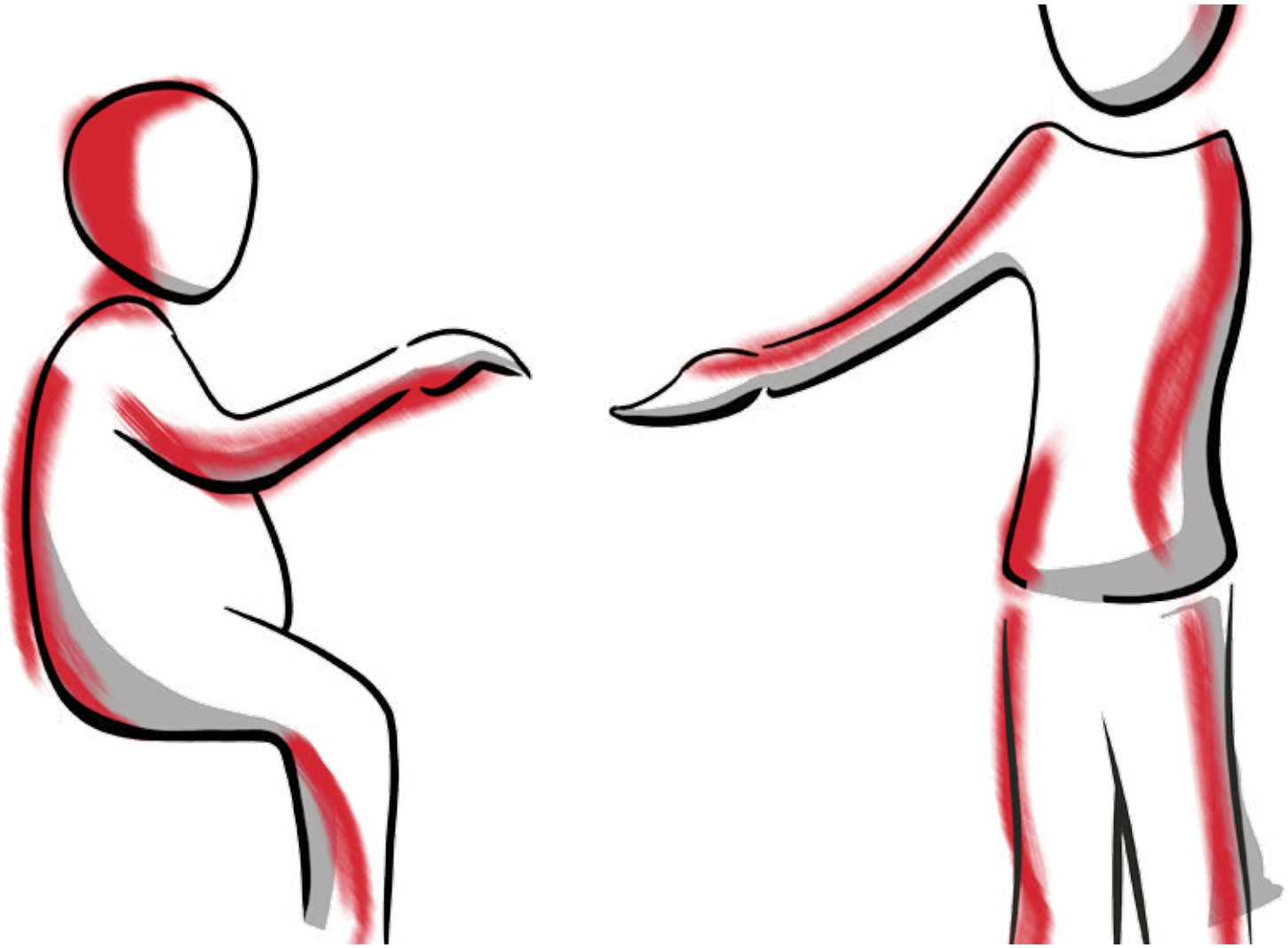
DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Psychotherapie Aktuell

10. Jahrgang | Heft 1.2018



- Sozialrechtliche Befugnisse erweitert (Teil 2)
- Smartphone-App für Jugendliche mit erhöhtem Psychoserisiko
- Neue Regelungen des Mutterschutzgesetzes

INFORMATION AUSTAUSCH FORTBILDUNG

- Berufspolitik
- Fachveranstaltungen
- Praxismanagement
- Junge Psychotherapeuten
- Videoschulungen

Jetzt anmelden!
www.dptv-campus.de

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

DPtV CAMPUS

Deutsche **PsychotherapeutenVereinigung**

Gut Ding braucht gut Weil?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

obwohl wir bereits am 24. September 2017 den neuen Bundestag gewählt haben, wurde erst am 7. Februar 2018 der Koalitionsvertrag der möglichen Regierungsparteien CDU/CDSU und SPD vorgelegt. Dürfen wir uns als Berufsstand auf die mögliche neue Regierung freuen?

Tatsächlich birgt der Koalitionsvertrag für unsere Profession und unsere Patienten einige interessante Punkte:
Wir freuen uns, dass die Novellierung der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten zügig abgeschlossen werden soll. Die kurz vor dem Koalitionsvertrag am 29. Januar 2018 veröffentlichte differenzierte Stellungnahme des Wissenschaftsrats „Perspektiven der Psychologie in Deutschland" unterstützt unsere Forderung, die Psychotherapeutenausbildung als zur Approbation führendes Studium mit anschließender fachkundlicher Weiterbildung zu gestalten.

Die neue Regierung möchte weiter die Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern und für Menschen mit Demenz verbessern. Die Forschung zu psychischen Erkrankungen soll gefördert und ausgebaut werden. Die sprechende Medizin soll insgesamt mehr finanzielle Wertschätzung erhalten. Die gleiche Wertschätzung erhoffen wir uns durch die vorgeschlagenen Maßnahmen im Bereich der Bedarfsplanung.

Wir werden einfordern, dass diese guten Ziele auch umgesetzt werden.

Es gibt viel zu tun für die kommende Bundesregierung und für unseren Berufsstand. Unser DPtV-Sommersymposium wird sich am 14. Juni 2018 unter dem Leitthema *„Leben am Limit: Armut und psychische Erkrankungen. Der Beitrag der Psychotherapie zur sozialen Teilhabe"* einem weiteren gesellschaftlich sehr drängenden Thema widmen. Gerade Menschen, die in Armut oder an der Armutsgrenze leben, sind häufig von psychischen Erkrankungen betroffen. Dies zeigen regelmäßig wissenschaftliche Erhebungen aus unterschiedlichen Sparten – beispielsweise die Ergebnisse des AOK Reports 2017.

Sie sind herzlich am 14. Juni 2018 eingeladen, wir freuen uns auf den kollegialen Austausch mit Ihnen.

Herzlichst Ihre

Sabine Schäfer

Sabine Schäfer
für den Bundesvorstand der DPtV

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.

www.bgst.de

GESUNDHEITSPOLITIK

6 **Gebhard Hentschel, Michael Ruh**
Sozialrechtliche Befugnisse erweitert. Zweiter Teil: Soziotherapie und medizinische Rehabilitation

19 **Hansgeorg Ließem**
Soziotherapie und die Krankenkassen. Rechtliche, fachliche und politische Überlegungen

FACHBEITRÄGE

26 **Nina Traber-Walker, Susanne Walitza, Maurizia Franscini**
Robin Smartphone App für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko

31 **Lysett Babocsai, Eva Vonderlin, Sabina Pauen**
Intensivtherapie für Kinder mit ADHS. Das Sommer-therapiecamp

AUS DER PRAXIS

34 **Abbas Jabbarian**
Selbstliebe. Wie lernen wir sie? Das Prinzip der Selbstliebe aus Sicht der Positiven Psychotherapie

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

40 **Markus Plantholz**
Der Antrag auf Sonderbedarfszulassung. Neues Urteil des Bundessozialgerichts

44 **Ellen Lotz**
Ein Baby kündigt sich an. Neue Regelungen des Mutter-schutzgesetzes

REZENSIONEN

48 Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Psychotherapie / Nichtorganische Schlafstörungen / Alles neu gerahmt! / Rating-Skalen für die Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie

VERANSTALTUNGEN

51 **Veranstaltungskalender**
April bis Juni 2018

VERBANDSINTERN

52 **Adressen DPtV**
Impressum

ANZEIGEN

53 **Kleinanzeigen**

Gebhard Hentschel, Michael Ruh

Sozialrechtliche **Befugnisse erweitert**

Zweiter Teil: Soziotherapie und medizinische Rehabilitation

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber 2015 die Verordnungskompetenzen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erweitert und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Richtlinien entsprechend zu überarbeiten. In dieser Ausgabe der Psychotherapie Aktuell stellen wir Ihnen zwei weitere Befugnisse vor, die Verordnung von Soziotherapie und die Verordnung von medizinischer Rehabilitation.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten am 08.06.2017 (https://goo.gl/qwUpec)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kraft getreten am 09.06.2017 (https://goo.gl/RM9voE)

Verordnung von Soziotherapie

Welche Ziele verfolgt Soziotherapie?

Soziotherapie soll schwer psychisch kranke Menschen, die gesetzlich krankenversichert sind, unterstützen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Patientinnen/Patienten sollen über Motivierung und strukturierte Trainingsmaßnahmen befähigt werden, psychosoziale Defizite abzubauen und in die Lage versetzt werden, erforderliche Leistungen anzunehmen und selbstständig in Anspruch zu nehmen.

Hierbei geht es um Patientinnen/Patienten, bei denen die Fähigkeit, den Alltag und das Lebensumfeld zu gestalten, stark eingeschränkt ist und die nicht bzw. kaum mehr in der Lage sind, ambulante Hilfen eigenständig für sich abzurufen.

Dies trifft ebenfalls zu, wenn aufgrund dessen ein Krankenhausaufenthalt droht oder schon erfolgt ist und die Einschränkungen bei der Entlassung immer noch gegeben sind. (Wiederholte) Krankenhausaufenthalte sollen so vermieden werden. Soziotherapie kann aber auch zum Ziel haben, eine notwendige Krankenhausbehandlung erst in Anspruch nehmen zu können oder im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt strukturierend zu unterstützen.

Wer verordnet Soziotherapie?

Psychologische Psychotherapeutinnen/-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten können Soziotherapie verordnen. Diese Verordnungsbefugnis haben darüber hinaus Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Darüber hinaus verordnen auch psychiatrische Institutsambulanzen und die dort tätigen oben genannten Professionen inklusive Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Soziotherapie.

Soziotherapie ist eine Behandlungsform, die sich an erwachsene Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr richtet. Insofern können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Soziotherapie verordnen.

Soziotherapie kann auch im Rahmen eines Entlassmanagements im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden. Die Krankenhausärztin/Krankenhauspsychotherapeutin/der Krankenhausarzt/Krankenhauspsychotherapeut verordnet und informiert die weiterbehandelnde Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin bzw. den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten, der die soziotherapeutische Behandlung weiter verordnen kann.

Entsprechendes gilt für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Verordnungsgenehmigung durch die regionale KV notwendig

Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten benötigen für die Verordnungskompetenz eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Der „Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Soziotherapie" ist erhältlich bei der regionalen KV. Der fachliche Status der Psychologischen Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. des Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

bzw. die oben beschriebenen Facharztbezeichnungen sind anzugeben.

Der Nachweis einer Fortbildung über Kenntnisse der Indikation für Soziotherapie, der Kontrolle von Ablauf und Erfolg sowie eventuelle fachliche Korrekturen vornehmen zu können ist nicht mehr notwendig. Vielmehr geht der Normgeber davon aus, dass diese Kenntnisse im Rahmen der Aus- und Weiterbildung erworben wurden.

Zusätzlich ist der Nachweis der überweisenden Behandler über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (z. B. komplementäre Einrichtungen) notwendig. Existiert in einer Region noch kein gemeindepsychiatrischer Verbund, sind im Antrag insbesondere gemeindepsychiatrische Träger und Hilfeanbieter zu benennen. Informationen über diese Anbieter in einer Region sind erhältlich bei den Sozialpsychiatrischen Diensten oder auch über den Hilfeatlas des Dachverbands Gemeindepsychiatrie (http://dvgp.mapcms.de).

Überweisung zur Verordnung von Soziotherapie

Vertragsärztinnen/-ärzte ohne Verordnungsbefugnis können Patientinnen/Patienten zu einer der oben beschriebenen qualifizierten Berufsgruppen bzw. Einrichtungen mit Verordnungsbefugnis für Soziotherapie überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass eine entsprechende Indikation vorliegt.

Kommt die überweisende Ärztin/der überweisende Arzt zu der Auffassung, dass die Patientin/der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbstständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer Leistungserbringer per Verordnung hinzugezogen werden. Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck („Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Soziotherapie gemäß § 37a SGB V“).

Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patientin/des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal fünf Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.

Wer erbringt soziotherapeutische Leistungen?

In der Regel sind dies private oder gemeinnützige Träger, die weitere Hilfen für psychisch kranke Menschen anbieten, z. B. „Ambulante psychiatrische Pflege“ oder „Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen“, und die sich auf die Erbringung von soziotherapeutischen Leistungen spezialisiert haben.

Informationen über Soziotherapeutinnen/Soziotherapeuten in der Region sind erhältlich über die zuständige Krankenkasse, die Gesundheitsämter und Sozialpsychiatrischen Dienste, die Paritätischen Wohlfahrtsverbände, die Landespsychotherapeutenkammern oder bei Dachverbänden von Leistungserbringern, z.B. dem Dachverband Gemeindepsychiatrie (DVGP) – https://www.dvgp.org/, dem Bündnis für ambulante psychiatrische Pflege (BAPP) – http://www.bapp.info/ oder dem Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. – http://wp.soziotherapie.eu/.

Fachliche Qualifikation von Soziotherapeutinnen/Soziotherapeuten

Soziotherapeutinnen/Soziotherapeuten sind in der Regel von den Krankenkassen zugelassene Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen oder Fachkrankenpflegerinnen/Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, wenn sie darüber hinaus bestimmte Voraussetzungen, wie z.B. eine ausreichende Berufserfahrung in der stationären oder ambulanten psychiatrischen Versorgung erfüllen und nachweisen können.

Bei welchen Indikationen kann Soziotherapie verordnet werden?

Soziotherapie richtet sich an Patientinnen und Patienten, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. Dies trifft zu, wenn zumindest eine der folgenden Beeinträchtigungen gegeben ist:

- Bei der Patientin/dem Patienten liegt eine Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges vor.
- Bei der Patientin/dem Patienten liegt eine Störung im Verhalten mit einer Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit vor.
- Bei der Patientin/dem Patienten bestehen Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.
- Bei der Patientin/dem Patienten besteht krankheitsbedingt ein unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

Die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut stellt die Schwere der Beein-

trächtigung fest und dokumentiert diese in der Verordnung. Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung soll die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) verwendet werden.

Die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale)

Die GAF-Skala ist eine Bewertungsskala und dient der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus einer Patientin/eines Patienten. Körperliche Erkrankungen und Umgebungsbedingungen sollen hierbei explizit nicht berücksichtigt werden. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.

Die Abstufung des Funktionsniveaus erfolgt zwischen 1 und 100 %:
100 % entspricht hervorragende Leistungsfähigkeit, 1 bis 10 % ständige Gefahr, sich selbst oder andere schwer zu verletzen. Innerhalb der hier dargestellten 10er-Schritte können weitere Abstufungen vorgenommen werden. Die ausführliche Skala und weitere Infos finden Sie unter www.kbv.de/html/soziotherapie.php (siehe auch Tabelle 1).

Wertebereich in %	Beschreibung
100 – 91	Optimale Funktion in allen Lebensbereichen
90 – 81	Gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten
80 – 71	Höchstens leichte Beeinträchtigungen
70 – 61	Einige leichte Schwierigkeiten
60 – 51	Mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten
50 – 41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40 – 31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30 – 21	Leistungsunfähigkeit in allen Bereichen
20 – 11	Selbst- und Fremdgefährdung
10 – 1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

Tabelle 1

Diagnosen der Soziotherapie

Soziotherapie kann in der Regelversorgung bei Patientinnen/Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen folgender Diagnosen zur Anwendung kommen:

§ 2 (4)
Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL)

(4) Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nummern: F 20.0 – 20.6 [Schizophrenie], 21 [schizotype Störung], 22 [anhaltende wahnhafte Störung], 24 [induzierte wahnhafte Störung] und 25 [schizoaffektive Störung]) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nummern: F 31.5 [gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung], 32.3 [schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen] und 33.3 [gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung]). Bei Verordnungen von Probesitzungen zur Abklärung der Therapiefähigkeit und Erstellung des soziothereutischen Betreuungsplans (§ 5 Abs. 2) genügt auch der Verdacht auf eine schwere psychische Erkrankung.

Für die Verordnung von Soziotherapie soll in der Regel das Funktionsniveau bei psychotischen Erkrankungen nicht über 50 (GAF-Skala) liegen, bei sonstigen schweren psychischen Erkrankungen nicht höher als 40 (GAF-Skala).

Soziotherapie in begründeten Einzelfällen

In begründeten Einzelfällen geht der Versorgungsanspruch über die oben genannten Indikationen der Regelversorgung hinaus: Soziotherapie kann dann auch bei schwer psychisch kranken Menschen aus dem gesamten Spektrum der F-Diagnosen (F 00 – 99) verordnet werden, wenn zugleich die Einschränkung ihrer Fähigkeiten (GAF-Skala) noch ausgeprägter ist. Relevant können dabei zusätzliche Co-Morbiditäten wie z. B. Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung, erhebliche Mobilitätseinschränkung oder chronische Schmerzerkrankung sein. Ebenfalls kann hier die eingeschränkte Fähigkeit, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, relevant sein wie auch eine stark eingeschränkte Wegefähigkeit, z. B. bei einer Angsterkrankung. Der GAF-Wert liegt bei kleiner/gleich 40.

Gleichzeitig soll die Patientin/der Patient über das notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.

Der soziotherapeutische Behandlungsplan

Die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut unterstützt die Patientin/den Patienten bei der Auswahl des geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringers. Er nimmt Kontakt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.

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

Soziotherapie beginnt mit der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans. Hierbei wirken der Verordner, der soziotherapeutische Leistungserbringer und die/der Versicherte zusammen. Im soziotherapeutischen Betreuungsplan müssen enthalten sein

- Anamnese,
- Diagnose,
- aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen der Patientin/des Patienten und Schweregrad gemäß GAF,
- plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nah-Ziel und Fern-Ziel),
- die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen,
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen,
- Prognose.

Soziotherapeutische Dokumentation

Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patientin/den Patienten und deren/dessen Entwicklung; er berichtet der Verordnerin/dem Verordner über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend). Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
- dem Behandlungsverlauf und
- den bereits erreichten bzw. den noch verbleibenden Therapie-(teil)zielen.

Ziele und Maßnahmen im Detail

Die konkrete Hilfe findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientin/des Patienten statt. Die Unterstützung der Patientin/des Patienten findet sowohl in Form von Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe statt. Die Förderung der Selbstständigkeit hat die Unabhängigkeit der Patientin/des Patienten von der soziotherapeutischen Betreuung zum Ziel. Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung und verordneter Leistungen für die Patientin/den Patienten gemäß dem erstellten soziotherapeutischen Betreuungsplan. Folgende Leistungen können von der Soziotherapeutin/dem Soziotherapeuten erbracht werden:

Motivations(antriebs)-relevantes Training
Mit der Patientin/dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld der Patientin/des Patienten statt.

Training zur handlungsrelevanten Willensbildung
Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei wird eine Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten gegeben und eine selbstständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung eingeübt.

Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung
Diese beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung. Die Compliance der Patientin/des Patienten wird gefördert und gesunde Persönlichkeitsanteile gestärkt.

Hilfe in Krisensituationen
Bei auftretenden Krisen kann die Soziotherapeutin/der Soziotherapeut entsprechende Hilfe, gegebenenfalls auch aufsuchend anbieten. So kann eine erhebliche Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin/des Patienten verhindert werden.

Leistungsumfang und Genehmigungsschritte

Zur Abklärung der Therapiefähigkeit und zur Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans können zunächst bis zu fünf Probestunden verordnet werden. Diese Stunden werden auf das Gesamtkontingent angerechnet. Die Verordnung von Probestunden kann maximal zweimal pro Jahr für eine Versicherte/einen Versicherten erfolgen.

Die Verordnung der Soziotherapie erfolgt in Schritten von maximal 30 Therapieeinheiten. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen Erfordernissen der Patientin/des Patienten. Es können bis zu 120 Stunden innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren verordnet werden. Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, kommt nach Ablauf von drei Jahren erneut die Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.

Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Diese kann in kleinere Zeiteinheiten aufgeteilt werden. Die Zeiteinheiten und der Zeitaufwand sind in der soziotherapeutischen Dokumentation zu vermerken.

Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. In besonderen Fällen kann Soziotherapie in Absprache mit der verordnenden Vertragstherapeutin/dem verordnenden Vertragstherapeuten und der Soziotherapeutin/dem Soziotherapeuten auch in einem gruppentherapeutischen Setting erbracht werden. Die Gruppengröße kann je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Patientinnen/Patienten umfassen. Die gruppentherapeutische Sitzung umfasst 90 Minuten. Dabei darf das maximale Gesamtkontingent von 120 Zeitstunden für Soziotherapie nicht überschritten werden.

Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer

Die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut hat die Aufgabe, sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass die Patientin/der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abzubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. Dieses muss der Krankenkasse unverzüglich mitgeteilt werden. Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse eng zusammen und koordiniert die dafür erforderliche Zusammenarbeit.

Soziotherapeutischer Leistungserbringer, Psychotherapeutin/Psychotherapeut und Patientin/Patient stimmen sich in regelmäßigen Zeitabständen – mindestens jeden zweiten Monat – ab, obligat vor und nach den fünf Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen (§ 8 Abs. 1 und 2).

Genehmigung durch die Krankenkasse

Die Verordnung von Soziotherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dazu ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck erforderlich. Die fünf probatorischen Sitzungen bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Verordnung wird der Krankenkasse mit dem Betreuungsplan für die anschließende Soziotherapie vorgelegt.

Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragen. Falls erforderlich,ergänzt die Soziotherapeutin/der Soziotherapeut die Angaben zum Betreuungsplan gegenüber dem MDK. Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Verordnung Soziotherapie
gemäß § 37a SGB V
26
F20.0
40
2016
Probleme in der Strukturierung des Alltags und der Bewältigung der Alltagsangelegenheiten
Antriebsstörung
Mangel an Verläßlichkeit bei der eigenständigen Wahrnehmung von Terminen
Eigene Wohnung, alleinstehend
120
30
3 Jahre
5
Durch soziotherapeutische Begleitung ist mittelfristig nachhaltige
Behandlungscompliance und Alltagsverselbständigung erreichbar
Durch aufsuchende haltgewährende und klärende
soziotherapeutische Begleitung

Abbildung 1. Muster 26
Verordnung der soziotherapeutischen Probestunden und Verordnung Soziotherapie

Kosten für die Versicherten

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, mindestens 5,00 €, höchstens aber 10,00 € je Kalendertag. Es gelten die üblichen Regelungen zur Obergrenze der jährlichen Zuzahlung und der Befreiung von der Zuzahlung.

Vergütung der Verordnung von Soziotherapie

Die Verordnung von Soziotherapie wird seit April 2016 extrabudgetär und zu einem festen Preis vergütet (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM], Gebührenordnungsposi-

tionen [GOP] 30810 und 30811). Diese Regelung gilt zunächst für zwei Jahre.

Erstverordnung GOP 30810
Für die Verordnung der fünf Probestunden beziehungsweise die Erstverordnung von bis zu 30 Einheiten Soziotherapie wird die GOP 30810 abgerechnet. Sie ist mit 168 Punkten (ab 01.01.2018 17,90 €) bewertet.

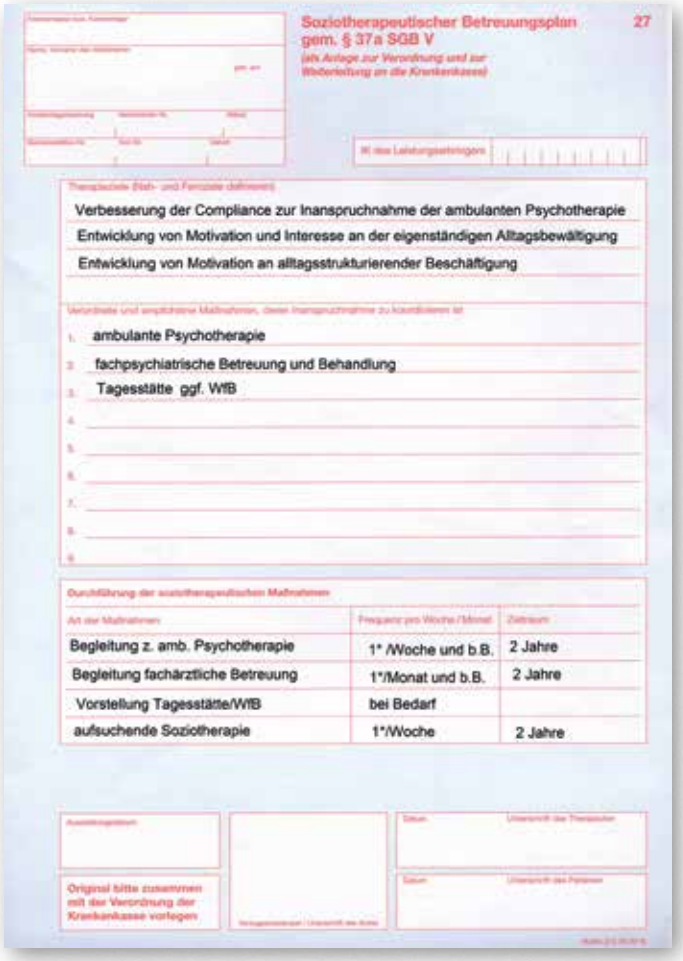
Folgeverordnung GOP 30811
Für alle weiteren Verordnungen von Soziotherapie von bis zu 30 Einheiten ist die GOP 30811 berechnungsfähig. Sie ist ebenfalls mit 168 Punkten (ab 01.01.2018 17,90 €) bewertet.

