdung“ inkl. allgemeinem körperlichem Abbau, Asthenie o.n.A., Lethargie, Müdigkeit, chronische Schwäche o.n.A.

11 Unter anderem aus diesem Grund gilt es bei der Burnout-Diagnostik zu prüfen, ob die Kriterien für Neurasthenie (ICD-10: F 48.0) erfüllt sind.

12 Die vorgeschlagene Dauer der Symptome bezieht sich also nicht auf den Interventionszeitpunkt, sondern hat den Sinn, die Diagnose „Risikozustand Burnout“ nicht inflationär zu gebrauchen.

Somatische Störungen		Psychische Störungen	
▶ Anämien	▶ Lymphome	▶ Neurasthenien	
▶ Eisenmangel	▶ Leukämien	▶ depressive Störungen	
▶ Hypothyreose	▶ entzündliche Systemerkrankungen	▶ Anpassungsstörungen	
▶ Diabetes	▶ Dysomnien	▶ somatoforme Störungen	
▶ (Neben-)Niereninsuffizienz	▶ obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom	▶ Angst- und Zwangsstörungen	
▶ Herzinsuffizienz	▶ Restless-Legs-Syndrom	▶ Posttraumatische Belastungsstörungen	
▶ COPD	▶ degenerative Erkrankungen des ZNS	▶ Essstörungen	
▶ Tuberkulose	▶ Fibromyalgie	▶ narzisstische oder andere Persönlichkeitsstörungen	
▶ Borreliose	▶ Chronic-Fatigue-Syndrom	▶ Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Tranquillizer, Medikamente zur Leistungssteigerung / „Neuro-Enhancement“)	
▶ HIV	▶ allgemeine Ermüdung, z.B. nach schwerer Arbeit oder zu wenig Schlaf (ICD-10: R53)	▶ psychogene Schlafstörungen	
▶ Malignome	▶ Nebenwirkungen von Medikamenten usw.		

Tabelle 1. Auswahl von Störungen, bei denen in der Regel signifikante Erschöpfungsgefühle auftreten (modifiziert nach Korczak et al. 2010, 23 bzw. von Känel, 2008, 480)

Länger anhaltende, besonders intensive oder anderweitig suspekte Erschöpfungssymptome bedürfen der sorgfältigen, diagnostischen Abklärung.

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte

**NUMERUS
CLAUSUS
PROBLEME?**

Hohe Erfolgsquoten in allen Numerus clausus-Fächern, z.B. im Fach **Psychologie: 100% Erfolg** mit unserer Strategie – auch im Masterstudien-gang!

Wir haben die Erfahrung.

Oststraße 2
48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Erschöpfung tritt bei vielen körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen auf, deswegen ist Burnout-Diagnostik zunächst ein „Ausschluss-Verfahren“.

(DSM- bzw.) ICD-Kriterien für (rezidivierende) depressive Episoden, Dysthymia, gemischte Störung mit Angst und Depression, Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion usw. erfüllt sind. Andererseits ist zu explorieren, ob der Erschöpfungsprozess in signifikantem Ausmaß Auswirkung einer depressiven Psychodynamik ist. Folgende Aspekte haben sich dazu als hilfreich erwiesen (vgl. auch Burisch, 2014, 255ff, 2015, 10):

- Bei Burnout geht die (emotionale) Erschöpfung usw. zumindest in frühen Phasen weniger mit Selbstentwertungstendenzen, Selbstanklagen, grundsätzlichen Schuldgefühlen oder tiefgreifenden Versagensideen usw. einher.

Die Ursachen werden nachvollziehbar, einfühlbar und nicht im Sinne einer fixierten „Opfer-Rolle“ in real vorfindlichen äußeren Umständen verortet (ständige Überforderung, Hetze, dauernde Konflikte, problematische Arbeitsorganisation usw.). Bei depressiven Erkrankungen wird der eigentliche Morbus letztlich in der eigenen Person erlebt („in Wirklichkeit bin ich ja selber schuld, ich versage sowieso dauernd ...“).

- Burnout-Betroffene überschätzen ihre Kräfte eher (siehe Beispiel/Kasten), bei Depressionen herrschen alsbaldige Resignation oder eine chronifizierte „Schonhaltung“ vor. Das heißt

bei Burnout finden sich zumindest in frühen Phasen oft Formen des Gegen-An-Gehens und -Kämpfens. Der dabei verstärkte Energieeinsatz vermehrt allerdings die Erschöpfung, was irgendwann die Verleugnung von Grenzen sowie die Idealisierung der eigenen Leistungsfähigkeit aufhebt und in einer Enttäuschung von sich selbst mündet, die dann mit dem Gefühl des Scheiterns und/oder mit Selbstentwertungstendenzen einhergehen kann. Hier geht Burnout in Erschöpfungsdepression über (Wolfsdorf, 2012). Bei depressiver Dynamik herrscht hingegen in der Regel ein generell pessimistisch-abwertendes „Schaff ich sowieso nicht!“ vor.

Zur Illustration: Aus dem Feld der Essstörungen ist bekannt, dass Betroffene häufig unter einer Störung des Körperschemas leiden und sich unabhängig von ihren realen Körpermaßen schnell unansehnlich fühlen. Als psychische Hintergründe werden Verunsicherbarkeit, Schamabwehr, idealisierte Erwartungen usw. in Kombinationen mit der Verinnerlichung eines übersteigerten Schönheitsideals angenommen, wobei der allgemeine gesellschaftliche „Jugendwahn“, die Sexualisierung von Werbung, idealisierte Rollenerwartungen usw. wichtige verstärkende Faktoren darstellen. Bei manchen Burnout-Betroffenen könnte analog von einer „Leistungsschema-Störung“ gesprochen werden, durch die die Wahrnehmung erbrachter Arbeiten verzerrt wird. Hier spielen auf der individuellen Ebene z.B. rigide Über-Ich-Strukturen, überhöhte Ich-Ideal-Forderungen, Konkurrenzstreben oder Geltungsbedürfnis eine Rolle aber auch der gesellschaftliche Imperativ des „höher – schneller – weiter“ oder Rollenerwartungen des übereifrigen, nicht nur moralisch flexiblen Mitarbeiters usw., wie sie in manchem Studiengang oder Jobcenter propagiert werden. Neben Entlastung und Regeneration usw. wäre es im therapeutischen Prozess sinnvoll – auch damit es nicht alsbald Rückfälle in alte Muster eines „Extrem-Jobbers“ (Haubl) gibt – wenn sich Burnout-Betroffene ihrer von Idealisierung verzerrten Selbst- und Fremdwahrnehmung gewahr würden und ihre Leistungen realistischer einzuschätzen lernen. Mittelfristig ginge es also um die Anerkennung eigener Grenzen sowie die Einsicht, nicht „unkaputtbar“ zu sein (Husmann & Krause, 2009). Positiv formuliert: Wenn nach dem Durcharbeiten von persönlicher Vulnerabilität usw. Selbstfürsorge und Selbstverantwortung bezüglich der eigenen Salutogenese eine höhere innere Wichtigkeit bekommen, wird das umfassende persönliche Wohlergehen bei zukünftigen Entscheidungen angemessen(er), prioritär(er) berücksichtigt. Deshalb kann am Ende einer Behandlungssequenz gegebenenfalls auch die Entscheidung stehen, aufgrund der Einsicht, z.B. in den Chronifizierungsgrad, eine stationäre Intensivphase in Form einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha zu absolvieren, ein Sabbatjahr einzulegen oder den Arbeitsplatz/-bereich ganz zu wechseln, wenn dort keine substanziale Veränderung des persönlichen Arbeitsmodus usw. möglich ist.

- Bei Burnout ist die Fähigkeit zur Freude bei euthymen Aktivitäten in der Regel erhalten, aber solche Situationen werden aufgrund der Energielosigkeit weniger herbeigeführt oder aufgesucht und weniger intensiv bzw. vital ausgekostet. Gewinnen Burnout-Betroffene allerdings in der Lotterie, können sie sich auch freuen. Bei depressiver Dynamik herrscht Anhedonie vor, also die Unfähigkeit bzw. Sperrung, sich innerlich zu freuen. Deshalb drängen sich auch bei einem Geldgewinn z.B. Hoffnungs- und Sinnlosigkeitsgedanken schnell wieder in den Vordergrund.
- Als mit Burnout assoziiertes Symptom wird in der Literatur reduziertes Selbstwirksamkeitserleben genannt. Diesbezüglich wäre zu prüfen, ob eventuell schon früher z.B. „gelernte Hilflosigkeit“ bestand. Ähnliches gilt für das Burnout-Begleitsymptom Depersonalisation („Entfremdung“, unter Umständen von Zynismus überdeckte emotionale Distanz zu sich und/oder anderen wie Familie, Kunden oder Patienten). Diesbezüglich wäre zu explorieren, ob eventuell auch schon früher eine Tendenz z.B. zu Alexithymie gegeben war. In Bezug auf die

bei Burnout häufig angeführte verminderte Erfüllung wäre genauer zu erkunden, wie sich diese entwickelt hat und ob sie nicht eventuell Ausdruck einer allgemeinen „inneren Leere“ oder von generell pessimistisch-resignativen (Denk- und Bewertungs-)Mustern ist.

Weitere Hinweise auf eine latente depressive Störung können sein (vgl. Wolfersdorf, 2012, Mentzos, 2009):

- negatives Selbstbild, häufiges Zurückbleiben hinter eigenen Erwartungen (internalisierte Idealbilder), häufige Schamgefühle (Scheitern gegenüber dem Ich-Ideal)
- mangelndes, instabiles oder verletzliches Selbstwertgefühl (narzisstische Störungskomponente)
- rigide Norm- und Leistungsorientierung z.B. „zwanghafte Arbeitsorganisation“, Perfektionismus (strenges Über-Ich, anankastische Störungskomponente)
- Aggressionshemmung, Fehlen von Zugreifen-Können, Konfliktvermeidung, indirekte oder passive Aggressivität
- Ich-Insuffizienz, z.B. überdeckt von „erlernter Hilflosigkeit“ mit verdeckten Forderungen an das Umfeld
- Bedürftigkeit, hoher Zuwendungsbedarf („Oralität“), symbiotische Beziehungsmuster
- „psychischer Schmerz“ als innerer Druck oder Spannung, dem z.B. durch (übermäßiges) Arbeiten zu entkommen versucht wird
- allgemeiner Rückzug, fehlende Entwicklungs- bzw. Zukunftsperspektiven (gegebenenfalls bis zu latenter Suizidalität).

