DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Psychotherapie Aktuell

8. Jahrgang | Heft 2.2016

- Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind
- KJP: Rahmenbedingungen und Möglichkeiten
- Patientenrechtegesetz am Beispiel der Genehmigungsfiktion

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

Zwei einschneidende Reformen nähern sich dem Ziel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 18. Februar 2016 verschickte das Sprecherteam der Jungen Psychotherapeuten der DPtV eine Anfrage zum aktuellen Stand der Ausbildungsreform an die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher des Bundestages und an die Landesministerien. Dies führte innerhalb kurzer Zeit zu zahlreichen positiven Rückmeldungen. Es wurde auf die Frage, bis wann das Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung seine Umsetzung finden wird, erfreulicherweise oft das Jahr 2016 genannt. Die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz spricht von einem geplanten Arbeitsentwurf zur Vorlage im Sommer dieses Jahres. Dirk Heidenblut, MdB, geht sogar von der Fertigstellung eines Referentenentwurfes zur Ausbildungsreform in diesem Frühjahr aus. In anderen Antwortschreiben wird für den Entwurf die zweite Jahreshälfte 2016 anvisiert. Das macht uns zuversichtlich. Wir begrüßen die zeitnahe Umsetzung, denn die Reform der Psychotherapieausbildung halten wir für überfällig.
Die Reform sieht ein Approbationsstudium mit anschließender Weiterbildung vor und wird ausdrücklich auch von den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der DPtV begrüßt. Jetzt sind wir auf den Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums gespannt.

Unabhängig dieser anstehenden Neuerungen für unsere Profession arbeiten unsere engagierten DPtV-Ausschüsse mit Fachkolleginnen und -kollegen an praktischen Hilfestellungen und richtungsweisenden politischen Stellungnahmen. So arbeitet der KJP-Ausschuss intensiv daran, die Interessen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch besser im Gesundheitssystem zu vertreten. Einen Einblick in seine umfangreiche Arbeit finden Sie heute mit diesem Start der KJP-Fachartikelserie. Sie werden künftig regelmäßig für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Praxistipps, Antworten auf Rechtsfragen anhand von Fallbeispielen und mit entsprechenden Praxismaterialien versorgt.

Auch die parallel verlaufende Reform der Psychotherapie-Richtlinie geht in die Zielgerade: Aller Voraussicht nach wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Frist des Gesetzgebers einhalten und bis Ende Juni über die neuen Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie entscheiden. Hier zeigten sich die Delegierten des 28. Deutschen Psychotherapeutentages am 23. April 2016 in Berlin sehr besorgt, dass es nicht zu einer Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung kommt. Daher forderten die 140 Delegierten vom G-BA, den Fokus verstärkt auf eine patientenorientierte Versorgung zu setzen. In einer einstimmig beschlossenen Resolution wendeten sie sich damit gegen die Pläne der Krankenkassen. Diese sehen eine zweiteilige Kurzzeittherapie mit jeweils 12 Sitzungen vor, welche immer der Beantragung einer Langzeittherapie vorangestellt werden soll. Dies ist für eine adäquate psychotherapeutische Versorgung absolut inakzeptabel: Eine Indikationsstellung für ein Psychotherapieverfahren und der notwendige Behandlungsumfang müssen weiterhin allein nach fachlichen Erwägungen getroffen werden! Das bewährte Konzept, aus fachlichen Gründen direkt eine Kurzzeittherapie zu planen oder auch direkt mit dem Behandlungsplan einer Langzeittherapie einzusteigen, darf Patientinnen und Patienten zukünftig nicht verwehrt werden.

Diese klare und starke Positionierung des Deutschen Psychotherapeutentages verdeutlicht den Entscheidungsträgern erneut eine eigentlich selbstverständliche Versorgungsnotwendigkeit. Wir hoffen auf eine fachgerechte Entscheidung des G-BA und dass hier etwaige politische und ökonomische Erwägungen hinter einer qualitativ hochwertigen psychotherapeutischen Versorgung zurückstehen.

Diese beiden Reformen werden das Bild und den Alltag von uns Psychotherapeuten verändern.

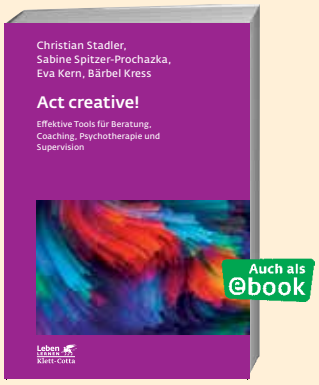
Reformen werden oftmals jahrelang in unterschiedlichen Gremien beraten, sollen möglichst vielen, teilweise sehr unterschiedlichen Interessen ein Zuhause geben, bis sie das Ziel erreichen und verabschiedet werden.
Die von Ihnen vor sechs Jahren gewählten Kolleginnen und Kollegen kämpfen für Ihre Interessen an allen gesundheitspolitischen Reformfronten. Demnächst können Sie wieder Ihre Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Vertreterversammlungen Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für eine Amtszeit von sechs Jahren wählen. Wir bitten Sie, die Kandidatinnen und Kandidaten der DPtV mit Ihrer Stimme zu unterstützen. Aus der Mitte der gewählten Vertreter der regionalen KVen werden dann Anfang 2017 wieder sechs Psychotherapeuten für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt. Mit Ihrer Stimme für unsere Kandidaten stärken Sie unsere berufspolitische Interessensvertretung in den Gremien der Selbstverwaltung. Wir bedanken uns vorab bei Ihnen für diese Unterstützung.

Herzlichst grüßt Sie

Sabine Schäfer

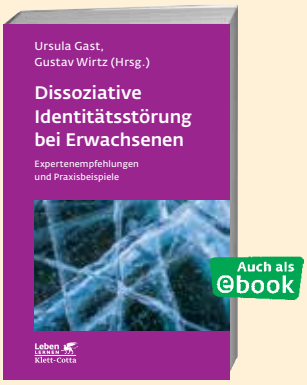
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

NEU



Stadler, Spitzer-Prochazka, Kern, Kress
Act creative!
Effektive Tools für Beratung, Coaching, Psychotherapie und Supervision
278 Seiten, broschiert
großes Format
€ 29,95 (D). ISBN 978-3-608-89157-7

Wer als Coach, Berater oder Psychotherapeut eine »zündende Idee«, eine überraschende Intervention oder eine bewährte Übung sucht, wird hier fündig. Die klug aufgebaute Tools-Sammlung bietet kreative und maßgeschneiderte Praxis-Inputs.



Ursula Gast, Gustav Wirtz
Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen
Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele
196 Seiten, broschiert
€ 24,95 (D). ISBN 978-3-608-89175-1

Eine Folgestörung früher und schwerer Traumatisierung kann die »Dissoziative Identitätsstörung« sein. Die Expertenempfehlungen formulieren ein klares Vorgehen zur Diagnose und Behandlung und geben Anschauungsmaterial aus der Praxis.

Erika Güroff
Selbstsicherheit und soziale Kompetenz
Das Trainingsprogramm mit Basis-und Aufbauübungen
208 Seiten, broschiert
großes Format, mit DVD
€ 29,95 (D). ISBN 978-3-608-89174-4

Soziale Kompetenz ist erlernbar. Das für Therapeuten und Klienten als Leitfaden konzipierte Trainingsprogramm führt Schritt für Schritt durch alle wichtigen sozialen Situationen. Die beiliegende DVD vertieft den Lernprozess mit anschaulichen Übungsszenen.

Dagmar Kumbier
Aufstellungsarbeit mit dem Inneren Team
Methoden- und Praxisbuch für Gruppen
191 Seiten, broschiert, viele Abb.
€ 24,95 (D). ISBN 978-3-608-89176-8

Kumbier bringt das Innere Team auf die Bühne der Aufstellung und zeigt mögliche Interventionen.

»In Dagmar Kumbiers Buch lernen wir nicht nur eine neue Methode kennen, sondern, nahezu beiläufig und doch eindringlich, auch etwas über die Seele des Menschen.«
Friedemann Schulz von Thun

Ulrich Clement
Systemische Sexualtherapie
Preiswerte Sonderausgabe in broschierter Ausgabe
240 Seiten, broschiert, mit vielen Abbildungen und Tabellen
€ 25,– (D). ISBN 978-3-608-94951-3

»Ein intelligent geschriebenes Buch … uneingeschränkt zu empfehlen!«
D. Matte, PiD

»Es ist eines der besten Bücher, die ich zum Thema kenne.«
M. B. Buchholz, systemagazin

Kirsch, Brockmann, Taubner
Praxis des Mentalisierens
Mit einem Vorwort von Anthony W. Bateman
298 Seiten, broschiert
€ 27,95 (D). 978-3-608-94940-7

Dieses Grundlagenbuch schildert die Vorgehensweise in der ambulanten Therapie. Die Basics der Behandlung werden ebenso erklärt wie Diagnostik, Rahmenbedingungen und Interventionsmöglichkeiten.

Marianne Leuzinger-Bohleber, Judith Lebiger-Vogel (Hrsg:)
Migration, frühe Elternschaft und die Weitergabe von Traumatisierungen
Das Integrationsprojekt »ERSTE SCHRITTE«
424 Seiten, broschiert
€ 34,95 (D). ISBN 978-3-608-94948-3

Das Buch zeigt auf der Grundlage neuester Befunde konkret, wie Kinder aus Migrations- und Flüchtlingsfamilien in unsere Gesellschaft integriert werden können.

Frank-M. Staemmler
Kränkungen
Verständnis und Bewältigung alltäglicher Tragödien
203 Seiten, broschiert
€ 19,95 (D). ISBN 978-3-608-94585-0

»Er zeigt an vielen Fallbeispielen auf, wie man besser mit emotionalen Verletzungen umgehen kann und festgefahrene Verhaltensgleise verlassen kann. … Ein Buch, das zu überraschenden Einsichten führt und uns ein wenig freier macht.«
Inge Behrens, Bewusster Leben

Blättern Sie online in unseren Büchern und bestellen Sie bequem unter: **www.klett-cotta.de/fachbuch**
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

Fachbuch Klett-Cotta

GESUNDHEITSPOLITIK

6 **Dieter Best**
Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

18 **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**
Rahmenbedingungen und Möglichkeiten

19 **E. Maaß, I. Freund-Braier, M. Willhauck-Fojkar, H. Borchers**
Berufspolitisches Engagement für KJP

21 **Heiko Borchers**
Wie ist das eigentlich mit der Altersgrenze?

24 **Franz Seifert**
„Etwas Besseres als den Tod werden wir überall finden!" Schwierige Interaktionsmuster in der Behandlung von suizidalen Kindern und Jugendlichen

27 **Informationsblatt**
Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

AUS DER PRAXIS

30 **Tilmann Moser**
Arbeit mit dem inneren Kind. Analytische Körpertherapie bei anhaltender schwerer Depression

ANGESTELLTE

33 **Kerstin Sude**
Gründung eines Betriebsrates für Medizinische Versorgungszentren

KOSTENERSTATTUNG

36 **Kerstin Sude**
Erste Hilfe durch das Patientenrechtegesetz am Beispiel der Genehmigungsfiktion

40 **Raphael Nöske**
Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V. Vergütung nach EBM, Einfachsatz oder 2,3-fachem Steigerungssatz GOP/GOÄ?

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

42 **Kathrin Nahmmacher**
Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen. Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen

48 **Jürgen Ullrich**
Steuervorteile für Eltern

VERANSTALTUNGEN

50 **Veranstaltungskalender Juli bis September 2016**

REZENSIONEN

51 **Alessandro Cavicchioli**
American Psychiatric Association: Diagnostische Kriterien DSM-5®
Horst Dilling, Klaus Reinhardt: Überleitungstabellen ICD-10/DSM-5®

52 **Marie-Christine Fischer**
Mervyn Schmucker, Rolf Köster: Praxishandbuch IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer

52 **Marion Bertgen-Giesen**
Beate Wilken: Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis

54 **Gudrun Schulz-Schlörke**
Angelika Rohwetter: Den Inneren Kritiker zähmen. Strategien und Übungen für ein gutes Selbstwertgefühl

54 **Maja Koutsandréou**
Annette Streeck-Fischer: Trauma und Entwicklung. Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen

55 **Ann-Kristin Klimm**
Simone Munsch, Anja Hilbert: Übergewicht und Adipositas

VERBANDSINTERN

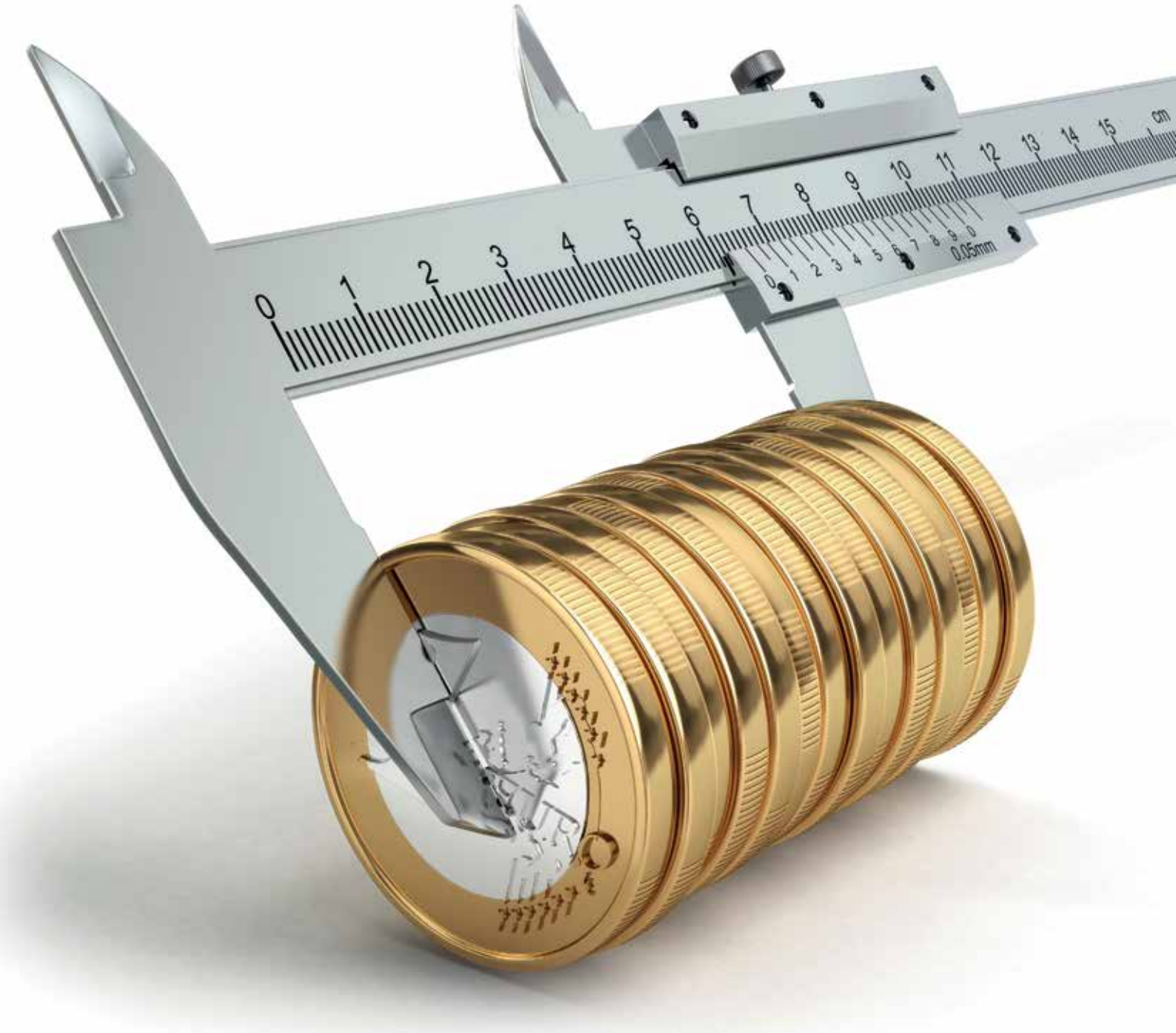
56 **Adressen DPtV**
Impressum

ANZEIGEN

57 **Kleinanzeigen**

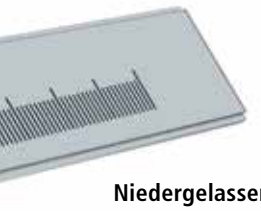
Dieter Best

Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind



„Diese Durchschnittswerte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Einkünften in den einzelnen Fachgebieten gibt, dass also – im Bild des „Ganzen Hauses" der Vertragsärzte – die einen Luxussuiten bewohnen, während den anderen eher die kleinen Kammern im Keller zugewiesen werden. Letzteres trifft vor allem für die Psychotherapeuten zu, die erst 1999 eingezogen sind, als – zumindest aus der Sicht der schon vorhandenen Bewohner – keine besseren Räume mehr verfügbar waren."

Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter des 6. Senats des BSG[1]



Niedergelassene Psychotherapeuten kommen mit ihren Einkommen gerade so über die Runden. Viele Praxen sind eher spärlich eingerichtet, es wird am Personal gespart und die Altersvorsorge leidet. Die Hälfte der Psychotherapeuten geht davon aus, mindestens bis zu einem Alter von 70 Jahren arbeiten zu müssen, etwa ein Drittel bis zu einem Alter von 75 Jahren[2]. Wo man mit seinem Einkommen im Verhältnis zu den anderen Arztgruppen steht, lässt sich an jeder Quartalsstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung ablesen. Was für die Psychotherapeuten so offensichtlich ist, ist in der Selbstverwaltung des KV-Systems und der Krankenkassen, aber auch in der Politik nur schwer zu vermitteln. Die Argumente reichen von: „Einkommensunterschiede sind normal und es verdienen sowieso alle viel zu wenig" (KVen), oder „…zu viel" (Krankenkassen) bis zu „jammern gehört zum Geschäft, außerdem mischen wir uns da nicht ein, das muss die Selbstverwaltung alleine regeln" (Politik). Dass sie dazu nicht in der Lage ist, zeigt sich an der langen Geschichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Mindestvergütung der Psychotherapie. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 ist ein erneuter Beleg dieses Versagens[3].
Müssen die Psychotherapeuten auf Dauer hinnehmen, dass im gemeinsamen Haus die einen die Luxussuiten und sie selbst die Kellerräume bewohnen?

Die Fakten: Große Einkommensunterschiede zwischen somatisch tätigen und psychotherapeutischen Praxen

In den letzten Jahren hat sich die Datenlage zu den ärztlichen Einkommen stark verbessert. Datenquellen sind:

- **Kostenstrukturanalysen des Statistischen Bundesamtes:** Auf Grundlage von Steuerbescheiden werden im Vierjahresabstand aus Stichprobenerhebungen Daten über die wirtschaftliche Situation von Arztpraxen gewonnen. Seit 2007 werden auch die Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst.

- **Honorarberichte der KBV:** Aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe berichtete der Bewertungsausschuss ab 2006 jährlich über die Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem GKV-VStG wurde diese Berichtspflicht auf die KBV verlagert. Seit 2012 veröffentlicht sie einen vierteljährlichen Honorarbericht.

- **Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (ZI):** Seit 2010 erhebt das ZI jährlich anhand einer Stichprobe mehrerer Tausend Praxen („ZI-Praxis-Panel") die wirtschaftliche Situation, Umsätze, Überschüsse und Arbeitszeiten der Ärzte und Psychotherapeuten.

All diese Daten zeigen, dass die Einkommen der Psychotherapeuten einschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten

1 Wenner, U.: Neue Rollenanforderungen an den Vertragsarzt – Freiberuflicher Unternehmer, Funktionsträger im Gesundheitskonzern, Restverwalter oder Vollzugsakteur staatlicher Gesundheitspolitik? In: GesundheitsRecht, Heft 10/2009, S. 505

2 Rabe-Menssen, C., Hild-Steimecke, S.: Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen, in: *Psychotherapie Aktuell*, Heft 3.2013.

3 Best, D.: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses: Rechtswidrig und schädlich für die Versorgung, in: *Psychotherapie Aktuell*, Heft 4.2015.

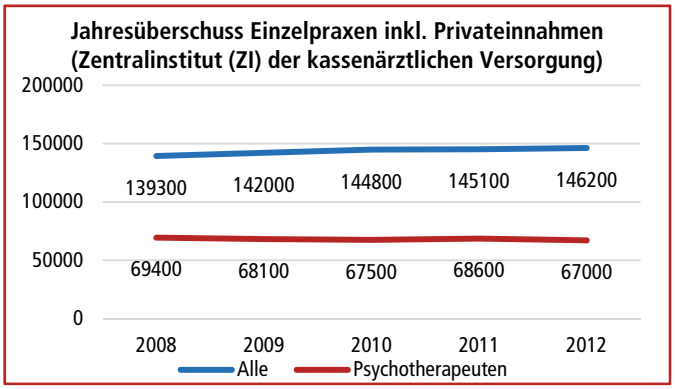


Abbildung 1

nicht einmal die Hälfte der Einkommen der somatisch tätigen Arztgruppen erreichen. Auch die Vergütung je Arbeitsstunde beträgt nur etwa die Hälfte und der Abstand vergrößert sich.

Abbildung 1 zeigt die Jahresüberschüsse (GKV- und Privatumsätze abzüglich Praxiskosten; alle Ärzte und Psychotherapeuten vs. nur Psychotherapeuten) nach den Erhebungen des ZI in den Jahren 2008 bis 2012.

Wer mit den Patienten spricht, verliert Zeit und Geld.

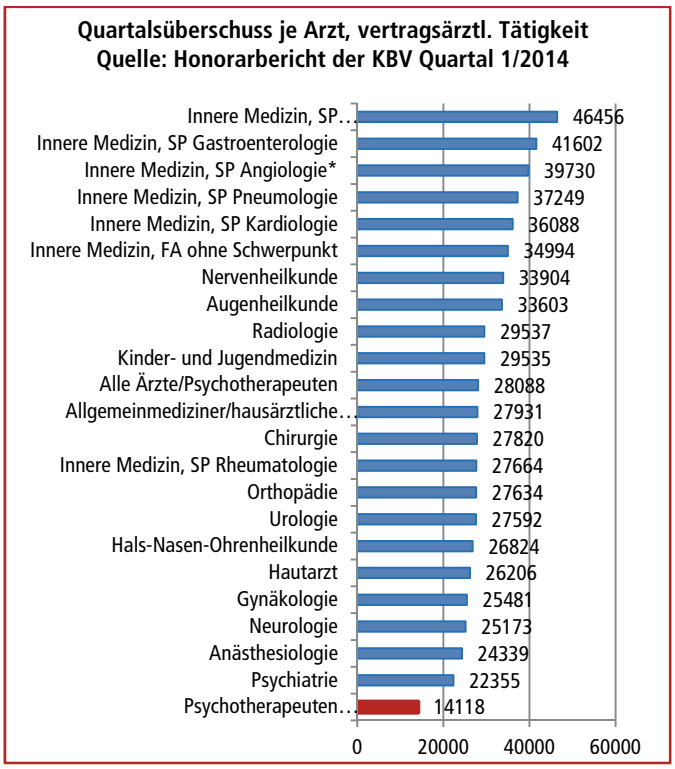


Abbildung 2

Die letzte Erhebung des Statistischen Bundesamtes von 2011[4] weist noch wesentlich größere Einkommensunterschiede auf. Danach lag der Durchschnittsüberschuss aller Ärzte bei 166.000 € (ZI: 145.100 €), der Durchschnittsüberschuss der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 61.000 € (ZI: 68.600 €).

Weil die Kosten für die Krankheits- und Altersvorsorge nicht in die Praxiskosten eingehen, müssen sie aus den Überschüssen bestritten werden. Würden sich die Psychotherapeuten an den durchschnittlichen Aufwendungen aller Ärzte orientieren, lägen die Ausgaben nach der Erhebung des ZI von 2014 für die Krankheits- und Altersvorsorge bei 19.300 € im Jahr, also bei einem Drittel des Überschusses.

Diese beiden Untersuchungen (Statistisches Bundesamt und ZI) umfassen neben den Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter auch die Einnahmen aus Privatbehandlungen. In der somatischen Medizin wird mit Privatpatienten wesentlich mehr verdient als bei GKV-Patienten während bei den Psychotherapeuten Privatpatienten nur geringfügig zum Einkommen beitragen. Das hat zwei Gründe: Zum einen beträgt der Privathonorar-Anteil am gesamten Umsatz bei den Psychotherapeuten nur 12 %, bei den somatisch tätigen Arztgruppen 20 %[5]. Zum anderen haben Psychotherapeuten sowohl bei GKV-Patienten als auch bei Privatpatienten, anders als in der somatischen Medizin, generell keine Möglichkeit, ihre fast ausschließlich aus Gesprächen bestehenden Leistungen zu rationalisieren, d.h. zeitlich zu verdichten. Somatisch tätige Arztgruppen erzielen inzwischen je Stunde bei ihren Privatpatienten ein Mehrfaches dessen, was Psychotherapeuten in dieser Zeit erwirtschaften können. Bei letzteren sind die Stundensätze auf dem Stand von 1996, der letzten GOÄ-Reform, stehen geblieben – trotz einer Inflationsrate von 32 %. Beides gilt im Übrigen auch für die Psychiater. Auch sie haben nur geringe Privateinnahmen und haben bei ihren Gesprächsleistungen ebenfalls keine Kompensationsmöglichkeiten durch Rationalisierung. Bei der Privatbehandlung gilt in besonderem Maße: Wer mit den Patienten spricht, verliert Zeit und Geld.

Weitere Ursachen des zunehmenden Auseinanderklaffens der Einkommen sind:

- **Entwicklung der Gesamtvergütungen und des Orientierungs(punkt)wertes.** Die entscheidenden Faktoren für die ärztlichen und psychotherapeutischen Einkommen sind die Anzahl der abgerechneten EBM-Punkte der Praxis, multipliziert mit den Punktwerten für die Leistungen. Die Punktwerte orientieren sich in der Regel am Orientierungswert. Das Produkt von Punktzahlmenge und Punktwert(e) ergibt den Umsatz in Euro. Je höher das Rationalisierungspotential einer Arztpraxis ist, und das ist bei den technikorientierten Arztgruppen in weit höherem Ausmaß als bei den Psychotherapeuten der Fall, desto mehr trägt die Punktzahl-

4 Fachserie 2, Reihe 1.6.1: „Kostenstruktur bei Arzt und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten" 2011, veröffentlicht am 15.8.2013.

5 ZIPP (ZI der KBV), Erhebung 2013

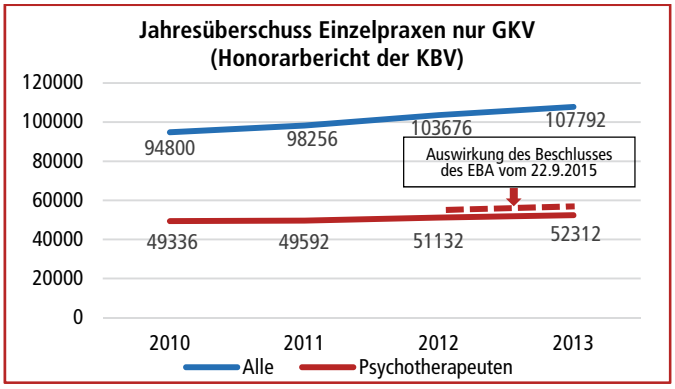


Abbildung 3

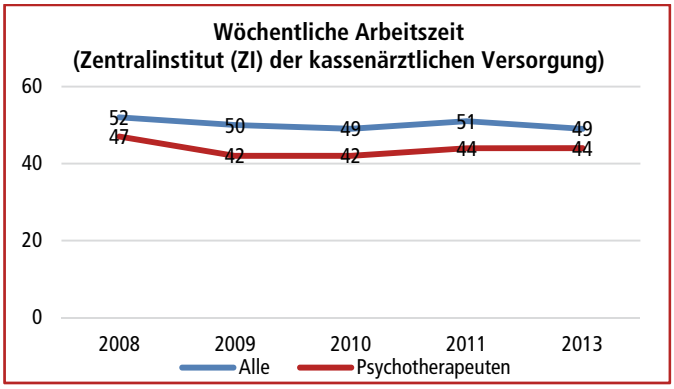


Abbildung 4

menge zum Einkommen bei.[6] Weil Psychotherapeuten ihre Leistungen durch Rationalisierung nicht verdichten können und die Punktzahlmengenentwicklung dadurch stark begrenzt ist, ist für sie die jährliche Steigerung des Orientierungswertes die entscheidende Komponente. Sie beträgt aber höchstens ein bis zwei Prozent im Jahr und bleibt damit sogar deutlich hinter der Grundlohnsummenentwicklung zurück. Außerdem profitieren von den prozentualen Steigerungen des Orientierungswertes die Psychotherapeuten und alle unterdurchschnittlich verdienenden Ärzte absolut am wenigsten.

- **Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG).** Die Einführung der Pauschale sollte Praxen mit einem hohen Anteil an Grundversorgungsleistungen finanziell fördern. Davon profitieren Psychotherapeuten allerdings kaum. Während bei ihnen die PFG mit einer jährlichen Umsatzsteigerung von einigen Hundert Euro zu Buche schlägt, sind es bei den Facharztgruppen einige Tausend Euro.

- **Regionale Punktwertzuschläge und Sonderverträge.** Sie kommen in der Regel der somatischen Medizin und nicht der Psychotherapie zugute.

Lässt man die Einkünfte durch Privatbehandlungen außer Acht und betrachtet man nur die Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter anhand der Honorarberichte der KBV, zeigt sich grundsätzlich dasselbe Bild. Die Einkommensskala weist sehr große Unterschiede aus (Abbildung 2) und der durchschnittliche Gewinn der Psychotherapeuten beträgt nur die Hälfte des Durchschnittes aller anderen Arztgruppen. Auch hier gehen die Einkommen zwischen den somatisch tätigen Arztgruppen und den Psychotherapeuten – bei im Verhältnis zum ZIPP leicht unterschiedlichen Kurvenverläufen[7] – über die Jahre immer weiter auseinander (Abbildung 3).

Die Ausbudgetierung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und probatorischen Sitzungen im Jahr 2013 hat übrigens, wie die Diagramme zeigen, zu keinerlei Zuwächsen bei den Einkommen geführt. Dies war von den Psychotherapeuten auch nicht erwartet worden, denn die genehmigungspflichtigen Leistungen, die 85 % des Einkommens ausmachen, werden wegen der BSG-Rechtsprechung ohnehin zum vollen Orientierungswert bezahlt und können im Gegensatz zu den restlichen nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten und den somatisch-medizinischen Leistungen nicht quotiert werden. Die Absicht der Ausbudgetierung war lediglich, die Dynamik in der Leistungsentwicklung der Psychotherapie nicht zu Lasten der Fachärzte gehen zu lassen und damit die konflikthafte Beziehung zwischen den Psychotherapeuten und den Fachärzten zu entspannen.

Die enormen Unterschiede bei den Überschüssen sind ungerechtfertigt, sie haben weder etwas mit einem unterschiedlichem Arbeitseinsatz, noch mit einem unterschiedlichen unternehmerischen Risiko zu tun. Sie gehen allein darauf zurück, dass die Bewertungssystematik die Arztgruppen begünstigt, die ihre Leistungen in einem hohen Maße rationalisieren und zeitlich verdichten können. Das sind vor allem die technikintensiven Fächer der spezialisierten inneren Medizin. Die „sprechenden" Fächer haben das Nachsehen, ihr Teil des Kuchens wird immer kleiner.