Wirtschaftlichkeitsgebot
Die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut hat grundsätzlich das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten, das heißt, die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.Im Einzelfall, wenn die Kasse begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der/des verordnenden Psychotherapeutin/Psychotherapeuten hat, kann von der Krankenkasse ein Prüfantrag gestellt werden.

Vorgehensweise bei der Verordnung von Soziotherapie

Vorbemerkung
In vielen Regionen gibt es aufgrund der restriktiven Zulassungsbedingungen der Krankenkassen und der niedrigen Vergütung soziotherapeutischer Leistungen keine Soziotherapeuten. Natürlich ist nur dann, wenn soziotherapeutische Leistungserbringer vor Ort zu Verfügung stehen, die Verordnung von Soziotherapie sinnvoll. Wie es in Ihrem Umfeld aussieht, können Sie bei den Krankenkassen Ihrer Region oder beim Berufsverband der Soziotherapeuten (http://wp.soziotherapie.eu/) erfragen.

Erste Voraussetzung für die Verordnung ist die Genehmigung dieser Befugnis durch die regionale Kassenärztliche Vereinigung. Ein Antragsformular für die Genehmigung kann über die KV (zumeist auf der Homepage zur Verfügung gestellt) bezogen werden. Nach Erteilung der Genehmigung durch die KV kann die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut bei den betreffenden Patienten Soziotherapie


Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V 27
(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

Verbesserung der Compliance zur Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie
Entwicklung von Motivation und Interesse an der eigenständigen Alltagsbewältigung
Entwicklung von Motivation an alltagsstrukturierender Beschäftigung

1. ambulante Psychotherapie
2. fachpsychiatrische Betreuung und Behandlung
3. Tagesstätte ggf. WfB

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum
Begleitung z. amb. Psychotherapie	1* /Woche und b.B.	2 Jahre
Begleitung fachärztliche Betreuung	1*/Monat und b.B.	2 Jahre
Vorstellung Tagesstätte/WfB	bei Bedarf	
aufsuchende Soziotherapie	1*/Woche	2 Jahre

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Abbildung 2. Muster 27
Soziotherapeutischer Betreuungsplan

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V 26

Diagnose F20.0
Schweregrad 40

Probleme in der Strukturierung des Alltags und der Bewältigung der Alltagsangelegenheiten
Antriebsstörung
Mangel an Verläßlichkeit bei der eigenständigen Wahrnehmung von Terminen

Alleinstehend

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten 5
Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten 5

Probatorische Stunden zur Klärung der Kooperations- und Therapiefähigkeit und zur Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Abbildung 3. Muster 26
Verordnung der weiteren Therapieeinheiten

verordnen. Zunächst ist es sinnvoll, fünf („probatorische") Stunden zu verordnen, in denen die Soziotherapeutin/der Soziotherapeut die Möglichkeit hat, die Kooperation mit dem Patienten/der Patientin zu erproben, die (Sozio-)Therapiefähigkeit festzustellen und den soziotherapeutischen Betreuungsplan zu erstellen. Diese fünf Stunden werden mit dem Muster 26 (siehe Abbildung 1, Seite 11) verordnet und müssen nicht vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

Stellt sich im Rahmen dieser fünf Sitzungen heraus, dass die Indikation für eine längerfristige soziotherapeutische Behandlung gegeben ist, kann die Soziotherapie verordnet werden und gemeinsam mit dem Patienten der soziotherapeutische Betreuungsplan erstellt werden. Hierzu verwenden Sie ebenfalls das Muster 26 (Abbildung 1, Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V) und das Muster 27 (Abbildung 2, Soziotherapeutischer Betreuungsplan gemäß § 37a SGB V).

Fallbeispiel zur Verordnung von Soziotherapie

Durch den sozialpsychiatrischen Dienst begleitet wird in der psychotherapeutischen Praxis ein 35-jähriger Patient mit der Diagnose Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie vorgestellt. Es stellt sich im Verlauf der durchgeführten Psychotherapeutischen Sprechstunde heraus, dass zwar durchaus eine Indikation zur ambulanten Psychotherapie gegeben ist, jedoch aufgrund der ausgeprägten Probleme des Patienten in seiner Alltagsbewältigung und der verlässlichen Wahrnehmung von Terminen ambulante Psychotherapie alleine nicht ausreichend und auch nicht möglich ist. Dem Patienten wird daher zusätzlich die Inanspruchnahme von Soziotherapie vorgeschlagen und zur Sicherung dieser Indikation werden zunächst fünf Stunden verordnet.

Da sich in den Probestunden die Indikation zur Soziotherapie bestätigt, entwirft der Soziotherapeut den soziotherapeutischen Betreuungsplan und bespricht diesen gemeinsam mit dem Patienten und dem Psychotherapeuten.

Vom Psychotherapeuten werden zunächst weitere 25 Stunden soziotherapeutische Leistungen verordnet.

Eingereicht werden bei der Krankenkasse Formular 26 (Abbildung 1, Verordnung der Probestunden), Formular 26 (Abbildung 3, Verordnung der weiteren soziotherapeutischen Therapieeinheiten) und Formular 27 (Abbildung 2, Soziotherapeutischer Betreuungsplan).

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

In der medizinischen Rehabilitation geht es darum, die Patientin/den Patienten wieder in die Lage zu versetzen, die Herausforderungen des Alltags eigenständig zu bewältigen. Dabei werden wichtige Kontextfaktoren wie die Familie, das Wohnumfeld der Patientin/des Patienten oder individuelle Bewältigungsstrategien berücksichtigt.

In der jetzt um die Fachgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweiterten Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geht es dabei ausschließlich um die Rehabilitationsmaßnahme, für die die Krankenkassen Kostenträger ist.

Darüber hinaus werden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durch den Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherung oder sonstige Kostenträger wie zum Beispiel Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Bundesagentur für Arbeit finanziert. Diese sind von der am 09.06.2017 in Kraft getretenen Verordnungskompetenz durch Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht tangiert und nicht Inhalt dieser Richtlinie.

Zuständigkeit der Krankenversicherung

Zuständig für die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation sind die Krankenkassen, insbesondere bei Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter. Altersrentner sollen unterstützt werden, so lange wie möglich in gewohnter Umgebung zu leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Darüber hinaus finanzieren die Krankenkassen Mütter/Väter-Kind Maßnahmen. Grundsätzlich besteht eine gleichrangige Zuständigkeit der Kranken- und Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche.

Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Lernen und Verstehen

Udo Boessmann, Arno Remmers
Praktischer Leitfaden der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinientherapie
Wissenschaftliche Grundlagen, Psychodynamische Grundbegriffe, Diagnostik und Therapietechniken
2., überarbeitete Auflage 2018, ca. 440 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-40-6, ca. 32,00 EUR

Miki Kandale, Kai Rugenstein
Das Repetitorium
für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
3., überarbeitete Auflage 2017, 420 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-30-7, 44,00 EUR

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

180302

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

PSYCHOLOGENVERLAG.DE

Unterschied zur Rentenversicherung

Die Rentenversicherung ist insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter der zuständige Rehabilitationsträger. Das Antrags- und Verordnungsverfahren unterscheidet sich dabei von dem der gesetzlichen Krankenversicherung und ist nicht Thema der neuen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Sofern die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragspsychotherapeutin/den Vertragspsychotherapeuten nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, ist dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A (Abbildung 1, Seite 17) der Krankenkasse mitzuteilen, um eine Klärung herbeizuführen. Die Krankenkasse informiert die Vertragspsychotherapeutin/den Vertragspsychotherapeuten durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A. Nach Eingang des vollständigen Verordnungsformulars Muster 61 Teile B (Abbildung 2, Seite 17), C und D (Abbildungen 3 und 4, Seite 18) prüft die Krankenkasse abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

Wer darf verordnen?

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können eine medizinische Rehabilitation verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie vorliegt

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie oder
- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung.

Über diese Indikationsbereiche hinaus kann eine/ein PP/KJP auch dann verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen" der ICD-10-GM Version 2017 vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt erfolgt.

Spezielle Kenntnisse der ICF erforderlich

Für die Verordnung sind spezielle Kenntnisse in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erforderlich. Die ICF stellt das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Mit ihrer Hilfe lassen sich die Krankheitsauswirkungen (z. B. Immobilität, eingeschränkte Selbstversorgung, soziale Abschottung) beschreiben. Zugleich können Wechselwirkungen beschrieben werden. Umwelt- und personenbezogene Faktoren können die Funktionsfähigkeit und damit die Teilhabe eines Menschen negativ (z. B. Geh-, Hör- oder Sehbehinderung, Tabakkonsum) sowie positiv (z. B. barrierefreie Wohnung, unterstützendes soziales und familiäres Umfeld oder erfolgreiche Krankheitsbewältigungsstrategien) beeinflussen.

Die Inhalte der ICF sind weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung bzw. Weiterbildungsordnungen und entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Gegenstand der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zudem kann das Wissen bei Fortbildungsveranstaltungen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft werden. Die KBV bietet eine zertifizierte Online-Fortbildung an, um die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näherzubringen. Das Angebot ist im Online-Fortbildungsportal im Sicheren Netz der KBV abrufbar (KV SafeNet, Login erforderlich).

Beratung vor Verordnung

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet. Dabei handelt es sich um eine durch die Krankenkasse genehmigungspflichtige Leistung.

§ 5 der Richtlinie sieht vor, dass der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Beratung der Patientin/des Patienten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation vorausgeht. Dabei wirken Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenkasse und Versicherte zusammen. Es soll auf das Wunsch- und Wahlrecht der Patientin/des Patienten hingewiesen werden und die besonderen Erfordernisse von Menschen mit Behinderungen Berücksichtigung finden.

Die **Vertragspsychotherapeutin/** der **Vertragspsychotherapeut** berät insbesondere,

- warum ihrer/seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen und
- über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Bei der Beratung sind personensorgeberechtigte Personen einzubeziehen und es soll auf die Mög-

lichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hingewiesen werden.

Die **Krankenkasse** berät insbesondere über

- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote,
- den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger und
- die Notwendigkeit der Antragstellung.

Verordnung der medizinischen Rehabilitation

In Abhängigkeit des Beratungsergebnisses kann die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut die entsprechende Leistung auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teile B bis D verordnen. Dabei ist die Indikation anhand bestimmter Kriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden in der Richtlinie insbesondere darauf hingewiesen, dass auch vertragsärztliche Angaben in die Antragstellung einzubeziehen sind. Dabei sind ärztliche Befunde zu berücksichtigen, die darauf hinweisen, dass Leistungen der kurativen Versorgung nicht allein ausreichend sind. Es sind Angaben zu weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen zu berücksichtigen, gegebenenfalls medizinisch festgestellte Risikofaktoren sowie Hinweise zu bisherigen ärztlichen Interventionen und anderen ärztlich veranlassten Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie heranzuziehen. Die auf Fremdbefunden beruhenden Angaben werden im Verordnungsformular Muster 61 entsprechend transparent gekennzeichnet.

Voraussetzungen der Verordnung

Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut klärt vor Verordnung einer medizinischen Rehabilitation insbesondere

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körper-

GEMEINSAM ERREICHEN WIR MEHR. DENN
ZUM WOHL UND ZUR LANGFRISTIGEN STABILISIERUNG
UNSERER PATIENTINNEN UND
PATIENTEN ARBEITEN WIR MIT IHNEN HAND IN HAND.

Erfahren Sie mehr über unsere private Akutklinik, unser differenziertes Vorgehen, das umfassende Behandlungskonzept und unser multiprofessionelles Team.

Wir freuen uns über Ihren Besuch, eine E-Mail oder Ihren Anruf:

TELEFON: +49 6129 4883-491
www.parkklinik-schlangenbad.de/partner
partner@parkklinik-schlangenbad.de

PARKKLINIK
Wiesbaden | Schlangenbad

Private Akutklinik für psychische und psychosomatische Gesundheit

lichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist."

„Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,
- welche umwelt- und personenbezogenen Faktoren, einschließlich mütter- und väterspezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V (Mutter/Vater-Kind-Maßnahme) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen." (§ 8 der Richtlinie)

2. Rehabilitationsfähigkeit

Einzuschätzen ist darüber hinaus die Rehabilitationsfähigkeit der Patientin/des Patienten. Dazu muss die somatische und psychische Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen. (§ 9 der Richtlinie)

3. Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele

„Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation …".

Auf „Basis der bestehenden Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren" wird die „Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels oder festgelegter Rehabilitationsziele durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation" im „notwendigen Zeitraum" eingeschätzt.

Im Muster 61 sind „insbesondere die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu benennen. Weichen die Ziele der Patientin/des Patienten oder Angehöriger von denen" der verordnenden Vertragstherapeutin/des verordnenden Vertragstherapeuten ab, sind diese getrennt darzustellen. (§ 10 der Richtlinie)

Leistungsentscheidung der Krankenkasse

Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Patientin/des Patienten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Patientin/der Patient sowie die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut erhalten eine Mitteilung über die Entscheidung und gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung.

Zusammenarbeit Rehabilitationseinrichtung, Vertragspsychotherapeutin/ Vertragspsychotherapeut und Krankenkassen

Die ambulante bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung stellt zu Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten einen Rehabilitationsplan auf. Bei ambulanter Rehabilitation erhält die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut diesen auf Anfrage.

Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhält die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut einen aussagefähigen Entlassungsbericht mit den rehabilitationsrelevanten Diagnosen, den individuell vereinbarten Rehabilitationszielen, dem Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und dem erreichten Rehabilitationserfolg bezogen auf die individuellen Rehabilitationsziele.

Dazu enthält der Abschlussbericht Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen, über bereits eingelei-

Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster.
Stellvertretender Bundesvorsitzender der DPtV, Mitglied der KBV-Vertreterversammlung, alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV.

Michael Ruh

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Frankenberg/Eder. Stellv. Bundesvorsitzender der DPtV und Mitglied im Landesvorstand Hessen der DPtV. Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der KV Hessen.

tete Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung. Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der/dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.

Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges wirken Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut und Krankenkasse gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

Zuzahlung durch die Patientin/den Patienten

Für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zahlen Erwachsene 10,00 € pro Kalendertag an die Einrichtung. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind zuzahlungsbefreit. Generell gilt: Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten. Das sind 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen; bei chronisch Kranken 1 %.

Was kann abgerechnet werden?

Das Ausstellen der Verordnung auf dem Formular 61 Teil B bis D ist mit der Gebührenordnungsposition 01611 EBM berechnungsfähig: 302 Pkt. Die Leistung wird mit 32,18 € vergütet.

Fallbeispiele

1. Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

55-jähriger Patient befindet sich seit einem Jahr in ambulanter Psychotherapie. Aufgrund einer vorangegangenen schweren depressiven Episode mit Auslösern am damaligen Arbeitsplatz liegt eine von der Rentenversicherung festgestellte volle Erwerbsunfähigkeit vor. Der

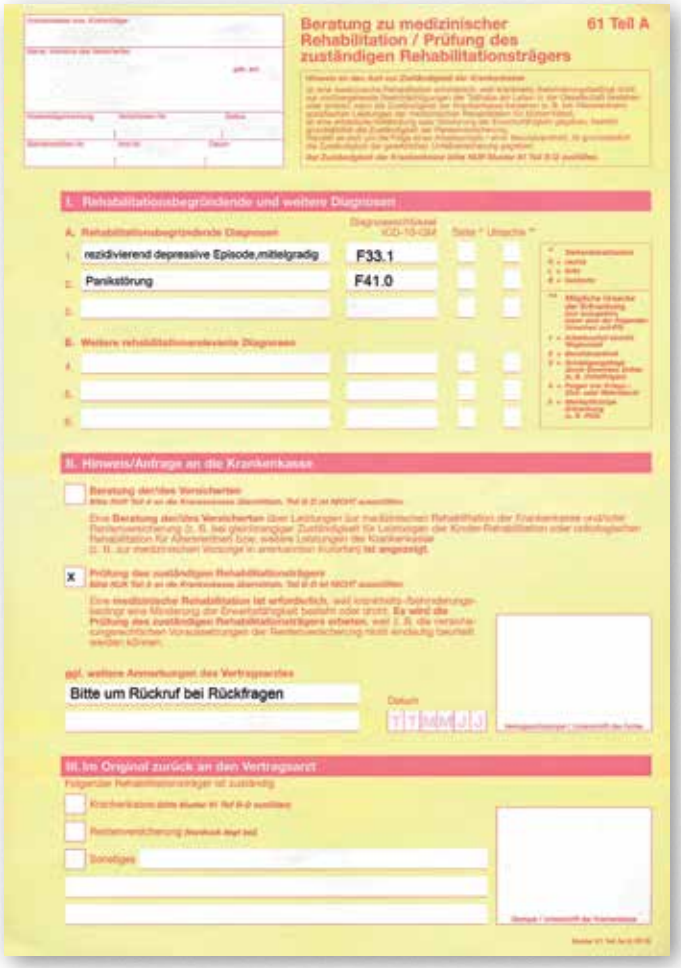

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
61 Teil A
I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen
1. rezidivierend depressive Episode,mitelgradig F33.1
2. Panikstörung F41.0
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen
II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse
Beratung des/des Versicherten
Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes
Bitte um Rückruf bei Rückfragen
Datum
III. Im Original zurück an den Vertragsarzt
Krankenkasse
Rentenversicherung
Sonstiges

Abbildung 1. Muster 61 Teil A

Verordnung von medizinischer Rehabilitation
61 Teil B
Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend
Es handelt sich wieder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit
Sie gleichzeitige Zuständigkeit
Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV
I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen
1. rezidivierende depressvie Episode, schwer F33.2
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen
II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung
A. Kurze Angaben zur Anamnese
Erneute depressive Episode nach Einsaufreiten vor zwei Jahren, akutell ausgelöst durch den Tod der Ehefrau und der vorausgegangenen Betreuung dieser während deren Krebserkrankung.
B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde
Ausgeprägte Antriebsstörung und deutlicher sozialer Rückzug
C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie
Ambulante Verhaltenstherapie seit 2 Jahren, hausärztlicherseits verordnet als Antidepressivum (Amitriptylin)
D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten
Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend
E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel
nein
ja, welche?
F. Andere Maßnahmen
Ausfertigung für die Krankenkasse

Abbildung 2. Muster 61 Teil B

Patient bezieht daher seit eineinhalb Jahren eine auf zunächst zwei Jahre befristete Erwerbsunfähigkeitsrente. Nach zunächst positiver Entwicklung des Therapieverlaufs hat die Vorstellung und Erwartung des Patienten, demnächst wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren, bei diesem rezidivierende Panikattacken und eine erneute depressive Phase ausgelöst, die in der ambulanten Psychotherapie nicht mehr bearbeitet werden können. Eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist daher notwendig. Aufgrund der aktuellen sozialrechtlichen Situation wird die Krankenkasse beauftragt, den Kostenträger für diese Maßnahme festzulegen (siehe hierzu Abbildung 1).

2. Verordnung medizinischer Rehabilitation beim Bezug von Altersrente

68-jähriger Mann, Altersrentner, ist seit zwei Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Anlass war die damalige Krebserkrankung seiner Ehefrau, in deren Verlauf er selbst eine depressive Episode entwickelt hatte. Der Patient konnte sich durch die ambulante Psychotherapie stabilisieren. Seit dem Tod der Ehefrau vor drei Monaten leidet er wieder verstärkt unter depressiver Symptomatik und reagiert mit sozialem Rückzug und Einschränkung des Antriebs und der Aktivität. Er verlässt nur noch selten das Haus und hat seine sozialen Kontakte erheblich eingeschränkt. Die Alltagsbewältigung gelingt ihm gerade so. Zu Hause erinnert ihn alles an seine verstorbene Ehefrau. In den psychotherapeutischen Sitzungen stellt sich heraus, dass die ambulante Psychotherapie in der aktuellen Situation nicht mehr ausreichend ist. Daher wird eine psychosomatisch-psychotherapeutische stationäre Rehabilitationsmaßnahme verordnet (siehe hierzu Abbildungen 2, 3, 4). Das aktuelle Umfeld des Patienten ist zu pathogen, als dass weitere ambulante Maßnahmen ausreichen würden.

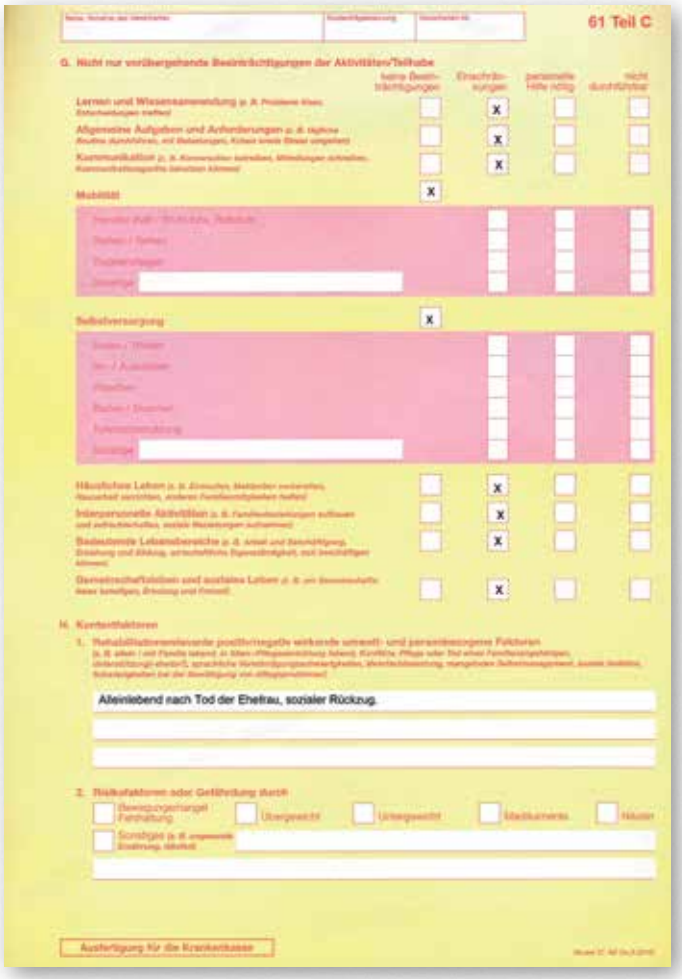


Abbildung 3. Muster 61 Teil C

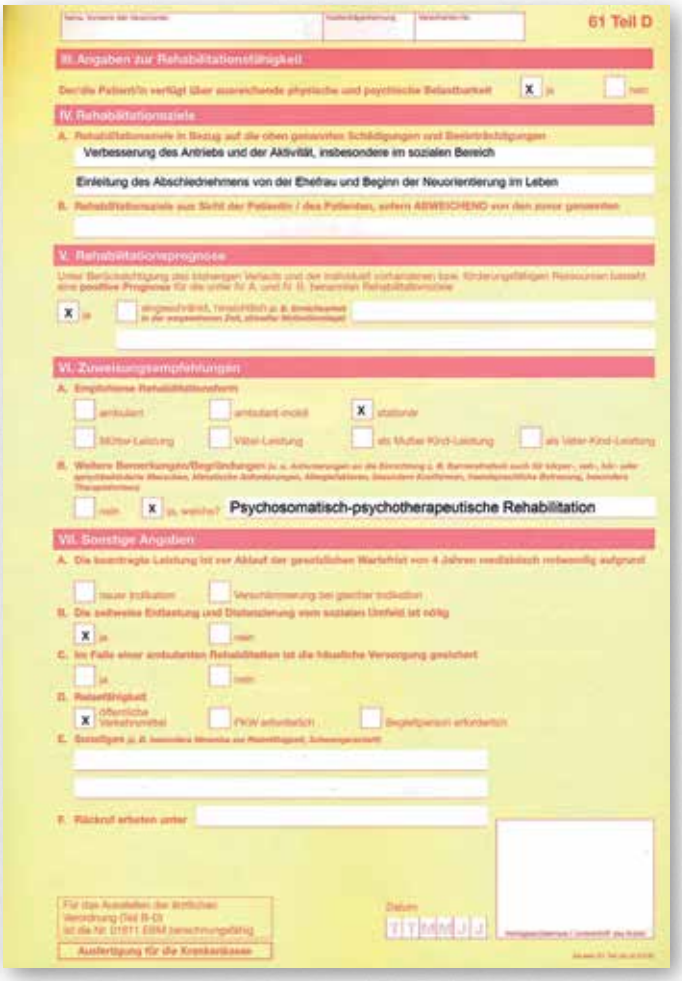
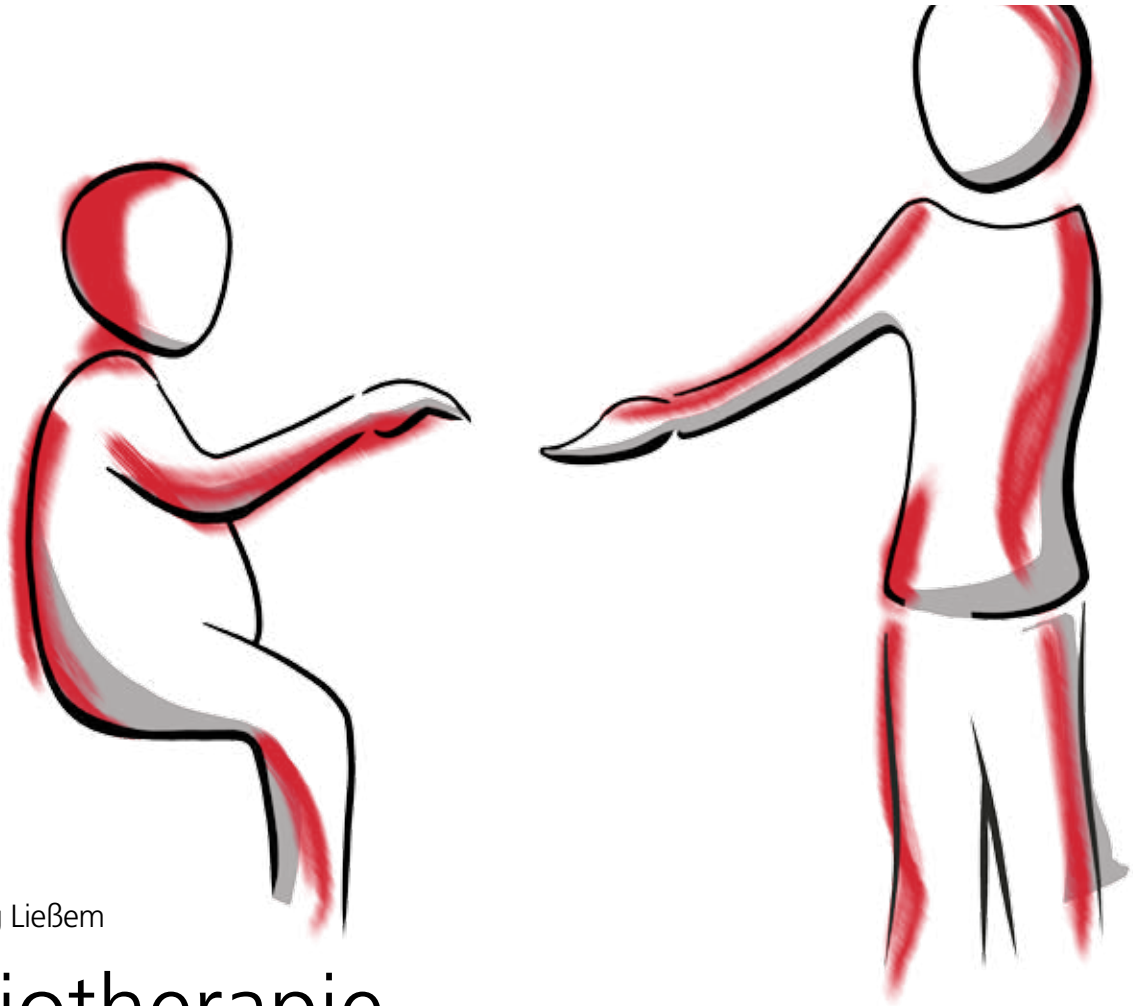


