






DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

9. Jahrgang | Heft 1.2017



-  Update zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie
-  Behandlung von Amokläufern – Haftungsfragen
-  Sozialversicherungspflicht in Berufsausübungsgemeinschaften

KLINISCHE ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE CURRICULUM

Strategien zur betrieblichen
Prävention von Stressfolgen und
psychischen Störungen

Neuer Kurs ab 15.09.2017!

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

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

DPTV CAMPUS



Deutsche PsychotherapeutenVereinigung



Das Jahr fängt für die DPtV und ihre Mitglieder erfreulich an!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die Bedeutung der Wahlen der Vertreterinnen und Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen kann nicht oft genug hervorgehoben werden, da sie uns als Verband eine wichtige Stimme im KV-System einbringt. Die stärkere Wahrnehmung der Interessen der Psychotherapeuten bleibt uns ein zentrales Anliegen in der gemeinsamen Selbstverwaltung und kann nur mit starken Wahlergebnissen gelingen.

Zu den KV-Wahlen können wir für den Start in 2017 Erfreuliches vermelden: Die DPtV stellt im gesamten Bundesgebiet 38 Vertreterinnen und Vertreter von insgesamt 65 der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Durch Ihre Stimmen und mit diesem Wahlerfolg sind unsere DPtV-Vertreter/innen mit deutlichem Abstand bundesweit in den Kassenärztlichen Vereinigungen am stärksten vertreten.

Ihnen allen vielen Dank für Ihr Vertrauen in unsere DPtV-Kolleginnen und -Kollegen! Und gleichzeitig allen unseren Neugewählten die besten Wünsche und viel Durchsetzungskraft für ihr politisches Wirken in der neuen Legislaturperiode der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Zum neuen Jahr möchte ich die überaus positive Entwicklung der Mitgliederzahlen unseres Verbandes kurz erwähnen: Die DPtV zählte im Januar 2017 insgesamt 11.594 Mitglieder. Wir freuen uns sehr über diesen Zuwachs. Hierin sehen wir Zustimmung für unseren Service und für unser breites Engagement in der täglichen berufspolitischen Arbeit, sei es im Bereich der Jungen Psychotherapeuten, der Angestellten oder in den Gremien der Psychotherapeutenkammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem verstehen wir es als Zuspruch für die aktive Unterstützung unserer Mitglieder durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Geschäftsstellen. Zusammengenommen ist es ein guter Start in das Jahr 2017.

Wir werden Sie selbstverständlich mit unserem Knowhow auch bei der Richtlinien-Reform unterstützen, die nun kurz vor ihrer endgültigen Umsetzung steht. Noch können wir keine endgültigen Aussagen über die konkrete Umsetzung der Terminservicestellen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen, die ab 01.04.2017 auch Psychotherapeutische Sprechstunden vermitteln sollen. Ebenfalls ist die Vergütung der ab 01.04.2017 gültigen neuen Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie noch nicht beschlossen. Der Bewertungsausschuss hat die Vorgabe, vor Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie den Bewertungsmaßstab anzupassen.

Doch alles, was wir bereits jetzt an wichtigen Informationen haben, ist für Sie in diesem Heft aufbereitet und zusammengefasst. In dem Artikel, der auch als „DPtV-Hintergrund“ von unserer Homepage heruntergeladen werden kann, haben wir alle bisher gesicherten Informationen zur Psychotherapie-Richtlinie und zur aktualisierten Psychotherapie-Vereinbarung dargestellt.

Eine weitere Information: Die DPtV wird an vielen Orten im Bundesgebiet Vorträge zu den wesentlichen Aspekten der Richtlinien-Reform anbieten. In den Veranstaltungen werden alle wichtigen Neuerungen vorgestellt und praktische Umsetzungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Wir informieren Sie umgehend, sobald wir weitere Neuigkeiten bezüglich der Terminservicestellen und der Vergütung erhalten.

Wir sind für Sie da.

Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit und eine anregende Lektüre!

Herzlichst
Ihre

Sabine Schäfer



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Immer gut **informiert.**



Beratung



Infoservice



Bestellung

Als Mitglied der DPtV profitieren Sie u.a. von unserer **Mitgliederberatung**, dem regelmäßig erscheinenden **Newsletter**, den tagesaktuellen Nachrichten zu beruflichen Themen im **E-Mail-Infoservice**, der **Online-Praxisbörse**, den **PiA-News** für Junge Psychotherapeuten, den **Fachpublikationen** und unseren umfangreichen **Serviceseiten** auf www.dptv.de



6



30



46

GESUNDHEITSPOLITIK

- 6 **Sabine Schäfer, Dieter Best**
Jetzt wird es konkret! Update zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie
- 24 **Cornelia Rabe-Menssen**
Reformbedarf im Gemeinsamen Bundesausschuss. Eine Studie zu Struktur und Arbeitsweise aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive

AUS DER PRAXIS

- 30 **Moina Beyer-Juue, Kerstin Sude**
Behandlung von Amokläufern – Haftungsfragen. Hinweis der Rechtsprechung auf Anerkennung des Facharztstandards von PP/KJP
- 34 **Sarah Springer**
Ambulantes Arbeiten mit Palliativpatienten. Notwendigkeit – Rahmenbedingungen – Qualifikation. Ein fiktives Interview

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

- 40 **Sabine Maur**
Transition – Besonderheiten der Psychotherapie in der Altersgruppe 16 bis 25 Jahre

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

- 43 **Silke Graf**
Volle Abschreibung trotz Teileigentum
- 46 **Markus Plantholz**
Sozialversicherungspflicht in Berufsausübungsgemeinschaften. Was ist zu beachten?

VERANSTALTUNGEN

- 51 **Veranstaltungskalender April bis Juni 2017**

REZENSIONEN

- 52 **Marie-Christine Fischer**
Bernhard Grimmer, Till Afflerbach, Gerhard Dammann: Psychoandrogologie. Psychische Störungen des Mannes und ihre Behandlung
- 52 **Aileen Dörries**
Tobias Teismann, Christoph Koban, Franziska Illes, Angela Oermann: Psychotherapie suizidaler Patienten. Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden
- 53 **Sibylla Rehnitz**
Nina Spröber, Anne Brettschneider, Lilo Fischer, Jörg M. Fegert, Jasmin Grieb: SAVE Strategien für Jugendliche mit ADHS. Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation und Emotionsregulation
- 54 **Aileen Dörries**
Esther Bockwyt: Der verhaltenstherapeutische Bericht an den Gutachter. VT-Anträge präzise und individuell erstellen

LESERBRIEFE

- 55 **Zum Beitrag von Paul Nilges**
Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen
In: Psychotherapie Aktuell 1.2016
- 55 **Zum Beitrag von Elisabeth Jentschke**
Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen im Palliativbereich
In: Psychotherapie Aktuell 4.2016

VERBANDSINTERN

- 56 **Adressen DPtV
Impressum**

ANZEIGEN

- 57 **Kleinanzeigen**

Sabine Schäfer, Dieter Best

Jetzt wird es konkret!

Update zur Reform der
Psychotherapie-Richtlinie



Am 24.11.2016 wurde die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) durch einen Beschluss des G-BA noch einmal verändert. Dies war der Startschuss für die Verhandlungen, die nun, wenn Sie diese *Psychotherapie Aktuell* in der Hand haben, abgeschlossen sind. Die Psychotherapie-Vereinbarung wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Beide Neuerungen werden Ihnen im Folgenden vorgestellt. In einem dritten Teil wird beschrieben, wie die neuen Regelungen im Praxisalltag „funktionieren“ und was für Möglichkeiten Sie hier mit Ihrer Praxis in der Umsetzung haben.

Am 16.06.2016 hat das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine reformierte Psychotherapie-Richtlinie beschlossen – die erste große Novellierung seit ihrer Einführung in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Zu den Einzelheiten des Beschlusses informierten wir Sie ausführlich in unserer *Psychotherapie Aktuell* 3.2016, in unseren letzten Mitgliederbriefen und über unsere zahlreichen Informationsveranstaltungen bundesweit, von denen wir auch weitere durchführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Aufsichtsbehörde für den G-BA hat von seinem Recht Gebrauch gemacht, diesen Beschluss – wenn auch nur in Teilen – zu beanstanden und Nachbesserungen zu verlangen. In den Schreiben des BMG vom 08.08. und 09.09.2016 wurden die neuen Leistungsangebote Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe bestätigt. Damit gehören diese ab dem 01.04.2017 zum Leistungsspektrum einer psychotherapeutischen Kassenpraxis.

Übersicht der am 24.11.2016 vom G-BA beschlossenen Änderungen

Psychotherapeutische Sprechstunde

Das BMG stellte in seinem Schreiben am 09.09.2016 klar: „Eine Regelung, nach der es der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten generell freisteht, Psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten, ist von der Richtlinienkompetenz des G-BA nicht umfasst (...). Der Regelungsauftrag

bezieht sich (...) auf das ‚wie‘ der Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, nicht auf die Frage, ‚ob‘ (...).“ Dieser Auflage des BMG wurde vom G-BA mit der Streichung der „Kann“-Regelung für Psychotherapeuten¹ Rechnung getragen. Das bedeutet, zukünftig gehört die Psychotherapeutische Sprechstunde zum Angebotsspektrum einer jeden Psychotherapeutin und eines jeden Psychotherapeuten.

Allerdings wurde der Umfang des Angebots von Psychotherapeutischen Sprechstunden in der Psychotherapie-Richtlinie nun mit „in der Regel“ 100 Minuten bei einem vollen Versorgungsauftrag bzw. 50 Minuten bei einem halben Versorgungsauftrag festgelegt. Damit liegt die Möglichkeit, abweichende Regelungen zu treffen, nun bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese müssen nur dann etwas regeln, wenn die Versorgung – hier mit Psychotherapeutischer Sprechstunde – nicht sichergestellt werden kann. Weiter sorgte sich das BMG um die ausreichende Versorgung der Patienten mit Psychotherapeutischen Sprechstunden, wenn diese für eine anschließende psychotherapeutische Behandlung verpflichtend ist. Der G-BA hat deshalb beschlossen, dass die Verpflichtung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde für Patienten bis zum 31.03.2018 ausgesetzt wird. Es wird angenommen, dass sich bis dahin das Sprechstundenangebot in den ambulanten Praxen soweit etabliert hat, dass der Zugang der Patienten zur Psy-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

chotherapeutischen Sprechstunde hinreichend sichergestellt ist.

Telefonische Erreichbarkeit zur Terminkoordination

Im Zuge der überarbeiteten Sprechstunde wurden auch die Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit angepasst. Zukünftig müssen alle Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit vorhalten, Kolleg/innen mit halbem Versorgungsauftrag 100 Minuten.

Psychotherapeutische Akutversorgung

Die Psychotherapeutische Akutversorgung wurde in ihren Grundzügen nicht verändert und bleibt so bestehen, wie sie am 16.06.2016 beschlossen wurde. Das BMG weist hier allerdings auf eine Formalie zum Datenschutz hin: Das noch in der Psychotherapie-Vereinbarung zu erstellende Antragsformular soll eine Einwilligungserklärung der Patienten zur Weitergabe des Antragsformulars an die Krankenkassen beinhalten.

Kurzzeittherapie

Mit dem Beschluss vom 16.06.2016 wurde auch die von uns scharf kritisierte Zweiteilung der Kurzzeittherapie in KZT 1 und KZT 2 verabschiedet. Diese Beschlussfassung sieht vor: Kurzzeittherapien sind mit dem Inkrafttreten der PT-RL zum 01.04.2017 nicht mehr gutachterpflichtig, allerdings besteht für beide Teile der Kurzzeittherapie eine Antragspflicht. Vorgesehen war, dass die Psychotherapie als genehmigt gilt, wenn dem Antrag seitens der Krankenkassen nicht innerhalb von drei Wochen widersprochen wird.

Dieses Verfahren ist laut BMG allerdings nicht zulässig, denn „eine Praxis, wonach die Krankenkassen Anträge auf Kurzzeittherapie zur

Der G-BA hat deshalb beschlossen, dass die Verpflichtung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde für Patienten bis zum 31.03.2018 ausgesetzt wird

Kurzzeittherapien sind mit dem Inkrafttreten der PT-RL zum 01.04.2017 nicht mehr gutachterpflichtig

eigenen Entlastung grundsätzlich unbeantwortet lassen, wäre sowohl mit den gesetzlichen Vorgaben als auch mit den Vorgaben der PT-RL nicht vereinbar.“ Dieser Auflage muss Folge geleistet werden und wurde in der Psychotherapie-Vereinbarung nachverhandelt. Jetzt ist vorgesehen: Die Krankenkasse teilt die Bewilligung einer Kurzzeittherapie ihrem Versicherten formlos mit, die Mitteilung über die Bewilligung einer Langzeittherapie erfolgt wie bisher an den Versicherten und an den Psychotherapeuten.

Damit ist die Unklarheit über die voraussichtliche Genehmigung innerhalb der Dreiwochenfrist zwar beseitigt, wir halten es jedoch nicht für ausreichend, dass die Krankenkassen bei der Entscheidung über eine Kurzzeittherapie lediglich ihren Versicherten und nicht auch den Psychotherapeuten informiert.

Qualifikation von Gutachtern

Die im Juni verabschiedete Richtlinie sah im Bereich der Qualifikation von Gutachtern eine Altersbegrenzung von 55 Jahren für neu berufene Gutachter vor. Hierin sah das BMG eine Diskriminierung

einer Altersgruppe. Der entsprechende Passus wurde gestrichen. Völlig neu geregelt werden soll das Verfahren zur Bestellung von Gutachtern. Entsprechende Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband sollen im ersten Quartal 2017 geführt werden. Neu bestellt werden müssen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie auch Gutachter mit einer ausschließlichen Qualifikation als tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten.

Dokumentationsbögen

Vom BMG beanstandet wurde § 38 der Psychotherapie-Richtlinie nebst Anlage 2, dieser Paragraf regelt die von der DPtV und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) scharf kritisierten Dokumentationsbögen und deren Einsatz. Das BMG stuft die Dokumentationsbögen als „rechtswidrig“ ein, da sie eine „für die genannten Zwecke nicht erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen“, auch sollte der G-BA sich mit den „im Rahmen des Stimmnahmeverfahrens eingegangenen Einwände(n) und Änderungswünsche(n)“ noch

einmal inhaltlich auseinandersetzen.

Der aktuelle Beschluss vom 24.11.2016 sieht vor, dass der Dokumentationsbogen vollständig entfällt. Verbunden mit dem Zurückziehen der Dokumentationsbögen ist allerdings die am 24.11. verkündete Absichtserklärung der Krankenkassen, dass ein Antrag an das Plenum des G-BA gestellt wird, den Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) zu beauftragen, zeitnah ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Dieses soll vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorbereitet werden und die Ergebnisse der Konzeptskizze des AQUA-Institutes vom 17.12.2015 für ein ebensolches QS-Verfahren einbeziehen.

Die Details des Antrags werden zurzeit noch vom GKV-SV und der KBV beraten. Wir fordern allerdings schon jetzt, dass im UA QS KBV-seitig ein/e Psychotherapeut/in Mitglied oder Berater/in sein muss.

Die neue Psychotherapie-Vereinbarung

Die neue Psychotherapie-Richtlinie wird, wie andere für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wichtige Richtlinien nach § 92 SGB V, vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Damit ist jedoch nur der allgemeine Rahmen für die Anwendung der Psychotherapie in der GKV festgelegt. Die Konkretisierung der einzelnen Bestimmungen erfolgt in einem Vertragswerk, der sogenannten Psychotherapie-Vereinbarung. Vertragspartner sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV). Die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) wiederum ist eine Anlage des Bundesmantelvertrags Ärzte-Krankenkassen (BMV-Ä), der ebenfalls von der KBV und dem GKV-SV vereinbart wird. Der Bundesmantelvertrag kennt derzeit 29 Anlagen, eine davon, Anlage 1, ist die Psychotherapie-Vereinbarung: „Ihr Gegenstand ist die Anwendung und Umsetzung von Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung“, so die Definition im § 1 der Psychotherapie-Vereinbarung. Ein weiterer Bestandteil des Bundes-

einbarung (PT-V) wiederum ist eine Anlage des Bundesmantelvertrags Ärzte-Krankenkassen (BMV-Ä), der ebenfalls von der KBV und dem GKV-SV vereinbart wird. Der Bundesmantelvertrag kennt derzeit 29 Anlagen, eine davon, Anlage 1, ist die Psychotherapie-Vereinbarung: „Ihr Gegenstand ist die Anwendung und Umsetzung von Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung“, so die Definition im § 1 der Psychotherapie-Vereinbarung. Ein weiterer Bestandteil des Bundes-

mantelvertrages ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Bewertungen aufgeführt sind.

**Kurzgefasst:
Die wichtigsten praktischen Veränderungen durch die neue Psychotherapie-Vereinbarung**

Die hier aufgeführten Regelungen enthalten noch nicht die Änderungen beim Verfahren zur Bestellung von Gutachtern, insbesondere der neuen Gutachter für Tiefenpsycho-

logisch fundierte Psychotherapie. Diese Regelungen werden voraussichtlich erst im Laufe des ersten Quartals 2017 beschlossen.

Psychotherapeutenverzeichnis (§ 10 Abs. 4 PT-V)

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) teilt den Krankenkassen ein Verzeichnis der Psychotherapeuten mit. Es enthält den Namen, das Psychotherapieverfahren, die Telefonnummer und die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis zur Terminkoordination.

Mitteilung der Beendigung einer Richtlinientherapie (§ 10 Abs. 5 PT-V)

Die nach der bisherigen Psychotherapie-Vereinbarung verlangte Mitteilung der Beendigung oder des Abbruchs einer Therapie gegenüber der Krankenkasse konnte bisher formlos geschehen. Für die Mitteilung über die Therapiebeendigung ist ab 01.04.2017 ein Formblatt (PTV 12) vorgesehen. Der Begriff „Abbruch“ wurde gestrichen, zum einen, weil ein Abbruch schwer zu definieren ist, zum anderen, weil der Begriff zum Nachteil des Patienten ausgelegt werden könnte.

Probatorische Sitzungen bis zur Genehmigung möglich (§ 11 Abs. 12 PT-V)

Der Antrag auf eine Richtlinienpsychotherapie kann nach der ersten Probatorischen Sitzung gestellt (§ 11 Abs. 1) und die restlichen Probatorischen Sitzungen können bis zur Genehmigung durchgeführt werden. Die KVen gingen bisher unterschiedlich mit Probatorischen Sitzungen um, die nach dem Datum des Antrags abgerechnet wurden.

Inhaltliche Begründung der Kurzzeittherapie auf Formblatt PTV 2 ist nicht mehr erforderlich (§ 11 Abs. 2 PT-V)

Beim neuen Formblatt PTV 2 entfällt das Feld für die Begründung einer KZT, sondern es enthält nur noch Ankreuzfelder zu den für die Beantragung notwendigen Angaben.

Angabe der genauen Anzahl der erforderlichen EBM-Leistungen auf Formblatt PTV 2 ist nicht mehr erforderlich (§ 11 Abs. 3 PT-V)

Ab 01.04.2107 genügt die Angabe der voraussichtlich notwendigen „Therapieeinheiten“, wobei eine Einheit einer Einzelsitzung zu 50 Minuten oder einer Gruppensitzung zu 100 Minuten entspricht. Der Begriff der „Therapieeinheit“ wird neu eingeführt, weil es in der Vergangenheit oft Missverständnisse bei der Anrechnung von Gruppentherapien im genehmigten Kontingent gab. Der Grund waren unterschiedliche Mindestdauern der Gruppentherapien bei den psychodynamischen Verfahren mit jeweils 100 Minuten und der Verhaltenstherapie mit jeweils 50 Minuten.

Beantragung einer KZT 2 (§ 11 Abs. 4 PT-V)

Ein Antrag auf KZT 2 kann schon während der KZT 1 gestellt werden, jedoch frühestens nach sieben Sitzungen KZT 1.

Beantragung einer Fortführung (§ 11 Abs. 6 PT-V)

Nach der Psychotherapie-Richtlinie hat die Krankenkasse die Wahl, bei einem Antrag auf Fortführung der Langzeittherapie einen Gutachter zu beauftragen oder darauf zu verzichten. Eine Angabe der Frist, in der die Krankenkasse sich entscheiden muss, enthält die Psychotherapie-Richtlinie nicht. In der Psycho-

therapie-Vereinbarung dagegen ist nun geregelt, dass die Krankenkasse im Fall der Inanspruchnahme des Gutachterverfahrens dies dem Psychotherapeuten „unverzüglich“ mitteilt. Psychotherapeuten sollten dann „zeitnah“ einen Bericht an die zuständige Krankenkasse senden. Erfolgt keine Einleitung des Gutachterverfahrens, hat die Krankenkasse den Fortsetzungsantrag innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu genehmigen und dies schriftlich mitzuteilen.

Zusätzliche Sitzungen für Einzeltherapie bei einer ansonsten ausschließlich als Gruppentherapie konzipierten Behandlung sind künftig bei allen Verfahren, d.h. auch bei der Verhaltenstherapie möglich (§ 11 Abs. 7 PT-V)

Werden im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung oder Anzeige gegenüber der Krankenkasse zusätzlich durchgeführt werden. Die bisher schon für die Tiefenpsychologisch fundierte und Analytische Psychotherapie geltende Regelung wurde nun auf die Verhaltenstherapie ausgeweitet.

Flexibles Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie bei der Kombinationsbehandlung (§ 11 Abs. 9 PT-V)

Beim Antrag einer Kombinationsbehandlung ist lediglich anzugeben, ob überwiegend Einzel- oder überwiegend Gruppentherapie durchgeführt werden soll. Unter Beibehaltung des Behandlungsschwerpunktes (Einzel oder Gruppe) kann das Mischungsverhältnis jederzeit ohne Antrag oder Anzeige gegenüber der Krankenkasse geändert werden.

Für die Mitteilung über die Therapiebeendigung ist ab 01.04.2017 ein Formblatt (PTV 12) vorgesehen

„Genehmigungsfiktion“:
Wenn sich die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen zur Genehmigung äußert, gilt der Antrag als genehmigt

Kombinationsbehandlung bei zwei unterschiedlichen Psychotherapeuten (§ 11 Abs. 9 PT-V)

Zukünftig können beide Psychotherapeuten ihre Leistungen getrennt bei der KV abrechnen. Voraussetzung ist, dass ein Psychotherapeut die Einzeltherapie und der andere die Gruppentherapie im gleichen Psychotherapieverfahren durchführt. Nicht möglich ist, dass die beiden Psychotherapeuten bei dieser Kombination noch einmal Einzel- und Gruppentherapie in ihrer Behandlung kombinieren. Beim Antragsverfahren wird das Formblatt PTV 1 des Patienten gemeinsam mit den beiden, von den jeweiligen Psychotherapeuten ausgefüllten Formblättern PTV 2 bei der Krankenkasse eingereicht. Soll sich das Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie während der Behandlung ändern, muss dies gegenüber der Krankenkasse von beiden Therapeuten gemeinsam angezeigt werden, sofern sich dadurch das Setting ändert.

Unterbrechung einer Psychotherapie von mehr als einem halben Jahr nur formlos anzeigen (§ 11 Abs.13 PT-V)

Bisher musste die Unterbrechung einer Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr „besonders“ begründet werden, wobei offen blieb, an wen die besondere Begründung gerichtet sein musste. Nun ist völlig ausreichend eine kurze, „formlose“ Begründung an die Krankenkasse zu richten.

Gruppentherapie bis zu 200 Minuten auch „im Block“ möglich (§ 11 Abs. 14 PT-V)

Nach der bisherigen Psychotherapie-Vereinbarung war eine 200 Minuten dauernde Gruppentherapie nur „in voneinander getrenn-

ten Sitzungen“ möglich. Diese, z.B. die verhaltenstherapeutischen Gruppen-Expositionsbehandlungen erschwerende Regelung wurde aufgehoben.

Psychotherapie außerhalb der Praxisräume ohne besondere Begründung möglich (§ 11 Abs. 14 PT-V)

Bisher galt nach der Psychotherapie-Vereinbarung: *„Die Durchführung einer Einzeltherapie als Doppelsitzung ist nur zulässig bei einer krisenhaften psychischen Situation des Patienten oder bei Anwendung besonderer Methoden der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. Soll dies außerhalb der Praxisräume des Therapeuten geschehen, bedarf es einer besonderen Begründung im Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht.“*

Zukünftig gilt entsprechend der berufsrechtlichen Regelung der Muster-Berufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass eine Behandlung außerhalb der Praxisräume stattfinden kann, *„soweit dies für die Behandlung notwendig ist und berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden“*. Die Psychotherapie-Vereinbarung greift diese Vorschrift insofern auf, als die Behandlung „grundsätzlich“ in den Praxisräumen stattzufinden hat. „Grundsätzlich“ bedeutet, dass Ausnahmen möglich sind. Eine „besondere Begründung im Antrag“ ist nicht mehr erforderlich.

Mitteilung der Bewilligung einer Kurzzeittherapie (§ 13 Abs.1 PT-V)

Nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie gilt bei einer Kurzzeittherapie die sogenannte „Genehmigungsfiktion“: Wenn sich die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen zur Genehmigung äußert, gilt sie als genehmigt. Ei-

ne Mitteilung der Krankenkasse an den Versicherten oder den Psychotherapeuten ist nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie nicht vorgesehen. Das hätte eine unter Umständen dreiwöchige Wartezeit bis zur sicheren Kostenübernahme bedeutet. In der Psychotherapie-Vereinbarung wurde nun geregelt, dass die Krankenkasse die Voraussetzungen für die Leistungspflicht gegenüber ihrem Versicherten – allerdings nicht gegenüber dem Psychotherapeuten – formlos mitteilt, so dass die Zeit der Unsicherheit über die Genehmigung abgekürzt werden kann.

Mitteilung der Bewilligung einer Langzeittherapie (§ 13 Abs. 2 PT-V)

Sowohl bei der Kurzzeittherapie als auch bei der Langzeittherapie teilt die Krankenkasse die Anzahl der Therapieeinheiten (und die genehmigten EBM-Leistungen) mit, nicht mehr deren genaue Anzahl. Das gibt den Psychotherapeuten mehr Flexibilität, wenn sich bei einer Kombinationsbehandlung die Anzahl bestimmter EBM-Nummern ändert oder wenn z.B. eine Großgruppe zu einer Kleingruppe verändert wird. Die Genehmigung einer Langzeittherapie und deren Fortsetzung teilt die Krankenkasse wie bisher sowohl dem Versicherten als auch dem Psychotherapeuten mit.

Rezidivprophylaxe zur Überbrückung der „Zwei-Jahresfrist“ (§ 16 Abs. 4 PT-V)

Nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie kann bei einer Langzeittherapie ein bestimmtes Sitzungskontingent für die Rezidivprophylaxe vorgesehen werden. In diesen Fällen beginnt die Phase der Rezidivprophylaxe mit der Mitteilung der Beendigung der Langzeittherapie auf dem neuen Formblatt PTV 12. Damit startet die sogenannte „Zwei-Jahresfrist“, innerhalb derer auch eine erneute Beantragung ei-

ner Kurzzeittherapie nur über das Gutachterverfahren möglich ist. Mit den Sitzungen der Rezidivprophylaxe können zukünftig die zwei Jahre überbrückt werden, nach deren Ablauf eine erneute Kurzzeittherapie begutachtungsfrei beantragt werden kann.

Durchführung von Testverfahren während einer Psychotherapie (§ 17 Abs. 2 PT-V)

Nach der bisher gültigen Psychotherapie-Vereinbarung konnten während der Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie Testverfahren des EBM-Abschnitts 35.3 bis zu dreimal abgerechnet werden. Zukünftig können bei einer Langzeittherapie Testverfahren bis zu fünfmal abgerechnet werden.

Formblätter

Neu eingeführt wurden ein Informationsblatt „Allgemeine Patienteninformation“ über die ambulante Psychotherapie in der GKV (PTV 10), ein Formblatt „Individuelle Patienteninformation“ zum Eintragen der Ergebnisse der Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11), sowie ein Formblatt zur Anzeige der Akutbehandlung und der Beendigung einer Psychotherapie (PTV 12).

Dem neuen „Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter“ (PTV 3) liegt eine Neukonzeption und Kürzung des Berichts an den Gutachter zugrunde. Der Umfang des Berichts soll in der Regel zwei Seiten umfassen. Der Umschlag für den Bericht an den Gutachter (PTV 8) wird künftig genau die Angaben enthal-

ten, die die Krankenkasse für die richtige Zuordnung der Anträge an die Gutachter braucht.

Auf dem Formblatt PTV 2 (Antragsbegründung des Psychotherapeuten) ist zukünftig keine Angabe zur Frequenz mehr erforderlich. Weil die Frequenz im Rahmen des Behandlungsplans festgelegt wird, äußert sich der Psychotherapeut, sofern das Gutachterverfahren erforderlich ist, dazu in seinem Bericht an den Gutachter. Der Gutachter kann in seiner Stellungnahme eine Empfehlung (PTV 5) zur Frequenz abgeben, ein eigenes Feld zur Frequenz auf dem Formblatt PTV 2 ist nicht mehr vorgesehen.

Alle weiteren Formblätter wurden überarbeitet und übersichtlicher gestaltet.

Was ist noch offen und muss noch geregelt werden?

Eine wichtige Information zum bestmöglichen Umgang mit den neuen Regelungen lag uns bei Redaktionsschluss noch nicht vor: die notwendige finanzielle Bewertung und Beschreibung der neuen EBM-Leistungen. Die Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband sind im Bewertungsausschuss noch im Gange.

Der Bewertungsausschuss muss im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie auch seinen eigenen Beschluss vom 22.09.2015 zu den Strukturzuschlägen korrigieren. Eine entsprechende Protokollnotiz zu diesem Beschluss lautet: „Der Bewertungsausschuss wird die künftige Ausgestaltung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss

im Hinblick auf die sachgerechte Verwendung der zur Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen bereitgestellten Finanzmittel überprüfen.“

Die hier aufgeführten EBM-Ziffern sind die sogenannten „Strukturzuschläge“.