Die Psychotherapeuten haben als absolute Verlierer der Honorarver-

Die Ausbudgetierung der psychotherapeutischen Leistungen hat zu keinerlei Zuwächsen bei den Einkommen geführt.

6 Welche Rolle die „Mengenkomponente" im Verhältnis zur „Preiskomponente" bei der Einkommensentwicklung spielt, hat der GKV-Spitzenverband in einem Gutachten („Prognos-Studie") aufgezeigt. Während die Preise für die EBM-Leistungen nur geringfügig mit den jeweiligen Anpassungen des Orientierungswertes gestiegen sind, konnten Ärzte (ohne Psychotherapeuten) ihr Einkommen durch eine Erhöhung der Leistungsmenge je Zeiteinheit deutlich steigern. So sei der Ertrag je Arztstunde zwischen 2011 und 2014 trotz sinkender Arbeitszeit jährlich um 4,3 % gestiegen. Interessanterweise hat die Prognos-Studie die Psychotherapeuten in ihre Berechnungen nicht einbezogen. Sie hätten das Gesamtbild der stetig steigenden ärztlichen Einkommen getrübt.

7 Bedingt dadurch, dass es sich beim ZIPP (Abb. 1) um eine Stichprobe handelt, beim KBV-Honorarbericht (Abb. 3) um eine Vollerhebung.

teilung mit 52.312 € weniger als die Hälfte des Durchschnitts aller Arztgruppen (107.792 €).[8]

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Anpassung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ändert daran so gut wie nichts. Die beschlossene Honorarerhöhung von 2,7 % für alle Psychotherapeuten und Zuschläge, von denen weniger als die Hälfte der Psychotherapeuten profitiert und die im Durchschnitt 2,2 % ausmachen, ergibt nach Hochrechnungen aus den Zahlen einer größeren KV eine Umsatzsteigerung von höchstens 3.000 € im Jahr, was einer Ertragssteigerung von etwa 2.000 € entspricht.[9]
In der Abbildung 3 (Seite 9) ist dieser Effekt durch die gestrichelte Linie abgebildet.

Die Kalkulation des EBM benachteiligt die Psychotherapeuten.

Überschuss je Zeiteinheit: In der Psychotherapie nur etwa halb so hoch wie in der somatischen Medizin

Weil die Einkommensunterschiede auch durch unterschiedliche arztgruppenspezifische Arbeitszeiten bedingt sein könnten, ist der Überschuss je Zeiteinheit („Arztlohn") ein besseres und realistischeres Maß für die Einkommensunterschiede. Voraussetzung sind allerdings einigermaßen zuverlässige Zahlen über die Arbeitszeiten. Sie ließen sich theoretisch aus den dem EBM zu Grunde liegenden Kalkulationszeiten der Leistungen gewinnen, allerdings nur dann, wenn die Kalkulationszeiten den Arbeitseinsatz realistisch wiedergeben. Das ist aber nicht der Fall (s. Kasten „Unrealistische Kalkulationszeiten").

Kalkulationszeiten: Kein Maß für die Arbeitszeiten

Jede Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist mit einer Kalkulationszeit hinterlegt. Ihre Dauer gibt an, wie lange ein Arzt/Psychotherapeut insgesamt für eine Leistung benötigt. Sie setzt sich zusammen aus der Kontaktzeit mit dem Patienten und zusätzlichen Zeiten für die Vor- und Nachbereitung. Würden die Kalkulationszeiten die tatsächlich eingesetzte Arbeitszeit realistisch widerspiegeln, wäre mit ihrer Summation der größte Teil der gesamten Arbeitszeit des Arztes/Psychotherapeuten erfasst. Hinzu kommen noch je nach Arztgruppe unterschiedliche Arbeitszeiten z.B. für Praxismanagement und für Fortbildungen. Während sich die Kalkulationszeiten bei den psychotherapeutischen Leistungen eng an den vorgeschriebenen Mindest-Kontaktzeiten mit den Patienten orientieren, sind sie im somatisch-medizinischen Bereich überwiegend „gegriffene" Größen, die aufgrund von Expertenmeinungen festgelegt wurden. Sie waren nicht nur bei ihrer erstmaligen Festlegung schon größtenteils überdimensioniert, sondern sie stimmen im Laufe der Zeit auch immer weniger mit den real aufgewendeten Zeiten überein. Rationalisierungseffekte und die dadurch eingesparte Zeit führen nicht, wie man es erwarten könnte, zu einer Reduzierung der Kalkulationszeiten, denn es fehlt an entsprechenden Korrekturmechanismen. Das bedeutet, in der selben Zeit können mehr Leistungen erbracht und damit auch mehr verdient werden. Immer mehr Ärzte stoßen deshalb an die vorgegebenen Plausibilitätsgrenzen, ohne dass ihre Arbeitszeiten insgesamt gestiegen sind. Die Kalkulationszeiten sind aber nicht nur im somatisch-medizinischen Bereich zu hoch, sondern bei der Psychotherapie auch zu niedrig. Eine empirische Erhebung der DPtV ergab, dass die real aufgewendeten Zeiten für die wichtigsten genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen deutlich über den angesetzten Kalkulationszeiten liegen. Ein Psychotherapeut wendet z.B. bei einer Sitzung Psychotherapie mit einer Mindestkontaktzeit von 50 Minuten und einer Kalkulationszeit von 60 Minuten tatsächlich 77 Minuten für die Sitzung und alle Vor- und Nachbereitungsarbeiten auf. Bei der Erstellung des Berichts an den Gutachter ist die real aufgewendete Zeit sogar vierfach höher als die Kalkulationszeit. Insofern benachteiligt die Berechnung der Vergütungen auf der Grundlage der Kalkulationszeiten die Psychotherapeuten doppelt.

Die derzeit einzig verfügbaren empirischen Ergebnisse über die Arbeitszeiten liefert das Praxis-Panel (ZIPP) des ZI (s. Abbildung 4, Seite 9).

Die aus den Jahresüberschüssen und den Arbeitszeiten errechneten Überschüsse je Stunde lagen im Jahr 2013 (s. Abbildung „Ergebnisse aus der Befragung 2014") bei den Psychotherapeuten knapp über der Hälfte des durchschnittlichen Überschusses aller Arztgruppen (einschließlich der Psychotherapeuten), beim Vergleich mit den Fachärzten *unter* der Hälfte.

Die Überschüsse je Zeiteinheit sind offensichtlich umso größer, je höher das Rationalisierungspotenzial einer Arztgruppe durch den Einsatz von Technik und Delegation ist[10].

8 Quelle: Honorarbericht der KBV 2013. Unter ‚Psychotherapeuten' sind auch die ärztlichen Psychotherapeuten zusammengefasst. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Einkommen nicht von den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

9 Sollte sich ein Antrag der Krankenkassen durchsetzen, ab 2016 ab einer bestimmten Obergrenze keine Zuschläge mehr zu bezahlen, wäre die Honorarerhöhung noch geringer.

10 Fachärztlicher Bereich I: Anästhesiologen, Augenärzte, Hautärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte, physikalische und rehabilitative Medizin. Fachärztlicher Bereich II: Chirurgen, Nuklearmediziner, Orthopäden, Radiologen, Urologen.

Wie kommen die Einkommensunterschiede zustande?

Die Ursachen wurden schon mehrfach erwähnt: Psychotherapeutische Gesprächsleistungen sind mit Mindestzeiten versehen, sie können nicht delegiert oder durch den Einsatz von Technik rationalisiert werden. Bei den somatisch-medizinischen Leistungen dagegen sind keine Mindestzeiten vorgegeben. Der Zeitaufwand für die einzelnen Leistungen richtet sich nach der Erfahrung und der Geschicklichkeit des Arztes sowie seiner Möglichkeiten des Einsatzes von Technik und Personal. Die Kalkulationszeiten im EBM sind lediglich eine Kalkulationsgrundlage zur Berechnung ihrer Wertigkeit in Form einer Punktzahl (s. Stichwort „Punktzahl" im Glossar, Seite 17).

Die Vergütungssystematik im somatisch-medizinischen Bereich entspricht dem Akkordlohnprinzip, die Vergütungssystematik im psychotherapeutischen Bereich dem Stundenlohnprinzip. Im Unterschied zur Industrie, wo die Zeittaktung beim Akkordlohn regelmäßig dem technischen Fortschritt angepasst wird, folgt die Anpassung der Kalkulationszeiten im EBM aber weder festen Regeln noch festgelegten Zeitpunkten. Meist erfolgen Anpassungen in Zusammenhang mit EBM-Reformen. Der EBM wird in der Regel in Abständen von mehr als zehn Jahren reformiert, meist dann, wenn die Glaubwürdigkeit des gesamten Bewertungssystems auf dem Spiel steht. Seit der letzten EBM-Reform von 2005 („EBM 2000plus") sind nun mehr als zehn Jahre vergangen, der Reformdruck steigt, nicht zuletzt wegen nicht mehr vermittelbarer überhöhter Kalkulationszeiten. Bei gleichen Gesamtausgaben würde eine Reduzierung unrealistisch hoher Kalkulationszeiten zu einer Umverteilung führen, die den Leistungen mit realistischen oder zu kleinen Kalkulationszeiten zugute käme.

Der Bewertungsausschuss hat am 22.10.2012 den Beschluss gefasst, den EBM grundsätzlich zu reformieren. Ursprünglich sollte die Reform schon am 1.1.2016 umgesetzt sein, auf Wunsch der KBV wurde der Termin aber auf den 1.7.2017 verschoben. Begründet wurde das mit einer dann zur Verfügung stehenden besseren Datengrundlage. Auch kommt der neue Zeitpunkt nicht mit den KV-Wahlen im zweiten Halbjahr 2016 in Konflikt, denn jede EBM-Reform führt unvermeidlich zu Umverteilungen und Unruhe unter den Ärzten – keine günstige Konstellation in Wahlkampfzeiten.

Unter den unklaren gesetzlichen Vorgaben zu den EBM-Überprüfungen leiden nicht nur die Psychotherapeuten und Psychiater, sondern alle Arztgruppen und Ärzte, die zum großen Teil mit nicht-delegierbaren und nicht-rationalisierbaren Zuwendungsleistungen arbeiten.

Zwar enthält das SGB V Korrekturvorschriften und das GKV-VSG hat diese leicht konkretisiert, die Vorschrift ist aber halbherzig und macht die Überprüfungsverpflichtung kaum stringenter. Die Vorschrift lautet in der neuen Form (gekürzt, Neuerungen unterstrichen):

„Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten vom Bewertungsausschuss für die vertragsärztlichen Leistungen zu bestimmenden regelmäßigen Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, ...; … bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen;"

Ergebnisse aus der Befragung 2014

Jahresüberschuss differenziert nach Fachbereichen im Jahr 2013

Fachbereich	Praxen	Jahresüberschuss: je Inhaber in Tsd. Euro	Jahresüberschuss: je Stunde in Euro	Jahresüberschuss: Vergleichswert in Tsd. Euro	Stunden je Inhaber pro Jahr
Gesamt	**4.814**	**143,9**	**64,3**	**143,9**	**2.238**
Hausärztlicher Bereich	1.053	145,0	62,3	139,4	2.327
Fachärztlicher Bereich I	1.477	164,8	75,3	168,6	2.187
Fachärztlicher Bereich II	772	199,3	82,8	185,3	2.407
Internistischer Bereich	226	218,9	87,3	195,3	2.508
Neurologisch-psychiatrischer Bereich	513	153,5	65,3	146,1	2.353
Psychoth. und psychosom. Bereich	719	66,4	35,0	78,4	1.894
Übergreifend tätige Praxen	54	190,8	80,2	179,4	2.380

Hinweis: Der Vergleichswert ist das Produkt aus dem durchschnittlichen Überschuss je Stunde eines Fachbereichs mit der durchschnittlichen Jahresarbeitsstundenzahl je Inhaber Gesamt.
Quelle: Zi-Praxis-Panel 2014.

SEITE 11 Konzertierte Aktion von KBV und Berufsverbänden / 11. September 2015 / www.zi.de

Die Kalkulation des EBM benachteiligt aus den oben genannten Gründen die Arztgruppen, die fast ausschließlich mit Gesprächsleistungen arbeiten. Es wäre ein in kürzeren Zeitabständen vorzunehmender, regelmäßiger Korrektur- und Ausgleichsmechanismus auf Grundlage der sich arztgruppenspezifisch unterschiedlich entwickelnden Leistungsmengen je Zeiteinheit festzulegen. Gelänge ein solcher Korrekturmechanismus im EBM, müssten im Sinne eines schlüssigen Gesamtkonzepts zusätzlich flankierende Schutzmaßnahmen auf Honorarverteilungsebene (§ 87b SGB V) eingerichtet werden, damit die EBM-Effekte nicht durch Modifikationen beim Punktwert konterkariert werden können. Eine solche Schutzmaßnahme existiert zwar bereits bezüglich der psychotherapeutischen Leistungen (§ 87b Abs. 2, s.u.). Sie hat sich aber als wirkungslos erwiesen und sie hat nicht verhindert, dass die KVen bei den nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen die Honorare abgesenkt haben.

Alternativ und wesentlich einfacher wäre die gesetzliche Festlegung eines Ertragskorridors, innerhalb dessen sich die Überschüsse der Hausärzte und der Fachärzte und der fachärztlichen Untergruppen (z.B. vorwiegend grundversorgende vs. spezialversorgende Fachärzte) bewegen müssten. Dafür müsste ein Ausgleichsmechanismus geschaffen werden, der das nicht gerechtfertigte Auseinanderdriften der Einkommen regulieren würde.

Wenn das KV-System im Sinne des gemeinsamen Hauses als Solidarsystem der Ärzte und Psychotherapeuten begriffen werden soll, müsste dafür gesorgt werden, dass – um im Bilde Wenners zu bleiben – die Wohnräume des gemeinsamen Hauses gleichermaßen attraktiv sind. Zumindest müsste dafür gesorgt werden, dass die Bewohner der Kellerräume überhaupt die Chance haben, in die darüber liegenden, komfortableren Wohnräume umziehen zu können.

Für die Psychotherapeuten ist das durch die EBM-Konstruktion und die Beschlüsse des Bewertungsausschusses völlig ausgeschlossen. Die Selbstverwaltung ist nicht in der Lage, daran etwas zu ändern.

Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur „angemessenen Vergütung": Letzte und unverzichtbare Auffanglinie für die Psychotherapiehonorare

Würden die allgemeinen gesetzlichen Vorschriften zur Kalkulation des EBM zu einer fairen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit führen, wären die gesetzlichen Spezialvorschriften zum Mindesthonorar überflüssig. Die Vorschriften gehen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zurück.

Spezialvorschriften zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im SGB V

§ 87 Abs. 2c Satz 6 schreibt für den **EBM** vor:
Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.

§ 87b Abs. 2 Satz 5 schreibt darüber hinaus für die **Honorarverteilung** vor:
Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.

Warum wurde die doppelte Sicherung des Mindesthonorars im § 87b eingeführt? In den Jahren 2009 bis 2012 galten bundeseinheitliche Regelungen zur „Mengensteuerung". Weil bei den Psychotherapeuten fast alle Leistungen durch vielfältige Regelungen in ihrer Menge begrenzt sind, wurden sie von der Einführung der Regelleistungsvolumina verschont. Dafür erhielten sie eine „Zeitkapazitätsgrenze". Bis zu dieser Grenze wurden alle Leistungen mit festen Preisen vergütet. Um diese sinnvolle Regelung fortzuführen und zu verhindern, dass im Zuge der Re-Regionalisierung der Vergütungsregelungen durch das GKV-VStG und die Wiedereinführung der regionalen Honorarverteilung der KVen der EBM einfach unterlaufen wird, baute der Gesetzgeber die zusätzliche Sicherung bei der Honorarverteilung in § 87b ein. Die Gesetzesbegründung sieht dafür den Erhalt der sogenannten zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vor. Nach diesem Modell war damals aufgrund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses eine Punktzahlobergrenze je Quartal aus genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen eingeführt worden. Innerhalb der Zeitkapazitätsgrenze wurden alle Leistungen zum vollen Orientierungswert vergütet. Wie erwähnt, hat die Sicherung allerdings nicht gehalten und die Honorare für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen wurden seit 2013 von den meisten KVen abgesenkt.

Eine derartige Absenkung der Honorare ist bei den genehmigungspflichtigen Leistungen wegen klarer Vorgaben des Bundessozialgerichts nicht möglich. Bereits 1999 hatte das BSG, ausgehend vom prinzipiellen Unterschied zwischen den psychotherapeutischen und den somatisch-medizinischen Leistungen eine Mindestvergütung für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen vorgeschrieben. Die Honorarverteilung der KVen – so das BSG – verletzte das Gleichbehandlungsgebot des Artikels 3 Abs. 1 Grundgesetz,

da die Honorarverteilung die unterschiedliche Systematik der Vergütung bei den Psychotherapeuten und den somatisch tätigen Arztgruppen nicht berücksichtigt habe:

„Der im oben dargestellten Sinne optimal ausgelastete psychotherapeutisch tätige Arzt kann auf einen Punktwertrückgang weder durch eine Steigerung der generell oder pro Behandlungsfall zu erbringenden Leistungen noch durch eine vermehrte Abrechnung höher bewerteter Leistungen oder durch eine Änderung seines Behandlungsspektrums im Rahmen seines Fachgebietes reagieren. Die anderen Arztgruppen machen von diesen Möglichkeiten – die hier nicht rechtlich zu bewerten sind – in mehr oder weniger großem Umfang Gebrauch." (Urteil vom 20.1.1999, Az B 6 KA 46/97 R)

Den Psychotherapeuten wurde damals ein Mindestpunktwert von 10 Pfennig zuerkannt. In weiteren Urteilen, vor allem der Jahre 2004 und 2008 hat das BSG seine Rechtsprechung gefestigt und im Grundsatz nur dadurch modifiziert, dass der Mindestpunktwert von 10 Pfennig ersetzt wurde durch einen Vergleich der Einkommen der Psychotherapeuten mit den Einkommen bestimmter Facharztgruppen. Der bis heute bestehende Grundsatz lautet:

„Den Psychotherapeuten muß es jedenfalls im typischen Fall möglich sein, bei größtmöglichem persönlichen Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Arztgruppen zu erreichen." (Urteil vom 28.1.2004, Az B 6 KA 52/03 R, Rn 48).

Die Geschichte der BSG-Rechtsprechung zur angemessenen Vergütung der Psychotherapie ist auch eine Geschichte ihrer unfairen und mangelhaften Umsetzung durch den Bewertungsausschuss. Zum einen hat dieser das Mindesthonorar in ein nicht überschreitbares Höchsthonorar umdefiniert, was, auf andere Arztgruppen angewandt, völlig unvorstellbar erscheinen würde (s. Kasten).

Frage an die Politik und die Ärzteschaft: Nur mal angenommen …

… der Bewertungsausschuss würde beschließen: „Ein Hausarzt (oder wahlweise auch eine Facharztgruppe) kann bei maximalem Arbeitseinsatz und optimalen Praxisbedingungen höchstens das Durchschnittseinkommen der fünf schlechtest verdienenden Facharztgruppen erreichen."

Wäre das für Sie in Ordnung?

Zum anderen wurden, wo es nur möglich schien, die BSG-Vorgaben unterlaufen. So wurde der Bewertungsausschuss zweimal, 2004 und 2008, vom BSG verpflichtet, seine Beschlüsse nachzubessern. In den Urteilen von 2008 wies das Gericht darauf hin, dass seine Grundsätze auch unter dem ab 2009 geltenden neuen Vergütungsrecht des GKV-WSG zu gelten habe. Das hinderte den Bewertungsausschuss / Erweiterten Bewertungsausschuss aber nicht daran, weitere sechs Jahre verstreichen zu lassen, um erst mit dem Beschluss vom 22.9.2015 eine Anpassung vorzunehmen. Was dabei herauskam, weicht weit von der BSG-Rechtsprechung ab und kann getrost als „Honorargerechtigkeit nach Kassenlage" bezeichnet werden. Nach Einschätzung der Psychotherapeutenverbände und -kammern wird auch dieser Beschluss vom BSG beanstandet werden.

Trotzdem lässt sich festhalten, dass die Einkommen der Psychotherapeuten im Verhältnis zu denen der somatisch tätigen Arztgruppen ohne die Urteile des Bundessozialgerichts noch weiter zurückgeblieben wären. Eine einigermaßen gesicherte Honorierung psychotherapeutischer Leistungen, wenn auch auf einem Mindestniveau, ist allein den Gerichten und vor allem dem Bundessozialgericht zu verdanken. Dass der Gesetzgeber mit dem GKV-RefG des Jahres 2000 das grundlegende Urteil des BSG von 1999 auch in das SGB V aufgenommen hat, geht auf eine Initiative des ehemaligen SPD-Bundestagsabgeordneten Horst Schmidbauer, Nürnberg, zurück.

So wurde aus dem Mindesthonorar ein Höchsthonorar.

Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die in den Grundsätzen des BSG angelegten und vom BSG selbst zugestandenen mehrfachen Benachteiligungen der Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer verfassungsgemäßen Grundlage angezweifelt werden. So hält Ebsen die Berechnung des Mindesthonorars aus dem Vergleich durchschnittlich ausgelasteter (schlecht verdienender) Facharztgruppen mit maximal ausgelasteten Psychotherapeutenpraxen für nicht verfassungskonform. Wenigstens müssten „vollausgelastete", d.h. eigentlich maximal ausgelastete, Psychotherapeutenpraxen mit voll ausgelasteten Praxen bestimmter Facharztgruppen verglichen werden.[11]

Exkurs: Was hat es mit der „Vollauslastung" auf sich?

Das BSG hat zur Berechnung des psychotherapeutischen Mindesthonorars das Konstrukt einer „voll ausgelasteten" psychotherapeutischen Praxis mit durchschnittlich 36 genehmigungspflichtigen Psychotherapiesitzungen pro Woche entwickelt. Dabei verstand es unter „Vollauslastung", anders als es der Begriff nahelegen würde, keine

11 Ebsen, I.: Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit als Steuerungs- und Rechtmäßigkeitskriterium für die Honorargestaltung psychotherapeutischer Leistungen in der GKV, Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), Frankfurt, 9.2.2015

Psychotherapeuten arbeiten im Durchschnitt 44 Stunden pro Woche.

Vollzeittätigkeit, sondern eine *maximal erreichbare Leistungsmenge unter optimalen Praxisbedingungen*. So führt das Gericht in seinem Urteil von 1999 aus, dass „die Belastungsgrenze für einen vollzeitig tätigen Psychotherapeuten bei 36 zeitabhängig zu erbringenden psychotherapeutischen Leistungen von mindestens 50-minütiger Dauer erreicht ist."[12] „Eine derartige Leistungsausweitung ist nach den vorliegenden Unterlagen nur einer geringen Zahl von Psychotherapeuten möglich" und es zeige sich doch, „dass der Kreis der Psychotherapeuten, die tatsächlich in der Lage sind, in mehr als 43 Wochen im Jahr mehr als jeweils 35 bzw. 36 Einzeltherapiestunden neben den erforderlichen Begleitleistungen zu absolvieren, relativ klein ist." (28.1.2004, B 6 KA 52/03 R).

Wie die Abrechnungsergebnisse der KVen zeigen, sind lediglich ein bis zwei Prozent der Psychotherapeuten in der Lage, auf Dauer 36 genehmigte Psychotherapiesitzungen pro Woche durchzuführen. Das bedeutet eine wöchentliche Gesamtarbeitszeit von deutlich mehr als 50 Stunden. Obwohl einleuchten dürfte, dass eine Belastungsgrenze kein Benchmark für die Arbeitsleistung aller Psychotherapeuten und schon gar kein Anlass zur Abqualifizierung eines Berufsstandes sein kann, wird gerade das von interessierter Seite immer wieder unternommen. Psychotherapeuten würden, da sie ja nicht „voll ausgelastet" seien, ihre Versorgungsaufträge nicht erfüllen. Das ist so, wie wenn man einem Internisten, der mit seiner Einzelpraxis einen Reinertrag von weniger als 406.000 € im Jahr aufweist, vorwerfen würde, er erfülle seinen internistischen Versorgungsauftrag nicht. So hoch liegen nämlich die durchschnittlichen Reinerträge internistischer Einzelpraxen in der obersten Umsatzklasse nach der Erhebung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2011.

12 Urteil vom 25.8.1999, Az B 6 KA 14/98 R

Der Vorwurf mangelnder Auslastung hält sich hartnäckig, zum Teil auch in den Medien. So stand in einem Artikel der Frankfurter Allgemeinen vom 28.7.2014: „Der Versorgungsauftrag der Psychotherapeuten umfasst 36 Stunden pro Woche, Psychotherapeuten erfüllen ihren Versorgungsauftrag nicht" und „würden die Psychotherapeuten voll arbeiten, hätten sie auch keinen Grund, über vergleichsweise niedrige Honorare zu klagen."

Tatsächlich arbeiten Psychotherapeuten nach der aktuellen ZIPP-Erhebung von 2014 im Durchschnitt 44 Stunden wöchentlich in ihrer Praxis, davon 28 Stunden im direkten Patientenkontakt. Darin enthalten sind nach den Abrechnungsstatistiken der KVen ca. 19 genehmigte Sitzungen pro Woche mit einem jeweiligen Zeitaufwand von mehr als 70 Minuten pro Patient, einschließlich Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation.

Unlängst wurde die Behauptung der geringen Auslastung, sicher ohne böse Absicht, vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Zusammenhang mit dem Vorschlag einer Überarbeitung der Bedarfsplanung erneut in die Welt gesetzt: „In diesem Zusammenhang ist die Kritik geäußert worden, dass eine nicht unwesentliche Anzahl von Leistungserbringern nicht das volle Psychotherapiestundenkontingent – generell bzw. im Rahmen der Versorgung von gesetzlich Versicherten – erbringt."[13]

Gründe für die hohe Löschungsresistenz des Mythos einer zu geringen Auslastung psychotherapeutischer Praxen sind zum einen – wie beim Sachverständigenrat – die Übernahme gängiger Vorurteile aus Unkenntnis, zum anderen aber auch ein gezieltes Interesse, die Honoraransprüche der Psychotherapeuten ins Leere laufen zu lassen nach dem Motto „arbeitet doch mehr, dann verdient ihr auch mehr".

13 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2015, Seite 192.

Auf welche Resonanz stoßen die Psychotherapeuten mit ihren Honorarforderungen im gesundheitspolitischen Umfeld?

Bei gedeckelten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen Honorarerhöhungen bei den einen immer zu Honorarabsenkung, bzw. wenn man das vermeiden will, zu geringeren Honorarsteigerungen bei den anderen. Auch die Ausbudgetierung der genehmigungspflichtigen Leistungen und der probatorischen Sitzungen des Jahres 2013 hat an dieser Logik, sowohl auf KV- als auf Kassenseite, grundsätzlich nichts geändert, denn:

- Zum einen bleiben die restlichen nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV und eine überproportionale Mengenentwicklung in diesem Bereich muss von den anderen Arztgruppen teilweise mitfinanziert werden (den anderen Teil zahlen die Psychotherapeuten durch abgestaffelte Honorare aus der eigenen Tasche).

- Zum anderen bedeutet die extrabudgetäre Vergütung für den Großteil der psychotherapeutischen Leistungen nicht, dass die Skala nach oben offen wäre. Der Deckel ist dann nicht mehr das Volumen der Gesamtvergütung, sondern die Gesamtsumme dessen, was die gesetzlichen Krankenkassen bereit sind, für die ambulante Versorgung auszugeben. Eine theoretisch angenommene bzw. auch nur befürchtete ungebremste Mengenentwicklung in der Psychotherapie würden die Krankenkassen am Ende, wenn alle anderen Möglichkeiten der Mengenbegrenzung bei der Psychotherapie ausge-

schöpft wären, unweigerlich mit Einsparungen in anderen medizinischen Bereichen beantworten. Das Gesamtverhandlungspaket darf insgesamt nicht schwerer werden.

Auch wenn es sich bei den Ausgaben für die ambulante psychotherapeutische Behandlung im Verhältnis zu allen Ausgaben für die ambulante Versorgung um geringe Summen handelt – nur ca. 5 % – löst allein schon die Erwartung einer Mengensteigerung Ängste bei den KVen und den Krankenkassen aus. Es spielt dann auch keine Rolle, dass die Ausgaben für stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen und für die medikamentöse Behandlung ein Vielfaches von dem der ambulanten Behandlungen ausmachen und dass sich die direkten und indirekten Kosten psychischer Krankheiten auf bis zu 50 Milliarden Euro im Jahr summieren[14].

Die Psychotherapeuten haben mit ihren Honoraransprüchen also zwei Seiten gegen sich: Die Krankenkassen und die eigene Selbstverwaltung, nämlich die anderen Fachgruppen, die durch die KBV und die KVen vertreten werden. So kommt Ebsen in seinem Gutachten zur Honorarverteilungsgerechtigkeit zu der Schlussfolgerung, dass Zweifel daran bestehen, dass die Interessen der Psychotherapeuten bei Entscheidungen des Bewertungsausschusses angemessen berücksichtigt werden. Denn keine der beiden Seiten könne ein Interesse daran haben, einen Honorarausgleich zu Gunsten der Psychotherapeuten zu erwirken.

Wenn die Selbstverwaltung aufgrund dieser Interessenskonstellation einen fairen Interessenausgleich nicht schafft, wer dann? Bisher waren es die Gerichte. Wie sich aber zeigt, gelang es dem Bewertungsausschuss und jüngst dem Erweiterten Bewertungsausschuss mehrfach, die BSG-Urteile zu unterlaufen. Aus diesem Grund richtete sich die Demonstration von 1.500 Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern im September 2014 nicht an die Selbstverwaltung, sondern an die Politik. Gefordert wurde „gleiches Geld für gleiche Leistung" und konkrete gesetzliche Maßnahmen. Die zentrale Forderung war die nach klaren Vorgaben zur angemessenen Vergütung der Psychotherapie. Die bisherigen Vorschriften in § 87 und § 87b (s. Seite 12) benötigen ein Update. Ein von den Vertretern der Psychotherapeuten in der KBV-Vertreterversammlung und der Bundespsychotherapeutenkammer abgestimmter Gesetzesvorschlag lautet:

Gesetzliche Vorschrift zur „angemessenen Vergütung" benötigt ein Update

Vorschlag Neufassung des § 87 Abs. 2c Satz 6:
„Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten."

Erläuterung: Damit sind sowohl die genehmigungspflichtigen als auch die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen umfasst und der Vergleich der Einkommen bezieht sich auf alle Arztgruppen und nicht nur auf wenige schlecht verdienende. Außerdem wird eine regelmäßige jährliche Prüfung auf Grundlage der aktuellen Daten verlangt.

Vorschlag Neufassung des § 87b Abs. 2 Satz 4:
„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung mindestens zum Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e gewährleisten."

Erläuterung: Um zu verhindern, dass die Bewertungen im EBM durch regionale Honorarverteilungsmechanismen, zum Beispiel durch abgesenkte Punktwerte „neutralisiert" werden, ist wie bisher eine flankierende Bestimmung in § 87b notwendig. Vor allem soll der Zustand der Jahre 2009 – 2011 wieder hergestellt werden, als sowohl die genehmigungspflichtigen als auch die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen unquotiert vergütet wurden. Damit wäre auch auf HVM-Ebene gesichert, dass die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie neu einzuführenden Leistungen angemessen vergütet werden.