Abbildung 4. Muster 61 Teil D



Hansgeorg Ließem

Soziotherapie und die **Krankenkassen**

Rechtliche, fachliche und politische Überlegungen

Vorgeschichte

Der Gesetzgeber macht seit dem Jahre 2000 immer wieder Anläufe, für die psychisch erkrankten Menschen in Deutschland ein umfassendes ambulantes Angebot zu entwickeln, findet hierfür aber bei den Krankenkassen keine Gegenliebe. Dabei waren es gerade die Krankenkassen, welche die Soziotherapie von 1995 bis 1997 praktisch erprobt haben mit dem Ergebnis, dass „durch ambulante Soziotherapie ganz erhebliche Einsparungen an stationären Behandlungskosten erreicht werden können. Es zeigt sich, dass mit einer Mark, die für ambulante Soziotherapie eingesetzt wird, rechnerisch rund sechs Mark an stationären Behandlungskosten eingespart werden." (Heiner Melchinger: Ambulante Soziotherapie – Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker" der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft 1999, Seite 7)

Es wäre daher ein großes Missverständnis, wenn man den Krankenkassen unterstellen würde, sie hätten den Nutzen der Soziotherapie nicht erkannt. Sie sind auch überzeugt davon, dass die aufsuchende Begleitung in vielen Fällen eine Krankenhausaufnahme und damit ganz erhebliche Kosten vermeidet. Nicht umsonst setzen bestimmte Krankenkassen in ihren psychiatrischen Projekten der Integrierten Versorgung (gemäß § 140 a-d SGB V) ganz selbstverständlich Soziotherapie ein, so die Techniker Krankenkasse in ihrem „Netzwerk seelische Gesundheit" (ein Überblick über diese Projekte findet sich bei C. Thielscher, S. Weitzig, J. Dubbel: Integrierte Versorgung in der Psychiatrie aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen, https://goo.gl/U5P4MM, eingesehen am 08.08.2017). Wenn sie dennoch alles unternehmen, diese ambulante Leistung außerhalb von streng kontrollierten Eigenprojekten nicht Realität werden zu lassen, so hat dies vor allem folgende Gründe:

Zu Zeiten der Einführung der Soziotherapie befanden sich die psychiatrischen Krankenhäuser in einem allgemeinen Schrumpfungsprozess, den viele Träger nach Kräften aufzuhalten suchten. Die Krankenkas-

Soziotherapie spart stationäre Behandlungskosten

Keine strukturell gesicherte Zusammenarbeit zwischen Eingliederungshilfe und medizinischer Behandlung

sen beobachteten, wie Krankenhausdirektoren sehr innovativ jede Abteilung, die wegen mangelnder Nachfrage vor der Schließung stand, durch neue therapeutische Spezialangebote an minder schwer Erkrankte neu zu beleben versuchten. Das Bett, das durch Soziotherapie nicht mehr mit einem schwer an Schizophrenie Erkrankten besetzt werden konnte, wurde nun verwendet, um beispielsweise essgestörte Personen zu behandeln. Der theoretisch denkbare und auch nachgewiesene Einsparungseffekt durch soziotherapeutische Einweisungsvermeidung schien durch die pfiffigen therapeutischen Kompensationsanstrengungen der Krankenhäuser wieder zunichte gemacht zu werden.

Dann war da das stetig angewachsene Angebot der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, das sich „Betreutes Wohnen" nannte, und gerade in den Neunzigerjahren eine dramatische Erweiterung erfuhr. Der Staat machte genau das, was doch die Soziotherapie leisten sollte. Er betreute die PatientInnen zu Hause, fuhr sie zum Arzt, wenn die Motivation hierzu gestört war, kümmerte sich um die Wohnsituation und einen neuen Berufsstart. Weshalb sich mit 120 Millionen DM (wie bei der Einführung des § 37a SGB V von der Bundesregierung geschätzt) finanziell engagieren, wenn die Sozialhilfe doch offensichtlich keine Probleme sah, die Begleitung der betroffenen Patienten/Klienten selbst zu organisieren und vor allem zu finanzieren?

Wenn man auf diesem historischen Hintergrund verstehen will, weshalb die Krankenkassen auch im Jahre 2017 dabei bleiben, sich bei der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V nicht zu engagieren, dann muss man den Zusammenhang und die Abgrenzung zwischen der Soziotherapie als Behandlungsleistung gemäß § 37a SGB V und der Ambulanten Hilfe des Staates gemäß §§ 53 ff. SGB XII in den Blick nehmen.

Rechtliche Gesichtspunkte

Zielgruppe der Eingliederungshilfe sind behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX. Seelisch Behinderte leiden danach mindestens sechs Monate an einer psychischen Erkrankung, die ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wesentlich einschränkt bzw. einzuschränken droht. Die Eingliederungshilfe unterscheidet bei der Zulassung zur Leistung nicht zwischen den Krankheitsbildern. Sie macht ihre Hilfe auch nicht davon abhängig, ob sich der Hilfesuchende in ambulanter ärztlicher Behandlung befindet. Auslöser der Hilfeleistung ist gemäß § 53 SGB XII allein die soziale Situation, in welcher der Klient nicht mehr aus eigener Kraft seine Teilhabe realisieren kann.

Wenn während der Leistungserbringung offensichtlich eine Verschlechterung des Krankheitszustandes eintritt, bedient sich die Eingliederungshilfe der Tätigkeit des sozialpsychiatrischen Dienstes, in dem auch psychiatrische Fachärzte mitwirken. Außerdem steht in jedem Falle die direkte Zuführung ins psychiatrische Krankenhaus offen, notfalls nach den jeweiligen gesetzlichen Regelungen gegen den Willen des Betroffenen. Eine strukturelle Zusammenarbeit bei der Ausgestaltung der Hilfegewährung mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten ist nicht vorgesehen. Sie sind auch faktisch in das Hilfeplanverfahren nicht einbezogen.

Eingliederungshilfen sind daher nicht Bestandteil der psychiatrischen Behandlung. Sie sind vielmehr vom Gesichtspunkt der medizinischen Versorgung „Teil des sozialen Umfeldes" im Sinne des § 3 Abs. 2 c ST-RL, in dem der einzelne Patient die Behandlungskonzeption seines Arztes selbstständig umsetzen soll. Die Fachkräfte der von der Eingliederungshilfe finanzierten Dienste und Einrichtungen sind zwar bemüht, dem Klienten die Wahrnehmung von ärztlichen und/oder therapeutischen Terminen zu erleichtern, doch sind sie hierbei ganz auf die Richtigkeit der Klientenangaben angewiesen. Wenn der Klient Hinweise und Vorschläge nicht an seinen Betreuer weitergibt, kann der sie nicht aufgreifen.

Eine direkte Zusammenarbeit zwischen dem Mitarbeiter der Eingliederungshilfe und dem Arzt bzw. dem Psychotherapeuten scheitert allein schon am Datenschutz. Dieser würde bei einem gesetzlichen Betreuer, wenn seine richterlich angeordnete Betreuung den Gesundheitsbereich umfasst, nicht bestehen, doch sind Doppelfunktionen von fachlicher mit gesetzlicher Betreuung in den Leistungsvereinbarungen mit den Trägern der Eingliederungshilfe untersagt. Auch wenn in besonderen Fällen der Datenschutz überwunden werden kann, stehen die Ärzteschaft und die Psychologischen Psychotherapeuten den Gesprächen mit Betreuern der Eingliederungshilfe sehr skeptisch gegenüber, weil der hierfür benötigte Zeitaufwand nicht gegenüber den Kassen abgerechnet werden kann.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind grundsätzlich vom Klienten selbst zu tragen. Erst wenn der Einzelne nachweisen kann, dass er gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII nicht in der Lage ist, die Kosten aus eigenem Einkommen und Vermögen selbst zu tragen, darf die Eingliederungsleistung vom Staat finanziert werden. Bei der Prüfung der Hilfsbedürftigkeit werden auch bestimmte nahestehende Personen mit einbezogen. Wenn sie als unterhaltspflichtig erkannt werden, tragen auch sie zu den Kosten der Eingliederungshilfe bei.

Mit der Annahme der Eingliederungshilfeleistungen wird der Klient zum Sozialhilfeempfänger. Wenn er rechtliche Ansprüche auf die finanzielle Mitwirkung von Bezugspersonen besitzt, belastet er hiermit auch die Beziehungen zu diesen Personen. Allein der letztgenannte Umstand führt in vielen Fällen dazu, dass potenzielle Leis-

- ANZEIGE -

Unfallversicherung

Pro Jahr ereignen sich in Deutschland rund 9 Mio. Unfälle, davon 70 % in der Freizeit und 30 % im Beruf. Statistisch gesehen ereignet sich alle vier Sekunden ein Unfall, die meisten im Haushalt. Eine Absicherung über die gesetzliche Unfallversicherung besteht nur in Ausnahmefällen und reicht häufig nicht aus.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, z.B.

- Verkehrsunfall
- Verschüttet
- Sturz.

Die Unfallversicherung mindert die finanziellen Folgen aus einem derartigen Ereignis. Deckung besteht dabei in der Regel 24 Stunden täglich bei *allen* Aktivitäten des täglichen Lebens; auch während der Arbeitszeit.

Welche Leistungen sind versicherbar?

- **Invaliditätsleistung:** Kapitalzahlung, abhängig vom Grad der Invalidität (Schwere der Behinderung). Bemessungsgrundlage ist die sogenannte Gliedertaxe.
- **Todesfallleistung:** Verstirbt die versicherte Person durch einen Unfall (innerhalb eines Jahres), wird die vereinbarte Todesfallsumme ausgezahlt.
- **Verschiedene Tagegelder:** z.B. Krankenhaustagegeld (mit Genesungsgeld); Unfall-Krankentagegeld
- **Unfallrente:** Ab einem bestimmten Invaliditätsgrad wird eine lebenslange Rente gezahlt.
- **Übergangsleistung:** Nicht immer ist eine durch Unfall erworbene Invalidität dauerhaft. Dennoch können teure Hilfsmittel nötig sein oder andere Kosten anfallen. Liegt nach etwa sechs Monaten noch eine Beeinträchtigung der körperlichen/geistigen Leistungsfähigkeit von 50 % vor, kommt die vereinbarte Übergangsleistung zur Auszahlung.
- **Kosmetische Operationen**
- **uvm.**

Höhe der Leistung

Die Höhe ist im Wesentlichen von drei Faktoren abhängig:

- Höhe der vereinbarten Grundsumme
- Höhe des Invaliditätsgrads
- vereinbarte Progression.

Unser Motto: Vom Kollegen für Kollegen!

Herr Dipl. Psych. Wolfgang Elbrecht und das Team der Elron Versicherungsmakler GbR stehen Ihnen als Wirtschaftsdienst der DPtV zur Ermittlung des konkreten Bedarfs sehr gern zur Verfügung.

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

tungsberechtigte ihre Hilfemöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen.

Soziotherapie gemäß § 37a SGB V ist eine ambulante psychiatrische Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die vom Arzt/Facharzt und neuerdings auch von Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird. Die Regelungen der Soziotherapie-Richtlinie vom 16.03.2017 sehen eine enge Kommunikation zwischen dem behandelnden Facharzt oder Psychotherapeuten und dem Soziotherapeuten vor. Gemäß § 8 Abs. 2 ST-RL stimmen sie sich mindestens alle zwei Monate miteinander ab. Datenschutzprobleme in Bezug auf den Behandlungs- und Betreuungsplan des jeweiligen Patienten bestehen zwischen Verordner und Soziotherapeut keine.

Soziotherapie ist eine ambulante psychiatrische Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn der Verordner zur Auffassung kommt, dass die beschränkten zeitlichen Möglichkeiten des Soziotherapeuten nicht ausreichen, um die gravierenden Teilhabeprobleme des Patienten zu bearbeiten, können im soziotherapeutischen Betreuungsplan zusätzliche Leistungen der Eingliederungshilfe vorgesehen werden. Gemäß § 3 Abs. 2c ST-RL kann der Soziotherapeut, um die Therapieziele zu erreichen, „die Patientin oder den Patienten an komplementäre Dienste heranführen". Unter „komplementäre Dienste" werden die Leistungen der Eingliederungshilfe zusammengefasst.

Durch die Beauftragung des Soziotherapeuten, Leistungen der Eingliederungshilfe ergänzend für den jeweiligen Patienten einzubeziehen, wird dieser komplementäre Sektor in die Behandlung einbezogen. Denn mit dem Einbezug von Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe wird die Tätigkeit des Soziotherapeuten keineswegs überflüssig. Sie ist vielmehr die einzige rechtliche Möglichkeit, die Einflüsse dieser komplementären Leistungen auf das Behandlungsgeschehen therapeutisch zu kontrollieren und zum Nutzen des Patienten zu steuern. Nur so besteht eine reale Chance, dass eine hierdurch ausgelöste Verschlechterung des Krankheitszustandes nicht automatisch in eine Krankenhauseinweisung mündet.

Auch diese richtlinienkonforme Interpretation des Verhältnisses zwischen der Soziotherapie und Leistungen der Eingliederungshilfe ist umstritten. In manchen Leistungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und soziotherapeutischen Leistungserbringern werden soziotherapeutische Leistungen bei Patienten, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, ausgeschlossen. Dabei ist die Soziotherapie der einzige Zugang, um das Geschehen innerhalb der Eingliederungshilfe und damit außerhalb des medizinischen Behandlungsfeldes in das ambulante Behandlungsgeschehen einzubeziehen. Denn zwischen Eingliederungshilfe und den Behandlern besteht keine rechtliche und damit strukturelle Ebene der Zusammenarbeit.

Leistungen der Soziotherapie sind gemäß § 37a SGB V Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, auf die ein Anspruch besteht. Sie werden wie alle Versicherungsleistungen ohne Ansehen der Einkommens- und Vermögenssituation des Versicherten erbracht. Dadurch beschweren sie den Patienten nicht zusätzlich mit diskriminierenden Begleitumständen, mit denen der Status als Sozialhilfeempfänger zumindest subjektiv immer verbunden ist. Befürchtete soziale Ablehnungen wegen der psychischen Erkrankung werden noch durch den Status als Hilfeempfänger gesteigert. Dies ist der Genesung gerade bei psychischen Erkrankungen sehr abträglich.

Wenn Verordnungen zur Soziotherapie von der zuständigen Krankenkasse möglicherweise auf Anraten des MDK verweigert werden, weil in diesem Falle Leistungen der Eingliederungshilfe wirksamer sein könnten, so ist diese Entscheidung rechtlich ohne Begründung. Die Krankenversicherung ist nicht zuständig für die Leistungen der Eingliederungshilfe. Sie kann sie nicht wirksam werden lassen, auch nicht durch Entzug der Soziotherapie. Dies entscheiden ganz allein die örtlich zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach Verfahren, bei denen weder die Krankenversicherungen noch die MDK mitwirken.

Für die Entscheidung, ob zusätzliche Leistungen der Eingliederungshilfe der Behandlung dienlich sein könnten, sind allein Arzt/Psychotherapeut, Soziotherapeut und Patient zuständig. Es ist Aufgabe des Soziotherapeuten, den Patienten für diese Maßnahmen zu motivieren, seine psychischen und sozialen Bedenken hiergegen zu bearbeiten und seine behandlungsrelevante Teilnahme an den Angeboten zu begleiten. Diese soziotherapeutische Aufgabe kann und darf nicht von den Trägern der Eingliederungshilfe übernommen und finanziert werden, weil ihnen gemäß § 2 SGB XII die Übernahme von Leistungen von vorrangigen Leistungsträgern (hier der Krankenversicherungen) untersagt ist.

Fachliche Gesichtspunkte

Nach herrschender medizinischer Auffassung haben psychische Erkrankungen biologische, psychische und soziale Ursachen, Folgen und Möglichkeiten der Behandlung. Alle vorliegenden Studien weisen darauf hin, dass nur ein individuell gestalteter Mix aus allen drei Elementen der Behandlung wirksam sein kann. Die Soziotherapie ist daher seit Beginn der Psychiatrie vor mehr als 200 Jahren anerkannter Teil der Behandlung. Pinel wie Tuke haben von Beginn ihrer Tätigkeit an einen sozialen Behandlungsraum innerhalb der Klinik zu schaffen versucht, in dem die Patienten sozialen Respekt fanden und dadurch wieder ihre menschliche Würde herstellen konnten. Mit dieser von Pinel als „moralische Behandlung"

bezeichneten Konzeption begann auch die Psychiatrie in Deutschland (hierzu David H. Clark: Soziotherapie in der Psychiatrie, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag 1974, und Dietrich Geyer: Trübsinn und Raserei. Die Anfänge der Psychiatrie in Deutschland, München, Verlag C.H.Beck 2014).

Solange die Psychiatrie fast ausnahmslos im Krankenhaus praktiziert wurde, richtete sich das Interesse der Soziotherapie in erster Linie auf die Gestaltung dieses Lebensraumes, in dem die Patienten nicht selten mehrere Jahre verbrachten. Wichtigste Neuerung dieser Bemühungen war die Einführung der Arbeitstherapie, mit der ein wirksames Gegenmittel gegen den Hospitalismus gefunden wurde. Hospitalismus stand vor allem mit der nutzlos verbrachten Zeit in Verbindung, die den Patienten aufgezwungen wurde. Hermann Simon entwickelte in Gütersloh ein differenziertes System der gruppenmäßigen Arbeitstherapie, durch das einzelne Patienten auch wieder entlass- und sozial integrationsfähig gemacht wurden (hierzu Hermann Simon: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin, Verlag de Gruyter 1929).

Aus der Arbeitstherapie hat sich die Ergotherapie entwickelt, die heute aus keinem psychiatrischen Krankenhaus mehr wegzudenken ist. Sie wird ergänzt durch verschiedene kreative Therapien, die allesamt darauf gerichtet sind, das gestörte soziale Selbstbild der Patienten wieder zu stabilisieren und ihnen wieder Sinn anzubieten, die eigene Lebenszeit für die Genesung einzusetzen.

Durch die drastische Reduzierung der Behandlungszeit im psychiatrischen Krankenhaus auf heute durchschnittlich 24 Tage sind die soziotherapeutischen Möglichkeiten innerhalb der Einrichtungen sehr begrenzt. Veränderungen des Sozialverhaltens und der Teilhabe am sozialen Leben sind langfristige Prozesse, die daher in der heutigen Situation ambulant erbracht werden müssen. Der Gesetzgeber hat daher in den Jahren 2000 und 2005 durch Einführung der ambulanten Soziotherapie gemäß § 37a SGB V und Erweiterung der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V auf den Personenkreis psychisch erkrankter Patienten auf diese fachlich gewünschte Verlagerung zur ambulanten Seite der Behandlung reagiert.

Die Krankenkassen haben vor allem aus wirtschaftlichen Gründen diesen Schritt verweigert. Hintergrund dieser Weigerung ist die Tatsache, dass auf kommunaler Seite seit Einführung und Verbreitung des „Gelsenkirchener Modells" im Jahre 1920 eine ambulante Begleitung psychisch erkrankter Bürger entstanden war, welche auch soziotherapeutische Aufgaben übernahm (hierzu F. Wendenburg: Offene psychiatrische Fürsorge vom kommunalen Fürsorgeamt aus, in: Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge, Berlin/Leipzig, Verlag von Walter de Gruyter 1931).

Diese kommunale Übernahme soziotherapeutischer Leistungen wurde auch nach der Naziherrschaft wieder aufgebaut, da das ambulante psychiatrische Behandlungssystem völlig unzureichend war.

Die ambulante medizinische Behandlungsstruktur entwickelte sich in Deutschland erst nach der Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975. Leider bezogen sich die politischen Maßnahmen zunächst einmal allein auf die ärztliche Seite der angezielten Ambulantisierung. Die dramatische Reduzierung der Krankenhausbetten, allein schon durch die Auflösung der Langzeitstationen ausgelöst, und die auch hierdurch entstandene statistische Reduzierung der stationären Behandlungszeiten gingen zwangsläufig zu Lasten der kommunalen Sozialhilfestrukturen. Der Gesetzgeber hatte versäumt, die Krankenkassen an diesem Verlagerungsprozess zu beteiligen.

So entstanden in weitestgehender Kostenträgerschaft der Sozialbehörden jene Werkstätten, die vorher innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser bestanden hatten. Die Patienten der Langzeitstationen wohnten nun in stationären Heimen der Eingliederungshilfe. Ergotherapeutische Krankenhausgruppen wurden in Tagesstätten verwandelt, ebenfalls von den Sozialhilfeträgern finanziert. Als im Jahre 2000 die Soziotherapie als ambulante medizinische Leistung in das Sozialgesetzbuch V eingeführt wurde, waren die neuen Versorgungsstrukturen schon längst entstanden. Die gesetzlichen Krankenkassen empfanden daher die Einführung des § 37a SGB V als Einstieg in eine Umverteilungsaktion zu ihren finanziellen Lasten.

Entsprechend nutzten sie den ihnen gegebenen Spielraum, einerseits die Anforderungen an die fachlichen Voraussetzungen

Veränderungen des Sozialverhaltens und der Teilhabe am sozialen Leben sind langfristige Prozesse

Mit HERZ arbeiten – bei den BESTEN!
Werden Sie Teil unseres Great Place to Work®

am **Standort Waldmünchen** als

approbierter Kinder- und Jugendpsychotherapeut (w/m) in der Funktion des Abteilungsleiters (in Voll-/Teilzeit)

Das macht Ihren Arbeitsplatz besonders (er)lebenswert:
- Sie werden durch leitende Mitarbeiter systematisch eingearbeitet
- Sie arbeiten in einem gut unterstützenden und kollegialen Arbeitsumfeld mit viel Gestaltungsspielraum für innovative Konzepte in der Psychotherapie und können Beruf und Familie durch flexible Arbeitszeitmodelle gut vereinbaren
- Sie haben Anspruch auf attraktive betriebliche Leistungen
- Neben 10 Tagen Fortbildungsurlaub bieten wir Ihnen ein strukturiertes Curriculum für Führungskräfte sowie die kostenfreie Teilnahme an Seminaren unserer Akademie Heiligenfeld

Die detaillierte Stellenanzeige sowie Informationen zu unseren attraktiven Arbeitsbedingungen finden Sie auf
jobs.heiligenfeld.de
Kontakt: ulrike.weiss@heiligenfeld.de

Zunahme psychischer Erkrankungen kein Ausdruck körperlicher Degenerationsprozesse

für die Soziotherapie sehr hoch anzusetzen, und die Leistungserbringer andererseits sehr schlecht zu vergüten. Beide Maßnahmen hatten den gewünschten Erfolg: Die Soziotherapie kam über erste zaghafte Ansätze nicht hinaus. Weder kümmerten sich die Träger der Eingliederungshilfe um diese Situation, noch sah sich die Politik zum Einschreiten verpflichtet.

Die Träger der Eingliederungshilfe geben inzwischen rund 1,2 Milliarden Euro allein für die ambulante Begleitung der psychisch Behinderten aus (siehe hierzu die Kennzahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger für 2015, einzusehen unter https://goo.gl/hDQL4i). In allen Bundesländern sind gewaltige personelle und räumliche Strukturen aufgebaut worden, um diese Masse an Hilfeberechtigten und Hilfeplanverfahren zu bewältigen. Diese Strukturen haben ein großes Eigenleben entwickelt, das nicht mehr ohne Not aufgegeben werden soll.

Die Politik scheint angesichts der Realitäten solange keinen Handlungsdruck zu verspüren, solange die Betroffenen hiergegen nicht massiv opponieren. Das scheint aber gerade bei psychisch Erkrankten eine politisch unwahrscheinliche Entwicklung zu sein. Kritik an den politischen Gegebenheiten setzt einigen Mut und Selbstvertrauen voraus, das bei diesem Personenkreis kaum erwartet werden kann.

So verlagert sich die politische Auseinandersetzung um eine wirkliche Ambulantisierung der deutschen Psychiatrie auf den Kreis der Leistungserbringer von Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Pflege. Dieser Handlungskreis ist noch klein, doch wächst er in den meisten Bundesländern ganz unaufhaltsam. Fachlich wird er durch die auch von den Krankenkassen beobachteten Entwicklungen im „Markt psychischer Erkrankungen" befördert.

Diese Marktsituation war bis zum Jahre 2007 davon geprägt, dass sich die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten immer weiter reduzierte. Das führte zu laufenden Einsparungen im teuersten Sektor der Psychiatrie. Doch durch den gleichzeitigen Mangel an ambulanten Behandlungsinstrumenten kippte in diesem Jahr 2007 die Entwicklung. Unter dem Druck hoher Bettenauslastung begannen die Bundesländer wieder, die Zahl der Psychiatriebetten zu erhöhen.

