






**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie **Aktuell**

10. Jahrgang | Heft 2.2018



-  Neue Entscheidungen des BSG zur Vergütung: Wie geht es weiter?
-  Eckpunkte der zukünftigen Weiterbildung aus Sicht der DPTV
-  Psychologisch-psychotherapeutische Arbeit in Palliative Care

# DATENSCHUTZ: Was geschieht mit Ihren DPtV-Mitgliedschaftsdaten?

## Welche Daten werden verarbeitet?

- Stamm-/Kontaktdaten
- Bankdaten
- Daten über Ausbildung, Approbation, Berufsstatus, Berufsausübung
- Mitgliedschaftsdaten (wie Mitgliedsart, Status, Mitgliedsnummer, Ermäßigung)
- Daten für die Psychotherapeutensuche (Abrechnungsgenehmigung, Richtlinienverfahren, Therapieverfahren, Störungsbilder, behandelte Gruppen, Sprache, Privatbehandlungen)

Wir erhalten die Daten von Ihnen direkt (u.a. über die Beitrittserklärung, die Online-Bestellung, die Bekanntgabe in der Psychotherapeutensuche, bei Beantragung von Ermäßigungen).

## Hinweis zur Datensicherheit

Wir haben technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen getroffen, um Ihre zur Verfügung gestellten persönlichen Daten vor Zugriff und Missbrauch durch unberechtigte Personen zu schützen.

Alle unserer Mitarbeiter und alle an der Datenverarbeitung beteiligten Personen sind zur Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG neu) und der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und anderer datenschutzrelevanter Gesetze und den vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Daten verpflichtet.

Unsere Sicherungsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung fortlaufend überarbeitet.

## Sie haben ein Recht auf...

- Auskunft zu den über Sie verarbeiteten Daten.
- Berichtigung und Löschung der Daten.
- Einschränkung der Verarbeitung.
- Widerspruch gegen die Verarbeitung der Daten.

## Widerrufsrecht

Sie haben das Recht jederzeit Ihre Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung zu widerrufen.

## Nicht-/Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung der Stamm- und Kommunikationsdaten, sowie der Information über die Approbation oder Ausbildung ist für das Eingehen der DPtV-Mitgliedschaft und die Zuordnung in die Mitgliedschaftsart zwingend notwendig. Werden diese Daten nicht bereitgestellt, ist eine Mitgliedschaft nicht möglich.

## Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

### Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV)

Vertreten durch den Bundesvorstand: Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Enno E. Maaß, Michael Ruh, Sabine Schäfer, Kerstin Sude  
Vertreten durch den Bundesgeschäftsführer: Carsten Frege

**Bundesgeschäftsstelle:** Am Karlsbad 15, 10785 Berlin  
030-2350090, [www.dptv.de](http://www.dptv.de)  
[bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de), [vorstand@dptv.de](mailto:vorstand@dptv.de)

## Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

Für die BGST: Monique Schilberg ([moniqueschilberg@dptv.de](mailto:moniqueschilberg@dptv.de))

## Hinweis auf Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde in Berlin:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Maja Smoltczyk  
Friedrichstr. 219, 10969 Berlin  
Tel.: 030-138890, Fax: 030-2155050  
[mailbox@datenschutz-berlin.de](mailto:mailbox@datenschutz-berlin.de), [www.datenschutz-berlin.de](http://www.datenschutz-berlin.de)

## Empfänger der Daten

- Bundesgeschäftsstelle
- Zuständige Landesgeschäftsstellen
- Landesvorstand wg. Beratungen
- Bundesvorstand wg. Beratungen
- Externe Dienstleister in unserem Auftrag aus IT, Druck und Versand (z.B. zum Versand der Mitgliederzeitschriften)
- Ggf. über die Psychotherapeutensuche, sofern der Veröffentlichung durch das Mitglied zugestimmt wurde

## Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Art. 6 Abs. 1 lit a) DS-GVO

Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO

## Absicht über Drittlandtransfers

Wir geben keine Daten in Drittländer.

## Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Wir speichern die Daten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und der Vorschriften zum Rechnungswesen

## Zweck der Verarbeitung

- **Vereinszwecks** gemäß § 2 der Satzung:  
„Der Verein vertritt die Interessen seiner Mitglieder. Insbesondere sind seine Aufgaben,  
a) Die Interessen seiner Mitglieder gegenüber dem Gesetzgeber, Kostenträgern, gesetzlichen Körperschaften, Behörden, Institutionen und Verbänden sowie in den Organen der Selbstverwaltung und in der Öffentlichkeit zu vertreten,  
b) Für ein gutes Verhältnis der Mitglieder untereinander und zu den anderen Berufen des Gesundheitswesens zu sorgen,  
c) Die Mitglieder in Fragen der Berufsausübung zu beraten,  
d) Über berufspolitische Entwicklungen zu informieren,  
e) Auf eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung hinzuwirken,  
f) Bei der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden dafür Sorge zu tragen, dass dies entsprechend den wissenschaftlichen Standards geschieht.“

- Betreuung und Verwaltung der Mitgliedschaft
- Beratung der Mitglieder (telefonisch, per Mail, per Post)
- Versand von diversen Verbandspublikationen (Psychotherapie Aktuell, Bundesmitgliederbrief, Landesmitgliederbrief) per Post und per Mail
- Versand von berufspolitischen Informationen, Veranstaltungshinweisen, aktuellen News und Hinweisen zum Mitglieder-service wie Reiseangebote, Rabatte, Kooperationsverträge per Mail und per Post
- Betreuung und Verwaltung der Psychotherapeutensuche auf der Homepage
- Feststellung der Mitgliedsbeiträge und deren Zahlung
- Mahnverfahren bei Nichtzahlungen von Beiträgen und anderen Rechnungen
- Betreuung und Verwaltung diverser Mailinglisten
- Bearbeitung von Bestellungen
- Organisation und Durchführung von Veranstaltungen, Seminaren und Fortbildungen
- Statistische Zwecke



Stand Mai 2018



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach reichlicher Prüfung der Sachlage hat sich der Bundesvorstand der DPtV entschlossen, gegen das Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.10.2017 vorzugehen. Dieses Urteil hatte den Strukturzuschlag für rechters erklärt, was de facto die systematische Benachteiligung aller psychotherapeutischen Praxen bedeutet. Unser Justiziar Dr. Markus Plantholz hat für unsere DPtV-Musterklägerin eine Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht gegen dieses Urteil vorbereitet und am 03.04.2018 dort eingereicht. Auch der bvvp ist diesen Schritt gegangen.

Das Bundesverfassungsgericht ist die letzte gangbare Rechtsinstanz, um Honorargerechtigkeit für unseren Berufsstand einzufordern. Uns ist wohl bewusst, dass nur 1% aller eingereichten Beschwerden beim Bundesverfassungsgericht überhaupt angenommen und entschieden werden. Wir haben allerdings so viele handfeste Fakten zur Benachteiligung unseres Berufsstandes zusammengetragen und diese in einem Statement zusammengefasst, dass wir hier die Hoffnung haben, tatsächlich zum Zuge zu kommen.

Ebenfalls zu Beginn des 2. Quartals 2018 feierte die Psychotherapie-Richtlinie den ersten Geburtstag: Die reformierte Psychotherapie-Richtlinie ist nun seit einem Jahr in Kraft. Dies haben verschiedene In-

stitutionen zum Anlass genommen, eine erste Bilanz zu ziehen. So hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 12.04.2018 Zahlen veröffentlicht (<https://goo.gl/zmEcFE>), die belegen, dass die Psychotherapeuten das neue Therapieangebot von Psychotherapeutischer Sprechstunde und Psychotherapeutischer Akutbehandlung zeitnah und schnell in ihren Praxisalltag integriert hat. Somit haben wir, liebe Kolleginnen und Kollegen, den niedrigschwelligen Zugang für Patienten in psychotherapeutische Praxen erfolgreich umgesetzt. All diese Umstellungen haben viel Zeit und Energie gekostet. Nach den bisher bekannt gewordenen Abrechnungsergebnissen zeigen sich zwar leicht erhöhte Vergütungen, aber auch ein Anstieg der Fallzahlen. Die notwendige Erhöhung der Vergütung pro Zeiteinheit bleibt eine Dauerbaustelle für unsere Praxen.

Eine umfangreiche Studie zu den Wartezeiten legte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) am 11.04.2018 vor (<https://goo.gl/ADmVTH>). Auch hier wurde deutlich: Die Psychotherapeutenkammer hat die Reform gut und zeitnah umgesetzt. So konnte die Wartezeit zwischen der ersten Kontaktaufnahme mit der Praxis und dem Erstgespräch auf durchschnittlich 5,7 Wochen verkürzt werden. In einer Umfrage der BPtK von 2011 waren es noch 12,5 Wochen. Allerdings warten Patienten immer noch durchschnittlich 19,9 Wochen auf

einen Therapieplatz – wobei hier wieder ganz deutlich auf das Stadt-Land-Gefälle hingewiesen wird.

Beide Institutionen kommen zu dem Schluss, dass die Psychotherapie-Richtlinie seitens der PsychotherapeutInnen zufriedenstellend umgesetzt wurde, aber diese strukturellen Veränderungen die unzureichende Bedarfsplanung der vergangenen Jahrzehnte nicht abfedern können. Wir sind gespannt, wie die Ergebnisse unserer Wartezeitenstudie, für die wir Sie im März dieses Jahres noch einmal um Ihre Beteiligung gebeten haben, ausfallen werden. Die BPtK-Studie wurde in den Medien positiv rezipiert. So hat unter anderem „Spiegel Online“ auf Grundlage dieser Studie einen Artikel veröffentlicht, der auch auf Daten der Kostenerstattungs-Onlineumfrage der DPtV von 2017 zurückgreift (<https://goo.gl/EMQjsS>).

Wir begrüßen dieses große Interesse der Öffentlichkeit an diesem Thema sehr und hoffen, dass auch die neue Bundesregierung die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland noch ernster nimmt.

Herzlichst, auch im Namen des gesamten Bundesvorstandes  
Ihre

Sabine Schäfer  
Stellvertretende Bundesvorsitzende  
der DPtV



Jan van Loh  
**Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen**  
 Reihe »Komplexe Krisen und Störungen«  
 247 Seiten, gebunden  
 € 29,- (D). ISBN 978-3-608-96033-4

Digitale Medien sind längst in den Einzugsbereich therapeutischen Handelns gerückt, spätestens seit ihrer Aufnahme in das DSM-5. Das vorliegende Buch beschreibt psychodynamische Ansätze für die Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit digitalen Störungen.



Vjera Holthoff-Detto  
**Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen**  
 Reihe »Komplexe Krisen und Störungen«  
 216 Seiten, gebunden  
 € 29,- (D). ISBN 978-3-608-94947-6

Dieses Buch befähigt Ärzte, Psychologen und professionell Pflegende, mit den Betroffenen und ihren Angehörigen so umzugehen, dass eine treffende Therapieplanung erarbeitet werden kann und dass zielgerichtete Beratung und Begleitung möglich wird.



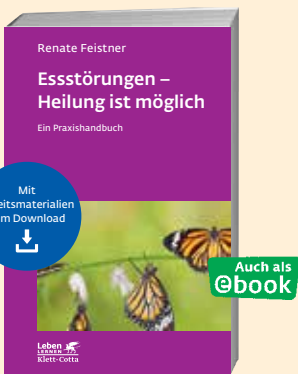
Meinolf Peters  
**Das Trauma von Flucht und Vertreibung**  
 239 Seiten, gebunden  
 € 30,- (D). ISBN 978-3-608-96205-5

Immer mehr ältere Menschen beginnen eine psychotherapeutische Behandlung. Viele von ihnen haben in ihrer Kindheit und Jugend Fluchterfahrungen gemacht, die nun im Alter wieder in den Vordergrund rücken. Meinolf Peters zeigt, wie TherapeutInnen und BetreuerInnen damit umgehen können.



Luise Reddemann  
**Schlusstücke**  
 Gedanken über Vergänglichkeit und Tod  
 201 Seiten, broschiert  
 € 20,- (D). 978-3-608-96242-0

Wie geht Abschiednehmen? Wie können wir uns mit der Tatsache unserer Vergänglichkeit anfreunden? Wie gelingt ein guter Tod? Luise Reddemann hilft dabei, mit dem, was ist, in Einklang zu kommen.



Renate Feistner  
**Essstörungen – Heilung ist möglich**  
 Ein Praxishandbuch  
 Leben Lernen 299  
 304 Seiten, broschiert, großes Format  
 € 34,- (D). ISBN 978-3-608-89205-5

Das Buch entkräftet das gängige Vorurteil, Essstörungen seien nicht heilbar. Feistners auf viel Praxiserfahrung beruhender Behandlungsansatz für die ambulante Psychotherapie gibt TherapeutInnen, Betroffenen und ihren Angehörigen neue Hoffnung.



Jochen Peichl  
**Integration in der Traumatherapie**  
 Vom Opfer zum Überlebenden  
 Leben Lernen 300  
 261 Seiten, broschiert  
 € 28,- (D). 978-3-608-89199-7

»Muss ich mich mit dem Täter versöhnen?« Diese Frage bleibt für viele Menschen auch nach einer Trauma-Konfrontation virulent. Das Buch zeigt, wie Wut und Hass transformiert werden können und wie die Integration des Traumas gelingt.



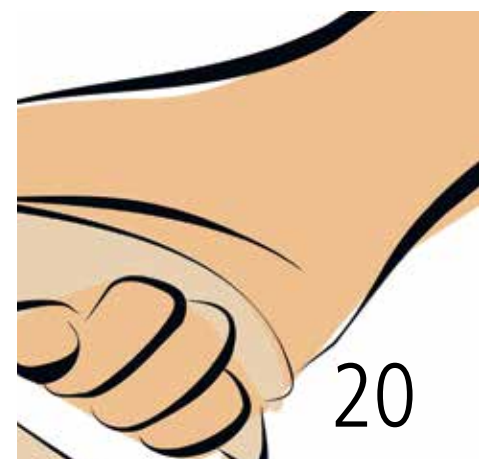
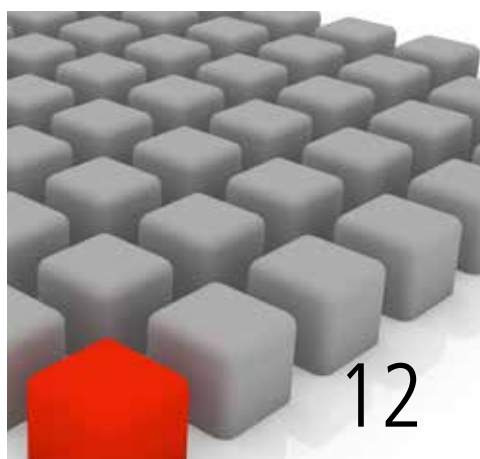
Burkhard Hoellen, Matthias Böhmer  
**Selbstakzeptanz**  
 Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie nach Albert Ellis  
 kurz & wirksam  
 Auch als eBook  
 ca. 160 Seiten, broschiert  
 ca. € 18,- (D)  
 ISBN 978-3-608-89214-7

Das Buch des renommierten Verhaltenstherapeuten Hoellen führt in die Grundlagen der REVT ein und skizziert die Weiterentwicklung der erfolgreichen Methode bis heute.



Luise Reddemann  
**Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie**  
 Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – Eine Annäherung  
 Leben Lernen 277  
 200 Seiten, broschiert  
 € 22,- (D). ISBN 978-3-608-89222-5

»Reddemanns Buch ermutigt dazu, sich der möglichen geschichtlichen Dimension seelischen Leidens immer wieder neu feinfühlig anzunähern.«  
 V. Kattermann, Deutsches Ärzteblatt



## GESUNDHEITSPOLITIK

- 6 **Markus Plantholz**  
Neue Entscheidungen des BSG zur Vergütung: Wie geht es weiter?
- 12 **Barbara Lubisch**  
Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz. Eckpunkte der zukünftigen Weiterbildung aus Sicht der DPtV
- 17 **Carsten Frege, Anne Maria Günther**  
So tickt das neue BMG

## FACHBEITRAG

- 20 **Urs Münch**  
Psychologisch-psychotherapeutische Arbeit in Palliative Care

## AUS DER PRAXIS

- 26 **Dieter Best**  
Ein Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie. Eine Zwischenbilanz
- 33 **Sabine Schäfer, Dagmar Kumbier**  
Der 60-Minuten-Bericht an den Gutachter. Tipps für Sterneköche zur Fast Food-Zubereitung
- 41 **Moina Beyer-Jupe, Anne Maria Günther**  
Was ist von den neuen Datenschutzregelungen für psychotherapeutische Praxen relevant?  
Patienteninformation: Datenschutz in unserer Praxis  
Checkliste: Datensicherheit in meiner/unserer Praxis

## ANGESTELLTE

- 47 **Michael Kladny im Gespräch mit Philip Negt**  
Tätigkeitsfelder von angestellten PP und KJP

## STEUERFRAGEN

- 50 **Jens-Peter Damas**  
Die heilberufliche Verschwiegenheit. Outsourcing von Dienstleistungen wird straffrei

## REZENSIONEN

- 52 Psychosen – Ambulante Psychotherapie von Patienten mit einer Psychose / Psychotherapie mit Flüchtlingen – Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse / Los geht's – Aktiv warten auf einen Therapieplatz / Handbuch der Differenzialdiagnosen – DSM-5®

## VERANSTALTUNGEN

- 55 **Veranstaltungskalender**  
August bis September 2018

## VERBANDSINTERN

- 56 **Adressen DPtV**  
Impressum

## ANZEIGEN

- 57 **Kleinanzeigen**

Am 25.05.2018 trat die neue Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Kraft.

### Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Umfangreiche Informationen zum Umgang mit Ihren Mitgliedschaftsdaten innerhalb der DPtV finden Sie auf Seite 2.