Dass die Strukturzuschläge aus unserer Sicht rechtswidrig sind, haben wir in der Psychotherapie Aktuell und im Bundesmitgliederbrief der DPtV schon mehrfach dargelegt. Mit der Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung ist dieses Konzept auch versorgungspolitisch nicht mehr haltbar. Wer als Psychotherapeut ausreichend Sprechstunden, Akutbehandlungen und Probatorische Sitzungen anbietet, verringert damit seine Chance auf die Abrechnung dieser Zuschläge. Damit würde man sich trotz höchster Auslastung wirt-

schaftlich schlechter stellen als ein Psychotherapeut, welcher nur ein Minimum an solchen Leistungen erbringt. Der Honorarbeschluss in seiner jetzigen Form würde geradezu verhindern, dass das mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie verfolgte Ziel einer besseren Versorgung erreicht wird. Hier bedarf es unseres Erachtens einer zeitnahen Korrektur. Am sinnvollsten wäre es insofern, die Strukturzuschläge abzuschaffen und die darin enthaltenen normativen Personalkosten für eine Halbtagskraft entsprechend der bisherigen BSG-Rechtsprechung in alle psychotherapeutischen Leistungen einzuberechnen.

Ebenfalls noch unklar ist, wie die Gültigkeit der Terminservicestellen für Psychotherapieplatzsuchende konkret umgesetzt werden soll. Nach § 75 Abs. 1a GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gelten

Der Umfang der telefonischen Erreichbarkeit beträgt bei vollem Versorgungsauftrag der Praxis insgesamt 200 Minuten, bei hälftigem Versorgungsauftrag 100 Minuten pro Woche

te sie in mehreren psychotherapeutischen Praxen ihr Knowhow bezüglich der Telefondienste und auch in Bezug auf andere Organisations- und Verwaltungsaufgaben in psychotherapeutischen Praxen transferieren.

- Wenn Sie persönlich während der Erreichbarkeitszeit ans Telefon gehen wollen, begrenzen Sie diese Gesprächssituation am besten auf die Terminvereinbarung, und bestellen Sie den Patienten zu einer Psychotherapeutischen Sprechstunde ein.
- Machen Sie hier keine „kostenlose“ telefonische Beratung, wie Sie es früher vielleicht gewohnt waren.
- Einige Kassenärztliche Vereinigungen überlegen, ob sie ihre Terminservicestellen für die Terminvergaben einsetzen wollen. Ob das mit der Intention der in der Psychotherapie-Richtlinie definierten Erreichbarkeit kompatibel ist, ist noch unklar.
- Auch ist es möglich, Web-Tools für spezifische Online-Terminvereinbarungen für Praxen zu nutzen, so Sie dies als Erleichterung erleben. Angeboten werden diese zur Implementierung in die Praxishomepage beispielsweise über Anbieter von üblicher Praxissoftware. Ein solches Tool sollte allerdings die unbedingt üblichen Datenschutzbestimmungen für Praxen einhalten.
- Die telefonische Erreichbarkeit muss der KV gemeldet werden.

Ob und wie die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen die Einhaltung der Erreichbarkeitszeiten kontrollieren, ist offen. Wir bestehen darauf, dass keine Kontrollen durchgeführt werden, die von der Kontrolle der Einhaltung der Sprechzeiten bei den somatisch tätigen Ärzten abweichen.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben generell die Verpflichtung, in ihrem Leistungsspektrum Psychotherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Diese Verpflichtung umfasst laut PT-RL „in der Regel“ 100 Minuten für einen vollen Versorgungsauftrag, 50 Minuten pro Woche für einen halben Versorgungsauftrag. Diese Sprechstunden können auch in 25-Minuten-Einheiten durchgeführt werden.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist ein erstes orientierendes Angebot eines Psychotherapeuten. Es sollte zeitnah für einen gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen. Das Wort „zeitnah“ wird in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Psychotherapie-Vereinbarung nicht definiert. In den Bedingungen über die Terminservicestellen wird darunter „innerhalb von vier Wochen“ verstanden.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde dient dem Versicherten als erste Abklärung, ob überhaupt eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, ob eine psychotherapeutische Behandlung benötigt wird oder auch, ob weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind.

Psychotherapeuten können hier weitere somatische Abklärungen empfehlen. Ist allerdings in diesem Kontakt schon absehbar, dass eine Akutbehandlung der Sprechstunde folgen soll, sollte gleich der Konsiliarbericht angefordert werden. Für die Durchführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde dagegen ist der Konsiliarbericht nicht notwendig. Leider konnten die Regelungen zum Konsiliarverfahren im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie bzw. -Vereinbarung nicht geändert werden, weil sie im § 28 Abs. 3 SGB V festgeschrieben sind.

Die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) stellt klar, dass Sie Ihrer KV melden müssen, ob Sie in Ihrer Praxis eine offene Sprechstunde oder Sprechstunde mit Terminvergabe anbieten wollen. Weder in der Psychotherapie-Richtlinie, noch in der Psychotherapie-Vereinbarung wird gefordert, dass Sie die Zeiten für diese Sprechstunden nennen müssen.

EPIKUR

Psychotherapie-Richtlinie komfortabel umgesetzt

Mit unserer Praxissoftware bestens vorbereitet!

- ✓ Effiziente Organisation der Sprechstunde
- ✓ Einfache Erstellung der individuellen Patienteninformation
- ✓ Innovative Gestaltung der diagnostischen Abklärung
- ✓ Übersichtliche Verwaltung von Gruppentherapien
- ✓ u. v. m.



Für alle Betriebssysteme.

www.epikur.de • Telefon: +49 30 340 601 101 • E-Mail: vertrieb@epikur.de

Psychotherapeuten können mit erwachsenen Patienten maximal 150 Minuten Sprechstunde, mit Kindern und Jugendlichen maximal 250 Minuten durchführen. Bei Kindern und Jugendlichen dürfen von diesen 250 Minuten bis zu 100 Minuten auch nur mit den Bezugspersonen – ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen – durchgeführt werden.

Am Ende der Sprechstunde erhält jeder Patient eine *Allgemeine Patienteninformation „Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“* (PTV 10). Das allgemeine Informationsblatt enthält Informationen zum Anspruch gesetzlich Versicherter auf eine Psychotherapie, zu den zugelassenen Psychotherapieverfahren mit einer kurzen Charakterisierung und zum Antragsverfahren.

Zusätzlich erhält der Patient in der Sprechstunde eine *Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde* (PTV 11) über das Ergebnis der Sprechstunde. Darin werden die wahrgenommenen Termine der jeweiligen Sprechstunde eingetragen, die Diagnose oder Verdachtsdiagnose und eine Empfehlung für weitere diagnostische Abklärungen, für psychotherapeutische Maßnahmen oder für sonstige Hilfsangebote. Der Patient ist nicht verpflichtet, sich an die Empfehlungen zu halten. Der Psychotherapeut behält für die Dokumentation der Patientenakte den dafür vorgesehenen Durchschlag des PTV 11. Hält der Psychotherapeut es für sinnvoll diesen Befundberichtes an den mitbehandelnden Arzt zu übermitteln, setzt selbstverständlich das die schriftliche Einwilligung des Patienten auf dem Formblatt voraus.

Patienten müssen erst ab dem 01.04.2018 vor einer verfahrensspezifischen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde absolviert haben. Bis dahin ist diese Regelung

der PT-RL ausgesetzt und gilt erst einmal als „Kann-Regelung“.

Ausgenommen von der Verpflichtung sind jetzt Patienten, die zu Ihnen kommen, nachdem sie bei einem anderen Therapeuten die Psychotherapeutische Sprechstunde bereits absolviert haben. Dies gilt auch, wenn Patienten einen Psychotherapeuten im Rahmen einer laufenden Therapie wechseln und wenn Patienten aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativer Behandlung aufgrund einer psychischen Störung kommen. In diesen Fällen können auch nach dem 01.04.2018 erforderliche Probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Psychotherapeutische Sprechstunde beginnen.

Überlegungen zur Umsetzung:

- **Bis zum 01.04.2018** können Sie Patienten eine psychotherapeutische Behandlung anbieten, ohne dass diese zuvor eine Psychotherapeutische Sprechstunde erhalten haben. Das bedeutet, Sie können mit Patienten **direkt mit den Probatorischen**

Sitzungen beginnen, um eine Richtlinien-therapie einzuleiten oder eine Akutbehandlung. Für die dafür notwendige vorherige diagnostische Abklärung stehen weiterhin die Abrechnungsmöglichkeiten für die Testdiagnostik nach dem Abschnitt 35.3 des EBM zur Verfügung und für die Erhebung der biografischen Anamnese die Nr. 35140.

- **Bestell-Sprechstunde:** Sie melden der KV, dass Sie eine Bestell-Sprechstunde durchführen und nennen ihr eine Telefonnummer, dies mit den geforderten telefonischen Erreichbarkeitszeiten. Meldet sich ein Versicherter bei Ihnen telefonisch für eine Sprechstunde, **dann vergeben Sie** dafür individuell **die Zeit, die für Sie und den Patienten am passendsten erscheint**. Es bleibt also bei einer individuellen Terminvergabe. Hier bieten sich möglicherweise auch Ausfalltermine an oder freie Termine, wenn z.B. Patienten in laufender Behandlung zeitweilig die üblichen Behandlungszeiten nicht wahrnehmen können.

Kontingent der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung einmal im Krankheitsfall möglich

Der Zeitraum, in dem ein Patient bei *einem* Psychotherapeuten die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung in Anspruch nehmen kann, wird bereits in der Psychotherapie-Richtlinie mit dem Begriff „**Krankheitsfall**“ festgelegt. Dieser wird nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert als das Quartal der Erstanspruchnahme zuzüglich die nachfolgenden drei Quartale, also ein Zeitraum von vier Quartalen. Bei demselben Psychotherapeuten ist das Kontingent der Sprechstunden-Sitzungen einmal innerhalb eines Krankheitsfalles abrechenbar, ebenso das Sitzungskontingent der Akutbehandlung. Wechselt der Patient innerhalb dieses Zeitraumes zu einem anderen Psychotherapeuten, kann dieser unabhängig von dem ersten Psychotherapeuten Sprechstunde und Akutbehandlung abrechnen.

Davon abzugrenzen ist der **Behandlungsfall**: „Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall.“

- Sie können auch 100 Minuten oder deutlich mehr Zeit jeweils an einem bestimmten Wochentag für eine **offene Sprechstunde** anbieten. Das bedeutet, Patienten können ohne Termin zu Ihnen kommen. Die Patienten warten dann, wie in der Praxis des somatischen Arztes, bis sie an der Reihe sind. Sie entscheiden dann, ob ein Patient nur 25 Minuten oder mehr Zeit erhält.
- Sie könnten auch für eine **ausführliche Diagnostik** bei erwachsenen Patienten das maximale Kontingent von **150 Minuten** bzw. bei Kindern und Jugendlichen mit ihren Eltern **250 Minuten „am Stück“** entweder vereinbaren oder in einer offenen Sprechstunde verbringen.
- Inklusive der möglichen Sprechstunden-Sitzungen vor der Probatorik stehen für alle Psychotherapieverfahren insgesamt **mehr Sitzungen** als bisher zur Verfügung, **um eine Psychotherapie einzuleiten**: bei Erwachsenen sind es bis zu drei 50-minütige Sprechstunden zuzüglich bis zu vier probatorische Sitzungen. Bei Kindern und Jugendlichen sind es bis zu fünf 50-minütige Sprechstunden zuzüglich bis zu sechs probatorische Sitzungen.
- Die den Patienten zur Verfügung stehenden Sprechstunden gelten pro Krankheitsfall. Das bedeutet, dass zum Beispiel ein Erwachsener bei einem Psychotherapeuten im jetzigen und den darauffolgenden drei Quartalen bis zu 6 x 25 Minuten Sprechstunde in Anspruch nehmen kann. **Wechselt der Patient den Psychotherapeuten**, kann er bei dem neuen Psychotherapeuten **wiederum das volle Kontingent der Sprechstunde** in Anspruch nehmen, da es sich bei diesem um einen neuen Krankheitsfall handelt (siehe Kasten).
- Die Einträge über weitere Maßnahmen in der *Individuellen Patienteninformation* sind lediglich „Empfehlungen“. Patienten müssen sich nicht daran halten.

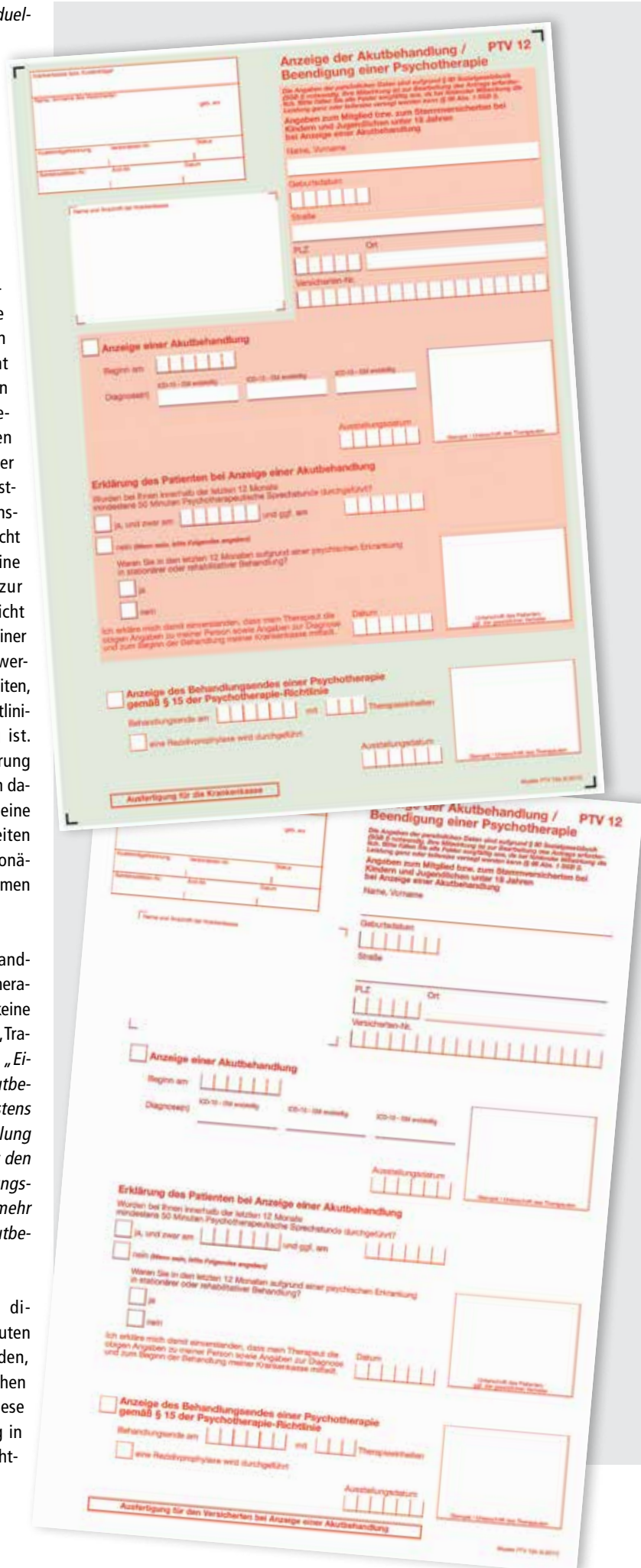
Der Durchschlag der *Individuellen Patienteninformation* verbleibt im Rahmen der Dokumentationspflicht in Ihrer Akte.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Entlastung von akuter Symptomatik. Sie dient keinesfalls einer „umfassenden Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren“. Sie dient der Krisenintervention oder zur Erst-Stabilisierung der Patienten, insbesondere auch dann, wenn nicht sofort ein Therapieplatz für eine Richtlinienpsychotherapie zur Verfügung steht. Eventuell reicht die Akutbehandlung, um mit einer Krisenintervention die Beschwerden des Patienten so zu bearbeiten, dass keine anschließende Richtlinienpsychotherapie mehr notwendig ist. Im Sinne einer Erst-Stabilisierung kann die Akutbehandlung auch dazu dienen, den Patienten auf eine Richtlinienpsychotherapie vorzubereiten oder andere ambulante, stationäre oder teilstationäre Maßnahmen einzuleiten.

Wann soll nun eine Akutbehandlung beginnen? In der Psychotherapie-Richtlinie findet sich dazu keine Aussage, lediglich wird in den „Tragenden Gründen“ angemerkt: *„Eine Psychotherapeutische Akutbehandlung, die nicht bis spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung begonnen wurde, erfüllt nicht den Zweck dieser neuen Versorgungsmöglichkeit und kann nicht mehr als Psychotherapeutische Akutbehandlung bewertet werden.“*

Die Akutbehandlung kann direkt im Anschluss an 50 Minuten Sprechstunde begonnen werden, es sind hier keine Probatorischen Sitzungen notwendig, denn diese gelten – so wird es erstmalig in der neuen Psychotherapie-Richt-



linie schriftlich dargelegt – nur zum Einleiten einer Richtlinientherapie (s. auch weiter unten).

Insgesamt können bis zu 12 Sitzungen zu je 50 Minuten im Krankheitsfall, auch in 25 Minuten-Einheiten durchgeführt werden. Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können hier – wie bei einer Richtlinientherapie – im Verhältnis eins zu vier Stunden Bezugspersonensitzungen zusätzlich angezeigt werden. Aktuell ist in der Akuttherapie nur ein Einzeltherapie-Setting zulässig, keine Gruppentherapie.

Wird eine Akutbehandlung in eine Kurzzeit- oder Langzeittherapie umgewandelt, werden die durchgeführten Sitzungen auf das Kontingent der Richtlinientherapie angerechnet. Das bedeutet, die in der Akutbehandlung durchgeführten Sitzungen sind kein „Add-On“, sie erhöhen nicht das Gesamtkontingent der Behandlung bei einem Patienten.

Da es sich bei der Akutbehandlung um eine psychotherapeutische Behandlung handelt, ist auch hier laut § 28 Abs. 3 SGB V ein Konsiliarbericht notwendig. Es bietet sich an, den Konsiliarbericht schon während der Sprechstunde anzufordern, wenn eine Akutbehandlung in Betracht kommen sollte. Es entsteht allerdings ein echtes Problem, wenn sich der Konsiliararzt drei Wochen Zeit lässt.

Eine Akutbehandlung ist nicht antragspflichtig, sie wird lediglich gegenüber der Krankenkasse „angezeigt“. Für diese „Anzeige“ gibt es ein neues Formular, das PTV 12.

Überlegungen zur Umsetzung:

- In welchem Umfang Sie Akutbehandlungen anbieten, hängt von der Struktur Ihrer Praxis und von der Anzahl Ihrer Patienten hinsichtlich eines dringenden Behandlungsbedarfs ab. Selbstverständlich haben Sie im Rahmen Ihres gesamten Leistungsspektrums die Freiheit, einzelne

Leistungselemente stärker oder weniger stark anzubieten.

- Ein Vorteil einer psychotherapeutischen Akutbehandlung könnte sein, dass diese bei einem Patienten gegebenenfalls eine Krankschreibung oder eine Krankenhauseinweisung verhindern.
- Die den Patienten zur Verfügung stehenden Sitzungen für die Akutbehandlung gelten pro Krankheitsfall. Das bedeutet, dass zum Beispiel ein Erwachsener bei *einem* Psychotherapeuten im jetzigen und den darauffolgenden drei Quartalen bis zu 12 × 50 Minuten Akutbehandlung in Anspruch nehmen kann. Wechselt der Patient den Psychotherapeuten, so kann er bei dem neuen Psychotherapeuten wiederum das volle Kontingent der Akutbehandlung in Anspruch nehmen, da es sich bei diesem um einen neuen Krankheitsfall handelt (siehe Kasten, S. 14). Es müssen nicht alle 12 Sitzungen in der Akutbehandlung durchgeführt werden. Stellen Sie im Einvernehmen mit dem Patienten fest, dass eine bestimmte Anzahl von Sitzungen ausreicht, kann die Akutbehandlung beendet werden bzw. bei Indikation in die Probatorischen Sitzungen für eine Richtlinientherapie überführt werden. Für den Übergang in die Probatorik besteht keine Antrags- oder Anzeigepflicht.
- Das Ende einer Akutbehandlung muss der Krankenkasse nicht mitgeteilt werden.

Probatorische Sitzungen

Ist bei einem Patienten eine Richtlinienpsychotherapie indiziert, werden zur (weiteren) diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes und zur Feststellung der Prognose, Motivation, Passung und Eignung für das angebotene Therapieverfahren Probatorische Sitzungen durchgeführt. In allen Verfahren müssen mindestens zwei Probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Maximal stehen erwachsenen Pati-

enten vier Probatorische Sitzungen à 50 Minuten zur Verfügung. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es zusätzlich zwei weitere Probatorische Sitzungen, auch um der Notwendigkeit von Gesprächen mit Bezugspersonen Rechnung zu tragen.

Probatorische Sitzungen dienen nur zur Einleitung einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie, sie müssen deshalb nicht vor einer psychotherapeutischen Akutbehandlung durchgeführt werden.

Gedanken zur Umsetzung:

- Neu ist die Mindestzahl von zwei Probatorischen Sitzungen vor Beginn einer Richtlinientherapie.
- Auch wenn Sie vorab mit dem Patienten eine Akutbehandlung durchgeführt haben, sind vor Beginn einer Richtlinientherapie zwei Probatorische Sitzungen verpflichtend. Es wird ab 01.04.2017 explizit möglich sein, dass Probatorische Sitzungen bis zur Bewilligung einer Kurz- bzw. Langzeittherapie durchgeführt werden können. Das kann helfen, die Zeit bis zur Rückmeldung einer Krankenkasse zur Genehmigung einer KZT 1 zu überbrücken (siehe unten bei Beantragung einer KZT).
- Sie können allerdings den Antrag auf KZT 1 oder LZT schon nach der ersten Probatorischen Sitzung stellen, wenn die zweite Probatorische Sitzung terminiert ist.

Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie

Zeigt sich in der Psychotherapeutischen Sprechstunde, in der Akutbehandlung oder in den Probatorischen Sitzungen, dass eine Richtlinientherapie indiziert ist, entscheidet der Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten, ob eine Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie beantragt werden soll.

Wie bereits oben erwähnt, müssen vor dem Beginn einer Richtlinien-

Bei allen Verfahren müssen mindestens zwei Probatorische Sitzungen durchgeführt werden

therapie zwei Probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Neu eingeführt wurde, dass Therapiesitzungen in allen Verfahren auch in Einheiten von 25 Minuten oder als Doppelsitzung mit 100 Minuten durchgeführt werden können.

Weiterhin muss das Ende einer Psychotherapie der Krankenkasse mitgeteilt werden. Bisher war das formlos möglich, neu ist ein eigenes Formblatt (PTV 12) für diese Mitteilung.

Kurzzeittherapie (KZT)

Eine Kurzzeittherapie ist zukünftig in zwei Beantragungsschritten unterteilt, KZT 1 und KZT 2. Beide umfassen jeweils 12 Sitzungen und können als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden. Gegebenenfalls bereits durchgeführte Sitzungen in der Akutbehandlung werden auf die KZT 1 angerechnet. Beide Kurzzeittherapien müssen bei der Krankenkasse beantragt werden. Die KZT 1 und KZT 2 gilt für alle Verfahren. Das bedeutet, auch Kollegen mit Fachkunde in Analytischer Psychotherapie können zukünftig die in ihrem Verfahren existierenden analytischen Kurzzeittherapie-Konzepte anwenden.

Für die Beantragung benötigen Sie zukünftig kein Gutachterverfahren, auch nicht für Kolleginnen und Kollegen, die neu ins GKV-System kommen. Wie bisher werden beim Antrag zwei Formulare benötigt: eines (PTV 1) für den Antrag des Versicherten, ein zweites für die Angaben des Psychotherapeuten zum Psychotherapieverfahren und zu den voraussichtlich benötigten Kontingenten (PTV 2). Wie zuvor schicken Sie beide Formulare mit dem Konsiliarbericht an die Krankenkasse.

Die Krankenkasse prüft die Voraussetzungen für die Leistungspflicht gegenüber ihrem Versicherten und teilt dem Versicherten formlos das Ergebnis mit. Diese Rückmeldung der Krankenkasse kann die Zeit der Unsicherheit über die Genehmigung der beantragten Psychotherapie abkürzen. Ohne Rückmeldung gilt der Antrag nach dem Prinzip der „Genehmigungsfiktion“ nach drei Wochen als genehmigt. Neu ist, dass bei der Kurzzeittherapie die Mitteilung der Krankenkasse nicht an den Psychotherapeuten geht.

Gedanken zur Umsetzung:

- Ein Antrag auf KZT 2 kann frühestens nach sieben durchgeführten Therapieeinheiten der

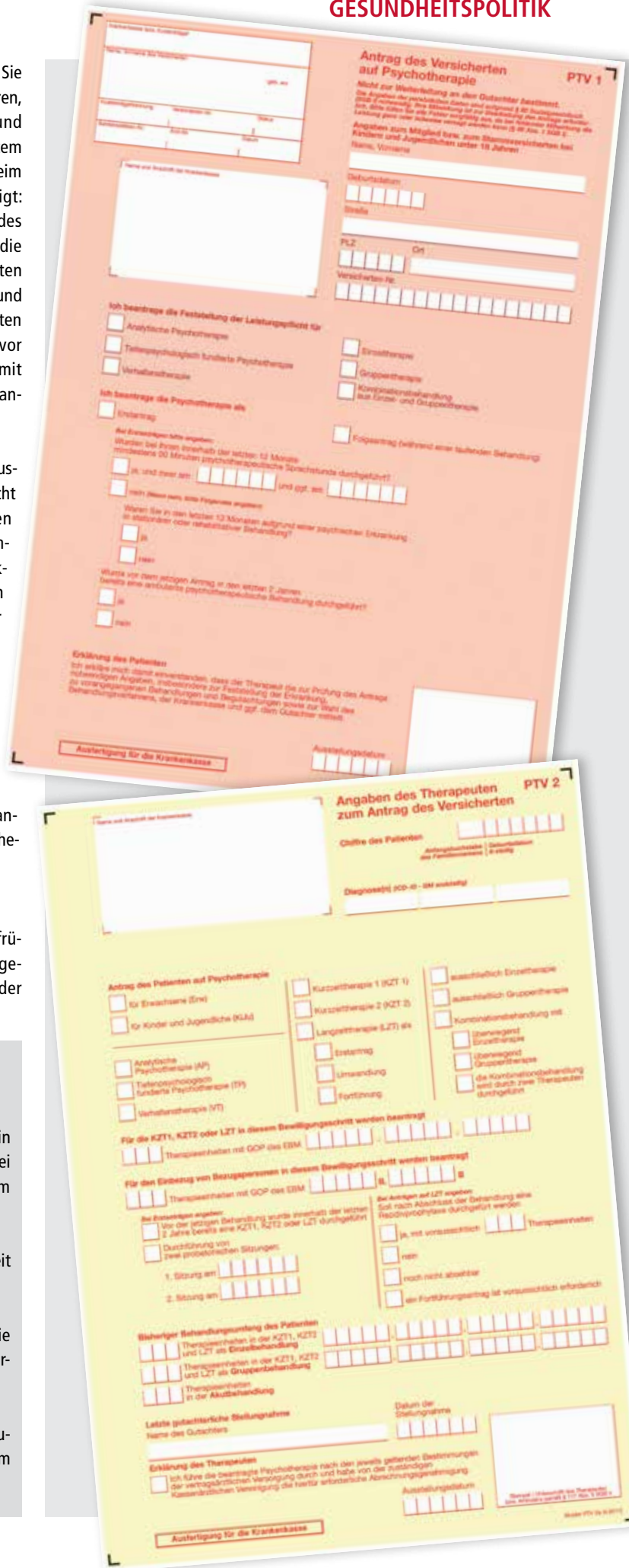
Therapieeinheiten

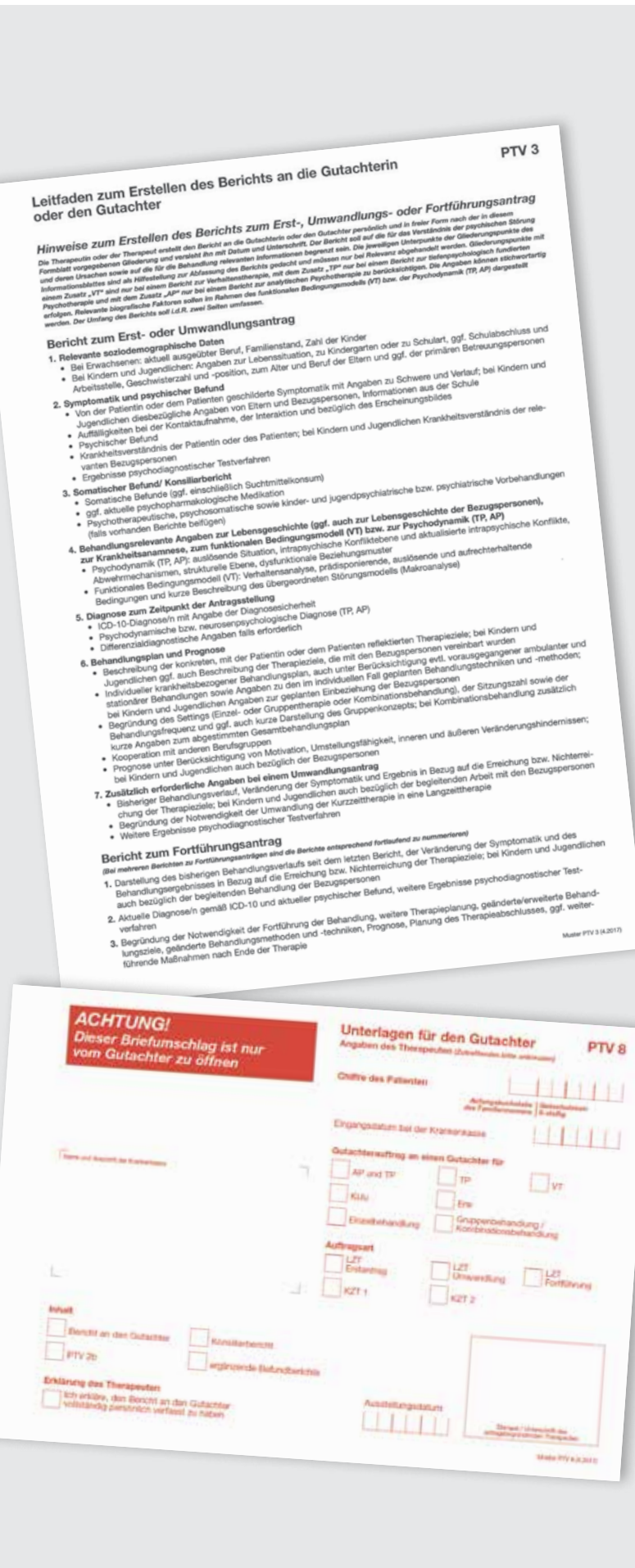
Auf dem Antragsformular PTV 2 werden zukünftig die Sitzungen in „Therapieeinheiten“ beantragt. Dies macht es – insbesondere auch bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie - leichter, mit dem vorhandenen Kontingent „richtig“ zu rechnen:

Eine Therapieeinheit einer Einzelsitzung hat 50, eine Therapieeinheit einer Gruppentherapie Sitzung 100 Minuten.