Ganz gegen den allgemeinen Trend im Krankenhausbereich stieg die Bettenzahl in den psychiatrischen Fachabteilungen von 2007 bis 2015 um 7.901 Betten von 64.136 (2007) auf 72.037 (2015); hierzu siehe https://goo.gl/PijxUP. Legt man einen durchschnittlichen Kostenwert pro Tag von 250 € an und beachtet die hohe Bettenauslastung in der Psychiatrie von 94 %, so sind durch die Bettenvermehrung jährliche Kostensteigerungen von rund 678 Millionen Euro entstanden. Für die Soziotherapie werden dagegen nach unseren Schätzungen weniger als 5 Millionen Euro jährlich aufgewendet.

So fällt den Krankenkassen der gewollte Verzicht auf eine eigene ambulante soziotherapeutische Behandlungsstruktur auf die Füße. Die betriebswirtschaftlichen Folgen erweisen sich als katastrophal. Gleichzeitig stellen sie selber fest, dass sich die Zahl der psychisch Erkrankten aus welchen Gründen auch immer vermehrt. „Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK-Gesundheit bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt." (siehe hierzu den DAK-Gesundheitsreport 2015, Seite 18, unter https://goo.gl/878Gzy)

Niemand begründet das Anwachsen der psychischen Erkrankungen mit einer schlechteren biologischen oder psychischen Konstitution des modernen Menschen. Wir befinden uns in keinem körperlichen Degenerationsprozess. Die Ursachen werden vor allem in veränderten sozialen Arbeits- und Lebensbedingungen gesucht. Mehr Arbeitsdruck, Konkurrenz auf allen Lebensebenen, sozial bedingte Bindungsschwäche, Einsamkeit in der Wohnsituation sind beobachtete Veränderungen, die psychische Erkrankungen auslösen können. Diese Rahmenbedingungen kann man kaum mit Medikamenten angehen. Mit Psychotherapie kann man die seelische Widerstandsfähigkeit des Einzelnen stärken, aber allein die Soziotherapie agiert unmittelbar im Lebensumfeld der Erkrankten und damit an der Wurzel des Übels wie der Genesung.

Statt die Soziotherapie in Deutschland aufzubauen, verstärken wir wieder die Krankenhauskapazitäten, obwohl wir wissen, dass wir hiermit die Menschen nicht im Lebensumfeld erreichen. Wir gehen in der Geschichte der Psychiatrie wieder rückwärts. Alles zurück ins Krankenhaus! Den Rest erledigt die kommunale Fürsorge. Das kennen wir doch. So etwas haben wir mit der Psychiatrie-Enquete 1975 mal hinter uns lassen wollen. War alles ein Irrtum?

Politische Gesichtspunkte

Wir haben es politisch in der Hand, die Entwicklung wieder in die rechtlich und fachlich gewünschte Richtung zu bewegen. Alle beteiligten Seiten müssen sich frei machen dafür, ihre eigenen Interessen in

Hansgeorg Ließem

Seit 40 Jahren freier Sozialplaner mit Arbeitsschwerpunkten in der Psychiatrie, Stadtentwicklung, Alten- und Behindertenhilfe. Mehrere Veröffentlichungen (zuletzt 2017 „Soziale Wege zur Genesung"). Vorsitzender des Berufsverbandes der Soziotherapeuten e.V.

einem mittelfristigen Zeithorizont zu betrachten.

Die Eingliederungshilfe finanziert zurzeit die Soziotherapie. Sie könnte sich möglicherweise von jährlich 200 bis 300 Millionen Euro entlasten, wenn sie damit aufhören würde. Das eingesparte Geld würde nicht in den großen Topf zurückfließen, sondern müsste dringend eingesetzt werden, damit die Eingliederungshilfe ihrem gesetzlichen Auftrag gerecht werden kann (§§ 5 und 6 SGB IX), primärer Träger von sozialer Rehabilitation („Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft") zu werden.

Bis heute beschränkt sich die Eingliederungshilfe überwiegend auf das Instrument der Einzelfallhilfe. Das aber reicht nicht, um wirksam soziale Rehabilitation zu betreiben. Wie man schon in der beruflichen Rehabilitation erkannt hat („Erst platzieren, dann rehabilitieren"), so sollte es bei der sozialen Rehabilitation heißen: „Erst in Gruppen integrieren, dann sozial rehabilitieren!" (siehe hierzu Hansgeorg Ließem: Rehabilitative Wirkung sozialer Prozesse – Gruppenprogramm zur sozialen Rehabilitation, in: Recht und Praxis der Rehabilitation 4/2016, Seite 54 ff.)
Ein flächendeckendes Gruppenprogramm, das die Soziotherapie auch ihren Patienten erschließen könnte, erfordert zusätzliches Geld, dessen Grundstock durch die Einsparungen bei den soziotherapeutischen Fehlfunktionen gebildet werden könnte. Wichtig für die erfolgreiche Rolle als Träger der sozialen Rehabilitation ist allerdings, dass sie ohne Zugriff auf die Einkommens- und Vermögenslage des Klienten angeboten wird. Hier hatte das neue Bundesteilhabegesetz eine erste Chance, diese Gleichstellung der Rehaleistungen zu erreichen. Sie ist zunächst nicht ergriffen worden, doch das lässt sich beim zweiten Wurf sicherlich verbessern.

Die Verschiebung dieser Lasten von der Eingliederungshilfe auf die Krankenkassen löst auf dieser Seite keine ernsthaften Finanzierungsprobleme aus, wenn die Politik zusichern kann, dass der Prozess der Erweiterung von psychiatrischen Bettenkapazitäten wieder zum Erliegen kommt. Dann kann man die flächendeckende Bereitstellung von Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Pflege nicht nur finanzieren, sondern es bleiben noch Finanzmittel übrig, die man sonst in den Betrieb der neuen Klinikbetten gesteckt hätte.

Die Praxis der gesundheitspolitischen Entwicklung findet trotz der Bundeshoheit bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen in den 16 Bundesländern statt. Das erleichtert nicht unbedingt das Vorhaben, Verbündete für eine Beeinflussung dieser Entwicklung zu finden. Doch bleibt uns eine andere Wahl, wenn wir die Potenziale in unserer Gesellschaft für eine menschlich zuträgliche politische Veränderung im Gesundheitswesen frei setzen wollen?

Nina Traber-Walker, Susanne Walitza, Maurizia Franscini

Robin **Smartphone App** für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko

Psychotische Störungen können sich über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln. Betroffene bemerken meist schon lange Zeit vor dem Ausbruch der Erkrankung Veränderungen in ihrer Wahrnehmung, kognitiven Leistungsfähigkeit und sozialen Fertigkeiten. Die Forschung zur Früherkennung von Psychosen hat diese beeinträchtigenden Veränderungen intensiv untersucht. So ist der Begriff der „At Risk-Symptome" entstanden. At Risk-Symptome sind erste subtile Veränderungen im Denken, der Stimmung und der Wahrnehmung, die zwar noch nicht die Qualität von psychotischen Symptomen haben, jedoch bereits einen eigenen Krankheitswert aufweisen (Miller et al., 2003; Schultze-Lutter & Koch, 2010). Verschiedene Kliniker und Forscher haben dafür plädiert, dass bereits At Risk-Symptome behandelt werden sollten, unabhängig von der Übergangsrate in eine psychotische Erkrankung, da der Leidensdruck ausreiche, um eine Behandlung zu rechtfertigen (z.B. Bertolote & McGorry, 2005; Correll, Hauser, Auther & Cornblatt, 2010; Fusar-Poli, Yung, McGorry & van Os, 2014; Schmidt et al., 2015). Weltweit sind in den letzten Jahren Früherkennungszentren für Psychosen entstanden, die sich die Frühintervention zum Ziel gesetzt haben.

Bisher konnte die Effektivität von Frühinterventionen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht ausreichend nachgewiesen werden, was unter anderem daran liegt, dass keine altersentsprechenden Behandlungsmanuale vorliegen und bislang nur wenige Studien in dieser Altersgruppe durchgeführt wurden (Bechdolf et al., 2012; McGorry et al., 2013; Miklowitz et al., 2014; Schmidt et al., 2015). In den bisherigen Wirksamkeitsstudien wurden Kinder und Jugendliche oft mit ähnlichen Therapiekonzepten behandelt wie Erwachsene mit psychotischen Störungen. Analysen, z.B. zur Therapiemotivation, zeigen jedoch, dass junge Patienten anders auf Psychotherapie reagieren und die Hürde höher zu liegen scheint, um sie für die therapeutische Arbeit zu gewinnen (Haddock et al., 2006). Umso wichtiger sind altersadäquate Therapiematerialien und die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Jugendlichen in der Behandlung. In der Früherkennungssprechstunde Zürich wurde ein manualisiertes Therapieprogramm für Jugendliche mit At Risk-Symptomen entwickelt, welches auf die Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Altersgruppe abgestimmt ist. Die Effektivität dieses Therapieprogrammes wird aktuell in einer Interventionsstudie evaluiert. Ein wichtiger Baustein des Therapieprogramms ist die Smartphone App Robin, welche in der Früherkennungssprechstunde Zürich entwickelt worden ist. Die App soll die Patienten zwischen den Therapieterminen unterstützen und sie motivieren, die „Therapiehausaufgaben" im Alltag umzusetzen.

Der Einsatz von Smartphone-Apps in der Psychotherapie hat in den letzten Jahren zugenommen (Hind & Sibbald, 2015; Seko, Kidd, Wiljer, & McKenzie, 2014). Die Literaturrecherche zeigte, dass insbesondere jugendliche Patienten an Smartphone-Interventionen interessiert sind, gleichzeitig existieren aber kaum Apps für diese Klientel, die von psychotherapeutischen Fachpersonen selbst entwickelt worden sind (Hind & Sibbald, 2015; Seko et al., 2014). Um diesem Bedürfnis jugendlicher Patienten nach unterstützenden Smartphone-Apps nachzukommen und spezifischen Aspekten von der Entwicklung von Psychosen im Jugendalter Rechnung zu tragen, wurde die App Robin entwickelt. Sie basiert auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche zum Thema Smartphone-Apps in der Therapie (Abdel-Baki, Lal, Charron, Stip, & Kara, 2015; Alvarez-Jimenez et al., 2014; Firth & Torous, 2015; Forchuk, Donelle, Ethridge, & Warner, 2015; Gaebel et al., 2016; Lal et al., 2015).

Die Benutzung von Smartphone-Apps im therapeutischen Kontext hat viele Vorteile wie Zugänglichkeit, Transportfähigkeit, niedrige Kosten und 24-Stunden-Support (Alvarez-Jimenez et al., 2013). Ein weiterer wichtiger Pluspunkt ist, dass die Nutzung von Smartphones in der Öffentlichkeit unauffällig und so mit keiner Stigmatisierung für die Betroffenen verbunden ist. Insbesondere für Psychoedukation eignen sich mobile Technologien (Rotondi, Eack, Hanusa, Spring, & Haas, 2013). Die Informationen können beliebig häufig und insbesondere zu kritischen Zeitpunkten nachgelesen werden. Ein weiterer großer Vorteil von Smartphone-Technologien in der Behandlung ist die sogenannte Echtzeit-Erfassung von Stimmung und Symptomen (Ben-Zeev, 2012; Kimhy, Myin-Germeys, Palmier-Claus & Swendsen, 2012). So kommt es zu weniger Verzerrungen durch retrospektive Antworten und es sind exaktere Informationen bezüglich des Zeitpunkts der Vorkommnisse verfügbar. Dadurch ist besser erkennbar, welche Faktoren mit der

Ziel der App ist, die Patienten zwischen ihren Therapieterminen gezielter, zeitnah und altersgerecht zu unterstützen

Die Echtzeit-Symptom-Erhebung der App kann helfen, Symptome besser einzuschätzen und als kontrollierbarer zu erleben

Verschlechterung der Symptomatik zusammenhängen, da genauere Angaben über Kontext, Kognitionen und Befindlichkeit zur Verfügung stehen. Den Patienten kann die Echtzeit-Symptom-Erfassung helfen, sich selbst besser zu verstehen, die Symptome besser einzuschätzen und diese dadurch als besser kontrollierbar und beeinflussbar zu erleben (Palmier-Claus et al., 2013).

Smartphone-Apps können außerdem Unterstützung zu einem gesunden Lebensstil (Vorschläge zu Ernährung, Sport etc.) bieten, aber auch bei Therapie-Hausaufgaben und beim Trainieren von erlernten Skills aus der Therapie (Myin-Germeys, Birchwood, & Kwapil, 2011). Smartphone-Apps, die an die Medikamenteneinnahme erinnern, erhöhen die Zuverlässigkeit der Einnahme (Bogart et al., 2014; Granholm, Ben-Zeev, Link, Bradshaw, & Holden, 2012; Kauppi et al., 2015). Selbstmanagement durch eine App kann zu einem Gefühl von Selbsteffizienz verhelfen (Reid et al., 2013), was einerseits das Selbstbewusstsein und andererseits die Selbstständigkeit des Patienten fördert.

Bei der Entwicklung der App Robin wurde speziell auf folgende Punkte geachtet:

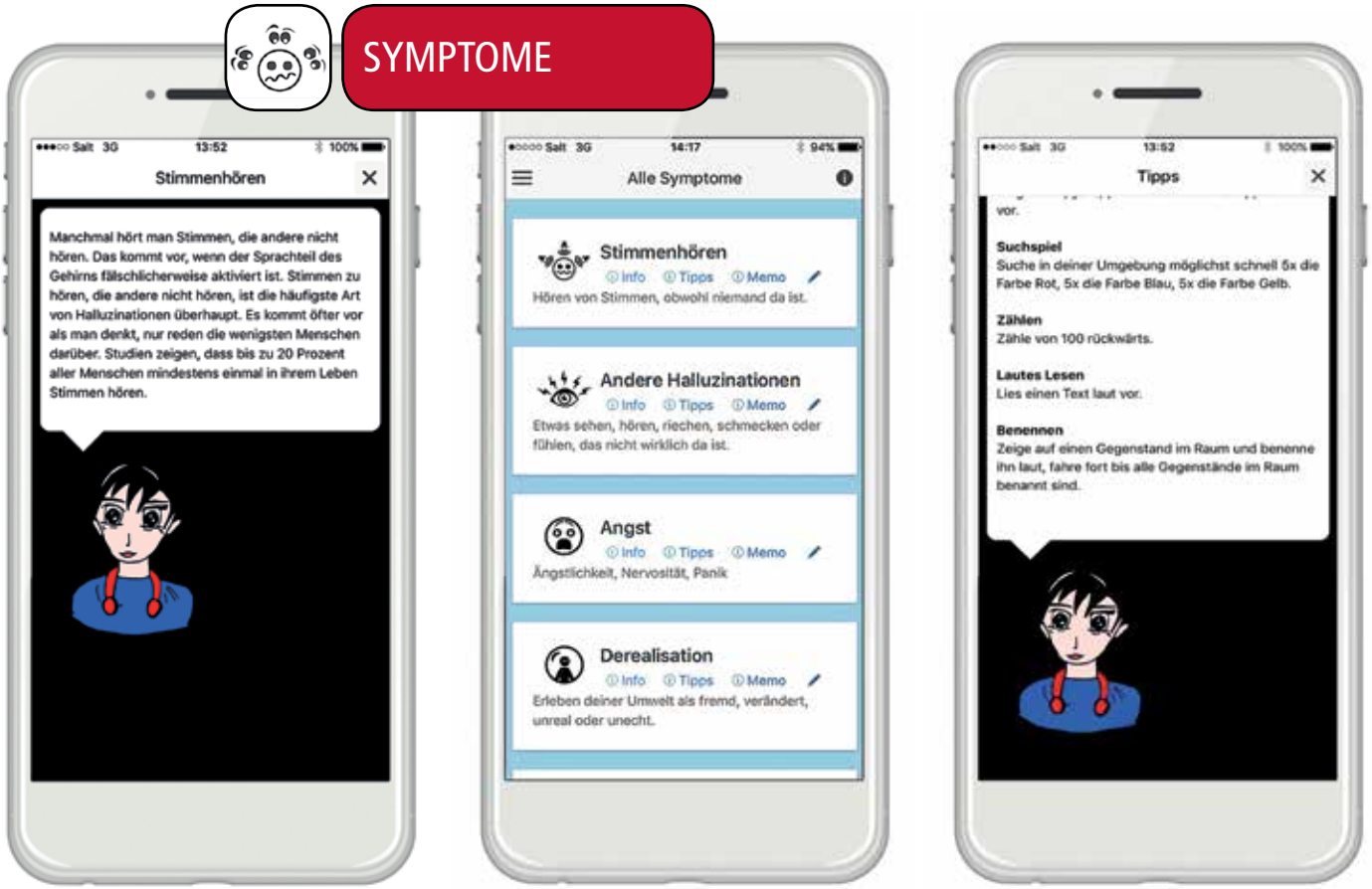
- Die App ist offline verfügbar. Das hat den Vorteil, dass die Inhalte jederzeit unabhängig vom Handyempfang abrufbar sind und keine zusätzlichen Kosten für die Patienten bei der Benutzung entstehen. Gleichzeitig ist der Datenschutz der App dadurch noch besser gewährleistet.

- Die Kontrolle über die App soll bei den Patienten liegen. Die App ist passwortgeschützt. Alle Daten werden nur lokal auf dem Handy gespeichert und sind durch das Betriebssystem vor Zugriff von anderer Software geschützt. Die App versendet keine Daten ins Internet und speichert keine Daten außerhalb ihres Verzeichnisses. Durch die Funktion „App zurücksetzen" können die Benutzer alle ihre Eingaben jederzeit durch einen einzelnen Klick löschen.

- Der Name „Robin" und das Icon wirken neutral und geben keine Rückschlüsse auf die Inhalte der App.

- Die Texte der App sind in einem altersentsprechenden verständlichen Leseniveau verfasst. Auf Fachbegriffe wurde weitgehend verzichtet.

- Die App hat einen auffordernden Charakter und ist individuell gestaltbar. Es wurde insgesamt darauf geachtet, dass positive Konstrukte in der App enthalten sind und sie nicht zu stark pathologisierend wirkt, da Analysen von Zufriedenheitsdaten mit bisherigen therapeutischen Apps zeigten, dass die Patienten sich positive, ressourcenorientierte Inhalte wünschen.



Inhalte der App

Logbuch

Im **Logbuch** werden die Stimmung, der Ausprägungsgrad der Symptome, die Einnahme von Medikamenten und besondere Ereignisse notiert. Es können so viele Logbuch-Einträge pro Tag erstellt werden, wie die Patienten wollen. In der Therapie wird empfohlen, dass die Patienten zu drei festen Zeiten pro Tag ihr Logbuch ausfüllen. Dadurch wird ein besseres Bild über die täglichen Schwankungen in Symptomen und Stimmung gewonnen. Die Patienten haben durch eine Erinnerungsfunktion die Möglichkeit, an ihre Logbucheinträge erinnert zu werden.

Symptome

Unter **Symptome** befinden sich Psychoedukationsinformationen zu verschiedenen At Risk-Symptomen (Stimmenhören, andere Halluzinationen, Wahn, Denkschwierigkeiten, Derealisationen und Depersonalisationen). Zusätzlich zu den genannten At Risk-Symptomen finden sich unter Symptome andere Problembereiche, die bei At Risk-Patienten häufig sind. Dazu gehören Depression, (Hypo-)Manie, Konzentrationsschwierigkeiten, Alkoholkonsum, Cannabiskonsum und Schlafprobleme.

Zu jedem Symptom gibt es unter **Info** kurze Psychoedukationstexte und unter **Tipps** Ideen zu hilfreichen Copingstrategien. Gleichzeitig haben die Patienten die Möglichkeit, individuelle Tipps zu formulieren, welche unter **Memo** zusammengefasst werden. Neben den bestehenden Symptomen können die Benutzer eigene Symptome inklusive Infotext und Tipps erfassen. Die Patienten können bei jedem Symptom bestimmen, ob es in ihrem Logbucheintrag abgefragt wird oder nicht.

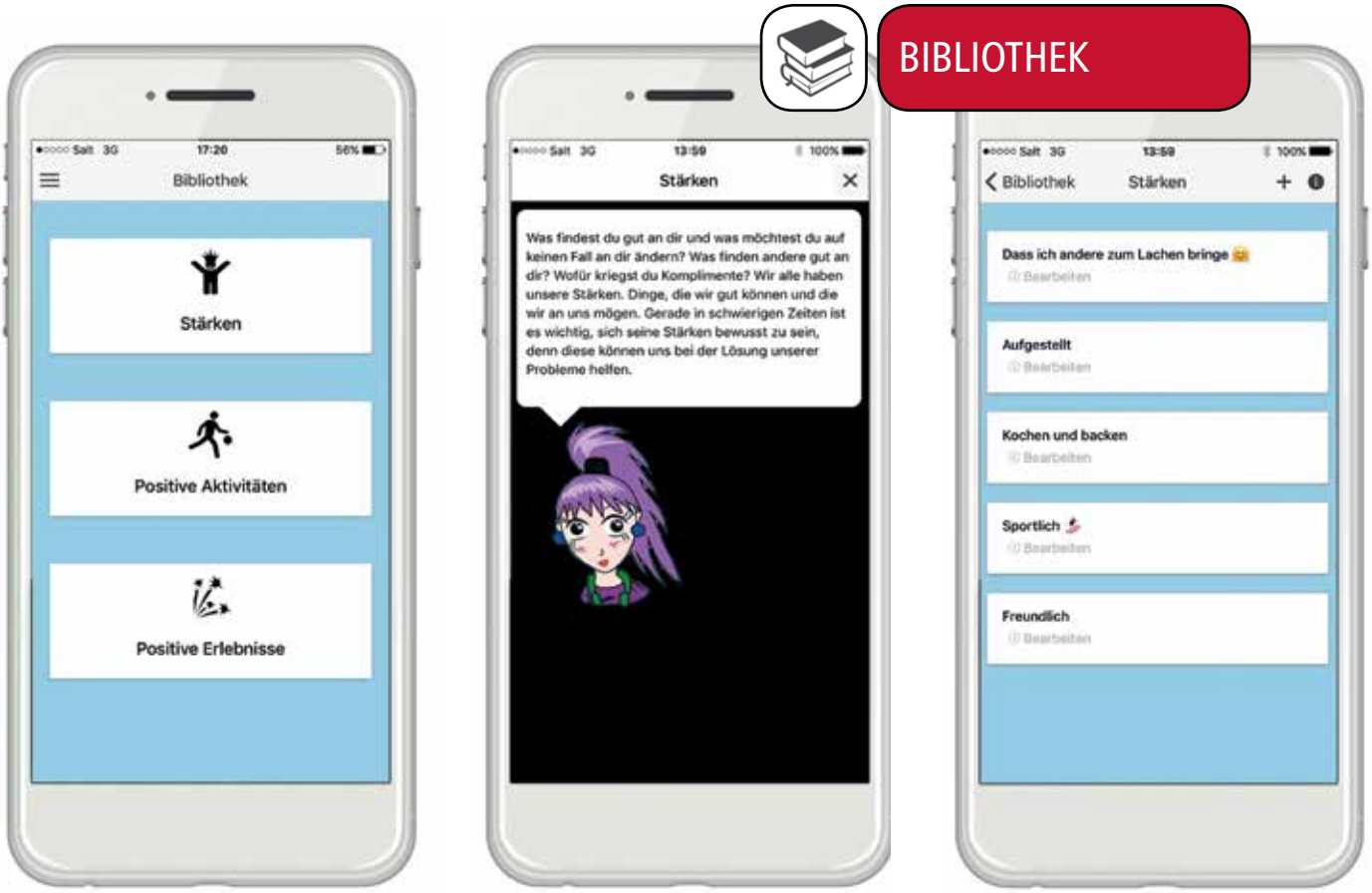
Medikation

In der Rubrik **Medikation** können Posologie und Medikamentenreminder erstellt werden. Weiter findet sich unter Info ein kurzer Informationstext zu den wichtigsten allgemeinen Punkten, die bei Medikamenteneinnahme zu beachten sind.

Krisensituation

Unter **Krisensituation** können die Jugendlichen ihre Kriseninterventionspläne, die sie mit ihrem Therapeuten zusammen in der Sitzung erarbeiten, eintragen und jederzeit einsehen. Auch können Notfallkontakte erstellt werden, die jederzeit von der App aus angewählt werden können. Das hat den Vorteil, dass die Telefonnummer sofort verfügbar ist. Der Anruf läuft über das normale Netz des Handyanbieters.

Die Kontrolle über die App liegt bei den Patienten. Sie ist passwortgeschützt und offline verfügbar



Zu jedem Symptom gibt es unter „Info" kurze Psychoedukationstexte und unter „Tipps" Ideen zu hilfreichen Copingstrategien

Bibliothek

Die **Bibliothek** bietet positive Verstärkung für die Alltagsbewältigung. Studien zeigen, dass Patienten mit Risikosymptomen oft unter einem schlechten Selbstwert und mangelnden Strategien gegen Alltagsstress leiden (Schmidt, Grunert, Schimmelmann, Schultze-Lutter, & Michel, 2014). Ein Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit mit At Risk-Patienten liegt daher in der Stärkung ihres Selbstwerts und in der Ressourcenaktivierung.

In der Rubrik **Stärke** findet sich eine **Stärkeliste**, auf der die Patienten Eigenschaften eintragen sollen, die sie an sich mögen. Unter **positive Erlebnisse** sollen sie täglich positive Ereignisse notieren. Dadurch sollen sie darin gefördert werden, Kleinigkeiten wahrzunehmen, die ihren Alltag schöner machen wie z.B. ein gutes Essen oder der Erhalt einer netten SMS.

Ein wichtiger Teil der Ressourcenaktivierung ist die Förderung der Eigenaktivierung und Selbstwirksamkeit der Patienten. Dazu dient die die dritte Funktion der Bibliothek **positive Aktivitäten**. Hier finden sich Listen mit Vorschlägen zu positiven Aktivitäten im Alltag. Die Vorschläge sind in die Kategorien Belohnung, körperliche Betätigung, kreative Aktivitäten, kognitives Training, Wellness, soziale Interaktionen und Entspannung unterteilt. Ziel ist es, dass die Patienten mindestens eine Aktivität täglich ausführen.