Sind andere mögliche somatische und/oder psychische Erschöpfungsursachen abgeklärt, d.h. sind analog zu diesem Vorgehen bezüglich depressiver Störungen andere Diagnosen wie z.B. Neurasthenie abgegrenzt, so ist der Kern der weiteren Burnout-Diagnostik die Klärung, ob und wie die beklagte Erschöpfung haupt-/ursächlich auf

tätigkeitsbezogenen Stressoren in Kombination mit persönlichen, stressverstärkenden Risikofaktoren bzw. Konfliktmustern beruht. Dabei ist „Tätigkeit“ aber nicht per se mit entlohnter Arbeit gleichzusetzen, sondern kann sich z.B. auch auf familiäre oder ehrenamtliche Arbeiten oder Erwerbslosigkeit beziehen. Weiterhin ist zu explorieren, ob auch objektiv Leistungsminde- rung und Effizienzverlust vorliegen. Für eine Burnout-Diagnose würde sprechen, dass sich die Erschöpfung im Zusammenhang mit länger bestehender Überlastung in der Regel sukzessive, wenngleich vielleicht oszillierend aufgebaut hat und nicht lediglich eine Reaktion auf eine einmalige, zeitlich eng umschriebene Belastungssituation ist. Wenn die Erschöpfung trotz qualitativ und quantitativ ausreichender Erholungsphasen sowie euthymen Ausgleichsaktivitäten nicht (mehr) signifikant abnimmt, ist das ein weiteres Indiz. Evaluier- te Burnout-Tests oder die Untersuchung von Biomarkern können eine Burnout-Diagnose noch weiter untermauern; sie ergänzen eine persönliche Diagnostik („face to face“), ersetzen sie aber nicht.

Burnout-Behandlung und Prävention

Kann die Diagnose „Burnout“ schließlich gestellt werden, kommt das nach gegenwärtigem Kenntnisstand der Feststellung eines „Risikozustandes“ gleich, aus dem heraus sich ohne angemessene Unterstützung mit einiger Wahrscheinlichkeit weitere somatische, besonders aber weitere psychische Störungen entwickeln würden (DGPPN, 2012). Insofern ist oft eine anschließende, fachkundige Burnout-Behandlung als zweckmäßige Prävention weiterer Störungen indiziert. Dazu wird in der einschlägigen Literatur¹³ ein breiter Strauß von Möglichkeiten aufgeführt, die teilweise bereits evaluiert sind

¹³ Literaturangaben finden sich in der Praxis-Empfehlung, Download-Möglichkeit s. Fußnote 1.

(vgl. Bundesgesundheitsblatt 2/12, Korczak et al., 2012) und die in der Praxis-Empfehlung zu verschiedenen Modulen geclustert wurden. Entsprechend der Gegebenheiten des konkreten Falles kann aus diesen Modulen „baukastenartig“ ein Behandlungsplan zusammengestellt werden.

Auf der persönlichen Ebene werden zumindest beginnend in der Regel vitalisierende und regenerierende Maßnahmen im Vordergrund stehen. Dazu zählen unter anderem die fachgerechte Einführung in ein systematisches achtsamkeitsbasiertes und/oder Entspannungsverfahren¹⁴ sowie dessen regelmäßiges, eigenständiges Praktizieren. Ebenso ist es in der Regel notwendig, die tätigkeitsbezogene Stresskompetenz in individuell relevanten Bereichen zu fördern. Um

¹⁴ Vgl. DG-E-Richt- und Leitlinien zu Autogenem Training, Progressiver Relaxation, Yoga oder Multimodaler Stresskompetenz auf www.dg-e.de > Über die DG-E > Regularien

Die Diagnose „Burnout“ zu stellen, bedeutet einen „Risikozustand“ festzustellen, aus dem heraus sich mit einiger Wahrscheinlichkeit weitere psychische und/oder somatische Störungen entwickeln.



EGO-STATE-THERAPIE Zertifizierte Fortbildung in Bonn Susanne Leutner und Elfie Cronauer

Seminar 1 am 04.+05.11.2016

Vorstellung des Ego-State-Modells und Weiterentwicklungen, Ressourcenvolle Ego-States, Basistechniken der Kontaktaufnahme

Seminar 2 am 27.+28.01.2017

Kontaktaufnahme mit verletzten Ego-States, hilfreiche Verbindung zu Ressourcen

Seminar 3 am 31.03.+01.04.2017

Es wird z.T. anhand eigener Fälle der TN, die Anwendung neuer und bekannter Techniken vorgestellt und geübt. So werden Sicherheit und Kreativität gestärkt.

Seminar 4 am 19.+20.05.2017

beschützende und traumatisierte Ego-States, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen

Fortgeschrittene 1 am 02.+03.09.2016

Arbeit mit komplexer Traumatisierung und mit Dissoziation, besondere Techniken, Verbindung mit anderen therapeutischen Ansätzen

Fortgeschrittene 2 am 18.+19.11.2016

Die Körpersprache der Ego-States.

Fortgeschrittene 3 am 13.+14.01.2017

Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Fortgeschrittene „Kinder“ am 23.+24.09.2016 mit M.Budde,Düsseld. Besonderheiten des Ego-State-Ansatzes in der Kindertherapie


Jeweils 16 Unterrichtseinheiten, Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State Therapeut/in der EST-DE, PTK-Punkte; Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de
355 Euro pro Seminar, bei vier oder mehr Seminaren je 338 Euro.



persönliche Konfliktmuster durcharbeiten, die z.B. eine Vulnerabilität bedingen bzw. aufrechterhalten oder die die salutogene Selbstfürsorge limitieren (siehe Beispiel/Kasten), sind darüber hinaus am Individuum ansetzende Interventionen sinnvoll und zweckmäßig. In diesem Sinne gehören gegebenenfalls auch (Adressen-)Vermittlung zu Gewerkschaften, Arbeitsrechtlern und Selbsthilfegruppen oder die Aufklärung über sozialrechtliche Möglichkeiten zur individuellen Burnout-Therapie. Neben psychotherapeutischer Kompetenz sind also gute Vernetzung, aktuelle Kenntnisse über Informationsmöglichkeiten usw. ebenfalls wichtige Qualitätsmerkmale professioneller und „ganzheitlicher“ Burnout-Therapie. Übergeordnetes Ziel all dieser personenzentrierten Maßnahmen sind Stärkung der Autonomie („Hilfe zur Selbsthilfe“) und Aufbau der Selbstverantwortlichkeit.

Gleichzeitig bedarf es auch der „System-Interventionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2/12, Korczak et al., 2012), um auf der institutionellen Ebene z.B. Risikofaktoren zu minimieren, nicht zuletzt damit die Wirkung individuell erarbeiteter Fortschritte nicht alsbald wieder verpufft. Entsprechende Qualifizierung des Therapeuten und Übereinstimmung mit dem „Leitfaden Prävention“ der GKV vorausgesetzt, wäre es sinnvoll, die Kostenübernahme für einen Kurs z.B. in Autogenem Training, Progressiver Relaxation, Yoga oder Stressbewältigung, psychoedukative Firmen-Seminare oder Impulsvorträge im Sinne einer betrieblichen Präventionsleistung mit Krankenkassen auszuhandeln. Ebenso kann auch der Arbeitgeber z.B. ein Gesundheitscoaching zumindest bezuschussen, wobei eventuell der Hinweis nützt, dass solche Ausgaben unter bestimmten Bedingungen steuerlich geltend gemacht werden können¹⁵.

In diesem Zusammenhang sei noch kurz daran erinnert, dass der überwiegende Teil der Kosten für die Burnout-Diagnostik und -Behandlung/Prävention bisher in der Regel zu Lasten der Kranken- und Rentenversicherung oder der Betroffenen geht. Im Sinne der Ursachen für Burnout wäre es nach gegenwärtigem Kenntnisstand aber angezeigt, Unternehmen, z.B. nach nicht umgesetzter Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich psychischer Belastungen gemäß Arbeitsschutzgesetz, auch faktisch angemessen an den (Behandlungs-)Kosten usw. zu beteiligen und sie ebenso hinsichtlich Burnout-Prophylaxe gesetzlich sowie politisch adäquat in die Pflicht zu nehmen. 



Björn Husmann

Psychologischer Psychotherapeut (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Autogenes Training, Gestalttherapie), niedergelassen in Bremen, erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E).
E-Mail: praxis@bjoern-husmann.de

¹⁵ Zum Beispiel „Einkommensteuergesetz (EStG), § 3 Nr. 34 ‚Betriebliche Gesundheitsförderung‘: Steuerfrei sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Sozialgesetzbuches genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen.“ (Bundesministerium für Gesundheit Hrsg. 2011, 17). Für die Umsetzung von § 20 und 20a SGB V siehe GKV-Spitzenverband Hrsg. 2014, 59 ff und 76 ff.



Literaturhinweise

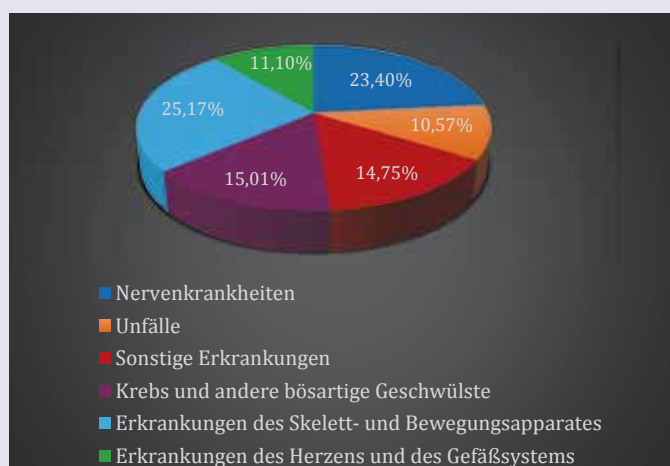
Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.



Einkommenseinbußen durch Arbeitskraftverlust

Es gibt Berufe, bei denen das hohe Risiko einer Berufsunfähigkeit offensichtlich ist: z.B. bei Dachdeckern oder Fliesenlegern. Wer beispielsweise viel am Schreibtisch arbeitet, glaubt deshalb häufig, er könne gar nicht berufsunfähig werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund gibt an, dass jeder vierte Arbeitnehmer frühzeitig berufs- oder erwerbsgemindert wird.

Ursachen sind häufig Erkrankungen des Skeletts oder der Muskulatur sowie Herz- und Kreislauferkrankungen. Auch psychische Erkrankungen sind zunehmend Auslöser für eine Berufsunfähigkeit.



Die Versorgungswerke für Psychotherapeuten bieten nicht nur eine Altersversorgung, sondern erbringen auch Leistungen im Fall der vollständigen Berufsunfähigkeit.

Maßgeblich ist die Betrachtung, ob der Psychotherapeut noch in der Lage ist, seinen Beruf in irgendeiner Weise auszuüben. Sollte dies auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen gar nicht mehr möglich sein, muss er seine berufliche Tätigkeit komplett aufgeben und dies

auch entsprechend nachweisen. Erst dann wird die bis zu diesem Zeitpunkt erworbene Berufsunfähigkeitsrente geleistet. Somit wird ausschließlich das Risiko der absoluten Existenzvernichtung abgesichert.

Die private Berufsunfähigkeitsversicherung leistet bereits ab einer Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit von 50%! Es wird ab Eintritt der Berufsunfähigkeit die fest vereinbarte Rente geleistet.

