DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Psychotherapie Aktuell

8. Jahrgang | Heft 3.2016

- Reformierte Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet
- Aktuelle Rechtsfragen beim Jobsharing
- Betriebliche Psychotherapie und Prävention

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

FAXANTWORT 030 - 235 00 944 **bgst@dptv.de**

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin · Tel. 030/235 00 90 · Fax 030/235 00 944

Hiermit bestelle ich den Psychotherapeutenkalender 2017 :

_____ Exemplar/-e in der Farbe **Rot**

_____ Exemplar/-e in der Farbe **Anthrazit**

☐ zum Subskriptionspreis von € 19,90*
Dieser Preis ist gültig bis einschließlich 30. September 2016, danach € 24,90*

☐ zur jährlichen Fortsetzung bis auf Widerruf, Preis/Jahr € 19,90*

***Zuzüglich € 2,50 Porto- und Versandkosten pro Exemplar, bei Mehrfachbestellung einmalig € 4,50.**

Name: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

☐ **Ich erteile Ihnen eine Abbuchungserlaubnis von folgendem Konto:**

IBAN: _____ BIC: _____

_____
(Datum, Unterschrift / ggf. Stempel)

Licht und Schatten!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die nach zähen und langwierigen Verhandlungen am 16.6.2016 vom Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossene Psychotherapie-Richtlinie beschäftigt zurzeit fast alle Kolleginnen und Kollegen. Die Novellierung ist in diesem Umfang die erste seit ihrer Einführung in den Sechzigerjahren und war längst überfällig. Das Ergebnis macht deutlich, dass die Psychotherapeutenschaft nicht alleine diese Reform gestaltet. Auch Akteure der Krankenkassen und der Patientenvertretung brachten ihre Vorstellungen in die Verhandlungen ein. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum die neue Richtlinie an einigen wichtigen Stellen für unseren Berufsstand nicht zufriedenstellend ausgefallen ist. Die Einführung einer verpflichtenden persönlichen bzw. telefonischen Erreichbarkeit und die für Patienten – mit einigen Ausnahmen – obligatorische Sprechstunde sind das Kernstück der Reform. Zwar sehen viele Psychotherapeuten den damit verbundenen Aufwand als Einschränkung ihrer Berufstätigkeit, andererseits überwindet die Sprechstunde das enge Leistungsspektrum der Richtlinienpsychotherapie und ermöglicht den Patienten einen unkomplizierten, niedrigschwelligen Zugang zu einem Beratungsangebot. Auf große Zustimmung stößt die deutliche Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens.

Einige neue Anforderungen an den Ablauf einer Psychotherapie verhalten sich diametral zu psychotherapeutischem Fachwissen, insbesondere die Teilung der Kurzzeittherapie in zwei Einheiten. Die Verankerung einer bis ins Detail fest vorgeschriebenen telefonischen Erreichbarkeit für eine Praxis in einer Richtlinie ist allerdings ein echtes Novum. Eine derartige Regelung sollte für alle Arztgruppen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung gelten und nicht alleinig für die Fachgruppe der Psychotherapeuten und gehört damit in den Bundesmantelvertrag!

Bis zum Inkrafttreten der neuen Richtlinie im April 2017 müssen noch weitere wichtige Regelungen in der Psychotherapie-Vereinbarung geschaffen und überarbeitet werden. Damit Sie fundiert informiert sind, haben wir Ihnen in dieser Psychotherapie Aktuell alle Informationen dazu zusammengetragen.

Manchmal war es bei diesem „Mammut-Projekt", in das viele DPtV-Funktionäre und auch die Bundesgeschäftsstelle eingebunden waren, nicht immer leicht, auch die anderen wichtigen Themen im Blick zu behalten. Doch wir schafften das in hervorragender Teamarbeit!

Gefühle wie Wut, Ohnmacht, Fassungslosigkeit und Angst erleben wir in der letzten Zeit auch angesichts der aktuellen Geschehnisse in den vergangenen Monaten, hier in Deutschland zunächst in der Silvesternacht in Köln, dann verheerende und unerwartete Gewalt in Hannover, Würzburg, München, Reutlingen und Ansbach. Ganz zu schweigen von der Zunahme an weltweiten brutalen terroristischen Anschlägen. Der Absturz der Germanwings-Maschine im März 2015 wie auch der Amoklauf in Winnenden und Wendlingen im März 2009 sind ebenfalls noch nicht vergessen und werden gesamtgesellschaftlich weiterhin „verdaut". Diese Amokläufe und religiös motivierten und terroristischen Attentate „vor unserer Haustür" kennen wir in dieser Häufung und mit dem Gewaltausmaß bisher nicht in unserem Alltag.

Werden öffentliche Plätze oder größere Menschenansammlungen gemieden? Wird Andersartigkeit als bedrohlich empfunden? Stehen wir inmitten eines markanten Umbruchs unserer Gesellschaft? Wo stehen wir dabei als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit unserer täglichen Arbeit in diesem Umbruchprozess? Gemeinsam sind Überlegungen notwendig, wie wir aktuell gegen zunehmende Gewalt und auch im präventiven Bereich unterstützend wirken können. Berichten Sie uns gern von Ihren Erfahrungen und Ideen aus Ihrer Region.

Keine einfache Zeit, in der auch wir gehalten sind, unser tägliches Arbeiten entsprechend zu reflektieren und auf die Informationen und Entwicklungen abzustimmen. Der Begriff „Vertrauen" erlangt eine besondere Bedeutung.

Wir leben in einer globalisierten Welt, die sich rasant verändert. Lassen Sie uns gemeinsam mit unserer Arbeit dazu beitragen, dass sie auch in Zukunft eine lebenswerte, mit Fürsorge und Vertrauen ausgestattete bleibt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen auch im Namen des gesamten Vorstandes eine gute Zeit, und uns allen gute Optionen für die Zukunft.

Herzlich
Ihre

Sabine Schäfer

Stellvertretende Bundesvorsitzende
der DPtV

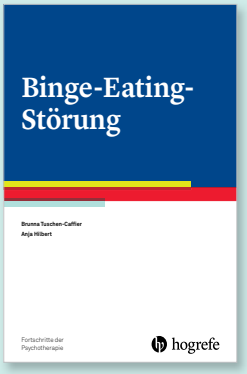
Angelika Lakatos / Hans Reinecker

Kognitive Verhaltens-therapie bei Zwangs-störungen

Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
4., überarb. Auflage 2016, 144 Seiten, Großformat,
€ 32,95 / CHF 42.90
ISBN 978-3-8017-2673-7
Auch als eBook erhältlich

Die Neubearbeitung des erfolgreichen Therapieleitfadens beschreibt klar und präzise das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen bei Zwangsstörungen.



Brunna Tuschen-Caffier / Anja Hilbert

Binge-Eating-Störung

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 62)
2016, 102 Seiten, € 19,95 / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement € 15,95 / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2058-2
Auch als eBook erhältlich

Das Buch liefert einen verhaltenstherapeutisch orientierten Leitfaden zur Behandlung der Binge-Eating-Störung.

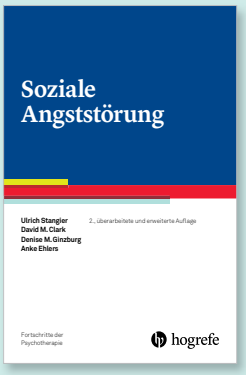
Michael Marwitz

Verhaltens-therapeutische Gruppentherapie

Grundlagen und Praxis

2016, 476 Seiten,
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-8017-2480-1
Auch als eBook erhältlich

Ziel des Buches ist es, Psychotherapeuten einen Leitfaden für die Durchführung zieloffener verhaltenstherapeutischer Gruppen im stationären und ambulanten Setting an die Hand zu geben.



Ulrich Stangier / David M. Clark / Denise M. Ginzburg / Anke Ehlers

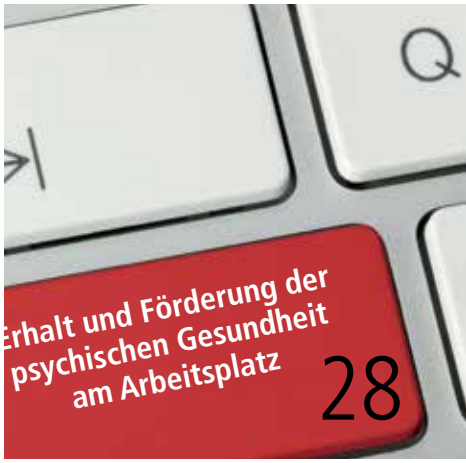
Soziale Angststörung

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 28). 2., überarb. u. erw. Auflage 2016, 123 Seiten,
€ 19,95 / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement € 15,95 / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2719-2
Auch als eBook erhältlich

Die Neubearbeitung des Bandes liefert aktuelle Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie der Sozialen Angststörung.

www.hogrefe.de

hogrefe



GESUNDHEITSPOLITIK

6 **Sabine Schäfer**
Alte Strukturen endlich aufgebrochen. Reformierte Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet

Teil 1. Hintergründe und berufspolitische Einordnung

Teil 2. Erster Überblick über die neuen Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie

22 **Kathrin Nahmmacher, Markus Plantholz**
Aktuelle Rechtsfragen beim Jobsharing

AUS DER PRAXIS

28 **Enno E. Maaß**
Betriebliche Psychotherapie und Prävention. Ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten

31 **Enno E. Maaß**
Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis – E-Mail erlaubt?

33 **Informationsblatt**
Neuropsychologische Therapie – eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und der Beihilfe

35 **Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung

ANGESTELLTE

36 **Jürgen Tripp, Kerstin Sude**
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Tarifsystematik aufgenommen. Diskussion und Kommentierung der Ergebnisse zur neuen Entgeltordnung

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

40 **Moina Beyer-Jupe**
Strategiekongress des BMVZ

42 **Wilfried Hesse**
Steuerfolgen bei Honorarnachzahlungen

VERANSTALTUNGEN

46 **Veranstaltungskalender Oktober bis Dezember 2016**

REZENSIONEN

48 **Dieter Rau-Luberichs**
Gabriele Eßing: Praxis der Neuropsychotherapie. Wie die Psyche das Gehirn formt

49 **Rüdiger Spielberg**
Rainer Sachse, Stefanie Kiszkenow-Bäker, Sandra Schirm: Klärungsorientierte Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

49 **Alessandro Cavicchioli**
Otto Benkert: Pocket Guide. Psychopharmaka von A bis Z

50 **Marie-Christine Fischer**
Melanie Gräßer, Eike Hovermann, Ralf Rehberg: Die Vier Yetis

VERBANDSINTERN

51 **Cornelia Rabe-Menssen, Enno E. Maaß**
Spezifische Bedürfnisse und Interessen der KJP-Mitglieder in der DPtV. Ergebnisse der Online-Umfrage zum Thema „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der DPtV – Feedback und Weiterentwicklung" aus der Psychotherapie Aktuell 2.2016

55 **Adressen DPtV**
Impressum

LESERBRIEF

56 **Zum Beitrag von Dieter Best**
Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind
In: Psychotherapie Aktuell 2.2016

ANZEIGEN

57 **Kleinanzeigen**

Sabine Schäfer

Alte Strukturen endlich aufgebrochen

Reformierte Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet

Teil 1: Hintergründe und berufspolitische Einordnung

Viele Hoffnungen werden mit der Reform der nun seit fast 50 Jahren bestehenden Psychotherapie-Richtlinie verbunden. Es ist dabei nicht alles Gold, was glänzt. Die Reform bedeutet dennoch einen wichtigen Fortschritt mit einigen Verbesserungen.

Die reformierte Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) wurde nach zähen und langwierigen Verhandlungen am 16.6.2016 vom Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verabschiedet.
Um es vorweg zu nehmen: Glücklich kann mit den Ergebnissen niemand sein. Aber zufrieden, wenn man die Entstehung und Hintergründe dessen kennt. Es ist ein typischer Kompromiss zwischen zwei weit auseinanderliegenden Positionen. Eine erste Bewertung des Beschlusses haben die Psychotherapeutenverbände DPtV, bvvp und VAKJP in einer gemeinsamen Pressemitteilung „Neue Psychotherapie-Richtlinie: Licht und Schatten" direkt am 16.6.2016 vorgenommen.

Die neue Richtlinie markiert eine bedeutende Wende in der gesundheitspolitischen Geschichte der Psychotherapie: Die Prozesse im Unterausschuss Psychotherapie standen zum ersten Mal in ständiger Abstimmung mit den in der KBV vertretenen Psychotherapeuten, insbesondere mit dem Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie. Vieles konnten wir Psychotherapeuten in langwierigen Diskussionen im Unterausschuss (UA) verdeutlichen und in unserem Sinne regeln. Dass nicht alle unsere Zielpunkte erreicht wurden, ist dem erwähnten Kompromiss geschuldet, in dem alle Verhandlungspartner und ihre Interessensgruppen von ihren Positionen abrücken mussten.

Wichtig ist, dass wir uns zum jetzigen Zeitpunkt sehr klar sind: Die Reform ist noch längst nicht abgeschlossen! Sie ist nach wie vor im Prozess. Es müssen noch weitere ergänzende Regelungen in der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) an die reformierte PT-RL angepasst und einige sogar neu geregelt werden. Die DPtV wird weiterhin hart für die Interessen unserer Kolleginnen und Kollegen kämpfen! Auch, um eines Tages dort anzukommen, wo wir sein wollen und müssen: Bei Regelungen, die dem psychotherapeutischen Versorgungsbedarf wirklich entsprechen und die den Psychotherapeuten real ihre alltägliche Arbeit erleichtern.

Zu beachten ist auch: Der Gemeinsame Bundesausschuss ist kein Gremium, in dem über Geld verhandelt wird. Verhandelt werden hier die Strukturen und gegebenenfalls Inhalte der psychotherapeutischen Arbeit. Honorarverhandlungen sind die genuine Aufgabe des Bewertungsausschusses. Dieser ist laut § 87 Absatz 5b SGB V gesetzlich gehalten, spätestens nach sechs Monaten die Bewertung für neue Leistungen in der GKV (z.B. Sprechstunde und Akutbehandlung) zu erarbeiten. Neben den Honoraren müssen hier die neuen EBM-Ziffern samt ihrer Legenden (Leistungsbeschreibungen), Bewertungen und Abrechnungsbestimmungen verhandelt und beschlossen werden. Es ist auch möglich, dass sich wie so oft, KBV und GKV-Spitzenverband nicht einigen können, so dass der Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden muss.

Auch hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Möglichkeit, den Beschluss vom 16.6.2016 zu beanstanden. Wir haben bereits am 1.7.2016 das BMG gebeten, bezüglich der geteilten Kurzzeittherapie, der mangelnden Verbesserungen und Erleichterungen für die Gruppentherapie und der fehlenden Erhaltungstherapie Nachbesserungen vom G-BA zu dem Beschluss zu fordern. Die Chancen dafür, dass sich das BMG fachlich einmischen wird, dürften allerdings aus Erfahrung gering sein. Der Prozess ist also in vollem Gange, und wir alle arbeiten weiter an unseren Zielen.

Die Prozesse im Unterausschuss Psychotherapie standen zum ersten Mal in ständiger Abstimmung mit den in der KBV vertretenen Psychotherapeuten

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BFA PT KBV	Beratender Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
BSG	Bundessozialgericht
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
PT-V	Psychotherapie-Vereinbarung
SGB	Sozialgesetzbuch
TfP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
UA	Unterausschuss

Bis die Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarung tatsächlich einsatzbereit sind, werden noch einige Verhandlungsrunden stattfinden, allerdings müssen alle Regelungen bis zum Inkrafttreten der reformierten Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 getroffen sein.

Wenn die PT-RL im System der GKV Bestand haben soll, muss sie modernisiert werden

Ein Blick zurück – Warum wollten wir Psychotherapeuten die PT-RL modernisieren?

Die Psychotherapie-Richtlinie stammt aus den Sechzigerjahren. Bis auf die der Aufnahme der Verhaltenstherapie als Krankenkassenleistung in den Achtzigerjahren wurde die Psychotherapie-Richtlinie immer mal wieder nur an kleineren Stellen verändert. Allerdings reichten diese Änderungen nicht, um den offensichtlichen Bedürfnissen einer guten, modernen, ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gerecht zu werden. Unsere Kolleginnen und Kollegen in der DPtV kritisieren seit vielen Jahren, dass die PT-RL für eine angemessene und moderne Versorgung wie auch gemessen an unseren Behandlungskompetenzen nicht ausreichend und zu unflexibel ist. Diese kritischen Rückmeldungen unserer Kolleginnen und Kollegen haben wir im Verband gesammelt und ausgewertet.

Um nur einige Kritikpunkte an der PT-RL hier noch einmal zu nennen:

- Es gibt für chronisch erkrankte Patienten keine regelhafte niederfrequente Erhaltungstherapie in der PT-RL. Eine notwendige niederfrequente Weiterbehandlung dieser Patientengruppe nach einer erfolgreichen Psychotherapie ist deshalb nur mit hohem bürokratischen Aufwand und geringer Vergütung für den Psychotherapeuten möglich.
- Weiter können Patienten erst dann mit einem Psychotherapeuten sprechen, wenn für einen frei werdenden Therapieplatz eine probatorische Sitzung angeboten werden kann. Es fehlte die Möglichkeit einer niedrigschwelligen frühzeitigen ersten Abklärung und einer Akutbehandlung.
- Auch werden insgesamt nur wenige Gruppentherapien für die Versorgung angeboten. Dies liegt u.a. an den Erfordernissen einer besonderen Infrastruktur für Gruppentherapie in der Praxis. Auch ist sie organisatorisch und bürokratisch schwerer zu handhaben als die Einzelbehandlung. Das Gutachterverfahren wird insbesondere hier als aufwendige und bürokratische Hürde wahrgenommen. Weiter ist die Erlangung der Abrechnungsgenehmigung recht aufwendig für einen bereits tätigen Vertragspsychotherapeuten.
- Psychodiagnostik ist bisher ausschließlich mit den äußerst schlecht honorierten Leistungen der Testdiagnostik des EBM-Abschnitts 35.2 möglich.
- Die überbordende Bürokratie macht den Kolleginnen und Kollegen schon immer zu schaffen, insbesondere der immense Aufwand bei allen berichtspflichtigen Anträgen. Diese sind sehr aufwendig und werden für die Honorierung im EBM nur mit einer Arbeitsstunde hinterlegt, obwohl die Kollegen im Schnitt hier vier bis sechs Stunden benötigen.
- Die Kolleginnen und Kollegen mit einer Fachkunde in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie fordern schon seit langem eigene Gutachter/innen für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP). Hier benötigt ein/e Gutachter/in bisher die Fachkunde in TfP *und* Analytischer Psychotherapie, um TfP-Berichte begutachten zu können.

Um unsere Existenz in der Versorgung zukünftig zu sichern, müssen wir uns fachlich breiter aufstellen und unser Angebot an die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen anpassen. Hier sind unsererseits innovative Versorgungsangebote gefragt. Krankenkassen und Ärzteverbände stricken ihrerseits immer mehr Modelle und Selektivverträge, in denen genuin psychotherapeutische Versorgung durch fachfremde Behandlergruppen oder auch in unterschiedlicher Form „online" absolviert werden können. Ohne heilkundliche und fachspezifische Kompetenzen halten wir dies für problematisch. Ein aktuelles Beispiel ist die Jena-PARADIES-Studie, in der ein Programm entwickelt wurde, bei dem Hausärzte, die eine kurze Schulung durchlaufen, in vier Sitzungen Expositionsbehandlungen bei Patienten mit Panikstörungen durchführen, unterstützt durch ihr Praxispersonal, das telefonischen Kontakt mit den Patienten hält. Das selbsterklärte Ziel dieses Programms ist die wirksame und kosteneffektive Behandlung von Patienten mit Panikstörungen in der hausärztlichen Versorgung. Umfassende psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungen lassen sich aber nicht einfach in einer hausärztlichen Praxis substituieren!

Wenn die PT-RL Bestand im System der GKV haben soll, muss sie modernisiert werden: Sie sollte sowohl die gesamten Kompetenzen eines ambulant arbeitenden Psychotherapeuten als auch die modernen Erfordernisse einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abbilden. Das heißt, sie muss um zusätzliche psychotherapeutische Behandlungsmodule erweitert werden.

Da selbst kleinere sinnvolle Änderungen in der PT-RL aufgrund des sehr aufwendigen und langwierigen bürokratischen Verhandlungsprozesses schwierig sind, hat sich die DPtV in vielen Bundesländern für Selektivverträge als Erprobungsfelder für Neuerungen eingesetzt. Selektivverträge haben einen starken Innovationsimpuls, sollen und können allerdings den Kollektivvertrag keinesfalls ersetzen. *„Neue Versorgungsprojekte dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die Bedingungen der Grundversorgung im Kollektivvertrag verschlechtert*

oder beeinträchtigt werden", dies haben wir schon 2009 im DPtV-Programm deutlich festgehalten. Eine Verschlechterung im Sinne eines Flickenteppichs unterschiedlichster und für die Patientinnen und Patienten nicht mehr durchschaubarer Angebotsformen würde aber eintreten, wenn ein immer größerer Teil der psychotherapeutischen Versorgung über Selektivverträge abgewickelt würde.
Wir sind sehr froh, diesen Innovationsprozess aktiv angestoßen zu haben. Unser „Modell einer gestuften ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung" (Abb. 1) entstand aus den über mehrere Jahre gewonnenen Erkenntnissen unserer täglichen Praxis. Es orientierte sich an Praktikabilität, reibungsloser Durchführung sowie den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der psychisch erkrankten Patienten. Bereits in Heft 4.2013 stellten wir es in dieser Zeitschrift vor.

In der gleichen Ausgabe der Psychotherapie Aktuell stellte der GKV-Spitzenverband die „Zukünftige Strukturierung – ambulante Psychotherapie" (Abb. 2) vor.

Welche „Player" sind an der Reform der Psychotherapie-Richtlinie beteiligt?

Bei der Etablierung von gesetzlichen Bestimmungen, die über demokratische Prozesse in ihrem Ergebnis für alle Versicherten im GKV-System gelten sollten, sind verschiedene „Player" beteiligt. Einmal die Politik, weiter alle politisch organisierten Verbände der „Leistungserbringer" (Fachverbände, Institute, Ärztegruppierungen, Berufsverbände), die der „Kostenträger" (vdek e.V., AOK Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e.V, Knappschaft, SVLFG) und die Verbände der Patientenvertreter.

Die Regierungsparteien haben die in der PT-RL verankerten Missstände aufgegriffen und in ihrem Koalitionsvertrag ein entsprechendes Gesetzesvorhaben vereinbart. Im späteren Gesetz vom 23.7.2015 zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurden die Maßgaben präzisiert (vgl. § 92 Abs. 6a Satz 3 SGB V):
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens."

Wir danken an dieser Stelle unseren Ansprechpartner/innen in der Politik, die viele unserer Anliegen aufgegriffen und im Gesetzestext platziert haben.

Die Ausgangsposition war demnach erst einmal ganz gut. Diese Stichpunkte im Gesetzestext gaben uns die Möglichkeit, die Module aus unserem Stufenmodell als innovative Erweiterung der PT-RL in die Beratungen der KBV und auch des G-BA einzubringen und zu beraten.
Die DPtV zielt immer darauf ab, dass Neuerungen möglichst von der ganzen Psychotherapeutenschaft getragen und deren Umsetzung kritisch ventiliert und begleitet werden. Insofern waren nun unzählige demokratische Diskussions- und Abstimmungsprozesse notwendig, um sich mit anderen Verbänden auf eine Position für den Beratenden Fachausschuss Psychotherapie (BFA PT) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu einigen.

Bei diesen Prozessen kamen unterschiedliche Interessen, insbesondere auch Partialinteressen von Fachverbänden, Ärztegruppierungen und nicht zuletzt auch die der Befürworter des Gutachterverfahrens zum Tragen. Letztendlich wurde nach ausführlichen Beratungen

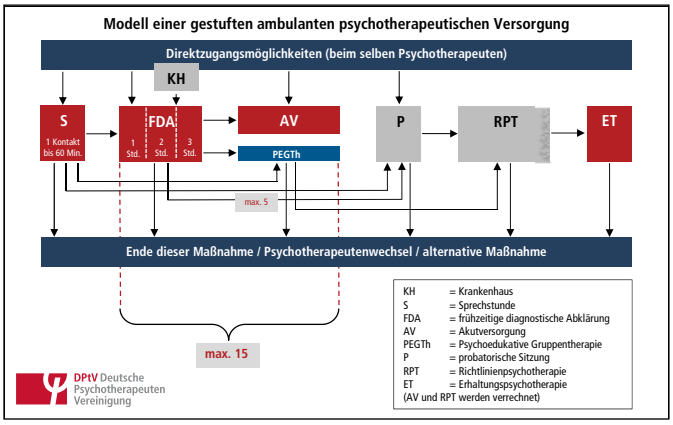


Abbildung 1

das Modell der DPtV mit wenigen Änderungen von den Mitgliedern des BFA PT als Modell der KBV übernommen.

Der KBV-Vorstand hat ebenfalls fast alle Beratungsergebnisse des BFA akzeptiert und sie in ein Positionspapier zur letzten Bundestagswahl eingearbeitet. Sie fanden schließlich sehr komprimiert Eingang in die oben erwähnte gesetzliche Vorschrift zu § 92 Abs. 6a SGB V.

Wie funktioniert der Gemeinsame Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Psychothera-

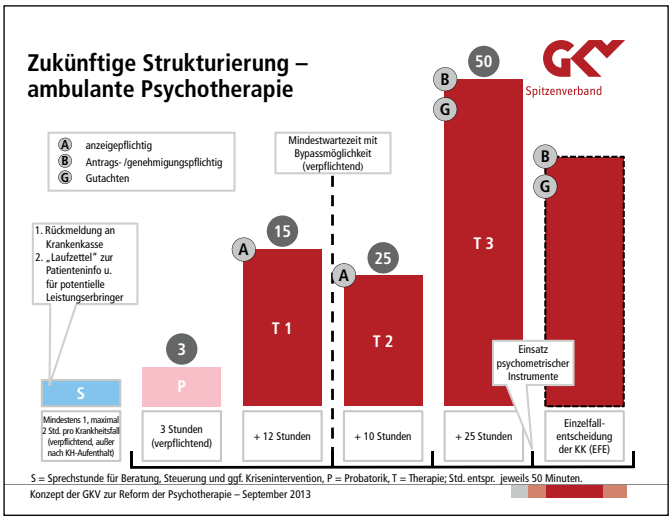


Abbildung 2

Können die „Bänke" sich im Unterausschuss nicht auf einen gemeinsamen Beschluss einigen, werden die dissenten Beschlussentwürfe in das Entscheidungsgremium, dem Plenum des G-BA, zur Abstimmung gegeben

peuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Im G-BA beraten sich die vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems zu neuen Leistungen im deutschen Gesundheitswesen: Die Repräsentanten der Kassenärztlichen (KBV) und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV). Auch die Patientenvertretung ist in allen Beratungen mit beteiligt, allerdings nicht stimmberechtigt.

Die „Player" einer Gesetzesreform werden hier organisiert in Abstimmungsprozesse geführt. Der Ablauf jeder Beratung einer Neuerung ist in der Geschäfts- und Verfahrensordnung festgelegt. Egal, ob ein neues Verfahren oder ein Medikament für eine Zulassung im GKV-System beraten wird, es wird nach diesen Ordnungen geprüft. Der G-BA wird auch „kleiner Gesetzgeber" genannt, die dort beratenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Beschlussgremium:
Das Plenum des G-BA
Stimmrecht im Plenum haben fünf Mitglieder der „Leistungserbringer" (DKG, KBV, KZBV) und fünf Mitglieder des GKV-SV.
Bei Angelegenheiten, die per se nur die KBV oder nur die KZBV oder nur die DKG betreffen, stimmen die anderen „Leistungserbringer" in der Regel mit demjenigen, der hier sein Anliegen vorträgt.

Die Beschlüsse für die finale Abstimmung im Plenum werden von seinen Unterausschüssen vorbereitet. Diese können dafür auch temporär zu speziellen Themen Arbeitsgruppen bilden. In allen Gremien des G-BA finden sich die Repräsentanten der Spitzenorganisationen. Eine Ausnahme in dieser sehr vereinheitlichten Organisationsstruktur stellt der Unterausschuss (UA) Psychotherapie dar. Er ist neben dem Unterausschuss für Zahnärzte der einzige Ausschuss, der allein für eine Berufs- bzw. Facharztgruppe zuständig ist. Uns war die Etablierung dieses Unterausschusses damals wichtig, damit überhaupt die Chance besteht, dass Besonderheiten der Psychotherapie bei allen Entscheidungen berücksichtigt werden.

Im UA Psychotherapie lassen die Vertreter/innen der „Leistungserbringer" der DKG und der KZBV ihre aktive Mitgliedschaft ruhen. Das bedeutet, dass sich hier die sogenannte „Bank der Leistungserbringer" nur aus KBV-Vertreter/innen zusammensetzt. Dies sind drei ärztliche Psychotherapeuten und drei Psychologische bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die Psychotherapie zuständige KBV-Mitarbeiter. Weiter sitzen auf der Bank der Krankenkassen ebenfalls sechs Repräsentanten und zusätzlich ohne Stimmrecht, aber immer sehr präsent in der Diskussion, die Patientenvertreter.

Können die „Bänke" sich im Unterausschuss nicht auf einen gemeinsamen Beschluss einigen, werden die dissenten Beschlussentwürfe in das Entscheidungsgremium, dem Plenum des G-BA, zur Abstimmung gegeben. Die Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer haben das Recht zur Stellungnahme und zur persönlichen Anhörung vor einem Beschluss. Die Rechtsaufsichtsbehörde des G-BA ist das BMG, welches die Möglichkeit hat, Beschlüsse des G-BA zu beanstanden.

Insofern ist es mit einem großen Risiko behaftet, mit dissenten Beschlüssen ins Plenum zu gehen. Beschlossen wird hier auf jeden Fall, allerdings sind im Plenum keine Psychotherapeuten mehr an den Abstimmungen beteiligt. Dies obliegt KBV-seitig den beiden KBV-Vorständen.

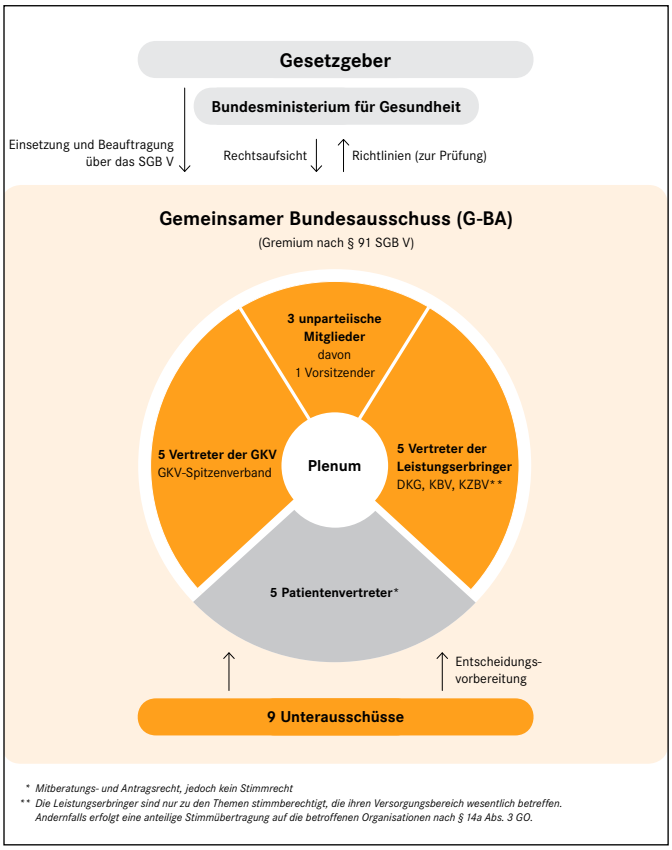


Abbildung 3

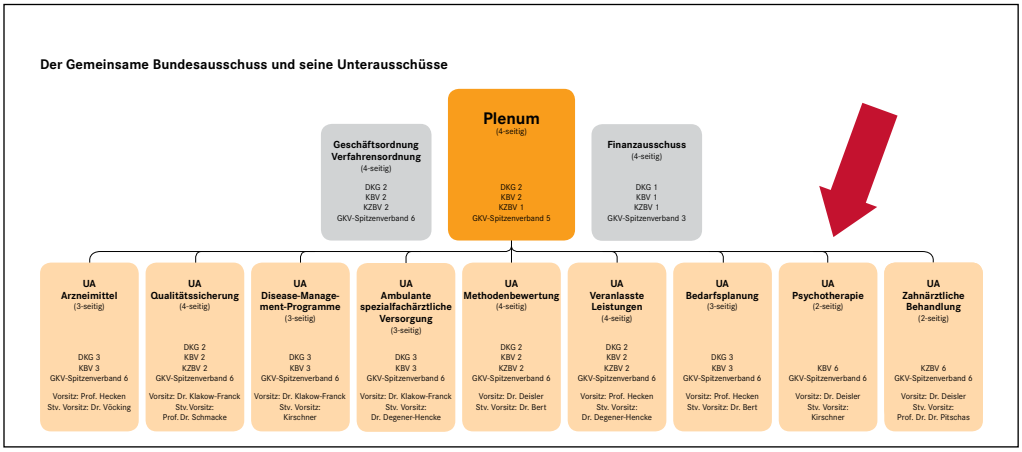


Abbildung 4

Wie laufen die Abstimmungsprozesse für Reformen? Wer bestimmt letztendlich?