Markus Plantholz

# Neue Entscheidungen des BSG zur Vergütung: **Wie geht es weiter?**



Am 11.10.2017 hat das Bundessozialgericht (BSG) sowohl über die Vergütung für die Jahre 2009 bis 2011 (B 6 KA 8/16 R) als auch über die Vergütung im Jahr 2013 entschieden (B 6 KA 35/17 R); die zweite Entscheidung ist stellvertretend für den Zeitraum von 2012 bis heute. Die Klagen in den von der DPTV, dem bvvp und der DGPT vereinbarten Musterverfahren für 2013 sind in weiten Teilen abgewiesen worden. Dies gilt insbesondere auch für die Systematik der Strukturzuschläge, die das Sozialgericht Marburg in erster Instanz noch für einen Verstoß gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz gehalten hatte. Dabei hat das BSG auch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses über die Mindestvergütung je Zeiteinheit hinsichtlich ihrer Berechnungsparameter in weiten Teilen gebilligt; dies gilt auch für die sogenannte Vollaustattungshypothese. Mittlerweile sind gegen die Entscheidungen vom 11.10.2017 Verfassungsbeschwerden anhängig. Diese richten sich gegen die nicht angemessene Vergütung der zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Kapitels 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) in den Quartalen I/2013 und II/2013, greifen aber pars pro toto generell die Herangehensweise des BSG an, die angemessene Vergütung je Zeiteinheit aus einem Vergleich zwischen dem Überschuss einer maximal ausgelasteten vertragspsychotherapeutischen Modellpraxis und einer durchschnittlich ausgelasteten Facharztpraxis einer unterdurchschnittlich verdienenden Facharztgruppe aus vertragsärztlicher Tätigkeit herzuleiten. Der folgende Beitrag erläutert, weshalb sich die DPTV entschieden hat, die Verfassungsbeschwerde zu unterstützen.

### Untaugliche „Vollaustattungshypothese“

Mit den Urteilen vom 20.01.1999 (BSGE 83, 205), 25.08.1999 (BSGE 84, 23) sowie vom 12.09.2001 (BSGE 89, 1) hatte das BSG verfassungsrechtlich abgeleitete Mindeststandards für die Vergütung genehmigungspflichtiger und zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen entwickelt. Die Verteilung der Gesamtvergütung durch die KVen müsse dem aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abzuleitenden Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit genügen. Dieses sei verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, dürften umgekehrt nur bei Vorliegen zureichender Gründe gleichbehandelt werden; mit Art. 3 Abs. 1 GG sei unvereinbar, Unglei-

ches gegen ein zwingendes Gebot gleich zu behandeln. Das dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot könne verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge – im Unterschied zu anderen Arztgruppen – nicht ausweiten kann. Die Gruppe der Psychotherapeuten erbringt statistisch mit einem Anteil zwischen 85 und 90 % strikt zeitgebundene Leistungen, die zudem einem Genehmigungsverfahren und nicht dem Konzept der unmittelbaren Inanspruchnahme unterliegen. Sie hat damit nicht in gleichem Maße Steuerungsmöglichkeiten ihres Leistungsverhaltens wie andere Arztgruppen. Eine Handlungspflicht der jeweiligen

KV bestehe deshalb jedenfalls, wenn über einen längeren Zeitraum hinweg der vertragsärztliche Umsatz von voll ausgelasteten und wirtschaftlich arbeitenden ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, erheblich sogar hinter dem durchschnittlichen Praxisüberschuss (Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich Praxiskosten) vergleichbarer Arztgruppen zurückbleibe. Auf dieser grundlegenden Annahme hat das BSG durch Urteil vom 25.08.1999 sein Modell entwickelt:

(1) Zunächst sind die Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit – nicht insgesamt aus der Praxistätigkeit – der Vergleichsgruppen zu ermitteln. Von den Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit der Vergleichsgruppen wurden zunächst die normativ festgelegten Kostenquoten, später empirisch ermittelte Kostenquoten zur Ermittlung des durchschnittlichen Gewinnes aus vertragsärztlicher Tätigkeit abgezogen.

(2) Im zweiten Schritt wird der Soll-Umsatz einer psychotherapeutischen Praxis ermittelt. Dazu wird zu dem Vergleichsertrag der typisierte Betriebskostensatz der voll ausgelasteten Praxis hinzu addiert. Dabei hatte das BSG im Rahmen der Modellberechnung in den Entscheidungen vom 28.01.2004 hervorgehoben, dass es bei maximalem Arbeitseinsatz eines Psychotherapeuten auch möglich sein müsse, zumindest eine Halbtagskraft für Verwaltungstätigkeiten aus den vertragsärztlichen Umsätzen zu refinanzieren (Urteil vom 28.01.2004 – B 6 KA 52/03). Entsprechend wurden die Personalkosten nicht empirisch, sondern anhand eines fiktionalen, normativen Ansatzes für die Beschäftigung einer Halbtagskraft bestimmt. Diesen normativen Personalkostenansatz hat das BSG in den Entscheidungen vom 28.05.2008 zunächst fortgeführt (Urteil vom 28.05.2008 – B 6 KA 8/07 R).

(3) Schließlich ergibt sich die konkrete Vergütung je Leistung aus

---

Das vom BSG geschaffene Modell war am Anfang ein Segen und ist heute ein Fluch

---

Die sogenannte  
Vollauslastungshypothese  
mit 36 Sitzungen pro Woche  
ist aus heutiger Sicht  
nicht realitätsgerecht

der Ermittlung der angeforderten Punktzahlvolumina einer Praxis mit einem Leistungsvolumen von 36 Sitzungen in 43 Kalenderwochen, also 1.548 Sitzungen im Jahr. Der Sollumsatz wurde durch dieses Punktzahlvolumen dividiert. Das BSG selbst hatte 1999 deutlich gemacht, dass es sich um eine modellhafte, fiktionale Belastungsgrenze handele. Dieser vom BSG als „hypothetische Vollauslastung“ bezeichnete Maßstab ist eines der Herzstücke und wohl auch der Zankapfel schlechthin in diesem Modell, weil nur ca. 2 % der Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag sie zu erreichen in der Lage sind.

An diesem Punkt treffen die unterschiedlichen Sichtweisen der Akteure im Gesundheitswesen wie in einem Brennglas zusammen. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind im Schnitt immer noch lang, und während von Krankenkassen oftmals zu hören ist, Psychotherapeuten müssten ihre Versorgungsaufträge besser auslasten, wird von anderer Seite die fehlende Fundierung der bisherigen Bedarfsplanung beanstandet und – was die Daten des Zentralinstituts der KBV auch belegen – angeführt, dass die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit für die Vertragsversorgung nicht geringer ist als in anderen Arztgruppen. Das Modell des BSG war Segen und ist Fluch zugleich: Einerseits handelt es sich um eine der ganz wenigen Fallgruppen, in denen das BSG überhaupt in die Bestimmung der vertragsärztlichen Honorarhöhen eingegriffen hat; wo man heute ohne die Initialzündung dieser ersten Urteile des BSG stünde, könnte man sich auch in düsteren Farben ausmalen. Andererseits wurde mit der „Vollauslastungshypothese“ eine Fiktion geschaffen, die mit der Realität wenig gemeinsam hat und deshalb für eine typisierende Herleitung einer angemessenen Vergütung heute nicht mehr brauchbar ist, von der man aber nicht mehr recht loskommt; die Einschätzung, Vollauslastung sei mit 1.548 Sit-

zungen p.a. erreicht, trägt der Bewertungsausschuss wie eine Monstranz vor sich her. Durch § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V ist weiterhin bestimmt, dass die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen – wenngleich eingebettet in den EBM – eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten haben. Mittel zur Realisierung einer im Sinne des Gesetzes angemessenen und den Gleichheitssatz nicht verletzenden Honorierung sind deshalb heute die Punktzahlvolumina, mit denen die Sitzungen nach Kapitel 35.2 EBM bewertet sind. Die Vollauslastungshypothese ist dabei auch in den letzten grundlegenden Beschluss zur Bestimmung der angemessenen Vergütung vom 22.09.2015 (für die Zeit ab 01.01.2012) eingeflossen.

Gänzlich losgelöst von den anderen Faktoren kann der kalkulatorische Auslastungsgrad dennoch nicht betrachtet werden. Spricht man über den Gleichheitssatz, sind vielmehr die weiteren Faktoren zu beachten; dabei ist kaum zu übersehen, dass sie sich auf einem Zeitstrahl alle zu Lasten der Psychotherapeuten entwickelt haben:

- Bis zum 30.06.2002 bildeten die Hausärzte die Vergleichsgruppe; nach der Zuordnung der Psychotherapeuten zu den Fachärzten sahen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses die Ermittlung der Vergleichsumsätze der Fachgruppen der Augenärzte, der Urologen, der Frauenärzte, der Hautärzte, der Chirurgen, der HNO-Ärzte und der Orthopäden vor. Zwischenzeitlich sind die Arztgruppen mit Erträgen über dem Durchschnitt dieser Gruppen – dies sind die Augenärzte und die Orthopäden – aus der Vergleichsbetrachtung ausgeklammert. Diese Herangehensweise wurde – allerdings von Beginn an – vom BSG gebilligt.
- Die Betrachtung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit ist immer nachteilig, gleichsam

kompensatorisch: Die Vergütung wird durch Rückgriff auf Daten der Vergleichsgruppen und Kostendaten bestimmt, die zu Beginn der fraglichen Vergütungsperiode bereits vorlagen, zu diesem Zeitpunkt typischerweise aber zwei Jahre alt oder älter sind. Das ändert sich auch dann nicht, wenn – wie zuletzt – die angemessene Vergütung erst durch Beschluss vom 22.09.2015, dann aber rückwirkend zum 01.01.2012 bestimmt wird. Auch in diesem Fall wird nur auf die Ende 2011 vorhandenen Daten (im Falle des Gewinnes der Vergleichsgruppen aus 2009) zurückgegriffen.

- Während das BSG noch 2004 einen normativen Personalkostenansatz gefordert hat, damit Psychotherapeuten jedenfalls bei 1.548 Sitzungen p.a. in der Lage seien, eine Verwaltungskraft halbtags zu beschäftigen, ist jetzt der größere Teil dieser Kosten (von ca. 11.000 € p.a.) in die Strukturzuschläge ausgegliedert, die rechnerisch aber erst ab dem Überschreiten der hälftigen (hypothetischen) Vollauslastung ausgezahlt werden.
- Während ursprünglich noch ein normativer Kostenansatz für Personal nach dem TVöD einkalkuliert war, wurde dann eine Umstellung zum niedrigeren MFA-Tarifvertrag vorgenommen; nachdem das BSG ursprünglich begrüßt hatte, dass die Kosten auch die Vergütung einer Reinigungskraft (zusätzlich) zuliefern, meint das BSG nun, es sei seinerzeit nur um die Frage gegangen, ob die Annahmen des Bewertungsausschusses im Großen und Ganzen realitätsgerecht seien.
- Die empirisch festgestellten Betriebskosten wurden auf der Grundlage von Daten von Praxen ab einem Umsatz von 83.000 € (bei vollem Versorgungsauftrag) ermittelt. Das sind etwa zwei Drittel des Soll-Umsatzes bei



Annahme der hypothetischen Vollausslastung. Das BSG billigt dies mit der Erwägung, dass es ansonsten zu wenige Datensätze und damit keine hinreichende Aussagekraft gäbe, würde man auf die wenigen in diesem Sinne voll ausgelasteten Praxen abstellen. Zugleich wird die Realitätsnähe der hypothetischen Vollausslastung jedoch *nicht* hinterfragt.

- Nicht zu beanstanden sei im Grundsatz die Bereinigung der Umsätze der Vergleichsarztgruppen um bestimmte nicht prägende Leistungen (Labor, belegärztliche Tätigkeit etc.). Der Bewertungsausschuss dürfe hier eine „Feinststeuerung“ vornehmen und „die zum Einkommensvergleich herangezogenen Ertragsbestandteile in einem Randbereich eigenständig modellieren“.

Immerhin gibt es eine bedeutsame Ausnahme: Der Bewertungsausschuss hat insoweit keinen Freifahrtschein. Eine Bereinigung der Leistungen der Gruppen des Fachgruppenmix um bestimmte „nicht prägende“ Leistungen darf nur in einem Umfang vorgenommen werden, der die Funktion der Vergleichsberechnung nicht in Frage stellt. Gerade wenn alle Arztgruppen mit überdurchschnittlichem Honorar aus dem Mix herausgenommen werden, bedarf jede Bereinigung einer besonderen Rechtfertigung. Nur solche Leistungsbereiche könnten nicht prägend sein, auf die weniger als 5 % des Umsatzes der betroffenen Gruppe entfallen. Die Umsätze aller Leistungsbereiche, die nicht prägend seien und für die Bildung des Vergleichseinkommens nicht herangezogen werden, dürften auch in der Addition nicht mehr als insgesamt 5 % des durchschnitt-

lichen Umsatzes einer Arztgruppe ausmachen. Und schließlich bedürfte es für die Bereinigung um bestimmte typische Leistungen, die mit der somatischen ärztlichen Tätigkeit regelhaft verbunden sind, einer besonderen Begründung. Es spricht einiges dafür, dass dies praktisch alle Leistungen bis auf die belegärztliche Tätigkeit sind. Dies ist der eine wichtige Erfolg der Psychotherapeuten aus dem Urteil vom 11.10.2017, der auch zwingend zu einer Nachvergütung ab 2012 für alle Psychotherapeuten führen muss, deren Honorarbescheide nicht bestandskräftig sind.

Im Großen und Ganzen scheint es dennoch fast so, als würde der Bewertungsausschuss mit dem Segen des BSG sukzessive versuchen, die Grenzen seiner Gestaltungsfreiheit auszuloten und die Berechnungsparameter zu Lasten der Psychotherapeuten zu verän-

---

Die Mehrzahl der Faktoren zur Bemessung der Vergütung je Zeiteinheit hat sich zum Nachteil der Psychotherapeuten entwickelt

---



## Ihre Patienten in guten Händen

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

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

Gerne nehmen wir Sie in unser Therapeutennetzwerk auf.

**Zurück ins Leben**  
[partner@oberbergkliniken.de](mailto:partner@oberbergkliniken.de)  
[www.oberbergkliniken.de](http://www.oberbergkliniken.de)

Nehmen Sie Kontakt zu unseren Chefärzten auf:

**Berlin/Brandenburg:** 033679 64-135

**Schwarzwald:** 07833 792-233

**Weserbergland:** 05754 87-1102

**Infotelefon für Patienten:** 0800 32 22 32 2

---

Strukturzuschläge  
führen zu einer  
unterschiedlichen  
Vergütung derselben  
Leistung und sind  
systemwidrig

---

dern. Das steht rechtlich im einem latenten Gegensatz dazu, dass das BSG einmal Mindeststandards festsetzen wollte und der Gesetzgeber später der besonderen Situation der Psychotherapeuten Rechnung getragen hat, indem er – seit 2000 an wechselnder Stelle im Gesetz verordnet – das Gebot einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit manifestiert, die Position der Psychotherapeuten also eigentlich gestärkt hat. Bilanziert man die Entwicklung der Rechtsprechung nach 2004, erhärtet sich dieser Eindruck.

Nach heute ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist der allgemeine Gleichheitssatz durch eine Rechtsnorm verletzt, wenn durch sie eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten verschieden behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen können. Seither hat das Gericht mehrmals formuliert, es gelte ein *stufenloser*, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierter verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab; aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die von gelockerten, auf das Willkürverbot beschränkten Bindungen am unteren Ende der Eingriffsskala bis hin zu strengen Verhältnismäßigkeitserfordernissen reichen können. Der ursprünglich praktisch binäre Maßstab, ein staatlicher Akt sei willkürlich oder willkürfrei, wurde damit verabschiedet.

Das BSG hat diese Formel zunächst auch immer angelegt, den Prüfungsmaßstab aber im Laufe seiner Rechtsprechung verschärft seit den Entscheidungen vom 28.05.2008 jeweils ausgeführt, der Bewertungsausschuss habe eine (so große) Gestaltungsfreiheit, dass nur geprüft werde, „ob die äußersten rechtlichen Grenzen der

Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden“. Dies sei erst dann der Fall, „wenn die getroffene Regelung in einem groben Missverhältnis zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken“ stehe. Die Figur des groben Missverhältnisses entnimmt das BSG einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Frage, ob eine Rückmeldegebühr einer Hochschule über 100 € verfassungsgemäß ist. In der Bandbreite der Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht aufstellt, rangiert das BSG also ganz unten. Dies gilt insbesondere auch mit Blick darauf, dass das BSG mehrfach auf eine realitätsgerechte Betrachtung der Berechnungsparameter pocht, den Umstand, dass das eigene Vollauslastungsmodell im typischen Fall aber nicht realisiert wird, nicht weiter in den Blick nimmt.

Dies ist einer von zwei Gründen, weshalb sich DPTV und bvvp entschlossen haben, Verfassungsbeschwerden der Musterkläger gegen die Entscheidung des BSG vom 11.10.2017 zu fördern. Die Fixierung auf den Patienten, die häufige Konfrontation mit einer psychopathologischen Beziehungsgestaltung und die ständige Überprüfung der eigenen Reaktionen auf das Verhalten des Patienten setzt der Leistungsfähigkeit biologische Grenzen. Denn Psychotherapeuten müssen im Kontakt mit Patienten laufend Daten des Patienten und Theoriewissen in ein kohärentes Therapiemodell überführen, dieses hypothetische Modell im Verlauf dauerhaft datengestützt überprüfen, aus diesem Modell Interventionen ableiten, deren Effekt wahrnehmen und die Wirkung der Intervention und des zugrunde liegenden Modells bewerten, die Bewertungsergebnisse wieder zur Grundlage der nächsten Intervention machen, die Reaktionen des Patienten immer wieder einrechnen, dem Patienten in der Therapiebeziehung begegnen und vor allem auch eigene persönliche emotionale Reaktionen wahrnehmen, reflektieren, neutralisieren,

nutzen. Allein dieser attentive und konzentrierte Aufwand kann nicht ohne Weiteres beliebig in Menge und Länge gesteigert werden. Dem persönlichen Arbeitseinsatz sind in der Psychotherapie typischerweise also noch ganz andere Grenzen gesetzt als nur der Umstand, dass 36 Sitzungen in der Woche mit etwa 53 Arbeitsstunden verbunden sein sollen. So wird also das Bundesverfassungsgericht das letzte Wort dazu sprechen müssen.