Um das Risiko für den Versicherer kalkulierbar zu machen, findet bei diesem Versicherungszweig immer eine Gesundheitsprüfung statt. Auf Grund der teilweise sehr zurückhaltenden Risikopolitik mancher Anbieter, bestehen oftmals Schwierigkeiten im Annahmeverfahren zur Berufsunfähigkeitsversicherung. Daher ist es angeraten, bei vorhandenen medizinischen Diagnosen die Möglichkeit einer Vorabprüfung des Risikos in Anspruch zu nehmen, um dann zu entscheiden, ob sich der Abschluss eines solchen Vertrages lohnt oder ob dann gegebenenfalls auf Alternativen, wie zum Beispiel die Existenzschutzversicherung, zurückgegriffen werden sollte.

Unser Motto: vom Kollegen für Kollegen – Herr Dipl. Psych. Wolfgang Elbrecht und das Team der Elron Versicherungsmakler GbR stehen Ihnen als Wirtschaftsdienst der DPtV zur Ermittlung des konkreten Bedarfs sehr gern zur Verfügung.



Elron Versicherungsmakler GbR

Menzelstraße 26
45147 Essen
Telefon 0201 722-1544
info@elrongbr.de
www.elrongbr.de



Jürgen Tripp

Budgetbasiertes Entgeltsystem statt PEPP – Ist das die Lösung?

In der letzten Ausgabe der *Psychotherapie Aktuell* wurden die Positionen der Bundespsychotherapeutenkammer und der Gewerkschaft ver.di zur Reform des Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik dargestellt. ver.di Vertreter Michael Krömker warnte dabei nachdrücklich vor den negativen Folgen eines Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und plädierte vorerst für die Beibehaltung und 100%ige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz kritisierte die Psych-PV als veraltet und warb für ein Hybrid-System aus Preis- und Budgetsystem mit verpflichtenden Anforderungen an die Personalausstattung, siehe dazu auch BPTK-Fokus „Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“ (Newsletter 04/2015 <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-newsletter.html>).

In dieser Ausgabe wollen wir die Auseinandersetzung mit dem Thema fortsetzen und freuen uns, dass auch die DGPPN einen Beitrag beisteuert, der für ein Budgetbasiertes Entgeltsystem wirbt, dass von einer Reihe von Verbänden aus Psychiatrie, Psychosomatik, Krankenpflege und Angehörigen Psychisch Kranker vertreten wird, die in der „Plattform Entgelt“ zusammengeschlossen sind. Das Budgetbasierte Entgeltsystem ist ein Alternativvorschlag zum PEPP-System, der im Rahmen des von Gesundheitsminister Gröhe geplanten strukturierten Dialoges zum Entgeltsystem, in die Diskussion eingebracht wird.

Begrüßenswert ist aus Sicht des Angestelltenausschusses der DPtV an diesem Modell, dass der Personalbedarf evidenzbasiert und orientiert an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien ermittelt werden soll. Hierdurch wäre eine

Anpassung des Personalbedarfs an den wissenschaftlichen Fortschritt auch im Bereich der Psychotherapie möglich, was bisher im Rahmen der Psych-PV nicht der Fall war. Weiterhin ist die Forderung zu begrüßen, dass die Personalausstattung vollständig und dauerhaft zu finanzieren ist. Dadurch würde ein stetiger Rationalisierungsdruck wegfallen, der derzeit dadurch entsteht, dass z.B. Tarifierhöhungen nicht vollständig gegenfinanziert werden. Die Zuordnung des Personalbedarfs zu einzelnen Behandlungsmodulen soll durch eine Expertenkommission festgelegt werden. Dies erscheint einerseits positiv, da hier nun der Personalbedarf von Fachleuten anhand von sachlichen Kriterien definiert würde. Andererseits könnte die Gefahr entstehen, dass Verteilungskämpfe zwischen verschiedenen Interessengruppen dann in diesen Expertenkommissionen ausgetragen würden, und es würde sich für uns die Frage stel-

len, inwieweit eine angemessene Ausstattung mit psychotherapeutischem Personal hier Berücksichtigung finden würde.


Begrüßenswert ist weiterhin die Zielsetzung, dass der Dokumentationsaufwand und der Misstrauensaufwand auf ein notwendiges Mindestmaß reduziert werden sollen. Zwar ist ein gewisses Maß an Dokumentation zur Herstellung von wünschenswerter Leistungstransparenz notwendig, aber gerade die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass es im Rahmen der PEPP-Einführung zu einem exzessiven Anstieg des Dokumentationsaufwandes gekommen ist. Und dies belastet die sowieso schon knappen Personalressourcen für die Patientenversorgung zusätzlich und erheblich.

Kritisch wird gegen das Budgetbasierte Entgeltsystem, z.B. von der BPTK, eingewendet, dass die Anforderungen an die Personalaus-

stattung nicht verbindlich festgeschrieben werden sollen und somit auch nicht direkt überprüfbar sind und dass die bisher bestehenden großen Ungleichgewichte in der Vergütung zwischen verschiedenen Krankenhäusern tendenziell bestehen bleiben und es nicht gleiches Geld für gleiche Leistung gibt.

Für uns zeigt sich an der bisherigen Diskussion – auch bei Unterschieden in den Zielvorstellungen – dass in der Fachwelt mittlerweile ein weitgehender Konsens dazu besteht, dass das PEPP-System in seiner bisherigen Form Fehlanreize setzt und nicht dazu geeignet ist, die Qualität der Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik aufrecht zu erhalten oder gar zu verbessern.

Es bleibt also zu hoffen, dass im Rahmen des strukturierten Dialoges zum Entgeltsystem die Kritik gehört wird und die konstruktiven Anregungen der verschiedenen

Vorschläge berücksichtigt werden. Letztlich zeigt sich, ob eine stärkere Orientierung an Qualität und damit an einer guten Personalausstattung unter Berücksichtigung neuer Heilberufe oder eine Orientierung an wirtschaftlicher Rationalisierung im Vordergrund steht. 

Es bleibt also zu hoffen, dass im Rahmen des strukturierten Dialoges zum Entgeltsystem die Kritik gehört wird.

Dr. Jürgen Tripp

Psychologischer Psychotherapeut. Tätigkeit als Vorstandreferent des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie (DVT) sowie Psychotherapeut in privater Praxis. Mitglied des Angestelltenausschusses der DPTV.



Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die unten aufgeführten wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände, die die medizinische, pflegerische und ökonomische Expertise in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfassend repräsentieren, le-

gen gemeinsam ein Konzept für die Einführung eines grundsätzlich alle Behandlungsformen umfassenden Entgeltsystems vor. Dieses Konzept umfasst alle durch Krankenhäuser zu erbringenden Leistungen in den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie. Das vorliegende Budgetsystem ist dabei insbesondere an bedarfs- und qualitätsorientierten strukturellen Elementen ausgerichtet. Das Budgetbasierte Entgeltsystem ist geeignet, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend deren besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten und

die sachgerechte Weiterentwicklung der regionalen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in allen Behandlungssettings zu fördern. Es entspricht den Zielen, die in § 17d KHG formuliert sind, und überführt das aktuell in Entwicklung befindliche, auf Durchschnittspreise fokussierte PEPP-System (PEPP – Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) in ein leistungsorientiertes transparentes Budgetsystem.

Die im Rahmen der bisherigen Entwicklung eines neuen Entgeltsystems geführten Diskussionen und gemachten Erfahrungen haben gezeigt, dass eine reine Durchschnittspreisorientierung, wie sie im PEPP-System vorgesehen ist, für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung nicht geeignet ist. Die Finanzierung muss verstärkt auf die tatsächlichen Versorgungs- und Leistungsstrukturen und damit auch auf regionale bzw. krankenhausspezifische Aufgaben ausgerichtet werden. Die oben genannten Fachgesellschaften und Verbände haben am 5. Juni 2015 Eckpunkte veröffentlicht, die die Anforderungen an ein Finanzierungssystem und den Weiterentwicklungsbedarf am PEPP-System herausstellen.

Grundlegendes Prinzip des nun auf der Basis der Eckpunkte vorgelegten Entgeltsystems ist die Trennung von krankenhausspezifischer Budgetfindung auf der Basis von evidenzbasierten merkmalsbezogenen und leistungsbezogenen Modulen und der Abrechnung in Form von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.

Das Konzept sieht vor, dass auf Grundlage bundeseinheitlich definierter, struktureller Kriterien (erforderliche personelle Ausstattung, milieutherapeutische Erfordernisse, besondere krankenhausspezifische Strukturkriterien für Basiskosten, besondere Aufgaben und Pflichtversorgung) krankenhausspezifische Budgets durch die Verhandlungspartner auf der lokalen Ebene zu vereinbaren sind. Die Ermittlung der erforderlichen personellen Ausstattung erfolgt, wo möglich, evidenzbasiert quantitativ – bezogen auf den Zeitaufwand der Behandlung – sowie qualitativ in Bezug auf die erforderlichen Kompetenzen der Therapeuten.

Hierzu wird der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) ermittelt. Die Patienten werden auf der Basis von klinisch orientierten Fallbeschreibungen und nach – am Tag der Einstu-

fung vorrangig vorliegenden Merkmalen – aufwandsbezogenen Modulen zugeordnet. Im Unterschied zum PEPP-System steht dabei die Diag-nose nicht im Vordergrund und die zu bildenden merkmalsbezogenen Module spiegeln die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Diagnostik und Behandlung (z. B. „Modul Intensivbehandlung“ oder „Basisbehandlung“) während eines Behandlungsverlaufs wider. Die Zuordnung der Patienten zu den Modulen erfolgt tagesbezogen. Die Bestimmung des Personalbedarfs für die einzelnen Module soll durch unabhängige Expertenkommissionen erfolgen und in regelmäßigen Abständen überprüft und falls erforderlich angepasst werden.

Auf Basis eines prospektiv vereinbarten Mengengerüsts der unterschiedlichen Behandlungsmodulen und der krankenhausspezifischen Strukturkomponenten wird zwischen den Verhandlungspartnern das krankenhausspezifische Budget vereinbart, welches das gesamte Leistungsspektrum des Krankenhauses in allen Behandlungssettings adäquat abbildet. Dieses bildet die Grundlage für die leistungsbezogene Abrechnung in Form von Tagesentgelten, welche sich aus Multiplikation von Bewertungsrelationen und dem klinikerindividuell verhandelten Basisentgeltwert ergeben.



Die Kliniken verpflichten sich zu einer sach- und leistungsgerechten Darstellung der erbrachten Leistungen, der Behandlungssituation und der klinikbezogenen Strukturkomponenten. Mit der tagesbezogenen Zuordnung der Patienten zu merkmalsbezogenen Behandlungsmodulen wird der geforderten Transparenz Rechnung getragen und die Vergleichbarkeit der Einrichtungen im Vergleich zum derzeit noch gültigen System mit Basis- und Abteilungspflegesätzen deutlich verbessert. Die strukturellen und leistungsbezogenen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern werden transparent und bilden die Basis für den erwünschten Qualitätswettbewerb.