Weshalb konnten sich die Psychotherapeuten trotz klarer Faktenlage und BSG-Rechtsprechung mit ihren Forderungen in der Politik noch nicht durchsetzen?

Allgemein besteht eine große Zurückhaltung bei Gesundheitspolitikern, sich in die Selbstverwaltung einzumischen, jedenfalls solange die Versorgung zufriedenstellend geregelt ist. Das gilt auch für innerärztliche Verteilungskämpfe, die erst dann interessieren, wenn sie die Versorgung tangieren. So

14 Ulrich, V.: Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland, in: Frankfurter Forum, Heft 9 (2014).

wurde die gesetzliche Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Teil eingeführt, weil immer mehr Mittel in die fachärztliche Versorgung flossen, die Hausärzte finanziell benachteiligt waren und dadurch die hausärztliche Tätigkeit immer unattraktiver wurde.

Psychotherapeuten weichen kaum nennenswert auf andere Einkommensquellen oder auf die Behandlung von Privatpatienten aus, wie der geringe Honoraranteil aus der Behandlung von Privatpatienten zeigt – es ist der geringste im gesamten ambulanten Bereich. So bleiben den Psychotherapeuten zur Verbesserung ihres Gewinns nur Einsparungen auf der Ausgabenseite. Einsparung beim Personal und bei der Größe und Ausstattung der Räumlichkeiten sind jedoch strukturelle Hemmschuhe für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, z.B. für die Einführung von Sprechstunden oder Gruppentherapien. Für Hilfesuchende stellt es außerdem eine zusätzliche Hürde dar, wenn sie Praxen auf der Suche nach einem Therapieplatz „abtelefonieren" müssen. Mancher bringt diese Kraft und Zeit nicht auf oder verliert dabei den Mut. Wenn es an Personal mangelt, leidet auch die Psychodiagnostik, die teilweise an Personal delegiert werden könnte.

Die geringen Verdienstmöglichkeiten in der Psychotherapie und Psychiatrie sind schließlich auch ein fatales Signal an den ärztlichen Nachwuchs, dass sich eine Spezialisierung auf diesen Gebieten nicht lohnt und dass man sich beim Blick auf seine Zukunft besser der technikintensiven Medizin zuwendet.

Die Psychotherapeuten haben zwei Seiten gegen sich: die Krankenkassen und die eigene Selbstverwaltung.

Die Politik muss handeln

Versagt der Interessenausgleich im vertragsärztlichen Solidarsystem und in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und werden die Interessen der Minderheit der Psychotherapeuten und Psychiater nicht geschützt, trägt die Politik die Verantwortung für einen fairen Interessensausgleich. Dass dringender Handlungsbedarf besteht, haben die Verbände und Kammern der Psychotherapeuten gemeinsam mit den ärztlichen Psychotherapeuten und den Psychiatern in öffentlichen Aktionen mehrfach und nachdrücklich zum Ausdruck gebracht.

Die Politik hat die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker erkannt und bei der letzten Gesundheitsreform eine Reihe sinnvoller struktureller Maßnahmen im GKV-VSG auf den Weg gebracht. Jetzt muss noch die unverzichtbare Grundlage jeder Versorgung, die Honorare derer, die die Versorgung leisten, vernünftig gesetzlich geregelt werden.

Zusammenfassung

In dieser Übersicht wurden die Fakten zur finanziellen Stellung der Psychotherapeuten im vertragsärztlichen System zusammengetragen und es wurden die Hauptgründe für das wesentlich schlechtere Einkommen der Psychotherapeuten herausgearbeitet. Um die Darstellung nicht zu überfrachten, wurden weitere Gründe, die z.B. in der EBM-Kalkulation liegen, nicht beschrieben. Sie sind in einer Stellungnahme des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV als Beratungsunterlage zur EBM-Reform zusammengefasst. Die Hoffnung, dass diese EBM-Reform zu einer Besserstellung der Psychotherapeuten führt, ist nach allen bisherigen Erfahrungen äußerst begrenzt, denn wer soll in der gemeinsamen Selbstverwaltung, außer den betroffenen Gruppen selbst, daran ein Interesse haben? Wenn die Psychotherapeuten ihre Honoraransprüche nicht immer wieder nur auf einem absoluten Mindestniveau über die Gerichte einklagen sollen, ist die Politik gefordert, gesetzgeberische Maßnahmen zu ergreifen. Sie richten sich nicht allein auf die Psychotherapie, sondern auch auf die Arztgruppen und Leistungsbereiche, bei denen das Gespräch mit den Patienten im Vordergrund steht.

Dieter Best

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Mitglied der Vertreterversammlung der KBV, alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV, stellv. Mitglied des Bewertungsausschusses, Gebührenordnungsbeauftragter des Vorstandes der BPtK, stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.

Glossar der wichtigsten Begriffe

Bewertungsausschuss
Der Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V besteht paritätisch aus Vertretern der KBV und des GKV-Spitzenverbandes. Er fasst Beschlüsse zur Vergütung im vertragsärztlichen Bereich mit bundesweiter Wirkung, z.B. zum EBM und zum Orientierungswert. Bei Stimmengleichheit kann der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen werden. Er besteht zusätzlich aus einem unparteiischen Vorsitzenden und Beisitzern.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Er bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der EBM wird zur Gebührenordnung, wenn die Bewertungen in Punkten mit einem Punktwert multipliziert werden. Für viele Leistungen ist dies der bundeseinheitliche Orientierungswert, z.B. für die genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie, für viele andere Leistungen gilt ein regional im Honorarverteilungsmaßstab festgelegter Punktwert, der höher oder niedriger liegen kann. Für die Leistungen, die ein bestimmtes Volumen (z.B. Regelleistungsvolumen bzw. Individualbudgets) übersteigen, gelten abgestaffelte Punktwerte.

GKV-VSG
„GKV-Versorgungsstärkungsgesetz", in Kraft getreten im August 2015.

GKV-RefG.
„GKV-Reformgesetz", in Kraft getreten im Januar 2000.

GKV-FinG
„GKV-Finanzierungsgesetz", in Kraft getreten im Januar 2010. Unter anderem wurde für 2011 und 2012 eine Nullrunde beim Orientierungswert verfügt.

GKV-WSG
„GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz", in Kraft getreten im Januar 2009. Neben vielen anderen Maßnahmen wurde die bis dahin weitgehend regionalisierte Vergütungssystematik zentralisiert und nach bundeseinheitlichen Bestimmungen neu geregelt, d.h. Einführung eines einheitlichen Orientierungspunktwertes zur Erzielung fester Preise innerhalb von Regelleistungsvolumina und Einführung einer Mengensteigerungssystematik der Gesamtvergütungen der KVen nach vorgegebenen Morbiditätskriterien. Die neue Systematik führte zu Umverteilungen zwischen den KVen und zu einer bundesweiten Angleichung der abrechenbaren Leistungsmengen. Die Reform brachte für alle Ärzte und Psychotherapeuten eine Honorarsteigerung von ca. 10 %. Für die Psychotherapie wurde erstmals ein bundeseinheitliches Honorar und als „Mengensteuerungsinstrument" die sogenannten Zeitkapazitätsgrenzen eingeführt. Innerhalb dieser Grenzen wurden die Leistungen zum vollen Orientierungswert bezahlt.

GOÄ/GOP
Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die mit den Abschnitten B und G der GOÄ identische Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ist eine verbindliche staatliche Gebührenordnung für Privatbehandlungen, die vom BMG mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.

Honorarverteilung
Die Gesamtvergütungen werden gemäß eines Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KV auf die Ärzte und Psychotherapeuten verteilt. Den Rahmen gibt § 87b SGB V vor.

Kalkulatorischer Arztlohn
Der kalkulatorische Arztlohn ist die vom Bewertungsausschuss normativ festgelegte Vergütung der persönlichen Leistung des Arztes (ohne Berücksichtigung der Praxiskosten). Er entspricht dem Überschuss aus der vertragsärztlichen Behandlung gesetzlich Versicherter. Der kalkulatorische Arztlohn orientiert sich am Bruttoeinkommen eines im Krankenhaus angestellten Oberarztes im Alter von 43 Jahren mit zwei Kindern. Er beträgt derzeit 105.572 € im Jahr bei 46 Arbeitswochen und einer Gesamtarbeitszeit von 51 Stunden pro Woche. Zur Berechnung der Bewertung einer Leistung wird der kalkulatorische Arztlohn auf die Minute heruntergerechnet, wobei nur die Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt zählt (Nettoarbeitszeit). Jeder Arzt oder Psychotherapeut mit der wöchentlichen, normativ festgelegten Brutto-Arbeitsleistung von 51 Stunden soll den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Je nach Studie wird der kalkulatorische Arztlohn vom Durchschnitt der Ärzte überschritten (Prognos-Institut) bzw. unterschritten (ZI). Der kalkulatorische Arztlohn ist für Psychotherapeuten aber prinzipiell nicht erreichbar. Der Durchschnitt der Psychotherapeuten erzielt weniger als 60.000 €, ein im Sinne des BSG an der Belastungsgrenze arbeitender Psychotherapeut höchstens 88.600 €.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
Die „MGV" ist die zwischen den Krankenkassen und der KV für den Bereich einer KV insgesamt vereinbarte Ausgaben-Obergrenze. Sie hängt je Krankenkasse von der Anzahl und der Morbidität ihrer Versicherten ab.

Orientierungswert
Der Orientierungswert (bzw. auch „Orientierungspunktwert") löste die bis 2009 geltenden unterschiedlichen Punktwerte der KVen ab. Zwischen 2009 und 2012 war er der verbindliche Punktwert, der durch Multiplikation mit den Punktzahlen des EBM die Bewertungen der „Euro-Gebührenordnung" festlegte. Seit 2012 ist der Orientierungswert nur noch die verbindliche Vergütungsgröße zur Bestimmung der Gesamtvergütungen.

Punktzahl
Die Punktzahl setzt sich nach einer betriebswirtschaftlichen Berechnungsmethode zusammen aus einem Anteil aus der aufgewendeten persönlichen Arbeitszeit des Arztes (sogenannter Arztlohn, AL) und den Praxiskosten (sogenannte Technische Leistung, TL). Letztere sind die zusammengefassten durchschnittlichen Praxiskosten je Arztgruppe. Der Arztlohn und die Praxiskosten werden auf die Minute heruntergebrochen und dann je EBM-Leistung mit der hinterlegten Kalkulationszeit multipliziert. Durch die Division mit dem EBM-Kalkulationspunktwert erhält man je Leistung eine Punktzahl für AL und TL. Beides addiert und mit dem Orientierungswert multipliziert, ergibt den Eurobetrag je Leistung.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)
Wissenschaftliches Institut der KVen und der KBV in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Träger sind die 17 KVen. Das ZI-Praxis-Panel („ZIPP") liefert eine jährliche wirtschaftliche Analyse der Praxiskosten und Leitungsdaten der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen auf der Grundlage von Befragungen mehrerer Tausend Praxen.

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie

Rahmenbedingungen und Möglichkeiten

Enno Maaß, Inez Freund-Braier, Michaela Willhauck-Fojkar, Heiko Borchers

Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der DPtV

Berufspolitisches Engagement für KJP

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) setzt sich seit Jahren engagiert für die berufspolitischen Belange und Interessen der niedergelassenen und angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (und Psychologischen Psychotherapeuten) ein. Wir möchten Ihnen an dieser Stelle einen beispielhaften Überblick über unsere bisherigen Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Selbstverwaltung geben, damit Sie sich ein möglichst transparentes und umfassendes Bild unserer berufspolitischen Arbeit im KJP-Bereich machen können. Im Anschluss daran finden Sie die zentralen berufspolitischen Ziele unserer Fachgruppe und eine Online-Umfrage, wo Sie sich aktiv einbringen und Ihre Kritik und Ideen mitteilen können.

DPtV intern

- Ausarbeiten einer Fachserie KJP im Rahmen unserer Verbandszeitschrift Psychotherapie Aktuell mit wichtigen KJP-Themen aus den Bereichen Praxistipps, Rechtsfragen anhand von Fallvignetten, Themen der Ausbildungsreform und weiteren aktuellen Themen
- Einrichtung einer spezifischen KJP-Mailingliste. Sie können sich hier im Mitgliederbereich problemlos anmelden www.dptv.de (kjp@infomail.dptv.de) und am regen Austausch teilnehmen
- Kontinuierliche Aktualisierung der Praxismaterialien für KJP auf der Homepage und in der Mitgliederberatung
- Ausarbeiten von spezifischen Fortbildungsangeboten über unsere DPtV eigene Fortbildungsakademie DPtV-Campus http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/veranstaltungen/dptv-campus/

Arbeit in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung (z.B. Kammern, KVen, Versorgungswerk)

- Aktive und starke Gestaltung unserer Interessen im Ausschuss für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer und im Rahmen des Deutschen Psychotherapeutentags (DPT)
- Ausgestaltung einer adäquaten und qualitätsgerechten Aus- und Weiterbildung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes
- Aktive Mitarbeit an verschiedenen Behandlungsleitlinien im KJP-Bereich (z.B. S3 Leitlinie Depressive Störungen bei Kindern

Dr. Enno E. Maaß

Psychologischer Psychotherapeut (Zusatzqualifikation KJP), Verhaltenstherapie, niedergelassen in Wittmund. Seit 2012 im DPtV-Landesvorstand Niedersachsen, seit 2013 koopt. Mitglied im Bundesvorstand. Delegierter der Bundespsychotherapeutenkammer, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und des Psychotherapeutenversorgungswerk-PVW. Mitglied der Qualitätsmanagementkommission der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen KVN.

Dr. Inez Freund-Braier

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Verhaltenstherapie, seit 2004 niedergelassen in eigener Praxis in Iserlohn-Letmathe. Mitglied der Kammerversammlung der PTK NRW, des Beratenden Fachausschusses der KV Westfalen-Lippe, des DPtV-Landesvorstandes Westfalen-Lippe, Führung der Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe.

Michaela Willhauck-Fojkar

Diplom-Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Verhaltenstherapie. Vertreterin in der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (KJP Ausschuss, Gemeinsamer Beirat, Versorgungswerk). Seit März 2009 Mitglied im DPtV-Landesvorstand Baden-Württemberg.

Heiko Borchers

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Kiel, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie. Vorsitzender der DPtV-Landesgruppe Schleswig-Holstein, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in Schleswig-Holstein (BKJ-SH).

Stärken und Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie müssen in der Versorgung angemessen berücksichtigt werden.

und Jugendlichen oder S2 Leitlinie Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen)

- Vertretung der KJP Interessen im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie in den Kassenärztlichen Vereinigungen einzelner Bundesländer
- Aktive Gestaltung und Ausarbeitung von Selektiv- und IV-Verträgen, z.B. ADHS-Vertrag in Baden-Württemberg oder der Anorexievertrag zum Erreichen einer höheren Vergütung und mehr Freiheitsgraden in der Gestaltung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien
- Entwicklung von neuen Behandlungselementen in verschiedenen Gremien, z.B. Hometreatment, Schooltreatment, verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten von KJP-Leistungen

Berufspolitische Ziele der Fachgruppe KJP auf Bundes- und Landesebene

Im Rahmen unserer Arbeit in den unterschiedlichen Berufsfeldern und den Gremien der Selbstverwaltung orientieren wir uns an der Leitidee eines starken und eigenständigen Berufs des/der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in. Wir verfolgen dazu spezifische berufspolitische Ziele, die sich unserer Leitidee unterordnen. Die zentralen Ziele möchten wir Ihnen gerne im Folgenden darstellen.

- Stärkung des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (z.B. im Rahmen der Bedarfsplanung, Ausbildungsreform, Abrechnungsmöglichkeiten, Selektivverträge)
- Schaffen von rechtssicheren Rahmenbedingungen/Rechtssicherheit für KJP (z.B. bei Sorgerechtsfragestellungen)
- Flexibilisierung der spezifischen Handlungsmöglichkeiten für KJP (z.B. Hometreatment/Schooltreatment/Kooperation mit Jugendämtern, ambulante und stationäre Erziehungseinrichtungen)
- Erreichen von adäquaten Möglichkeiten zur therapeutischen Bearbeitung des familiären Systems durch entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten und Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinien
- Ausreichende Berücksichtigung der hohen Praxiskosten im spezifischen KJP-Setting (z.B. Leistungsdiagnostik, Kooperationsaufwand, Therapiematerial) sowie eine angemessene Finanzierung der spezifischen diagnostischen Leistungen
- Bedarfsgerechte Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse
- Erreichen von Anerkennung der spezifischen Kompetenzen der KJP im Versorgungsgeschehen (z.B. Prävention, präventive Leistungen)
- Gesicherte Finanzierung von Dolmetscherleistungen, z.B. in den Bezugspersonenstunden (bei fremdsprachigen Patienten und Bezugspersonen)

Kontakt zur Mitgliedschaft – Feedbackmöglichkeit zur Verbesserung unserer Arbeit

Die Fachgruppe KJP in der DPtV ist angewiesen auf eine kontinuierliche Rückmeldung unserer Mitglieder. Wir erhoffen uns dadurch eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Abstimmung unserer Arbeit mit Ihren spezifischen (KJP-) Interessen. Eine Bestandsaufnahme und Rückmeldung Ihrer Zufriedenheit mit unserer Arbeit möchten wir in einer ersten Umfrage ausführlich evaluieren sowie weitere Ideen zu unserer berufspolitischen Ausrichtung sammeln.

Wir freuen uns, wenn Sie möglichst zahlreich und offen an dieser anonymen Umfrage teilnehmen. Vielen Dank für Ihr Engagement!

Psychotherapie Aktuell Online-Umfrage:

Ihre Meinung zum Thema
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Kontakt zur Mitgliedschaft – Feedbackmöglichkeit zur Verbesserung unserer Arbeit

Wie bereits im oben genannten Artikel erwähnt, möchte die Fachgruppe KJP in der DPtV eine Bestandsaufnahme und Rückmeldung zu ihrer Arbeit in dieser Umfrage ausführlich evaluieren. Wir freuen uns, wenn möglichst viele KJP-Kolleginnen und -Kollegen an dieser Umfrage teilnehmen und bedanken uns für die Mitarbeit.
Geben Sie den folgenden Link in die Adresszeile Ihres Browsers ein, dann gelangen Sie automatisch zur ersten Frage:

http://www.onlineumfragen.com/login.cfm?umfrage=67681

Heiko Borchers

Wie ist das eigentlich mit der Altersgrenze?

In jüngster Zeit häufen sich Anfragen und Zweifel über die Regelungen bezüglich der Altersgrenze bei Patienten von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wünschenswert für diesen Bereich, der die seelische Behandlung von Kindern, Jugendlichen sowie Heranwachsenden betrifft, ist jedoch rechtliche wie fachliche Klarheit für alle Beteiligten.

Altersgrenzen sind nicht verhandelbar

Drei Monate vor ihrem 18. Geburtstag gerät eine junge Frau in eine Verkehrskontrolle. Sie ist allein mit einem PKW unterwegs und nur im Besitz einer Prüfbescheinigung, die zum Fahren in Begleitung berechtigt. Im Gespräch mit dem kontrollierenden Polizisten führt sie an, dass es ja nur noch drei Monate seien, bis sie dann ohnehin alleine fahren dürfe. Der Beamte folgt ihrer Argumentation: „Naja, was sind schon drei Monate. Da wünsche ich Ihnen noch eine gute Fahrt."

Drei Monate vor der Vollendung ihres 21. Lebensjahres wird für eine junge Patientin eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beantragt. Ihr behandelnder Psychotherapeut ist approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und veranschlagt für die angemessene Behandlung seiner Patientin eine Langzeittherapie. Da eine Psychotherapie in diesem Umfang begründungspflichtig ist, wird einem Gutachter ein entsprechender Bericht vorgelegt. Der Gutachter bezweifelt, dass eine Beantragung so kurz vor Vollendung des 21. Lebensjahres noch möglich ist. Er meint, dass dieses unterschiedlich beurteilt wird. Gerichtsurteile zu dieser Frage sind ihm nicht bekannt. Er empfiehlt den Krankenkassen, auch bei Befreiung von der Gutachterpflicht, in derartigen Fällen immer das Gutachterverfahren einzuleiten. Die beantragte psychotherapeutische Behandlung wird von ihm abgelehnt.

Altersstufen und -grenzen spielen im Recht ein große Rolle, insbesondere was Rechte, Pflichten und Ansprüche natürlicher Personen betrifft. Als Altersgrenze bezeichnet man das Lebensalter, bis zu dem oder ab dem ein bestimmtes Ereignis stattfinden kann oder bestimmte Rechte gelten. Altergrenzen, die eine gesetzliche Norm darstellen, orientieren sich meist an einem festgelegten Alter in Lebensmonaten oder in Lebensjahren. In der Regel sind die Grenzen nicht verhandel- oder auslegbar.

Gesetzliche und andere Regelungen – was gilt?

In den oben dargelegten Fällen hätten der Polizist bei der Verkehrskontrolle und der Gutachter gemäß Psychotherapie-Richtlinien nicht korrekt gehandelt. Beide hätten sie eine gesetzlich festgelegte Altersgrenze missachtet. Der Vorfall der Verkehrskontrolle mit der sich aus der Affäre redenden jungen Fahrerin ist denn auch rein fiktiv. Der Fall des Gutachters leider nicht. Beim Gutachter kommt noch verschärfend hinzu, dass dieser sich hier in unzulässiger Weise über seinen eigentlichen Auftrag hinaus äußert. Ihm obliegt es allein, nur dazu Stellung zu nehmen, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt. Aber eben nicht, gesetzliche Normen zu interpretieren und den Krankenkassen Vorschläge zur Durchführung des Verfahrens zu machen.

Die Berechtigung zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt sich auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Psychotherapeutengesetz
§ 1 Abs. 2 Satz 1 PsychThG

Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Vertragskassen und in dieser Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.

Psychotherapie-Vereinbarung
§ 12 Gutachterverfahren

Weder in den Psychotherapie-Richtlinien (PT-R) noch in der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) finden sich Regelungen zur Altersgrenze von Versicherten bzw. Patienten. Das ist nicht verwunderlich. Für das Berufsrecht sind allein das übergeordnete Psychotherapeutengesetz (PsychThG) bzw. die Heilberufekammergesetze der Länder zuständig. Bei ärztlichen Psychotherapeuten spielt hier das Weiterbildungsrecht eine gewichtige Rolle, welches seine Grundlage in den Heilberufekammergesetzen der Länder sowie in den Weiterbildungsordnungen der ärztlichen Landeskammern hat.

Lediglich der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) – die Ordnung, die den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr

wertmäßiges Verhältnis zueinander bestimmt – berücksichtigt die besondere gesetzliche Regelung vollumfänglich und richtig. Die Altersgenze des PsychThG wird entsprechend gewürdigt – es heißt: Die Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist berechnungsfähig bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden.

Betrachtet man allein nur die Phase der Adoleszenz, wird schon anhand dieser deutlich, welch weitgefächerte Kompetenz der KJP aufweist.

Begründete Ausnahmeregelung zum Wohle des Patienten

Allerdings hat der Gesetzgeber im PsychThG mit Absicht eine patientenfreundliche Regelung verankert. Für besondere Fälle hat er eine Abweichung von der Altergrenze 21. Lebensjahr zugelassen. „Therapien, die vor dieser Altersgrenze begonnen worden sind, dürfen auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres des Heranwachsenden zu Ende geführt werden." (Behnsen, Die Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung, SGb 12/98). Die Notwendigkeit einer solchen Regelung wurde vor allem darin gesehen, dass ein Therapeutenwechsel nur aufgrund des Geburtstages des Patienten unzumutbar ist und der Heilung entgegensteht. Mit dieser gesetzlichen Regelung wurden seinerzeit auch die Schwierigkeiten, die bei der Suche nach einem Platz für eine Psychotherapie entstanden, gewürdigt. Der 21-jährige Patient hätte sich ja nun ein zweites Mal auf die Suche nach einem Psychotherapeuten machen müssen. Die Problematik „Therapieplatzsuche" hat bis heute – über zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes – wenig an Aktualität verloren.

Ausnahmen von Satz 1 sind zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs eine gemeinsame psychotherapeutische Behandlung von Kindern oder Jugendlichen mit Erwachsenen erforderlich ist oder bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.

§ 1 Abs. 2 Satz 2 PsychThG

Die gesetzliche Regelung gilt und die Gründe für ihre Verankerung sind keinesfalls inzwischen durch aktuelle Entwicklungen überholt worden. Auch heute würde sich der Gesetzgeber zu einem solchen Passus veranlasst sehen. Insofern sind Formulierungen und Beratungen – nachfolgend ein paar Beispiele – die dieser gesetzlichen Regelung widersprechen und der Heilung des jungen Patienten entgegenstehen, zu unterlassen.

„Unter der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen versteht man die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen maximal bis zum 21. Lebensjahr."

KV Bayern – Leitfaden zur Psychotherapie – Informationen zur Psychotherapie

„In der Regel sollte aber eine Kurzzeittherapie als Jugendlichenpsychotherapie mit dem 21. Lj. beendet werden."

Gutachterin – Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

„Ihren Fortführungsantrag K 030392 kann ich leider nicht befürworten. Frau K. ist 22 Jahre alt, daher darf ich die Fortsetzung nicht der Kasse empfehlen."

Gutachter – Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden abqualifiziert

Im Zusammenhang mit der Altersgrenze wird von Gutachtern (gemäß Psychotherapie-Richtlinien) häufig angeführt, dass sich die Mittel und Techniken einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von den Mitteln einer Psychotherapie für Erwachsenen unterscheiden und eben deshalb der 20- oder 21-jährige Patient nicht mehr von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt werden kann. Doch ist dem so? Dieser Ansicht muss wohl ganz entschieden widersprochen werden. Im Grunde ist der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in der Rangfolge der Psychotherapeuten derjenige, der die umfänglichste und am breitesten gefächerte Ausbildung genossen hat. Er ist ausgebildet, Patienten der unterschiedlichsten Entwicklungsstufen (Säuglings-, Kindes-, Jugend- und Heranwachsendenalter) zu behandeln. Betrachtet man allein nur die Phase der Adoleszenz, wird schon anhand dieser deutlich, welch weitgefächerte Kompetenz der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aufweist. Auf die Logik des Gesetzgebers, das 21. Lebensjahr als eine Orientierungsgrenze zu wählen, wurde bereits hingewiesen – umfasst doch die letzte Phase der Adoleszenz, die sogenannte Spätadoleszenz in der Regel die Jahre 18 bis 21. Zudem ist der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut qualifiziert, die Eltern seiner Patienten in die psychotherapeutische Behandlung mit einzubinden. Diese Arbeit – diagnostische Erhebungsgespräche, psychotherapeutische Begleitgespräche der Behandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgen nicht mit Mitteln einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Mittel orientieren sich an Einwirkmöglichkeiten auf das Handeln und Verhalten erwachsener Personen – Eltern, getrennt lebende und/oder streitende Eltern, Bezugserzieher in Einrichtungen (bei Fremdunterbringung des Jugend-

Heiko Borchers

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Kiel, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie. Vorsitzender der DPtV-Landesgruppe Schleswig-Holstein, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in Schleswig-Holstein (BKJ-SH).

lichen) usw. Ebenso bewandert ist der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auf dem Gebiet der vielfältigen Konstellationen. In der Praxis begegnen ihm Elternpaare, Elternpaare zusammen mit dem Kind oder Jugendlichen, Eltern und Geschwister zusammen mit dem erkrankten jungen Patienten usw.

Fazit: Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut beherrscht in der Regel ein mindestens gleich großes Spektrum an Mitteln und Techniken zur psychotherapeutischen Einflussnahme wie ein Psychotherapeut, der ausschließlich erwachsene Patienten behandelt. Von daher könnte durchaus das Umgekehrte behauptet werden. Ein Erwachsener ist auch mit Mitteln und Techniken einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu behandeln, aber ein Kind oder Jugendlicher selten mit den Mitteln einer Erwachsenenpsychotherapie. Man stelle sich einen 6-jährigen Patienten auf einer Couch vor – man stelle sich einen 40-jährigen Patienten beim Spiel vor (vgl. Kinderspieltherapie bei Erwachsenen, Stefan Schmidtchen). Gutachterliche Anmerkungen, dass Methoden und Techniken einer Jugendlichenpsychotherapie bei einer 21-jährigen Patientin nicht mehr angezeigt sind, sondern eher die Methoden und Techniken einer Erwachsenentherapie, entbehren jeder fachlichen Grundlage. Man kommt nicht umhin, derartige Äußerungen rein standespolitisch zu sehen.

Unterschiedliches Berufsrecht – unterschiedlicher Praxisalltag

Die Durchsicht der vorliegenden gutachterlichen Stellungnahmen hinterlassen den Eindruck, dass es zwischen ärztlichen Gutachtern (Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und Gutachtern, die selbst Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sind, unterschiedliche Bewertungen gibt. Ein Grund dafür könnte im ärztlichen Weiterbildungsrecht und in der berufsrechtlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie in der täglichen Praxis der ärztlichen Psychotherapeuten verborgen sein. Nach wie vor heißt es, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – gleich ob stationär oder ambulant – ist für Patienten zuständig, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (vgl. Verlautbarung der Berufsverbände und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie). Die Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie findet in Klinik wie in ambulanter Praxis weitgehend ohne Behandlungskontakt mit Heranwachsenden statt. Eine Angleichung der Altersgrenze an das Berufsrecht des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat scheinbar nicht stattgefunden. Schon 1998 wurde, nachdem die Grenze für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im PsychThG auf 21 Jahre heraufgesetzt wurde, vom Bundesgesundheitsministerium hierzu angeführt, dass dieselbe Grenze im ärztlichen Weiterbildungsrecht auch für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eingeführt werden müsste. (Behnsen, Die Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung, SGb 12/98). Aus dem scheinbaren Versäumnis und der daraus resultierenden Nichtzuständigkeit von Kinder- und Jugendpsychiatern für Heranwachsende, die älter als 18 Jahre sind, lässt sich jedoch nicht folgern, diese Zuständigkeit nun auch anderen zu untersagen. Vielmehr wirft dieser Umstand eine andere Frage auf: Dürfen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie überhaupt Begründungen zu einem Antrag auf Psychotherapie von Heranwachsenden, die das 18. Lebensjahr, vollendet haben, begutachten? Zumindest dürfte ihnen der von den Psychotherapie-Richtlinien (§ 26 zur Qualifikation der Gutachter) verlangte Nachweis einer vollumfänglichen Teilnahme an der Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Sinne des PsychThG (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit Ausnahme darüberhinaus) schwer fallen.

Schaden vom Heranwachsenden fernhalten

Trotz vieler anderslautender Äußerungen hat sich inzwischen innerhalb der Gruppe der Heranwachsenden durchaus herum gesprochen, dass ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr aufnehmen darf und der richtige Ansprechpartner ist. Darüber hinaus ist dieses Wissen auch in vielen Beratungsstellen anzutreffen. Auch können Bedenken, die die eventuell notwendig werdende kontinuierliche Fortsetzung der Psychotherapie über das 21. Lebensjahr hinaus betreffen, hier fundiert und richtig beantwortet werden. Die nun falsche Ansicht, die da lautet, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut könne nur Patienten bis zum 18. Lebensjahr aufnehmen oder eine Psychotherapie bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müsse mit Erreichen des 21. Lebensjahrs eingestellt werden, schadet jungen heranwachsenden Menschen. Und gerade denjenigen, die sich in einer ernsthaften Lebenskrise mit hoher psychischer Belastung oder Störung befinden. Davon müssen wir ausgehen, ansonsten hätten diese jungen Leute das Aufsuchen eines Psychotherapeuten gar nicht erwogen. Schon allein dieser Umstand sollte verpflichten, seriös mit den gesetzlichen Regelungen und den Kompetenzen des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umzugehen.