Wochenziele

Die Rubrik **Wochenziele** ist für kleinere Ziele während der Woche gedacht. Sie soll den Patienten einerseits in seiner Alltagsaktivierung unterstützen, anderseits zu Erfolgserlebnissen verhelfen. Die Jugendlichen notieren darin ihre Ziele, die, wenn möglich, in der Therapie vorbesprochen werden. Wenn sie ein Ziel erreicht haben, können sie es abschließen und es wird unter erreichte Ziele gespeichert.

Nutzung der App in der Psychotherapie

Obwohl die App ursprünglich für Patienten mit At Risk-Symptomen entwickelt worden ist, kann sie auch für andere Störungsbilder benutzt werden. Insbesondere für Patienten mit depressiven oder ängstlichen Symptomen, aber auch für Patienten mit auffälligen Persönlichkeitsstilen ist die App gut geeignet. Selbstverständlich ist die App Robin auch für die Behandlung von Patienten, die bereits eine psychotische Episode erlebt haben, geeignet, gerade auch im Sinne einer Rückfallprophylaxe.

An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die App Robin kein Ersatz für eine therapeutische Behandlung ist. Sie stellt keine eigenständige Intervention dar. Wir empfehlen den Einsatz der App in Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Begleitung und dass die Benutzung der App in der Therapie fortlaufend rückbesprochen wird.

Die App ist aktuell auf Deutsch, Englisch und Französisch verfügbar. Sie kann kostenlos im App-Store und bei Google Play heruntergeladen werden.

Nina Traber-Walker, lic. phil.

Psychologin, Klinische Forschung, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Zürich.

Prof. Dr. Susanne Walitza

Dipl.-Psychologin, Studium der Medizin und Psychologie. Habilitation und Privat-Dozentin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Würzburg. Seit 2008 ärztliche Direktorin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich und außerordentliche Professorin für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich. 2010 Ernennung zur Ordinaria Medizinische Fakultät Universität Zürich, Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Dr. Maurizia Franscini

Leitende Ärztin der Früherkennungssprechstunde, Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Zürich.

Literaturhinweise

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

Lysett Babocsai, Eva Vonderlin, Sabina Pauen

Intensivtherapie für **Kinder mit ADHS**

Das Sommertherapiecamp

Kinder mit ADHS und deren Umfeld sind im Alltag erheblichen Belastungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt. Eine optimale Versorgung bedarf umfassender, auf die Lebenswelt der Betroffenen abgestimmte Therapieansätze. Das Sommertherapiecamp am Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg bietet eine Option.

Die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und ihre Behandlung stehen immer wieder im Mittelpunkt von wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussionen. In mehreren Fachartikeln wurden die gängigen Therapiemethoden (Psychotherapie und Medikation) zur Behandlung von ADHS im Kindes- und Jugendalter kritisch bewertet. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass diese weniger wirksam sind als bisher angenommen (Sonuga-Barke et al., 2013, Storebø et al., 2015). Die Befunde verdeutlichen die Notwendigkeit der Weiterentwicklung bestehender sowie die Berücksichtigung zusätzlicher Behandlungsangebote für die Regelversorgung, insbesondere da ADHS mittlerweile zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters zählt.

Die weite Verbreitung der Störung, ihr oft chronischer Verlauf und das vielfältig ausgeprägte, komplexe Symptombild verlangen nach praxisnahen, multimodalen und langfristig wirksamen Therapieansätzen. Häufig sind eine unimodale Intervention mit Medikamenten oder auch eine psychotherapeutische Einzelbehandlung unzureichend, um das gesamte Spektrum an Symptomen und Funktionseinschränkungen zu verringern (Barkley, 2013). Medizinische, psychologische und pädagogische Maßnahmen sind in vielen Fällen erforderlich, um eine langfristig günstige Entwicklung der betroffenen Kinder zu ermöglichen (DGKJP, 2007, Döpfner & Sobanski, 2010). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, entwickelte Dr. Lysett Babocsai das Sommertherapiecamp (STC) auf der Grundlage des Summer Treatment Program (STP; Pelham et al., 2004). Im STC wird sowohl mit den Kindern selbst als auch mit deren häuslichen und schulischen Umfeldern therapeutisch gearbeitet. Das STC wurde von Dr. Lysett Babocsai in Kooperation mit Prof. Sabina Pauen und Dr. Eva Vonderlin am Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg aufgebaut und in den letzten vier Jahren erfolgreich durchgeführt. Das Modellprojekt und die wissenschaftliche Begleitstudie wurden über diesen Zeitraum von der Dietmar Hopp Stiftung gefördert.

Beim STC (Babocsai, 2016) handelt es sich um eine mehrwöchige, multimodale Intensivtherapiemaßnahme mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Verhaltensmodifikationstechniken (z. B. Verstärkung, gezieltes Ignorieren, Lernen am Modell) und kognitive Strategien (z. B. Selbstinstruktion, kognitive Umstrukturierung) werden zur Veränderung von Verhalten, zur Erhöhung der Selbstregulation, zum Erwerb von Lernstrategien und Sozialkompetenzen sowie zur Steigerung der Lernmotivation und Entwicklung von Problemlösefertigkeiten eingesetzt. Das Programm richtet sich derzeit an Familien mit Mädchen und Jungen im Alter von 7 bis 10 Jahren, bei denen eine Diagnose aus den folgenden ICD-10-Störungsgruppen

Die Behandlung von ADHS verlangt nach praxisnahen, multimodalen und langfristig wirksamen Therapieansätzen

vorliegt: Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens oder Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen. Da die Therapiemaßnahme für drei bis vier Wochen ganztägig konzipiert ist, wird sie zunächst in den Sommerferien angeboten.

In einer positiven Umgebung, die auf die Bedürfnisse von Kindern mit ADHS abgestimmt ist, arbeiten speziell geschulte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnnen/-therapeuten in Ausbildung sowie Masterstudierende im Fach Psychologie zusammen mit den Teilnehmerinnen/Teilnehmern am Aufbau angemessener Verhaltensweisen in den Bereichen Familie und Schule sowie im Umgang mit Gleichaltrigen. Zur Förderung von Bewegung und motorischen Fertigkeiten werden außerdem Einheiten aus der Heidelberger Ballschule (Roth & Kröger, 2015) als tägliche Aktivität durchgeführt. Neben der intensivtherapeutischen Behandlung der Kinder stellen Elternarbeit und ein Austausch mit den Schulen einen fundamentalen Bestandteil des Behandlungskonzeptes dar. So finden begleitend zur Gruppentherapie mit den Kindern wöchentliche Elternabende während des STC und monatliche Nachsorgetermine im Anschluss daran statt. Das Elterntraining wird im Gruppensetting angeboten und dient sowohl der Psychoedukation zum Störungsbild als auch dem Erfahrungsaustausch der Familien untereinander. Die Eltern erhalten einen Überblick über Grundprinzipien für den erfolgreichen Umgang mit Kindern mit ADHS. Zudem wird ihnen vermittelt, wie positive Veränderungen im Verhalten entwickelt, verstärkt und aufrechterhalten werden können. Darüber hinaus werden Themen wie Emotionsregulation und Problemlösen besprochen. Ein „Runder Tisch" zusammen mit Eltern und Schulpersonal wird nach Schulbeginn im Rahmen der STC-Nachsorge angeboten. In diesen Eltern-/Lehrerkonferenzen werden mit einer Therapeutin/einem Therapeuten des STC die Schwierigkeiten aber auch die Stärken der jeweiligen Kinder in der Schule und bei den Hausaufgaben erörtert sowie Grundprinzipien im Umgang mit ADHS und mögliche Hilfen für Lehrerinnen/Lehrer besprochen. Durch das Elterntraining und die Schulkonsultationen soll eine langfristige Übertragung der im STC erzielten Verhaltensveränderungen und neu erworbenen Fertigkeiten in das Familien- und Schulumfeld erreicht werden, so dass die Kinder auch in ihrem Alltag und persönlichen Umfeld vom Gelernten profitieren.

Elternarbeit und ein Austausch mit den Schulen stellen einen fundamentalen Bestandteil des Behandlungskonzeptes dar

Im Vergleich zu bestehenden multimodalen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Gerber-von Müller, 2009, Pelham et al., 1996) begründet sich das Verhaltensmodifikationsprinzip im STC auf Verstärkung ohne Response-Cost. In der Umsetzung des Konzeptes wird auf den Aufbau von angemessenem Verhalten und Kompetenzen anstelle des Abbaus von Störverhalten fokussiert. Ein speziell entwickeltes, aufeinander aufbauendes Verstärkersystem (Lob, Punkte, Preise und Privilegien) und eigens erarbeitete Grundprinzipien (Fokus auf das Positive, Ressourcenorientierung, kindgerechte und störungsspezifische Erwartungen, Beachtung von Bedürfnissen und Motivation) bilden den Kern des im STC angewandten therapeutischen Ansatzes. Die innovative Kombination von ausschließlich auf Verstärkerprinzipien beruhendem Verhaltensmodifikationssystem, wohlwollender Grundhaltung und Unterstützung bei der Emotionsregulation sowie Impulskontrolle hat positive Konsequenzen für Motivation, Lernen, das Auftreten prosozialer Verhaltensweisen und die Beziehungsgestaltung. Besonders bei Kindern mit ADHS ist diese Vorgehensweise sehr wirkungsvoll, da sie im Alltag viele negative Rückmeldungen erhalten. Durch den Aufbau von Annäherungsmotivation im Vergleich zu Vermeidungsmotivation sind die teilnehmenden Kinder umso mehr bemüht, sich entsprechend der Regeln zu verhalten und Anforderungen zu erfüllen. Das erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit von erwünschten Verhaltensweisen, wofür die Kinder im Gegenzug wieder positiv verstärkt werden. Somit kann Funktionsbeeinträchtigungen in der schulischen Entwicklung, in sozialen Beziehungen zu Familienmitgliedern und Gleichaltrigen sowie in der Persönlichkeitsentwicklung vorgebeugt, entgegengewirkt oder reduziert werden. Das wiederum verbessert die Eingliederung von Kindern mit ADHS in alltägliche Abläufe der Gemeinschaft.

Das Verhaltensmodifikationssystem des STC findet in allen Gruppenaktivitäten (Lernzentrum, Ballschule, gemeinsames Mittagessen, Spiel- und Freizeit, Soziales Kompetenztraining, Schwimmen) durchgehend Anwendung. Die schulischen, sportlichen und spielerischen Beschäftigungen werden täglich in derselben Abfolge durchgeführt. Die damit verbundene hohe Struktur im Ablauf hilft beim Aufbau von Routinen und erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit von angemessenem Verhalten. Das STC arbeitet mit vier bis sechs Regeln, welche den Kindern vor dem Beginn jeder Aktivität mitgeteilt werden. Das bietet klare Grenzen. Innerhalb dieser wird an verschiedenen Verhaltenskategorien (z. B. Einhalten von Gruppenregeln, Befolgen von Anweisungen, aufmerksam sein und bei der Sache bleiben, aggressives Verhalten, nörgeln, hänseln) gearbeitet. Angemessene, regelkonforme und

prosoziale Verhaltensweisen werden in Form von Punktegewinn sowie durch Aufmerksamkeit und Lob verstärkt. Punkte werden über den gesamten Tag hinweg vergeben und die Kinder werden über ihren Punktestand regelmäßig informiert. Somit erhalten sie in allen Situationen unmittelbar Rückmeldung bezüglich ihres Verhaltens. Gesammelte Punkte können nach expliziten Richtlinien gegen tägliche Belohnungen (Superverhaltenssticker, Schatzkistenpreise und Spielzeit) sowie wöchentliche Privilegien (Teilnahme an „Spaß Freitag"-Aktivitäten) eingetauscht werden. Leichte Regelverstöße (z. B. verlassen des Aktivitätsortes) und leichtes Stör- und Fehlverhalten (z. B. unterbrechen) werden gezielt ignoriert oder mit prosozialen Strategien (Brotman et al., 2011) korrigiert. Pausen von der Gruppenaktivität werden mit einzelnen Kindern nur in hochemotionalen Situationen, in denen absichtlich aggressive oder destruktive Verhaltensweisen auftreten, gemacht. Um diesen vorzubeugen, wird den Kindern im STC aktiv vermittelt, Auszeiten zur Emotionsregulation zu nutzen. Während die generelle Struktur und der Ablauf des STC für alle Kinder gleich sind (standardisierte Behandlungskomponente), können Interventionsstrategien bei Bedarf hinzugefügt oder dem Verhalten und den kognitiven Erfordernissen der einzelnen Kinder angepasst werden (individualisierte Behandlungspläne).

Das intensivtherapeutische Angebot bietet mehrere Vorteile gegenüber bisherigen Therapiemaßnahmen für Kinder mit ADHS und deren Familien. Die Bündelung von Therapiestunden, die normalerweise über mehrere Jahre andauern, auf einen Monat in den Sommerferien, führt zu einer Entlastung für die betroffenen Kinder und Familien im Alltag. Zusätzliche Einzeltherapiestunden nach langen Schultagen können reduziert werden. Die spezielle Konzeption des STC für Kinder mit ADHS und deren Familien stellt eine gezielte Ausrichtung auf die Bedürfnisse sowie Schwierigkeiten der Betroffenen sicher. Die unterstützende Umgebung führt bei den meisten Kindern mit ADHS zu Entspannung, was sich positiv auf die Lernbereitschaft, Motivation und den Selbstwert der Kinder auswirkt. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Familien (tägliche Rückmeldungen und wöchentliche Elternabende) wird auch für die Eltern ein stärkendes Umfeld geschaffen. Die ganztägige Behandlung der Symptome und Funktionsdefizite sowie das Erlernen und Einüben von Schul- und Sozialkompetenzen wird in einer für die Kinder lebensnahen Umgebung durchgeführt. Das erhöht die Übertragung der Therapieerfolge in den Alltag. Durch die Kombination einer Vielzahl von psychosozialen Interventionen (z. B. Beratung/Psychoedukation von Eltern und Lehrern/Erziehern, Elterntraining in Verhaltensmodifikation und Verhaltensmanagement, Training von schulischen Fertigkeiten und Konzentrationsförderung, soziales Kompetenztraining sowie kognitive Verhaltenstherapie des Kindes) werden Verbesserungen in der Symptomatik und in den Funktionseinschränkungen in mehreren wichtigen Bereichen des alltäglichen Lebens gleichzeitig erreicht. Diese frühe, qualifizierte und nachhaltige Intervention vergrößert die Chancen der Kinder auf eine positive Entwicklung und die Vermeidung von Sekundärfolgen. Zudem tragen die Schulungen von angehenden Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Masterstudierenden dazu bei, dass Wissen und praktische Kompetenzen über ADHS und deren Behandlung schon früh im Psychologiestudium und in der therapeutischen Ausbildung vermittelt werden. Hierdurch erhält das Thema ADHS mehr Gewicht und künftige klinische Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten werden besser für die Behandlung dieses Störungsbildes qualifiziert.

Die wissenschaftliche Begleitstudie zum STC überprüfte umfassend die Wirksamkeit der Therapiemaßnahme. Die Ergebnisse weisen sowohl auf Verbesserungen der klinischen Gesamtsymptomatik als auch der störungsspezifischen Symptome und Funktionsdefizite bei den STC-Teilnehmerinnen/-Teilnehmern hin (Babocsai et al., 2016). Diese positiven Veränderungen zeigen, dass sich das STC als Gruppentherapieprogramm für die Behandlung von Kindern mit ADHS und externalisierenden Störungen im deutschsprachigen Raum eignet und einen Therapieansatz darstellt, der die Versorgung von Kindern mit ADHS und deren Familien wesentlich bereichert und erweitert.

Das Verhaltensmodifikationsprinzip des Sommertherapiecamps begründet sich auf Verstärkung ohne Response-Cost

Literaturhinweise

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

Dr. phil. Lysett Babocsai

Freie Mitarbeiterin am Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg, wo sie seit 2014 das Sommertherapiecamp und Intensivtherapieprogramm für Kinder mit ADHS leitet.

Prof. Dr. Sabina Pauen

Seit 2001 Professorin für Entwicklungs- und Biologische Psychologie an der Universität Heidelberg. Hier untersucht sie die Entwicklung in der frühen Kindheit. Seit 2012 leitet sie den interdisziplinären Forschungsverbund Self-regulation and Regulation (s. auch gleichnamiges Open Access Journal).

Dr. phil. Eva Vonderlin

Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Studien- und Ambulanzleitung des Ausbildungsgangs Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am ZPP sowie der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder- und Jugendliche, Universität Heidelberg. Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrtätigkeit, Supervisorin.

Abbas Jabbarian

Selbstliebe
Wie lernen wir sie?

Das Prinzip der Selbstliebe aus der Sicht der Positiven Psychotherapie

Wer nur nach Erkenntnis strebt, um sich von den eigenen emotionalen Problemen zu befreien, wird in der Realität nie das finden, was wirklich ist.
Orientalische Lebensweisheit

Warum dieses Thema?

In meiner psychotherapeutischen Tätigkeit begegne ich sehr häufig Menschen mit mangelnder oder fehlender Selbstliebe. Dieses Problem führt aus psychotherapeutischen Gesichtspunkten zur Entwicklung von externen Liebesabhängigkeiten in der zwischenmenschlichen Beziehung, Suchtmittelabhängigkeiten, psychosomatischen Beschwerden, Angst- und Depressionssymptomatiken. Häufig chronifizieren sich diese Symptomatiken, da die wirkliche tiefenpsychologisch relevante Ursache nicht erkannt wird. Viele Menschen mit mangelnder Selbstliebe suchen vergeblich nach Gründen ihres Unglücklichseins oder ihrer Unzufriedenheit, innerer Unruhe, Rastlosigkeit, Gereiztheit, Freudlosigkeit, ohne zu wissen, dass es ihnen an der Selbstliebe mangelt. Die unbewusste konfliktbeladene Suche leiten sie in problematische Richtungen, die weitere Erkrankungen somatischer und seelischer Art verursachen bzw. das vorhandene Problem verschärfen.

Eine Lebensweisheit in der christlichen Welt besagt: „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst." Im Lebensalltag beobachte ich, dass diese Weisheit nicht in ihrem Sinne gelebt wird, da die Verinnerlichung fehlt. Entweder lieben Menschen ihre Nächsten überbetont, so dass sie sich selbst ständig vernachlässigen und irgendwann erschöpft sind, oder sie lieben sich überaus im Sinne des Egozentrisch-Narzisstischen auf Kosten anderer unempathisch. Das Ausgewogene in fast allen Patientinnen und Patienten ist leider zu wenig geprägt bzw. geübt. Dieses soll bewusster und reflek-

tierter angeeignet werden, um eine innere Zufriedenheit, ja inneren Frieden, Respekt und Selbstliebe entwickeln zu lassen. Als Verfasser kann ich von Glück sprechen, dass ich durch das Studium Psychologie auf dieses Phänomen aufmerksam wurde und über Jahre durch Austausch, Meditation und Lesen von entsprechender Literatur die innere Entwicklung in Richtung Balance zwischen Selbstliebe und Empathie erlangt habe. Diesen Weg werde ich fortsetzen, denn er ist ein wunderbarer Pfad.

Entwicklungspsychologische Bedingungen der Selbstliebe aus der Sicht der Positiven Psychotherapie

Mit dem Positiven Ansatz ist es für den Menschen möglich, sich und seinen biografischen Werdegang in seiner Selbstliebeentwicklung besser kennenzulernen und zu verstehen. Es gelingt ihm dann, Selbsthilfemaßnahmen für sich zu finden, um seine Selbstliebe zu verbessern.

Der Begriff *positiv* stammt vom Lateinischen *positum* und bedeutet das Verborgene, das Tatsächliche. Verborgen und tatsächlich sind aus der Sicht der Positiven Psychotherapie die notwendigen Entwicklungsbedingungen und Ressourcen für Menschen, die eine gesunde und stabile Selbstliebe im ganzheitlichen Sinne ermöglichen. Der Begründer dieser psychotherapeutischen Schule ist mein Psychotherapielehrer, der Wiesbadener Psychiater und Psychotherapeut Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian (1933 – 2010). Ich hatte das Glück und bin dankbar, über zehn Jahre meine Psychotherapieausbildung bei ihm absolvieren zu können und darüber hinaus wissenschaftlich mit ihm zum Thema Wirksamkeit in der Kurzzeittherapie nach Positivem Ansatz zu arbeiten.

Der Kernansatz der Positiven Psychotherapie ist das *Balance-Modell* (Abbildung 1), das ich zu Beginn dieses Fachartikels kurz vorstellen möchte, bevor der Selbstliebeansatz erläutert wird.

Zum besseren Verständnis und systematischen Vorgehen wird das Leben der Menschen in vier Bereiche unterteilt.

Der Bereich *Körper/Sinne/Gesundheit* befasst sich mit dem Alltag des Körpers wie Ernährung, Schlaf, Hygiene, Aussehen, körperliche Erkrankungen und Empfindungen, Wohnungseinrichtung, Sport, Regeneration etc. Hier wird durch Achtsamkeit das Bewusstsein geweckt, wie ein Mensch mit sich und seinem Körper umgeht. Es wird eine Art Selbstreflexion erlernt.

Der Bereich *Leistung und Beruf* nimmt die Leistungsfähigkeit und Überlegungen zum beruflichen Alltag unter die Lupe wie Berufswahl, Zufriedenheit im Beruf, Leistungsfähigkeit, Veränderungsmöglichkeiten und -wünsche, Verbesserungsideen etc. Hier wird die mentale Fähigkeit zur Weiterentwicklung gefördert.

Der Bereich *Kontakt und Beziehung* hat die Aufgabe, Kontakte und Beziehungen bewusster zu betrachten, sie zu fördern oder sich mehr abzugrenzen, eigene Gefühle bewusst wahrzunehmen und den adäquaten Umgang damit zu lernen. Da die Emotionen in zwischenmenschlichen Beziehungen, auch zu sich selbst, entstehen, findet die Achtsamkeit auf Gefühle in diesem Bereich eine besondere Bedeutung.

Der Bereich *Kreativität, Zukunft, Spiritualität* erhöht das Bewusstheit zu Fantasiefähigkeit, Zukunftsvorstellung und -planung sowie reflektive Betrachtung der eigenen Lebensphilosophie, dem Sinn des Lebens etc. In diesem Bereich wird hingeschaut, wie ein Mensch gelernt hat, zu fantasieren …, wie er seine Zukunftsorientierung erworben hat bzw. welche Weltanschauung er in sich trägt. Und es wird hingeschaut, ob diese Weltanschauung seine eigene ist oder ein Fremdkonzept aus der Vergangenheit, das ihn durch sein Leben führt.

Mit dem Positiven Ansatz gelingt dem Menschen, sich … besser kennenzulernen

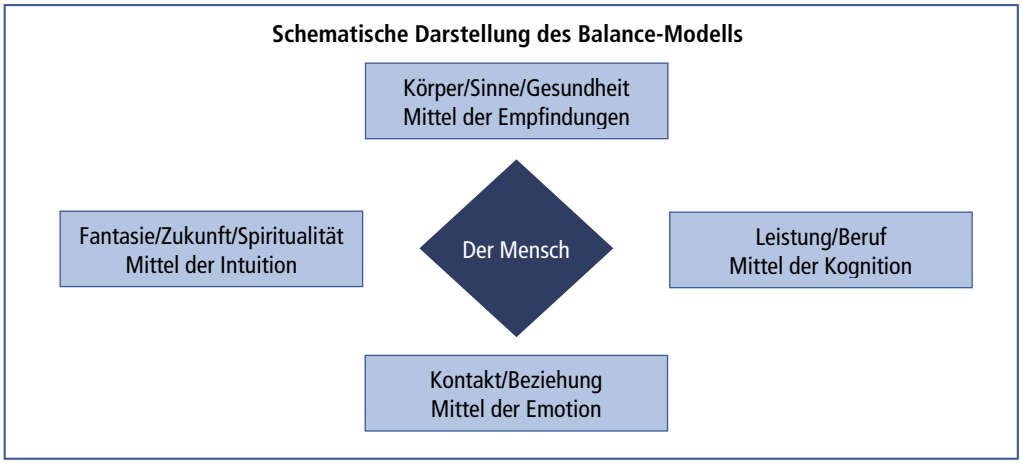


Abbildung 1

Wenn unsere Aufmerksamkeit sich von Lärm, Gerede und Schein fesseln lässt, ist es ein Ding der Unmöglichkeit, sich selbst zu entdecken und zu verstehen.
Orientalische Lebensweisheit

Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte zur Entstehung der Selbstliebe nach dem Ansatz der Positiven Psychotherapie

Das unten dargestellte Balance-Modell (Abbildung 2) stellt diese Entwicklungsbedingungen der Selbstliebe anschaulicher dar.

Erster Schritt der Entstehung der Selbstliebe durch Elternliebe

Bei der Entwicklung der Selbstliebe geht die Positive Psychotherapie vom Ansatz der Bindungstheorie aus (Profs. Karin & Klaus E. Grossmann). Die körperlich-emotional-geistig anwesenden und zugewandten Eltern oder Bezugspersonen lösen im Neugeborenen und Kleinkind einen Zustand des Halts, der Sicherheit und der Zusammengehörigkeit im Sinne einer anfangs notwendigen symbiotischen Beziehung aus. Das Kleinkind nimmt die emotionale Wärme durch den optischen, mimischen, körperlichen, akustisch-sprachlichen Umgang wahr. Dieser Kontakt, der ebenfalls mit rechtzeitiger Erfüllung seiner Bedürfnisse wie Hunger, Windelwechsel, Schlaf, Ruhe etc. regelmäßig stattfindet, gestaltet eine positive neuronale Resonanz in wichtigen Gehirnarealen des Kindes wie Thalamus, Hypothalamus, Hypocampus und Amygdala. Das Ergebnis wird eine gute Befriedigung sein, die wir allgemein als Liebe durch umsorgende Bindung bezeichnen. Auch der entsprechende Kontakt der Geschwister mit dem Kleinkind – ausgehend vom Liebes- bzw. Bindungsumgang der Eltern – hat einen beträchtlichen Einfluss auf die Wahrnehmung des Kleinkindes im familiären Kontext der Zusammengehörigkeit. Auf diese Weise heißt es: das Kleinkind lernt und fühlt sich geliebt. Die Bindung durch Eltern und Geschwister vermittelt dem Kleinkind Sicherheit und Zugehörigkeitsgefühl. Diesen Liebesumgang in adäquater Menge wird das Kind zunehmend in der Beziehung zu sich selbst anwenden, die ich als Selbstliebe und kindliche Entstehung der Selbstliebe bezeichne.