Ein bundeseinheitlicher Entgeltkatalog muss unter diesen Rahmenbedingungen nicht auf eine möglichst detailgenaue „Durchschnittskostenabbildung“, sondern verstärkt auf patientenbezogene Behandlungsmerkmale und eine sinnvolle Leistungstransparenz ausgerichtet werden. Auch können der bürokratische Aufwand durch Dokumentationspflichten und

der Misstrauensaufwand durch Rechnungsprüfungen auf ein für Abschlagszahlungen notwendiges Maß begrenzt werden.

Zur Sicherstellung und zielgerichteten Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu einer sachgerechten Versorgung der Patienten und somit zur Vermeidung ökonomischer Fehlansätze sind konkrete ordnungspolitische Rahmenbedingungen zu schaffen. Regelungen zur Dynamisierung des Budgets bei veränderten Rahmenbedingungen sollen wieder bedarfs- und leistungsgerecht eingeführt werden. Die Kliniken haben einen Anspruch auf eine Finanzierung der für eine qualitätsorientierte und patientenbezogene Versorgung der Patienten notwendigen Ressourcen.

Die Umsetzung des Budgetbasierten Entgeltsystems sollte schrittweise erfolgen. Dabei werden in einem ersten Schritt die merkmalsbezogenen Module sowie der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) jeweils fachspezifisch in Abstimmung mit

den unabhängigen Expertenkommissionen definiert und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung vereinbart. Auf Basis der merkmalsbezogenen Module und der krankenhausespezifischen Strukturkomponenten werden dann krankenhausespezifische Budgets vereinbart. Ausgangsbasis der zu verhandelnden Budgets ist das zum Zeitpunkt der Einführung des Budgetbasierten Entgeltsystems bestehende Krankenhausbudget. Die krankenhausespezifischen Budgets sollten schrittweise unter Berücksichtigung der Merkmale vergleichbarer Krankenhäuser mit vergleichbaren regionalen Rahmenbedingungen fortentwickelt werden. Es sollte eine regelmäßige Überprüfung und eventuell Anpassung der Definitionen der merkmalsbezogenen Module und der PQP durch die unabhängigen Expertenkommissionen erfolgen.

gez.

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)
- Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken (DATPPP)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Wie die Psyche das Gehirn formt



Gabriele Eßing

Praxis der Neuropsychotherapie

Wie die Psyche das Gehirn formt

2015, 196 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-942761-39-0, 21,00 EUR

„Praxis der Neuropsychotherapie“ verknüpft die Ergebnisse der **modernen Hirnforschung** mit den Erkenntnissen der Psychotherapie. Ausgehend von der Tatsache, dass das Gehirn sich in Abhängigkeit von äußeren Faktoren – insbesondere zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen – entwickelt, wird in diesem Buch beschrieben, wie **Psychotherapie als Möglichkeit** zur Initiierung neuer Erfahrungen nicht nur psychische Erkrankungen abbaut, sondern auch die mit den Erkrankungen einhergehenden **neuronalen Strukturen** verändert. Psychische Erkrankungen werden dabei als Ergebnis einer Vielzahl ungünstiger Lebenserfahrungen angesehen, die sich bis in die physiologischen Strukturen des Gehirns eingebrannt haben.

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413
verlag@psychologenverlag.de



Markus Plantholz

MVZ – eine Alternative für Psychotherapeuten?

Die meisten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bereits gehört, dass nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Begründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) alleine durch Psychotherapeuten möglich sein soll. In unserer Beratungspraxis ist es daraufhin relativ bald zu einer Vielzahl von Anfragen von Psychotherapeuten gekommen, die sich von der Begründung eines MVZ die Lösung insbesondere zulassungsrechtlicher Probleme versprechen. In der Beratung stellt sich oft heraus, dass ein MVZ zwar viele Vorteile bietet, aber dann doch nicht die Lösung des konkreten Problems. Mit diesem Beitrag werden die maßgeblichen Vor- und Nachteile eines MVZ und die Unterschiede vor allem zur Berufsausübungsgemeinschaft dargelegt.

Es ist wichtig, dass im Folgenden zwischen Rechtsform und Vertragsarztstatus unterschieden wird. Das Medizinische Versorgungszentrum ist keine Rechtsform, sondern eine besondere Ausprägung des Status als Vertragsarzt. MVZ sind seit 1.1.2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz im SGB V vorgesehen und nehmen nach ihrer Zulassung durch den Zulassungsausschuss an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil. Die wesentliche Regelung enthält § 95 Absätze 1 und 1a SGB V.

1. Gründungs-voraussetzungen

a) Bis zum Inkrafttreten des GKV-VSG waren MVZ als *fachübergreifende* ärztlich geleitete Einrichtungen definiert, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder

als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Durch das GKV-VSG ist nun die Gründungsvoraussetzung der „fachübergreifenden“ Einrichtung entfallen. In der Folge reicht es nun also für die Gründungsvoraussetzungen eines MVZ aus, wenn etwa Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Psychologischen Psychotherapeuten, Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten oder auch nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychologische Psychotherapeuten miteinander im MVZ arbeiten. Es spielt auch keine Rolle, welche Fachkunde die in einem MVZ tätigen Therapeuten haben.

b) Kaum ist das GKV-VSG in Kraft, ist es auch schon streitig, wie viele Psychotherapeuten oder Ärzte in einem MVZ tätig sein müssen, damit die Gründungsvoraussetzungen erfüllt sind. Im Anschluss an eine medizinrechtliche Publikation von *Pflugmacher* in der *Ärztezeitung* vom

15.6.2015 diskutieren mehrere Zulassungsausschüsse, ob es ausreicht, wenn ein einzelner Arzt im MVZ tätig ist („Mono-MVZ“). Dem Wortlaut des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V nach sind MVZ jedoch Einrichtungen, in denen in das Arztregister „eingetragene Ärzte“ als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die Verwendung des Plurals indiziert, dass wenigstens zwei Personen tätig werden müssen, die in das Arztregister eingetragen sind. Auch das BSG hatte den insoweit schon vor dem GKV-VSG enthaltenen Plural so verstanden, dass mindestens zwei halbe Versorgungsaufträge bzw. Stellen Gründungsvoraussetzung sind (Urteil vom 19.10.2011, Az. B 6 KA 23/11 R). Geändert hat sich an den Gründungsvoraussetzungen zunächst nur der Wegfall der fachübergreifenden Tätigkeit. Im Ergebnis wird man also festhalten können, dass es mindestens zwei „halbe Sitze“ braucht, um ein MVZ gründen zu können. Umgekehrt ist es nicht erforderlich, dass zwei volle Zulassungen zur Verfügung stehen. Daran, dass das Gesetz immer nur von „Ärzten“ oder „Vertragsärzten“ spricht, darf man sich nicht stören. Denn gemäß § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten die Regelungen in diesem Teil des SGB V immer auch entsprechend für Psychotherapeuten, solange nichts anderes geregelt ist.

c) Es braucht eine ärztliche Leitung. Schon bisher war anerkannt,

Die Gründung eines MVZ ist nun auch alleine durch Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich.

dass Psychologische Psychotherapeuten in eine kooperative fachliche Leitung eingebunden werden konnten, wenn das MVZ auch zur psychotherapeutischen Versorgung zugelassen war. Es versteht sich aus meiner Sicht, dass die Leitung in einem MVZ, das nicht fachübergreifend, sondern alleine auf dem Gebiet der Psychotherapie tätig ist, nun auch alleine durch Psychologische Psychotherapeuten übernommen werden kann. Allerdings untersagen die ärztlichen Berufsordnungen, dass Ärzte hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen (vgl. etwa § 2 Abs.4 der Muster-Berufsordnung der BÄK 2015).

§ 19 Abs. 1 Satz 2 der Muster-Berufsordnung setzt für die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt voraus.

Es könnte sein, dass der eine oder andere Zulassungsausschuss deshalb Bedenken gegen die Bestellung eines Psychologischen Psychotherapeuten als Leitung eines MVZ äußert, in dem auch ärztliche Psychotherapeuten tätig sind. Solche Bedenken tragen aber nicht: Die Weisungsfreiheit im originären Bereich der Berufsausübung ist prägendes Merkmal sowohl für den ärztlichen als auch für den psychotherapeutischen Beruf. Es ist nicht die Aufgabe des Leiters eines MVZ – auch nicht eines ärztlichen Leiters – in die originären therapeutischen oder diagnostischen Entscheidungen der Berufsträger einzugreifen. Und wenn man akzeptiert, dass § 95 SGB V die Leitung eines MVZ mit ärztlichen durch Psychologische Psychotherapeuten einschließt, geht die gesetzliche Regelung der nur satzungsrechtlichen Regelung der Berufsordnung vor.

2. Gründereigenschaft und Rechtsform

a) Klassische Gründer von MVZ sind (neben Krankenhäusern) zunächst Vertragsärzte. Vertragspsychotherapeuten sind wie Vertragsärzte zu behandeln (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Für Irritationen hat deshalb zunächst eine Verlautbarung der KV Westfalen-Lippe gesorgt, wonach Vertragspsychotherapeuten ein MVZ zwar leiten, aber nicht gründen könnten. Das ist falsch und war es auch schon immer. Bereits bei Einführung der MVZ durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (*GMG vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190*) kamen Vertragspsychotherapeuten als Gründer in Frage; die diversen Reformen haben daran nichts geändert. Mittlerweile hat die KV Westfalen-Lippe ihre Ansicht auch korrigiert. Neu ist vor allem, dass nunmehr auch Kommunen MVZ gründen können.

b) Als Rechtsform eines MVZ kommen Personengesellschaften oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung sowie eingetragene Genossenschaften in Frage. Personengesellschaften sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) und die Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz. Beide Rechtsformen unterscheiden sich in den für Psychotherapeuten wesentlichen Aspekten nur recht marginal voneinander. Die GmbH ist eine eigenständige juristische Person und folgt als Kapitalgesellschaft deutlich anderen Regelungen. Der Gesellschaftsvertrag (sogenannte GmbH-Satzung) muss notariell beurkundet und in das Handelsregister eingetragen werden. Die GmbH unterliegt anderen gesellschaftsrechtlichen Regelungen und vor allem vollkommen anderen Besteuerungsgrundlagen, und zwar sowohl während des laufenden Betriebes als auch bei Veräußerung von Geschäftsanteilen. Wer sich also mit dem Ge-

danken trägt, eine MVZ-GmbH zu begründen, sollte sich immer erst einmal bei seiner Steuerberatung über die steuerrechtlichen Auswirkungen informieren. Ansonsten gilt: Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Psychotherapeuten mit mindestens jeweils hälftigem Versorgungsauftrag in der einfachsten Rechtsform, der GbR, könnte damit ohne Weiteres bereits ein MVZ werden. Daraus folgt, dass sich hinter einem MVZ in Zukunft die unterschiedlichsten Strukturen verbergen können.