Wie auch bei den Playern der Politik, der Patientenvertreter und der Krankenkassen gibt es auch bei den „Leistungserbringern" nicht nur Einigkeit.

So finden sich im BFA PT, sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene, ärztliche Psychotherapeuten und Psychiater, die nicht überwiegend als Psychotherapeuten arbeiten, sowie auch Gutachter, die im Rahmen der Antragsbegutachtung tätig sind. Weiter sind die Fachkunden der Mitglieder nicht gleichmäßig verteilt, die Vertreter der analytischen Psychotherapie überwiegen. Die gefassten Beschlüsse, die Empfehlungscharakter für den Vorstand der KBV haben, fußen hier meist auf sehr langwierigen schwierigen Verhandlungen im Vorfeld außerhalb dieser Gremien.

Es gehört daher die intensive fachliche Abstimmung innerhalb der Gruppen zu den Hauptaufgaben, um die Gremienarbeit vorzubereiten. Weiter geht es aber auch darum, externe Sachverständige zu bestimmten Themen ausfindig zu machen, u.a. für Anhörungen im G-BA.

Die Beschlüsse des BFA PT haben nur einen Empfehlungscharakter für den KBV-Vorstand, dieser kann die Beratung annehmen oder auch die Meinung nicht teilen und entscheidet letztendlich unabhängig.

Da es leider weder in den Vorständen der Landes-KVen noch in dem der KBV einen Psychotherapeuten gibt, sind die Interessen der Psychotherapeuten einem KBV-Vorstand nicht genuin bekannt, sondern können diesem nur im proaktivem Kontakt vermittelt werden

Die in allen Landes-KVen anstehenden Wahlen sind aus diesem Grund sehr wichtig, um unsere Positionen in allen Gremien der KVen vertreten zu können und hier auch bei strukturellen Reformen in der KV Einfluss zu nehmen.

Die UA-Mitglieder werden als ehrenamtlich tätige Sachverständige vom KBV-Vorstand berufen. Sie sind in dieser Position an die vorgegebenen Bedingungen und Positionen des KBV-Vorstandes gebunden. Die Zusammensetzung des UA Psychotherapie auf „Leistungserbringerbank" ist wie der BFA PT paritätisch mit drei Psychotherapeuten auf der Ärzteseite und drei Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt. Auch KBV-Mitarbeiter betreuen den UA und unterstützen mit den Ressourcen der KBV die Klärung bestimmter Fragestellungen.

Aber auch die Beratungen auf der eigenen „Bank" waren teilweise aufgrund sehr unterschiedlicher Vorstellungen von der psychotherapeutischen Arbeit und unterschiedlichen Konzepten zu bestimmten Verfahren sehr schwierig. Hier waren die Beschlüsse des BFA PT immer wieder der rote Faden, der dem demokratischen Verständnis folgend dann den Ausschlag gab.

Wir DPtV-Vertreter/innen haben in allen Gremien unsere grundlegenden Argumente intensiv vertreten. Aber auch hier gilt, dass gute Argumente und Motive in Verhandlungen mit anderen teilweise sehr konträren Sichtweisen und Motiven konkurrieren.

Der BFA PT wurde immer wieder bei den Verhandlungen einbezogen und hat alle Entscheidungen, u.a. an diesen wichtigen Eckpunkten, abgewogen:

- Die Richtlinien-Psychotherapie soll erhalten bleiben.
- Die Genehmigungspflicht für die Kurzzeittherapie muss erhalten bleiben, um die Wirksamkeit der BSG-Urteile zum Mindesthonorarschutz aufrecht zu erhalten.
- Neue Module sollen zusätzlich als Add-On zur Richtlinien-Psychotherapie eingeführt werden.
- Freiwilligkeit, diese Add-On anzubieten, soll bestehen.
- Die Anzahl der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen soll aufgrund des gerade eingeführ-

Die Beschlüsse des BFA PT haben nur einen Empfehlungscharakter für den KBV-Vorstand, dieser kann die Beratung annehmen oder auch die Meinung nicht teilen und entscheidet letztendlich unabhängig

ten Strukturzuschlages minimal bleiben.
- Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens
- Erleichterungen bei der Gruppentherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Gutachter/innen für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie-Anträge

Die in allen Landes-KVen anstehenden Wahlen sind aus diesem Grund sehr wichtig, um unsere Positionen in allen Gremien der KVen vertreten zu können und hier auch bei strukturellen Reformen in der KV Einfluss zu nehmen

Ein zweiter Blick zurück: Warum wollten die Krankenkassen die PT-RL reformieren?

Wie oben bereits dargestellt, sprechen die Krankenkassen auch nur deshalb mit einer Stimme, weil sie dahinter ebenfalls große Abstimmungsprozesse vollzogen haben. Der AOK-Bundesverband und auch der Verband der Ersatzkassen vdek mit ihren zahlreichen Mitgliedskrankenkassen haben untereinander sehr unterschiedliche Interessen, vor allem auch aufgrund von Konkurrenz-Motiven der einzelnen Krankenkassen. Auch die Krankenkassen müssen ihre Standpunkte zu einem Meinungsbild bündeln. Dieses Meinungsbild wird dann über den GKV-SV in die Verhandlungen eingebracht.

Von den Krankenkassen wurde als reformbedürftiger Missstand vorgetragen, dass sie von ihren Versicherten bundesweit Klagen erhalten, dass man in den Praxen der Psychotherapeuten persönlich oft niemanden erreichen könne und stattdessen auf Anrufbeantworter treffe, dass die Praxen der Psychotherapeuten keine oder nur sehr unzureichende telefonische Sprechzeiten anbieten und oftmals, trotz hinterlassener Bitte, nicht zurückrufen würden. Weiter klagen die Versicherten, dass sie auf einen ersten Kontakt für eine Abklärung teilweise sehr lange warten müssten. Es ist natürlich auch kein Geheimnis, dass letztlich die Bedarfsplanung für den psychotherapeutischen Versorgungsbereich völlig unzureichend ausgestaltet ist und erheblich zu den oben genannten Missständen beiträgt.

Dass Krankenkassen in erster Linie die Interessen ihrer Versicherten im Blick haben, ist nicht verwunderlich. Dass sie als Wirtschaftsunternehmen möglichst viel Leistung für wenig Geld einkaufen wollen, auch um die Krankenkassenbeiträge ihrer Versicherten effektiv zu nutzen, ist ebenfalls nicht verwunderlich.

Insofern stand auf der Agenda der Krankenkassen bei den Verhandlungen:
- Bessere Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxis
- Abbau der Wartezeiten für einen Erstkontakt
- Möglichst frühzeitige Aufnahme einer Behandlung in dringenden Fällen
- Möglichst keine oder nur wenige neue Leistungen, denn jede neue EBM-Ziffer muss folgerichtig dann auch von den Krankenkassen zusätzlich bezahlt werden.
- Ein erstes Angebot einer Kurzzeittherapie sollte nicht mehr als 12 Sitzungen umfassen. Nach diesem Angebot soll der Versicherte in Ruhe entscheiden können, ob er weiterhin Hilfe benötigt.
- Bessere Koordinierung der notwendigen Leistungen für die Versicherten

Insbesondere die Techniker Krankenkasse und auch der vdek beschäftigten sich intensiv mit der „zufälligen Auswahl" von Psychotherapeuten für einen Patienten. Sie zeigten anhand von Statistiken auf, dass Patienten laut TK-Daten die Therapieform erhalten, die vor Ort am meisten durch niedergelassene Psychotherapeuten vertreten ist. Sie stellten sich die Frage, ob dies fachlich gerechtfertigt ist oder hier Zuweisungsfehler bestehen könnten. Dass die ungleiche regionale Verteilung der angebotenen Psychotherapieverfahren ganz andere Ursachen hat, wurde nicht

Wir Psychotherapeuten wollten keinen Rückfall in ein ärztlich-dominiertes Delegationsverfahren

Vorstellungen der Krankenkassen zu Beginn der Verhandlungen

- Telefonische Erreichbarkeit von 10 Stunden/Woche
- Sprechstunde verpflichtend für Psychotherapeut/in
- Sprechstunde verpflichtend für Patient/in
- Sprechstunde nur durch ärztliche Psychotherapeuten
- Sprechstunde nur durch PP/KJP, die Kooperationsverträge mit Ärzten haben
- Rückmeldungen an Krankenkasse – Laufzettel für Patienten
- Frühzeitige Diagnostik ist nicht notwendig
- Verpflichtender Einsatz diverser psychometrischer Instrumente
- Reduktion der probatorischen Sitzungen
- Mindestvorgabe für probatorische Sitzungen von mindestens 4
- Psychotherapie: Großer Teil nur anzeigepflichtig
- Geteilte Kurzzeittherapie mit Ausnahme bei der Psychoanalytischen Therapie
- Mindestwartezeit sechs Wochen zwischen den Kurzzeittherapieblöcken
- Vor Langzeittherapie muss immer erst Kurzzeittherapie absolviert werden
- Keine Rezidivprophylaxe

hinterfragt. In diesem Zusammenhang stellten sie fest, dass mit der damaligen Praxisgebühr noch viele Patienten vom Hausarzt in die Psychotherapie überwiesen worden seien. Es wurde dabei immer wieder die Frage aufgeworfen, ob nicht bestimmte Psychotherapieverfahren für bestimmte Indikationen geeigneter seien.

Erinnern Sie sich? Die Krankenkassen favorisierten sogenannte „Intelligente Koordinierungsstellen" als Erstkontakt für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die Koordinierungsstellen sollten als Durchgangsstellen die Aufgabe haben, Patienten mit psychischen Beschwerden auf die niedergelassenen Psychotherapeuten und andere Versorgungsangebote zu verteilen, um sie so der „richtigen" Behandlung zuzuführen. Die Pläne dazu waren bereits konkret.

Wir Psychotherapeuten wollten keinen Rückfall in ein ärztlich-dominiertes Delegationsverfahren, doch genau das schienen die Krankenkassen anzustreben. Unser „Gegenmodell" dazu war die Sprechstunde in eigener Hand.

Das Modell der Koordinierungsstellen wurde später zugunsten des Modells des GKV-SV aufgegeben. Hier soll nun die Sprechstunde den notwendigen Behandlungsbedarf „intelligent" koordinieren. Weiter ist das Modell des GKV-SV geprägt von Stichworten, die eine Rationalisierung und mehr Steuerung der Psychotherapie im Blick haben. Dazu ein paar Stichpunkte aus dem Artikel von Dr. Thomas Uhlemann und Dr. Julian Dilling (GKV-SV) in Psychotherapie Aktuell 4/2013:

- *„dauerhafte Anreize für eine Absenkung der Therapiedauer",*
- *„Mindestwartezeit von sechs Wochen zwischen den zwei Schritten der Kurzzeittherapie",*
- *„Laufzettel" begleitet von vermehrten Rückmeldungen an die Krankenkassen und*
- *Höchstkontingente von insgesamt knapp 50 Sitzungen Psychotherapie pro Versicherten.*

Fazit: Noch sind wir mitten in dem Prozess von Veränderungen in der psychotherapeutischen Versorgung, die wir gemeinsam und bewusst angestoßen haben. Den modernen Gegebenheiten geschuldet, waren Veränderungen notwendig und schon längst überfällig. Vieles wurde erreicht, so beispielsweise der Erhalt der Genehmigungspflicht für die Richtlinientherapie und somit durch die BSG-Rechtsprechung abgesicherte Mindesthonorare oder auch die Sprechstunde in „eigener Hand" anstelle von ärztlich-dominierter Koordinierungsstelle. Einiges ist der schwierigen Kompromissfindung bei sehr unterschiedlicher Interessenslage der Verhandlungsbeteiligten geschuldet, wie die Zweiteilung der KZT, allerdings bei bestehender Antragspflicht mit Genehmigung und Zugang zur Langzeittherapie von der ersten Sitzung an. Einiges ist noch ausstehend, wie die Vereinfachung des Gutachterverfahrens und gegebenenfalls Verbesserungen der neuen Richtlinie, spätestens nach erfolgter Evaluation.

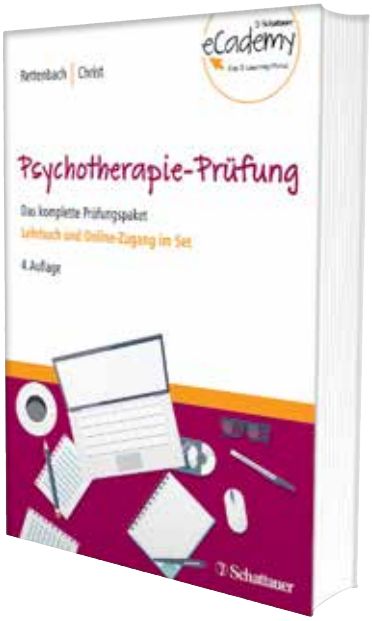
Eine erste Bewertung und Diskussion der Ergebnisse finden Sie hier im Anschluss. Bis zum Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 werden weitere wichtige Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung verhandelt. Wir kämpfen weiterhin um jede Möglichkeit der Optimierung bei dieser psychotherapeutischen Richtlinien-Reform.

Und wie immer:
Nach der Reform ist vor der Reform!

Regina Rettenbach | Claudia Christ

Clever kombiniert – erfolgreich die „IMPP-Prüfung" bestehen!

Bitte leise. Prüfung!



Psychotherapie-Prüfung

Das komplette Prüfungspaket:
Lehrbuch und Online-Zugang im Set

Mit dieser Kombination aus Lehrbuch und E-Learning-Portal bekommen Sie den Prüfungsstoff für die Approbationsprüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Griff!

- **Lernen:** Das bewährte Lehrbuch deckt den gesamten IMPP-Gegenstandskatalog ab. Sie finden das benötigte Wissen zu allen relevanten Prüfungsthemen. Notizen und Merkzettel im Portal ermöglichen gezieltes und individuelles Lernen.
- **Vertiefen:** E-Learning-Portal mit über 700 Fragen und Antworten. Besonders beliebte Prüfungsthemen können in den Kompaktkursen trainiert werden. Kapitelverweise auf das Lehrbuch machen es leicht, eventuelle Lücken zu schließen.
- **Überprüfen:** Sitzt der Stoff? Sind Sie bereit für die Prüfung? Fragen Sie Ihren individuellen Lernstatus ab. Den reellen Prüfungen nachempfundene Übungsprüfungen auf Zeit zeigen Ihnen, wo Sie stehen.

Lehrbuch + Keycard im Set:
Buch in der 4. Auflage 2016 mit 352 Seiten, 20 Abb., 5 tab. Übers., kart.
Keycard für den Online-Zugang zum E-Learning-Portal für 1 Jahr
€ 69,99 (D) / € 72,– (A) | ISBN 978-3-7945-5212-2

Reinschnuppern:
Demo-Video

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten.

Schattauer
www.schattauer.de

Teil 2: Erster Überblick über die neuen Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie

1. Telefonische Erreichbarkeit (§ 1 PT-RL)

Alle psychotherapeutischen Praxen mit vollem Versorgungsauftrag müssen zukünftig insgesamt 150 Minuten pro Woche (in 25 Minuten Einheiten aufteilbar) telefonisch durch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten oder Personal erreichbar sein. Entsprechend müssen Praxen mit einem halben Versorgungsauftrag eine 75-minütige telefonische Erreichbarkeit vorhalten.

Einschätzung:

■ Die Erreichbarkeit kann frei gestaltet werden. Wer über kein Personal verfügt, wird die sonstigen Tätigkeiten, wie z.B. Arztbriefe schreiben, Tests auswerten, mit der Erreichbarkeit verbinden oder er wird durch Anrufweiterschaltung die Erreichbarkeit gewährleisten. Alternativ bieten sich z.B. kollegiale Vernetzung, Bürogemeinschaft, Online-Angebote zur Terminvergabe u. ä. an.
Wie die Erreichbarkeit letztendlich überprüft werden kann, ist nicht geregelt.

2. Sprechstunde (§ 11 PT-RL)

Jede/r Psychotherapeut/in kann entscheiden, ob eine Sprechstunde für Patienten mit den damit verbundenen Auflagen angeboten wird.
Entscheiden Sie sich mit einem vollen Versorgungsauftrag, Sprechstunden anzubieten, muss das Sprechstundenangebot mindestens 100 Minuten in der Woche umfassen (in 25 Minuten Einheiten aufteilbar). Analog müssen Kollegen/innen mit halbem Versorgungsauftrag bei entsprechender Entscheidung 50 Minuten pro Woche als Sprechstundenangebot einplanen.

In der Sprechstunde „[…] ist insbesondere zu klären, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht oder welche weiteren fachspezifischen Hilfen notwendig erscheinen. Die Zielsetzung der Sprechstunde ist dabei, das für den Patienten geeignete Versorgungsangebot zu finden, ihn entsprechend zu beraten und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen." (Tragende Gründe, TrG).

Als allgemeine Information zur Psychotherapie wird dem Patienten ein noch zu entwickelndes „Informationsblatt Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte" ausgehändigt. Im Bedarfsfall ist eine orientierende diagnostische Abklärung und eine differenzialdiagnostische Abklärung im Rahmen der Sprechstunden möglich.

Die Ergebnisse der diagnostischen Erhebungen und die Empfehlungen, die sich aus der psychotherapeutischen Sprechstunde ergeben, werden in einer „Individuellen Patienteninformation" der Patientin/dem Patienten überreicht. Eine Kopie dieses Dokuments gehört zur Behandlungsdokumentation und verbleibt in der Patientenakte (siehe auch § 37 Abs. 1 PT-RL).

Um die besonderen Anforderungen eines Sprechstundenangebots auch hinsichtlich der Erreichbarkeit zu gewährleisten, müssen die Praxen, die sich für die Sprechstunde entschieden haben, zusätzlich zu den 150 Minuten telefonische Erreichbarkeit weitere 100 Minuten pro Woche anbieten, d.h. mit einem vollen Versorgungsauftrag insgesamt 250 Minuten. Analog hierzu gelten für Praxen mit halbem Versorgungsauftrag zusätzliche 50 Minuten telefonische Erreichbarkeit pro Woche, d.h. insgesamt 125 Minuten. Die Erreichbarkeit kann variabel eingeteilt werden, allerdings mindestens in 25 Minuten Zeiteinheiten.

Die Sprechstunde kann in Einheiten von 25 Minuten bis zu 6 x pro Patient/in durchgeführt werden, d.h. insgesamt 150 Minuten. Bei Kindern und Jugendlichen umfasst das maximale Sprechstundenkontingent 250 Minuten. Eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten ist verpflichtend für alle Patienten, die eine Psychotherapie machen wollen.

Es gibt Ausnahmen von der Verpflichtung zur Sprechstunde: *„Sofern nach einer Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Psychotherapie ein Therapeutenwechsel stattgefunden hat, oder wenn ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder aus rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 22 mit einer weiterführenden ambulanten Therapieempfehlung entlassen wurde, kann auf die Durchführung von Sprechstunden verzichtet werden."* (TrG)

Die Sprechstunde kann als offene Sprechstunde oder mit Terminvergabe angeboten werden.

Einschätzung:

■ Positiv für die Patienten ist ein niedrigschwelliger Zugang zu einem ersten Kontakt mit einem/einer qualifizierten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin sowie zu einer fachlich qualifizierten orientierenden Diagnostik, ohne dass schon die Festlegung auf ein Psychotherapieverfahren vorgebahnt ist. Zuvor war der erste Zugang häufig nur bei einem in Aussicht stehenden freien Psychotherapieplatz über eine probatorische Sitzung möglich.

Zuvor war der erste Zugang häufig nur bei einem in Aussicht stehenden freien Psychotherapieplatz über eine probatorische Sitzung möglich

■ Insgesamt können mehr Patientinnen und Patienten mit fachlich qualifizierten Psychotherapeuten sprechen. Nicht immer wird eine psychotherapeutische Behandlung notwendig sein, es kann dann gegebenenfalls frühzeitig auf andere angemessene Angebote verwiesen werden, z.B. im Beratungs- oder Selbsthilfebereich, Verweis auf andere Facharztgruppen oder stationäre Angebote.

■ Ist eine Behandlung notwendig und kann kein Behandlungsplatz angeboten oder gefunden werden, hat hier der/die Patient/in mit dem schriftlich dokumentierten Ergebnis über die Sprechstunde einen Befund mit Indikationsstellung. Die Sprechstunde bietet die Möglichkeit, die Morbidität und gegebenenfalls auch fehlende Behandlungsbedarfe besser abzubilden.

■ Die diagnostische Kompetenz der Psychotherapeuten wird im Versorgungssystem besser abgebildet.

■ Die telefonische Erreichbarkeit und die Organisation der Sprechstunde erfordern Veränderungen im Praxisablauf. Psychotherapeut/innen, die selbst keine Sprechstunden anbieten, benötigen Kooperationen mit Kolleg/innen, die Sprechstunden anbieten.

■ Diese Veränderungen im Praxisablauf, das Mehr an Erreichbarkeit, die Organisation und gegebenenfalls auch diese zusätzlichen Anforderungen an bereits vorhandenes Personal, die Ausfälle aufgrund von kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen von Patienten muss monetär abgebildet werden.

■ Von den Krankenkassen und den Patientenvertretern war gefordert worden, die Sprechstunde verpflichtend für jeden Psychotherapeuten einzuführen. Es ist gelungen, die Sprechstunde als fakultatives Angebot der Psychotherapeuten zu etablieren.

■ Aus berufspolitischer Sicht trägt die Sprechstunde zur langfristigen Absicherung des Erstzugangs zur Psychotherapie bei.

3. Probatorische Sitzungen (§ 12 PT-RL)

Die probatorischen Sitzungen werden erstmalig in §12 PT-RL klar definiert: *„Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren […] dienen (PT-RL).“ Hier „[…] erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Pa-*

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

tienten …. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung". (TrG)

Dies bedeutet, dass sich die probatorischen Sitzungen inhaltlich klar von den Inhalten der Sprechstunde und von der Akutversorgung abgrenzen.

Wird in der Sprechstunde die Indikation für eine Psychotherapie gestellt, sind zusätzlich zu mindestens 50 Minuten Sprechstunde, mindestens 2 bis maximal 4 probatorische Sitzungen durchzuführen. Kinder und Jugendliche können zusätzlich 2 weitere Sitzungen erhalten, auch um gegebenenfalls Bezugspersonen mit einzubeziehen.

Einschätzung:

■ Als positiv beurteilen wir, dass die Aufgabe und das Ziel der Probatorik in der Richtlinie definiert und damit ihre Bedeutung gestärkt wird.

■ Die Reduzierung des Umfangs der probatorischen Sitzungen auf maximal 4 Sitzungen ist fachlich nicht begründet und erscheint eher Einsparungswünschen der Krankenkassen geschuldet.

■ Da vor den probatorischen Sitzungen die Sprechstunde stattfindet, stehen insgesamt gegebenenfalls mehr Sitzungen vor Aufnahme einer Therapie zur Verfügung als bisher, allerdings möglicherweise bei unterschiedlichen Behandlern/Behandlerinnen. Die Festlegung „Vor einer Richtlinienpsychotherapie müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen durchgeführt werden" wird von uns kritisch gesehen, weil auch hier vermutlich die Absicht dahinter steht, zwei ‚preiswerte' Leistungen zur Verpflichtung zu machen.

4. Akutbehandlung (§ 13 PT-RL)

„Für Patientinnen und Patienten, die nach der Sprechstunde aufgrund der Art und der Akuität ihrer psychischen Symptome zeitnaher psychotherapeutischer Behandlung bedürfen, wird eine psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt. … Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist die Besserung akuter psychischer Krisen- bzw. Ausnahmezustände mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 dieser Richtlinie."

Für die Akutbehandlung stehen jedem Patienten maximal 600 Minuten im Krankheitsfall, d.h. im Zeitraum von etwa einem Jahr, zur Verfügung. Da diese auch in 25 Minuten Einheiten erbracht werden können, heißt das, maximal 24 Sitzungen zu je 25 Minuten oder 12 Sitzungen zu je 50 Minuten.

Um einen zeitnahen Zugang zu dieser Versorgung zu gewährleisten, ist die Akutbehandlung bei den Krankenkassen nur anzeigepflichtig. Wird diese nicht innerhalb von 14 Tagen nach Indikationsstellung begonnen, kann sie nicht mehr als Akutbehandlung durchgeführt werden.

Die erbrachten Stunden in der Akutbehandlung werden auf das Stundenkontingent der Kurzzeittherapie (KZT) angerechnet.

Einschätzung:

■ Dies ist eine von uns schon lange geforderte neue Leistung: Erstmalig können Patienten auch eine Akutbehandlung in einer psychotherapeutischen Praxis erhalten, z.B. zur Krisenintervention oder zur Erst-Stabilisierung, wenn nicht sofort ein Therapieplatz angeboten werden kann.

■ Unsere Kompetenz für Behandlungen in akuten Fällen wird hier explizit anerkannt, die Akutbehandlung erfolgt zwar auf dem Hintergrund der Verfahrensorientierung, ist jedoch nicht als VT, TfP oder AP konzipiert.

■ Wir haben allerdings die Sorge, ob diese Leistung ausreichend vergütet wird, denn die Anzeigepflicht wird nicht von der BSG-Rechtsprechung zum Mindesthonorar gestützt, diese gilt nur für genehmigungspflichtige Leistungen.

■ Die Akutversorgung ist kein echtes „Add-On", sondern wird bei Überführung in eine Richtlinientherapie mit diesem Kontingent verrechnet.

■ Es bestehen Unklarheiten in der Durchführung: Was geschieht, wenn der Erhalt eines angeforderten Konsiliarberichts die 14-Tages-Frist nicht einhält?

5. Teilung der KZT in KZT 1 und KZT 2

Die KZT wird in KZT 1 und KZT 2 von jeweils 12 Sitzungen aufgeteilt. KZT 1 und KZT 2 sind antragspflichtig, es gilt dabei eine so genannte ‚Genehmigungsfiktion': Die Krankenkassen müssen keinen Anerkennungsbescheid ausstellen, nach Ablauf von drei Wochen gilt die beantragte Behandlung als genehmigt. Diese Beantragung ist nach 12 Sitzungen (bzw. entsprechend vorher) für den zweiten Bewilligungsabschnitt der Kurzzeittherapie erneut durchzuführen.

Das Gutachterverfahren entfällt generell für die Kurzzeittherapie, für die KZT 1 als auch für die KZT 2. Die bisherigen Voraussetzungen für die Befreiung von der Begutachtungspflicht entfallen vollständig. Das bedeutet, auch bei der Praxisgründung sind keine 35 Berichte an den/die Gutachter/in bis zu einer Befreiung von der KZT-Berichtspflicht zu schreiben.

Einschätzung:

■ Wir haben sehr dafür gekämpft, die Teilung der KZT zu verhindern, konnten dies aber in den Verhandlungen nicht durchsetzen. Allerdings konnten wir die ursprünglich von den Krankenkassen geforderte Wartezeit von sechs Wochen zwischen diesen beiden Kurzzeitelementen abwenden. Wir

verurteilen die Zweiteilung der KZT als willkürlichen, für die Behandlung schädlichen Eingriff. Es gibt fachlich keine Begründung, die KZT zu teilen. Im Gegenteil: Die Daten der KBV zeigen, dass im Rahmen einer KZT 65 % aller Patienten mehr als 12 Sitzungen benötigen. Wir Psychotherapeuten haben in großer Einigkeit (vgl. DPT-Resolution) argumentiert, dass die fraktionierte Behandlungsplanung negativ für die Entwicklung einer verbindlichen vertrauensvollen Behandlungsbeziehung ist, die die Basis einer jeden Psychotherapie darstellt. Besonders für schwer Kranke, z.B. für Patienten mit Bindungsproblematik, wird hier eine unnötige Hürde gesetzt. Auch die Patientenvertreter haben diese Regelung kritisiert – die Entscheidung ist trotzdem so gefallen.

■ Die so entstandene Kürzung von 25 auf 24 Sitzungen der KZT ist durch keine fachliche Begründung gerechtfertigt und wird von uns kritisiert.

■ Patienten und Psychotherapeuten müssen beide KZT-Teile bei der Krankenkasse beantragen, erhalten allerdings von den Krankenkassen keine schriftliche Genehmigung zurück (sogenannte „Genehmigungsfiktion"). Dies ist mindestens unbefriedigend, denn es entsteht eine Wartezeit von drei Wochen, in der die Krankenkasse die Möglichkeit hätte, dem Antrag zu widersprechen.

■ Diese „fiktive" Genehmigung soll nach einer ersten juristischen Einschätzung der geforderten Genehmigung der BSG-Rechtsprechung für das Mindesthonorar genügen.

■ In der bisherigen PT-RL musste die KZT nur einmal beantragt werden, nun führt die Teilung zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand, den wir ebenfalls kritisieren. Wir werden uns dafür einsetzen, dass die bürokratischen Anforderungen dieser Antragspflicht, die noch in der Psychotherapie-Vereinbarung zu regeln sein werden, gering ausfallen.

■ Die Krankenkassen wollen offensichtlich durch das Entfallen einer Rückmeldung nicht unerhebliche bürokratische Kosten einsparen – einseitig zu ihren Gunsten.

■ Bisher wird eine KZT, die von einem von der Berichtspflicht befreiten Psychotherapeuten beantragt wird, innerhalb von wenigen Tagen bewilligt. Müssen nun Patient und Psychotherapeut drei Wochen auf die Genehmigung warten, ist dies eine unnötige Verschlechterung und Verzögerung einer angemessenen Versorgung.

6. Langzeittherapie (LZT)

Auch in der neuen Richtlinie kann eine LZT direkt nach der Probatorik von der ersten Sitzung an beantragt werden. Ebenso ist eine Umwandlung in die LZT nach KZT 1 und KZT 2 möglich. Die LZT ist immer gutachterpflichtig, das heißt entweder zu Beginn oder bei der Umwandlung von KZT in LZT ist ein Bericht an den Gutachter zu schreiben.

Als Umfang einer LZT wurde bei der Verhaltenstherapie und der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie der erste Bewilligungsschritt auf 60 Sitzungen angehoben, bei der Analytischen Psychotherapie sind es weiterhin 160 Sitzungen im ersten Schritt. Das heißt, die zweischrittige Beantragung in VT (zunächst auf 45 Sitzungen, dann auf 60 Sitzungen) entfällt, sowohl bei VT als auch bei TfP beträgt das erste LZT-Kontingent direkt 60 Sitzungen.