Die liebevolle, bindungsstarke und respektvolle Beziehung der Eltern untereinander prägt die Selbstliebeentwicklung des Kindes

Zweiter Schritt der Entstehung der Selbstliebe und Partnerliebe

Die liebevolle, bindungsstarke Beziehung der Eltern untereinander halte ich für eine weitere essenzielle Phase der Selbstliebeentwicklung des Kindes, wonach eine stabile partnerschaftliche Beziehung folgen kann. Wichtige Liebes- und Bindungsqualitäten in der zwischenmenschlichen Beziehung, insbesondere in der Partnerschaft der Eltern, wie Respekt, Toleranz, Verzicht, Rücksicht, Innovation, Teamgeist, Sensualität und Achtsamkeit werden im Laufe ihrer Sozialisation von Kindern permanent wahrgenommen und in ihr Wertesystem integriert. Dieser Lernprozess findet nach meinen Beobachtungen auch bei eigenen Kindern unbewusst, halbbewusst oder bewusst statt. Auf jeden Fall sind Eltern im täglichen Umgang miteinander eine Bühne unzähliger Umgangswerte für ihre Kinder. Nicht nur den Umgang der Eltern miteinander in diesem Sozialisationsprozess halte ich für sehr bedeutend, sondern auch die Beziehung der Eltern mit dem Kind hinterlässt prägende Auswirkungen auf die Entwicklung der Selbstliebe von unterschiedlichen Geschlechtern (Mutter-Frau, Vater-Mann). Die sich nicht wahrgenommene, nicht beachtete und nicht geliebte Tochter eines Vaters, zumal der Vater im Leben einer Tochter die allererste Erfahrung mit einem Mann ist, wird unbewusste Einflüsse auf die Qualität der Beziehung zu Männern hinterlassen (Vater-Tochter-Bindung). Die Tochter, die von ihrem Vater nicht geliebt wurde oder nur geliebt worden ist, wenn sie Leistung und Erfolge gebracht hat, wird sich mit großer Wahrscheinlichkeit nicht wegen ihres Selbst lieben lernen, sondern weil sie leistet. Später akzeptiert

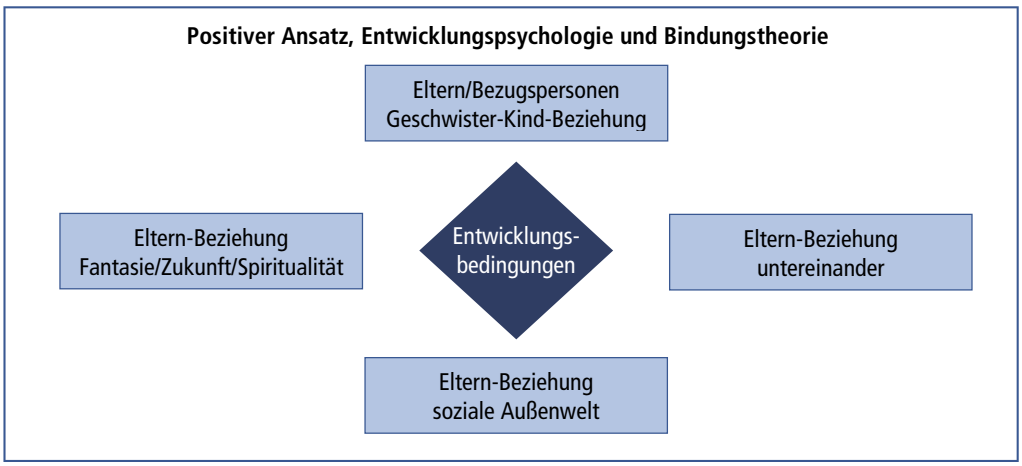


Abbildung 2

sie sich nur bei Leistung in überbetonter Form und vernachlässigt ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse. Ferner wird sie unbewusst in einem neurotischen Vater-Tochter-Beziehungsmuster mit dem Partner leben und sich bemühen, viel zu leisten, um geliebt zu werden. Diese Neigung belastet auf Dauer die emotionale und bindungsorientierte Beziehung, da die partnerschaftliche Beziehungsqualität wie Sensualität, Sexualität, Gegenwartwahrnehmung und Genießen der Momente des Zusammenseins häufig vernachlässigt werden. Und wenn der spätere Partner eine ähnliche Sozialisation mit seiner Mutter (Mutter-Sohn-Bindung) durchwandert hat, werden – trotz einer meist erfolgreichen Ehe und Familie mit einem guten bis sehr guten Lebensstandard – wesentliche Liebesqualitäten wie etwa Zufriedenheit, Harmonie und Glück fehlen.

Dritter Schritt der Entstehung der Selbstliebe und Empathie

Die biblische Weisheit besagt: *„Liebe deinen Nächsten wie dich selbst."* Hier ist die Bedeutung der Selbstliebe schon seit einigen Jahrhunderten betont. In der Positiven Psychotherapie halten wir es im Sozialisationsverlauf für sehr notwendig, dass Offenheit der Eltern gegenüber anderen Menschen außerhalb der Familie in achtungsvoller, toleranter und respektvoller Art vorgelebt wird. In der heutigen Welt, z.B. in Deutschland, in der viele Menschen unterschiedlicher Kulturen, Hautfarben, Religionen und Bräuche zusammenleben, entsteht Liebe im Sinne des Friedens unter Menschen lediglich durch eine Selbstliebe. Offenheit halte ich für eine wichtige Säule der Liebe. Durch die offene, respektvolle Elterneinstellung gegenüber anders Denkenden, Aussehenden, Lebenden und Glaubenden (Vorbilder) lernen Kinder, kulturelle Vielfalt in der Welt in sich zu integrieren. Dies bezeichne ich als einen Teil der Selbstliebe, denn der junge Mensch lernt, seine emotionale und kognitive Welt in sich zu bereichern, sich selbst anzunehmen und darüber hinaus auch seine Nächsten.

Vierter Schritt der Entstehung der Selbstliebe

Fantasiefähigkeit ist nicht nur eine seelisch-geistige rettende Polsterung in Krisensituationen, sondern auch eine Fähigkeit zur Entstehung der Kreativität in diversen künstlerischen Richtungen. Humor ist eine Art kreativer, liebevoller Umgang mit sich, anderen Menschen und Situationen. Vor allem Kinder haben grenzenlose Fantasien in allen Bezügen. Sie sind selbst hervorragende Produzenten von Fantasien bzw.

Die biblische Weisheit besagt: „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst"

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, Glaubhaftigkeit), nächste Termine: **DP Michael Hinn** „Grundlagen und Strategien der Diagnostik im familienrechtlichen Gutachten." 10./11.März 18 (Modul Familienrecht); **Richter Dr. Henry Eckhardt** „Die psychologische Begutachtung im familiengerichtlichen Verfahren" 14./15. April 2018 (Module Grundlagen u. Familienrecht)
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen:** 200 WE in 12 Blöcken zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie nächster Termin: **Dr. Viktor Herlitz** „Persönlichkeitsstörungen" 14. April 2018
- **EMDR-Zusatzqualifikation: Dr. DP Georg Pieper** „EMDR Grundkurs"17./18. März 2018
- **VT-Ergänzungsqualifikation f. Mediziner u. Psychologen** (120 Std.) nächster Termin: ***Neu !*** **Dr. Marion Schowalter** „Entspannungstraining (PMR) und sein therapeutischer Einsatz" 10. März 2018
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken) - Nächste Termine: **Dipl.-Soz. Päd. Michael Elsner** „Pornosucht" 27. Apr. 18; **Prof. Dr. Dirk Revenstorf** „Paartherapie u. Entwickl. d. Liebesfähigkeit" 28./29. Apr. 18
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurr. d. MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken) Nächster Beginn: **Dr. DP B. Peter** „B1 (KE) Einführung in die Ericksonsche Hypnose u. Therapie" 16./17. Nov. 18
- **Hypnotherapeutische u. systemische Konzepte für die Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen (KiHyp) Sonderpädagogin Birgit Steiner-Backhausen:** „K2 - Individuelle Weltbilder des Kindes" 6./7. Juli 2018

Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen finden Sie auf der IVS-Homepage.

Zum Vormerken: **15. Fachtagung des IVS: "Psychotherapie - eine Vielfalt 3.0"** am 13. Oktober 2018 in Erlangen

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

sie lernen durch viele Kinderbücher und Märchen, ihre Fantasien weiterzuentwickeln. Daher ist es von großer Bedeutung, Fantasien der Kinder zu fördern, sie dabei ernst zu nehmen und ihnen Beachtung zu schenken. Vielfach stehen Fantasien mit Zukunftsvorstellungen in Verbindung. Ich halte es für eine wesentliche Aufgabe der Eltern, ihren Kindern bei ihren Fantasien zuzuhören und diese gemeinsam mit ihnen weiterzuentwickeln. Denn die Akzeptanz der Fantasien führt zu Selbstannahme, Selbstvertrauen, Zutrauen und Selbstsicherheit, welche ich unter dem Sammelbegriff Selbstliebe zusammenfasse.

Eine tolerante, respektvolle spirituelle Orientierung der Eltern vermittelt den Kindern Offenheit in der Weltanschauung, Angstfreiheit, Kontaktfreude. Der junge Mensch fühlt in sich Frieden, mit einem stabilen inneren Halt, Gelassenheit anstatt Angst, neurotische Abgrenzung, Distanzierung und Pessimismus gegenüber seiner vielfältigen Außenwelt.

Wenn wir wissen wollen,
wer wir wirklich sind,
müssen wir die wahren
Motive unserer
Handlungen kennen.
Orientalische Lebensweisheit

Wie können wir unsere Selbstliebe verbessern?

Die oben dargestellten Sozialisationsprobleme oder -defizite sind nach meiner Auffassung keine Schicksalsbestimmungen. Die Elternvorbilder konnten es auch nicht besser, da sie in ihrer Sozialisation kaum Vorbilddimensionen erlebt haben. Es geht bei der reflektiven Betrachtung der Biografie keinesfalls um Schuldzuweisungen in Richtung der Eltern, denn das wäre eine juristische Angelegenheit. Psychologie und Psychotherapie begeben sich wissenschaftsanalytisch auf den Weg des Findens von Ursachen hinter den Symptomen, um dadurch zum Weg der positiven Entwicklung zu gelangen. Indem wir uns bewusst machen, dass in der Sozialisation einiges konflikthaft verlaufen ist, sind wir in der Lage, mit Hilfe von Literatur, Seminaren, Psychotherapie sowie regelmäßigen oder gelegentlichen Coachingterminen bei anerkannten Experten die Selbstliebe in uns zu entwickeln. Für mich eine Lebensaufgabe, denn das innere Wachstum ist ein Phänomen der fortwährenden, bewussten Arbeit an sich. Es ist wichtig, als professionell Handelnde und Wirkende an diesem Entwicklungsprozess dran zu bleiben, denn wir können nicht anderen Ratschläge geben, an die wir uns selbst nicht halten. Auch wir sind Vorbilder für unsere Patienten.

Es gibt nur zwei Tage
im Jahr, an denen man
so gar nichts tun kann:
der eine heißt gestern,
der andere heißt morgen;
also ist heute der richtige
Tag, um zu lieben, zu
glauben, zu handeln,
und vor allem zu leben.
Dalai Lama

Der Verfasser übt schon seit Jahren eine morgendliche und abendliche Meditation zur bewussten Wahrnehmung der inneren Welt und zur Förderung der Selbstliebe. Jeden Morgen nach dem Aufwachen übe ich dieses Mantra: *„Ich werde aus dem heutigen Tag einen guten Tag machen."* Mit einigen tiefen, langsamen, bewussten Atemzügen stehe ich auf und beginne den Tag. Die Leser können durch Überlegungen ihr eigenes Mantra formulieren, das zu ihnen passt. Das Mantra soll möglichst aus dem eigenen inneren Befinden stammen. Zwei oder drei Mantren über den Tag verteilt fördern bei täglicher achtsamer Anwendung den Kontakt zu sich selbst im Sinne der Selbstliebe.

Eine bewusst einfache Struktur durch das unten dargestellte Balance-Modell des Positiven Ansatzes ermöglicht den schrittweisen Aufbau der Selbstliebe. Ich erinnere an dieser Stelle an das Modell (Abbildung 3).

Das Balance-Modell der Positiven Psychotherapie von Prof. Peseschkian

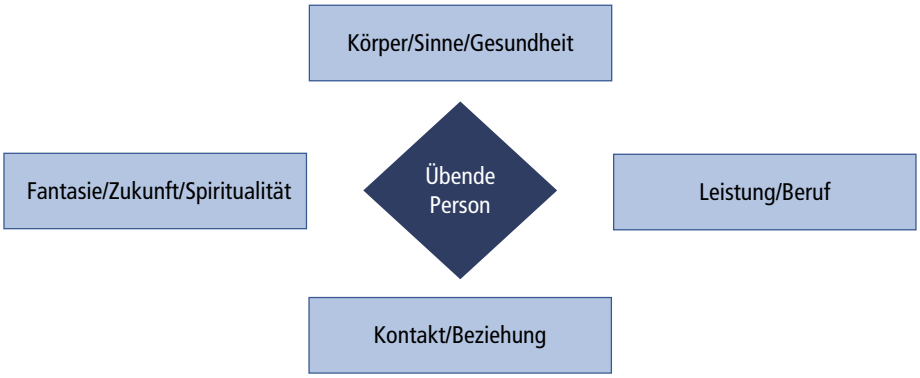


Abbildung 3

Beginnen wir mit dem ersten Bereich *Körper/Sinne/Gesundheit.* Der selbstliebende Mensch achtet auf seine Ernährung, Schlafgewohnheit, Regenerationsbedürfnisse, regelmäßige sportliche Tätigkeit, eine gewisse Struktur und Ordnung sowie Ästhetik in seiner Wohnung und vermeidet überfordernde und überlastende Lebensgewohnheiten hinsichtlich seines Körpers. Regelmäßige ärztliche Kontrollen zum Gesundheitszustand sind notwendig für ein frühzeitiges Handeln. Der Körper ist ein Teil der Natur und braucht Regelmäßigkeit im Alltag. Der Verfasser erinnert an die Jahreszeiten, den Atemrhythmus und Herzschlag sowie Tag und Nacht, also an den Rhythmus in der Natur. Den Körper lieben zu lernen, bedeutet, einen achtsamen Umgang mit ihm zu erlernen.

Die Fortsetzung der Selbstliebeübung im zweiten Bereich des Balance-Modells betrifft *Leistung und Beruf.* Im Rahmen der individuellen Möglichkeiten ist es wichtig, im Beruf Gelassenheit zu üben, regelmäßige Pausen einzulegen, Fortbildungen zu besuchen, um professioneller und kompetenter zu denken und zu handeln, gute Kontakte zu Kollegen zu pflegen, rechtzeitig Feierabend zu machen, die Fähigkeit zu erwerben, das Übermäßige am Arbeitsplatz stehen zu lassen, regelmäßige Überstunden strikt zu vermeiden, Kontakt zwecks Entlastung mit dem Vorgesetzten aufzunehmen, um beispielsweise Erschöpfungszuständen, Motivations-, Sinn- und Freudverlust vorzubeugen. Übermäßige Arbeitsbelastung kann Menschen in einen Pseudoehrgeiz führen, das Gefühl von Unersetzbarkeit und Scheinwichtigkeit vermitteln. Dies ist ein Phänomen, das symptomauslösende Entwicklungen mit sich bringt und letztlich in eine Arbeitsunfähigkeit mündet, eine immer häufiger werdende Beobachtung im Praxisalltag.

Der dritte Bereich des Balance-Modells bezieht sich auf *Kontakt und Beziehung*. Der Selbstliebe übende Mensch braucht Kommunikation, energiegebende Kontakte, stabile Beziehungen, um sich zu regenerieren. Regelmäßige guttuende Kontakte zum Austausch über „Gott und die Welt" führen zur seelisch-sozialen Entspannung und Regeneration. Zeit nehmen für die Partnerschaft, Kinder, Freunde und Verwandte, Nachbarschaft etc. Im Rahmen der Möglichkeiten lenken arbeitende Menschen positiv ab und vermitteln Herzlichkeit, Freundschaft, Liebe und Geliebtwerden, positive Kräfte, Anerkennung, Respekt und Verbundenheit im sozialen Gefüge.

Im vierten Bereich finden Qualitäten wie *Fantasiefähigkeit, Kreativität, Zukunftsorientierung sowie Spiritualität* ihre Bedeutung im Alltagsleben. Kreativ sein im Alltag heißt, ausgewogene Freizeitgestaltung, um Geist und Seele energetisch zu laden wie Konzert- und Theaterbesuche, Musizieren, interessante Literatur lesen, sich Zeit nehmen für Meditation, Selbstwahrnehmung, Zukunftsorientierung, die Familie, alternde Eltern etc. und um die Beziehung zu sich selbst, seine Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Störungen, Unzufriedenheit, Symptome zu erkennen. Liebe zu sich selbst bedeutet, die Beziehung zu sich zu suchen, um zu lernen, sich selbst anzunehmen, mit sich Frieden zu schließen, veraltete, nicht taugliche Gewohnheiten abzulegen und neue positive, lebensbejahende Konzepte zu üben und zu stabilisieren. „Der Mensch braucht nach einiger Zeit auch neue ‚Apps'!!!".

Mut zur Gründung von Supervisionen, Intervisionen und Selbsthilfegruppen

Entwicklung des Bewusstseins für die Selbstliebe geht nur gemeinsam. Individuelle Bemühungen sind zwar möglich, jedoch erreichen sie irgendwann ihre Grenzen. In einer Selbsthilfegruppe stehen mehr Potenziale und Austauschmöglichkeiten zur Verfügung, um sich positiv weiterzuentwickeln. Auch in der Psychotherapie (für Einzelne bzw. für eine Gruppe) können Ressourcen erkannt und freigesetzt werden. Coaching ist ebenfalls eine Möglichkeit der persönlichen Entwicklung zuerst mit einem professionellen Begleiter, dann individuell. Kolleginnen und Kollegen können ihre Patientinnen und Patienten zur Bildung von Selbsthilfegruppen motivieren. Die praktische Arbeit kann nach dem oben dargestellten Balance-Modell beginnen. Zu diesem Thema gibt es zahlreiche Literatur. Nichts unterliegt dem Schicksal. Jeder Mensch ist in der Lage, seine Biografie achtsam zu betrachten, sich problematischen, konflikthaften Passagen zu stellen und durch positive Gewohnheiten, Einstellungen und Emotionen zu ersetzen, um die Gegenwart und seine Zukunft glücklicher zu gestalten. Unsere innere Entwicklung ist eine fortwährende und lebenslange Aufgabe. Glück und Zufriedenheit im Leben ist eine Sache des Bemühens und des Mutes, der Geduld und der Gemeinsamkeit.

Aus eigener Erfahrung vermag ich festzustellen: Es lohnt sich, diesen Weg zu gehen.

Jeder Mensch ist in der Lage, mit bestehenden Hilfen, … sich problematischen und konflikthaften Passagen zu stellen … und die Zukunft glücklicher zu gestalten

Literaturhinweise

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

Dr. Abbas Jabbarian

Psychologischer Psychotherapeut, geboren in Maschad/Nordosten Irans, seit 1976 in Deutschland. Studium der Psychologie in Iran und Deutschland. Niedergelassener Psychotherapeut in Leer, Ostfriesland. Coach und Supervisor DPA/BDP, Gesprächspsychotherapeut GwG, Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapeut WIAP, Focusingtherapeut (DFT).

Markus Plantholz

Der Antrag auf **Sonderbedarfszulassung**

Neues Urteil des Bundessozialgerichts

Praktisch alle Bedarfsplanungsgebiete sind als überversorgte Gebiete für Neuzulassungen auf dem Gebiet der Psychotherapie gesperrt, obwohl die Wartezeiten für die Therapieplätze teils nach wie vor sehr lang sind. Teilweise besteht auch kein Gleichgewicht bei der Verteilung der zugelassenen Psychotherapeuten auf die Richtlinienverfahren. Deshalb kommt es immer einmal wieder zu Anträgen auf Zulassung im Wege des Sonderbedarfs. Traditionell ist die Rechtsprechung davon geprägt, dass den Zulassungs- und Berufungsausschüssen bei der Einschätzung des Sonderbedarfs ein nur begrenzt gerichtlich überprüfbarer Einschätzungsspielraum zusteht, dessen Ausübung aber voraussetzt, dass die Zulassungs- und Berufungsausschüsse den zugrunde liegenden Sachverhalt ermitteln. Nun hat eine neue Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) die Anforderungen an diese Ermittlung erheblich heraufgesetzt. Die Grundzüge dieser Entscheidung sollten alle kennen, die sich mit einem solchen Antrag auf Zulassung im Wege des Sonderbedarfs befassen.

Auf die Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder kommt es nicht an – entscheidend ist die Fachkunde

Allgemeines

§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr.3 SGB V sieht die „ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze" vor, „soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken". Der Antrag auf Sonderbedarfszulassung ist für einen bestimmten Standort zu stellen. Grundsätzlich ist zwischen zwei Arten des Sonderbedarfs zu unterscheiden: § 36 BedPl-Rl nennt den lokalen und den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf. § 37 BedPl-Rl schafft ergänzende Regelungen nur für den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf.

Die Zulassung wegen Sonderbedarfs ist zunächst an den Ort der Niederlassung gebunden, d.h. es ist eine Bezugsregion zu benennen, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll. Wurde die Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll, abgegrenzt, hat der Zulassungsausschuss zu prüfen, ob Versorgungsdefizite in der betreffenden Region innerhalb des Planungsbereichs vorliegen. Dabei hat er eine umfassende Ermittlungspflicht, um deren Reichweite es auch in dem neuen Urteil des BSG geht (s.u.). Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt zudem voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte) ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. Die Sonderbedarfszulassung setzt schließlich voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

Zumutbarer Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung

§ 36 Abs. 4 BedPl-Rl

Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der Niedergelassenen) ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und auf-

grund dessen Versorgungsdefizite bestehen. Exakte Vorgaben für die Berechnung eines Versorgungsdefizits gibt es nicht (BSG, Urteil vom 28.04.2004, Az. B 6 KA 90/03 B). Das BSG geht grundsätzlich davon aus, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nicht besteht, „wenn Vertragsärzte der maßgeblichen Arztgruppe sowohl in der nahegelegenen Großstadt als auch in einer anderen Stadt bzw. Gemeinde des jeweiligen Landkreises mit öffentlichen Verkehrsmitteln auch problemlos erreicht werden können" (BSG, Beschluss vom 09.06.1999, Az. B 6 KA 1/99 B). Maßgeblich ist also zunächst einmal, ob für die Versicherten eine Versorgungsmöglichkeit in zumutbarer Entfernung besteht; von Bedeutung ist insbesondere die Ermittlung der Anfahrtszeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln. § 36 Abs. 4 BedPl-Rl schafft unterschiedliche Maßstäbe abhängig von der Art der Leistungen, je nachdem, ob es sich bei den betreffenden Leistungen um allgemeine Leistungen handelt oder spezialisierte, für die eine längere Anfahrtszeit in Kauf genommen werden kann. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der hausärztlichen Versorgung (§ 11), der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12) und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ 13).

In einer Entscheidung aus dem Jahr 2010 – also noch vor der Novellierung der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung zum 04.07.2013 – hatte das BSG entschieden, dass die Verweisung auf ein Versorgungsangebot zur Erlangung allgemeiner Leistungen in mehr als 25 km Entfernung grundsätzlich ausgeschlossen sei, wobei sich aus dem Kontext der Entscheidung ergibt, dass damit die Luftlinie gemeint war (Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R). Folgt man der jüngeren Rechtsprechung aus der Zeit nach der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, gilt diese Rechtsprechung fort (zuletzt LSG München, Urteil vom 11.01.2017, Az. L 12 KA 20/16), soweit es um die allgemeine fachärztliche Versorgung geht, während bei spezialisierter fachärztlicher Versorgung auch größere Entfernungen zumutbar sein sollen (LSG München a.a.O., für allgemeine chirurgische Leistungen z.B. SG Marburg, Beschluss vom 05.07.2013, Az. S 12 KA 382/13 ER). Die Psychotherapie gehört zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Nun bringt die Frage nach der Entfernung des Versorgungsangebots der Luftlinie nach manchmal nur wenig Erkenntnisgewinn, wenn die mangelhafte Verkehrsanbindung das Versorgungsangebot nur schwer erreichbar macht. Um ein Gefühl für die Dimensionen zu bekommen: Das SG Hamburg hat für eine Fahrzeit von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum nächstgelegenen Orthopäden für zumutbar gehalten (SG Hamburg, Urteil vom 21.05.2003, Az. S 3 KA 325/01), das SG Dortmund eine Fahrzeit von 40 Minuten für die Erreichbarkeit eines niedergelassenen Gastroenterologen (SG Dortmund, Urteil vom 28.06.2005, Az. S 9 KA 133/04); Orthopädie wie Gastroenterologie rechnen ebenfalls zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

Qualifikationsbezug
§ 37 Abs. 2 BedPl-Rl

Zumeist für Psychotherapeuten interessanter ist die Frage nach einem qualifikationsbezogenen Sonderbedarf. Nach § 37 BedPl-Rl erfordert die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation und die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss. Gemäß § 37 Abs. 2 ist eine besondere Qualifikation anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine

Das tatsächliche Therapieangebot ist maßgeblich und nicht, was an Leistungen erbracht werden könnte

Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 BedPl-Rl mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. Der für eine qualifikationsbezogene Sonderbedarfszulassung maßgebliche Versorgungsbedarf wird damit maßgeblich von einer besonderen, nachgewiesenen Befähigung des Psychotherapeuten her definiert. Dieser muss über eine Befähigung verfügen, wie sie durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen als Schwerpunkt, fakultative Weiterbildung oder eben besondere Fachkunde definiert wird.