3. Vor- und Nachteile eines MVZ

Im Wesentlichen können in folgenden Bereichen Unterschiede zu einem Einzelunternehmen oder einer Berufsausübungsgemeinschaft entstehen, die allerdings teilweise auch von der Rechtsform abhängig sind:

- bei der Zahl der in einem MVZ beschäftigten Psychotherapeuten,
- bei der Beschäftigung ärztlicher durch Psychologische Psychotherapeuten,
- bei der „Teilung“ von Sitzen und im Nachbesetzungsverfahren von Stellen,
- bei der Bewerbung im Nachbesetzungsverfahren von Ausschreibungen von Sitzen Dritter.

Es gibt durchaus noch einige andere Aspekte, die hier aber zunächst vernachlässigt werden sollen.

a) Verzichtet ein Psychotherapeut zur Anstellung bei einem MVZ oder einem anderen Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsarzt auf seine Zulassung zum Zwecke der Anstellung (§ 95 Abs. 9 SGB V), geht diese auf den Anstellenden über und wird zur sogenannten „Arztstelle“. Auch hier verwendet das SGB V wieder universell die Bezeichnung „Arzt“, meint aber auch die Psychotherapeuten.

Den Vorteilen einer MVZ-GmbH im Einzelfall stehen hohe Gründungskosten und andere Besteuerungsgrundlagen gegenüber.

Die Flucht in ein MVZ ist nur in manchen Konstellationen ein Rezept!

Teilweise wird die Arztstelle umgangssprachlich auch als „Angestelltensitz“ bezeichnet. Daraus, dass der Verzicht zur Anstellung dem Wortlaut des Gesetzes nach bei „einem Vertragsarzt“ erfolgt, schließen die Zulassungsausschüsse mehrheitlich, dass die Stelle einem bestimmten Psychotherapeuten zugeordnet sein muss.

Nach § 14 Abs. 1 Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte darf ein einzelner niedergelassener Vertragspsychotherapeut nicht mehr als drei weitere volle Arztstellen (oder Angestelltensitze) bzw. eine entsprechende Anzahl von Teilzeitstellen haben. Eine solche Begrenzung gibt es jedoch bei den MVZ nicht. Ab einer gewissen Größenordnung ist die Gründung eines MVZ daher unverzichtbar. Diese Größe wird aber natürlich nur sehr selten erreicht.

b) Von größerer Bedeutung dürfte sein, dass ein MVZ mit Psychologischen Psychotherapeuten als Betriebsinhabern auch ärztliche Psychotherapeuten anstellen kann. Es wird gerne einmal übersehen, dass zwar die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern der Beschäftigung Psychologischer Psychotherapeuten bei niedergelassenen Ärzten nicht im Wege stehen, wohl aber umgekehrt die ärztlichen Berufsordnungen die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten verbieten (§ 19 Abs. 1 Satz 2 Muster-Berufsordnung-Ärzte 2015). Akzeptiert man, dass der Bundesgesetzgeber mit

§ 95 Abs. 1 und 1a SGB V eine den Berufsordnungen vorgehende Regelung für MVZ getroffen hat (s.o.), dann ist eine solche Anstellung im MVZ unproblematisch.

c) Kein Unterschied zwischen MVZ, Einzelunternehmen oder BAGen besteht bei der Teilung von vorhandenen Arztstellen. Vorhandene Angestelltensitze können geviertelt, also zu einem Viertel (bis zehn Stunden wöchentliche Arbeitszeit), zu ein halb (mehr als zehn bis 20 Stunden), zu drei Vierteln mehr als 20 bis 30 Stunden) oder voll (mehr als 30 Stunden) aufgeteilt werden. Dazu braucht es kein MVZ.

Allerdings geht dies nicht mit persönlichen Zulassungen selbstständig tätiger Vertragspsychotherapeuten in Einzelunternehmen oder BAGen. Diese können nur ganz oder halb aufgeteilt werden, und die Abgabe eines hälftigen Versorgungsauftrages eines selbstständig tätigen Psychotherapeuten setzt normalerweise die Ausschreibung voraus. Nach § 103 Abs. 3a SGB V findet dann, wenn kein Ausnahmefall vorliegt, eine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit statt. Anders kann es sich bei MVZ verhalten, aber eben nur dann, wenn die eigenen Zulassungen der gründenden Psychotherapeuten auf das MVZ übergehen und auch zu Angestelltensitzen werden. Das ist nur der Fall, wenn ein Vertragspsychotherapeut oder mehrere eine GmbH gründen und zum Zwecke ihrer eigenen Anstellung bei der eigenen MVZ-GmbH auf ihre Zulassung verzichten. Die Stellen der Gesellschafter können dann wie alle anderen Angestelltensitze auch aufgeteilt werden. Angestellt zu sein ist nicht unbedingt gleichbedeutend mit Sozialversicherungspflicht. Ein einzelner Psychotherapeut etwa kann Alleingesellschafter einer GmbH sein, in der er selbst angestellt ist, ohne sozialversiche-

rungspflichtig beschäftigt zu sein. Zur Nachbesetzung braucht es auch keine Ausschreibung. Eine Schranke besteht insofern, als der Leiter mindestens im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages im MVZ tätig sein muss.

Dem Vorteil, den die MVZ-GmbH hier tatsächlich hat, steht der Nachteil des hohen Gründungsaufwandes und unter Umständen der anderen Besteuerungsgrundlagen der Erträge gegenüber.

d) Hat sich ein MVZ auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch *anstelle* der in § 103 Abs. 4 Satz 5 SGBV genannten Kriterien für die Auswahl unter mehreren Bewerbern die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des MVZ berücksichtigt werden. Es handelt sich also nicht um ein Auswahlkriterium unter mehreren, sondern der Zulassungsausschuss hat künftig Ermessen auszuüben, ob er anstatt der üblichen Kriterien des Approbationsalters, der Berufserfahrung, der beruflichen Eignung und der Dauer des Eintrags in die Warteliste einem MVZ den Vorzug gibt, das mit dem Sitz sein Versorgungsspektrum erweitern kann. Im jetzigen Stadium ist vermutlich nicht zu erwarten, dass der Zulassungsausschuss von diesem Ermessen in nennenswertem Umfang dahingehend Gebrauch macht, dass er MVZ bei der Auswahl privilegiert. Es liegen aber nach meiner Übersicht auch noch keine Entscheidungen dazu vor.

Insgesamt wird man also raten können: Die Gründung eines MVZ kann im Einzelfall – vor allem in der Rechtsform einer GmbH – Vorteile bieten, denen auch Nachteile gegenüberstehen. Es gibt aber keinen rationalen Grund für die inflationäre „Flucht in ein MVZ“. ■

Dr. Markus Plantholz

Justiziar 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.



Christiane Müller

Vorauszahlen kann sich auszahlen

Mit Krankenversicherungsbeiträgen Steuern sparen

Für Psychotherapeuten ist es mitunter schwer, Fuß zu fassen und eine eigene Praxis zu etablieren. Hat man sich als Psychotherapeut jedoch erst einmal einen Namen gemacht, kann hingegen bereits allein die Mundpropaganda ausreichen, um den Terminkalender für mehrere Wochen zu füllen. Läuft die Praxis dann erst einmal, steht der Psychotherapeut mitunter vor folgendem Dilemma. Einerseits kann er sehr viele Behandlungsstunden abrechnen und damit Umsatz generieren. Zusätzlich wird seine eigene Kostenbelastung nur unterproportional zum Umsatz steigen, so dass sich sein zu versteuernder Gewinn deutlich erhöht und er mehr Steuern bezahlen muss. Insgesamt hat der Psychotherapeut also plötzlich viel mehr Geld im Portemonnaie, ärgert sich über seine hohen Einkommensteuerzahlungen und stellt sich die Frage, wie er sein Ersparnis am besten anlegen sollte.

Fiskus bietet risikolose aber renditestarke Anlagemöglichkeit

Eine Möglichkeit, um Gelder nahezu risikolos, aber dafür renditestark anzulegen, bietet beispielsweise der Fiskus dadurch, dass Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zur Basisabsicherung der Folgejahre vorausgezahlt werden können. Denn neben dem jährlichen Beitrag zur Basisabsicherung darf der Psychotherapeut zusätzlich das Zweieinhalbfache dieses Beitrages steuerlich geltend machen, wenn er diesen im laufenden Kalenderjahr bis spätestens zehn Tage vor dessen Ablauf vorausgezahlt hat.

Zwar ist die Vorauszahlung von Krankenversicherungsbeiträgen, die erst in den Folgejahren entstehen, in der Regel betriebswirtschaftlich eher ungünstig, weil dann die Krankenversicherung und nicht der Psychotherapeut mit dem Geld arbeiten kann. Auch die vorgezogene steuerliche Berücksichtigung als Sonderausgaben im Zahlungsjahr ändert hieran – zumindest bei

sonstigen Vorsorgeaufwendungen verdrängen, kann es dennoch sehr sinnvoll sein, solche Vorauszahlungen in Absprache mit der Krankenversicherung zu leisten, da beim richtigen Mix andere sonstige Vorsorgeaufwendungen zusätzlich als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden können, wie nachfolgend dargestellt werden soll.

Höchstbetrag bei sonstigen Vorsorgeaufwendungen richtig nutzen

Seit 2010 können Psychotherapeuten grundsätzlich maximal 2.800 € als Sonderausgaben (sogenannte sonstige Vorsorgeaufwendungen) abziehen. Zu diesen sonstigen Vorsorgeaufwendungen zählen beispielsweise Haftpflichtversicherungen, Unfallversicherungen, aber auch Kranken- und Pflegeversicherungen und alte Kapitallebensversicherungen. Letztere werden nur zu 88 % berücksichtigt.

gleichbleibenden Steuersätzen des Psychotherapeuten – erst einmal nichts, da die vorgezogenen Sonderausgaben dafür in den Folgejahren wegfallen.

Da jedoch die unbeschränkt abziehbaren Beiträge zur Basisabsicherung bei der Kranken- und Pflegeversicherung die übrigen

Sonstige Vorsorgeaufwendungen geschickt zusätzlich als Sonderausgaben geltend machen, das ist der Trick.



Der Höchstbetrag wird allerdings meist schon allein durch die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung voll ausgeschöpft, so dass sich beispielsweise die private Haftpflicht- oder Unfallversicherung des Psychotherapeuten in der Regel steuerlich überhaupt nicht mehr auswirkt.

Ausnahme: Die Beiträge zur Basisabsicherung von Krankheit und Pflege! Denn abweichend von den sonstigen Vorsorgeaufwendungen sind diese Beiträge auch über den oben genannten Höchstbetrag (2.800 €) hinaus in vollem Umfang als Sonderausgaben zu berücksichtigen, soweit sie auf die sogenannte Basisabsicherung entfallen. Zur Basisabsicherung zählen nur die Beiträge, die den Pflichtleistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung in Art, Umfang und Höhe entsprechen. Komfortleistungen, wie Einzelzimmer im Krankenhaus, Chefarztbehandlung usw. zählen hingegen nicht zur Basisabsicherung und sind somit auf den Höchstbetrag begrenzt.