Man kommt nicht umhin, derartige Äußerungen rein standespolitisch zu sehen.

Franz Seifert

„Etwas Besseres als den Tod werden wir überall finden!“

Schwierige Interaktionsmuster in der Behandlung von suizidalen Kindern und Jugendlichen

Über suizidales Handeln weiß man inzwischen eine ganze Menge. So wissen wir über günstige und ungünstige Faktoren, die die Suizidalität steigern oder reduzieren. Wir wissen jedoch nicht, warum manche Menschen konkret zum Suizid greifen. Es ist zu vermuten, dass suizidale Patienten schutzlos ihrer Verzweiflung ausgeliefert sind und dagegen keine Abwehrmechanismen haben (wie bei Zwang, Hysterie, Manie etc.). Das Fehlen einer klaren Theorie verbietet uns jedoch nicht, therapeutisch zu handeln.

Grundlagen des interaktionellen Vorgehens

Jeder Suizid ist ein Gespräch, das nicht stattgefunden hat, hat E. Ringel einmal formuliert. Eben dieses Gespräch muss der Helfer aktiv in Gang setzen und zwar mit allen seinen Mitteln und so schnell wie möglich. Lebendiger Kontakt ist antisuizidal. So muss der Helfer flexibel seine Möglichkeiten nutzen, mal mit dem Kind, mal mit der Familie und mal mit beiden zu arbeiten. Akute Suizidalität ist häufig nur für relativ kurze Zeit (oft nur Stunden) gegeben. Wir sind konfrontiert mit:

- eigenen Tabus (eigene Suizidgedanken, eigener Tod),
- starken Ohnmachtsgefühlen in der Beziehung („Hören sie auf das, was ich nicht sage.“).

Viele Helfer versuchen, diese Ohnmacht zu leugnen, z.B. sich durch Suizidverträge abzusichern oder Garantien aus dem Patienten herauszulocken. Sie wollen meiner Meinung nach vom Patienten hören, dass er nicht suizidal ist. Hier spielen eine Rolle:

- Betroffenheit über die Lebensumstände der Kinder (Missbrauch, Gewalt etc.)
- Massive Angstgefühle, in der wir die Wirkung des Suizid auf uns fürchten („Muss ich meinen Beruf an den Nagel hängen?“)
- Hass, Wut und Verachtung, die uns stellvertretend treffen (u.a. auch von der Familie)
- Kränkung unser Allmachtsillusionen: Wir seien Herr über Leben und Tod. (Wenn Patienten dies noch zuspitzen: „Von Ihnen hängt es ab, ob ich noch lebe oder sterbe.“).

Nach meinen Erfahrungen werden wir als institutionalisierte Helfer in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit folgenden Regelfällen konfrontiert:

Drohender Suizid

Ein Kind/Jugendlicher zeigt suizidale Tendenzen z.B. in Bildern, Kritzeleien, Graffitis, auffälliger Kleidung, Weglaufen, Schule schwänzen, Selbstisolation, körperliche Veränderungen in Richtung Schlaffheit, Ausdruckslosigkeit, Selbstverletzungen, Todeswünsche, Abschiedsbriefe, Suiziddrohungen, psychische Labilität verbunden mit Hoffnungslosigkeit. Der Psychotherapeut soll dann häufig die Ernsthaftigkeit der suizidalen Absichten diagnostisch einschätzen. Dies ist in der Regel schwer aus folgenden Gründen:

- Kindern wird Suizid oft nicht zugetraut, da sie sich angeblich noch keine „bessere Anderswelt“ vorstellen können; doch schon Siebenjährige scheinen die Aspekte des Todes zu kennen.
- Die Suizidversuche wirken oft lächerlich, z.B. sich mit Shampoo übergießen und sich anzünden wollen.
- Kinder scheinen in der Regel eine längere Zermürbungsphase zu durchlaufen. Oft sind sie durch positive Erlebnisse von ihrer Verzweiflung weg. Die Tiefe ihrer Not wird so oft unterschätzt.
- Häufig erscheinen suizidale Handlungen als Unfälle, weil keine Abschiedsbriefe hinterlassen werden.
- Durch Briefe, Zettel oder Zeichnungen testet das Kind die Wirkung der Umwelt sowie seine eigene Angst vor dem Tod.
- Es gibt keine einheitliche typische Suizidpersönlichkeitsstruktur.
- Selbstverletzungen wie Schneiden, Schnibbeln wird mit Suizidalität häufig gleichgesetzt, beinhaltet jedoch häufig eine andere Psychodynamik.
- Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist die Umbruchphase der Pubertät sowieso sehr nah mit dem Thema Tod und Verwandlung verbunden (niedriges Selbstwertgefühl und psychische Labilität).

Die Betrachtung der Familiendynamik hat ebenso wenig Eindeutiges erbracht. Häufig werden genannt:

- Die Viel-Problem-Familie, in der das Kind durch Instabilität zermürbt wird.
- Die tödliche-Botschaft-Familie, die das Kind offen oder verdeckt tot wünscht (Ausgrenzung, Verklärung von Toten in der Familie).
- Die Symbiose-Familie, die – abgeschottet nach außen – emotionalen Kontakt untereinander verhindert und bei Rebellion des

Kindes dieses zum Zerstörer der heilen Welt macht.
- Die Gewalt-Familie (dauernde Angst und Bedrückung).
- Die Trennungs-Familie (tiefe Hoffnungslosigkeit im Bemühen des Zusammenhaltens).

Erfahrungen
Als Faustregel gilt, dass ein Kind/Jugendlicher suizidal ist, wenn es/er vom Sterben oder Sich-Töten spricht, besonders wenn er/es ständig um das Thema kreist und davon fasziniert ist. Die Familie sollte unbedingt miteinbezogen sein. Wenn die Patienten bagatellisieren, ist besondere Wachsamkeit angebracht.

Therapeutische Arbeit bei Suizidalität

Bei jüngeren Kindern ist das Vorgehen eher unspezifisch. Der Hauptakzent liegt darauf, lebendigen Kontakt aufzubauen und die belastenden Gefühle anzusprechen. Bei älteren Kindern werden die suizidalen Wünsche konfrontativ angesprochen. Da die meisten Patienten wenig Schutz und emotionale Nähe erfahren haben, sprechen die Kinder gut auf Körperkontakt und Zuwendung an. Besonders sich aktiv zu kümmern, wirkt als neue Erfahrung für das zumeist familiär ausgegrenzte Kind. Suizidale Impulse direkt anzusprechen oder vom Therapeuten geäußerte Angst erleichtern den Kontakt. Die Grundschwierigkeit ist, zu akzeptieren, dass der Patient den Suizid im Augenblick als einzige Möglichkeit der Selbstrettung für sich sehen kann. Man kann drei Schritte beschreiben:

1. Kontakt herstellen
Aktives Bemühen des Therapeuten an das eher abgeschottete Kind heranzukommen und die empfundene Hoffnungslosigkeit anzusprechen (z.B. mit Geschichten, Märchen, Metaphern etc.). Suizidgedanken werden offen angesprochen, Tabus nicht geduldet. Die Verzweiflung wird nicht gemindert sondern vertieft (besonders dann, wenn der Patient beschönigt oder sagt, es sei jetzt alles wieder in Ordnung). Der Therapeut muss die Krise offen halten, nicht auf die Abwehr hereinfallen. Günstig ist eine bildhafte drastische Sprache. Statt: „Du willst Schluss machen" eher zu sagen: „Du willst Dich zerstören". Der Therapiekontrakt kann günstig in Märchen angesprochen werden. In den Kontrakt gehört, dass der Therapeut das Interesse verfolgt, dem Patienten beim Weiterleben zu helfen. Außerdem muss der Therapeut die Grenzen seines Einsatzes aufzeigen: „Ich bin nicht Herr über Leben und Tod. Wenn Du Dich zerstören willst, gibt es tausend

Wenn die Patienten bagatellisieren, ist besondere Wachsamkeit angebracht.

Ihre Patienten in guten Händen

Menschen mit akuten seelischen Leiden brauchen schnelle Hilfe. In den privaten Oberberg-Akutkliniken erhalten Ihre Patienten zeitnah intensive, innovative und individuelle Therapien in gehobenem Ambiente.

- Qualifizierte Behandlung bei Depression, Burn-out, Abhängigkeit, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen
- In der Regel tägliche Einzel- und Gruppengespräche

Gerne nehmen wir Sie in unser Therapeutennetzwerk auf.

Zurück ins Leben
www.oberbergkliniken.de

Oberberg
Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

Möglichkeiten". Ein dirigistisches Vorgehen ist hier eher günstig.

2. Kontakt aufrechterhalten
Der Therapeut vereinbart Kontinuität, indem er auf festen Terminen besteht, versucht außerdem, ein soziales Netz im Familien- und Freundeskreis oder auch mit anderen Helfern gemeinsam zu knüpfen (z.B. Medikamentengabe im Notfall). Hartnäckiges Einfordern von Kriseninterventionsmaßnahmen („Wer alles könnte helfen, wenn alles eng wird?") ist notwendig. Günstig ist es, Rückfälle zu beschreiben und die Dauerhaftigkeit der therapeutischen Arbeit zu betonen. Besprechen, was der Patient tut, wenn es gefährlich wird (oft an Geburtstagen, Jahreswechsel, symbolischen Lebensereignissen).

Der Patient verstummt, verharmlost und baut seine Fassade wieder auf.

3. Entschlüsselung der Botschaft
Es wird herausgearbeitet, worum es bei der suizidalen Handlung ging (Rache an den Eltern, Bedürfnis nach Ruhe, Hilferuf bei unlösbaren Problemen ...). In dieser Phase können die konstruktiven und destruktiven Tendenzen z. B. durch Einsatz von Puppen und Figuren zum Sprechen gebracht werden, Boxhandschuhe für das Herauslassen der Aggression etc. Auch das elterliche Umfeld durch aktive Aufgaben einzubeziehen, ist günstig (Aussprechen von unausgesprochenen Gefühlen und Wünschen oder Ermutigung zur Trauer).

Die Schritte wiederholen sich häufig in Rückschleifen. Es gibt meistens keinen spektakulären Abschluss der Therapie, der Wunsch nach Selbstzerstörung verblasst eher und tritt in den Hintergrund.

Therapeutische Arbeit nach einem Suizidversuch

Der Therapeut sollte die „Gunst des ersten Erwachens" beispielsweise nach Tablettenüberdosis nutzen, in der der Patient sehr offen über alles zu sprechen bereit ist. Dazu gehört, dass der Kontakt mit der Familie günstig gestaltet werden sollte (offene und versteckte Vorwürfe vermeiden oder kommunizierte Sprachlosigkeit aufbrechen). Wenn diese Zeit verstreicht, kommt es nach ca. drei Tagen zur „suizidalen Scham", d.h. der Patient verstummt, verharmlost und baut seine Fassade wieder auf. Therapeutische Hilfe sollte daher so schnell wie möglich institutionalisiert werden.

Therapeutische Arbeit nach einem Suizid eines Elternteils, Freundes oder enger Bezugspersonen

Der Therapeut thematisiert in der speziellen Trauerbegleitung
a. Annehmen des Verlustes,
b. Gefühle der Symbiose mit dem Verstorbenen sowie der Konfrontation mit dessen Aggression,
c. Hilfe bei dem Ausleben eigener Aggressionen.

Schlussbetrachtung

Durch einen vom Psychotherapeuten angeregten Kontakt können wir in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten, die Selbsttötungsabsichten äußern, mit Patienten nach einem misslungenen Suizidversuch, mit deren Angehörigen und Familien (Hinterbliebenen), sehr effektiv mithelfen, sich in den unterschiedlichsten Lebensabschnitten immer wieder für das Leben zu entscheiden und zur Grunderkenntnis der „Bremer Stadtmusikanten" zu gelangen: „Etwas Besseres als den Tod werden wir überall finden!".

Die besonderen Interaktionsmuster bei suizidalen Kindern und Jugendlichen bestehen darin, anzunehmen, dass der Therapeut phasenweise unerwünscht ist (wenn der junge Patient seinen inneren Kampf zwischen Leben-wollen und Sterben-wollen endlich beenden möchte) und auf das hören, was der Patient nicht sagt. Der Therapeut muss den teilweise enormen Druck aushalten können und gleichzeitig kreativ für neue Aspekte (im Gegensatz zur verengten Sichtweise des Patienten) bleiben. Er muss die Verzweiflung vertiefen, statt mit dem Patienten froh zu sein, dass „es jetzt wieder besser geht" und gegen die Beschönigung anreden („eigentlich hat sich doch nichts geklärt bei Dir, weder mit Deinen Eltern, mit der Schule ... Wieso geht's Dir dann plötzlich so gut?"). Es ist wichtig über eigene Angstgefühle wie Wut und Überforderung zu sprechen, statt dem Patienten Grenzenlosigkeit anzubieten, wie z.B. „Du kannst mich jederzeit Tag und Nacht anrufen."

Franz Seifert
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, seit 1984 niedergelassen in Kiel, Arbeitsgebiete: Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Supervision, Fort- und Ausbildung, seit 1984 Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), zeitweise fast ausschließliche Beschäftigung mit suizidalen Patienten.

INFORMATION

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Stand: April 2016

Aufklärung

Vor Beginn einer Beratung oder psychotherapeutischen Behandlung muss der Psychotherapeut den Patienten umfassend über die geplanten Maßnahmen informieren und aufklären. Bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen sind die Grundinformationen und die Informationen, die zur Aufklärung gehören, den Kindern und Jugendlichen entsprechend ihrem Entwicklungsstand und Verständnismöglichkeiten, bzw. den gesetzlichen Vertretern in angemessener Weise zu vermitteln. Das Abfragen des bestehenden Sorgerechts und die damit verbundenen Implikationen gehören ebenfalls zu den Informationspflichten des Psychotherapeuten.
Kinder und Jugendliche und ihre Eltern sind darüber hinaus über das allgemeine Setting mit Terminvereinbarung und Ferienregelung, eventuell Honorarausfallregelungen, Vereinbarungen über Therapieziele, über das Therapieverfahren, Risiken und Nebenwirkungen sowie Behandlungsalternativen zu informieren bzw. aufzuklären.

Information und Aufklärung sind zentrale Bausteine zu Beginn einer jeden Beratung und Behandlung.

Einwilligung

Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf der Einwilligung des Patienten. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligungserklärung ist die Einwilligungsfähigkeit des Erklärenden. Diese ist nicht von der Geschäftsfähigkeit, sondern allein von der natürlichen Einsichts- und Willensentscheidung des Kindes bzw. Jugendlichen abhängig.
Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes kommt es darauf an, ob der Minderjährige „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und die Tragweite der Therapie und seiner Gestattung zu ermessen vermag" (BGHZ 29, 33, 36).
Es existieren hierzu jedoch keine gesetzlich oder forensisch gesicherten absoluten Altersgrenzen. Durchaus vorstellbar ist, dass auch 13-jährige Kinder im Einzelfall die notwendige Einsichtsfähigkeit aufweisen, um einer psychotherapeutischen Behandlung zuzustimmen. Üblicherweise wird jedoch davon ausgegangen, dass bei Kindern unter 14 Jahren die Einwilligung der Eltern einzuholen ist; manche Autoren ziehen die Altersgrenze bei 16 Jahren.
Zur Absicherung sollte eine Einwilligung der Eltern eingeholt werden, es sei denn, die Informationsweitergabe über die geplante Psychotherapie verstößt gegen die Schweigepflicht gegenüber dem Patienten und gefährdet den Erfolg der Therapie (s.u.).
Jugendliche, die über ihre Eltern in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben mit Vollendung des 15. Lebensjahres einen eigenen Versichertenanspruch (§ 36 Abs. 1 SGB I). Sie können selbst, ohne Mitwirkung bzw. Unterschrift der Eltern, einen Antrag auf Psychotherapie stellen. Es besteht aber die Verpflichtung, die Eltern über die geplante Psychotherapie zu informieren, es sei denn, übergeordnete Rechtsgüter sprächen dagegen.
Im Falle eines eigenen Antrags wird man dem Jugendlichen Einwilligungsfähigkeit nicht absprechen können und trägt damit dem Recht auf Selbstbestimmung bei den Heranwachsenden Rechnung.
Ist der Jugendliche mit seinen Eltern in der privaten Krankenversicherung und über die Beihilfe versichert, kann nur der Hauptversicherte den Antrag auf Übernahme der Kosten der Psychotherapie stellen. Die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten ist auch hier individuell zu beurteilen.
Heutzutage ist das gemeinsame elterliche Sorgerecht der Regelfall. Das bedeutet, dass an sich beide Eltern der Therapie zustimmen müssen, soweit dies nicht aufgrund eigener Einwilligungs-

Jede Beratung oder Behandlung erfordert die Einwilligung des Patienten. Die Wirksamkeit der Einwilligung ist abhängig von der Einwilligungsfähigkeit des Kindes bzw. Jugendlichen.

Die sorgeberechtigten Eltern müssen der Therapie zustimmen.

GKV-versicherte Jugendliche ab 15 können selbst einen Antrag auf Psychotherapie bei ihrer Krankenkasse stellen. Allerdings sind die Eltern über die Therapie zu informieren.

fähigkeit des Minderjährigen entfällt. In der Praxis kann diese Anforderung Schwierigkeiten bereiten.
Zunächst sind beide Elternteile verpflichtet, in Fragen der Betreuung und Erziehung des Kindes Einvernehmen herzustellen (§ 1627 BGB).
Lebt die Familie zusammen, sollte es keine Probleme geben, von beiden Eltern die Zustimmung zu erlangen.
Im besten Falle erfolgt dies schriftlich, zumal die Einwilligung gemäß § 630 f BGB zu dokumentieren ist. Zu beachten ist allerdings, dass die Einwilligung nur nach Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Therapie auch wirksam ist. Optimal wäre daher ein gemeinsamer Aufklärungs- und Einwilligungstermin mit den Eltern. Ist dies schwierig, kann sich auch ein Elternteil vom anderen vertreten lassen, vorzugsweise durch eine schriftliche Bevollmächtigung. Jedoch ist auch möglich, dass ein Elternteil bei gemeinsamer Sorge und intern abgesprochener Aufgabenteilung den anderen ermächtigt, für ihn mit zu handeln. Das kann auch konkludent geschehen. Diffiziler wird es, wenn die Eltern getrennt leben, sei es in der Scheidung, danach oder sie waren nie verheiratet und lebten nie zusammen. Aber auch hier sind sie zuvörderst verpflichtet, sich über die Ausübung ihrer gemeinsamen elterlichen Sorge zu einigen (§ 1687 BGB).
Im Übrigen bestimmt der Elternteil, wo sich das Kind gewöhnlich aufhält über die Angelegenheiten des täglichen Lebens, also die Dinge, die häufig vorkommen und keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Kindsentwicklung haben. Psychotherapien wird man nicht dazu zählen dürfen.
Jedoch ist auch hier eine schriftliche Bevollmächtigung möglich oder eine Grundsatzentscheidung der Eltern, wer wofür zuständig ist, die ebenfalls konkludent vorliegen kann.
Was wird man als konkludent ansehen dürfen, also als ein Handeln/Verhalten, das auf einen bestimmten Willen schließen lässt und eine ausdrückliche Erklärung ersetzt?
Beispielsweise wenn ein Elternteil mehrfach zum Gespräch eingeladen wurde und den Termin nie wahrnimmt. Wenn auf Briefe nicht reagiert wird.
Wenn ein Elternteil vor der Trennung zugestimmt hat oder Bescheid wusste und später nicht interveniert.
Wendet sich ein sorgeberechtigtes Elternteil explizit gegen die Psychotherapie des Kindes, kann beim Familiengericht der Antrag gestellt werden, die Zustimmung des anderen Elternteils zur Psychotherapie, die zum Wohle des Kindes erforderlich ist, zu ersetzen.

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Zustimmung beider Elternteile erforderlich.

Hat nur ein Elternteil das Sorgerecht, liegt der Fall einfach. Dieser Elternteil entscheidet alleine.

Verweigert ein sorgeberechtigter Elternteil die Zustimmung zur Therapie, ist das Familiengericht anzurufen.

Durchaus vorstellbar in der psychotherapeutischen Praxis ist, dass Jugendliche die von den Eltern gewünschte und möglicherweise notwendige Behandlung verweigern, sich einwilligungsunfähig zeigen. Klassisches Beispiel hierfür ist die Behandlung anorektischer Patientinnen gegen ihren ausdrücklichen Willen. Bei solchen Konflikten zwischen den gesetzlichen Vertretern und den Patienten ist der Psychotherapeut nach der Muster-Berufsordnung der BPTK (§ 13, Abs. 2) verpflichtet, insbesondere auf das Wohl des Patienten zu achten.

Schweigepflicht – Auskunftspflichten

Hierzu die Muster-Berufsordnung der BPtK § 12, Abs. 6: „Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber dem einsichtsfähigen Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihnen anvertrauten Mitteilungen". Das bedeutet: Eltern erfahren vom Psychotherapeuten keine konkreten Inhalte aus der Therapie des Kindes und Kinder nichts aus den Gesprächen mit den Eltern. Ausnahmen erfolgen nur mit (schriftlicher) Genehmigung des jeweils Betroffenen.

Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Diese Verschwiegenheit gilt auch gegenüber den sorgeberechtigten Eltern, es sei denn, das Kind/der Jugendliche gibt dazu seine ausdrückliche Genehmigung.

Psychotherapeuten bewegen sich somit in einem Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsrecht des Kindes und dem Elternrecht. Zudem werden Eltern in den Therapieprozess einbezogen, wenn es für die Behandlung förderlich ist.

Deshalb sollte mit dem Kind oder Jugendlichen sorgfältig besprochen werden, welche Themen in den Gesprächen mit den Eltern angesprochen werden dürfen. Sind Kooperationen mit Schule, Kindergarten und anderen Einrichtungen gewünscht, dürfen diese nur mit (schriftlicher) Einwilligung des Patienten erfolgen. Über die Weitergabe von Informationen müssen immer der Patient und die sorgeberechtigten Eltern informiert werden.
Wie aber soll sich der Psychotherapeut verhalten, wenn die Sorgeberechtigten den Psychotherapeuten von der Schweigepflicht entbinden, das Kind dieser Schweigepflichtentbindung nicht zustimmt (z.B. im Falle eines Gerichtsverfahrens)? Nach der herrschenden Rechtsmeinung können auch Minderjährige wirksam über die Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden, wenn das Kind die Bedeutung seiner Erklärung im Hinblick auf seine Geheimhaltungsinteressen begreifen kann.
Zu den Grenzen der Schweigeplicht aus der Muster-Berufsordnung BPtK, § 8: „Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere oder wird er gefährdet, so haben Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz des Patienten, Schutz eines Dritten bzw. dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter zu ergreifen."

Auskunftspflicht gegenüber Dritten besteht nur dann, wenn der Patient sich oder andere gefährdet.

Nur dann besteht ein Auskunftsrecht bzw. eine Auskunftspflicht des Psychotherapeuten gegenüber Dritten, die die Gefahr abzuwenden helfen, während selbst gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft keine generelle Auskunftpflicht besteht.

Spezialgesetzliche Regelung ist das Bundeskinderschutzgesetz. Unter bestimmten Voraussetzungen darf das Jugendamt informiert werden.

Für Kinder und Jugendliche gibt es darüber hinaus eine spezialgesetzliche Rechtsgrundlage im Falle der Kindeswohlgefährdung, das seit 2012 geltende „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)". § 4 sieht ein stufenweises Vorgehen der Heilbehandler/Psychotherapeuten vor: Werden in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern. Soweit erforderlich, soll auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden, wenn hierdurch der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Psychotherapeuten haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, ihr die dafür erforderlichen Daten pseudonymisiert zu übermitteln. Leider muss man allerdings konstatieren, dass diese Beratungsunterstützungen bisher kaum eingerichtet sind.
Scheidet eine Abwendung der Gefährdung durch Gespräche aus oder ist es erfolglos und wird ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich gehalten, sind Psychotherapeuten befugt, das Jugendamt zu informieren und die erforderlichen Daten mitzuteilen. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen; es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen gefährdet würde.

Berichtspflicht nach dem EBM

Im EBM wird in Kapitel I Allgemeine Bestimmungen, 2.1.4, die Berichtspflicht geregelt. Auch bei der Entscheidung über die Weiterleitung eines regelmäßigen Berichtes an den Hausarzt ggf. Facharzt kommt es allein auf die Einwilligungsfähigkeit des Kindes bzw. Jugendlichen an (BGHZ 29, 33, 36). Der Psychotherapeut kann daher nur im Einzelfall entscheiden, ob das Kind die notwendige Einsichtsfähigkeit über die Entscheidung zur Datenweitergabe besitzt oder nicht. Eine möglicherweise gegenläufige Entscheidung der Eltern wäre damit hinfällig.

Materialien zum Download

Diese und andere nützliche Informationen finden Sie in unserem alphabetischem Stichwortverzeichnis auf unserer Homepage unter www.dptv.de in den **Basics der Berufsausübung**.
Zu den **Basics der Berufsausübung** gelangen Sie über **Intern –› Materialien zum Downloaden** oder über **Informationen –› Stichwortregister –› Materialien zum Downloaden**.

Tilmann Moser

Arbeit mit dem inneren Kind

Analytische Körpertherapie bei anhaltender schwerer Depression

Bei früher depressiver Entwicklung geht oft der vitale Kern des Kindes verloren. Die Bindungsfähigkeit ist vermindert, das lebendige innere Kind muss erst neu entdeckt und vom Patienten liebevoll adoptiert werden.

Einleitung

Durch einen Aufsatz in der lokalen Zeitung über Psychotherapie im Alter kam ich zu drei älteren, zum Teil schwer depressiven männlichen Patienten. Eine rein verbale Analyse führte zu Stillstand und ausführlichem Jammern in der Behandlung. Als hilfreich erwies sich zur körperlichen und emotionalen Belebung der Erstarrung leibliche Kraftarbeit durch interaktive Begegnung: drücken, schieben, raufen, Seil ziehen. Allen Dreien war das verachtete innere Kind verloren gegangen. Es gelang mir, diese inneren Kinder vermittels der symbolischen Arbeit mit Stofftieren zu befreien und die Patienten zu animieren, es als Selbstsymbol zu „adoptieren" und mit ihm zärtlich und schützend umzugehen, das pelzige Plüschtier auch mit nach Hause zu nehmen.

Es werden Szenen der psychotherapeutischen Arbeit mit einem dieser Patienten zum „inneren Kind" aufgezeigt.

Der Patient, ein knapp 70-jähriger allein lebender Künstler, der eine zweistündige Anreise in Kauf nimmt, kommt seit einem Jahr nach vergeblichen früheren Therapieversuchen einmal pro Woche zu einer Doppelstunde. Nach anfänglichem Misstrauen hat er in der Behandlung Fuß gefasst, leidet aber noch immer unter starker morgendlicher Niedergeschlagenheit und oft den ganzen Tag anhaltender Resignation. Hier ein Stundenbericht von vor einem halben Jahr:

Er kam mit besonders gramvoller Miene und offensichtlich frierend von der Reise und kurzem Warten vor der Tür im Graupelschauer. Bevor ich ihn auf die Couch gehen ließ, forderte ich ihn zu einem vertrauten Kampf durch gegenseitiges Wegdrücken im Stehen auf. Er willigte sofort ein und kämpfte verbissen, mit Schulterdrücken und seitlichem Drücken und Wegziehen mit der Hand. Es blieb beim Patt, doch er meinte erleichtert: „Jetzt ist mir nicht mehr kalt!", was auch emotional zu verstehen war.

Auf der Couch nahm er schwer atmend wie immer meine Hand und stöhnte: „Das Schlimme ist, ich kann mich nicht mehr ertragen!". Das kannte ich zwar, aber es war mit einer so tiefen Resignation ausgesprochen, dass ich spürte, er war durch einen kränkenden Auslöser in ein bedrohliches Tief geraten. Ich sah plötzlich den früh traumatisierten Jungen vor mir und lud ihn zu einem mir aus einer früheren Klinik vertrauten Experiment ein: Umgang mit dem inneren Kind. Ich bat ihn, sich wieder aufzusetzen, erklärte ihm kurz: „Der kleine Bär hier repräsentiert Sie im Alter von zwei Jahren oder weniger, er ist Ihr inneres Kind von damals." „Ja, da war ich doch schon ihm Elend, ohne dass ich wusste, was das heißt!" „Ja eben, deshalb wollen wir das in einer Szene anschauen", und ich gab ihm den kleinen Bären. Er kämpft zunächst mit seiner Überraschung, auch für mich ist es ein neuer therapeutischer Versuch mit ihm. Er fasst den Bären vorsichtig und wie von Widerwillen erfüllt an, ergreift ihn mit spitzen Fingern an seinen Pfoten, sodass er armselig und wie tot zwischen seinen Knien baumelte, ein Bild des Jammers. Ich bat ihn, zu diesem wichtigen Selbstanteil zu sprechen, und er begann schleppend: „Du bist ja schon tot, was soll ich mit dir anfangen?" Ich: „Er lebt noch ein wenig, Sie sind ja immer wieder mit ihm hierher gekommen, oft ohne zu wissen, dass Sie ihn immer in sich tragen. Ich gebe ihn jetzt in Ihre Obhut, Sie sollen ihn wieder zu sich nehmen, adoptieren und gesund pflegen. Er ist zu sehr verletzt! Er hat jetzt niemanden außer Ihnen. Sie haben ihn zu vielen Therapeuten getragen, aber keiner hat ihn wirklich gesehen und wusste mit ihm umzugehen." „Das stimmt, aber ich habe ihn vielleicht auch nicht vorgezeigt, aus Scham."

Aber er verstand nach einigen zögernden Wortwechseln, dass er ihm nun anvertraut war, und es vollzog sich eine berührend langsame Adoption: Der Bär rutschte Schrittchen für Schrittchen höher, saß zuerst auf seinen Knien, jetzt von seinen schützenden Händen umfasst wie ein Säugling, bis er ihn in

seinem Schoß geborgen hielt und zu ihm sprach: „Hoffentlich bin ich besser zu dir als meine Eltern zu mir. Nicht umsonst habe ich keine Kinder! Ich hatte dich aus den Augen verloren, ich glaube aus Verachtung. Wie soll ich dich je wieder schätzen lernen?" Ich: „Er will ein wirkliches Zuhause bei Ihnen, und immer wieder angeschaut werden." „Aber vielleicht graut ihm vor meinem Blick?" „Sie schauen ihn jetzt schon weniger verächtlich an, eher neugierig. Aber es braucht Zeit, um wieder Freundschaft mit ihm zu schließen." „Ich hatte einmal gute Freunde, verlor sie vor Jahren, als die Depression wieder anstieg, sie sind alle verschwunden. War der Kleine da daran beteiligt?" „Leider ja", sage ich. „Dann müsste ich ihn ja hassen?" „Nein, er fühlte sich von Ihnen verlassen, aber er war dennoch zum Überleben wichtig. Die Depression war Ihre Art der Beziehung zu ihm. Ganz hat er die Hoffnung nie aufgegeben, auch wenn Sie immer wieder mal an Selbstmord dachten. Dann wäre auch er endlich beseitigt gewesen." „Soll ich ihm jetzt auch noch danken?" „Nein, aber ihm eine Chance geben. Sie kommen ja auch seit einem Jahr hierher, um die Kraft dafür zu tanken." „Ich war schon in mehreren Analysen und bin nach ein paar Monaten immer abgehauen, resigniert. Vor Jahren auch bei Ihnen!" „Ich war damals noch nicht so weit, auch mit dem Körper und mit Szenen zu arbeiten, aber der Kleine hat die lange Pause überstanden und gewartet, bis ich ihm therapeutisch gewachsen bin. Darüber haben Sie ja in den letzten Jahren in meinen Büchern einiges gelesen. Früher hatte ich selbst noch Angst vor Ihrem tiefen Elend und verlor manchmal die Hoffnung, die ich ja für Sie aufbewahren sollte." „Und jetzt haben Sie wieder Hoffnung?" „Ja, durch die Körperarbeit, und wenn Sie ihn adoptieren und für ihn sorgen. Er wäre bei Ihnen fast gestorben. Wir werden beide auf ihn aufpassen."