### Systemwidrige Strukturzuschläge

Dies gilt auch für die Systematik der Strukturzuschläge. Das BSG hielt diese als innovatives Element vom Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses umfasst und sah auch keine Probleme mit Blick auf den Gleichheitssatz. Dass Strukturzuschläge erst ab Erreichen der hälftigen Maximalauslastung gemessen am jeweiligen Umfang des Versorgungsauftrages abrechenbar sind, führt zu einer ungleichmäßigen Vergütung je Zeiteinheit, obschon § 87 Abs. 2c Satz 6 SGBV dem Wortlaut nach von einer einheitlichen Vergütung jeder gleichen Zeiteinheit auszugehen scheint. Für diese Auslegung spricht auch das Prinzip der leistungsproportionalen Vergütung (*siehe etwa BSG, Urteil vom 03.02.2010 - B 6 KA 1/09 R*).


Ein Vertragspsychotherapeut, der 36 antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen durchschnittlich je Woche erbringt, dabei allerdings einen nennenswerten über die jeweilige KV abgerechneten Teil auf Rechnung sonstiger Kostenträger erbringt, ist nicht mehr oder weniger auf Personal angewiesen als ein Vertragspsychotherapeut, der diese 36 Sitzungen ausschließlich gegenüber gesetzlich versicherten Patienten erbringt. Die von den sonstigen Kostenträgern vergüteten Leistungen fließen nicht in die Bemessung der Strukturzuschläge ein. Bei gleichem Leistungsvolumen erhält dieser Psychotherapeut weniger für die gleichen Leistun-

gen als ein Psychotherapeut, der dasselbe Leistungsvolumen erbringt, nur eben ausschließlich für GKV-Versicherte. Dies ist ebenfalls eine ungleiche Situation, die auf einer Ungleichbehandlung beruht, und zwar umso mehr, als § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V von einer Vergütung „je Zeiteinheit“ ausgeht. Ein voll zugelassener Psychotherapeut, der 36 antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen im Wochendurchschnitt erbringt, davon allerdings mehrere für Privatpatienten – z.B. in Höhe von ca. 14 % seiner Arbeitszeit entsprechend dem Anteil der privat versicherten Patienten in Deutschland – steht vor demselben Problem. Er ist in der Logik des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses ebenfalls nicht weniger auf Personal angewiesen als ein maximal durch Vertragsleistungen ausgelasteter Psychotherapeut. Erbringt er aber beispielsweise ca. 85 % seiner Leistungen (= ca. 30 Sitzungen) im System der GKV und ca. 15 % seiner Leistungen (= ca. 6 Sitzungen) für Privatpatienten, erhält er nur Zuschläge von der 19. bis zur 30. Sitzung, weshalb ihm ein Teil der in die Zuschlagsziffern eingestellten Personalkosten zur Refinanzierung des Bruttoarbeitgeberaufwandes einer Halbtagskraft für die Verwaltung fehlt. Auch dies ist eine ungleiche Situation.

Das BSG führt zur sachlichen Rechtfertigung einmal an, der Bewertungsausschuss sei nicht verpflichtet, Leistungen für andere Kostenträger als die gesetzliche Krankenversicherung zu berücksichtigen. Soweit Psychotherapeuten außerhalb ihres auf gesetzlich versicherte Patienten bezogenen Versorgungsauftrags Leistungen erbringen, müssten Praxiskosten hierfür nicht aus dem gegenüber der KÄV abzurechnenden Honorar refinanzierbar sein. Das ist jedoch schon stochastisch verzerrt und auch sonst kein Rechtfertigungsgrund: Es geht keineswegs darum, eine Quersubventionierung der Vergütung anderer Kostenträger durch die GKV zu vermeiden, son-

dern lediglich darum, sie in der Berechnung der angemessenen Vergütung je Zeiteinheit *gleichmäßig* zu verteilen. Zum anderen verweist das BSG darauf, dass auch im bisherigen Rechtszustand eine volle Berücksichtigung der Kosten erst bei einer Vollauslastung gewährleistet gewesen sei und sich die Modelle umso mehr annäherten, je näher der Psychotherapeut der hypothetischen Vollauslastungsgrenze kommt. Auch dieser Ansatz stellt keinen Rechtfertigungsgrund dar. Es trifft zwar zu, dass sich die Auswirkungen der Strukturzuschläge nivellieren, wenn ein Psychotherapeut 1.548 Sitzungen p.a. erbringt. Da dies aber nur ca. 2 % aller Leistungserbringer können, bleibt es auch für 98 bis 99 % aller Psychotherapeuten bei einer Ungleichbehandlung, auch wenn diese abnimmt, je mehr sich ein Psychotherapeut den 1.548 Sitzungen nähert. Unseres Erachtens kann keinen Rechtfertigungsgrund für eine Ungleichbehandlung darstellen, dass es einen kaum zu erreichenden Punkt gibt, an welchem diese nicht mehr existiert. Denn es geht gerade darum, dass die Ungleichbehandlung unterhalb dieses Punktes gerechtfertigt sein muss.

Es bleibt die Frage, ob die Ungleichbehandlung durch die Systematik der Strukturzuschläge durch eine Anreizfunktion gewährleistet werden kann, Versorgungsverträge stärker auszulasten und zu diesem Zweck nicht-therapeutisches Personal zu beschäftigen, um mehr Zeit für die Therapien zu haben. Dies jedenfalls haben die Bänke des Bewertungsausschusses als Beigeladene im Verfahren vor dem BSG als Zweck vorgebracht. Die Systematik der Strukturzuschläge wurde für ca. vier Jahre rückwirkend eingeführt. Es liegt auf der Hand, dass ein Anreiz für mehr Praxisauslastung mit genehmigungspflichtigen Leistungen oder Abgabe der hälftigen Zulassung für die vorangegangenen vier Jahre 2012 bis 2015 nicht zu realisieren war. Jedenfalls für diese Zeit klingt dies als Rechtfertigungsgrund nicht besonders logisch.

Außerdem: Von Beginn an war klar, dass ein Psychotherapeut, der im Sinne der Modellrechnung des BSG 1.548 Sitzungen p.a. für gesetzlich versicherte Patienten erbringt, keinen Raum für die Behandlung anderer Patienten (Privatversicherte, Beihilfeberechtigte, Heilfürsorgeberechtigte) mehr haben würde. Für die Gewährleistung einer angemessenen Vergütung für jede Zeiteinheit war dies jedoch unerheblich, solange die Betriebskosten in dieser Modellrechnung gleichmäßig verteilt wurden. Dies liegt nun anders: die vollen Kosten für die Beschäftigung einer Halbtagskraft für die Verwaltung sind nach der Modellrechnung nur noch zu refinanzieren, wenn die Praxis *ausschließlich mit gesetzlich versicherten Patienten* ausgelastet wird. Das ist unverhältnismäßig, weil es zu Lasten der anderen ca. 14 % der Bevölkerung gereicht, die nicht gesetzlich versichert sind, aber ebenso versorgt werden müssen und also Anspruch auf eine Infrastruktur haben, welche die Versorgung mit Psychotherapie gewährleistet. Im Rahmen des § 75 Abs. 3 SGB V ist dies sogar angeordnet, weil sich der Sicherstellungsauftrag auch auf Personen mit Ansprüchen der Heilfürsorge aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften erstreckt. Am Ende des Tages wird das Bundesverfassungsgericht sich also damit befassen müssen, ob auch diese Struktur einen nicht zu rechtfertigenden Verstoß gegen den Gleichheitssatz darstellt oder eben nicht. 

---

**Das Bundesverfassungsgericht wird sich also damit befassen müssen, ob auch diese Struktur einen nicht zu rechtfertigenden Verstoß gegen den Gleichheitssatz darstellt oder eben nicht**

---

### Dr. Markus Plantholz

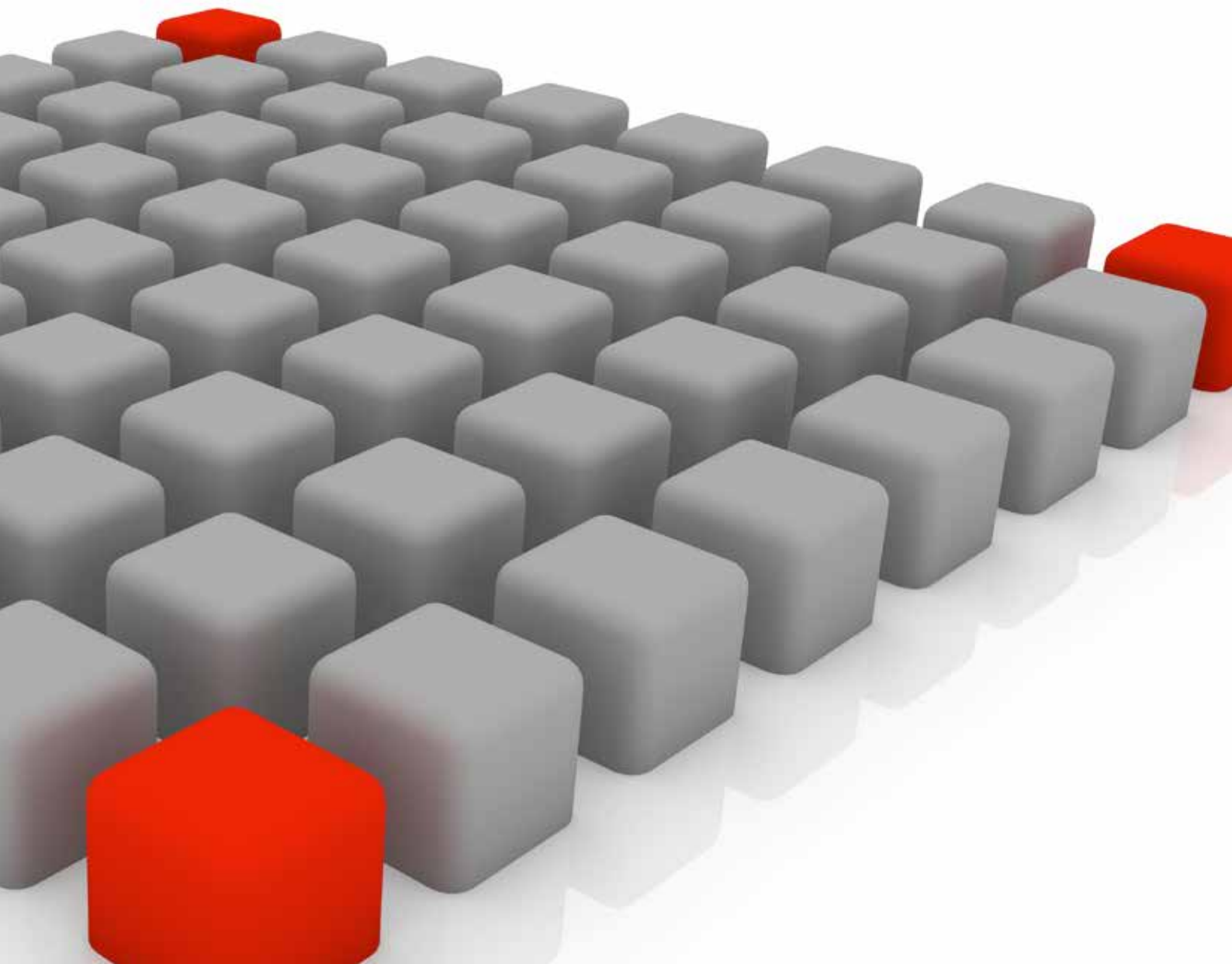
Justiziar der DPTV. Seit 1996 Rechtsanwalt in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater. Fachanwalt für Medizinrecht und ausschließlich mit dem Recht der Leistungserbringer im Gesundheitswesen befasst. Er ist Mitherausgeber und Autor vieler Publikationen im Gesundheitsrecht.



Barbara Lubisch

Psychotherapeutenausbildungsgesetz

# Eckpunkte der zukünftigen **Weiterbildung** aus Sicht der DPtV



Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichte am 20.07.2017 einen Arbeitsentwurf für ein Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG). In diesem Entwurf wird die Notwendigkeit der Weiterbildung an verschiedenen Stellen benannt, zu sozialrechtlichen Regelungen der Weiterbildung aber nichts weiter ausgeführt. Dies bedarf im Bereich der Psychotherapie einer besonderen Bestimmung, weil sich hier – anders als in den Weiterbildungen der anderen Heilberufe – die besondere Struktur der ambulanten Ausbildungsinstitute entwickelt und bewährt hat. Der Erhalt dieser Struktur braucht zwingend eine Umformulierung des § 117 SGB V, damit die Institute zukünftig als Träger der Weiterbildung entsprechende therapeutische Leistungen der weiterzubildenden Psychotherapeuten abrechnen können.

Aus den im Gesetzentwurf bzw. der Begründung genannten Formulierungen wird deutlich, dass das BMG die psychotherapeutische Weiterbildung in demselben rechtlichen Rahmen ansiedelt wie die Weiterbildung der anderen Heilberufe, insbesondere die ärztliche Weiterbildung:

In § 7 des Entwurfs steht als eines der Ziele der Ausbildung: „Zugleich befähigt sie ... sich eigenverantwortlich und selbstständig fort- und weiterzubilden“. In der Begründung heißt es dazu auf Seite 27: *„Bestandteil des Ausbildungsziels ist ebenfalls die Entwicklung der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Fort- und Weiterbildung.“* Sowie im nächsten Absatz: *„Mit der ausdrücklichen Nennung der Fähigkeit zur Weiterbildung wird zum einen die vergleichbare Aussage des § 1 Abs. 1 der Approbationsordnung für Ärzte aufgegriffen. Zum anderen zeigt der Gesetzgeber die an die zukünftigen [Berufsbezeichnung einfügen] gerichtete Erwartung, nach der sich an die abgeschlossene Ausbildung eine Weiterbildung anschließen soll.“*

Es ist eindeutig, dass nur mit abgeschlossener Weiterbildung eine

Kassenzulassung möglich sein wird: *„Personen, die nach diesem Gesetz die Approbation erhalten, werden dementsprechend erst nach einer Weiterbildung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen.“* (Gesetzentwurf-Begründung Seite 41)

Nach den Heilberufsgesetzen der Länder sind in Deutschland für alle Angelegenheiten der Weiterbildung der Heilberufe (Ärzt/innen, Apotheker/innen, Psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen, Tierärzt/innen, Zahnärzt/innen) die jeweiligen Landeskammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts zuständig. Als Beispiel sei das Heilberufsgesetz NRW genannt; dort ist im § 6 Abs. 1 u.a. festgelegt: *„Aufgaben der Kammern sind ... die Weiterbildung nach Maßgabe dieses Gesetzes zu regeln.“* Neben allgemeinen Anforderungen an Weiterbildung, die Gestaltung von Weiterbildungsordnung, Weiterbildungsermächtigung etc. gibt es dort auch spezifische Unterabschnitte zu den Weiterbildungen der unterschiedlichen Heilberufe, auch zur psychotherapeutischen Weiterbildung. Im § 36

ist geregelt: *„Die Weiterbildung in den Gebieten, Teilgebieten und Bereichen erfolgt in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung. Sie ist angemessen zu vergüten.“*

So sieht es auch der Gesetzentwurf: *„In den Weiterbildungsordnungen der Kammern wird entschieden werden, in welchen – wissenschaftlich anerkannten oder aber auch anderen Verfahren – eine vertiefte Weiterbildung durchgeführt werden kann. Eine Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren wird zum Erwerb der Fachkunde führen, wenn das Verfahren zu den sogenannten Richtlinienverfahren zählt.“* (Gesetzentwurf-Begründung Seite 22)

Die Bundespsychotherapeutenkammer wird – ähnlich wie die Bundesärztekammer – in Kooperation mit Fachverbänden, Landeskammern etc. eine (Muster-) Weiterbildungsordnung erarbeiten, die die Weiterbildungsinhalte und -umfänge in den Behandlungsverfahren und Altersbereichen beschreiben wird. Diese hat für die Landespsychotherapeutenkammern empfehlenden Charakter, jede Kammer muss die entsprechenden Regelungen nachvollziehen und beschließen. (Allgemeines zum Aufbau und zur Struktur der Ärztlichen Weiterbildung findet man z.B. unter [www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/](http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/))

Die ärztliche Weiterbildung erstreckt sich – je nach Fachgebiet – über fünf bis sechs Jahre und findet überwiegend in Kliniken statt. Zur Förderung der in der ambulanten

---

### Zur psychotherapeutischen Weiterbildung gehören notwendig die Patientenbehandlung mit begleitender Anleitung und Supervision, theoretische Weiterbildung, Selbsterfahrung

---

Tätigkeit notwendigen Kompetenzen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten Jahren zunehmend bestrebt, einen Teil der Weiterbildung in den Praxen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte stattfinden zu lassen. Die ärztliche Weiterbildungsordnung lässt dies zu, fordert es aber nicht verbindlich ein. Die Zulassungsverordnung ermöglicht die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten in Praxen von Niedergelassenen. Dies wäre auch für psychotherapeutische Weiterbildungsassistenten in Praxen zugelassener Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne sozialrechtliche Änderungen möglich. Im ärztlichen Bereich fehlen allerdings die Institute, die die Koordinierung der Weiterbildung, (angeleitete) Patientenbehandlung, Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung ‚aus einer Hand‘ anbieten, sodass hier eine spezielle Regelung notwendig wird.