Problem: Die Beiträge zur Basisabsicherung von Krankheit und Pflege gehen immer den anderen Versicherungsbeiträgen für sonstige Vorsorgeaufwendungen vor und verdrängen diese, so dass der Höchstbetrag meist allein schon durch die Basisabsicherung überschritten wird.

Beispiel: Ein lediger Psychotherapeut ist privat krankenversichert. Seine Beitragszahlungen zur Basiskranken- und Pflegeversicherung ohne Krankengeld betragen jährlich 3.500 €. Daneben zahlt er jährlich für eine private Unfallver-

Beitrag zur Basiskranken-/Pflegeversicherung	3.500 €
Sonstige Vorsorgeaufwendungen	
•Kapitallebensversicherung (88 % von 4.200 €)	3.696 €
•Haftpflichtversicherung	250 €
•Unfallversicherung	250 €
Summe	7.696 €
Höchstbetrag	2.800 €
Abziehbar mindestens Basiskrankenversicherung	3.500 €

Tabelle 1

	2016	2017	2018	2019
„laufender Jahresbeitrag“ zur Basiskrankenversicherung zuzüglich (2,5 x 3.500 €)	3.500 €	0 €	0 €	1.750 €
	+8.750 €			
	12.250 €			
Sonstige Vorsorgeaufwendungen				
•Kapitallebensversicherung (88 %)	3.696 €	3.696 €	3.696 €	3.696 €
•Haftpflichtversicherung	250 €	250 €	250 €	250 €
•Unfallversicherung	250 €	250 €	250 €	250 €
Summe	16.446 €	4.196 €	4.196 €	5.946 €
Höchstbetrag	2.800 €	2.800 €	2.800 €	2.800 €
Mindestens jedoch Basiskrankenversicherung	12.250 €			

Tabelle 2

sicherung und eine private Haftpflichtversicherung noch Beiträge von jeweils 250 € und für eine Lebensversicherung (erste Beitragszahlung vor dem 1. Januar 2005) 4.200 € (siehe hierzu Tabelle 1).

Da der Höchstbetrag von 2.800 € bereits mit der Basiskrankenversicherung überschritten wird, bleiben jedes Jahr sonstige Vorsorgeaufwendungen von fast 4.200 € steuerlich unberücksichtigt.


Abwandlung: Werden hingegen im Jahr 2016 zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag von 3.500 € noch Vorauszahlungen für die Folgejahre in Höhe des zweieinhalbfachen Jahresbeitrages zur Basiskranken- und Basispflegeversicherung 2016 geleistet (zusätzlich also 8.750 €), sind in den Jahren 2017 und 2018 keine Beiträge bzw. für 2019 nur der halbe Beitrag von 1.750 € zu zahlen.

Bei den steuerlich abzugsfähigen Vorsorgeaufwendungen ergibt sich dann ein wesentlich günstigeres Bild, wie in Tabelle 2 dargestellt.

Somit sind insgesamt in den Jahren 2016 bis 2019 Sonderausgaben in Höhe von 20.650 € steuerlich abzugsfähig (in 2016: 12.250 €; in 2017, 2018 und 2019 je 2.800 €).

Fazit

Ohne die Vorauszahlungen wären lediglich 14.000 € (4 x 3.500 €) steuerlich abzugsfähig gewesen; also 6.650 € weniger. Durch die Vorauszahlung ergäbe sich bei unterstelltem Spitzensteuersatz von 42 % zuzüglich Solidaritätszuschlag eine echte Steuerersparnis von fast 2.950 € über alle Jahre. Dies entspricht einer Rendite von fast 34 % (Steuerersparnis 2.950 €/Vorauszahlungsbetrag 8.750 €). Vergleichbare, annähernd risikolose Anlageformen dürften schwer zu finden sein.

Da die Höhe der Steuererstattung von vielen Faktoren abhängt, sollten Sie Vorauszahlungen nur nach vorheriger Rücksprache mit Ihrem Steuerberater tätigen. 

Mit der Vorauszahlung von Krankenversicherungsbeiträgen lassen sich Steuern im großen Umfang sparen.



Christiane Müller

Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Wittenberg, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.



APRIL



9.4.2016, Berlin

Start in die Selbstständigkeit
Frank Mutert
16-14 DPtV CAMPUS



13.4.2016, Mainz

Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
16-15 DPtV CAMPUS



15.4.2016, Potsdam

Psychopharmakologie für Psychotherapeuten
Dr. Matthias Rose,
Nienke Hofrichter
16-16 DPtV CAMPUS



15./16.4.2016, Stuttgart

Sozialmedizinische Anfragen – nur lästiger Papierkram?
Dr. Thomas Leitz
16-17 DPtV CAMPUS



22.4.2016, Dortmund

Praxisgründung unter rechtlichen und steuerlich/wirtschaftlichen Aspekten
Jens-Peter Jahn, Christina Seimetz
16-18 DPtV CAMPUS



23.4.2016, Berlin

Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie
Dr. Maria Böttche
16-19 DPtV CAMPUS



27.4.2016, Bielefeld

Cyber-Mobbing
Dr. Falk Burchard
16-20 DPtV CAMPUS



29.4.2016, München

Raus aus der Nische II: Berufspolitisches Empowerment ...
Angestelltenausschuss der DPtV
16-22 DPtV CAMPUS

MAI



12.5.2016, online

Chat Kostenerstattung
Kerstin Sude, Frank Mutert
16-23 DPtV CAMPUS



21.5.2016, Hannover

Die Qual der Wahl – Kooperationsformen der Zukunft – BAG oder MVZ?
Dr. Markus Plantholz
16-24 DPtV CAMPUS



21.5.2016, Berlin

Sexualität als Thema in der Einzelpsychotherapie
Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
16-25 DPtV CAMPUS



25.5.2016, Hannover

Veränderung des Berufsbildes von Psychotherapeuten
Barbara Lubisch, Amelie Thobaben
16-26 DPtV CAMPUS

Sylter Praxistage



25.5.2016, Westerland

Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene
Dr. Hans Nadolny
16-27 DPtV CAMPUS



26.5.2016, Westerland

Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft und Anstellung eines Kollegen
Sabine Schäfer, Christina Seimetz
16-28 DPtV CAMPUS



27.5.2016, Westerland

Praxisentwicklung – Kauf, Verkauf, Kooperationen
Dr. Hans Nadolny,
Christina Seimetz
16-29 DPtV CAMPUS



27.5.2016, Westerland

Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung
Christina Seimetz
16-30 DPtV CAMPUS



28.5.2016, Westerland

Ein QM-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
16-31 DPtV CAMPUS

JUNI



1.6.2016, Stuttgart

Wie Psychotherapeuten Einfluss nehmen können
Peter Andreas Staub
16-32 DPtV CAMPUS



6.6.2016, Heidelberg

Resilienz im Beruf
Dr. Julika Zwack
16-33 DPtV CAMPUS



10.6.2016, Köln

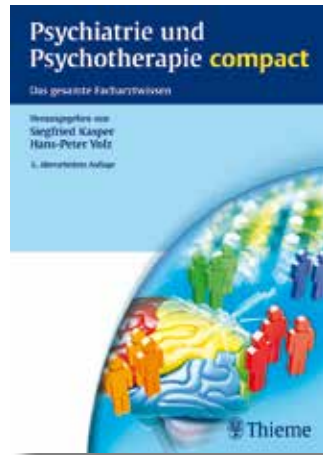
Psychopharmakologie für Psychotherapeuten
Dr. Matthias Rose,
Nienke Hofrichter
16-34 DPtV CAMPUS



11.6.2016, Berlin

Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene
Dr. Hans Nadolny
16-35 DPtV CAMPUS

Anmeldungen zu DPtV-CAMPUS Veranstaltungen per Online-Formular unter www.dptv-campus.de per Fax 030 23 50 09 44 per Post DPtV CAMPUS Am Karlsbad 15 10785 Berlin



Siegfried Kasper, Hans-Peter Volz (Hrsg.)

Psychiatrie und Psychotherapie compact

3. überarbeitete Auflage 2014, Thieme
 480 Seiten, 35 Abb., broschiert
 ISBN 978-3-131-25113-8 (Print)
 ISBN 978-3-131-56903-5 (E-Book, PDF)
 ISBN 978-3-131-68233-8 (E-Book, EPUB)
 79,99 €

Rezensiert von Maja Koutsandréou

Dieses Buch hat sich zum Ziel gesetzt, das psychiatrische Facharztwissen in kompakter Form zusammenzustellen, um so eine rasche Orientierung über Diagnose und Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder zu geben.

Aufbau: Nach einem Einführungskapitel über Psychopathologie, Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen orientiert sich das Buch an den F-Kapiteln der ICD-10. Jeder Störungsgruppe wird ein Kapitel gewidmet, ein eigenes Kapitel erhalten auch die postpartalen Störungen. Es folgt ein etwa 100 Seiten starker Abschnitt über somatische Therapie, in dem zunächst die Pharmakotherapie mit den verschiedenen Medikamentengruppen sowie ergänzende Therapien (EKT, Schlafentzug, transkranielle Magnetstimulation und Lichttherapie) behandelt wer-

den. Die Psychotherapie wird auf knapp 20 Seiten abgehandelt, wobei lediglich die Verhaltenstherapie und die psychodynamische Therapie Erwähnung finden. Die Themen „Sozialpsychiatrie“ und „Forensik und Begutachtung“ erhalten ebenfalls eigene Abschnitte. Jedes Kapitel endet mit einer Fragenliste zur Selbstüberprüfung bzw. Prüfungsvorbereitung. Das Buch schließt mit einer Adressen- und Linkliste zu verschiedenen Störungsbildern und Patientengruppen ab.

Inhalt: Die Stärke des Buches liegt in der komprimierten, dabei gut lesbaren Darstellung von Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf, Diagnostik sowie der medikamentösen Behandlung der Störungen. Die wichtigsten Fakten und Störungsmodelle werden jeweils auf wenigen Seiten zusammengetragen, was für komplette Neueinsteiger kaum ausreicht, als Auffrischung oder um Wissen in einer prüfungsrelevanten Form aufzunehmen jedoch adäquat ist. Tabellen, Kästchen und Flussdiagramme dienen der Veranschaulichung und tragen die wichtigsten Infos in übersichtlicher Form zusammen. Die Psychotherapie wird trotz Buchtitel eher stiefmütterlich behandelt. Die Abschnitte über die psychotherapeutische Behandlung sind selbst bei den primär psychotherapeutisch zu behandelnden Störungen sehr kurz gehalten und teilweise veraltet. Neuere Ansätze werden, wenn überhaupt, nur namentlich erwähnt. Lediglich einige neuere Entwicklungen der Verhaltenstherapie finden auf drei Seiten im Psychotherapie-Kapitel Erwähnung. Das Buch konzentriert sich in Bezug auf die Behandlungsmöglichkeiten auf die Pharmakotherapie, psychotherapeutische Aspekte werden zweitrangig behandelt. Für Psychotherapeuten ist dieses Buch interessant, um sich zum einen über die Pharmakotherapie psychischer Störungen in knapper und verständlicher Form zu informieren und zum anderen zu weniger oft behandelten Störungen schnell die wichtigsten Daten nachschlagen zu können. Ausbildungskandida-

ten können von der komprimierten Darstellung der wesentlichen Fakten zu den einzelnen Störungen und der Möglichkeit der Selbstüberprüfung profitieren.