Er schaut mich schräg von der Seite zweifelnd und doch dankbar an, scheint nicht mehr den früheren Stillstand und enttäuschten Abbruch zu fürchten. Ich erzählte ihm von meinem ersten Kliniksaufenthalt vor mehr als zwanzig Jahren, auch wegen Depression, und dass damals die Meisten im Patientenhaufen mit Kuscheltieren herumliefen, ihre „inneren Kinder und Trost- und Schmusetiere, in die sie sich verwandelt hatten", und wie kitschig das mir damals vorgekommen sei. Inzwischen ist mir dies als Therapieform vertraut.

Meine begleitende Fantasie war, ihm den Bären mit nach Hause zu geben, ich zögerte aber aus Angst, er werde mich auslachen und es zu kitschig finden, und sagte es dann doch. Denn inzwischen hatte er sich auf das Experiment schon halb eingelassen, meinte aber: „Dafür brauche ich ihn doch nicht bei mir in der Wohnung! Ich kann ihn doch herbei fantasieren, nach dieser Stunde." „Das ist denkbar, aber wir haben auch gesehen, dass Sie oft sogar meine haltende Hand wieder vergessen und sie nicht in der Fantasie hervorholen, wenn Sie sie bräuchten. Und Sie könnten auch ihn wieder vergessen." Ich hatte, wie es manchen depressiven Patienten hilft, sich an mein Gesicht oder meine haltende Hand zu erinnern, auch Gegenstände aus der Praxis mitgegeben, wie Kissen, die dann „auf Dienstreise" gingen. Bei ihm hatte das bisher nicht geholfen, deshalb fand ich die reale Präsenz des Symbols bei ihm wichtig. „Sie sollten sich auch in trüben Zeiten daran erinnern, dass es den Bär und Ihren Umgang mit ihm gibt."

Das leuchtete ihm ein: „Ich werde darüber nachdenken, ob ich ihn in meiner Wohnung haben will." „Gut" sagte ich, „er braucht sogar einen Ehrenplatz bei Ihnen." Um ihn am Ende der Stunde aus der tiefen Regression heraus zu holen, bot ich ihm das Räkeln an: „Gehalten von meinen Händen können Sie sich auf der Couch so lange räkeln, bis alle Muskeln gespürt und wieder in Betrieb genommen werden können." Er tat es mit Inbrunst und staunte, „Da bin ich ja wie ein kleines Kind! Wie ich es vielleicht gerne gewesen wäre!" und dann fing er an, auch mit den Füßen auf der Couch zu trampeln, streckte die Beine und stieß sie abwechselnd in die Luft. Ich: „Wissen Sie, wie das hier von meinem Sessel aus aussieht? Als wollten Sie jemanden in den Hintern treten." „Ja, nicht nur einem, sondern meinen vielen Psychiatern und Analytikern, der Reihe nach, mir fallen ihre Namen sofort wieder ein", und er trat nach ihnen, bis ich sagte: „Ich höre sie getroffen schreien." „Das ist gut so, aber nicht alle waren verständnislos oder inkompetent, ich hatte mich ja auch gut getarnt, doch ich habe überlebt. Nur der eine, der souverän, kenntnisreich und warmherzig war, bei dem ich mich wirklich geborgen fühlte, ist nach eineinhalb Jahren gestorben, und der, bei dem ich weitermachte, eine sogenannte Koryphäe, hat alles wieder schlimmer gemacht, vor allem durch banale Verhaltensvorschläge wie: „Depressiv wird jeder mal im Leben, Zähne zusammen beißen und Ablenkung suchen!" Ich biete ihm an, den kleinen Bären mitzunehmen, aber er scheint ihn auf der Couch zu vergessen oder lässt ihn mit Absicht achtlos liegen, obwohl ich auf eine unauffällige Tragetüte hingewiesen hatte.

Eine Woche später

Er kommt zerschlagen und tief resigniert in die Doppelstunde, hat sich während der Woche nicht rettend an den Bären erinnert, die Geringschätzung für sein inneres Kind, das er nun adoptieren soll, ist noch zu groß, ebenso wie für den Erwachsenen, der solchen „Kinderkram" noch brauchen soll. Ich berichte ihm noch einmal von meiner Geringschätzung für Trosthäschen, die die Mitpatienten bei meinem ersten Klinikaufenthalt mit sich herumtrugen. Er hört aufmerksam zu und erlebt eine gewisse rückschauende Solidarität. Die Körperarbeit mit dem neu eingeführten Seilzie-

Gegen alle anfänglichen Widerstände geht er zärtlich und schützend mit dem Bären um.

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 Masterstudiengang!

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

hen (für meine depressiv erstarrten älteren Männer) bringt ihn etwas in Schwung, und er akzeptiert dankbar das Liegen, zur Wand gekehrt und mit meinem Rücken an seinem Rücken. Es herrscht, wie ich zu fühlen meine, ein Auftanken von väterlichem Schutz.

Er trauert der Zeit nach, wo er zeitweise halbwegs zuversichtlich in seinem Atelier gearbeitet hat, in Vorbereitung von Ausstellungen, aber die sind immer wieder aus der Lähmung seiner Initiative unterblieben. „Jetzt steht die Werkstatt voll mit Plastiken und künstlerischen Objekten, die geduldig darauf warten, dass jemand mir hilft, eine Ausstellung zu planen." Sein irrealer Wunschtraum: „Eine Ehefrau, die mich versteht und die Öffnung nach außen managt." Er schämt sich auch vor mir, wie initiativlos er wieder ist. „Es hat doch alles keinen Zweck!" Den kleinen Bären bei mir habe er zu schmuddelig gefunden. „Wenn, dann brauche ich einen eigenen, aber keinen Bären, sondern einen Löwen, so wie der, den mir als Kind eine liebe Tante einmal geschenkt hatte." Zufrieden merke ich, dass der Gedanke an ein Symbol seiner selbst als traumatisiertes Kind ihn weiter beschäftigt hat. Er will sich einen Löwen kaufen. Ich: „Aber solange Sie den Löwen nicht haben, nehmen Sie den Bären noch einmal mit."

Er genießt vor allem die Wärme meines Rückens und dessen festen Halt.

Eine weitere Woche später

Tiefstes Elend „seit fast einer Woche", mit massiven Vorwürfen an mich: seine oft vernichtende Selbstverurteilung scheint er durch eine etwas strenge Deutung aus meinem Mund vernommen zu haben: er habe noch immer zu viele Größenfantasien, er habe sich selbst aufgegeben, und meint wütend: „Dann habe ich ja den Selbstmord seit langem verpasst und unsinnigerweise überlebt!" Einige geplante Initiativen seien während der Woche aus Erschöpfung wieder versandet. Er brauche einfach so etwas wie einen Mentor oder Coach, der sein Leben für ihn strukturiert. Als ich gelassen frage, wer dafür infrage käme, kommt fast ein Leuchten in sein Gesicht: „Mein liebster Neffe (wie aus dem Hut gezogen beim Wort Coach), der mochte mich immer, nur habe ich ihn dreißig Jahre nicht gesehen. Mit dem habe ich doch früher gebastelt, er hat mich immer bewundert, aber dann brach die Beziehung ab, weil ich eine totale Abgrenzung von der ganzen Familie vorgenommen habe. Ein Brief an ihn ist, wie an alle anderen längst fertig, habe ich aus Scham über meinen Zustand nicht verschickt." Ich: „Vielleicht würde er sich geehrt fühlen, wenn Sie ihm Ihre Sammlung von Werken zeigen und ihn um einen Anstoß für eine Ausstellung bitten?" „Ja", sagt er, „das ist die Lösung!" „Dann brauchen Sie sich auch nicht zu schämen, sondern haben einen konkreten Wunsch." Es tritt eine überraschende Stimmungsänderung ein.

Dann kann er auch berichten, dass er sich seinen Löwen gekauft hat, und ich habe längst den Bären auf meinem Schoß und streichle und kraule ihn. Er schaut fasziniert zu, eine Viertelstunde lang. Dann übergebe ich den Bären an ihn. Ich sage: „Der war zu lange allein, verachtet und ohne Trost und Zuwendung. Sie müssen zärtlich zu ihm sein." Er hält ihn so vorsichtig wie eine junge Mutter ihr endlich geborenes Kind. Als er über die Perspektive einer Ausstellung lebendig weiterspricht, verlassen seine Hände den Bären. „Ich sage: „Ich habe ihn brummen gehört: ‚Wo sind deine Hände?'" Er muss lachen und beginnt zu verstehen, dass ich die streichelnde Zuwendung an den Bären ernst meine, und mache ihn immer wieder darauf aufmerksam, wenn er ihn loslässt. „Sie sollten den Löwen mit ins Bett nehmen, Säuglinge und Kleinkinder können nicht gut allein schlafen, sie haben Angst, sie seien schon wieder verstoßen. Sie sind jetzt Mutter und Vater zugleich!"

Nun kann er alle Scham und alle Zweifel wenigstens vorläufig überwinden. Ich will nicht zu euphorisch sein, aber die Übernahme des Kleinen in seine Obhut ist so rührend ernsthaft, dass es auch in mir heller wird. Nach kurzem Seilziehkampf schaut er ganz anders aus als zu Beginn der beiden Stunden und er hilft mir zum ersten Mal, die zerwühlte Couch wieder in Ordnung zu bringen.

Er kommt pünktlich zu jeder Doppelstunde, die Arbeitsbeziehung hat sich durch das Experiment und die Körperarbeit vertieft, und manchmal gelingt ihm eine Woche ohne allzu bedrohlichem Absturz. Er freut sich inzwischen auch auf seine regelmäßige Schwimmgruppe und seine Gesangsstunden.

Dr. Tilmann Moser

Psychoanalytiker und Körperpsychotherapeut, tätig in privater Praxis in Freiburg. Angebot von Seminaren für Therapeuten zu Psychoanalyse und Körpertherapie. Spezialgebiete: Seelische Spätfolgen von NS-Zeit und Krieg sowie Psychotherapie und religiöse Störungen. Autor zahlreicher Bücher, u. a. zu Psychoanalyse und Religion sowie zur Körperpsychotherapie.

E-Mail tilmann moser@gmx.de, www.tilmannmoser.de

Foto: Dagmar Eisermann-Bonsch

Literaturhinweise

Moser, Tilmann, 2001, Berührung auf der Couch, Frankfurt, suhrkamp taschenbuch

Moser, Tilmann, 2015, Klinisches Notizbuch, Gießen, psychosozial-verlag

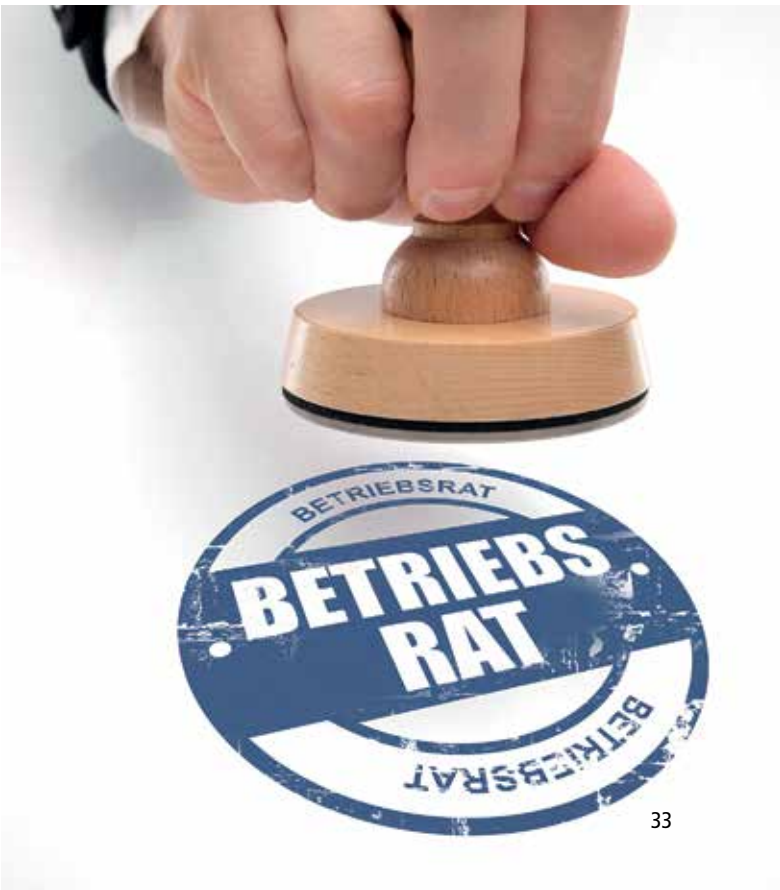
Kerstin Sude

Gründung eines Betriebsrates für Medizinische Versorgungszentren

In der Psychotherapie Aktuell 4.2015 beschrieb Moina Beyer-Jupe, Rechtsanwältin im Referat Recht und Verträge der DPtV-Bundesgeschäftsstelle, unternehmerische Möglichkeiten, die sich durch das Versorgungsstärkungsgesetz aus Juli 2015, insbesondere in Hinblick auf Medizinische Versorgungszentren für die Profession eröffnen. Gemeint ist hier die juristische Weichenstellung für Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen (PP/KJP) auf die nun möglich gewordene Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Beyer-Jupe beschrieb: „Medizinische Versorgungszentren sind von Ärzten oder Psychotherapeuten geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte und/oder Psychotherapeuten als Angestellte oder als freiberufliche Vertragstherapeuten ambulant tätig werden; ...". So bedarf das MVZ wie jedes Unternehmen einer eigenen Rechtsform. Erlaubt sind Personengesellschaften, wie beispielsweise die Gesellschaft Bürgerlichen Rechts (GbR) oder auch Partnerschaftsgesellschaften, für ein Freiberufler-MVZ, doch auch eingetragene Genossenschaften und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) können als Rechtsform genutzt werden, zudem sind auch öffentlich rechtliche Rechtsformen möglich (Beyer-Jupe, 2015).

Seit einigen Jahren arbeiten meist jüngere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, doch auch Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) als Angestellte in den oben genannten Unternehmensformen, oftmals handelt es sich direkt um den ersten Berufseinstieg als PP/KJP nach der Approbation, da die KV-Wartelisten für ambulante Praxissitze zum Teil lang sind. Doch wie sieht es in einem MVZ dann mit den Möglichkeiten der Mitbestimmung aus? Gerade auch in Hinblick auf neue MVZ-Gründungen möchte die DPtV zum Thema Arbeits- und Betriebsrecht, insbesondere zur Möglichkeit der Installation eines Betriebsrates, sensibilisieren. Und auch für die MVZ-Unternehmer/innen schadet es keinesfalls, frühzeitig gute Betriebsstrukturen im Betrieb zu etablieren, macht es ihn doch auch fair und attraktiv(er). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie gute Mitbestimmung in einem Unternehmen aussehen kann. Das Unternehmen besteht zunächst aus seinen „Grundorganen", die meist die Unternehmensleitung bilden. Bekanntes Grundorgan, beispielsweise bei einer größeren Firma, könnte die Gesellschafterversammlung sein. Die Grundorgane werden in der Regel automatisch bzw. auch vertraglich an der Unternehmensmitbestimmung beteiligt. Das Problem ist: An diesem „Grundorgan" sind die Arbeitnehmer/innen nicht automatisch beteiligt. So können Gesellschafter/innen zwar nach bestem Wissen und Gewissen über Arbeitszeit, Satzungsänderungen, die Herab- oder Heraufsetzung von Kapital für den Betrieb bestimmen, die angestellten Arbeitnehmer/innen jedoch nicht. Die stärkste Arbeitnehmervertretung findet sich wiederum in einem Aufsichtsrat. Hierfür gibt es unterschiedliche Modelle, deren Vertiefung an dieser Stelle den Rahmen sprengen würde. Arbeitnehmervertreter/innen in einem Aufsichtsrat können aber z.B. auch nur mit Ausnahme, d.h. mit Hilfe ihres spezifischen Stimmrechts, im Betrieb in arbeitspolitische Erscheinung treten. So ist das Thema Betriebsratsgründung von höherer Bedeutung für die grundsätzliche Mitbestimmung.

Zum Thema Betriebsrat ist es notwendig, sich in die deutschen Mitbestimmungsgesetze und das Mitbestimmungsrecht im Betrieb einzulesen, dafür gibt es mittlerweile hilfreiche Handbücher, wie z.B. von Wolfgang Däubler (Däubler, 2015), doch auch fundierte arbeits- und betriebsrechtliche Kommentare, wie z.B. von Wlotzke et al. (Wlotzke, 2011). Es ist nicht selbstverständlich, dass es Betriebsräte neben den Gewerkschaf-



Am wichtigsten ist, dass Betriebsratswahlen auch in kleineren Betrieben ... stattfinden können.

ten gibt. In Deutschland haben Betriebsräte dennoch grundsätzlich eine längere Tradition. Schauen wir hingegen in den noch relativ jungen Betrieb „Medizinisches Versorgungszentrum", so haben Betriebsräte unserer Kenntnis nach dort (noch) keine Tradition. Das Einziehen eines Betriebsrates in ein MVZ ließe sich durch gemeinsames gewerkschaftliches Organisieren im Betrieb hinbekommen, nur Mut: Die Gründung von Betriebsräten geht zurück bis in die Zeit vor der Revolution von 1918, erste gesetzliche Ausgestaltungen finden wir bereits im Betriebsrätegesetz von 1920. In der Zeit des Nationalsozialismus wurden dann Betriebsräte wieder abgeschafft. Das Nachkriegsdeutschland ließ sie jedoch prompt erneut aufleben. 1945 im Herbst erließ zum Beispiel die Landesverwaltung in Thüringen das erste Nachkriegsbetriebsrätegesetz in Deutschland. Es gibt laut Däubler viele nennenswerte Vorteile von Betriebsräten, beispielsweise üben sie eine demokratische Kontrolle bei betrieblichen Vorgängen und auch bei der Interessenvertretung von Arbeitnehmer/innen aus. Sie setzen sich für adäquate arbeits- und tarifrechtliche Regelungen ein, auch setzen sie sich mit spezifischen Mitbestimmungsproblemen auseinander, insofern haben sie eine gewisse Innovationstendenz und -rolle für den Betrieb. Ein typisches Beispiel wäre die Hinzuziehung des Betriebsrates, wenn neue Dokumentationssysteme oder Arbeitszeiten eingeführt werden, dann muss der Betriebsrat auch reagieren und gegebenenfalls eigene Lösungsvorschläge entwerfen.

Die Mitglieder eines Betriebsrates wissen allerdings nicht alles selbst, deshalb tragen sie ihre Anforderungen oft auch in den hauptamtlichen Apparat von Gewerkschaften hinein, wo die jeweilige Betriebsratsvertretung, wenn es gut läuft, adäquat „eingebunden" ist. Für jemanden in einem MVZ könnte das zum Beispiel die Einbindung in die AG Psychiatrie oder in eine PP/KJP-AG der Gewerkschaft in der jeweiligen Region sein. Diese ist in der Regel gut mit der Fachkommission PP/KJP oder PiA AG auf Bundesebene der Gewerkschaft vernetzt, was Vorteile in puncto bundesweite Tarifverhandlungen bringen kann, wie auch einiges an betrieblichem Know-how befördert. Im Grunde können Betriebsräte auch ein Risiko für den Betrieb darstellen, wie beispielsweise Däubler es mit seiner „Kirchturmpolitik" beschreibt, wenn sich die Betriebsratsinteressen zu sehr von dem Betrieb abkoppeln. Man versucht deshalb gleichzeitig immer, durch möglichst geschulte gewerkschaftliche Vertrauenspersonen im Betrieb gegenzusteuern. Im Angestelltenbereich in den Kliniken kennen PP/KJP und PiA, so sie gewerkschaftlich auf dem Laufenden sind, „ihre" Betriebsräte bzw. Vertrauenspersonen der Gewerkschaft. Die gewählten Vertrauenspersonen lassen sich wie oben genannt regelmäßig durch die Gewerkschaft beraten und fortbilden.

Grundsätzlich festzuhalten ist: Was wir als fortschrittlich in Sachen Arbeitszeit, Arbeitsrecht und Entgelt bezeichnen, ist in der Regel nur mit Hilfe der Gewerkschaft zu ermöglichen. Teilweise regelrecht und notwendigerweise erstritten wurde dies mit dem der Gewerkschaft zustehenden Streikrecht. Das würde bei Bedarf auch für ein MVZ gelten. Die allgemeine Rechtsstellung und Wahl zu einem Betriebsrat ist übersichtlich und zu bewältigen. Sie ist im Betriebsverfassungsgesetz von 1972 geregelt, das 2001 noch mal neu gefasst wurde. Im Folgenden ein kurzer Überblick zur Betriebsratswahl.

Wie lässt sich ein Betriebsrat gründen?

Am wichtigsten ist, dass Betriebsratswahlen auch in kleineren Betrieben, d.h. mit in der Regel mindestens 5 ständigen wahlberechtigten Arbeitnehmer/innen stattfinden können. Von denen müssen wiederum 3 wählbar sein, nachzulesen im Betriebsverfassungsgesetz unter: § 1 Abs.1 Satz 1 BetrVG – vgl. https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/betrvg/gesamt.pdf.

Ferner gilt: Fünf Dauerarbeitsplätze müssen vorhanden sein, auch wenn diese mit Teilzeitbeschäftigten oder vorübergehend mit Leiharbeitnehmer/innen besetzt sind. Welches Wahlverfahren bei der Betriebsratswahl Anwendung findet, hängt von der genauen Anzahl der Arbeitnehmer/innen ab. Das Betriebsverfassungsgesetz sieht ein zeitaufwendiges Wahlverfahren, jedoch für kleinere Betriebe glücklicherweise ein so genanntes „vereinfachtes Wahlverfahren" vor. Dieses kann in zwei verschiedenen Varianten ablaufen. Auch muss für die Wahl rechtzeitig ein Wahlvorstand eingesetzt werden. Der Wahlvorstand besteht aus drei Mitgliedern, in Großbetrieben können es bei Bedarf auch mehr sein, jedoch immer in ungerader Zahl.

Wie wird ein Wahlvorstand einberufen?

Wenn es bereits einen Betriebsrat gibt, kümmert sich dieser um das Wahlprocedere, wenn es noch keinen Betriebsrat gibt, bestellt, so vorhanden, ein größerer Konzernbetriebsrat (zum Beispiel des übergeordneten Klinikkonzerns) einen Wahlvorstand gemäß § 17 Abs. 1 BetrVG ein. Wenn es aber, wovon wir im Grunde ausgehen müssen, weder einen Konzernbetriebsrat, Gesamtbetriebsrat oder ähnliches gibt, sollte spätestens jetzt Kontakt mit der Gewerkschaft aufgenommen werden, denn an dieser Stelle sind durchaus basa-

Kerstin Sude

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, seit 1.10.2015 hälftige Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor Wiss. Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes Hamburg, seit 2013 stellv. Bundesvorstandsmitglied der DPtV.

le gewerkschaftliche Erfahrungen und hilfreiche Tipps zur Neugründung im Betrieb gefragt. Falls es oben genannte Gremien für das Medizinische Versorgungszentrum (noch) nicht gibt, müsste dafür eine Betriebsversammlung einberufen werden. Dies bedarf im Vorwege zunächst einer guten Informations- und Netzwerkarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der eigenen Profession, um dann auch an einem gemeinsamen Strang ziehen zu können. Nicht zuletzt ist der Arbeitgeber zu informieren. Möglicherweise lässt sich bereits früh ein erfahrenes Mitglied der Gewerkschaft, z.B. aus einer nahen Klinik, d.h. eine gewerkschaftliche Vertrauensperson, einladen, um das geplante Procedere gemeinsam in Ruhe zu beraten und die erforderlichen Schritte zu planen, denn ein Wahlvorstand lässt sich sehr gut auch neu durch eine Betriebsversammlung begründen.

Ein Wahlvorstand hat bei Bedarf einen gerichtlich durchsetzbaren Auskunftsanspruch gegen den Arbeitgeber: Der Arbeitgeber muss zum Beispiel alle Informationen und Unterlagen herausgeben, die für die Erstellung der Wählerliste notwendig sind. Bleibt er untätig, könnte der Wahlvorstand ein Beschlussverfahren (einstweilige Verfügung) vor dem Arbeitsgericht einleiten. Viele weitere Hinweise lassen sich im Internet gut recherchieren, zum Beispiel unter: https://www.betriebsrat.de/portal/betriebsratslexikon/W/wahlvorstand-betriebsratswahlen.html. Und sobald dann auf der ersten, gemeinsam vorbereiteten Betriebsversammlung auch die Versammlungsleitung gewählt wurde, kann es in Richtung Wahl eines Wahlvorstands weitergehen. Genaueres lässt sich hier nachlesen: https://www.ifb.de/betriebsrat/betriebsrat-gruenden-betriebsratswahl.html. Eine Vorplanung der meisten Schritte und die gewerkschaftliche Beratung erscheint uns allerdings unerlässlich, denn gewerkschaftliches Organisieren hat wie berufspolitisches Organisieren mit Austausch, gemeinsamer Verzahnung und entsprechender Kommunikation mit den Mitstreiter/innen zu tun. Eine größere Gruppe entwickelt bekanntermaßen größere Kräfte und Synergien. Der gemeinsame Strang für die Betriebsratsgründung kann oft besser beim kleineren Treffen mit den Kolleginnen und Kollegen in einer netten Kneipe im Vorwege gefunden werden, arbeitsteilig werden dann im Nachgang weitere wichtige Kontakte geknüpft und nächste Schritte eingeleitet. Die Betriebsratsgründung ist damit ein planbarer Gruppenprozess.

Grundsätzlich wahlberechtigt bei Betriebsratswahlen sind alle betriebszugehörigen Arbeitnehmer/innen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (auch Praktikanten). Betriebszugehörig sind Arbeitnehmer/innen, wenn sie einen Arbeitsvertrag mit dem/der Betriebsinhaber/in besitzen. Nicht wahlberechtigt sind zum Beispiel leitende Angestellte. Hier lohnt es, bei Bedarf spezifisch nachzulesen. Genaueres zu den oben genanten Wahlverfahren und dem -procedere findet sich vielerorts im Internet, zum Beispiel unter https://www.haufe.de/personal/arbeitsrecht/betriebsratswahlen-2014-rechte-und-pflichten-des-arbeitgebers/betriebsratswahlen-2014-die-verschiedenen-wahlverfahren_76_200996.html.

- Ein Betriebsrat wird für 4 Jahre gewählt (nach dem Zeitpunkt der Bekanntgabe des Wahlergebnisses). Die Amtszeit endet spätestens immer am 31.05. des Wahljahres.

- Betriebsversammlungen werden nach Betriebsratsgründung Veranstaltungen des gewählten Betriebsrates, insbesondere für die Aussprache und Unterrichtung der Arbeitnehmer/innen.

Eine kurze Checkliste

Vor der Wahl:
Gewerkschaftliche Kontakte prüfen, Informationen einholen, gemeinsam erste Schritte planen, zum Beispiel Zeitpunkt der Wahl bzw. der Betriebsversammlung festlegen; Klärung der Zusammensetzung, Amtsführung und Aufgaben des Wahlvorstands; Aufstellen der Wählerliste; Wahlausschreibung; Wahlberechtigung; Wählbarkeit; Größe des Betriebsrats; Mindestsitze für das Minderheitengeschlecht; Briefwahl; technische Wahlvorbereitung

Die Wahl:
Rechtzeitige Einladung, schriftliche Stimmabgabe; Ablauf des Wahlaktes; Öffentliche Stimmauszählung

Nach der Wahl:
Sitzverteilung bei Personen- und bei Listenwahl; Korrektur der Sitzverteilung; Wahlniederschrift; Konstituierende Sitzung des Betriebsrats

Schutz und Kosten der Wahl:
Kosten der Wahl kalkulieren; Schutz vor Wahlbehinderungen, „mitdenken", bei Bedarf gewerkschaftlichen Rat einholen
Eine Betriebsratswahl verursacht Kosten, hier hilft ebenfalls die Ausführung dazu im Betriebsverfassungsrecht. Gut zu wissen: Die zur Durchführung notwendigen Kosten trägt dem Gesetze nach immer der Arbeitgeber. Diese ersten Überlegungen sollten bei der Betriebsratsgründung im Medizinischen Versorgungszentrum ausreichen.

Möglicherweise gibt es in der Nähe oder Nachbarstadt bereits ein MVZ mit einem Betriebsrat, dann können Erfahrungen auch gut ausgetauscht und weitergegeben werden. Oder zwei benachbarte MVZ bzw. deren Angestellte machen sich gemeinsam auf den Weg zur Betriebsrat-Gründung. Innerhalb unserer Verbandsmedien können wir gern über Ihre gemachten Erfahrungen dazu berichten.

Weitere Fragen, Ideen und Erfahrungen zur Betriebsratsgründung im MVZ gern an den Ausschuss Angestellte der DPtV: angestellte@dptv.de.

Viele weitere Hinweise lassen sich im Internet gut recherchieren: www.betriebsrat.de.

Literaturhinweise

Beyer-Jupe, M. (2015). Medizinisches Versorgungszentrum. Was bringt das Versorgungsstärkungsgesetz? *Psychotherapie Aktuell, 4.2015*, 25–27.

Däubler, W. (2015). *Arbeitsrecht. Ratgeber für Beruf – Praxis – Studium*. Frankfurt am Main: BUND Verlag.

Wlotzke, W., Koberski, Kleinsorge. (2011). *Mitbestimmungsrecht: Mitbestimmungsgesetz, Drittelbeteiligungsgesetz, Wahlordnungen, Mitbestimmung auf europäischer Ebene, Kommentar* (Vol. 4). München.

Betriebsverfassungsgesetz: https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/betrvg/gesamt.pdf

Kerstin Sude

Erste Hilfe durch das Patientenrechtegesetz am Beispiel der Genehmigungsfiktion

Mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes 2013 hatte der Gesetzgeber im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) im § 13 den Absatz 3a neu eingeführt und damit das Recht der Patienten auf die Einklagbarkeit einer Kassenleistung gestärkt. Des Öfteren kam es vor, dass Patienten auf eine Bescheidung, zum Beispiel bei Antrag auf ein Medikament oder eine Therapie, lange warten mussten und damit geradezu im Regen stehen gelassen wurden. Eine notwendig gewordene (psychotherapeutische) Behandlung verzögerte sich dann unnötig durch „Nicht-Reagieren" der Krankenkasse auf einen Antrag. Dies könnte sich mit dem stärkeren Bekanntwerden der im Folgenden dargestellten Urteile positiv verändern, denn auf einen Patientenantrag, insbesondere bei Dringlichkeit, sollte die Krankenkasse komplikationsfrei und zeitnah reagieren, so wie es gesetzlich auch im Patientenrecht geregelt ist.