Wie sieht nach unseren Vorstellungen die zukünftige Weiterbildung aus?

#### Dauer und Inhalt der Weiterbildung

Die Weiterbildung (WB) soll insgesamt fünf Jahre umfassen, davon je zwei Jahre verpflichtend im stationären und ambulanten Bereich, das fünfte Jahr wahlweise stationär, ambulant oder im institutionellen Bereich. Dies ist begründet durch die seit 1998 deutlich gestiegenen Versorgungsanforderungen, z.B. die Erweiterungen der Psychotherapie-Richtlinie, fachliche Differenzierung, Fortschritte in der Diagnostik und Therapie, Weiterentwicklung von Leitlinien, neue Aufgabengebiete etc. Zum Abschluss der Weiterbildung müssen zusätzlich zu den bisher in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beschriebenen Anforderungen folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden sein:

- Kompetenzen in der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung schwer psychisch Kranker, u.a. bei Psychose, schweren depressiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Sucht, chronischen psychischen Erkrankungen
- Kompetenzen bezüglich Angehörigenarbeit, u.a. bei schweren psychischen Störungen, Demenz
- Kompetenzen bezüglich Arbeit im multiprofessionellen Team, sozialpsychiatrische Kenntnisse, Teilhabeorientierung, stationsäquivalente Behandlung
- Kompetenzen zur selbstständigen Durchführung von Gruppentherapien (einschließlich möglicher Abrechnungsgenehmigung!)
- Kompetenzen zur Behandlung von Traumafolgestörungen, einschließlich Notfallpsychotherapie, komplexen Traumatisierungen
- Kompetenzen hinsichtlich sozialmedizinischer Kenntnisse, einschließlich Beurteilung von AU
- Kompetenzen zur adäquaten Umsetzung der reformierten Psychotherapie-Richtlinie, einschließlich vertiefter Diagnostik, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe
- Kompetenzen zur Prävention psychischer Erkrankungen, einschließlich Familienberatung, Sucht- und Suizidprophylaxe
- Kompetenz hinsichtlich gutachterlicher Fragestellungen
- Organisations- und Leitungskompetenz in größeren Praxiseinheiten, Praxisverbänden und im stationären Setting.

Zur psychotherapeutischen Weiterbildung gehören notwendig die Patientenbehandlung mit begleitender Anleitung und Supervision, theoretische Weiterbildung, Selbsterfahrung. Die anvertraubare Tätigkeit wird an den Weiterbildungsfortschritt angepasst. Die Landespsychotherapeutenkammern erlassen nach einer Reform entsprechend den jeweiligen Heilberufsgesetzen der Länder und in Abstimmung mit der Musterweiterbildungsordnung die Wei-

terbildungsordnungen, in denen die Anforderungen bezüglich der jeweiligen Stundenumfänge sowie der Inhalte der theoretischen und praktischen Weiterbildung bzw. die zu erlangenden Kompetenzen für jedes WB-Gebiet beschrieben werden. Dazu gehört auch die Beschreibung der Anforderungen an die zur WB zu ermächtigenden Psychotherapeuten und die (strukturellen) Anforderungen zur Anerkennung einer Weiterbildungsstätte bzw. eines Weiterbildungsverbands.

#### Weiterbildung im stationären Bereich

Weiterbildungsstätten für die mindestens zweijährige Weiterbildung im stationären Bereich können psychiatrische oder psychosomatische Kliniken bzw. Klinikabteilungen der Akutversorgung sowie der Rehabilitation sein. Die Anerkennung erfolgt durch die jeweilige Landespsychotherapeutenkammer. Die Weiterbildungsassistenten erhalten einen regulären Arbeitsvertrag, die Vergütung erfolgt nach Tarif, vergleichbar Assistenzärzten während der Weiterbildungszeit. Die Refinanzierung erfolgt über die Aufgabenbeschreibungen, die zur Versorgung der Patienten notwendig sind (DRGs bzw. die nach PsychVVG zu bestimmenden Personalbemessungsgrundlagen).

Wir gehen davon aus, dass die Anzahl der WB-Stellen im stationären Bereich sich nach den Stellenplänen der Kliniken und damit nach dem Versorgungsbedarf richten. Bei derzeit etwa 6.500 in Kliniken angestellten Psychotherapeuten und mindestens 4.000 Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) scheint es plausibel, dass die notwendige Anzahl an weiterbildungsermächtigten Psychotherapeuten und an WB-Stellen realisierbar ist und ungefähr den Versorgungsnotwendigkeiten entspricht.

## Weiterbildung im ambulanten Bereich

Weiterbildungsstätten für die mindestens zweijährige Weiterbildung im ambulanten Bereich sind primär die bisherigen Ausbildungsinstitute, zukünftig Weiterbildungsinstitute. Die WB-Institute stellen mit ihrer besonderen Infrastruktur (Koordinierende Ambulanzleitung, Seminarräume, Bibliothek, Dozentenkonferenz etc.) die besondere Verbindung von Patientenbehandlung und verfahrensbezogener Theorie, Supervision und Selbsterfahrung ‚aus einer Hand‘ sicher. Der mindestens zweijährige intensive Wissens- und Kompetenzerwerb hinsichtlich theoriegeleiteter Fallkonzeptualisierung, Selbstreflexion und individueller Rückmeldung ist im Bereich des psychotherapeutischen Fähigkeitserwerbs ein besonderes Qualitätsmerkmal und

nicht durch unverbundene ‚Module‘ unterschiedlicher Anbieter zu ersetzen.

Aufgrund der im Rahmen der Weiterbildung zwingend notwendigen engmaschigen Eingliederung in die betrieblichen Abläufe ist eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit der WB-Assistenten am WB-Institut notwendig. Dies ist auch nach den Heilberufsgesetzen der Länder vorgesehen. Die WB-Assistenten erhalten einen regulären Arbeitsvertrag, die Vergütung sollte vergleichbar der Vergütung im stationären Bereich bzw. der Vergütung von ärztlichen Weiterbildungsassistenten im ambulanten Bereich sein.

Ergänzend können Weiterbildungsassistenten in fortgeschrittener Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten tätig sein und unter „Anleitung und

Überwachung“ (BSG 17.03.2010) Patienten behandeln.

## Rechtliche Rahmenbedingungen

Um die Versorgung von Patienten an Weiterbildungsinstituten zu ermöglichen, ist eine rechtliche Änderung notwendig. Bislang sind die Ambulanzen an nach § 6 PsychThG staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach § 117 SGB V bedarfsunabhängig zur ambulanten Versorgung von GKV-Versicherten ermächtigt. Nach § 120 SGB V vergüten die Krankenkassen diese Leistungen unmittelbar, entsprechend den mit den Ausbildungsstätten geschlossenen Vereinbarungen. Im SGB V sollte deshalb eine Regelung formuliert werden, nach der die nach Landesrecht zur WB ermächtigten Weiterbildungs-

---

Im SGB V sollte deshalb eine Regelung formuliert werden, nach der die nach Landesrecht zur WB ermächtigten Weiterbildungsstätten zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können. Am einfachsten könnte dies über eine Anpassung des § 117 Abs. 3 SGB V gelöst werden

---

uni<sup>versität</sup>  
Witten/Herdecke

**JETZT BEWERBEN ODER PERSÖNLICH ÜBERZEUGEN!**  
CAMPUSstag / 03. Nov 2018

## BACHELOR & MASTERSTUDIUM PSYCHOLOGIE

- **Bachelor** mit Schwerpunkt Psychotherapie & **Master** mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Frühe Praxisorientierung im **Bachelor**: z. B. Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung im Praxissemester
- Gleichberechtigte Verfahrensvielfalt im **Master**: Psychoanalytisch begründete Verfahren, Kognitive Verhaltenstherapie, Humanistische Psychotherapie, Systemische Therapie
- Ob **Bachelor** oder **Master**: Persönliche Betreuung in kleinen Gruppen (35 Studierende pro Jahrgang)
- Persönliches und kompetenzbasiertes Auswahlverfahren (ohne NC) & faires Modell zur Finanzierung der Studierendenbeiträge

Jetzt bewerben: [uni-wh.de/psychologie](http://uni-wh.de/psychologie)      Infotage: [uni-wh.de/uwh-live-erleben](http://uni-wh.de/uwh-live-erleben)

Die Vergütung der Versorgungsleistungen sollte so bemessen sein, dass den zukünftigen WB-Assistenten eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit mit angemessenem Gehalt ermöglicht wird

stätten zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können. Am einfachsten könnte dies über eine Anpassung des § 117 Abs. 3 SGB V gelöst werden (neu: Ambulanzen an Weiterbildungsstätten nach § xx PsychThG ...).

### Kosten

Da eines der Hauptprobleme der derzeitigen Situation die arbeits- und sozialrechtlich absolut unzureichende Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ist, muss hierfür eine Lösung entwickelt werden. Derzeit sind PiA weder sozialversichert noch haben sie Anspruch auf Vergütung, und zusätzlich müssen sie für einen Teil der Ausbildungskosten (Theorieseminare, Selbsterfahrung, Supervision) selbst aufkommen. Der Betrieb der Ausbildungsambulanz und die sehr geringe Honorierung der PiA werden zurzeit durch die Vergütung der Ausbildungstherapien getragen. Die zukünftig anfallenden Kosten setzen sich weiterhin zusammen aus einem Betriebskostenanteil, einem Kostenanteil für die ‚unmittelbaren‘ WB-Kosten und einem Teil für die Vergütung (das Gehalt) der WB-Assistenten, und zwar unabhängig davon, ob die Patientenbehandlung an einer Weiterbildungsambulanz oder in einer Praxis stattfindet.

Die Vergütung der Versorgungsleistungen sollte so bemessen sein, dass den zukünftigen WB-Assistenten eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit mit angemessenem Gehalt ermöglicht wird. Es ist sicherzustellen, dass die GKV die derzeit für die Ausbildungsthera-

pien bereitgestellten finanziellen Mittel offenlegt und weiterhin für die Versorgung zur Verfügung stellt. Es ist davon auszugehen, dass dies im Jahr 2017 einen Umfang von ca. 220 Mio. Euro erreicht hat.

Falls die aus der Behandlungsleistung der WB-Assistenten zu erzielenden Einnahmen nicht ausreichen, sollte über eine zweckgebundene Förderung nachgedacht werden. Dem Zweck der Weiterbildung am angemessensten erscheint es, von einer Förderung nach Vollzeitstellenäquivalenten auszugehen. So regelt z.B. auch die Vereinbarung zwischen GKV-SV und KBV auf der Grundlage des § 75a SGB V: „Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. Die Förderung erfolgt für jede besetzte Stelle.“ Die dafür benötigten Mittel könnten z.B. als Vorwegabzug aus dem Gesundheitsfonds entnommen werden. Auch die privaten Krankenkassen sollten einen Beitrag leisten.

### Weiterbildung im institutionellen Bereich


Weiterbildungsstätten im institutionellen Bereich können Einrichtungen des Strafvollzugs, Kinderheime o.ä. sein, in denen psychotherapeutische Krankenbehandlung erfolgt und die von den jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern die Anerkennung zur Weiterbildung erhalten.

Zusammenfassend: Wir begrüßen, dass im Gesetzentwurf so deutlich formuliert wird, dass sich „... an das Studium eine Weiterbildung anschließen soll, die die Grundlage für einen umfassenden Zugang zur Teilnahme an der Versorgung von Patientinnen und Patienten sein wird.“ (Gesetzentwurf-Begründung Seite 30)

Das BMG selbst kommentiert in der Begründung die Frage der angemessenen Kapazität an Weiterbildungsstellen: „Es liegt in der

*Verantwortung des Gesetzgebers, dass alle diejenigen, die eine solche Weiterbildung anstreben, um ihr Berufsziel zu erreichen und den Beruf des [Berufsbezeichnung einfügen] in der von ihnen geplanten Form auszuüben, eine Möglichkeit erhalten, diese Weiterbildung abzuleisten. Auch hierfür werden die entsprechenden Weiterbildungskapazitäten aber nicht unbeschränkt zur Verfügung stehen. Es gilt aber, eine zu starke Konkurrenzsituation um Weiterbildungsstellen zu vermeiden.“* (Gesetzentwurf-Begründung Seite 30)

Schon Dr. Markus Plantholz (Psychotherapie Aktuell 2.2014, Seite 40ff) hatte festgestellt, dass es allein zur Sicherung einer ausreichenden Anzahl ambulanter Weiterbildungsplätze den Erhalt der Institute als Weiterbildungsinstitute braucht; die im Bereich der Psychotherapie unerlässliche ambulante Weiterbildung sei von Praxen allein nicht zu leisten.

Wir erwarten vom Gesetzgeber, die vom Berufsstand einmütig geforderte Regelung im § 117 SGB V zum Umbau der Ausbildungsinstitute in Weiterbildungsinstitute zu treffen und die Reform ‚zügig abzuschließen‘, wie in der Koalitionsvereinbarung formuliert ist. 



### Barbara Lubisch

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen, Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und der VV der KBV, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.





Carsten Frege, Anne Maria Günther

# So tickt das **neue BMG**

Mit der Ernennung von Jens Spahn zum neuen Bundesminister für Gesundheit am 14.03.2018 kann nun auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seine Arbeit in der neuen Legislaturperiode fortsetzen. Jens Spahn, der Hermann Gröhe ablöste, kündigte bereits im Vorfeld an, worum es ihm schwerpunktmäßig gehen wird. Dabei steht das Thema Digitalisierung weit oben.

Als sicher gilt, dass er im Unterschied zu seinem Amtsvorgänger sich nicht allein auf die Abarbeitung des Koalitionsvertrages beschränken wird. Selbstverständlich wird er zu weiteren Politikfeldern seine Stimme erheben und sehr eigene Akzente setzen.

Die neue Leitungsspitze des Hauses ist bereits ernannt: Mit Sabine Weiss zieht eine Unionspolitikerin als Parlamentarische Staatssekretärin mit Pflegeexpertise ins Haus ein. Dr. Thomas Gebhart, bisher in der Umweltpolitik aktiv und CDU-Abgeordneter ist weiterer Parlamentarischer Staatssekretär. Mit Lutz Stroppe behält Spahn den beamteten Staatssekretär im Ministerium. Stroppe steht für Kontinuität und hat das Haus bisher verlässlich nach innen organisiert.

Drei großen Themen will sich der Minister vorrangig widmen: der flächendeckenden ärztlichen Versorgung, der Pflege und der Digitalisierung. So hat er unterdessen angekündigt, dass die Digitalisierung der Medizin für ihn höchste Priorität genießt: es wird dazu eine eigene Digitalisierungsabteilung im BMG geben.

Zudem, so kündigte der neue Minister an, werden Start up-Unternehmen quartalsweise in das Ministerium eingeladen, um den Be-

amten neueste Gesundheits-Apps vorzustellen.

Spahn setzt zudem auf eine kontroverse Kommunikationskultur; auch das machte er deutlich.

In jedem Fall hat Spahn vor, das Thema elektronische Gesundheitskarte (eGK) wieder zu forcieren. Dazu sagte er: „Ich möchte, dass wir die nächsten dreieinhalb Jahre das Ding endlich so kriegen, dass Patienten, Ärzte, Pflegekräfte einen Mehrwert spüren, weil es Versorgung besser macht. Das möchte ich noch stärker, als es in den letzten Jahren der Fall war, in den Fokus nehmen.“

Zu den Punkten Pflege und flächendeckende ärztliche Versorgung nannte Spahn keine einzelnen, konkreten Vorhaben. Er führte jedoch aus, dass es insbesondere um die

## Jens Georg Spahn

\*16. Mai 1980 in Ahaus/Münsterland

### Ausbildung und berufliche Tätigkeiten

Studium der Politikwissenschaften an der Fernuniversität Hagen, seit 2017 Master of Arts, Lehre zum Bankkaufmann, anschließend als Bankkaufmann tätig bei der WestLB-Münster

### Politische Aktivitäten

- 2018 Bundesminister für Gesundheit
- 2015–2018 Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Finanzen
- 2009–2015 Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
- Seit 2014 Mitglied im Präsidium der CDU Deutschlands
- Seit 2012 Mitglied im Bundesvorstand der CDU
- 2005–2009 Obmann für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss
- Seit 2002 Mitglied im Deutschen Bundestag für den Wahlkreis Steinfurt I/Borken I
- 1995 Eintritt in die Junge Union



Foto © BMG



**Sabine Weiss**

\*26. Mai 1958 in Duisburg-Hamborn

**Ausbildung und berufliche Tätigkeiten**

Zehnjährige Anwaltstätigkeit in Duisburg und Dinslaken, Studium Rechtswissenschaften an der Ruhruniversität Bochum mit 1. und 2. Staatsexamen

**Politische Aktivitäten**

- 2018 Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit
- 2013 Stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU für die Bereiche Arbeit und Soziales und wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Seit 2012 Mitglied im Bundesvorstand der CDU
- Seit 2009 Mitglied im Deutschen Bundestag für den Wahlkreis Wesel I
- 2004 Wiederwahl zur Bürgermeisterin
- 1999 Bürgermeisterin der Stadt Dinslaken



**Dr. Thomas Gebhart**

\*20. Dezember 1971 in Jockgrim/Südpfalz

**Ausbildung und berufliche Tätigkeiten**

- 2002–2003 Tätigkeit bei BASF, Ludwigshafen
- 2002 Promotion an der Universität Mannheim
- 1998 Assistent des Bundestagsabgeordneten Dr. Heiner Geißler
- Studium Betriebswirtschaftslehre und Politikwissenschaften in Mannheim und Birmingham, seit 1992 Master of Arts

**Politische Aktivitäten**

- 2018 Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit
- Seit 2013 Berichterstatter für Kreislaufwirtschaft und Ressourceneffizienz
- Seit 2009 Mitglied im Deutschen Bundestag für den Wahlkreis Südpfalz, Mitglied im Unterausschuss
- 2003–2009 Mitglied des Landtages Rheinland-Pfalz
- Seit 1996 Mitglied der CDU



**Lutz Stroppe**

\*20. Oktober 1956 in Wolfenbüttel, verheiratet, zwei Töchter

**Ausbildung**

Studium Geschichte und Politikwissenschaften auf Lehramt, u.a. an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Berufliche Tätigkeiten**

- Seit 2014 Beamteter Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit
- 2012 Ernennung zum Staatssekretär des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- 2010–2012 Leitung der Abteilung 5 „Kinder und Jugend“ im BMFSFJ
- 2006–2010 Bereichsleiter „Politische Programme und Analysen“ der Bundesgeschäftsstelle der CDU
- 2001 Leitung des Büros von Bundeskanzler a.D. Dr. Helmut Kohl
- 1999–2001 Stellvertretender Büroleiter im Büro von Bundeskanzler a.D. Dr. Helmut Kohl
- 1986–1991 Leiter des Bildungswerkes Konrad-Adenauer Stiftung in Mainz und Berlin

Fotos © BMG

Frage der Arzttermine und Terminservicestellen gehen werde.