Der Anspruch, „das gesamte Facharztwissen“ in einem Band unterbringen zu können, wie im Untertitel des Buchs angekündigt, lässt sich auf 478 Seiten kaum verwirklichen, dennoch ist der vorliegende Band mit den genannten Einschränkungen ein nützliches und gut lesbares Kompendium.



Dieter Best
Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)
Grundlagen der Privatabrechnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 3. überarbeitete Auflage 2015, Deutscher Ärzte-Verlag
 XIV/179 Seiten, broschiert
 ISBN 978-3-7691-3562-6
 39,99 €

Rezensiert von Dr. Alessandro Cavicchioli

Die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ist für die Abrechnung der psychotherapeutischen Behandlung von Privatpatienten rechtsverbindlich. Sie be-



inhaltet das derzeitige Leistungsspektrum der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Verweis auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Gegenüber der alten ersten Version wird diese nun von Dieter Best als alleinigem Autor herausgegeben. Da er als Gebührenordnungsbeauftragter der BPTK mit der Novellierung der GOÄ in den für die Psychotherapeuten relevanten Abschnitten befasst ist, können wir davon ausgehen, dass er nicht nur die derzeitige GOP sehr gut kennt, sondern auch die Tücken, die bei den Verhandlungen eine Rolle spielen.

Bereits das Inhaltsverzeichnis ist leichter leserlich. Auch die Schrift ist größer. Die Abkürzungen wurden gleich nach dem Vorwort platziert, so dass der Kommentar kompakter wirkt. Die in der GOP verwendeten Begriffe (im Text „Textbausteine“ genannt), die für eine korrekte Interpretation sorgen sollen, sind ergonomischer vorab und absatzweise hervorgehoben worden. Gleiches gilt für die Steigerungssätze. Dadurch kann die Kollegin/der Kollege leichter den Text der einzelnen Gebühren erfassen und anwenden. Vielleicht wäre der Kommentar noch leichter lesbar, wenn der Gesetzestext der GOP und die Verwaltungsvorschriften in den Anhang versetzt worden wären.

Ein wenig verwirrend ist die tabellarische Darstellung der Bezugspersonenstunden in der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In der Beihilfeverordnung (die die Beihilfavorschriften ab 2009 abgelöst hat) werden korrekterweise die Bezugspersonenstunden als zusätzliche Einheiten definiert. Dies wird jedoch nicht in die Tabelle auf der Seite 37 übernommen.

Neuerungen, wie z.B. die für die Unfallversicherungsfälle gültigen neuen Gebührensätze des sogenannten Psychotherapeutenverfahrens, wurden implementiert und kommentiert. Auch hat der Autor wichtige aktuelle Urteile aufgeführt und kommentiert. Dies ist

insbesondere im Fall der leidlichen Erstellung eines Berichts an den Gutachter notwendig und insgesamt gut gelungen.

Zusätzlich werden Basistarif und Standardtarif beschrieben und kommentiert.

Insgesamt eine ergonomisch deutlich verbesserte überarbeitete Auflage. Mit eigenen farbigen Klebelebezeichen wird sie noch besser.

Für jeden, der die GOÄ/GOP rechtsicher (so weit, wie möglich) anwenden muss, sehr empfehlenswert.



Kirsten von Sydow, Andrea Seifert
Sexualität in Paarbeziehungen

Reihe: Praxis der Paar- und Familientherapie, Band 8

2015, Hogrefe

228 Seiten

ISBN 978-3-8017-1644-8

29,95 € (Print)

26,99 € (E-Book, PDF)

**Rezensiert von
Marie Christine Fischer**

Das Buch widmet sich zwei Hauptthemen: zum einen der sexuellen Entwicklungsstufen, Problemen und Ressourcen sowie der dazugehörigen theoretischen Konzepte, zum anderen den therapeutischen Ansätzen und Interventionen.

Die Autorinnen gehen im ersten Abschnitt vertieft in die Entwicklungsphasen der sexuellen Paarbe-

ziehung und verbinden Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien mit theoretischen Überlegungen und Beispielen. So werden unter anderem die Themen kritische Lebensereignisse (Zusammenziehen, Schwangerschaft, Pensionierung und weitere) und ihre Auswirkungen auf die Paarsexualität vertieft sowie differenzielle Effekte (wie Geschlecht, psychische Gesundheit oder sozialer Kontext) näher beleuchtet. Im darauffolgenden Kapitel werden die sexuellen Funktionsstörungen mit Diagnostikmöglichkeiten vorgestellt. Hier werden auch Themen, die sonst selten beschrieben werden, von den Autoren angerissen (beispielsweise wie geht es Frauen mit Männern, die an Erektionsstörungen leiden; welche Konsequenzen können vorgetäuschte Orgasmen haben?). Hervorzuheben ist in diesem Abschnitt eine hilfreiche Sammlung an Fragen zur Sexualanamnese sowie ressourcenorientierte Fragen und Übungen, ein oft vernachlässigtes Thema.

In dem Abschnitt zu theoretischen Sexualitätskonzepten wird sehr anschaulich und knapp beschrieben, welche Konzepte aus der Biologie, Genetik, Neuropsychologie sowie verschiedener Therapieschulen die Paarsexualität erklären. Hier widmen sich die Autorinnen komplementärer Themen, die Einflüsse auf Paarbeziehungen nehmen können, wie Bindung und Selbstwert, Schönheitsnormen, Paarkonflikte oder Pornographie.

Im Abschnitt zu Therapiemöglichkeiten werden neben pharmakologischen Methoden auch einzelne Methoden („Sensate Focus“, Selbsterkundungsübungen, „Prinzip des Nichtwissens einführen“,



**Aktuelle
Rezensions-
angebote**

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

„das ideale Sexszenario“, der „Feuerproben Ansatz“) vorgestellt. Diese werden von Interventionen bei besonderen Problemlagen wie Außenbeziehungen oder Gewalt ergänzt.

In drei anschaulichen Falldarstellungen werden paardynamische und systemische Fragestellungen aufgegriffen, vielmehr werden hier auch einzelne Interventionen sowie der Therapieverlauf und das Outcome beschrieben. Im letzten Abschnitt befinden sich ausgewählte Informationsangebote im Internet sowie Adressen von Beratungsstellen.

Zu bemängeln ist der sehr kurze Abschnitt (fünf Seiten) zum Thema Sexualität in gleichgeschlechtlichen Beziehungen. In der therapeutischen Praxis zeigt sich, dass homosexuelle PatientInnen sowie PatientInnen im Transgender-Bereich ebenfalls Therapie und Beratung in Anspruch nehmen und in diesem Themenbereich vertieftes, fundiertes Wissen von Nöten wäre. Diesen Erwartungen wird das Buch von Von Sydow & Seiferth nicht gerecht. Zu bemängeln ist ebenfalls die mangelnde Beschäftigung mit dem Thema Interkulturalität in Paarsexualität (beispielsweise Polygamie oder Sexualität bei Beschneidung, sexuelle Praktiken in unterschiedlichen Ländern).

Fazit: Ein sehr ausführliches, gut strukturiertes und vielen Themen gerecht werdendes Buch, ideal für eine fundierte Einführung in das Thema Sexualität in Paarbeziehungen, geeignet für StudentInnen, Ausbildungskandidaten sowie Approbierte. Das Buch reicht jedoch zur Therapie von sexuellen Funktionsstörungen nicht aus, hier sind vertiefende Fachbücher notwendig.



Luise Reddemann
Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie
 Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – Eine Annäherung
 2. Auflage 2015, Klett-Cotta
 182 Seiten, broschiert
 ISBN 978-3-608-89171-3
 19,95 €

Rezensiert von
Prof. Dr. Kirsten von Sydow

Es ist bemerkenswert, wie Themen jahrzehntelang ignoriert werden und dann plötzlich fast gleichzeitig viele neue Bücher wie Champignons auf den Buchmarkt schießen und ehemals tabuisierte Themen ganz groß werden. Genau das ist geschehen mit dem Thema „Kriegskinder“. Angefangen hat es – 59 Jahre nach Kriegsende! – wahrscheinlich mit dem Bestseller der Journalistin Sabine Bode (2004). Und es geht weiter mit „Nachkriegskindern“ und schließlich „Kriegsenkeln“. Inzwischen gibt es „Kriegskind“ schon bei Wikipedia¹ und 115.000 Nennungen bei Google. Bei Amazon finden sich rund 15 Bücher zum Thema und gleichzeitig erscheint Hartmut Radebolds – ebenfalls sehr empfehlenswertes – Buch „Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit“

¹ <https://de.wikipedia.org/wiki/Kriegskind>

zum gleichen Thema 2015 bereits in der 6. Auflage.


Dabei hat die Beschäftigung mit der „transgenerationalen Transmission (Weitergabe)“ von Traumata, Bindungsmustern und Ressourcen eine lange Tradition in der psychodynamischen und systemischen Familientherapie („Mehrgenerationenperspektive“), in der Bindungs- und Familienforschung sowie in der Psychotraumatologie. Doch in der psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Richtlinientherapie wurde das Thema lange vernachlässigt.

Die 1943 geborene Autorin des Buchs, Luise Reddemann, ist Nervenärztin und Psychoanalytikerin und eine der zentralen Vertreterinnen der psychodynamisch-integrativen Traumatherapie. Sie entwickelte die Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PIT) und klärt als Buchautorin seit vielen Jahren nicht nur Fachleute, sondern auch ein breites Publikum über Traumafolgestörungen auf.

Reddemann betont, dass NS-Zeit, Krieg und Nachkriegszeit tiefe Spuren im individuellen, familiären und kollektiven Gedächtnis hinterlassen haben, die oft implizit und nicht bewusst sind. Prägende Erfahrungen der „Kriegskinder“ waren oft Todesangst und Ohnmacht sowie auch Scham und Schuld. „Unerledigtes und Unverarbeitetes (wird) an nächste und übernächste Generationen weitergegeben“ (S.10) und belastet diese, teilweise belastet es sie sehr. Die Kriegsenkel mussten keinen Krieg miterleben, aber bisweilen den „Krieg“ im Elternhaus, nämlich Gewalt und emotional instabile und explosive und/oder sehr ängstliche Elternteile. Für beide Kohorten – Kriegskinder und Kriegsenkel charakteristisch ist die häufige Erfahrung von „Parentifizierung“ als Versuch, elterliche Schwäche zu „bewältigen“, indem das Kind versucht, fürsorglich zu den Eltern zu sein. Das kann zu besonderen Stärken führen – aber auch zu einer Überlastung, die sich

manchmal erst nach Jahrzehnten zeigt.