Der hinzugekommene Absatz im SGB V (siehe unten) regelt von gesetzlicher Seite sorgsamer die so genannte Genehmigungsfiktion. Wichtig zu kennen sind deshalb die unten genannten Urteile, denn bis zur Änderung des Abs. 3a im § 13 SGB V gab es hier eine gesetzliche „Grauzone". Was denn als „Wartezeit" beim Antrag angemessen sei, ließ sich nicht ausreichend klar benennen. In der neuen Regelung handelt es sich um den nunmehr gesetzlich festgelegten Zeitraum von drei Wochen, in dem von der Krankenkasse auf einen Antrag hin entschieden werden muss, dies immer gerechnet ab Eingang des Antrages bei der jeweiligen Krankenkasse. Ist möglicherweise zusätzlich, wie bei der antragspflichtigen Psychotherapie, eine gutachterliche Stellungnahme oder aber, wie bei einem Antrag auf Kostenerstattung nicht unüblich, eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MDK) für eine Antragsentscheidung von der Kasse einzuholen, so verlängert sich die oben genannte Frist auf insgesamt fünf Wochen, die die gesetzlich versicherten Antragsteller/innen warten müssen.

Dabei können die Krankenkassen bei der Antragsbearbeitung regelmäßig zu der Auffassung gelangen, und davon können die Privatpraxen sicher ein Lied singen, dass eine Stellungnahme des MDK eingeholt werden muss. Dies kann auch bei abgelehnten Kurzzeittherapien im Einspruchsverfahren gemäß Psychotherapie-Vereinbarung vorkommen[1]. In einem solchen Fall müssen sich Versicherte dann bereits insgesamt sechs Wochen gedulden. Sind diese Fristen jedoch abgelaufen und die Kasse hat sich gar nicht gerührt, so gilt der gestellte Antrag bzw. die Leistung als genehmigt, dies meint die „Genehmigungsfiktion".

Es kann gelegentlich auch nachvollziehbare Gründe geben, warum eine Krankenkasse die oben genannten Fristen nicht einhalten konnte. In einem solchen Fall darf sie die Frist entsprechend verlängern, jedoch nur, wenn sie hierüber die Antragstellerin bzw. den Antragsteller rechtzeitig, d.h. innerhalb der genannten Fristen und *mit einer* nachvollziehbaren *Begründung* informiert. Es bedarf dabei einer schriftlichen Mitteilung der Gründe für die Verzögerung. Versäumt die Krankenkasse ihre für Patienten und Behandler/innen wichtige schriftliche Mitteilung innerhalb der laufenden Fristen bzw. werden gar die Gründe für die Verzögerung oder längere Bearbeitung überhaupt nicht mitgeteilt, wovon hier auch beispielhaft berichtet wird, so gilt der Antrag bzw. die Leistung wie oben angegeben als genehmigt. Dies, so bleibt festzuhalten, immer erst nach Ablauf der oben genannten geregelten Fristen, d.h. drei, fünf oder sechs Wochen nach Antragstellung gemäß jeweiliger Sachlage.

Nach Ablauf dieser geregelten Fristen können sich Versicherte die erforderliche Leistung aufgrund der Genehmigungsfiktion selbst beschaffen. Die Krankenkasse ist gegenüber den Patienten zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Sollte es im Kontakt mit der Sachbearbeitung einer Kasse dann doch noch schwieriger werden, die Kasse zum Beispiel trotz ihres Frist- oder Benachrichtigungsversäumnis einfach rigoros ablehnen, lässt sich ein formloser Widerspruch, analog der hier dargestellten Rechtslage, formulieren – siehe hierzu Muster im DPtV-Mitgliederbereich unserer Internetseiten sowie Psychotherapie Aktuell 2.2015: „Kostenerstattung: Patienten in Not". Denn, dass die Kasse von Rechts wegen allein die erforderlichen und vor allem indizierten Behandlungskosten zu übernehmen hat, wurde Anfang des Jahres auf regionaler und mittlerweile auch auf höchstrichterlicher Ebene über das Bundessozialgericht für die Patienten bestätigt. Zweifelsohne wird es damit juristisch deutlich erschwert, dass ein Antrag oder Verfahren auf „zweiter Ebene" des etwaigen Widerspruches gegen eine Kasse zu sehr stagniert, was zu begrüßen ist. Sollte es dennoch soweit kommen, dass beispielsweise ein verständlicher Widerspruch auf eine Ablehnung der beantragten Leistung von der Kasse (ggf. erneut) abgelehnt wird, könnte für die Patienten zeitnahe juristische Unterstützung durchaus hilfreich sein, damit die Widerspruch- bzw. Wartezeiten auf die endgültige Bescheidung möglichst kurzgehalten werden. In einem solchen Fall könnte auch an das Instrument der Untätigkeitsklage[2] gedacht werden. Die Untätigkeitsklage kann erhoben werden, wenn über drei Monate über einen Widerspruch ohne einen hinreichenden Grund nicht entschieden wurde. Grundsätzlich gilt dabei, dass vor einer Klage vor dem Sozialgericht, Patienten das Widerspruchsverfahren durchlaufen haben müssen. Leider verlängern sich die abzuwartenden Fristen bei Widerspruchsverfahren erneut, und manchmal dauert dies länger als erwartet. Es empfiehlt sich bei Widersprüchen, sachliche und fachliche Gründe anzuführen, ggf. auch Gutachten oder ein Attest beizulegen (vgl. Verbraucherzentrale NRW: „Ihr gutes Recht als Patient" zum Verfahren vor den Sozialgerichten, S. 182 ff).

Nach Ablauf dieser geregelten Fristen können sich Versicherte die erforderliche Leistung aufgrund der Genehmigungsfiktion selbst beschaffen.

1 **Hinweis 1: § 13 Psychotherapie-Vereinbarung (Entscheidung zur Leistungspflicht)**
…
(4) Legt der Versicherte gegen die Ablehnung einer Kurzzeittherapie Einspruch ein, kann die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen. Bei Einspruch gegen die Ablehnung einer Therapie im Gutachterverfahren kann die Vertragskasse ein Obergutachten einholen. Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält.

2 **Hinweis 2: § 88 Sozialgerichtsgesetz**
(1) Ist ein Antrag auf Vornahme eines Verwaltungsakts ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht beschieden worden, so ist die Klage nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit dem Antrag auf Vornahme des Verwaltungsakts zulässig. Liegt ein zureichender Grund dafür vor, dass der beantragte Verwaltungsakt noch nicht erlassen ist, so setzt das Gericht das Verfahren bis zum Ablauf einer von ihm bestimmten Frist aus, die verlängert werden kann. Wird innerhalb dieser Frist dem Antrag stattgegeben, so ist die Hauptsache für erledigt zu erklären.
(2) Das gleiche gilt, wenn über einen Widerspruch nicht entschieden worden ist, mit der Maßgabe, dass als angemessene Frist eine solche von drei Monaten gilt.

Nach der jetzt kürzlich gerichtlich bestätigten Rechtslage zur Genehmigungsfiktion würde ein Gericht die Kasse allerdings zur Erteilung des Widerspruchsbescheides verurteilen, und die Krankenkasse hätte die Verfahrenskosten in diesem Fall allein zu tragen. Möglicherweise ein kleiner Trost für die wartenden Patienten. Doch jede/r kann sich vorstellen, was es grundsätzlich bedeutet, etwa in einer psychischen Krise auch noch Rechtsstreitigkeiten führen zu müssen, ein solcher Umgang bleibt unakzeptabel. Es bleibt zu hoffen, dass zukünftig von Kassen, die sich trotz Indikation mit dem rechtzeitigen Bescheiden schwer tun, im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der erforderlichen Behandlung und vor allem rechtzeitig eingelenkt wird.

Mit dem aktuellen Urteil dazu wird aufgezeigt, dass der vor drei Jahren ergänzte Gesetzestext im SGB V nicht nur eine „Worthülse" geblieben ist. Vermutlich lassen sich bereits weitere Urteile dazu recherchieren. Die Genehmigungsfiktion gilt und kann unseren Patientinnen und Patienten helfen, ihre Rechte durchzusetzen, vgl. Wortlaut im § 13 Abs. 3a SGB V:

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

Vor allem hingewiesen werden soll mit dem Beitrag auf einen sehr interessanten Fall aus dem Frühjahr 2016, in dem das Bundessozialgericht (BSG) ein entsprechendes Urteil fällte. In diesem Fall stellte der Kläger, der sich bei einer Psychotherapeutin in einer Privatpraxis vorgestellt hatte, bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf die Übernahme seiner Kosten für die ambulante Psychotherapie

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Privatpraxis mit Abrechnung über Kostenerstattung

Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz sind lang, immer mehr Versicherte suchen auf dem Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V einen/e Psychotherapeuten/in.

Die vorliegende Broschüre erklärt die im Rahmen der Kostenerstattung notwendigen Verfahrensweisen und relevanten Begriffe und stellt nützliche Formulare und Muster für das Antragsverfahren zur Verfügung. Kostenerstattung ist immer eine Einzelfallentscheidung der jeweiligen Krankenkasse, die einer guten, individuellen Begründung und auch einiger Hartnäckigkeit von Patienten bedarf. Profitieren Sie von den vielfältigen langjährigen Erfahrungen und Kenntnissen, die hier zusammengetragen wurden.
Alle Ausführungen basieren auf geltender Gesetzeslage, an einigen Stellen sind Urteile und Musterformulierungen benannt, die Ihre Patienten nutzen können, um erfolgreich mit der Krankenkasse zu verhandeln.

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

über Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V. Er hatte auf anderem Weg keinen Therapieplatz gefunden. Die üblichen Erfordernisse (Absagen, Dringlichkeitsbescheinigung, …) waren erfüllt, ein Antrag wurde auf den Weg gebracht. Die Kasse setzte dann, ohne Information an den Patienten, einen nicht unüblichen, jedoch den Prozess verzögerndes Begutachtungsverfahren durch den MDK in Gang. Den für die Kasse dann strittigen Antrag lehnte diese nach genau sechs Wochen ab. Am 8.3.2016 entschied das Bundessozialgericht in Kassel: „Der Kläger durfte die Leistung, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, aufgrund der Einschätzung seiner Therapeutin für erforderlich halten. Da die Beklagte (= die Kasse) über den Antrag nicht binnen drei Wochen entschied, ohne hierfür Gründe mitzuteilen, galt die Leistung als genehmigt."

Genauer führte es noch der den Vorsitz führende Richter des 1. Senats in seiner Urteilsbegründung aus: Für den Versicherten besteht der Erstattungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse aufgrund der Genehmigungsfiktion des neuen § 13 Abs. 3a SGB V. Es liegt ein hinreichend bestimmter Antrag des Versicherten vor, der subjektiv erforderlich war. Dieser durfte sich dabei auf die Beurteilung der behandelnden Psychotherapeutin verlassen. Die zeitnahe Beschaffung der Leistung war erfolgt, ohne dass zwischenzeitlich der Anlass der Behandlung weggefallen war. Da die Krankenkasse ihm nach Antragstellung keine Gründe mitgeteilt hatte, die die Frist für die Genehmigungsfiktion unterbrechen hätten können, ist diese nach drei Wochen in Kraft getreten. Daher hat der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung durch die Krankenkasse.

Mit einem solchen Urteil des Bundessozialgerichts in Kassel (vgl. DPtV-Infomail vom 11.3.2016) wird die notwendige Stärkung für unsere Patientinnen und Patienten erreicht. Insofern ist uns auch verbandsseitig an einer weiteren Verbreitung des Urteils gelegen (vgl. Bundessozialgericht – B 1 KR 25/15 R).

Am 8.3.2016 veröffentlichte die DPtV zudem eine Webnews mit dem Hinweis auf eine andere, diesmal regionale gerichtliche Entscheidung zum Thema Genehmigungsfiktion. Das Sozialgericht Dortmund hatte im Januar 2016 die wichtige Entscheidung getroffen, welche ebenfalls in einschlägigen Portalen veröffentlicht wurde, vgl. S 8 KR 435/14, SG Dortmund (erschienen: 3.3.2016). Leisten wir uns noch einen kurzen Blick auf das interessante Dortmunder Urteil, in dem es zwar nicht um einen Psychotherapieantrag, jedoch um die Beantragung einer heilkundlichen Leistung, einer Medikation zur Schmerztherapie, ging.

In Dortmund wurde die für den Antrag auf die beantragte Leistung zuständige Krankenkasse durch das regionale Sozialgerichtsurteil verpflichtet, die Kosten für das Medikament zur Schmerztherapie (Cannabisblüten) zu tragen. An dieser Stelle soll nicht über das Pro und Contra resümiert werden, sondern über das inhaltliche Fazit, dass sich aus der geschaffenen Rechtslage ziehen lässt. Denn, weil in diesem Fall die Kasse nicht rechtzeitig über den Leistungsantrag des Versicherten entschieden hatte, musste sie auch hier die Kosten für die Schmerztherapie zahlen. Der Versicherte litt nach einem Unfall an chronischen und starken Schmerzzuständen. Der approbierte Behandler verfügte über eine Genehmigung für die Verschreibung von Betäubungsmitteln und zum Erwerb von medizinischen Cannabisblüten. Die Krankenkasse zögerte und holte zunächst eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ein. Sie lehnte letztlich die Kostenübernahme ab, dies jedoch erst zweieinhalb Monate nach der Antragstellung, d.h. deutlich zu spät. Die Gründe zeigten sich als irrelevant. Das Sozialgericht Dortmund sah deutlich den Fall des Eintretens der Genehmigungsfiktion und verurteilte die Kasse im Januar 2016, die entstandenen Kosten für die medikamentöse Versorgung des Klagenden, dies entsprechend der Verordnung des Behandlers, zu übernehmen. Denn nach Auffassung des Sozialgerichts Dortmund hatte die Krankenkasse die gesetzliche Fünf-Wochenfrist des § 13 Abs. 3a SGB V zur Entscheidung über den Leistungsantrag des Klägers nicht eingehalten. Behandler und Patient wurden schlicht und ergreifend nicht rechtzeitig über die Ablehnungsgründe und schon gar nicht in Schriftform informiert.

Was bei der Genehmigungsfiktion gilt und gegebenenfalls noch eine Rolle spielt, können Sie detailliert in unserem Mitgliederbereich unter „Basics der Berufsausübung" nachlesen. Die für Patienten positiven Sozialgerichtsurteile, insbesondere das erstere, können sich für viele psychotherapeutische Praxen von hoher Relevanz erweisen, zum Beispiel in Bezug auf etwaige Restriktionen in der Kostenerstattung, doch auch auf die immer mal wieder festzustellenden Verzögerungen der allgemeinen Leistungsentscheidung von Kassen.

Beispielhafte Weblinks zu den Urteilen unter:

www.juris.de
www.dptv.de
–› Gesundheitspolitik
–› Aktuelle Meldungen

Achtsamkeit & Mitgefühl in Therapie und Gesellschaft

FACHKONGRESS

mit
Dr. Thorsten Barnhofer
Dr. med Joachim Bauer
Dr. Susan Bögels
Christopher Germer, Ph.D.
Linda Graham, MFT
Dr. Paul Grossman
Russell Kolts, Ph.D.
Mela Pinter, MSc
Dr. Luise Reddemann
Ronald Siegel, Psy.D.

23. – 25. Sept. 2016
Forum Merzhausen (bei Freiburg i. Br.)

Vorträge, Workshops und Diskussionen u.a. zu:

- Achtsamkeit in der Psychotherapie
- Achtsamkeit zur Behandlung von Depressionen
- Einführung in die Compassion Focused Therapy
- Achtsamkeit und Positive Neuroplastizität
- Was haben Achtsamkeit, Ethik und Therapie miteinander zu tun?
- Mindful Parenting

Anmeldung & Programm
www.arbor-seminare.de

Raphael Nöske

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V

Vergütung nach EBM, Einfachsatz oder 2,3-fachem Steigerungssatz GOP/GOÄ?

Viele Patienten machen die leidvolle Erfahrung, dass der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung durch zugelassene Psychotherapeuten nicht hinreichend gedeckt ist. Die Wartezeiten bei zugelassenen Psychotherapeuten können sich über Monate hinziehen. In Fällen der Versorgungslücke können die gesetzlich Versicherten nicht zugelassene Psychotherapeuten in Anspruch nehmen und die Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V gegenüber ihrer Gesetzlichen Krankenkasse verlangen. Die anwaltliche Beratung der Patienten und nicht zugelassenen Psychotherapeuten zeigt allerdings, dass die Kostenerstattung mit vielen Erschwernissen verbunden ist. Die Gesetzlichen Krankenkassen lehnen nicht selten eine Kostenerstattung bereits mit der Begründung ab, dass die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V nicht erfüllt seien. Erkennen die Gesetzlichen Krankenkassen den Erstattungsanspruch an, stellt sich als nächstes die Frage, welche Vergütung die nicht zugelassenen Psychotherapeuten abrechnen dürfen. Auf dieses nachgelagerte Problem, also die Bestimmung der Vergütungshöhe bei einer Kostenfreistellung nach § 13 Abs. 3 SGB V für nicht zugelassene Psychotherapeuten, geht dieser Beitrag aus aktuellem Anlass ein.

Die Frage, welche Vergütungshöhe tatsächlich anzusetzen ist, ist höchstrichterlich bisher nicht eindeutig geklärt. Anhand eines Rechtsstreits, den der Autor inzwischen vor dem Sozialgericht führt, werden die rechtlichen Argumente zur Vergütungshöhe näher betrachtet:

Die Verfahrensbeteiligten stimmen darin überein, dass der Anspruchsgrund des § 13 Abs. 3 SGB V gegeben ist, also eine Versorgungslücke besteht. Streitig ist lediglich die Vergütungshöhe der Kostenfreistellung nach § 13 Abs. 3 SGB V.

Der Patient verlangt von seiner Gesetzlichen Krankenkasse XY die Kostenfreistellung für zunächst fünf probatorische Sitzungen bei seiner Therapeutin nach dem 2,3-fachen Steigerungssatz (Mittelgebühr) gemäß § 5 Abs. 1 und 2 GOÄ i.V.m. § 1 Abs. 1 GOP in Höhe von 100,56 € je Sitzung. Die Gesetzliche Krankenkasse XY lehnte diesen Steigerungssatz ab und bewilligte nach § 11 GOÄ lediglich eine Kostenerstattung entsprechend der GOÄ-Ziffer 870 in Höhe des einfachen Gebührensatzes von 43,72 € je Sitzung.

Keine Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

Im Widerspruchsbescheid führte die Krankenkasse XY zunächst aus, dass der nach den bundesrechtlichen Regelungen des § 87 SGB V für die Abrechnung von Psychotherapieleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebende Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) keine Anwendung finde. Die hier die Leistung erbringende Psychotherapeutin nehme nicht an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V teil.

Der Rechtsauffassung der Krankenkasse XY ist zuzustimmen. Nach dem Wortlaut des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V hat die Gesetzliche Krankenkasse die Kosten in der enstandenen Höhe zu erstatten. Die entstandenen Kosten nach § 13 Abs. 3 SGB V, können nur die Kosten sein, die sich aus dem Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und der nicht zugelassenen Therapeutin ergeben. Die Höhe des vertraglichen Vergütungsanspruchs richtet sich hierbei nach der Gebührenordnung (GOP/GOÄ). Der EBM-Satz ist hingegen nur für die Vertragspsychotherapeuten bei der Behandlung gesetzlich Versicherter bindend. Der EBM findet keinen Eingang in den Behandlungsvertrag zwischen dem gesetzlich Versicherten und den nicht zugelassenen Psychotherapeuten. Nach der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 2 SGB V (heute § 13 Abs. 3 SGB V) (Deutscher Bundestag, Drucksache 11/2237, Seite 163 – 164) ist die Kostenerstattung nicht auf den EBM-Satz beschränkt. Hier-

zu heißt es wörtlich: *„Soweit die Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet ist, hat sie die Kosten in der dem Versicherten entstandenen Höhe auch dann zu erstatten, wenn die selbstbeschaffte Leistung teurer war, als die Kassenleistung gewesen wäre."*

Vor diesem Hintergrund fehlt es bei einer Kostenbeschränkung durch die Gesetzlichen Krankenkassen auf den EBM-Satz an einer Rechtsgrundlage.

Keine Kostenbegrenzung auf den einfachen Gebührensatz nach GOP/GOÄ

Was die Kostenbegrenzung auf den einfachen Gebührensatz nach GOP/GOÄ betrifft, argumentiert die Krankenkasse XY, dass sie dem Versicherten und seiner nicht zugelassenen Therapeutin eine Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn auf den zuvor gestellten Kostenerstattungsantrag zugesichert und schriftlich bestätigt habe. Nach § 11 Abs. 1 und 2 GOÄ sei demnach nur der Einfachsatz nach § 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ zwischen Patient und Therapeutin abrechenbar.

Die Anwendung des Einfachsatzes nach § 11 Abs. 1 GOÄ kann aus mehreren Gründen nicht überzeugen:
Zunächst findet § 11 GOÄ nach § 1 Abs. 1 GOÄ i.V.m. § 1 Abs. 1 GOP keine Anwendung, wenn ein Bundesgesetz etwas anderes bestimmt. § 13 Abs. 3 SGB V als Bundesgesetz regelt die Kostenhöhe dahingehend, dass die Kosten in der (tatsächlich) entstandenen Höhe zu erstatten sind. Tatsächlich entstanden sind die Kosten nach dem zwischen dem Kläger und seiner Therapeutin bestehenden Behandlungsvertrag in Höhe des 2,3-fachen Steigerungssatzes (Mittelgebühr) nach § 5 Abs. 1 und 2 GOÄ. Ein Ermessensfehlgebrauch nach § 5 Abs. 2 GOÄ der Therapeutin ist nicht erkennbar. Die Abrechnung eines 2,3-fachen Steigerungssatzes nach GOP/GOÄ ist ohne Begründung zulässig (BGH Urteil vom 8.11.2007, Az.: III ZR 54/07). Nicht anders liegt der Fall hier.

Folgte man der Argumentation der Gesetzlichen Krankenkasse, müsste sie im Falle des Bestehens einer Versorgungslücke nur einen einfachen Gebührensatz nach GOP/GOÄ in Höhe von etwa 40,00 € erstatten, der weit hinter dem EBM-Satz von etwa 80,00 € zurückbleibt. Dieser Umstand führte zu einem Anreiz, die Versorgungslücken nicht zu beheben. Der Gesetzgeber hat eine solche Anreizwirkung auf Grundlage des § 11 GOÄ bzw. § 13 Abs. 3 SGB V wohl nicht gewollt. Schon nach der ausdrücklichen Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 3 SGB V (Deutscher Bundestag, Drucksache 11/2237, Seite 163 – 164) soll eine Begrenzung der Vergütungshöhe auf den EBM-Satz ausgeschlossen sein. Eine Begrenzung der Vergütung, die hinter dem EBM-Satz zurückbleibt, muss erst recht ausgeschlossen sein.

§ 13 Abs. 3 SGB V sanktioniert zudem als Schadensersatznorm seinem Sinn und Zweck nach die Krankenkassen wegen Systemversagens bzw. des Bestehens einer Versorgungslücke. Auch deswegen kann eine Beschränkung der Gebührenhöhe auf den einfachen Satz nach § 11 GOÄ mit § 13 Abs. 3 SGB V nicht vereinbar sein, weil anderenfalls die Kassen gerade nicht sanktioniert sondern belohnt werden.

Außerdem sind nach § 13 Abs. 3 SGB V die Kosten einer notwendigen Leistung erstattungsfähig. Die Notwendigkeit und Abrechnung eines 2,3-fachen Satzes folgt aus dem Umstand, dass Psychotherapeuten regelmäßig auf Basis des 2,3-fachen GOÄ-Satzes arbeiten. Aus der GOÄ folgt keine unmittelbare Pflicht der Psychotherapeuten, Therapieleistungen im Rahmen des § 11 GOÄ zu erbringen, mit der Folge, dass die Leistungserbringung auf Basis eines einfachen GOÄ-Satzes gegenüber den Patienten in der Regel ablgelehnt wird. Dieser Umstand führt zur Verschärfung der Versorgungslücke und läuft ebenso dem Sinn und Zweck des § 13 Abs. 3 SGB V zuwider. Durch die vormalige Kostenübernahmebestätigung der Krankenkasse XY ist es den Patienten in den allermeisten Fällen schlicht nicht möglich, eine leistungsbereite Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten auf Basis eines Einfachsatzes im Rahmen der Abrechnung nach § 11 GOÄ zu finden. Im Ergebnis wird damit der Kostenerstattungsanspruch selbst und schließlich sogar die notwendige Therapieleistung vereitelt.

Hinzu kommt, dass in dem vor dem Sozialgericht rechtshängigen Fall der Kläger bereits bei der Therapeutin vor der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse XY vorstellig gewesen ist. Sie war dem Patienten bereits bei der Antragstellung der Kostenerstattung behilflich. Auch innerhalb des Anwendungsbereiches des § 11 Abs. 2 GOÄ ist insoweit zu argumentieren, dass die Bescheinigung über die Kostenerstattung der Krankenkasse XY erst nach Leistungserbringung der Therapeutin verspätet vorgelegt worden ist. Ein Rückgriff auf § 11 Abs. 1 GOÄ scheidet auch aus diesem Grund aus.

Nach alledem bleibt abzuwarten, wie das Sozialgericht den Rechtsstreit entscheidet. Gute Gründe gegen die Anwendung der begrenzenden Vorschrift nach § 11 GOÄ liegen vor.

Die Anwendung des Einfachsatzes nach § 11 Abs. 1 GOÄ kann aus mehreren Gründen nicht überzeugen.

Eine Begrenzung der Vergütung, die hinter dem EBM-Satz zurückbleibt, muss erst recht ausgeschlossen sein.

Raphael Nöske
Rechtsanwalt, in der Kanzlei Toft Fricke Rechtsanwälte
insbesondere als anwaltlicher Berater vonPsychotherapeuten
in deren gesamtem Geschäftsbereich tätig.
Referent bei der DPtV-Landesgruppe Hamburg
im Bereich des Kostenerstattungsrechts.
E-Mail: noeske@tf.de

Kathrin Nahmmacher

Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen

Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen

Auch wenn die Zahl der in Deutschland ankommenden Flüchtlinge seit Jahresbeginn rückläufig ist, bleibt die „Flüchtlingskrise" ein beherrschendes Thema in der öffentlichen Diskussion und Medienberichterstattung. Hinter den oftmals negativ besetzten Begriffen „Flüchtling", „Asylbewerber" oder „Migrant" stehen nicht selten schwerwiegende Einzelschicksale, verbergen sich Menschen, die aus ihrer Heimat vor Krieg, Unterdrückung und Gewalt nach Deutschland geflohen sind – in der Hoffnung, hier ein friedliches und menschenwürdiges Leben führen zu können und Sicherheit zu erhalten. Bei einer Vielzahl der Flüchtlinge liegen psychische Störungen, insbesondere Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) vor. Diese bedürfen dringend einer Behandlung, nicht zuletzt, da derartige Störungen oftmals eine erfolgreiche Integration der Betroffenen auf dem Arbeitsmarkt und in Ausbildungen erschweren oder unmöglich machen. Über die Notwendigkeit und die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen wurde in mehreren Fachbeiträgen in Psychotherapie Aktuell 4.2015 berichtet. Der nachfolgende Beitrag soll einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen geben.

Behandlungsanspruch

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 18.7.2012 (BVerfG, Beschl., Az. 1 BvL 10/10) wiederholt klargestellt, dass das Recht auf Existenzsicherung, wozu auch das Recht auf angemessene Gesundheitsversorgung gehört, auch Ausländern gleichermaßen und vom ersten Tag des Aufenthaltes an zusteht: *„Ausländische Staatsangehörige verlieren den Geltungsanspruch als Individuen nicht dadurch, dass sie ihre Heimat verlassen und sich in der Bundesrepublik Deutschland nicht auf Dauer aufhalten [...]. Die einheitlich zu verstehende menschenwürdige Existenz muss daher ab Beginn des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland realisiert werden."*

Jeder Asylsuchende muss sich unmittelbar nach seiner Ankunft einer obligatorischen ärztlichen Erstuntersuchung in der Erstaufnahmeeinrichtung unterziehen. Diese Erstuntersuchung ist Aufgabe der Gesundheitsämter; die Abrechnung erfolgt nicht über die Kassenärztliche Vereinigung. Danach haben Asylbewerber bis zu einer Dauer von 15 Monaten nach ihrer Ankunft einen beschränkten Behandlungsanspruch und erhalten auf Antrag einen Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger. Die Abrechnung erfolgt nach EBM über die Kassenärztliche Vereinigung. Bei einem geduldeten Aufenthalt von mehr als 15 Monaten erhalten Asylsuchende die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und haben einen Behandlungsanspruch wie GKV-Versicherte (§ 264 Abs. 2 SGB V). Unbegleitete minderjährige

Flüchtlinge gelten nicht als Asylbewerber und haben nach § 40 SGB VIII (Jugendhilfe) in Verbindung mit §§ 47 ff. SGB XII (Sozialhilfe) weitgehend gleiche Ansprüche wie GKV-versicherte Patienten und erhalten einen Behandlungsausweis durch den Jugendhilfeträger.

Behandlung in den ersten 15 Monaten

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland erhalten Asylsuchende nach Maßgabe des Asylbewerberleistungsgesetzes die zur Behandlung akuter Erkrankungen erforderliche Behandlung (§§ 4 AsylbLG). Gemäß § 6 Abs. 2 AsylbLG wird Flüchtlingen mit Aufenthaltserlaubnis (§ 24 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz), die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Mit der Einführung der letztgenannten Vorschrift im Asylbewerberleistungsgesetz ist die Bundesrepublik der politischen Forderung der EU-Aufnahme-Richtlinie, die spezielle Situation dieser schutzbedürftigen Personengruppe im innerstaatlichen Recht zu berücksichtigen, nachgekommen. Zuvor stellte es ein evidentes Hindernis für eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Versorgung dieser Flüchtlinge dar, dass psychische Erkrankungen von den Sozialbehörden nicht als akut im Sinne des § 4 AsylbLG anerkannt und Leistungen daher verwehrt wurden oder aber nur die ausschließlich medikamentöse Behandlung der psychischen Störung anerkannt worden ist. Ob die Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes die erhofften Verbesserungen für diesen schutzbedürftigen Personenkreis bringen wird, muss die Verwaltungspraxis der Sozialbehörden erst noch zeigen.

Es kann also in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts in Deutschland bei der zuständigen Sozialbehörde eine Psychotherapie beantragt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob der behandelnde Psychotherapeut einen Vertragsarztsitz hat oder in einer Privatpraxis oder einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer tätig ist.