Zum Thema Klinikfinanzierung referierte er gleich noch am ersten Tag und kündigte an, dass die bestehenden Messungen der Qualität der Krankenhäuser noch genauer werden sollten. Aus den Ergebnissen müssten Schlussfolgerungen folgen. „Schlechte Qualität muss früher oder später vom Netz, im Interesse der Patientinnen und Patienten“, sagte Spahn. Das heißt, dass Kliniken dann wohl auch schließen werden. Bereits durch den Amtsvorgänger Gröhe war angestoßen worden, dass nachweisbar schlechtere Klinikabteilungen oder ganze Häuser geschlossen werden sollen.

Der ehemalige Präsident des Deutschen Pflegerats, Andreas Westerfellhaus, soll neuer Pflegebevollmächtigter des Bundes werden. „Wenn das Ihre Unterstützung findet, werde ich das dem Kabinett

vorschlagen“, sagte Spahn auch am ersten Tag des Amtsbegins auf dem Deutschen Pflergetag in Berlin. Westerfellhaus war acht Jahre lang als Pflergerats-Präsident tätig. Spahn lobte ihn als jemanden, „der sich auskennt, der aus der Szene kommt, der sie kennt und weiß, was sie beschäftigt“.

Die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und auch die Reform der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten benennt der Koalitionsvertrag als vorrangig, aber auch die Einsetzung einer Bund-Länder AG, die die Reform der GOÄ abschließen soll. Auf Verlautbarungen dazu darf man gespannt sein.

Zunächst aber wird wohl die Grundsatzabteilung ein Programm stricken, aus dem ein Zeitplan mit Gesetzesplanungen hervorgeht. Parallel wird es sicher einige Um-

strukturierungen des Ministeriums geben, die der Agenda des neuen Ministers entsprechen. 

**Carsten Frege**

Bundesgeschäftsführer der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung seit 2008. Mitglied des Redaktionsbeirates der „Psychotherapie Aktuell“. Mitglied des Programmbeirates der Verbandsakademie „DPTV CAMPUS“.



**Anne Maria Günther**

Ass. jur., Stabsstelle Politik in der Bundesgeschäftsstelle der DPTV. Zuvor Rechtsreferendariat mit Stationen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium für Gesundheit.



# STELLEN SIE SICH VOR – WIR HABEN EINEN JOB!



**Wir suchen** zum nächstmöglichen Zeitpunkt zur Verstärkung unseres interdisziplinären Schmerzteams in Voll- oder Teilzeit für unsere Klinik Schorndorf einen

## Psychologischen Psychotherapeuten (m/w)

für unsere **spezielle Schmerztherapie**  
Referenznummer: S-2-139-18

Als approbierter Psychologischer Psychotherapeut (m/w) mit Erfahrung mit unterschiedlichen somatoformen, affektiven und psychosomatischen Krankheitsbildern sowie Angststörungen sind Sie in unserem Schmerzteam u.a. für psychotherapeutische und psychoedukative Behandlungsangebote, psychopathometrische Diagnostik und Mitgestaltung der monatlichen Schmerzkonferenzen zuständig.

**Unser Angebot**

- Arbeitsplatz mit hochmoderner Ausstattung
- Sehr gute und regelmäßige interne sowie externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Strukturiertes Einarbeitungskonzept und betriebliche Gesundheitsförderung
- Qualifikations- und aufgabenorientierte Vergütung nach TVöD-K (inklusive Jahressonderzahlung und zusätzlicher Altersversorgung)

Für weitere Fragen steht Ihnen gerne Dr. med. Elke Wernecke, Leitende Oberärztin Sektion Schmerztherapie, unter der Telefonnummer 07181-67 1879 zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie unter

[www.rems-murr-kliniken.de/karriere/stellenangebote](http://www.rems-murr-kliniken.de/karriere/stellenangebote)

Rems-Murr-Kliniken gGmbH | Personalabteilung  
Am Jakobsweg 1 | 71364 Winnenden

Wir sind medizinischer Spitzenversorger für die Region

19 Fachkliniken

Über 50.000 Patienten/Jahr

Standorte in Winnenden und Schorndorf

Landkreis in reizvoller Lage mit hoher Lebensqualität

In öffentlicher Trägerschaft des Rems-Murr-Kreises

Volle Unterstützung durch den Landkreis

Moderne, familienfreundliche Arbeitsplätze

Rems-Murr-Klinikum Winnenden ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen



Urs Münch

Psychologisch-psycho-  
therapeutische Arbeit  
in **Palliative Care**



**Psychologisch-psychotherapeutische Versorgung in Palliative Care stellt an die Behandelnden besondere Anforderungen, bietet aber auch spannende Herausforderungen nicht nur zu existenziellen Fragen und eigener Betroffenheit. Das Feld findet aktuell zunehmend Verbreitung, bedarf aber noch einer deutlich besseren Verankerung im Gesundheitssystem. Krankheitsspezifisches Wissen ist für die Arbeit unabdingbar.**

## Palliative Care in der psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Die psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit Menschen, die an schweren, lebenslimitierenden Erkrankungen leiden, die nicht psychiatrisch oder psychosomatisch einzustufen sind (siehe Kasten rechts), erlebt im Kontext der Psychotherapie nach wie vor ein Randdasein. Ein Grund dafür ist, dass diese Klienten meist nicht in die Gegebenheiten einer ambulanten Praxis passen: Krankheits-/behandlungsbedingt hohe Ausfallquoten, unzureichende/fehlende Mobilität oder auch nachvollziehbar fehlendes Durchhaltevermögen im Bemühen um einen Therapie-

platz. Aufsuchende Psychotherapie ist außerdem unter den gegebenen Bedingungen unwirtschaftlich und bedeutet Selbstausbeutung.

Zum anderen wird psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit dieser Patientengruppe in Institutionen außerhalb des psychiatrisch-psychosomatischen Kontextes schlicht nicht oder nur unzureichend finanziert. Lediglich bei der multimodalen Schmerzbehandlung muss ein approbierter Psycho-

### Schwere somatische und neurologische Erkrankungen

Zu den somatischen/neurologischen Erkrankungen zählen neben der Gruppe Krebserkrankungen vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. terminale Herzinsuffizienz), neurologische Erkrankungen (z.B. ALS - amyotrophe Lateralsklerose), Infektionserkrankungen (z.B. AIDS), pulmonale Erkrankungen (z.B. COPD), terminale Erkrankungen von Leber und Niere (z.B. dekompensierte Leberzirrhose), das diabetische Spätsyndrom und altersbedingte Multimorbidität (Aulbert, Nauck, Radbruch 2008, Münch, Gramm, Berthold, 2016).

therapeut involviert sein. Zur Abrechnung aller anderen möglichen Komplexziffern, z.B. der palliativen Komplexbehandlung, sind Psychologen oder Psychotherapeuten austauschbar, also nicht notwendig.

Dies führt dazu, dass es häufig genug Zufall ist, ob diese Klienten zusammen mit ihrem Umfeld dann auch psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung bekommen, wenn diese indiziert ist (Gramm, Münch, 2017). Die meisten Ausbildungscurricula für Psychotherapeuten lehren kaum etwas über Palliativbehandlung. In den letzten Jahren hat allerdings insofern eine Veränderung eingesetzt, dass dieser Themenkomplex mehr Aufmerksamkeit durch Publikationen und Entwicklung von S3-Leitlinien (AWMF 2014 und AWMF 2015) und von Therapieansätzen bekommt, auch wenn der Fokus oft auf schwer kranken Menschen liegt. In den letzten Jahren hat es zudem einige Buchpublikationen gegeben, die den an diesem komplexen Thema interessierten Psychotherapeuten hilfreich sein können.

### Häufigkeit psychischer Störungen und Belastungen

Die validesten Daten zu psychischen Störungen und Belastungen liegen für Krebskranke vor. Nach Mehnert leiden ca. 32 % im Verlauf ihrer Erkrankung an einer psychischen Störung. Dabei unterscheiden sich Angststörungen (11,5 %), Anpassungsstörungen

## MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Partnerschaft von  
Rechtsanwältinnen und  
Rechtsanwälten mbB  
Notarin

## NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Hohe Erfolgsquoten in  
allen Numerus clausus-  
Fächern, z.B. im Fach

### Psychologie: 100% Erfolg

mit unserer Strategie –  
auch im Masterstudien-  
gang!

## Wir haben die Erfahrung.

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

**Literaturempfehlungen**

Koch, U., Lang, K., Mehnert, A., Schmeding-Kludas, C. (Hrsg.). Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Stuttgart, Schattauer, 2006

Fegg, M., Gramm, J., Pestinger, M. (Hrsg.). Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. Stuttgart, Kohlhammer, 2012

Schulz-Kindermann, F. Psychoonkologie – Grundlagen und psychotherapeutische Praxis. Weinheim, Beltz, 2013

Chochinov, H. M. Würdezentrierte Therapie. Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 2017

Berthold, D., Gramm, J., Gaspar, M., Sibelius U. (Hrsg.). Psychotherapeutische Perspektiven am Lebenende. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 2017

mit der es sich auseinanderzusetzen gilt.

Gerade bei Palliativpatienten ist es wichtig, bei der Diagnostik psychischer Störungen somatisch-organisch und/oder medikamentös bedingte Differenzialdiagnosen zu berücksichtigen, um die häufigen Unter- oder Überschätzungen psychischer Störungen zu reduzieren (Mehnert et al., 2014).

**Besonderheiten psychologisch-psychotherapeutischer Arbeit mit Palliativpatienten**

Um mit Menschen zu arbeiten, die eine nicht heilbare fortgeschrittene somatische oder neurologische Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung haben, brauchen Psychologen und Psychotherapeuten medizinisches Wissen über die jeweilige Erkrankung und mögliche Krankheitsverläufe sowie Wissen um die Belastungen für Patienten und Nahestehende, die mit der jeweiligen Erkrankung einhergehen.

Palliative Care ist per Definition systemisch, da die Angehörigen und Nahestehenden explizit mit einbezogen werden. Das zugrunde

(11 %) sowie Depressionen (6 %) in ihrer Häufigkeit nicht sehr von der Normalbevölkerung (Mehnert et al., 2014). Es gibt aber einen deutlich höheren Anteil von nicht ICD-relevanten psychischen Belastungen wie Angst (bis zu 48 %), Distress (bis zu 59 %), Depressivität (bis zu 58 %) und Demoralisierung 13 bis 18 % (AWMF, 2014; Mehnert, Nauck 2016). Suizidge-danken treten bei etwa 15 % der

Betroffenen auf, deren Ursachen aber meist eng mit der Belastung durch Krankheit verknüpft und bei den meisten Patienten die Gedanken nicht anhaltend sind (Mehnert, Nauck, 2016). Die Unterscheidung zwischen Todeswunsch und psychiatrisch relevanter Suizidalität sowie mögliche Konsequenzen einer psychiatrischen Beurteilung sind für Psychiater und Psychotherapeuten eine Herausforderung,

Palliativpatienten sind vor allem ambulant psychologisch-therapeutisch schlecht versorgt

**Palliativstation:** Spezialisierte Abteilung in einem Akutkrankenhaus mit einem multiprofessionellen Team mit dem Schwerpunkt, belastende Symptome schwer kranker Menschen so erträglich wie möglich einzustellen.

**Palliativmedizinischer Konsiliardienst:** betreut Palliativpatienten außerhalb von Palliativstationen. Kann auch ohne Palliativstation in Krankenhäusern existieren und braucht neben Arzt und Pflege noch eine weitere Berufsgruppe als festen Bestandteil des Dienstes.

**Hospiz:** Spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtung mit ambulanter ärztlicher Versorgung, in dem eine sehr individuelle Betreuung möglich ist. Kosten werden weitgehend von Kranken- und Pflegekasse übernommen.

**SAPV:** Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bei Patienten mit komplexerem Versorgungsbedarf, leider nicht so multiprofessionell wie gewünscht, mit spezialisierten Ärzten, Fachpflegekräften, ggf. Physiotherapeuten und selten auch Psychologen/Psychotherapeuten.

**BQKPMV:** Die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung steckt als recht neue Zwischenstufe in der ambulanten Versorgung noch in den Kinderschuhen. Hausärzte mit Palliativ-basisqualifikation können für etwas komplexer zu betreuende Patienten ein niedrigschwelligeres Netzwerk knüpfen, um deren Versorgung zu organisieren.

**AAPV:** Allgemeine ambulante Palliativversorgung: Es besteht kein Netzwerk, aber alle ambulanten Versorger und Behandelnde werden da mit eingerechnet, auch niedergelassene Psychotherapeuten.

liegende Menschenbild umfasst nicht nur die somatische, psychische und soziale Dimension, sondern auch die spirituelle. Das impliziert, dass sich auch Psychologen und Psychotherapeuten mit allen Dimensionen auseinandersetzen müssen, auch mit der spirituellen Ebene (Sektion Psychologie der DGP, 2016).

Bei begrenzter Lebenserwartung bedarf es der raschen Herstellung einer tragfähigen Beziehung und des unmittelbaren, aber Würde wahren Einsatzes von hilfreichen Interventionen. Manchmal gibt es eben nur einen Termin, den es zu nutzen gilt. Eine klassische Psychotherapie ist nur im frühen palliativen Stadium möglich

(Münch, Gramm, Berthold, 2016). Es bedarf seitens des Psychologen/ Psychotherapeuten die Bereitschaft der Authentizität und wertschätzender Akzeptanz in der Beziehung zum Patienten und den Nahestehenden. Das verlangt neben Selbstreflexion auch Selbsterfahrung im eigenen Umgang mit den Themen Verlust, Tod und Sterben, aber auch ausreichend Psychohygiene und Selbstfürsorge (Münch, Gramm, Berthold 2016; Sektion Psychologie der DGP, 2016).

---

Psychologen/Psychotherapeuten haben mehr Aufgaben als nur die Patientenbehandlung und müssen dafür Teil eines Palliativteams oder Palliativnetzwerks sein

---

### Mögliche Belastungen:

#### Verlust – Angst – Schuld - Überforderung

- Verlust von:
- Freunden/Bekannten, Mobilität, Autonomie, Lebensfreude, Aktivitäten, Hobbies
  - (gelebter) Sexualität, Intimität, erholsamem Schlaf
  - physischer und psychischer Kraft, kognitiven Fähigkeiten, Würde, Rollen
  - familiärem Gleichgewicht, sich nützlich zu fühlen, des Lebensplans
- Angst vor:
- dem Verlust der geliebten Person
  - Verlust der Existenzgrundlagen
  - Zukünftiger Versorgung
  - Leiden, Nicht-aushalten-können, Sterben, Tod
  - alleine zu bleiben
  - Hilflosigkeit und Ohnmacht
  - Belastung zu sein
  - der Trauer/dem Leid der Anderen
  - dass das passiert, was ich nie wollte
- Schuld:
- eine Belastung für andere zu sein
  - Konflikte nicht geklärt zu haben
  - alleine zu lassen
  - im Stich zu lassen
  - Versprechen zu brechen
  - krank zu sein
- Überforderung:
- mit körperlichen Veränderungen/Einschränkungen durch fortschreitende Krankheit
  - mit dem Umgang mit dem nahen Lebensende
  - durch Nebenwirkungen von Therapien, somatischen Symptomen, Therapieentscheidungen
  - mit dem Betreten von Neuland
  - das Leben um den Erkrankten zu bewältigen
  - mit das (Familien-)System stark beeinträchtigender Abwehr
  - durch die Unsicherheit des Krankheits-/Sterbeverlaufs
  - durch das Erleben von Verletzungen durch andere
  - mit körperlichen Anforderungen
  - mit Trauer, dem Erleben von Leid, dem Sterbeprozess

Ambulante Psychotherapeuten, die palliativ tätig werden möchten, sollten sich möglichst bestehenden Palliativnetzwerken der SAPV anschließen und in Kontakt zu den anderen Behandelnden treten. Auch die Vernetzung mit anderen palliativ tätigen Psychologen und Psychotherapeuten, z.B. über die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), ist hilfreich. Psychologen/Psychotherapeuten sollten zudem auch mit ihrem fachlichen Wissen andere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen unterstützen und für die Angehörigen und Nahestehenden da sein; sie haben oft die Rolle eines Vermittlers inne (Sektion Psychologie der DGP, 2016). Neben verschiedenen Seminaren und Fortbildungen wie z.B. beim DPTV Campus „Psychotherapeutische Interventionen bei schweren körperlichen Erkrankungen“ gibt es auch seit 2013 ein von der DGP zertifiziertes Basiscurriculum Palliative Care für Psychologen (Sektion Psychologie der DGP, 2013). Das Berufsbild Palliativpsychologie der DGP gibt zudem eine sehr gute Übersicht über das Berufsfeld (ebd., 2016).