Neu ist, dass es bei einer Verlängerung in der LZT über dieses erste LZT-Kontingent hinaus den Krankenkassen überlassen bleibt, einen Bericht an den Gutachter zu fordern oder ohne Gutachterverfahren das jeweilige Höchstkontingent in dem Verfahren zu bewilligen. Bei VT beträgt diese mögliche Verlängerung 20 Sitzungen auf das Höchstkontingent von 80 Sitzungen. In TfP können bei der Verlängerung der LZT von 60 Sitzungen gleich weitere 40 Sitzungen bis zum Höchstkontingent von 100 Sitzungen beantragt werden. Auch in der AP entfällt ein Bewilligungsschritt und es können in der Verlängerung der LZT von 160 gleich 140 weitere Sitzungen zum Höchstkontingent von 300 bewilligt werden.

Die bisherigen Regelungen zu den Maximalkontingenten (80 Sitzungen in VT, 100 Sitzungen in TfP, 300 in AP) bleiben bestehen.
Analog wurden nach dieser Systematik auch die Antragsschritte für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angepasst.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bleiben die bisherigen Grenzen bei der Verhaltenstherapie bestehen, d.h. 60 Sitzungen im ersten Schritt, zuzüglich 20 Sitzungen bei einer Verlängerung.

Unterschiedliche Bewilligungsschritte gibt es nach wie vor bei den Regelungen zur AP und TfP für Kinder und Jugendliche. Der erste Antragsschritt bei Kindern liegt hier wie bisher bei 70 Sitzungen, das Maximalkontingent von 150 Sitzungen bleibt ebenfalls bestehen, es entfällt der zweite Bewilligungsschritt, der bisher bei einer Verlängerung von 70 auf 120 Sitzungen erfolgen musste.

Der erste Antragsschritt bei Jugendlichen in der AP und TfP liegt nach wie vor bei 90 Sitzungen, bei einer Verlängerung entfällt der bisherige Schritt bei 140 und es kann sofort das Maximalkontingent von 180 Sitzungen beantragt werden.

Für alle Verfahren gilt, dass die Krankenkasse bei Fortführung das Gutachterverfahren einleiten kann, dies aber nicht muss.

Die neuen Antragsschritte für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche finden Sie in den Abbildungen 5 und 6 auf Seite 18.

Ein Muss für Ihren Schreibtisch

Peter Gaymann
Cartoons von der Couch
Psychotherapeuten 2017
Postkartenkalender

2016. 21 x 19 cm.
Mit Spiralbindung. € 19,99.
ISBN 978-3-86216-297-0

Mit 12 Postkarten zum Heraustrennen und Verschicken.

Cartoons von der Couch. Psychotherapeuten Postkartenkalender 2017, ein Tisch- und Postkartenkalender, begleitet Sie das ganze Jahr mit humorvollen Zeichnungen. Ein Muss für den Schreibtisch eines jeden Psychotherapeuten, aber ebenso eine Bereicherung für jeden Cartoonfan.

medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de

Einschätzung:

■ Der direkte Zugang zu einer LZT für alle Verfahren stellt sicher, dass die fachliche Entscheidung über den voraussichtlich notwendigen Behandlungsumfang bei den Psychotherapeuten bleibt und nicht durch administrative Vorgaben eingeschränkt wird.

■ Bei allen drei Psychotherapieverfahren wird ein Bewilligungsschritt eingespart. Vor allem für die Verhaltenstherapeuten ist wichtig, dass hier der bisherige 15er-Schritt bei der ersten Fortführung entfällt.

■ Die neuen Regelungen bedeuten, dass zukünftig eine LZT bis zum Maximalkontingent gegebenenfalls mit einem einzigen Bericht an den Gutachter bewilligt werden kann. Das ist für längere Behandlungen eine Erleichterung, denn bisher waren für das Beantragen des maximalen Kontingents der Bericht für die Langzeittherapie (bzw. Umwandlungsantrag) sowie Berichte für den ersten und zweiten Fortführungsantrag zu erstellen. Das waren insgesamt drei Berichte. Gegebenenfalls kam noch bei den Kollegen, die von der Berichtspflicht in der Kurzzeittherapie nicht befreit waren, ein weiterer Bericht dazu.

■ Eine Ablehnung eines Antrages erfordert immer eine gutachterliche Stellungnahme. Darauf haben wir bestanden, um eine Willkür der Krankenkassen oder gar ein eigenes Gutachtersystem mit dem MDK zu verhindern.

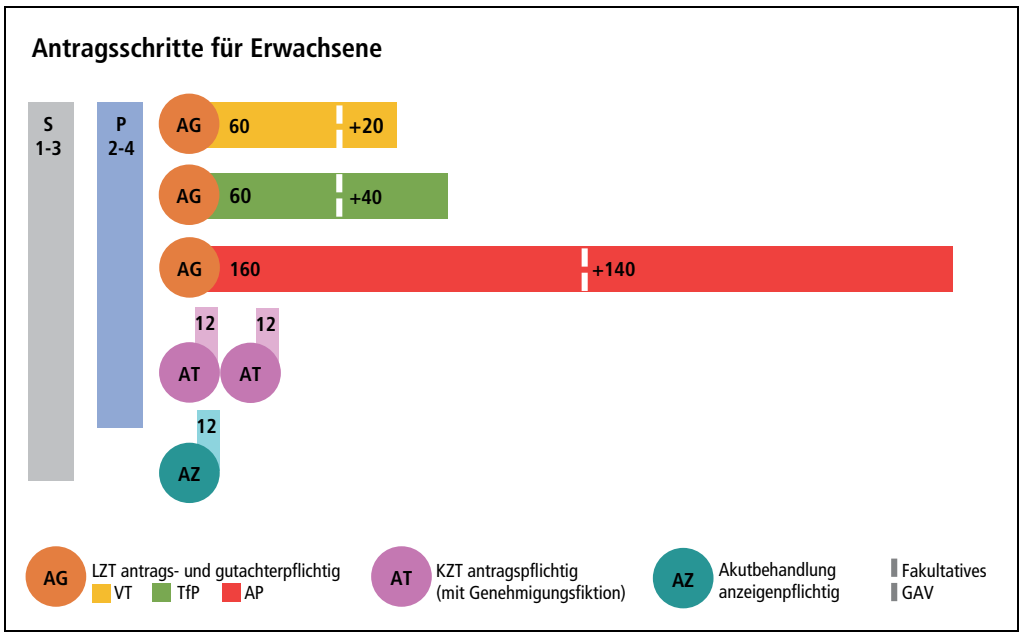


Abbildung 5

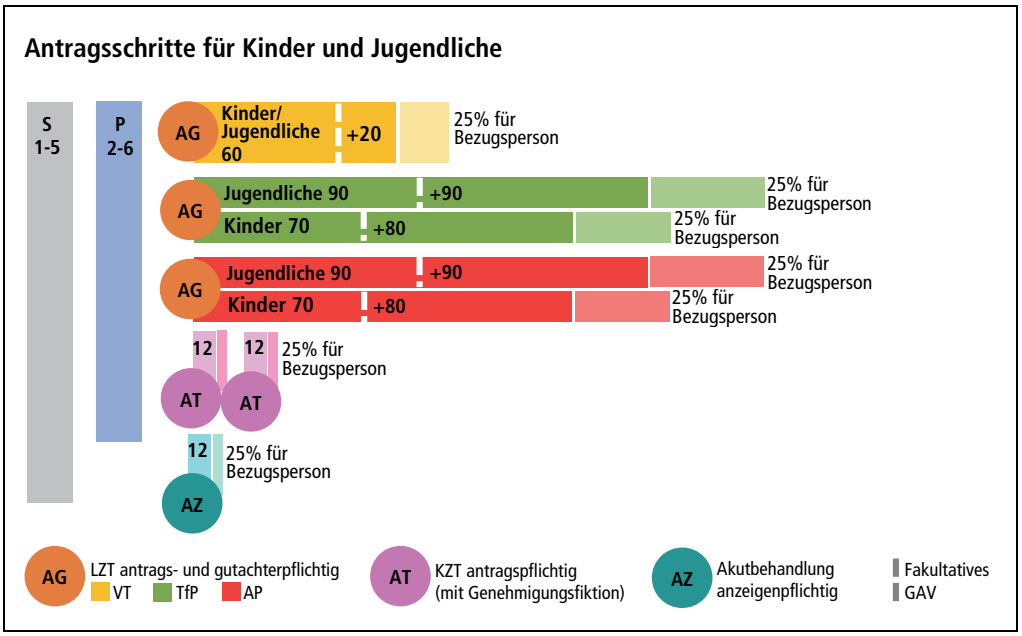


Abbildung 6

7. Rezidivprophylaxe

Die Sitzungen der Rezidivprophylaxe in dieser neuen Psychotherapie-Richtlinie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents der LZT. Die Entscheidung, ob eine Rezidivprophylaxe nach Behandlungsende von Nöten sein wird, sollte, wenn dies bei der Beantragung der LZT bereits absehbar ist, im Bericht an den Gutachter begründet werden. Die beantragten Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der LZT in Anspruch genommen werden. Die Beantragung einer Rezidivprophylaxe nach einer KZT oder eine alleinige Beantragung einer Rezidivprophylaxe sind nicht zulässig.

Folgende Sitzungen Rezidivprophylaxe können beantragt werden:

- Erwachsene: Behandlungsdauer ab 40 Sitzungen –> max. 8 Stunden Rezidivprophylaxe
- Erwachsene: Behandlungsdauer 60 Sitzungen und mehr –> max. 16 Stunden Rezidivprophylaxe
- Kinder/Jugendliche: Behandlungsdauer 40 bis 59 Sitzungen –> max. 10 Stunden Rezidivprophylaxe
- Kinder/Jugendliche: Behandlungsdauer 60 Sitzungen und mehr –> max. 20 Stunden Rezidivprophylaxe

Einschätzung:

■ Diese Regelung bringt den Patienten keine Verbesserung, denn

auch schon bisher war es ohne Antrag möglich, das letzte Kontingent einer Psychotherapie zu Zwecken der Rezidivprophylaxe niederfrequent zu gestalten. Wir forderten ein echtes Add-on, insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen, von 12 Sitzungen pro Jahr. Die fehlende Umsetzung einer wirklichen Rezidivprophylaxe bedauern wir sehr.

■ Die neue Regelung fordert einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, außerdem wird es kaum möglich sein, bereits zu Beginn einer Langzeittherapie zu bestimmen, ob eine Rezidivprophylaxe erforderlich sein wird. Wir erwarten daher, dass viele Kollegen/innen die bisherige Regelung weiter nutzen.

8. Dokumentationsbogen (§ 38 PT-RL)

Zu Beginn und am Ende einer Richtlinientherapie ist in der neuen Psychotherapie-Richtlinie ein Dokumentationsbogen – gemeinsam mit den Patienten – auszufüllen. Wird ein Bericht an den Gutachter geschrieben, ist der Dokumentationsbogen dem Bericht an den Gutachter beizufügen. Der Bogen selbst verbleibt in der Patientenakte.

In dem Dokumentationsbogen finden sich neben der Frage nach Sozialdaten auch verpflichtend ein psychometrisches Testverfahren und die schriftliche Fixierung von Therapiezielen.

Einschätzung:

■ Der Sinn und Zweck dieses Dokumentationsbogens ist für Patient oder Psychotherapeut nicht ersichtlich.

■ Der Bogen ist nicht evidenzbasiert. Der Einsatz des Dokumentationsbogens soll evaluiert werden, wobei in der Psychotherapie-Vereinbarung das nähere festgelegt werden soll.

■ Bei Kindern und Jugendlichen wird grundsätzlich ein Intelligenztest, bzw. die Einschätzung der Intelligenz verlangt, obwohl das fachlich gegebenenfalls nicht notwendig ist.

■ Wir fordern, dass der zusätzliche Aufwand hierfür auch zusätzlich vergütet wird.

9. Gruppentherapie

Wie in der Einzeltherapie entfällt in der Gruppentherapie die Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie. Der Bericht an den Gutachter für den Umwandlungsantrag/die Langzeittherapie bleibt bestehen. Wie auch in der Einzeltherapie wurde das erste Kontingent der LZT bei der VT und der TfP auf 60 Doppelsitzungen erhöht. Bei der AP bleibt es beim ersten Bewilligungsschritt von 80 Doppelsitzungen.

Soll die Therapie auf das Maximalkontingent (bei VT und TfP 80, bei AP 150) verlängert werden, steht es auch hier den Krankenkassen frei, einen Bericht an den Gutachter zu fordern.

Die Kontingente in der Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen wurden analog angepasst:

Bei Kindern und Jugendlichen gelten zukünftig als erstes LZT-Kontingent bei der AP und TfP 60 Doppelstunden und als Höchstkontingent 90 Doppelstunden; in der VT 60 Doppelstunden und in der Verlängerung die Höchstgrenze von 80 Doppelstunden.
Die Gruppengröße für Gruppen wurde für alle Verfahren von minimal drei bis maximal neun Teilnehmern vereinheitlicht.

Wird in der KZT von Einzeltherapie auf Gruppentherapie gewechselt, reicht eine Anzeige dieses Wechsels bei der Krankenkasse.

Die neuen Antragsschritte für Erwachsene (Gruppe) und für Kinder und Jugendliche (Gruppe) finden Sie in den Abbildungen 7 und 8 auf Seite 20.

Einschätzung:
Ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers im GKV-VSG war die Förderung der Gruppentherapie. Dieses sehen wir nur sehr geringfügig umgesetzt:

■ Für die Psychodynamischen Verfahren TfP und AP wird zukünftig auch eine Behandlung in einer Kleingruppe möglich sein. Das wird u.a. eine Erleichterung bei der Zusammenstellung von Gruppen sein.

■ Auch in Praxen mit Räumlichkeiten, die keine sechs Patienten fassen, wäre zukünftig in der TfP und AP die räumliche Umsetzung einer Gruppentherapie möglich.

■ Die organisatorischen Probleme, große Gruppen zu organisieren oder aufrecht zu erhalten (z.B. Krankheit eines Gruppenmitgliedes oder Urlaub) wären etwas vermindert.

■ Vorher waren im Rahmen einer Verhaltenstherapie kleine Gruppen auch mit zwei Patienten möglich, nun wurde die Minimalgröße auf drei erhöht.

■ Der Wegfall der Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie und die Möglichkeit, die Behandlung für die weitere Verlängerung einer LZT ohne weiteren Bericht fortzusetzen, soll die Gruppentherapie fördern. Es bleibt aber dabei, dass für jedes Gruppenmitglied ein LZT-Antrag geschrieben werden muss. Wir hatten hier eine generelle Befreiung von der Berichtspflicht für die Gruppentherapie gefordert.

■ Die von uns geforderten niedrigschwelligen, z.B. psychoedukativen, Gruppen wurden nicht umgesetzt.

10. Qualifikation der Gutachter (§ 35 PT-RL)

Die Qualifikation für Gutachter wurde präzisiert und erweitert. Neu ist, dass Gutachter zum Zeitpunkt ihrer Bestellung für die Begutachtung von Gruppentherapie

Sinn und Zweck dieses Dokumentationsbogens ist für Patient und Psychotherapeut nicht ersichtlich

alle im jeweiligen Verfahren auch die Qualifikation für Gruppentherapie nachweisen müssen. Weiter müssen Gutachter zum Zeitpunkt ihrer Bestellung nachweisen, dass sie nicht nur mindestens drei Jahre, sondern auch grundsätzlich aktuell an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Für die Begutachtung Tiefenpsychologisch fundierter Behandlungen werden zukünftig auch Gutachter mit (alleiniger) Fachkunde in TfP bestellt. Die Übergangsregelungen lassen derzeit bestellte Gutachter weiterhin bis zum Ende ihrer Bestellung im Amt, ebenso Gutachter, die nach der bis zum 30.9.2005 gültigen Psychotherapie-Richtlinie tätig gewesen sind.

Einschätzung:

■ Wir begrüßen, dass Gutachter für Gruppentherapie ebenfalls ihre spezifische fachliche Qualifikation nachweisen müssen.

■ Eine lang erhobene Forderung nach Tiefenpsychologisch fundierten Gutachtern für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien konnten wir durchsetzen. Hier haben die Krankenkassen signalisiert, dass baldmöglichst – bevor die derzeitige Amtszeit der Gutachter ausläuft – eine größere Gruppe von TfP-Gutachtern neu einbestellt wird, um diese neue Regelung möglich zu machen.

■ Gutachter sollen mit der ambulanten Versorgung und deren Struktur vertraut sein und tätig sein. Zurzeit gibt es weiterhin ca. 50 Gutachter, die nur in stationären Einrichtungen arbeiten.

■ Kritisch sehen wir, dass viele Bedingungen mit der Formulierung „grundsätzlich" Ausnahmen zulassen. Wir fordern, dass diese Ausnahmeregelungen transparent geregelt werden.

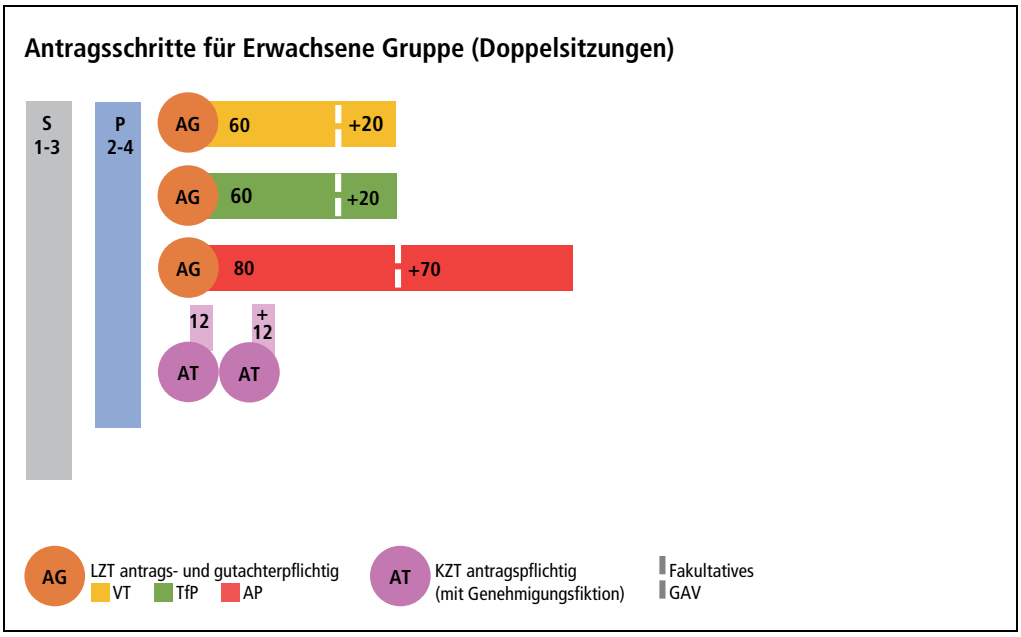


Abbildung 7

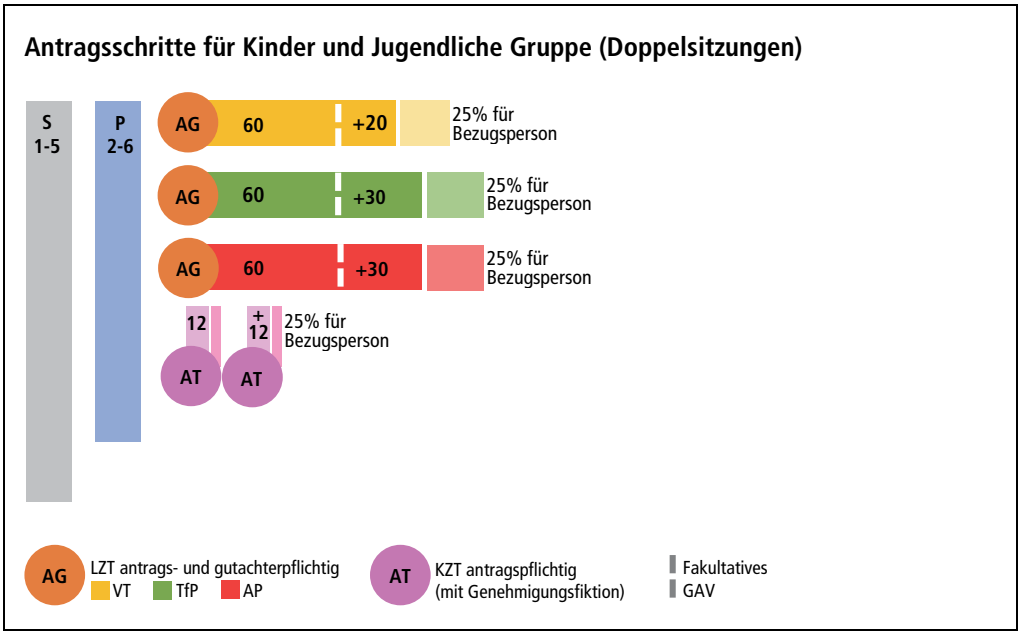


Abbildung 8

11. Besonderheiten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Zusammenfassung

In der Therapie von Kindern und Jugendlichen wurde die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen noch einmal spezifiziert und und auf Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, z. B. Erzieher und Lehrer, erweitert.

In der Sprechstunde können bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne den Patienten durchgeführt werden, sollte dies aus fachlicher Sicht indiziert sein.

Der Besonderheit, dass bei Kindern und Jugendlichen auch die Bezugspersonen oftmals in die Behandlung mit einbezogen werden müssen, wurde bei der Sprechstunde und den probatorischen Sitzungen mit zwei zusätzlichen Sitzungen Rechnung getragen. Das bedeutet, Kinder und Jugendliche können bis zu 250 Minuten Sprechstunde und bis zu sechs probatorische Sitzungen in Anspruch nehmen.

Auch eine weitere Klarstellung ist hilfreich: Jugendliche bis 21 Jahre

können eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalten. Im Sinne der Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.

Eine Ausnahmeregelung wurde hinzugefügt: Eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung kann auch erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden, wenn damit der Therapieerfolg abgesichert wird. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

Die Regelungen zur KZT in Gruppen wurden mit den Regelungen für die KZT im Einzelsetting zusammengeführt und sind nun so gefasst, dass diese zukünftig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen gelten. Damit wird auch für Kinder die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung im Gruppensetting in der KZT möglich.

Analog wurden nach der neuen Systematik der Erwachsenentherapie auch die Antragsschritte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angepasst. Siehe hierzu auch die Grafiken unter dem Punkt 6. Langzeittherapie und dem Punkt 9. Gruppentherapie.

Ebenso wurde analog der neuen Systematik der Erwachsenentherapie auch die Rezidivprophylaxe für Kinder und Jugendliche umgesetzt und hier auch die zusätzlich benötigten Bezugspersonensitzungen berücksichtigt. Weitere Details und die Einschätzung siehe oben unter Rezidivprophylaxe.

Einschätzung:

■ Dass die Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld nun auch per PT-RL erlaubt ist, ist der Realität angemessen und wird von uns ausdrücklich begrüßt, ebenso, dass es in der Sprechstunde die Möglichkeit geben kann, einen kleinen Anteil der Gespräche auch ohne die Kinder zu führen.

■ Wir begrüßen, dass die Anzahl der zusätzlichen Sitzungen für die Einbeziehung von Bezugspersonen von maximal 25 % im Rahmen der Behandlung weiterhin bestehen bleibt sowohl in der KZT als auch in der LZT, auch dass dieser zusätzliche Bedarf an Sitzungen für die Bezugspersonen in der Sprechstunde und auch bei den probatorischen Sitzungen berücksichtigt wurden.

■ Es fehlt ein expliziter Hinweis, dass auch in der Akutbehandlung für die Gespräche mit den Bezugspersonen ein zusätzliches Kontingent an Sitzungen möglich ist. Dies muss noch in den nun folgenden Verhandlungen in der PT-V geregelt werden, in der Art, wie es in der PT-V in § 11 Abs. 9 Satz 3 bereits für die KZT und LZT geregelt wird.

■ Die Möglichkeit einer KZT bei Kindern in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde lange von den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gefordert.

■ Zu kritisieren ist: Der Umfang des Dokumentationsbogens für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist sehr umfangreich. Der Sinn und die Formulierung einzelner Items kann nicht nachvollzogen werden.

Kritisch sehen wir, dass viele Bedingungen mit der Formulierung „grundsätzlich" Ausnahmen zulassen

Literatur- und Quellenverzeichnis

Grafiken und Fotos aus dem G-BA: https://goo.gl/OskjPR

DPtV-Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und GKV-SV Stufenmodell für die ambulante Psychotherapie: Best, Dieter/Schäfer, Sabine: „Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung" in: Psychotherapie Aktuell 4.2013, S. 16ff.

SGB V § 92 Abs. 6a: http://goo.gl/ZEWDho
Ärztezeitung (27.6.2016). *Wie Hausärzte die Angststörung effektiver vertreiben.* http://goo.gl/N2l7ug

Gemeinsame Pressemitteilung bvvp, DPtV und VAKJP: http://goo.gl/drdyFG

Pressemeldung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): https://goo.gl/hV1keU

Beschluss mit Tragenden Gründen und Vorabversion der Psychotherapie-Richtlinie: https://goo.gl/kYffKr

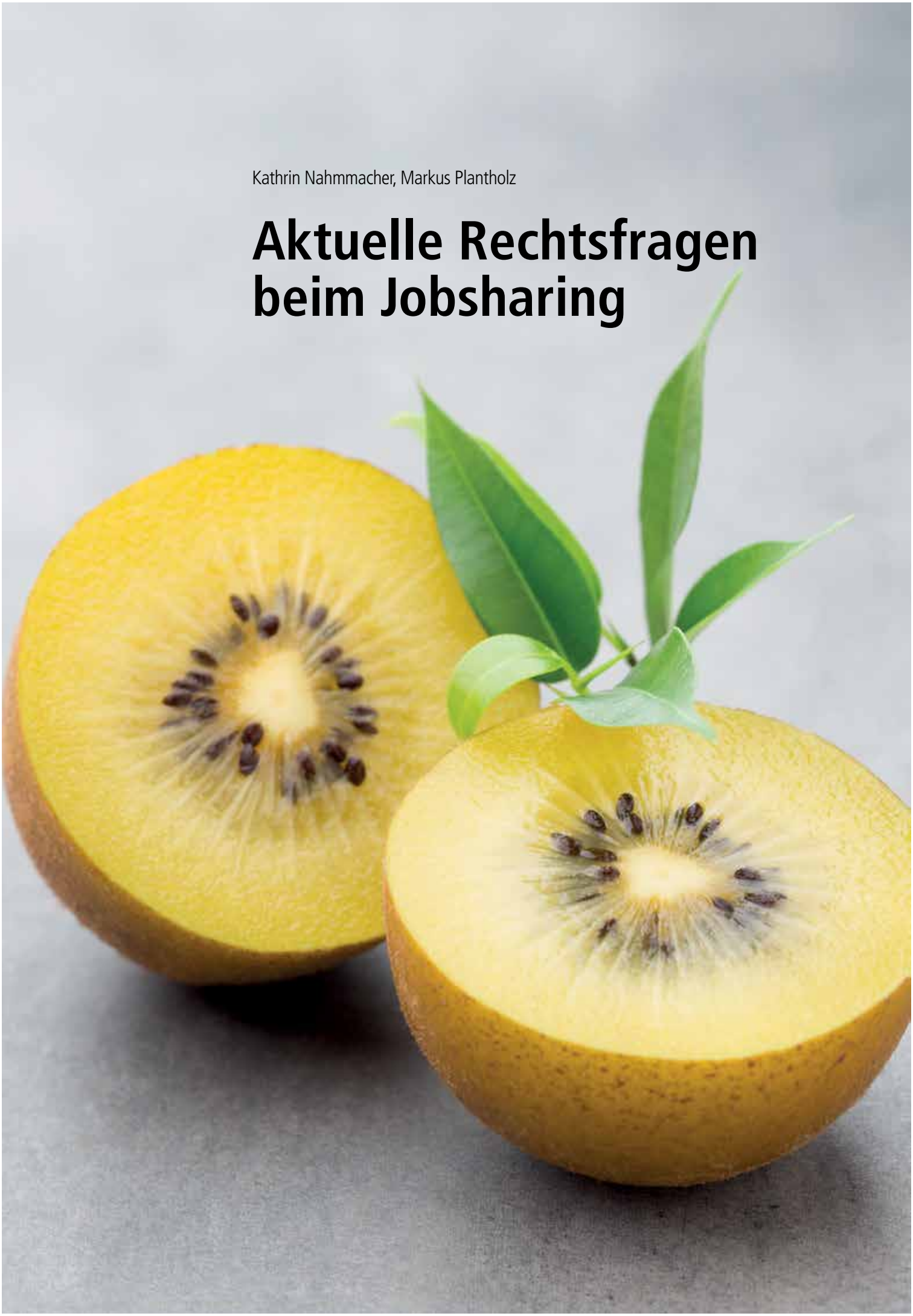
DPtV Bundesmitgliederbrief 2.2016 (Juni 2016) mit Sonderbeilage: http://goo.gl/yRN5te

Sabine Schäfer

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Kathrin Nahmmacher, Markus Plantholz

Aktuelle Rechtsfragen beim Jobsharing



Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss am 16.6.2016 im sogenannten Plenum eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Umsetzung der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffenen Vorgaben zur Neubestimmung der Leistungsmengengrenzen getroffen hat, ist zu erwarten, dass das Jobsharing Konjunktur erhält. Denn durch die Zusammenarbeit zweier Gesellschafter in einer Jobsharing-BAG oder die Anstellung eines Psychotherapeuten mit Leistungsbeschränkung kann nunmehr einerseits die Versorgungsnotwendigkeit der Praxis durch die Stärkung des Versorgungsbeitrages begründet und andererseits auch besser der gesetzlich vorgesehene Zeitraum von drei Jahren bis zum Wegfall der Versorgungsbedarfsprüfung überbrückt werden. Wegen der von uns erwarteten Zunahme der Jobsharing-Praxen befassen wir uns in dem nachfolgenden Beitrag mit einigen aktuellen Rechtsfragen. Zunächst wird der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Leistungsmengengrenze aus rechtlicher Sicht beleuchtet (dazu I.), bevor wir (unter II.) die teilweise offene Rechtslage zur Frage des Umfangs von Nebentätigkeiten beim Jobsharing darstellen.

I. Neuregelungen zur Bestimmung der Leistungsmengengrenzen

Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die sich eine Zulassung im überversorgten Planungsbereich im Wege des sogenannten Jobsharing teilen oder einen Angestellten mit Leistungsbeschränkung beschäftigen, dürfen nach bislang geltender Rechtslage den Leistungsumfang der Praxis nur um maximal 3 % erhöhen (Leistungsbegrenzung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, § 40 S. 1 Nr. 4, § 42 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)). Diese „Obergrenze" machte es für viele, insbesondere für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen bisher unattraktiv, einen Jobsharing-Partner aufzunehmen oder einen Angestellten mit Leistungsbeschränkung zu beschäftigen.