Leistungen werden von den Sozialbehörden im Rahmen von Einzelfallentscheidungen bewilligt oder abgelehnt. Einzelne Sozialämter bzw. Gesundheitsämter lehnen die Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungen bei geduldeten Flüchtlingen mit Verweis auf die mangelnde Effizienz von traumazentrierter Psychotherapie bei ungesichertem Aufenthalt ab. Auch findet sich in Ablehnungsbescheiden häufig der Verweis darauf, dass eine posttraumatische Belastungsstörung erst bei Aufenthaltssicherheit erfolgreich behandelt werden kann; allenfalls sei eine rein medikamentöse Behandlung indiziert. Diesen Argumenten sollte mit dem Hinweis auf die Leitlinien zur Behandlung von Depressionen und PTBS begegnet werden, wonach ein rein medikamentöser Ansatz nicht erfolgversprechend ist, sondern die Psychotherapie regelmäßig einer Pharmakobehandlung vorzuziehen bzw. die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakobehandlung angebracht ist und die besondere Stärke der Psychotherapie darin liegt, dass sie anhaltend und längerfristig wirkt und die Wiedererkrankungsrate durch sie wesentlich gesenkt werden kann; insgesamt ist eine psychotherapeutische Behandlung von Asylsuchenden auch im Stadium der (oftmals lange anhaltenden) ungeklärten Aufenthaltssituation sinnvoll und indiziert, da weitere Folgeerkrankungen und Chronifizierung durch sie verhindert werden kann.

Behandlung nach 15 Monaten

Nach den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland haben Flüchtlinge regelmäßig Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), § 264 Abs. 2 SGB V. Der Leistungsanspruch umfasst auch psychotherapeutische Leistungen. Die Kosten gehen zu Lasten der Krankenkassen, die wiederum die Aufwendungen vom zuständigen Sozialhilfeträger erstattet bekommen.
Aktuell werden die meisten Psychotherapien bei Flüchtlingen in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer durchgeführt. Die Therapeuten, die in diesen Zentren tätig sind, verfügen regelmäßig nicht über einen Vertragsarztstatus, sind also nicht zur GKV-Versorgung zugelassen. Nur zum Teil akzeptieren die Krankenkassen die beantragten Leistungen der Psychotherapie im Rahmen der

Durch Ermächtigungen wird psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen verbessert.

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

Curriculum 2015/2016
Fortgeschrittene 1 am 02.+03.09.2016
Arbeit mit komplexer Traumatisierung und mit Dissoziation
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

Curriculum 2016/2017
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
Übungs- und Anwendungsseminar, Fälle können eingebracht werden
Seminar 4 am 19.+20.05.2017
Beschützende und traumatisierte Ego-States, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen

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
355/375 Euro pro Seminar

Sprachbarriere als wesentliches Hindernis für die sachgerechte psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V, so dass die nachgefragten Therapien mangels Finanzierung nicht in ausreichendem Maß von den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer erbracht werden können.

Bleibt die Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen durch Vertragspsychotherapeuten, also Psychotherapeuten mit einer vertragsärztlichen Zulassung. Diese allein können aufgrund der allgemeinen Bedarfs- und Versorgungslage die Leistungserbringung aber nicht sicherstellen; bekanntermaßen betragen die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz bundesweit etwa sechs Monate, so dass entgegen den anderslautenden Zahlen der Bedarfsplanung weiterhin von einer faktischen Unterversorgung auszugehen ist.

Somit ist anzunehmen, dass Flüchtlinge auch nach den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland praktisch weitgehend ohne psychotherapeutische Behandlung bleiben.

Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung

Eine wichtige Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) soll hier für Abhilfe sorgen: Nach der Ergänzung des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV können Ärzte (und Psychotherapeuten) mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer fachlich-medizinischen ständigen ärztlichen Leitung vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, ermächtigt werden.

Über den Kreis der Vertragspsychotherapeuten hinaus sollen hierdurch also auch die in Privatpraxen oder psychosozialen Einrichtungen tätigen Psychotherapeuten im Rahmen des GKV-Systems Flüchtlinge psychotherapeutisch behandeln dürfen. Man unterscheidet zwischen persönlichen Ermächtigungen und Institutsermächtigungen. Psychotherapeuten in Privatpraxen oder in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer können eine persönliche Ermächtigung beantragen. Eine Institutsermächtigung kann durch ein Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer dann beantragt werden, wenn es ärztlich oder psychotherapeutisch geleitet wird. Institutsermächtigungen sind gegenüber persönlichen Ermächtigungen nachrangig, können aber direkt von der Einrichtung für die dort tätigen Ärzte oder Psychotherapeuten beantragt werden.

Durch die Ermächtigung i.S.d. § 31 Ärzte-ZV i.V.m. § 95 SGB V wird dem betreffenden – bisher nur privatpsychotherapeutisch tätigen – Therapeuten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, also dem GKV-System ermöglicht und der Kreis der Leistungserbringer zur Verbesserung der Versorgung somit erweitert.

Die Formulierung in § 31 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV *„..sind zu ermächtigen"* bedeutet, dass der Zulassungsausschuss bei Vorliegen der Voraussetzungen die beantragte Ermächtigung zu erteilen hat, d.h. ihm insofern kein Ermessen wie bei einer „Kann-Bestimmung" zusteht. Hierbei ist aber der Grundsatz zu beachten, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte/-psychotherapeuten und zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sichergestellt werden soll und Ermächtigungen von den Zulassungsausschüssen nur nachrangig erteilt werden, und zwar dann, wenn die ambulante Versorgung durch die vorgenannten Leistungserbringer nicht ausreichend gewährleistet werden kann. In jedem Fall findet also eine Bedarfsanalyse durch den Zulassungsausschuss statt, der – unter Berücksichtigung auch der Stellungnahme der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung – darüber zu befinden hat, ob im konkreten Fall ein zusätzlicher Bedarf für die Versorgung von Flüchtlingen mit psychotherapeutischen Leistungen besteht. Wie bereits beschrieben, wird bei der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen wohl regelmäßig davon auszugehen sein, dass die niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten oder die in Medizinischen Versorgungszentren tätigen Psychotherapeuten diese Versorgungslücke allein nicht schließen können.

Die Ermächtigung wird auf Antrag des Psychotherapeuten oder des Zentrums durch einen Ermächtigungsbeschluss des zuständigen Zulassungsausschusses erteilt. Mit der Ermächtigung wird der betreffende Psychotherapeut zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung verpflichtet und berechtigt, was bedeutet, dass lediglich vertragspsychotherapeutische Leistungen, also die Richtlinienverfahren gemäß der Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt und abgerechnet werden dürfen.

Die Ermächtigung ist gemäß § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Der Zulassungsausschuss bestimmt also im Zusammenhang mit der Bedarfsanalyse, für welchen Zeitraum, in welchem Umfang und an welchem Leistungsort die vertragsärztliche Leistung durch die Ermächtigung zu erbringen ist. Die Ermächtigung wird in der Regel auf zwei Jahre befristet; eine Verlängerung ist auf Antrag bei Vorliegen sachlicher Gründe möglich.

Wenn eine Ermächtigung erteilt worden ist, bedeutet dies also nicht, dass die vertragsärztliche Versorgung unbegrenzt und auf Dauer durch den ermächtigten Psy-

+PlusWERT
Mit Mehrwert versichert sein.
Gutes bewegen.

Spezielle Rahmenverträge für DPtV-Mitglieder:

Wirtschaftsdienst DPtV
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

BERUFSHAFTPFLICHT

ab € 70,00 p.a. für PP´s und KiJu´s
ab € 50,00 p.a. für PiA´s

BERUFS- & PRIVATHAFTPFLICHT

ab € 120,00 p.a. für PP´s und KiJu´s
ab € 100,00 p.a. für PiA´s

BERUFS- UND PRIVATRECHTSSCHUTZ

ab € 348,32 p.a.

PRAXISEINRICHTUNG

ab € 70,10 p.a.

UNFALL

z.B. € 71,10 p.a. bei € 100.000 Versicherungssumme

BERUFSUNFÄHIGKEIT

ab € 25,00 monatlich

Weitere Gruppenverträge speziell für Mitglieder der DPtV sowie Informationen, Anträge und Online-Abschluss auf

www.plus-wert.de

- ✓ Spezialprodukte für Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung
- ✓ Kostenlose und unabhängige Beratung
- ✓ Mit grünen Produkten Gutes bewegen

Pluswert e.K.
Adlerhorst 5A
48155 Münster

post@plus-wert.de
0251 27 05 - 134
0251 27 05 - 135

Unzureichende Erstattungsmöglichkeiten von Dolmetscherkosten nach geltender Rechtsprechung und Gesetzeslage

chotherapeuten erbracht werden kann. Der im Bescheid festgelegte Umfang der Ermächtigung (z.B. Anzahl abrechenbarer Therapiestunden pro Woche; Abrechenbarkeit nur bestimmter Leistungsziffern des EBM) ist zwingend zu beachten und darf nicht ausgeweitet werden. Die Leistungserbringung ist auf den definierten Personenkreis beschränkt, d.h. andere GKV-Versicherte dürfen in diesem Rahmen nicht behandelt werden. Ferner betrifft die räumliche Bestimmung im Ermächtigungsbescheid eine konkrete Anschrift, also den Praxissitz des Therapeuten bzw. den Sitz des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folteropfer, so dass die Leistungen nicht an einem anderen Sitz/Standort erbracht werden dürfen.

Der ermächtigte Psychotherapeut hat die festgelegte vertragspsychotherapeutische Tätigkeit persönlich auszuüben, darf Leistungen also nicht an andere, beispielsweise angestellte Psychotherapeuten, delegieren. Er hat hierbei grundsätzlich alle Rechte und Pflichten eines Vertragspsychotherapeuten, muss also seinen festgelegten Versorgungsauftrag nach dem Bundesmantelvertrag (BMV-Ärzte) erfüllen. Auch besteht für ihn die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V.

Eine Ermächtigung ersetzt jedoch keine vertragsärztliche Zulassung. Der ermächtigte Psychotherapeut wird auch nicht Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung. Er darf neben der Tätigkeit im Rahmen seiner Ermächtigung auch weiterhin Privatpatienten behandeln, wobei diese privatpsychotherapeutische Tätigkeit nicht dazu führen darf, dass er seiner im Ermächtigungsbeschluss festgelegten vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht ausreichend nachkommen kann. Wenn er im Rahmen der Ermächtigung keine oder nur in geringem Umfang Leistungen erbringt und abrechnet, kann die Ermächtigung entzogen werden.

Die Einführung dieser Vorschrift in der Ärzte-ZV dürfte ein wichtiger Schritt zur Versorgungsverbesserung sein – zumindest für diejenigen Asylbewerber, die sich bereits mehr als 15 Monate in Deutschland aufhalten. Die Schwierigkeit der Verständigung zwischen Therapeut und Patient ist hiermit indes nicht behoben.

Problem der Sprachbarrieren

Die Überwindung von Sprachbarrieren zwischen Patienten und Ärzten bzw. Psychotherapeuten ist grundsätzlich unabdingbare Voraussetzung für eine sachgerechte und erfolgreiche Behandlung. Dies gilt in besonderem Maße für die auf Sprache und Kommunikation basierende psychotherapeutische Versorgung.

Bei den Sprachbarrieren zwischen Behandlern und Patienten mit Migrationshintergrund handelte es sich auch schon vor der sogenannten „Flüchtlingskrise" nicht um ein statistisch zu vernachlässigendes Problem. Ebenso, wie die Verständigungsschwierigkeiten für die Patienten ein Problem oder Hindernis für eine Behandlung darstellen, bedeuten sie für den Behandler nicht unerhebliche Risiken: Wenn beispielsweise der Arzt oder Psychotherapeut die Behandlung übernimmt, obwohl aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten eine ordnungsgemäße Anamnese und Aufklärung nicht möglich war, drohen Haftungsansprüche (Stichwort: Diagnosefehler mangels hinreichender Anamnese; Behandlungsfehler mangels wirksamer Einwilligung wegen fehlender Aufklärung). Allgemein erscheint es darüber hinaus unklar, ob bzw. wann ein Arzt bzw. Psychotherapeut im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die Behandlung eines GKV-Patienten mangels hinreichender Sprachkenntnisse überhaupt ablehnen darf. Es stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Dolmetschers und insbesondere danach, wer die hierdurch anfallenden Kosten zu tragen hat.

Im Bereich der Psychotherapie ist die sprachliche Verständigung unabdingbare Voraussetzung für eine wirksame Behandlung, wie schon das LSG Bayern in einer Entscheidung vom 21.6.2006 (Az. L 12 KA 426/04) zutreffend ausgeführt hat: *„Während bei den meisten ärztlichen Leistungen (…) der Erfolg der Behandlung von der sprachlichen Verständigung zwischen Behandler und Patient weitgehend unabhängig ist (…), trifft dies bei der Psychotherapie nicht zu. (…) Man kann sagen, die Behandlung i.S.d. § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht in dem Gespräch. Das setzt aber voraus, dass Patient und Therapeut sich sprachlich sicher verstehen, also die Interaktion in einer Sprache erfolgt, die von beiden in dafür ausreichender Weise – idealer Weise muttersprachlich – beherrscht wird."*

Für die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen sind Dolmetscher daher häufig unerlässlich. Auch hinsichtlich der Übernahme dieser Kosten ist zu differenzieren:

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes von Flüchtlingen in Deutschland kann die Übernahme der Kosten für notwendige Dolmetscherleistungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, § 4, § 6) durch die Flüchtlinge bei den zuständigen Sozialbehörden beantragt werden. Die Kostenerstattung für die Dolmetscherleistungen

Dr. Kathrin Nahmmacher

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

sollte als „sonstige Leistung" i.S.d. § 6 AsylbLG beantragt werden, die „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" ist.

Nach 15 Monaten Aufenthalt des Asylsuchenden in Deutschland bestehen Ansprüche auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe des SGB V. Das SGB V sieht indes Ansprüche auf muttersprachliche Behandlung oder auf Leistungen zur Sprachmitteilung in Form von Dolmetscherleistungen (als Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung) ausdrücklich nicht vor. Nach den geltenden gesetzlichen Regelungen und ständiger sozialrechtlicher Rechtsprechung sind die Kosten für einen Dolmetscher, der für eine Krankenbehandlung erforderlich ist, grundsätzlich nicht im Rahmen der GKV erstattungsfähig, da sie *„nicht zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung gehören"* (BSG, Urteil vom 6.2.2008, Az. B 6 KA 40/06 R; Urteil vom 10.5.1995, Az. 1 RK 20/94).

Damit hat im Anwendungsbereich des SGB V grundsätzlich der Versicherte bzw. Leistungsberechtigte die finanziellen Folgen einer nicht überwindbaren Sprachbarriere zu tragen. Die Argumente der Rechtsprechung des BSG überzeugen indes nicht. Nur, soweit sich (im somatischen Bereich) die sprachliche Verständigung von der Behandlung als solcher trennen lässt, können die Gründe der sozialgerichtlichen Entscheidungen nachvollzogen werden. Insbesondere im Bereich der Psychotherapie ist dies nicht der Fall, da Behandlung und Kommunikation untrennbar miteinander verbunden sind, die Behandlung gerade auf dem „Miteinander-Sprechen" basiert bzw. darin besteht. Insoweit muss der Behandlungsanspruch nach dem SGB V nach hiesiger Überzeugung auch die Gewährleistung der sprachlichen Verständigung mit umfassen, was bedeutet, dass die Krankenkassen – entgegen der aktuellen Rechtsprechung des BSG – zur Erstattung der Dolmetscherkosten zu verpflichten wären.

Dagegen wurden von der Rechtsprechung Ansprüche auf Erstattung von Dolmetscherkosten nach Maßgabe des § 73 SGB XII anerkannt. Dies hat das Sozialgericht Hildesheim in seinem Urteil vom 1.12.2011 (Az. S 27 KS 251/01) entschieden und insoweit festgestellt, dass zwar nach ständiger Rechtsprechung des BSG kein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse nach dem SGB V bestehe, jedoch gegenüber dem Sozialhilfeträger gemäß § 73 SGB XII anerkannt werden müsse. Nach dieser Vorschrift kann der Sozialhilfeträger Leistungen auch in sogenannten „sonstigen Lebenslagen" erbringen, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. In dem zu Grunde liegenden Fall ging es um die Leistungsansprüche einer bosnischen Staatsangehörigen, die Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) bezog und sich in psychotherapeutischer Behandlung befand, die erst nach Hinzuziehung eines Dolmetschers Erfolg hatte.

Die Übernahme von Dolmetscherkosten kann also durch den ausländischen Patienten – parallel zur Beantragung der Psychotherapie bei der Krankenkasse – beim Sozialamt beantragt werden oder es kann bei Leistungsbezug durch das Jobcenter ein Antrag auf Mehrbedarf gestellt werden.

Bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen kommt auch eine Kostenübernahme im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII in Betracht. Die Eingliederungshilfe nach dem Sozialhilferecht dient der sozialen und beruflichen Eingliederung behinderter oder von einer Behinderung bedrohter Menschen in die Gesellschaft (§§ 53 ff. SGB XII). Die Dolmetscherleistungen für die Psychotherapie können dann als Eingliederungshilfe beantragt werden, wenn die zu behandelnde psychische Erkrankung als Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX zu qualifizieren ist. Menschen gelten danach als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen.

Sofern Leistungen durch das Jobcenter bezogen werden, kommt auch ein Erstattungsanspruch nach § 21 SGB II in Betracht. Hiernach können die Dolmetscherkosten im Einzelfall auf Antrag als sogenannter Mehrbedarf übernommen werden.

Die Sprachbarrieren stellen insgesamt eine erhebliche Schwierigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen dar, zumal die Antragsverfahren zur Kostenübernahme für Dolmetscherleistungen sehr schleppend bearbeitet werden. Auch wenn die Ergänzung der Ärzte-ZV mit der hierdurch geschaffenen Möglichkeit der Ermächtigung von Psychotherapeuten zur Behandlung von Flüchtlingen zu begrüßen und sicher ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe ist, bleibt angesichts der bürokratischen und gesetzlichen Hürden bei der Übernahme der notwendigen Übersetzungskosten fraglich, ob eine flächendeckende, angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen in absehbarer Zeit zu erreichen ist.

dpv

Praxisbuch VT-Bericht

Dunja Hergenröther

Praxisbuch VT-Bericht

Berichterstellung und Gutachterverfahren in der Verhaltenstherapie

2., überarbeitete Auflage 2016, 160 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-04-8, 22,00 EUR

Für viele ist der Kassenantrag mit **Bericht an den Gutachter** eine zeitraubende Quälerei. Psychotherapeuten in der verhaltenstherapeutischen Praxis, Ausbildungskandidaten und all jenen, die dem Gutachterverfahren kritisch gegenüberstehen, zeigt dieses Buch auf **verständliche Weise**, wie der Bericht **auf das Wesentliche** beschränkt und mit **geringem Zeitaufwand** erstellt werden kann. Die 2., überarbeitete Auflage enthält zudem zahlreiche **neue Fallbeispiele**.

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

162301

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

PSYCHOLOGENVERLAG.DE

Jürgen Ullrich

Steuervorteile für Eltern

Kinder sind unsere Zukunft. Doch bis die „Zukunft" erwachsen ist, müssen Eltern nicht nur Zeit, Kraft und Nerven, sondern vor allem auch jede Menge Geld investieren. Laut Statistischem Bundesamt kostet ein Kind im Durchschnitt 550 € pro Monat. Das staatliche Kindergeld ist dabei nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Immer öfter schiebt sich vor den Traum vom Kind daher die Frage, ob und wie viel Nachwuchs man sich überhaupt leisten kann. Ein wenig Entlastung bietet hierbei auch das Steuerrecht.

Kindergeld oder Kinderfreibetrag – die Prüfung erfolgt automatisch

Ab der Geburt eines Kindes erhalten Eltern derzeit ein monatliches Kindergeld von jeweils 190 € für das erste und das zweite Kind. Für das dritte Kind werden von der Kindergeldkasse 196 € pro Monat und ab dem vierten Kind 221 € gezahlt. Erforderlich ist hierfür lediglich ein einmaliger schriftlicher Antrag der Eltern. Seit 2016 wird der Kindergeldanspruch erstmals auch an die Hinterlegung der gültigen Identifikationsnummer des Kindes und des kindergeldberechtigten Elternteils gekoppelt.

Der Anspruch entsteht bereits im Monat der Geburt und das in voller Höhe, so dass für ein Kind, das am 31. Oktober geboren wird, das volle Kindergeld für den Monat Oktober nachgezahlt wird.

Bis zum 18. Geburtstag müssen die Eltern nichts weiter tun, denn das Kindergeld wird bis zu diesem Zeitpunkt ohne weitere Nachweise überwiesen. Ab dem 19. Lebensjahr bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes werden die Zahlungen jedoch an Bedingungen geknüpft. Der Kindergeldanspruch bleibt nur dann weiterhin bestehen, wenn das Kind noch in Schulausbildung ist, sich auf einen Beruf vorbereitet oder sich gerade zwischen zwei Ausbildungsabschnitten (maximal 4 Monate) befindet.

Als Kind im steuerlichen Sinne gilt es bis zum 25. Geburtstag auch, wenn es ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr absolviert. Fehlt der Berufsausbildungsplatz und kann das Kind deshalb nicht die Ausbildung beginnen oder fortführen, so wird das Kindergeld ebenfalls gezahlt. Manch junger Mensch weiß jedoch auch nach 10 oder 12 Jahren Schule noch nicht, was er werden will und bleibt zunächst zu Hause. In diesen Fällen besteht bis zum 21. Geburtstag Anspruch auf Kindergeld, vorausgesetzt, das Kind hat sich beim Arbeitsamt als arbeitsuchend gemeldet.

Das Kindergeld wird grundsätzlich allen Eltern bei Vorliegen der genannten Bedingungen gezahlt. Seit dem 1. Januar 2012 ist der Kindergeldanspruch auch nicht mehr davon abhängig, dass der Nachwuchs, wenn er selbst etwas verdient, unterhalb einer bestimmten Hinzuverdienstgrenze bleibt.

Im Rahmen der Einkommensteuererklärung kann aber auch ein Kinderfreibetrag von aktuell 2.304 € pro Kind und ein Freibetrag für die Betreuung, Erziehung und Ausbildung des Kindes in Höhe von 1.320 € je Elternteil steuermindernd in Ansatz gebracht werden. Im Ergebnis darf es aber zu keiner Doppelbegünstigung in Form von Kindergeld und Steuerersparnis kommen. Deshalb führt das Finanzamt von Amts wegen eine Günstigerprüfung durch, bei der das Kindergeld mit der Steuerersparnis aus den beantragten Freibeträgen verglichen wird. Nur wenn die Steuerersparnis größer als das Kindergeld ist, werden die Freibeträge gewährt. Dies ist immer dann der Fall, wenn der persönliche durchschnittliche Steuersatz 31 % und mehr beträgt.

Vom Kindergarten bis zur Hortbetreuung

Am besten lernt es sich in Kindereinrichtungen mit Gleichaltrigen. Deshalb hat der Gesetzgeber einen finanziellen Anreiz für die Unterbringung in Betreuungseinrichtungen geschaffen. Pro Kind können zwei Drittel der Kosten für die Unterbringung und Betreuung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, höchstens jedoch 4.000 € bei der Einkommensteuererklärung als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Voraussetzung ist, dass eine Rechnung vorliegt und die Zahlungen unbar erfolgen.

Die abzugsfähigen Kinderbetreuungskosten sind dabei nicht auf Einrichtungen außerhalb der eigenen Wohnung der Eltern beschränkt. Auch die Aufwendungen für ein Au-Pair, welches neben der Kinderbetreuung auch leichtere Arbeiten im Haushalt übernimmt, können im Rahmen der 4.000 € steuermindernd angesetzt werden.

Tipp: Arbeitgeber können ihren Mitarbeitern die Aufwendungen, die für die Betreuung ihrer noch nicht schulpflichtigen Kinder entstehen, ganz oder teilweise zusätzlich zum Lohn steuerfrei auszahlen.

In jedem Fall sollte der Nachweis der Kosten zu den Lohnunterlagen genommen werden. Da den Eltern in diesem Fall jedoch keine eigenen Aufwendungen für die Betreuung ihrer Kinder entstehen, entfällt der Abzug in der eigenen Steuererklärung.

Auch Schulgeld ist anteilig absetzbar

Neben der kostenlosen staatlichen Schulausbildung können Eltern ihr Kind auch auf eine der zahlreichen privaten Schulen schicken. Hier sind jedoch stets zusätzliche Schulgelder zu zahlen. Handelt es sich um eine Schule in freier Trägerschaft, eine überwiegend privat finanzierte Schule oder eine andere Einrichtung, die zu einem anerkannten allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schulabschluss führt, so sind die Schulgeldzahlungen als Sonderausgaben abzugsfähig. Führt der Schulbesuch im EU/EWR-Ausland ebenfalls zu einem anerkannten Schulabschluss, so können die hierfür gezahlten Schulgelder gleichermaßen steuerlich geltend gemacht werden. In der Einkommensteuererklärung können 30 % des gezahlten Schulgeldes, maximal 5.000 € pro Kind, als Sonderausgaben abgezogen werden. Schulgelder können im Übrigen auch im Rahmen der Berufsausbildung anfallen, z. B. wenn es sich um eine überbetriebliche Einrichtung handelt.

Erst- und Zweitausbildung

Kinder werden als solche steuerlich nur berücksichtigt, solange sie den 25. Geburtstag noch nicht gefeiert haben und sich noch in der beruflichen Erstausbildung befinden. Merkmal einer Erstausbildung ist, dass ihr keine andere abgeschlossene Berufsausbildung oder kein abgeschlossenes berufsqualifizierendes Hochschulstudium vorausgegangen ist. Damit bleibt das Kind auch bei einem Abbruch und Wechsel der Berufsausbildung als Kind berücksichtigungsfähig. Aber auch nicht jeder (erste) berufsqualifizierende Abschluss beendet die Erstausbildung und führt dazu, dass das Kind vor dem 25. Geburtstag nicht mehr berücksichtigt wird. Denn werden einzelne Ausbildungsabschnitte in einem engen zeitlichen und sachlichen Rahmen absolviert, so ist die Erstausbildung erst bei Beendigung des letzten Ausbildungsabschnittes abgeschlossen.

Beispiel:
Anton (22 Jahre) beendet im Februar 2015 sein Bachelorstudium im Fach Informatik. Zum Wintersemester 2015/2016 beginnt er das Aufbaustudium zum Master of Sience in Informatik. Bereits der Bachelor-Abschluss berechtigt Anton zur Ausübung eines Berufs, mit dem er seinen Lebensunterhalt bestreiten kann. Da aber das darauf aufbauende Masterstudium in einem engen zeitlichen Zusammenhang aufgenommen wird, kann Anton weiterhin als Kind berücksichtigt werden.

Aber auch eine Facharbeiterausbildung und ein anschließendes weiterführendes Studium in einer ähnlichen Fachrichtung bilden eine Einheit, wenn zwischen beiden Abschnitten ein enger zeitlicher und sachlicher Zusammenhang besteht. Ist dieser sachliche Zusammenhang nicht gegeben, so kann das Kind dennoch berücksichtigt werden, wenn es in der Folgeausbildung keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Dabei gilt eine Beschäftigung bis 20 Stunden pro Woche als unschädlich.

Beispiel:
Beate (22 Jahre) hat ihre dreijährige Ausbildung als Krankenpflegerin in 2015 erfolgreich abgeschlossen und beginnt im Wintersemester 2015 ein BWL-Studium. Zur Finanzierung ihres Studiums übernimmt sie im Rahmen von 20 Stunden pro Woche Nachtdienste im Krankenhaus.

Mit dem erfolgreichen Abschluss zur Krankenpflegerin hat Beate ihre Erstausbildung abgeschlossen. Das folgende Studium wird ohne wesentliche Unterbrechung sofort im Anschluss begonnen, jedoch fehlt der sachliche Zusammenhang. Da Beate aber noch keine 25 Jahre alt ist und auch nicht mehr als 20 Wochenstunden einer Erwerbstätigkeit nachgeht, ist sie auch im BWL-Studium als Kind zu berücksichtigen. Die Eltern haben somit Anspruch auf Kindergeld bzw. einen Kinderfreibetrag. Durch den Abschluss als Krankenpflegerin kann Beate alle Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Studium als Werbungskosten geltend machen. Übersteigen die Aufwendungen ihren Verdienst aus der Erwerbstätigkeit, kann der Verlust auf die Folgejahre vorgetragen werden.

Tipp: Eltern haben sogar dann einen Kindergeldanspruch, wenn das verheiratete oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende Kind zu diesem Zeitpunkt das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich in Ausbildung befindet oder studiert. Unerheblich ist, ob das Kind einen gut verdienenden Ehepartner hat oder sogar selbst schon ein Kind hat.

Damit sich das Sprichwort: „Kleine Kinder, kleine Sorgen – große Kinder, große Sorgen" zumindest in finanzieller Hinsicht nicht bewahrheitet und alle steuerlichen Möglichkeiten genutzt werden, sprechen Sie mit uns. Wir helfen Ihnen gern.

Während für Eltern Kinder immer Kinder bleiben, beendet im Steuerrecht meist der 25. Geburtstag den Kindergeldanspruch.

Jürgen Ullrich
Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Kassel, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.
E-Mail: info-advisa-kassel@etl.de

Veranstaltungen

Juli bis September 2016

JULI

13.7.2016, Köln
Auswirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen für die Psychotherapeuten
Dieter Best
16-40 DPtV CAMPUS

15.7.2016, Stuttgart
Auswirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen für die Psychotherapeuten
Sabine Schäfer
16-41 DPtV CAMPUS

AUGUST

22.–27.8.2016, Berlin
Berliner Fortbildungswoche Psychotherapie
Deutsche Psychologen Akademie
E-Mail: s.baumgarten@psychologenakademie.de

SEPTEMBER

1.9.2016, Berlin
Auswirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen für die Psychotherapeuten
Dieter Best
16-42 DPtV CAMPUS

2.9.2016, Ulm
Ein QM-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
16-43 DPtV CAMPUS

3.9.2016, Osnabrück
Feinheiten der Abrechnung
Dr. Hans Nadolny
16-44 DPtV CAMPUS

7.9.2016, Berlin
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
16-45 DPtV CAMPUS

8.9.2016, online
Chat Kostenerstattung
Kerstin Sude, Amelie Thobaben
16-46 DPtV CAMPUS

10./11.9.2016, Bremen
67. Kindertherapietage an der Universität Bremen
Kinderverhaltenstherapie, Prävention, psychologische Diagnostik
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
E-Mail: todisco@uni-bremen.de

17.9.2016, Berlin
Als Psychotherapeut auftreten und vortragen
Gerrit Neuhaus, Helmut Neuhaus
16-47 DPtV CAMPUS

23.–26.9.2016, Freiburg
120. Verhaltenstherapiewoche
Resilienz
IFT-Gesundheitsförderung
E-Mail: lizon@ift-gesundheit.de

24.9.2016, Frankfurt
Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung
Kerstin Sude
16-48 DPtV CAMPUS

28.9.2016, Stuttgart
Der Bericht an dem Gutachter in der Verhaltenstherapie
Dieter Best
16-49 DPtV CAMPUS

30.9.2016, Krefeld
Hypnotherapie für Einsteiger
Stephanie Schramm
16-50 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

Sylter Praxistage

30.9.2016, Westerland
Ein QM-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
16-51 DPtV CAMPUS

1.10.2016, Westerland
Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft und Anstellung eines Kollegen
Sabine Schäfer,
Christina Seimetz
16-52 DPtV CAMPUS

2.10.2016, Westerland
Praxisentwicklung / Kauf, Verkauf, Kooperationen
Dr. Hans Nadolny,
Christina Seimetz
16-53 DPtV CAMPUS

2.10.2016, Westerland
Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung
Christina Seimetz
16-54 DPtV CAMPUS

3.10.2016, Westerland
Feinheiten der Abrechnung
Dr. Hans Nadonly
16-55 DPtV CAMPUS

Diagnostische Kriterien DSM-5®

American Psychiatric Association

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig
2015, Hogrefe
467 Seiten, Kleinformat
ISBN 978-3-8017-2600-3
59,95 €
52,99 € (E-Book)

Horst Dilling, Klaus Reinhardt
Überleitungstabellen ICD-10/DSM-5®
2016, Hogrefe
120 Seiten, gebunden
ISBN 978-3-456-85559-2
19,95 €

Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli

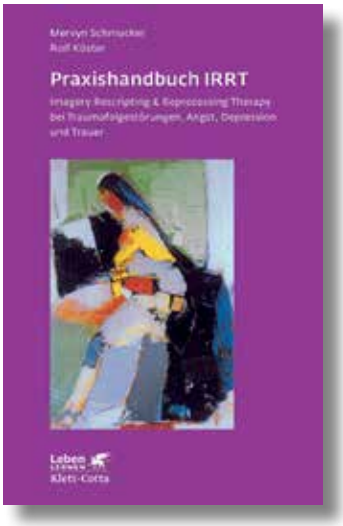
Diese „Miniausgabe" Diagnostische Kriterien DSM-5® kann nur dann sinnvoll genutzt werden, wenn man entweder das große Manual bzw. zumindest daraus die Ausführungen über die neue Struktur und über die Unterschiede zum DSM-IV TR (deutsche Version!) aufmerksam durchgelesen hat. Oder man liest alternativ die vielen, auch deutschen, online zugänglichen Abhandlungen dazu.