### Belastungen im Krankheitsverlauf für Patienten und Nahestehende

Die Belastungen sind vielfältig und bedürfen einer Einteilung. Diese ist z.B. anhand der vier Dimensionen somatisch, sozial, psychisch und spirituell möglich (Mehnert, Nauck, 2016), es besteht aber auch die

Quellen: Mehnert, Vehling, 2018; Gramm, Trachsel, Berthold, nnV; Block, 2006; Kasl-Godley, King, Quill, 2014.

Möglichkeit, Belastungen nach folgender Logik einzuteilen: Verlust – Angst – Schuld – Überforderung (siehe auch Kasten vorherige Seite).

### Zentrale Grundlagen für die psychologisch-psychotherapeutische Arbeit

Zur Arbeit mit diesen Klienten bzw. ihren Systemen bedarf es einer Basis, die Orientierung im Verstehen aber auch Grundlage für Interventionen darstellt. In der Palliativpsychologie haben sich folgende Grundlagen als hilfreich erwiesen:

Das Konzept der *Salutogenese* (Antonovsky A., 1979) ist ebenso basal wie eine *systemische* (Sektion Psychologie der DGP, 2016) und auch *bindungstheoretische Perspektive* (Schmeding-Kludas C., 2006). Sie dienen dem Verständnis und der Einordnung von Belastungen, Dynamik, Reaktionen und Verhaltensweisen von Palliativpatienten und deren Nahestehenden.

Die *Lebensqualität* der Erkrankten und deren Angehörigen ist das wesentliche Zielkriterium der WHO-Definition zu Palliative Care (Wasner M., 2012). Alle vier Dimensionen gilt es zu erfassen, im Verlauf einer Erkrankung kann sich die Bedeutung von Lebensqualität wie auch z.B. von Hoffnung sehr verändern.

*Würde*: Die Arbeitsgruppe um Chochinov hat ein Würde-Modell auf Basis von Interviews mit schwer kranken Menschen erarbeitet (Chochinov, 2017). Aus diesem Modell heraus wurde auch eine Kurzzeit-

intervention, die *Würdezentrierte Therapie* entwickelt (Chochinov, 2017).

Angesichts der Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit tritt die Auseinandersetzung mit dem Sinn des eigenen Lebens, dem *Lebenssinn*, häufig in den Vordergrund und stellt eine wichtige Ressourcenquelle dar, die sich auf Basis der Salutogenese mit dem Würdekonzept Chochinovs und dem Konzept der Lebensqualität überschneidet.

Darüber hinaus sind Konzepte wie *Resilienz* (Diegelmann C., Isermann M., 2011), *Sexualität* (Kern M., 2008) und *Trauer* (Melching H., 2012) wichtig.


### Interventionen

Auf Grundlage einer adäquaten und für den Betroffenen angemessenen Diagnostik richten sich Interventionen vor allem auf die Bewältigung der jeweils belastenden Situation. Coping ist zentral für die Arbeit mit Palliativpatienten und deren Nahestehenden, sowohl im Rahmen der frühen Integration der Palliativversorgung als auch bis zum Tod und danach.

Zur Förderung von Coping, Stärkung der Würde, Reflexion des Lebenssinns, Stärkung der Resilienz und Reduktion von Angst sowie von somatischer Belastung mit psychogenem Anteil können verschiedene individuelle Interventionen hilfreich sein. Es gibt speziell für Patienten und Nahestehende (zum Teil manualisierte) Kurzzeittherapien wie z.B. die Würdezentrierte Therapie, CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully), SMiLE (Schedule for Meaning in Life Evaluation) oder die Existentiell-Behaviorale Therapie (Wenzel, 2017, Mehnert, Nauck, 2016; Mehnert, Vehling, 2018). Aus der Praxis heraus gibt es auch gute Erfahrungen mit hypnotherapeutischen Interventionen (Schulz, Revenstorf, 2017), achtsamkeitsbasierten Verfahren, Entspannung, Imaginati-

on, Selbstwirksamkeit stärkenden Interventionen sowie mit künstlerischen, non-verbalen Verfahren. Unterstützung zur Entscheidungsfindung inklusive Durchführung von Familiengesprächen können ebenfalls Interventionen durch Psychologen/Psychotherapeuten sein (Sektion Psychologie der DGP, 2016).

### Warum Palliative Care?

Diese Arbeit an existenziellen Themen wird von den meisten Professionellen als persönlich bereichernd erlebt, ebenso die schnelle Fokussierung auf relevante Themen und Belastungen. Zudem fördert die Arbeit in dem Feld die eigene Auseinandersetzung mit Tod, Sterben und Verlust und dem, was im Leben wichtig ist. Die immer wiederkehrende Auseinandersetzung auch mit ethischen Fragestellungen erweitert den Horizont. Palliative Care ist nicht nur Leid, traurig und schwer, sondern vielfältig und abwechslungsreich und kann auch viel Humor beinhalten. Allerdings bedarf es in diesem emotional oft berührenden Bereich zur eigenen Gesundheitsprävention ausreichender Psychohygiene und Selbstfürsorge. 

Interventionen sind vor allem auf Förderung von Coping, Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen, Stärkung der Würde und der Selbstwirksamkeitserwartung und auf Reduktion von Angst ausgerichtet



#### Urs Münch

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut VT, Psychoonkologe und Palliativpsychologe. Seit 2010 psychoonkologisch tätig, Dozent in verschiedenen ärztlichen und psychoonkologischen Curricula und im Curriculum Palliative Care für Psychologen, seit 2011 aktiv in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in verschiedenen Funktionen und Arbeitsgruppen.  
E-Mail: u.muench@drk-kliniken-berlin.de



**Literaturhinweise**  
Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



KEIN STRESS MIT  
VERSICHERUNGEN  
[www.plus-wert.de](http://www.plus-wert.de)

## Rahmenvertrag zur Rechtsschutz-Versicherung



Ihr beruflicher Alltag ist durch ständige Interaktion mit PatientInnen und Institutionen bestimmt. Die Flut an neuen Gesetzen, Bestimmungen und auch Erwartungen steigt merklich und andauernd an. Das gilt auch für den privaten Bereich. Da herrscht nicht immer eitel Sonnenschein. Auch als friedliebender Mensch müssen Sie sich manchmal wehren. Selbst wenn Sie zu 100% im Recht sind, die Durchsetzung der Themen und Ihrer Ansprüche kostet Zeit, Nerven und Geld. Und das alles ist begrenzt.

Aus diesem Grund empfehlen wir unsere **Rechtsschutz-Versicherung** bei der **AUXILIA Rechtsschutz-Versicherungs-AG**.

### AUF EINEN BLICK

#### Anlässe für eine Rechtsschutzversicherung

- Streit um die Zulassung mit der Kassenärztlichen Vereinigung
- Offene Honorarrechnungen eines Ihrer Patienten
- Strafanzeige wegen angeblicher sexueller Nötigung oder wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen
- Vorwurf des Steuer- oder Abrechnungsbetrugs
- Kündigung Ihres Miet- oder Pachtvertrages
- Anfechtung eines Bußgeldbescheides
- Durchsetzung eigener Ansprüche gegenüber Dritten u.v.m.

#### Kosten

- 348,32 € Jahresprämie  
Basisschutz beruflich, Komplettschutz privat
  - 540,05 € Jahresprämie  
Komplettschutz beruflich\* und privat  
\*ohne Arbeitgeber-Rechtsschutz
- > Jeweils inkl. Schutzbriefleistungen  
> SB 200 €

#### Pluswert-Vorteil

Rahmenvertrag zu vergünstigten Konditionen

Weitere Informationen finden Sie wie üblich auf unserer homepage: [www.plus-wert.de](http://www.plus-wert.de)

### PLUSWERT-VORTEILE

- ✓ Spezialprodukte und Spezialpreise für Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung
- ✓ Kostenlose und unabhängige Beratung

### SO ERREICHEN SIE UNS

Pluswert e.K.  
Sonnenstraße 57  
48143 Münster

📄 [www.plus-wert.de](http://www.plus-wert.de)  
✉ [post@plus-wert.de](mailto:post@plus-wert.de)  
☎ 0251 27 05 - 134



Dieter Best

# Ein Jahr **neue Psychotherapie-Richtlinie**

## Eine Zwischenbilanz

Der Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) zum 01.04.2017 sahen die meisten niedergelassenen Psychotherapeuten mit gemischten Gefühlen entgegen. Inzwischen hat man sich an die neuen Regelungen gewöhnt. Der Beitrag fasst die Erfahrungen zusammen, die ich in vielen Informationsveranstaltungen und in meiner eigenen Praxis gewonnen habe. Sie ersetzen keine empirisch fundierte Analyse, wie sie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) auf der Grundlage einer Umfrage unter den niedergelassenen Psychotherapeuten vorgenommen hat. Deren Ergebnisse lagen bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe der Psychotherapie Aktuell noch nicht vor.

### Vorgeschichte

Nach dem Koalitionsvertrag der vorherigen Bundesregierung vom November 2013 sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt werden, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten, „um mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie zu eröffnen“. Das Antrags- und Gutachterverfahren sollte entbürokratisiert und die Gruppentherapie gefördert werden.

Erste Überlegungen zu einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie waren von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und den anderen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vertretenen Verbänden schon zu

Beginn des Jahres 2013 angestellt worden. Hintergrund waren eine zunehmende Unzufriedenheit der niedergelassenen Psychotherapeuten mit den starren und bürokratieaufwändigen Regelungen der bisherigen Richtlinie und dem auf die genehmigungspflichtige Psychotherapie eingeschränkten Versorgungsspektrum. Hauptsächlich aus diesem Grund hatten sich außerhalb des kollektivvertraglichen Systems Selektivverträge mit attraktiven Bedingungen etabliert.

Auch die Krankenkassen hatten früh auf eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie gedrungen. In einer ergänzenden Vereinbarung vom 09.10.2012 zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband zur Reform der Bedarfsplanung hatten

sich auf Druck der Krankenkassen beide Seiten verpflichtet, „im Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 30.06.2013 die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiterzuentwickeln“.

Es gab also mehrere gute Gründe für einen Psychotherapeutenverband, sich selbst Gedanken um eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie zu machen. Ein von der DPtV entwickeltes Modell war das einer „gestuften Versorgung“. Es wurde im Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der KBV erstmals am 04.11.2013 vorgestellt und im selben Monat in einem Artikel hier in der Verbandszeitschrift der DPtV veröffentlicht.<sup>1</sup> Das Konzept wurde dann von der Vertreterversammlung der KBV, als Teil eines an die damalige Regierung gerichteten Positionspapiers im März 2014, verabschiedet. Es enthielt im Kern bereits das gesamte Spektrum der Vorschläge der Psychotherapeuten, wie sie auch später Eingang in das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG)

<sup>1</sup> Best, D., Schäfer, S.: Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in: Psychotherapie Aktuell 4.2013

fanden<sup>2</sup>. In der Folgezeit wurde es in der KBV vom Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie de- tailliert weiterentwickelt.

Frühzeitig kamen auch die Kran- kenkassen mit konkreten Reform- vorstellungen auf den Plan, und zwar zunächst mit dem Vorschlag der Einrichtung sogenannter „In- telligenter Koordinierungsstellen“<sup>3</sup>. Dies hätte bedeutet, dass Psycho- therapie nach einer dort vorgenom- menen diagnostischen Abklärung nur noch als Auftragsleistung hätte durchgeführt werden können. Das Modell hätte den Zugang zur Psy- chotherapie deutlich erschwert und wäre das Ende des Erstzugangs zur Psychotherapie gewesen. Nach den Protesten der Psychothera- peuten und der KBV wurde das Modell zurückgezogen. Schließlich legte der GKV-Spitzenverband am 27.11.2013 in einem „Positionspa- pier“ Reformvorstellungen vor, die u.a. die Zweiteilung der Kurzzeit- therapie mit einer sechs Wochen dauernden Pause zwischen beiden Teilen vorsah.

Im ersten Entwurf des GKV-VSG fehlte die Erwähnung der frühzeiti- gen diagnostischen Abklärung, der Akutbehandlung und der Rezidiv- prophylaxe. Um auch diese Versor- gungsangebote im Gesetz unter- zubringen, wandten sich die sechs Vertreter der Psychotherapeuten in der KBV-Vertreterversammlung am 31.03.2015 in einem Brief an die gesundheitspolitischen Sprecher der Regierungsfractionen, Spahn und Lauterbach:

„... Wie die bisherigen Gespräche zwischen Psychotherapeuten und Krankenkassen zeigen, wird man ohne eine gesetzliche Präzisierung des Auftrags, die Psychotherapie- Richtlinie zu überarbeiten, nicht herkommen. Wir schlagen des- halb gemeinsam mit der KBV fol- gende Vorgabe zu § 92 Abs. 6a vor (Ergänzungen unterstrichen): „Der

*Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieange- botes, insbesondere zur Einrich- tung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Ab- klärung, der Akutversorgung, von Gruppentherapien, der Rezidivpro- phylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfah- rens ...“*

Der Ergänzungsvorschlag fand Eingang in den Gesetzestext. Nun hatte also der Gemeinsame Bun- desausschuss die Aufgabe, die Psychotherapie-Richtlinie in der gesetzten Frist zu reformieren. Die Verhandlungen wurden im Un- terausschuss Psychotherapie des G-BA zwischen den Vertretern der Krankenkassen und den von der KBV entsandten Vertretern der Psy- chotherapeuten geführt. Sie mün- deten am 16.06.2016 in einem Ple- numsbeschluss zur Reform der Psy- chotherapie-Richtlinie. Der wurde allerdings vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Teilen be- anstandet: Die Sprechstunde könne keine „Kann“-Leistung sein, denn sie sei Teil des Sicherstellungsauf- trages der KVen und insofern ver- pflichtend für die Psychotherapeu- ten. Eine weitere Forderung aus der Beanstandung war der Verzicht auf die „Dokumentationsbögen“. Der G-BA setzte die Korrekturen mit einem neuen Beschluss am 24.11.2016 um.

Im nächsten Schritt musste die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) mit ergänzenden und präzi- sierenden Regelungen angepasst werden. Die Psychotherapie- Vereinbarung ist als Anlage 1 des Bundesmantelvertrags ein Vertrag zwischen der KBV und dem GKV- Spitzenverband. An den Verhand- lungen, die unmittelbar nach dem G-BA-Beschluss begannen, nah- men auch die beiden Vorsitzenden des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie teil. Die neue Psychotherapie-Vereinbarung wur- de am 02.02.2017 beschlossen.

Ergänzt wurde sie um neue Re- gelungen zur Bestellung von Gut- achtern mit einem Beschluss vom 09.05.2017.

Im dritten Schritt schließlich mus- ten die neuen Leistungen der Psy- chotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung im EBM ab- gebildet werden, wofür der Bewer- tungsausschuss zuständig ist. Dort fanden die Verhandlungen nicht nur unter hohem Zeitdruck statt, es zeigte sich auch frühzeitig, dass die Krankenkassenseite eine Reform zum Nulltarif durchsetzen wollte. Es gelang schließlich in einer konzertierten Aktion der Berufsver- bände unter Beteiligung der BPTK und mit Unterstützung des BMG, die Psychotherapeutische Sprech- stunde und Akutbehandlung we- nigstens genauso hoch zu vergüten wie die genehmigungspflichtigen Leistungen. Dies war jedoch weit entfernt von den Forderungen der Psychotherapeuten, Sprechstunde und Akutbehandlung deutlich hö- her zu bewerten, um spezifische Anreize zu setzen. Auch gelang es nicht, die Probatorischen Sitzungen auf das Vergütungsniveau der ge- nehmigungspflichtigen Leistungen anzuheben.

Ebenfalls nur mithilfe des Wider- stands der Psychotherapeuten und der Unterstützung durch das BMG konnte erreicht werden, die Psy- chotherapeutische Sprechstunde den fachärztlichen Grundversor- gungsleistungen zuzuordnen<sup>4</sup>, was für durchschnittliche Praxen ein Honorarplus von etwa 1.500€ im Jahr bedeuten kann<sup>5</sup>.

---

Es gab also mehrere gute Gründe für einen Psycho- therapeutenverband, sich selbst Gedanken um eine Reform der Psychotherapie- Richtlinie zu machen

---

2 Positionierung der Kassenärztlichen Bundes- vereinigung zum Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD zum Abschnitt Gesundheit und Pflege (18. Legislaturperiode)

3 Konzeptpapier des VdEK vom 12.03.2013

4 Behandlungsfälle, bei denen nur Grund- versorgungsleistungen nach Anhang 3 des EBM abgerechnet werden, erhalten einen „Zuschlag zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung“ (PFG). Der Zuschlag um- fasst zwei Teile, die bei den Psychotherapeu- ten, die nach Kapitel 23 des EBM abrechnen, aus der EBM-Nr. 23216 und der EBM-Nr. 23218 bestehen. Sie werden von der KV bei der Abrechnung automatisch zugeschlagen. Sie entsprechen einem Wert von etwa 22€ je Behandlungsfall, bei dem ausschließlich Grundversorgungsleistungen abgerechnet werden.

5 Psychotherapeutische Praxen behandeln durchschnittlich 50 bis 60 Fälle je Quartal. Bei etwa einem Viertel der Behandlungsfälle fällt die PFG an.