1. Steigerungsmöglichkeiten für unterdurchschnittliche Jobsharing-Praxen

Nach dem aktuellen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16.6.2016 soll es die Obergrenze beim Jobsharing in dieser generellen Form künftig nicht mehr geben. Vielmehr sollen Praxen, deren Praxisumfang unterhalb des Fachgruppendurchschnitts liegt, ihren Umsatz bis zum Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 25 % ausweiten können. Die neue Ausnahmeregelung für Psychotherapeuten mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang findet sich in § 43 Abs. 2 Nr. 2 BPL-RL in der neuen Fassung, der besagt: *„Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe im Planungsbereich abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zzgl. 25 v.H. fest."*

Bezugsgrößen sind insoweit regelmäßig die Abrechnungsergebnisse der Praxis der letzten mindestens vier Quartale vor Antragstellung im Jobsharing-Genehmigungsverfahren sowie der durch die Kassenärztliche Vereinigung ermittelte Fachgruppendurchschnitt des jeweiligen Planungsbereichs. Neu ist in diesem Zusammenhang, dass die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts ohne Berücksichtigung der Ärzte bzw. Psychotherapeuten erfolgt, die gemeinsam in Jobsharing-Praxen oder Angestelltenverhältnissen mit Leistungsbegrenzung tätig sind, (§ 43 Abs. 2 Nr. 1 BPL-RL n.F.). Für Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag wird der halbe nach § 43 Abs. 2 BPL-RL berechnete Wert als Obergrenze festgelegt (§ 43 Abs. 3 BPL-RL n.F.).

Hiermit setzte der G-BA die Vorgaben des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes um, wonach beim Jobsharing Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung im Falle eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs zu beschließen waren, wobei eine Vergrößerung des Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Praxen nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden sollte. Diese Vorgabe in § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V war letztlich vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erfolgt, wonach es unterdurchschnittlich abrechnenden Vertragsärzten generell möglich sein muss, den Praxisumfang bis zum Durchschnittswert ihrer Fachgruppe zu steigern (BSG, Urteil vom 28.1.2009 – B 6 KA 4/08 R). Eine solche Wachstumsmöglichkeit war aus Gründen der Gleichbehandlung auch den Vertragsärzten/-psychotherapeuten im Rahmen des Jobsharing einzuräumen.

Von der Neuregelung profitieren unterdurchschnittliche und neu gegründete Praxen

Gemäß § 43 Abs. 1 Satz 4 BPL-RL n.F. gilt die Sonderregelung *„in den Fällen, in denen ein bereits zugelassener Vertragsarzt über vier Quartale einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang (...) aufweist."* Nicht klar definiert ist, ob es sich hierbei um einen Zeitraum von vier aufeinander folgenden, also zusammenhängenden Quartalen handeln muss oder es für die Feststellung der „Unterdurchschnittlichkeit" ausreicht, dass der Praxisumsatz in einem längeren Zeitraum (von z.B. sechs bis acht Quartalen) in insgesamt vier Quartalen unterhalb des Fachgruppendurchschnitts lag. Der Wortlaut der Regelung spricht dafür, dass der Beurteilung wohl auch ein längerer Zeitraum zu Grunde gelegt werden kann und es sich nicht zwingend um zusammenhängende Quartale handeln muss. Anderenfalls hätte der Normgeber dies wohl klarstellend definiert, beispielsweise durch die Formulierung *„vier zusammenhängende Quartale"* oder *„vier aufeinanderfolgende Quartale"*. Ferner spricht für die Betrachtung eines längeren Zeitraums die Vorgabe in § 42 Abs. 1 Satz 1 BPL-RL, wonach Grundlage der Festlegung

der Obergrenze immer die Abrechnungsbescheide der „vorausgegangenen *mindestens* vier Quartale" sind.

Die Ausnahmeregelung soll nach der Neufassung des § 43 BPL-RL nicht nur für unterdurchschnittlich abrechnende, sondern auch für solche Praxen gelten, die erst sehr kurze Zeit bestehen und bei denen ein Vergleich der Abrechnungsergebnisse über einen längeren Zeitraum daher nicht möglich ist. Nach der Spruchpraxis der meisten Zulassungsausschüsse wird als „Kürze der bisherigen Tätigkeit" regelmäßig ein Zeitraum von weniger als vier Quartalen angesehen. Auch diese „Anfängerpraxen" erhalten künftig eine Obergrenze nicht nur in Höhe des Fachgruppendurchschnitts wie bisher, sondern 25 % darüber hinaus. Ebenso profitieren Praxen von dieser Sonderregelung, die in den vergangenen Quartalen aufgrund der Betreuung und Erziehung von Kindern und/oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht haben.

Die Neuregelung stellt in jedem Falle eine Verbesserung für alle unterdurchschnittlich ausgelasteten Psychotherapeuten bei der Festlegung ihrer individuellen Leistungsbegrenzung im Rahmen einer Jobsharing-BAG oder einer Anstellung mit Leistungsbeschränkung dar.

Kritik an der Ungleichbehandlung von durchschnittlich abrechnenden Praxen

2. Keine Steigerungsmöglichkeiten für durchschnittlich abrechnende Praxen

Keine einheitliche Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse zum Umfang der Nebentätigkeit

Es stellt sich aber die Frage, warum es nur unterdurchschnittlichen Praxen möglich sein soll, den Umfang im Rahmen des Jobsharing bis 25 % über den Fachgruppendurchschnitt auszuweiten. Die Regelung stellt unseres Erachtens eine Benachteiligung für alle durchschnittlich abrechenden Praxen dar. Aus unserer Sicht ist es mit Art. 3 GG nicht zu vereinbaren, dass ein Psychotherapeut, dessen Abrechnungsergebnisse der letzten mindestens vier Quartale dem Fachgruppendurchschnitt entsprechen oder leicht darüber liegen, nicht in den Genuss der Steigerungsmöglichkeit nach der geschaffenen Neuregelung für Jobsharer kommen soll, sondern eine Leistungsbegrenzung auf Basis des Fachgruppendurchschnitts bzw. geringfügig darüber erhält. Mit welcher Rechtfertigung darf also eine Praxis mit durchschnittlichem Praxisumsatz nur 3 % mehr im Rahmen eines Jobsharing abrechnen, eine unterdurchschnittliche Praxis aber bis zu 25 % mehr als der Fachgruppendurchschnitt?

Diese Fragen stellten sich bereits im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch das GKV-VSG, und es blieb abzuwarten, wie der G-BA die Forderungen umsetzen und konkretisierten würde. Die tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA enthalten hierzu keine näheren Erkenntnisse. Es heißt hier lediglich, die Festlegung einer pauschalen Obergrenze in Form einer vom-Hundert-Angabe sei rechtlich vertretbar und rechtmäßig, was aus der weiten Gestaltungsfreiheit des Normgebers folge. Eine Obergrenze von 25 % über dem Fachgruppendurchschnitt sei auch sachgerecht, um die strukturellen Unterschiede angemessen zu berücksichtigen und gleichzeitig eine unbegründete Ungleichbehandlung von Ärzten und Psychotherapeuten zu vermeiden. Der Höhe nach handele es sich um eine maßvolle Vorgabe zur Vergrößerung des Praxisumfangs, die auch dem der Festlegung von Abrechnungsobergrenzen immanenten Zwecksetzung Rechnung trage, einer unwirtschaftlichen Leistungsmengenausweitung vorzubeugen.

Aus welchem Grund und mit welcher Rechtfertigung nun aber durchschnittlich abrechnende Psychotherapeuten im Rahmen des Jobsharing auf diesen Wert „eingefroren" werden und nicht in den Genuss der 25 %igen Steigerungsmöglichkeit kommen sollen, bleibt ungeklärt. Aus unserer Sicht müsste diese „maßvolle Vorgabe zur Vergrößerung des Praxisumfangs" gleichermaßen für durchschnittlich abrechnende Psychotherapeuten gelten, da nicht ersichtlich ist, weshalb eine solche Obergrenze für diese im Vergleich zu den unterdurchschnittlich abrechnenden Kollegen eine unwirtschaftliche Leistungsmengenausweitung bedeutet.

Es wird sich zeigen, ob die Neuregelung in dieser Form dauerhaft Bestand hat oder nach der „Beobachtungsphase" geändert oder im vorstehenden Sinne erweitert wird. Der G-BA ist verpflichtet, die Auswirkungen der Regelung in § 43 Abs. 2 Nr. 2 BPL-RL 18 Monate nach ihrem Inkrafttreten zu evaluieren. In dieser Zeit sollen die ersten praktischen Auswirkungen der Regelung sowohl hinsichtlich der Versorgung als auch des Leistungsgeschehens beobachtet werden. Anschließend wird darüber beraten werden, ob eine Anpassung erforderlich ist. Gegebenenfalls ist auch eine Konkretisierung bzw. Erweiterung der gesetzlichen Grundlage in § 101 Abs. 1 Nr. 6 SGB V geboten. Denn mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG ist dies schwerlich zu vereinbaren.

3. Anpassung der Obergrenzen für bestehende unterdurchschnittliche Jobsharing-Praxen

Erfreulich ist, dass durch eine Änderung des § 44 BPL-RL eine Anpassung der Leistungsobergrenzen bereits bestehender Jobsharing-Praxen erfolgen kann. Auf Antrag sind danach die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM, *dieser Richtlinie* (neu) oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Hiermit soll gemäß G-BA den betroffenen Vertragsärzten die Möglichkeit eingeräumt werden, aufgrund der

Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie auch eine Änderung der Punktzahlobergrenze zu beantragen (Tragende Gründe zum Beschluss vom 16.6.2016, S. 5).

Schließlich ist zu beachten, dass aufgrund der Neuregelung in § 40 BPL-RL eine Jobsharing-Zulassung künftig nur noch *zum Beginn eines Quartals* erteilt wird. Begründet wird dies damit, dass mit dem Antrag auch die vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung anerkannt werden müsse und die Ermittlung der Obergrenze auf *quartalsbezogenen* Abrechnungsdaten beruhe. In der Vergangenheit habe der Beginn von Jobsharing-Verhältnissen innerhalb eines Quartals immer wieder zu Schwierigkeiten und letztlich zu Rechtsstreitigkeiten geführt, da die Leistungen vor und nach Beginn des Jobsharing getrennt bewertet werden mussten. Diese Regelung, die gleichermaßen für die Anstellung mit Leistungsbeschränkung gilt, soll daher das entsprechende Konfliktpotenzial reduzieren und Rechtssicherheit schaffen.

Die Änderungen der BPL-RL stehen insgesamt unter dem Vorbehalt der Prüfung und Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und werden erst nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger – frühestens im August 2016 – in Kraft treten.

II. Nebentätigkeit beim Jobsharing

Da es beim Jobsharing immer um die Aufteilung eines (vollen oder hälftigen) Versorgungsauftrages geht und ein Jobsharing-Partner wegen der nicht vollschichtigen vertragsärztlichen Tätigkeit nicht selten auf eine zusätzliche (Erwerbs-)Tätigkeit angewiesen ist, stellt sich die Frage nach der Zulässigkeit bzw. dem Umfang einer neben dem Jobsharing ausgeübten Beschäftigung (Nebentätigkeit). Die Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse zu dieser Frage ist nicht konsistent. Mehrheitlich überlassen die Zulassungsausschüsse die Aufteilung des aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages dem Innenverhältnis der Jobsharing-Partner und sehen keine zeitliche Beschränkung in Hinblick auf die Nebentätigkeit vor. Praktiziert wird aber auch die Beschränkung der weiteren Tätigkeit neben einer vollen Zulassung auf 19,25 Stunden (Westfalen-Lippe); aus einzelnen Zulassungsausschüssen (Bremen, Schleswig-Holstein) sind Beschränkungen auf 13 Stunden bekannt. In Hamburg haben wir selbst einmal ein Verfahren vor dem Berufungsausschuss gegen eine Beschränkung auf 26 Stunden wöchentlich geführt und 30 Stunden andere Tätigkeit zugestanden bekommen.

1. Rechtsprechung des BSG vor Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes

Werden im Rahmen der Erteilung einer vertragsärztlichen Zulassung durch den Zulassungsausschuss Regelungen zur Ausübung weiterer Tätigkeiten auferlegt, handelt es sich um sogenannte Nebenbestimmungen. Diese haben ihre Rechtsgrundlage in § 32 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 20 Abs. 3 Ärzte-ZV. Nach § 32 Abs. 1 SGB X darf ein Verwaltungsakt, auf den ein Anspruch besteht, mit einer Nebenbestimmung nur versehen werden, wenn sie durch Rechtsvorschrift zugelassen ist oder wenn sie sicherstellen soll, dass die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsakts erfüllt werden. Grundsätzlich haben Nebenbestimmungen, mit denen der Zeitumfang einer weiteren Tätigkeit neben der Zulassung beschränkt wird, den Zweck der Absicherung, dass der Psychotherapeut im erforderlichen Umfang für die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Versorgung (im Folgenden kurz: Vertragsversorgung) zur Verfügung steht (§ 20 Abs. 1 Ärzte-ZV).

a) Seit 2002 hat das BSG in ständiger Spruchpraxis entschieden, dass neben einer vertragsärztlichen Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 13 Stunden wöchentlich ausgeübt werden darf. Diese Höchststundenzahl ergibt sich, wenn man davon ausgeht, dass der übliche Umfang der Vertragsversorgung eine vollzeitige Tätigkeit mit einer Wochenarbeitszeit von 39 Stunden darstellt und man den zulässigen Umfang einer weiteren Beschäftigung auf ein Drittel dieser Arbeitszeit bestimmt, so dass eine noch vertretbare Gesamtbelastung von 52 Wochenstunden entsteht.

b) Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 wurde § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV eingefügt, der eine Halbierung des Versorgungsauftrags zulässt, so dass sich die Frage nach dem Umfang der weiteren Tätigkeit neben einem hälftigen Versorgungsauftrag stellte. Wie schon zuvor lehnte das BSG die Konkretisierung des erforderlichen Umfangs für die Vertragsversorgung nach § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV durch die im Bundesmantelvertrag geregelten Sprechstundenverpflichtungen (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä) von 20 Sprechstunden bei vollem und 10 Sprechstunden bei hälftigem Versorgungsauftrag ab. Mit den Sprechstunden werde nur ein Mindestumfang und nicht der übliche Umfang der Vertragstätigkeit definiert. Zur vorgegebenen Sprechzeit träten weitere Zeiten z.B. für Verwaltung, Abrechnungen und speziell bei psychotherapeutischer Versorgung auch für Dokumentation, Berichts- und Gutachtenerstellung hinzu. Das BSG hat eine weitere Beschäftigung im Umfang von max. 26 Wochenstunden neben dem hälftigen Versorgungsauftrag als mit § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV zu vereinbaren erachtet (Urteil vom 13.10.2010 – B 6 KA 40/09 R). Im Wege der Typisierung sei zu den mindestens 10 Sprechstunden pro Woche ein Aufschlag von 30 bis 50 % für notwendige Begleitleistungen zu addieren, so dass sich für den halben Versorgungsauftrag eine Zeit von insgesamt mindes-

dpv

Richtlinien-therapie praxisnah!

Udo Boessmann, Arno Remmers

Praktischer Leitfaden der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinientherapie

Wissenschaftliche Grundlagen, Psychodynamische Grundbegriffe, Diagnostik und Therapietechniken

2016, 432 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-942761-40-6, 30,00 EUR

Die komplett überarbeitete Neuauflage beinhaltet die wichtigsten praxisrelevanten Informationen aus den Psychotherapie-Richtlinien, dem aktuellen Kommentar und der OPD und bietet so eine optimale Orientierung.

Die Grundkonzepte, das diagnostische Vorgehen und die Behandlungsplanung der tiefenpsychologisch fundierten Therapie sind gut verständlich dargestellt. Die Autoren zeigen auf, wie sich die Psychotherapie-Richtlinien optimal im kassenpsychotherapeutischen Praxisalltag umsetzen lassen.

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

163301

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

tens 13 bis 15 Stunden wöchentlich ermitteln lasse. Ebenso ergebe sich diese Höchststundenzahl, wenn man ausgehend von der üblichen Wochenarbeitszeit für einen vollen Versorgungsauftrag von 39 Stunden typisierend eine Begrenzung der Gesamt-Wochenarbeitszeit auf maximal 52 Stunden vornimmt und diese halbiert.

2. Nebentätigkeit im Jobsharing

a) Zur zeitlichen Reichweite einer mit § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV zu vereinbarenden Nebentätigkeit gibt es nach unserem Überblick keine sozialgerichtliche Rechtsprechung. Allerdings wird von einigen Zulassungsausschüssen Bezug genommen auf ein Urteil des Hessischen LSG (vom 7.7.2010 - L 4 KA 69/09). In der Tat führt das Gericht dort aus, dass mit der Jobsharing-Zulassung letztlich eine volle Zulassung erteilt werde, weshalb sich hieraus prinzipiell die Berechtigung zur vollzeitigen vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit ergebe (a.a.O. Rn. 26). Daraus wird dann – etwa von der KV Bremen – geschlossen, dass es zur Sicherstellung der Wahrnehmung eines vollen Versorgungsauftrages weder gestattet sei, einen zusätzlichen Versorgungsauftrag in Form einer Zulassung auszufüllen noch einer Nebentätigkeit nachzugehen, die den Vertragspsychotherapeuten an der ordnungsgemäßen Wahrnehmung des Versorgungsauftrages hindere; die Rechtsprechung zur Beschränkung der Nebentätigkeit auf 13 Stunden bei vollem Versorgungsauftrag sei mithin auf die Jobsharing-Zulassung übertragbar.

b) Tatsächlich richtete sich die Klage in diesem Rechtsstreit gegen die Bedingung im Rahmen der Erteilung einer Sonderbedarfszulassung als KJP, die zuvor bereits erteilte Jobsharing-Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie aufzugeben. Vollkommen zu Recht hat das LSG festgestellt, dass neben einer Zulassung im Wege des Jobsharing eine Sonderbedarfszulassung im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages nicht möglich ist. Es entsprach bereits zuvor der Rechtsprechung des BSG, dass einem Arzt nur ein Vertragsarztsitz und nur ein voller Versorgungsauftrag zugeordnet sein kann und deshalb eine zweite (Teil-)Zulassung nicht möglich ist *(so bereits BSG, Beschluss vom 9.2.2011 - B 6 KA 44/10 B, Rn. 11; zulässig sind aber zwei hälftige Versorgungsaufträge, dazu BSG, Urteil vom 11.2.2015 – B 6 KA 11/14 R)*. Die dortige Klägerin machte geltend, zwei volle Versorgungsaufträge als Augenärztin und Neurologin ausüben zu dürfen. Mit der zeitlichen Reichweite einer weiteren Beschäftigung hat dies nicht unmittelbar zu tun. Das Hessische LSG hat sogar ausdrücklich ausgeführt, dass das Jobsharing den zugelassenen Psychotherapeuten erlaube, „im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft die sich aus dem übertragenen Versorgungsauftrag ergebenden Versorgungsverpflichtungen gegenüber ihren Patienten intern nach selbst gesetzten Kriterien zu verteilen" (vom 7.7.2010 - L 4 KA 69/09, Rn. 26). Nur folgt daraus eben nicht, dass neben einer Zulassung noch eine weitere Jobsharing-Zulassung ausgeübt werden kann.

Denn mehr als eine Zulassung zu haben würde nach Ansicht des LSG damit kollidieren, dass die Jobsharing-Partner umfassende Sprechstunden anbieten dürfen: *„Das ändert aber nichts an der der Klägerin mit der Jobsharing-Zulassung erteilten vollen Zulassung und ihrer sich hieraus prinzipiell ergebenen Berechtigung zur vollzeitigen vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit, als dem rechtlichen Dürfen, wie es das Sozialgericht zutreffend formuliert hat. Damit wäre eine weitere – auch nur hälftige Zulassung […] nicht vereinbar, denn die Klägerin würde dann über 1½ oder sogar zwei Versorgungsaufträge verfügen."* Die Beschränkung der weiteren Tätigkeit außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist aber nicht daran auszurichten, wie viel ein Jobsharing-Partner aufgrund seiner Zulassung arbeiten darf, sondern wie viel er mindestens arbeiten muss.

c) Die Möglichkeit des Jobsharing ist mit Wirkung vom 1.7.1997 durch das 2. GKV-NOG eingeführt worden und geht auf die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses im laufenden Gesetzgebungsverfahren zurück *(Bundestags-Drucksache 13/7264)*. Den Zweck seiner Empfehlung hat der Ausschuss mehrfach ausdrücklich damit beschrieben, dass es Ziel dieser Regelungen sei, den Bedürfnissen vieler Ärzte nach individueller Festlegung ihres Arbeitseinsatzes nachzukommen und zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte zu schaffen, ohne mit diesen Regelungen die Gefahr einer Leistungsausweitung auszulösen. Weil sich der Beitrag, den der Zulassungsinhaber zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten leistet, durch das Hinzukommen eines Jobsharing-Partners nicht wesentlich verändert, ist es gerechtfertigt, die Neuzulassung bei den Feststellungen zum Versorgungsgrad nicht mitzurechnen (§ 46 BPL-RL). Dem gesetzlichen Ziel der Flexibilisierung dient die Möglichkeit, dass sich beide Jobsharing-Partner in grundsätzlich freier Vereinbarung im Innenverhältnis entscheiden, wie sie die Versorgungszeiten aufteilen. Die Grenze ist dort erreicht, wo der Inhaber der Vollzulassung sich letztlich vollständig vertreten lässt, weil anderenfalls § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V ebenso umgangen würde wie § 32 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV mit den dort enthaltenen Regelungen zur Vertretung. Mit diesem Regelungszweck des § 101 SGB V ist eine Übertragung der zeitlichen Grenzen der Nebentätigkeit von 13 Stunden neben einem vollen Versorgungsauftrag auf die Jobsharing-Partner nicht zu vereinbaren. Und in diesem Licht ist auch § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV auszulegen, wonach die vertragsärztliche Tätigkeit bei einem vollen Versorgungsauftrag grundsätzlich als Vollzeittätigkeit angelegt ist.

d) Eine starre Nebenbestimmung mit einer zeitlichen Beschränkung der weiteren Tätigkeit auf 13 Stunden ist zunächst ein Eingriff in die Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG. Als solcher muss er verhältnismäßig sein. Die Grenze der Verhältnismäßigkeit ist unseres Erachtens jedoch überschritten, da eine solche Nebenbestimmung nicht erforderlich ist, um die Einhaltung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV zu gewährleisten. Maßgeblich ist vielmehr, dass die Jobsharing-Partner im Einzelfall dem Zulassungsausschuss schlüssig darlegen, wie sie gemeinsam den Versorgungsauftrag erfüllen wollen. Dazu gehört auch die Erklärung, zu welchen Zeiten Leistungen angeboten werden. Soweit etwa ein Zulassungsbewerber mit einem Beschäftigungsumfang von 26 Wochenstunden Behandlungen stets nur in den Abendstunden anbieten und damit für die Versorgung von Patienten, die familien- oder berufsbedingt Leistungen ausschließlich tagsüber in Anspruch nehmen können, nicht zur Verfügung steht, wäre dies mit einem Versorgungsauftrag schwer vereinbar.

e) Letztlich ergibt sich nichts anderes, wenn man noch einmal die Herleitung des BSG der 13 Stunden in den Blick nimmt. Es geht darum, dass eine Gesamtbelastung von 52 Wochenstunden realistisch machbar ist und Raum für eine vollzeitige Ausübung der Zulassung (39 Stunden) lässt. Es ist vollkommen ausgeschlossen und mit den Bestimmungen der Leistungsmengengrenzen zur Verhinderung der Ausweitung der Praxis ohnehin nicht zu vereinbaren, wenn zwei Jobsharing-Partner jeweils 39 Stunden, zusammen also 78 Stunden für die Praxis arbeiten.

3. Änderung der Ärzte-ZV durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz

a) Teilweise wird gänzlich übersehen, dass sich zwischenzeitlich durch Art. 9 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (BGBl. I S. 2963) mit Wirkung vom 1.1.2012 auch § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV geändert hat. Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit zwar weiterhin entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht. Allerdings hat der Gesetzgeber eingefügt, dass dies insbesondere der Fall sei, wenn der Arzt *„nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten."* Die Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 17/6906, S. 39, 104) zeigt, dass es sich um eine Reaktion auf die bisherige Rechtsprechung mit Ziel einer *„weiteren Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung" handelt, die „zu einer Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten"* führen soll. Die starren Zeitgrenzen von 13 Stunden bei vollem und 26 Stunden bei hälftigem Versorgungsauftrag stünden einer flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Wenn gewährleistet wird, dass ein Vertragsarzt (bzw. Vertragspsychotherapeut) trotz seiner Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten, können die bisherigen Zeitgrenzen überschritten werden.

b) Das BSG hat die Neuregelung in seinen Urteilen vom 5.12.2015 (B 6 KA 5/15 R und B 6 KA 19/15 R) ausgelegt und ist ebenfalls zum Schluss gelangt, dass die Erteilung der Zulassung nicht mehr pauschal von der Einhaltung einer wöchentlichen Höchstarbeitszeit von insgesamt 52 Wochenstunden abhängig gemacht werden kann. Eine starre Grenze in Gestalt einer bestimmten Stundenzahl, auf die die Beschäftigung reduziert werden müsste, um eine Zulassung zu ermöglichen, kann nach der Änderung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV durch das GKV-VStG nicht mehr angegeben werden. Gilt dies schon für eine Vollzulassung ohne Leistungsmengenbegrenzung nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V, so muss es natürlich erst recht gelten, wenn zwei Partner einen Versorgungsauftrag gemeinsam erfüllen. Im Ergebnis muss unseres Erachtens deshalb auch eine weitere Tätigkeit sogar über 26 Stunden hinaus möglich sein; maßgeblich ist alleine, dass die Partner darlegen, wie der Versorgungsauftrag durch ein entsprechendes Leistungsangebot zu üblichen Zeiten durch beide Partner gemeinsam erfüllt werden soll. Und natürlich bleibt es wie bisher dabei, dass die weitere Tätigkeit nicht inhaltlich mit der Vertragsversorgung kollidieren darf (§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Zusammengefasst: Die starre Begrenzung einer weiteren Tätigkeit neben einer Jobsharing-Zulassung (insbesondere) auf 13 Stunden wöchentlich geht am Zweck des Jobsharing genauso vorbei wie an der neuen Rechtslage. Sie ist unseres Erachtens nicht hinzunehmen und eine entsprechende Nebenbestimmung zur Zulassung sollte dann gegebenenfalls auch einmal mit Rechtsmitteln angegriffen werden.

Frage des Umfangs der Nebentätigkeiten nicht gerichtlich geklärt

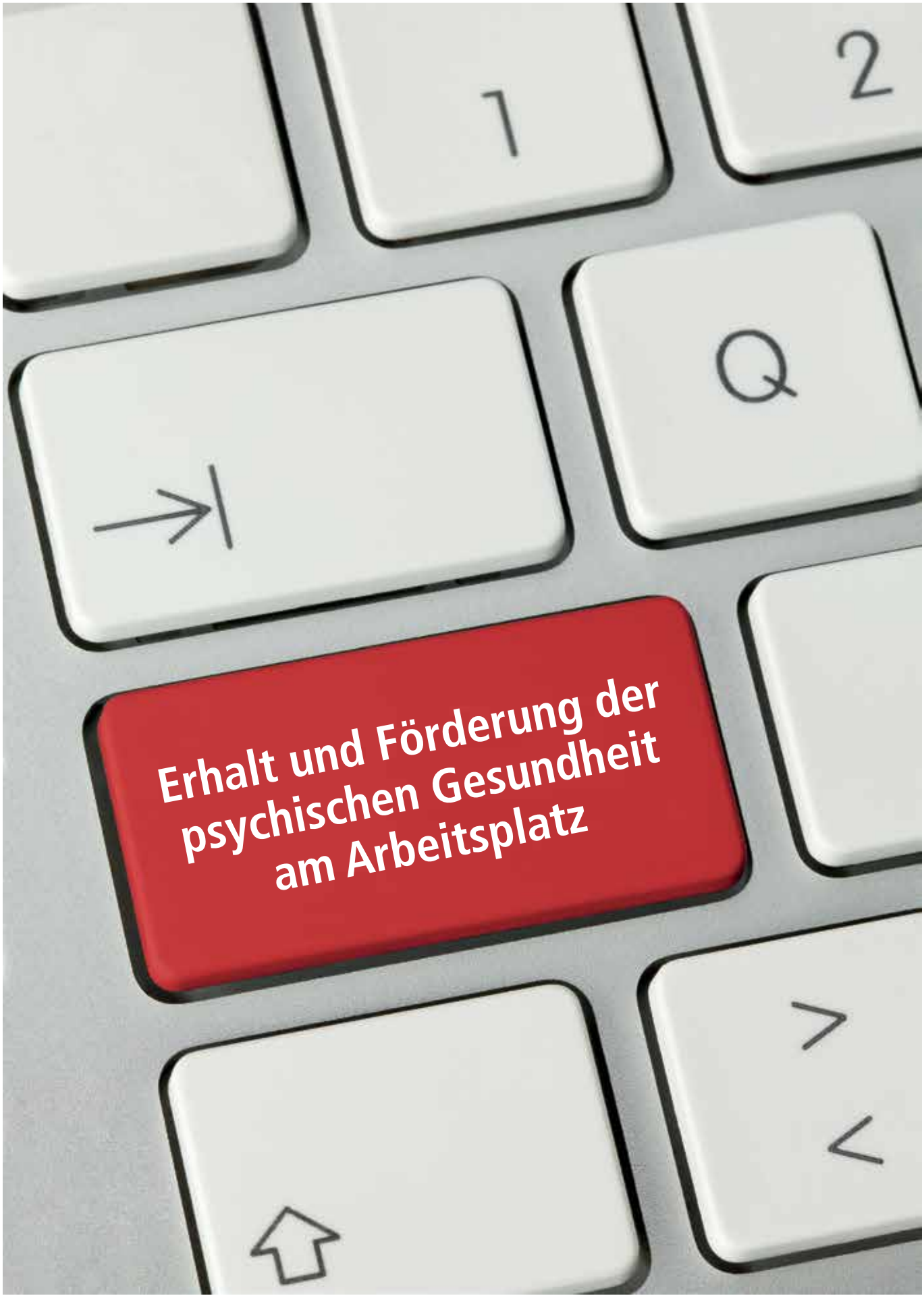
Starre Begrenzung der Wochenstunden nicht sachgerecht und vom Gesetzgeber nicht gewollt

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.

Dr. Markus Plantholz

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


1
2
Q
Erhalt und Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz

Enno E. Maaß

Betriebliche Psychotherapie und Prävention

Ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten!

Der Erhalt und die Förderung der (psychischen) Gesundheit von Arbeitnehmern sowie die Abwendung und Bewältigung überhöhter Belastungen am Arbeitsplatz umschreiben ein zentrales Anliegen der DPtV. In den letzten Jahren erleben Frühberentungen und Erwerbsminderungen aufgrund psychischer Erkrankungen ein exponentielles Wachstum. Schätzungen zufolge können mehr als ein Drittel der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden – bereits für Auszubildende stellen psychische Belastungen am Arbeitsplatz einen zu berücksichtigenden Faktor dar (Jacobi, Bretschneider & Müllender, 2015; AOK WIdO Fehlzeitenreport, 2015).

Der demografische Wandel, sich verändernde Arbeitsbedingungen, die fortschreitende Globalisierung und entsprechende Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe fordern abgestimmte Interventionen aller Beteiligten im Rahmen der Fürsorgepflicht. Insgesamt rücken dabei die psychische Gesundheit sowie die psychosozialen Belastungen und Risiken in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus des modernen Arbeitsschutzes. Die Änderungen des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) tragen diesen Anforderungen mittlerweile Rechnung und führen nun ausdrücklich auch die Erfassung der psychischen Belastungen auf. Dazu zählen die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GB-Psych) am Arbeitsplatz, das Ermitteln entsprechender Interventionsstrategien und die Evaluation der Ergebnisse dieser Interventionen. Die DPtV hat auf diese Herausforderungen reagiert und bereits 2013 das Fortbildungscurriculum „Klinische Organisationspsychologie" für PP/KJP entwickelt. Im Rahmen dieses Curriculums erwerben approbierte Psychotherapeuten spezifische diagnostische und interventionsbasierte Kompetenzen für Fragestellungen zur Förderung der psychischen Gesundheit speziell in betrieblichen Kontexten. Die heilkundlichen Kernkompetenzen in klinischer Gesprächsführung, Diagnostik und Interventionswissen bei psychischen Störungen sind die Grundlage für die Erweiterung um organisationsbezogene Inhalte. Allen Kompetenzzielen gemein ist dabei, qualitativ hochwertige und nachhaltige Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen am Arbeitsplatz zu etablieren (http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fachgruppen/betriebliche-praevention/).