In sieben Kapiteln geht Reddemann auf Erfahrungen durch und mit der NS-Zeit, Kriegskindheiten und die Therapie von Kriegskindern, die Eltern der Kriegskinder (auch deren tabuisierten Erfahrungen durch sexuelle Gewalt), Kriegsenkel, Trauern und Neubeginnen heute, auf Implikationen für die therapeutische Arbeit und eine Fallgeschichte ein. Sie empfiehlt eine respektvolle, kollaborative, trauma- und kontextsensible Psychotherapie, in der man Patienten auf Augenhöhe begegnet und die Grenzziehungen der Patienten respektiert (das ähnelt dem Ansatz der systemischen Therapie). Traumakonfrontation kann sinnvoll sein, ist aber nicht immer möglich oder sinnvoll („Was aber ist das auslösende Ereignis bei jemandem, der oder die jahrelang von den eigenen Eltern keine ausreichende emotionale Unterstützung erfahren konnte, zahllosen Schrecken des Krieges ausgesetzt war und nach dem Krieg über Jahre Hunger gelitten hat? Oder bei jemandem, der oder die zwar bei wohlmeinenden Eltern aufwuchs, die aber aufgrund früher Extrembelastungen emotional wenig erreichbar waren oder auch extrem ängstlich, eine häufige Erfahrung von ‚Kriegsenkeln‘.“ – S. 153)

Insofern hoffe ich, dass das, was die Öffentlichkeit so sehr interessiert, irgendwann auch im Mainstream der derzeitigen Richtlinienentherapien (sowie auch deren Gutachtern) ankommt. Das Buch ist flüssig geschrieben, sehr gut lesbar und empfehlenswert für alle Psychotherapeuten sowie auch für gebildete Laien, die sich selbst als „Kriegskind“ oder „Kriegsenkel“ besser verstehen wollen. 



Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung trauert um Alfred Kappauf

Zu unserer großen Bestürzung verstarb am 1. Februar unser hochgeschätzter Kollege Alfred Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Alfred Kappauf, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, war seit vielen Jahren engagiertes Mitglied in der DPTV. Er setzte sich für eine starke Vertretung des Berufsstandes ein und war maßgeblich an der Gründung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und der Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Besonders schätzten wir seine integrative und versöhnende Art, mit der er viele Menschen für die gemeinsame Interessenvertretung der Psychotherapeuten gewinnen konnte. Die kompetente psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen war sein großes Anliegen.

Als Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat er wesentliche Themen – zuletzt auch die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen – stark vorangebracht. Die geplante Reform des Psychotherapeutengesetzes war sein nächstes großes Ziel. Mit seinen konstruktiven, zukunftsorientierten und humorvollen Beiträgen in vielen berufspolitischen Gremien hat er starke Impulse gesetzt.

Sein viel zu früher Tod hinterlässt eine schmerzliche Lücke.

In dankbarer Erinnerung

Der Bundesvorstand der DPTV
Barbara Lubisch

VERBANDSINTERN

Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Geschäftsführer Carsten Frege

Mo–Fr 9.00–15.00 Uhr
bgst@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung
Telefon 030 235009-40
Mo u. Fr 10.00–13.00 Uhr
Mi 11.00–15.00 Uhr

Bundesvorstand

Bundesvorsitzende
Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
BarbaraLubisch@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
DieterBest@dptv.de

Gebhard Hentschel
Neubrückerstraße 60
48143 Münster
GebhardHentschel@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
SabineSchaefer@dptv.de

Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
KerstinSude@dptv.de

Kooptiertes Vorstandsmitglied
Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
EnnoMaass@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Michael Ruh (Stellv. Vorsitzender)

Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg
Dr. Alessandro Cavicchioli
Mitarbeiterin: Marei Eckert
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0791 94016973
gs-bw@dptv.de
Mo u. Di 13.00–17.00 Uhr

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

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

Landesgeschäftsstelle Berlin
Mitarbeiter: Jonas Pietsch
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 13.30–15.30 Uhr
gst-berlin@dptv.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
Dr.Nadolny.Psychoth.@t-online.de

Hamburg
Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Telefon 040 41912821
Heike.Peper@web.de
Do 13.00–14.00 Uhr

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

Kontaktschrift der Redaktion
Regine Holtz
Dohlenstraße 36 · 46145 Oberhausen
Telefon 0208 6282701
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

Hessen
Else Döring
Sophienstraße 29
60487 Frankfurt
Telefon 069 515351

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

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

Niedersachsen
Felicita Michaelis
Mitarbeiterin: Kerstin Bemboom-Krull
Tannenstraße 12
48488 Emsbüren
Telefon 05903 9359299
Praxismichaelis@aol.com

Nordrhein-Westfalen
Nordrhein
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
Telefon 02244 874653
pichba@aol.com
Di–Fr 12.00–12.30 Uhr

Landesgeschäftsstelle Nordrhein
Olaf Wollenberg
Mitarbeiterin: Andrea Nass
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe
AngelikaENZIAN
Bahnhofstraße 18
33102 Paderborn
Telefon 05251 8728481
Mo–Fr 11.30–12.00 Uhr
a.enzian@t-online.de

Redaktionsbeirat
Sabine Schäfer, Carsten Frege,
Mechthild Lahme, Dr. Enno E. Maaß,
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, Speicherung 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.

Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
Dr. Inez Freund-Braier
Mitarbeiterin: Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo u. Mi 9.00–12.00 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz
Peter Andreas Staub
Bahnhofstraße 65
67251 Freinsheim
Telefon 06353 5080573
Mo–Fr 12.00–13.00 Uhr
info@dptv-rlp.de

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

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

Landesgeschäftsstelle Sachsen
c/o Angela Gröber
Bahnhofstraße 6
01640 Coswig
Telefon 03523 5363136
vorstand@sachsen.dptv.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
heiko.borchers@dptv.de

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

Bildnachweis
fotolia.com

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

Layout/Satz
schnugmedia+))
visuelle Kommunikation · Oberhausen
www.schnugmedia.de

Druck
Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335

Praxisabgabe

Lukrative Praxis im **Westmünsterland** zum 30.6.16 abzugeben. KV-Zulassung (voll) vorhanden. 180.000,- Gewinn, 60.000,- Euro Kosten, incl. 100 Std. Supervision. Einzelheiten unter rolf.coester@freenet.de

Praxisvermietung

Praxisräume (30/16 qm, Altbau, stilvoll, hell, W-LAN, Praxisgemeinschaft) in Citylage von **Bonn** tageweise oder Alleinnutzung an freundliche/n Kollegin/en KJP/PP zu vermieten. Angebot von Intervention und Mentoring. 0228-217995



Stellenangebote

Etablierte Praxis (TP) in **Witten** (EN-Kreis) sucht zur Erweiterung des Therapeutenteams ab sofort einen approbierten Psych. Psychotherapeuten (m/w) (VT, TP, PA). Kontakt über praxis@aeon-psychotherapie.de

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psychologin
Telefon 02234 94 91 70
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Psychodynamik-Seminare zum Bestseller „Handbuch Psychotherapieantrag“ vom Autor I. Jungclaussen. multimedial & strukturiert.
www.pro-bericht.de
info@pro-bericht.de

Nicht suchen.

Finden.

Mit
einer Anzeige
hier.



Spielen macht stark!



Spielen und Sport treiben sind für eine gesunde Entwicklung von Kindern unerlässlich. Doch für Millionen Jungen und Mädchen, die in Armenvierteln oder auf der Straße leben, ist dies nicht selbstverständlich. terre des hommes schafft für diese Kinder Gelegenheiten zu Spiel und Sport. So lernen sie, Konflikte gewaltfrei zu lösen und entwickeln Stärken, die ihnen für ihr ganzes Leben nützen.

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit – mit Ihrer Spende!
Weitere Informationen unter
Telefon 0541/7101-128



www.tdh.de/spielen

Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 10.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Nicht suchen.

Finden.

Mit
einer Anzeige
hier.

Anzeigenschluss
für Heft 2.2016:
25. April 2016

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

Inserentenverzeichnis

Deutscher Psychologen Verlag GmbH, BerlinSeite 37
 Ego-State-Therapie Institut Rheinland, Bonn.....Seite 31
 Elron Versicherungsmakler, Essen.....Seite 33
 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.....Seite 4
 IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin
 und Sexuologie, FürthSeite 19
 Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, MünsterSeite 29
 Manfred Vogt Spieleverlag, Bremen.....Seite 25

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:

- Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim
- Milton Erickson, Institut für Klinische Hypnose, München

Anzeigen

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

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

Kleinanzeigenpreise 2016

Pro Millimeter: 2,50 €

Mindesthöhe: 20 mm

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

Die nächste Ausgabe von
Psychotherapie Aktuell
 erscheint am 27. Mai 2016

welt hunger hilfe

ES REICHT!
FÜR ALLE. MIT IHRER HILFE.
 Jetzt spenden und Perspektiven schaffen: welthungerhilfe.de

DZI Spenden-Siegel
 IBAN DE15 3705 0198 0000 0011 15, BIC COLSDE33
 Welthungerhilfe, Stichwort: „Es reicht für alle“, Tel. 0228-2288-176

Harald Schmidt, Schirmherr der
Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Foto: Paul Ripke

**„Ganz im Ernst:
Depressionen
sind nicht lustig. Aber gut
behandelbar.“**

Helfen Sie mit – spenden Sie jetzt!
www.deutsche-depressionshilfe.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe
IBAN: DE73 8602 0500 0003 4742 00
BIC: BFSWDE33LPZ · Bank für Sozialwirtschaft AG





DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

10 Jahre DPtV

Psychotherapie zwischen **Anpassung und Autonomie**

Anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) veranstalten wir in diesem Jahr einen zweitägigen Kongress mit dem Titel „10 Jahre DPtV – Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie“.

Namhafte Referenten wie Prof. Dr. Armin Nassehi, Prof. Dr. Heiner Keupp, Dr. Wolfgang Schmidbauer und Dr. Ulrike Kluge werden die gesellschaftlichen Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Psychotherapie in ihren Eröffnungsvorträgen kritisch beleuchten.

Eine **Vortragsreihe** „Neue Herausforderungen in der Psychotherapie“ widmet sich den Themen Alter(n), veränderte Arbeitswelt und Migration. Zahlreiche praxisrelevante **Vorträge** und **Workshops** sowie eine **Podiumsdiskussion** zur „Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung“ ergänzen das Angebot.

Unsere **Kamingespräche** mit Mitgliedern des Bundesvorstands und der Landesgruppen der DPtV runden den Kongress ab.

Am Freitagabend feiern wir unser Jubiläum im Wasserwerk Berlin mit einem **Fest**. Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte beantragt.

**Kongress am 21./22. Oktober 2016
im Seminaris CampusHotel Berlin**

Weitere Informationen und Anmeldung auf www.dptv-kongress.de