So kann bei einer Psychotherapie, die Einzel- und Gruppentherapie kombiniert, immer leicht das verbliebene Kontingent berechnet werden.

Wie bisher wird bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zusätzlich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Bezugspersonen beim Antrag aufgeführt.





KZT 1 gestellt werden. Um eine Unterbrechung der Behandlung zu vermeiden, sollten Sie bei Indikation auf eine Weiterführung der Therapie die KZT 2 frühzeitig beantragen.

- Einer abgeschlossenen KZT 2 kann wiederum eine KZT 1 folgen, allerdings auch nur mit einem Bericht an den Gutachter, wenn nicht zwei Jahre zwischen KZT 2 und einer neuen KZT 1 liegen. Liegen mehr als zwei Jahre dazwischen, kann der Antrag wieder ohne Bericht gestellt werden.
- Psychotherapeuten, die neu eine Kassenpraxis eröffnen oder als angestellte Psychotherapeuten tätig werden, müssen zu Beginn ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit für eine KZT-Behandlung keine 35 bewilligten Berichte an einen Gutachter nachweisen, bevor sie eine berichtsbehaftete KZT beantragen können. Bei Beginn der Praxistätigkeit mit meist vielen neuen Patienten ist das eine enorme Erleichterung. Dies gilt selbstverständlich auch für Psychotherapeuten in Ausbildung und Kollegen mit Fachkunde Analytische Psychotherapie können nun auch in ihrem Verfahren eine Kurzzeittherapie durchführen und diese dann später in eine Langzeittherapie umwandeln, wenn sie indiziert ist.
- Weil die Krankenkasse die Genehmigung einer Kurzzeittherapie nur dem Versicherten und nicht dem Psychotherapeuten mitteilt, empfiehlt es sich, den Patienten ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass er sich mit dem Psychotherapeuten umgehend in Verbindung setzt, wenn die Mitteilung der Krankenkasse eingegangen ist.

Langzeittherapie (LZT)

Eine Langzeittherapie ist im Erstantrag und Umwandlungsantrag immer gutachterpflichtig. Einer Langzeittherapie müssen keine Kurzzeittherapien vorausgehen, sie kann von Beginn an oder jederzeit im Laufe einer der beiden Kurzzeittherapien beantragt werden. Der Antrag sollte rechtzeitig, bis zur achten Sitzung der KZT 2 gestellt werden, also nach insgesamt 20 Sitzungen Kurzzeittherapie – einschließlich eventuell in diesem Rahmen durchgeführter Sitzungen Akutbehandlung – gestellt werden.

Hierfür muss regelhaft ein Bericht an den Gutachter gestellt werden. Neu ist, dass der erste Bewilligungsschritt der Langzeittherapie für die Verhaltenstherapie und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf 60 Sitzungen angehoben wurde. Bei der Analytischen Therapie bleibt der erste Schritt bei 160 Sitzungen.

Dem neuen „Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter“ (PTV 3) liegt eine Neukonzeption und Kürzung des Berichts zugrunde. Neu ist, dass die Angaben zur Anamnese wegfallen und nur die für die Behandlung relevanten lebensgeschichtlichen Aspekte in der Psychodynamik bzw. der Verhaltensanalyse beschrieben werden sollen. Hiermit sollen Redundanzen verhindert werden. Weiter ist es möglich, den Bericht stichwortartig abzufassen. Der Umfang des Berichts soll in der Regel zwei Seiten umfassen.

Ab dem 01.04.2017 wird es möglich sein, für eine Begutachtung eines Antrages auf Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie einen Gutachter zu wählen, der ausschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begutachtet. Hierfür sollen neue Gutachter zusätzlich aufgenommen werden.

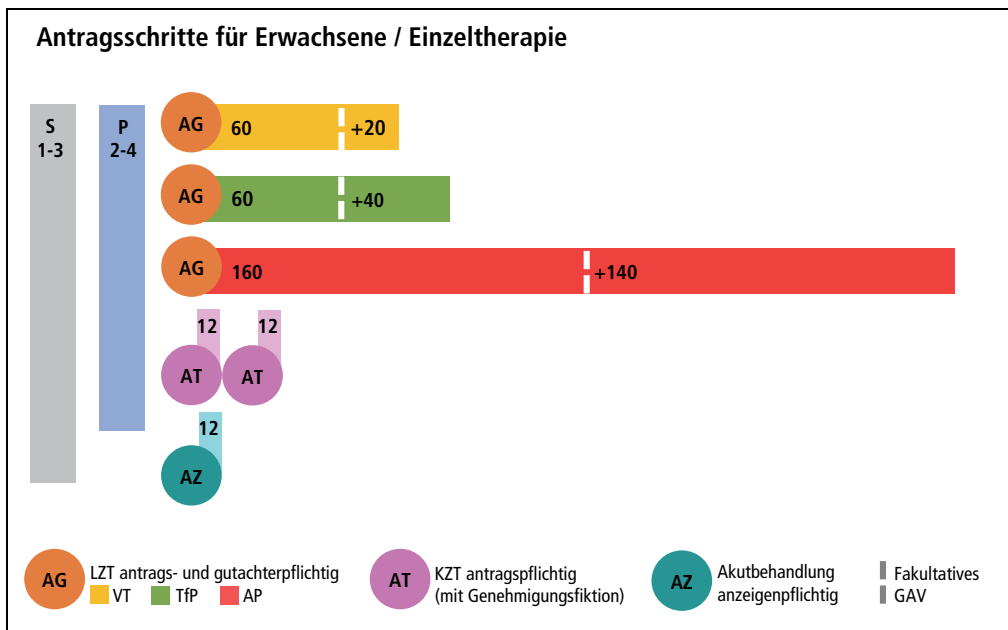


Abbildung 1

Gedanken zur Umsetzung:

- Erfolgt die Beantragung einer Langzeittherapie während oder nach einer psychotherapeutischen Akutbehandlung, müssen die obligatorischen zwei Probandensitzungen durchgeführt werden.
- Der Umschlag für den Bericht an den Gutachter unterscheidet sich farblich nicht mehr zwischen den Verfahren, sondern das zu beantragende Verfahren und das Set-ting werden auf dem Umschlag angegeben und gelangen dann über die Krankenkasse zu dem entsprechenden Gutachter.
- Wenn Sie eine Begutachtung eines Antrages auf Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an einen Gutachter richten wollen, der ausschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begutachtet, können Sie diese Wahl auf dem neuen Umschlag vermerken.
- Genehmigungen oder Ablehnungen für Anträge mit Gutachterverfahren müssen laut Patientenrechtegesetz innerhalb von fünf Wochen mitgeteilt werden. Wenn Sie hier einen Beleg für das Versende-Datum haben möchten, empfehlen wir Ihnen die Versendung per Einwurfeinschreiben.
- Wie bisher erhalten Sie als Psychotherapeut vom Gutachter eine gutachterliche Stellungnahme.

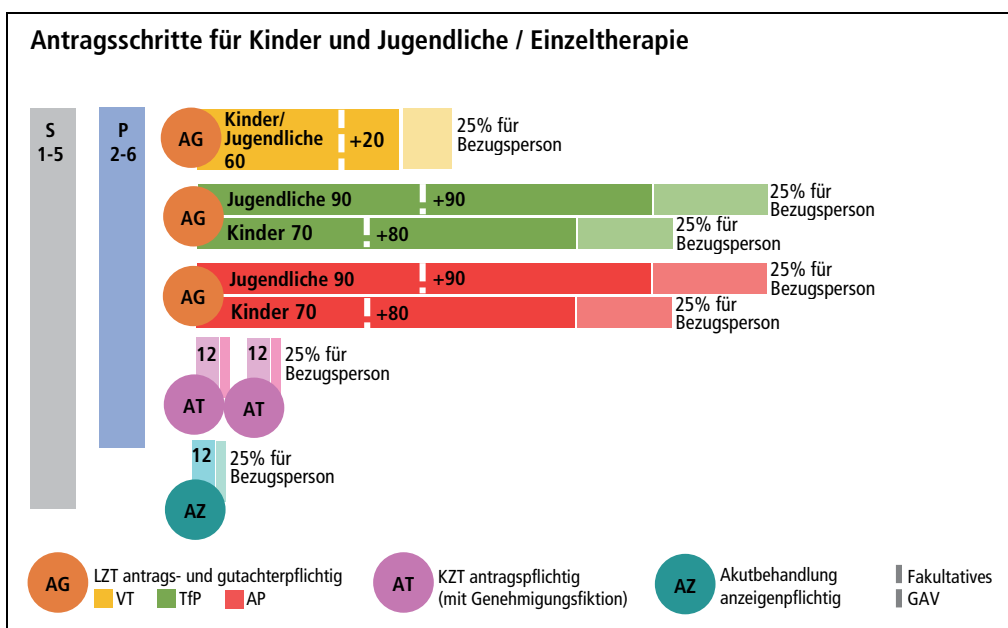


Abbildung 2

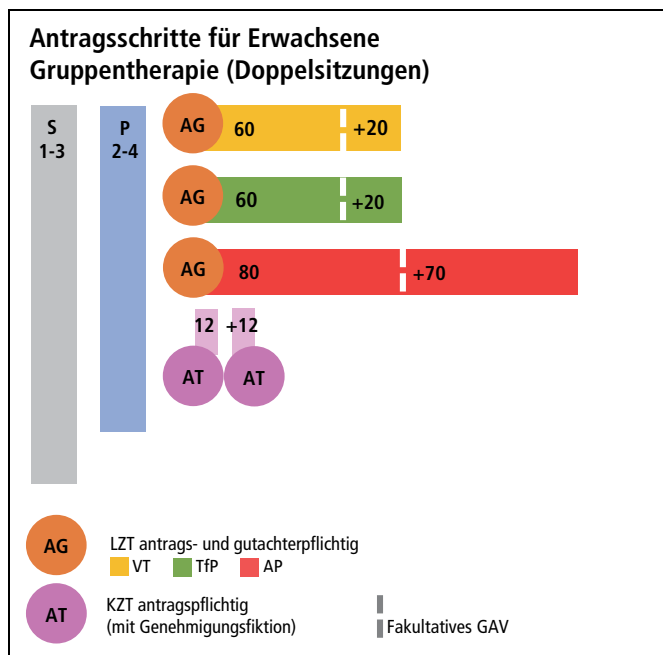


Abbildung 3

- Die Genehmigung einer Langzeittherapie teilt die Krankenkasse wie bisher sowohl dem Versicherten als auch dem Psychotherapeuten mit.

Verlängerung einer Langzeittherapie

Neu ist, dass bei allen Verfahren in der Verlängerung der Langzeittherapie ein Bewilligungsschritt

entfällt, d.h. der zweite und dritte Schritt wurden zusammengefasst (siehe Abbildungen 1 und 2, Seite 19).

Ebenfalls neu ist, dass bei einer notwendigen Verlängerung der Langzeittherapie die Krankenkasse einen Bericht an den Gutachter fordern *kann*, aber *nicht muss*.

Sollte die Krankenkasse keinen Bericht für die Verlängerung wün-

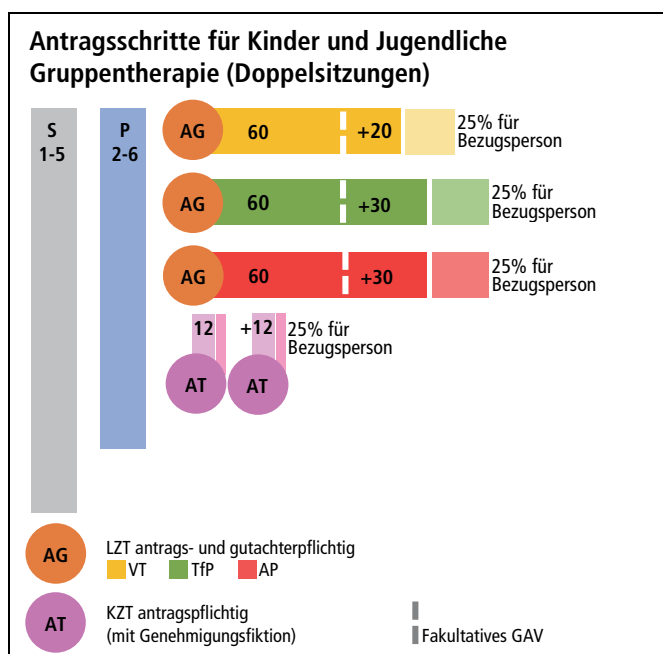


Abbildung 4

schen, wäre damit das Maximalkontingent in einem Therapieverfahren mit einem einzigen Bericht an den Gutachter erreicht.

Erfolgt keine Einleitung des Gutachterverfahrens, hat die Krankenkasse den Fortsetzungsantrag bei Vorliegen der formalen Voraussetzungen innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu genehmigen.

Sofern die Krankenkasse zur Prüfung einen Gutachter beauftragt, hat sie dies dem Psychotherapeuten „unverzüglich“ mitzuteilen. Ist das der Fall, erstellt der Psychotherapeut „zeitnah“ seinen Bericht an den Gutachter und schickt ihn zusammen mit dem Formblatt PTV 1 und dem Formblatt PTV 2 an die zuständige Krankenkasse.

Gedanken zur Umsetzung:

- Die Verlängerung wird, wie alle anderen Anträge, mit den Formularen PTV 1 und PTV 2 beantragt.
- Wenn die Krankenkasse „unverzüglich“ vom Psychotherapeuten einen Bericht an den Gutachter anfordert, schreibt der Psychotherapeut „zeitnah“ den Bericht und schickt ihn in dem verschlossenen Umschlag (PTV 8) an den von der Krankenkasse genannten Gutachter. Widersprüchlich ist noch, ob eine Kopie des Formulars PTV 2 ebenfalls „eingetütet“ werden muss oder ob die Kopie dem Anschreiben an die Krankenkasse beigefügt werden muss. Für ersteres spricht § 11 Abs. 6 Satz 4, für letzteres die Angabe auf dem Umschlag, dass das Formblatt dem Umschlag beigefügt ist.
- Gerade, weil die Begriffe „zeitnah“ und „unverzüglich“ in der Psychotherapie-Vereinbarung nicht genauer definiert sind, sollten Sie hier Zeit als Puffer einplanen. Ein Verlängerungsantrag sollte in der Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie am besten nach der 50. Sitzung, in der Analytischen Therapie nach der 150. Sitzung gestellt werden.

- Der Bewilligungsbescheid der Krankenkasse geht sowohl an den Patienten als auch an den Psychotherapeuten.

Beantragung von Gruppentherapie

Auch in der Gruppentherapie entfällt wie in der Einzeltherapie die Berichtspflicht für die KZT 1 und KZT 2. Bei der LZT ist das Gutachterverfahren notwendig. Bei der Fortführung kann eine Krankenkasse das Gutachterverfahren in Anspruch nehmen, muss sie aber nicht. Neu ist, dass auch für Kinder in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine Kurzzeittherapie im Gruppensetting möglich ist (siehe Abbildungen 3 und 4).

Für alle Verfahren kann die Gruppe minimal drei bis maximal neun Teilnehmern umfassen.

Gruppentherapie kann entweder als ausschließliche Gruppentherapie durchgeführt werden oder als Kombinationsbehandlung mit Einzeltherapie.

Laut PT-RL § 21 (3) gilt: „Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Änderung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.“

Bei Kombinationsbehandlung ist zu entscheiden, ob überwiegend Einzeltherapie oder überwiegend Gruppentherapie beantragt wird. Unter Beibehaltung dieses Behandlungsschwerpunktes kann das Mi-

schungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie jederzeit, ohne Anzeige gegenüber der Krankenkasse, geändert werden. Nur wenn man bei einer Kombinationsbehandlung von einer überwiegend als Einzeltherapie konzipierten Behandlung in eine überwiegend als Gruppentherapie konzipierte Behandlung wechseln will (und umgekehrt), bedarf es einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse.

Werden in einer ausschließlich als Gruppentherapie genehmigten Behandlung Einzelsitzungen notwendig, können zusätzlich im Verhältnis eins zu zehn Einzeltherapiesitzungen durchgeführt werden, ohne dass es einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse bedarf.

Gedanken zur Umsetzung:

- Haben Sie noch nicht genügend Patienten zusammen, die sich für eine Gruppentherapie eignen, können Sie mit ihnen eine

Praxisbörse Online



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



DPTV Deutsche
 Psychotherapeuten
 Vereinigung

Einzeltherapie beginnen. Diese Einzeltherapie(n) Ihres/r Patienten kann dann im Rahmen einer KZT in eine Gruppentherapie überführt werden. Es bedarf für diesen Settingwechsel einer formlosen Anzeige bei der Krankenkasse. Findet dieser Settingwechsel im Rahmen einer LZT statt, ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.

- Wenn Sie eine Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie durchführen möchten, können Sie diese mit einem Kreuz auf dem PTV 2 beantragen. Eine Kombinationsbehandlung muss immer ein Hauptsetting haben. Dieses hat immer mindestens eine Therapieeinheit mehr als das Setting, mit dem Sie kombinieren wollen. Beispiel: Sie beantragen eine LZT-Kombinationstherapie mit 60 Therapieeinheiten mit „vorwiegend“ Einzeltherapie. Ohne dass Sie die genaue Anzahl der EBM-Leistungen angeben, gehen Sie hier von einer Kombination von z.B. 40 Einheiten Einzeltherapie und 20 Einheiten Gruppentherapie aus.
- Nun stellt sich heraus, dass Sie das Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie, dass Sie für Ihren Patienten geplant haben, ändern müssen:
 - Solange bei der Änderung die Einzeltherapie das „Hauptsetting“ bleibt, muss diese Änderung nicht der Krankenkasse gemeldet werden (in unserem Beispiel von oben: bis zu 31 Sitzungen Einzeltherapie in Bezug zu 29 Sitzungen Gruppentherapie)
 - Ändert sich in der Gesamtschau das Hauptsetting, d.h. dass Sie mit dem Patienten mehr Gruppentherapie als Einzeltherapie durchführen, muss diese Änderung der Krankenkasse formlos mitgeteilt werden (in dem Beispiel von oben: ab 29 Sitzungen Einzeltherapie zu 31 Sitzungen Gruppentherapie)

	Behandlungsdauer		Rezidivprophylaxe
Erwachsene	40 Stunden und mehr	→	max. 8 Stunden
	60 Stunden und mehr	→	max. 16 Stunden
Kinder und Jugendliche	40 Stunden und mehr	→	max. 10 Stunden
	60 Stunden und mehr	→	max. 20 Stunden

Tabelle 1

- Wird eine Kombinationsbehandlung bei zwei Psychotherapeuten durchgeführt, der eine behandelt den Patienten mit Einzeltherapie, parallel ein weiterer den Patienten in einer Gruppe, gilt folgendes Vorgehen:
 - Die Kombinationsbehandlung wird mit dem PTV 1, dem Antrag des Patienten an die Krankenkasse, beantragt.
 - Jeder der beiden Psychotherapeuten begründet seinen Antrag auf Einzel- bzw. Gruppentherapie separat mit jeweils einem eigenen PTV 2. Da es sich bei unserem Beispiel um einen Langzeittherapie-Antrag handelt, schreibt jeder Psychotherapeut seinen Berichtsteil an den Gutachter. Das PTV 1, der Konsiliarbericht, die beiden PTV 2 sowie die beiden Berichtsteile für den Gutachter werden zusammen an die Krankenkasse geschickt.
 - Im Rahmen einer KZT ist die Beantragung einer Kombinationsbehandlung nur auf dem PTV 2, dem Antragsformular mit den Angaben des Psychotherapeuten, anzukreuzen. Es ist keine inhaltliche Begründung mehr erforderlich.
 - Ausgeschlossen ist bei diesem Verfahren jedoch, dass jeder der beiden Psychotherapeuten in dieser Kombinationstherapie noch einmal in seiner Behandlung Einzel- und Gruppentherapie mischt.
 - Ausgeschlossen ist ebenfalls eine verfahrensübergreifende Kombination, das bedeutet, eine Kombination von Tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie bei einem Psychotherapeuten und verhaltenstherapeutischer Einzelsitzungen beim zweiten Psychotherapeuten ist nicht gestattet.

tenstherapeutischer Einzelsitzungen beim zweiten Psychotherapeuten ist nicht gestattet. - Beide Psychotherapeuten rechnen ihre Leistungen getrennt mit der KV ab.

Rezidivprophylaxe

„Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe sind integraler und unverzichtbarer Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 dieser Richtlinie“, so die „Tragenden Gründe“. Sie ist eine niederfrequente therapeutische Maßnahme zur Stabilisierung der erreichten und erarbeiteten Ziele des Patienten, auch um Krisen bei Therapie-



Literaturhinweise

Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 08.08.2016, 09.09.2016 und 08.12.2016: <https://goo.gl/ML5kyT>

Psychotherapie-Richtlinie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses: <https://goo.gl/5RJ0t7>

Psychotherapie-Vereinbarung auf der Homepage der KBV: <https://goo.gl/hR7VOE>

Schäfer S. (2016). Alte Strukturen endlich aufgebrochen. Reformierte Psychotherapie-Richtlinien verabschiedet. *Psychotherapie Aktuell* 3.2016, S. 7–21

ende in zu erwartenden kritischen Lebenssituationen abfangen zu können.

Es gibt hier keine zusätzlichen Sitzungen zum Gesamtkontingent, d.h. die Rezidivprophylaxe muss innerhalb des bewilligten Kontingents für das jeweilige Verfahren durchgeführt werden.

Die Notwendigkeit der Rezidivprophylaxe ist bereits im Bericht an den Gutachter bei dem Antrag auf Langzeittherapie zu begründen. Ist der Einsatz zu Beginn noch nicht absehbar, kann die Rezidivprophylaxe bei jedem Bewilligungsschritt einer Langzeittherapie beantragt werden. Formal wird dies mit dem PTV 12-Formular beantragt.

Die Rezidivprophylaxe wird hinter der EBM-Ziffer mit einem „R“ gekennzeichnet.

Sitzungen der Rezidivprophylaxe sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents und können bis zu zwei Jahren nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Je nach Behandlungsdauer können unterschiedliche maximale Kontingente Rezidivprophylaxe beantragt werden (siehe Tabelle 1).

Gedanken zur Umsetzung:

Sie müssen abschätzen, welche Regelung hier Ihren Patienten am Ende der Therapie am besten unterstützt:

- Möchten Sie die Rezidivprophylaxe nutzen, um mit den zugestanden Sitzungen die Zwei-Jahresfrist zu überbrücken, um dann wieder ohne Bericht an den Gutachter eine KZT zu beantragen, dann wäre diese Regelung eventuell günstig: Denn die Sitzungen der Rezidivprophylaxe zählen nicht im Zwei-Jahres-Zeitraum.
- Wissen Sie noch nicht, wie viele Sitzungen Ihr Patient am Ende der Therapie benötigt, bzw. benötigt er mehr, als die hier im Rahmen der Rezidivprophylaxe zugestanden Sitzungen, dann

sollten Sie gegebenenfalls nicht diese Rezidivprophylaxe nutzen, sondern so verfahren, wie zuvor: Nutzen Sie alle nicht verbrauchten Sitzungen eines genehmigten Kontingentes in niedriger Behandlungsfrequenz. Achten Sie allerdings darauf, dass zwischen den Sitzungen nicht mehr als sechs Monate liegen.

- Bei der Antragstellung müssen Sie sich nicht entscheiden, ob Sie die Rezidivprophylaxe für Ihren Patienten in Anspruch nehmen wollen. Sie können auf dem Formblatt PTV 2 auch angeben, dass dies zum Zeitpunkt des Antrags noch nicht absehbar ist.
- Wenn Sie mit der Rezidivprophylaxe beginnen wollen, müssen Sie zuvor das Ende der Psychotherapie der Krankenkasse mit dem PTV 12 anzeigen.
- Achtung: Eine Beantragung einer Rezidivprophylaxe ist **nicht** im Rahmen einer Kurzzeittherapie möglich.

Übergangsregelungen

Als Faustregel gilt bei den Übergangsregelungen: Eine erteilte Bewilligung behält ihre Gültigkeit auch nach dem 01.04.2017. Nach dem 01.04.2017 gelten die Regelungen nach der neuen PT-RL.

Gedanken zur Umsetzung:

- Wird nach 25 Sitzungen einer bewilligten Kurzzeittherapie nach alter PT-RL nach dem 01.04.2017 eine Umwandlung in eine Langzeittherapie beantragt, gelten die Regelungen der neuen PT-RL: für eine Verhaltenstherapie und eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie können hier weitere 35 Sitzungen (auf 60 Sitzungen) beantragt werden.
- Wurde eine Langzeittherapie vor dem 01.04.2017 bewilligt, gilt das Kontingent über den 01.04.2017 hinaus. Gleiches gilt für eine bewilligte Kurzzeittherapie.
- Wird bei einer bewilligten Langzeittherapie nach alter PT-RL

nach dem 01.04.2017 ein Fortführungsantrag gestellt, gilt die neue PT-RL: Man kann gleich das Höchstkontingent beantragen und die Krankenkasse kann auf das Gutachterverfahren verzichten.

- Die Möglichkeit, für einen Erstantrag Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 60 Sitzungen zu beantragen, gilt für Anträge ab dem 01.04.2017.
- Es kann sich aus diesen Gründen gegebenenfalls „lohnen“, und sofern es fachlich vertretbar ist, einen Erstantrag auf Langzeittherapie, Umwandlungsantrag oder ersten Fortführungsantrag erst nach dem 01.04.2017 zu stellen.



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.



Dieter Best

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ehemals Mitglied der Vertreterversammlung der KBV und alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV.



Cornelia Rabe-Menssen

Reformbedarf im Gemeinsamen Bundesausschuss

Eine Studie zu Struktur und Arbeitsweise aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive

„In meinem Modell der Integrierten Versorgung erhalten Versicherte die volle, uneingeschränkte, nicht rationierte und nicht priorisierte Leistung überall und jederzeit auf dem jeweils aktuellen Höchststand der medizinischen Kunst sowie höchste Qualitäts- und Service-standards“

Eugen Münch

Plenum des G-BA

Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) müssen künftig stärker am Gemeinwohl orientiert sein und dürfen nicht von Partikularinteressen dominiert werden. Insbesondere Innovationen, die zu einer Verbesserung der Versorgung führen oder sogar strukturverändernd wirken können, müssen einen Zugang ins System finden. Dies betrifft auch notwendige Veränderungen in der Psychotherapie.

Die Stiftung Münch und Hintergrund der Studie

Die Eugen-Münch-Stiftung unterstützt Wissenschaft, Forschung und praxisnahe Arbeiten in der Gesundheitswirtschaft. Sie arbeitet unabhängig und stellt ihr Wissen öffentlich zur Verfügung. Sie wurde 2014 von Eugen Münch, Unternehmer, Krankenhausmanager und Gründer der Rhön Klinikum AG, gegründet (<http://www.stiftung-muench.org>). Das Ziel der Stiftung besteht darin, den „nicht-rationierten Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen weiterhin zu ermöglichen“. Eugen Münch erläutert seine Vision folgendermaßen:

„In meinem Modell der Integrierten Versorgung erhalten Versicherte die

volle, uneingeschränkte, nicht rationierte und nicht priorisierte Leistung überall und jederzeit auf dem jeweils aktuellen Höchststand der medizinischen Kunst sowie höchste Qualitäts- und Servicestandards und dies auf einem Preisniveau, das signifikant niedriger ist als bei der herkömmlichen Zusatzpolice eines privaten Krankenversicherers.“ (www.stiftung-muench.org)

Zur Umsetzung hat Eugen Münch ein Modell der Netzwerkmedizin entwickelt, auch veröffentlicht als Buch (1). Münch beschreibt hierin „eine Diskrepanz zwischen dem gewaltigen Veränderungsdruck im Gesundheitswesen einerseits und der tatsächlichen Veränderungsbereitschaft andererseits“. Diese

Diskrepanz sei verschuldet durch „ein eklatantes Versagen der meinungsbildenden Eliten“, die sich aus Angst und Besitzstandsdenken der Verantwortung entzögen. Aus diesem Grund wurde von der Eugen-Münch-Stiftung auch der Eugen-Münch-Preis geschaffen, der neue Konzepte der Vernetzung anregen und fördern soll. Außerdem veranstaltet die Stiftung regelmäßig „Luncheon-Roundtable-Gespräche“ mit Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten und seit kurzem auch „Think Camps“ mit wechselnden Themen und Experten. Hier sollen die Erfahrung und das Wissen von renommierten Experten mit Nachwuchswissenschaftlern und jungen Führungskräften zusammengebracht werden.

Hintergrund der Studie zur Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss

Zur Erreichung des Ziels, das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig zu machen und allen Menschen weiterhin Zugang zu bester medizinischer Versorgung zu ermöglichen, seien „Innovationen und vor allem Sprunginnovationen mit Potenzial zur Systemveränderung, von denen die Allgemeinheit profitieren kann“ (2, S. 6), nötig. Diese müssten Zugang in das GKV-System finden. In Deutschland entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss darüber, welche Leistungen ins GKV-System Eingang finden. Dies gilt natürlich auch für den Bereich der Psychotherapie.



Bevor eine psychotherapeutische Behandlungsform im vertragsärztlichen Sektor Kassenleistung werden kann, bewertet der G-BA diese – ebenso wie andere medizinische Behandlungsmethoden – nach einem in der Verfahrensordnung des G-BA festgelegten einheitlichen Verfahren. Überprüft wird, ob psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken zur Behandlung bestimmter Erkrankungen für Patienten im Vergleich zu bereits zulasten der GKV zur Verfügung stehenden Verfahren einen Nutzen haben, und ob sie medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind. Für psychotherapeutische Verfahren gilt ein Schwellenkriterium. Neue Verfahren, die dieses Kriterium erfüllen, können für das ganze Spektrum der Psychotherapie zugelassen werden. Das Kriterium der Versorgungsrelevanz berücksichtigt sowohl die bevölkerungs- und versorgungsepidemiologische Relevanz von psychischen Störungen als auch deren Prognose, Schweregrad sowie sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Folgen. Des Weiteren ist der G-BA auch zuständig dafür, die gesetzlichen Vorgaben in konkrete Richtlinien umzusetzen, z.B. aktuell die Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie.

Der G-BA steht oft im Kreuzfeuer der Kritik. So wird die demokratische Legitimation für seine oft weitreichenden Beschlüsse von verschiedenen Seiten immer mal wieder infrage gestellt. Von wissenschaftlicher Seite (Prof. Jürgen Wasem) sowie von der KBV wurde 2014 der Kompetenzzuwachs des G-BA kritisiert. Es wurde in dem Zusammenhang an die Politik appelliert noch einmal zu bedenken, ob „so ein machtvoll und zunehmend zentralisiertes Gremium“ gewünscht sei (3).

Bei einzelnen Entschlüssen kommt es immer wieder zu heftiger Kritik von Betroffenen, seien es Pharmafirmen, die ein neues Medikament aufgrund einer ablehnenden Entscheidung des G-BA nicht oder nur

zu einem unwirtschaftlichen Erstattungspreis auf den Markt bringen können, oder von Patienten, die eine bestimmte Leistung im GKV-System haben möchten, für die jedoch keine ausreichende Evidenz eines Nutzens vorliegt. Auch von Seiten der Politik gibt es manchmal Kritik. So wurde z.B. dem G-BA vor ein paar Jahren von CDU-Gesundheitspolitikern unpassendes Verhalten gegenüber Arzneimittelherstellern bei der schnellen Nutzenbewertung vorgeworfen. Der G-BA ist auch vom neuen „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ (GKV-SVSG Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) betroffen (4). Hier sollen nach den letzten Zerwürfnissen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die interne und externe Kontrolle sowie die Transparenz verbessert und die Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien erweitert und präziser formuliert werden. Auch die Kontrollrechte des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamts werden dabei erweitert.

Anlass für die nähere Beschäftigung der Münch Stiftung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, was in der Folge in die Beauftragung einer Studie zur Bestandsaufnahme des G-BA mündete, war die öffentliche Infragestellung der verfassungsrechtlichen Legitimation des G-BA durch ein Mitglied des Bundesverfassungsgerichts im Jahre 2015. Die Stiftung führte zum Thema des G-BA ein Roundtable-Gespräch durch, an dem u.a. auch Dr. Rainer Hess als ehemaliger Vorsitzender des G-BA teilnahm und beauftragte anschließend externe Wissenschaftler mit einem Projektbericht zur Beurteilung der Frage, inwieweit Struktur und Arbeitsweise des G-BA geeignet sind, zu einer innovationsoffenen und effizienten GKV-Gesundheitsversorgung beizutragen.

Aus den Ergebnissen sind viele Ansatzpunkte zur notwendigen Reformierung des G-BA erwachsen. Handlungsbedarf besteht besonders in den Bereichen Gemeinwohlorientierung und Innovationsoffenheit. Die Münch-Stiftung hat eine Reformkommission eingesetzt, um diese Themen anzugehen und konkrete Handlungsempfehlungen vor allem zu den genannten Reformfeldern zu erarbeiten. Im Fokus stehen dabei die Frage nach der Ausrichtung am Gemeinwohl, die Art der Entscheidungsfindung, die Governance-Strukturen und die Vertrauensgutproblematik im Gesundheitsbereich sowie die generelle Innovationsoffenheit des G-BA. Als Mitglieder der Reformkommission wurden Professoren aus den Fächern Wettbewerbsökonomie, Wissenschaftstheorie und Öffentliches Recht berufen. Weitere Experten sollen themenspezifisch in die Arbeitsgruppe eingebunden werden. Außerdem sucht die Stiftung Münch auch das Gespräch mit dem G-BA, eine Antwort des G-BA stand zuletzt noch aus. Nach Vorliegen der Handlungsempfehlungen sollen diese öffentlich zugänglich gemacht werden.

Die Studie „Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss“ wurde von DICE Consult (Beratung für Wettbewerbsökonomie) in Zusammenarbeit mit dem Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf unter der Leitung von Prof. Dr. Justus Haucap, Dr. Michael Coenen und Dr. Ina Loebert erstellt und im September 2016 veröffentlicht. In der Studie wurden die Struktur und Arbeitsweise des G-BA unter Anwendung ökonomischer Theorieansätze (vor allem der Neuen Politischen Ökonomie, der Regulierungsökonomik, der Wettbewerbstheorie, Institutionenökonomie und Ordnungspolitik) untersucht. Öffentlich verfügbare Informationen wurden ausgewertet, um Indizien für Fragestellungen zu finden, die aus ökonomischer Sicht zu problematisieren sind. Empirische Be-

Handlungsbedarf besteht besonders in den Bereichen Gemeinwohlorientierung und Innovationsoffenheit

Die Münch-Stiftung hat eine Reformkommission eingesetzt, um diese Themen anzugehen und konkrete Handlungsempfehlungen v.a. zu den genannten Reformfeldern zu erarbeiten

lege seien in Nachfolgestudien zu erbringen.

Ergebnisse der Studie

In der Studie werden einige Vor- und Nachteile der gemeinsamen Selbstverwaltung beschrieben, so z.B. als Vorteile die Unabhängigkeit von einseitiger Fokussierung auf Kostenreduktion, die Einbindung mächtiger wirtschaftlicher Interessengruppen, als Nachteile u.a. die Vertrauensgutproblematik im Gesundheitswesen – die Qualität des Gutes ist für Konsumenten schwer zu überprüfen. Grundsätzlich wird daher eine unabhängigere Regulierung im Interesse der Patienten und Beitragszahler gefordert. Die Autoren kommen durch ihre Analysen zu der Feststellung, dass der G-BA Probleme in der Gemeinwohlorientierung und der Innovationsoffenheit aufweise. Dies sind damit auch die Reformfelder, in denen die Kommission Lösungsvorschläge erarbeiten wird.

Die wichtigsten Ergebnisse zu diesen beiden Reformfeldern werden hier im Folgenden, angelehnt an die zusammenfassende Darstellung im Newsletter 2016 der Münch-Stiftung beschrieben.

Reformfeld 1: Gemeinwohlorientierung des G-BA

A: Ausrichtung am Gemeinwohl (Repräsentativität)

In der bestehenden Struktur und Arbeitsweise des G-BA sind nur die Krankenkassen, die kassenzugelassenen Behandler und die Krankenhäuser als Leistungserbringer unmittelbar entscheidungsbeteiligt. Die Interessen der Beitragszahler, die Nutznießer des Gesundheitswesens sind, und verschiedener anderer Leistungserbringer wie Arzneimittelhersteller, Apotheker, Angehöriger von Pflege- und Heilberufen andererseits sind nicht direkt mit Stimmrechten vertreten (so z.B. Patientenvertreter ohne

Stimmrecht). Dies kann zur Benachteiligung der nicht im G-BA vertretenen Interessengruppen führen, ihre Interessen können bei der Entscheidungsfindung untergehen. Die nur indirekte Repräsentation der Versicherten durch die GKV wird auch aus juristischer Perspektive im Zusammenhang mit der mangelhaften demokratischen Legitimation des G-BA als schwierig bewertet. Im Bericht der Münch-Stiftung wird geschlussfolgert, dass der G-BA als Regulierer des GKV-Gesundheitswesens nur unvollkommen funktioniere. Aufgrund der Operationalisierung politischer Vorgaben durch konkrete Richtlinien und aufgrund der Festlegung des Leistungskataloges der GKV erfülle der G-BA Aufgaben einer Regulierungsagentur, aber eben auf unvollkommene Art und Weise.

B: Art der Entscheidungsfindung

In der derzeitigen Organisation und Arbeitsweise des G-BA bieten sich verschiedene Möglichkeiten zu politischen Kompromissen: Aufgrund des Mehrheitsprinzips bei den Entscheidungen können im G-BA vertretene Gruppierungen sich wechselseitig Zugeständnisse machen, die zulasten des Gemeinwohls oder derjenigen Interessengruppe gehen, die die Entscheidung besonders betrifft. (Beispiel: Es soll über Thema X abgestimmt werden, das die Gruppierung A betrifft, nicht aber B und C. Jetzt können B und C überlegen, ob sie gemeinsam gegen A stimmen. Im Gegenzug wird B einmal C und C einmal B helfen. Es kommt zu sachfremden, aber strategisch für die Gruppierung sinnvollen Konstellationen.) Die Studienautoren stellen fest, dass der G-BA gegen die Prinzipien der Einstimmigkeitsregel verstößt, da nicht alle Interessengruppen mit Stimmrechten vertreten sind und da bei der Entscheidungsfindung das Mehrheitsprinzip gelte. „Pareto-verbessernde“ Entscheidungen hingegen können nach der Entscheidungstheorie nur zustande kommen, wenn Einstimmigkeit in demokratischen Entscheidungsprozessen erreicht wird. Mit dem Pare-

to-Kriterium beurteilt man, ob sich ein Zustand durch die Veränderung eines Parameters verbessert, ohne die anderen Parameter verschlechtern zu müssen.

Erschwerend komme hinzu, dass die Gruppe der Beitragszahler in der GKV heterogen sei und keine klaren gemeinsamen wirtschaftlichen Interessen habe, während die im G-BA vertretenen Interessengruppen hingegen klare gemeinsame wirtschaftliche Interessen haben, nämlich die Maximierung ihres eigenen Einkommens und Wohlstandes, und ihre Interessen in der Politik entsprechend vertreten würden.

Es kann im G-BA Plenum auch deswegen zu gesellschaftlich unerwünschten Entscheidungen kommen, weil eine Interessenharmonie von GKV und Leistungserbringern gegen die Interessen der Gesellschaft bestehen kann. Dies wird als reales, regelmäßiges Problem gesehen, als im Rahmen von Beschlüssen des G-BA verbreiteter „Kuhhandel“ bei Entscheidungspaketen, bei denen immer wieder Kompromisse bei einzelnen Zielen eingegangen werden, um die von der jeweiligen Interessengruppe als am höchsten priorisierten Ziele zu erreichen. Möglich seien außerdem auch Regulierungsergebnisse, die eine Leistungserbringerseite im G-BA gegenüber einer anderen benachteiligen. Machtverhältnisse müssten berücksichtigt werden (z.B. Krankenhäuser haben höhere Quersubventionierungs- und Erlöspotentiale als niedergelassene Ärzte). Auch für Psychotherapeuten sind die Ergebnisse aus diesen Regulierungsprozessen von Machtverhältnissen fachlich oft nicht nachvollziehbar. Ein Beispiel hierfür ist die Änderung zur geteilten Kurzzeittherapie durch die neue Psychotherapie-Richtlinie. Für eine Beantragung in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Stunden gibt es keinerlei fachlichen Gründe, und für Patienten und Behandler ist die neue Regelung nachteilig.

Es kann im G-BA Plenum auch deswegen zu gesellschaftlich unerwünschten Entscheidungen kommen, weil eine Interessenharmonie von GKV und Leistungserbringern gegen die Interessen der Gesellschaft bestehen kann

C: Governance

Dadurch, dass die Entscheidungsfindung im G-BA nicht immer transparent nachvollziehbar ist, werde eine externe Kontrolle erschwert. Dies ermögliche im Prinzip eine Einflussnahme von Dritten auf die Entscheidungsfindung. Es bestehe die Möglichkeit des so genannten Regulatory Capture, d. h. der Vereinnahmung der Behörde durch externe Interessenvertreter. In der Geschäftsordnung des G-BA gebe es keine expliziten Vorkehrungen zur Wahrung der Unabhängigkeit der Unparteiischen nach ihrem Ausscheiden aus dem Plenum, z.B. keine Karenzzeit. Außerdem sei keine Rotation der Zuständigkeitsgebiete der Mitarbeiter der Geschäftsstelle des G-BA vorgesehen. Die Struktur und Arbeitsweise des G-BA könne dazu führen, dass sachfremde politische Kompromissbildungen zu Stande kommen. Hier lägen deutliche Nachteile der gemeinsamen Selbstverwaltung.

D: Vertrauensgutproblematik

Anders als bei vielen anderen Gütern kennt der Nachfrager (hier: Patient) bei Gesundheitsleistungen die genauen Eigenschaften (Qualität) des von ihm erworbenen Gutes häufig nicht in ausreichendem Maße. Er muss stattdessen darauf vertrauen können, dass das Gut von hoher Qualität ist („Vertrauensgut“). Wenn Leistungserbringer mit einem wirtschaftlichen Interesse an der Bereitstellung des Vertrauensguts gleichzeitig auch Einfluss auf die Regulierung des Vertrauensgutsmarkts nehmen, können daraus Interessenkonflikte entstehen. Im Ergebnis könne dies dazu führen, dass Partikularinteressen über dem Gemeinwohlinteresse liegen, zum Beispiel in Form von ineffizienter Leistungsausweitung. Dies könnte nur durch eine unabhängige Regulierung im Interesse der Patienten und Beitragszahler abgewendet werden. Eine solche unabhängige Regulierungsbehörde wäre zwar teurer als der G-BA mit seinen als vertretbar zu beurteilenden Bürokratiekosten, aber dennoch im Sinne der Patienten und Beitragszahler.

Reformfeld 2: Innovationsoffenheit des G-BA

Die große Bedeutung von Innovationen für den Gesundheitsmarkt wird beschrieben. Ohne Innovationen gebe es keine Weiterentwicklung und keine Verbesserungen. Innovationen schaffen jedoch Verlierer und Gewinner, da sie Altes durch Neues ersetzen. „Potenzielle Verlierer haben drei Möglichkeiten, darauf zu reagieren: (a) Sie geben auf und ziehen sich zurück, (b) sie passen sich an, zum Beispiel mit Nachahmerprodukten, oder (c) sie nehmen Einfluss auf die Marktregulierung, um darüber den Markteintritt eines gefährlich werdenden Innovators zu unterminieren. Mit dem G-BA existiert im deutschen Gesundheitswesen die Besonderheit, dass potenzielle Verlierer von Innovationen selbst Teil der Regulierungsbehörde sein können.“ (2, S. 9)

Es wird im Bericht dargestellt, dass aufgrund der beschriebenen Zusammensetzung des G-BA als Entscheidungsgremium Innovationen verhinderbar sind, die Wettbewerbern zugute kämen, die nicht selbst im G-BA vertreten sind, also „Outsider-Leistungserbringer“. Hier bestehe eine Diskriminierung, z.B. im Fall von Therapien, die durch Pflege- und nicht-ärztliche Heilberufe ausgeführt werden. Innovationen, die Besitzstände der im G-BA vertretenen Gruppen gefährden, könnten nur schwerlich mit einem Markteintritt rechnen. Ein möglicher und wichtiger Weg, auf dem Innovationen mit einem nachgewiesenen positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis trotzdem Eingang in das Gesundheitswesen finden könnten, sei die Evidenzbasierung. Dieses medizinisch-wissenschaftliche Kriterium der Evidenzbasierten Medizin (EbM) sei aus wettbewerbsökonomischer Perspektive zwar dann geeignet für Entscheidungen über Innovationen im GKV-Gesundheitswesen, wenn allgemeine Tatsachen festgestellt werden sollen. Jedoch sei es nicht das geeignete Verfahren für die Ermittlung von vorübergehenden Umständen, z.B.

die Beurteilung des Versorgungskontextes durch den G-BA. In Verbindung mit der Befürchtung, dass Leistungserbringer und GKV in gemeinsamer Selbstverwaltung ihre eigenen Interessen bei Regulierungsentscheidungen gegen nicht vertretene Leistungserbringer schützen, sei dem G-BA Strukturkonservatismus vorzuwerfen. Es würden Innovationen gehemmt, welche Veränderungen in den Versorgungsstrukturen überhaupt erst auslösen könnten. Ergebnisse der evidenzbasierten Versorgung würden immer vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgung bewertet. Neue Verfahren der Psychotherapie haben so kaum die Chance, Studienergebnisse zum Nachweis der geforderten Evidenz in der Versorgung zu bringen, da die Verfahren eben gar nicht erst in die Versorgung gelangen. Zur Abhilfe dieses Problems sei der Innovationsfonds zur Förderung sektorübergreifender Innovationen in der Versorgung und Versorgungs-

Ohne Pilotprojekte ist nicht immer eine ausreichende Datengrundlage zum Erbringen des Nachweises einer Evidenz aufbaubar



Spezielle Rahmenverträge für DPtV-Mitglieder

BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG	
Für PP + KJP: € 70,00 p.a. (3 Mio. pauschal) € 85,06 p.a. (10 Mio. pauschal)	Für PiA: € 50,00 p.a. (3 Mio. pauschal) € 60,00 p.a. (10 Mio. pauschal)
BERUFS- INKL. PRIVATRECHTSSCHUTZVERSICHERUNG	
ab € 348,32 p.a. inkl. Privat- und Verkehrsrechtsschutz für die Familie und inkl. KS-Clubmitgliedschaft	
PRAXISINVENTARVERSICHERUNG	
€ 70,10 p.a. bei einer Versicherungssumme von € 40.000 Versicherte Gefahren: Feuer, Einbruchdiebstahl/Vandalismus, Leitungswasser, Sturm/Hagel, Betriebsunterbrechung und Glas	

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

www.plus-wert.de

Pluswert e.K. - Wienburgstr. 207 - 48159 Münster



Krankenzusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte

Der Abschluss einer Krankenzusatzversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen bietet viele Vorteile – gerade wenn Sie weiter in einer gesetzlichen Kasse bleiben möchten bzw. müssen. Somit können auch gesetzlich Versicherte ihre Leistungsansprüche auf das Niveau von „Privatpatienten“ anheben. Durch die individuelle Tarifwahl kann die Zusatzversicherung optimal an Ihre Wünsche und Bedürfnisse angepasst werden. Grundsätzlich sind folgende Bereiche versicherbar:

- Ambulant
- Stationär
- Zahn
- Krankentagegeld
- Krankenhaustagegeld
- Pfl egetagegeld

Ambulante Zusatzversicherung

Bei der ambulanten Zusatzversicherung können durch verschiedene Bausteine Leistungen versichert werden, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nur teilweise oder gar nicht erstattet werden. Folgendes ist u.a. versicherbar:

Heilpraktiker, Sehhilfen, Arznei- und Verbandsmittel, Hilfs- und Heilmittel

Stationäre Zusatzversicherung

Mit einer stationären Zusatzversicherung sind Sie im Krankenhaus „Privatpatient“ und genießen die Vorzüge einer optimalen Unterbringung und Behandlung. Folgendes ist u.a. versicherbar:

Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung (über Höchstsatz GOÄ hinaus).

Zahnzusatzversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt meistens keine oder nur verminderte Leistungen für Zahnersatz, Implantate und Inlays. Folgendes ist u.a. versicherbar: Zahnersatz, Kieferorthopädie, Inlays, Implantate,

Krankentagegeld

Bei Abschluss einer Krankentagegeldversicherung erhält der Versicherte für jeden Tag, den er arbeitsunfähig ist, einen vereinbarten Betrag. Bei Selbstständigen ist eine Krankentagegeldversicherung zur Abwendung finanzieller Schwierigkeiten sinnvoll, wenn die Gefahr besteht, dass aufgrund von Krankheit kein Einkommen mehr erwirtschaftet werden kann. Insbesondere sollte bei Freiberuflern auf eine umfassende und ausreichende Versorgung im Krankheitsfall durch ein gutes Krankentagegeld geachtet werden, so dass nicht nur das Nettoeinkommen sondern gegebenenfalls auch die fortlaufenden Praxis-kosten im Schadenfall gedeckt sind.

Krankenhaustagegeld/Pflegetagegeld

Bei Abschluss einer Krankenhaus-/Pflegetagegeldversicherung erhält der Versicherte für jeden Tag, den er im Krankenhaus/sich in einem Pflegegrad befindet, einen vereinbarten Betrag.

Fazit

Durch Zusatzversicherungen kann nicht nur das Niveau der Absicherung angehoben werden, sondern gerade durch das Krankentagegeld werden existenzielle Grundlagen zur Absicherung der Praxis geschaffen.



Elron Versicherungsmakler GbR

Menzelstraße 26

45147 Essen

Telefon 0201 722-1544

info@elrongbr.de

www.elrongbr.de

forschung geschaffen worden. Jedoch sei es für externe Institutionen schwierig, die obligatorische Beteiligung der Krankenkassen für Bewilligungen von Förderprojekten zu erhalten.

Es werden noch eine Reihe weiterer Punkte genannt, die die EbM als geeignetes Auswahlverfahren für Innovationen im GKV-Gesundheitswesen in Frage stellen. So gebe es z.B. einen Publikationsbias zugunsten von Studien mit positiver Evidenz, was problematisch sei, da dem G-BA die Evidenzlage auch zum Ausschluss von Leistungen aus dem Regelleistungskatalog der GKV diene. In der Realität erfolge ein Leistungsausschluss häufig lediglich ersatzweise mit dem Argument, dass dem G-BA kein plausibler Grund ersichtlich ist, weswegen auch nach einer hinlänglichen Karenzzeit kein positiver Nachweis erbracht wurde. Zudem bestimme die Pharmaindustrie die Forschungsagenda bei der wissenschaftlichen Evidenz zu Arzneimitteln, und da der marginale Zusatznutzen neuer Studien immer geringer werde, bestimme die Suche nach immer kleineren Zielgruppen für Therapien und Wirkstoffe viele Analysen.

Weiterhin wird problematisiert, dass die bestehenden Stimmengewichte im Plenum des G-BA es der GKV ermöglichen, Versorgungsneuerungen abzulehnen, wenn Kosteneinsparungen oder Nutzenzuwächse aus Sicht der GKV nicht groß genug sind.

Aus den festgestellten Problemen wird die Forderung nach Pilotprojekten abgeleitet:

„Ohne Pilotprojekte, d.h. ohne einen zumindest temporär oder regional beschränkten Marktzutritt

ohne Evidenznachweis, ist jedoch nicht immer eine ausreichende Datengrundlage zum Erbringen des Nachweises einer Evidenz aufbaubar.“ (2, S. 9)

Im Projektbericht wird außerdem die Bedarfsplanung als marktzugangsbeschränkende Regulierung stark kritisiert. „Bedarfsplanung betreibt in erster Linie die Fortschreibung eines vergleichsweise willkürlichen Status Quo. Sie begrenzt das Angebot an Leistungen im deutschen Gesundheitswesen künstlich, schränkt mithin Auswahlmöglichkeiten ein und beeinträchtigt die Funktionsfähigkeit des Markt- und Wettbewerbsmechanismus.“ (S. 64). Stattdessen würden durch Regeln zur Begrenzung des Marktzugangs und z.B. zur Größe von Arztpraxen die auskömmlichen Vergütungs- und Erlösstrukturen bei den Leistungserbringern langfristig abgesichert. Sowohl der Krankenhausmarkt als auch der Markt für die ambulante Versorgung sei weitgehend vor internationaler Konkurrenz geschützt. Die Bedarfsplanung für den ambulanten und stationären Bereich sei damit eine „rentensichernde Marktzugangsbeschränkung“.

Diskussion

Im Ärzteblatt wird der Projektbericht der Münch-Stiftung als „Frontalangriff auf die Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses“ gesehen (6). Von Seiten der Verfasser des Münch-Berichts wird betont, dass es um systematische Abschätzungen von möglichen Interessenkonflikten und Anreizen und um die sich daraus ergebenden Probleme gehe. An Verbesserungsmöglichkeiten solle künftig gearbeitet werden. Im Gesundheitspolitischen Informationsdienst wird die Einschätzung vertreten, dass durch den Projektbericht „die Diskussion um den G-BA aus dem sozialrechtlichen Kämmerlein in die wirtschaftswissenschaftliche und politische Arena gezogen“ werde. Die sich verbindenden Kritikansät-

ze von verschiedenen Seiten könnten in der nächsten Wahlperiode vielleicht zu einer grundlegenden Reform der gemeinsamen Selbstverwaltung führen (7).

Es stellt sich die Frage, wie die Vision von Münch zur optimalen, nicht rationierten medizinischen Versorgung aller Patienten mit höchsten Qualitätsstandards mit den harten Rationalisierungsmaßnahmen zusammenpasst, die in den von ihm bzw. der Rhön-Klinikum AG aufgekauften Kliniken durchgeführt werden. Die aufgekauften defizitären öffentlichen Kliniken sollen bereits ein Jahr nach dem Erwerb den Break-Even-Punkt und damit einen ersten Gewinn erreichen. Um dies zu erreichen, kommt es nicht selten zu drastischen Maßnahmen der Kostensenkung und Umorganisation und dabei zu Konflikten mit Mitarbeitern und Gewerkschaften (5). Eugen Münch wird in diesem Zusammenhang in den Medien oft als streitbare Person dargestellt.

Grundsätzlich ist das kritische Hinterfragen der Struktur und Arbeitsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung, hier speziell des G-BA, zu begrüßen. Die Ergebnisse des Projektberichtes spiegeln genau das Problem der Psychotherapeuten wider, nämlich die Schwierigkeiten, von der Berufsgruppe gewünschte und für das Allgemeinwohl der Bevölkerung wichtige Veränderungen gegen die Interessenskoalitionen der im G-BA vertretenen stimmberechtigten Gruppen und über die Hemmnisse im Bereich von Innovationen durchzusetzen.

Die vollständige Studie finden Sie auf der Website der Münch-Stiftung: www.stiftung-muench.org



„Bedarfsplanung betreibt in erster Linie die Fortschreibung eines vergleichsweise willkürlichen Status Quo“

Projektbericht Münch-Stiftung



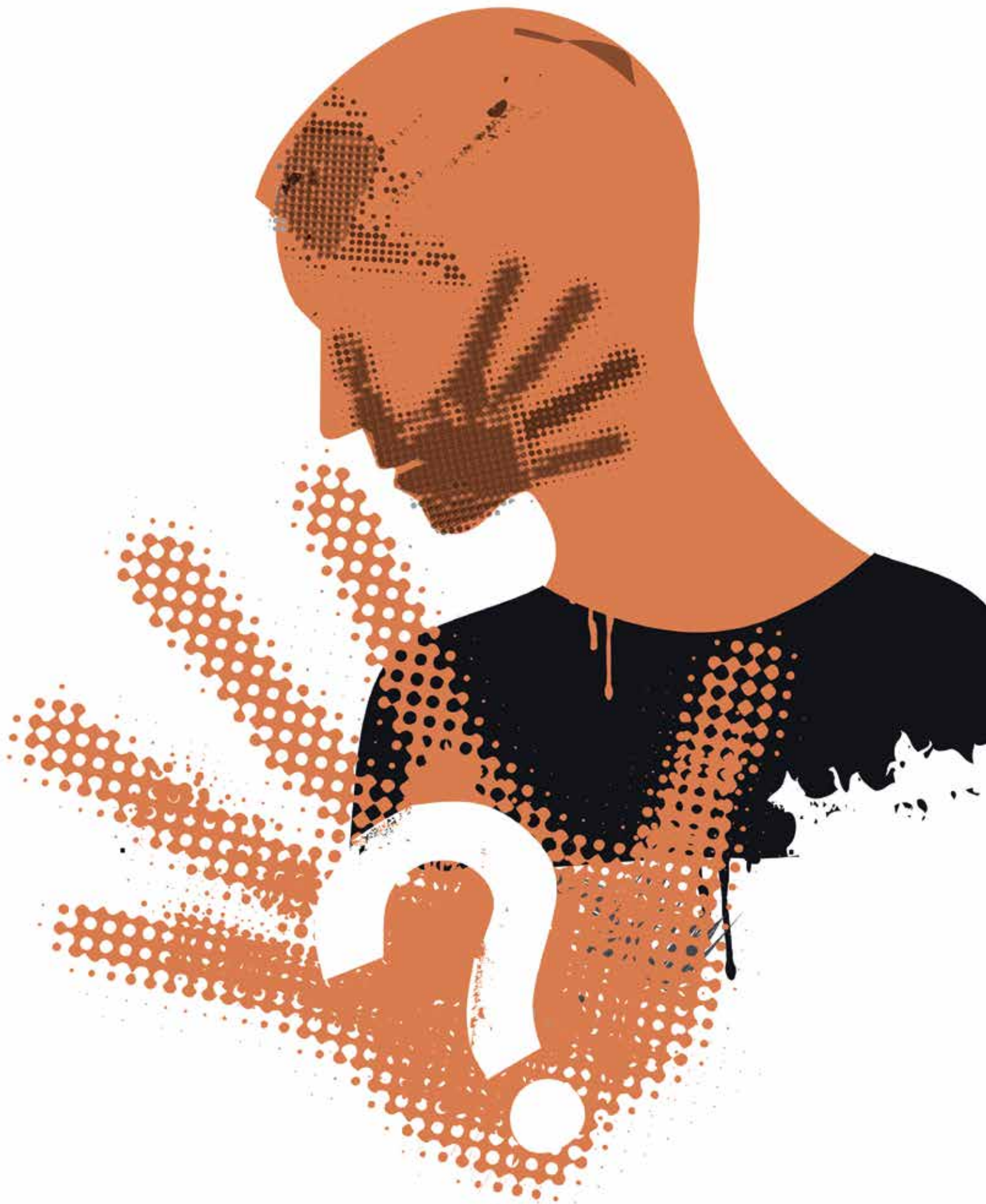
Literaturhinweise

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

Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPTV.





Moina Beyer-Jupe, Kerstin Sude

Behandlung von Amokläufern – Haftungsfragen

Hinweis der Rechtsprechung auf Anerkennung des Facharztstandards von PP/KJP

Eine im Sommer 2016 gefällte Entscheidung des Landgerichts Heilbronn ist gesellschaftspolitisch, doch auch medizinisch und psychotherapeutisch betrachtet aktuell und von größerem Interesse. Berichtet wird vom Amoklauf in Winnenden. Hierzu wurde im Frühjahr 2016 gerichtlich die Schuld des Vaters verhandelt (vgl. z.B. <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/verfahren-um-mitschuld-beim-amoklauf-von-winnenden-14140501.html>).

Zugrunde liegen dem folgenden Beitrag Hintergründe des „Winnenden-Amoklaufs“ selbst, die sich aus der Urteilsbegründung ableiten lassen. Der Kläger in der oben genannten Gerichtsentscheidung ist der Vater des Amokläufers, der aufgrund fahrlässiger Tötung, d.h. mangels Sicherung von Waffen, zu hohem Schadensersatz verurteilt wurde, der nun wiederum seinerseits einen Schadensersatz von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie fordert und zwar eine hälftige Erstattung des Schadensersatzes und eine Freistellung von Forderungen.

Wie kam es dazu? Der Sohn des Klägers, der spätere Amokläufer, begann, sich 2008 psychisch krank und labil zu fühlen. Er recherchierte selbst über mögliche psychische Erkrankungen. Auf elterliche Veranlassung hin überwies der aufgesuchte Hausarzt ihn am 08.04.2008 in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Auftrag, zunächst eine bipolare Störung diagnostisch auszuschließen. Beim Erstgespräch, welches von einer approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am 23.04.2008 in der Klinik durchgeführt wurde, berichtete der Patient (und spätere Täter) von seinen zerstörerischen, bedrohlichen Gedanken. Aus den Urteilsgründen wissen wir, dass er beispielsweise einen Hass auf die gesamte Menschheit hatte und beim Erstgespräch angab, seine Gedanken kreisten darum, andere Menschen umzubringen. Einen Monat später (29.05.2008) folgte ein weiteres therapeutisches Gespräch, diesmal durch eine Diplom-Pädagogin, wel-

che sodann am 02.06.2008 eine Untersuchung nach dem Freiburger Persönlichkeitsinventar vornahm.

Der Hausarzt stellte am 01.07.2008 eine weitere Überweisung aus, diesmal mit der Diagnose „Anpassungsstörung F43.2, bitte Bericht“. Am 28.08.2008 kam es zu einem nächsten Gespräch mit der zweiten Therapeutin in der Klinik; am 25.09.2008 erfolgte das letzte Gespräch, diesmal unter Teilnahme des Oberarztes im Klinikum und mit den Eltern.

Die Tötungsphantasien wurden nach dem Erstgespräch, so die Veröffentlichungen, in den Folgegesprächen nicht wiederholt. Es wurde in den Gesprächen über PC-Spiele wie „Counter Strike“ gesprochen; jedoch nach der Verfügbarkeit von Waffen fragten die Behandler/innen nicht. Die endgültige Diagnose „Soziale Phobie“ mit Empfehlung einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbehandlung ging an die El-

tern. Ein Arztbrief an den Hausarzt vom 25.09.2008 wurde vor der Tat nicht mehr übersendet. Im März folgenden Jahres erfolgte der Amok mit 15 Toten einschließlich Patient.

Aufzeigen lassen sich noch die Vorwürfe des Vaters: Beim Erstgespräch habe sein Sohn bereits Selbstmordabsicht geäußert. Er selbst, der Vater, hätte berichtet, dass er seinen Sohn zum Schießstand mitnehme, damit er unter Leute komme. Es müsse somit bekannt gewesen sein, dass das Thema Waffen im Leben des Sohnes existierte. Aufgrund dieser Erkenntnisse hätte nach Meinung des Vaters eine weitere Exploration erfolgen müssen. Von den Therapeuten hätte nach der Verfügbarkeit von Waffen und Ideen der konkreten Durchführung einer Tat gefragt werden müssen. Dass später Tötungsphantasien nicht mehr vom Patienten geäußert wurden, hätte ein Warnsignal sein müssen. Ebenso das fortdauernde Computerspiel Counter Strike. Auch hätte seines Erachtens die Testung mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar die Einleitung von Maßnahmen zur Folge haben müssen.

Bei den ersten Gesprächen, so der Vater, sei der Facharztstandard verletzt worden, weil die Betreuung durch Psychotherapeuten und erst später mit dem Oberarzt stattgefunden habe. Die Klinik treffe insofern ein Organisationsverschulden, ebenso wie aufgrund des nicht übersandten Hausarztbriefes. Die Diagnose sei zudem falsch gewesen. Der Patient hätte seines Erachtens in die geschlossene Psychia-

Es wurde über PC-Spiele wie „Counter Strike“ gesprochen; nach der Verfügbarkeit von Waffen fragten die Behandler/innen nicht

Der Einsatz einer approbierten KJP ist laut Gericht keine Verletzung des Facharztstandards, da die Approbation zu dieser komplexen Tätigkeit befähigt

trie eingewiesen werden müssen, um Gefährdungen zu vermeiden. Diese groben Behandlungsfehler seien kausal für die Tat.

Das Gericht hingegen hat nun die Klage im Ganzen abgewiesen, obwohl gemäß Sachverständigeneinlassung tatsächlich und offensichtlich Behandlungsfehler und Pflichtverletzungen vorlagen. So sei die Befunderhebung unrichtig, und es hätte beim Erstgespräch auch weiter und stärker nachgefragt werden müssen, d.h. vor allem zu den Tötungsgedanken mehr nachgefragt und auch nach spezifischen PC-Spielen gefragt werden müssen, z. B. auch, welcher Natur die kreisenden Gedanken seien, womit er Menschen erschießen wolle und weshalb er eine solche Wut und Hass auf die Menschen habe. Auch sei die gebotene Sexualanamnese im Rahmen der ambulanten Therapiegespräche vorwerfbar nicht erhoben worden. Von der Diplom-Pädagogin sei zudem der Test nach dem Persönlichkeitsfragebogen fehlerhaft ausgewertet worden, denn die Rohwerte seien nicht in Standardwerte umgerechnet worden.

Jedoch zeigte die dann korrekte Auswertung durch den Sachverständigen ein weitgehend unauffälliges Testprofil, die Aggressivi-

tätsskala habe im Normalbereich gelegen. Die Fehler reichten somit nicht aus für eine grundlegend falsche Einordnung und Befundung, da auch die Diagnose „Soziale Phobie“ nachvollziehbare Parameter aufwies; andererseits der spätere Rückzug des Patienten einige Schwierigkeiten der Einordnung bedingte. Der Einsatz einer approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ist laut Gericht *keine* Verletzung des Facharztstandards, da die Approbation zu dieser komplexen Tätigkeit befähigt. Dass die Approbation erst ein halbes Jahr zurück lag, sei auch nicht entscheidend gewesen; zumal es eine dokumentierte Rücksprache mit dem Oberarzt im Sinne einer Supervision gab. Gleiches gelte laut Gericht für den Einsatz der Diplom-Pädagogin. Von daher sei der Vorwurf eines Organisationsverschuldens keinesfalls berechtigt. Auch ein therapeutischer Behandlungsfehler liege nicht vor, da zwar eine medikamentöse Behandlung mit antidepressiven Medikamenten möglich gewesen wäre; dies jedoch nicht zwingend indiziert erschien, denn auch eine nach den Behandlungsunterlagen in Betracht gezogene Psychotherapie wurde mit dem Patienten und den Eltern *lege artis* besprochen. Ein Fehler sei letztlich das Unterlassen des Versendens des Berichts an den Hausarzt. Allerdings könne hier eine Mit-Ursächlichkeit für die Amoktat nicht unterstellt werden. So könne auch bei unterstellt fehlerfreiem Vorgehen der therapeutischen Behandler/innen nicht festgestellt werden, dass dann die von dem Patienten ausgehende erhebliche Gefahr zu erkennen gewesen wäre. Die für eine Verurteilung erforderliche Kausalität der vorgekommenen Fehler konnte somit nicht nachgewiesen werden.

Angesichts der Zunahme von öffentlichen Gewalt- und Tattaten in den letzten Jahren erschien uns dieser exemplarische Einblick in die Klinik, die Diagnostik des späteren Amokläufers als interessant. Besteht übrigens eine ziemliche Ge-

wissheit, dass ein Verbrechen durch eine/n Patienten/in bevorsteht, ist eine Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden verpflichtend (§138 StGB); die psychotherapeutische Schweigepflicht wird dann zulässigerweise durchbrochen.

Vor dem Hintergrund der Beunruhigung durch solche Taten, z. B. durch medial breit gestreute und vermutlich nicht immer sachliche, sondern Ängste schürende Berichterstattung, lohnt die genaue Sichtung der vom Gericht bewerteten „Ausgangslage“ vor dem Amoklauf, die psychische Labilität und die Störungshinweise des Patienten (z. B. sozial-phobische Ängste, Depressivität, Äußerung hoch-aggressiver Impulse). Seine ersten bedeutenden Hinweise können für uns wichtige diagnostische Hilfe sein und Implikationen bereithalten. Gleichzeitig sind, wie sich hiermit gut aufzeigen lässt, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP und KJP) wie auch Ärztinnen und Ärzte keinesfalls frei davon, dass ihnen Versäumnisse in der Diagnostik und Behandlung unterlaufen, sie beispielsweise diagnostische Abklärungsfragen vergessen, sie fehlerhaft dokumentieren oder diese möglicherweise aufgrund eigener Ängste vermeiden bzw. verdrängen. Auch andere psychodynamische Aspekte können eine bedeutsame Rolle spielen, denn Abwehrmechanismen lassen sich gegebenenfalls „auf beiden Seiten“ finden. Doch auch auf strukturelle und organisatorische Defizite, wie beispielsweise Zeitnot auf Station, zu häufig wechselnde Behandler/innen, kaum Fall-Su-



Moina Beyer-Jupe

Leiterin des Referats „Recht und Verträge“ der Bundesgeschäftsstelle der DPTV und selbstständige Rechtsanwältin. Zuvor bei der Berliner Senatsverwaltung in der Rechtsaufsicht über die Gesundheitsberufe, Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Langjährige Beratung und Vertretung von Ärzten, Psychotherapeuten und Patienten in eigener Kanzlei.



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.

Literaturhinweis

Landgericht Heilbronn (Ri 1 O 220/12), Urteil vom 26.4.2016; Titel: Haftung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Amoklauf?, S. 435. Gesundheits-Recht Ausgabe 7/2016

pervision, gegebenenfalls unzureichende Aus- und Weiterbildung in den Kliniken, sind zu beachten und im Sinne von Qualitäts- und Fehlermanagement möglichst zu reduzieren.

Wichtig ist dies zudem, weil oft ausreichend personelle Ressourcen fehlen und so auch diagnostische Lücken entstehen können.

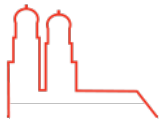
Helfen könnte uns z.B. bezüglich der Diagnostik eine erhöhte Aufmerksamkeit, d.h. ein sensibler Umgang mit offen geäußerten Hassgefühlen, keine Scheu vor dem Nachfragen und -haken, ein geschulter Blick für individuelle, gegebenenfalls auch aggressionsgefärbte Projektionen, Spaltungsmechanismen wie auch die für die basal anamnestischen Gespräche notwendige, und hier sogar zügig erforderliche, Reflektion des Gehörten. Das Hinzuziehen einer anderen Kollegin oder eines Kollegen sollte uns im Bedarfsfall in der Klinik oder möglicherweise auch in der

Gemeinschaftspraxis, dem Medizinischen Versorgungszentrum nicht unangenehm sein. Auch das optionale zusätzliche Befragen des Umfeldes (Lehrer/innen, Eltern, Partner/in), ob der Patient bzw. die Patientin sich in der letzten Zeit stärker in der Persönlichkeit veränderte, sich depressiver oder sozial rückzügig zeigte, ist dabei nicht zu unterschätzen. Eine stärkere Verzahnung und die Kooperation der Akteure in der Behandlung könnten ebenfalls hilfreich sein. Auch die bei Bedarf zu erfolgende Nachschulung des Einsatzes von Testdiagnostik, eine korrekte Auswertung und Dokumentation sollten kein Tabu sein. Wichtig erscheint, die gemachten „Fehler“ im Nachhinein ernst zu nehmen, eine wie hier versuchte Sichtung und Diskussion zuzulassen, um sie damit auch reflektieren zu können, doch auch, um daraus resultierende, möglicherweise auch neue Erkenntnisse aus der Diskussion in zukünftige psychotherapeutische Behandlungen mit einfließen zu lassen.

Erwähnenswert ist zudem das Urteil des Gerichts zum Thema Facharztstandard. Dies berührt nicht nur den Angestelltenbereich, wenn, wie in diesem exemplarischen Fall dargestellt, nämlich *keine* Verletzung des Facharztstandards vorliegt, weil ein/e PP/KJP das psychotherapeutische wie auch diagnostische Erstgespräch in der Klinik durchgeführt hat, denn, so das Heilbronner Gericht, die Approbation befähigt zu genau dieser Tätigkeit. Es wird damit eine beachtenswerte juristische Feststellung für die Tragweite der Approbation getroffen, welche dem Klinikalltag der PP/KJP unseres Erachtens seit langem entspricht. Dies dürfte auch Eingang in die weitere Rechtsprechung finden.



Auch die bei Bedarf zu erfolgende Nachschulung des Einsatzes von Testdiagnostik, eine korrekte Auswertung und Dokumentation sollten kein Tabu sein



17. WISSENSCHAFTLICHE JAHRESTAGUNG DER DGSF VON DER NEUTRALITÄT ZUR PARTEILICHKEIT – SYSTEMIKERINNEN MISCHEN SICH EIN

12. - 14. Oktober 2017 in München

Deutsche Geschichte und aktuelle gesellschaftspolitische Themen haben auch in Beratungs- und Therapieprozessen eine Wirkung. Deshalb wollen wir auf der 17. wissenschaftlichen DGSF-Jahrestagung einen historisch-politischen Schwerpunkt setzen und uns dabei mit folgenden Leitfragen beschäftigen:

Wie wirken Geschichte und Politik in unserer Arbeit? Wie gehen wir mit diesen Wirkungen um? Bedürfen kollektive Themen und Traumata kollektiver Möglichkeiten der Bearbeitung und wie könnten sie aussehen? An welchen Stellen berühren historische und politische Einflüsse unsere ethischen Leitlinien? Verstehen wir unsere Arbeit auch als (friedens-)politischen Beitrag und sind wir aufgefordert, uns auch politisch stärker zu positionieren?

Location

Tagung: MOC München | Lilienthalallee 40 | 80939 München
Tagungsfest: Muffathalle | Zellstraße 4 | 81667 München

Mehr Informationen zu den ReferentInnen; Vorträgen, Workshops und vieles mehr finden Sie unter www.dgsf-tagung-2017.de

Sarah Springer

Ambulantes Arbeiten mit Palliativpatienten

Notwendigkeit – Rahmenbedingungen – Qualifikation
Ein fiktives Interview

Palliative Care umfasst auch psychologische Aspekte

In Form eines fiktiven Interviews wird der Arbeitsschwerpunkt der ambulanten psychotherapeutischen Palliativversorgung vorgestellt. In Kürze werden die Notwendigkeit der Beteiligung des psychotherapeutischen Berufsstandes erläutert sowie notwendige qualifikatorische Voraussetzungen vorgestellt. Auch bekommt der Leser einen Einblick in die Möglichkeiten der Beantragung und Abrechnung. Darüber hinaus werden wichtige Themen und Notwendigkeiten für die psychotherapeutische Versorgung von heute und morgen angesprochen, hier bezogen auf die Behandlung Schwerstkranker im Hausbesuchsetting, die von den bevorstehenden Neuerungen durch die Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes weitgehend unberührt bleiben.

Interviewerin: Als Berufseinsteigerin, die gerade die Psychotherapeuten-Weiterbildung erfolgreich absolviert hat, interessiere ich mich sehr für neue Strömungen in der psychotherapeutischen Arbeit. Ich bin bei Recherchen darauf aufmerksam geworden, dass Sie als einen Ihrer Behandlungsschwerpunkte

die ambulante Palliativversorgung gewählt haben. Das klingt für mich neu und ungewöhnlich. Würden Sie zunächst erläutern, was ich mir unter Palliativversorgung vorstellen kann?

Springer: Menschen in einer palliativen Gesundheitssituation meint in der Regel das Vorhandensein einer lebenszeitverkürzenden Erkran-

kung in fortgeschrittenem Stadium, die nicht mehr (ausschließlich) kurativ behandelt werden kann/soll. Palliative Behandlung zielt vor allem auf die Symptomkontrolle ab und ist bemüht, Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Angst, depressive Symptome und Anderes zu lindern. Wenn es um Palliativversorgung geht, denken viele zunächst an die Palliativmedizin, die ja auch seit 2014 im Medizinstudium ein Pflichtfach ist.

Traditionell ist die Begleitung Sterbender eine Domäne der spirituell-seelsorgerischen Vertreter, was aber einem kulturellen Wandel unterworfen war und ist. Der WHO nach soll Palliative Care auch psychologische und spirituelle Aspekte bei der Betreuung Schwerstkranker mit integrieren, somit ist die Spiritualität trotz der



medizinischen Vorrangstellung eine relevante Ebene. Ebenso verweist die Definition der WHO auf die Beteiligungsnotwendigkeit meines Berufsstandes, was auf basaler Ebene die notwendige Integration der psychotherapeutischen Handlungskompetenz begründet.

Wie ist die Palliativversorgung überhaupt geregelt, wie wird sie gewährleistet?

Die Palliativversorgung, die ja auch in der Medizin ein eher junger Sektor ist, verbessert sich zumindest in den Großstädten zunehmend, sodass es stationär mehr und mehr Betten und Abteilungen für Palliativpatienten gibt. In den ländlichen Regionen kann man wohl leider noch nicht von einer flächendeckenden Versorgung sprechen. Im stationären Bereich sind auch Psychologen und Psychoonkologen, die aber zumeist oft nur in Teilzeit oder auch nur im Konsiliardienst tätig sind, an der Palliativversorgung beteiligt. Ambulant sieht es so aus, dass 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gesetzlich verankert (§ 37b SGB V) beziehungsweise umgesetzt wurde, was die Möglichkeit, die Sterbesituation in den häuslichen Bereich (zurück) zu verlegen, deutlich verbessert hat. Seither suchen immer mehr SAPV-Tätige, meist in Teams organisiert, im Kern bestehend aus der Palliativärztin/dem Palliativarzt und dem Pflegedienst, die Patienten im häuslichen Bereich einschließlich der Hospize und Pflegeeinrichtungen auf.

Wie können im ambulanten Bereich nun die Psychologen und Psychotherapeuten ins Spiel kommen?

Die SAPV bezieht explizit die psychosoziale Unterstützung mit ein, die allerdings laut den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorrangig von Ärzten und Pflegediensten „unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und gegebenenfalls der stationären Hospize“ (§ 5 Abs. 2 SAPV-RL des G-BA, 2010) geleistet werden soll. Es soll zwar

multiprofessionell „unter Einbezug weiterer Berufsgruppen“ (§ 5 Abs. 3 SAPV-RL des G-BA, 2010) gearbeitet werden, aber eine „Erweiterung des Leistungsanspruchs der SAPV in Bezug auf die psychosoziale Betreuung“ ist darüber hinaus „nicht vorgesehen“ (Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014 des G-BA).

Obwohl Psychologen als direkte Leistungserbringer in der SAPV also nicht vorgesehen sind, habe ich neben der Auslegung der Gesetzestexte im Gespräch mit SAPV-Ärzten erfassen können, dass Gelder, die für eine Behandlung im Rahmen der SAPV zur Verfügung stehen, auch die Honorare eines Psychologen/Psychotherapeuten abdecken könnten, wenn diese Leistung vom SAPV-Arzt verordnet würde, vorausgesetzt, die Leistung würde (von den SAPV-Ärzten) als notwendig erachtet. Da scheint es also doch einen gewissen Spielraum zu geben, allerdings bezieht sich da meine Erfahrung nur auf den Raum Berlin.

Gibt es denn Psychologen und Psychotherapeuten, die gerne in diese Versorgungsregelung integriert werden würden?

Prinzipiell schon. Es stellt sich aber die Frage, ob es vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Bedingungen, auf die die Bundespsychotherapeutenkammer bereits mit einer Stellungnahme reagiert hat, für unseren Berufsstand attraktiv ist, die psychotherapeutische, psychologische Leistung über die SAPV unter den gerade genannten Voraussetzungen laufen zu lassen. Ich denke, dass eine Integration in die SAPV über eine entsprechende Verordnung aktuell am ehesten für psychologische Psychoonkologen interessant sein könnte, also für Psychologen, die eine psychoonkologische Zusatzqualifikation und/oder eine Zusatzqualifikation in Palliative Care haben, ohne aber approbiert zu sein. Die approbierten Kollegen haben da günstigere Bedingungen der Versorgungsteil-

beteiligung und Abrechnung, auf die ich später noch zu sprechen komme.

Darüber hinaus bedarf es für die Versorgungsbeteiligung der Psychologen/Psychotherapeuten der Erfassung, Besetzung und Ausarbeitung solch eines Behandlungsschwerpunktes. Es muss ein Bewusstsein für die Notwendigkeit, ein Begehren, inhaltlich, formal und praktisch modifizierte Konzepte zu bewegen, auszuarbeiten und auch durchzusetzen, entstehen. Das heißt, auch seitens meines Berufsstandes ist Entwicklungsarbeit nötig.

Gibt es da schon Konzepte, die zugrunde gelegt werden können?

Palliativpsychologische Ansätze und Konzepte haben sich zum einen aus der theoretischen und praktischen Beschäftigung der Psychoonkologen entwickelt. Und die Psychoonkologie konnte sich über die letzten 20 Jahre deutlich etablieren, auch ambulant. Einige Kollegen und Kolleginnen mit psychoonkologischer Ausrichtung begleiten ihre Patienten, die in eine palliative Gesundheitssituation kommen, dann auch noch weiterhin psychotherapeutisch. Dass Psychotherapeuten aber erst in der palliativen Situation mit „ins Boot“ kommen oder auch wie ich die Palliativversorgung als expliziten Behandlungsschwerpunkt haben, ist mir bezogen auf den Berliner Raum nicht bekannt.

Dann muss man aber auch noch sehen, dass Palliativpatienten sich nicht ausschließlich aus onkologischen Patienten rekrutieren, sondern auch andere Erkrankungen wie z.B. die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung oder auch neurologische Erkrankungen zugrunde liegen können. Gerade wenn Kinder die Palliativpatienten sind, überwiegen andere, etwa genetische Erkrankungen bei weitem die onkologischen. Das ist also nicht einfach nur ein Weiterdenken und -bilden ausgehend vom Psychoonkologie-Konzept.

Psychotherapeutisches Arbeiten in der ambulanten Palliativversorgung findet so gut wie nicht statt

**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 Masterstudien-
gang!

**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

Es bedarf einer Rollenbestimmung und -zuweisung, die mit Konzeptualisierung sowie Aufgaben- und Indikationsbeschreibungen verbunden ist

Zusammengefasst findet psychotherapeutische Arbeit in der ambulanten Palliativversorgung als explizites Behandlungsangebot für Menschen, die in diese Gesundheitssituation kommen, so gut wie nicht statt, verbunden auch mit einem konzeptuellen Mangel. Stationär findet diese Arbeit wohl schon statt, allerdings erleben meine stationär arbeitenden Kollegen teilweise eine unzureichende Anerkennung ihrer Arbeit, die sich über den Stellenschlüssel oder auch unklare Rollenzuweisungen ausdrücken kann.

Woran denken Sie, wenn Sie von „unklaren Rollenzuweisungen“ sprechen?

Die Frage nach der Rollen- und Aufgabendefinition ist sehr interessant, wichtig und aktuell noch nicht abschließend geklärt. Die Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) beschäftigt sich beispielsweise mit der Darstellung und Definition des in der Palliativversorgung tätigen Psychologen/Psychotherapeuten. Auch gibt es das 2012 gegründete Institut für Palliativpsychologie in Frankfurt am Main, das diesbezüglich intensiv tätig ist und auch als einzige mir bekannte explizit palliativpsychologisch ausgerichtete Institution in Deutschland die mehrmonatige Weiterbildung Palliative Care speziell für Psychologen anbietet, welche auch ihren Inhalten nach von der Sektion Psychologie der DGP empfohlen wird.

Was sehen Sie denn als Aufgabebereiche der Psychologen/ Psychotherapeuten in der Arbeit mit Palliativpatienten?

Es gibt Autoren, die den Therapiebegriff bei der Behandlung von Menschen in einer palliativen Gesundheitssituation nicht geeignet finden (vgl. Fegg, Gramm, Pestinger, 2012). Vor einer Pathologisierung des Sterbeprozesses warnt auch Weihrauch, wenn sie betont, dass Sterben keine Krankheit sei (Weihrauch, Bericht der PTK-Tagung vom 12.12.2009). Dabei ist es für mich und meine Kollegen, mit

denen ich darüber im Austausch bin, klar, dass die Palliativsituation und das Sterben per se keine psychologische, psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit mit sich bringt. Die Sektion Psychologie der DGP betont daher auch den Unterstützungscharakter der psychotherapeutischen Interventionen.

Eine wichtige Orientierung ist die S3-Leitlinie Palliativmedizin des Leitlinienprogramms Onkologie von 2015, die ja Behandlungsempfehlungen bezüglich z.B. der Depression formuliert, welche Psychotherapie explizit einschließen. Aber was, abgesehen von Symptomen, die klassischerweise psychotherapeutisch behandelt werden wie Angst, Panik, Depression, psychotische Abwehr noch im Behandlungsfokus sein kann, ist tatsächlich eine sehr interessante Frage mit aktuell großem Gestaltungsspielraum.

Meiner Ansicht nach kann bei diesem Behandlungsschwerpunkt psychotherapeutisches Arbeiten noch einmal weiter gespannt, gedacht und konzipiert werden. Ich denke da beispielsweise an die Integration der Erkenntnisse aus der Bewusstseinsforschung und -psychologie, der Psychoneuroimmunologie einschließlich der Placebo-/Nocebo-Forschung sowie der Integration gesundheitspsychologischer Themen, insbesondere bezogen auf Ressourcenorientierung, Stichwort Achtsamkeit, die ja über alle Patientengruppen hinweg aktuell eine große Beachtung finden. Dann gefallen mir persönlich auch die Begriffe der „angewandten Philosophie“ nach Vogel (2012, S. 82) oder auch „klinischen Philosophie“ (Yalom, 2006, S. 44, zit. nach Vogel, 2012, S. 83), die auch der Wirk- und Interventionsdimension der Behandlung existenzieller Fragestellungen Rechnung tragen. Dass der Spiritualitätsbegriff bei den genannten Disziplinen und Fachbereichen in unterschiedlichem Gewand immer wieder auftaucht und in der Gesamtheit klassischen psychotherapeutischen Konzepten Modifikationen und Erweiterungen

nahelegt, bereitet mir große Denk- und Handlungsfreude.

Insofern, um auf Ihre Frage zurückzukommen, bedarf es zunächst einmal einer Rollenbestimmung und -zuweisung, die natürlich mit Konzeptualisierung sowie Aufgaben- und Indikationsbeschreibungen verbunden ist.

Nun sprechen Sie immer von Ihrem „Berufsstand“, dann aber auch wieder von Psychotherapeuten und Psychologen. Gibt es da noch Unterschiede, auch die Qualifikation betreffend, was die Berufstätigkeit in der ambulanten Palliativversorgung angeht?

Wenn ich von Berufsstand spreche, habe ich an die wie ich klinisch tätigen Psychologen gedacht. Aber es macht aus unterschiedlichen Gründen Sinn, innerhalb dieser Gesamtheit genauer zu differenzieren. Zu einem neuen beruflichen Behandlungsschwerpunkt gehört die Klärung der dafür notwendigen und hinreichenden Zugangsqualifikationen. Um sich als „Palliativ-Behandler“ zu qualifizieren, wurde zeitweise von einzelnen Psychotherapeutenkammern ein Fortbildungscurriculum, wie etwa von der PTK Niedersachsen unter der Bezeichnung „Psychotherapie mit Palliativpatienten und deren Angehörigen“, angeboten. Unter bestimmten Qualifikationsvoraussetzungen wie dieser Fortbildung oder auch einer mindestens fünfjährigen Berufserfahrung im Palliativbereich konnten approbierte Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sich demnach in einer entsprechenden Fachliste registrieren lassen bzw. bekamen Expertenstatus. Diese Curricula werden aktuell nicht (mehr) angeboten.

Dann gibt es bundesweit Fortbildungsangebote in „Palliative Care“ für psychosoziale Berufe (also nicht nur für Psychologen), die beispielsweise für Koordinatorenstellen im Bereich der ambulanten Hospizarbeit obligatorisch sind. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, in dem oben genannten

Institut für Palliativpsychologie in Frankfurt am Main eine mehrmonatige Weiterbildung „Palliative Care für Psychologen“ zu absolvieren. In diesem Zusammenhang ist in jedem Fall auch praktische (Vor-)Erfahrung wichtig, wenn nicht durch die stationäre Berufstätigkeit, dann gegebenenfalls durch eine Hospitation oder ähnliches zu erlangen. Weiterhin empfohlen von der Sektion Psychologie der DGP wird neben dem Studium der (klinischen) Psychologie eine therapeutische Zusatzausbildung, die aber nicht zwingend mit der Approbation einhergehen muss. Die Frage, approbiert oder nicht approbiert, ist natürlich dann wieder relevant für die Umsetzungsmöglichkeiten beziehungsweise die Finanzierung beim Mitwirken an der ambulanten Palliativversorgung.

Zu welcher „Therapeutengruppe“ gehören Sie denn?

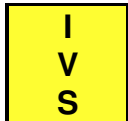
Ich bin approbierte Psychologische Psychotherapeutin im Vertiefungsfach Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Meine Patienten sind also vornehmlich Erwachsene. Da ich keinen Vertragspsychotherapeutenstatus habe, kann ich mit den gesetzlichen Krankenkassen nur über das Kostenerstattungsverfahren abrechnen. Da in Berlin (wie wohl überall) psychotherapeutische Behandlung somatisch Schwersterkrankter mittels Hausbesuch von den Vertragspsychotherapeuten in der Regel nicht geleistet wird, kann man in diesem speziellen Behandlungsfeld von einer realen Unterversorgung sprechen. In diesem Fall greift bei meinen Anträgen immer der § 13,3 SGB V.

Ist die Beantragung und Abrechnung dann wie bei anderen Patienten auch?

Ich beantrage individuell unterschiedliche Behandlungskontingente: das Spektrum reicht von der Beantragung einer (immer von der Krisenintervention ausgehenden) KZT oder – sehr selten – einer LZT einschließlich der Probatorik über die Beantragung von 10 bis 15 Stunden Krisenintervention (ohne Probatorik) bis zu ein bis drei Stunden Notfallbehandlung, für die ich dann aufgrund des schnellen Versterbens der Patienten unter Umständen gar keinen Antrag mehr stellen kann beziehungsweise die Krankenkassen einen Antrag nicht mehr bearbeiten konnten und dann nicht selten nur noch eine Rechnung von mir bei den Kassen einget. Nie Schwierigkeiten gehabt

In diesem speziellen Behandlungsfeld kann man von einer realen Unterversorgung sprechen

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



Institut für Verhaltenstherapie
 Verhaltensmedizin und Sexuologie
 - staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

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

Neu!

- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht sowie Glaubhaftigkeit), nächste Termine: f. d. Modul Familienrecht: Dr. phil. Jörg Fichtner „Lösungsorient. Begutachtung nach § 163 Abs. 2 FamFG“ 11./12. März 2017 f. d. Modul Glaubhaftigkeit: Dr. phil. Sandra Loohs „Aussagetüchtigkeit und Kompetenzanalyse“ 8./9. Juli 2017 f. d. Modul SVZ: DP Johanna Arneith-Graf „Sozialrechtliche Begutachtung: Unfallfolgen und Trauma“ 22./23. Juli 2017 für das Grundlagenmodul: Dr. med. Sandra Poppek „Einführung in die Diagnostik: Sexualanamnese“ 27./28. Mai 2017 ebenso: Dr. phil. Sandra Loohs „Auftreten des Sachverständigen vor Gericht“ 7./8. Okt. 2017
- **Fortbildung zum/zur Supervisor/in (VT)** insg. 128 FE: 80 FE in 5 Blöcken und 6 Treffen in Kleingruppen á 8 FE **Neu!** Beginn: 11./12. Nov. 2017, Dr. DP. Franz Dumbs „Einführung“ u. DP Inge Strömsdörfer „Selbstreflexion“
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 25./26. März 2017, Dr. DP Georg Pieper „EMDR Grundkurs“ 16. Oktober 2017, DP Gertrud Skoupy „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern und Jugendlichen:** 200 WE in 12 Blöcken zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung von verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie n. d. Ziff. 870 - 884 EBM nächster Termin: 18./19. März 2017, DP Jens Gebauer „Einführung in die Verhaltenstherapie mit Kindern- u. Jugendlichen“
- **Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Ärzte und Psychologen** (120 Std.) Beginn: Herbst 2017
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken) Beginn d. nächst. Fortbildungscurriculums: 27./28. Mai 2017, Dr. Sandra Poppek „Einführ. i. d. Diagnostik Sexualanamnese“
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken) DP Dipl.-Päd. Paul Janouch: B4 „Nutzung von Trancephänomenen I: Dissoziation und Assoziation“ 19./20. Mai 2017 Dr. Dipl.-Psych. Cornelia Schweizer (C-Sem.): „Hypnotherapeutische Konzepte i. d. Depressionsbehandlung“ 2./3. Feb. 2018 Termine für weitere Seminare finden Sie auf unserer Homepage.
- **Hypnotherapeutische u. systemische Konzepte für die Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen (KiHyp)** Dr. Burkhard Peter: B1/KE – „Einführung in die Hypnose“ (KliHyp und KiHyp) am 17./18. November 2017

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

Der menschliche Wunsch, zu Hause zu sterben, kann noch besser berücksichtigt werden, wenn die dafür hilfreichen Berufsgruppen sich integrieren

habe ich mit der Abrechnung der zusätzlichen Hausbesuchsziffer, die Psychotherapeuten ja nur bei Kriseninterventionen ansetzen dürfen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das ab Frühjahr 2017 in die Umsetzung gehen soll, wird versucht, Versorgungslücken zu schließen. Wie wird es denn dann konkret mit Ihrer Arbeit weitergehen?

Das wird für uns alle Veränderungen mit sich bringen. Allerdings greifen die angestrebten Veränderungen meiner Ansicht nach für viele, wenn nicht sogar für die meisten Palliativpatienten nicht. Zum Beispiel müssen Patienten mit einem psychotherapeutischen Behandlungsbegehren laut der neuen Regelung, selbst wenn es sich um Krisenintervention handelt, zu allererst einmal zu einem niedergelassenen Kollegen in die Sprechstunde. Da hört es dann schon auf bei Patienten, die nicht mehr ausreichend mobil sind. Meine Palliativpatienten sind froh, wenn sie noch eigenständig zu mir in die Praxis kommen können, weil jede Form von Selbstständigkeit eben auch mit Leben assoziiert ist. Wenn sie also noch ausreichend mobil sind, kann das sicherlich gelingen mit der vorgeschalteten Sprechstunde, obwohl ich das teilweise auch schon problematisch finde, da doch die Kraftreserven der Patienten meist sehr begrenzt sind und ein Hin und Her beim Versorgungs-

angebot in meinen Augen bestmöglichst vermieden werden sollte. Die meisten meiner Patienten sind ohnehin beim Erstkontakt nicht mehr in der Lage, eigenständig regelmäßig eine Praxis aufzusuchen. Von daher gehe ich schon davon aus, dass für diese spezielle Patientengruppe der § 13,3 SGB V auch weiter greifen kann, doch bleibt abzuwarten, ob die Antragstellung durch die Neuerungen erschwert wird oder ob es eine Sondersituation, das heißt eine individuelle Entscheidung der Krankenkassen mit unkomplizierten Modalitäten, bleibt. Meine Hoffnung ist es, Versorgungsstrukturgesetz hin oder her, dass therapeutisch tätige Psychologen, idealerweise approbierte Psychotherapeuten, in den Bereich der ambulanten Palliativversorgung hineinwachsen und sich perspektivisch auch hier Sonder- und Notlösungen erübrigen – ganz im Sinne der Patienten.

Jetzt habe ich einen guten Eindruck bekommen, etwa von Rahmenbedingungen und auch berufspolitischen Herausforderungen. Wie sind Sie eigentlich zu diesem Arbeitsschwerpunkt gekommen sind?

Eine ausgeprägte Offenheit für randständige, tabuisierte Themen und Bereiche verbunden mit einer gewissen philosophischen Geisteshaltung habe ich „schon immer“ gehabt. Wenn ich im Kindesalter mit dem Tod in Kontakt

gekommen bin, hat mich das mehr interessiert als abgeschreckt. Ich habe die Konfrontation mit diesem Thema immer gesucht. Einige Kollegen haben ihnen nahestehende Menschen im Sterben begleitet und dann den Wunsch entwickelt, auch beruflich zu einer guten Versorgung beizutragen. Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Das „Zuhause“ bedeutet eine ganze Menge: es geht um das Verbleiben im vertrauten Kreis, in der gewohnten, geliebten Umgebung, bei der Familie. Es geht auch um Normalität: dass nicht der Sterbende zum Aussätzigen erklärt wird, sich nicht abgeschoben fühlen muss, wie es ein Patient von mir einmal formuliert hat. Meiner Ansicht nach kann dieser menschliche Wunsch noch besser berücksichtigt werden, wenn die dafür hilfreichen Berufsgruppen sich integrieren bzw. integriert werden und dazu gehört in unserer Kultur eben auch mein Berufsstand.

Die von Ihnen gerade erwähnte Familie spielt dabei scheinbar eine große Rolle?

Ja, das ist hier noch kaum zur Sprache gekommen. Diesbezüglich finde ich auch die Bezeichnung des Fortbildungscurriculums der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen gut, da der Aspekt der Angehörigen dort mit aufgenommen wird. Wenn ich zu einem Patienten nach Hause komme, komme ich meistens in ein System, weil Men-

PiAPORTAL

Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung



„Wir PiA brauchen die Unterstützung der bereits etablierten PP und KJP!“

www.piportal.de Jetzt kostenlos registrieren – und von einem starken Netzwerk profitieren!

schen in der Regel am ehesten zu Hause bleiben können, wenn Angehörige da sind, die das mittragen. Es ist also oft auch systemisches Arbeiten und der Einbezug der Hauptbezugsperson des Patienten ist für alle Beteiligten wichtig. Die Sorge um die Angehörigen kann die Patienten sehr quälen. Letztlich kann dabei auch bedeutende Prävention bezüglich der Trauer- und Krisenentwicklung seitens der Angehörigen geleistet werden. Aber verstehen Sie mich nicht falsch, das Versterben zu Hause ist nicht „der einzig richtige Weg“. Wenn sich der Patient und/oder die Angehörigen gegen das Verbleiben zu Hause entscheiden, kann das absolut richtig für diese Menschen sein. In der Regel hat eine solche Situation niemand schon einmal zuvor so durchlebt. Für alle ist es eine Ausnahme-situation. Alle Entscheidungen sind hochindividuell und eben oft auch gemeinschaftlich.

Sie haben angesprochen, dass auch systemisches Arbeiten eine Rolle spielt. Arbeiten Sie mit den Patienten als Tiefenpsychologin denn auch klassisch psychotherapeutisch im analytischen/tiefenpsychologischen Sinne?

Passend zu den oben beschriebenen Antragsvarianten ist mein therapeutisches Vorgehen äußerst individuell bezogen auf den jeweiligen Patienten. Vor dem face-to-face-Erstkontakt bekomme ich meist eine erste Idee vom Zustand des Patienten, entweder durch die Informationen des SAPV-Arztes, der stationären KollegIn oder durch die Anfrage und Ausführungen des Patienten per Telefon oder E-Mail. Tendenziell, wenn der Erkrankungsprozess weit fortgeschritten ist, halte ich schon im Erstkontakt nichts, was mir wichtig und zu-


mutbar erscheint, zurück, wissend, dass dies der erste und letzte Kontakt sein kann. Das ist eine entscheidende Besonderheit bei dieser Patientengruppe. So kann es sein, dass sich bereits im Erstgespräch ein Konfliktthema aufdrängt und ich dann spontan und situativ entscheiden muss, ob ein Ansprechen des Konfliktthemas zu einer Verbesserung der Gesamtsituation beitragen kann, d.h. letztendlich auch, ob solch eine Thematisierung den Patienten besser sterben lässt. Wenn ich aufgrund des Krankheitsfortschrittes annähernd einschätzen kann, dass wir noch ein paar Stunden mehr haben könnten für die gemeinsame Arbeit, lasse ich mehr Entwicklungsraum für das noch Unausgesprochene. Bei vielen Patienten geht es aber nicht vordergründig um Konfliktthemen, sondern eher um Entängstigung, Entscheidungsfindung und Haltung im supportiv-psychotherapeutischen Sinne. Von daher ist das psychotherapeutische Arbeiten ohnehin überwiegend modifiziert, aber eben auch zusätzlich zum supportiven oder strukturbezogenen noch einmal individuell krankheitsbezogen modifiziert.

Was würden Sie sagen, braucht es, abgesehen von den von Ihnen bereits genannten Qualifikationen, für die psychotherapeutische ambulante Arbeit mit Palliativpatienten?

Am einfachsten ist die Beantwortung bezogen auf Arbeitsweise und Setting. Zunächst müssen die Kollegen sich explizit auf Hausbesuche einstellen. Das erfordert natürlich eine deutliche Umorientierung, auch konzeptionell: Der Patient liegt dann nicht auf Ihrer Couch, sondern Sie sitzen auf seiner. Insgesamt erfordert diese Patientengruppe ein eher integratives Intervenieren. Mit dem Hausbesuchssetting ist überhaupt einiges verbunden, so auch die Öffnung zum System und das Arbeiten damit. Dann erfordern Hausbesuche natürlich eine veränderte Arbeitsplanung und -strukturierung im Sinne von größerer Flexibilität. Nicht nur

bedarf es der Einplanung von Hin- und Rückfahrtswegen; regelmäßige Stundenverläufe sind bei vielen Palliativpatienten aufgrund des schnell wechselnden Gesundheitszustandes schlicht nicht möglich. Über diese Rahmenbedingungen hinaus ist es sicherlich wichtig, eine innerlich gefestigte Haltung zum Thema Sterben, Tod und den damit verbundenen existenziellen Fragen zu haben. Entsprechende Selbsterfahrungsanteile sind immer auch Bestandteil der oben genannten Weiterbildungen. Spiritualität gilt beispielsweise nicht nur für die Patienten sondern auch für die Tätigen als eine Ressource. Ich habe die Tendenz, dem Ausspruch namhafter Autoren wie etwa Houellebecq zuzustimmen, der sagte, dass der Tod ohne Spiritualität beziehungsweise Glauben „nicht auszuhalten“ ist (Michel Houellebecq im Interview, DIE ZEIT Nr. 4/2015, 22.1.2015). Letztlich greift dieser Ausspruch aber für mich als Psychotherapeutin zu kurz, weil es ja nicht nur darum geht, den Tod auszuhalten, sondern ihn vielmehr in einen meist verloren gegangenen Bedeutungszusammenhang zu stellen und damit auch die Achtung, Würde und Qualität in dieser Lebenssituation (wieder) herzustellen, zu transportieren.

Frau Springer, ich danke Ihnen für dieses informative Gespräch und wünsche für den Auf- und Ausbau dieses Berufsbereiches alles Gute.

Auch mich hat es gefreut, diesen Berufsbereich einmal ausführlicher darstellen zu dürfen. Vielen Dank dafür. Interessierte Psychotherapeuten können gerne Kontakt zu mir aufnehmen. 

Diese Arbeit erfordert eine deutliche Umorientierung, auch konzeptionell



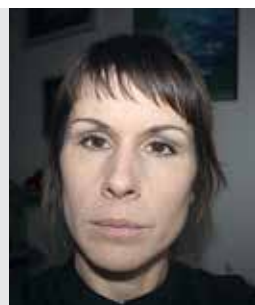
Literaturhinweise

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

Sarah Springer

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, tätig in Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Vor- und nachgeburtliche Schwierigkeiten von Eltern und Kind sowie die ambulante psychotherapeutische Palliativversorgung.

E-Mail: sa.springer@web.de





Sabine Maur

Transition

Besonderheiten der Psychotherapie in der Altersgruppe 16 bis 25 Jahre

Bestimmte Patienten brauchen besondere Unterstützung und ein spezielles Herangehen in der Psychotherapie, damit der Übergang vom jugend- hin zum erwachsenenorientierten Gesundheitssystem gelingt.

Bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes oder Rheuma gelingt bei etwa einem Drittel der PatientInnen der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin nicht (Müther et al., 2014). Es kommt zu Abbrüchen in der Behandlung und damit in der Regel zu einer Verschlechterung der Erkrankung mit entsprechenden kurz- und langfristigen Folgeproblemen. Die Medizin hat sich in den letzten Jahren diesem Phänomen intensiv zugewandt und Überlegungen und Programme entwickelt, die sogenannte *Transition* vom Jugend- ins Erwachsenenalter zu verbessern (beispielsweise das „Berliner Transitionsprogramm“ bei Diabetes oder „Mein Rheuma wird erwachsen“ der Deutschen Rheuma-Liga).

Im Bereich der *psychischen Erkrankungen* hat die Hinwendung zur Transitionsproblematik gerade erst begonnen. Transition meint vor

allem einen „gezielten, geplanten Prozess weg vom kindzentrierten, hin zu einem erwachsenenorientierten Gesundheitssystem, das die medizinischen, psychosozialen und pädagogischen/beruflichen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen (...) psychischen Leiden mit einbezieht“ (Mayr et al., 2015, S. 155f.) – mit dem Ziel, die Sicherung der Versorgungskontinuität zu gewährleisten (Fegert et al., 2016). Primäre Zielgruppe sind die PatientInnen im Alter zwischen 16 und 25 Jahren, ein Altersabschnitt, der in den letzten Jahren auch unter dem Namen „Emerging Adulthood“ diskutiert wurde (Seiffge-Krenke, 2015).

Bei nahezu Dreiviertel der PatientInnen, bei denen mit Mitte 20 eine psychische Störung besteht, liegt das Ersterkrankungsalter zwischen 12 und 18 Jahren (Kim-Cohen et al., 2003). Die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter scheinen

eine besonders vulnerable Phase zu sein, was die Manifestierung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen angeht. Gleichzeitig wissen wir aus US-amerikanischen Studien, dass zwischen exakt 17 und 18 Jahren über 50 % der ambulanten PatientInnen die Behandlung abbricht (Pottick et al., 2007; es gibt keine deutschen Studien dazu). Auch wenn das deutsche Gesundheitssystem sicher deutlich besser ist als das amerikanische und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen bis 21 Jahre behandeln dürfen, so stimmen solche Abbruchzahlen doch nachdenklich und sind mit hohen persönlichen und gesellschaftlichen Kosten verbunden. Diese im angloamerikanischen Raum als *Care Gap* bezeichnete Problematik meint nicht nur die Gefahr des Abbruchs der Behandlung, sondern auch in der Folge die vermehrte Inanspruchnahme von Kriseninterventionen und langfristig schlechte Verläufe (Singh et al., 2010; Singh & Tuomainen, 2015). Die Autoren beschreiben, dass insbesondere Menschen mit geringen Ressourcen, Flüchtlinge und ethnische Minderheiten, Men-

Im Bereich der psychischen Erkrankungen hat die Hinwendung zur Transitionsproblematik gerade erst begonnen

schen mit *neurodevelopmental disorders* (z.B. Autismus, ADHS), Personen mit beginnenden Persönlichkeitsstörungen, PatientInnen mit geringem Reife- und Einsichtsgrad sowie mit erheblichen familiären Stressoren als Risikokandidaten für eine Transitionsproblematik gelten.

Was sind Gründe für die Schwierigkeiten, die sich im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter hinsichtlich der Adhärenz bezüglich psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungen zeigen? Es lassen sich drei Problembereiche identifizieren:

1. entwicklungspsychologische Besonderheiten,
2. strukturelle Probleme und
3. störungsspezifische Erschwernisse.

Entwicklungspsychologische Besonderheiten im Altersbereich 16 bis 25 Jahre

Peters und Kollegen (2011, S. 2478) beschreiben sehr schön die typischen Entwicklungsaufgaben und Umbrüche der Altersklasse 16 bis 25 Jahre: „During the early phase of emerging adulthood, the person may be transitioning geographically, economically, and emotionally away from the parental home. Competing academic, economic, and social priorities often detract from a focused commitment to chronic disease management.“ Neurobiologisch kommt es durch die massenhafte Neuformung neuer Nervenverbindungen (Synaptogenese) und die Reorganisation insbesondere des präfrontalen Cortex zu einer hohen Formbarkeit in diesem Alter, aber auch zu einer Dysbalance mit einem erhöhten Risiko für emotionale Dysregulation und Risikoverhalten (Casey et al., 2008; Konrad et al., 2013). Diese psychologischen und neurobiologischen Herausforderungen treffen mit der Volljährigkeit „plötzlich“ auf hohe normative Anforderungen der Gesellschaft (Mayr et al., 2015).

Strukturelle Probleme

Im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie und -psychiatrie findet sich häufig ein unzureichendes Training im Umgang mit PatientInnen zwischen 16 bis 25 Jahren, insbesondere solchen mit eher geringen Ressourcen (Gießelmann, 2016; Mayr et al., 2015):

- Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sind es gewohnt, mit fremdmotivierten oder ambivalent motivierten PatientInnen zu arbeiten, die häufig über eine geringe Introspektionsfähigkeit und defizitäre Selbstwahrnehmung verfügen – solche PatientInnen tauchen in der Regel im (ambulantem) Erwachsenenbereich gar nicht erst auf;
- während Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen routinemäßig Familie und sonstige enge Bezugspersonen in die Behandlung mit einbeziehen, ist das im Erwachsenenbereich nach wie vor nicht die Regel;
- die ErwachsenenbehandlerInnen erwarten die Fähigkeit zur Selbstorganisation, sie betonen Autonomie und Selbstverantwortung, während die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gewohnt sind, je nach Reifegrad des Patienten pädagogisch zu unterstützen (z.B. was Terminvereinbarung und -einhaltung angeht) und mit den beteiligten Helfersystemen zu kooperieren (z.B. Schule/Arbeitgeber, Jugendhilfe, ÄrztInnen).

Strukturell erschwert eine erhebliche Schnittstellenproblematik eine gelungene Transition bei psychischen Erkrankungen: ein guter Übergang von der Jugendlichenpsychotherapie/-psychiatrie in die Erwachsenenpsychotherapie/-psychiatrie ist zurzeit noch primär vom Engagement und guten Willen einzelner BehandlerInnen abhängig. Der damit verbundene zeitliche Aufwand wird nicht oder nur unzureichend vergütet. Gleiches gilt für die Kooperation mit komplementären Hilfesystemen, insbesondere der Jugendhilfe.

Hier ist ein bedeutsames strukturelles Problem, dass die Jugendhilfemaßnahmen häufig im Alter von 18 Jahren beendet werden, obwohl „Hilfen für junge Volljährige“ bis 21 Jahren, in begründeten Ausnahmefällen sogar bis 27 Jahren laufen könnten (§ 41 SGB VIII). Die Problematik der sogenannten *Care Leaver* ist in den letzten Jahren verstärkt Thema geworden (AGJ, 2014), aber es fehlen noch flächendeckende Maßnahmen, um diesen jungen Menschen einen besseren Übergang zu ermöglichen. Dies wäre um so wichtiger, als wir hier in der Regel eine Hochrisikogruppe haben mit frühen Traumatisierungen und Verhaltensauffälligkeiten, chronischen Belastungen und häufig geringen Ressourcen.

Störungsspezifische Erschwernisse

Am Beispiel der ADHS soll illustriert werden, welche störungsspezifischen Transitions-Erschwernisse es geben kann. Für die Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10 F90.0) liegen keine erwachsenspezifischen Kriterien im ICD-10 vor, obwohl es das Störungsbild ohne Frage auch im Erwachsenenalter gibt mit einer Prävalenz von etwa 3 % (Merkt & Petermann, 2015). Da lange die irrierte Annahme bestand, die Symptomatik „wachsen sich aus“, wird die ADHS bis heute in vielen medizinischen und psychologischen Ausbildungsgängen vernachlässigt, obwohl die teils dramatischen Langzeitfolgen als sehr gut belegt gelten (insbesondere was die schulische und berufliche Teilhabe angeht, aber auch bezüglich komorbider Störungen wie Depressionen und stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Süchte; Barkley, 2015). Dies hat zur Folge, dass sich nur wenige KollegInnen im Erwachsenenbereich derzeit noch mit ADHS auskennen und es derzeit noch außerordentlich schwierig ist, eine psychotherapeutische und pharmakologische Weiterbehandlung ab 18 bzw. 21 Jahren zu sichern. Erschwerend

Lernen und Verstehen



Udo Boessmann, Arno Remmers
Praktischer Leitfaden der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinien-therapie

Wissenschaftliche Grundlagen, Psychodynamische Grundbegriffe, Diagnostik und Therapietechniken
 2016, 432 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-40-6, 30,00 EUR



Miki Kandale, Kai Rugenstein
Das Repetitorium
 für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2., überarbeitete und erweiterte Auflage
 2016, 416 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-30-7, 44,00 EUR

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

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

Bestimmte mit ADHS assoziierte Probleme erschweren die Behandlungssadhärenz signifikant

hinzu kommt, dass für die ADHS bestimmte Probleme symptomatisch sind, die eine Behandlungssadhärenz signifikant erschweren: dazu gehören beispielsweise Vergesslichkeit, mangelnde Selbstorganisation, schlechtes Zeitmanagement, geringe Aufmerksamkeit und Ausdauer, verzerrte Selbstwahrnehmung, verzögerte emotionale und soziale Reife, Impulsivität und mangelnde Berücksichtigung von längerfristigen Konsequenzen (vgl. die sogenannten *Wender-Utah-Kriterien*, z.B. Retz et al., 2014). Die gute Nachricht ist, dass sehr gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen: medikamentös hat der Wirkstoff Methylphenidat auch im Erwachsenenbereich eine gut belegte Wirksamkeit mit mittleren bis hohen Effektstärken (Moriyama et al., 2013), und psychotherapeutisch gibt es eine Vielzahl von ausgearbeiteten Interventionen, auch wenn die Studienlage im Erwachsenenalter hier aufgrund zu weniger Studien noch unklar ist (Hoxhaj & Philipsen, 2015). Es ist also nicht der Mangel an wirksamen Interventionen, sondern die Herausforderung besteht darin, genug spezialisierte BehandlerInnen zu finden und die PatientInnen in ihren ADHS-Problemen so aktiv zu unterstützen, dass eine gute Adhärenz möglich ist.

Wichtig ist die frühzeitige Planung der Transition und der intensive Einbezug der PatientInnen und ihrer Bezugspersonen

Es sind in Deutschland bereits erste ADHS-Transitions-Ambulanzen entstanden, so z.B. an der Universität Mainz. Ein anderes Transitionsprojekt mit dem Schwerpunkt schizophrene und affektive Erkrankungen für den Altersbereich 14 bis 28 Jahre ist das Heidelberger Frühbehandlungszentrum (Kaess et al., 2015).

Wie kann die Transition besser gelingen?

Im Juni 2016 haben die Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiater (DGKJP und DGPPN) gemeinsam ein lesenswertes Eckpunktepapier zum Thema Transition veröffentlicht. Darin enthalten sind u.a. folgende strukturelle Forderungen:

- die Schaffung fächerübergreifender transitionsspezifischer Angebote (ambulant, stationär, komplementär),
- die Berücksichtigung der Transitionphase in der Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- die verstärkte interdisziplinäre Forschung (z.B. *Milestone-Projekt*),
- die Entwicklung koordinierter Übergangs- und Behandlungspfade mit flexiblem Case Management,
- die Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung.

In der stationären Erwachsenenpsychiatrie fehlt es dabei an SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen, außerdem ist der Betreuungsschlüssel schlechter als in der Jugendpsychiatrie (Mayr et al., 2015).

Aus der psychotherapeutischen Praxis betrachtet, brauchen wir für eine gelungene *Transitionspsychotherapie* darüber hinaus inhaltlich (je nach Reifegrad und Problematik des Patienten)

- die Anpassung des therapeutischen Vorgehens (aktiverer Unterstützung, Visualisierung/Einsatz moderner Medien, konkrete Problembearbeitung, Transferübungen),
- den Einbezug der Bezugspersonen (im Spannungsfeld Autonomie vs. Unterstützung),
- eine aktive Unterstützung hinsichtlich der beruflichen und sozialen Teilhabe mit dem Ziel des Selbstmanagements,
- die intensive Kooperation mit beteiligten Helfersystemen (z.B. Jugendhilfe, ÄrztInnen).

Strukturell sind folgende Verbesserungen dringend erforderlich:

- eine angemessene Vergütung des erhöhten Koordinationsaufwandes (Telefonate, E-Mails, ausführliche Arztbriefe u. ä.),
- die Abrechnungsmöglichkeit gemeinsamer Termine von Vor- und NachbehandlerIn, von PsychotherapeutIn und ÄrztIn und von PsychotherapeutIn und sonstigen beteiligten Bezugspersonen (z.B. Jugendhilfe, Arbeitsagentur) auch über das 21. Lebensjahr hinaus,
- sowie eine Art sozialpsychotherapeutisches Case Management im Rahmen von sozialpsychotherapeutischen Modellen (KJP) oder der Soziotherapie (PP).

Wichtig ist die frühzeitige Planung der Transition, wenn es zu einem Behandlerwechsel kommen muss, und der intensive Einbezug der PatientInnen und ihrer Bezugspersonen – in der qualitativen Forschung zu Transitionsproblemen fand sich konsistent der Befund, dass die jungen PatientInnen sich nicht ausreichend gehört und eingebunden fühlen (Singh & Tuomainen, 2015). Ein Blick über den Tellerrand zeigt, wie es gehen kann: in Australien gibt es seit 2006 das *HeadSpace-Transitionsprogramm* zur ganzheitlichen Versorgung für junge Menschen mit psychischen Problemen in 30 Zentren landesweit und einem Budget von 37 Millionen € (www.headspace.org.au). 



Sabine Maur

Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, niedergelassen mit einem KJP-Sitz in Mainz. Dozentin/Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten. Sprecherin des KJP-Ausschusses der BPTK. Vorstandsbeauftragte der Landespsychotherapeutenkammer RLP.



Literaturhinweise

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

Silke Graf

Volle Abschreibung trotz Teileigentum

Lässt sich der Psychotherapeut nieder, steht er vor der Frage, ob er hierfür ein gemietetes Objekt seinen Anforderungen entsprechend herrichtet oder selbst ein passendes Grundstück erwirbt. Letzteres hat den Vorteil, dass er das Risiko der vorzeitigen Kündigung seitens des Vermieters vollständig ausschließen kann, so dass die Kosten für die erstmalige Einrichtung der Praxis auf eigenem Grund verbleiben und damit keinem Zugriff des Vermieters unterliegen.

Praxiskosten bei Alleineigentum

Wird die Praxis auf eigenem Grund und Boden eingerichtet, ist das Grundstück steuerlich als notwendiges Betriebsvermögen der Praxis zuzuordnen. Alle mit dem Betrieb der Praxis zusammenhängenden Kosten, wie Gebäudeversicherung, Grundsteuern, Betriebskosten, Finanzierungszinsen etc. sind steuerlich als Betriebsausgaben

abzugsfähig. Werden die Kosten von einem Privatkonto gezahlt, handelt es sich um Privateinlagen des Psychotherapeuten in sein Betriebsvermögen. Der Wertverzehr des Gebäudes wird über die sogenannte Absetzung für Abnutzung (AfA) über die gewöhnliche Nutzungsdauer von Betriebsgebäuden zeitanteilig – in der Regel mit 3 % (also über 33 1/3 Jahre) – berücksichtigt. Der Grund und Boden ist dabei separat vom Gebäude zu

erfassen. Da dessen Wert mit der Zeit gewöhnlich eher steigt, kann mangels Wertverzehr hierfür keine AfA geltend gemacht werden. Erst bei einem späteren Verkauf dürfen die Anschaffungskosten des Grund und Bodens vom erzielten Veräußerungspreis abgezogen werden. Für Einrichtungsgegenstände der Praxis sind gesonderte Abschreibungsvorschriften zu beachten, die von der AfA des Gebäudes unabhängig sind.

Kostenaufteilung bei gemischter Nutzung

Bei einer Immobilie, die sowohl betrieblich als auch privat genutzt wird, ist das Gebäude für steuerliche Zwecke gedanklich in verschie-

Für die Berechnung der Abschreibung ist der Grund und Boden separat vom Gebäude zu erfassen



Steuerlich ist eine Immobilie den Eigentümern anteilig nach deren zivilrechtlichen Bruchteilen zuzurechnen

dene Gebäudeteile aufzuteilen. In der Regel ist dann nur der eigenbetrieblich genutzte Teil dem steuerlichen Betriebsvermögen zuzuordnen. Wird die Praxis beispielsweise nur im Erdgeschoss eingerichtet, so wird auch nur das Erdgeschoss Betriebsvermögen. Privat genutzte Räume, wie beispielsweise eine Einliegerwohnung, stellen notwendiges Privatvermögen dar, das dem Betriebsvermögen ertragsteuerlich nicht zugeordnet werden kann. Die anteiligen Kosten sind entsprechend privat veranlasst und bei Bezahlung über das betriebliche Konto als Privatentnahmen zu erfassen, die den steuerlichen Gewinn nicht mindern dürfen.

Kostenaufteilung bei gemeinschaftlichem Eigentum

Wird eine betrieblich genutzte Immobilie nicht nur vom Psychotherapeuten selbst, sondern auch (beispielsweise hälftig) vom Lebenspartner oder Verwandten mit-erworben, ergeben sich oft knifflige Abgrenzungsfragen.

Steuerlich ist eine Immobilie grundsätzlich den Eigentümern anteilig nach deren jeweiligen zivilrechtlichen Bruchteilen zuzurechnen. Für einen verheirateten Psychotherapeuten, der eine Praxisimmobilie zusammen mit seinem Ehepartner erwirbt, bedeutet dies zunächst, dass er die Praxis ertragsteuerlich auch nur zur Hälfte als notwendiges Betriebsvermögen behandeln und abschreiben darf.

Ausnahme: Trägt der Psychotherapeut wirtschaftlich alle Kosten der Immobilie, darf er steuerlich nicht schlechter gestellt werden, als ein Psychotherapeut, der die Immobilie allein erwirbt. Denn es stünde mit dem Grundgesetz nicht im Einklang, wenn der Bruchteilseigentümer höhere Gewinne erklären und damit mehr Steuern zahlen müsste, als ein Alleineigentümer – eines immer vorausgesetzt: Beide Psychotherapeuten tragen wirtschaftlich gleich hohe Kosten.

Aufwandsverrechnungsposten

Um dies zu erreichen, kann der Psychotherapeut nach der neuen Auffassung des Bundesfinanzhofes (BFH) daher die anteiligen Anschaffungs- und Herstellungskosten des Gebäudeteils, welcher sich im Eigentum des Ehepartners befindet, zunächst in einem sogenannten Aufwandsverrechnungsposten zusammenfassen, der dann zeitanteilig über die gewöhnliche Nutzungsdauer aufgelöst wird. Bei diesem Aufwandsverrechnungsposten handelt es sich also um einen Merkposten zur Zwischenspeicherung der betrieblichen Kosten.

Einziger Nachteil: Der Psychotherapeut kann hinsichtlich des Aufwandsverrechnungspostens keine steuerlichen Vergünstigungen für Betriebsvermögen beanspruchen. Die anteilige AfA kann beispielsweise – analog zum Privatvermögen – in der Regel mit lediglich 2 % (Nutzungsdauer von 50 Jahren) berücksichtigt werden.

Gravierender Vorteil: Der zivilrechtliche Bruchteil des anderen Eigentümers bleibt dessen Privatvermögen. Dies hat bei einem etwaigen späteren Verkauf den Vorteil, dass die Wertsteigerungen der Immobilie nur hinsichtlich des zivilrechtlichen Bruchteils des Psychotherapeuten besteuert werden. Wertsteigerungen, die auf den zivilrechtlichen Bruchteil des Ehepartners entfallen, werden in der

Regel nicht als privates Veräußerungsgeschäft besteuert, sofern die Immobilie zumindest zehn Jahre gehalten wird.

Umgang mit der Vergangenheit

Das oben dargestellte Urteil des BFH muss der Finanzverwaltung wie ein Paukenschlag vorgekommen sein, da in der Vergangenheit – für den Fiskus recht ungewöhnlich – relativ großzügig mit solchen Bauten auf fremdem Grund und Boden umgegangen wurde. So wurden betriebliche Sonderabschreibungen (beispielsweise für kleine und mittlere Betriebe nach § 7g EStG) oder auch die Übertragung von stillen Reserven auf Ersatzbeschaffungen nach § 6b EStG auch für den Teil des Nichtunternehmer-Ehegatten akzeptiert, wodurch Psychotherapeuten ihre regulären Steuerzahlungen in die Zukunft schieben konnten. Doch damit ist nun Schluss. Denn das Bundesfinanzministerium hat bereits auf die Entscheidung des BFH reagiert und angeordnet, dass die zu Unrecht in Anspruch genommenen Vergünstigungen in allen offenen Veranlagungen geändert werden müssen. Dies kann kurzfristig zu erheblichen Steuernachzahlungen führen, da die Änderung prinzipiell alle Jahre betreffen dürfte, die noch nicht festsetzungsverjährt sind. Im schlimmsten Fall könnten die Einkommensteuer-Veranlagungen dann sogar rückwirkend bis einschließlich 2010 geändert werden.

Aber es kann noch schlimmer kommen: Für den seltenen Fall, dass ein Psychotherapeut bilanziert, sind dann sogar alle Vorteile aus den bereits bestandskräftigen Jahren zu korrigieren, da die erste offene Bilanz so zu berichtigen ist, als hätte es den Steuervorteil (Sonderabschreibungen, steuerfreie Rücklagen etc.) nie gegeben. Um die daraus resultierende Steuerbelastung etwas zu dämpfen, kann dieser Gewinn dann allerdings über



Silke Graf

Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Singen und Konstanz, Fachberaterin für den Heilberufbereich (IFU/ISM gGmbH), spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.

E-Mail: advisa-singen@etl.de

fünf Jahre verteilt werden, um die steuerliche Progression etwas abzumildern.

Da Psychotherapeuten den Gewinn meist durch Gegenüberstellung der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben (4/3-Rechnung) ermitteln, kommen sie etwas glimpflicher davon. Denn die in der Vergangenheit zu Unrecht geltend gemachten Steuervorteile müssen nur für die Jahre berichtigt werden, die noch nicht festsetzungsverjährt sind, wenn der Steuerbescheid also noch änderbar ist. Zukünftig wird dann lediglich der Restbuchwert des Aufwandsverrechnungspostens mit dem AfA-Satz von 2 % für Privatvermögen fortgeführt. Im Ergebnis konnte die Immobilie dann in einem etwas kürzeren Zeitraum abgeschrieben werden. Ob das dann vorteilhaft war oder nicht, ist vom Einzelfall abhängig.


Kostenaufteilung bei gemeinschaftlichen Verträgen

Das Bruchteils- oder Gemeinschaftseigentum scheint die Beteiligten oft dazu zu zwingen oder zumindest dazu zu verleiten, auch alle mit dem Grundstück zusammenhängenden schuldrechtlichen Verträge gemeinschaftlich abzuschließen. Los geht es meist schon bei der Finanzierung der Immobilie. So verlangen Kreditinstitute in der Regel, dass die Darlehensverträge zwingend mit beiden Eigentümern abgeschlossen werden, da sich aus Sicht der Bank dadurch das Ausfallrisiko verringert. Aber auch bei anderen schuldrechtlichen Verträgen, wie beispielsweise bei der Gebäudeversicherung, wird oft an das zivilrechtliche Eigentum des Grundstücks angeknüpft, mit der Folge, dass die Verträge auf beide Eigentümer lauten. Steuerlich spricht dies zunächst dafür, dass der Psychotherapeut auch nur die Hälfte der Schuldzinsen oder auch nur die Hälfte aller übrigen Kosten geltend machen kann. Da jedoch aus ertragsteuerlicher Sicht nicht

die schuldrechtlichen Verträge, sondern die wirtschaftliche Kostentragung entscheidend ist, kann der Anschein durch den Psychotherapeuten widerlegt werden, wenn er glaubhaft machen kann, dass er wirtschaftlich alle Kosten selbst getragen hat. In diesem Fall kann er die gesamten Kosten als Betriebsausgaben geltend machen. Sofern der andere Eigentümer selbst vermögend ist, dürfte das Finanzamt aber von Fall zu Fall etwas genauer hinschauen.

Steuerschulpfloch nutzbar?

Für Psychotherapeuten mit Gemeinschaftseigentum, bei denen in naher Zukunft die Generationennachfolge ansteht, gibt es derzeit noch ein kleines Bonbon als Zugabe. Denn nach der derzeitigen Rechtslage besteht durch eine Regelungslücke im Einkommensteuergesetz die Möglichkeit, den zivilrechtlichen Bruchteil des Ehepartners später noch einmal steuerlich geltend zu machen. Wieso ist das möglich? Die hälftigen Anschaffungskosten des Gebäudes konnten ertragsteuerlich bisher lediglich über den Umweg des Aufwandsverrechnungspostens beim Psychotherapeuten geltend gemacht werden. Der zivilrechtliche Bruchteil des Ehepartners befand sich bisher lediglich im Privatvermögen und wurde somit streng genommen nicht zur Erzielung von Einkünften genutzt. Diesen Fakt kann man sich wie folgt zu Nutze machen: Soll später ein Kind die Praxis übernehmen, kann der Psychotherapeut die Praxis samt hälftigem Bruchteil am Grundstück (ertrag-)steuerneutral zum Buchwert auf das Kind übertragen. Der andere Eigentümer überträgt dann ebenfalls seinen hälftigen Bruchteil am Grundstück auf das Kind. Das Kind hätte diesen Bruchteil aufgrund der betrieblichen Nutzung der Praxis zwingend in sein Betriebsvermögen einzulegen. Diese Einlage dürfte in der Regel mit dem sogenannten Teilwert an-

zusetzen sein, der im Grunde dem Verkehrswert des Grundstücks im Zeitpunkt der Einlage entspricht. Der fortgeführte Aufwandsverrechnungsposten des bisherigen Psychotherapeuten wäre in diesem Zusammenhang entsprechend erfolgsneutral zu entnehmen. Nach der derzeitigen Rechtslage kann durch diesen Vorgang neues zusätzliches Abschreibungsvolumen in Höhe des hälftigen Verkehrswertes des Gebäudes generiert und fortan abgeschrieben werden. Mit Spannung bleibt abzuwarten, wann der Gesetzgeber reagiert, um dieses Steuerschlupfloch zu schließen. 



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

Curriculum 2016/2017

Seminar 5 am 07.+08.07.2017

Komplextrauma und Dissoziation in der Ego-State-Therapie

Seminar 6 am 08.+09.09.2017 – Terminänderung!

Behandlungsplanung mit allen Ego-States und innere Kooperation

Spezialseminar EMDR/EST am 26.+27.01.2018

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

Spezialseminar Körpersprache am 02.+03.03.2018

Die Körpersprache der Ego-States

Spezialseminar „Kinder“ am 16.+17.03.2018 mit M. Budde, Düsseldorf.

Besonderheiten des Ego-State-Ansatzes in der Kindertherapie

Curriculum 2017/2018

Seminar 1 am 17.+18.11.2017

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

Seminar 2 am 12.+13.01.2018

Kontaktaufnahme mit verletzten Ego-States, hilfreiche Verbindung zu Ressourcen

Seminar 3 am 13.+14.04.2018

Übungs- und Anwendungsseminar, Fälle können eingebracht werden

Seminar 4 am 15.+16.06.2018

Beschützende und traumatisierte Ego-States, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen.

16 UE, Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State-Therapeut/in, PTK-Pkt:20; Teilnahmevoraussetzung: Approbation 375 Euro pro Seminar,

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de



**Sozial-
versicherung**

**Sozial-
versicherung**

Markus Plantholz

Sozialversicherungspflicht in Berufsausübungsgemeinschaften

Was ist zu beachten?

Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat am 23.11.2016 eine Aufsehen erregende Entscheidung getroffen (Az. L 5 KR 1176/15). Es ging um eine BAG von zwei Zahnärzten (Gesellschafter A, der zuvor schon eine Einzelpraxis betrieben hatte, und Gesellschafterin B, die hinzugekommen war), die beide im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen waren. Die BAG wurde vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte bei der KVZ Baden-Württemberg unter Vorlage des Gesellschaftsvertrages genehmigt. Das LSG gelangt wie schon erstinstanzlich das SG Freiburg zur Ansicht, dass die Gewinnbeteiligungsansprüche der einen Gesellschafterin sozialversicherungspflichtig sind, weil es sich in Wirklichkeit bei B nicht um einen Status als selbstständig tätige Mitunternehmerin, sondern um den Status einer angestellten Zahnärztin handele. Dabei kann ein solches Desaster mit relativ einfachen Mitteln vermieden werden. Was war geschehen?

Die Entscheidung

Der Gesellschaftsvertrag enthielt folgende Regelungen:

- Praxiseinrichtung und ideeller Wert: Gesellschafter A bringt seinen bisherigen Patientenstamm in die BAG ein. Die Praxiseinrichtung bleibt im Sondervermögen von A. A stellt diese Praxiseinrichtung zum Zwecke des Betriebes der BAG zur Nutzung auch durch Mitgesellschafterin B zur Verfügung. B ist selbst nicht am Gesellschaftsvermögen beteiligt.
- Gewinn- und Verlustverteilung: Die Umsätze von A und B werden separat erfasst. *B erhält als Gewinnanteil 30 % der von ihr erwirtschafteten Umsätze.* Den übrigen Überschuss aus den Einnahmen der BAG erhält A, nachdem von diesen Einnahmen sämtliche Praxisausgaben beglichen worden sind.

- Vertretungsbefugnis: sie steht A und B gleichmäßig zu. Im Innenverhältnis bedürfen Rechtsgeschäfte mit einer Belastung über 2.500 € und Kündigung von Anstellungsverträgen der Zustimmung beider Gesellschafter.
- B erhält bei Ausscheiden zu einem Zeitpunkt später als zwei Jahre nach Beginn der Gesellschaft eine Abfindung, die sich an dem von ihr erwirtschafteten Umsatz ausrichtet; sie unterliegt aber auch einem nachvertraglichen Konkurrenzverbot.

Eine selbstständige Erwerbstätigkeit liegt nach Ansicht des LSG nicht schon deshalb vor, weil keine Weisungsbefugnis zwischen beiden Gesellschaftern bestehe und beide Gesellschafter ihrerseits dem nicht-ärztlichen Personal der BAG Weisungen erteilen durften. Weisungsfreies Arbeiten sei kennzeichnend für jedwede (zahn-)ärztliche Tätig-

keit. Die Urteilsbegründung entspricht an dieser Stelle in weiten Teilen den Textbausteinen, welche die Deutsche Rentenversicherung Bund in Statusprüfverfahren ebenfalls regelmäßig verwendet. Eine selbstständige Tätigkeit zeichne sich hingegen vornehmlich durch das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit sowie das Unternehmerrisiko aus (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2012 – B 12 KR 25/10 R). Das Unternehmerrisiko bestehe meist in der Gefahr, bei wirtschaftlichem Misserfolg des Unternehmens das eingesetzte Kapital zu verlieren oder nicht ausreichend nutzen zu können; ihm entspricht die Aussicht auf Gewinn, wenn das Unternehmen wirtschaftlichen Erfolg hat. Zum echten Unternehmerrisiko werde das Wagnis, kein Entgelt zu erzielen, regelmäßig erst dann, wenn bei Arbeitsmangel nicht nur kein Einkommen oder Entgelt aus Arbeit erzielt werde, sondern zusätzlich auch *Kosten* für betriebliche Investitionen und Betriebsausgaben anfielen. Ein solches Unternehmerrisiko bestehe nicht, wenn ein Gesellschafter nicht an Gewinn und Verlust beteiligt sei, sondern nur von den von ihm selbst erzielten Honoraren. Daran ändert es nichts, wenn für die Arbeitsleistung kein (arbeitnehmertypisches) Festgehalt gezahlt worden sei.

Auf die Frage, ob der Abfindungsanspruch bei Ausscheiden von B kompensiert, dass formal keine

Beteiligung am materiellen und ideellen Wert vorlag, kam es aus Sicht des LSG nicht mehr an, weil das *fehlende Verlustrisiko* in der Gesamtbetrachtung ausschlaggebend war. Dabei ist das Thema keineswegs neu, sondern spätestens seit einer Entscheidung des BSG aus 2010 schon aus vertragsarztrechtlichen Gründen ständig an der Tagesordnung. Zudem bestehen gegen pauschalierte Kostenbeiträge umsatzsteuerrechtliche Bedenken.

Gesellschaftsverträge psychotherapeutischer BAGen

In Gesellschaftsverträgen psychotherapeutischer Jobsharing-BAGen sind oft ähnliche Regelungen anzutreffen, z.B.:

Es wird intern eine Umsatzstatistik geführt. Jedem Gesellschafter wird der von ihm erwirtschaftete der Gesellschaft tatsächlich zugeflossene Honorarumsatz zugeordnet. Soweit es zu einer Honorarkürzung der Kassenärztlichen Vereinigung oder zu einem Regress aufgrund der Überschreitung der Leistungsmenge kommt, ist der Honorarumsatz desjenigen Gesellschafters zu kürzen, welcher die Honorarkürzung zu verantworten hat.

Von dem ermittelten Honorarumsatz von Gesellschafter A sind ___ % des Honorarumsatzes als Beteiligung an den Betriebsausgaben nach § xy dieses Vertrages in Abzug zu bringen. Der verbleibende Teil von 70 % der zugeflossenen Honorare aus Leistungen von A bildet seinen Gewinnbeteiligungsanspruch. Die darüber hinaus gehenden Gewinne der Gesellschaft stehen B zu.

Solche Regelungen sind auf den Prüfstand zu stellen, wenn man unliebsame Überraschung im Rahmen eines Statusprüfverfahren vermeiden möchte. Und dies ist nicht das einzige Problem (s.u.). Aber diese Probleme können ohne Weiteres mit relativ einfachen rechtlichen Mitteln beherrschbar gemacht werden.

Für die Einordnung des Status sind zunächst im Rahmen der Vertragsgestaltung vor allem folgende Aspekte relevant:

1. *Gesellschaftsvermögen:* Haben alle Gesellschafter eine Beteiligung am Gesellschaftsvermögen, oder liegt es so, dass - besonders häufig bei Jobsharing-Praxen – ein Gesellschafter sogenannter „Nullbeteiligter“ ist, also selbst keinen Anteil am Gesellschaftsvermögen hat? Bei psychotherapeutischen Jobsharing-BAGen ist es relativ häufig so, dass das Inventar Sonderbetriebsvermögen eines Gesellschafters ist und zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung gestellt wird; ein Gesellschaftersanteil am ideellen Praxiswert wird bei Begründung der Jobsharing-BAG oftmals nicht erworben.

2. *Geschäftsführung und Vertretung:* Ist jeder Gesellschafter zur Geschäftsführung und Vertretung berechtigt bzw. hat er, soweit es Beschlüsse der Gesellschafter braucht, in der Gesellschafterversammlung das gleiche Stimmrecht oder ein Vetorecht? Die Gesellschaftsverträge psychotherapeutischer (Jobsharing-)BAGen regeln hier typischerweise eine Gleichberechtigung.

3. *Gewinnbeteiligung:* Ist jeder Gesellschafter an den Gewinnchancen der Gesellschaft beteiligt und ist seine Gewinnausschüttung – realistischerweise – vom Betriebsergebnis der Gesellschaft abhängig, oder erhält er letztlich im Wesentlichen wie ein Angestellter nur ein Fixum? Die typische Situation in einer psychotherapeutischen BAG sieht so aus, dass jeder Gesellschafter seinen Umsatz abzüglich eines Anteils an den Betriebskosten erhält. Nicht ganz selten sind Regelungen in Jobsharing-BAGen, wonach die Kostenbeteiligung des vinkuliert zugelassenen „Junior-Partners“ pauschaliert wird (etwa mit 30 % des erwirtschafteten

Honorarumsatzes). In einigen Zulassungsbezirken ist dies sogar – wenngleich es von uns nicht empfohlen wird – regelhaft anzutreffen.

4. *Verlustbeteiligung:* Sind alle Gesellschafter nicht nur an den Gewinnen, sondern auch am Risiko von Verlusten der Gesellschaft beteiligt? In der Regel ist in Gesellschaftsverträgen psychotherapeutischer BAGen geregelt, dass ein Verlust, der sich aus einer internen Kostenstellenrechnung ergibt (eigener erwirtschafteter Umsatz abzüglich eigener Kostenanteil) von dem betreffenden Gesellschafter zu tragen ist; oftmals findet sich auch eine Regelung, wonach ein Verlust der Gesellschaft nach dem Anteil der Gesellschafter am Gesellschaftsvermögen oder zu gleichen Teilen verteilt wird. Soweit ein Gesellschafter nur einen quotalen Anteil seines Umsatzes als Kostenbeitrag zu tragen hat, reduziert sich der Kostenbeitrag jedoch auf Null, wenn er keine Umsätze erzielt; es besteht dann tatsächlich rechnerisch kein Verlustrisiko.

5. *Ausscheidensregelungen:* Hat ein ausscheidender Gesellschafter, der den ideellen Wert der Gesellschaft durch Dauer und Umfang seiner Tätigkeit wesentlich mitgeprägt hat, einen Abfindungsanspruch? Unterliegt er, wenn er keinen Abfindungsanspruch hat, einem nachvertraglichen Wettbewerbsverbot oder kann er seinen Patientenstamm uneingeschränkt weiterverwerten? Bei psychotherapeutischen BAGen ist das in der Regel unproblematisch, weil jeder Gesellschafter selbst seinen Patientenstamm behandelt. Deshalb wird in der Regel kein nachvertragliches Wettbewerbsverbot vereinbart, sondern dem ausscheidenden Gesellschafter die Möglichkeit gegeben, seinen Patientenstamm weiter zu behandeln.

Wer als Mitgesellschafter nur das Risiko trägt, keinen Gewinn zu erzielen, aber nicht auch ein echtes Verlustrisiko, ist meistens sozialversicherungspflichtig

Als maßgeblich hat das LSG hier die Anforderungen zu (3) und (4) angesehen.

Rechtsprechung des BSG
Urteil vom 23.06.2010 – B 6 KA 7/09 R

Zur Auslegung des § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV, wonach ein Vertragspsychotherapeut „in eigener Praxis“ tätig sein muss, hat schon das BSG darauf abgestellt, dass ein frei praktizierender Arzt (und ebenso ein selbstständig tätiger Vertragspsychotherapeut) die freie Verfügung über die eigene Arbeitskraft haben und insbesondere seine Arbeitszeit frei einteilen können müsse, aber auch das volle wirtschaftliche Berufsrisiko zu tragen habe. Die vertragsärztliche Tätigkeit müsse in beruflicher und persönlicher Selbstständigkeit gesichert sein; insbesondere dürfe nicht in Wahrheit ein verstecktes Angestelltenverhältnis vorliegen. Zur erforderlichen eigenverantwortlichen Gestaltung ärztlicher Tätigkeit gehöre es, dass der Vertragsarzt ein wirtschaftliches Risiko trägt, insoweit es maßgebend von seiner Arbeitskraft abhängen muss, in welchem Umfang seine freiberufliche Tätigkeit Einkünfte erbringt. Selbst wenn die Praxis und deren Inventar nicht unbedingt in seinem Eigentum stehen müssen, müsse er in einem gewissen Umfang die Sachherrschaft haben. Die

Tätigkeit in freier Praxis beinhaltet damit zum einen eine wirtschaftliche Komponente - die Tragung des wirtschaftlichen Risikos wie auch eine Beteiligung an den wirtschaftlichen Erfolgen der Praxis – und zum anderen eine ausreichende Handlungsfreiheit in beruflicher und persönlicher Hinsicht.

Der Vertragsarzt dürfe nicht wie ein Angestellter nur ein Festgehalt erhalten. Vielmehr müsse ihm maßgeblich der Ertrag seiner vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit zugutekommen, ebenso wie ein eventueller Verlust zu seinen Lasten gehen müsse. Fehlender wirtschaftlicher Erfolg einer Praxis wirke sich im Übrigen vor allem in Gestalt einer Reduzierung des sogenannten Unternehmerlohns aus, weil die laufenden Praxiskosten nicht sogleich einem Umsatzrückgang angepasst werden können, und kann auch zum Auflaufen von Verbindlichkeiten führen. Mit einer Klausel wie der eingangs dargestellten wird aber häufig kein echtes Verlustrisiko übernommen. Bei einer quotalen Pauschalierung des Kostenbeitrages abhängig vom eigenen Honorarumsatz kann ein Gesellschafter durch sein Leistungsverhalten über den eigenen Beitrag zu den Fixkosten (vor allem Miete und Anschaffungskosten von Inventar) disponieren mit dem Ergebnis, dass er an diesen Kosten, wenn er keinen Umsatz macht, gar nicht mehr beteiligt ist.

Achtung: Nach der Rechtsprechung des BSG ändert die Genehmigung der BAG durch den Zulassungsausschuss auf der Grundlage des tatsächlich vereinbarten und vorgelegten Gesellschaftsvertrages nichts daran, dass diese Anforderungen objektiv erfüllt sein müssen. Die Entscheidung des Zulassungsausschusses entfaltet keine sogenannte Tatbestandswirkung, man darf sich also nicht auf sie verlassen. Stellt sich vielmehr heraus, dass die grundlegenden Anforderungen nicht erfüllt sind, kann die KV trotz Genehmigung der BAG die gegenüber der BAG ergangenen Honorarbescheide aufheben und das Honorar nach Schätzmessen neu festsetzen. Schon vor diesem Hintergrund und nicht erst wegen der statusrechtlichen Gefahren ist darauf zu achten, dass realiter eine echte vom eigenen Arbeitseinsatz abhängige Gewinnchance und ein ebenso davon abhängiges Verlustrisiko besteht. Schon gar keine Auswirkungen hat die Entscheidung des Zulassungsausschusses für ein späteres Statusprüfverfahren.

Empfehlungen

Wir haben schon aus den vorgenannten Gründen und nicht erst wegen der statusrechtlichen Problematik in der Vergangenheit in der Regel empfohlen, von einer Gewinnabrede abzusehen, wonach ein Gesellschafter einen pauscha-

Die Entscheidung des Zulassungsausschusses über die Genehmigung einer BAG schützt nicht vor einer Überprüfung des Gesellschaftsvertrages



UNIVERSITÄTSVERBUND FÜR FORTBILDUNG IN PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPIE

12. Praxissymposium: Herausforderungen im psychotherapeutischen Alltag

Neue Behandlungsansätze & Interventionen bei Körperdysmorpher Störung, Narzisstischer Persönlichkeitsstörung, Dissoziativer Störung und Komplexer Trauer

Sa., 10. Juni 2017, 9:00 – 17:30

Anmeldung: www.psychotherapie-ausbildung-frankfurt.de oder per Mail: ausbildungsprogramm@psych.uni-frankfurt.de

Mit einer entsprechenden Vertragsgestaltung der Gewinn- und Verlustbeteiligung lässt sich das Risiko der Sozialversicherungspflicht ohne Weiteres vermeiden

len Prozentsatz seiner Honorarumsätze als Gewinnanteil erhält, ohne zugleich eine echte Beteiligung am Verlustrisiko einzugehen. Dabei wird man allerdings kein Pauschalurteil treffen können, sondern im Einzelfall berücksichtigen müssen, welche betriebsnotwendigen Ausgaben Betriebsausgaben der Gesellschaft und welche Sonderbetriebsausgaben eines Gesellschafters sind. Wenn wesentliche Anteile an den Praxiskosten gar nicht als Betriebsausgaben von der Gesellschaft, sondern von vorne herein ohnehin von jedem Gesellschafter individuell als Sonderbetriebsausgabe getragen werden, besteht das Verlustrisiko unter Umständen nicht so sehr darin, dass ein Gesellschafter Verluste der Gesellschaft mit zu tragen hat, sondern dass er keinen Gewinn erzielt, mit dem er auch seine Sonderbetriebsausgaben decken kann. Dennoch empfehlen wir grundsätzlich eine Regelung im Gesellschaftsvertrag, die auch ein echtes Verlustrisiko widerspiegelt. So schlägt der Mustervertrag der DPTV etwa folgende Regelung vor:

Die Gewinnbeteiligung wird wie folgt vorgenommen:

a. Es wird intern eine Umsatzstatistik geführt. Jedem Gesellschafter wird der von ihm erwirtschaftete Gewinn der Gesellschaft tatsächlich zugeflossene Honorarumsatz zugeordnet. Dabei ist die Leistungsmengenbegrenzung, die der Zulassungsausschuss im Rahmen der Jobsharing-Zulassung als Auflage erteilt, zu beachten. Jedem Gesellschafter stehen 50 % der Leistungsmenge zur


Verfügung. Soweit es zu einer Honorarkürzung der Kassenärztlichen Vereinigung oder zu einem Regress aufgrund der Überschreitung der Leistungsmenge kommt, ist der Honorarumsatz desjenigen Gesellschafters zu kürzen, welcher den ihm zustehenden Anteil der Leistungsmenge überschritten hat.

b. Von dem so durch ermittelten Gewinn durch jeden Gesellschafter erzielten Honorarumsatz ist jeweils die Hälfte der Betriebsausgaben nach § 12 Abs. 1 in Abzug zu bringen. Das Ergebnis ist der Gewinnbeteiligungsanspruch des jeweiligen Gesellschafters. Abweichende Verteilungsschlüssel können jährlich durch gesonderten einvernehmlichen Beschluss der Gesellschafter vereinbart werden.

Jeder Gesellschafter hat jedoch Anspruch auf eine Gewinnbeteiligung von mindestens ___ % des Gewinnes der Gesellschaft, auch wenn der Gewinnanteil nach Abs. 3 diese Gewinnbeteiligung unterschreitet.

Die Verlustbeteiligung folgt der Gewinnbeteiligung.

In diesem Fall ist jeder Mitgesellschafter an den Chancen des Unternehmens beteiligt und erhält zunächst den Gewinnanteil, der seinem Engagement entspricht. Allerdings ist dabei zu beachten, dass eine reine Kostenverteilung ohne zumindest einen gewissen Grundstock paritätischer Gewinnbeteiligung praktisch einer Praxisgemeinschaft gleicht. Das akzeptieren nicht alle Zulassungsausschüsse. Deshalb ist in einem zweiten Schritt vorgesehen, dass es – soweit die Gesellschaft einen Gewinn erzielt, wovon auszugehen ist – für jeden Gesellschafter einen Mindestanspruch an Gewinnbeteiligung gibt, auch wenn sein individueller Beitrag zum Betriebsergebnis geringer ist. Die konkreten Anforderungen für die Genehmigung der BAG durch den jeweiligen

Zulassungsausschuss müssen vor Ort erfragt werden. Die Verlustbeteiligung folgt im Beispiel der Gewinnbeteiligung, d.h. jeder Gesellschafter – sofern die Gesellschaft insgesamt keinen Gewinn macht, sondern die Betriebsausgaben die Betriebseinnahmen übersteigen, was ohnehin so gut wie nie der Fall ist – trägt seinen individuellen Verlust, ist aber mindestens mit einem bestimmten Anteil am Verlust der Gesellschaft beteiligt. Das Problem der Scheingesellschaft kann mit dieser Regelung nicht entstehen. 



Dr. Markus Plantholz

Justiziar der DPTV, seit 1996 Rechtsanwalt in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater, Fachanwalt für Medizinrecht und ausschließlich mit dem Recht der Leistungserbringer im Gesundheitswesen befasst, er ist Mitherausgeber und Autor vieler Publikationen im Gesundheitsrecht.