Damit das Wissen und die Kompetenzen der Berufsgruppe der Psychotherapeuten auch im Bereich der (betrieblichen) Prävention und betrieblichen Psychotherapie angemessen eingebracht werden können, sieht die DPtV an einigen Stellen Nachbesserungs- und Gesprächsbedarf mit der Politik, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

Zum regelhaften Einbezug psychotherapeutischer Expertise sollte durch eine Änderung der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) auch das Hinzuziehen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch Betriebsärzte ermöglicht werden. Die Betriebsärzte stehen in der Praxis oft vor der beträchtlichen Herausforderung *„…den komplexen Prozess der GB-Psych in fachgerechter und einheitlicher Form in der betrieblichen Praxis umzusetzen"* (Positionspapier der Dt. Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin DGAUM – Weigl et al., 2015). Nach § 7 Abs. 1 Satz 3 ArbMedVV können bisher im Bedarfsfall nur *„Ärztinnen und Ärzte"* hinzugezogen werden, während die Berücksichtigung der Berufsgruppe der Psychotherapeuten fehlt.

Die Politik ist gefordert, den regelhaften Einbezug von PP/KJP zu ermöglichen

Es sollte weiter diskutiert werden, ob in den nächsten Jahren für Psychotherapeuten eine Weiterbildung für ‚Betriebliche Psychotherapie und betriebliche Prävention' in Analogie zur Arbeitsmedizin

Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut seit 1999 mit über 180 erfolgreich approbierten Absolventen

Kontakt: Dr. Josef Könning • AKJP Akademie
für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie GmbH
Bohmter Str. 1 • 49074 Osnabrück
Tel. 0541-2022791 • akjp.gmbh@t-online.de
kinderverhaltenstherapie.de

AKJP
Akademie für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie GmbH

Ausbildung in Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
[Voraussetzung: Hochschulabschluss Pädagogik/Psychologie]
- Qualifikation in Gruppenpsychotherapie
- Neurofeedback bei ADHS
- Individuelle Betreuung und Anleitung in der praktischen Ausbildung
- Große Institutsambulanz mit 16 Behandlungsräumen
- Möglichkeit im Lehrpraxenmodell zu arbeiten

Der nächste grundständige Ausbildungskurs in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie, für den Sie sich bewerben können, beginnt im Mai 2017.

Fortbildung für Psychologische Psychotherapeuten zum Erwerb der Abrechnungsgenehmigung Kinderverhaltenstherapie

170 Stunden, 4 Blöcke

Auch einzeln buchbar!

1. Block: 26.-29.08.16 - Grundlagen
2. Block: 18.-21.11.16 - Spez. Störungsbilder I
3. Block: 21.-24.04.17 - Spez. Störungsbilder II
4. Block: 21.-25.09.17 - Kinder-Gruppen-Verhaltenstherapie

Die Möglichkeiten zur Prävention psychischer Erkrankungen werden nicht ausgeschöpft

entwickelt und in der Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK verankert wird. Auf diese Weise könnten hier klare Qualitäts- und Weiterbildungsstandards definiert werden. Im Rahmen der anstehenden Reform des Psychotherapeutengesetzes könnten bereits im Studium die Aspekte der betrieblichen Psychotherapie und des/der Arbeitsschutzes/-sicherheit im Bereich der psychischen Belastungen stärkere Berücksichtigung finden. Um langfristig eine eigenständige, aber sicher eng umschriebene betriebspsychotherapeutische Betreuung zu ermöglichen, müssten grundlegend im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) die Paragrafen zu Arbeitsschutz und Unfallverhütung um eine entsprechende Nennung und Aufgaben-/Tätigkeitsbeschreibungen von Psychotherapeuten erweitert werden. Hierbei soll es nicht um ein gleichrangiges Äquivalent zum Betriebsmediziner gehen, sondern der Einsatz von Psychotherapeuten für einzelne, klar definierte Module zur psychischen Belastung und psychosozialen Risiken umschrieben werden. Ebenso müssten dazu die Unfallverhütungsvorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) das Aufgabenspektrum, Betreuungsmodelle und Betreuungsumfang der PP/KJP bezüglich einer betriebspsychotherapeutischen Begleitung erfassen.

Psychotherapeutische Kompetenzen im Bereich der Prävention

Unabhängig von der Prävention von psychischen Erkrankungen im betrieblichen Kontext, sollten die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch in die regelhafte Prävention psychischer Erkrankungen einbezogen werden. Diese ist im SGB V geregelt und die Erfahrung zeigt, dass die vorgesehenen Gelder leider viel zu häufig für niedrigschwellige und allgemeine Angebote eingesetzt werden und ein angemessenes Angebot an spezifischen psychotherapeutischen Präventionsleistungen kaum ermöglicht wird. Obgleich beispielsweise der iga.Report 28, der gemeinsam vom BKK-Dachverband, der DGUV, der AOK und dem vdek vorgestellt wurde, zeigt, dass es eine Vielzahl von Belegen für die Effektivität psychologisch/psychotherapeutischer Präventionsmaßnahmen gibt (Initiative Gesundheit und Arbeit, 2015). Das Präventionsgesetz versäumt leider in diesem Zusammenhang zu regeln, dass auch PP und KJP ihren Patienten bei Gesundheitsuntersuchungen Präventionsmaßnahmen empfehlen können und in ihren Praxen einen unkomplizierten und kostengedeckten Zugang zu gezielten Präventionsangeboten herstellen können. Gerade im Bereich von Familien und Kindern wird die Expertise der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dringend benötigt. Dazu müssten allerdings entsprechende Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlungen für die niedergelassenen Psychotherapeuten gesetzlich vorgeschrieben bzw. überhaupt erst gesetzlich ermöglicht werden. Im Rahmen der nun abgeschlossenen Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im G-BA, wären innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunden solche Gesundheitsuntersuchungen, z.B. analog der U-Untersuchungen im Kindesalter unproblematisch möglich. Nach aktuellem Stand der Richtlinie sollen in den psychotherapeutischen Sprechstunden mit einer frühzeitigen(!) diagnostischen Abklärung den Versicherten im Bedarfsfall explizit alternative Angebote zur klassischen Richtlinienpsychotherapie und Krankenbehandlung empfohlen werden. Hier würden die Versicherten ohne unnötige Folgeuntersuchungen und doppelte Wege zwischen den Behandlern, direkt auch präventiven Leistungen zugeführt werden können. Die hierzu einschlägigen § 25 SGB V und § 26 SGB V sollten daher dringend in einem der nächsten Gesetzgebungsverfahren um die Berufsgruppe der Psychotherapeuten, explizite psychotherapeutische Gesundheitsuntersuchungen und entsprechende psychotherapeutische Bescheinigungen erweitert werden.

Dr. Enno E. Maaß

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

Literaturhinweise

Jacobi, F., Bretschneider, J. & Müllender, S. (2015). Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In K. Kliner, D. Rennert & M. Richter (Hrsg.), *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK-Gesundheitsatlas 2015* (S. 63–71). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Wissenschaftliches Institut der AOK (2016). Fehlzeitenreport 2015. http://www.wido.de/fzr_2015.html

Weigl et al. (2015). Positionspapier – Empfehlungen zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 2015; 50 (S. 660–665).*

Inititiative Gesundheit und Arbeit (2015). iga.Report 28. http://www.iga-info.de

Enno E. Maaß

Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis – E-Mail erlaubt?

Die Nutzung des Praxis-PC ist mittlerweile zu einem unverzichtbaren Teil einer psychotherapeutischen Praxis geworden. Die damit einhergehenden Möglichkeiten sind vielfältig, wie z.B. die elektronische Dokumentation im Rahmen von Praxisverwaltungsprogrammen, Testverfahren am PC, Internetnutzung zur Informationsrecherche, KV-Safenet-Anbindung, Terminabsprachen via E-Mail oder das kontinuierliche internetgestützte Update der Software. Damit werden auch die Datensicherheit und der Datenschutz in der Praxis auf eine schwierige Probe gestellt. Und tatsächlich wird es zunehmend anspruchsvoller, die Schweigepflicht in der modernen Praxis-IT zu gewährleisten und den Anforderungen an die Datensicherheit zu genügen.

Die für Psychotherapeuten einschlägigen Regelungen bestehen zu allererst durch den § 203 Strafgesetzbuch (StGB) zur Schweigepflicht. Darauf aufbauend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Patientenrechtegesetzes (§ 630f BGB) sowie der Berufsordnung für Psychotherapeuten der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern. Im Zusammenspiel der einzelnen Regelungen ergeben sich hohe Anforderungen an die psychotherapeutische Schweigepflicht, den entsprechenden Datenschutz und die Datensicherheit. Im Rahmen der Sorgfaltspflicht und psychotherapeutischen Verantwortung kann es hierbei durchaus auch nötig sein, die (eventuell weniger informierten) Patientinnen und Patienten vor schädlichen Konsequenzen in diesem Bereich zu schützen.

Wir möchten an einem aktuellen Beispiel, das kürzlich in einer DPtV-Mailingliste diskutiert wurde, einmal die Möglichkeiten und Grenzen in diesem Themenbereich beleuchten.

Ausgangslage ist die Frage, ob es zulässig sei, Rechnungen im Rahmen von Privatbehandlungen via E-Mail einem Patienten zukommen zu lassen?

Im Rahmen der psychotherapeutischen Schweigepflicht ist dabei zunächst einmal zu bedenken, dass eine gewöhnliche, unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation nach Ansicht von Datenschützern und IT-Experten einer Postkarte oder gar einem öffentlichen Gespräch nahekommt. Im Rahmen dieses Grundsatzes ist jeder Behandler also zunächst gefragt, welche der Schweigepflicht unterliegenden Informationen dafür geeignet sind, der Patientin/dem Patienten auch bei vorliegendem Einverständnis auf einer *„Postkarte"* zukommen zu lassen. Viele Psychotherapeuten würden dabei sicher neben dem Einholen des Einverständnisses des Patienten auch über die Risiken einer Kommunikation über Postkarten (bzw. unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation) aufklären.

Die psychotherapeutische Schweigepflicht stellt hohe Anforderungen an Datenschutz und -sicherheit

E-Mails in der Praxis? Unter bestimmten Voraussetzungen möglich!

In einem nächsten Schritt würde man sich dann zwingend überlegen müssen, welche Informationen dort überhaupt gut aufgehoben sein können und bei welchen Informationen die Risiken und Konsequenzen für den Patienten überhaupt überschaubar blieben. Die konkrete Frage lautet also: Würden wir Diagnosen und entsprechende Leistungsinhalte einer Privatrechnung auf eine Postkarte personengebunden schreiben oder gar zusätzliche Krankheitsinformationen offen anheften? Vermutlich eher nicht.

In den meisten Fällen drehen sich E-Mails in der psychotherapeutischen Praxis eher um Terminabsprachen oder Terminnachfragen. Im Falle der Postkarte würden viele vermutlich nicht eine Postkarte mit Praxislogo wählen, sondern eher eine schlichte, nicht ohne Aufwand zuordenbare Karte benutzen. Des Weiteren würde man sicher alle unnötigen zusätzlichen Informationen vermeiden. Was heißt dies jetzt für den Fall einer E-Mail-Kommunikation mit Patienten?

1. Ausführliche Aufklärung der Patienten über die Risiken und Möglichkeiten einer E-Mail-Kommunikation in Bezug auf die damit versendeten Inhalte
2. Einholen und Dokumentation des ausdrücklichen Einverständnisses der Patienten
3. Nicht eindeutig zuordenbare eigene E-Mail-Adresse verwenden, also z.B. statt *psychotherapiepraxis-musterfrau@praxis.de* vielleicht eher *musterfrau@mail.de*
4. Keine unnötigen Informationen versenden, deren Bekanntwerden zu schädlichen Konsequenzen für die Patienten führen können.

In der Ausgangsfragestellung ging es aber nicht nur um eine Terminabsprache, sondern unter anderem um das Übersenden von Leistungsinhalten, Diagnose(n) und Terminzeitpunkten. Auf einer Postkarte sicher nicht richtig aufgehoben. Wir benötigen dazu einen Briefumschlag, der möglichst nicht von Unbeteiligten geöffnet werden kann. Im Rahmen einer E-Mail-Kommunikation wäre dieser Briefumschlag eine digitale Verschlüsselung der relevanten Behandlungsinformationen. Dabei ist es wichtig, dass eine sogenannte *„end-to-end Verschlüsselung"* verwendet wird, mit der sichergestellt ist, dass wirklich nur der Empfänger und Absender die jeweiligen Informationen auslesen können. Leider ist dies noch nicht Standard in den gängigen E-Mailkonten, so dass hierzu eine zusätzliche (kostenlose) Software auf dem Empfänger- und Absender-E-Mailkonto installiert sein sollte (z.B. GNU Privacy Guard for Windows, https://www.gpg4win.de/). Dies ermöglicht in der Regel eine ausreichend sichere digitale Kommunikation. In diesem Rahmen sollte der Patient allerdings dennoch über die Risiken aufgeklärt werden, die eine elektronische Speicherung von sensiblen Daten auf einem PC zuhause bedeuten kann. Schließlich können auf diesem durch Fehleinstellungen (z.B. vernachlässigte Updates der Antivirensoftware) ebenfalls durch Schadsoftware Informationen ausgelesen werden.

Eine Mischform aus einer unverschlüsselten E-Mail und separat end-to-end verschlüsseltem Anhang (z.B. für eine Privatrechnung) wäre zurzeit vermutlich die unkomplizierteste Praktik. Dazu sollten zunächst wieder die Punkte 1 bis 4 (siehe oben) zum allgemeinen E-Mail-Kontakt berücksichtigt werden. Dann wird dem Patienten empfohlen, sich eine weit verbreitete, kostenlose und einfach zu bedienende Verschlüsselungssoftware zu installieren. Diese kann E-Mail-Anhänge professionell verschlüsseln/entschlüsseln und so beispielsweise eine Privatrechnung im E-Mail-Anhang vor unberechtigtem Zugriff schützen. Ein entsprechendes Programm wäre z.B. 7-Zip (http://www.7-zip.de/; eine Programmanleitung finden Sie z.B. hier: http://www.datenschutz-individuell.de/anleitung/7-zip/), was auch vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) empfohlen wird. Das entsprechende Passwort der Verschlüsselung wird dem Patienten dann in der Praxis ausgehändigt, damit dieser auf dem PC zuhause die Rechnungen, Befunde etc. wieder entschlüsseln kann. Insgesamt ist dieses Vorgehen sogar vermutlich deutlich sicherer, als der normale Postweg mit Briefumschlag. Im Falle des verschlüsselten E-Mail-Anhangs wären folgende weitere Punkte zu berücksichtigen:

5. Beachten der Punkte 1 bis 4
6. Aufklärung der Patienten zur Speicherung von sensiblen Daten auf dem heimischen PC
7. Isolierte Verschlüsselung der sensiblen Daten im E-Mail-Anhang und Versenden via normaler E-Mail (im besten Falle natürlich komplette end-to-end Verschlüsselung der E-Mail-Kommunikation)
8. Nutzung bzw. Empfehlung des kostenlosen Verschlüsselungsprogramms „7-Zip"
9. Verschlüsselung der sensiblen Daten in der Praxis, Übermittlung des Passwortes ebenfalls ***in der Praxis*** (nicht per E-Mail), Öffnen der Daten unter Benutzung des Passwortes am Heim-PC durch Patienten.

Die gute Nachricht ist, dass die end-to-end Verschlüsselung der E-Mail-Kommunikation bereits von unterschiedlicher Seite angegangen wird. So bieten mittlerweile selbst ehemalige „Datenschutzsünder" wie WhatsApp, eine verschlüsselte end-to-end Kommunikation an. Weiterhin stellt das bekannte Fraunhofer-Institut seine Initiative „Volksverschlüsselung" auf der kommenden Cebit vor, mit der eine einfache und unkomplizierte end-to-end Verschlüsselung des E-Mailverkehrs möglich werden soll (https://www.volksverschluesselung.de). Bis zur verbreiteten Etablierung solcher Systeme werden vermutlich noch ein paar Jahre ins Land ziehen, so dass man sich zunächst noch an die obigen Ideen/Empfehlungen halten sollte.

Weitergehende Informationen und Praxistipps können Interessierte in einem unserer Campus-Workshops bekommen:

Elektronische Datensicherheit in der Psychotherapiepraxis – Schweigepflicht 2.0

Nächster Termin:
3. Dezember 2016 in Münster

Anmeldungen unter
www.dptv-campus.de

INFORMATION

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Neuropsychologische Therapie – eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und der Beihilfe

Stand: Mai 2016

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

Was ist eine Neuropsychologische Therapie?

Seit dem 24.11.2011, mit der Verabschiedung der Richtlinie „Neuropsychologische Therapie" durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), gehört die Neuropsychologische Therapie zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen[1]. Im EBM wurden neue Abrechungspositionen (Kap. 30.11) geschaffen; die Abrechnung ist seit dem 1.1.2013 möglich. Hierzu ist bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eine besondere Abrechnungsgenehmigung zu beantragen.

Analog zu den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Neuropsychologische Therapie auch in die Bundesbeihilfeverordnung, § 30a aufgenommen. Neue Abrechnungsnummern in der GOP/GOÄ wurden jedoch nicht geschaffen. Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden, z.B. analog den Nummern 860, 870, 871.

Bei der Neuropsychologischen Therapie handelt es sich um ein wissenschaftlich begründetes psychologisches Therapieverfahren, das zur Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger/kognitiver Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen der psychosozialen Beziehungen zum Einsatz kommt. Solche Störungen treten häufig nach einem Schlaganfall, einem Schädelhirntrauma, einer entzündlichen oder anderen Erkrankung oder Verletzungen des Gehirns auf.

In der Behandlung kommen, nach ausführlicher Diagnostik, Therapieprogramme zum Einsatz, aber auch Methoden, durch die der Patient eine bessere Einsicht in die aktuellen Probleme gewinnt und durch Strategien und Hilfsmittel diese besser auszugleichen lernt. Auch die Angehörigen werden – wann immer möglich – in die Therapie einbezogen.

Wer führt die Neuropsychologische Therapie durch?

Die Neuropsychologische Therapie wird von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder ärztlichen Psychotherapeuten oder Fachärzten durchgeführt, die sich in einer anerkannten Weiterbildung auf die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns spezialisiert haben (Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie", erteilt durch die Landespsychotherapeutenkammern).

Wie sieht der Ablauf einer Neuropsychologischen Therapie aus?

Diagnostik:
Diese findet in zwei Stufen durch unterschiedliche Leistungserbringer statt.
1. *Somatische Abklärung*: Hier wird durch bestimmte Facharztgruppen abgeklärt, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet.
2. *Probatorik*: Neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung. Diese wird durch Psychotherapeuten oder Fachärzte mit der entsprechenden Zusatzqualifikation durchgeführt.

Therapie:
Die Neuropsychologische Therapie kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit maximal 60 bzw. 120 Sitzungen durchgeführt werden. In besonders begründeten Einzelfällen ist eine Überschreitung des Therapieumfangs möglich.

Leistungsumfang GKV:
- maximal bis zu 5 probatorische Sitzungen zur Diagnostik
- Einzelbehandlungen bis zu 60 Sitzungen à 50 Minuten oder 120 Sitzungen bei Unterteilung in 25 Minuten, gegebenenfalls um 20 Sitzungen verlängerbar in begründbaren Einzelfällen

1 Die Richtlinie findet sich als Nr. 19 in der Anlage 1 (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung* (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung – früher BUB-Richtlinie).

- Gruppenbehandlung bis zu 40 Sitzungen à 100 Minuten oder bis zu 80 Sitzungen à 50 Minuten Sitzungsdauer, (maximal 5 Personen)
- Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung im Rahmen des als Regelfall definierten Leistungsumfangs von 60 oder 120 Sitzungen durchzuführen.

Leistungsumfang Beihilfe:
- maximal bis zu 5 probatorische Sitzungen zur Diagnostik
- Regelfall: Einzelbehandlungen bis zu 60 Sitzungen à 50 Minuten oder 120 Sitzungen bei Unterteilung in mindestens 25 Minuten, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Ausnahme: 20 weitere Einzelbehandlungen à 50 Minuten oder 40 weitere Sitzungen bei Unterteilung in mindestens 25 Minuten, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Gruppenbehandlung und bei Kindern und Jugendlichen, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Bezugspersonen: bis zu 40 Sitzungen à 100 Minuten oder bis zu 80 Sitzungen à 50 Minuten Sitzungsdauer beihilfefähig
- Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung im Rahmen des als Regelfall definierten Leistungsumfangs von 60 oder 120 Sitzungen durchzuführen.

Wie wird der Therapieantrag nach der Psychotherapie-Richtlinie gestellt?

Es handelt sich bei der Neuropsychologischen Therapie um eine zwar seitens der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigungspflichtige Leistung (Abrechnungsgenehmigung), aber *keine antragspflichtige*, stattdessen *jedoch anzeigepflichtige Leistung*. Lediglich der Beginn der Therapie ist der *zuständigen Krankenkasse mitzuteile*n und zwar spätestens mit Abschluss der probatorischen Sitzungen.

Wie erfolgt die Qualitätssicherung in der GKV?

Die Neuropsychologische Therapie ist außerhalb der Psychotherapie-Richtlinie geregelt, so wurde hier auch nicht das bisher bekannte Instrument des „Gutachterverfahrens" als Form der Qualitätssicherung übernommen. Als Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung sind hier neben der Genehmigungspflicht eine Dokumentation und Stichproben vorgeschrieben (Nr. 19 der Anlage 1 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung – MVV-Richtlinie).

Psychotherapeuten und Ärzte, die neuropsychologische Diagnostik (Stufe 2) und Therapie durchführen, sind verpflichtet, die Befunde (Nr. 19 § 5 der Anlage zur MVV-Richtlinie), den Therapieplan, die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl zu dokumentieren.

Weiterhin muss dokumentiert und begründet werden, wenn
- die Dauer der Behandlungseinheiten reduziert wird
- der Behandlungsumfang aus medizinischen Gründen verlängert werden muss oder
- die Therapie aus medizinisch notwendigen Gründen außerhalb der Praxis/Einrichtung durchgeführt wird.

Die Überprüfung der sachgerechten Dokumentationen sowie die Indikationsstellung erfolgt durch Stichproben im Einzelfall. Hierfür richten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Qualitätssicherungskommission für den Bereich der ambulanten Neuropsychologischen Therapie ein (Nr. 19 § 10 der Anlage zur MVV-Richtlinie).

Wie erfolgt die Beantragung nach den Beihilfevorschriften?

Hier läuft das Antragsverfahren analog der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie über die Beihilfe.

Dieter Best

Tipps zur Abrechnung

Meine KV streicht probatorische Sitzungen, wenn nach einer abgeschlossenen Psychotherapie nach einer bestimmten Zeit eine Psychotherapie neu begonnen werden soll. Ist das rechtens?

Probatorische Sitzungen haben den Sinn, die Indikation für eine Psychotherapie abzuklären. In der bisherigen Psychotherapie-Richtlinie wurden die probatorischen Sitzungen nicht näher definiert. In der reformierten Psychotherapie-Richtlinie, die am 1. April 2017 in Kraft tritt, wird die Bedeutung der probatorischen Sitzungen zum ersten Mal näher beschrieben. Danach sind probatorische Sitzungen „Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren … dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. In den probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, d.h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Entscheidungen zu weiteren Behandlungen sollten nach entsprechender Information der Patientin oder des Patienten mit diesem gemeinsam getroffen werden."

Weder in der alten noch in der neuen Psychotherapie-Richtlinie wird eine Begrenzung in der Art, wie sie die KV vornimmt, beschrieben. Auch die Psychotherapie-Vereinbarung enthält keine Aussagen dazu. Der Kölner (EBM-)Kommentar führt aus: „Probatorische Sitzungen können erneut anfallen, wenn nach einer abgeschlossenen oder abgebrochenen Psychotherapie die Indikation und Notwendigkeit der Wiederaufnahme einer Psychotherapie (gegebenenfalls mit Behandlerwechsel) geprüft werden muss."

Zusammenfassend ergibt sich aus dem inhaltlichen Zweck der probatorischen Sitzungen, dass zur Indikationsstellung einer Psychotherapie probatorische Sitzungen notwendig sind. Die Notwendigkeit für probatorische Sitzungen ergibt sich auf jeden Fall nach einem Behandlerwechsel, da hier auch die Passung zu prüfen ist (s. entsprechende Äußerung im Kommentar Psychotherapie-Richtlinie von Faber/Haarstrick, 10 Aufl., S. 104).

Aber auch bei einem neuen Antrag auf Psychotherapie beim selben Psychotherapeuten kann sich die Notwendigkeit ergeben, die Indikation und die Motivation des Patienten erneut zu prüfen. Dies umso mehr, je länger der Abstand zur vorherigen Psychotherapie ist. Unabhängig davon kann sich die Notwendigkeit für erneute probatorische Sitzungen ergeben, wenn ein neues Krankheitsbild behandelt werden soll. In diesen Fällen können probatorische Sitzungen zur diagnostischen Abgrenzung und zur Einschätzung der Prognose hilfreich sein. Es besteht demnach kein Raum für eine KV oder eine Krankenkasse, erneute probatorische Sitzungen einfach zu streichen. Sollten Zweifel an der Plausibilität solcher Sitzungen bestehen, gibt es immer die Möglichkeit, beim Psychotherapeuten nachzufragen.

Kann ich die Zeit, die ein Patient in meiner Praxis für das Ausfüllen des SCL 90 benötigt, bei der Abrechnung berechnen?

Die Testleistungen des EBM-Abschnitts 35.3 werden in Einheiten von „je vollendeten" 5 Minuten abgerechnet. Der SCL 90 ist ein standardisiertes Testverfahren nach der EBM-Nr. 35300. Es kann gute Gründe geben, dass Patienten diesen oder ähnliche Fragebögen in der Praxis ausfüllen, z.B. wenn direkte Nachfragen zur Instruktion oder zum Ausfüllen des Bogens zu erwarten sind. Auch wenn der Patient den Bogen alleine ausfüllt und der Psychotherapeut lediglich in der Nähe ist, ist das „Bei-Bedarf-zur-Verfügung-Stehen" eine Leistung des Psychotherapeuten bzw. seines Personals und kann abgerechnet werden.

Anders verhält es sich, wenn ein Patient einen Fragebogen zu Hause ausfüllt. Die dafür aufgewendete Zeit kann nicht abgerechnet werden. Hier können als eigenständige Leistung nur berechnet werden die Zeiten für die Instruktion, die Auswertung, die Interpretation und die Erläuterung gegenüber dem Patienten.

Jürgen Tripp, Kerstin Sude

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Tarifsystematik aufgenommen

Diskussion und Kommentierung der Ergebnisse zur neuen Entgeltordnung

Am 29. April 2016 stimmten die Mitglieder der *Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di* per Urabstimmung der vorausgegangenen Tarifeinigung für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst beim Bund und den Kommunen zu. Die *Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA)* und die Gewerkschaft ver.di hatten sich in der nunmehr dritten Verhandlungsrunde auf den Abschluss geeinigt. 78 % der ver.di-Mitglieder stimmten bei der Urabstimmung für die Annahme des Tarifabschlusses. Und auch die Gremien der Arbeitgeber hatten der Einigung zugestimmt.

Nach elf Jahren ist es damit der Gewerkschaft ver.di gelungen, eine neue Entgeltordnung im Öffentlichen Dienst durchzusetzen

In welchen Stimmanteilen sich bei der Urabstimmung die einzelnen Berufsgruppen zeigten, das lässt sich nicht aufschlüsseln, doch wir gehen davon aus, dass die Entscheidung verständlicherweise von hoher Wahlbeteiligung der chronisch unterbezahlten Pflege geprägt war, die PP/KJP selbst sind bislang in der Gewerkschaft eine Minderheit. Geeinigt wurde sich von den Verhandlungsakteuren z.B. über Gehaltssteigerungen von 2,4 % (rückwirkend ab 1.3.2016), zuzüglich 2,35 % ab 1.2.2017. Auch die Ausbildungsentgelte (Pflege u.a.) werden zunächst um 35 €, später dann um ergänzende 30 € steigen. Ferner einigten sich die Tarifvertragsparteien auf eine step-by-step Anhebung der Arbeitnehmereigenbeteiligung für einige Zusatzversorgungskassen. Dies alles trug wohl mit zum endgültigen Abstimmungsergebnis bzw. der Zustimmung des geschnürten „Paketes" bei. Die Verhandlungsergebnisse, die die Eingruppierung der Psychotherapeuten betreffen, machen nur einen kleinen Aspekt dieses großen Gesamtpaketes aus und dürften für die meisten Beschäftigten bei der Abstimmung nicht relevant gewesen sein.

Die Entgeltordnung tritt, damit auch die tariflichen Neuregulierungen unsere Profession betreffend, zum 1.1.2017 in Kraft, u.a. die vereinbarte Implementierung „neuer" Berufsgruppen, wie beispielsweise den PP/KJP im TVöD, genau genommen die Aufnahme jener Berufe im TVöD-Rahmen, die bis dato noch gar nicht regulär tarifrechtlich verankert waren, für uns ein überfälliger Meilenstein. Nach elf Jahren ist es damit der Gewerkschaft ver.di gelungen, eine neue Entgeltordnung im Öffentlichen Dienst durchzusetzen. Dies war jahrelang immer mal wieder probiert worden, doch zum Teil aufgrund mangelnder Streikbereitschaft wieder verschoben worden. Zur Diskussion darüber, was die Tarifergebnisse für unsere Profession bedeuten, möchten wir mit den folgenden Überlegungen und Einschätzungen aus dem Ausschuss Angestellte der DPtV beitragen.

Seit dem Abschluss des Tarifvertrages für den Öffentlichen Dienst (TVöD) im Jahr 2005 galt zunächst die Überleitungs-Eingruppierung nach dem alten Bundes-Angestellten-Tarifvertrag (BAT) weiter. Beim BAT handelte es sich um einen Tarifvertrag aus dem Jahr 1961 mit späteren Änderungen und Ergänzungen. Der BAT regelte umfassend Rechtsverhältnisse von Angestellten in Deutschland wie auch der Bundesländer bzw. der Mitglieder der Arbeitgeberverbände, die der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände angehören. Der BAT wurde 2005 durch den TVöD und den TV-L (für die Bundesländer) abgelöst. Nach 1961 entstandene „neue" Berufsgruppen, wie z.B. die PP/KJP wurden demnach (noch) nicht mit übergeleitet, die PP/KJP waren also bis dato gar nicht korrekt tariflich eingestuft.

Einer grundsätzlichen Verhandlung des TVöD sah man gewerkschaftsseitig wohl auch eher skeptisch entgegen. Die Gewerkschaft ver.di gab nach außen, dass sie die Einschätzung hatte, dass eine Erreichung einer neuen Entgeltordnung möglicherweise noch nicht mobilisierungs- und streikfähig sei. Dies hatte sich jetzt, vor allem auch durch das streikbereite Pflegepersonal in den Kliniken geändert.

Letztlich wurde an verschiedenen Enden mehrere Jahre über eine neue komplexe Entgeltordnung intern wie auch „außen" mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) verhandelt und gestritten. Unsere (bislang zu wenigen) gewerkschaftlich aktiven psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen traten seit Einführung des Tarifvertrags für den Öffentlichen Dienst (TVöD), insbesondere im Jahr 2005, dafür ein, dass die beiden psychotherapeutischen Berufe überhaupt in der neuen Tarifsystematik ankommen und möglichst zeitgleich eine angemessene Eingruppierung erfahren. Dieser Weg konnte mit dem aktuellen Verhandlungsergebnis aus April 2016 leider noch nicht zu Ende geführt werden.

In den Verhandlungsprozessen wurden dann erste neue Entgeltordnungen im Jahr 2012 für den Tarifbereich der Länder (TV-L) und 2014 für den TVöD-Bund abgeschlossen. Wie zuvor in der Überleitungsordnung nach BAT wurden auch in beiden Entgeltordnungen wieder nicht die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten explizit erwähnt. Es erfolgte dann für die PP/KJP eine Eingruppierung nach den vorliegenden allgemeinen Eingruppierungsregelungen, wodurch sie in der Regel nach ihrem akademischen Abschluss des Grundberufes, z.B. Dipl.-Päd. (FH) oder Dipl.-Psych., als Fachhochschul- oder Universitätsabsolventen in die Entgeltgruppe 9 bzw. Entgeltgruppe 13 eingruppiert wurden, wieder ein Manko. Hier wurde u.a. nicht gewürdigt, dass beide Gruppen sich postgradual und langjährig bis zur Approbation weitergebildet hatten.

Aus dem Berufsstand und aus der Bundesfachkommission PP/KJP bei ver.di wurde vielfach Kritik hieran geübt, die Forderung nach einer „fachärztlichen Gleichstellung" bzw. nach einer facharztäquivalenten Eingruppierung wurde zudem immer lauter, mindestens jedoch nach einer Eingruppierung in Entgeltgruppe 15 des TVöD.

Mit Unterbrechungen wurde 2015/16 weiterverhandelt. Im April 2016 wurden nun die Verhandlungen für den Tarifbereich der Kommunen mit der VKA über eine Entgeltordnung für den TVöD-Bund, wie oben genannt ohne die Erreichung der EG 15, für PP/KJP abgeschlossen. Den Verhandler/innen ging es dabei offensichtlich um ein für die Mehrheit sehenswertes, im Endeffekt jedoch auch kompromisshaftes Gesamtpaket. Der verhandelte Tarifbereich blieb durchaus komplex. Es waren, wie wir hörten, langwierige, „harte" und „schwierige" Verhandlungen. Es wirkte keine PP/KJP in der Tarifkommission selbst mit, doch die Bundesfachkommission bei ver.di blieb im engeren Austausch mit den gewerkschaftsseitigen Verhandlungsführer/innen. Im Endspurt der Verhandlungen wurden noch die Forderungen der PP/KJP mit der Tarifkommission ein letztes Mal abgestimmt, überall taten die Akteure ihr Bestes.

Zum ersten Mal, dies ist kein zu unterschätzendes Ergebnis, und wir möchten es an dieser Stelle positiv hervorheben, wurden in der verhandelten Entgeltordnung die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jetzt explizit benannt, was mit Nichten die Arbeitgeber vorangetrieben haben. Ferner wurde endlich eine Eingruppierung aufgrund ihrer Weiterqualifizierung, d.h. der psychotherapeutischen Berufsqualifikation und nicht mehr aufgrund des Grundberufes, des akademischen Abschlusses, vorgenommen. Das ist ein wichtiger Schritt, der sicher nicht zuletzt dank der jahrelangen „Sisyphos-Arbeit" von den PP/KJP innerhalb der Gewerkschaftsgremien überfällig war.

Bei den Gesprächen um die Vergütung der PP und KJP, nicht zuletzt auch der PiA, d.h. bei den notwendigen Anpassungen im Tarifsystem, wurde man nicht müde, immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Tätigkeit von angestellten PP/KJP strukturell den fachärztlichen Tätigkeiten in der Psychotherapie völlig gleichwertig ist.Vor allem aufgrund dieser hochverantwortlichen Tätigkeiten und entsprechend der vorliegenden Qualifizierung beanstanden wir, dass im Verhandlungsergebnis nur die Eingruppierung von approbierten PP/KJP in der Entgeltgruppe 14 und (noch) nicht in der Entgeltgruppe 15 erfolgt. Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit Fachhochschulabschluss oder Bachelor kann dies zwar aktuell einen recht deutlichen Gehaltszuwachs mit sich bringen, da sie nun nicht mehr auf Basis ihres Ursprungsberufes in die Entgeltgruppe 9 oder in den speziellen Tarifvertrag für den Sozial- und Erziehungsdienst eingruppiert werden, von der notwendigen „fachärztlichen Gleichstellung" bleibt das Ergebnis jedoch weit entfernt.

Für als PP/KJP approbierte PsychologInnen bzw. PädagogInnen mit Universtätsabschluss oder Master bedeutet das Ergebnis wiederum nur einen geringen oder keinen Gehaltszuwachs, da viele von ihnen bereits jetzt über mögliche Zulagen ein Gehaltsniveau der EG 14 erreichen konnten. An dieser Stelle ist es unseres Erachtens somit eine „Mogelpackung".

Ein Rückblick: Vor der Schaffung der beiden „neuen" Heilberufe PP/KJP (vor 1999) gab es bekanntermaßen bereits Diplom-PsychologInnen als psychologisch tätige Berufsgruppe. Diese waren damals eher „Heilhilfskräfte" gegenüber der Fachärzteschaft. Ihre Eingruppierung erfolgte wie oben genannt im BAT, Anlage 1A, in der Vergütungsgruppe II, dort allerdings mit der Möglichkeit des Bewährungsaufstiegs in die Vergütungsgruppe Ib (die der heutigen EG 14 im TVöD entspricht).

Erst später folgten aus der Versorgung heraus die beruflichen

Zum ersten Mal … wurden in der verhandelten Entgeltordnung die Berufe der PP und KJP jetzt explizit benannt, was mit Nichten die Arbeitgeber vorangetrieben haben

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB Notarin

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.

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

Qualifizierungsmöglichkeiten der Approbation, der Zusatzausbildung zum PP/KJP, sowie die Einführung von Bachelor und Masterabschlüssen, woraufhin sich dann die Eingruppierung der neu eingestellten Psychologinnen und Psychologen wie auch die der neuapprobierten Therapeuten grob entsprechend der oben genannten Übernahmeregelungen in entweder EG 9 (beispielsweise Bachelor) und EG 13 (Master) geteilt hatte. Hier zeigte sich bereits, dass eine Überarbeitung der Entgelttabellen für unsere Berufsgruppen anstand, die Gewerkschaften hatte das Thema ebenfalls erreicht. Der Marburger Bund distanzierte sich erst kürzlich erneut von unseren Berufsgruppen. Ein paar Jahre zuvor sah das noch anders aus, man war zunächst auf dem guten Weg, Psychotherapeuten den Fachärzten gleichzustellen: https://www.marburger-bund.de/landesverbaende/berlin-brandenburg/artikel/2011/psychologische-psychotherapeuten-sind-fachaerzten-gleichzustellen.

Mindestens EG 15 sollte in dieser Logik für approbierte PP/KJP gelten, da sie … langjährig privat finanziert, die umfassende psychotherapeutische Zusatzausbildung absolvieren

Wir bleiben dabei: Mindestens EG 15 sollte in dieser Logik für approbierte PP/KJP gelten, da sie über ihr Hochschulstudium hinaus, langjährig privat finanziert, die umfassende psychotherapeutische Zusatzausbildung absolvieren, d.h. demnach eine den Psychologen gegenüber deutliche Weiterqualifizierung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten durchlaufen und damit eine Qualifikation für die Richtlinien-Psychotherapie mit Arztregistereintrag erlangen. Erst durch die Heraushebung und Höherqualifizierung werden heutige PP/KJP zur eigenständigen psychotherapeutischen Heilbehandlung im fachärztlichen Sinne befugt. So ist gut zu verstehen, dass die PP/KJP aktuell über das verhandelte Ergebnis der EG 14 protestieren. Wenn man die langwierigen Verhandlungen um die Entgeltordnung in der Vergangenheit im Hinterkopf hat, dann steht allein zu befürchten, dass dieses Ergebnis auf lange Zeit hin Bestand hat und „wir" auf die Entgeltgruppe 14 längere Zeit „festgenagelt" sind. Vor diesem Hintergrund verabschiedete kurz vor Ende der Verhandlungen der 28. Deutsche Psychotherapeutentag noch eine Resolution, die ebenfalls eine adäquate Eingruppierung analog zu Fachärzten forderte (http://www.bptk.de/uploads/media/20160511_Resolution_des_28._DPT_-_Tarifliche_Einordnung_von_Psychologischen_PsychotherapeutInnen_und_Kinder-_und_JugendlichenpsychotherapeutInnen_überfaellig.pdf). Zudem wandten sich viele Kolleginnen und Kollegen zusätzlich persönlich mit Protestschreiben an ver.di und die VKA, in welchen sie ihre Enttäuschung über das Ergebnis der Verhandlungen zum Ausdruck brachten. Doch findet das alles dort ausreichend Gehör?

Aus Gewerkschaftskreisen und aus Antwortschreiben von ver.di war zu vernehmen, dass die Arbeitgeber sich bei der Frage der Eingruppierung in EG 15 mit aller Vehemenz verweigert hätten und den Sachargumenten, wohl aus ökonomischen Überlegungen heraus, nicht zugänglich gewesen wären. So lautet die Devise erst recht: Dranbleiben! Letztlich, so hörte man auch, hätten die Verhandlungen möglicherweise zu scheitern gedroht, wenn man auf der Forderung „beharrt" hätte. Wären wir streikfähig? In diesem Zusammenhang hatte kurz zuvor Sylvia Bühler aus dem ver.di-Bundesvorstand darauf hingewiesen, dass die Mehrheit der Verfasser/innen solcher durchaus berechtigter Protestmails der PP/KJP keine ver.di-Mitglieder gewesen seien und dass die Berufsgruppe der PP/KJP leider nur schwach gewerkschaftlich organisiert sei. Wir haben also noch Verbesserungspotential. Es wurde dafür von Bühler geworben, die Gewerkschaft an diesem Pol mehr zu stärken, um bei zukünftigen Verhandlungen auch mehr erreichen zu können.

Auch, wenn dem grundsätzlich nichts entgegenzuhalten ist, dass eine Gewerkschaft nur dann Stärke entfalten kann, wenn sie möglichst viele und vor allem aktive Mitglieder hat und dass dann eventuell die Interessen der Mitglieder und nicht die von Nicht-Mitgliedern vertreten werden, so drängt sich doch der Eindruck auf, dass wir Psychotherapeuten mit unseren Anliegen es nicht ganz leicht haben, als kleinere Gruppe innerhalb von ver.di Gehör zu finden. Gerade der Einsatz für eine Minderheit sollte unseres Erachtens dennoch in einer solidarisch wirkenden Gewerkschaft deutlicher mitvertreten und -verhandelt werden. Denn je vielschichtiger die Berufsgruppen in einer Gewerkschaft sind, umso wichtiger erscheint uns, dass alle Mitglieder diese Pluralität anerkennen, sie respektieren und hartnäckig(er) mitverhandeln, gemeinsam an einem Strang ziehen.

Es fällt bei der Lektüre der neuen Entgeltordnung auf, dass für andere Berufsgruppen zum Teil sehr differenzierte Bewertungen der Tätigkeiten nicht nur anhand der Qualifikation, sondern auch anhand von weiteren Tätigkeitsmerkmalen getroffen wurden, während der Textabschnitt zu den PP und KJP nur sehr knapp ausfällt (siehe Kasten). Hier wäre es wünschenswert

Eingruppierung von PP und KJP im TVöD-VKA

(S. 29 Anhang 3 zur Anlage 5 Tarifeinigung über eine Entgeltordnung zum TVöD für den Bereich der VKA)
XVII. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

Entgeltgruppe 14
Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und – soweit nach dem jeweiligen Landesrecht vorgesehen – mit staatlicher Anerkennung und entsprechender Tätigkeit.

Für spezifische Fragen an den Ausschuss Angestellte der DPtV wenden Sie sich gern an: angestellte@dptv.de

gewesen, unter Einbeziehung von psychotherapeutischem Sachverstand, spezifische Heraushebungsmerkmale zu definieren, die eine Eingruppierung in EG 15 rechtfertigen, wie wir sie auch mehrfach in Artikeln dieser Zeitschrift zum Thema benannt haben. So gelten augenblicklich bis auf Weiteres nur die allgemeinen Tätigkeitsmerkmale für die Entgeltgruppen 13 bis 15, nach denen potenziell eine Höhergruppierung erreicht werden könnte, wenn ihre Tätigkeit durch besondere Schwierigkeit und Bedeutung sowie erheblich durch das Maß der damit verbundenen Verantwortung gekennzeichnet ist oder wenn der Person mindestens fünf Beschäftigte mindestens der Entgeltgruppe 13 durch ausdrückliche Anordnung unterstellt sind. Da die Schwierigkeit und Bedeutung der Tätigkeit und das Maß der damit verbundenen Verantwortung *unbestimmte Rechtsbegriffe* sind, wäre es vermutlich nicht leicht, im Bezug auf die psychotherapeutische Tätigkeit damit zu argumentieren und auch vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, selbst in leitenden Funktionen, sind vermutlich nicht fünf oder mehr akademische Mitarbeiter durch ausdrückliche Anordnung unterstellt. Diese Kriterien bieten also nur in wenigen Fällen die Möglichkeit, doch noch eine Höhergruppierung in die EG 15 zu erreichen. Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert gewesen, bei den Verhandlungen die spezifischen Kriterien zu benennen, die sich auf heilkundliche psychotherapeutische Tätigkeiten beziehen, wie z.B. eigene Fallverantwortung oder Verantwortung für wesentliche Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie, um so die Tätigkeiten, die dem Facharztniveau entsprechen, von dem Tätigkeitsniveau ohne Approbation abzuheben. Doch die aktuellen Ergebnisse sind letztlich nicht in Stein gemeißelt.

Ein weiterer Anhaltspunkt dafür, dass anscheinend noch nicht ausreichend Fachkenntnisse bezüglich unserer Berufsgruppe in die Verhandlungen eingeflossen sind, zeigt sich in der Formulierung „und – soweit nach jeweiligem Landesrecht vorgesehen – mit staatlicher Anerkennung und entsprechender Tätigkeit". Diese Formulierung erscheint etwas rätselhaft, da die staatliche Anerkennung sich nicht auf das Landesrecht beziehen kann, denn die Approbation wird nach Bundesrecht erteilt. Ein Fallstrick könnte zudem die Anforderung der „entsprechenden Tätigkeit" sein. Hier könnte ein Arbeitgeber argumentieren, dass es sich, obwohl der/die Beschäftigte approbiert ist, bei der ausgeübten Tätigkeit überwiegend um eine Tätigkeit handelt, die dem Grundberuf (Sozial-)PädagogIn oder PsychologIn entspricht. Dies könnte insbesondere KollegInnen betreffen, die schon vor Erlangung der Approbation als Dipl.-Psych. oder Soz-Päd. therapeutisch arbeiten und nach der Approbation auf der gleichen Stelle weiterbeschäftigt sind.

Fazit

Trotz einiger auch als Fortschritt zu bewertenden Ergebnisse des Tarifabschlusses, die insbesondere für die angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten spürbar werden dürften, bleibt die Enttäuschung darüber, dass die facharztäquivalente Qualifikation der PP/KJP nicht entsprechend tariflich gewürdigt bzw. anerkannt wird und dass die berechtigten Forderungen unserer Berufsgruppe in den Verhandlungen auf so massiven Widerstand gestoßen sind und in Bezug auf den kleinen Anteil unserer Berufsgruppe innerhalb der gewerkschaftlichen Strukturen möglicherweise auch nicht immer als bedeutsam angesehen werden. Man mag jetzt in Anbetracht dieses Ergebnisses verärgert auch über die Gewerkschaft ver.di sein. Wir hören nicht selten Kommentare von Kolleginnen und Kollegen nach dem Motto „Die tun doch eh nichts für uns", doch wir sind der Überzeugung, dass es derzeit keine Alternative gibt, denn ohne Gewerkschaft gibt es für Tarif- und Arbeitsrecht auch keine solidarischen Lösungen. Der Weg kann darin bestehen, dass unsere Berufsgruppe in der Gewerkschaft, welche die für sie relevanten Tarifverträge verhandelt (und das ist in diesem Fall ver.di) einfach noch präsent(er) ist. In diesem Sinne halten wir eine Gewerkschaftsmitgliedschaft neben der Mitgliedschaft im Berufsverband für angestellte PsychotherapeutInnen immer noch für wichtig und möchten zugleich dazu aufrufen, sich an Aktionen, wie denen von Mitgliedern aus zum Beispiel Angestellten- und PTI-Ausschüssen (PTI = Psychotherapeuten in Institutionen), von Landeskammern wie auch von der BPtK zu beteiligen. Als Gewerkschaftsmitglied halten wir eine Mitwirkung, und sei es auch in noch so kleinem Rahmen, in gewerkschaftlichen Gremien der PP/KJP oder PiA in der Region für sinnvoll. Kürzlich initiierten z.B. zwei Kollegen eine Unterschriftenliste für angestellte PsychotherapeutInnen, um ver.di zu einer Weiterverhandlung für eine facharztäquivalente tarifliche Eingruppierung aufzufordern und um den Unmut über das Verhandlungsergebnis auf diesem Weg zum Ausdruck zu bringen – helfen Sie auch darüber mit, unseren gemeinsamen Forderungen mehr Ausdruck zu verleihen.

Der Weg kann darin bestehen, dass unsere Berufsgruppe in der Gewerkschaft, welche die für sie relevanten Tarifverträge verhandelt … einfach noch präsent(er) ist

Kerstin Sude

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

Dr. Jürgen Tripp

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

Moina Beyer-Jupe

Strategiekongress des BMVZ

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

Am 8. Juni 2016 hielt der BMVZ einen Strategiekongress in Potsdam ab. Nachdem es seit dem Versorgungsstärkungsgesetz vom August 2015 für Psychologische Psychotherapeuten attraktiver geworden ist, ein eigenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen, ist auch für die DPtV interessanter geworden, was im Bundesverband der MVZ diskutiert wird und wohin die Entwicklung geht. Durch die Neuregelung jetzt auch fachgleicher Zusammenschlüsse zu einem MVZ können Psychotherapeuten selbst ein reines „Psycho"-MVZ gründen, eigenständig ein MVZ leiten (bisher nur in kooperativer Leitung mit einem Arzt), während sie sich zuvor ärztlicher fachlicher Leitung unterwerfen mussten, weil das ärztliche Berufsrecht den Ärzten andere als ärztliche Vorgesetzte im medizinischen Bereich verbietet.

Die Themen des Strategiekongresses waren unterteilt in die drei Blöcke: „Die großen Linien – Ambulante Strukturen im Wandel: Sind die Veränderungen der Versorgungswelt steuerbar?", sodann „Die kleinen Schritte – Fokus ambulante Versorger" und schließlich „Die praktische Umsetzung".

Darunter subsumierten sich Referate wie Strukturvielfalt als Zukunftstrend; Von der Kommune zum Bund: Versorgungspolitik als gemeinsame Aufgabe; Das E-Health-Gesetz als Netzwerkmotor; Pflichten und Chancen für Praxisnetze, MVZ und BAG; Die aktuelle MVZ-Rechtsprechung des BSG; Fachgleich/Fachverschieden – medizinischer Nutzen und berufspolitische Ängste.

Durch die neue Möglichkeit fachgleicher MVZ erwartete der Verband eine neue Gründungswelle, die zwar noch nicht verzeichnet wurde, aber steigende Anfragen nach Gründungsvoraussetzungen durchaus. Dabei werde immer wieder die Frage gestellt, was denn der praktisch bedeutsamste Unterschied zwischen den verschiedenen Kooperationsformen sei. Mit der Option fachgleicher MVZ verschwimme die Abgrenzung zwischen MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft (BAG – im Grunde eine Variante der klassischen Gemeinschaftspraxis) noch weiter als bisher schon.

Die Antwort lautete, dass es weniger die juristischen Detailfragen seien, als vielmehr die besondere Art der Praxisorganisation. Erst wenn in MVZ und BAG arbeitsteilig gearbeitet werde und sich die Behandler nicht mehr um alles, sondern nur um die Patientenbehandlung kümmern müssten, könnten die Effizienzpotenziale, die in Kooperationen allgemein vermutet würden, auch wirklich gehoben werden. Letztlich gehe es um die bunte Vielfalt verschiedener Kooperationsformen mit besonders zu gestaltenden Behandlungsangeboten und Behandlungskonzepten, mit mehr oder weniger Delegation von Abrechnung, Buchhaltung, Materialwirtschaft usw. Dies alles würde perspektivisch eine „Markenmedizin bzw. -psychotherapie" hervorbringen bzw. diese stärken.

Bedürfnisse für Versorgungskooperationen wurden insbesondere vor dem Hintergrund der bekannten demografischen Entwicklung gesehen bei gleichzeitiger Beobachtung sich leerender ländlicher Räume. Gezeigt wurde dazu ein Foto vom 24. Januar 2013 aus Rathenow/Brandenburg, das eine rekordverdächtige Warteschlange von rund 250 Patienten auf der Straße vor einer Augenarztpraxis zeigt, die nur einen Arzttermin wollten. Um das zu bewältigen, seien nicht nur Kooperationen nötig, sondern es sei auch der medizinische Fortschritt mit den Möglichkeiten der E-Health-Medizin zu nutzen. Denn wenn die Effizienzhebung durch

besondere Versorgungsformen einmal ausgeschöpft sei, liege die weitere Verbesserung im Wesentlichen in den Möglichkeiten digitalisierter Medizin (z.B. elektronische Patientenakte mit Zugriffsmöglichkeiten Autorisierter), was aber wiederum Zusammenarbeit der Behandler voraussetze. Technischer Fortschritt ist teuer, was vor allem in den technischen Fächern den Druck zum Zusammenschluss zu größeren Einheiten erhöhe. Die nachwachsende Generation – so zeigen es auch Befragungen der PiA – habe dabei eine ganz andere Einstellung zu Teilzeit- und Doppelarbeitsverhältnissen, was nur außerhalb der „alten Einzelpraxis" zu verwirklichen sei. So gebe es absolut betrachtet zuletzt deutlich mehr Ärzte (und Psychotherapeuten) bei gleichzeitig durchschnittlich weniger Zeiteinsatz je Arzt/Psychotherapeut.

Hiergegen stand die Einlassung, dass kein Mangel an Versorgung bestehe, sondern ein Überfluss bei gleichzeitiger Fehlsteuerung. Die Patienten seien unter dieser Maßgabe hilflos, orientierungslos, ungesteuert, Ärzte/Psychotherapeuten genügten sich selbst; Krankenhäuser hätten ohnehin hohe Akzeptanz und hielten sich für unersetzbar; Kassen für unfehlbar und die Politik sei für alles verantwortlich. Die Reformen im stationären Bereich bedingten eine Verlagerung in häusliche, ambulante und rehabilitative Versorgung. Gerade hier bestünden aber die Lücken, weil Betreuung und Leitung der Patienten fehle. Es gebe zwar eine Fülle von außerstationären Angeboten, die aber unkoordiniert nebeneinanderstünden und niemand habe wirklich den Überblick.

Bei Ausdünnung ländlicher Versorgung würden die Kommunen sie in der Fläche und notgedrungen auch die Steuerungsaufgaben übernehmen (müssen) und dürften dies auch wegen ihrer Allzuständigkeit auf unterer Gemeindeebene. Hinzu käme ein Wettbewerb der Gemeinden untereinander um Bevölkerung; entsprechende Entwicklungen seien bereits zu beobachten wie die Koordinierung von Pflege für Gemeindemitglieder. Dazu hätte der Gesetzgeber gerade auch kommunale MVZ in die Gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Die Versorgungslandschaft würde sich wandeln mit einem Kompetenzzuwachs für Kommunen und zwar desto schneller, je weniger die Behandler die Koordinierung selbst in die Hand nähmen.

Hierzu passte der Bericht eines geschäftsführenden Psychologischen Psychotherapeuten, der sich über unnötige Einengungen und Erschwerung der Aktions- und Entwicklungsfähigkeit seines MVZ durch KV und Zulassungsausschuss beklagte. Diese Institutionen würden nicht erkennen, wie sie zum eigenen Schaden die selbstverwaltete Patientenversorgung hemmten. So habe sein psychotherapeutisches MVZ einen besonderen Schwerpunkt in der Behandlung Behinderter. Bei der Versorgung in der Fläche sei es für diese Patienten teilweise eine hohe Schwelle, immer in das entfernte MVZ kommen zu müssen. Außenstellen, um die spezielle Patientenklientel vor Ort behandeln zu können, würden von den Ausschüssen unter keinem Aspekt zugelassen.

Hier knüpfte der referierende Zahnarzt an, der mit fachgleichen Zusammenschlüssen ein Zahnärzte-MVZ-Netz gegründet hatte. Er lobte die Effizienzpotenziale – für technisierte Medizin besonders offenkundig – wenn Einrichtungen, Gerätschaften usw. rund um die Uhr im Einsatz seien (z.B. Schmerzbehandlungen auch als Sonntags- und Nachtbehandlung). Heutzutage sei es für junge Zahnärzte kaum mehr möglich, eine eigene Praxis einzurichten, weil entgegen öffentlicher Wahrnehmung in den letzten Jahren die Zahnarzthonorare stark gesunken, jedoch der Investitionsaufwand für Praxisausstattungen enorm gestiegen sei. Das könne gar nicht anders als durch Teilung vorhandener Ressourcen bewältigt werden. Es wären bereits internationale Ketten auf dem Sprung, zahnärztliche Einrichtungen flächendeckend hochzuziehen; Eigeninitiative der Behandlerseite sei daher dringend gefordert.

Kritisch diskutiert wurde die neue BSG-Rechtsprechung im Hinblick auf die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes über das Verzichtsmodell: Vertragspsychotherapeut bringt seinen Sitz in ein MVZ ein und lässt sich (kurzfristig) anstellen mit dem Zweck der Übergabe des Sitzes an einen Jüngeren. Die neue Entscheidung des BSG, dass im MVZ die Anstellung des Abgebers mindestens drei Jahre dauern müsse, löste bei den beiden Referenten viele Fragezeichen aus, was sich das BSG dabei wohl gedacht habe und ob nun immer bei Genehmigungsanträgen in den Zulassungsausschüssen Gesinnungsprüfungen erfolgen müssten, ob wirklich eine mindestens dreijährige Anstellung beabsichtigt sei. Und weiter, wie es zu handhaben sein wird, wenn nun doch aus unabweisbaren Gründen gekündigt werden müsste, z.B. wegen Berufsunfähigkeit. Letztlich hieß es, dass vor Kenntnis des genauen Urteils und seiner Gründe alle Bewertungen obsolet seien. Nach der Pressemitteilung im Mai erwarte man das vollständige Urteil dann im Sommer.

Bisher stieg die Anzahl der MVZ immer noch; die MVZ in Krankenhausträgerschaft hielten aber nicht Schritt. Das heißt, die ursprüngliche Befürchtung, Krankenhausketten würden den ambulanten Markt aufrollen, habe sich nicht bewahrheitet. Wir warten auf viele neue „Psycho"-MVZ.

Speziell die Patientenversorgung in der Fläche wird in Zusammenarbeit mit den Gemeinden Behandlergemeinschaften erzwingen

Moina Beyer-Jupe

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

Wilfried Hesse

Steuerfolgen bei Honorarnachzahlungen

Für Psychotherapeuten hat sich das Warten und Bangen gelohnt. Denn der Bewertungsausschuss hat in seinen Sitzungen am 22.9.2015 und am 11.3.2016 psychotherapeutische Leistungen rückwirkend ab 2012 neu bewertet. Ob ein niedergelassener Psychotherapeut nun mit großen Nachzahlungen rechnen kann, wird er sich sicher bereits an fünf Fingern selbst abgezählt haben – auch wenn die Ermittlung der Honorare für Außenstehende recht komplex anmutet. Damit werden die Vorgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umgesetzt, wonach eine vollausgelastete Praxis aufgrund des erzielbaren Honorarumsatzes einen Ertrag erzielen soll, der dem von Arztgruppen im unteren Einkommensbereich entspricht und gleichzeitig die Beschäftigung einer sozialversicherungspflichtigen Halbtagskraft ermöglicht.

Besteuerung der unverhofften Honorarnachzahlungen

Der sogenannte linear-progressive Einkommensteuertarif kann bei hohen Nachzahlungen in einem Jahr zum Problem werden – meist immer dann, wenn der Psychotherapeut nicht ganz so gut verdient und mit seinem Einkommen im unteren Bereich des Einkommensteuertarifs liegt. Denn dann hat er auf jeden zusätzlich vereinnahmten Euro einen etwas höheren Steueranteil an den Fiskus abzuführen.

Hierzu ein kurzer Überblick über den Einkommensteuertarif: Der Eingangssteuersatz von 14 % Einkommensteuer zuzüglich Solidaritätszuschlag von 5,5 % und gegebenenfalls Kirchensteuer ist ab einem zu versteuernden Einkommen von circa 8.500 € anzuwenden und steigt dann kontinuierlich bis zu einem zu versteuernden Einkommen von rund 53.000 € auf den Spitzensteuersatz von 42 % (zzgl. SolZ und ggf. KiSt) an. Über die sogenannte Reichensteuer von 45 % (zzgl. SolZ und ggf. KiSt) ab einem zu versteuernden Einkommen von circa 250.000 € müssen sich vermutlich nur die Wenigsten sorgen. Bei Verheirateten oder eingetragenen Lebenspartnern verdoppeln sich zwar die genannten Einkommensgrenzen, allerdings bezieht der Partner oft ebenfalls gutes Geld. In diesem Fall bringt die Zusammenveranlagung bei annähernd gleichem Verdienst im Grunde keinen oder nur einen sehr geringen Steuervorteil.

Ist der Psychotherapeut (und sein Partner) beruflich also sehr erfolgreich, hat er die zu erwartende Nachzahlung der Kassenärztlichen Vereinigung sicherlich im Spitzensteuersatz zu versteuern. Insoweit bleibt dem Therapeuten (und seinem Partner) im Zweifel nur etwas mehr als die Hälfte des Honorars. Die andere Hälfte landet hingegen im Staatssäckel. Dies ist zwar misslich, aber insoweit steuerlich hinzunehmen, da der Psychotherapeut (und sein Partner) auch entsprechend leistungsfähig ist. Um das zu versteuernde Einkommen und damit auch den Steuersatz zu mindern, kann man im Grunde nur einen Investitionsabzugsbetrag bilden, der allerdings innerhalb von drei Jahren eine tatsächliche Investition erfordert. Anders schaut die Situation jedoch bei Psychotherapeuten aus, die nicht so viel verdienen und sich mit ihrem Einkommen im Progressionsbereich der Einkommensteuer mit stetig steigendem Steuersatz (also zwischen 8.500 € und 53.000 €) bewegen. Weil sich bei Nachzahlungen für mehrere Jahre, die in einem Jahr zusammengeballt zufließen, verfassungsrechtlich sehr bedenkliche Situationen ergeben können, ist die Einkommensteuer für solche sogenannten außerordentlichen Einkünfte geringer festzusetzen.

Vereinfachtes Beispiel:
Ein Psychotherapeut, der fünf Jahre ein jährliches zu versteuerndes Einkommen von 20.000 € erwirtschaftet, zahlt nach aktuellem Steuertarif jährlich 2.700 € Einkommensteuer inklusive Solidaritätszuschlag (in fünf Jahren also insgesamt 13.500 €). Würde er die Honorare für fünf Jahre zusammen-

geballt in einem einzigen Jahr beziehen, würde sich eine Steuerbelastung von circa 35.500 € ergeben. Bei dieser Konstellation würde der Psychotherapeut also im Grunde mehr als ein komplettes Jahreshonorar an Steuern mehr zahlen, obwohl er in beiden Fällen nur 20.000 € pro Jahr erwirtschaftet.

Dieser Fünfjahresbetrachtung liegt auch die begünstigende Fünftelregelung zugrunde, bei der eine Nachzahlung für mehrere Jahre gedanklich immer auf fünf Jahre verteilt wird. Daher wird der bis zu einem zu versteuernden Einkommen von 53.000 € kontinuierlich steigende Einkommensteuersatz mit jedem zusätzlichen Euro auch nur zu einem Fünftel des regulären Steuersatzanstiegs angehoben. Die Steuernachzahlung kann dann deutlich geringer ausfallen, als bei Versteuerung über den regulären Einkommensteuertarif. In unserem idealtypischen Beispiel würde sich damit auch bei gebündeltem Zufluss in einem einzigen Jahr nur eine Steuerlast von circa 13.500 € ergeben (Steuerersparnis im Vergleich zur regulären Besteuerung nach dem Einkommensteuertarif: 22.000 €). Da die Fünftelregelung aber nur im Progressionsbereich steuermindernd wirken kann, haben Psychotherapeuten, die im Spitzensteuersatz liegen, das Nachsehen. Aber auch Psychotherapeuten im Progressionsbereich der Einkommensteuer können nicht aufatmen, da Nachzahlungen vom Finanzamt oft nicht als außerordentliche Einkünfte anerkannt werden.

Der Bundesfinanzhof (BFH) hatte hierzu zwar bereits am 14.12.2006 im Falle eines Diplom-Psychologen festgestellt, dass außerordentliche Einkünfte vorliegen, wenn eine Vergütung für eine mehrjährige Tätigkeit aufgrund einer vorausgegangenen rechtlichen Auseinandersetzung zusammengeballt zufließt. Erfolgt die Nachzahlung jedoch nicht in einem Betrag, sondern verteilt auf mehrere Jahre, sollte es nach einem Urteil des BFH vom 21.4.2009 hingegen nicht zu einer Zusammenballung der eigentlich zu begünstigenden Einkünfte kommen. Aufgrund dieses Urteils hatte auch das Finanzgericht Köln (Urteil vom 20.11.2013) in einem gleich gelagerten Fall keine Handhabe, um der Klage einer psychotherapeutischen Gesellschaft bürgerlichen Rechts zuzustimmen. Denn hier erfolgte die Nachzahlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nicht in einem Jahr, sondern über zwei Kalenderjahre verteilt. Der Streitfall des FG Köln liegt allerdings derzeit noch beim BFH zur abschließenden Entscheidung. Das Finanzgericht hat die Revision zugelassen, denn inzwischen hat der BFH seine restriktive Auffassung aufgegeben.

Nach seinem neuesten Urteil vom 13.10.2015 kann eine Zusammen-

Durch die Fünftelregelung erhöht sich der persönliche Steuersatz mit jedem zusätzlichen Euro nur noch um ein Fünftel des regulären Steuertarifs

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 Familienrecht: **DP Michael Hinn „Rolle d. Gutachters im Familienrecht; Gutachtenabfassung“** 23. – 25. Sept. 2016
  für das Modul Strafrecht: **Prof. Dr. Martin Rettenberger „Prognosemethodik u. Prognoseinstrumente“** 7./8.- Okt. 2016
  für das Modul Sozialrecht: **Dr. Thomas Lorz „Begutachtung im Betreuungsrecht“** 15./16. Okt. 2016
  ebenso: **DP PP Johanna Arneth-Graf „Sozialrechtl. Begutachtung: Unfallfolgen u. Trauma SGB VII“** 22./23. Okt. 2016
  für das Grundmodul: **Dr. med. Timucin Türker „Rechtsmedizinische Aspekte in der Rechtspsychologie“** 9./10. Dez. 2016
  (alle Seminare einzeln und online buchbar)
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 25./26. März 2017 EMDR Grundkurs (**DP Dr. Georg Pieper**);
  17. September 2016, Trainingsseminar zur Praxis des EMDR (**DP Gertrud Skoupy**)
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern und Jugendlichen:** (200 WE in 12 Blöcken), Beginn: 28. Januar 2017
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 7 Blöcken),
  Beginn d. nächsten Fortbildungscurriculums: 27./28. Mai 2017 Einführ. i. d. Diagnostik: Sexualanamnese (**Dr. Sandra Poppek**)
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE i. 8 Blöcken)
- **Hypnotherapeutische u. systemische Konzepte für d. Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen (KiHyp)**
  Einführung in KliHyp und KiHyp mit B1/KE am 15./16. Oktober 2016 (**Dr. Burkhard Peter**)
- **Prüfungs-Crashkurse** zur Vorbereitung auf d. staatl. Prüfung (PP/KJP): 17. - 20. Nov. 2016 oder 11. - 14. Mai 2017

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

ballung von Einkünften – zumindest bei Entschädigungszahlungen – auch dann noch vorliegen, wenn diese in zwei Jahren durch eine erste Teilzahlung und eine sich daran zeitlich anschließende Schlusszahlung geleistet werden. Hierfür ist allerdings erforderlich, dass die erste Teilzahlung eine Art Nebenleistung darstellt, die noch als relativ geringfügig anzusehen ist. Als geringfügig sahen die obersten Bundesrichter hier noch eine Zahlung an, die geringer ist, als die Steuerbegünstigung nach der Fünftelregelung, da der Psychotherapeut in diesem Fall besser gestellt wäre, wenn er diese Teilauszahlung überhaupt nicht bekommen hätte.

Vorsicht bei Teilzahlungen! Oft lohnt sich eine Verschiebung ins nächste Jahr, um von der Steuerbegünstigung zu profitieren

Um dies kurz zu veranschaulichen: In unserem oben dargestellten Beispiel könnte man daher meinen, dass es unschädlich gewesen wäre, wenn der Psychotherapeut in einem Jahr nachträglich 20.000 € und im darauffolgenden Jahr die restlichen 80.000 € erhalten hätte. Denn wir hatten festgestellt, dass seine Steuerersparnis durch die Fünftelregelung (22.000 €) etwas mehr als ein Jahreshonorar (20.000 €) ausgemacht hatte.

Da sich der BFH jedoch nicht zu der Frage geäußert hat, ob nur die Hauptleistung oder auch die Nebenleistung begünstigt ist, sollte die vorsichtige Rechnung etwas anders aussehen. Denn wenn nur die Hauptleistung von beispielsweise 80.000 € begünstigt ist, ergibt sich keine Steuerermäßigung von rund 22.000 €, sondern lediglich eine Steuerermäßigung von rund 18.800 €. Insoweit dürfte auch die Nebenleistung diesen Betrag nicht überschreiten, um noch als geringfügig zu gelten, damit die Steuerermäßigung für die Hauptleistung gewährt werden kann.

Das Bundesfinanzministerium (BMF) hat diese Entscheidung und Fortentwicklung der Fünftelregelung im Übrigen akzeptiert und in allen offenen Fällen für anwendbar erklärt. Zur weiteren Vereinfachung wird es von Seiten der Finanzverwaltung nicht beanstandet, wenn die Teilleistung nicht mehr als 10 % der Hauptleistung ausmacht.

Somit ergeben sich grundsätzlich zwei Varianten für die Begünstigung:

1. Die erste Teilzahlung muss geringer sein, als die Steuerbegünstigung der Hauptleistung nach der Fünftelregelung (BFH-Entscheidung vom 13.10.2015).

2. Die erste Teilzahlung darf maximal 10 % der Hauptleistung betragen (BMF-Schreiben vom 4.3.2016).

Wie dem auch sei – für Psychotherapeuten wird viel spannender sein, wie das oben genannte Urteil des Finanzgerichts Köln vor dem BFH (Aktenzeichen: VIII R 37/14) entschieden wird. Denn aus dem Sachverhalt ergibt sich, dass die dortigen Zahlungen an die psychotherapeutische Praxis für die Jahre 2000 bis 2004 in zwei aufeinanderfolgenden Jahren in jeweils nahezu gleichgroßen Tranchen erstattet wurden. Hier wird sich der BFH sicherlich schwer tun, diese Tranchen in Haupt- und Nebenleistung einzuordnen, damit diese noch als zusammengeballt anerkannt werden können. Denn die Fünftelregelung ist exakt für den im Streitfall zugrundeliegenden Zeitraum von fünf Jahren konzipiert – allerdings für die Nachzahlung in nur einem einzigen Jahr! Man muss dabei bedenken, dass die Verteilung der Nachzahlung über zwei Jahre von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung für sich genommen schon eine Abmilderung des Progressionseffektes bewirkt, da sich die Nachzahlung gleichmäßig auf zwei Jahre verteilt und der Steuersatz insoweit in jedem der beiden Jahre – im Vergleich zum Zufluss in nur einem einzigen Jahr – nur zur Hälfte ansteigt.

Wie der BFH aber auch immer bezüglich der Nachzahlungen der Jahre 2000 bis 2004 entscheiden wird: Für Nachzahlungen der Jahre 2012 bis 2015 aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses wird dann nichts anderes gelten können. Psychotherapeuten mit geringerem Einkommen sollten zur Sicherheit bei der nächsten Nachzahlung der Kassenärztlichen Vereinigung prüfen, ob die Einkünfte als außerordentliche Einkünfte berücksichtigungsfähig sind, da sich dadurch Steuervorteile ergeben können.

Die derzeitige Auszahlungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung leistet den Psychotherapeuten jedoch vermutlich einen Bärendienst. Denn so steuerlich verlockend eine ratierliche Auszahlung (beispielsweise erste Zahlung für die Tranche 2012 bis 2015 im Jahr 2016 und zweite Zahlung für die Tranche 2014 bis 2015 im Jahr 2017) auch zunächst erscheinen mag, sie wird im Zweifel nur der Kassenärztlichen Vereinigung in die Karten spielen, da diese länger mit dem zurückgehaltenen Geld arbeiten kann. Für den einzelnen Psychotherapeuten dürfte sie hingegen steuerlich nutzlos bzw. hinderlich sein, da ihm dadurch im Grunde die meist günstigere Fünftelregelung verwehrt bleibt.

Gerade bei Teilzahlungen gegen Ende des Jahres sollte geprüft werden, ob sich nicht eine Verschiebung ins nächste Jahr vereinbaren lässt. Selbstverständlich spielen stets die individuellen steuerlichen und persönlichen Verhältnisse eine entscheidende Rolle und auch, ob sich eine solche Auszahlung der Honorarnachzahlungen dann mit der jeweiligen KV auch vereinbaren lässt. Sprechen Sie uns an! Wir prüfen, was für Sie steuerlich am günstigsten wäre.

Wilfried Hesse

Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Bielefeld, Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH), spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.

E-Mail: hesse-advisa@etl.de

- ANZEIGE -

Brauche ich eine Rechtsschutzversicherung für meine Psychotherapeutische Praxis?

Als Angehöriger des Heilwesens können Sie schnell in einen Rechtsstreit verwickelt werden. Ursachen kann es viele geben, z.B. Streitigkeiten mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei Verstößen gegen das Datenschutzgesetz oder Streitigkeiten mit dem Vermieter von Praxisräumen. Auch die Gefahr, sich strafrechtlichen Vorwürfen stellen zu müssen, steigt stetig. Bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen dann oft hohe Kosten auf Sie zu.

Was ist in solch einem Vertrag versichert?
Die im vereinbarten Umfang erforderlichen Leistungen für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers bzw. der Versicherten wie zum Beispiel:

- Rechtsschutz für Firmen und Selbstständige/Freiberufler
- Verkehrs-Rechtsschutz
- Regress-Rechtsschutz im außergerichtlichen Verfahren
- Praxis-Vertrags-Rechtsschutz
- Privat-Rechtsschutz
- Rechtsschutz für Eigentümer, Mieter und Vermieter von Wohnungen und Grundstücken
- **Spezial-Straf-Rechtsschutz**
- Versicherungs-Vertrags-Rechtsschutz

Folgende Kosten werden bei bestehendem Versicherungsschutz geleistet:

- Kosten des Anwaltes nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG)
- Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige
- Kosten des Prozessgegners, soweit diese der Versicherte zu tragen hat

Brauche ich den Spezial-Straf-Rechtsschutz?
Die Vorstellung, dass die Staatsanwaltschaft in der eigenen Praxis ermittelt, mag im ersten Moment geradezu absurd erscheinen. Als Praxisinhaber zahlt man seine Steuern und stiftet auch niemanden zu Straftaten an. Dennoch ermittelt die Staatsanwaltschaft deutlich häufiger, als man glaubt. Gerade im Rahmen einer psychotherapeutischen Praxis ist der Vorwurf einer Straftat wie zum Beispiel der Vorwurf der sexuellen Belästigung oder die Verletzung der Schweigepflicht nicht utopisch. Der Versicherer zahlt die Kosten, die im Zuge der Verteidigung gegen den Vorwurf einer vorsätzlich begangenen Straftat notwendig sind.

Aber Achtung: Sollte das Strafverfahren mit einer rechtskräftigen Verurteilung abgeschlossen werden, müssen Sie im Regelfall die vom Versicherer getragenen Vorauslagen zurück erstatten.

Frei nach unserem Motto: „Vom Kollegen für Kollegen“ steht Ihnen das Team von Elron Versicherungsmakler GbR für Fragen zu diesem Thema gerne zur Verfügung!

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

Veranstaltungen

Oktober bis Dezember 2016

OKTOBER

Sylter Praxistage

30.9.2016, Westerland
Effizient und pragmatisch ein QM-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
16-51 DPtV CAMPUS

1.10.2016, Westerland
Berufsausübungsgemeinschaft gründen
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 Nadolny
16-55 DPtV CAMPUS

20.–22.10.2016, Alpbach/Österr.
Kongress Essstörungen
Netzwerk Essstörungen
info@netzwerk-essstoerungen.at

21./22.10.2016, Berlin
10 Jahre DPtV
Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie
www.dptv-kongress.de

28.10.–1.11.2016, Bad Salzuflen
23. Psychotherapietage NRW
Hoffnung in der Psychotherapie
Nord Süd Kongress
kontakt@nordsuedkongress.de

NOVEMBER

5.11.2016, Hannover
Compassion Fatigue
Angelika Rohwetter
16-56 DPtV CAMPUS

11.11.2016, Hamburg
Sexueller Missbrauch und Traumafolgestörung als Thema in der Erwachsenenpsychotherapie
Dr. Kirsten von Sydow
16-57 DPtV CAMPUS

11.–13.11.2016, München
121. Verhaltenstherapiewoche
Behandlung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen
IFT-Gesundheitsförderung
lizon@ift-gesundheit.de

12.11.2016, Nürnberg
14. Fachtagung des IVS
Psychotherapie von und für Menschen mit Behinderung
Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)
info@ivs-nuernberg.de

16.–19.11.2016, Bad Homburg
Herbsttagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)
Das Fremde in uns – das Fremde bei uns
DPV-Geschäftsstelle
geschaeftsstelle@dpv-psa.de

17.–20.11.2016, Bad Lippspringe
Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V. (DGH)
HYPNOSE – Aufbruch ins Leben
Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V.
info@dgh-hypnose.de

18.11.2016, Dortmund
Einbindung von Bezugspersonen in die Psychotherapie mit Erwachsenen
Dr. Kirsten von Sydow
16-59 DPtV CAMPUS

18./19.11.2016, Bremen
Sozialmedizinische Anfragen
Dr. Thomas Leitz
16-61 DPtV CAMPUS

22.11.2016, Bielefeld
Kostenerstattung von A bis Z
Amelie Thobaben
16-62 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

23.–26.11.2016, Berlin
Kongress der DGPPN
Psyche – Mensch – Gesellschaft
dgppn16@cpo-hanser.de

25.11.2016, Frankfurt
Effizient und pragmatisch ein QM-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
16-64 DPtV CAMPUS

26.11.2016, Leipzig
Start in die Selbstständigkeit
Kerstin Sude
16-65 DPtV CAMPUS

DEZEMBER

3.12.2016, Münster
Elektronische Datensicherheit in der Psychotherapiepraxis – Schweigepflicht 2.0
Dr. Enno Maaß
16-66 DPtV CAMPUS

9.12.2016, Berlin
Die Kunst der Begrenzung – TP-Berichte
Dr. Michael Ermann
16-67 DPtV CAMPUS

9.12.2016, Berlin
Berufausübungsgemeinschaft gründen
Sabine Schäfer, Christina Seimetz
16-68 DPtV CAMPUS

10.12.2016, Hamburg
Feinheiten der Abrechnung
Dr. Hans Nadolny
16-69 DPtV CAMPUS

Kliniken Erlabrunn

65 JAHRE KLINIKEN ERLABRUNN – GEHEN SIE MIT UNS IN DIE ZUKUNFT!

Im Jahr 2016 wurde unser traditionsreiches Krankenhaus im Westerzgebirge 65 Jahre alt. Um auch für die Herausforderungen der nächsten Jahre gut gerüstet zu sein, suchen wir Mitarbeiter, die die Zukunft in der größten psychosomatischen Akutklinik Sachsens erfolgreich mitgestalten. Für unsere Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 75 Betten auf vier Stationen sowie 10 tagesklinischen Plätzen suchen wir ab sofort einen

Approbierten Psychologischen Psychotherapeuten (m/w)

in Vollzeit oder Teilzeit.

Gegenwärtige Schwerpunkte der Klinik sind die Behandlung von Angst- und Panikstörungen, Depressionen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Essstörungen und körperlichen Erkrankungen mit seelischem Hintergrund.
Neben den tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapien (halboffenes Setting) bieten wir unseren jährlich mehr als 600 Patienten als eine der wenigen Kliniken in Deutschland verschiedene Gruppentherapien im geschlossenen Setting an.

Ihre Aufgaben umfassen im Wesentlichen:
- Psychologische Diagnostik und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit dem Stationsarzt
- Durchführung von Einzel- und Gruppenpsychotherapien

Sie passen zu uns, wenn Sie
- eine Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten mit mehrjähriger klinischer Erfahrung besitzen oder sich in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit baldigem Abschluss befinden
- eine patientenorientierte Sichtweise sowie Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse unser Patienten auszeichnet

Wir bieten Ihnen:
- Mitarbeit in einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Diplompsychologen und Fachtherapeuten
- ein offenes und zukunftsorientiertes Arbeiten in einem angenehmen Betriebsklima mit gegenseitiger Wertschätzung und Verantwortung
- einen vielseitigen, attraktiven Arbeitsplatz in einem Haus mit außergewöhnlichem Ambiente

Für erste Informationen steht Ihnen Herr Dr. med. Bernd Eilitz, Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Tel.: 03773/6-2301), gern zur Verfügung. Administrative Fragen rund um das Arbeiten in unserem Haus beantwortet Ihnen unsere Personalleiterin, Frau Eva Lehmann (Tel.: 03773/6-1120).

Werden Sie Teil unseres Teams! Auf Ihre Bewerbung freuen wir uns.

Bitte senden Sie diese bevorzugt online (personal@erlabrunn.de) oder an
Kliniken Erlabrunn gGmbH | Personalabteilung | Am Märzenberg 1A | 08359 Breitenbrunn

Gabriele Eßing
Praxis der Neuropsychotherapie
Wie die Psyche das Gehirn formt
2015, Deutscher Psychologen Verlag
194 Seiten
ISBN 978-3-942761-39-0
21,00 €

Rezensiert von
Dieter Rau-Luberichs

Die Entwicklung einer schulenübergreifenden Psychotherapie, dies hatte einst der 2005 verstorbene Psychotherapieforscher, Hochschullehrer und Psychotherapeut Klaus Grawe gefordert. In Anlehnung an sein 2004 veröffentlichtes Buch zur Nutzung neurowissenschaftlicher Forschungserkenntnisse für die Psychotherapie hat nun die Psychotherapeutin Gabriele Eßing ein Buch vorgelegt, in dem die Anregungen von Klaus Grawe weitergedacht, mit neuen Forschungsergebnissen erweitert und mit vielfältigen Erfahrungen ihrer Praxis als Verhaltenstherapeutin und Spezialistin für Trauma- und Schmerzbehandlung angereichert werden. Dabei geht es der Autorin nicht um eine Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie, sondern um eine Integration der verschiedenen Therapieschulen. Diese Integration begründet sie mit neuropsychologischen Erkenntnissen und Forschungsergebnissen und eröffnet dem Leser damit eine „neue Sicht auf psychische Erkrankungen und die Psychotherapie".

Jedem Verhalten, jedem Erleben, jeder psychischen Störung – so ihre These – liegen konkrete, empirisch fassbare Prozesse in den Strukturen und Funktionen des Gehirns zugrunde. Anschaulich und gut strukturiert, mit Hilfe neuer Forschungsergebnisse und Fallbespielen erläutert die Autorin zuerst einmal, wie Erfahrungen aus der Lebensgeschichte eines Menschen sich im Gehirn niederschlagen, und wie nicht nur äußere Ereignisse, sondern auch Gedanken und Gefühle Gehirnstrukturen beeinflussen. An dieser Stelle wird dann klar, welche Bedeutung die in der Psychoanalyse so stark hervorgehobene frühe Kindheit für die Gehirnentwicklung haben muss. Frühe Erfahrungen treffen auf ein noch wenig vernetztes Gehirn und prägen deshalb tiefgehend die neuronalen Strukturen und somit die Persönlichkeit. Auch psychische Erkrankungen lassen sich so über frühe Erfahrungen und neuronale Strukturen analysieren.

Psychotherapie verändert das Gehirn, wenn der Psychotherapeut die grundlegenden Prinzipien, die sich aus den Neurowissenschaften ergeben, konsequent umsetzt: Vermittlung neuer Erfahrungen, Anregung des unbewussten Erlebens, Aufbau und Erhalt von Beziehung, Kontakt und Bindung, Ausbau von Ressourcen. Im Folgenden veranschaulicht die Autorin jeweils an einem konkreten Fallbeispiel aus ihrer Praxis verschiedene psychische Erkrankungen, ihre Verankerung in den neuronalen Strukturen sowie die konkreten psychotherapeutischen Schritte zur Behandlung. Besonders interessant sind dabei die beiden letzten Kapitel, in denen die posttraumatische Belastungsstörung und die chronische Schmerzerkrankung beschrieben wird. Das Buch endet mit einem Ausblick: Im Mittelpunkt der Neuropsychotherapie als schulenübergreifendem Therapieansatz stehen die Lebensgeschichte des Patienten und seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Fokussiert wird dabei das Veränderungsziel, nicht das Problem, um synaptische Strukturen effektiv neu zu schaffen. Eine Wiederbelebung der frühen Kindheit kann jedoch durchaus notwendig und sinnvoll sein, um eingefahrene Beziehungsstrukturen über sinnliches Erleben zugänglich und veränderbar zu machen. Dieses Vorgehen fordert einen aktiven Therapeuten, der den Patienten zu neuen Erfahrungen von Ressourcen und Wohlbefinden anregt. Allein die Einsicht in maladaptive Gedankenmuster reicht dabei nicht, der Patient muss angeleitet werden, sinnlich-konkret und körperlich neue Erfahrungen zu machen. Damit geht es in der Neuropsychotherapie um eine Bindungserfahrung, die nicht etwa allein an Symptomreduktion interessiert ist, sondern an Persönlichkeitsveränderung.

Dem vorliegenden Buch wünscht man eine weite Verbreitung. Es ist gut lesbar und ist genauso geeignet für angehende Psychotherapeuten wie für bereits tätige Praktiker, die ihre eigenen Grundlagen neu reflektieren wollen.

Aktuelle Rezensionsangebote

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

Rainer Sachse, Stefanie Kiszkenow-Bäker, Sandra Schirm

Klärungsorientierte Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Reihe: Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Band 7
2015, Hogrefe
100 Seiten
ISBN 978-3-8017-2713-0
22,95 € (Print)
ISBN 978-3-8409-2713-3
19,99 € (E-Pub, PDF)

Rezensiert von
Dr. Rüdiger Spielberg

Der Band gehört zur Reihe „Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen". Allen Bänden ist das Modell der doppelten Handlungsregulation als theoretische Grundlage gemeinsam. Dieses begreift Persönlichkeitsstörungen als interaktionelle Störungen. Entsprechend bilden Interaktionsbesonderheiten bei Patienten den Ansatzpunkt für Interventionen.

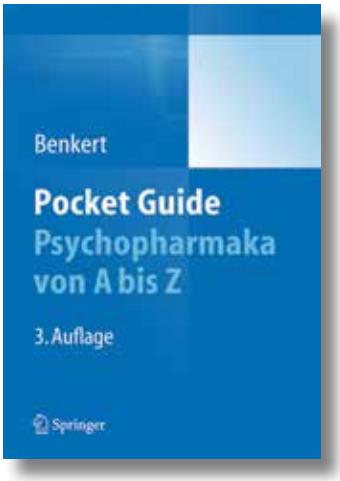
Nach kurzer allgemeiner Einführung in das Störungsbild werden Besonderheiten der ZPS auf dem Hintergrund des genannten Modells erläutert. Hierzu gehören allem voran die rigide Normorientierung, die daraus folgenden „Missionierungsversuche", die Ignorierung eigener Emotionen und die Entfremdung von eigenen Bedürfnissen.

Im nachfolgenden Abschnitt schildern die Autoren das therapeutische Vorgehen. Grundsätzlich sollen ich-syntone interaktionelle Verhaltensweisen sichtbar gemacht, unterliegende Beziehungsmotive geklärt und problematische Selbst- und Beziehungsschemata erarbeitet werden. Basis ist dabei eine Haltung, bei der der Therapeut die spezifischen Beziehungsmotive des Patienten mitdenkt und sich entsprechend komplementär verhält. Ein Beispiel für eine Intervention ist die schrittweise Veränderung der Patientensicht auf die Normerfüllung. Während der Patient sich zunächst als Ausführender „allgemeiner" Regeln sieht und auch so darstellt, gelangt er in der Therapie z. B. mittels empathischen Konfrontierens allmählich zu der Erkenntnis, dass Auswahl und Funktion der entsprechenden Regeln tatsächlich höchst subjektiver Natur sind.

Veranschaulicht wird die Beschreibung des therapeutischen Vorgehens sowohl durch eingestreute Fallvignetten als auch durch vier kommentierte Transskripte aus Therapiesitzungen, die sich im letzten Abschnitt des Bandes finden.

Es handelt sich um einen in Teilen bereits zuvor veröffentlichten Text, dessen klare Stärke darin besteht, leichter die Perspektive eines Patienten mit ZPS einnehmen zu können. Darüber hinaus finden diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die an der Zähigkeit ihres therapeutischen Prozesses schier verzweifeln, Normen des Patienten diskutiert und Reaktanz geerntet oder allergisch auf das als besserwisserisch empfundene Verhalten ihres Gegenübers reagiert haben, passende Interventionsansätze vor. Hierfür sind auch die kommentierten Transskripte ausgesprochen hilfreich.

Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass für ein vertieftes Verständnis der geschilderten Interventionen die Kenntnis des eingangs geschilderten theoretischen Rahmenmodells notwendig ist. Dies setzt die zusätzliche Lektüre eines weiteren entsprechenden Werkes von Sachse voraus, die jedoch eindeutig lohnt.



Otto Benkert
Pocket Guide

Psychopharmaka von A bis Z

3. Auflage 2015, Springer
396 Seiten
ISBN 978-3-642-54766-9
19,99 € (Print)
14,99 € (E-Book)

Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli

Dieses Werk hat zunächst den Vorteil, dass es klein und handlich ist, wenngleich ein wenig größer (plus 1 bis 2 cm) als z.B. die erste Auflage. Vermutlich, weil über 100 weitere Seiten hinzugekommen sind. Die erste Auflage werde ich im weiteren Text als Vergleich verwenden.

Die Ergonomie ist teilweise gleich geblieben: Große Buchstaben rechts oben auf jeder Seite. Verwendung von blauer Schrift, Fettdruck, kursiv usw. Neu ist die verbesserte Darstellung des Abkürzungsverzeichnisses und der Symbole. Allerdings vermisse ich die schwarze, fett hervorgehobene Schrift. Sie hat für eine bessere Lesbarkeit gesorgt.
Auch würde ich mit einem Medikament immer auf einer neuen

NEU

Hofmann, Heise (Hrsg.)

Spiritualität und spirituelle Krisen

Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis

- **Praktische Unterstützung** für die professionelle Begleitung durch erprobte und etablierte Behandlungsansätze und Hinweise auf relevante Anlaufstellen und Ressourcen
- **Up to date** durch gezieltes Nachschlagen aktueller Erkenntnisse aus Theorie, Forschung und Praxis
- **Gebündelte wissenschaftliche,** psychotherapeutische und erfahrungsbasierte Expertise durch Beteiligung namhafter Fachvertreter, Repräsentanten eines renommierten spirituellen Zentrums und semiprofessioneller unterstützender Netzwerke

Das Buch beantwortet ein breites Fragenspektrum rund um das Thema spirituelle Entwicklung und mögliche Gefährdungen – für Psychotherapeuten, Psychiater, Berater, Seelsorger und andere, die Menschen in spirituellen Krisen begleiten.

2016. 528 Seiten, 17 Abb., 7 Tab., geb.
€ 59,99 (D)/€ 61,70 (A)
ISBN 978-3-7945-3057-1

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten. Abb.: © Maria-Luise Bodirsky

Schattauer
www.schattauer.de

Seite beginnen. Vermutlich hat sich der Verleger aus Kostengründen dagegen entschieden. Dies ist bei einem Pocket-Nachschlagewerk jedoch sehr wichtig, denn ich soll so schnell wie möglich auf die Informationen zugreifen.

Inhaltlich sind die neu zugelassene Medikamente aufgenommen worden. Nalmefen fehlt und kann aus dem Internet herunter geladen werden. Interessant ist die Aufnahme von Lavendelöl als Anxiolytikum.

Neben Interaktionsrisiken (IRis), wird auch das Risiko für die Schwangerschaft (RS) angegeben. In einem Anhang werden Wechselwirkungen beschrieben. In der Regel sind diese Tabellen jedoch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht relevant.

Insgesamt wenig Überraschungen in der neuen Gestaltung. Sicherlich empfehlenswert für jeden, der mit wenig Geld einen fundierten Überblick über Psychopharmaka und deren Wirkweise braucht.

Melanie Gräßer, Eike Hovermann, Ralf Rehberg

Die Vier Yetis

Das Spiel zum Überwinden von depressiver Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen

2015, Manfred Vogt Spieleverlag
88,00 €

Rezensiert von Marie-Christine Fischer

Das Spiel „Die Vier Yetis" soll im Bereich der depressiven Symptomatik bei diagnostischen Fragestellungen helfen, Copingstrategien von Kindern und Jugendlichen erfassen und demzufolge gezielte therapeutische Interventionen entwickeln. Das Spiel ist, wie alle Spiele vom Manfred Vogt Spieleverlag, sehr hochwertig: „kleine" PatientInnen fühlen sich von den Chips, den liebevoll gemalten Yetis und dem wunderschön gestalteten Spielbrett sofort angezogen. Die 160 Spielkarten enthalten Fragen, Fallvignetten und Aufforderungen zu spielerischen Aktivitäten.

Worum geht es bei den „Vier Yetis"? Das Ziel des Spiels besteht darin, mit einer Spielfigur und bis zu vier Spielern, beim Durchqueren der Himalaya-Berge möglichst viele Spielchips zu sammeln. Hier suchen die Spieler nach vier verschiedenen Yetis und begegnen auf dem Weg auch Yaks, Steinböcken, Bären oder Schneeleoparden, die sich im Schnee verstecken. Die Spieler können durch das Beantworten von Fragen auf den Spielkarten Spielchips gewinnen; hier gibt es oft kein richtig oder falsch, es geht eher darum, sich über verschiedene Problematiken Gedanken zu machen. Die meisten Kinder können mit den Fragen gut umgehen, sind auch sehr neugierig, was der Therapeut für Antworten gibt. Wichtig ist es hier, als Therapeut die Entwicklungsbezogenheit zu berücksichtigen. Manch kleinere PatientInnen tun sich mit einzelnen Karten schwer: am besten vor Beginn des Spiels die Karten sichten und, je nach Kind, zu komplexe Fallvignetten oder Fragestellungen aus dem Spiel nehmen. Wer zuerst vier verschiedene Yetis gesammelt hat, bekommt zusätzliche Gewinnchips. Mit dem Erklimmen des Gipfels endet das Spiel schließlich. Der Spieler mit den meisten Chips hat gewonnen. Das Spiel dauert ca. 30 bis 40 Minuten. Hier kann beliebig lang über die Fallvignetten oder Fragen getüftelt werden. Im Gruppensetting ist das Spiel besonders wertvoll: als Kind kann ich von anderen lernen z.B. was ich machen kann, wenn ich traurig bin. Das Spiel nähert sich sehr sensibel dem Thema depressive Symptome bei Kindern: Gefühle, Resilienz, Unzufriedenheit, Selbstwert, sich Unterstützung holen, Ressourcen sind nur einige der zahlreichen Themen, die das Spiel aufwirft.