Was finden wir in dieser Miniausgabe? Zunächst eine schnell zugängliche Zusammenstellung der DSM-5-Kodierungen, die sich nach dem zukünftigen ICD-11 richten. Hilfreich ist dabei die Seitenangabe, um die detailliertere Beschreibung schnell finden zu können. Gegenüber der Gesamtausgabe (die erheblich umfangreicher ist) fehlen dabei weitergehende Angaben zu Entwicklung, Verlauf, Risiko- und prognostischen Faktoren usw.
Insgesamt gelten die gleichen grundsätzlichen Anmerkungen und Kritikpunkte zum DSM-5-Manual weiterhin. Wenn wir uns die mögliche Zielgruppe für diese Miniausgabe vergegenwärtigen, dann stelle ich mir eine niedergelassene Psychotherapeutin (ich verwende hier mal die weibliche Form) vor, die nach den neuesten, wissenschaftlich fundierten Kriterien eine Diagnose überprüfen will. Dazu braucht sie, wie weiter oben ausgeführt, ein fundiertes Wissen darüber, wie das DSM-5 aufgebaut ist und sinnvoll verwendet werden kann.

Was mir besonders hierbei fehlt, ist eine differentialdiagnostische Betrachtung. Diese hätte ich bei der Miniausgabe implementiert. Auch von den deutschen Autoren selbst als sinnvoll erachtete tabellarische Übersichten fehlen, weil hier lizenzrechtliche Hindernisse bestehen (wie hindere ich mich am besten an dem Verkauf meiner Bücher ...).
Um die Verwirrung komplett zu machen, gibt es auch die (bekannten) Unterschiede zwischen der deutschen und der amerikanischen ICD-Kodierung, die möglicherweise die Fehlerquoten bei den Kodierungen in Deutschland steigen lassen werden, und noch häufiger bei grenzüberschreitenden Befunden. Um eine „Übersetzung" der ICD-Codes aus dem deutschsprachigen Raum zu erleichtern, haben die deutschen Autoren Überleitungstabellen erstellt, die die Arbeit mit dem DSM-5 erleichtern sollen.

Die Überleitungstabellen ICD-10/DSM-5® sollen der (noch) einfacheren Verwendung des DSM-5-Manuals dienen. Die Nutzerin kann sowohl von der Klassifikation gemäß ICD-10 als auch von der des DSM-5 ausgehen. Da die Struktur und Reihenfolge der ICD-10 und des DSM-5 nicht übereinstimmen, sollen die Überleitungstabellen die jeweiligen Klassifikationen einander ‚näherbringen' (vgl. S. 8) und die tägliche Arbeit mit dem DSM-5 erleichtern, da die vergleichbaren Diagnosen durch die tabellarische Aufstellung schnell zu finden sind.

Insgesamt zwei praktische Bücher, die mir erst zusammen sinnvoll erscheinen. Da die oben genannten kritischen Punkte mehr mit der Konzeption des DSM-5 zusammenhängen bzw. mit Lizenzproblemen als mit der Ergonomie des Buches, bleibt diese Kurzversion, wie ihr Vorgänger (damals bezogen auf das DSM-IV TR) ein hilfreiches Manual für die tägliche Praxis. Durch die Überleitungstabellen können wir zumindest schneller vom DSM-5 zur ICD-10 switchen. Leider ist die Ergonomie des DSM-5 ein wenig auf der Strecke geblieben. Offensichtlich liegt dies weitgehend an lizenzrechtlichen Hindernissen, die die deutschen Autoren nicht überwinden durften. Dadurch verkleinert sich der Kreis der potentiellen Nutzer auf Kolleginnen und Kollegen, die neue Entwicklungen aufmerksam verfolgen möchten und bereit sind, die oben genannten Hürden zu bewältigen.



Mervyn Schmucker, Rolf Köster
Praxishandbuch IRRT
Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer
2., durchgesehene Aufl. 2015, Klett-Cotta
439 Seiten, broschiert, ca. 20 vielfarbige Abb.
ISBN 978-3-608-89146-1
42,95 €

Rezensiert von Marie-Christine Fischer

Die Autoren stützen sich in ihrem Buch auf das Imagery Rescripting Modell nach Beck. Ziel dieser Technik ist es, im Rahmen von drei Phasen (die Exposition, die Bewältigung und die Selbstberuhigung/-tröstung) „blockierte" Verarbeitungsprozesse zu „deblockieren". Dabei wird das Konzept der inneren Bühne angewandt, der Austragungsort der Bewältigung während den Sitzungen: hier kommen verschiedene intrapsychische Anteile in der Imagination in Interaktion (z.B. das damalige, traumatisierte Kind-Ich, das aktuelle, heutige Erwachsenen-Ich sowie Täter Introjekte, weitere Hilfspersonen oder Verstorbene). Die äußere Bühne hingegen ist die aktuelle Umgebung. In der ersten Phase wird die traumatische Erinnerung in sensu wieder erlebt, hier wird mit dem traumatisierten Ich gearbeitet. In der zweiten Phase werden innere Bewältigungsbilder erzeugt (beispielsweise Neutralisierung des Täters), bei dem das aktuelle Ich auf der inneren Bühne eingeführt wird. In der letzten Phase ist das Ziel, Interaktionen zwischen dem damaligen Ich und dem aktuellen Ich einzuleiten. Im Überblick werden IRRT-Fragen und Aufforderungen vorgestellt, die der Therapeut anwenden kann („Was sehen Sie jetzt in den Augen des Kindes?"). Daraufhin stellen die Autoren den konkreten Ablauf jeder IRRT-Sitzung mit Anleitungen, Fragestellungen und Anmerkungen zu möglichen Blockaden vor. Der theoretische Teil wird mit einem Überblick über aktuelle Studien zur IRRT und Möglichkeiten der IRRT-Weiterbildung abgerundet. Anschließend werden 15 Fallbeispiele vorgestellt, dabei handelt es sich um Traumafälle, Trauerfälle und Fälle bei weiteren psychischen Schwierigkeiten wie Depression oder Entmachtung. Nach einer kurzen Vorstellung werden Inhalte der Sitzungen wiedergegeben, die mit Bildern von den PatientInnen begleitet werden. Dabei sind neben den Skripts aus den Sitzungen auch Anmerkungen der Autoren zum Therapieprozess und zur Erklärung der einzelnen Schritte (z.B. warum jetzt eine bestimmte Frage gestellt wird) sowie Angaben zur Katamnese zu finden. Im Anhang befindet sich ein detaillierter Leitfaden zu den einzelnen Phasen, Fragebögen zum Bereich Trauma und IRRT sowie ein Therapeuten- und Hausaufgaben-Protokoll.

Der theoretische Teil bietet nachvollziehbare Grundlagen zur Traumatherapie und zur IRRT-Methode, der aufgrund seines anfängerfreundlichen Schreibstils auch für Neueinsteiger geeignet ist. Durch Beispielfragen wird damit ein Rahmen für die Fallbeispiele geboten, die sehr ausführlich beschrieben werden. Die Vielfalt und Komplexität der Fallbeispiele (sexueller Missbrauch, Arbeitsunfall, Agoraphobie, selbstverletzendes Verhalten) und die ausführlichen Kommentare der Autoren zu ihren Skripts geben PsychotherapeutInnen, die sich noch nicht an TraumapatientInnen gewagt haben, ein solides Grundgerüst. Hilfreich sind dabei die Anleitungen bei Blockaden und Problemen. Die Anwendbarkeit auf Kinder und nicht-traumabezogene Störungen wird zudem nachvollziehbar. Wünschenswert wären jedoch detailliertere Anregungen zum Umgang der Methode mit Kindern und Jugendlichen.

Ein äußerst ausführliches, sehr gelungenes und plastisches Buch zum Umgang mit Traumafolgestörungen, jedoch viele Parallelen zu anderen therapeutischen Ansätzen im Bereich Trauma, für manchen erfahrenen Therapeuten sicherlich eine Wiederholung.

Beate Wilken
Methoden der Kognitiven Umstrukturierung
Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis
7. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2015, Kohlhammer
252 Seiten, 3 Abb., 2 Tab.
ISBN 978-3-17-026872-2
24,99 €

Rezensiert von Dr. Marion Bertgen-Giesen

Man kann das Buch von Beate Wilken, erstmals erschienen 1998, mit Fug und Recht als einen „Klas-

siker" unter den Leitfäden für die psychotherapeutische Praxis der kognitiven Methoden zählen. Seit der Erstauflage sind zahllose Manuale zur kognitiven Verhaltenstherapie erschienen, überwiegend im Hinblick auf den Einsatz kognitiver Methoden bei der Behandlung spezieller Störungsbilder. Das Buch von Beate Wilken stellt eine sinnvolle Ergänzung zu diesen Manualen dar, indem es allgemeine Anweisungen liefert und gleichzeitig in praktischen Beispielen auch auf den Einsatz bei spezifischen Störungsbildern eingeht. Die nun vorgelegte, überarbeitete und aktualisierte Auflage enthält neben neuesten Literaturangaben – und Empfehlungen auch Hinweise auf neuere Entwicklungen des kognitiv-behaviouralen Ansatzes.

Das Buch richtet sich nicht nur an „therapeutische Anfänger", sondern auch an erfahrene Kollegen, die die Methoden der kognitiven Umstrukturierung noch besser kennenlernen und in ihre Arbeit integrieren möchten. Der Autorin gelingt es, die Kluft zwischen eher theoretisch orientiertem Lehrbuch und praktischem Handout für das therapeutische Vorgehen zu schließen.

Zunächst werden die Theorie-Konzepte der drei „großen" Kognitionstherapeuten Ellis, Beck und Meichenbaum vorgestellt, miteinander in Beziehung gesetzt und Ähnlichkeiten wie Unterschiede herausgearbeitet. Dieser Abschnitt des Buches ist sicherlich für Studenten und Psychotherapeuten in Ausbildung hervorragend zur Prüfungsvorbereitung geeignet.

Im praktischen Teil des Buches wird der Prozess der Kognitiven Umstrukturierung Schritt für Schritt vorgestellt und erläutert. Dabei weist Beate Wilken immer wieder in sehr anschaulicher Weise auf mögliche Behandlungsfehler und Stolpersteine beim Einsatz der Kognitiven Umstrukturierung hin. Sowohl den möglicherweise auftretenden Behandlungsfehlern als auch der Therapeut-Klient-Beziehung werden eigene Abschnitte des Buches gewidmet.

Ein Anhang mit Arbeitsmaterialien und Literaturempfehlungen rundet das sehr empfehlenswerte Buch ab. Bei der Lektüre wird die langjährige Erfahrung der Autorin als kognitive Verhaltenstherapeutin und als Supervisorin an vielen Stellen deutlich. Bliebe nur noch zu wünschen, eventuell eine DVD mit in vivo Demonstrationen aus der praktischen Arbeit ergänzend zum Buch zu veröffentlichen.

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

I V S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

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

- **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 Dr. phil. Alexander Schmidt „Schuldfähigkeit JGG §3, JGG §105"** 4./5. Juni 2016
  für das Grundmodul: **Dr. med. Timucin Türker „Rechtsmedizinische Aspekte in der Rechtspsychologie"** 9./10. Dez. 2016
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 25./26. März 2017 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 7./8. Mai 2016
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 7 Blöcken),
  Beginn des nächsten Fortbildungscurriculum: 27./28. Mai 2017 Einführ. i. d. Diagnostik: Sexualanamnese (**Dr. Sandra Poppek**)
- **Klinische Hypnose (KliHyp – MEG)**
  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 - MEG)**
  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"***
  am 12. November 2016 in Nürnberg (WiSo) - Keine Tagungsgebühr für Studierende oder PiAs!

Kontakt und Infos: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth
Tel.: 0911-950991-13 • Fax: 0911-950991-23 • info@ivs-nuernberg.de • www.ivs-nuernberg.de

Angelika Rohwetter
Den Inneren Kritiker zähmen
Strategien und Übungen für ein gutes Selbstwertgefühl
2015, Klett-Cotta
160 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-608-86049-8
16,95 €

Rezensiert von
Gudrun Schulz-Schlörke

Erschienen als Fachratgeber zur Selbsthilfe kommt das Buch fast unscheinbar daher. Jedoch wird bereits im Vorwort schnell deutlich, dass die Autorin das Thema nicht nur inhaltlich fundiert erschließt, sondern durchgängig wertschätzende Formulierungen wählt, die geeignet sind, die LeserInnen auf die innere Kommunikation aufmerksam zu machen und zum Umgang mit den Inneren Teilen anzuleiten. Angelika Rohwetter leistet zudem motivationale Unterstützung, indem sie auch Humor anwendet, um z.B. das Buch nicht nur im Schrank schön aussehen zu lassen (Seite 13). Mit Beispielen und kleine Geschichten erläutert die Autorin näher das Beschriebene.

Dies beinhaltet gut verständliche Erklärungen und Beschreibungen der Inneren Instanzen vom Inneren Kritiker über den ungeschickten Verteidiger, das Gute Objekt, Innere Kinder, bis hin zur Ego-State-Theorie, ohne belehrend daher zu kommen. Die Differenzierungen und Zusammenhänge sind durchaus auch als Erweiterung des Repertoires für Therapeuten wertvoll. In zahlreichen, aufeinander aufbauenden Übungen erarbeitet sich der Leser/die Leserin einen individuellen Zugang zum eigenen Kritiker sowie zu den anderen Instanzen/ Ego-States.

Die Autorin integriert geschickt verschiedene Ansätze so, dass der Innere Kritiker unter anderem Informationen zu Buddha tolerieren kann, auch wenn er diese bisher als unwichtig einordnete.

Nach einem Exkurs zum Gewissen greift Angelika Rohwetter auf, wer dem Inneren Kritiker zuhört und wo er hinderlich erscheint. Ein weiterer Exkurs zeigt, dass es wirklich ohne (destruktive) Kritik geht, warum der Innere Kritiker tut, was er tut und führt hin zu „Einzelgesprächen" mit den Inneren Teilen.

Der Innere Kritiker darf sich in einer flammenden Rede verteidigen, bevor Konferenzen und Bearbeitungen zu einer Versöhnung und Integration führen und der Innere Kritiker zum Inneren Unterstützer avanciert.

Die Vielfalt der Übungen und Methoden – wie auch ein Test „Welche innere Gestalt ist bei Ihnen am stärksten vertreten?"- trägt maßgeblich dazu bei, das Interesse der Ratsuchenden aufrecht zu erhalten und sich selbst besser kennen zu lernen.

Für Therapeuten bietet dieser Ratgeber eine Fundgrube an Übungen und eine Unterstützung insofern, dass KlientInnen „etwas in der Hand haben", nachlesen können und im eigenen Tempo selbständig daran weiter arbeiten können sowie bei Bedarf zusätzliche Übungen auszuwählen.

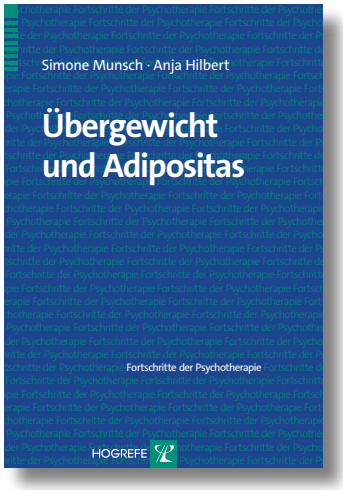
Annette Streeck-Fischer
Trauma und Entwicklung
Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen
2., überarbeitete Auflage 2014, Schattauer
366 Seiten, 34 Abb., 45 Tab., gebunden
ISBN 978-3-7945-2980-3 (Print)
ISBN 978-3-7945-6803-1 (E-Book PDF)
49,99 €

Rezensiert von
Maja Koutsandréou

Die Kinder- und Jugendlichenpsychiaterin und Psychoanalytikerin beschreibt in diesem Buch die sowohl von Kinder- als auch von Erwachsenentherapeuten häufig vernachlässigte Lebensphase der Adoleszenz (die heute aufgrund veränderter Lebensbedingungen länger ist denn je) aus psychodynamischer Perspektive, ergänzt um neurobiologische Aspekte sowie den Einfluss früher Traumatisierungen auf diese Entwicklungsphase. Dabei beschreibt sie zunächst allgemeine Aspekte der Adoleszenz, wie die verschiedenen Entwicklungsaufgaben, um danach problematische bis hin zu hoch pathologischen Entwicklungsverläufe im Sinne schwerer Persönlichkeitsstörungen und anderer Traumafolgestörungen zu beleuchten. Die Komplexität von Entwicklungstraumata wird hier deutlich: Frühe Traumatisierungen ziehen eine Vielzahl möglicher und im Einzelfall sehr

unterschiedlicher Folgen nach sich, die sich in die Bereiche Bindung (unsicher-vermeidend/verstrickt oder desorganisiert), Entwicklungsdefizite oder -stopps auf verschiedenen Ebenen sowie klassische PTBS-Symptomatik und – auf der interaktionellen Ebene – traumatische Reinszenierungen differenzieren lassen. Auch der Einfluss von Traumata auf die Entwicklung des Nervensystems und insbesondere der Stressverarbeitung werden beschrieben. Im letzten Drittel des Buches geht es um die Besonderheiten der Therapie mit (komplex) traumatisierten Jugendlichen, wobei hier insbesondere die Gefahr von Wiederholungszwängen zu beachten ist: nach anfänglicher gegenseitiger Idealisierung, dem „Honeymoon", kann es zu einer zunehmenden Eskalation in Täter-/Opferzuschreibungen kommen, den „deadly dances". Es werden praktische Umgangsmöglichkeiten und Lösungsansätze für diese Behandlungsprobleme genannt. In einem letzten Kapitel wird auf die Besonderheiten der stationären Psychotherapie eingegangen.

Das komplexe Thema wird umfassend und durchgängig gut verständlich abgehandelt, zahlreiche Fallbeispiele aus der langjährigen Tätigkeit der Autorin als Chefärztin einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung sorgen für Anschaulichkeit. Die wichtigsten Informationen sind in Tabellen zusammengefasst, die kopiert als Arbeitshilfe dienen können. Lediglich die nicht immer stringente und nachvollziehbare Gliederung ist etwas verwirrend. Die Darstellung der strukturellen und interaktionellen Schwierigkeiten traumatisierter Jugendlicher, die in ähnlicher Prägnanz keine andere therapeutische Schule leisten kann, macht das vorliegende Buch auch für Psychotherapeuten anderer Schulen interessant.



Simone Munsch, Anja Hilbert
Übergewicht und Adipositas
Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 59
2015, Hogrefe
80 Seiten
ISBN 978-3-8017-2566-2
19,95 €
16,99 € (E-Book)

Rezensiert von
Ann-Kristin Klimm

Der 59. Band der Reihe „Fortschritte der Psychotherapie" befasst sich mit „Übergewicht und Adipositas". Simone Munsch und Anja Hilbert stellen gleich zu Beginn die psychologischen Mechanismen vor, die an Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beteiligt sind. Denn auch wenn die Adipositas keine F-Diagnose im ICD-10 darstellt, ist sie eine Erkrankung, die uns Praktikern in der Psychotherapie immer öfter begegnen wird. So leisten die Autorinnen mit ihrem Buch einen wichtigen und umfassenden Beitrag für das bessere Verständnis dieser Erkrankung und stellen Möglichkeiten der Unterstützung von stark übergewichtigen Patienten vor. Neben einer detaillierten Beschreibung der Störung umfasst das Buch Störungstheorien und Erklärungsmodelle. Einen großen Teil nehmen auch Diagnostik und Indikation ein, denn die genauen Möglichkeiten der Berechnung von Übergewicht, komorbide psychische Erkrankungen sowie die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas werden von Munsch und Hilbert beschrieben. Ebenso wird ein detaillierter Behandlungsplan dargestellt, der an einem Fallbeispiel erläutert wird: Motivationsaufbau, Ernährungsumstellung durch Verhaltensänderung, mehr körperliche Aktivität und Fertigkeiten zur Selbstmodifikation stellen Bausteine dieser Behandlung dar.

Neben den für die „blaue Reihe" obligaten Karten im Anhang (zu den Themen „Interviewleitfaden für das Erstgespräch", „Leitfaden zum therapeutischen Vorgehen" sowie „Anhaltspunkte zur Beurteilung des Behandlungsverlaufs") enthält dieses Buch auch Arbeitsblätter für den Patienten (inkl. Ernährungs-, Bewegungs- und Essverhaltensprotokoll) und einige hilfreiche Links zur weiteren Recherche sowie Information im Internet. Munsch und Hilbert rücken die Adipositas als Störung durch dieses kompakte, 80 Seiten starke Werk in den Fokus der psychotherapeutischen Arbeit. Die Autorinnen machen die Notwendigkeit deutlich, sich mit dem Übergewicht unserer Patienten im psychotherapeutischen Alltag zu beschäftigen. Das stetig steigende Gewicht unserer Gesellschaft gibt ihnen Recht.

Aktuelle Rezensionsangebote

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

Alles andere als Schema F!

Eckhard Roediger
Schematherapie
Grundlagen, Modell und Praxis

- Anwendungsbezogen: Zahlreiche Fallbeispiele aus der Praxis und genaue Anleitungen zum Einsatz der Techniken
- Lösungsorientiert: Empfehlungen für den Umgang mit schwierigen Therapiesituationen
- Neu in der 3. Auflage: Stärkere Einbindung der kulturellen Neurowissenschaften, der „Relational Frame Theory" und metakognitiver Ansätze; therapeutisches Handeln als „innere Haltung"

Das Standardwerk zur Schematherapie besticht durch eine detaillierte, praxisnahe Schilderung aller Techniken sowie eine anschauliche Erklärung der zugrunde liegenden Konzepte.

Die Schematherapie ist eine der vielversprechendsten und innovativsten therapeutischen Entwicklungen der letzten Jahre. Ihr Ansatz beruht auf der Verknüpfung verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Techniken, ergänzt um Aspekte aus der Neurobiologie und der Bindungsforschung.

3., überarb. Auflage 2016.
494 Seiten, 33 Abb., 35 Tab., geb.
€ 59,99 (D) / € 61,70 (A)
ISBN 978-3-7945-2992-6

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten. Abb.: © www.shutterstock.com

Schattauer
www.schattauer.de

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
Schmiedestraße 1
52062 Aachen
BarbaraLubisch@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
DieterBest@dptv.de

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 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
Innere Münchener Str. 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin
Georg Schmitt
Pfarrstr. 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
Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Str. 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
ameliethobaben@dptv.de

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

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
Felicitas Michaelis
Mitarbeiterin: Kerstin Bemboom-Krull
Tannenstraße 12
48488 Emsbüren
Telefon 05903 9359299
gs-niedersachsen@dptv.de

Nordrhein-Westfalen
Nordrhein
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
Telefon 02244 874653
a.pichler@praxispichler.de
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
Manfred Radau
Marktallee 45
48165 Münster
Telefon 02501 441164
praxis@manfred-radau.de

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

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

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

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

Redaktionsbeirat
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, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Bildnachweis
Dagmar Eisermann-Bonsch (Seite 32),
fotolia.com

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

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

Druck
Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335

Praxisabgabe

Halbe Praxis PT in **Görlitz** abzugeben, KV-Zulassung vorhanden. Fortsetzung des günstigen Mietvertrages in schöner Altbauwohnung oder/und Hauskauf (mit integrierter Praxiswohnung) in Königshain mit großem Grundstück möglich.

Kontakt:
psychologin.danner@web.de

VT-Praxis in **Kassel zum Juni 2017** abzugeben. KV-Zulassung vorhanden (voller Versorgungsauftrag).

Chiffre PTA201602006

Praxisgesuch

Düsseldorf: Praxisraum gesucht
Psychotherapeutin (TP) mit Versorgungsauftrag sucht Therapieraum in Gemeinschaftspraxis oder Kollegen/in zur Neugründung. Kontakt:
psychotherapie.wielandner@gmail.com

Suche Praxis PP VT Erwachsene (halbe Zulassung erwünscht) in der Stadt **Bonn**.

Chiffre PTA201602013

Praxisvermietung

Berlin: Praxisraum in psychotherapeutischer Gemeinschaftspraxis im **Prenzlauer Berg** (18 qm). Miete monats-/stundenweise nach Absprache. Kontakt:
kjp.pack@gmx.de

Berlin:
Biete schönen Praxisraum in Nähe S-Bhf Mexikoplatz für 390 €/Monat.

0151 27169723

Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 11.500 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Stellenangebote

Oberfranken - Bamberg:
Psychologische/r Psychotherapeut/in als Mitarbeiter/in (Sicherstellungsassistenz) für psychotherapeutische Praxis (VT) in Bamberg gesucht:
Telefon 0175 4726432 oder per Mail an info@psychotherapie-bamberg.de

Eching b. München:
Sicherstellungsassist. f. tiefenpsych. fund. Einzelpraxis gesucht. Stundenzahl nach Vereinbarung. Vorauss.: Approbation TP/PA/VT. **Spätere Praxisabgabe möglich!**
judithgliwitzky@freenet.de

Entlastungsassistenz Verhaltenstherapie, Voll- oder Teilzeit für gut eingeführte Praxis **bei Leipzig** gesucht. Gehalt orientiert am TVöD. Eigenverantwortliche Tätigkeit mit flexiblen Arbeits- und Urlaubszeiten. Angebot von Supervision. Langfristige Anstellung mit Aussicht auf Praxisübernahme.
mail@psychotherapie-delitzsch.de

Besetzung eines halben psychotherap. Kassensitzes KiJu (VT) in Anstellung. Approbierte(r) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) im Landkreis Ansbach gesucht!
0171-2863789

Verschiedenes

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

FOCUSING (n.E.T.Gendlin)
Akkreditierter Tagesworkshop (10 Punkte) am 25. Juni 2016, Raum Heidelberg/Mannheim. Leitung: Dipl.-Psych. Hans Neidhardt. Info und Anmeldung: **www.hans-neidhardt.de**

Antragstellung VT

Qualifizierte Supervision durch erfahrenen Dipl.-Psych.
E-mail: jaegerj.lu@gmail.com
Telefon: 0157 75754547

Einladung zum Qualitätszirkel
Das Leiden der zweiten Generation – Traumafolgestörungen bei Kriegsenkeln, Kriegsurenkeln und Trösterkindern
angemeldet bei der KV Schleswig-Holstein, Gäste erwünscht
Information und Anmeldung bei DP Anna E. Dott, Telefon: 04834 9847101

Nicht suchen.
Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Nicht suchen.

Finden.

Mit einer Anzeige hier.

Dreiländertagung der GNPÖ, SVNP-ASNP und GNP

Grenzen überwinden in der klinischen Neuropsychologie – Was verbindet / trennt unsere drei Länder?

20. bis 22. Oktober 2016 im Congress-Centrum Würzburg

Anmeldung zur Jahrestagung und weitere Informationen:
www.wuerzburg2016.info

Qual. Freiberuflerin bietet Unterstützung bei Schreibarbeiten (z.B. psych. GA), Transkriptionen, Ihren psychotherap. Antragsberichten. Zuverlässig und vertraulich. www.psychische-gesundheit-vanhaag.com 0173 1899205

Menschen setzen Zeichen

Vor rund 5.000 Jahren erschufen Menschen dieses Steingrab als Signal für künftige Generationen.
Mit einem Testament zugunsten der Alzheimer-Forschung setzen auch Sie ein bleibendes Zeichen.
Bestellen Sie unsere kostenlose Broschüre unter **0800 / 200 400 1** oder schreiben Sie uns:

Name
Vorname
Geboren am
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort

Alzheimer Forschung Initiative e.V.
Kreuzstraße 34 · 40210 Düsseldorf
www.alzheimer-forschung.de

GESUNDHEIT IST EIN MENSCHENRECHT
Deshalb hilft ÄRZTE OHNE GRENZEN in rund 60 Ländern Menschen in Not – ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.

HELFEN SIE MIT!
Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen
☐ über ÄRZTE OHNE GRENZEN
☐ zu Spendenmöglichkeiten
☐ für einen Projekteinsatz

Name
Anschrift
E-Mail

SPENDENKONTO:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE 72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX
www.aerzte-ohne-grenzen.de

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Anzeigenschluss für Heft 3.2016: 25. Juli 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

Arbor Seminare gGmbH, Freiburg i. Brsg. ..... Seite 39
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin ..... Seite 47
Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn ..... Seite 43
IGW Institut für Integrative Gestalttherapie, Würzburg ..... Seite 23
IVS Institut für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth ..... Seite 53
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster ..... Seite 31
Klett Cotta Verlag, Stuttgart ..... Seite 4
Oberberg Kliniken GmbH, Berlin ..... Seite 25
Pluswert e.K., Münster ..... Seite 45
Schattauer GmbH, Stuttgart ..... Seite 55

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
Klingenberger Institut für Klinische Hypnose, Konstanz

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

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

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

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

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 26. August 2016

Ob Sie – wie gewohnt – Ihre Psychotherapie Aktuell viermal im Jahr per Post zugestellt bekommen möchten, oder zukünftig auf ein rein digitales Leseerlebnis setzen, ist Ihre individuelle Entscheidung.

Die DPtV hat nicht nur aus ökologischen Gründen, sondern auch wegen der zunehmend guten Lesbarkeit von Texten in elektronischen Produkten entschieden, einen rein digitalen Bezug unserer Zeitschrift anzubieten. So können Sie auch Vorteile wie beispielsweise eine sehr raumsparende Archivierung und eine leichte Stichwortsuche bestimmter Inhalte nutzen.

Teilen Sie uns Ihren Wunsch einfach per E-Mail mit: bgst@dptv.de

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

INFORMATION AUSTAUSCH FORTBILDUNG

- Berufspolitik
- Fachveranstaltungen
- Praxismanagement
- Junge Psychotherapeuten

Jetzt anmelden!
www.dptv-campus.de

DPtV CAMPUS ist ein Angebot der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.
Weitere Informationen zur Fortbildungsakademie finden Sie auf www.dptv-campus.de.

DPtV CAMPUS
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung