DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

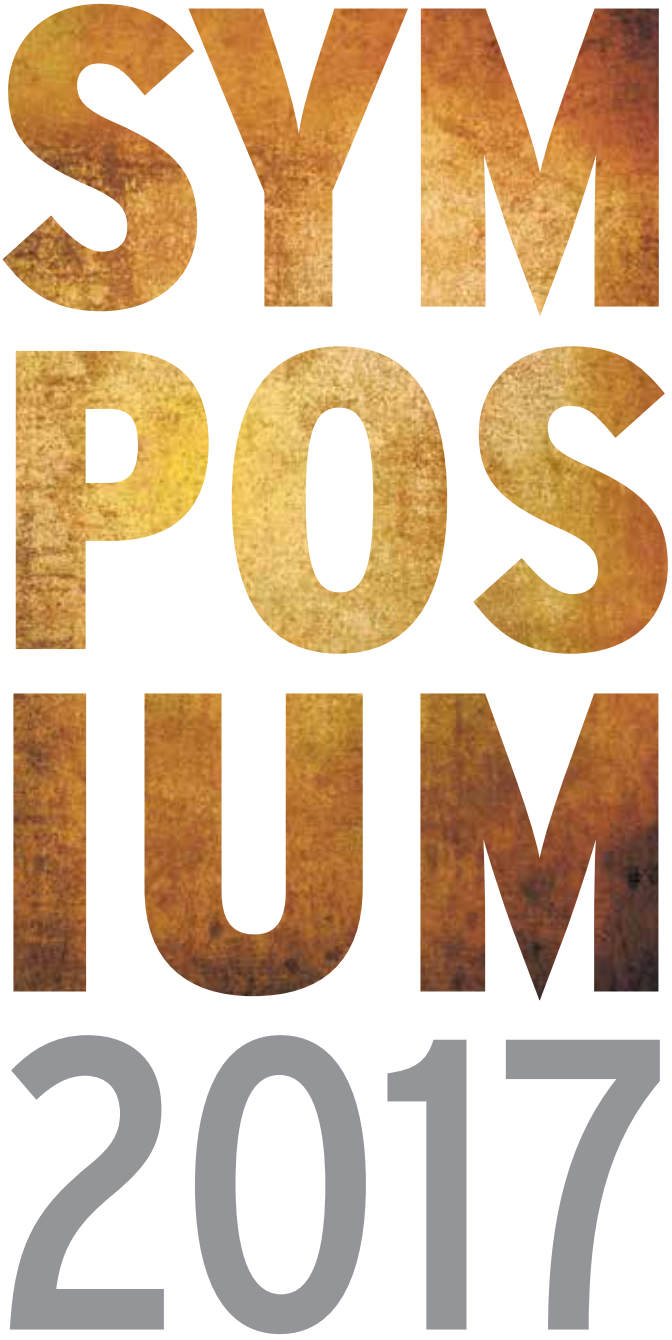
# Psychotherapie Aktuell

9. Jahrgang | Heft 2.2017

- Beschwerlicher Start für die neue Psychotherapie-Richtlinie
- Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie in der Praxis
- (Aus)Bildungskosten – So gibt es Geld vom Finanzamt

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

# Psychotherapie in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen




## 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 Ganztagsschulen 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 Versorgungsbereich 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.

## 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**

## 22. Juni 2017, 13.00-18.30 Uhr

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

## Mit diesem Beschluss wird die gesamte Reform der Psychotherapie-Richtlinie ausgehebelt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 29. März 2017 konnten Sie diese Erklärung in unserer Pressemitteilung zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses lesen, die wir gemeinsam mit dem bvvp und der VAKJP abgaben.

„Well, if you pay peanuts, you'll get monkeys!" Diese amerikanische Weisheit drängte sich unweigerlich auf, als dieser Beschluss zur Vergütung der neuen Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie bekannt wurde. Ist sich der GKV-Spitzenverband der Krankenkassen überhaupt bewusst, welche negativen Folgen solch eine Honorarentscheidung auf die Umsetzung der neuen Leistungen haben kann?

Die Positionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes lagen im Bewertungsausschuss weit auseinander und so wurde die Schiedsstelle, der Erweiterte Bewertungsausschuss, eingeschaltet. Der am 29. März 2017 sehr zugunsten der Krankenkassen gefällte Schiedsspruch ist ein herber Rückschlag für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland. Wieder werden unsere Bemühungen, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen kontinuierlich zu verbessern, missachtet. So werden die neuen Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde" und der „Psychotherapeutischen Akutbehandlung" noch schlechter honoriert als die bisherige Psychotherapiesitzung. Und das, obwohl gerade diese Leistungen ein erhöhtes Maß an therapeutischem Aufwand, Bürokratie und Kooperation benötigen. Wie hoch komplex, zeitintensiv und anspruchsvoll die Psychotherapeutische Sprechstunde tatsächlich ist, erleben wir seit dem 1. April in unseren Praxen.

Auch die immer schon schlecht bezahlten – nun verpflichtenden – Probatorischen Sitzungen wurden nicht aufgewertet. Selbst der inzwischen vom Sozialgericht Marburg in erster Instanz als rechtswidrig beurteilte „Strukturzuschlag", den aufgrund seiner Konstruktion bisher nur ca. 50 % aller psychotherapeutischen Praxen erhalten, wird beibehalten. Dies werten wir erneut als Geringschätzung unserer psychotherapeutischen Arbeitsleistung. Wir haben als erste Reaktion, um nachträglich eine Korrektur des Beschlusses zu bewirken, das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu beanstanden. Viele Kolleginnen und Kollegen in der DPtV haben ebenfalls ihre Empörung kundgetan und Briefe an Entscheidungsträger und Politikerinnen und Politiker geschrieben.

Umso mehr begrüßen wir die Unterstützung der KBV! Diese hat am 27. April 2017 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in Potsdam Klage gegen diesen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses eingereicht.

Wir arbeiten weiter für die notwendige Reform der Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In diesem Zusammenhang fordern wir die Politikerinnen und Politiker aller Parteien auf, diese Reform, trotz anstehender Bundestagswahl am 24. September 2017, fortzusetzen. Die Gründe für die Reform – die unklaren Zugangsvoraussetzungen und die prekäre Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) – sind weiterhin aktuell! Wir hoffen sehr, dass die Verantwortlichen im Bundesministerium für Gesundheit hier zeitnah eine Gesetzesvorlage vorstellen werden.

Die Jahresmitte hält auch Erfreuliches parat: Unser diesjähriges DPtV-Symposium am 22. Juni 2017 trägt das Motto „Psychotherapie in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen". Wir laden Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, herzlich ein, die Vorträge zu besuchen und sich an den Diskussionen zu beteiligen.

Herzlichst
Ihre

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

NEU

Inge Seiffge-Krenke
**Die Psychoanalyse des Mädchens**
423 Seiten, gebunden
€ 45,– (D). ISBN 978-3-608-96156-0

Mädchen, eigentlich die Gewinner der Bildungsentwicklung, sind immer häufiger in Therapien anzutreffen. Die Autorin zeigt, welche Konstellationen und zentralen Beziehungskonflikte zu psychischen Störungen führen, was daran »typisch weiblich« ist, und welche therapeutischen Herausforderungen sich daraus ergeben.

Lenka Staun
**Mentalisieren bei Depressionen**
Reihe Mentalisieren in Klinik und Praxis
Hrsg. von Ulrich Schultz-Venrath
230 Seiten, gebunden
€ 30,– (D). 978-3-608-96139-3
Erscheint am 8. April 2017

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wird seit neuestem auch bei Depressionen erfolgreich angewandt. Dieses Grundlagenbuch verbindet anschaulich Theorie und klinische Anwendung.

Thomas Prünte
**Wie geht es mir heute?**
44 mögliche und unmögliche Arten, eine Therapiesitzung zu beginnen
231 Seiten, broschiert
€ 25,– (D). ISBN 978-3-608-96110-2

Dieses inspirierende Buch hilft Therapeuten und Beratern, ihr Repertoire für den Einstieg in die Sitzungen zu erweitern. Der therapeutische Prozess gewinnt dadurch an Lebendigkeit, das Wesentliche wird fokussiert und der Klient zur produktiven Mitarbeit angeregt.

Claus Derra, Corinna Schilling
**Achtsamkeit und Schmerz**
Stress, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Schmerz wirksam lindern
235 Seiten, gebunden, mit Hör-CD
€ 25,– (D). ISBN 978-3-608-96099-0

Mit Achtsamkeitsübungen richtig angewandt lassen sich (chronische) Schmerzen wirkungsvoll und nachhaltig behandeln. Buch und CD liefern Hilfestellungen und einfache Übungen, die Betroffenen ein gutes Leben trotz Schmerz ermöglichen.

Veronika Schröter
**Messie-Welten**
Das komplexe Störungsbild verstehen und behandeln
Mit einem Vorwort und einem Forschungskapitel von Dieter Ebert
216 Seiten, broschiert
€ 25,– (D). ISBN 978-3-608-89183-6

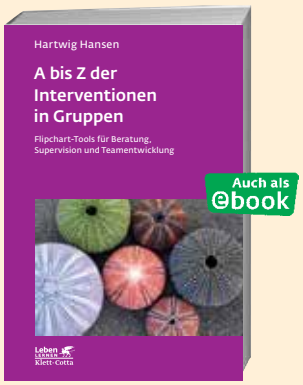
Messies können in Zukunft wirksamere Hilfe erhalten. Die Ursachen wie auch die Erscheinungsweisen der Störung werden in einer Differenzierung dargelegt, die erstmals konkrete Behandlungsschritte für alle Messie-Typen erlaubt.

von Wachter, Hendrischke
**Das Ressourcenbuch**
Selbstheilungskräfte in der Psychotherapie erkennen und von Anfang an fördern
177 Seiten, broschiert
€ 23,– (D). ISBN 978-3-608-89173-7
Erscheint am 8. April 2017

Eine ressourcenfokussierte Grundhaltung beeinflusst die Behandlung verschiedener Störungsbilder positiv. Die Orientierung an den Selbstheilungskräften beginnt mit der ersten Therapiestunde und bereichert alle Behandlungsphasen.

Dunemann, Weiser, Pfahl
**Traumasensibles Yoga – TSY**
Posttraumatisches Wachstum und Entwicklung von Selbstmitgefühl
247 Seiten, broschiert, mit zahlreichen Abbildungen
€ 28,– (D). ISBN 978-3-608-89181-2
Erscheint am 8. April 2017

Traumasensibles Yoga (TSY) ist ein praktisch erprobter und theoretisch reflektierter Ansatz, der Resilienz und Posttraumatisches Wachstum fördert. Im Mittelpunkt steht die Anwendung im Rahmen einer umfassenden Psycho- sowie Yogatherapie.

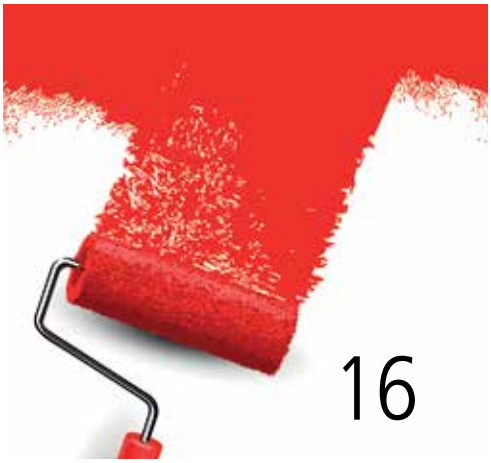



Hartwig Hansen
**A bis Z der Interventionen in Gruppen**
Flipchart-Tools für Beratung, Supervision und Teamentwicklung
239 Seiten, broschiert, großes Format, mit zahlreichen Abbildungen
€ 29,– (D). ISBN 978-3-608-89186-7

Beratungsprozesse in Teams und Gruppen sind komplex und stellen eine große Herausforderung für die Moderierenden dar. Die komprimiert-kreative Darstellung der wichtigsten Themen und Tools kann die Arbeit des Beraters sowie die Teamprozesse entscheidend verbessern.

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

Fachbuch Klett-Cotta



## GESUNDHEITSPOLITIK

6 **Dieter Best**
Beschwerlicher Start für die neue Psychotherapie-Richtlinie. Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt neue Leistungen zu Dumpingpreisen gegen die Stimmen der KBV

12 **Anne Maria Günther**
Neustrukturierung des Bundeskriminalamtgesetzes

## AUS DER PRAXIS

**Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie in der Praxis**

17 **Markus Plantholz**
Zur Delegation der telefonischen Erreichbarkeit und zur Übertragung an externe Dienstleister

Ist eine Vertretung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde bzw. der Akutbehandlung möglich?

Braucht es einen Konsiliarbericht vor einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung?

21 **Enno E. Maaß**
Diagnostik und Empfehlungen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus verhaltenstherapeutischer Sicht

24 **Kerstin Sude**
Ausgestaltung der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus Sicht der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

29 **Heiko Borchers**
Spezielle Auswirkungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

32 **Michaela Willhauck-Fojkar**
Veränderte Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. Wird dies in der neuen PT-V und PT-RL berücksichtigt?

36 **Sabine Schäfer, Mechthild Lahme**
101 Fragen und Antworten zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

## ANGESTELLTE

50 **Michael Kladny**
Psychische Komorbiditäten. Tagung der Deutschen Rentenversicherung Bund am 24./25.02.2017. Impressionen eines Psychotherapeuten

## RECHTS- UND STEUERFRAGEN

52 **Christiane Müller**
(Aus) Bildungskosten. So gibt es Geld vom Finanzamt

## VERANSTALTUNGEN

55 **Veranstaltungskalender Juli bis September 2017**

## VERBANDSINTERN

56 **Adressen DPtV**
**Impressum**

## ANZEIGEN

57 **Kleinanzeigen**

Dieter Best

# Beschwerlicher Start für die neue Psychotherapie-Richtlinie

**Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt neue Leistungen zu Dumpingpreisen gegen die Stimmen der KBV**

**Nachdem die neue Psychotherapie-Richtlinie beschlossen und die Psychotherapie-Vereinbarung Anfang 2017 überarbeitet war, fehlte als dritter und letzter Baustein der Reform noch ein Beschluss des Bewertungsausschusses zur Beschreibung und Vergütung der neuen Leistungen im EBM. Am 29. März, also denkbar knapp vor dem Start der Reform am 1. April, musste die Entscheidung im Bewertungsausschuss fallen. Weil die Positionen der Trägerorganisationen, KBV und GKV-Spitzenverband, aber nicht vereinbar waren, wurde von beiden Seiten der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen. Dieser Ausschuss ist ein Schiedsgremium und besteht aus den Mitgliedern des Bewertungsausschusses und drei unparteiischen Mitgliedern mit Prof. Wasem als Vorsitzendem. Vom Verfahrensablauf her ist die Einberufung des Erweiterten Bewertungsausschusses unproblematisch, weil Prof. Wasem, seine Beisitzer und die Stellvertreter in der Regel ohnehin an den Sitzungen des Bewertungsausschusses teilnehmen. Es lag nun in seiner Hand, die Reform der Psychotherapie-Richtlinie zu einem guten Abschluss zu bringen. Die Chance hat er nicht genutzt, sein gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband gegen die Stimmen der KBV gefasster Beschluss bremst die Reform der Psychotherapie-Richtlinie aus. Nachfolgend werden der Beschluss und seine Konsequenzen erläutert. Weil die Sitzungen und Verhandlungen vertraulich sind, können Einzelheiten jedoch nicht berichtet werden.**

**Dieter Best (DPtV) und Jürgen Doebert (bvvp), stellvertretende Mitglieder des Bewertungsausschusses, waren in der entscheidenden Sitzung anwesend. Es war für beide ihre letzte Sitzung in diesem Gremium. Dies ist auch ein Anlass für einige persönliche Anmerkungen zum Verhandlungsergebnis und zum Verhalten der Krankenkassen.**

## Im Vorfeld

Parallel zu den Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und KBV zur Psychotherapie-Vereinbarung im Herbst 2016 begannen die ersten Gespräche zu den Vergütungsregelungen in den Untergremien des Bewertungsausschusses. Zur Abstimmung der KBV-Position hatten regelmäßige Gespräche zwischen den Vertretern der Psychotherapeuten in der KBV-Vertreterversammlung einerseits und dem KBV-Vorstand und dem zuständigen Dezernat andererseits stattgefunden. Im Verlaufe dieser Gespräche festigte sich die Position der KBV, dass die Strukturzuschläge abgeschafft und durch einen, *jeder* psychotherapeutischen Kernleistung (Sprechstunde, Akutbehandlung, Probatorische Sitzungen, genehmigte Leistungen) zuzuschlagenden Personalkostenanteil ersetzt werden müssten. Der Preis für eine Einzeltherapie läge dann bei etwa 96 €. Um darüber hinaus die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung besonders zu fördern und den vergleichsweise höheren Zeitaufwand dieser Leistungen und die zu erwartende relativ hohe Ausfallrate durch Nichterscheinen von Patienten zu kompensieren, wurde eine Vergütung vorgeschlagen, die sich an den Vergütungen der Selektivverträge in Baden-Württemberg orientiert, d.h. ca. 120 € Umsatz für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung.

Die GKV-Seite hatte sich lange mit einem eigenen Vorschlag zurückgehalten. Als er schließlich auf dem Tisch lag, war klar: die Reform darf nichts kosten oder soll sogar Geld einsparen. Ihr Vorschlag sah vor, Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung deutlich schlechter als die genehmigungspflichtigen Leistungen zu vergüten, Probatorische Sitzungen noch schlechter als bisher und die Strukturzuschläge beizubehalten. Bei diesem Szenario war es schon verwunderlich, dass Sprechstunde und Akutbehandlung in die Strukturzuschlagsregelung einbezogen werden sollten.

Als der Krankenkassenvorschlag auf dem Tisch lag, war klar: Die Reform darf nichts kosten

Angesichts der weit auseinanderliegenden Vorschläge schien eine Einigung im Bewertungsausschuss kaum möglich. Die Position der Psychotherapeuten war aber eindeutig: bei der bis zuletzt unverrückbaren Haltung der Krankenkassen sollte ein Kompromiss nicht angestrebt und stattdessen der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen werden. Ein Kompromiss auf niedrigster Ebene hätte den Psychotherapeuten nichts genützt, wäre ein schlechtes Signal an die Aufsichtsbehörde und die Politik gewesen und hätte die Psychotherapeuten an ihrer Interessenvertretung durch die KBV zweifeln lassen. Es ist deshalb ein Gutes im Schlechten, dass die KBV bis zuletzt die berechtigten Interessen ihrer Psychotherapeuten vertreten und den Vorschlag der Krankenkassen und des unparteiischen Vorsitzenden abgelehnt hat.

## Die Beschlüsse vom 29. März

Zwei Beschlüsse wurden gefasst:

Zum einen wurde einvernehmlich, d. h. mit den Stimmen der KBV, beschlossen, die beiden neuen Leistungen „Psychotherapeutische Sprechstunde" (EBM-Nummer 35151) und „Psychotherapeutische Akutbehandlung" (EBM-Nummer 35152) in den EBM aufzunehmen. Zusätzlich wurden einige Änderungen der Leistungen des EBM-Abschnittes 35.1 und 35.2 und eine Neustrukturierung des EBM-Abschnittes 35.2 beschlossen. Die neue Struktur wird am 1. Juli 2017 in Kraft treten. Sie ist notwendig, weil künftig zwischen den Leistungen der KZT 1 und KZT 2 unterschieden wird und eine völlig neue Systematik der Gruppentherapie entwickelt wurde. Bei der Gruppentherapie gibt es künftig eine variable Vergütung je Teilnehmer, abhängig von der Teilnehmerzahl. Der Vorteil ist, dass Ausfälle von Patienten kompensiert werden können. Wir bewerten das Konzept nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen als sinnvoll, sondern auch, weil es eine größere Flexibilität bei der Zusammensetzung der Gruppen erlaubt. Mit der bereits mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung eingeführten Flexibilisierung bei Kombinationsbehandlungen ist das neue Vergütungskonzept ein weiterer Anreiz für Gruppentherapien. Außerdem werden Gruppentherapien insgesamt höher bewertet als bisher. Neben diesen Vorteilen schlägt negativ zu Buche, dass die Gruppen mit 4 oder 5 Teilnehmern schlechter bewertet werden als bisher.

Leider enthielt dieser Beschluss aber auch Nachteile, wie zum Beispiel Abrechnungsausschlüsse von übenden und suggestiven Interventionen in direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Sprechstunde und Akutbehandlung oder der Nicht-Teilbarkeit der 50-minütigen Langzeittherapiesitzungen bei der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Ein weiteres negatives Detail ist die Kennzeichnung der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung als spezialisierte fachärztliche Versorgung. Das bedeutet, dass bei den Patienten, bei denen eine Sprechstunde oder Akutbehandlung in einem Quartal abgerechnet wird, keine „Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung" (PFG) bezahlt wird. Die PFG besteht aus den beiden EBM-Nummern 23216 und 23218. Beide zusammengenommen ergeben ca. 22 € je Behandlungsfall. Wir hoffen, dass das BMG auch an dieser Stelle eingreift.

In einer umfangreichen Stellungnahme haben wir der KBV unmittelbar nach dem Beschluss unsere Bedenken und Änderungsvorschläge mitgeteilt.

Beim zweiten Beschluss vom 29. März ging es um die *Bewertung* der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung. Der Beschluss wurde mit den Stimmen der Krankenkassen und des Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses gegen die Stimmen der KBV getroffen. Beschlossen wurde:

- die Bewertung der Psychotherapeutischen Sprechstunde mit 406 Punkten je vollendeten 25 Minuten, d.h. 42,75 € bzw. 85,50 € je 50-Minuten-Sitzung.
- die Bewertung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung mit ebenfalls 406 Punkten je vollendeten 25 Minuten, d.h. ebenfalls 42,75 € bzw. 85,50 € je 50-Minuten-Sitzung.
- die Einführung eines neuen Zuschlags zur Sprechstunde und Akutbehandlung mit 69 Punkten, bzw. bei einer 50-minütigen Sitzung mit 138 Punkten. Eine maximal ausgelastete Praxis kann höchstens den hälftigen Zuschlag erreichen, entsprechend 7,27 € für 50 Minuten.
- die Nichtanpassung der Bewertung der Probatorischen Sitzung, die weiterhin mit 621 Punkten bewertet wird.
- die Aufnahme der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung in die Strukturzuschlagssystematik, nicht jedoch die Einbeziehung der Probatorischen Sitzungen in diese Systematik.

Unsere Kritik richtete sich aber hauptsächlich gegen die Bewertung der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung und der aus unserer Sicht rechtswidrigen Beibehaltung und Verschärfung der Zuschlagssystematik.

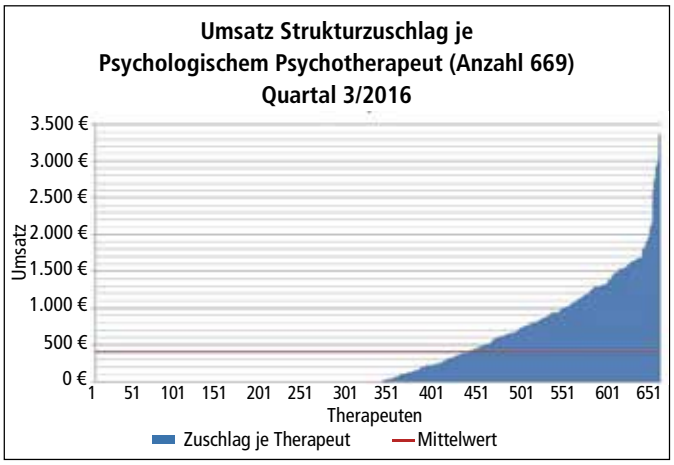
In einem Brief an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vom 7. April haben die Verbandsvorsitzenden Barbara Lubisch (DPtV), Dr. Erika Goez-Erdmann (bvvp)

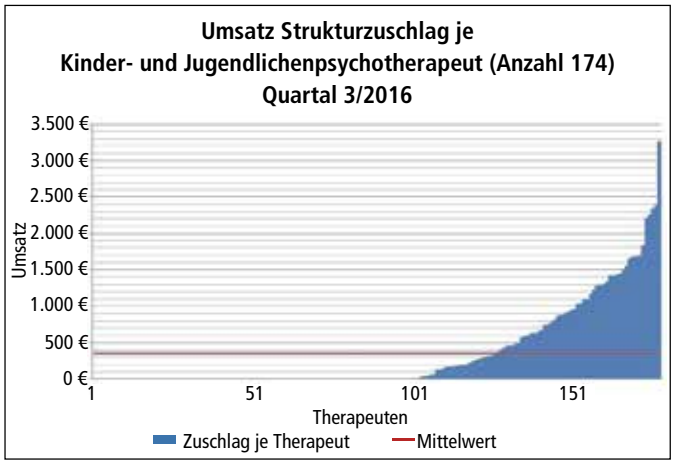
***Aus dem Brief an Bundesgesundheitsminister H. Gröhe***

*„Mit diesem Beschluss unterläuft der Erweiterte Bewertungsausschuss den vom Gesetzgeber im GKV-VSG formulierten Auftrag, das Angebot für psychisch kranke Patientinnen und Patienten zu verbessern und zu flexibilisieren. Psychotherapeuten, die diese zeitlich aufwändigen Leistungen zu Lasten des Angebots an genehmigungspflichtiger Psychotherapie in ihren Praxen vorhalten, müssen dafür finanzielle Nachteile hinnehmen. Praxispersonal zur Unterstützung der Organisation kann nicht in ausreichendem Maß vorgehalten werden und eine Anreizwirkung, wie von den Psychotherapeuten gefordert, ist in keiner Weise gegeben. Wir bitten Sie, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss vom 29.03. zu beanstanden."*

und Uwe Keller (VAKJP) gegen den Beschluss protestiert und den Minister darum gebeten, ihn zu beanstanden. Drei Gründe werden genannt:

1. Obwohl der Aufwand für die Sprechstunde und Akutbehandlung größer als bei den genehmigten Leistungen ist, werden sie um 3,6 % schlechter bewertet.
2. Der von den Krankenkassen in Pressemeldungen behauptete Substitutionseffekt, Probatorische Sitzungen und 10-minütige Gesprächsleistungen würden im Wert von 100 Millionen Euro zum Vorteil der Psychotherapeuten durch Psychotherapeutische Sprechstunden ersetzt, ist eine durch nichts belegte Spekulation.
3. Die Strukturzuschlagsregelungen werden noch weiter zu Lasten der Psychotherapeuten verschärft: weil Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung schlechter bewertet werden als die genehmigten Leistungen, ist auch der Strukturzuschlag mit 138 Punkten für eine 50-Minuten Sitzung geringer als der Strukturzuschlag für eine genehmigte Psychotherapiesitzung. Das Kriterium für die Strukturzuschläge wird damit von noch weniger Praxen erreicht als bisher. Eine Praxis mit maximaler Auslastung gemäß der Definition des BSG kann die von der Rechtsprechung vorgegebenen Personalkosten von 15.000 € im Jahr prinzipiell nicht mehr erreichen. Wie wenig die Psychotherapeuten von den bisherigen Strukturzuschlägen profitieren, zeigt eine Auswertung der KV Rheinland-Pfalz der aktuell verfügbaren Abrechnungsergebnisse des Quartals 3/2016. Ausgewertet wurden alle Praxen mit vollem und halbem Versorgungsauftrag der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bei ersteren erhält nur knapp die Hälfte einen Zuschlag, bei letzteren sind es nur 40 %. Über alle Praxen tragen die Zuschläge weniger als 1.600 € im Jahr und nicht mehr als ein bis zwei Euro je Sitzung zum Umsatz bei. Nach der BSG-Rechtsprechung müssten es 7,53 € je Sitzung sein.




## „Verheerendes Ergebnis für die psychotherapeutische Versorgung" – KBV und KVen in ihrem Protest auf der Seite der Psychotherapeuten

Der Beschluss zur Bewertung löste eine Welle der Empörung aus. Eine erste Pressemeldung der auf KBV-Ebene koalierenden Verbände DPtV, bvvp und VAKJP bezeichnete den Beschluss als „verheerend". In die gleiche Richtung gingen Pressemeldungen der Bundespsychotherapeutenkammer, der Landespsychotherapeutenkammern und Psychotherapeutenverbände. Auch KBV und KVen äußerten sich negativ über den Beschluss. In einer Pressekonferenz sagte die KBV: „Knapp 43 € für Psychotherapeutische Sprechstunde – Krankenkassen torpedieren neue Versorgungsangebote". Die KV Rheinland-Pfalz überschrieb ihre Pressemeldung mit „Die Krankenkassen torpedieren die neuen Angebote – zum Nachteil der Versicherten" und die KV Niedersachsen mit „Ambulante Psychotherapie: Neue Leistungen zu Dumpingpreisen". Die KBV hat Anfang Mai Klage gegen den Beschluss beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht. Sie konnte allerdings keine aufschiebende Wirkung entfalten, weil der Erweiterte Bewertungsausschuss sicherheitshalber gleich den sofortigen Vollzug mitbeschlossen hat.

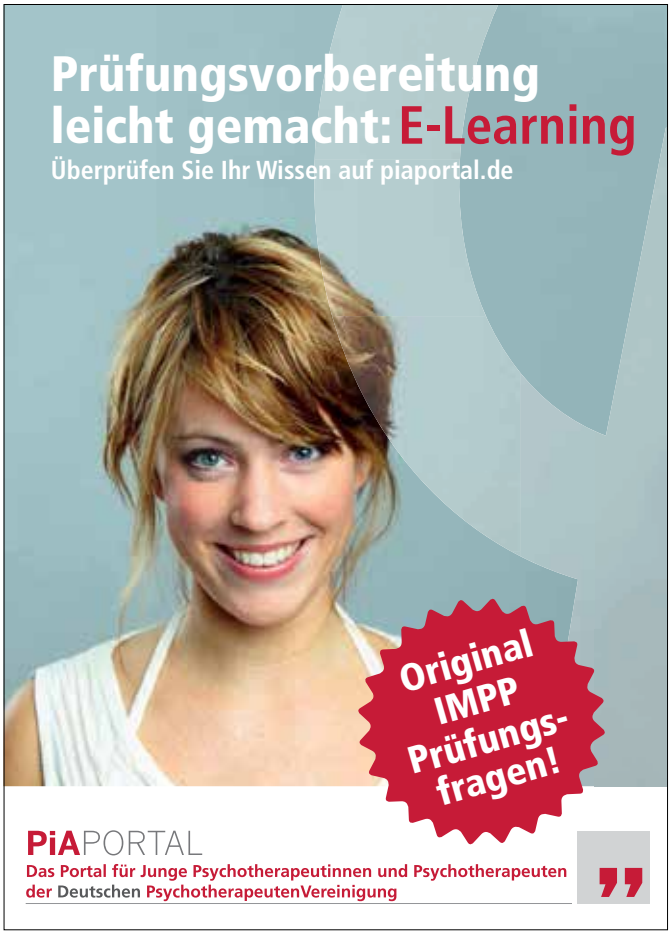
Neue Leistungen zu Dumpingpreisen

Kann man so die Psychotherapeutenschaft für Reformen gewinnen?

Ein Artikel in der allgemeinen Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes vom 7. April brachte die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses auf den Punkt: für die Psychotherapeuten sei der Beschluss „ein Schlag ins Gesicht".

Es freut uns, dass der Deutsche Ärzteverlag den Artikel in seiner Ausgabe A abgedruckt hat und damit allen 150.000 niedergelassenen Ärzten Deutschlands Einblick in ein für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten sehr wichtiges Thema verschafft hat.

Wie begründet nun der Erweiterte Bewertungsausschuss die geringe Bewertung der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung? In den „entscheidungserheblichen Gründen", abgekürzt „eeG", wird zunächst ausgeführt, dass sich die Vergütung je Minute an der Bewertung der genehmigungspflichtigen Leistungen orientiert.




Dies ist soweit richtig. Allerdings wird dann behauptet, dass im Vergleich zu den genehmigungspflichtigen Leistungen ein geringerer Zeitaufwand zu berücksichtigen sei: „Der Erweiterte Bewertungsausschuss geht davon aus, dass der im Rahmen der Psychotherapieverfahren erforderliche Aufwand zur Vor- und Nachbereitung und Befundung bei der Sprechstunde sowie der Akutbehandlung in geringerem Umfang anfällt."

Bezogen auf eine mindestens 50-Minuten dauernde Sitzung wird ein Zeitaufwand für den Kontakt mit dem Patienten und alle Nebenarbeiten von lediglich 8 Minuten angesetzt. Dies sind zwei Minuten weniger als bei einer genehmigungspflichtigen Einzeltherapiesitzung, die im EBM mit einer Dauer von 60 Minuten kalkuliert wird.

Weil kein Psychotherapeut nach genau 50 Minuten die Sitzung abbricht, liegt die reine Kontaktzeit immer einige Minuten über der Mindestzeit. Hinzu kommen deutlich umfangreichere Nebenarbeiten, die der Erweiterte Bewertungsausschuss nicht berücksichtigt hat. In einer empirischen Erhebung der DPtV aus dem Jahre 2015 hatte allein schon die ermittelte Kontaktzeit bei den Probatorischen Sitzungen 59 Minuten und bei den genehmigten Leistungen 56 Minuten betragen.[1]

Dass der Erweiterte Bewertungsausschuss annehmen kann, dass für die Vor- und Nachbereitung, die Dokumentation, die Beschaffung von Befunden, den konsiliarischen Austausch vier Minuten für eine Sprechstunde von 25 Minuten Mindestdauer ausreichen, bleibt uns rätselhaft. Auch in den eeG findet sich keine plausible Erklärung. Dem Vorsitz des Erweiterten Bewertungsausschusses hatten all unsere Argumente übrigens vorgelegen.

Wir setzen nun auf eine sorgfältige und faire Prüfung des Beschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit.

## Die Folgen

Hätte der Beschluss Bestand, wären die Folgen leicht auszumalen:

- Keine Honorierung des zusätzlichen Aufwandes, den die Psychotherapeuten mit den neuen Leistungen haben.
- Ungenügende finanzielle Mittel, Personal zu beschäftigen. Von den sogenannten Strukturzuschlägen für das Personal profitieren weniger als die Hälfte aller vertragspsychotherapeutischen Praxen und dann auch nur mit abgestaffelten Beträgen.
- Geringe Motivation der Psychotherapeuten, die ohnehin nicht leicht zu bewältigende Reform umzusetzen.

Man wird sich als Psychotherapeut den neuen Vorschriften nicht verweigern können. Ist aber ein „Dienst nach Vorschrift" das, was man sich von der Reform erwartet hat? Kann man so die Psychotherapeutenschaft für Reformen gewinnen? Auch in dieser Hinsicht ist die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses ein verheerendes Signal an die Psychotherapeuten.

Das Vertrauen der Psychotherapeuten in die Reformbereitschaft der Krankenkassen ist erschüttert. Einerseits wird im Kollektivvertrag Mehrarbeit zum Nulltarif verlangt, andererseits fördern die Krankenkassen großzügig neue Strukturen bei den Selektivverträgen. So zahlen AOK, DAK und jüngst auch die Techniker Krankenkasse den an Selektivverträgen in Baden-Württemberg teilnehmenden Psychotherapeuten Sitzungshonorare von fast 120 € für die Akutbehandlung. Auch sind dort langfristige Erhaltungstherapien zu attraktiven Bedingungen möglich, ganz im Gegensatz zur „Rezidivprophylaxe" nach der Psychotherapie-Richtli-

1 Rabe-Menssen, C.: Wie lange dauern psychotherapeutische Leistungen tatsächlich?, in: Psychotherapie Aktuell, Heft 1.2015

nie. So drängt sich der Eindruck auf, dass die Krankenkassen ein doppeltes Spiel spielen. Je unattraktiver der kollektivvertragliche Bereich ausgestaltet ist, desto besser lassen sich Selektivverträge vermarkten. So hatte es sich der Gesetzgeber mit dem Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im GKV-VSG sicher nicht vorgestellt.

## Rückblick und Ausblick

Es ist ein legitimes Ziel der Krankenkassen, möglichst viele Leistungen für möglichst wenig Geld und zu möglichst guter Qualität „einzukaufen". Ebenso ist es legitim, wenn die KBV für die qualitativ hochwertigen Leistungen ihrer Ärzte und Psychotherapeuten möglichst hohe Preise erzielen will. Zwischen diesen beiden Polen bewegen sich die Verhandlungen und in der Regel werden Ergebnisse erzielt, die für beide Seiten akzeptabel sind. Damit der Markt nicht entgleist und für die gesetzlich Versicherten eine möglichst gute Versorgung resultiert, sieht das SGB V komplexe Rahmenbedingungen vor.

Welche Konsequenzen lassen sich aus den Honorarverhandlungen zur Umsetzung der Psychotherapie-Richtlinie ziehen? Weshalb haben die Krankenkassen so wenig Interesse an einer ausreichenden finanziellen Ausstattung der neuen Praxisstrukturen? An der finanziellen Situation der GKV kann es kaum liegen, denn es herrscht weitgehend Vollbeschäftigung und die Kassen sind gefüllt. Ein Argument, das wir im Laufe der Verhandlungen immer wieder hörten, war: „Die Menge an Psychotherapie wird ja nicht gesteigert und für Dasselbe geben wir nicht mehr Geld." Damit offenbart sich, jedenfalls für die Verhandler der GKV im Bewertungsausschuss, dass sie von der Reform der Psychotherapie-Richtlinie wenig halten. Dass sie annehmen, dass die bisherigen Leistungen lediglich durch andere ersetzt werden, dass sich aus diesem Grund nichts ändert und die Psychotherapeuten keine neuen Praxisstrukturen aufbauen müssen. Wenn das die Meinung ist, fragt man sich, weshalb ihre Krankenkassenkollegen im G-BA zwei Jahre lang intensiv mit den Psychotherapeuten der KBV um die Neustrukturierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gerungen haben.

Es war ein Mangel während des gesamten Verhandlungsmarathons, dass die Geldfrage am Ende stand und nicht vorab geklärt wurde, was eigentlich logisch gewesen wäre. Kann man sich vorstellen, dass in irgendeinem anderen wirtschaftlichen Bereich ein Produkt oder eine Dienstleistung entwickelt wird, ohne vorher den Finanzrahmen festzulegen? Eine flankierende gesetzgeberische Vorgabe zur Finanzierung der Reform wäre sehr hilfreich gewesen.

## Eine persönliche Einschätzung zum Schluss

Die Haltung der Krankenkassen im Bewertungsausschuss / Erweiterten Bewertungsausschuss erklärt sich nicht hinreichend mit den bisher genannten Gründen. Was meines Erachtens zusätzlich eine Rolle spielt, ist eine immer noch vorhandene skeptische und vorurteilsbehaftete Haltung gegenüber der Psychotherapie und den Psychotherapeuten. Die Vorurteile werden immer dann besonders deutlich, wenn es um die Verteilung von Finanzmitteln geht.

Für die Stellung der Psychotherapeuten im KV-System war die 2012 getroffene Entscheidung des damaligen KBV-Vorstandes unter Dr. Köhler, sich gemeinsam mit den Psychotherapeuten für die extrabudgetäre Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen und der Probatorischen Sitzungen einzusetzen, von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Das ist auch der tiefere Grund, weshalb sich nun die KBV und die KVen – erstmals bei einem Honorarthema – für die Interessen der Psychotherapeuten einsetzen. Das ist ein großer Fortschritt für die gemeinsame Interessenvertretung im KV-System. Zur Solidarität beigetragen hat aber auch die jahrelange kontinuierliche und verlässliche Mitarbeit der Psychotherapeuten in den Gremien der KVen und der KBV und eine viel bessere Verständigung aller Gruppierungen, die psychisch Kranke behandeln. Bestes Beispiel dafür ist die Entwicklung des Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der KBV. Dadurch, dass die Auseinandersetzungen zwischen den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern der Vergangenheit angehören und dass die Beratungen konstruktiv und einvernehmlich verlaufen, konnte der Beratende Fachausschuss seine Stellung in der KBV stetig ausbauen.

Insofern sind die Psychotherapeuten auf einem guten Weg, auch wenn er lang und steinig ist. Für meinen Kollegen Jürgen Doebert und mich war die Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 29. März die letzte Sitzung in diesem Gremium und gleichzeitig der Ausstieg aus den Gremien der KBV und den gemeinsamen Gremien mit den Krankenkassen. Es war eine sehr lehrreiche und interessante, zuletzt leider auch frustrierende Erfahrung. Wir wünschen unseren Nachfolgern viel Durchhaltevermögen und viel Erfolg.

**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.

Anne Maria Günther

# Neustrukturierung des Bundeskriminalamtgesetzes

**Der Gesetzesbeschluss zur Neustrukturierung des Bundeskriminalamtgesetzes berücksichtigt die Interessen der Psychotherapeuten nicht ausreichend. Psychotherapeuten sollen Gefahrenabwehrmaßnahmen des Bundeskriminalamtes weiterhin dulden, solange diese verhältnismäßig sind. So sieht es der Gesetzesbeschluss zur Neustrukturierung des Bundeskriminalamtgesetzes (BKAG-E) vor, der in der Plenarsitzung vom 27. April 2017 durch den Bundestag verabschiedet wurde und nun dem Bundesrat zugeleitet wird.**

Psychotherapeuten sind durch den Gesetzesbeschluss vor Gefahrenabwehrmaßnahmen nicht ausreichend geschützt

Das BKAG musste überarbeitet werden, nachdem das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) verschiedene Regelungen beanstandet hatte. Der Gesetzesbeschluss dient daher in erster Linie der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 20. April 2016 (Az. 1 BvR 966/09 und 1 BvR 1140/09).
Nur ausdrücklich für die Berufsgruppe der Rechtsanwälte forderte das BVerfG, dass diese von Gefahrenabwehrmaßnahmen (z.B. Abhören und Aufzeichnung von Gesprächen, Durchsuchung von Räumen etc.) des Bundeskriminalamtes ausgenommen werden. Nach der bisherigen Fassung des Gesetzesbeschlusses steht jedoch nur Geistlichen, Strafverteidigern, Rechtsanwälten, Kammerrechtsbeiständen und Abgeordneten ein unbeschränktes Auskunftsverweigerungsrecht sowie ein Schutz vor anderen Gefahrenabwehrmaßnahmen zu.
Psychotherapeuten müssen ebenso wie andere Berufsgeheimnisträger (Ärzte, Apotheker, Hebammen, Notare) Gefahrenabwehrmaßnahmen weiterhin dulden, solange diese verhältnismäßig sind. Damit berücksichtigt der Gesetzesbeschluss die Interessen der Psychotherapeuten nicht in dem gewünschten Maße. Psychotherapeuten sind ihrer Profession nach Berufsgeheimnisträger mit entsprechender Schweigepflicht und sollten vor staatlichen Eingriffen ebenso wie Geistliche, Abgeordnete, Strafverteidiger und neuerdings Rechtsanwälte besonders geschützt werden.

Wir fordern vom Gesetzgeber eine Änderung der gesetzlichen Regelung des BKAG dahingehend, dass dem Schutz der Berufsgruppe der Psychotherapeuten als Berufsgeheimnisträger ausreichend Rechnung getragen wird und auf diese Weise das enge Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut/in und Patient/in ausreichenden Schutz erfährt.

## Zum Regelungsgegenstand des Beschlusses

Mit dem Gesetzesvorhaben wird das BKAG in systematischer Hinsicht überarbeitet. Die die Psychotherapeuten betreffenden Vorschriften finden sich in §§ 41 Abs. 3, 62 BKAG-E, die weitgehend den bisherigen Regelungen der §§ 20c und 20u BKAG entsprechen. Die genannten Regelungen sollen Berufsgeheimnisträger, zu denen nach den Vorschriften der Strafprozessordnung (StPO) neben Rechtsanwälten, Geistlichen, Ärzten, Abgeordneten u.a. auch Psychotherapeuten zählen, vor staatlichen Maßnahmen schützen und ein Zeugnisverweigerungsrecht gewähren (§ 53 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 2, 3 oder 4 StPO).

### 1. Bisher kein Auskunftsverweigerungsrecht für Psychotherapeuten nach BKAG-E

Nach dem bisherigen Gesetzesvorhaben haben Psychotherapeuten kein umfassendes Auskunftsverweigerungsrecht und müssen in Fällen, in denen die Auskunft zur Abwehr einer Gefahr für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes oder Leib, Leben oder Freiheit einer Person erforderlich ist, gegenüber den Strafverfolgungsbehörden Auskunft über den Patienten erteilen.
Die Vorschrift des § 41 Abs. 3 S. 1 BKAG-E gewährt der betroffenen zeugnisverweigerungsberechtigten Person grundsätzlich das Recht, die Auskunft gegenüber Strafverfolgungsbehörden zu verweigern. Dieser Grundsatz erfährt durch die Regelung des § 41 Abs. 3 S. 7 BKAG-E allerdings eine gewichtige Einschränkung: Denn die Vorschrift gewährt ein umfassendes Auskunftsverweigerungsrecht nur Geistlichen, Strafverteidigern, Abgeordneten sowie Rechtsanwälten und Kammerrechtsbeiständen. Psychotherapeuten steht damit kein umfassendes Auskunftsverweigerungsrecht zu.

### 2. Der Gesetzesbeschluss bietet Psychotherapeuten keinen absoluten Schutz

Ebenso sind die Psychotherapeuten durch die Vorschrift des § 62 Abs. 1 S. 1 BKAG-E nicht ausreichend geschützt. Danach sollen Maßnahmen der Gefahrenabwehr (wie z.B. Abhören von Telefonen, Durchsuchungen der Praxisräume, Ausspähen von Computern etc.), die sich gegen in der StPO genannte

zeugnisverweigerungsberechtigte Personen richten, grundsätzlich unzulässig sein. Gleichzeitig schränkt § 62 Abs. 1 S. 7 BKAG-E diesen Grundsatz wieder dahingehend ein, dass der in Satz 1 der genannten Vorschrift gewährte Schutz vor staatlichen Maßnahmen nur für Geistliche, Strafverteidiger, Abgeordnete, Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände gelten soll.

### 3. Keine Berücksichtigung von Psychotherapeuten bei Prognoseentscheidung zur Datenerfassung

Die Regelung des § 45 Abs. 7 BKAG-E sieht vor, dass vor oder während der Gefahrenabwehrmaßnahmen eine Prognoseentscheidung vorhergehen muss, ob durch die Maßnahmen lediglich Erkenntnisse aus dem Kernbereich der persönlichen Lebensgestaltung gewonnen werden. Ist dies der Fall, ist die Maßnahme von vornherein unzulässig oder muss abgebrochen werden.

Laut der Gesetzesbegründung, die in Zweifelsfällen zur Auslegung herangezogen wird, kann zum persönlichen Kernbereich die nichtöffentliche Kommunikation mit Personen des höchstpersönlichen Vertrauens gehören. Beispielhaft werden insbesondere Ehe- oder Lebenspartner, Geschwister und Verwandte sowie Strafverteidiger, Ärzte und Geistliche aufgezählt. Die explizite Nennung von Psychotherapeuten ist unterblieben. Demnach zählen Therapiegespräche mit Psychotherapeuten ausweislich der Begründung des § 45 Abs. 7 BKAG-E nicht in den Kernbereich der persönlichen Lebensgestaltung.

### 4. Zwischenergebnis

Im Ergebnis lassen die oben genannten Vorschriften den Schutz von Psychotherapeuten als zeugnisverweigerungsberechtigte Personen entfallen. Die Vorschriften schützen lediglich Geistliche, Abgeordnete, Strafverteidiger, Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände vor staatlichen Gefahrenabwehrmaßnahmen. Weiterhin werden Therapiegespräche mit Psychotherapeuten nicht zum Kernbereich der privaten Lebensführung und somit nicht bei Prognoseentscheidungen über die Durchführung einer Gefahrenabwehrmaßnahme berücksichtigt.

## Fazit

Unserer Ansicht nach ist der Gesetzesbeschluss in Zeiten von steigender internationaler und nationaler Terrorgefahr grundsätzlich zu begrüßen. Spätestens seit den Anschlägen in Würzburg, Ansbach und Berlin steht fest, dass der Rechtsstaat vor besonderen Herausforderungen steht, um die Bevölkerung vor Terrorgefahr zu schützen.

Uns ist auch bewusst, dass der Gesetzgeber dadurch im erhöhten Maße vor der besonderen Schwierigkeit steht, den Grundrechtseingriff auf der einen Seite, der durch die Durchführung von Gefahrenabwehrmaßnahmen zwangsläufig entsteht, und der Pflicht des Staates zum Schutz der Bevölkerung auf der anderen Seite in einen gerechten Ausgleich zu bringen.

Es gilt aber auch zu bedenken, dass durch Gefahrenabwehrmaßnahmen tief in die Rechte von Patienten/innen und deren Beziehung zu ihrem/r Psychotherapeut/in eingegriffen werden kann. Potenzielle Gefahrenabwehrmaßnahmen können – auch wenn diese rein faktisch in der Therapiesitzung nicht spürbar sind – das Vertrauensverhältnis von vornherein derart beeinflussen, dass ein solches erst gar nicht entstehen kann. Wenn ein/e Patient/in damit rechnen muss, dass Therapiesitzungen z.B. abgehört werden, Aufzeichnungen darüber beschlagnahmt werden oder der/die Psychotherapeut/in über den Inhalt der Sitzungen gegen den Strafverfolgungs- bzw. Gefahrenabwehrbehörden Auskunft geben muss, scheut er/sie im schlimmsten Fall, sich überhaupt in eine Behandlung zu begeben. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass der/die Patient/in in der Therapiesitzung nur Teilaspekte von sich preisgibt und ein Behandlungserfolg deshalb unmöglich wird.

Zudem ist für uns die unterschiedliche Behandlung von Geistlichen und Psychotherapeuten bei dem Schutz zeugnisverweigerungsberechtigter Berufsgruppen nach dem BKAG-E unverständlich. Es leuchtet nicht ein, warum Gefahrenabwehrmaßnahmen (Abhörung der Wohnung, Aufzeichnung von Gesprächen, Durchsuchung von Räumen etc.) bei einem Geistlichen im Rahmen der Terrorabwehr nicht durchgeführt werden dürfen und einem Geistlichen ein Auskunftsverweigerungsrecht selbst in den Fällen zusteht, in denen die Auskunft zur Abwehr einer Gefahr für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder Landes oder Leib, Leben oder Freiheit einer Person erfordert. Denn der Kern der Arbeit ist

Gefahrenabwehrmaßnahmen greifen tief in die Rechte der Patienten und der Psychotherapeuten ein

VPP aktuell
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Vierteljährlich informiert „VPP aktuell“ auf 24 Seiten über **relevante Themen des beruflichen Alltags** der Psychologischen Psychotherapeuten – insbesondere unter Berücksichtigung **rechtlicher und politischer Rahmenbedingungen**. Bestellen Sie die Zeitschrift ab der nächsten Ausgabe (Nr. 37, Juni 2017) im praktischen Jahresabo* für nur 48,- EUR (ermäßigt 24,- EUR) und Sie erhalten das **Themenheft** „Die neue Psychotherapie-Richtlinie“ (Nr. 36, März 2017) **als Geschenk**.

Einfach per E-Mail anfordern:
verlag@psychologenverlag.de

Ihr Geschenk: Themenheft „Die neue Psychotherapie-Richtlinie“

*Alle Preise gelten inkl. Versand und MwSt. Das Jahresabonnement gilt zunächst für 1 Jahr. Es verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht spätestens 6 Wochen vor Ablauf abbestellt wird. Für die Ermäßigung senden Sie uns bitte den entsprechenden Nachweis.

170505

Mehr Informationen: WWW.VPP-AKTUELL.DE

durchaus miteinander vergleichbar, weil Psychotherapeuten ebenso wie Geistliche eine seelsorgende Funktion ausüben. Im Gegensatz zu der Seelsorge eines Geistlichen ist die Psychotherapie darüber hinaus wertfrei und unabhängig von einer bestimmten Religions- bzw. Konfessionszugehörigkeit. Folgend daraus werden religiöse und nicht religiöse Menschen aufgrund der rechtlich unterschiedlichen Behandlung von Geistlichen und Psychotherapeuten unterschiedlich behandelt, weil Gespräche mit einem Geistlichen nicht abgehört werden dürfen. Diese Tatsache steht mittelbar nicht im Einklang mit der negativen Religionsfreiheit, die jedem Menschen das Recht gewährt, sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig zu fühlen. Auch das BVerfG erwähnt in seinem Urteil Beichtgespräche und vertrauliche Gespräche mit einem Psychotherapeuten in einem Atemzug und führt aus, dass die Gespräche der höchstpersönlichen Privatsphäre unterfallen können, die dem Staat absolut entzogen ist.

Wir fordern für Psychotherapeuten ein Recht auf Auskunftsverweigerung und umfassenden Schutz vor Maßnahmen der Gefahrenabwehr im BKAG-E

Demnach muss auch Psychotherapeuten ein umfangreiches Auskunftsverweigerungsrecht in § 41 Abs. 3 BKAG-E zugesichert werden, selbst in Fällen, in denen die Auskunft zur Abwehr einer Gefahr für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes oder Leib, Leben oder Freiheit einer Person erforderlich ist. Weiterhin muss die Unzulässigkeit von Gefahrenabwehrmaßnahmen gegen Psychotherapeuten in § 62 BKAG-E aufgenommen werden.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass nach Auffassung des BVerfG der Kernbereich privater Lebensgestaltung gegenüber Überwachungsmaßnahmen ausreichend Beachtung finden muss. Denn *„können sie* (Überwachungsmaßnahmen) *typischerweise zur Erhebung kernbereichsrelevanter Daten führen"*, muss laut dem BVerfG *„der Gesetzgeber Regelungen schaffen, die einen wirksamen Schutz normenklar gewährleisten"*.

Demnach ist für uns nicht nachvollziehbar, warum Gespräche mit Psychotherapeuten nicht explizit in der Regierungsbegründung zum Kernbereich privater Lebensgestaltung gezählt werden können und somit bei Prognoseentscheidungen über die Durchführung von Gefahrenabwehrmaßnahmen von vornherein außer Betracht bleiben müssen. Insofern sollte die Gesetzesbegründung zu § 45 Abs. 7 BKAG-E unserer Ansicht nach dahingehend ergänzt werden, dass Gespräche zwischen Psychotherapeut/in und Patient/in ebenfalls zum Kernbereich privater Lebensgestaltung zählen. Wenn Ärzte aufgezählt sind, sollten Psychotherapeuten erst recht genannt werden, da der Behandlungsvertrag zwischen Psychotherapeut/in und Patient/in sowohl in Bezug auf die Rechte und Pflichten, als auch in Bezug auf die notwendige vertrauensvolle Basis vergleichbar ist. Des Weiteren sollte die psychotherapeutische Praxis vor Eingriffen in Betriebs- und Geschäftsräume besonders geschützt sein. Der Schutz des Gesprächs als Kernbereich persönlicher Lebensgestaltung ist mit der psychotherapeutischen Praxis untrennbar verknüpft.

Es ist zu konstatieren, dass die Regelungen der §§ 41 Abs. 3 S. 1, 62 Abs. 2 S.1 BKAG-E ausreichen, um dem Strafverfolgungsinteresse nachzukommen. Einer Beschränkung auf Geistliche, Verteidiger, Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände bedarf es nicht.

## Änderungsvorschläge

### 1. Schlussfolgerung

Der Gesetzesbeschluss berücksichtigt die Interessen der Psychotherapeuten und ihrer Patienten nicht in ausreichendem Maße. Derzeit dürfen Psychotherapeuten die Auskunft anders als Geistliche, Abgeordnete, Strafverteidiger und Rechtsanwälte unter gewissen Umständen nicht verweigern. Weiterhin dürfen Gefahrenabwehrmaßnahmen gegen Psychotherapeuten durchgeführt werden, während Geistliche, Abgeordnete, Strafverteidiger und Rechtsanwälte davon unberührt bleiben. Schließlich sind in der Regierungsbegründung Gespräche zwischen Psychotherapeut/in und Patient/in nicht explizit dem Kernbereich der privaten Lebensführung zugeordnet, sodass zu befürchten ist, dass bei Prognoseentscheidungen vor der Durchführung von Gefahrenabwehrmaßnahmen dieses Vertrauensverhältnis unberücksichtigt bleibt.
Wir wünschen uns daher vom Gesetzgeber eine Änderung der gesetzlichen Regelungen des BKAG-E dahingehend, dass dem Schutz der Berufsgruppe der Psychotherapeuten als Berufsgeheimnisträger ausreichend Rechnung getragen wird und auf diese Weise das enge Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut/in und Patient/in ausreichenden Schutz erfährt.
Konkret fordern wir eine Änderung der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen der §§ 41 Abs. 3, 62 Abs. 1 und Abs. 2 BKAG-E und eine Ergänzung der Gesetzesbegründung zu § 45 Abs. 7 BKAG-E.

### 2. Änderungsvorschläge im Einzelnen

**§ 41 BKAG-E**
**Befragung und Auskunftsrecht**
(…)
(3) Unter den in den §§ 52 bis 55 der Strafprozessordnung bezeichneten Voraussetzungen ist die betroffene Person zur Verweigerung der Auskunft berechtigt. Dies gilt nicht, soweit die Auskunft zur Abwehr einer Gefahr für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes oder Leib, Leben oder Freiheit einer Person erforderlich ist. Eine in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 oder 4 der Strafprozessordnung genannte Person ist auch in den Fällen des Satzes 2 zur Verweigerung der Auskunft berechtigt. Die betroffene Person ist über ihr Recht zur Verweigerung der Auskunft zu belehren. Auskünfte, die nach Satz 2 erlangt wurden, dürfen nur für den dort bezeichne-

ten Zweck verwendet werden. ~~Für Personen nach § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 der Strafprozessordnung gelten die Sätze 1 bis 5 nur, soweit es sich um Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände handelt.~~
(…)

**§ 62 BKAG-E**
**Schutz zeugnisverweigerungsberechtigter Personen**
(1) Maßnahmen nach diesem Abschnitt, die sich gegen eine in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 oder Nummer 4 der Strafprozessordnung genannte Person richten und voraussichtlich Erkenntnisse erbringen würden, über die diese Person das Zeugnis verweigern dürfte, sind unzulässig. § 41 Absatz 3 bleibt unberührt. Dennoch erlangte Erkenntnisse dürfen nicht verwertet werden. Aufzeichnungen hierüber sind unverzüglich zu löschen. Die Tatsache ihrer Erlangung und Löschung ist zu dokumentieren. Die Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend, wenn durch eine Maßnahme, die sich nicht gegen eine in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 oder Nummer 4 der Strafprozessordnung genannte Person richtet, von einer dort genannten Person Erkenntnisse erlangt werden, über die sie das Zeugnis verweigern dürfte. ~~Für Personen nach § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 der Strafprozessordnung gelten die Sätze 1 bis 6 nur, soweit es sich um Rechtsanwälte oder Kammerrechtsbeistände handelt.~~

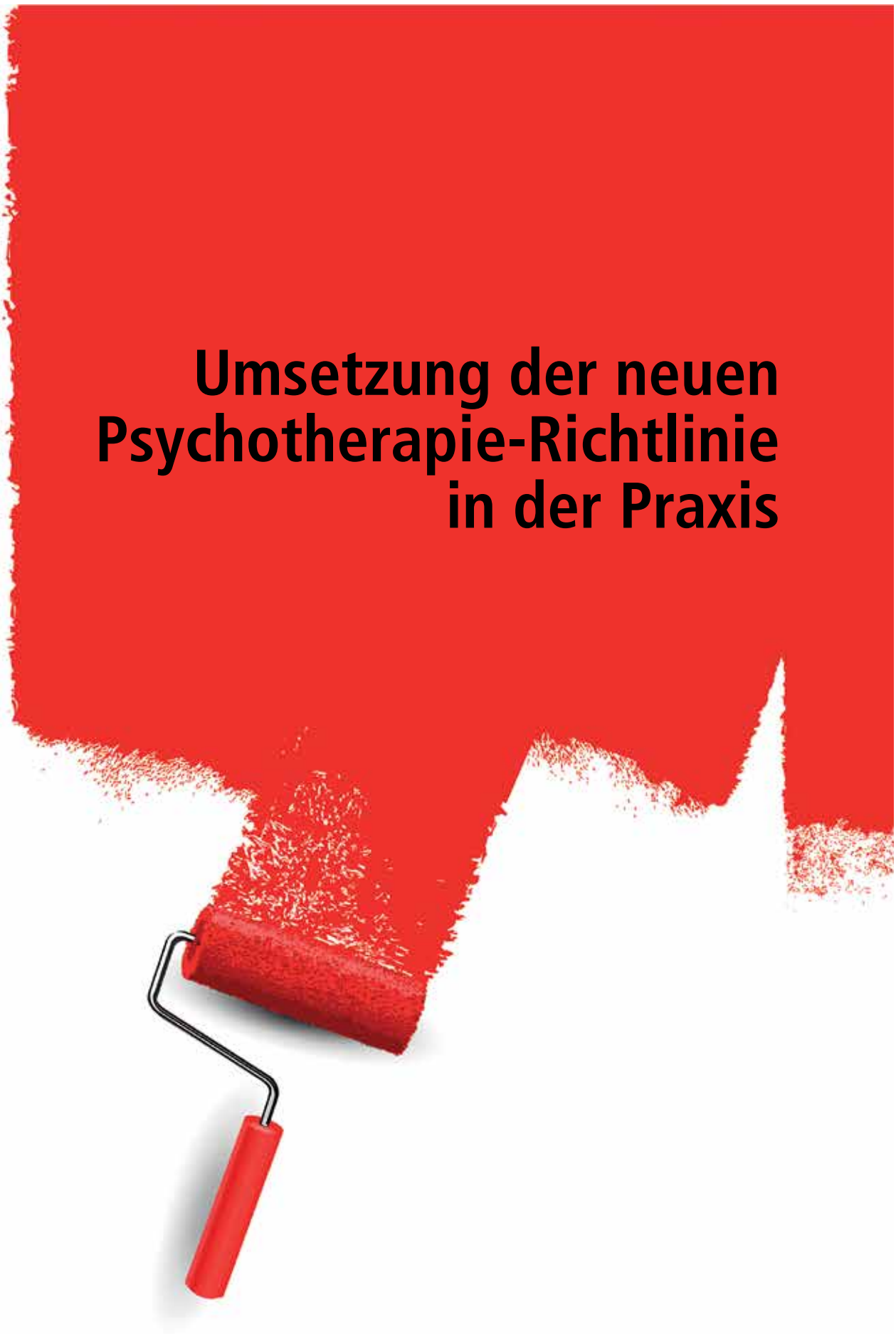
(2) Soweit durch eine Maßnahme eine in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 3a und 3b oder Nummer 5 der Strafprozessordnung genannte Person betroffen wäre und dadurch voraussichtlich Erkenntnisse erlangt würden, über die diese Person das Zeugnis verweigern dürfte, ist dies im Rahmen der Prüfung der Verhältnismäßigkeit unter Würdigung des öffentlichen Interesses an den von dieser Person wahrgenommenen Aufgaben und des Interesses an der Geheimhaltung der dieser Person anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen besonders zu berücksichtigen. Soweit hiernach geboten, ist die Maßnahme zu unterlassen oder, soweit dies nach der Art der Maßnahme möglich ist, zu beschränken. ~~Für Personen nach § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 der Strafprozessordnung gelten die Sätze 1 und 2 nur, soweit es sich nicht um Rechtsanwälte oder Kammerrechtsbeistände handelt.~~
(…)

**Gesetzesbegründung**
**zu § 45 Abs. 7 BKAG-E**
Absatz 7 normiert, wie vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 20. April 2016 gefordert (BVerfG, aaO, Randnummer 177), eine ausdrückliche gesetzliche Kernbereichsregelung für die besonderen Mittel der Datenerhebung.
Dem Kernbereichsschutz ist nach dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG, aaO, Randnummer 126) auf zwei Ebenen Rechnung zu tragen: „Zum einen sind auf der Ebene der Datenerhebung Vorkehrungen zu treffen, die eine unbeabsichtigte Miterfassung von Kernbereichsinformationen nach Möglichkeit ausschließen. Zum anderen sind auf der Ebene der nachgelagerten Auswertung und Verwertung die Folgen eines dennoch nicht vermiedenen Eindringens in den Kernbereich privater Lebensgestaltung strikt zu minimieren".
Nach Satz 1 ist daher vor der Durchführung der Maßnahme, also auf der Erhebungsebene, eine Prognose dahingehend zu treffen, dass mit der Maßnahme allein Äußerungen, die den Kernbereich der persönlichen Lebensgestaltung betreffen, nicht erfasst werden. Diese Prognose muss sich auf tatsächliche Anhaltspunkte stützen; vollständige Gewissheit ist demnach nicht erforderlich. Anhaltspunkte, anhand welcher Kriterien eine solche Prognose zu erstellen sein kann, können sich aus der Art der zu überwachenden Räumlichkeiten und dem Verhältnis der zu überwachenden Personen zueinander ergeben. Schützenswert ist insbesondere die nichtöffentliche Kommunikation mit Personen des höchstpersönlichen Vertrauens. Zu diesen Personen können insbesondere Ehe- oder Lebenspartner, Geschwister und Verwandte in gerader Linie, vor allem, wenn sie im selben Haushalt leben, sowie Strafverteidiger, Ärzte, Geistliche, *Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und enge persönliche* (Anmerkung durch Verfasser) Freunde zählen. Dabei ist zu beachten, dass entsprechend § 100c Absatz 4 Satz 2 StPO Gespräche in Betriebs- und Geschäftsräumen in der Regel nicht dem Kernbereich privater Lebensgestaltung zuzurechnen sind. Gleiches muss für Gespräche, die einen Bezug zu den nach § 5 Absatz 1 Satz 1 abzuwehrenden Gefahren des internationalen Terrorismus gelten. Ist aufgrund dieser Prognose eine Anordnung zulässig, kann bei entsprechenden Erkenntnissen nach einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung auch eine nur automatische Aufzeichnung zulässig sein. Satz 2 stellt zum Schutz des Kernbereiches privater Lebensgestaltung beim Einsatz von verdeckten Ermittlern und Vertrauenspersonen sicher, dass die Maßnahme zu unterbrechen ist, sobald dies ohne Gefährdung der beauftragten Person möglich ist.

Wir fordern die explizite Anerkennung der Kommunikation zwischen Psychotherapeuten und Patienten als geschützten Kernbereich der privaten Lebensführung

**Anne Maria Günther**
Ass. jur., Stabsstelle Politik in der Bundesgeschäftsstelle der DPtV. Zuvor Rechtsreferendariat mit Stationen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium für Gesundheit.

# Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinie in der Praxis



Markus Plantholz

# Zur Delegation der telefonischen Erreichbarkeit und zur Übertragung an externe Dienstleister

**Nach § 1 Abs. 8 PT-RL ist von allen Therapeuten „eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination" im Umfang von 200 Minuten (voller Versorgungsauftrag) bzw. 100 Minuten wöchentlich (hälftiger Versorgungsauftrag) zu definieren und zu den gegenüber der jeweiligen KV bekannt gegebenen Zeiten sicherzustellen. Weil wir es derzeit immer wieder gefragt werden: Die Zeiten gelten je zugelassenem Psychotherapeuten, also auch in einer Berufsausübungsgemeinschaft mehrerer voll zugelassener Partner jeweils für jeden Partner. Die Einheiten, während denen die Erreichbarkeit besteht, müssen mindestens 25 Minuten lang sein, sodass eine Aufteilung in Perioden z.B. zehnminütiger Erreichbarkeit zwischen zwei „großen" Sitzungen nicht in Betracht kommt.**

Der Wortlaut des § 1 Abs. 8 PT-RL „persönliche Erreichbarkeit" wirft zunächst die Frage auf, ob die Annahme der Telefonate während der bekannt gegebenen Zeiten überhaupt delegiert werden kann. Dass dies so ist, ergibt sich zunächst aus den Tragenden Gründen der PT-RL, wie sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlicht wurden. In der Begründung der ursprünglichen Fassung vom 16.06.2016 war noch ausgeführt, dass Patienten die Möglichkeit gegeben werden solle, vor allem Therapeuten ohne offene Sprechstunde zu verlässlichen Zeiten zu erreichen „und schneller mit dem Therapeuten in ein erstes Gespräch zu kommen". In der konkreten Begründung zu § 11 war dann dargelegt: „*Ansprechpartner in der Praxis muss nicht der Psychotherapeut selbst sein, vielmehr kann die Erreichbarkeit durch Praxispersonal sichergestellt werden. Die Erreichbarkeitszeiten können durch elektronische Hilfsmittel wie z.B. einen Anrufbeantworter mitgeteilt, aber nicht abgedeckt werden.*" Auch in den Tragenden Gründen der geänderten PT-RL vom 24.11.2016 wurde noch einmal klargestellt, dass die Erreichbarkeit „auch durch das Praxispersonal sichergestellt werden" könne. Demnach ist klar, dass eingehende Telefonate nicht durch Berufsträger angenommen werden müssen, sondern dies eine delegationsfähige Aufgabe ist.

Zwischenzeitlich existieren bereits mehrere Angebote von Fremdfirmen für die Übernahme der telefonischen Erreichbarkeit als Dienstleistung. In der Regel verhält es sich dabei so, dass die telefonische Präsenz während der veröffentlichten Zeiten durch den Fremddienstleister an einem anderen Ort als dem der Praxis sichergestellt wird; die Vertragspsychotherapeuten erhalten dann zu jedem Anruf eine Mail mit Namen, Kontaktdaten und Anliegen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Übernahme für den verpflichteten Vertragspsychotherapeuten nur durch angestelltes Personal oder Mitgesellschafter übernommen oder ein externer Dienstleister auf freiberuflicher, gewerblicher Basis beauftragt werden kann.

Rechtlich wird die Vertraulichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung einerseits durch das BDSG und zum anderen durch die Schweigepflicht des Arztes geschützt, wie sie in den Berufsordnungen geregelt und strafrechtlich in § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB abgesichert ist. Sämtliche Formen eines Outsourcings müssen sich sowohl an den datenschutzrechtlichen Bestimmungen als auch an § 203 StGB messen lassen können. Die informationelle Selbstbestimmung des Patienten und die Schweigepflicht des Therapeuten beruhen auf demselben Grundprinzip: Grundsätzlich ist eine Offenbarung von Patientendaten verboten, es sei denn, eine solche ist gesetzlich vorgesehen oder der Patient selbst hat darin eingewilligt (Verbotsprinzip mit Erlaubnisvorbehalt). Die Einwilligung legitimiert die Datenverarbeitung gemäß § 4 Abs. 1 BDSG bzw. befugt zur Offenbarung von Patientendaten i. S. v. § 203 StGB. Auch für das Outsourcing gilt daher zunächst einmal, dass eine damit einhergehende Offenbarung von Patientendaten gegenüber externen Dienstleistern nur dann zulässig ist, wenn dies entweder gesetzlich erlaubt oder durch eine Einwilligung des Betroffenen legitimiert ist.

Wenn der Patient nicht weiß, dass er in einem Callcenter anruft, kann dies auch strafrechtlich bedenklich sein

Datenschutzrechtlich kann das Outsourcing an ein Callcenter jedoch im Falle einer sogenannten Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 11 BDSG legitimiert sein. Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von personenbezogenen Daten durch einen Dienstleister im Auftrag der verantwortlichen Stelle (hier der Praxis) ist datenschutzrechtlich erlaubt, wenn die in § 11 beschriebenen Anforderungen erfüllt werden. Abzugrenzen ist die Auftragsdatenverarbeitung von einer sogenannten Funktionsübertragung, bei welcher die beauftragte Stelle nicht auf eine bloße Hilfs- oder Unterstützungstätigkeit beim Prozess der Datenverarbeitung

beschränkt ist, sondern bestimmte Aufgaben und Funktionen vollständig übernimmt. Das ist etwa der Fall, wenn eine externe Abrechnungsstelle nicht nur Rechnungen erstellt und versendet, sondern darüber hinaus auch das Inkasso bei Zahlungsverzug durchführt. Gleiches gilt, wenn sich die Inanspruchnahme eines externen Callcenters nicht nur auf eine Kommunikationsvermittlung zwischen Arzt und Patient beschränkt, sondern den gesamten Patientenempfang (administrative Aufnahme und Zuweisung zu einem Therapeuten mit Zugriff auf die Patientendatei) abwickelt. Das Callcenter muss sich also auf eine bloße Vermittlung der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient beschränken und im Einzelnen vorgegebene Serviceleistungen, ohne dabei einen eigenen Entscheidungsspielraum zu haben.

Der Vorschrift des § 11 BDSG liegt die Idee einer Einheit von Auftraggeber und Auftragnehmer zugrunde. Beide werden vom Gesetz als eine rechtliche Einheit behandelt mit der Rechtsfolge, dass der Auftragnehmer kein „Dritter" im datenschutzrechtlichen Sinne ist. Damit ist dann auch eine Weitergabe personenbezogener Daten seitens des Auftraggebers an den Auftragnehmer datenschutzrechtlich irrelevant und es bedarf – insoweit anders als für eine Datenübermittlung an Dritte – keines datenschutzrechtlichen Erlaubnistatbestands für diese Datenweitergabe. Die Auftragsdatenverarbeitung ist jedoch an eine ganze Reihe von Bedingungen geknüpft:

- Der Auftragnehmer muss Sicherheitsvorkehrungen zum Schutz personenbezogener Daten nachweisen können.
- Der Auftrag muss schriftlich erteilt werden. Gegenstand und Dauer des Auftrages müssen ebenso geregelt sein wie Umfang, Art und Zweck der Dienstleistung. In der schriftlichen Vereinbarung muss die Art der Daten beschrieben werden, die verarbeitet werden. Der Kreis der Betroffenen muss (abstrakt) festgelegt werden.
- Es bedarf einer konkreten Festlegung der zu treffenden technischen und organisatorischen Maßnahmen.
- Es muss sichergestellt sein, dass personenbezogene Daten berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden können.
- Die Pflichten des Auftragnehmers und die Kontrollrechte und -pflichten des Auftraggebers sind zu definieren.
- Ausdrücklich ausgeschlossen werden sollten Subunternehmerverhältnisse.
- Geregelt sein muss die Verfahrensweise mit Datenträgern und Unterlagen bei Ende der Dienstleistung.

Der Auftraggeber – also der Therapeut – bleibt zudem voll für die Einhaltung der Bestimmungen des BDSG verantwortlich. Rechte von Betroffenen sind gegen ihn geltend zu machen. Fälle, in denen die beschriebenen Anforderungen nicht eingehalten sind, werden durchaus auch von Datenschutzbeauftragten gerügt *(vgl. z.B. 23. Bericht des Landesdatenschutzbeauftragten Rheinland-Pfalz unter https://www.datenschutz.rlp.de/fileadmin/lfdi/Taetigkeitsberichte/ds_tb23.pdf, S. 87 f., zur Beauftragung eines externen Callcenters durch eine Arztpraxis).*

Das ist aber eben nur die eine rechtliche Seite: Weil die Regelungen des BDSG und die berufs- bzw. strafrechtlichen Vorgaben parallel anzuwenden sind, kann ein den Anforderungen von § 11 BDSG genügender Vertrag über die Auftragsdaten dennoch nicht über das strafrechtliche Verbot des unbefugten Offenbarens von Geheimnissen nach § 203 StGB hinweghelfen. Unter Juristen ist streitig, ob der Tatbestand des § 203 StGB auch bei nach § 11 BDSG rechtmäßiger Auftragsdatenverwaltung erfüllt ist. Teilweise wird die von § 203 StGB vorausgesetzte Tathandlung des „Offenbarens" in solchen Fällen verneint, teilweise wird der Gehilfenbegriff – die Offenbarung der Daten an Gehilfen ist naturgemäß erlaubt – weit ausgelegt. Beides ist aber nicht gesichert. Lassen sich auch externe Dienstleister als Gehilfen nach § 203 Abs. 3 Satz 2 StGB einordnen, werden diese in die schweigepflichtige Sphäre mit aufgenommen mit der Konsequenz, dass eine Weitergabe von Patientendaten an diese Dienstleister straflos ist, sie ihrerseits aber bei einer unbefugten Weitergabe von Patientendaten wie Ärzte selbst nach § 203 StGB strafbar sind (befugte Mitwisser). Jedoch ist gerade streitig, ob auch externe Dienstleister Gehilfen nach § 203 Abs. 3 Satz 2 StGB sein können. Klassischerweise zählen zu diesen Gehilfen Personen, die gegenüber einem Schweigepflichtigen weisungsgebunden sowie in dessen Organisation und Pflichtenkreis eingebunden sind („Verantwortungseinheit"). Nicht erfasst werden sollen demgegenüber selbstständig tätige Personen, die lediglich bestimmte Aufträge für einen Schweigepflichtigen erledigen.

Aus diesem Grunde wird derzeit an einem Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen gearbeitet. Der Regierungsentwurf vom 17.02.2017 (Bundesrats-Drucksache 163/17) befindet sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren. Damit die Option der Berufsgeheimnisträger, ohne strafrechtliches Risiko dritte Dienstleister einschalten zu können, zu keiner Reduzierung des strafrechtlichen Geheimnisschutzes führt, sollen dem Regierungsentwurf zufolge sämtliche *„mitwirkenden Personen"* in die Strafbarkeit gemäß § 203 StGB einbezogen werden. Die von Berufsträgern beauftragten Dritten werden dementsprechend in den Kreis der tauglichen Täter i. S. v. § 203 StGB aufgenommen. Statt des bisher in § 203 StGB verwendeten Begriffs des *„berufsmäßig tätigen Gehilfen"* wird im Entwurf der Begriff der *„mitwirkenden*

*Person"* eingeführt. Ausweislich der Begründung unterscheidet sich die *mitwirkende* Person vom *Gehilfen*-Terminus insofern, als dass es bei ihr nur noch darauf ankommen soll, ob sie in die berufliche bzw. dienstliche Tätigkeit in irgendeiner Art und Weise eingebunden wird und dazu Beiträge leistet. Dagegen wird eine Eingliederung in die Sphäre des Berufsgeheimnisträgers nicht für erforderlich gehalten. Dies – aber auch erst dies – würde den Weg dafür frei machen, mit einer die Anforderungen des § 11 BDSG erfüllenden Vereinbarung über Auftragsdatenverwaltung auch strafrechtlich „auf der sicheren Seite" zu sein. Bis dahin wird man zumindest dann, wenn ein anrufender (potenzieller) Patient gar nicht erkennen kann, dass er es mit einem externen Dienstleister zu tun hat, Zurückhaltung walten lassen müssen *(vgl. auch dazu die Einschätzung des Datenschutzbeauftragten Rheinland-Pfalz a.a.O.)*.

# Ist eine Vertretung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde bzw. der Akutbehandlung möglich?

**Bereits jetzt häufig aufgekommen ist die Frage, ob eine Vertretung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und bei der Akutbehandlung möglich ist.**

Zunächst sei dazu kurz das Verständnis für den Begriff der Vertretung geschärft. „Vertretung" im eigentlichen Sinne stellt es dar, wenn ein externer Therapeut die Vertretung des Praxisinhabers oder Mitgesellschafters einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bei Vorliegen eines Vertretungsgrundes nach § 32 Abs. 1 Satz 2 oder 3 Ärzte-ZV übernimmt. Übernimmt ein Mitgesellschafter einer BAG für den anderen bei dessen Abwesenheit bestimmte Tätigkeiten, handelt es sich nicht um einen Vertretungsfall *(BSG, Urteil vom 14.12.2011, Az. B 6 KA 31/10 R)*, weil die BAG wie ein Einzelarzt gegenüber der KV als eine Praxis auftritt. Dasselbe gilt im Falle von bei einem Vertragspsychotherapeuten oder einem MVZ angestellten Psychotherapeuten; auch hier handelt es sich nicht um echte Vertreterfälle.

Das hat insoweit Auswirkungen, als mehrere hälftig oder voll zugelassene Psychotherapeuten in einer BAG die Summe der Verpflichtungen zur Durchführung von Sprechstunden (von 100 Minuten je vollem bzw. 50 Minuten je halbem Versorgungsauftrag) auch abweichend untereinander aufteilen können. In einer BAG mit zwei voll zugelassenen Partnern wäre also z.B. eine Absprache, wonach ein Partner 150 Minuten und der andere 50 Minuten Sprechstunde wöchentlich anbietet, durchaus legitim. Ab 01.04.2018 wird sich diese Frage allerdings ohnehin relativieren, weil die Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer dann Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung nach den §§ 12, 13 und 15 PT-RL wird. Auch soweit eine KV ein bestimmtes Angebot von Akutbehandlungen verlangt, richtet sich diese Anforderung grundsätzlich an die Praxis, sodass mehrere Partner einer BAG in der Verteilung frei sind. Was nicht funktionieren wird: Vertragspsychotherapeuten können die Durchführung der Akutbehandlung nicht gänzlich ablehnen. Nach der Rechtsprechung des BSG soll die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der mit ihr verbundenen Vorteile auch die Verpflichtung zur Leistungserbringung schaffen *(BSG – Urteile vom 14.03.2001 zu den Az. B 6 KA 54/00 R, B 6 KA 36/00 R und B 6 KA 67/00 R)*. Der Vertragspsychotherapeut kann einzelne Leistungen danach nur ganz oder gar nicht aus seinem Leistungsspektrum „aussortieren", und auch die gänzliche Herausnahme aus dem Leistungsspektrum kommt nur in Frage, wenn die Leistung nicht zum Kerngebiet des Vertragspsychotherapeuten gehört. Eine Leistung, deren Abrechnung nach den Vereinbarungen gemäß § 135 SGB V (Psychotherapie-Vereinbarung) eine spezielle (über die Fachkunde hinausgehende) zusätzliche Qualifikation verlangt (beispielsweise Gruppentherapie), gehört nicht zum Kerngebiet. Die Akutbehandlung rechnet dagegen zu den Kernleistungen.

Nun zur „echten" Vertretung: Liegt ein Vertretergrund im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV vor, ist eine Vertretung zunächst einmal erlaubt, soweit sie nicht durch eine andere normative Regelung eingeschränkt ist. Eine solche Regelung ist § 14 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Danach ist eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der Probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig. Im Übrigen ist eine Vertretung nur im Rahmen der berufsrechtlichen Befugnisse zulässig und muss sich der Praxisinhaber die Leistung des Vertreters haftungsrechtlich zurechnen lassen. Die Psychotherapeutische Sprechstunde stellt – ebenso wie die Psychotherapeutische Akutbehandlung – aber keine genehmigungspflichtige Leistung dar. Auch das Berufsrecht beschränkt die Vertretungsmöglichkeiten insoweit nicht. Die Vertretung ist also erlaubt. Das ist auch sachgerecht, denn im Unterschied zu einer Richtlinienpsychotherapie ist bei der Behandlung

Bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung ist eine Vertretung zulässig

in der Sprechstunde gerade noch keine seelische Krankheit eindeutig diagnostiziert; es ist nach den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vielmehr gerade Ziel dieser Leistungen, einen Verdacht auf eine seelische Erkrankung zu bestätigen oder auszuräumen. Auch bei der Psychotherapeutischen Akutbehandlung ist zwar von einer seelischen Erkrankung auszugehen, jedoch sind die Voraussetzungen für Richtlinienpsychotherapie noch nicht gegeben. Im Gegensatz zur Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung setzt die Durchführung des Therapiekontingents den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu Beginn der Therapie voraus; diese höchstpersönliche Prägung der Therapeut-Patienten-Beziehung ist der Grund für die Regelung des § 14 Abs. 3 BMV-Ä. Folglich ist die externe Vertretung bei diesen Leistungen grundsätzlich erlaubt und nicht grundsätzlich untersagt. Auch wenn die Sprechstunde ab 01.04.2018 zwingende Voraussetzung für die Durchführung einer Richtlinienpsychotherapie wird, ist es dennoch möglich, dass ein Vertreter die Sprechstunde durchführt und der Vertretene im Anschluss die Richtlinienpsychotherapie.

Zu beachten ist, dass ein Vertreter wie der Vertretene auch die Berechtigung zur Durchführung der Leistung haben und also die Anforderungen an die Qualifikation erfüllen muss. Die fraglichen Leistungen können also nur von Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht werden, die auch befugt sind, die die Fachkunde für ein Richtlinienverfahren haben.

In der Ärzte-ZV und im Bundesmantelvertrag-Ärzte sind zunächst nur Regelungen dazu enthalten, unter welchen Voraussetzungen ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut sich vertreten zu lassen und die Leistungen des Vertreters abzurechnen berechtigt ist. An spezifischen Regelungen zur Frage, ob auch eine Verpflichtung zur Organisation einer Vertretung besteht, fehlt es hingegen. Bei einer kurzfristigen Abwesenheit von zwei bis drei Wochen etwa wird man ohne ausdrückliche Regelung keine solche Verpflichtung annehmen können, und dadurch wird auch nicht die Präsenzpflicht nach § 20 Ärzte-ZV verletzt. Bei einer längeren krankheitsbedingten Abwesenheit wird sich dies wohl anders verhalten. Die KVen haben aufgrund ihrer Satzungen teilweise auch spezielle Vertreterregelungen erlassen, die ebenfalls zu beachten sind.

# Braucht es einen Konsiliarbericht vor einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung?

**§ 28 Abs. 3 Satz 2 SGB V fordert ausdrücklich, dass der Psychotherapeut *„spätestens nach den probatorischen Sitzungen […] vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung“* einzuholen hat.**

Somatische Abklärung ist nicht gleichbedeutend mit einem Konsiliarbericht

Natürlich ist die Psychotherapeutische Aktutbehandlung auch Krankenbehandlung. Ersichtlich versteht der Gesetzgeber unter „Behandlung“ hier aber bislang die Durchführung der genehmigten Leistungen eines Therapiekontingents nach den Richtlinienverfahren im Rahmen der Kurzzeit- oder Langzeittherapie, weil sich diese Leistungen an die Probatorischen Sitzungen anschließen. Bei Schaffung des § 28 Abs. 3 Satz 2 wusste der Gesetzgeber natürlich nichts von der späteren Einführung einer Akutbehandlung, die als zeitnahe Intervention im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierung und Chronifizierung psychischer Symptomatik stattfinden soll. § 28 Abs. 3 Satz 2 SGB V knüpft einerseits dem Schutzzweck nach an Krankenbehandlung, also an die Durchführung psychotherapeutischer Interventionen, andererseits aber auch eindeutig an einen Zeitpunkt nach Durchführung der Probatorischen Sitzungen an, wenngleich mit dem Zusatz „spätestens“. § 28 Abs. 3 Satz 2 SGB V lässt damit m.E. durchaus Raum für die untergesetzliche Ausgestaltung durch die PT-RL.

Weiter regelt § 1 Abs. 3 Satz 2 PsychThG, dass *„im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eine somatische Abklärung herbeizuführen“* ist. Aus der Gesetzesbegründung zum PsychThG (BT-Drs. 13/8035, S. 17) geht hervor, dass es bei der somatischen Abklärung um eine Maßnahme im Sinne des Patientenschutzes geht. Also entspricht es unbestritten der psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht, so bald als möglich eine Abklärung vorzunehmen: Nur: „somatische Abklärung“ ist erstens nicht gleichbedeutend mit der Einholung eines Konsiliarberichts; sie kann z.B. auch, wenn die Akutbehandlung rasch beginnen soll, im Rahmen eines ersten Telefonats erfolgen. Zum anderen bedeutet „im Rahmen“ dem allgemeinen Sprachgebrauch nach „während“, aber nicht zwingend „vor Beginn“

**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.

oder „zuvor". Das heißt, es bleibt durchaus Raum für eine Abwägung – ebenfalls im Sinne des Patientenschutzes – was im Einzelfall wichtiger ist: die vorangehende somatische Abklärung vor einer ersten psychotherapeutischen Intervention oder die rasche Intervention vor einer somatischen Abklärung. Gäbe es einen irgendwie gearteten absoluten Grundsatz, dass vor jeder psychotherapeutischen Intervention eine somatische Abklärung stattgefunden haben muss, dürfte es auch keine psychotherapeutische Sprechstunde geben, denn gemäß § 11 Abs. 3 Satz 2 PT-RL soll in der Sprechstunde auch, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention erfolgen. Dass dies aber nicht in jedem Fall aus Gründen des Patientenschutzes notwendig ist, verdeutlicht neben der Formulierung des § 1 Abs. 3 Satz 2 PsychThG „im Rahmen" auch § 11 Abs. 8 PT-RL, wonach der Konsiliarbericht oder unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme der Sprechstunde sind. Offensichtlich haben also sowohl der Gesetzgeber des PsychThG als auch der G-BA gesehen, dass eine Abwägung zwischen dem bestmöglichen Patientenschutz einerseits und der kurzfristigen Verfügbarkeit erster Behandlungsschritte andererseits stattfinden muss. Das gilt auch für die Psychotherapeutische Akutbehandlung. Anders als eine Therapie i. S. d. § 15 PT-RL ist sie auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten und deshalb ausdrücklich nicht auf eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung ausgerichtet. Dem Zweck der Leistung, eine kurzfristige Stabilisierung bei akuten Ausnahmezuständen zu erzielen, liefe es zuwider, wenn die Behandlung durch die Verpflichtung zur Einholung des Konsiliarberichts verzögert würde. Mittlerweile haben sich diesem Standpunkt auch die KVen und die Krankenkassen (soweit sie sich dazu geäußert haben) angeschlossen.

Enno E. Maaß

# Diagnostik und Empfehlungen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde

## aus verhaltenstherapeutischer Sicht

**Seit dem 01.04.2017 können und sollen PsychotherapeutInnen Psychotherapeutische Sprechstunden in ihren Praxen anbieten. Die Psychotherapeutischen Sprechstunden sind dabei inhaltlich nicht begrenzt auf das Anraten einer Richtlinienpsychotherapie, sondern ermöglichen eine Vielzahl an hilfreichen Empfehlungen für die PatientInnen.**

Die Psychotherapeutische Sprechstunde selbst ist in § 11 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) definiert, die Ausführungen zur diagnostischen Abklärung in § 10 (2) „Verbindung von Diagnostik und Therapie":

*(2) Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde nach § 11 eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) statt. Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Hierbei sind in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen. Die Ergebnisse sind in die Beratung der Patientinnen und Patienten nach § 11 Absatz 3 Satz 2 einzubringen. Bei der ODA handelt es sich nicht um eine verfahrensgebundene Diagnostik zur Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15, sondern um eine Abklärung vor der Indikationsstellung, die auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann.*

Im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde sollen Hilfesuchende frühzeitig eine Art „Wegweiser" für weitere Hilfestellungen und Behandlungsmöglichkeiten erhalten. Darunter

**Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung**

Bender/Berner/Best/Dilling/
Schaff/Uhlemann

**Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung**

2017. XIV, 252 Seiten. Softcover.
€ 49,99. ISBN 978-3-86216-354-0

Auch als **eBook** erhältlich: € 49,99.
ISBN 978-3-86216-355-7

**Mit:**

- ✓ **aktueller Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung**
- ✓ **zahlreichen Praxisbeispielen**
- ✓ **farbigen Grafiken und Formblättern**

medhochzwei

Bestellung unter:
**www.medhochzwei-verlag.de/shop**

fallen u.a. die Empfehlung von Präventionsmaßnahmen, weitere Abklärung beim Haus- oder Facharzt, eine stationäre/teilstationäre Behandlung, ambulante (psychotherapeutische) Akutbehandlung oder Maßnahmen außerhalb der GKV wie z.B. eine Paartherapie. Insbesondere die Empfehlung von präventiven Maßnahmen bietet eine neue Möglichkeit, risikobehafteten Gruppen Angebote der Krankenkassen beispielsweise zu Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement oder Suchtmittelkonsum an die Hand zu geben. Grundlage für die von den Krankenkassen vor Ort angebotenen Präventionsmaßnahmen bildet der GKV-Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes – weiterführende Informationen findet der interessierte Leser hier https://goo.gl/2SgF3N. Dabei lohnt sich vor allem der Blick in Kapitel 5, da hier die Angebote aufgeführt sind, die insbesondere für Menschen mit psychischen Problemen geeignet sein können.

Psychotherapeutische Sprechstunden bieten erste Orientierung für PatientInnen

Die entsprechenden Befunde und Empfehlungen sind dann abschließend auf dem Formblatt PTV 11 festzuhalten und den PatientInnen auszuhändigen und adäquat zu erläutern. Dazu sieht die Richtlinie in §11 folgendes vor:
*(10) Sofern eine Behandlung nach § 15 indiziert ist, informiert die Therapeutin oder der Therapeut über die unterschiedlichen Verfahren und Anwendungsformen gemäß § 15 und den Ablauf einer Psychotherapie, um bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert. Dazu sollte den PatientInnen auch die Allgemeine Patienteninformation auf dem PTV 10 ausgehändigt werden, die (grobe) Informationen über das Antragsverfahren und die unterschiedlichen Psychotherapieverfahren enthält.*

Da die zeitlichen Möglichkeiten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde (Erwachsene 6 mal 25 Minuten, Kinder- und Jugendliche 10 mal 25 Minuten) begrenzt sind, kann eine gute Planung der Prozesse hilfreich und notwendig sein. Eine gute Möglichkeit, einen ersten Überblick über eine möglicherweise vorliegende Symptomatik zu bekommen, bieten testdiagnostische Screeningverfahren. Dazu zählen im Erwachsenenbereich beispielsweise die lizenzfreien Testverfahren ICD-10 Symptom-Rating (ISR; https://goo.gl/GJj52D), das Patient Health Questionaire (PHQ-D; https://goo.gl/zdckt2, https://goo.gl/wH15kO) oder die Hamburger Module (HEALTH-49; https://www.hamburger-module.de/download.htm). Im KJP-Bereich sind hier z.B. der lizenzfreie Strengths and Difficulties Questionaire (SDQ; http://www.sdqinfo.org/) oder die lizenzpflichtige Child Behavior Checklist (CBCL) zu nennen. In der Praxis kann es darüber hinaus hilfreich sein, dass der ausgefüllte Screeningfragebogen bereits zur ersten Psychotherapeutischen Sprechstunde vorliegt, damit der/die PsychotherapeutIn gemeinsam mit den PatientInnen die ausgefüllten Items durchgehen kann. Ein Vorabversand der Fragebögen an die PatientInnen via E-Mail (Einverständnis vorausgesetzt) oder Post bietet sich dazu an, ebenso die Nutzung von entsprechenden elektronischen Testprogrammen.

Zur Unterstützung einer anschließenden (Verdachts-)Diagnoseabklärung können erfahrene Kliniker zudem Diagnosechecklisten (z.B. die lizenzpflichtigen IDCL/IDCL-P https://goo.gl/4ypSZm oder das DISYPS-III https://goo.gl/ngWoC6) benutzen und im Bedarfsfall störungsspezifische Testverfahren anwenden. Es kann zudem hilfreich sein, auch die klinische Exploration auf vorstrukturierten eigenen Praxismaterialien zu erheben. Neben den Basisdaten und der Erhebung der gegebenenfalls vorliegenden psychischen Symptomatik können so übersichtlich Daten zu Vorbehandlungen, relevanten körperlichen Erkrankungen, (psychopharmakologischer) Medikation, Suchtmittelkonsum oder kurze Angaben zur Krankheitsentwicklung erfragt werden.

Grundsätzlich ist die Ausgestaltung der Psychotherapeutischen Sprechstunden sicherlich auch davon abhängig, ob danach Kapazitäten in der eigenen Praxis für eine weiterführende Behandlung bestehen oder eine Weitervermittlung angestrebt werden muss. Eine wichtige Frage ist hier zum Beispiel, wie viel psychotherapeutische Beziehungsgestaltung sinnvoll ist, um die diagnostischen Prozesse in der notwendig vertraulichen, Offenheit herstellenden Atmosphäre durchzuführen und gleichzeitig mit zu bedenken, dass der/die PatientIn unter Umständen nach spätestens 150 (bzw. 250) Minuten Sprechstunde wieder aus der Praxis entlassen werden muss. In diesem Fall ist möglicherweise eine eher „technisch-diagnostische" Herangehensweise für die Patienten „schonender", als eine intensivierte Beziehungsgestaltung, die eine enge Bindung an die jeweiligen PsychotherapeutInnen bedingen kann. Es wird ein individueller Abwägungsprozess bleiben und sich zeigen müssen, wie die PatientInnen diese für psychotherapeutische Praxen neuen Leistungen überhaupt annehmen werden. Auf der anderen Seite werden wir durch das niedrigschwellige Sprechstundenangebot unter Umständen häufiger Hilfesuchenden in den Praxen begegnen, für die Angebote außerhalb einer anschließenden Richtlinienpsychotherapie geeignet sind und mit denen insgesamt ein anderes Vorgehen sinnvoll sein kann. Hier wird dann eine komple-

**Dr. Enno E. Maaß**

Psychologischer Psychotherapeut (Zusatzqualifikation KJP), VT, niedergelassen in Wittmund. Seit 2012 im Landesvorstand der DPtV Niedersachsen, seit 2016 stellv. Bundesvorsitzender. Delegierter der Bundespsychotherapeutenkammer, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und des Psychotherapeutenversorgungswerk-PVW. Mitglied im BFA Psychotherapie der KVN und stellv. Mitglied im BFA Psychotherapie der KBV, Mitglied der Qualitätsmanagementkommission der KVN.

xe Verzahnung von Ausschlussdiagnostik, Beratungsleistungen und psychoedukativen Elementen wichtig werden. Es kann beispielsweise darüber informiert werden, welche motivationalen Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Maßnahme notwendig sind, welche Nebenwirkungen unterschiedliche Behandlungsformen (z.B. Medikation oder Psychotherapie) mit sich bringen können und welche Beratungsangebote unterschiedliche Anbieter bereitstellen. Dazu kann sicher auch eine umfassende Sammlung von Flyern und Angeboten zu beispielsweise Schuldnerberatung, psychosozialen Beratungsstellen oder PaartherapeutInnen nützlich sein.

Insgesamt werden durch die möglichen Empfehlungen auf dem Formular PTV 11, die diagnostischen und koordinierenden Kompetenzen der niedergelassenen PsychotherapeutInnen gut abgebildet. Es können sorgfältig erhobene Verdachtsdiagnosen und gegebenenfalls gesicherte Diagnosen erfasst werden, die einen entscheidenden Einfluss auf die adäquate weitere Behandlung der PatientInnen haben können. Beispielsweise ist eine genaue Depressionsdiagnostik entscheidend für eine weiterführende leitliniengerechte Behandlung. So ist z.B. bei einer leichten depressiven Episode vor allem eine alleinige Psychotherapie indiziert, währenddessen einer schweren depressiven Episode am besten mit einer Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und entsprechendem Antidepressivum begegnet werden sollte. Ebenso kann bei Angsterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen eine genaue Differenzierung der einzelnen Störungen essenziell für eine adäquate Weiterbehandlung sein. Weiterhin ist auch eine fachlich adäquate Entscheidung angebracht, wie dringlich eine notwendige Intervention für Hilfesuchende zu empfehlen ist. Die PsychotherapeutInnen haben dazu die Möglichkeit, z.B. eine stationäre Behandlung zu empfehlen oder eine ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung, die die PatientInnen überhaupt erst in die Lage versetzen kann, weitere therapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen. Auch die Verordnung von Soziotherapie ist bei stark funktionsbeeinträchtigten PatientInnen zu erwägen, damit diese bei der Inanspruchnahme weiterer ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen unterstützt werden. Dazu können zunächst auch niedrigschwellige, erste Probestunden zusammen mit dem Soziotherapeuten beantragt werden.

Für die Empfehlung der Akutbehandlung bietet sich an, die PatientInnen entweder in der eigenen Praxis zu behandeln oder bei verfügbaren Kapazitäten, den PatientInnen eine Weitervermittlung an entsprechende KollegInnen zu ermöglichen. Bei absoluten Engpässen und im Notfall kann unter Umständen auch eine Vermittlung über die Terminservicestellen (TSS) erwogen werden. Dazu dienen die von den KVen ausgegebenen sogenannten Dringlichkeitscodes, die auf dem PTV 11 aufgeklebt werden und mit denen sich die PatientInnen dann an die TSS wenden können. Es gibt bisher keine genauen fachlichen Standards, wann einer/m PatientIn notwendigerweise eine Akutbehandlung empfohlen werden sollte. Mögliche grobe Kriterien können hier die Akuität der Symptomatik in Verbindung mit einem absolut nicht aufschiebbaren Behandlungsbeginn sein, oder aber auch die Herstellung von „Wartefähigkeit" auf eine reguläre Richtlinienpsychotherapie, die Verhinderung von akut drohenden krankheitsbedingten Fehlentscheidungen (z.B. Kündigung eines Arbeitsplatzes, um dem Arbeitgeber nicht die Krankheitszeiten zuzumuten etc.) oder kurzfristig drohende Chronifizierung von akuter Symptomatik, welche mit kurzen Interventionen effektiv abzuwenden wäre.

Die kürzlich „freigeschalteten" sozialrechtlichen Befugnisse der PsychotherapeutInnen zur Verordnung von Krankenhausbehandlung, Soziotherapie oder einer medizinischen Rehabilitation können die Psychotherapeutischen Sprechstunden unter Umständen weiter bereichern. Es bleibt allerdings abzuwarten, inwieweit diese in die komplexen Anforderungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde (zeitlich) zu integrieren sind. Ein ganz wichtiger Nachholbedarf besteht auch darin, den PP/KJP endlich ein umfassendes Überweisungsrecht einzuräumen. So löst zum Beispiel anders als im offiziellen Überweisungsverfahren, eine auf dem PTV 11 empfohlene Abklärung beim Facharzt nicht die Verpflichtung eines entsprechenden Berichts vom Facharzt aus. So laufen einige gute Ansätze derzeit noch ins Leere und wichtige Rückmeldeschleifen sind noch nicht offiziell etabliert.

Komplexe Diagnostik- und Abwägungsprozesse in Psychotherapeutischen Sprechstunden erforderlich


**Symposium Wollmarshöhe 2017**
16.06. - 24.06.

Die Wollmarshöhe

- **Psychosomatik - Wo bleibt die Somatik?**
- **Erfahrungsorientierte Therapie**
- **Integrative Behandlungskonzepte**
- **Klinikinformationen**

Eine Woche Fokus Psychosomatik. Vorträge, Workshops und Austausch mit renommierten Referenten in der Klinik Wollmarshöhe, Fachkrankenhaus für Psychosomatische Medizin (Allgäu / Oberschwaben / Bodenseeregion).

Die Veranstaltungsreihe ist insg. mit 44 Punkten LÄK/BW bewertet.

Abschlussveranstaltung / World-Music-Event „Burn on, Homo sapiens!" (Open-Air im Hochseilgarten), u. a. mit Musikern der Berliner Philharmoniker und der Deutschen Oper Berlin.

***Informationen und Anmeldung:***
**www.wollmarshoehe.de | www.symposien-wollmarshoehe.de**

Kerstin Sude

# Ausgestaltung der Psychotherapeutischen Sprechstunde

## aus Sicht der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

**Die Idee dieses Beitrages ist, die Möglichkeiten und Grenzen einer Psychotherapeutischen Sprechstunde aus psychodynamischer Sicht genauer zu beleuchten. Seit 01.04.2017 gehört die neue Leistung Psychotherapeutische Sprechstunde zu den Kernleistungen einer psychotherapeutischen Vertragspraxis. Nun kommen Fragen auf, wie diese gestaltet werden kann. Die Profession ist aufgefordert, übliche Pfade zu verlassen. Die hier dargestellten Gedanken aus einer „TfP-Praxis" sollten selbstverständlich durch die eigenen Überlegungen und den sich ergebenden Praxiserfahrungen mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde komplementiert werden.**

Es erwächst die Aufgabe, neben bislang üblicher Behandlungswege neue, durchaus wichtige Module zu integrieren

Der Rahmen für den verfahrensübergreifend gedachten Weg einer Psychotherapeutischen Sprechstunde wurde mit Start der neuen Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) zum 01.04.2017 gesetzt. Es erwächst die Aufgabe, neben bislang üblicher Behandlungswege neue, durchaus wichtige Module zu integrieren. Im Folgenden finden Sie Kernpunkte aus der neuen Psychotherapie-Richtlinie zur Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie eine Vertiefung der Materie:

- Alle Patientinnen und Patienten haben im Krankheitsfall Anspruch auf bis zu sechs Sprechstundeneinheiten von je 25 Minuten. In kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen sind es sogar zehn Einheiten. In bis zu drei Gesprächen sollen Psychotherapeuten demnach abklären, ob z.B. ein Verdacht auf eine psychische Störung vorliegt, ein/e Patient/in eine Richtlinienpsychotherapie benötigt oder ob gegebenenfalls ein anderes Hilfs- oder Beratungsangebot helfen könnte (z.B. Suchtberatung).
- Das Angebot der Sprechstunde ist für die Profession verpflichtend: Alle ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine kassenärztliche Genehmigung zur Abrechnung von Psychotherapie haben, *müssen* diese seit 01.04.2017 anbieten (termingebunden oder als offene Sprechstunde). PP/KJP haben pro Woche in der Regel mindestens 100 Minuten (voller Versorgungsauftrag) bzw. 50 Minuten (halber Versorgungsauftrag) dafür zeitlich zur Verfügung zu stellen.
- Vor einer psychotherapeutischen Behandlung gemäß §§ 12, 13 und 15 haben Patienten eine Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen. Jedoch gilt diese Verpflichtung nicht in den in Abs. 7 bestimmten Fällen, d.h.: „Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder eine Patientin oder ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen wurde, können erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen." (https://goo.gl/diS7ta). Auch ist bis zum 31.03.2018 der Besuch der Psychotherapeutischen Sprechstunde für Patientinnen und Patienten noch nicht verpflichtend.

In Kürze werden zudem neue sozialrechtliche Befugnisse für PP/KJP deren Verantwortung erweitern, die auch in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Rolle spielen könnten (z.B. Einweisung in die psychiatrische Klinik bei Suizidalität, psychotischer Entgleisung, …) oder die Verordnung von Soziotherapie oder Medizinischer Rehabilitationsbehandlung. Mit den oben genannten Neuerungen musste eine neue Abrechnungsziffer für diese Leistungen eingeführt werden. Leider wurde die Leistung mit Punktwerten unterhalb der Richtlinienpsychotherapie vom Bewertungsausschuss bewertet. Diese Bewertung bedeutet unter anderem, dass keine Anstellung von Personal (z.B. Sprechstundenhilfe) für diese bürokratisch sehr anspruchsvolle Leistung möglich ist. Die Psychotherapeutische Sprechstunde erhielt die Gebührenordnungsposition (GOP) 35151 mit der Bewertung von 406 Punkten (42,75 €) je vollendete 25 Minuten. Es bleibt zu hoffen, dass dieser Be-

schluss vom Bundesgesundheitsministerium beanstandet wird.

Die Wege in die Psychotherapeutische Sprechstunde werden vielfältig sein. Patienten erhalten über eine fachärztliche Praxis, die hausärztliche Nachbarpraxis, eine Klinik, Beratungsstelle oder auch über Listen der Kasse einen Hinweis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde. Sie können aber auch über die Terminservicestelle (TSS) der regionalen KV kommen. Hier dürfen wir gespannt sein, ob und wie sich die Zugangspfade in unsere Psychotherapeutischen Praxen verändern und was es für die Koordinierungsleistungen und Arbeitszeit bedeutet. Evaluationen zu den Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie sind von verschiedener Seite in Planung.

Welches Selbstverständnis für eine Psychotherapeutische Sprechstunde möchten PP/KJP überhaupt verfolgen? Was könnte für die Patientinnen und Patienten eine „gute" Psychotherapeutische Sprechstunde beinhalten und sein?

Es ist davon ausgehen, dass ein solches Sprechstundenangebot ausreichend klinische Erfahrungen und vielfältiges Praxis-Know how wie auch diagnostische und beratende Kompetenzen voraussetzt. Hinzu kommen Kenntnisse über Kommunikation, konstruktive „Therapeut/in-Patient/in-Gesprächsführung", doch auch (psychodynamische) Interventionstechnik dürfte bereits für die Psychotherapeutische Sprechstunde hilfreich sein. Es ist zu erwarten, dass die Berufsgruppe entsprechende Erfahrungen aufgrund ihrer fundierten und langjährigen Ausbildung mitbringt. Für die zukünftige Direktausbildung und Weiterbildung könnten bereits heute Module und Tutorials zum Thema Psychotherapeutische Sprechstunde erdacht werden.

PP/KJP bekommen koordinierende und vernetzende Möglichkeiten und Verantwortung an die Hand. Sie können sich stärker interdisziplinär und mit dem Gesundheitssystem interagierend zeigen. Dies wird hilfreich sein, um eine gute Versorgung auszubauen. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die stärkere Vernetzung mit anderen Versorgungs- und Hilfseinrichtungen (z.B. Beratungsstellen) sowie Fachärztinnen/-ärzten, gegebenenfalls auch bereits präventiv wirkenden Einrichtungen und KollegInnen, eine wichtige Rolle. Entsprechende Flyer, Namenslisten, Adressbücher und Visitenkarten liegen in der Praxis für die Patientengespräche möglicherweise bereits heute bereit.

Für Vernetzungs- und Kooperationskontakte benötigen PP/KJP mehr zusätzliche Zeit, die sich bislang nicht mit der Sprechstunde abbildet. Damit bleibt dieser Part der interdisziplinären Vernetzung und Kooperation von den Kassen „ausgeblendet". PP/KJP müssen aktuell Zeit für zunehmende Telefonate und Vernetzung von ihrer Behandlungszeit „abzwacken". Allein aus Versorgungs- und Honorargründen müssen wir uns derzeit telefonisch in der Tendenz sehr kurz halten. Dies kann nicht im Sinne einer guten psychotherapeutischen Versorgung sein.

Wo flexible Behandlungsstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Vernetzung gefordert werden, da sollten diese auch ethisch und monetär gefördert werden. Hier unterschätzt man gesprächs- und zuwendungsintensive Zeiten einer komplex-komplementären, individuellen Versorgung. Eine gesundheitsfördernde Allianz zwischen Patient/in und Psychotherapeut/in lässt sich weniger gut mit abgehetzt wirkenden Psychotherapeuten und Ärzten bilden.

Welche Aspekte sind für Kolleginnen und Kollegen mit psychodynamischer Ausrichtung bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde überlegenswert:

- Der Einsatz von Testdiagnostik (vgl. Maaß) wird möglicherweise verstärkt zur differenzialdiagnostischen Abklärung und mit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde zunehmen. In diesem Bereich sind dann gegebenenfalls (Nach-)Schulungen notwendig. Mitglieder könnten entsprechende Wünsche an Verband und regionale Psychotherapeutenkammern herantragen. Psychodynamisch tätige Psychotherapeuten kommen meist mit wenig Testdiagnostik aus, da sie mehr mit deskriptiven Methoden arbeiten. Testdiagnostik untermauerte lediglich, was sich nach vier bis fünf Sitzungen Probatorik im Gespräch ausreichend offenbarte.
- Für die psychodynamisch orientierte Psychotherapeutische Sprechstunde mögen Items der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik – kurz: OPD – hilfreich sein, zudem psychologische, zum Teil auch freie „Open Source" Testsysteme bereits in die Praxissoftware integriert werden können (siehe auch: https://goo.gl/DYs37c). Ferner gibt es neben teuren Systemen das Programm TestOS (https://goo.gl/OQNbS9) bzw. als Onlineversion „Diagnostix" (https://goo.gl/d8EfB6). Es gibt frei zugängliche Fragebögen der OPD, z.B. OPD 2 (OPD, 2014).
- Psychodynamiker/innen werden möglicherweise zu einer 50 Minuten „Bestellsprechstunde" neigen, dies wurde in Gesprächen in der Region deutlich. Die Sprechstundenzeit wird teilweise gern an den Rand der üblichen Arbeitszeit gelegt.
- Die Patienten könnten bisherige Befunde in die Psychotherapeutische Sprechstunde mitbringen. Neu ist, dass die Patienten (verfahrensübergreifend) ein allgemeines Informationsblatt zur Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten (PTV 10). Zudem wird im Anschluss an die Sprechstunde eine individuelle Patienteninformation über das Ergebnis mitgegeben (PTV 11). Fokus ist „ambulant", so keine starke

Wo flexible Behandlungsstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Vernetzung gefordert werden, da sollten diese auch ethisch und monetär gefördert werden

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN
Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB Notarin
NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?
Hohe Erfolgsquoten in allen Numerus clausus-Fächern, z.B. im Fach
Psychologie: 100% Erfolg
mit unserer Strategie – auch im Masterstudiengang!
Wir haben die Erfahrung.
Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Krise vorliegt, die sich ambulant nicht mehr halten lässt. Denn es gilt der SGB V § 12, das Wirtschaftlichkeitsgebot (1).

- Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Insofern gilt nicht allein ein sorgsamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten, sondern auch ein sorgsamer Umgang mit dem Ergebnisblatt. Bedenken Sie beispielsweise, wenn Sie darauf notieren würden: Patient benötigt sofort Psychotherapie, jedoch Sie selbst können diesen Patienten aufgrund eines fehlenden freien Platzes nicht versorgen, so könnte die Folge sein, dass dem Patienten an anderer Stelle zur Aufnahme einer stationären Beratung geraten wird, obwohl es so nicht gemeint war. Es besteht möglicherweise lediglich die Notwendigkeit einer zeitnahen ambulanten Richtlinienpsychotherapie. In diesem Fall ließe sich eine Notwendigkeitsbescheinigung erstellen. Insofern ist auch mit so genannten „Dringlichkeitscodes" sorgfältig umzugehen. Wenn kein Therapieplatz gefunden wird, müsste in jedem Fall der SGB V, § 13 (3) im Sinne des Patientenschutzes greifen. Hier erscheint es wichtig, dass psychotherapeutische Behandler/innen aus der vertragspsychotherapeutischen Praxis mit den Kolleginnen und Kollegen in der Privatpraxis Hand in Hand arbeiten. So lässt sich oft ein teurerer stationärer Aufenthalt vermeiden.
- Eine interessante Behandlungsmöglichkeit (so wir die Finanzierung außer Acht lassen) wäre der Übergang, ohne Probatorische Sitzungen, in die „Akutbehandlung", d.h. in den bis zu 12 Einzeltherapiesitzungen flexibel zu je 50 Minuten, teilbar in 25-Minuten-Einheiten, zeitnahe, psychotherapeutische Interventionen zur Entlastung von akuter Symptomatik ambulant anzubieten. Gedacht ist keine „umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren", sondern erste Krisenintervention bzw. Interventionen zur Überbrückung bis zu einer Richtlinienpsychotherapie (Anzeigeverfahren mit PTV 12).
- Für die Akutbehandlung ist die Sprechstunde eine Voraussetzung (mindestens 50 Minuten). In jeweils 25 Minuten eine Art „Speed-Dating-Erstkontaktaufnahme" durchzuführen, das widerspricht meist der psychodynamischen Arbeitsweise. Viele KollegInnen haben sich bewusst für das Setting im ambulanten Arbeitsfeld und nicht für eine Tätigkeit in der Klinik-Ambulanz entschieden, wo enger getaktet gearbeitet wird. Auch während einer „offenen Sprechzeit" eine verantwortungs- und vertrauensvolle Abklärung vorzunehmen, während auf dem Flur drei andere Patienten warten, erscheint vielen nicht vorstellbar. Diese Erkenntnis ist (noch) nicht evaluiert, lässt sich möglicherweise in eigenen Gesprächen mit KollegInnen aus der TfP und AP überprüfen.
- Da kurzfristige Absagen eine „Nicht-Vergütung" (der Sprechstunde) bzw. in Folge einen Honorarausfall nach sich ziehen, erscheint es sinnvoll, bereits jetzt für die eigene Praxistätigkeit Wege zu finden, die Arbeitszeit bei Absagen dennoch sinnvoll zu nutzen, z.B. durch Verfassen eines Antrags, Führen von Telefonaten. Letztlich können PP/KJP nicht mehr Leistung in weniger Zeit erledigen (s.u.: Die Praxis ist kein Produktionsbetrieb). „Sprechende Medizin" lässt sich natürlich nicht wie ein „automatisierter Ultraschall" beim Mammografie-Screening durchführen.
- Die Frage ist: Hat sich ein/e Patient/in bewusst entschieden, eine verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch oder analytische ausgerichtete Sprechstunde zu besuchen, oder war es eine „Zufallszuweisung" über die TSS? Auch dies wird ein Sprechstundengespräch und den Gesprächsverlauf sicherlich mit beeinflussen.

Zurück zur psychodynamischen Diagnostik. Insgesamt ist die Literatur zum psychodynamischen Erstinterview nicht sehr umfangreich. Empfehlen lässt sich hierfür die Auffrischung mit „Klassikern" bzw. der Blick ins „psychodynamische" Bücherregal. Zu finden ist dort der Titel: „Psychoanalytisches Erstinterview" (Argelander, 2014). Hilfreich können auch andere Interviewmodelle sein, wie z.B. „Das psychoanalytische Erstgespräch" von Annemarie Laimböck (Laimböck, 2011) oder „analytischer Stoff" aus „Die Kunst des Anfangs" von Anita Eckstaedt (Eckstaedt, 2012). Nicht nur PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) schätzen vermutlich ihren „Wöller & Kruse" (Wöller & Kruse, 2014) sowie Basiswerke für den Start in die Diagnostik. Wer den Blick über den Tellerrand nicht scheut, entdeckt noch weitere Literatur zur Situation in der Psychotherapeutischen Sprechstunde, beispielsweise das „AMDP-Manual" (Psychiatrie, 2015) und spezifische Hinweise zum „Umgang mit psychotischen Patienten" (Bock, 2013).

Patienten das erste Mal zu sehen, erfordert hohe Zuwendung und Konzentration

## Worauf wird es in der Psychotherapeutischen Sprechstunde ankommen?

Patienten das erste Mal zu sehen, erfordert hohe Zuwendung und Konzentration. Es gilt, auf Empathie zu achten und einiges Augenmerk zu legen auf objektivierbare Informationen, wie z.B. die Symptomatik. Eine Rolle spielen dürften zuerst benannte anamnestische, biografische Aspekte, doch auch

auffallende Benennungen des Alltags, wie beispielsweise „Ich spiele bis zu fünf Stunden Counter-Strike". Konkretes Nachfragen ist nötig (z.B. „Können Sie abschalten und schlafen?"). Spezifische Verhaltensweisen, Persönlichkeitseigenschaften könnten in der Sprechstunde ebenfalls registriert werden. Hier einige Aspekte:

- Meist sind es subjektive Informationen, die für „Psychodynamiker" aufschlussreich sein können wie: Was wird beim Erzählen ausgelassen? Wird z.B. die Mutter in den Erzählungen ausgelassen?
- Lässt sich über Mimik, Gestik wahrnehmen, durch welche inhaltlichen Aussagen die Patientensicht zum Ausdruck kommt? Lässt sich eine Ahnung bekommen, wie ein/e Patient/in, etwas salopp gesagt, „tickt"? Wie verstehen Patienten selbst die Bedeutung von ihrer Krankheitsgeschichte, wie ist ihr Krankheitserleben, wie der berichtete Teil der Lebensgeschichte? Welche Affekte spielen eine Rolle?
- Auch szenische Aspekte können eindrücklich sein. Wie sehen die ersten Interaktionen zwischen Patient/in und Therapeut/in genau aus? Fallen Störungen der Affektivität ins Auge (z.B. völlige Euphorie, Ängstlichkeit), ist jemand devot, überfreundlich, ... Gibt es sichtbare Verletzungen? Ist er sehr erschöpft / vital / müde / in Arbeitskleidung / vernachlässigt? Psychotherapeuten versuchen, sich ein umfassendes Bild zu machen.
- Welche soziologischen Faktoren spielen eine Rolle, welche Anforderungen, Erschwernisse kommen hinzu (z.B. Pflege der Mutter)? Einerseits fühlen sich die Individuen oft frei, andererseits sind sie stärker beherrscht von zahlreichen Anforderungen, siehe z.B. Ausführungen zum Thema „Beschleunigung und Entfremdung" von Hartmut Rosa (Rosa, 2013). Manche Patienten befinden sich geradezu im „Hamsterrad", sie erleben die Psychotherapeutische Sprechstunde als „Erste Hilfe".
- Zum Thema Abwehrmechanismen kann OPD hilfreich sein, doch häufig ist dies gar nicht notwendig, da Aspekte der Abwehr wie auch Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung bereits im Sprechstundenkontext eine Rolle spielen. Hier können Muster von Abhängigkeit(en), Aggressionen etc. Ausdruck finden. Insbesondere wenn wir es mit Patienten mit Migrationshintergrund zu tun haben, ist eine erhöhte Sensibilität in Bezug auf kulturelle Unterschiede notwendig, vgl. Ausführungen von Machleidt et al. (Machleidt, 2013).
- Die Patientin/der Patient bringt „sich" selbst mit: sich und Kernthemen, -konflikte, bewusst und unbewusst: Patienten wissen letztlich am besten, warum sie kommen, was erlebt wurde, was mitgeteilt werden soll. Sie benötigen unsere Zeit, offenen Raum für ein klärendes Gespräch. Wichtig wird sein, wie auch im psychotherapeutischen Setting selbst, Grenzen zu beachten. Zum Verständnis des subjektiven Konzeptes: Was denken Patienten, was ist die Ursache der Symptomatik/der Störung? Was könnte unterstützend sein? Was ist Auslöser, und was könnte helfen?
- Gezielte Fragen sind oft nur bei der genauen zeitlichen Einordnung notwendig, emotionale Inhalte sollten beachtet und gegebenenfalls inhaltlich aufgegriffen werden (z.B. Haben Sie so etwas schon mal erlebt?).
- Auch den zeitlichen Rahmen der Sprechstunde sollten PP/KJP benennen, d.h. eine zeitliche Struktur und die transparente Benennung des Rahmens können beispielsweise Sicherheit auf beiden Seiten vermitteln.
- Manchmal gilt es, die Unvollständigkeit der Stunde „auszuhalten". Erste beratende Aspekte mit Diagnostik sind sicher nicht „perfekt", sie sind vorläufig, orientierend, hypothetisch.
- Orientierung bieten auch Erstinterviewtechniken von Balint: Wichtig sein kann, wie bereits oben genannt, die Art der Zuweisung, die Art der Kontaktaufnahme mit Einbezug von den Vorinformationen in die Sprechstunde.
- Ein Blick auf die Selbstrepräsentation, auf die gesamte Erscheinung und das szenisch nonverbale Verhalten der Patienten. Lässt dieses sich objektivieren, ausreichend beschreiben? Wenn nicht – woran liegt es?
- Die Kenntnis zum Verlauf der Symptomatik, Voruntersuchungen und -behandlungen sollten mit erfragt werden. Was half hier bisher? Und welche Ressourcen bringt jemand mit?
- Doch auch: Wie ist die aktuelle Lebenssituation? Besteht bei meinem Gegenüber eine akute (Selbst-)Gefährdung? Wie schätzt es ein/e Patient/in selbst ein (in Bezug auf Suizidalität, Sucht, …)?

Gesellschaftlich wird vermittelt, dass man sich im Zeitalter von hoch effektiven, modernen Methoden mit kaum mehr etwas abzufinden brauche, doch ist dem wirklich so?

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

**Curriculum 2016/2017/2018**
**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, Düsseld.
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, Ressourcenvolle 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**

Das Dokumentierbare spielt zwar eine Rolle, viel wichtiger ist jedoch für die Versorgung der komplexe, anamnestische, diagnostische Prozess davor

- Lässt sich das subjektive Selbstkonzept an einigen Punkten vertiefen bzw. bereits in ersten Zügen verstehen? Welche strukturellen Anteile spielen eine Rolle? Besonderes Augenmerk gilt oft der Auslösesituation.
- Wie werden Beziehungen beschrieben (Hinweise auf strukturelle Aspekte)? Bei der biografischen Anamnese erfragen PP/KJP: Gibt es Entwicklungsbesonderheiten? …

An dieser Stelle ließe sich immer weiter aufzeigen, was psychodynamisch von Bedeutung ist, doch das würde den Rahmen sprengen. Die Sprechstunde bietet enormes Potential, allerdings müsste auch eine systemische Passung da sein. Giovanni Maio, Arzt und Philosoph, kritisiert zu Recht, dass die moderne Medizin (und ich denke manchmal auch die Psychotherapie) das Bild von einem jederzeit perfektionierbaren Leben vermittelt. Gesellschaftlich wird vermittelt, dass man sich im Zeitalter von hoch effektiven, modernen Methoden mit kaum mehr etwas abzufinden brauche, doch ist dem wirklich so? Gilt es nicht, den Patienten realistische Machbarkeiten, angefangen in einer Sprechstunde, aufzuzeigen. Wir können sehr gut Ruhe in der Krise vermitteln. Wir können vermitteln, als Patient/in Beziehung mit zu gestalten und möglicherweise schwere oder chronische Leiden besser annehmen zu können, gegebenenfalls einen gelasseneren Umgang mit psychischer Labilität oder Instabilität zu finden.

Tests und Manuale mögen wiederum helfen, die gewonnenen symptomatischen Erkenntnisse zu objektivieren, sie können etwas (reliabel) nachweisen, Hypothesen untermauern, eine psychische Störung formalisiert „belegen", doch Ruhe und neue Kraft, Vertrauen und Zuversicht, Wärme oder Zugewandtheit vermitteln sie nicht. Maio konstatiert zudem, dass sich die moderne Medizin mit ihrer Orientierung an Naturwissenschaft und Ökonomie sehr zum Nachteil der Patienten verändert habe. Naturwissenschaft und Ökonomie würden aktuell eine zu starke Allianz ergeben. Haltungen hätten sich mit verändert. Er spricht hier von einem „Bewusstsein der Medizin" Die Autorin fragt: Gibt es ein ähnlich konstituiertes auch von der Psychotherapie?

Möglicherweise betreffen diese Veränderungen, mehr noch als die äußeren Abläufe, das „Bewusstsein der Medizin, ihre innere Identität. Verrichten, Messen, Prüfen, Nachweisen – all das wird heute verlangt, (…). Auch die Behandlung des kranken Menschen folgt zunehmend den gedanklichen Vorgaben der industriellen Produktion (…)." Er erläutert ausführlich und m.E. zu Recht, warum das über die Medizin verhängte industrielle Denken so ungenügend und schädlich ist (Maio, 2015). Stellen wir uns vor, dies gelte auch für die Psychotherapie. Diese Leistungen lassen sich nicht auf „Produktionsprozesse" reduzieren, auf das Abarbeiten von möglichst vielen Fällen. Gerade die Sprechstunde wird das „Eingangstor" sein. Hier wird sich entscheiden, worauf fachlich fokussiert werden sollte. Psychotherapeuten und Ärzte eint, dass sie in ihrer Arbeit gedankliche Synthesen und Prozesse vollziehen, in denen variierende Informationen zu einem Gesamtbild zusammengefasst werden müssen. Es entsteht *kein Produkt* dabei, sondern in den hoffentlich sicheren „Kokons" von Sprechstunden sind Menschen mit ihren Nöten, mit unaushaltbaren Konflikten, Störungsbildern, die sich weiter vor uns „entpuppen" und damit unsere höchste Aufmerksamkeit erfordern. Nach Maio und hier lässt sich zustimmen, bedeutet die Fokussierung auf den reinen Vollzug (beispielsweise hier der Sprechstunde) eine „Entwertung der eigentlichen ärztlichen Leistung, die mehr im reflektierten Abwägen liegt als in der Handlung selbst" (vgl. Maio, 2015, S. 14). Das Dokumentierbare spielt zwar eine Rolle, viel wichtiger ist jedoch für die Versorgung der komplexe, anamnestische, diagnostische Prozess davor. Dies ist der Prozess, in dem wir den Menschen ganzheitlich sehen, um ihn zu verstehen und um niemanden auf eine Krankheit zu reduzieren. Wir bewältigen mit Patienten die Situation, die Unsicherheit, wir beforschen gemeinsam die Entstehungs- und Krankengeschichte, sortieren gedanklich professionell alle Informationen, wägen mit den Patienten Behandlungsideen ab, zeigen mögliche Lösungen auf und versuchen, individuell vorzugehen. Wir unterstützen Patienten, in dem wir sie und uns in der Sprechstunde ernst nehmen. Manche benötigen dafür mehr, andere weniger, doch die meisten benötigen schlichtweg ausreichend Zeit sowie authentische Zuwendung als ersten Schritt ihrer Behandlung. Die Sprechstunde könnte und sollte demnach mehr sein, als ein formalisierter Vorgang oder zwei mitgeteilte Diagnosen, mehr als die „ICD-10 Codes". Zwar ist der Wunsch nach eindeutig sammelbaren Fakten und einer daraus resultierenden diagnostizierbaren Klarheit nachvollziehbar, doch diese ist im psychodynamischen Handeln, ob der Komplexität und Individualität des Einzelnen, selten zu Hause.

**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.

**Literaturhinweise**

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

Heiko Borchers

# Spezielle Auswirkungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**Die neue Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) sowie die angepasste Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) gelten selbstverständlich ebenso für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wie für die Therapie mit Erwachsenen. In den meisten Darstellungen und veröffentlichten Broschüren anlässlich der Reform der PT-RL treten die besonderen Aspekte für die jungen Patienten oft in den Hintergrund. Im Folgenden soll auf die speziellen Auswirkungen und Aspekte für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hingewiesen werden. Außerdem werden teilweise konkrete Durchführungswege dargestellt.**

## Altersgrenzen hervorgehoben

Aufgrund vieler ungerechtfertigter Herabstufungen der Kompetenzen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (siehe hierzu auch Psychotherapie Aktuell 2.2016) wurde in § 1 der neuen Psychotherapie-Richtlinie eine Klarstellung hinsichtlich der Altersgrenzen aufgenommen.

**§ 1 Abs. 4 PT-RL**
Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.

Somit sollte noch einmal eindeutig geklärt sein, dass sich der Behandlungs- und Kompetenzbereich von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten regelhaft bis zum vollendeten 21. Lebensjahr der Patienten erstreckt. Dieser Umstand hat teilweise auch Auswirkungen auf die Vermittlung von Psychotherapeutischer Sprechstunde und Akutbehandlung im Rahmen der Terminservicestellen (TSS). Einige Kassenärztlichen Vereinigungen vermitteln im Rahmen ihrer TSS Versicherte im Alter zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr in erster Linie an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das entspricht in vieler Hinsicht auch dem entwicklungs- und sozialpsychologischen Reifegrad vieler Heranwachsender. In der Regel sind die meisten von ihnen bei einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten besser aufgehoben. In anderen Bereichen unserer Gesellschaft ist eine derartige Betrachtungsweise allgegenwärtig – beispielsweise im Jugendstrafrecht, Jobcenter für Jugendliche oder in der Eingliederungshilfe. Die letzten beiden Sätze der Regelung befassen sich mit der Frage, ab welchem Alter Versicherte denn überhaupt Erwachsenentherapie in Anspruch nehmen können. Dieser hier formulierte generelle Anspruch des Patienten schränkt jedoch in *keiner* Weise die Behandlungskompetenz des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein.

## Bezugspersonen

Bislang war der Begriff der Bezugspersonen weder in der Psychotherapie-Richtlinie noch in der Psychotherapie-Vereinbarung hinsichtlich seiner Bedeutung genauer erläutert worden. Immer wieder kam Unsicherheit darüber auf, wer damit genau gemeint sei. Durch die Klarstellung wird jetzt deutlich dass es sich hierbei eben nicht ausschließlich nur um die Eltern oder Pflegeeltern des jungen Patienten handeln muss.

**§ 9 PT-RL**
**Einbeziehung des sozialen Umfeldes**
Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.

Daraus ergibt sich, ohnehin immer unter der Voraussetzung, dass ein Einbezug zur Erreichung eines Behandlungserfolges notwendig ist, dass relevante Bezugspersonen auch sein können z.B. Geschwister, Großeltern, Bezugsbetreuer, Verwandte und außerdem sicher-

lich auch Freunde des Kindes oder der Partner/die Partnerin des Jugendlichen sowie auch Erzieher und Lehrer, die sozialen Umgang mit dem Kind oder Jugendlichen haben. Eher nicht dazu gehören z.B. Jugendamtsmitarbeiter oder Schulleiter, die das Kind oder den Jugendlichen nur vom Schreibtisch, von der Verwaltungsebene oder aus der Akte her kennen. Denn: Wo ist hier der soziale Kontakt? Ausnahme- und Grenzfälle sind sicherlich möglich. Beispielsweise der längst tot geglaubte und nun wieder aufgetauchte Vater oder die leibliche Mutter eines Pflegekindes, die zehn Jahre lang keinen Kontakt zu ihrem leiblichen Kind hatte. Faktisch gab es auch hier keinen sozialen Kontakt, aber tatsächlich kann ein Gespräch mit ihnen großen Einfluss auf die Genesung eines Kindes oder Jugendlichen haben. Es liegt hier eindeutig in der fachlichen Kompetenz des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Einzelfall darüber zu entscheiden. Entsprechende kurze Vermerke in der Dokumentation sichern die Entscheidung gegenüber allen eventuell kritisch nachfragenden Instanzen ab. Ohnehin muss regelhaft die Genehmigung der Sorgeberechtigten vorliegen, wenn mit Dritten über das Kind bzw. den Jugendlichen gesprochen wird. Eine grundsätzliche Einwilligung und Offenlegung bei einsichtsfähigen Kindern und Jugendlichen über die Gespräche, die außerhalb ihrer und seiner Psychotherapiesitzung über sie/ihn stattfinden, schützt zudem die therapeutische Beziehung. Volljährige Jugendliche und Heranwachsende müssen Gesprächen mit Bezugspersonen selbst zustimmen.

An keiner Stelle wurde festgelegt, dass ab dem 18. Lebensjahr eines Jugendlichen keine Bezugspersonengespräche mehr beantragt und genehmigt werden können

**Heiko Borchers**

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

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass an keiner Stelle in der Psychotherapie-Richtline sowie in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegt wurde, dass ab dem 18. Lebensjahr eines Jugendlichen keine Bezugspersonengespräche mehr beantragt und genehmigt werden können. Die oben angeführte Klarstellung bezüglich der Altersgrenzen im Zusammenspiel mit der Darlegung zu den Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen lässt hieran keinen Zweifel aufkommen. Und fachlich ist es ohnehin in vielen Fällen geboten, zur Erreichung eines Behandlungserfolges auch bei Heranwachsenden relevante Bezugspersonen mit einzubeziehen.

## Psychotherapeutische Sprechstunde

Bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind im Krankheitsfall bis zu zehn Einheiten à 25 Minuten bei einem Psychotherapeuten berechnungsfähig. Davon dürfen bis zu viermal Einheiten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Die Zusammenstellung der 25 Minuten-Einheiten ist dem Psychotherapeuten freigestellt. Mit dem Kontingent lassen sich z.B. fünf Termine à 50 Minuten durchführen. Aber auch könnte es Eltern oder Familien gerade mit langem Anfahrtsweg entgegenkommen, längere Sitzungen durchzuführen. So sind auch 75 Minuten oder 100 Minuten möglich. Auch kann ein Teil davon am selben Tag ohne Anwesenheit des Kindes durchgeführt werden. Der verpflichtende Leistungsinhalt umfasst die Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung sowie die Beratung und/oder Erörterung gegenüber dem Versicherten. Die Durchführungs-Mindestdauer beträgt 25 Minuten und die Psychotherapeutische Sprechstunde ist nur in Enzelbehandlung möglich. Weitere Inhalte können sein: Orientierende diagnostische Abklärung und differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung, Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung, psychotherapeutische Intervention sowie Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten. Erscheint bei getrennt lebenden, sorgeberechtigten Eltern nur ein Elternteil und liegt keine Einverständniserklärung des anderen, nicht anwesenden Elternteils vor, dann ist es nach allgemeiner juristischer Bewertung nur zulässig, eine erste Sitzung durchzuführen. Der Inhalt eben dieses einen und ersten Termins beschränkt sich dann weitgehend nur auf die Aufklärung des einen anwesenden Elternteils darüber, wie überhaupt mit dem Kind oder minderjährigen Jugendlichen rechtlich abgesichert weiter gearbeitet werden kann (z.B. Herbeiführung einer Einverständniserklärung). Jede Kollegin, jeder Kollege möge jedoch diesbezüglich unbedingt seine regionale Berufsordnung beachten. Teilweise wurden hier sehr praxisferne Regelungen verankert, die noch nicht einmal ein erstes Gespräch zur Aufklärung gestatten. Gemäß der neuen Psychotherapie-Richtlinie (vgl. § 11 Abs. 6) ist es ausdrücklich gestattet, bis zu 100 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen durchzuführen.

## Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die Besonderheit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei der Akutbehandlung besteht darin, dass es in § 13 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie zwar lapidar heißt, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, aber es darüber hinaus keine weitere Erwähnung zu diesen gibt. Eine konkrete weiterführende Regelung zum Einbezug der Bezugspersonen, z.B. analog der sonst üblichen Handhabung 1 : 4, gibt es für die Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen

nicht! Leider hat sich auch im Nachhinein keinerlei Entgegenkommen seitens des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen diesbezüglich gezeigt. Auch im Bewertungsausschuss konnte keine nachträgliche Heilung herbeigeführt werden. Hier hätte man die Zulässigkeit von Bezugspersonengesprächen mindestens in der Legende des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Akutbehandlung unterbringen können. Dieses ist umso erstaunlicher, werden doch Sitzungskontingente einer Akutbehandlung auf eine eventuell nachfolgende Kurz- oder Langzeittherapie zu 100 % angerechnet. Im Grunde findet damit eine Gleichstellung von Akutbehandlung und Kurz- oder Langzeittherapie statt. Bei den letzteren Anwendungsverfahren sind bei Kindern und Jugendlichen jedoch zusätzliche Bezugspersonengespräche im Verhältnis 1:4 regelhaft möglich und werden hinzugerechnet. Die Vertreter der DPtV in den Gremien der Selbstverwaltung werden sich vehement dafür einsetzen, dass es hier in Zukunft eine gerechte Regelung für unsere jungen Patienten geben wird.

## Probatorische Sitzungen

In der neuen Psychotherapie-Richtlinie ist niedergelegt, dass bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr für alle Verfahren gleichermaßen bis zu sechsmal im Krankheitsfall bei einem Psychotherapeuten Probatorische Sitzungen durchgeführt werden können. Vor einer Richtlinienpsychotherapie müssen mindestens zwei Probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer stattgefunden haben. Weiterhin können Probatorische Sitzungen nur als Einzelbehandlung durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist selbstverständlich auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich. Eine Angabe über das Verhältnis Kind/Jugendlicher zu Bezugspersonen gibt es bei den Probatorischen Sitzungen nicht. Durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss am 29.03.2017 zeichnet sich ab, dass Probatorische Sitzungen jetzt auch als Doppelsitzungen berechnungsfähig sind. Damit dürften die unhaltbaren Zustände, bei denen manche KVen selbst den Ansatz von einmal 35150 und einmal 35150B nebeneinander als unzulässige Doppelsitzung angesehen und entsprechend gestrichen haben, endgültig der Vergangenheit angehören. Die neue Formulierung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zur Probatorischen Sitzung, die jetzt lautet: „je vollendete 50 Minuten" gilt für alle Psychotherapeuten, führt aber besonders im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einer enormen Erleichterung für junge Patienten und ihre Eltern.

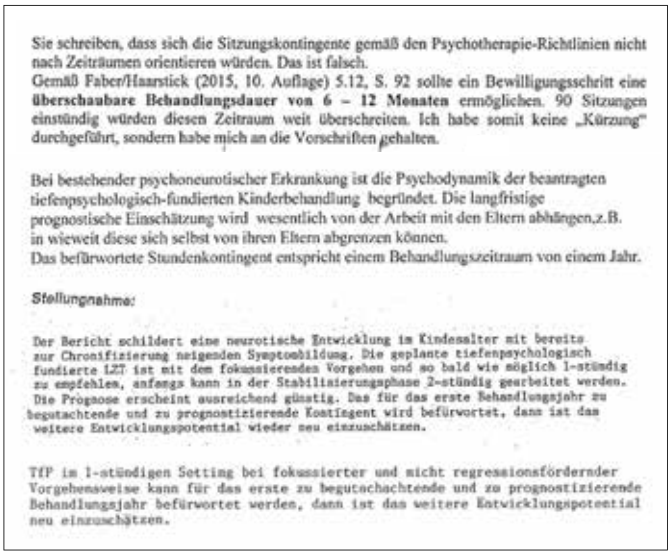
## Kurzzeit- und Langzeittherapie

Für die Kurz- wie Langzeittherapie ist geregelt, dass bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Erreichung des Therapieziels die Möglichkeit besteht, relevante Bezugspersonen mit einzubeziehen. Dies ist bei der Angabe des Behandlungsumfangs im Formular PTV 2 entsprechend zu berücksichtigen. Die für diese Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Therapieeinheiten soll ein Verhältnis von 1 : 4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Patienten möglichst nicht überschreiten. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Anzahl der Therapieeinheiten ist der Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten hinzuzurechnen. Ist eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten, ist dies im Bericht an den Gutachter zu begründen. Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung des Patienten entsprechend. Im Ergebnis heißt das leider weiterhin, dass besonders schwer erkrankte junge Patienten, bei denen zusätzlich mehr psychotherapeutische Arbeit mit den Bezugspersonen notwendig ist, für sich selbst insgesamt weniger Therapieeinheiten erhalten. Hier gilt die Aufforderung an Politik wie Krankenkassen ihren Worten, die da lauten, sich besonders um die Belange und die Gesundheit von jungen Menschen kümmern zu wollen, auch endlich einmal Taten folgen zu lassen und tatsächlich förderliche Regelungen für junge Patienten zu schaffen.

## Langzeittherapie: Veränderte Bewilligungsschritte

Auch im Bereich der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist es durch die neue Psychotherapie-Richtlinie zu veränderten Bewilligungsschritten bei der Beantragung gekommen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass an keiner Stelle in der Psychotherapie-Richtline sowie in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegt wurde, dass ein Bewilligungsschritt regelhaft einen Zeitraum von 12 Monaten nicht zu überschreiten hat. Die neuen, umfänglicheren Bewilligungsschritte auch im Bereich der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen machen deutlich, dass sich die Kon-

Es ist ausdrücklich gestattet, bis zu 100 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen durchzuführen



Sie schreiben, dass sich die Sitzungskontingente gemäß den Psychotherapie-Richtlinien nicht nach Zeiträumen orientieren würden. Das ist falsch.
Gemäß Faber/Haarstick (2015, 10. Auflage) S.12, S. 92 sollte ein Bewilligungsschritt eine **überschaubare Behandlungsdauer von 6 – 12 Monaten** ermöglichen. 90 Sitzungen einstündig würden diesen Zeitraum weit überschreiten. Ich habe somit keine „Kürzung" durchgeführt, sondern habe mich an die Vorschriften gehalten.

Bei bestehender psychoneurotischer Erkrankung ist die Psychodynamik der beantragten tiefenpsychologisch-fundierten Kinderbehandlung begründet. Die langfristige prognostische Einschätzung wird wesentlich von der Arbeit mit den Eltern abhängen,z.B. in wieweit diese sich selbst von ihren Eltern abgrenzen können.
Das befürwortete Stundenkontingent entspricht einem Behandlungszeitraum von einem Jahr.

*Stellungnahme:*

Der Bericht schildert eine neurotische Entwicklung im Kindesalter mit bereits zur Chronifizierung neigenden Symptombildung. Die geplante tiefenpsychologisch fundierte LZT ist mit dem fokussierenden Vorgehen und so bald wie möglich 1-stündig zu empfehlen, anfangs kann in der Stabilisierungsphase 2-stündig gearbeitet werden. Die Prognose erscheint ausreichend günstig. Das für das erste Behandlungsjahr zu begutachtende und zu prognostizierende Kontingent wird befürwortet, dann ist das weitere Entwicklungspotential wieder neu einzuschätzen.

TfP im 1-stündigen Setting bei fokussierter und nicht regressionsfördernder Vorgehensweise kann für das erste zu begutachtende und zu prognostizierende Behandlungsjahr befürwortet werden, dann ist das weitere Entwicklungspotential neu einzuschätzen.

Ausschnitte aus Stellungnahmen von Gutachtern auf Anträge, die regelhaft gekürzt wurden und damit die Bewilligungsschritte konterkariert werden, da sie per se nicht bewilligt wurden.

tingente eben nicht an Zeiträumen oder -spannen orientieren. Nun haben die Gutachter vor einiger Zeit verabredet, dass ein Bewilligungsschritt bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen eine überschaubare Behandlungsdauer von einem Jahr nicht überschreiten soll. In der Folge wurden beantragte Kontingente von 70 oder 90 Sitzungen *regelhaft* reduziert auf 50 Sitzungen. Diese Verabredung korrespondierte zu keiner Zeit mit geltendem Reglement. Wird sie auch in Zukunft aufrechterhalten, konterkariert sie für eine beträchtliche Gruppe von Patienten und deren Psychotherapeuten entscheidende Errungenschaften der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Die Fachgruppe KJP der DPtV wird die Entwicklung diesbezüglich genauestens beobachten und ist immer dankbar für entsprechende Nachrichten aus dem Kreise betroffener Kolleginnen und Kollegen.

### Rezidivprophylaxe

Die Besonderheiten der Rezidivprophylaxe für die Kinder und Jugendlichenpsychotherapie beschränken sich auf den Einbezug der Bezugspersonen. Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Sie sind ebenso Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Leistungen der Rezidivprophylaxe sind hinter der Gebührenordnungsposition (GOP) mit „R" zu kennzeichnen; Leistungen mit Bezugspersonen während Rezidivprophylaxe hinter der GOP mit einem „U".

Michaela Willhauck-Fojkar

# Veränderte Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen

## Wird dies in der neuen PT-V und PT-RL berücksichtigt?

**Jeder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kennt Patienten, bei denen Kooperation und Koordination mit Hilfsangeboten aus anderen Sektoren wie Jugendhilfe, Schule, Tageseinrichtungen oder stationäre Behandlung notwendig ist. Insgesamt sind die Möglichkeiten, mit diesen Einrichtungen sinnvolle Kooperationen umzusetzen, in der vertragspsychotherapeutischen ambulanten Psychotherapie in mehrfacher Hinsicht begrenzt. Die Einbeziehung der Bezugspersonen, Hilfeplangespräche mit dem Jugendamt, Absprachen mit der Schule, um die Teilhabe zu gewährleisten und vieles mehr, werden in den Regelwerken der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL), der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gar nicht bis unzureichend abgebildet.**
**Gibt es für die ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche Verbesserungen in den Regelwerken ab dem 01.04.2017? Gibt es nun zumindest Ansätze in die richtige Richtung?**

Anhand exemplarischer Fallvignetten wird im Folgenden mittels behandlungsrelevanter Fragen geprüft, was sich für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie positiv verändert hat und wo weiterhin Verbesserungen benötigt werden. Die hier beschriebenen Regelungen gelten für alle Therapieverfahren, jedoch sind die Beispiele aus einer verhaltenstherapeutischen Praxis mit entsprechender „Verfahrensbrille" in der Behandlung geschildert.

### Fallvignette 1

*Ein 3;9-jähriger Junge soll auf Empfehlung des Kinderarztes beim Psychotherapeuten vorgestellt werden. Dieser vermutet eine oppositionelle Verhaltensstörung, weil der Junge sehr ungeduldig sei, auf Aufforderungen und Regelsetzungen nicht reagiere und häufige Wutausbrüche mit Schreien, Toben, Spucken und Schlagen zeige. Insgesamt sei er sehr oppositionell und „höre einfach nicht auf das, was man ihm sagt".*

*Der sorgeberechtigte, getrennt lebende Vater verweigert eine Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zunächst findet deshalb ein Gespräch mit der Kindsmutter alleine statt. Nach einem weiteren Gespräch mit dem Kindsvater, gibt dieser ebenfalls sein Einverständnis für die Vorstellung seines Kindes.*

**Aufgrund des Alters ist ein starker Einbezug der Bezugspersonen fachlich notwendig. Darüber hinaus sind die Kindseltern getrennt und leben in neuen Beziehungen. Wie viele Bezugspersonenstunden sind möglich?**
Positiv wirken sich bei den neuen Leistungen wie der Psychotherapeutischen Sprechstunde die besonderen Regelungen für Kinder und Jugendliche aus. Es werden konsequent zusätzliche Kontakte auch für die Bezugspersonen ohne die Anwesenheit des Kindes bis zu 100 Minuten ermöglicht. Gerade für getrennt lebende Eltern bietet sich so eine Möglichkeit, bei fehlendem Einverständnis des anderen Elternteiles, auch ohne Vorstellung des Kindes einen Termin wahrzunehmen und das weitere Vorgehen, zum Einholen des Einverständnisses des anderen sorgeberechtigten Elternteils zu beraten.
Laut § 11 Abs. 10 PT-RL gilt wie bisher, dass insgesamt bis zu 25 % Therapieeinheiten zu den Therapiekontingenten des Kindes für die Einbeziehung von Bezugspersonen mit beantragt werden können. Ist es fachlich geboten, kann von diesem Verhältnis abgewichen werden. Diese Abweichung ist in einer Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen. Je jünger das Kind ist, desto notwendiger kann es sein, die Bezugspersonen intensiver in die Behandlung einzubeziehen. Aufgrund der hier angenommenen Familiensituation wären beispielsweise mehr Bezugspersonenstunden sinnvoll, weil getrennt lebende Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht Gespräche manchmal nicht gemeinsam wahrnehmen können oder wollen. Werden Bezugspersonensitzungen über das Verhältnis 1 : 4 hinaus benötigt, werden diese zusätzlichen Stunden noch immer vom Kontingent des Kindes abgezogen. Hier gibt es durch die neue Richtlinie leider keine Veränderung und Verbesserung.

**Kann bei entsprechender Begründung auch ein Verhältnis bis zu 1 : 1 Bezugspersonenstunden eingeplant werden?**
In § 11 Abs. 10 PT-V wird keine Höchstgrenze benannt, jedoch muss das Verhältnis fachlich begründet sein und die höheren Bezugspersonenstunden werden nach wie vor immer vom Kontingent des Kindes abgezogen.

**Dürfen im Rahmen der Therapiesitzungen des Kindes die Eltern ebenfalls anwesend sein, um beispielsweise für eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion stärker einbezogen zu werden?**
Weder in der PT-RL noch in der PT-V gibt es dazu eine Regelung. Entscheidend sind also das Konzept des Therapieverfahrens und die dabei angewandten Methoden. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht käme hierfür beispielsweise das Modelllernen oder Verhaltensübungen als Begründung in Frage. In der Verhaltenstherapie dient eine gemeinsame Eltern-Kind-Sitzung unter therapeutischer Anleitung dem Training einer verbesserten Eltern-Kind-Interaktion.

**Könnte ein Elterntraining zum Umgang mit den aufrechterhaltenden familiären Bedingungen in einer Elterngruppe durchgeführt werden? Sind hier auch Doppelsitzungen möglich?**
Die Bezugspersonenstunden dürfen gemäß § 11 Abs. 11 PT-V auch im Gruppensetting angeboten werden. Eine Therapieeinheit für die Gruppentherapie entspricht 100 Minuten. Überdies dürfen Gruppentherapien in Doppelsitzungen

Die Bezugspersonenstunden dürfen auch im Gruppensetting angeboten werden

In der Gesamtschau ändert sich nur wenig im Vergleich zu den alten Regelungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen

gemäß § 11 Abs. 14 PT-RL in 200 Minuten Einheiten angeboten werden. So könnten beispielsweise Elterntrainings auch geblockt an Samstagen angeboten werden, sodass beide Elternteile teilnehmen könnten.
Hier gibt es eine sinnvolle Verbesserung in der Richtlinie, die Wirksamkeit von Elterntrainings ist bekannt und wird in einigen Behandlungsleitlinien ebenfalls als sinnvolle Intervention beschrieben.

## Fallvignette 2

*Der 6;5-jährige Junge wird von seinen Eltern vorgestellt. Sie kommen auf Empfehlung des Kinderarztes, welcher eine Autismusspektrumsstörung vermutet. Beim Erstgespräch wird berichtet, dass der Patient seit einigen Wochen heftige Probleme beim Einschlafen habe, nachts häufig unter Albträumen leide und bereits beim Aufwachen verweigere, sich für die Schule fertig zu machen und lieber zu Hause bleiben wolle. Er fühle sich in der Schule nicht wohl. Mit der Lehrerin käme er überhaupt nicht zurecht und würde sagen: „Die beschädigt mich" oder „Auch andere Kinder werden von ihr beschädigt", wobei nicht zu eruieren ist, was er darunter wirklich meint. Tatsache sei, dass der Junge es nicht ertragen könne, wenn man ihn festhalte und die Lehrerin habe ihn häufiger an der Schulter berührt und festgehalten, um ihren Aufforderungen Nachdruck zu verleihen, wenn er beispielsweise den Unterrichtsverlauf störe.*

**Ist es zulässig, die Therapiesitzungen auch außerhalb der Praxisräume abzuhalten, also z.B. in der Schule, um das Verhalten des Patienten zu beobachten und gegebenenfalls psychotherapeutische Interventionen konkret vor Ort zu implementieren?**
Grundsätzlich findet eine psychotherapeutische Behandlung gemäß § 1 Abs. 4 PT-V in den Praxisräumen statt. In der Vereinbarung findet sich unter § 11 Abs. 14, dass besondere Methoden der Psychotherapieverfahren auch außerhalb der Praxisräume stattfinden können. In der PT-RL werden unter § 17 Abs. 2 exemplarisch verhaltenstherapeutische Methoden aufgeführt. Vorausgesetzt der Patient, seine Sorgeberechtigten und die Institution sind damit einverstanden und es ist fachlich begründet, können im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes Teile der Behandlung außerhalb der Praxisräume stattfinden.

**Können Bezugspersonenstunden auch für die Einbeziehung beispielsweise von Lehrern eingesetzt werden?**
Die neue PT-RL regelt in § 9 sehr eindeutig einen möglichen Einbezug des sozialen Umfeldes: Dazu gehören alle für die Störung relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Patienten. So gehört der Lehrer dann zu dem für die Behandlung relevanten sozialen Umfeld, wenn er als Bezugsperson etwas zur Unterstützung des Patienten beitragen kann, gerade dann, wenn die Problematik auch im Zusammenhang mit der Schule steht.

**Um einen guten Eindruck von der schulischen Situation zu bekommen oder um hilfreiche Interventionen zu implementieren wären Mehrfachsitzungen notwendig. Bis zu wieviel Therapieeinheiten am Stück dürfen durchgeführt werden? Oder ist die Möglichkeit für Mehrfachsitzungen nur der Expositionsbehandlung vorbehalten?**
In § 11 Abs. 14 PT-V ist geregelt, dass Doppelsitzungen nur in Krisenfällen oder bei der Anwendung besonderer Methoden der jeweiligen Psychotherapieverfahren möglich sind. Hierunter wird aktuell in der Regel die Expositionsbehandlung in der Verhaltenstherapie verstanden. Eine Verhaltensbeobachtung oder operantes Konditionieren wäre interessant zu diskutieren, denn auch dies sind „besondere Methoden des Psychotherapieverfahrens."

**Dürfen Bezugspersonensitzungen auch als Doppelsitzung abgerechnet werden, wenn beispielsweise eine große Runde mit allen Bezugspersonen wie Eltern, Lehrer und Horterzieher stattfindet und hierfür realistischer Weise 100 Minuten benötigt werden?**
Im § 11 Abs. 14 PT-V werden die Bezugspersonen für die Möglichkeit von Doppelsitzungen nicht explizit genannt, aber auch nicht ausgeschlossen. In Analogie zur Einzelpsychotherapie mit dem Kind kann allerdings abgeleitet werden, dass auch Doppelsitzungen mit Bezugspersonen möglich sein sollten.

## Fallvignette 3

*Ein 9;7-jähriges Mädchen wird von seiner Bezugserzieherin vorgestellt. Das Mädchen wurde aufgrund Vernachlässigung vom Jugendamt in Obhut genommen und das Sorgerecht liegt nun beim Jugendamt. Das Mädchen zeigt viele Symptome einer Anpassungsstörung, leidet unter Trichotillomanie und isst häufig Teile der Matratzenfüllung auf. Das Mädchen verhält sich anklammernd an die Bezugserzieherin und lässt sich durch andere Gruppenerzieher schlecht steuern. In der Heimgruppe zeigt das Mädchen häufig aggressive Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern.*

**Wäre die Psychotherapie auch in den Räumen einer stationären Jugendhilfe möglich, wenn es gute fachliche oder organisatorische Gründe gäbe, warum das Kind nicht regelmäßig die Praxis aufsuchen kann?**
Eine regelhafte therapeutische Behandlung außerhalb der Praxisräume ist in der PT-V § 1 Abs. 4 nicht vorgesehen. Nach der Zulassungsverordnung wäre hier nur beim Zulassungsausschuss die Beantragung einer Zweigpraxis in der Institution denkbar.

**Dürfen Bezugspersonensitzungen im Rahmen von Hilfeplankonferenzen des Jugendamtes oder Hilfeplangesprächen mit Eltern, Erziehern und Schule außerhalb der Praxis stattfinden?**
Hilfeplankonferenzen sind aktuell nicht Bestandteil der PT-RL und werden nicht als Psychotherapie unter Einbezug der Bezugspersonen verstanden. Eine Teilnahme an einer Hilfeplankonferenz ist fachlich gesehen absolut sinnvoll. Die Teilnahme des Therapeuten müsste aber im Sinne einer Stellungnahme eines Fachexperten und bei Entbindung von der Schweigepflicht finanziell zu Lasten der Jugendhilfe gehen, was aufgrund deren finanzieller Situation in der Regel nicht erfolgt. Hier eröffnen die neuen Regelungen leider keine veränderten Möglichkeiten. Es bleiben nur pragmatische Lösungen, wie beispielsweise bei einem Gespräch mit den Eltern im Rahmen der Bezugspersonenstunden den für die Familie zuständigen Jugendamtsmitarbeiter mit dem Einverständnis der Familie ebenfalls dazu zu bitten.

## Fazit

In der Gesamtschau ändert sich nur wenig im Vergleich zu den alten Regelungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.
Bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden die zusätzlichen, essentiell notwendigen Therapieeinheiten für die Einbeziehung von Bezugspersonen berücksichtigt. Für die oftmals sehr schwierigen Situationen von getrennt lebendenden Eltern ist eine erste Konsultation, trotz fehlendem Einverständnis des anderen Elternteiles, beim Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich. Zunächst zwar ohne Anwesenheit des Kindes, aber auch dies kann bereits in schwierigen Situationen weiterhelfen. Für die Psychotherapeutische Akutbehandlung fehlt hier allerdings diese explizite Ausweisung zusätzlicher Bezugspersonenstunden.

Die Möglichkeit, Bezugspersonensitzungen in der Gruppe anzubieten, kann für Synergien und zusätzlichen Erfahrungsgewinn der Eltern sorgen und stellt bei entsprechender Gruppenabrechnungsgenehmigung eine Verbesserung dar.

Doch für viele andere bekannte Hemmnisse in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, bleibt es weiterhin schwierig, Lösungen zu finden. Es bedarf hier immer noch der individuellen und kreativen Lösungsstrategien der Eltern und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insbesondere sektorenübergreifende Lösungen gelingen weiterhin nur durch engagierte KollegInnen, beispielsweise in der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, ohne dass dieser Mehraufwand nur ansatzweise finanziell vergütet wird.

Psychotherapien können weiterhin nicht regelhaft außerhalb der Praxisräume stattfinden. Ist es den berufstätigen, alleinerziehenden Eltern nicht möglich, während ihrer Arbeitszeit das altersbedingt noch unselbstständige und immobile Kind regelmäßig aus der Betreuung oder Grundschule abzuholen, zur Psychotherapie zu bringen und wieder zurückzubringen, gibt es dafür noch immer keine zufriedenstellende Lösung. Die Schule bietet häufig sogar an, in ihren Räumen eine Psychotherapiestunde regelmäßig durchzuführen. Psychotherapeuten ist dieses jedoch nicht erlaubt, während Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Logopäden dies hingegen wohl dürfen und dieses Angebot auch gerne annehmen. Genauso wenig ist es möglich, regelhaft die komplette Behandlung in den Räumen der ambulanten oder stationären Jugendhilfeeinrichtung oder einer Kindertageseinrichtung anzubieten. Einen Therapieraum dort regelmäßig für eine psychotherapeutische Behandlung eines Kindes zu nutzen, wäre aktuell nur über die Beantragung einer Zweigpraxis beim Zulassungsausschuss möglich. In der Regel macht dies jedoch wenig Sinn, da entsprechende Anfragen für psychotherapiebedürftige Kinder nicht nur ausschließlich aus einer Jugendhilfeeinrichtung oder Schule kommen. Logistisch, aber auch zulassungsrechtlich ist es nicht möglich, an mehreren Standorten Zweigpraxen zu eröffnen, um im jeweiligen Bedarfsfall vor Ort behandeln zu dürfen.

Problematisch bleibt es auch, wenn Eltern aufgrund eigener körperlicher oder psychischer Belastungen das Kind nicht regelmäßig zur Psychotherapie begleiten können. Es wäre deshalb eine notwendige Option, das Kind dort behandeln zu können, wo es sich aufhält, also zu Hause oder in der Betreuung. Doch auch das regelhafte Aufsuchen in der Familie ist logistisch und wirtschaftlich aktuell nicht darstellbar. Für die Behandlung im Lebensumfeld gibt es bislang nur Vereinbarungen mit Kliniken im Sinne von stationsersetzenden Maßnahmen. Hier bleiben unsere Patienten im ambulanten Sektor benachteiligt. Es wurden leider noch immer keine zufriedenstellenden Möglichkeiten für diesen Patientenkreis eröffnet.

Für eine nachhaltige Berücksichtigung der veränderten Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen braucht es den politischen Willen, notwendige gesetzliche Regelungen umzusetzen, spezielle Behandlungsansätze im Lebensfeld des Kindes und Jugendlichen zu ermöglichen und finanzielle Ressourcen für diesen Mehraufwand bereit zu stellen.

Für eine nachhaltige Berücksichtigung der veränderten Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen braucht es den politischen Willen, notwendige gesetzliche Regelungen umzusetzen

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

Sabine Schäfer, Mechthild Lahme

# 101 Fragen und Antworten

## zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

**Im Folgenden finden Sie Fragen und die dazugehörigen Antworten, die den Praxisalltag einer psychotherapeutischen Vertragspraxis mit Blick auf die reformierten Regelwerke Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL), Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) und Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) betreffen. Diese uns in den letzten Wochen häufig gestellten Fragen haben wir beantwortet und thematisch folgenden Rubriken zugeordnet:**

A.....
Antragsverfahren – „Zwei-Jahres-Frist"
Antragsverfahren Kurzzeittherapie – KZT 1 und 2
Antragsverfahren Langzeittherapie LZT
Antragsverfahren – Übergangsregelungen
Anzeige des Endes einer Psychotherapie
B.....
Besonderheiten der Umsetzung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
Bezugspersonensitzungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
D.....
Delegation von Leistungen
E.....
Empfehlungen
G.....
Gutachterverfahren
Gruppentherapie
H.....
Haftung
K.....
Konsiliarbericht
Krankheitsfall
P.....
Probatorische Sitzung
Psychotherapeutische Akutbehandlung
Psychotherapeutische Sprechstunde
R.....
Rezidivprophylaxe
T.....
Telefonische Erreichbarkeit
Terminservicestellen
V.....
Verdachtsdiagnose
Vertretung
W.....
Weiterbehandlung

Die Antworten wurden aus den bestehenden Regelwerken extrahiert und bei Unklarheiten mit der Abteilung Psychotherapie in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeglichen. Die juristischen Fragestellungen haben wir mit dem Justiziar der DPtV, Dr. Markus Plantholz geklärt. Hilfreich war auch die Diskussion mit versierten Kolleginnen und Kollegen, u. a. mit Dieter Best, Michael Ruh, Heiko Borchers und Michaela Willhauck-Fojkar. Dennoch können wir keine generelle justiziable Gewähr für die Richtigkeit geben, haben aber alles nach bestem Wissen recherchiert.

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

## A.....

### Antragsverfahren – „Zwei-Jahres-Frist"

**1 Was hat es mit der sogenannten „Zwei-Jahres-Frist" auf sich?**
Wird nach Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie, egal ob KZT 1, KZT 2 oder Langzeittherapie, innerhalb der darauffolgenden zwei Jahre ein neuer Antrag gestellt, muss dies – auch bei KZT 1 – mit einem Bericht an den Gutachter erfolgen.

**2 Wenn nach einer abgeschlossenen Richtlinienpsychotherapie eine Akutbehandlung notwendig wird, zählt diese für die Zwei-Jahres-Frist?**
Nein, eine indizierte Akutbehandlung kann nach Abschluss einer Richtlinienpsychotherapie durchgeführt werden. Für den Zwei-Jahres-Zeitraum zählt hier das Datum der letzten Sitzung der Richtlinienpsychotherapie, welches auf dem Formular PTV 12 eingetragen wird. Das PTV 12 wird an die Krankenkasse geschickt und zeigt damit das Ende einer Psychotherapie an.

### Antragsverfahren Kurzzeittherapie – KZT 1 und 2

**3 Wie dokumentiere ich auf dem Antragsformular PTV 1 den Besuch der Psychotherapeutischen Sprechstunde, hierfür sind zwei Felder vorgesehen?**
Wenn vorab bei Ihnen oder bei einem anderen Psychotherapeuten eine oder mehrere Psychotherapeu-

tische Sprechstunden durchgeführt wurden, werden dennoch im PTV 1 immer nur die letzten 50 Minuten dokumentiert. Das bedeutet, es werden entweder zwei Termine mit jeweils 25 Minuten in die dafür vorgesehenen Felder eingetragen oder nur einmal das Datum für 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde.

**4 In der Psychotherapeutischen Sprechstunde kann ich auch Verdachtsdiagnosen vergeben. Wie ist das bei einem Antrag auf Kurzzeittherapie?**
Eine Psychotherapie muss mit einer gesicherten ICD-10-GM Diagnose beantragt werden, diese muss in das Antragsformular PTV 2 eingetragen werden.

**5 Wie viele Probatorische Sitzungen müssen vor der Beantragung einer Psychotherapie durchgeführt werden?**
Der Antrag kann nach der ersten Probatorischen Sitzung gestellt/verschickt werden, wenn die zweite Sitzung mit dem Patienten terminiert wurde. Auf dem PTV 2 ist das Datum der durchgeführten Sitzung und das in der Zukunft liegende Datum der zweiten Probatorischen Sitzung einzutragen. Bevor Sie die Psychotherapie beginnen, muss die zweite verpflichtende Probatorische Sitzung durchgeführt werden, auch wenn schon früher die Bewilligung vorliegt.

**6 Nach Beendigung der Akutbehandlung soll eine Richtlinienpsychotherapie beantragt werden. Wie werden die Therapieeinheiten verrechnet?**
Die Therapieeinheiten der Akutbehandlung werden mit der KZT 1 verrechnet. Wurden 12 Sitzungen Akutbehandlung in Anspruch genommen, wird gleich eine KZT 2 beantragt. Sie können aber auch eine Langzeittherapie beantragen. Auch hier werden die 12 Therapieeinheiten Akutbehandlung entsprechend verrechnet.

**7 Wo müssen auf dem Formular PTV 2 bei einer vorangegangenen Akutbehandlung die bereits durchgeführten Therapieeinheiten mit den Bezugspersonen eingetragen werden? Hierfür ist kein Feld vorgesehen.**
Der auf dem PTV 2 einzutragende bisherige Behandlungsumfang umfasst im Falle einer vorangegangenen Akutbehandlung sowohl alle Sitzungen mit dem Patienten als auch die Sitzungen mit den Bezugspersonen des Patienten bis zum maximalen Kontingent von 12 Sitzungen. Dies gilt für die Akutbehandlung von Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen.

**8 Muss mit dem Behandlungsbeginn weiterhin solange gewartet werden, bis die Krankenkasse eine Bewilligung zusendet?**
Ja. Neu ist, dass in der Psychotherapie-Vereinbarung fest verankert ist, dass Sie das dem Patienten zustehende Kontingent an Probatorischen Sitzungen (Erwachsene maximal 4, Kinder und Jugendliche maximal 6) auch nach Antragstellung weiter nutzen dürfen. So können die Probatorischen Sitzungen nach Antragsstellung bis zur Bewilligung fortgesetzt werden.

**9 Darf die Krankenkasse die Beantragung einer Kurzzeittherapie ablehnen?**
Ja, aber nur, wenn Sie zuvor das Gutachterverfahren eingeschaltet hat. Eine Kurzzeittherapie darf nur aufgrund der Empfehlung eines Gutachters abgelehnt werden, diese (fachliche) Bewertung eines Antrages darf ein Sachbearbeiter einer Krankenkasse nicht vornehmen.

**10 Wie erfährt der Psychotherapeut, dass die beantragte Kurzzeittherapie von der Krankenkasse abgelehnt wurde?**
Wird eine Kurzzeittherapie abgelehnt, erhalten sowohl Patienten als auch Psychotherapeut eine schriftliche Rückmeldung von der Krankenkasse. Eine Kurzzeittherapie darf die Krankenkasse nur aufgrund einer Empfehlung eines Gutachters ablehnen, das heißt, sie muss für eine Ablehnung das Gutachterverfahren einschalten.

**11 Wie ist damit umzugehen, wenn der Patient die Bewilligung der Kurzzeittherapie nicht vorlegt?**
Im Verwaltungsprogramm ist nur das Datum des Antrages des Patienten ein Pflichtfeld. Es gilt weiterhin, dass eine beantragte Psychotherapie nach drei Wochen als genehmigt gilt. Mit einem vor Ablauf der drei Wochen vorliegenden Anerkennungsbescheid kann die Psychotherapie begonnen werden.
Es sollte dennoch im Psychotherapievertrag geregelt werden, dass der Patient im Zweifelsfall für die Kosten der Behandlung haftet bzw. diese Sitzungen ihm privat in Rechnung gestellt werden.
Insbesondere bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, bei der der Kontakt zu den Eltern nicht so häufig ist, könnte gegebenenfalls das Risiko minimiert werden, indem Sie bei der Krankenkasse mit dem Antrag gleich auch um die Zusendung einer Kopie der an den Patienten gehenden Bewilligung bitten.

**12 Bleiben Kurzzeittherapien weiterhin genehmigungspflichtig und werden daher bei der Berechnung des Strukturzuschlags bedacht?**
Ja.

**13 Wie schreibe ich einen Bericht an den Gutachter für eine KZT 1?**
Schreiben Sie einen Bericht in freier Form, der in seinem Inhalt und Umfang einer Beantragung von 12 Sitzungen entspricht. Nutzen Sie dazu die Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungsantrag (PTV 3).

**14 Wie lange muss die Pause zwischen einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung und einer später stattfindenden Kurzzeittherapie liegen, damit**

**die Stunden der Akutbehandlung nicht angerechnet werden?**
Feste Regelungen gibt es hierzu nicht.

## Antragsverfahren Langzeittherapie LZT

**15 Geht der Bescheid über die Bewilligung einer Langzeittherapie auch an den Psychotherapeuten?**
Ja, denn hier ist immer das Gutachterverfahren beteiligt, selbst dann, wenn es bei den Fortführungsanträgen ausgesetzt werden kann, benötigen Sie hier eine schriftliche Rückmeldung von der Krankenkasse.

**16 Wie sehen die Bewilligungsschritte bei der Langzeittherapie aus? Bisher gab es drei Bewilligungsschritte. Dabei war der letzte Verlängerungsschritt auf die Höchstgrenze nur in besonderen Fällen möglich. Kann jetzt immer gleich bis zur Höchstgrenze beantragt werden?**
Die Formulierung „in besonderen Fällen" ist in der neuen Richtlinie entfallen. Jetzt gibt es nur noch zwei Bewilligungsschritte in der Langzeittherapie. Darüber hinaus können wie bisher auch weiterhin Kontingente über die Höchstgrenze beantragt werden, wenn dies notwendig ist und ausreichend begründet wird.

**17 Werden bei der Beihilfe und den Privaten Krankenversicherungen auch die neuen Beantragungsschritte und die Änderungen im Gutachterverfahren und im veränderten Bericht an den Gutachter übernommen?**
Die Regelungen der Privaten Krankenversicherungen (PKV) sind völlig unabhängig von denen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Die Beihilfe passt ihre Bedingungen aber häufig der Systematik der GKV an, so auch in der Vergangenheit. Früher begann eine Psychotherapie bei der Beihilfe mit zwei 40er-Bewilligungsschritten. Später stellte die Beihilfe ihre Bewilligungssystematik auf das (unkomfortablere) System der GKV um, inklusive des 15er-Schrittes bei der Verhaltenstherapie. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Beihilfe und die PKVen zukünftig den Regelungen der Reform anpassen.

## Antragsverfahren – Übergangsregelungen

**18 Was passiert, wenn die Probatorik vor dem 01.04.2017 begonnen, nicht abgeschlossen und der Antrag noch nicht gestellt wurde?**
„Probatoriken, die vor dem 01.04.2017 begonnen wurden, können weiterhin nach den bisher geltenden Regelungen § 23a Abs.1 Nr. 1 Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 19.02.2009 (zuletzt geändert am 15.10.2015) in Summe bis zu 5-mal für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie und in Summe bis zu 8-mal für Analytische Psychotherapie durchgeführt und abgerechnet werden." (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den Änderungen des EBM zum 01.04.2017, Seite 28)

**19 Zählt bei den Regelungen zum Übergang vom alten auf das neue Regelwerk das *Antrags*datum oder das *Bewilligungs*datum?**
Das Antragsdatum ist entscheidend. Es gilt das alte Regelwerk, wenn der Antrag vor dem 01.04.2017 gestellt wurde. Es gilt das neue Regelwerk, wenn der Antrag nach dem 01.04.2017 gestellt wurde.

**20 Werden vor dem 01.04.2017 bewilligte 45 Sitzungen einer Langzeittherapie Verhaltenstherapie automatisch auf 60 Sitzungen erhöht?**
Nein. Sie können aber im Fortführungsantrag gleich weitere 35 Sitzungen bis zum Höchstkontingent beantragen. Die Krankenkasse kann bei diesem Fortführungsantrag auf das Gutachterverfahren verzichten.

**21 Werden vor dem 01.04.2017 durchgeführte Probatorische Sitzungen bei der Beantragung der Kurzzeittherapie nach der Akutbehandlung berücksichtigt? Müssen hier erneut die zwei verpflichtenden Probatorischen Sitzungen durchgeführt werden?**
Im EBM gelten die altersspezifischen Kontingente im Krankheitsfall: „Die Gebührenordnungsposition 35150 ist im Krankheitsfall höchstens 4-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig". Wenn innerhalb dieses Krankheitsfalls (beginnend mit der ersten Probatorischen Sitzung) die Akutbehandlung endet, können die vor dem 01.04.2017 durchgeführten Probatorischen Sitzungen auch für die Beantragung einer anschließenden Kurzzeittherapie gelten. Wenn Sie vor der Beantragung noch weitere Sitzungen zur Abklärung der Indikationsstellung benötigen, können Sie hierfür auch noch Psychotherapeutische Sprechstunden durchführen.

**22 Kann ein vor dem 01.04.2017 bewilligtes Gruppenkontingent in Einzeltherapieeinheiten umgewandelt werden?**
Ja, es gelten dann allerdings die jeweiligen Regelungen, der beantragten Therapieform wie diese angezeigt bzw. beantragt werden muss: Bei einer bewilligten Kurzzeittherapie muss eine Veränderung des bewilligten Settings während laufender Behandlung formlos der Krankenkasse mitgeteilt werden, sofern das bewilligte Stundenkontingent nicht überschritten wird. Bei einer bewilligten Langzeittherapie muss für die Änderung des Settings ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag gestellt werden, sofern nicht zu Beginn eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde (PT-RL § 21 Abs. 3).

### Anzeige des Endes einer Psychotherapie

**23 Das Ende der Therapie soll auf dem Formular PTV 12 der Krankenkasse angezeigt werden. Ich habe zuvor mit dem Patienten eine Psychotherapeutische Akutbehandlung gemacht. Nehme ich das gleiche Formular für diese Anzeige?**
Sie verwenden das gleiche Formular, denn sowohl die Psychotherapeutische Akutbehandlung, als auch das Ende der Psychotherapie werden der Krankenkasse mit dem Formular PTV 12 angezeigt. Sie verwenden jeweils ein Formular. Dieses schicken Sie der Krankenkasse, der Patient erhält von der Anzeige des Therapieendes keine Kopie, nur bei Beantragung einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung.

## B

### Besonderheiten der Umsetzung in einer Berufsausübungsgemeinschaft

**24 Wie gestalten sich die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit, wenn nicht in Einzelpraxis sondern in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis, Jobsharing, mit angestellten Psychotherapeuten) oder MVZ gearbeitet wird?**
Auch hier muss die Mindesterreichbarkeit pro Versorgungsauftrag (100 Minuten bei einem hälftigen und 200 Minuten bei einem vollen Versorgungsauftrag) sichergestellt werden. Aber in einer BAG können die Psychotherapeuten diese Anforderung gemeinschaftlich abdecken, indem sie z.B. diese Anforderung reihum erfüllen oder an eine Praxismitarbeiterin delegieren, die diese 100 bzw. 200 Minuten für alle Psychotherapeuten der Praxis übernimmt.
Im Übrigen: Diesen Gestaltungsspielraum können auch Praxen- und lose Kooperationsgemeinschaften von Praxen nutzen.

**25 Muss in einer BAG / einem MVZ die Mindestzeit der Psychotherapeutischen Sprechstunde von jedem Psychotherapeuten angeboten werden?**
Ja, jeder Psychotherapeut muss hier die Psychotherapeutische Sprechstunde im Umfang seines Versorgungsauftrages anbieten.

**26 Können die Psychotherapeuten einer BAG oder eines MVZ die Durchführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde intern regeln und sich gegenseitig vertreten?**
Im engeren Sinne muss hier gar nicht von einer Vertretung gesprochen werden, denn wenn ein Mitgesellschafter einer BAG für den anderen bei dessen Abwesenheit bestimmte Tätigkeiten übernimmt, handelt es sich nicht um einen Vertretungsfall *(BSG, Urteil vom 14.12.2011, Az. B 6 KA 31/10 R)*, weil die BAG wie ein Einzelarzt gegenüber der KV als eine Praxis auftritt. Das hat insoweit praktische Auswirkungen, als dass mehrere hälftig oder voll zugelassene Psychotherapeuten in einer BAG die Summe der Verpflichtungen zur Durchführung von Sprechstunden (von 100 Minuten je vollem bzw. 50 Minuten je halben Versorgungsauftrag) auch abweichend untereinander aufteilen können. In einer BAG mit zwei voll zugelassenen Partnern wäre also z.B. eine Absprache, wonach ein Partner 150 Minuten und der andere 50 Minuten Sprechstunde wöchentlich anbietet, durchaus legitim.

**27 Können sich Psychotherapeuten einer BAG/eines MVZ bei einer laufenden Psychotherapeutischen Akutbehandlung gegenseitig vertreten?**
Ja, eine Vertretung in einer laufenden Psychotherapeutischen Akutbehandlung ist möglich. Die bisherige Regelung des § 14 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte, wonach eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der Probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig ist, findet hier keine Anwendung. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist keine genehmigungspflichtige Leistung
–> Siehe auch Vertretung

### Bezugspersonensitzungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**28 Welche Bezugspersonen gehören nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie zum „Sozialen Umfeld"?**
Nach alter PT-RL durften nur die Partnerin oder der Partner oder die Familie der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einbezogen werden. Neu ist die Möglichkeit der Hinzuziehung von für die Behandlung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld wie beispielsweise Lehrer, Erzieher, Sozialarbeiter, Freunde.

**29 Können Bezugspersonenstunden auch außerhalb der Praxis stattfinden?**
Ja. Es heißt in § 15 der PT-RL: „Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung werden grundsätzlich in den Praxisräumen der Therapeutin oder des Therapeuten erbracht." Das Wort „grundsätzlich" besagt, dass Behandlungen auch außerhalb der Praxis möglich sind, wenn es nicht die Regel ist.

**30 Bezugspersonensitzungen können auch in der Gruppe durchgeführt werden. Welche Ziffer ist anzusetzen? Einzeltherapiesitzung mal Anzahl der Patienteneltern oder Gruppenziffer?**
Werden Bezugspersonensitzungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Gruppe durchgeführt, ist hier die Gruppenziffer anzusetzen und mit einem „B" zu kennzeichnen.

## D

### Delegation von Leistungen

**31 Welche Leistungen sind ab 01.04.2017 an nichtapprobiertes Praxispersonal delegierbar?**

Hier hat sich nichts verändert. Delegierbare abrechnungsfähige Leistungen sind z.B. die Durchführung und Auswertung von Testverfahren, nicht jedoch die Testinterpretation. Der Psychotherapeut hat allerdings die Qualifikation des Praxispersonals zur Durchführung und Auswertung von Testverfahren sicherzustellen. Die telefonische Erreichbarkeit dürfen Sie natürlich delegieren, diese muss durch eine Person, nicht aber durch den Psychotherapeuten selbst sichergestellt werden. Weiter delegationsfähig sind alle Büroarbeiten, die in der Praxis anfallen.

–> Siehe auch Telefonische Erreichbarkeit

## E

### Empfehlungen

**32 Empfehlungen nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde, gibt es dabei etwas zu beachten?**

Die Überprüfung, ob bei dem Patienten eine krankheitswertige Störung vorliegt und welche Maßnahmen für den Patienten hilfreich sind, erfolgte bisher in den Probatorischen Sitzungen. Von daher sind Empfehlungen für die Weiterbehandlung uns Psychotherapeuten nicht fremd. Sie können hierbei auf Ihr altbewährtes Empfehlungssystem zurückgreifen (z.B. auf Ihnen bekannte Kollegen und Kolleginnen, die freie Psychotherapieplätze oder ein besonderes Angebot haben, Psychotherapeuten in der Kostenerstattung, Institutsambulanzen, Kliniken, Reha-Maßnahmen, Beratungsstellen etc). Neu hinzugekommen ist die Psychotherapeutische Akutbehandlung (s. o.). Diese kann empfohlen werden, wenn keine Richtlinienpsychotherapie indiziert ist, aber durch psychotherapeutische Interventionen eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik und/oder eine Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände erreicht werden kann. Sie soll zeitnah (am besten innerhalb von 14 Tagen) nach der Sprechstunde beginnen, deshalb ist es sicherlich sinnvoll, eine solche Empfehlung mit einem konkreten Angebot zu verbinden.

Wie bisher, werden Sie sich bei den Empfehlungen von fachlichen aber auch strukturellen Überlegungen leiten lassen. Auf dem Formular PTV 11 tragen Sie Ihre Empfehlung ein, soweit Sie das nach den Sprechstundenkontakten einschätzen können. Sie können im Bemerkungsfeld auch einen Freitext hinzufügen und z.B. eine schnelle Aufnahme einer Psychotherapie empfehlen.

**33 Wie kann ich Arztpraxen, Ambulanzen oder Kliniken in der Psychotherapeutischen Sprechstunde empfehlen, ohne mich des „unlauteren Wettbewerbes" strafbar zu machen?**

Ein Vorwurf des „unlauteren Wettbewerbs" richtet sich nach Sinn und Zweck des Gesetzes an denjenigen, der für sich selbst unlauter wirbt oder für sich unlauter werben lässt. Die fachlich geleiteten Empfehlungen sind nicht unlauter, außer Sie würden für eine Empfehlung Geld vom Begünstigten erhalten. Sie können selbstverständlich neben allgemeinen Empfehlungen bezüglich der Art des weiteren Vorgehens (z.B. stationäre versus ambulante Behandlung) auch auf bestimmte, für den Patienten geeignete Einrichtungen hinweisen.

**34 Wie bindend sind die Empfehlungen auf der Individuellen Patienteninformation PTV 11 für den Patienten und für den Psychotherapeuten?**

Empfehlungen sind nicht bindend. Die Empfehlungen können revidiert, modifiziert oder verworfen werden. Die Patienten können eine weitere Meinung durch einen anderen Psychotherapeuten einholen. Auch wenn am 01.04.2018 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde für die Patienten vor einer Richtlinienpsychotherapie verpflichtend sind, ist nur verpflichtend, dass die Sprechstunde besucht wurde, nicht was hier empfohlen wurde.

## G

### Gutachterverfahren

**35 Nach welchen Regeln entscheiden die Krankenkassen, ob bei einem Verlängerungsantrag ein Gutachter eingeschaltet wird oder nicht?**

Für den Erstantrag auf Langzeittherapie oder für einen Umwandlungsantrag muss zwingend ein Gutachter eingeschaltet werden. Für den Fortführungsantrag entscheiden die Krankenkassen nach eigenem Ermessen. Richtlinien oder Kriterien der Krankenkassen für diese Entscheidungen wurden in den Regelwerken nicht festgelegt. Ob Krankenkassen hierzu Entscheidungskriterien entwickelt haben, ist uns (noch) nicht bekannt.

**36 Wie läuft das Bewerbungsverfahren für die neuen tiefenpsychologisch fundierten Gutachter?**

Die Qualifikationen für die Gutachter werden in § 35 PT-RL und § 12 PT-V beschrieben. Allerdings soll das gesamte Bewerbungsverfahren noch bis zum 01.07.2017 überarbeitet werden, auch hier fordert die Strukturreform Anpassungen. KBV und GKV-Spitzenverband sind in Verhandlungen, ein Ergebnis liegt noch nicht vor. Wenn entschieden ist, ob und wie sich die Modalitäten zur Bewerbung oder zur Bestellung von Gutachtern ändern, wird dies im Deutschen Ärzteblatt sowie in der PP-Ausgabe bekannt gegeben.

Die Informationen finden Sie auch auf der Homepage der KBV (www.kbv.de, unter dem Stichwort Gutachtertätigkeit für Psychotherapie). Zuständig für die Bewerberliste ist:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Referat Psychotherapie
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

### Gruppentherapie

**37 Dürfen bei einer Gruppentherapie auch Probatorische Sitzungen in der Gruppe durchgeführt werden?**
Leider nein, nur im Einzeltherapiesetting. Hierzu gab es keine Änderung.

**38 Bei einer Kombinationsbehandlung von Gruppen- mit Einzelpsychotherapie ist die Kombination auch mit zwei unterschiedlichen Psychotherapeuten erlaubt. Müssen beide das gleiche Richtlinienverfahren anwenden?**
Ja, die Kombinationsbehandlung bei zwei Psychotherapeuten muss im gleichen Richtlinienverfahren erfolgen.

**39 Wann sind Änderungen bei der Kombinationsbehandlung der Krankenkasse zu melden?**
Werden bei einer Kombinationsbehandlung bei Beibehaltung des Hauptsettings Änderungen bei der Aufteilung der Therapieeinheiten für Gruppen- und Einzeltherapie vorgenommen, muss dies weder der Krankenkasse angezeigt, noch in einem Bericht an den Gutachter noch einmal begründet und durch die Krankenkasse genehmigt werden. Wird jedoch das Setting geändert, zum Beispiel von einer Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie in eine Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie, muss dies bei einer Kurzzeittherapie gegenüber der Krankenkasse angezeigt werden. Bei einer Langzeittherapie muss ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag gestellt werden.
Bei Änderung der Therapieeinheiten bei einer Kombinationsbehandlung mit zwei Therapeuten ist immer eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse notwendig, bei Änderung des Settings sogar ein Änderungsantrag über das Gutachterverfahren. Hintergrund: Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen wissen, welches Kontingent jeweils welchem Psychotherapeuten zur Verfügung steht. Bei Änderung des Hauptsettings in der Gesamtschau reicht ebenfalls eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse.

**40 Ich möchte eine Einzeltherapie in eine Gruppentherapie umwandeln. Geht das?**
Ja, im Rahmen einer Kurzzeittherapie reicht hier eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse. Im Rahmen einer Langzeittherapie ist bei Änderung des Settings ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde (§ 21 Abs. 3 PT-RL).

## H

### Haftung

**41 Haften Psychotherapeuten, wenn sie Patienten in der Psychotherapeutischen Sprechstunde Empfehlungen geben, diese aber nicht selbst anbieten können? Wer haftet, wenn der Patient nachweislich Schaden erleidet, weil er keine Weiterbehandlung findet?**
Für Versorgungsmängel in der gesetzlichen Gesundheitsversorgung haften Psychotherapeuten nicht. Ein Behandlungsfehler mit Haftungsfolgen könnte nur entstehen, wenn erkennbar ganz dringender Handlungsbedarf besteht (z.B. bei einer akuten Suizidgefahr) und Sie keine weiteren Hilfen veranlassen. So empfiehlt es sich, in diesem Fall den Psychiatrischen Dienst einzuschalten, eine Klinikeinweisung oder andere geeignete Maßnahmen zu veranlassen. In jedem Fall sind die eingeleiteten Maßnahmen in der Patientenakte zu dokumentieren. Im Übrigen gelten immer auch die Sorgfaltspflichten der Berufsordnung.

**42 Haften Psychotherapeuten, wenn sie den Patienten in der Psychotherapeutischen Sprechstunde Empfehlungen geben und diese Maßnahme dem Patienten aus dessen Sicht schadet?**
Psychotherapeuten haften für Behandlungsfehler, dazu gehören auch Beratungsfehler. Ein Fehler wird definiert als eine Abweichung vom medizinischen Standard der Fachgruppe *(z.B. BGH, 09.06.2009 - VI ZR 138/08)*. Wenn also ein Psychotherapeut für Kollegen völlig unverständlich eine Selbsthilfegruppe empfohlen hat, der Patient aber eindeutig in eine Klinik gehört, könnte ein Haftungstatbestand vorliegen. Es spielt aber keine Rolle, ob es dem Patienten in der empfohlenen Einrichtung gefällt oder er meint, ihm schade das, wenn die Beratung fachlich zutreffend war. Weitere Informationen zum Thema Behandlungsfehler unter www.dptv.de –> Intern –> Basics der Berufsausübung.

## K

### Konsiliarbericht

**43 Muss auch für die Akutbehandlung ein Konsiliarbericht eingeholt werden?**
Im Ergebnis sind sich die befragten Juristen einig, dass das Vorliegen eines Konsiliarberichts oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung nicht zwingend für die Durchführung einer Akutbehandlung sind. Dennoch kann und sollte ein Psychotherapeut, wenn er es für geboten hält, zu jedem Zeitpunkt der Behandlung eine somatische Abklärung veranlassen.

**44 Was ist der Unterschied zwischen Konsiliarbericht und „somatischer Abklärung" (§ 11 Abs. 8 PT-RL)?**
Inhaltlich gibt es keinen Unterschied. Im Konsiliarbericht wird das Ergebnis der somatischen Abklärung mitgeteilt. Formal könnte die Form der Einholung und Mitteilung

sich hier unterschiedlich darstellen: Der geforderte Konsiliarbericht im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie vor einer Richtlinienpsychotherapie muss mit dem Formblatt „Muster 22" eingeholt werden. Sie können aber in anderen Fällen auch weitere somatische Befunde mit einem Telefonat oder Arztbrief erfragen, ohne das Formular zu nutzen.

## Krankheitsfall

**45 Bei Psychotherapeutischer Sprechstunde und Psychotherapeutischer Akutbehandlung wird von „einmal im Krankheitsfall" gesprochen. Was bedeutet das?**
Der Krankheitsfall in der Psychotherapeutischen Akutbehandlung ist definiert als die erste Sitzung der Akutbehandlung zuzüglich der drei Folgequartale für einen Patienten in einer psychotherapeutischen Betriebsstätte. Die Betriebstätte kann sowohl eine Einzelpraxis, als auch eine Gemeinschaftspraxis oder eine Praxis mit angestellten Psychotherapeuten darstellen. Die KBV hat den Sachverhalt auf ihrer Homepage so beschrieben: *„Umfang: Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie bis zu 24-mal à 25 Minuten im Krankheitsfall (= vier Quartale) durchgeführt werden (maximal 600 Min., Mindesteinheit: 25 Min.)."*
Beispiel: Wechselt der Patient den Psychotherapeuten innerhalb dieses Zeitraumes, kann der Patient bei dem neuen Psychotherapeuten wiederum das volle Kontingent der Psychotherapeutischen Sprechstunde bzw. Akutbehandlung in Anspruch nehmen, da es sich bei diesem um einen neuen Krankheitsfall handelt.

## P

## Probatorische Sitzung

**46 In der Richtlinie werden in § 12 die Probatorischen Sitzungen genauer ausgeführt. In Abs. 3 „Vor einer Richtlinientherapie finden mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt." Hier wird nicht mehr von einer Mindestdauer à 50 Minuten gesprochen. Kann daraus abgeleitet werden, dass auch Doppelsitzungen in der Probatorik möglich sind?**
Ja, im EBM ist die Dauer einer Probatorischen Sitzung mit 50 Minuten festgelegt, die Abrechnung erfolgt je vollendete 50 Minuten. Damit können auch zwei mal 50 Minuten abgerechnet werden.

**47 Sind in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bei den Probatorischen Sitzungen Doppelsitzungen möglich?**
Ja, nach einer Probatorischen Sitzung mit dem Kind oder Jugendlichen kann auch eine weitere Sitzung mit der Bezugsperson durchgeführt werden. Diese zweite Sitzung muss allerdings mit dem üblichen „B" gekennzeichnet sei.

## Psychotherapeutische Akutbehandlung

**48 Was ist mit einem „zeitnahen Beginn" bei einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung gemeint (§ 13 PT-RL)?**
In den Tragenden Gründen zum Beschluss der Psychotherapie-Richtlinie findet sich eine Empfehlung für einen Beginn innerhalb von 14 Tagen. Es bleibt eine Empfehlung. Weder in der Psychotherapie-Vereinbarung, noch im neuen EBM findet sich eine Festschreibung einer Aufnahmefrist.

**49 Die Psychotherapeutische Akutbehandlung darf „einmal im Krankheitsfall" durchgeführt werden. Was heißt das?**
Sie können mit einem Patienten insgesamt 24 Einheiten à 25 Minuten im Krankheitsfall durchführen. Weiterhin ist die Psychotherapeutische Akutbehandlung auf den Krankheitsfall beschränkt. Dieses umfasst das Quartal der ersten Inanspruchnahme dieser Leistung und drei darauffolgende Quartale bei demselben Psychotherapeuten bzw. in derselben Berufsausübungsgemeinschaft.
–> Siehe auch Krankheitsfall

**50 Gehört die Psychotherapeutische Akutbehandlung zur Richtlinienpsychotherapie?**
Nein, laut § 1 PT-RL gehören die Psychotherapeutische Sprechstunde und auch die Psychotherapeutische Akutbehandlung nicht zur Richtlinienpsychotherapie nach § 15 PT-RL.

**51 Wenn eine Richtlinienpsychotherapie (KZT 1 oder LZT) während der Probatorischen Sitzung beantragt wurde, können dann weitere Probatorische Sitzungen durchgeführt werden?**
Ja, das dem Patienten zustehende Kontingent an Probatorischen Sitzungen (Erwachsene maximal 4, Kinder und Jugendliche maximal 6) kann bis zur Bewilligung der Therapie ausgeschöpft werden.

**52 Wenn bereits eine Indikation für eine Akutversorgung gestellt wurde, darf dann ein zweiter Psychotherapeut die Psychotherapeutische Sprechstunde noch einmal durchführen, um sich ein eigenes Bild vom Patienten zu machen, bevor gegebenenfalls mit einer Akutbehandlung begonnen wird?**
Ja, der Patient hat bei Ihnen erneut das volle Kontingent an Psychotherapeutischer Sprechstunde zur Verfügung. Nach einem Wechsel des Behandlers beginnt wieder ein neuer Krankheitsfall. Es wird empfohlen, in solchen Fällen mit Zustimmung des Patienten die Befunde des empfehlenden Psychotherapeuten einzuholen und selbst im Rahmen einer oder mehrerer Psychotherapeutischer Sprechstunden die Indikation für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung festzustellen.

**53 Kann eine Psychotherapeutische Akutbehandlung ohne Anzeige an die Krankenkasse durchgeführt werden?**
Wenn der Patient das Anzeigeformular (PTV 12) nicht unterschreibt und damit die Einwilligung für die Weitergabe des Formulars an die Krankenkasse verweigert, darf diese Leistung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht durchgeführt werden.

**54 Kann eine Psychotherapeutische Akutbehandlung nach Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie – auch innerhalb der sogenannten „Zwei-Jahres-Frist" durchgeführt werden?**
Ja, weder der EBM noch die Psychotherapie-Vereinbarung beschreiben hier Einschränkungen. Allerdings muss ab dem 01.04.2018 vorab die Indikationsstellung in mindestens 50 Minuten Psychotherapeutischer Sprechstunde gestellt werden. Fachlich muss hier der Anlass der Psychotherapeutischen Akutbehandlung laut PT-RL gegeben sein, d.h. eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Entlastung von akuter Symptomatik z.B. Krisenintervention, die in einigen Fällen sogar zu einer Verhinderung einer Krankschreibung oder Verhinderung einer Krankenhauseinweisung führen kann. Das heißt, die Notwendigkeit muss ausreichend dokumentiert werden, da hier – zumindest theoretisch – auch eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung diesen Umstand prüfen könnte.

**55 Wird die Psychotherapeutische Akutbehandlung beim Strukturzuschlag berücksichtigt?**
Ja, die Psychotherapeutische Akutbehandlung wird bei dem Strukturzuschlag berücksichtigt. Durch die geringere Bewertung der Akutbehandlung wird die Gesamtpunktzahl, die zur Anerkennung des Strukturzuschlags berechtigt, erst später erreicht.

**56 Werden die Therapieeinheiten der Psychotherapeutischen Akutbehandlung auf das Kontingent einer sich anschließenden Kurzzeittherapie angerechnet, wenn diese von einem anderen Behandler durchgeführt wurde?**
Nein, bei einem Therapeutenwechsel bleiben die Stunden der Akutbehandlung unberücksichtigt.

**57 Gilt für die Psychotherapeutische Akutbehandlung auch die Regelung der zusätzlichen Bezugspersonenstunden laut § 11 Abs. 10 PT-V im Verhältnis von 1:4?**
In der Akutbehandlung sind zusätzliche Stunden für die Einbeziehung von Bezugspersonen aktuell nicht vorgesehen. Sie können aber Bezugspersonen in die Behandlung

Ihre Patienten in guten Händen

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

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

Gerne nehmen wir Sie in unser Therapeutennetzwerk auf.

**Zurück ins Leben**
**www.oberbergkliniken.de**

Oberberg
Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

einbeziehen, das maximale Kontingent der 12 Therapieeinheiten vergrößert sich dadurch jedoch nicht.

**58 Wie werden im PTV 2 bei der Frage nach dem bisherigen Behandlungsumfang des Patienten die Stunden der „Akutbehandlung" eingetragen?**
Der bisherige Behandlungsumfang auf dem PTV 2 zur Akutbehandlung umfasst die Akutbehandlungsstunden mit dem Patienten und gegebenenfalls seinen Bezugspersonen.

**59 Wie trage ich die Daten der Psychotherapeutischen Sprechstunde auf dem Formular PTV 12 ein, wenn ich eine Psychotherapeutische Akutbehandlung anzeigen will?**
Auf dem Antragsformular für die Psychotherapeutische Akutbehandlung PTV 12 sind zwei Felder, um Daten für die Psychotherapeutische Sprechstunde einzutragen. Wenn vorab bei Ihnen oder bei einem anderen Psychotherapeuten eine Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt wurde, wird hier das Datum dieser 50-minütigen Psychotherapeutischen Sprechstunde eingetragen. Es gilt: immer nur die letzten 50 Minuten werden dokumentiert, entweder werden hier die letzten zwei Termine mit jeweils 25 Minuten in die Felder eingetragen, oder nur das Datum für 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde in eines der beiden Felder.

**60 Muss die Psychotherapeutische Akutbehandlung angeboten werden?**
Ja, diese neue Leistung muss angeboten werden, da sie als Kernleistung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zugeordnet wird. Deshalb können Vertragspsychotherapeuten die Durchführung der Akutbehandlung nicht gänzlich ablehnen. Nach der BSG-Rechtsprechung soll die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der mit ihr verbundenen Vorteile auch die Verpflichtung zur Leistungserbringung schaffen *(BSG – Urteile vom 14.03.2001 zu den Az. B 6 KA 54/00 R, B 6 KA 36/00 R* und *B 6 KA 67/00 R)*. Der Vertragspsychotherapeut kann einzelne Leistungen danach nur ganz oder gar nicht aus seinem Leistungsspektrum „aussortieren", und auch die gänzliche Herausnahme aus dem Leistungsspektrum kommt nur in Frage, wenn die Leistung nicht zum Kerngebiet des Vertragspsychotherapeuten gehört. Eine Leistung, deren Abrechnung nach der Psychotherapie-Vereinbarung eine spezielle über die Fachkunde hinausgehende zusätzliche Qualifikation verlangt, wie zum Beispiel die Gruppentherapiequalifikation, gehört nicht zum Kerngebiet. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung wird dagegen zu den Kernleistungen gerechnet.

## Psychotherapeutische Sprechstunde

**61 Wie viele Sitzungen Psychotherapeutische Sprechstunden müssen mindestens in der Woche angeboten werden?**
In der Regel 100 Minuten in der Woche für einen vollen Versorgungsauftrag, 50 Minuten in der Woche bei einem hälftigen Versorgungsauftrag. „In der Regel" heißt, der Umfang kann einmal von Ihnen selbst gesteuert werden. Die Psychotherapeutische Sprechstunde gehört insgesamt zum neuen Leistungsangebot eines Vertragspsychotherapeuten, wie die Probatorische Sitzung oder die Richtlinienpsychotherapie. Der hier angegebene flexible Umfang kann durch die Regelungen einer Terminservicestelle wieder eingeschränkt werden.
–> Siehe auch Terminservicestellen

**62 Zählen für die in der Regel 100 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde in der Woche nur die Sitzungen mit Neuaufnahmen oder auch die darauffolgenden Psychotherapeutischen Sprechstunden bei einem Patienten?**
Es zählen hier auch die bei einem Patienten notwendigen darauffolgenden Psychotherapeutischen Sprechstunden, nicht nur das Erstgespräch mit einem Patienten.

**63 Wie oft kann ein Patient bei ein und demselben Psychotherapeuten die Psychotherapeutische Sprechstunde wahrnehmen?**
Insgesamt 6 Einheiten à 25 Minuten im Krankheitsfall, Kinder und Jugendliche 10 Einheiten à 25 Minuten im Krankheitsfall.
–> Siehe auch Krankheitsfall

**64 Welche Fristen gelten für eine erneute Abrechnung des Sprechstundenkontingents beim selben Psychotherapeuten?**
Hier gilt der Krankheitsfall, d.h. das Quartal der ersten Inanspruchnahme dieser Leistung zuzüglich drei Folgequartale bei einem Psychotherapeuten.

**65 Ist es möglich, weitere Psychotherapeutische Sprechstunden mit einem Patienten durchzuführen, welcher vorab bereits bei einem anderen Kollegen 2 x 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde erhalten hat?**
Ja, durch den Psychotherapeutenwechsel beginnt ein neuer Krankheitsfall. Somit steht dem Patienten beim Folgepsychotherapeuten wieder das gesamte Kontingent an Psychotherapeutischer Sprechstunde zur Verfügung.

**66 Wie viele Sprechstunden für den einzelnen Patienten können pro Woche angeboten werden, 2 x 50 Minuten je Woche, oder mehr?**
Im EBM wird bei Psychotherapeutische Sprechstunde von der Abrechnung „je vollendete 25 Minuten" gesprochen. Weiter: „Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Krankheitsfall höchstens 6-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig." Es sind im EBM keine weiteren Einschränkungen hinterlegt. Insofern können auch 150 Minuten

für Erwachsene bzw. 250 Minuten für Kinder oder Jugendliche hintereinander an einem Tag oder in einer Woche durchgeführt werden.

**67 Wie oft kann ein Patient das Kontingent der Psychotherapeutischen Sprechstunde nacheinander bei mehreren Psychotherapeuten wahrnehmen (Stichwort „Psychotherapeuten-Hopping")?**
Bei jedem Psychotherapeuten beginnt der Krankheitsfall neu. Daher theoretisch unbegrenzt.

**68 Kann eine Psychotherapeutische Sprechstunde auch abgerechnet werden, wenn bei dem Patienten keine krankheitswertige Störung / ICD-Diagnose oder nur eine Verdachtsdiagnose festgestellt wurde?**
Ja. Für die Abrechnung der Psychotherapeutischen Sprechstunde reicht die Angabe einer Verdachtsdiagnose, gegebenenfalls auch eine Ausschlussdiagnose. Möglich ist auch die Codierung Z70 bis Z76 (z. B. Z71 „Person mit Furcht vor Krankheit, bei der keine Diagnose gestellt wird") jeweils als gesicherte Diagnose.

**69 Kann die Psychotherapeutische Sprechstunde auch abgerechnet werden, wenn der Patient den Termin nicht wahrnimmt?**
Sowohl bei der offenen wie auch bei der Bestellsprechstunde kann es sein, dass die Patienten nicht erscheinen. Fachärzte machen seit Einführung der Terminservicestellen die Erfahrung, dass durch die Servicestellen vermittelten Termine ohne Absage nicht wahrgenommen werden. Eine Abrechnung von nicht wahrgenommenen Terminen ist nach EBM ist nicht möglich.

**70 Wann muss ich dem Patienten das verpflichtende PTV 11 – Individuelle Patienteninformation ausstellen?**
Nach der letzten bei Ihnen durchgeführten Psychotherapeutischen Sprechstunde.

**71 Wenn der Patient nicht mehr zu einer weiteren vereinbarten Psychotherapeutischen Sprechstunde kommt und ich ihm nicht seine Individuelle Patienteninformation ausstellen kann, was dann?**
Das wird passieren, Sie sollten diesen Umstand in der Patientenakte dokumentieren. Ihnen kann nichts passieren, da Sie regelgerecht gearbeitet haben.

**72 Welche weiteren Verpflichtungen sind mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde verbunden?**
Neben der Aushändigung der Allgemeinen Patienteninformation PTV 10, welche allgemeine Informationen zur ambulanten Psychotherapie, den Psychotherapieverfahren und der Antragstellung enthält, müssen Sie bei der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde die Individuelle Patienteninformation PTV 11 ausfüllen. Hier sollen das Ergebnis und die Empfehlungen für den Patienten dokumentiert werden.

**73 Sind bestimmte Testverfahren in der Psychotherapeutischen Sprechstunde vorgeschrieben?**
Nein, es sind keine festgelegt.

**74 Dürfen neben der Psychotherapeutischen Sprechstunde auch Testdurchführungen und die Biografische Anamnese abgerechnet werden?**
Ja. Die biografische Anamnese und diagnostische Testverfahren gemäß EBM-Abschnitt 35.3, die außerhalb der Psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführt werden, können wie üblich abgerechnet werden.

**75 Wie sehen die Kontrollen zum getätigten Umfang der Psychotherapeutischen Sprechstunde seitens der Kassenärztlichen Vereinigung aus?**
Uns ist nicht bekannt, ob und wie die Kassenärztlichen Vereinigungen das prüfen.

**76 Kann der Patient sich eine Zweitmeinung bei einem anderen Psychotherapeuten einholen, wenn er z.B. mit dem Ergebnis der psychotherapeutischen Sprechstunde nicht zufrieden ist?**
Ja, das ist jederzeit möglich.

**77 Wenn der Patient in der Psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem zweiten Psychotherapeuten eine andere Empfehlung erhält, an welche Empfehlung muss er sich halten?**
Der Patient entscheidet, welcher Empfehlung er folgen möchte. Die Empfehlung ist nicht verbindlich.

**78 Kann auch eine Zweitmeinung eingeholt werden, wenn der vorgenannte Behandler die vollen 150 Minuten, bzw. 250 Minuten bei Kindern und Jugendlichen für den Patienten ausgeschöpft hat?**
Ja, das ist jederzeit möglich. Die Begrenzung von 150 bzw. 250 Minuten gilt für den Krankheitsfall (Erstinanspruchnahme dieser Leistung und drei Folgequartale) und dieser Krankheitsfall beginnt bei jedem Psychotherapeuten neu.

**79 Wie lange gilt eine Individuelle Patienteninformation (PTV 11)?**
Die Individuelle Patienteninformation ist eine Empfehlung für den Patienten und gegebenenfalls auch für den nachfolgenden Psychotherapeuten, die maximal für einen Krankheitsfall gilt.
–> Siehe auch Krankheitsfall

**80 Müssen Patienten vor einer Richtlinienpsychotherapie eine Psychotherapeutische Sprechstunde durchlaufen?**
Bis 31.03.2018 nicht. Erst ab 01.04.2018 muss ein Patient mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde vor einer Richtlinienpsychotherapie nachweisen können.

**81 Was ist zu tun, wenn ein Patient angibt, bereits eine Psychotherapeutische Sprechstunde und/oder Psychotherapeutische Akutbehandlung in Anspruch genommen zu haben, jedoch darüber keine Unterlagen mehr hat?**
Der Patient muss auf seinem Antrag auf Psychotherapie oder Psychotherapeutischer Akutbehandlung versichern, dass er bereits eine Psychotherapeutische Sprechstunde besucht hat. Kann ein Patient (ab dem 01.04.2018) nicht mithilfe der „Individuellen Patienteninformation" PTV 11 seine Psychotherapeutischen Sprechstunden-Termine nachweisen, kann der angegebene Psychotherapeut mit Einverständnis des Patienten kontaktiert werden. Oder der Psychotherapeut kann die Psychotherapeutische Sprechstunde erneut durchführen. Dies ist möglich, denn diese gilt pro Krankheitsfall und dieser beginnt bei jedem Psychotherapeuten neu. Sie können auch jede Psychotherapie mit einer Psychotherapeutischen Sprechstunde beginnen, egal ob der Patient schon vorab eine in Anspruch genommen hat oder nicht.

**82 Wie sehen die Sanktionen aus, wenn weniger Psychotherapeutische Sprechstunden angeboten werden als gefordert?**
Die Psychotherapeutische Sprechstunde gehört ab dem 01.04.2017 zum Leistungsangebot eines Vertragspsychotherapeuten. Natürlich können Sie nicht dafür verantwortlich gemacht werden, wenn die von Ihnen angebotenen Psychotherapeutischen Sprechstunden-Termine von Patienten nicht oder nur sehr wenig in einem Quartal in Anspruch genommen werden. Bei nachweislicher Nichterfüllung der vertragspsychotherapeutischen Pflichten (z.B. eine Aussage „Ich biete keine Psychotherapeutische Sprechstunde an.") allerdings gilt die Disziplinarordnung der jeweiligen KV.

**83 Ist die Durchführung und die Abrechnung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde möglich, wenn keine Einverständniserklärung des getrennt lebenden sorgeberechtigten Elternteils vorliegt?**
Bis zu 100 Minuten dürfen laut § 11 Abs. 6 PT-RL ohne Anwesenheit des Kindes mit den Bezugspersonen durchgeführt werden. Genau wie in der Probatorik ist es hier möglich, ohne Anwesenheit des Kindes mit dem anwesenden Elternteil eine Klärung über das weitere Vorgehen zu beraten.
Es darf das Kind „nicht gesehen" werden, also keine Diagnostik, keine Intervention mit dem Kind. Sie können über das Kind sprechen, aber fachlich werden Sie für eine diagnostische Einschätzung die Informationen beider Elternteile benötigen. Insofern ist die Psychotherapeutische Sprechstunde hier eine Beratungsmöglichkeit über das weitere Vorgehen. Eine Behandlung, auch eine diagnostische Sitzung mit dem Kind setzt das schriftliche Einverständnis beider Elternteile voraus.
Weitere Informationen zum Thema „Rechtliche Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" unter www.dptv.de –> Intern –> Basics der Berufsausübung und in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern.

## R

### Rezidivprophylaxe

**84 Wie wird die Rezidivprophylaxe eingeleitet?**
Sie schreiben das Datum der letzten Therapieeinheit auf das PTV 12 und zeigen damit das Ende der Psychotherapie an. Gleichzeitig können Sie auf dem PTV 12 die Rezidivprophylaxe anzeigen.

**85 Kann eine Rezidivprophylaxe auch im Rahmen einer Kurzzeittherapie beantragt werden?**
Nein, diese Regelung gilt nur für die Langzeittherapie.

**86 Die Rezidivprophylaxe kann bereits bei Beantragung oder bei Verlängerungen einer Langzeittherapie auf dem PTV 2 beantragt werden. Was passiert, wenn die Notwendigkeit der Rezidivprophylaxe bei Beantragung der Langzeittherapie nicht einschätzbar war?**
Bitte kreuzen Sie auf dem Formular PTV 2 bei Rezidivprophylaxe „noch nicht absehbar" an. Sie können jederzeit mit Anzeige der Beendigung der Psychotherapie auf dem PTV 12 eine Rezidivprophylaxe einleiten. Beachten Sie dabei, dass die Therapieeinheiten der Rezidivprophylaxe begrenzt sind.

**87 Können Therapieeinheiten aus der Rezidivprophylaxe bei Bedarf wieder in eine normale Richtlinienpsychotherapie umgewandelt werden?**
Nein. Sie haben zuvor die Psychotherapie als beendet gemeldet. Sie können allerdings dies als Einzelfallentscheidung bei der jeweiligen Krankenkasse beantragen, dazu gibt es allerdings noch keine Erfahrungswerte.

## T

### Telefonische Erreichbarkeit

**88 Ich muss meine telefonischen Erreichbarkeitszeiten der Kassenärztlichen Vereinigung melden. Wie oft kann ich die ändern?**
Vorschriften dazu gibt es nicht. Die Möglichkeiten, die telefonische Erreichbarkeit zu ändern, hängt von der Art und Weise ab, wie Sie diese Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung melden können. Eine Online-Meldung würde beispielsweise eine auch zeitnahe Änderung zulassen, da Sie diese ja selbst vornehmen. Prüfen Sie die Möglichkeiten bei Ihrer KV.

**89 Kann die telefonische Erreichbarkeit auch gemeinschaftlich organisiert werden?**
Psychotherapeuten haben bei der Organisation der telefonischen Erreichbarkeit einigen Gestaltungsspielraum. Sie können die telefonische Erreichbarkeit auch gemeinschaftlich organisieren. So ist es durchaus denkbar, dass sich mehrere Praxen in einer Region zusammenschließen und reihum die telefonische Erreichbarkeit sicherstellen.

**90 Für die telefonische Erreichbarkeit kann ich auch Personal einsetzen. Dieses muss nicht besonders psychotherapeutisch geschult sein. Gibt es hier etwas, dass ich beachten muss?**
Ja, Sie können selbstverständlich Personal für die telefonische Erreichbarkeit einsetzen (Delegation s.o.). Nutzen Sie das Personal auch für andere Aufgaben, denn sollte niemand oder nur wenige Anrufer die Möglichkeit der Kontaktaufnahme nutzen, können andere bürokratische Aufgaben von dieser Person durchgeführt werden. Das Personal muss für das Telefon nicht besonders ausgebildet, aber von Ihnen geschult, zur Verschwiegenheit verpflichtet worden sein etc. Bedenken Sie auch, dass derjenige, der für Sie den Anruf entgegennimmt, Ihre Praxis repräsentiert. Sie können die telefonische Erreichbarkeit auch an jemanden außerhalb der Praxis delegieren. Hier müssen Sie jedoch die Datenschutzregelungen beachten, die einer Praxis auferlegt sind. Weitere Informationen zum Thema „Datenschutz" unter www.dptv.de –> Intern –> Basics der Berufsausübung.

**91 Für die telefonische Erreichbarkeit liegen mir auch Angebote von Callcentern vor. Darf ich diese annehmen?**
Möchten Sie die telefonische Erreichbarkeit an Fremdfirmen, wie Callcenter, delegieren, sollten Sie auf das „Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen" warten. Der Regierungsentwurf vom 17.02.2017 (Bundesrats-Drucksache 163/17) befindet sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren. Damit Sie als Berufsgeheimnisträger ohne strafrechtliches Risiko dritte Dienstleister einschalten können und dies für die Patienten zu keiner Reduzierung des strafrechtlichen Geheimnisschutzes führt, sollen dem Regierungsentwurf zufolge sämtliche *„mitwirkenden Personen"* in die Strafbarkeit gemäß § 203 StGB einbezogen werden. Die von Berufsträgern beauftragten Dritten werden dementsprechend in den Kreis der tauglichen Täter i.S.v. § 203 StGB aufgenommen. Statt des bisher in § 203 StGB verwendeten Begriffs des *„berufsmäßig tätigen Gehilfen"* wird im Entwurf der Begriff der *„mitwirkenden Person"* eingeführt. Die vollständige juristische Einschätzung unseres Verbandsjustiziar Dr. Markus Plantholz finden Sie auf Seite 7 in dieser Ausgabe.

**92 Darf ich für die telefonische Erreichbarkeit auch die Telefonate auf mein Handy umleiten?**
Ja. Bitte beachten Sie dabei aber, ob bei Ihrer Telefongesellschaft gegebenenfalls Gebühren für die Weiterleitung anfallen.

## Terminservicestellen

**93 Wenn in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine dringende Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wird, muss ich den Patienten an die TSS zur weiteren Vermittlung verweisen, wenn kein Behandlungsplatz zur Verfügung steht?**
Im Bundesmantelvertrag Anlage 28 ist geregelt, dass TSS nur Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung vermitteln. Jeder Psychotherapeut kann in der Psychotherapeutischen Sprechstunde frei entscheiden, welche Empfehlung er zur Weiterbehandlung geben will. Patienten können weiterhin auf bewährte Einrichtungen, bekannte Kollegen/innen, direkt an die Ambulanz einer stationären Einrichtung oder teil-/stationäre Behandlung verwiesen werden, wenn dies indiziert ist.

**94 Wenn Patienten über die Terminservicestelle avisiert werden, diese aber nicht zum Termin erscheinen, muss das der TSS gemeldet werden?**
Bitte vermerken Sie diese von Patienten nicht wahrgenommenen Termine. Sie sind wichtig, um Probleme mit den Terminservicestellen später belegen und statistisch erheben zu können. Einige Kassenärztliche Vereinigungen bieten regelrecht an, diese nicht wahrgenommenen Termine systematisch über ein Formular zu melden. Wir empfehlen Ihnen, diese Möglichkeit dann wahrzunehmen und eine Kopie auch für die späteren Evaluationen, die wir in der Psychotherapeutenschaft durchführen, aufzuheben.

**95 Die „Dringlichkeit" hat im Rahmen der Terminservicestellen eine Bedeutung. Wie definiert sich die Dringlichkeit hier?**
Wenn Sie bei einem Patienten eine Dringlichkeit für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung feststellen und es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt, dann können Sie in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem Klebeetikett, dem sogenannten „Dringlichkeitscode", diese Dringlichkeit auf der Individuellen Patienteninformation PTV 11 vermerken. Mit diesem Aufkleber hat der Patient das Recht, die Terminservicestelle um die Vermittlung der von Ihnen als dringlich indizierten Psychotherapeutischen Akutbehandlung zu bitten. Dringlichkeit im Sinne eines „zeitnah erforderlichen Behandlungstermins" (Anlage 28 BMV) meint einen Termin innerhalb von vier Wochen ab Vereinbarung des Termins.

**96 Ich stelle im Rahmen der Diagnostik fest, dass der Patient dringlich eine Richtlinienpsychotherapie benötigt. Erhält er dann auch von mir den Dringlichkeitscode für die Terminservicestelle?**
Nein. Ambulante Richtlinienpsychotherapie gehört nicht in die Vermittlung der Terminservicestellen. Hier empfehlen Sie ähnliche Maßnahmen wie bisher, dass der Patient sich bei Ihnen oder einem anderen Kollegen auf Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz einstellen muss. Sie können aber im Bemerkungsfeld der Individuellen Patienteninformation PTV 11 einfügen, dass Sie die Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie für dringend erforderlich halten.

## V

### Verdachtsdiagnosen

**97 Werden zukünftig Verdachtsdiagnosen von den Praxisverwaltungsprogrammen akzeptiert werden?**
Verdachtsdiagnosen waren und sind zulässig. Sie sind in der diagnostischen Phase – wie zum Beispiel in der Psychotherapeutischen Sprechstunde oder in den Probatorischen Sitzungen – fachlich oftmals sachgerecht. Gesicherte Diagnosen sind die Grundlage einer Indikationsstellung, d.h. diese müssen bei Psychotherapeutischer Akutbehandlung und Richtlinienpsychotherapie vorliegen. Sollte ein Praxisverwaltungsprogramm dies nicht beherrschen, ist dies mit dem Hersteller zu klären.

### Vertretung

**98 Was ist, wenn die telefonische Erreichbarkeit wegen kurzer Krankheit oder anderer kurzer Abwesenheit nicht sichergestellt werden kann?**
Bei auftretender Erkrankung oder anderer kurzer Abwesenheiten in der Praxis reicht wie bisher eine Mitteilung zur vorrübergehenden Nichterreichbarkeit auf Ihrem Anrufbeantworter. Erst eine längerfristige Abwesenheit ab einer Woche ist der KV zu melden. Empfehlung: Die allgemeine Ansage auf dem Anrufbeantworter sollte generell auch den Hinweis auf eine allgemeine Vertretung im Notfall enthalten, z.B. die nächste Psychiatrie, Krisendienst etc.

**99 Ist eine Vertretung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde bzw. der Akutbehandlung möglich und notwendig?**
Bisher waren die Kernleistungen einer Psychotherapeutischen Praxis, die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der Probatorischen Sitzungen grundsätzlich von einer Vertretung ausgeschlossen. Diese Regelung des Bundesmantelvertrags-Ärzte betrifft aber nicht die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung. Hier gelten die allgemeinen Regelungen zur Vertretung der Ärzte-Zulassungsverordnung und des Bundesmantelvertrag-Ärzte. Nach Aussagen von RA Plantholz fehlt es hier bisher an spezifischen Regelungen zur Frage, ob auch eine Verpflichtung zur Organisation einer Vertretung besteht. Bei einer kurzfristigen Abwesenheit von zwei bis drei Wochen etwa wird man ohne ausdrückliche Regelung keine solche Verpflichtung annehmen können, so die Einschätzung des Juristen, und dadurch wird auch nicht die Präsenzpflicht nach § 20 Ärzte-ZV verletzt. Bei einer längeren krankheitsbedingten Abwesenheit wird sich dies wohl anders verhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben aufgrund ihrer Satzungen teilweise auch spezielle Vertreterregelungen erlassen, die ebenfalls zu beachten sind. Weitere Informationen zum Thema „Vertretung" unter www.dptv.de –> Intern –> Basics der Berufsausübung.

## W

### Weiterbehandlung

**100 Muss ein Psychotherapeut nach einer Psychotherapeutischen Sprechstunde eine indizierte Behandlung weiterführen?**
Nein.

**101 Darf er eine Weiterbehandlung ablehnen?**
Bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde handelt es sich nicht um eine Behandlung oder ein verpflichtendes Behandlungsangebot. Wenn eine Behandlung sich hier anschließt, ist das der Beginn einer Behandlung, keine „Weiterbehandlung". Eine Behandlung kann aus bestimmten Gründen abgelehnt werden. So ist in der Berufsordnung und auch in der Psychotherapie-Richtlinie geregelt, wann eine Psychotherapie nicht oder nicht mehr indiziert ist. Beispiele hierfür wären, dass eine Behandlung nicht zum Erfolg geführt werden kann, oder bei Verwandtenbehandlung, oder aber keine Kapazitäten vorhanden sind. Diese Entscheidung sollte dokumentiert werden. Weitere Informationen zum Thema „Behandlungspflicht" unter www.dptv.de –> Intern –> Basics der Berufsausübung.

**Sabine Schäfer**
Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

**Mechthild Lahme**
Psychologische Psychotherapeutin, wissenschaftliche Referentin der Bundesgeschäftsstelle der DPtV mit den Schwerpunkten Qualitätsmanagement, Projektentwicklung, Seminare.

+PlusWERT
Ihr unabhängiger Spezialmakler
für die psychologischen und
psychotherapeutischen Berufe

# Kein Stress mit Versicherungen!

## Spezielle Rahmenverträge für DPtV-Mitglieder:

Wirtschaftsdienst DPtV
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

### BERUFSHAFTPFLICHT FÜR PP + KJP

**€ 70,00** p.a. (3 Mio. pauschal)
**€ 85,06** p.a. (10 Mio. pauschal)

### BERUFS-/PRIVATHAFTPFLICHT FÜR PP + KJP

**€ 120,00** p.a. (3 Mio. pauschal in der BHV bzw. 10 Mio. in der PHV)
**€ 135,06** p.a. (10 Mio. pauschal in der BHV und in der PHV)

### BERUFSHAFTPFLICHT FÜR PiA

**€ 50,00** p.a. (3 Mio. pauschal)
**€ 60,00** p.a. (10 Mio. pauschal)

### BERUFS-/PRIVATHAFTPFLICHT FÜR PiA

**€ 100,00** p.a. (3 Mio. pauschal in der BHV bzw. 10 Mio. in der PHV)
**€ 110,00** p.a. (10 Mio. pauschal in der BHV und in der PHV)

### BERUFS- INKL. PRIVATRECHTSSCHUTZ

ab **€ 348,32** p.a. inkl. Privatrechtsschutz für die Familie und KS-Clubmitgliedschaft.

### PRAXISINVENTAR

**€ 70,10** p.a. bei der Versicherungssumme von € 40.000
Versicherte Gefahren: Feuer, Einbruchdiebstahl/Vandalismus, Leitungswasser, Sturm/Hagel, Betriebsunterbrechung und Glas

### UNFALL

z.B. **€ 71,10** p.a. bei € 100.000 Versicherungssumme
z.B. **€ 96,80** p.a. bei € 100.000 Vers.summe mit 350 % Progression
Versichert gilt eine erweiterte Gliedertaxe mit voller Leistung bei Verlust der Stimme oder des Gehörs uvm.

### KRANKENTAGEGELD

- Günstige Gruppenvertragskonditionen
- Versicherungsschutz im Ärztetarif
- Annahmegarantie
- Keine Wartezeiten

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

www.plus-wert.de

- ✓ Spezialprodukte für Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung
- ✓ Kostenlose und unabhängige Beratung
- ✓ Papierloser Online-Abschluss

## Sie erreichen uns

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

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

Michael Kladny

# Psychische Komorbiditäten

## Tagung der Deutschen Rentenversicherung Bund am 24./25.02.2017 in Erkner

### Impressionen eines Psychotherapeuten

**Im Rahmen meiner Tätigkeit als Mitglied im DPtV-Ausschuss für Angestellte besuchte ich die DRV-Tagung, deren Veranstalter/innen sich als Schwerpunkt das für die psychotherapeutische Versorgung wichtige Thema der Begleiterkrankungen gesetzt hatte. Mit dem Auftreten psychischer Komorbiditäten sind insbesondere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP und KJP) oft konfrontiert. Dabei kann es sich bei Patienten um ein bzw. beliebig viele hinzukommende Störungsbilder handeln. In diesem Fall waren die Haupt-Adressaten der DRV-Veranstaltung Mitarbeiter/innen von Reha-Kliniken, die ihren Behandlungsschwerpunkt nicht im Bereich der Psychosomatik haben, sondern vor allem im Bereich der Orthopädie bzw. der Kardiologie. Dennoch ließen sich aus meiner „Angestellten-Sicht" in einer PP-Praxis einige interessante Punkte für den Verband aus dieser Veranstaltung mitnehmen.**

Dr. Ulrike Worringen (DRV Bund), Dr. Hans-Günter Haaf (DRV Bund), PD Dr. Dieter Benninghoven (Mühlenbergklinik), Prof. Dr. Volker Köllner (Reha-Zentrum Seehof), Dr. Ulf Kampczyk (DRV Mitteldeutschland), Karl-Wilhelm Höffler (ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz Bad Kreuznach), Kai Lorenz (Berolina Klinik Löhne), Dr. Désirée Herbold (Paracelsus-Klinik an der Gande Bad Gandersheim), Dr. Beate Muschalla (DRV Bund), Dr. Teresia Widera (DRV Bund) sowie Dr. Margarete Ostholt-Corsten (DRV-Bund) sensibilisierten mit ihren Beiträgen für die Wichtigkeit des Themas.

Mit ihren Beiträgen arbeiteten sie den Einfluss der psychischen Komorbiditäten im Kontext einer somatischen Reha-Maßnahme heraus. Neben einer kritischen Hinterfragung der Bezeichnung „Komorbidität" (behandeln wir Ko oder behandeln wir psychische Störungen?) durch den Vortrag von Karl-Wilhelm Höffler, der im Übrigen auch Mitglied des Ausschusses „Psychotherapeuten in Institutionen (PTI)" der Bundespsychotherapeutenkammer ist, beschäftigten sich die Rednerinnen und Redner mit der Verknüpfung der somatischen und der psychischen Anteile der Rehabilitanden. Dabei wurde beispielsweise deutlich, dass bereits viele Kliniken gute Screening-Verfahren der Diagnostik in ihre Abläufe etabliert haben, die gleich bei der Aufnahme neben den psychischen Ressourcen auch psychische Störungen bzw. etwaige Symptome aus diesem Bereich erfassen. Die hierfür genutzten Tests haben oft den Nachteil, dass sie psychische Auffälligkeiten falsch positiv erfassen (z.B. HADS).

Es herrschte ein Konsens über die Notwendigkeit, die spezifischen Testergebnisse von den Reha-Teilnehmer/innen zeitnah in einem diagnostischen Gespräch in der Klinik auszuwerten. In Ausblick wurde hier von den Rednerinnen und Rednern gestellt, dass der Bedarf an psychodiagnostischer Auswertung der Testverfahren innerhalb somatisch ausgerichteter Kliniken weiter wachsen wird. Positiv wurde hervorgehoben, dass diese Auswertungen in der Praxis schon gut umgesetzt werden, was in früheren Jahren nicht die Regel gewesen ist. Einen wichtigen Faktor spielen dabei die VMO (VerhaltensMedizinischeOrthopädie) ausgerichteten Reha-Kliniken, die eine Zwischenform von psychosomatischen und orthopädischen Reha-Einrichtungen darstellen.

An dieser Stelle ließe sich auch überlegen, ob die Sprechstunde nicht für diese diagnostische Abklärung als Verbindung zum ambulanten Sektor genutzt werden kann, um diesen Bedarf in Zukunft zu decken. Die spannende Frage wird für die Kolleginnen und Kollegen aus der Reha-Klinik in Zukunft sein, wer diese Extraaufgaben innerhalb der Klinik übernehmen kann und wird. Hier besteht möglicherweise die Gefahr, dass Kliniken dafür nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter/innen, d.h. beispielsweise Psychologen mit Bache-

**Michael Kladny**
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Weiterbildung in Schematherapie.

lorabschluss, einsetzen könnten. Aus unserer Sicht ist dies kritisch, weil die Kolleginnen und Kollegen weniger spezifisches Wissen zu den einzelnen Störungsbildern in dieser Art des Abschlusses erwerben und so zum Beispiel die Vorerfahrung fehlt, Suizidalität/Krisen möglicherweise nicht ausreichend erkennen zu können und damit auch selber in eine starke Überforderungssituation zu kommen. Im weiteren Verlauf der Veranstaltung wurde diskutiert, ob es nicht einen großen Bedarf an Weiterbildung für approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor Ort gibt, der sich bis in den somatischen Bereich erstreckt und möglicherweise auch in einer Zusatzbezeichnung münden kann.

Als letzten spannenden Punkt der DRV-Tagung ist hier der Aspekt der Reha-Nachsorge zu erwähnen. Der DRV-Bund fördert aktuell viele interessante Projekte für Nachsorgealternativen (zusätzlich zur intensivierten Nachsorge „IRENA"), vor allem auch im E-Health-Bereich unter Einsatz elektronischer Hilfsmittel. Dabei wurde bei der Vorstellung von Dr. Teresia Widera deutlich, dass noch viele Projekte in den „Kinderschuhen" stecken. Es bleibt weiter – auch kritisch – zu beobachten, welche Möglichkeiten und Verfahren sich in diesem Zusammenhang bewähren und wie hier vor allem auch die Verzahnung gut bzw. noch besser mit dem ambulanten psychotherapeutischen Bereich funktionieren kann.

## Fazit

Aus meiner Sicht handelt es sich im Bereich der Reha-Kliniken um ein sehr spannendes und abwechslungsreiches Arbeitsfeld. Im Rahmen der zunehmenden Wahrnehmung des Einflusses der psychischen Faktoren und der damit verbundenen notwendigen diagnostischen Abklärung spricht dies für ein weiteres Argument, die Ausbildungsreform zu forcieren und durch den Status der Approbation nach Abschluss des Studiums den Aufgaben gut entgegentreten zu können.

Wer sich über die Tagung tiefergehend selbst einen Überblick verschaffen möchte, findet unter dem Link http://www.reha-einrichtungen.de den gesamten Tagungsablauf sowie die Präsentation der einzelnen Vorträge.

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

I V S

Institut für Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin und Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

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

- **Gerichtsgutachter/in – Forens. Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurr. n. d. Richtlinien d. Psychotherap.kammern (Fam.-, Sozial-, Zivil-, Straf- u. Verwaltungsrecht bzw. Glaubhaftigkeit), nächste Termine:
  f. d. Modul Glaubhaftigkeit: Dr. Sandra Loohs „Aussagetüchtigkeit und Kompetenzanalyse" 8./9. Juli 2017
  f. d. Modul SVZ: DP Johanna Arneth-Graf „Sozialrechtliche Begutachtung: Unfallfolgen u. Trauma" 22./23. Juli 2017
  für das Grundlagenmodul: Dr. 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 u. 6 Treffen in Kleingruppen á 8 FE
  Beginn: 11./12. Nov. 2017, Dr. DP. Franz Dumbs „Einführung" u. DP Inge Strömsdörfer „Selbstreflexion"
- **EMDR-Zusatzqualifikation:** 17./18. März 2018, Dr. DP Georg Pieper „EMDR Grundkurs"
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen:** 200 WE in 12 Blöcken z. Erwerb d. Fachkunde für die Abrechnung von verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie
  nächster Termin: 1./2. Juli 2017, DP Peter Auer „Spieltherapie"
- **Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation f. Ärzte u. Psychologen** (120 Std.) Beginn: 28./29.10. 2017 *Neu!*
  DP Jürgen Wickles „Einführung in die Verhaltenstherapie, Verhaltensanalyse und neuere Weiterentwicklungen"
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken)
  Nächster Termin: 23.-25. Juni 2017, DP Michael Behnke „Sexsucht, Sexualdelinquenz, Gefährlichkeitsprognose"
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurr. der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)
  Dr. Wolfram Dorrmann: B5 „Nutzung von Trancephänomenen II: Reorientierung in der Zeit" 1./2. Juli 2017
  Dr. Dipl.-Psych. Cornelie 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 f. d. Arbeit mit Kindern u. Jugendl. (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

Christiane Müller

# (Aus)Bildungskosten

## So gibt es Geld vom Finanzamt

**(Aus) Bildung ist der beste Reiseproviant für die Reise zum hohen Alter, wusste schon Aristoteles. Doch bis dahin ist es für angehende Psychotherapeuten ein langer und vor allem teurer Weg, den viele gar nicht bis zum Ende durchhalten.**

Schon den Zugang zum Psychologiestudium erhält nur derjenige, dessen Abiturschnitt zumindest bei einer Eins vor dem Komma liegt. Mit dem Studium ist es jedoch noch lange nicht getan. Denn was danach kommt, ist die erste Nervenprobe für die künftigen Psychotherapeuten. PiA sind sie nun, das steht ganz offiziell für „Psychotherapeut in Ausbildung". Fragt man die PiA, so fühlen sie sich eher als „Psychotherapeut in Ausbeutung". Das Praxisjahr wird meist nicht bezahlt, die Kosten für die notwendigen Seminare sind hoch und das Leben muss dennoch finanziert werden. Die, die es schaffen und am Ende tatsächlich fertige Psychotherapeuten sind und als solche endlich therapieren dürfen, sind oft hoch verschuldet.

Auch danach ist das Thema Fortbildung weiter präsent, denn Psychotherapeuten sind nach ihrer Berufsordnung – alle vertragsärztlich zugelassenen Psychotherapeuten zudem auch nach § 95d SGB V – zur fachlichen Fortbildung verpflichtet.

Doch es gibt finanzielle Unterstützung seitens des Finanzamtes. Denn Aus- und Fortbildungskosten können steuerlich berücksichtigt werden. Die Frage ist nur, in welcher Höhe. Aktuell gibt es nämlich noch immer einen Unterschied zwischen unbegrenzt abziehbaren Fort- und Weiterbildungskosten (Werbungskosten) einerseits und begrenzt abziehbaren Berufsausbildungskosten (Sonderausgaben) andererseits.

## Studienkosten sind nur begrenzt abziehbar

Kosten für ein erstes Studium oder eine erste Ausbildung sind nur in begrenztem Umfang, d.h. jährlich bis zu einem Betrag von 6.000 € als Sonderausgaben abziehbar. Außerdem dürfen diese Aufwendungen weder zu negativen Einkünften führen noch in kommende Jahre vorgetragen werden. Das bedeutet, dass sich die Kosten nur dann steuerlich auswirken, wenn im gleichen Jahr auch steuerpflichtige Einkünfte, z.B. durch einen Nebenjob erzielt werden.

**Hinweis**: Bei all denjenigen, deren (Neben-)Einkünfte nach Abzug der Vorsorgeaufwendungen für Kranken- und Rentenversicherung nicht mehr als 8.820 € (steuerlicher Grundfreibetrag 2017) betragen, wirken sich die Aufwendungen für eine erstmalige Berufsausbildung bzw. ein Erststudium nach derzeitigem Rechtsstand steuerlich überhaupt nicht aus.

## Erste oder zweite Ausbildung

Unter erster Ausbildung versteht der Gesetzgeber seit Anfang des Jahres 2015

- eine geordnete Ausbildung, die
- mit einer Mindestdauer von 12 Monaten (bei vollzeitiger Ausbildung) und
- mit einer Abschlussprüfung

durchgeführt wird.

Ist eine Abschlussprüfung nicht vorgesehen, gilt die Ausbildung mit der tatsächlichen planmäßigen Beendigung als abgeschlossen. Eine Berufsausbildung hat auch derjenige abgeschlossen, der die Abschlussprüfung einer durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften geregelten Berufsausbildung mit einer Mindestdauer von 12 Monaten bestanden hat, ohne dass er zuvor die entsprechende Berufsausbildung durchlaufen hat.

Für Studenten, die nach ihrem abgeschlossenen Bachelorstudium noch einen Masterstudiengang absolvieren, gilt: Das Bachelorstudium zählt als Erstausbildung, der Master als Zweitausbildung. Folglich können alle Aufwendungen, die im Bachelorstudium angefallen sind, lediglich begrenzt bis zur Höhe von maximal 6.000 € als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden, während die Aufwendungen im Masterstudium in unbegrenzter Höhe als Werbungskosten anerkannt werden.

Eine Ausnahme gilt nur für Studenten, die ihr (Erst)Studium dual, d.h. im Rahmen eines Dienstverhältnisses absolvieren. Sie können alle Aufwendungen für ihr Studium als Werbungskosten geltend machen.

## Fort- und Weiterbildungskosten sind unbegrenzt abziehbar

Die Aufwendungen für eine berufliche Fortbildung nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder nach einem abgeschlossenen Studium sind Fortbildungskosten. Das gilt auch für Weiterbildungen in einem ausgeübten Beruf oder für ein Studium der Psychologie nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Dabei ist es unerheblich, ob die Erstausbildung einen inhaltlichen Bezug zum nachfolgenden Studium oder zur angestrebten beruflichen Tätigkeit aufweist.

Die Aufwendungen für eine Fort- oder Weiterbildung sind als Werbungskosten bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit bzw. als Betriebsausgaben bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit abziehbar. Vorteilhaft hierbei: Es gibt keine Begrenzung auf 6.000 € jährlich, sondern die Wer-

Es kann sich lohnen, vor dem Studium zunächst eine mindestens zwölfmonatige Erstausbildung zu absolvieren

bungskosten bzw. Betriebsausgaben sind unbegrenzt abziehbar. Ein weiteres Plus liegt in der Möglichkeit, Verluste auf kommende Jahre vortragen zu können.

Für junge Menschen am Anfang ihres Berufsweges lohnt es sich unter Umständen, nicht gleich mit einem Psychologiestudium zu starten, sondern zunächst eine mindestens zwölfmonatige steuerlich anerkannte Erstausbildung zu absolvieren. Auf diese Weise wird das teurere und zeitlich länger dauernde Psychologiestudium zur Zweitausbildung, die so steuerlich maximal gefördert werden kann. Alle Aufwendungen, die im Rahmen dieses (zweiten) Studiums anfallen, können im Rahmen der Einkommensteuererklärung des jeweiligen Jahres geltend gemacht werden.

Alles, was beruflich veranlasst und angemessen ist, darf grundsätzlich steuerlich berücksichtigt werden

## Verlustvortrag spart Steuern

Sofern in einem Jahr die Aufwendungen für die Fort- und Weiterbildung höher sind, als die erhaltenen beruflichen Einnahmen, ergibt sich ein Verlust, der auf Antrag vom Finanzamt festgestellt wird. Unter Umständen kann so über Jahre hinweg ein Verlustvortrag in beträchtlicher Höhe anwachsen. Wenn in späteren Jahren dann steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden, wird dieser Verlust sukzessive gegengerechnet und mindert dann die aktuelle Steuerlast.

Wichtig ist aber, die Frist für den Antrag auf Verlustfeststellung nicht zu verpassen. Denn wer laut Einkommensteuergesetz nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet ist, hat hierfür nur vier Jahre Zeit. Das bedeutet, dass die Einkommensteuererklärung des Jahres 2013 inklusive des Antrags auf Verlustfeststellung nur noch bis zum 31.12.2017 eingereicht werden kann. Danach verfällt diese Möglichkeit ersatzlos.

## Welche Kosten sind steuerlich abzugsfähig?

Alles, was beruflich veranlasst und angemessen ist, darf grundsätzlich steuerlich berücksichtigt werden. So zum Beispiel:

- Semesterbeiträge, Studien- und Prüfungsgebühren
- Zinsaufwendungen für Studienkredite
- Portokosten
- Kopierkosten, u.a. auch für die Bachelor- oder Masterarbeit
- Fachliteratur, Büromaterial wie Ordner, Papier, Stifte
- Laptop/Computer, Drucker und notwendige Software
- Arbeitsplatzeinrichtung wie Schreibtisch, Schreibtischstuhl, Schreibtischlampe, Taschenrechner
- Kosten für Telefon- und Internetnutzung
- Fahrtkosten zur Ausbildungsstätte, privaten Lerngruppen, Repetitorien
- Aufwendungen für eine auswärtige Unterbringung am Studienort
- Reise- und Übernachtungskosten sowie Verpflegungsmehraufwendungen für Studienreisen, Praktika u.a.

## Ungleichbehandlung zwischen Erst- und Zweitausbildung ist verfassungswidrig

Nach Auffassung des Bundesfinanzhofes (BFH) ist die Ungleichbehandlung zwischen Erst- und Zweitausbildung verfassungswidrig (Beschluss vom 17.07.2014, Az. VI R 8/12 und VI R 2/12). Seiner Meinung nach müssen alle Bildungsaufwendungen, die nach dem Abitur oder sonstigem Schulabschluss entstehen, gleichermaßen als Werbungskosten geltend gemacht werden können. Da dies gesetzlich derzeit noch ausgeschlossen ist, müssen nunmehr die Bundesverfassungsrichter darüber entscheiden.

## Empfehlung

Vor dem Hintergrund des noch ausstehenden Urteils der Verfassungsrichter sollten auch die Kosten der Erstausbildung in der Steuererklärung als Werbungskosten vermerkt werden. Sofern das Finanzamt die Aufwendungen lediglich als Sonderausgaben berücksichtigt, Werbungskosten sich aber steuerlich (mehr) auswirken würden, empfiehlt sich die Einlegung eines Einspruchs mit Verweis auf die beim Bundesverfassungsgericht anhängigen Verfahren (Az. 2 BvL 25/14, 2 BvL 26/14, 2 BvL 22/14, 2 BvL 23/14, 2 BvL 24/14 und 2 BvL 27/14). Wir unterstützen Sie dabei gern.

**Christiane Müller**
Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Wittenberg, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.
E-Mail: admedio-wittenberg@etl.de

## JULI

**21.07.2017, München**
**VT-Bericht an den Gutachter nach der Reform der PT-RL**
Dieter Best
17-53 DPtV CAMPUS

## AUGUST

**16.08.2017, Münster**
**VT-Bericht an den Gutachter nach der Reform der PT-RL**
Dieter Best
17-54 DPtV CAMPUS

**17.08.2017, Hamburg**
**Praktische Umsetzung der neuen PT-Richtlinie und der neuen Befugnisse**
Dieter Best
17-55 DPtV CAMPUS

**26.08.2017, Hannover**
**Durchführungs-, Erbringungs- und Abrechnungsregeln für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**
Heiko Borchers
17-56 DPtV CAMPUS

## SEPTEMBER

**01.09.2017, Hannover**
**Praxisentwicklung – Umsetzung von Jobsharing über Anstellung**
Sabine Schäfer, Christina Seimetz
17-57 DPtV CAMPUS

Anmeldungen zu

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

**09.09.2017, Bremen**
**Elektronische Datensicherheit in der PT-Praxis**
Dr. Enno Maaß
17-58 DPtV CAMPUS

**10.09.2017, Berlin**
**Berufspolitischer Dialog**
Bundesvorstand der DPtV
17-59 DPtV CAMPUS

**12.09.2017, Kassel**
**Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen**
Dieter Best
17-60 DPtV CAMPUS

**13.09.2017, Frankfurt**
**Praktische Umsetzung der neuen PT-Richtlinie und der neuen Befugnisse**
Dieter Best
17-61 DPtV CAMPUS

**14.09.2017, München**
**Praktische Umsetzung der neuen PT-Richtlinie und der neuen Befugnisse**
Dieter Best
17-62 DPtV CAMPUS

### SCHLESWIG-HOLSTEINER PT-TAG

**16.09.2017, Kaltenkirchen**
**Besonderheiten in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, die einen sterbenskranken oder verstorbenen Elternteil haben**
Dr. med. Miriam Haagen
17-63 DPtV CAMPUS

**Die Wege zum Vertragspsychotherapeuten**
André Zwaka, Heiko Borchers
17-64 DPtV CAMPUS

**Diagnostik im Rahmen der überarbeiteten PTR – effiziente (Test-) Diagnostik in Sprechstunde und Probatorik für PP**
Dr. Enno Maaß
17-65 DPtV CAMPUS

**Psychopharmakologie für Psychotherapeuten – Aufbaukurs**
Prof. Dr. med. Rose,
Dr. med. Anna Nienke Hofrichter
17-66 DPtV CAMPUS

**Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung**
Manush Bloutian
17-67 DPtV CAMPUS

**Impact Techniken – Interventionen, die Eindruck hinterlassen**
Stefanie Schramm
17-68 DPtV CAMPUS

**Einführungs-Workshop für neuzugelassene Kolleginnen/-en**
Heiko Borchers
17-69 DPtV CAMPUS

---

**22.09.2017, Berlin**
**Diagnostik im Rahmen der neuen PT-Richtlinie**
Dr. Enno Maaß
17-70 DPtV CAMPUS

**23.09.2017, Dortmund**
**Praxisabgabe und Praxiserwerb**
RA Jens-Peter Jahn,
Christina Seimetz
17-71 DPtV CAMPUS

**23.09.2017, Augsburg**
**Update Sozialmedizin mit Supervision**
Dr. med. Thomas Leitz
17-72 DPtV CAMPUS

**23.09.2017, Hannover**
**Diagnostik im Rahmen der neuen PT-Richtlinie**
Dr. Enno Maaß
17-73 DPtV CAMPUS

**28.09.2017, Hamburg**
**Workshop für angestellte PP und KJP in Kliniken und MVZs**
Michael Stock, Kerstin Sude,
Johannes Frey
17-74 DPtV CAMPUS

**29.09.2017, Bielefeld**
**TP-Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen**
Prof. Dr. med. Michael Ermann
17-75 DPtV CAMPUS

**29./30.09.2017, Berlin**
**Presseworkshop**
Ursula Anne Ochel
17-76 DPtV CAMPUS

**30.09.2017, Potsdam**
**Start in die Selbstständigkeit**
Kerstin Sude
17-77 DPtV CAMPUS

### SYLTER PRAXISTAGE

**29.09.2017, Westerland**
**Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene**
Dr. Hans Nadolny
17-78 DPtV CAMPUS

**30.09.2017, Westerland**
**Praxisentwicklung – Umsetzung von Jobsharing über Anstellung**
Sabine Schäfer
17-79 DPtV CAMPUS

**01.10.2017, Westerland**
**Praxisentwicklung – Kauf, Verkauf, Kooperationen**
Dr. Hans Nadolny,
Christina Seimetz
17-80 DPtV CAMPUS

**01.10.2017, Westerland**
**Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung**
Christina Seimetz
17-81 DPtV CAMPUS

**02.10.2017, Westerland**
**Die neue Psychotherapie-Richtlinie und die neue Psychotherapie-Vereinbarung**
Dr. Hans Nadolny, Sabine Schäfer
17-82 DPtV CAMPUS

---

## 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
Klusforder 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
Mi, 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
Pfarrstr. 123
10317 Berlin
Telefon 030 55153363
praxispartner@gmx.de

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

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

**Bremen**
Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
ameliethobaben@dptv.de

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

**Hessen**
Else Döring
Sophienstraße 29
60487 Frankfurt
Telefon 069 515351

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

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

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

**Nordrhein-Westfalen**
**Nordrhein**
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
Telefon 02244 874653
a.pichler@praxispichler.de
Di–Fr 12.00–12.30 Uhr

Landesgeschäftsstelle Nordrhein
Olaf Wollenberg
Mitarbeiterin: Lucia Mueller
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**
Dr. Marianne Konrath-Jalbert
Am Stutzenwald 25
66877 Ramstein-Miesenbach
Telefon 06371 492468
marianne.konrath-jalbert@dptv-rlp.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@quivital.de

Landesgeschäftsstelle Sachsen
c/o Sven Quilitzsch
Mitarbeiter: Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
DPtV.Sachsen@gmx.de
vorstand@sachsen.dptv.de

**Sachsen-Anhalt**
Jeannette Erdmann-Lerch
Bahnhofstr. 6
29410 Salzwedel
Telefon 03901 3064050
j.erdmann-lerchpsypraxis@freenet.de

**Schleswig-Holstein**
Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

**Thüringen**
Dagmar Petereit
Radegundenstraße 9
99084 Erfurt
Telefon 0361 2626888
Mo 12.00–14.00 Uhr
Di 13.00–13.25 Uhr
Do 13.00–14.00 Uhr
info@praxis-petereit.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, Montage: schnugmedia

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

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

**Druck**
Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335

## Praxisabgabe

**1/2 KJP-Praxis in Rottweil**
– zentral in der Innenstadt – für Fachkunde TP, AP oder VT abzugeben.
KV-Zulassung vorhanden.
brigitte-schwager-decker@t-online.de

**MKK (Nähe Ffm)**
Gut eingeführte Praxis (PP, VT, Erw.) zeitnah abzugeben. Voller Versorgungsauftrag, KV-Zulassung vorhanden. Nachbesetzung sowohl für den vollen Versorgungsauftrag als auch für zwei hälftige Versorgungsaufträge möglich.
Kontakt: fields.mkk@gmail.com

Halbe Praxis zu verkaufen.
Suche Nachfolger/in für halbe Praxis in **Grünheide (Mark)**. Östlicher Stadtrand von Berlin. KV-Zulassung vorhanden. Vollausgelastete Praxis mit großer Nachfrage. iaprax@arcor.de

**Raum Fürth**
Gut etablierte VT-Praxis, ganze Praxis, voraussichtlich zum 1.4.18 abzugeben. KV-Zulassung (PP, Erw.) vorhanden.
Kontakt:
droessler.ernst@t-online.de

## Praxisgemeinschaft

**Suche Praxisraum in Düsseldorf**
Psychologischer Psychotherapeut mit KV-Sitz in Düsseldorf (VT) sucht Praxisraum in einer Praxisgemeinschaft oder alternativ eigene Praxisräume.
E-Mail: j.rama@jr-psychotherapie.de
Telefon 0211 23 94 75 54

## Praxisgesuch

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht halbe Praxis zum Kauf in **Berlin** oder **Brandenburg**, gerne auch Jobsharing. KV-Zulassung erwünscht. Approbation seit 2012. Bei Interesse können Sie sich melden unter 0178 51 49 01 2.

Suche KJP-Praxis in Hagen/Unna/Dortmund/Bochum und angrenzende Städte für sofort oder später. Halbe oder ganze KV-Zulassung erwünscht, gerne in Praxisgemeinschaft. Ich bin Verhaltenstherapeutin mit Traumaweiterbildung. Kontakt: 01512 65 81 94 7 oder praxis-rabe@web.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT Erwachsene) sucht ruhigen Praxisraum in **München-Stadt** frühestens zum 01.08.2017 und spätestens ab 01.01.2018.
K. Mayser, Telefon 0175 16 31 78 1

**Kleinanzeigenpreise 2017**

Pro Millimeter: 2,50 €

Mindesthöhe: 20 mm

**Anzeigenschluss für Heft 3.2017:**

**31.07.2017**

VT-lerin sucht (bei überdurchschnittlicher Bezahlung) halben oder ganzen Praxisanteil zum Kauf im gesamten **Berliner Raum**. Ein Jobsharing zur schrittweisen Übernahme ist ebenfalls willkommen. www.psychotherapie-althaus.de, Telefon 0179 48 28 72 2

Psychologische Psychotherapeutin (TP) mit höherem Approbationsalter, über fünf Jahre, sucht halbe Praxis in **Berlin-Pankow, Lichtenberg** oder **Marzahn**. Kassenzulassung erwünscht.
Kontakt: therapieas@yahoo.com

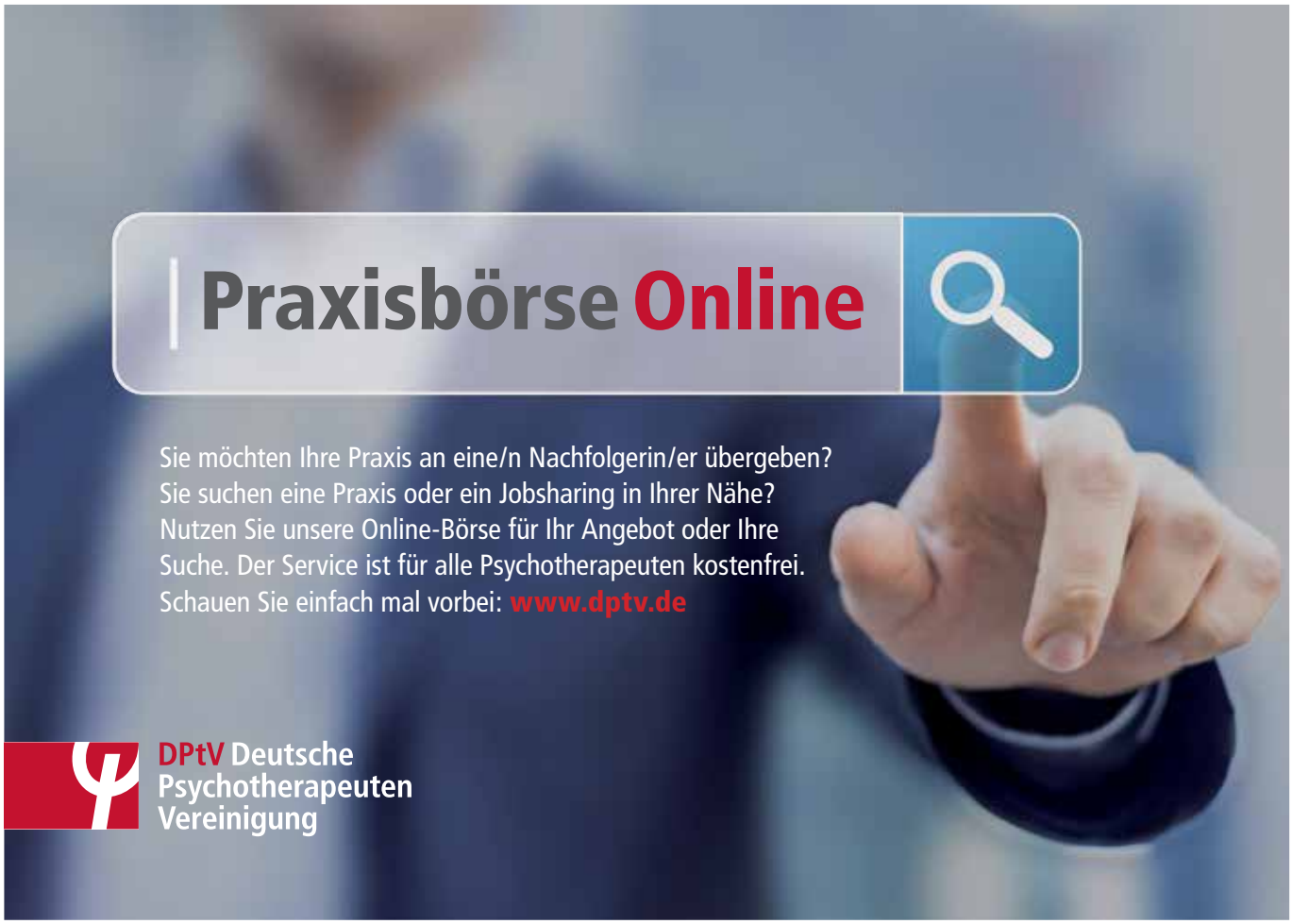
## Verschiedenes

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

**Gutachtenhilfe** alle Verfahren
Erwachsene und KiJu von der Autorin „Fallberichte aus der Psychotherapie"
hohe Qualität,
zeitnah,
langjährige Erfahrung
**www.psychdienst.de**
dunja.hergenroether@koeln.de

Schnelle und kompetente Berichtshilfe für TfP. Hilfe bei der Berichterstellung an den Gutachter innerhalb von 5 Tagen. Sehr erfahrene Berichtshilfe für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie).
0176 78 26 36 49 oder
berichtshilfe-supervision@gmx.de

**Telefonische Erreichbarkeit:**
Seit 01.04.2017 mit der neuen PT-RL verbindlich vorgeschrieben. Sie suchen noch nach einer guten Lösung? Möglichst **einfach, kompetent, kostengünstig** und mit **persönlichem Rundum-Service**? Schauen Sie sich mein Angebot an: **www.PSY-Telefon.de**
Oder rufen Sie mich an:
Telefon 06421 60 88 07 6



## Kleinanzeigenpreise 2017

Pro Millimeter: 2,50 €

Mindesthöhe: 20 mm

### Inserentenverzeichnis

Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin .....Seite 13
Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn.....Seite 27
IVS Institut für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....Seite 51
Klett Cotta Verlag, Stuttgart.....Seite 4
Klinik Wollmarshöhe GmbH, Bodnegg .....Seite 23
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....Seite 25
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg .....Seite 21
Oberberg Kliniken GmbH, Berlin .....Seite 43
Pluswert e.K., Münster .....Seite 49

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
DPtV Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, Berlin
Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
Zentrum für Akutmedizin GmbH, Bad Säckingen

**Flüchtlingsdrama Syrien**
**Jetzt spenden!**

Über 10 Mio. Menschen sind auf humanitäre Hilfe angewiesen. Zwei Drittel der Flüchtlinge sind Frauen und Kinder! Aktion Deutschland Hilft leistet Nothilfe. Gemeinsam, schnell und koordiniert. Helfen Sie den Menschen - mit Ihrer Spende!

DZI Spenden-Siegel

Spendenkonto (IBAN):
DE62 3702 0500 0000 1020 30, Stichwort: Syrien
Förderer werden unter: **www.Aktion-Deutschland-Hilft.de**

Aktion Deutschland Hilft
Bündnis deutscher Hilfsorganisationen

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

*Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages*

## Anzeigen

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

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

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

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

### Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

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

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

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

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

*Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages*

**Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 01.09.2017.**

# 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 Krankschreibungen 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**

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 „überversorgten" Gebieten machbar und für alle Beteiligten lohnenswert. Wir rufen ausdrücklich dazu auf, Praxen weiterzugeben.

Der unfangreiche 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.