Wie man an der kurzen Zusammenfassung der Historie sieht, war die Richtlinienreform nicht nur ein Projekt, das die Beteiligten jahrelang beschäftigte, sondern das auch von zahlreichen Unwägbarkeiten begleitet war. Zum Beispiel war nicht vorhersehbar, dass die entscheidenden Verhandlungen in eine Zeit fielen, in der die KBV auf Vorstandsebene stark mit sich selbst beschäftigt war. Nachteilig für die Verhandlungen war auch, dass vorher kein Finanzrahmen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband festgelegt worden war, dass also bis zuletzt die Frage offen blieb, wie viel die Krankenkassen bereit waren, für die Reform auszugeben. Als Fehler stellte sich das spätestens dann heraus, als die Reform inhaltlich abgeschlossen war und die vergütungstechnische Umsetzung im EBM anstand. Weil der GKV-Spitzenverband nicht bereit war, zusätzliches Geld zur Verfügung zu stellen, anfänglich sogar Vorschläge zur Kosteneinsparung machte, lagen die Positionen zwischen der KBV und der Krankenkassenseite so weit auseinander, dass am Ende nur Kompromisse zustande kamen, die keinen Raum für spezifische Anreize ließen. Damit blieb die Reform letztlich unter ihren Möglichkeiten.

---

Nachteilig für die Verhandlungen war auch, dass bis zuletzt offen blieb, wie viel die Krankenkassen bereit waren, für die Reform auszugeben

---

### Hat sich der Aufwand für die Patienten und die Psychotherapeuten gelohnt?

Der G-BA selbst bzw. die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich verpflichtet, Teilaspekte der Richtlinienreform zu evaluieren, z.B. zur Sprechstunde, zur Gruppentherapie und zur Rezidivprophylaxe. Weil die Evaluation aber erst in einigen Jahren vorgesehen ist, sollen die jetzt schon erkennbaren Effekte in dieser Zwischenbilanz beschrieben werden.

Nachfolgend orientieren wir uns an dem, was der Gesetzgeber dem G-BA konkret aufgegeben hatte, nämlich neue Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebo-

tes zu schaffen, insbesondere

- zur Einrichtung von Psychotherapeutischen Sprechstunden,
- zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung,
- der Akutversorgung,
- zur Förderung von Gruppentherapien,
- der Rezidivprophylaxe sowie
- zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Als Voraussetzung für einen zeitnahen Zugang zur Sprechstunde hatte der G-BA eine gute telefonische Erreichbarkeit der Psychotherapeuten für unverzichtbar angesehen. Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag müssen 200 Minuten in der Woche, diejenigen mit halbem Versorgungsauftrag 100 Minuten telefonisch erreichbar sein, aufteilbar in 25-Minuten-Einheiten. An dieser Regelung wurde viel Kritik geübt, z.B. daran, dass man die Zeit, die man für Patientenfragen am Telefon sitze, besser für Patientenbehandlungen nutzen sollte. Allerdings ist mit „persönlicher“ Erreichbarkeit nur gemeint, dass die Praxis nicht ausschließlich per Anrufbeantworter erreichbar sein darf. Über die Möglichkeiten der Ausgestaltung der Erreichbarkeit, haben wir in Veranstaltungen und Veröffentlichungen<sup>6</sup> ausführlich informiert.

**Fazit zu diesem Punkt:** In der Zwischenzeit haben die meisten Psychotherapeuten ihren individuellen Weg gefunden, die Erreichbarkeitszeiten ohne größeren zusätzlichen Aufwand zu regeln. Im Verhältnis zur früheren, häufig anzutreffenden ausschließlichen Erreichbarkeit „jeweils 5 Minuten vor der vollen Stunde“ ist die neue Regelung ein Fortschritt für anfragende Patienten, auch dann, wenn ihnen am Telefon gesagt werden muss, dass derzeit kein Sprechstundentermin und/oder kein Therapieplatz zur Verfügung steht. Die Psychotherapeuten scheinen unterschiedlich

mit dieser Situation umzugehen. Wohl eine Mehrheit vergibt Sprechstundentermine bevorzugt, wenn eine Behandlung angeboten werden kann. Andere wiederum machen schon am Telefon klar, dass sie keinen Therapieplatz frei haben, wohl aber eine Beratung anbieten können. Manche füllen kurzfristig ausgefallene Termine für Sprechstunden mit neu Anfragenden. Die geregelte Erreichbarkeit erleichtert zwar den Zugang zur Psychotherapie, sie schafft aber keine neuen Versorgungskapazitäten.

### Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist das Kernstück der Richtlinienreform. Sie soll einen niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen. In der neuen Richtlinie wird sie von der Aufgabe der Probatorischen Sitzung abgegrenzt, die bisher den Erstzugang ermöglichte. Der Zweck der Sprechstunde ist breit gefächert: Abklärung des Vorliegens einer psychischen Störung einschließlich Diagnostik, erste Krisenintervention sowie Beratung über die Versorgungsmöglichkeiten. Dass die Sprechstunde als erstes Beratungsangebot und nicht gleich als Psychotherapie begriffen werden kann, ist insofern auch ein Beitrag zur Entstigmatisierung. Die überwiegende Anzahl der Patienten kommt mit ernsthaften psychischen Problemen in die Sprechstunde.

Auch die Sprechstunde schafft keine neuen Behandlungskapazitäten. Der vermehrten Nachfrage steht eine im Wesentlichen gleichbleibende Behandlungskapazität gegenüber. Gleichzeitig verweigern Krankenkassen ihren Versicherten immer häufiger einen Kostenersatzanspruch nach § 13 Abs.2 SGB V und damit den Zugang zur Psychotherapie über die Kostenerstattung, wenn Patienten keinen Therapieplatz bei Vertragspsychotherapeuten in zumutbarer Zeit finden. Das BMG verhält sich

<sup>6</sup> z.B.: Schäfer, S., Lahme, M.: 101 Fragen und Antworten zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung, in: Psychotherapie Aktuell 2.2017

demgegenüber passiv, wie eine aktuelle Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion der Grünen zeigt. Gefragt wurde unter anderem nach dem Ausmaß des in der Kostenerstattung verborgenen Behandlungsbedarfs. Die Antwort des BMG ist nichtssagend. Erkenntnisse lägen keine vor, man wolle auch die Krankenkassen nicht verpflichten, ihre Zahlen offenzulegen.

Die DPtV startete aufgrund des offensichtlichen Versorgungsengpasses Ende letzten Jahres eine Umfrage unter den Mitgliedern in Privatpraxen, die das restriktive, oft unfreundliche und diskriminierende Verhalten der Kassen gegenüber ihren eigenen Versicherten belegen. Eine größere Umfrage einiger Landespsychotherapeutenkammern befindet sich aktuell in der Auswertung.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Eine Pressemeldung der BPTK dazu, die die Ergebnisse der Umfrage der DPtV, bestätigt, erschien nach Redaktionsschluss. Sie löste eine breite Resonanz in den Medien aus.

Am 01.04.2018 lief die Übergangsregelung aus, wonach für die Patienten keine Pflicht zur Inanspruchnahme der Sprechstunde vor einer Behandlung bestand. Sehr wahrscheinlich wird dies keine relevante Auswirkung auf die Versorgung haben. Bereits jetzt nutzen die meisten Psychotherapeuten das volle, einem Patienten zur Verfügung stehende Sprechstundenangebot.

Von vielen Psychotherapeuten wird berichtet, dass Patienten zum ersten Sprechstundentermin häufiger nicht erscheinen, als es früher bei den Probatorischen Sitzungen der Fall war. Anscheinend geht mit der Niederschwelligkeit auch eine größere Unverbindlichkeit einher. Möglicherweise vereinbaren Patienten häufiger Sprechstundentermine bei verschiedenen Psychotherapeuten und versäumen dann, die weiteren Termine nach der ersten Sitzung abzusagen. Einige Psychotherapeuten lassen sich deshalb vereinbarte Termine noch

einmal telefonisch bestätigen oder sie bestehen auf einer schriftlichen Zusage.

Fachlich-inhaltlich erfordert die Sprechstunde, vor allem dann, wenn keine anschließende Behandlung in der eigenen Praxis zugesagt werden kann, eine größere klinische Distanz zum Patienten und, sofern möglich, eine größere Zurückhaltung beim therapeutischen Beziehungsangebot.

**Fazit zu diesem Punkt:** Die Sprechstunde ermöglicht mehr Patienten einen niedrigschwelligen Zugang zum Psychotherapeuten und zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung. Sie verschärft damit aber auch den Mangel an Behandlungskapazitäten. Hinzu kommt der Umstand, dass die Krankenkassen ihren Versicherten immer häufiger einen Anspruch auf eine Psychotherapie über die Kostenerstattung verweigern.

Die Sprechstunde ermöglicht mehr Patienten einen niedrigschwelligen Zugang, sie verschärft aber auch den Mangel an Behandlungskapazitäten

## Entspannt in die Zukunft!

ergosoft



TI-Ready

Jetzt attraktive Angebote für Neukunden, Umsteiger und Praxisgründer!

### Unser Service...

- kompetent
- freundlich
- zuverlässig

### Ihre Praxisverwaltungssoftware

- modern
- kostengünstig
- ergonomisch
- einfach bedienbar
- kompakt
- zukunftssicher



gematik  
zertifiziert

www.ergosoft.info • Telefon 0621 178 188-0 • Sie erreichen uns Mo – Fr von 08:00 bis 18:00 Uhr

## Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung

Das ursprüngliche Ziel der Psychotherapeuten, ein eigenständiges Modul eines psychodiagnostischen Komplexes zu definieren und damit die Rolle der Diagnostik zu stärken, wurde leider nicht erfüllt. Nunmehr ist eine orientierende diagnostische Abklärung (ODA) und eine differenzialdiagnostische Abklärung (DDA) im Rahmen der Sprechstunde vorgesehen. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der Gebührenordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung, sind sie EBM-technisch fakultativer Leistungsinhalt der EBM-Nummer für die Psychotherapeutische Sprechstunde. Immerhin hat das den Vorteil, dass die Diagnostik als Teil der Komplexleistung Sprechstunde deutlich besser vergütet wird als die Diagnostik nach dem EBM-Abschnitt 35.3.

**Fazit zu diesem Punkt:** Auch wenn ein eigenständiger Diagnostikkomplex nicht erreicht werden konnte, erhält die diagnostische Abklärung im Rahmen der Sprechstunde ein stärkeres Gepräge als bisher und sie wird besser vergütet.

## Psychotherapeutische Akutbehandlung

Während es bei einer Richtlinien-therapie manchmal Wochen dauern kann, bis der – im Übrigen oft wenig aussagekräftige – Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vorliegt, kann mit der Akutbehandlung sofort, ohne Genehmigungsverfahren und Konsiliarbericht begonnen werden. Voraussetzung ist lediglich eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse.

Die Ausgestaltung der Akutbehandlung erlaubt einen flexiblen Umgang mit dem zur Verfügung gestellten Sitzungskontingent. Die Sitzungen können über den Zeit-

raum eines Krankheitsfalls<sup>8</sup> je nach Bedarf verteilt werden und das Ende der Akutbehandlung ist nicht anzeigepflichtig. Bei einer anschließenden Richtlinien-therapie müssen die durchgeführten Therapieeinheiten der Akutbehandlung mit dem Kontingent für die Richtlinien-therapie verrechnet werden. Unklar ist allerdings, ab welchem Zeitraum zwischen dem Ende einer Akutbehandlung und dem Beginn einer Richtlinien-therapie die Anrechnung nicht mehr notwendig ist. Die Akutbehandlung erlaubt auch, einen Patienten nach dem Ende einer Richtlinien-therapie erneut zu behandeln, wenn eine krisenhafte Entwicklung dies erfordert. Sie ist im Übrigen, weil sie keine Richtlinien-therapie ist, „unschädlich“ für den Zweijahreszeitraum nach § 11 Abs. 4 PT-V, d.h. dieser verlängert sich nicht mit jeder Sitzung Akutbehandlung.

Nicht ausgeschlossen, wenngleich nicht der Regelfall, ist die Anzeige einer Akutbehandlung nach den Probatorischen Sitzungen, z.B. dann, wenn während der probatorischen Phase festgestellt wird, dass entgegen der ursprünglichen Erwartung eine Richtlinien-therapie bei einem Patienten nicht indiziert, eine Akutbehandlung jedoch zweckmäßig ist. Oder auch dann, wenn mit der Behandlung umgehend begonnen werden sollte, aber der Konsiliarbericht noch nicht vorliegt. Eine Akutbehandlung mit gemeinsam festgelegten begrenzten und in 12 Therapieeinheiten vermutlich erreichbaren Therapiezielen kann schließlich vom Patienten bzw. der Patientin auch als entlastend empfunden werden.

Bei allen Vorteilen muss auch hier konstatiert werden, dass dieses Therapieangebot keine neuen Behandlungskapazitäten schafft. Wenn mittels der Akutbehandlung mehr Patienten frühzeitig in Behandlung kommen, geht das zu Lasten der „Bestandspatienten“. Sie müssen mit längeren Intervallen

zwischen den Therapiesitzungen rechnen.

**Fazit zu diesem Punkt:** Die Akutbehandlung ist ein wesentlicher Beitrag zur Flexibilisierung des Therapieangebotes. Ein frühzeitiger Therapiebeginn für mehr Patienten geht aber zu Lasten der Patienten, die bereits in Therapie sind. Eine durch eine Akutbehandlung erste Stabilisierung eines Patienten ersetzt keine längerfristige psychotherapeutische Behandlung.

## Förderung von Gruppentherapien

Das neue gleitende Vergütungskonzept sieht eine unterschiedliche Vergütung je Teilnehmer, abhängig von der Teilnehmerzahl der aktuellen Gruppensitzung vor. Wirtschaftliche Nachteile durch schwankende Teilnehmerzahlen, wie sie in jeder Gruppentherapie vorkommen, können nun unproblematisch kompensiert werden. Außerdem wurde die Vergütung insgesamt um etwa 20% angehoben. Nachteilig ist aber die deutlich schlechtere Vergütung von Gruppen mit vier Teilnehmern. Negativ wirkt sich dies vor allem bei der Gruppentherapie mit Kindern aus, denn hier ist die Zusammenstellung größerer Gruppen besonders schwierig. Wünschenswert wäre, wenn das Vergütungskonzept an dieser Stelle revidiert würde.

Eine starke Verbesserung ist die unproblematische Änderung des Mischungsverhältnisses von Einzel- und Gruppentherapie bei laufenden Kombinationsbehandlungen. Lediglich wenn die Settingbedingung „überwiegend Einzeltherapie“ oder „überwiegend Gruppentherapie“ geändert wird, bedarf es einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse (bei der KZT) oder eines neuen Antrags (bei der LZT).

**Fazit zu diesem Punkt:** Ob sich mit diesen Maßnahmen die Häufigkeit der Gruppentherapien steigern lässt, kann derzeit noch nicht

Die Akutbehandlung ist ein wesentlicher Beitrag zur Flexibilisierung des Therapieangebotes

<sup>8</sup> Zeitraum bis zum Ende des laufenden Quartals und der drei folgenden Quartale

festgestellt werden. Die meisten Psychotherapeuten mit Gruppen-therapiequalifikation sehen das Haupthindernis für die Gruppen-therapie in der Schwierigkeit, ge-nügend passende Teilnehmer für eine Gruppe zu finden. Auch sind die Vor- und Nachbereitungszeiten aufwändig und die Vorhaltung einer adäquaten Infrastruktur (große Räume, Sekretariat). Eine Steige-rung der Rate der Gruppentherapien von heute 2 % auf vielleicht 5 % erscheint langfristig möglich, wenn die Schwächen des neuen Vergü-tungskonzeptes behoben werden.

## Rezidivprophylaxe

Von der ursprünglichen Intenti-on der Psychotherapeuten, eine Rezidivprophylaxe im Sinne einer Erhaltungstherapie für die langfris-tige Behandlung chronisch kranker Patienten vorzusehen, ist die jetzt gefundene Lösung weit entfernt. Eine Erhaltungstherapie bedeu-tete aus Sicht der Krankenkassen eine Ausweitung der Höchstkontingente und wurde deshalb strikt abgelehnt. Was übrig blieb ist die Möglichkeit, nach Ende der regu-lären Richtlinien-Langzeittherapie ein bestimmtes Behandlungskontingent für eine zweijährige nieder-frequente Behandlung vorzusehen.

Ob eine Rezidivprophylaxe nach diesem Muster einen im Verhält-nis zu den bisherigen langfristigen Behandlungsmöglichkeiten zu-sätzlichen positiven Effekt auf die Stabilisierung der Patienten hat, kann bezweifelt werden, denn eine Richtlinientherapie konnte auch schon bisher niederfrequent und langfristig angelegt werden. Nach-teilig war allerdings, dass eine Fort-setzung der Behandlung nach einer Unterbrechung von mehr als sechs Monaten gegenüber der Krankenkasse begründet werden musste und dass jede weitere Sitzung den Zweijahreszeitraum<sup>9</sup> bis zur erneu-ten gutachterfreien Kurzzeitthera-pie verlängerte.

Mit der nunmehr bestehenden Rezidivprophylaxe können beide Nachteile vermieden werden. Der Zweijahreszeitraum beginnt be-reits, wenn mittels des Formblattes PTV 12 das Ende der offiziellen Richtlinientherapie und der Beginn der Rezidivprophylaxe angezeigt wird. Therapieeinheiten der Rezi-divprophylaxe, die über zwei Jahre verteilt werden können, unterbre-

<sup>9</sup> Nach § 11 Abs. 4 PT-V ist bei einem Antrag einer Kurzzeittherapie das Gutachterver-fahren erforderlich, wenn zwischen der Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung einer neuen Richtlinienpsychotherapie ein Zeit-raum von weniger als zwei Jahren liegt.

chen den Zweijahreszeitraum nicht. Das Ende einer Rezidivprophylaxe muss nicht angezeigt werden.