APRIL



01.04.2017, Hannover

Diagnostik und Psychotherapie mit Flüchtlingen

Melina Andrea Del Pozo
17-21 DPtV CAMPUS



01.04.2017, Wiesbaden

Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie

Dr. Ali Kemal Gün
17-22 DPtV CAMPUS



08.04.2017, Hannover

Start in die Selbstständigkeit

Kerstin Sude
17-24 DPtV CAMPUS

09. – 14.04.2017, Lindau

67. Lindauer Psychotherapie-
wochen (1. Tagungswoche)
Angst – Ressentiment – Hoffnung
www.lptw.de

16. – 21.04.2017, Lindau

67. Lindauer Psychotherapie-
wochen (2. Tagungswoche)
Hass – Fanatismus – Versöhnung
www.lptw.de



29.04.2017, Osnabrück

Feinheiten der Abrechnung

Dr. Hans Nadolny
17-26 DPtV CAMPUS



29.04.2017, Berlin

Umgang mit schweren körperlichen Erkrankungen in der Psychotherapie

Urs Münch
17-27 DPtV CAMPUS

MAI

05. – 09.05.2017, Dresden

124. Verhaltenstherapiewoche
Psychotherapeutische Behandlung von Patienten im höheren Lebensalter
lizon@ift-gesundheit.de



06.05.2017, Kassel

Kostenerstattung von A bis Z
Amelie Thobaben
17-29 DPtV CAMPUS



08.05.2017, online

Chat Kostenerstattung
Kerstin Sude, Amelie Thobaben
17-30 DPtV CAMPUS



17.05.2017, Konstanz

Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
17-32 DPtV CAMPUS



18.05.2017, Dresden

Was müssen Sie wissen, wenn Sie im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft eine/n Kollegen/in anstellen
Sabine Schäfer, Christina Seimetz
17-33 DPtV CAMPUS

JUNI

Sylter Praxistage



14.06.2017, Westerland

Praxisentwicklung – Kauf, Verkauf, Kooperation und steuerliche Aspekte von Praxisveränderungen und -übernahmen
Dr. Hans Nadolny,
Christina Seimetz
17-35 DPtV CAMPUS



15.06.2017, Westerland

Was müssen Sie wissen, wenn Sie im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft eine/n Kollegen/in anstellen
Sabine Schäfer, Christina Seimetz
17-36 DPtV CAMPUS



15.06.2017, Westerland

Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung
Christina Seimetz
17-37 DPtV CAMPUS



16.06.2017, Westerland

Feinheiten der Abrechnung
Dr. Hans Nadolny
17-38 DPtV CAMPUS



17.06.2017, Westerland

QM-PraxisHandbuch erstellen
Sabine Schäfer
17-39 DPtV CAMPUS

16. – 17.06.2017, Leipzig

Traumapotenziale VI
Das sich verändernde Traumagedächtnis
Trauma-Institut Leipzig
info@traumapotenziale.de



21.06.2017, Würzburg

Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
17-42 DPtV CAMPUS

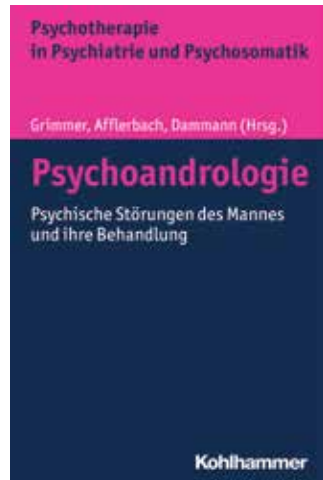
22.06.2016, Berlin

DPtV Symposium 2017 Psychotherapie in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen
Weitere Informationen auf der Umschlagseite 4

23. – 26.06.2017, Lübeck

125. Verhaltenstherapiewoche
Körpertherapie in der Verhaltenstherapie
lizon@ift-gesundheit.de

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



Bernhard Grimmer, Till Afflerbach, Gerhard Dammann (Hrsg.)
Psychoandrogologie
Psychische Störungen des Mannes und ihre Behandlung
 2015, Kohlhammer
 169 Seiten, 6 Abb.
 ISBN 9783170284890
 39,00 € (Print)
 34,99 € (E-Pub, MOBI, PDF)

Rezensiert von
Marie-Christine Fischer

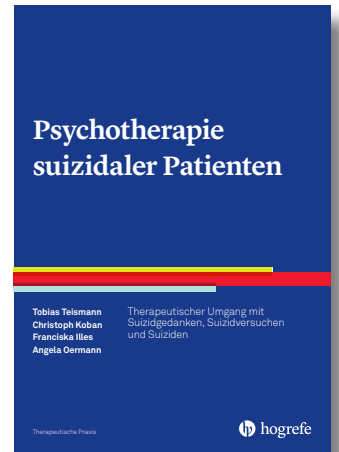
Die Reihe „Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik“ befasst sich in Sammelbänden mit unterschiedlichen Themen, hier – endlich – mit den psychischen Störungen des Mannes. Elf Kapitel setzen sich mit dem aktuellen Bild des Mannes in der Gesellschaft und in der Psychotherapie auseinander: von der geringen Lebenserwartung von Männern zum Körperverständnis von Jugendlichen, über männliche Perversionen, Rollen als Mann und Funktionen des Vaters.

Vorab: das Buch ist psychoanalytisch orientiert, was beispielsweise für Verhaltenstherapeuten, die Lektüre aufgrund der zugrunde liegenden Theorien und Fachbegriffe etwas schwieriger verständlich macht. Im ersten Kapitel werden Veränderungen im Bereich von Männlichkeitskonstruktionen zwischen Arbeit und Familie besprochen, u.a. mit dem Thema Entwicklung der Elternzeit. Im zweiten, sehr informativen Kapitel, werden

harte Fakten zur Männergesundheit vorgestellt (u.a. Mortalität, körperliche Erkrankungen, Depression und Suizid). Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit männlichen Jugendlichen, deren Körper, Identität und Beziehungen (u.a. Aggressionsverhältnisse zum Vater). Weitere Themen in den folgenden Kapiteln sind ältere Männer und Psychotherapie (u.a. Rollenkonflikte und Identität im Alter) sowie Migranten mit somatoformen Schmerzstörungen und die daraus entstehenden Konsequenzen für das Gesundheitssystem. Zudem wird das Konstrukt der Impulsivität bei Jugendlichen, auf dem Hintergrund der wachsenden Zahl von ADHS-Diagnosen vorgestellt. Im darauffolgenden Kapitel wird die Flucht von Männern aus Beziehungen auf dem Hintergrund des Fachbegriffes Philobatismus thematisiert, u.a. in die Welt des Internets. Hier wird das Thema anhand eines Fallbeispiels näher erläutert. Das Kapitel „Männliche Perversionen“ gibt einen Grundlagenabriss über Perversionen und Besonderheiten im therapeutischen Setting auf dem Hintergrund psychoanalytischer Theorien. Zuletzt werden in den abschließenden Kapiteln der Mann in der Psychoanalyse (als Therapeut oder Patient) und Übertragungs-/Gegenübertragungsprozesse vorgestellt, die Funktion des Vaters u.a. in Bereichen der Sexualität, des kindlichen Spieles, im Umgang mit Babys beschrieben sowie im Kapitel „Typisch Mann“ Vorurteile, mit Hilfe von aktuellen Studien und Fallbeispielen in Paartherapien, kritisch reflektiert.

Das Buch liefert vielfältige Informationen und neue Begrifflichkeiten, ermöglicht einen Perspektivenwechsel bzw. einen „neuen“ Blick auf männliche Patienten, gibt Einblicke in Fallbeispiele. Zusammenfassend ein spannendes Buch mit vielen Impulsen. Gefehlt haben mir jedoch mehr konkrete Perspektiven und Möglichkeiten, um Männer besser behandeln zu können. Gleichgeschlechtliche Beziehungen, Essstörungen, Essgewohnhei-

ten und Körperkultur bei Männern, sexueller Missbrauch von Männern und Gesundheit männlicher Migranten (nicht nur in Bezug auf Schmerzstörungen) werden nicht thematisiert.




Tobias Teismann, Christoph Koban, Franziska Illes, Angela Oermann
Psychotherapie suizidaler Patienten
Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden
 Reihe: Therapeutische Praxis – Band 83
 2016, Hogrefe
 206 Seiten
 ISBN 9783801725846
 39,95 € (Print)
 35,99 € (E-Book, PDF)

Rezensiert von
Aileen Dörries

2014 veröffentlichte die WHO erstmals einen Bericht über Suizide – der Organisation zufolge nehmen sich jedes Jahr mehr als 800.000 Menschen weltweit das Leben, mehrere Millionen Menschen verüben pro Jahr zumindest einen Suizidversuch. Insbesondere Psychotherapeuten, Psychiater sowie psychiatrische Pflegekräfte sehen sich regelmäßig mit dieser Thematik, gleichzeitig aber auch mit zum Teil eigenen Befangenheiten und Ängsten konfrontiert. In den vergangenen Jahren rückte die Suizidalitätsforschung vermehrt in den wissenschaftlichen Fokus mit



dem Ziel einer Ableitung effizienter therapeutischer Interventionen. In diesem Buch werden vorliegende Erkenntnisse zu einem Behandlungsleitfaden zusammengeführt, dabei bedienen sich die Autoren einer praxisorientierten Beschreibung und fallbezogener Veranschaulichung von Strategien und Methoden der Risikoabschätzung, Krisenintervention und Therapie verschiedenen Patientenklientels. Nach einem einleitenden Vorwort folgen Begriffsbestimmungen, ein epidemiologischer Überblick sowie Informationen über Risiko- und Resilienzfaktoren und mögliche Komorbiditäten unter Berücksichtigung von mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko assoziierten Störungsbildern. Des Weiteren stellen die Autoren verschiedene Erklärungsmodelle suizidalen Erlebens und Verhaltens vor, im Rahmen derer auf unterschiedliche psychosoziale Faktoren hingewiesen wird, welche bei der Diagnostik und Risikoabschätzung – diese Thematik wird anschaulich, anhand exemplarischer Gesprächsverläufe, in einem eigenen Kapitel berücksichtigt – von Suizidalität Beachtung finden sollten. Im Folgenden werden sowohl Strategien und Techniken zum kurzfristigen Krisenmanagement als auch Interventionen zur längerfristigen Behandlung suizidaler Patienten vorgestellt, wobei erstere auf die Abwendung (hoch-)akuter Suizidalität und letztere auf die Modifikation suizidfördernder personaler Bedingungen abzielen. Weiterhin geben die Autoren einen Überblick über den Bereich der Postvention, welcher sich mit den Mitbetroffenen eines Suizides befasst und gehen abschließend auf zentrale rechtliche Aspekte ein. Ich wünsche dem vorliegenden Buch eine weite Verbreitung – aus meiner Sicht ist es informativ, anschaulich und gut verständlich gestaltet und richtet sich primär an oben erwähnte Fachleute zwecks Abmilderung eventueller Befangenheiten sowie zur Erweiterung ihrer Ressourcen und praktischen Kompetenzen in der Behandlung suizidaler Patienten. 



Nina Spröder, Anne Brettschneider, Lilo Fischer, Jörg M. Fegert, Jasmin Grieb

SAVE Strategien für Jugendliche mit ADHS
Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation und Emotionsregulation

2013, Springer
 179 Seiten
 ISBN 9783642383618
 39,99 € (Print)
 ISBN 9783642383625
 29,99 € (E-Pub, PDF)


Rezensiert von
Sibylla Rehnitz

Das speziell für die Behandlung von Jugendlichen mit ADHS konzipierte Gruppentraining gliedert sich in die drei Teile „Theoretischer Teil“, „Praktischer Teil“ und „Zusatzmaterial“. Weiterhin steht ausführliches Onlinematerial zur Verfügung.

Der *Theoretische Teil* ist außerordentlich übersichtlich und kompakt gestaltet. Für ein Trainingsmanual ist dies völlig ausreichend, auch für Berufsanfänger bietet das Kapitel einen schnellen Überblick zu Epidemiologie, Komorbiditäten, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung von ADHS bei Jugendlichen. Sowohl die Farbgestaltung als auch die Strukturierung der Unterkapitel ist sehr benutzerfreundlich, die Sprache der Autoren ist klar und prägnant. Konzipiert wurde das standardisierte Gruppenprogramm für Jugendliche mit hyperkinetischen Störungen (nach ICD-10)

bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (nach DSM-IV-TR) im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. Bei einer Gruppengröße von sechs bis acht Jugendlichen wird die Durchführung des Trainings durch zwei Trainer empfohlen. Als hauptsächliches Ziel wird eine Kompetenzsteigerung in den drei Kernbereichen Aufmerksamkeit, Verhaltensorganisation und Emotionsregulation beschrieben. Das Training besteht aus zehn standardisierten Sitzungen, u.a. zu den Themen Problemlösen, Chaosorganisation, Aufmerksamkeit, Emotionsregulation und Selbstmanagement. Eine Besonderheit des Trainings ist die Einbeziehung eines sogenannten Trainingscoaches, ein Vertrauter des Jugendlichen, der ihn dabei unterstützen soll, Gelerntes in den Alltag zu übertragen.

Auch im *Praktischen Teil* setzt sich die übersichtliche Gestaltung bei der Gliederung der Sitzungen und den verwendeten Materialien fort. Das Manual bietet einen schnellen Überblick über den Inhalt der nächsten Sitzung und benötigte Materialien. Auch einzelne Module können problemlos und ohne großes Einlesen entnommen werden. Viele Module (insbesondere das Modul „Chaosorganisation“) lassen sich auch für die Einzeltherapie gut nutzen. Die Jugendlichen werden sehr stark in die individuelle Zielplanung eingebunden, was sich sicher positiv auf die Motivation zur Umsetzung auswirkt. Gleichzeitig wirken die Anforderungen an den Jugendlichen und sein Umfeld relativ hoch, auch zwischen den Sitzungen muss intensiv an den individuellen Zielen gearbeitet werden. Im Alltag der meisten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird eine Anpassung des Manuals nötig sein, da es meist nicht möglich ist, mit zwei Therapeuten zu arbeiten. Je nach Schwere der Störung müssen Inhalt und Dauer der Sitzungen (120 Minuten!) gegebenenfalls ebenfalls angepasst werden. Die bereitgestellten Materialien verdienen indes eine eigene Würdigung. Hier ist sehr erfreulich,



Sächsisches Krankenhaus
Großschweidnitz

Das Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Großschweidnitz sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

einen Psychologischen Psychotherapeuten (m/w) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden


Ihr Tätigkeitsfeld umfasst die Durchführungen von Diagnostik, Einzel- und Gruppentherapien in der Klinik für Neurologie und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.skh-grossschweidnitz.de

Ihre Bewerbung schicken Sie an:

**Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz
 Personalabteilung
 Dr.-Max-Krell-Park 41
 02708 Großschweidnitz
 oder bewerbung@skhgr.sms.sachsen.de**

dass ihre Gestaltung wirklich an Jugendliche angepasst wurde, sie wirken weder zu erwachsen, noch „peinlich-kindlich“ oder anbietend. Symbole und Zeichnungen sind zurückhaltend verwendet und doch ansprechend und eindeutig.

Fazit: Gut gelungenes Trainingsprogramm, das dank seiner Übersichtlichkeit und Benutzerfreundlichkeit sehr gut für einen zeitökonomischen Einsatz in der psychotherapeutischen Praxis geeignet ist. 



Esther Bockwyt
Der verhaltenstherapeutische Bericht an den Gutachter

VT-Anträge präzise und individuell erstellen

Mit Leitfaden für die Verhaltensanalyse und ätiopathogenetischer Tabelle


2016, Schattauer
 365 Seiten, 12 Abb., 37 Tab., kart.
 ISBN 978-3-7945-3103-5 (Print)
 ISBN 978-3-7945-6915-1
 (E-Book PDF)
 39,99 €

Rezensiert von
Aileen Dörries

Das vorliegende Buch der auf klinische Psychologie und Rechtspsychologie spezialisierten Diplom-Psychologin Esther Bockwyt

– auch Beraterin für Diagnostik und Therapieplanung – liefert eine theoretische wie praktische Anleitung für die qualitativ hochwertige, gleichzeitig aber effiziente sowie therapeutenressourcenfördernde Berichterstellung im Bereich der Verhaltenstherapie. Ergänzend werden auch Parallelen zwischen unterschiedlich fundierten Verfahren aufgezeigt, um das Schulendenken abzumildern. Nach einer kurzen Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile von Gutachterverfahren im Allgemeinen wird der Leser sukzessive durch die einzelnen Elemente der Berichterstellung geführt mit dem Ziel eines in sich kongruenten Gesamtberichtes, beginnend mit einer Übersicht von Aufbau und Inhalt der verschiedenen Antragsformen. Dabei bedient sich die Autorin anschaulicher grafischer und tabellarischer Darstellungen, kurzer theoretischer Exkurse sowie Kapitelzusammenfassungen und praktischer Checklisten zwecks Self-Monitoring. Mithilfe anonymisierter Fallvignetten wird der Leser zu eigenen Überlegungen eingeladen, die er auf beigefügten Übungsblättern festhalten und mit nachfolgenden exemplarischen Ausarbeitungen im Sinne von Positiv- und Negativ-Beispielen vergleichen kann. So sind in diesem Buch beispielsweise hilfreiche Übungen mit Lösungsvorschlägen zum Erstellen von Verhaltensanalysen (Mikro- und Makroebene) oder zur individuellen Therapieplanung mit korrespondierenden Therapiezielen enthalten. Weiterhin finden sich neben einem umfangreichen Sachverzeichnis Vorlagen zur übersichtlichen Strukturierung der zur Verfügung stehenden Patientennformationen sowie eine umfangreiche Auflistung verhaltenstherapeutischer Methoden einschließlich entsprechender Erklärungen.

Ich wünsche dem vorliegenden Buch eine weite Verbreitung – aus meiner Sicht handelt es sich hierbei um ein praktikables Instrument zur effizienten, patientenorientierten und damit individuellen und präzisen Gutachtenerstellung, welches

nicht zuletzt auch die Ressourcen des Antragstellers aktiviert und fördert. Damit richtet sich dieses Buch sowohl an angehende Psychotherapeuten, die sich im Augenblick in den Bereich der Antragstellung einfinden, als auch an Kollegen, die bereits über eine langjährige Berufspraxis verfügen und ihre eigenen theoretischen und/oder praktischen Kompetenzen bezüglich der Berichterstellung erweitern möchten. 





**Aktuelle
Rezensions-
angebote**

Unsere aktuellen Rezensions-
angebote finden Sie im Internet
unter www.dptv.de.

Leserbriefe



Zum Beitrag von Paul Nilges
Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen

In: Psychotherapie Aktuell 1.2016

Muss es wirklich eine zertifizierte Weiterbildung Schmerzpsychotherapie sein?

Als ich in den 90ern auf die Mitwirkung als Dozent angesprochen wurde, fand ich das Curriculum zu kopflastig/universitär und die Ausbildung zu teuer und zu aufwendig. M.a.W. es war für mich ein total praxisfernes Konstrukt. Also verzichtete ich. Denn in der gelebten Wirklichkeit kommt man schon mit zwei bis vier Techniken zur Ruheversenkung und mit zwei bis vier Techniken zu mentaler Schmerzbewältigung bestens zurecht. Meine Empfehlungen (der ich in der traditionellen Heilhypnose verankert bin) lauten:

(1) Atemzählen, Blick/Aufmerksamkeitsfixierung, Handlevitation sowie (2) Ruheort, Handschuhtaubheit, Schmerzgestalt, Atemlenkung. Das ist eine solide Grundlage, alles Weitere lernt man im Laufe der Zeit von den Patienten. Vom Aufwand her geht es um ein paar Stunden Selbststudium. Das Wissen selbst steht als Download frei

und ohne jede Folgekosten zur Verfügung (Anfrage über hypnose@wichtig.ms). Andernfalls empfehle ich „Wieder gesund werden“ von Simonton u.a. (Kap. 16) und „Superlearning“ von Ostrander und Schroeder (Kap. 12).

Dr. T. Svoboda



Zum Beitrag von Elisabeth Jentschke

Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen im Palliativbereich

In: Psychotherapie Aktuell 4.2016

Sehr geehrte Redaktion, ich möchte hiermit kurz auf eine Ausführung von Frau Dr. Jentschke in ihrem o.g. Beitrag eingehen: Am Ende der Einleitung ist zu lesen, dass ambulante Psychotherapie einen wichtigen Baustein darstellen kann, allerdings ist weiter zu lesen: Nur „so lange die Mobilität für den Besuch einer Praxis gegeben ist“. Diese Einschränkung ist für mich nicht verständlich und berufspolitisch von sehr hoher Relevanz! Natürlich ist es vor allem wichtig, ambulante psychotherapeutische Arbeit mit Palliativpatienten im Rahmen von Hausbesuchen anzubieten! Am Ende des Beitrages von Frau Jentschke ist ferner zu lesen, dass im ambulanten Bereich „noch lange keine (...) Möglichkeit zur geregelten palliativpsychologischen Versorgung in Sicht“ (sei) ... – Wenn die Psychotherapeuten nicht in diesen Bereich mit hineingedacht werden, mag das so sein,

aber ambulante psychotherapeutische Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten gibt es (jetzt und hier)! Ich arbeite nun seit 1,5 Jahren ambulant mit Palliativpatienten im Hausbesuchssetting, was ja im Rahmen von Krisenintervention möglich ist, sodass es bei meinen Anmerkungen mitnichten bei theoretischen Ausführungen bleibt. Natürlich wäre es toll, wenn es Extraabrechnungsmöglichkeiten für Palliativpsychologen gäbe, aber das ist ja wünschenswerte Zukunftsmusik. Was jetzt da und möglich ist, sind ambulante psychotherapeutische Begleitangebote durch Psychotherapeuten. Somit wünsche ich mir, dass genau das beworben und vorgestellt wird, was ich in meinem Artikel (Anm. der Red. s. Seite 34), beschrieben habe, beispielsweise geschehen könnte.

Sarah Springer

Prüfungsvorbereitung leicht gemacht: E-Learning

Überprüfen Sie Ihr Wissen auf piaportal.de



Original
IMPP
Prüfungs-
fragen!

PiAPORTAL

Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung

VERBANDSINTERN

Adressen DPTv

Bundesgeschäftsstelle

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

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

Bundesvorstand

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

Stellv. Bundesvorsitzende

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
GebhardHentschel@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß
Kluförder Straße 3
26409 Wittmund
EnnoMaass@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
SabineSchaefer@dptv.de

Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
KerstinSude@dptv.de

Vorstand der Delegierten- versammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg
Dr. Alessandro Cavicchioli
Mitarbeiterin: Sabine Abele
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0791 94016973
gs-bw@dptv.de
Mo 8.30–13.30 Uhr
Di, Do 8.00–13.00 Uhr

Bayern
Rudolf Bittner
Innere Münchener Str. 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

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

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

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

Bremen
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
Felicita 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: Lucia Müller
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
Mo 10.00–14.00 Uhr
Do 9.00–12.00 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
Kommissarische Landesvorsitzende
Dr. Marianne Konrath-Jalbert
Am Stützenwald 25
66877 Ramstein-Miesenbach
m.konrath-jalbert@gmx.de

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

Sachsen
Sven Quilitzsch
Moritzstraße 14
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivial.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,
Dr. Enno E. Maaß, Mechthild Lahme,
Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlages unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Bildnachweis
fotolia.com, privat, Pressestelle G-BA (S. 24)

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

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

Druck
Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335



Praxisabgabe

KJP-Praxis (VT) in Trier, KV-Zulassung vorhanden, abzugeben. Suche im Gegenzug Praxis in Berlin, KV-Zulassung erwünscht. Kontakt: tausch.trier.berlin@gmail.com

Ravensburg
Hältiger Praxissitz zu verkaufen. Teilzulassung vorhanden. Geplante Abgabe Oktober 17 oder Januar 18. Auch Job-Sharing möglich. Bevorzugt VT. g.ahrens@stichrv.de

Halbe Praxis (TP), Lkr. Roth/Mittelfranken, abzugeben. KV-Zulassung vorhanden. Chiffre PTA20170102

Nachfolger/in für halbe Praxis (PP/TP/VT) in Altenkirchen (Westerwald) zeitnah gesucht. KV-Zulassung vorhanden. Vollaussgelastete Praxis mit großer Nachfrage. AloLehmann@t-online.de
Telefon: 02681 9849999

Praxisgesuch

(Halbe) KJP-Praxis in Wiesbaden gesucht
Praxis (bevorzugt halber Praxisanteil) von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP) zu kaufen gesucht in Wiesbaden, KV-Zulassung erwünscht. Gerne unterstütze ich bei der Organisation. Ich freue mich über Ihre Kontaktaufnahme unter kjp-praxis.gesucht@gmx.de

Praxisvermietung

BONN CITY UNTERVERMIETUNG
Praxisraum, auch zeitanteilig zur Durchführung von Einzelpsychotherapie. TOP-Lage. Kontakt: praxisinbonn@gmail.com

Verschiedenes

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

Probleme beim Erstellen des Berichts an den Gutachter? Diplom-Psychologin mit KVT-Spezialisierung und jahrelanger Erfahrung in der Berichtsupervision bietet Hilfe bei der Erstellung des Antrags (VT). Ortsungebundene Beratung per Mail, Post oder telefonisch: 0174 4818087
therapieantragshilfe@gmail.com

Selbsterfahrung-Encounter **L(i)eben und Verstehen**
09.-16.09.2017
Kreta-Gerani-Griechenland
http://encounter.beate-hofmeister.de

Bonn-City:
Interventionsgruppe berufsbezogene Psychotherapie. Nette Kollegen gesucht. Einmal monatlich.
Kontakt: bonmentis@gmail.com

Power auf Dauer ... für den Erfolg TRAININGS-CAMP Work-Life-Balance Führungskräfte, Geschäftsführer und Inhaber Inspiration & Genuss pur... für Körper Geist und Seele *vom 14. bis 22. September 2017* Training, Coaching, Entspannung, Wellness- & Erlebnisprogramm Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten · www.personal-aktiv.de, Telefon: 0561 7004511

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

Nicht suchen.
Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Anzeigenschluss für Heft 2.2017:
28.04.2017

Nicht suchen.
Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Kleinanzeigenpreise 2017

Pro Millimeter: 2,50 €

Mindesthöhe: 20 mm

ERTEILEN SIE DEM WORT DAS LETZTE WORT.



THE WEAPEN

Im Jahr 2015 wurden weltweit 144 Medienschaffende getötet. Und mit ihnen ein Stück unserer Informationsfreiheit. Um ein weltweites Zeichen gegen gewaltsame Unterdrückung zu setzen, entwickelten wir von Reporter ohne Grenzen: THE WEAPEN. 144 limitierte Kugelschreiber für 144 ermordete Reporter.

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

REPORTER OHNE GRENZEN
FÜR INFORMATIONSFREIHEIT

Kleinanzeigenpreise 2017

Pro Millimeter: 2,50 €

Mindesthöhe: 20 mm

Inserentenverzeichnis

Ausbildungsprogramm Psychol. Psychotherapie, Institut für Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt a.M.Seite 49
 Deutscher Psychologen Verlag GmbH, BerlinSeite 41
 Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn.....Seite 45
 Elron Versicherungsmakler, Essen.....Seite 28
 Epikursoftware GmbH & Co. KG, BerlinSeite 13
 IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, FürthSeite 37
 Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, MünsterSeite 35
 misw Münchner Institut für systemische Weiterbildung, MünchenSeite 33
 Pluswert e.K., MünsterSeite 27
 Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz Seite 53

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
 Psychotherap. Fachpraxis, Dipl.-Psych. Claudia Weinspach, Münster
 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
 Verlagsgruppe Beltz GmbH & Co.KG, Weinheim

Liebe DPtV-Mitglieder,
 bitte geben Sie Ihre Anzeige über unser Portal www.medhochzweiverlag.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 Verleges

Anzeigen

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

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

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:
 medhochzwei Verlag
 Frau Sabine Hornig
 Chiffre PA

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

Alte Eppelheimer Straße 42/1
 69115 Heidelberg

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 Verleges

Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 02.06.2017.

welt hunger hilfe

ES REICHT!

FÜR ALLE. MIT IHRER HILFE.

Jetzt spenden und Perspektiven schaffen: welthungerhilfe.de

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

DZI Spenden-Sieger



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Sie planen eine Praxisübergabe?

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

Der umfangreiche Leitfaden soll Sie unterstützen Ihre Praxisweitergabe unter Praxiswerterhaltung frühzeitig und vorausschauend zu planen. Sie erhalten hier fundiertes und umfangreiches Wissen und viele Tipps, so dass sich viele Möglichkeiten für den individuell planbaren Ablauf eröffnen. Die Broschüre berücksichtigt die Änderungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz. Die Neuauflage berücksichtigt den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.06.2016 sowie das BSG-Urteil vom 04.05.2016 zum „Verzichtsmodell“.



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



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

SYM POS IUM 2017

Anmeldung

Der Besuch der Veranstaltung ist kostenfrei. Eine schriftliche Anmeldung wird erbeten bis zum **12. Juni 2017** an bgst@dptv.de oder per Fax an 030/235009-44. Eine Anmeldebestätigung erfolgt nicht.

Zertifizierung

Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte beantragt.

Weitere Informationen auf www.dptv.de

Vorträge und Diskussion

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben in vielen Lebensbereichen unserer Gesellschaft zu Veränderungen geführt. Die junge Generation wächst in einer Lebenswelt auf, die u.a. geprägt ist von einem veränderten Rollenverständnis, von Berufstätigkeit beider Eltern und neuen Medien. Psychische Erkrankungen beginnen nicht selten schon im Kindes- und Jugendalter und können bis ins hohe Alter weiterbestehen. Das frühzeitige Erkennen und Behandeln ist immens wichtig für eine adäquate Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Psychische Erkrankungen sind oft mit Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen verbunden. In Anbetracht von Ganztagschulen und oft hohen zeitlichen Alltagsanforderungen wollen wir uns der Frage stellen, wieweit unsere derzeitigen Behandlungskonzepte dafür ausreichend sind.

Mit unserem Symposium wollen wir uns gezielt mit diesen Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in ihrer Lebenswelt auseinandersetzen und die zentralen Erfordernisse für diesen Versorgungsbe-
reich herausarbeiten. Im Anschluss an die Fachvorträge werden wir dann die Frage „Passt die psychotherapeutische Versorgung zur heutigen Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen?“ in unserer Podiumsdiskussion mit Vertretern aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen erörtern.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und auf ein spannendes Symposium 2017.

22. Juni 2017, 13.00-18.30 Uhr

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