Bereits 2010 unter dem Regime der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie hatte das BSG die Verhaltenstherapie einerseits und die Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie andererseits als unterschiedliche Versorgungsbereiche voneinander abgegrenzt, die Schwerpunkte nach den Weiterbildungsordnungen gleichstünden (Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R). Aufgrund der Kodifizierung durch § 37 Abs. 2 BedPl-Rl hat sich daran nichts geändert. Das BSG hat auch jetzt wieder betont, dass Richtlinienverfahren zur Behandlung psychischer Störungen grundsätzlich als gleichwertig anzusehen seien und weil ein Psychotherapeut mit dem Richtlinienverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie die in jenem Fall vom Antragsteller in den Vordergrund gestellten sexuellen Präferenzstörungen ebenso erfolgreich behandeln könne wie ein Verhaltenstherapeut. Das schließe aber nicht aus, dass für dieselbe Art von Erkrankungen oder Störungen unterschiedliche Behandlungsansätze denkbar seien und dass in der Praxis für den gewählten Behandlungsansatz neben der Art der Erkrankung auch die Qualifikation des Behandlers Bedeutung gewinne (BSG, Urteil vom 28.06.2017, Az. B 6 KA 28/16 R). Auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bzw. die Erwachsenenpsychotherapie kommen gesonderten Schwerpunkten gleich.

Umgekehrt sollen besondere Qualifikationen, die nicht in der Weiterbildungsordnung verankert sind oder einen Schwerpunkt darstellen, bei der Prüfung für eine Sonderbedarfszulassung nicht zu beachten sein. Auch dies hat das BSG am Fall eines niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten entschieden, der eine Sonderbedarfszulassung für die Behandlung von Patienten mit massiven Sprachstörungen mit einer von ihm entwickelten Kommunikationsmethode (Augmentative and Alternative Communication, AAC) beantragt hatte. Qualifikationen, die nicht im Weiterbildungsrecht verankert sind, blieben unberücksichtigt. Das gilt nach Auffassung des BSG auch für Kenntnisse der Gebärdensprache (BSG, Urteil vom 13.08.2014; Az. B 6 KA 33/13 R). Der Umstand, dass einzelne Leistungen an spezielle Abrechnungsbefugnisse nach § 135 SGB V geknüpft sind, die besondere Anforderungen voraussetzen, genügt für sich besehen den Anforderungen des § 37 Abs. 2 BedPl-Rl ebenfalls nicht. Die Gruppentherapie etwa ist eine solche Leistung, die nach der Psychotherapie-Vereinbarung speziellen Anforderungen unterliegt; auch der Mangel entsprechender Therapieplätze für eine Gruppentherapie führt an sich jedoch nicht zu einer Sonderbedarfslage, sondern gegebenenfalls zu einem Bedarf nach einer Ermächtigung.

Anforderungen an die Sachverhaltsermittlung – BSG, Urteil vom 28.06.2017

Az. B 6 KA 28/16 R

Bei der Konkretisierung und Anwendung der für die Anerkennung eines Sonderbedarfs maßgeblichen Tatbestandsmerkmale steht den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 28.06.2000, Az. B 6 KA 35/99 R). Ausschlaggebend für die Zuerkennung dieses Beurteilungsspielraums ist der Umstand, dass es sich bei den Zulassungs- und Berufungsausschüssen um sachverständige, gruppenplural zusammengesetzte Gremien handelt, die bei der Entscheidung über das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen haben. Daraus folgt, dass Entscheidungen des Berufungsausschusses nur eingeschränkt der gerichtlichen Nachprüfung zugänglich sind und das Gericht eine sachgerechte, auf einen vollständig ermittelten Sachverhalt beruhende Bewertung nicht an die Stelle der Wertung des Berufungsausschusses setzen darf. Auch bei Beachtung der nur eingeschränkten gerichtlichen Nachprüfbarkeit von Entscheidungen über Anträge auf Sonderbedarfszulassung kann eine Entscheidung der Zulassungsgremien aber keinen Bestand haben, wenn die erforderlichen Feststellungen zur Bedarfslage nicht getroffen worden sind. Denn in einem solchen Fall fehlt es an der erforderlichen Grundlage für die sachgerechte Ausfüllung des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums. Nach ständiger Rechtsprechung müssen sich die Zulassungsgremien bei der Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen deshalb ein möglichst genaues Bild von der Versorgungslage im betroffenen Planungs-

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.

bereich machen und ermitteln, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Planungsbereich erforderlich sind, von den dort Niedergelassenen aber nicht angeboten werden (BSG, Urteil vom 05.11.2008, Az. B 6 KA 56/07 R). Viele der bislang ergangenen Urteile handeln von dieser Frage, was die Zulassungs- bzw. Berufungsausschüsse vor der Entscheidung aufzuklären haben. Und eben dies ist auch Gegenstand der neuen Entscheidung vom 28.06.2017.

Schon von jeher hält es das BSG in aller Regel zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation für geboten, die bereits niedergelassenen Vertragsbehandler nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen. Diese Befragung hat sich wegen der Zielrichtung von Sonderbedarfszulassungen grundsätzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs – bei der Psychotherapie also auf alle Leistungen eines Richtlinienverfahrens und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen – zu erstrecken. Ebenfalls schon bekannt war die Auffassung des BSG, dass nur reale, nicht dagegen potenzielle Versorgungsangebote zu berücksichtigen sind, die tatsächlich nicht zur Verfügung stehen, weil Leistungserbringer trotz freier Kapazitäten und nur wegen nicht vollständiger Erfüllung des Versorgungsauftrags nicht zur Erbringung weiterer Leistungen bereit sind (BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R). Ausgangspunkt für die Ermittlung eines Sonderbedarfs ist deshalb niemals, was die zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Behandler an Leistungsmengen zu erbringen in der Lage sein könnten, und schon gar nicht können aus der Rechtsprechung zur Vergütung hergeleitete Zeitkapazitätsgrenzen o.ä. herangezogen werden.

Ein Indikator für eine Sonderbedarfslage können insbesondere die Wartezeiten für die Behandlung bei Psychotherapeuten mit der entsprechenden Qualifikation sein. Schon 2010 hatte das BSG eine Wartezeit von zwei Monaten für eine kardiologische Untersuchung bei der Mehrzahl der im Umfeld niedergelassenen Kardiologen als einen solchen Indikator (BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. B 6 KA 36/09 R). Zudem könne, so das BSG jetzt, gerade im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen die Zahl bzw. der Anteil der bewilligten Kostenerstattungen von Krankenkassen für bestimmte Richtlinienverfahren Hinweise auf einen ungedeckten Bedarf geben.

Diese Indikatoren sind Gegenstand der Sachverhaltsermittlung, auf deren Grundlage die Zulassungsgremien ihre Entscheidung zu treffen haben. Deshalb sind sie nach dieser neuen Entscheidung des BSG zum einen verpflichtet, die Niedergelassenen mit Hilfe der KV zu den bei ihnen für eine Therapie in einem Richtlinienverfahren bestehenden Wartezeiten zu befragen. Die KV muss den Zulassungsgremien außerdem mitteilen, in welchem Umfang die niedergelassenen Psychotherapeuten ihren vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag wahrnehmen, weil nur auf diese Weise das tatsächlich bestehende Versorgungsangebot im Bereich eines Richtlinienverfahrens ermittelt werden kann. Weil auch die Zahl bzw. der Anteil der im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V von den Krankenkassen übernommenen Psychotherapien wichtige Hinweise auf die tatsächliche Versorgungslage gibt, haben die Krankenkassenverbände den Zulassungsgremien mitzuteilen, in welchem Umfang sie gegenüber Psychotherapeuten mit Sitz im Planungsbereich bzw. in der maßgeblichen Region Kosten für Behandlungen in dem entsprechenden Richtlinienverfahren nach § 13 Abs. 3 SGB V erstatten.

Das Urteil führt damit zu deutlich höheren Anforderungen an die Sachverhaltsermittlung als bisher; insbesondere kann nicht mehr oder weniger pauschal aus dem Versorgungsgrad der betreffenden Region darauf geschlossen werden, dass kein Sonderbedarf besteht. In der Folge dürfte in bestimmten Regionen ein vermehrtes Aufkommen von Anträgen zu verzeichnen sein, und zwar insbesondere in Regionen in Bedarfsplanungsgebieten, in denen der Versorgungsgrad formal zwar deutlich über 110 % liegt, aber die Versorgungsaufträge zwischen Analytischer Psychotherapie/Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie einerseits und Verhaltenstherapie andererseits nicht ausgeglichen verteilt sind. Umgekehrt kann dieses Urteil auch dazu führen, dass der Druck auf die Auslastung der Versorgungsaufträge bzw. auf die Kostenerstattung steigt.

Wartezeiten auf Therapieplätze und der Umfang der Kostenerstattungen sind Indikatoren für einen Sonderbedarf und deshalb zu ermitteln

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

Curriculum 2017 – 2019

Seminar 4 am 15.+16.06.18
Beschützende und traumatisierte Ego-States, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen

Seminar 5 am 06.+07.07.18
Komplextrauma und Dissoziation in der Ego-State-Therapie

Seminar 6 am 09.+10.11.18
Behandlungsplanung mit allen Ego-States und innere Kooperation

Spezialseminar EMDR/EST am 25.+26.01.19
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Spezialseminar Körpersprache am 08.+09.03.19
Die Körpersprache der Ego-States

Curriculum 2018 – 2020

Seminar 1 am 23.+24.11.18
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen, Herstellung von Sicherheit und Stabilität

Seminar 2 am 11.+12.01.19
Arbeit mit symptomtragenden Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten PatientInnen

Seminar 3 am 05.+06.04.19
Arbeit mit verletzten und traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit blockierenden und beschützenden Anteilen

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

Die Kosten belaufen sich auf 389 € pro Seminar. Bei Anmeldung bis 01.08.2018 gilt der alte Preis von 375 €.

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

Ellen Lotz

Ein Baby kündigt sich an

Neue Regelungen des Mutterschutzgesetzes

Inwieweit Gesetzgeber und Ämter mit Ihnen die Freude auf ein neues Leben teilen, hängt maßgeblich davon ab, ob Sie in eigener Niederlassung als Selbstständige arbeiten oder sich im Anstellungsverhältnis als Arbeitnehmerin befinden. Während das ab 01.01.2018 grundlegend reformierte Mutterschutzgesetz für alle werdenden Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, gilt, hat es für niedergelassene selbstständige Psychotherapeutinnen vor und nach der Geburt keine Bedeutung, da es sich um ein Arbeitnehmerinnen-Schutzrecht handelt.

Für Arbeitnehmerinnen gelten ab dem Zeitpunkt der Anzeige ihrer Schwangerschaft beim Arbeitgeber solche gesetzliche Regelungen wie besonderer Kündigungsschutz, Schutz von Maßnahmen für Mutter und Kind, die bis zum individuellen Beschäftigungsverbot bei vollem Lohnausgleich reichen können und Mutterschaftsurlaub.

Selbstständig niedergelassene Psychotherapeutinnen müssen dagegen oft bis zur Geburt arbeiten und sich frühzeitig um ihre finanzielle Absicherung und die ihrer Praxis kümmern. Für sie gibt es keine Schutzfristen. Lediglich Elterngeld erhalten alle je nach Zuverdienst.

Schwanger in eigener Psychotherapiepraxis – was nun?

Schutzmaßnahmen und Fristen greifen nicht. Staatliche finanzielle Unterstützung vor und nach der Geburt im Rahmen einer Mutterschutzfrist gibt es nicht, aber die Praxiskosten, z. B. Mietaufwendungen, laufen weiter. Es sind solche strategische Fragestellungen zum weiteren Praxisablauf zu klären, wie:

- Wer betreut meine Patienten während meiner Ausfallzeit weiter?
- Beschäftige ich einen Sicherstellungsassistenten auf Honorarbasis bzw. im Anstellungsverhältnis?
- Wie viele Stunden kann und muss ich selber arbeiten, um fortlaufende Praxiskosten und meinen privaten Lebensunterhalt abzudecken?
- Reichen meine privaten Rücklagen bzw. finanziellen Absicherungen durch eine vereinbarte Krankentagegeldversicherung und anschließendes Elterngeld aus, um die Praxis eine bestimmte Zeit ruhen zu lassen?
- Verkaufe ich einen halben Praxissitz, da ich perspektivisch nur noch sehr viel geringer berufstätig sein möchte?

Haben Sie sich im Vorfeld als niedergelassene Psychotherapeutin freiwillig gesetzlich krankenversichert mit einem Tarif, der Anspruch auf Krankengeld vorsieht, erhalten Sie auch Mutterschaftsgeld. Als privat versicherte, niedergelassene Psychotherapeutin erhalten Sie während der Mutterschutzfristen das vereinbarte Krankentagegeld, wenn Sie eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben. Inwieweit eine Praxisausfallversicherung für diesen Fall zum Tragen kommen könnte, ist mit Ihrem Versicherungsvertreter speziell zu klären.

Es wird deutlich, wer sich mit Kinderwunsch in die Niederlassung begibt, hat im Vorfeld einige Fragen zur privaten Vorsorge für diesen Zeitraum der Arbeitsunterbrechung zu klären.

In anderen Umständen als Arbeitnehmerin

Mit dem Tag der Mitteilung Ihrer Schwangerschaft an den Arbeitgeber hat dieser dafür Sorge zu tragen, dass bei den von Ihnen ausgeführten Tätigkeiten keinerlei Gefahr für Mutter und Kind bestehen können. Bei einer möglichen Infektionsgefährdung kann das bis zu einer kompletten Arbeitsfreistellung führen.

Aber es kann auch sein, dass Sie von Ihrem Arzt ein individuelles Beschäftigungsverbot attestiert bekommen. Sie erhalten in beiden Fällen die komplette Lohnfortzahlung. Auch genießen Sie als Mitarbeiterin ab der eigenen Kenntnis von der Schwangerschaft einen besonderen Kündigungsschutz, der eine Kündigung bis zum vierten Monat nach der Geburt nur unter besonderen (außerhalb der Schwangerschaft liegenden) Gründen zulässt. Auch eine Kündigung nach einer Fehlgeburt nach der 12. Schwangerschaftswoche ist unzulässig. Das Kündigungsverbot soll die finanzielle Absicherung gewährleisten und die werdende Mutter so vor psychischen Belastungen durch einen Arbeitsplatzverlust schützen. Kommt es in Unkenntnis der Schwangerschaft zu einer arbeitgeberseitigen Kündigung, so können Sie als Schwangere die Mitteilung noch 14 Tage nach Zugang der Kündigung nachholen und den Kündigungsschutz in Anspruch nehmen.

Unabhängig davon, ob ein generelles, individuelles oder kein Beschäftigungsverbot erteilt wurde, haben Sie als werdende Mutter grundsätzlich Anspruch auf 14 Wochen Mutterschaftsurlaub, der sechs Wochen vor dem voraussichtlichen

Für selbstständig niedergelassene Psychotherapeutinnen gibt es keine Schutzfristen. Sie müssen oft bis zur Geburt arbeiten

Geburtstermin beginnt und sich bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt erstreckt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten wird der Mutterschaftsurlaub auf 12 Wochen nach der Geburt verlängert. In dieser Zeit darf die Mutter nicht beschäftigt werden. Zur finanziellen Absicherung hat sie jedoch Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Dieses wird von der Krankenkasse gezahlt und beträgt 13 € pro Kalendertag. Die Differenz zwischen dem Mutterschaftsgeld und dem durchschnittlichen kalendertäglichen Netto-Arbeitsentgelt muss der Arbeitgeber an Sie zahlen.

Elterngeld wird in Höhe von 65 % bis 100 % des jeweils wegfallenden Einkommens gezahlt, allerdings maximal 1.800 €

Erst nach Ablauf des Mutterschaftsurlaubs dürfen Sie wieder beschäftigt werden. Dabei ist zu beachten, dass während der Stillzeit die erhöhten Anforderungen des Mutterschutzes weiterhin in vollem Umfang einzuhalten sind. Für die Zeit des Stillens sind Sie mindestens zweimal täglich für eine halbe Stunde oder einmal täglich für eine Stunde von der Arbeit freizustellen. Dabei darf die Arbeitspause zum Stillen nicht auf die allgemeine Pausenregelung angerechnet werden. Auch die Stillpausen sind unter Weiterzahlung des Lohnes zu gewähren.

Übrigens: Auch während eventueller mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote sowie während der Mutterschutzfristen entstehen Urlaubsansprüche. Eine Kürzung des Erholungsurlaubs wegen mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote ist daher nicht zulässig.

Dr. Ellen Lotz

Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Dresden, spezialisiert auf die Beratung von Psychotherapeuten.

Elternzeit, Elterngeld und Teilzeit für Arbeitnehmer und Selbstständige

Nach dem Mutterschaftsurlaub haben Eltern Anspruch auf Freistellung von der Arbeit im Rahmen der Elternzeit. Die finanzielle Absicherung der Familie erfolgt dabei durch die Zahlung des staatlichen Elterngelds. Seit Juli 2015 haben Eltern mehr Möglichkeiten, zwischen Elterngeldbezug und Teilzeitarbeit zu wählen. Dadurch ist es möglich, Kinderbetreuung und Berufstätigkeit besser zu vereinbaren.

War die junge Mutter vor der Geburt berufstätig, so wird Elterngeld in Höhe von 65 % bis 100 % des jeweils wegfallenden Einkommens gezahlt. Es beträgt mindestens 300 €, aber höchstens 1.800 €. Wie bisher gilt als Bemessungsgrundlage die Differenz zwischen aktuellem Nettoeinkommen und Nettoeinkommen vor der Geburt. Achtung, es gilt jedoch eine Kappungsgrenze des bisher bezogenen Einkommens von 2.770 €.

Für angestellte Eltern ist das Einkommen der 12 Kalendermonate vor dem Monat der Geburt des Kindes bzw. vor dem Monat des Beginns der Mutterschutzfrist maßgeblich.

Bei Eltern, die vor der Geburt Einkommen aus selbstständiger Arbeit hatten, kommt es auf das letzte Wirtschaftsjahr an, was in der Regel das Kalenderjahr vor der Geburt ist.

Nur bei schwangerschaftsbedingter Erkrankung mit daraus resultierendem Einkommensverlust oder Elterngeld für ein älteres Geschwisterkind ist eine Verschiebung des Bemessungszeitraumes möglich, der extra beantragt werden muss.

Wie bei Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit werden auch bei Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit immer 12 Kalendermonate betrachtet. Wurden Mischeinkünfte aus selbstständiger und nichtselbstständiger Tätigkeit erzielt, bilden diese die Bemessungsgrundlage.

Auch, wenn man seine selbstständige Tätigkeit vor der Geburt des Kindes bzw. im Vorjahr eingestellt hat, wird auf das Wirtschaftsjahr vor der Geburt des Kindes und damit auf diese Einkünfte zur Berechnung des Elterngeldes abgestellt. Das gilt auch, wenn in diesem Wirtschaftsjahr ein wesentlich geringeres Einkommen erzielt wurde, als in den Monaten direkt vor der Geburt.

Jeglicher Zuverdienst schmälert den Anspruch auf Elterngeld.

Zuverdienst für Selbstständige ist hier nicht das erzielte Patientenhonorar, sondern der erzielte Gewinn in Ihrer Praxis.

Sie können also tatsächlich getätigte Betriebsausgaben wie Kosten für den Sicherstellungsassistenten, Raummiete, Abschreibungen für Investitionen, Praxisbedarf etc. berücksichtigen und Ihren Gewinn (Zuverdienst) so entsprechend steuern. In Gemeinschaftspraxen kann durch Vorabvergütungsvereinbarungen der Gewinn entsprechend gesteuert werden. Suchen Sie dazu vorher das Gespräch mit Ihrem Steuerberater, um die effizienteste Gestaltungsvariante für Sie zu finden.

Mehr Flexibilität mit ElterngeldPlus

Seit der Einführung des ElterngeldPlus zum 01.07.2015 können Eltern die Elternzeit flexibler und mit geringeren finanziellen Einbußen gestalten. Das neue ElterngeldPlus wurde parallel zum bestehenden Basiselterngeld geschaffen, wobei beide Formen sich gleichwertig gegenüberstehen. Wie bisher ersetzt auch das ElterngeldPlus die Differenz zwischen dem Einkommen vor und nach der Geburt. Der maximale Anspruch für einen Monat ElterngeldPlus ist auf 50 % des vollen Elterngeldanspruchs

begrenzt. Parallel dazu verlängert sich aber der Anspruchszeitraum auf 24 Monate, denn ein Basiselterngeldmonat entspricht zwei ElterngeldPlus-Monaten. Hier wird ein weiterer Unterschied sichtbar. ElterngeldPlus kann auch über den 14. Lebensmonat des Kindes hinaus gezahlt werden.

Mehr Elterngeld durch „Vätermonate" und „Partnerschaftsbonus"

Schon bisher konnten sich die Eltern den Elterngeldanspruch teilen und wechselseitig oder auch gemeinsam zur Betreuung des Kindes zu Hause bleiben. Blieb der Partner für mindestens zwei Monate zu Hause, so gab es zwei zusätzliche „Partnermonate". Wählen die Eltern dafür das ElterngeldPlus, so gibt es vier „Partnermonate" mit dem halben Elterngeldanspruch. Arbeiten die Eltern für zusammenhängend vier Monate beide in Teilzeit mit einer Arbeitszeit von 25 bis 30 Wochenstunden und übernehmen die Betreuung des Kindes gemeinsam, so erhalten sie einen Partnerschaftsbonus von weiteren vier Monaten. Den Partnerschaftsbonus, aber auch die „Vätermonate" kann auch ein alleinerziehender Elternteil erhalten, der nicht mit dem anderen Elternteil in einem Haushalt lebt. Damit beträgt der maximal mögliche Anspruch auf ElterngeldPlus 36 Monate (24 Monate ElterngeldPlus + 4 Vätermonate + 8 Partnerschaftsbonus-Monate). In Abhängigkeit davon, wer ganz oder teilweise zur Betreuung zu Hause bleibt, können die Eltern für die einzelnen Lebensmonate des Kindes zwischen Basiselterngeld und ElterngeldPlus wechseln und somit die Elternzeit besser auf die persönlichen Verhältnisse anpassen. Die flexible Inanspruchnahme bedeutet bei geschickter Wahl ein deutliches Plus in der Familienkasse.

Beispiel:
Frau A ist Inhaberin einer Psychotherapiepraxis. Vor der Geburt ihres ersten Kindes erzielte sie ein zu berücksichtigendes Einkommen aus ihrer freiberuflichen Tätigkeit von durchschnittlich 6.000 € pro Monat. Nach der Geburt werden die Patienten durch eine Sicherstellungsassistentin/einen Sicherstellungsassistenten betreut. Der verbleibende Gewinn beträgt in dieser Zeit ca. 1.600 € pro Monat. Sie überlegt, ob sie Basiselterngeld oder ElterngeldPlus beantragen soll.

Ohne zusätzlichen Hinzuverdienst (Honorareinnahmen und Praxisausgaben gleichen sich aus bzw. Praxisverlust) hätte A einen Anspruch auf Basiselterngeld in Höhe von 1.800 € (65 % von 2.770 €).

Bei einem Praxisgewinn von 1.600 € im Monat wird dieser im vorliegenden Fall auf das Basiselterngeld angerechnet. A würde somit lediglich 65 % von 1.170 € (2.770 € – 1.600 €), also 760,50 € Basiselterngeld ausgezahlt bekommen. Der Gesamtbezugszeitraum für das Basiselterngeld beträgt aber nur 12 Monate, so dass A insgesamt 9.126 € erhalten würde.

Besser wäre, A stellt den Antrag auf ElterngeldPlus, denn die Bezugsdauer hier beträgt 24 statt 12 Monate. Die Elterngeldkasse zahlt somit monatlich einen Betrag von 760,50 € (2.770 € – 1.600 €, davon 65 %; maximal 50 % des Basiselterngeldes ohne Zuverdienst), insgesamt also 18.252 € (760,50 € x 24 Monate) Elterngeld Plus. Dies ist gegenüber dem Basiselterngeld ein Plus von 9.126 €.

Das Ergebnis gestaltet sich noch günstiger, wenn auch der Vater des Kindes ganz oder teilweise zu Hause bleibt und so die Familie in den Genuss von „Vätermonaten" und „Partnerschaftsbonus" kommt.

Mehr Elterngeld für Zwillinge

Grundsätzlich wird das Elterngeld pro Geburt und nicht pro Kind gezahlt. Bei Zwillings- und Mehrlingsgeburten erhöht sich das Basiselterngeld oder ElterngeldPlus um 300 € bzw. 150 € für das zweite und jedes weitere Neugeborene. Wird der Neuankömmling bereits durch Geschwister erwartet, so erhöht sich das Basiselterngeld um einen Geschwisterbonus in Höhe von 10 % des Elterngeldes, mindestens aber um 75 € pro Monat. Auch das ElterngeldPlus erhöht sich um 10 %, mindestens um 37,50 €. Zeitlich ist der Geschwisterbonus begrenzt, bis das ältere Geschwisterkind den dritten Geburtstag feiert. Gibt es noch weitere Geschwister, so wird der Geschwisterbonus gezahlt, solange noch zwei Geschwisterkinder unter sechs Jahren im Haushalt leben.

Bleiben Sie im Gespräch mit Ihrem Steuerberater, dann wird das „freudige Ereignis" auch zum finanziellen, freudigen Ereignis.

Mit geschickter Gestaltung lässt sich der Anspruch auf ElterngeldPlus auf bis zu 36 Monate strecken

DEUTSCHER KINDERSCHUTZBUND E.V. (DKSB)
die lobby für kinder
Bezirksverband Frankfurt

Der Deutsche Kinderschutzbund ist mit über 50.000 Einzelmitgliedern die größte Kinderschutzorganisation Deutschlands. Der Frankfurter Bezirksverband ist einer der rund 450 selbständigen Ortsverbände im Deutschen Kinderschutzbund. Grundlage und Ziel aller Aktivitäten ist die Verwirklichung der UN-Konvention über die Rechte des Kindes. Neben der Lobbyarbeit für die Rechte der Kinder halten wir als freier Träger der Jugendhilfe konkrete Angebote und Projekte für Kinder, Jugendliche und Eltern vor.