Kleines Manko: Für 15- bis 18-Jährige ist das Spiel oft etwas zu „eintönig" oder „langweilig". Hier macht es Sinn, einzelne Karten auszuwählen und diese mit den Jugendlichen zu besprechen (auch ohne Spielbrett).

Zusammenfassend ein sehr ansprechendes Spiel sowohl optisch als auch inhaltlich, sinnvoll für die Einzel- oder Gruppentherapie, hilfreich zur Diagnostik oder auch während dem Therapieprozess, doch leider mit einem sehr stolzen Preis (88,00 €).

Cornelia Rabe-Menssen, Enno E. Maaß

Spezifische Bedürfnisse und Interessen der KJP-Mitglieder in der DPtV

Ergebnisse der Online-Umfrage zum Thema „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der DPtV – Feedback und Weiterentwicklung" aus der Psychotherapie Aktuell 2.2016

Die Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der DPtV hat sich zur Aufgabe gemacht, die spezifischen Anliegen und Arbeitshintergründe der KJP deutlich in der Verbandsarbeit herauszuarbeiten. Wir möchten uns bei allen KJP-Mitgliedern für die rege Teilnahme bedanken und freuen uns über die zahlreichen detaillierten Rückmeldungen. Wir werden zusätzlich zur statistischen Auswertung in den nächsten Wochen die zahlreichen Freitextantworten in der Fachgruppe auswerten, um daraus weitere wichtige Impulse, konstruktive Kritik und entscheidende Ableitungen treffen zu können. Der aktive Einbezug der Mitgliederbasis ist für uns zentral, da gerade der Versorgungsbereich im Kindes- und Jugendalter viele Besonderheiten aufweist und eine intensive berufspolitische Aufmerksamkeit erfordert.

Die vorliegende Online-Umfrage richtete sich an die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der DPtV. Es wurden alle 1176 Mitglieder, die als KJP bzw. als KJP *und* als PP approbiert sind, per Mail angeschrieben, parallel dazu wurde in der Psychotherapie Aktuell 2.2016 auf die Umfrage hingewiesen und zur Teilnahme eingeladen. 401 Mitglieder beteiligten sich daraufhin an der Umfrage; dies entspricht einer Rücklaufquote von 34,1 %. Es wurden keine weiteren soziodemographischen Daten erhoben.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Grundgesamtheit von 401 Teilnehmern. Zum Teil variiert die Anzahl der Antworten bei einzelnen Unterfragen erheblich. So antworteten z.B. auf das angebotene Thema „Angestellte KJP" nur knapp 40 % aller Umfrageteilnehmer, was vermutlich dadurch zu erklären ist, dass deutlich weniger unserer KJP-Mitglieder angestellt tätig sind. Insgesamt variiert dadurch die jeweilige Grundgesamtheit je Frage, die Missings werden nicht weiter aufgeführt.

Hohe Zufriedenheit mit der Vertretung beruflicher KJP-Interessen

Die befragten KJP fühlen sich im Gesamteindruck mehrheitlich in ihren beruflichen Interessen gut von der DPtV vertreten (17 % „sehr gut", 51 % „gut"). Besonders positiv wird die Vertretung als KJP im Hinblick auf den Mitgliederservice beurteilt (22 % „sehr gut", 52 % „gut"), während die Vertretung als niedergelassene und als angestellte KJP mehr Varianz aufweist: Als niedergelassene KJP fühlen sich 27 % der Antwortenden nur

Die berufspolitische Arbeit im KJP-Bereich auf dem Prüfstand – wichtige Impulse für die Zukunft

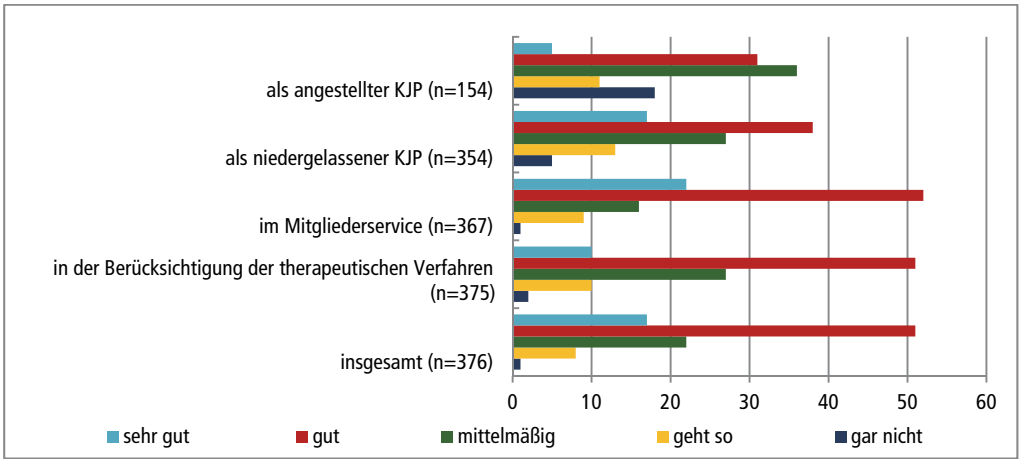


Abbildung 1:
Wie gut vertritt Ihrer Meinung nach die DPtV Ihre Interessen …?

„mittelmäßig" vertreten, 13 % „geht so" und 5 % „gar nicht", als angestellte KJP 36 % der Antwortenden „mittelmäßig", 11 % „geht so" und 18 % „gar nicht" (siehe Abbildung 1). Wir werten dies als wichtigen Hinweis, dass wir innerhalb unseres berufspolitischen Profils die KJP-Interessen deutlicher kenntlich machen und die Spezifika der Niederlassung und Anstellung stärker fokussieren sollten.

Unterfinanzierung der Praxisstrukturen bleibt zentrales Defizit in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Mitgliederservice und berufspolitische Arbeit werden gut angenommen, Nachholbedarf in Bezug auf die besonderen Anforderungen

Bezüglich der Zufriedenheit der befragten Mitglieder mit den Themen und Zielen, die die DPtV vertritt, äußerten ca. drei Viertel der KJP besonders in den Bereichen Mitgliederservice und Berufspolitik große Zufriedenheit (Mitgliederservice 30 % „sehr zufrieden", 45 % „zufrieden"; Berufspolitik 30 % „sehr zufrieden", 38 % „zufrieden", siehe Abbildung 2). Mit den Themenbereichen der niedergelassenen KJP waren noch über die Hälfte der Teilnehmer zufrieden (20 % „sehr zufrieden", 35 % „zufrieden") – hinsichtlich der Themen angestellter KJP äußerten sich 37 % der Teilnehmer „eher zufrieden", aber eben auch 39 % nur „teils teils" zufrieden. Zwischen 10 % und 17 % zeigten sich bei den verschiedenen nachgefragten Themen „eher unzufrieden" oder „unzufrieden". Die Fachgruppe KJP wird diese Ergebnisse in der Einzelanalyse mit den entsprechenden Freitext-Verbesserungsvorschlägen in Zusammenhang setzen, um an dieser Stelle bedarfsgerecht und zielorientiert die berufspolitische Arbeit anpassen zu können.

Als den KJP besonders wichtige Themen kristallisierten sich vor allem die Anpassung der Abrechnungsstrukturen an die KJP-Praxis und die weitere Entwicklung von Praxisstrukturen sowie die Flexibilisierung des Therapiesettings heraus. Dicht gefolgt vom Thema „Kooperation und Vernetzung" und „Präventionsleistungen". Neue Versorgungsformen und das Thema „Aufsuchende Hilfe" beurteilten hingegen insgesamt nur die Hälfte der Befragten als wichtig (siehe Abbildung 3). Zusätzlich bzw. die bereits genannten Punkte erläuternd, wünschten sich die Befragten eine intensive Vertretung durch die DPtV in einer Reihe weiterer berufspolitischer Themen: u.a. bessere Honorierung der KJP-spezifischen Zusatzleistungen und Bezugspersonenkontakte, differenzierte Bedarfsplanung für KJP, spezielle QM-Angebote, mehr Informationen zu MVZ und Alternativen zur Einzelpraxis, Stärkung der Psychologen als KJP gegenüber den anderen Grundberufen, niedergelassene KJP in den KV-Wahlen stärken, Finanzierung von Ausfallstunden, Einsatz für stärkere Wahrnehmung der Berufsgruppe in der Öffentlichkeit, Erleichterung von Gruppentherapien, Zulassungserleichterung zur Behandlung von Erwachsenen, Anerkennung systemischer Arbeit, Erhöhung der Stundenkontingente für Bezugspersonen, Anhebung der Altersgrenze auf mindestens 25 Jahre sowie weitere übergeordnete Themen wie z.B. Anpassung von Stundenkontingenten bei bestimmten Störungsbildern, Stärkung von Kooperationsstrukturen der KJP untereinander und bessere Honorierung der Probatorik.

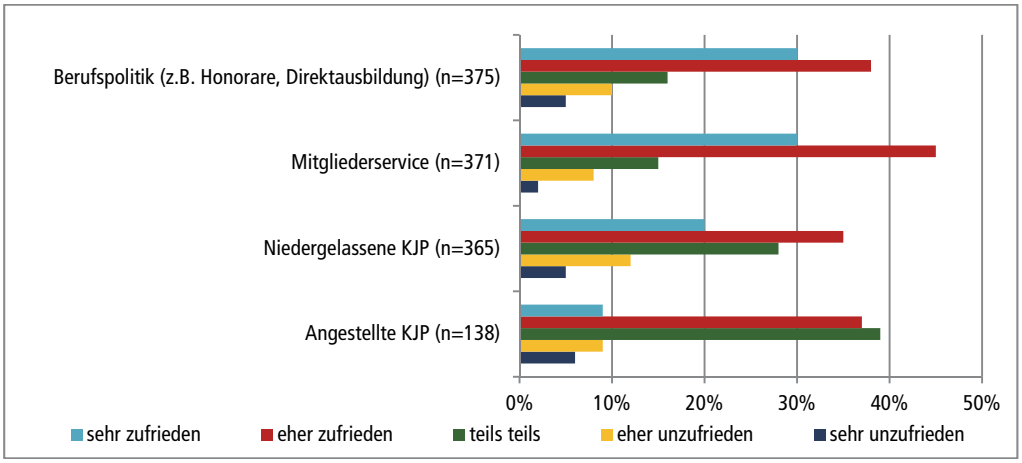


Abbildung 2:
Wie zufrieden sind Sie mit den Themen und Zielen, die die DPtV vertritt, in folgenden Themenbereichen…?

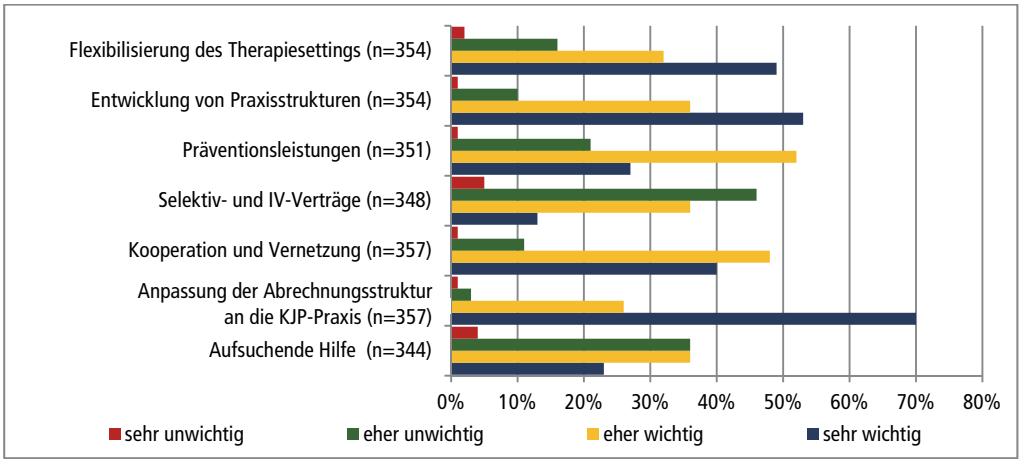


Abbildung 3:
Welche Themen sollte die DPtV Ihrer Meinung nach bezogen auf KJP stärker verfolgen?
(Bitte geben Sie hier für jedes Thema an, wie wichtig es Ihnen ist).

Differenzierte Anforderungen an KJP-adaptierte Materialien

Von einem sehr hohen Anteil der teilnehmenden KJP werden folgende KJP-adaptierte Materialien gewünscht:

- Therapieeinverständnis vom getrennt lebenden Elternteil (90 %)
- Behandlungsvertrag (89 %)
- Anamnesebogen (81 %)
- Schweigepflichtentbindung (77 %)
- Stundenprotokoll (62 %)

Die Teilnehmer machten darüber hinaus eine ganze Reihe konkreter Vorschläge für weitere benötigte Materialien wie z.B.: Texte zur Patientenaufklärung für verschiedene Altersstufen, juristisch ausgearbeiteter Aufklärungsbogen für Eltern (Schweigepflicht, Absagemodalitäten, Ferien, Mitarbeit der Familie etc.), rechtssichere Ausfallhonorarvereinbarungen, mehr TP-spezifische Materialien für den KJP-Bereich, Anamnesebögen für KJP, Fragebögen für Lehrer und zur Erhebung der Schuldaten, Infomaterial für Eltern, Rückmeldebögen zur Therapieevaluation, Vordrucke für Befundanforderungen, mehrsprachige Materialien (türkisch, arabisch etc.), Vordrucke für Bescheinigungen für Schule/Ausbildung, Infomaterial zu Störungsbildern KJP-spezifisch, Checklisten für Therapieablauf, Einverständniserklärung zur Therapie bei getrennten Eltern, Übersicht über Standarddiagnostik und mehr digitalisierte Materialien zum Download. Einige der gewünschten Materialien befinden sich bereits im Mitgliederbereich bei den „Basics der Berufsausübung" (www.dptv.de), andere Wünsche werden in der nächsten Zeit von der Fachgruppe KJP gezielt aufgegriffen.

DPtV-Campus: Angebote für KJP

Fast alle Teilnehmer kennen die Fortbildungsangebote von DPtV-Campus (94 %). Bisher nutzen etwa die Hälfte der KJP unsere Campus-Angebote (44 %). Die Zufriedenheit mit den Campus-Angeboten liegt im mittleren Bereich (48 % „teils teils", siehe Abbildung 4) und deutet an dieser Stelle einen Nachbesserungsbedarf an.

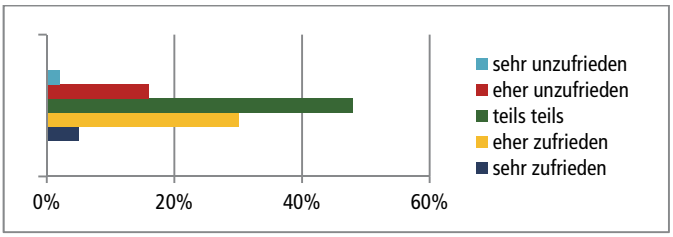


Abbildung 4:
Wie zufrieden sind Sie als KJP mit den Angeboten von DPtV Campus?

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

Curriculum 2015/2016
Fortgeschrittene 1 am 02.+03.09.16
Arbeit mit komplexer Traumatisierung und mit Dissoziation
Fortgeschrittene 2 am 18.+19.11.16
Die Körpersprache der Ego-States.
Fortgeschrittene 3 am 13.+14.01.17
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR
Fortgeschrittene „Kinder" am 23.+24.09.16 mit M.Budde,Düsseld.
Besonderheiten des Ego-State-Ansatzes in der Kindertherapie
Spezialseminar mit Luise Reddemann am 09.+10.02.17
Psychodynamische Teilekonzepte und Wurzeln der psychodynamischen imaginativen Traumatherapie in Theorie und Praxis
Curriculum 2016/2017
Seminar 1 am 04.+05.11.16
Vorstellung des Ego-State-Modells und Weiterentwicklungen, Ressourcenvolle Ego-States, Basistechniken der Kontaktaufnahme
Seminar 2 am 27.+28.01.17
Kontaktaufnahme mit verletzten Ego-States, hilfreiche Verbindung zu Ressourcen
Seminar 3 am 31.03.+01.04.17
Übungs- und Anwendungsseminar, Fälle können eingebracht werden
Seminar 4 am 19.+20.05.17
Beschützende und traumatisierte Ego-States, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen

16 UE, Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State Therapeut/in, PTK-Pkt:20; Teilnahmevorauss.: Approbation
355 Euro pro Seminar, ab 2016/2017: 375 Euro pro Seminar
Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

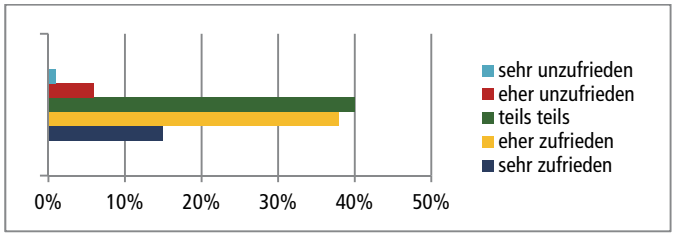


Abbildung 5:
Wie zufrieden sind Sie mit der KJP-Mailingliste?

Die Fachgruppe KJP bedankt sich bei allen Teilnehmern: Detaillierte Rückmeldung – Konstruktive Kritik – Innovative Impulse!

Mehr KJP-spezifische Fortbildungsangebote

Drei Viertel der Teilnehmer äußerten den Eindruck, dass der Ausbau von KJP-spezifischen Fortbildungsangeboten notwendig ist. Die große Mehrheit votiert dabei für Veranstaltungen, die das Setting der KJP berücksichtigen. Es sollten die Behandlungsmethoden der KJP und das Praxismanagement speziell für KJP als spezifische Fortbildungsthemen angeboten werden. Eine Vielzahl weiterer Themen werden in der offenen Frage zu diesem Thema genannt und entsprechende Anmerkungen ausgeführt.

Die meisten Vorschläge beziehen sich auf umschriebene Störungsbilder. Sehr häufig werden dabei genannt: frühkindliche Störungen, Essstörungen, Traumatisierung, autistische Störungen, Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, Geschlechtsidentitätsstörung, Internetsucht, Angststörungen, Enuresis, Zwänge, Lese-Rechtschreib-Störung, ADHS oder die Arbeit mit geistig behinderten Kindern. Des Weiteren werden verschiedene Aspekte der spezifischen KJP-Tätigkeit aufgeführt, für die Fortbildungsbedarf bestehe. Unter anderem der Umgang mit Hochkonfliktfamilien bzw. interaktionell auffälligen Eltern, Kinder psychisch kranker Eltern, juristische Informationen zu Aufsichtspflicht und medizinischer Versorgung, Besonderheiten der Abrechnung, Praxisstrukturen, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Medikation, gesellschaftspolitische Themen, Reflexion der gesellschaftlichen Kosten von nicht behandelten oder fehlbehandelten psychischen Erkrankungen bei Kindern, Psychoedukation für Eltern zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen, VT für Tiefenpsychologen, psychodynamische Verfahren bei Kindern u.v.m. Es werden außerdem mehr Seminare zu KJP-Themen im süddeutschen Raum gewünscht.

Die entsprechenden Wünsche und Anforderungen werden an den DPtV-Campus-Programmbeirat weitergegeben. An einigen Stellen werden hier bereits entsprechende Seminare vorgehalten, an anderer Stelle besteht sicher weiterer Ergänzungsbedarf.

KJP-Mailingliste noch zu wenig bekannt

Die KJP-Mailingliste der DPtV ist etwa der Hälfte der Umfrageteilnehmer bekannt (44 % ja, 56 % nein). Von denen, die die Mailingliste kennen, nutzen über die Hälfte (61 %) diese auch und sind mit ihr überwiegend zufrieden.

Auf die Frage nach weiteren Wünschen für die Mailingliste antworten die Teilnehmer vor allem mit folgenden Punkten: Inhaltlich gewünscht wird eine Aufteilung in Themenbereiche wie berufspolitische und fachlich-inhaltliche KJP-Themen, am besten in Form einer Moderation der Liste als Forum mit sortierten Themen sowie klarere Handlungsanweisungen und Eilmeldungen zu aktuellen gesetzlichen Veränderungen. Die Teilnehmer wünschen sich insgesamt eine aktivere Beteiligung von mehr KJP-Mitgliedern als bisher in der Mailingliste und eine sachliche Kommunikation untereinander.

Die Fachgruppe KJP der DPtV wird sich weiter intensiv mit den zentralen Anliegen, Bedürfnissen und Interessen der niedergelassenen, angestellten und in der Ausbildung befindlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befassen. Wir werden in den nächsten Monaten zielgerichtet die differenzierten Wünsche und Anforderungen prüfen und unsere Arbeit vor diesem Hintergrund fortsetzen. Wir werden Sie weiter auf dem Laufenden halten und vor allem in der Psychotherapie Aktuell weiter aktuelle KJP-Themen aufgreifen.

Dr. Cornelia Rabe-Menssen
Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPtV.

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

Adressen DPtV

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

Mo – Fr 9.00 – 15.00 Uhr
bgst@dptv.de

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

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

Stellv. Bundesvorsitzende

Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
DieterBest@dptv.de

Gebhard Hentschel
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 Delegierten-versammlung
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-Straße 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
Mi 13.00 – 16.00 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
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

Die Landesgeschäftsstelle ist über die Bundesgeschäftsstelle (Kontaktdaten s.o.) zu erreichen.

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
fotolia.com, Montagen: schnugmedia

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

Leserbrief

Zum Beitrag von Dieter Best
Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind
In: Psychotherapie Aktuell 2.2016

Sehr geehrter Herr Best,

vielen Dank für Ihre weiteren Erläuterungen der Sachlage.

Sie sprechen wiederholt von der „eigenen Selbstverwaltung". Tatsächlich handelt es sich hier um die Selbstverwaltung der Ärzte, in der in verfassungswidriger Weise eine Berufsgruppe (Ärzte) – zu ihrem eigenen Vorteil –, massivst in die Eigentumsrechte einer anderen Berufsgruppe (Psychotherapeuten) eingreift. In der freien Wirtschaft würde dies den Straftatbestand der Untreue und des Betrugs erfüllen.

Die Vereinnahmung als „Facharzt" durch KVen in die GKV, die Aufnahme ins Arztregister und gleich gar die Verabreichung einer lebenslangen Arztnummer, greift verfassungswidrig in unsere Berufsfreiheit ein. Ich bin als Psychotherapeut approbiert; wenn ich hätte Arzt werden wollen, wäre ich Arzt geworden.

Die Eingemeindung, gegen den Willen der Psychotherapeuten, in die ärztlichen KVen, hat alle Nachteile nach sich gezogen, die die psychotherapeutischen Verhandler bereits damals in den Vorverhandlungen und vor der Zulassung prophezeit hatten. Aber bereits damals wie heute konnten sich die Psychotherapeuten nicht gegen die Ärztefunktionäre durchsetzen und so ist es ja auch gewollt.

Die „Vollauslastung" von 36 Std./Woche Psychotherapie basiert auf einer Fehlberechnung des BSG (25.8.99, B 6 KA 14/98 R) welche eine **abgerechnete**, durchschnittliche ärztliche Wochenarbeitszeit von 72 Behandlungsstunden tatsächlich erbrachten maximal 20 Sprechstunden (Faktor 3,6) zur Beurteilung vorgezogen hat.

Zwar erklären Sie in dem Glossar das Zustandekommen der Punktzahl einer Leistung, aber auch hier wird wieder das willkürlich erniedrigte Einkommen der Psychotherapeuten weiter tradiert. Eine Reduktion der Punktzahl für ein und dieselbe Leistung für z. B. eine Therapiesitzung, nach Einführung der Orientierungspunktwerts, von 2215 auf zunächst 819, d. h. um 63 %, erschließt sich dem gesunden Menschenverstand jedenfalls nicht.

Mit freundlichen Grüßen
Hallier

Dazu Dieter Best:

Sehr geehrter Herr Kollege Hallier,

zwei Themen, die Sie in Ihrem Leserbrief ansprechen, möchte ich gern kommentieren:

Der „Eingemeindung" der PP und KJP in das KV-System haben die Verbände damals zugestimmt, weil die Politik klargemacht hatte, dass es dazu keine Alternative gebe. Eine eigene KV stand in der Endstrecke zum Psychotherapeutengesetz nicht mehr zur Debatte. Die „Eingemeindung" erfolgte übrigens gegen den Widerstand großer Teile der Vertragsärzteschaft.

Die Reduzierung der Punktzahl-Bewertung im EBM von 2215 auf 819 Punkte hing zusammen mit der sogenannten „Währungsreform" vom 1.10.2013. Dabei wurden die bisherigen unterschiedlichen Punktwerte „Orientierungswert" und „kalkulatorischer Punktwert" auf einen einheitlichen Punktwert von 10 Cent gesetzt. Damit verbunden war eine annähernde Drittelung aller Punktzahlen und eine annähernde Verdreifachung des Punktwertes. Unter dem Strich änderte sich an den Honoraren nichts. Die Umrechnerei betraf sämtliche Leistungen des EBM und nicht nur die psychotherapeutischen Leistungen. Die zu geringe Bewertung der Psychotherapie hat andere Gründe, die ich in meinem Artikel beschrieben habe.

Mit kollegialen Grüßen
Dieter Best

Praxisabgabe

Bamberg
Nachfolger/in für stark frequentierte VT-Praxis gesucht. Voller Versorgungsauftrag, KV-Zulassung vorhanden. Übergabe voraussichtlich Ende 2017. Es mögen sich nur Interessenten melden, die an einem ganzen Sitz interessiert sind.
Chiffre PTA201603005

Berlin
Gut eingeführte Praxis (VT), KV-Zulassung vorhanden, zum 01.04.2017 an Kollegen/Kollegin in unterversorgtem Bezirk abzugeben.
praxisberlin2017@gmail.com

Halbe Praxis (PA/TfP, KV-Zulassung vorhanden) abzugeben im **Saalekreis/ Sachsen-Anhalt**. Je zwanzig Autominuten von Leipzig und Halle. Pat. aus beiden Städten und Saalekreis. Bei Interesse gerne melden unter Telefon 0176 23474327

Praxisgesuche

Dipl.-Psychologin (KJP, TP) sucht ganze oder halbe KJP-Praxis in **Berlin**, KV-Zulassung erwünscht. Gerne zur Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit im unterversorgten Bezirk Spandau. Chiffre PTA201603002

Münster: Zentrum/Innenstadtring
Suche helle Praxisräume (gerne Altbau) zur Gründung einer psychotherapeutischen Praxengemeinschaft.
Telefon 0176 429 029 28 (AB)

Stellenangebote

Praxengemeinschaft (w, PP, TP + VT) bietet Mitarbeit für Kollegen/-in mit Approbation und Arztregistereintrag in psychotherapeutischer Praxis in **Hanau** im Kostenerstattungsverfahren, flexibel in Wochenstunden, schöne Räume. 0171 9010372

Langjährige Praxisgemeinschaft (TP) in **Witten** sucht zur Erweiterung des Therapeutenteams eine/n Psych. Psychotherapeuten (m/w) (VT, TP, PA) Wir bieten: Festanstellung, Grundgehalt zzgl. Bonusvergütung, Beginn nach Absprache. Sie benötigen: Approbation als PP, Eintrag im Arztregister
Weitere Informationen:
www.aeon-psychotherapie.de

VT-Teilzeitstelle Nähe Freiburg
In Offenburg Nähe Bahnhof ist baldmöglichst eine unbefristete VT-Teilzeitstelle für eine/einen approbierte/n PP zu besetzen. Der Umfang der Anstellung ist verhandelbar. Bewerbungen bitte an: BettinaFurlan@gmx.de

Psychologische(r)
Psychotherapeut(in) für eine Anstellung in Teilzeit in VT-Praxis für Erw. in **Regensburg** gesucht.
Nähere Informationen:
praxis@katja-staebler.de

Nicht suchen.

Finden.

Mit einer Anzeige hier.

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

Verschiedenes

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

Diplom-Psychologin
bietet
Supervision bei VT-Antragsberichten
Telefon: 02371 9 65 07 20
supervision-vt-berichte@web.de

PP oder PP in Ausbildung auf Honorarbasis für Gruppenpsychotherapie mit erwachs. psychosomatik Pat. (geschl. Gruppen) im **östl. Ruhrgebiet** gesucht.
Telefon 0175 356 7750

Großraum Heilbronn

Suche Qualitätszirkel
für Fallbesprechungen

Chiffre PTA201603003

OFFENBARUNG: PSYCHOL. + THERAP. GEHEIMWISSEN in „Frech, aber unwiderstehlich!" +„Heilweise ELI"
Leseproben: **www.HarmonyBalance.de**
www.MagSt.info
Telefon +49 (0)89 34 11 75

Schnelle und kompetente Berichtshilfe von Dipl. Psych. Umfassende Erfahrung in der Berichtshilfe. Tiefenpsychologisch fundierte Einzel- oder Gruppentherapie für Erwachsene
Telefon 0176 78263649
Berichtshilfe-supervision@gmx.de

Zeitnahe, kompetente und gut strukturierte
Supervision
bei TP-Antragstellung
mit individueller Garantieleistung von erfahrener Diplom-Psychologin mit zufriedenen Langzeitkunden.
Kontakt: info@theraservice.com

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

Ausbildung PP und KJP (staatl. anerkannt) **3-jährig** in Vollzeit mit fester Anstellung in den Ambulanzen Bad Kissingen, Meiningen oder München
Info: www.telos-institut.de
Telos-Institut, Bergmannstraße 7
97688 Bad Kissingen
Telefon 0971 13022900
telos@telosinstitut.de

Anzeigenschluss für Heft 4.2016: 21. November 2016

WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN. HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell und effektiv handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig: Werden Sie Dauerspender.

www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende
Spendenkonto • Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00 • BIC: BFSWDE33XXX

DAUERSPENDE
ab **5,–**
im Monat

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Träger des Friedensnobelpreises

Südsudan +++ Flüchtlingslager Batil +++ Gandhi Pant (47) +++ Krankenpfleger aus Australien +++ 2. Mission +++ 300 Patienten pro Tag +++
© Nichole Sobecki

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 23. Dezember 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

AKJP Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Osnabrück ..... Seite 29
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin ..... Seite 25
Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn ..... Seite 53
Elron Versicherungsmakler, Essen ..... Seite 45
Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen ..... Seite 4
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth ..... Seite 43
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster ..... Seite 37
Kliniken Erlabrunn gGmbH, Breitenbrunn ..... Seite 47
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg ..... Seite 17
Oberberg Kliniken GmbH, Berlin ..... Seite 15
Pluswert e.K., Münster ..... Seite 19
Schattauer GmbH, Stuttgart ..... Seite 13, 49

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt: Klett-Cotta Verlag, Stuttgart

Ich setze mich
für Informationsfreiheit
ein, damit Regierungen
ihre Bürger nicht
manipulieren können.

Gemma Pörzgen

Gemma Pörzgen, *Journalistin und Vorstandsmitglied von Reporter ohne Grenzen*

Geschrieben mit der Waffe für Informationsfreiheit.

THE WEAPEN

Setzen auch Sie ein Zeichen gegen Zensur mit Ihrem WEAPEN.
Erhältlich auf **THEWEAPEN.COM**

REPORTER OHNE GRENZEN
FÜR INFORMATIONSFREIHEIT

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