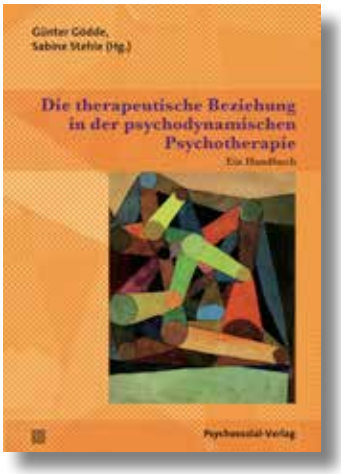
In unserer **Beratungsstelle** ist ab sofort folgende Stelle zu besetzen:

Pädagogische / Psychologische Fachkraft mit oder vor der Approbation Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Beschäftigungsumfang mindestens 80 % – Betreff „Bewerbung Therapie"

Die ausführliche Stellenbeschreibung finden Sie unter:
www.kinderschutzbund-frankfurt.de/Stellenangebote

Ihre aussagekräftige Bewerbung senden Sie bitte unter Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins an die Geschäftsführung:
Deutscher Kinderschutzbund, Bezirksverband Frankfurt e.V.
Comeniusstraße 37, 60389 Frankfurt am Main
bewerbung@kinderschutzbund-frankfurt.de



Günter Gödde, Sabine Stehle (Hg.)

Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Psychotherapie

Ein Handbuch

2016, Psychosozial Verlag
582 Seiten
ISBN 978-3-8379-2548-7
49,90 €

Rezensiert von
Gabriele Eßing

In dem Handbuch, hervorgegangen aus den monatlichen Treffen psychodynamischer Ausbilder, beschäftigen sich die 39 Autoren mit dem wichtigen Thema der „therapeutischen Beziehung". Neben einer historischen Einordnung werden einzelne Aspekte der therapeutischen Beziehung und unterschiedliche Dimensionen des therapeutischen Prozesses beschrieben. An die Beiträge wichtiger Theoretiker wird angeknüpft sowie Erfahrungen in Bereichen wie Supervision und Ausbildung geschildert.

Aufgrund der Vielzahl der Beiträge mit zum Teil sehr unterschiedlicher Thematik gehe ich stellvertretend auf zwei Texte näher ein, in denen es um eher selten angesprochene Aspekte der therapeutischen Beziehung geht.

In dem Beitrag „Wenn der Körper spricht", beschreibt Dieter Rau-Luberichs, dass in der therapeutischen Beziehung nicht nur über die Sprache seelische Zustände zum Ausdruck kommen, sondern gleichermaßen über den Körper. Die sich in früher Kindheit herausgebildeten affektmotorischen Schemata, die das implizite Beziehungswissen beinhalten, das auch als körperliches Gedächtnis bezeichnet wird, bestimmen die Erlebens- und Verhaltenspositionen. Mit seinem Körper, seiner Gestik, Mimik, Haltung drückt aber nicht nur der Patient sein Befinden aus; auch der Körper des Therapeuten ist in diesen Prozess eingebunden. Seine eigene Körperwahrnehmung wird zum Instrument der Diagnose und Kommunikation, wenn er beispielsweise durch die Registrierung eigener Atemveränderungen auf Atemveränderungen des Patienten schließen und so dessen Befindlichkeit erkennen kann.

Roland Voigtel thematisiert in „Die Wirkung von Hierarchie und Macht in der therapeutischen Beziehung", dass es im Rahmen von negativen Übertragungsprozessen zu einer Verunsicherung des Psychotherapeuten kommen kann, die dieser nicht einfach abblocken oder verleugnen darf. So wird durch negative Einwürfe des Patienten, etwa respektlosen Vorwürfen, die Verunsicherung vom Therapeuten manchmal durch wütendes Agieren, verbissenes Schweigen oder Schlaf (als Totstellreflex) abgewehrt, was die therapeutische Beziehung beschädigen kann. Er plädiert dafür, die Verunsicherung sich selbst und auch dem Patienten gegenüber zuzugeben, um sich dann wieder auf die hinter den Attacken steckenden Bedürfnisse konzentrieren zu können.

Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für ein Gelingen von Psychotherapie ist aus der Psychotherapieforschung bekannt. Das Thema ist also auch für nicht psychodynamisch ausgerichtete Therapeuten von großem Interesse. Ich wünsche dem Buch eine weite Verbreitung.

Carolin Marx

Nichtorganische Schlafstörungen

2016, Springer
125 Seiten
ISBN 978-3-662-50271-6
39,99 € (Print)
29,99 € (eBook)

Rezensiert von
Dr. Maximilian Prudlik

So knapp und aussagekräftig wie der Titel des Buches ist auch der Inhalt. Es ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual nach dem „Modell der Dynamik der Schlafstörungen".

Das Buch richtet sich an alle Behandler von Patienten mit nichtorganischen Schlafstörungen. Folglich werden nicht nur die Praxisbedingungen der Psychotherapeuten, sondern auch die von Haus- und Fachärzten aufgegriffen und im Konzept umgesetzt.

Meist werden von den Behandlern primär medikamentöse Behandlungspfade eingeschlagen, so die Autorin, diese entsprächen jedoch nicht der aktuellen Behandlungsleitlinie von nichtorganischen Schlafstörungen. Diese überraschend schlechte Versorgungslage einer so weit verbreiteten Symptomatik animierte die Autorin zur Entwicklung und Evaluierung einer praxistauglichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiestrategie.

Das Buch kann als Komplettwerk gelesen oder als Nachschlagewerk in der Behandlungspraxis eingesetzt werden. Es ist gut strukturiert und man gelangt anhand von Übersichtstabellen zügig zu den gesuchten Informationen. Das Buch ist in vier Bereiche gegliedert:

Zunächst werden grundlegende Kenntnisse über den gesunden Schlaf und dessen Funktionen vermittelt. Im zweiten Teil werden relevante Informationen über nichtorganische Schlafstörungen dargestellt. Dieser Teil beinhaltet Diagnostik, Differentialdiagnostik sowie ein eingängiges Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Zudem wird Stellung zum sinnvollen Einsatz von Hypnotika genommen.

Der dritte Teil umfasst schließlich die ausführliche Beschreibung der einzelnen Therapiebausteine, aus denen sich ein individueller Behandlungsplan für betroffene Patienten aufbauen lässt. Die einzelnen Bausteine sind sehr übersichtlich gestaltet. Für jeden Baustein wurde eine Tabelle erstellt, in der auf einen Blick die Indikation und Kontraindikation, die Wirksamkeit, das Wirkungsprinzip, die Behandlungsvoraussetzungen und das Behandlungsziel aufgeführt sind. So kann schnell überblickt werden, für welchen Patienten und in welchem Zusammenhang der entsprechende Therapiebaustein angewendet werden kann.

Das Buch bietet einen guten und logisch gegliederten Überblick über grundlegende Informationen zu den Themen gesunder Schlaf und Schlafstörungen. Neben den thematischen Grundlagen finden sich ausführliche Informationen zu den einzelnen Interventionen. Die dargestellten Strategien werden in die Bedingungen der Behandlungspraxis eingebettet und zeigen direkt umsetzbare Interventionen.

Die Autorin Dr. Carolin Marx beschäftigt sich seit knapp 18 Jahren tiefgründig und vielfältig mit dem Thema gesunder Schlaf und Schlafstörungen. Als Leiterin des Zentrums für gesunden Schlaf in Dresden arbeitet sie praktisch in der Prävention von Schlafstörungen, der Beratung und psychotherapeutischen Behandlung Betroffener jeden Alters. Zudem ist sie Forscherin und Dozentin.

Stefan Hammel
Alles neu gerahmt!
Psychische Symptome in ungewöhnlicher Perspektive
2016, Ernst Reinhardt Verlag
143 Seiten, 1 Abb.
ISBN 978-3-497-02625-8
24,90 €

Rezensiert von
Assja Metzger

Wie der Titel schon vermuten lässt, bemüht sich der Autor Stefan Hammel, Kinder-, Familien- und Hypnotherapeut, um ein reframing psychischer Erkrankungen. Das Buch ist so konzipiert, dass die jeweiligen Störungen so wie in einer musealen Ausstellung als unterschiedliche „Bilder" betrachtet werden können – jedes davon einzigartig, jeweils für sich stehend sinnvoll, interessant und bewegend. Der Leser, alias „Betrachter", soll einen neuen, unvoreingenommenen Blick auf die Störungsbilder bekommen und auch schweren Symptomen mit Wertschätzung und Empathie begegnen können. Er soll auch in die Lage versetzt werden, diese Symptome als Botschaften an die Mitmenschen zu verstehen und in jeweils passender Weise zu intervenieren. Jedem „Ausstellungsraum", sprich: Buchkapitel, geht eine allgemeine Erklärung des Störungskapitels voran, danach folgen in verschiedenen „Bilderrahmen" Vorschläge für Interventionen, oft in Form von hilfreichen Metaphern oder kleinen Geschichten. Der Autor geht auf die im ICD beschriebenen psychischen Störungsbilder ein, auch auf die des Kinder- und Jugendalters.

Beim Lesen des Buches wird wiederholt deutlich, wie sehr dem Autor die Wertschätzung des Betroffenen und auch der Erkrankung selbst am Herzen liegt. Schön ist es, dass der Autor lösungsorientierte Interventionsformen beschreibt und den Behandlern Mut macht, sich auch an schwerwiegendere Störungen heranzuwagen. Die wörtlichen Formulierungsbeispiele (mit originellen Redewendungen) sind dabei sehr hilfreich, ebenso die kleinen Anekdoten. Am Ende des Buches stellt der Autor die Frage, was denn psychische Gesundheit überhaupt sei – eine wichtige Erörterung, die jedoch am Anfang des Buches (bevor man überhaupt die „Ausstellung" betritt) wirkungsvoller gewesen wäre.

Leider stellt sich das Konzept bei genauerer Betrachtung doch nur als „alter Wein in neuen Schläuchen" heraus. Die „Kunstausstellung" bietet leider nicht – wie im Untertitel angedeutet – eine ungewöhnliche oder bahnbrechende Sichtweise auf die Thematik, wertschätzende und objektivierende Perspektiven sind ja bereits in der zeitgemäßen Fachliteratur integriert. Das visuell orientierte Konzept wirkt in einem (Text-)Buch nicht. (Wäre der Inhalt als Film umgesetzt worden, hätte er eine bessere Wirkung gehabt.) So ist es für den Leser eher umständlich, dass er oft umherblättern muss.

Der baukastenartige Aufbau legt zudem nahe, dass für jede Störung nur eine passende Schublade aufgezogen werden muss, was doch stark vereinfacht wirkt. Vielleicht wäre es sinnvoller gewesen, anstatt für einzelne Krankheitsbilder Interventionen für unterschiedliche Lebensthemen (z.B. Verlust, Trauer o.ä.) darzustellen.

Trotz der oben angeführten Einschränkungen bietet das Buch dennoch verhaltens- und hypnotherapeutische Hilfestellungen für junge Therapeuten, Heilpraktiker und Angestellte verschiedener Beratungsstellen.

Rezensionsangebote

Nachfolgende Veröffentlichungen stehen derzeit als kostenlose Besprechungsexemplare zur Verfügung. Sie verpflichten sich zur Rezension innerhalb von drei Monaten. Die Beiträge sollen 2.000 bis max. 2.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen) umfassen. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. Da jeweils nur ein Rezensionsexemplar zur Verfügung steht, können nicht alle Anfragen berücksichtigt werden. Die Bücher können angefordert werden bei
Redaktion Psychotherapie Aktuell
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Geneviève Grimm-Montel
Der Lebensrückblick in der Psychotherapie mit älteren Menschen
2018, Reinhardt

Volker Elis Pilgrim
Hitler 1 und Hitler 2
Von der Männerliebe zur Lust am Töten
2018, Osburg Verlag

Julia Velten
Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen
Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 68
2018, Hogrefe

Weitere Rezensionsangebote unter www.dptv.de

Melanie Gräßer, Eike Hovermann jun., Annika Botved
Rating-Skalen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
26 Skalen für Therapie und Beratung
2017, Beltz
Sonstiges gedrucktes Material
40 Seiten
ISBN 978-3-621-28424-0
29,95 €

Rezensiert von
Marie-Christine Reiswich

Die visuellen Analog Skalen für Kinder und Jugendliche eignen sich sowohl für die Diagnostik als auch für eine Verlaufserhebung, zur Evaluation von therapeutischen Spielen und Strategien oder als „Ice-Breaker" zur wöchentlichen Sitzung. Die Rating-Skalen beinhalten eine ganze Sammlung an Skalen für Kinder und Jugendliche: von Gefühls-Skalen (Angst, Ekel, Freude und viele andere) mit Gesichtern von Jungen und Mädchen, Schmerzskalen, Smileys, Universal Skalen sowie ausgefalleneren Skalen wie eine Wetterskala zur Einstufung des eigenen „Stimmungswetters", eine Ampelskala zur Einstufung von „go", „vorsicht" und „stop" (z.B. in der Behandlung von ADHS einsetzbar), eine Batterieskala zur Einstufung des eigenen Energielevels und eine Vulkanskala zur Einstufung der eigenen inneren Anspannung und Impulsivität (z.B. in der Behandlung von Impulskontrollstörungen oder Borderline-Störungen einsetzbar). Die Skalen sind sehr beliebt bei Kindern und Jugendlichen, die sich gerne individuell einstufen und sind somit als Eingangs- oder Abschiedsritual in der Behandlung gut einsetzbar. In der Arbeit mit Flüchtlingskindern, wenn eine Sprachbarriere besteht, sind diese auch ohne Dolmetscher anwendbar, die Verständigung funktioniert so nonverbal. Bei Jugendlichen über 16 Jahren sind die Reaktionen bei den bildhaften Darstellungen eher gemischt: diese präferieren beispielsweise eher die Prozent- und Schulnotenskalen, die Bilder erscheinen ihnen zu kindlich. Jedoch sind diese Skalen auch im Umgang mit Erwachsenen, die sich bei der Verbalisierung von inneren Zuständen schwer tun, sehr hilfreich. Hier schrecken die Bilder nicht ab, sondern werden mit Humor aufgenommen. Sie können z.B. in der Schematherapie (Arbeit mit dem inneren Kind) oder in der DBT (Anspannungskurve und Einsatz von Skills) optimal eingesetzt werden.

Abgesehen von der individuellen Einstufung in Bezug auf innere Zustände und Gefühle, können die Skalen insbesondere bei den Gefühlen als Methode zur Erkennung und Differenzierung derselben genutzt werden.

Weiterhin inspirieren die Rating-Skalen Kinder und Jugendliche, ihre eigenen Rating-Skalen zu kreieren.

Zusammenfassend sind die Rating-Skalen ein nützliches Tool in der alltäglichen therapeutischen Praxis, die vielseitig einsetzbar sind, interkulturell und non-verbal anwendbar sind und von „kleinen" und „großen" PatientInnen gut angenommen werden.

April bis Juni 2018

DPtV-CAMPUS Veranstaltungen

April

12.04.2018, Frankfurt
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
18-27

13.04.2018, Berlin
Psychotherapeutischer Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörung
Dr. Kathrin Ritter
18-28

13.04.2018, Mannheim
Sie haben/planen eine Gruppentherapie-Zulassung und möchten die neuen Möglichkeiten der reformierten PT-RL nutzen?
Sabine Schäfer
18-29

13./14.04.2018, Köln
Psychopharmakologie für Psychotherapeuten
Nienke Anna Hofrichter,
Prof. Dr. Matthias Rose
18-31

14.04.2018, Berlin
Verhaltenstherapie bei Erkrankungen im Zusammenhang mit Mobbing am Arbeitsplatz
Dr. Josef Schwickerath
18-32

21.04.2018, Hannover
Umgang mit schweren körperlichen Erkrankungen in der Psychotherapie
Urs Münch
18-34

Mai

05.05.2018, Osnabrück
Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene
Dr. Hans Nadolny
18-36

16.05.2018, Hannover
Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen in der VT
Dieter Best
18-37

17.05.2018, München
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
18-38

Sylter Praxistage

30.05.2018, Westerland
Ist mir noch zu helfen? Erfolgreicher Aufbau und Etablierung eines Sekretariats in der psychotherapeutischen Praxis
Sabine Schäfer
18-39

31.05.2018, Westerland
Anstellungsworkshop I: Was müssen Sie wissen, wenn Sie mit einem Kollegen ein Jobsharing über Anstellung umsetzen möchten?
Sabine Schäfer
18-40

31.05.2018, Westerland
Praxisentwicklung – Kauf, Verkauf, Kooperationen
Dr. Hans Nadolny
18-41

01.06.2018, Westerland
Effizient und pragmatisch ein Qualitätsmanagement-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
18-42

02.06.2018, Westerland
Anstellungsworkshop II: Welche betriebswirtschaftlichen Aspekte muss ich bei der Anstellung beachten? Wie läuft das mit der Lohn- und Gehaltsabrechnung?
Martina Apel, Sabine Schäfer
18-44

Juni

01./02.06.2018, Magdeburg
Psychopharmakologie für Psychotherapeuten
Nienke Anna Hofrichter,
Prof. Dr. Matthias Rose
18-47

09.06.2018, München
Berufsbezogene Psychotherapie – Hintergründe, Konzepte, Strategien
Prof. Dr. Andreas Hillert
18-49

15.06.2018, Berlin
Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung – Möglichkeiten und Grenzen
Jan Glasenapp
18-50

16.06.2018, Berlin
Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene
Dr. Hans Nadolny
18-51

20.06.2018, Ulm
Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen in der VT
Dieter Best
18-52

23.06.2018, Würzburg
Erbringung und Abrechnung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Heiko Borchers
18-53

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

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 Delegiertenversammlung
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 Straße 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
oder 08704 928649
Mo, Di, Do 12.00 – 13.00 Uhr
rudi-bittner@t-online.de

Berlin
Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
Telefon/Fax 030 55153363
georgschmitt@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Berlin
Mitarbeiterin: Jeannine Knieschke
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
heikepeper@dptv.de
Do 13.00 – 14.00 Uhr

Hessen
Else Döring
Sophienstraße 29
60487 Frankfurt
Telefon 069 515351

Landesgeschäftsstelle Hessen
c/o Ilka Heunemann
Badweg 3
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
hessen@dptv.de

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
Mo u. Do 9.00 – 10.30 Uhr
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 Reinartz
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
Mo – Mi 13.00 – 14.00 Uhr
Do 13.30 – 14.00 Uhr
praxis@manfred-radau.de

Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
Dr. Inez Freund-Braier
Mitarbeiterin: Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo u. Mi 8.15 – 11.15 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz
Komm. Landesvorsitzender
Florian Hillesheim
Am Helmwartsturm 2
56626 Andernach
florian.hillesheim@dptv-rlp.de

Saarland
Bernhard Petersen
Bahnhofstraße 41
66111 Saarbrücken
Telefon 0681 9385045
info@bernhardpetersen.de

Sachsen
Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivital.de

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

Sachsen-Anhalt
Jeannette Erdmann-Lerch
Bahnhofstraße 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
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,
Bildmontagen: 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

Psychotherapeutische Praxis, VT-Erwachsene, in **Kaiserslautern** Stadt abzugeben. KV-Zulassung vorhanden, ggf. auch halbe KV-Zulassung möglich. Heller, ruhiger Therapieraum kann bei Interesse auch übernommen werden. Kontakt: 0176 22 28 06 67

Raum **Heidelberg**
ganze VT-Praxis im Quartal 2/2018 abzugeben. KV-Zulassung vorhanden.

Telefon 0160 94 49 38 22

PP-Praxis, KV-Zulassung mit ganzem Versorgungsauftrag vorhanden, in 55286 **Wörrstadt**, Nähe Mainz (ca. 25 km), zum 1.7.2018 abzugeben.

Praxisabgabe_woerrstadt@web.de

Praxisgesuch

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bin Psychologische Psychotherapeutin (VT) und suche dringend eine halbe oder ganze Praxis in **Bonn**, KV-Zulassung erwünscht. Approbation und Warteliste seit 2012. Schwerpunkte: Psychoonkologie und Schematherapie. Halber Kassensitz im Westerwald vorhanden, aber wegen kleinem Kind keine 2,5 Stunden Fahrtzeit pro Tag mehr machbar. Finanzierung ist gesichert. Absolute Zuverlässigkeit und volle Unterstützung bei allen Formalitäten. Beginn flexibel, auch Jobsharing denkbar. Freue mich über alle Hinweise und Angebote.

heike.faber@gmx.com

Nicht suchen.

Finden.

Mit
einer Anzeige
hier.

Praxisvermietung

Essen-RS
2 schöne helle moderne Räume, teilmöbliert, in Praxisgemeinschaft, zu vermieten. Parkplatz vorhanden

Telefon 0176 80 17 03 29

Mainz
Behandlungszimmer in schöner Altbau-Praxisgemeinschaft zu vermieten.

0177 74 89 01 3

Schöner, ruhiger Therapieraum in sehr schöner Psychotherapeutischer Praxis in **Berlin** Schönberg ab April 2018 zu vermieten.
Anfragen bitte unter: 0170 49 86 64 7

Nicht suchen.

Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 13.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Stellenangebote

Psychologische/r Psychotherapeut/in zur Anstellung Teilzeit/Vollzeit in psychiatrischer Praxis in Karlsruhe gesucht.

Bewerbung bitte an:
praxis@psychiatricum-ka.de

Vertreter TP für Erwachsene bei hälftiger Praxis in englisch, spanisch und deutsch für ein Jahr ab **August 2018** im Zentrum von **Freiburg** gesucht. Evtl. Perspektive auf **Juniorpartnerschaft**. Möglich auch ein Appartement zur Miete.
Kontakt: pwogau@gmail.com

Sicherstellungsassistenz (PP, VT) gesucht für Heppenheim (Kreis Bergstraße, Südhessen) ab Juni/Juli 2018 für mind. 1 Jahr. Volle zeitliche und arbeitsorganisatorische Flexibilität, sehr gutes Honorar.
praxis-weigel@web.de
0176 24 89 85 74

Kleinanzeigenpreise 2018

pro Millimeter: 2,90 €

Mindesthöhe: 20 mm

Verschiedenes

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

Focusing
Weiterbildung nach den Richtlinien des Deutschen Ausbildungsinstituts für Focusing und Focusing-Therapie (DAF) im Raum Heidelberg/Mannheim.
Leitung: DP Hans Neidhardt, Psychol. Psychotherapeut, Focusing-Ausbilder (DAF).
Akkreditierte Veranstaltung (144 Punkte). Termine: 19. – 22. April, 28. Juni – 1. Juli, 20. – 23. September, 8. – 11. November 2018

Web: www.hans-neidhardt.de
mail: info@hans-neidhardt.de

EMDR - AUSBILDUNG - BERLIN
EMDRIA u. Kammer zertifiziert
www.emdr-ausbildung-berlin.de [1]
EMDR Curriculum I:
27.09.–30.09.18 u. 18.01.–20.01.19
EMDR Curriculum II:
25.10.–28.10.18 u. 15.02.–17.02.19

Anzeigenschluss für Heft 2.2018:

27.04.2018

Spende schenken, Spende wünschen
... und damit die Welt ein klein wenig besser machen.

Wir unterstützen Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten.
Spendenkonto/IBAN:
DE92 3705 0198 0045 0001 63

medica mondiale

www.medicamondiale.org/geschenkspende
/medicamondiale

Kleinanzeigenpreise 2018

Pro Millimeter: 2,90 €

Mindesthöhe: 20 mm

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Inserentenverzeichnis

Deutscher Kinderschutzbund, Frankfurt .....Seite 47
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin .....Seite 13
Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn.....Seite 43
Elron Versicherungsmakler, Essen.....Seite 21
Heiligenfeld Kliniken GmbH, Waldmünchen .....Seite 23
IVS Institut für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....Seite 37
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....Seite 9
Parkklinik, Wiesbaden/Schlangenbad .....Seite 15

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe, Berlin
Psychotherapeutische Fachpraxis Weinspach, Münster

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

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

Name
Vorname
Geboren am
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort

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

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 01.06.2018.

WACHSTUM

01

Jedes Kind braucht die Geborgenheit einer Familie und individuelle Förderung – überall auf der Welt.

02

Wir geben verlassenen Kindern ein Zuhause. Dort können sie wieder Vertrauen fassen, spielen und lernen.

03

Damit werden Kinder zu selbstbewussten, eigenständigen Menschen. Als solche bringen sie ihre Heimat voran.

04

Wachstum für Wohlstand und Frieden. Schritt für Schritt. Helfen Sie uns dabei.

SOS KINDERDÖRFER WELTWEIT

sos-kinderdoerfer.de

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

LEBEN AM LIMIT – PSYCHOTHERAPIE UND SOZIALE TEILHABE

SYMPOSIUM 2018

Vorträge und Diskussion

Viele Menschen in Deutschland leben unter schwierigen Lebensbedingungen, die beispielsweise durch Armut, Arbeitslosigkeit und chronische Erkrankungen geprägt sind. Diese und andere belastenden Lebensumstände schränken die Möglichkeiten der Teilhabe am sozialen Leben oftmals stark ein. Sie erhöhen zudem das Risiko für zusätzliche psychische Beeinträchtigungen. Doch auch bereits bestehende psychische Erkrankungen können sich unter solchen Lebensumständen verschlechtern.

Viele Betroffene benötigen psychotherapeutische Hilfe, aber nicht in allen Fällen bietet unser Versorgungssystem den Menschen einen angemessenen Zugang. Insbesondere die Vernetzung zwischen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und anderen Gesundheitsdisziplinen muss dabei weiter ausgebaut werden.

Wir wollen diskutieren, in welchen Einrichtungen und an welchen Schnittstellen psychotherapeutische Kompetenzen benötigt werden. Welche Rahmenbedingungen sollten geschaffen werden, um die Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten?

Mit Akteurinnen und Vertretern aus den unterschiedlichen Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik wollen wir erörtern, wie die Psychotherapie in den psychosozialen Bereich integriert und wie die Kooperation zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen verbessert werden kann.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und auf ein spannendes Symposium 2018.

Anmeldung

Der Besuch der Veranstaltung ist kostenfrei. Eine schriftliche Anmeldung wird erbeten bis zum **04. Juni 2018** über unser Online-Formular auf www.dptv.de, per E-Mail an bgst@dptv.de oder per Fax an 030 235009-44.

Zertifizierung

Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte beantragt.

Weitere Informationen auf **www.dptv.de**

14. JUNI 2018, 12.00-17.30 UHR

Tagungswerk
Lindenstraße 85
10969 Berlin