**Fazit zu diesem Punkt:** Die Rezi-divprophylaxe wird für den Erhalt der langfristigen Stabilität der Pa-tienten wahrscheinlich keinen zu-sätzlichen Nutzen im Verhältnis zu den bisherigen Regelungen zeigen. Im Übrigen dürfte es methodisch auch schwer sein, einen solchen nachzuweisen. Positiv zu werten ist der Beitrag der Rezidivprophylaxe zu einer insgesamt größeren Flexi-bilität des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes.

## Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens

Die hier getroffenen Maßnahmen, insbesondere die Vergrößerung des ersten Bewilligungsschrittes, die nicht mehr obligatorische Begut-achtung bei Fortführungsanträgen, aber auch die für neue Vertragspsy-chotherapeuten wichtige Befreiung der Kurzzeittherapie von der Begut-achtungspflicht sind wesentliche Arbeitserleichterungen. Die Redu-zierung der Berichtsanforderungen wird demgegenüber noch wenig genutzt. Die Mehrheit der Psycho-therapeuten schreibt weiterhin



Zum Aufbau eines neuen Versorgungsangebotes für die Deutsche Rentenversicherung suchen wir für unsere Fachklinik für Orthopädische Rehabilitation im Herzen des UNESCO Biosphären-reservats Rhön zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

## Leitenden Psychologischen Psychotherapeut (m/w)

### Sie erwartet bei uns:

- eine überdurchschnittliche Vergütung, attraktiven Jahres-sowie Fortbildungsurlaub
- sehr geregelte Arbeitszeiten mit individuellen Gestaltungsrahmen
- die einmalige Möglichkeit, die Etablierung eines neuen Versorgungs-angebotes in einem neuen Team aktiv mitzugestalten

### Das sollten Sie mitbringen:

- eine Approbation als psychologischer Psychotherapeut (m/w) bzw. Sie stehen kurz vor Ihrem Abschluss
- Engagement, Motivation, Freundlichkeit und Teamfähigkeit sowie Offenheit für Neues

HEILEN, HELFEN, HANDELN.

Weitere Informationen bekommen Sie bei Herrn M. Schuffenhauer. Vollständige Bewerbung bitte per E-Mail oder postalisch an folgende Adresse senden: ACURA Rhön-Klinik Gersfeld | z. Hd. Herrn M. Schuffenhauer | Fritz-Stamer-Straße 9 | 36129 Gersfeld | 0 66 54 - 15 360 | m.schuffenhauer@rhoen-klinik.de

Berichte von mehr als zwei Seiten Länge.

Auf einhellige Ablehnung der Psychotherapeuten stößt die Zweiteilung der Kurzzeittherapie. Sie erscheint zum einen völlig überflüssig, denn keine Therapie wird nur wegen der bürokratischen Hürde eines KZT 2-Antrags beendet, wie es wohl die Intention der Krankenkassen war. Zum zweiten empfinden es die Psychotherapeuten als unnötige Arbeit, laufend kontrollieren zu müssen, wie viele Sitzungen einer KZT 1 bereits „verbraucht“ sind und wann der Antrag für die KZT 2 gestellt werden muss, damit die Behandlung nahtlos fortgeführt werden kann.

**Fazit zu diesem Punkt:** Insgesamt wurde der gesetzliche Auftrag der Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens erfüllt. Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie allerdings erzeugt einen unnötigen bürokratischen Aufwand.

### Finanzielle Auswirkungen

Erste Auswertungen von Abrechnungsergebnissen der KVen zeigen einen nicht verwunderlichen deutlichen Rückgang der Probatorischen Sitzungen und der Gesprächsleistungen nach den EBM-Nummern 23220 und 22220 zu Gunsten der Sprechstunde und der Akutbehandlung. In welchem Ausmaß dieser Substitutionseffekt zu einer durchschnittlichen Steigerung der Vergütung je Zeiteinheit geführt hat, lässt sich derzeit noch nicht zuverlässig ermitteln.

Einerseits stiegen offensichtlich die durchschnittlichen Umsätze ab dem Quartal 2/2017. So betrug die Steigerung im Bereich der KV Rheinland-Pfalz bei den PP und KJP vom 2. Quartal 2016 zum 3. Quartal 2017, bereinigt um die Steigerung des Orientierungswertes, 6,2 %.

Der Anstieg lässt sich allerdings nicht nur auf den Substitutionseffekt, sondern auch auf eine Zunahme der Arbeitsleistung, gemessen an der Gesamtzahl von Sitzungen zu je 50 Minuten, zurückführen. Zu vermuten ist, dass die Psychotherapeuten damit auf die große Nachfrage nach Sprechstunden reagiert haben und die Verpflichtung des Angebotes von mindestens zwei Sprechstunden pro Woche mit zusätzlicher Arbeitszeit abdecken – ohne die bereits in Behandlung befindlichen Patienten zu benachteiligen.

Ein Hinweis darauf, dass beide Effekte (Erhöhung des Durchschnittshonorars je Sitzung und Mehrarbeit) eine Rolle spielen, zeigt die Entwicklung der Fallzahlen und der Fallwerte. In Rheinland-Pfalz nahmen beide Kennzahlen vom 3. Quartal 2016 auf das 3. Quartal 2017 um jeweils 3,5 % zu. Der Fallwert kann ein Hinweis auf ein gestiegenes Durchschnittshonorar je Sitzung sein, die Fallzahl ein Hinweis auf eine Zunahme der Patientenbehandlungen. Es können jedoch auch andere Einflüsse eine Rolle spielen. Eine höhere Fallzahl kann auch durch eine Erhöhung der Patientenzahl je Psychotherapeut bei gleichzeitiger geringerer Sitzungsfrequenz je Patient zustande kommen. Eine höhere Sitzungsfrequenz je Patient würde sich dagegen steigernd auf den Fallwert auswirken. Welcher Effekt letztlich auf was zurückzuführen ist, wird sich zuverlässig erst dann feststellen lassen, wenn umfassende Abrechnungsergebnisse der KVen vorliegen.

Aufschlussreich sind vor allem

- Veränderungen der Fallzahlen und Fallwerte je Psychotherapeut,

- Veränderungen der Sitzungszahlen, standardisiert auf die 50-minütige Therapieeinheit,
- Veränderungen des Abrechnungsspektrums und die Höhe der Substitutionseffekte,
- Entbürokratisierungseffekte anhand der Abrechnungshäufigkeiten der EBM-Nummern 35130 und 35131,
- Häufigkeiten der Rezidivprophylaxebehandlungen,
- Veränderungen bei den Gruppentherapien.

### Fazit nach einem Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie

Der gesetzliche Auftrag wurde erfüllt. Der Zugang der Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung wurde erleichtert, das Behandlungsangebot ist flexibler, der bürokratische Aufwand geringer. Dadurch, dass mehr Patienten frühzeitiger in Behandlung kommen, verschärft sich – bei fast gleichen Behandlungskapazitäten – jedoch der Versorgungsdruck. Dass die Krankenkassen die Reform dazu benutzen, Psychotherapien über den Weg der Kostenerstattung einzuschränken, verschärft die Versorgungslage zusätzlich ganz erheblich. Bis zu der dringend benötigten Reform der Bedarfsplanung sollten die Krankenkassen so schnell wie möglich von ihrer Blockadehaltung abrücken. Gerade psychisch kranke Patienten sind, krankheitsbedingt, oft nicht in der Lage, zermürbende Auseinandersetzungen mit ihrer Kasse zu führen.

Längst nicht alle Ziele, die sich die Psychotherapeuten mit der Reform erhofft hatten, wurden umgesetzt. Negativ ist insbesondere die Zweiteilung der Kurzzeittherapie. Mit einem zielgerichteten Einsatz finanzieller Anreize für die Sprechstunde, die Akutbehandlung und die Behandlung chronisch psychisch kranker Patienten mit einem hohen koordinativen Behandlungsaufwand wäre der Erfolg der Reform wesentlich größer ausgefallen. ■

Dadurch, dass mehr Patienten frühzeitiger in Behandlung kommen, verschärft sich – bei fast gleichen Behandlungskapazitäten – jedoch der Versorgungsdruck



**Dieter Best**

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



Sabine Schäfer, Dagmar Kumbier

# Der **60-Minuten-Bericht** an den Gutachter

## Tipps für Sterneköche zur Fast Food-Zubereitung

In diesem Beitrag werden pragmatische Ideen aufgezählt, wie der Bericht an den Gutachter nach den bestehenden Regelungen professionell und zeitsparend erstellt werden kann. Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) bietet dafür viele Erleichterungen an. Die Ideen sind nicht auf ein bestimmtes Psychotherapieverfahren beschränkt, sondern verfahrensübergreifend. Dabei werden auch legitime Hilfsmittel genannt. Mit dieser Ideensammlung soll auch das Ziel erreicht werden, sich der Arbeitszeit von 60 Minuten, die in der Gebührenordnung für einen Bericht nur zugrunde gelegt werden, schrittweise anzunähern.

Mit Blick auf das Gutachterverfahren bringt die neue Psychotherapie-Richtlinie erhebliche Verbesserungen mit sich, die noch nicht ausgeschöpft sein dürften.

Es fallen weniger Berichte an den Gutachter an:

- Die Beantragung einer Kurzzeittherapie (KZT) ist außerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraumes nach einer Richtlinien-therapie generell ohne Bericht möglich. Auch bei bestehender Berichtspflicht können Sie bei der Krankenkasse innerhalb der „Zwei-Jahres-Frist“ um Befreiung vom Gutachterverfahren anfragen. Die Krankenkasse kann jederzeit begründete Einzelfallentscheidungen fällen, d.h. einen KZT-Antrag auch ohne Bericht bewilligen. Begründungen könnten beispielsweise sein, dass sich die Diagnose gegenüber der Erstbehandlung geändert hat, dass nach nur wenigen Sitzungen ein Behandlerwechsel zu Ihnen stattgefunden hat oder es aufgrund eines benennbaren Ereignisses, z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, zu einem Rezidiv gekommen ist.

### Was bedeutet die „Zwei-Jahres-Frist“?

In der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) findet sich dazu:

#### § 11 Antragstellung

„(4) ... Die Krankenkasse hat den Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie einer Gutachterin oder einem Gutachter vorzulegen (Gutachterverfahren nach § 34 der Psychotherapie-Richtlinie). Das gleiche gilt, wenn nach Beendigung einer Therapie eine Kurzzeittherapie beantragt werden soll, es sei denn, dass zwischen der Beendigung der Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung ein Zeitraum von mehr als zwei Jahren liegt.“

#### § 16 Rezidivprophylaxe

„(4) Die Zwei-Jahres-Frist gemäß § 11 Abs. 4 Satz 7 beginnt mit der gemäß § 10 Abs. 5 angezeigten Beendigung der Langzeittherapie und gilt unabhängig von den in diesem Zeitraum in Anspruch genommenen Leistungen der Rezidivprophylaxe.“

- Bei einer Langzeittherapie (LZT) entfällt ein Bewilligungsschritt. Mit Beginn einer LZT können in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) und in der Verhaltenstherapie (VT) direkt 60 Therapieeinheiten, in der Analytischen Psychotherapie (AP) 160 Therapieeinheiten beantragt werden. Bei einer Verlängerung kann direkt ein Antrag bis zum Höchstkontingent gestellt werden (80 Therapieeinheiten in der VT, 100 in der TP, 300 in der AP).
- Kommt das Gutachterverfahren beim einem Fortführungsantrag zum Einsatz, muss dies von den Krankenkassen nachvollziehbar begründet werden.



---

Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen

---

In der Psychotherapie-Richtlinie ist dazu in § 29 festgelegt: „[...] Sofern das Gutachterverfahren beim Fortführungsantrag Einsatz findet, ist dies nachvollziehbar zu begründen. [...]“ Dies wurde so einem DPtV-Mitglied vom Bundesversicherungsamt (BVA) in einem Schreiben vom 06.04.2018 bestätigt. Die Krankenkasse habe ein Ermessen auszuüben. Das bedeutet, sie muss bei einem Fortführungsantrag jeweils im Einzelfall entscheiden, ob und wenn ja bzw. warum ein Bericht an den Gutachter als erforderlich angesehen werde.

Das BVA ist eine Bundesoberbehörde des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Ihm sind u.a. die Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen unterstellt (<https://goo.gl/3HrSks>). Bislang sieht es so aus, als würden viele Kassen keinen Bericht für den Fortführungsantrag fordern (vgl. Bundesmitgliederbrief 3.2017, S. 14 ff). Reichen Sie Ihre Fortführungsanträge zunächst einmal ohne Bericht ein. Wenn die Krankenkasse einen Bericht für notwendig erachtet, muss sie diesen „unverzüglich“ anfordern. Sie als Psychotherapeut/in sind dann gehalten, den Bericht „zeitnah“ nachzureichen. Beide Begriffe sind nicht näher definiert.

- Sehen Sie bei einer Patientin oder einem Patienten gegen Ende der Behandlung die fachliche Notwendigkeit, diese/n weiterhin therapeutisch zu begleiten, können Sie die *Rezidivprophylaxe* (s. Infokasten unten) dazu nutzen. Bei der Rezidivprophylaxe handelt es sich um die letzten genehmigten Therapieeinheiten einer bereits genehmigten LZT, die zeitlich gestreckt eingesetzt werden können. Mit der Eintragung des Datums der letzten Therapieeinheit und Angabe der insgesamt durchgeführten Therapieeinheiten auf dem PTV 12 beginnt der Zeitraum von zwei Jahren, in dem die Rezidivprophylaxe genutzt werden kann. Mit den Rezidivprophylaxe-Therapieeinheiten kann die Zwei-Jahres-Frist überbrückt werden. Danach kann in der Regel eine neue KZT ohne Gutachterverfahren beantragt werden.
- Wenn es fachlich begründet ist, können Sie bei einer akuten krankheitswertigen Problematik auch innerhalb der Zwei-Jahres-Frist schnell und unproblematisch eine psychotherapeutische Akutbehandlung anbieten. Die Begründung sollte in der Patientenakte dokumentiert werden.

Es gelten weiterhin die Paragraphen des 2013 modifizierten Patientenrechtgesetzes (vgl. DPtV-Broschüre von Dr. Markus Plantholz) und

in diesem Zuge auch entsprechend zu beachtende Fristen, die sowohl von den Gutachtern als auch von den Krankenkassen eingehalten werden müssen. Die Krankenkasse muss innerhalb von fünf Wochen einen Antrag mit Bericht an den Gutachter bescheiden und den Psychotherapeuten und Patienten schriftlich Rückmeldung geben. Diese im Patientenrechtgesetz (§ 13 Abs. 3a SGB V) verankerte Frist von fünf Wochen schließt die Frist für die Gutachter mit ein, nach der „zwischen dem Eintreffen der Unterlagen zur Begutachtung und der Absendung des Gutachtens in der Regel kein größerer Zeitraum als zwei Wochen vergehen“ dürfe (§ 12 Abs. 7 Satz 4 PT-V).

Es gibt allerdings auch zu beachtende Fristen für Psychotherapeuten. Um Unterbrechungen der Psychotherapie aufgrund des bürokratischen Aufwandes für den Bericht an den Gutachter zu vermeiden, soll hier ein *Umwandlungsantrag von KZT auf LZT* spätestens nach der 8. Therapieeinheit der KZT 2 gestellt werden. Das heißt „übersetzt“: spätestens nach der 20. Therapieeinheit der Kurzzeittherapie (PT-V § 11 Abs. 4). Darüber hinaus ist es ratsam – insbesondere bei hochfrequenten Psychotherapie-settings – den Antrag mindestens *vier Wochen vor Ende einer KZT-Einheit* zu stellen, um eine nahtlose Weiterbehandlung gewährleisten zu können.

### Rezidivprophylaxe

Bereits im Antrag für eine Langzeittherapie kann auf dem PTV 2 angegeben werden, wie viele Therapieeinheiten für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. Ist der Einsatz zu Beginn noch nicht absehbar, kann die Rezidivprophylaxe bei jedem Bewilligungsschritt einer LZT beantragt werden. Auch bei der Anzeige des Endes einer Psychotherapie auf dem PTV 12 kann noch beantragt werden, einen Teil des genehmigten Kontingents in Rezidivprophylaxe-Therapieeinheiten umzuwandeln. Wie viele Therapieeinheiten des Kontingents für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden können, hängt von der Länge der Therapie ab. Bei Langzeittherapien von mindestens 40 bis 59 Therapieeinheiten können bei Erwachsenen maximal 8 Einheiten des bewilligten Kontingents für die Rezidivprophylaxe genutzt werden, bei einer längeren Behandlungsdauer maximal 16 Einheiten. Bei Kindern und Jugendlichen werden hier 10 bzw. 20 Therapieeinheiten gewährt. Die Rezidivprophylaxe-Therapieeinheiten können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Therapie genutzt werden.

### Wie wird der Bericht an den Gutachter abgerechnet?

Wir beschränken uns hier auf die Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung, auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Laut der Gebührenordnungsposition (GOP) 35131 können für den „Bericht an den Gutachter bei Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der

analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie“ für einen LZT-Antrag 57,43 € (539 Punkte) abgerechnet werden. Sollten Sie einen Bericht für einen KZT-Antrag verfassen, können Sie die GOP 35130 abrechnen und erhalten dafür 28,33 €.

Laut Plausibilitätszeit sind für diese Leistung 60 Minuten hinterlegt. Jede Idee, die Ihnen hilft, die Zeit für das Berichteschreiben zu verkürzen, bringt Sie dieser, im EBM recht knapp bemessenen Zeitvorstellung, einen Schritt näher.

Tipp: Benutzen Sie einmal die Stoppuhr und schauen Sie, wie viel Zeit Sie real für das Verfassen des Berichtes benötigen. Köhlke (2008), Sievers (2011) und die DPTV (2014) erfassten in aufwändigen Studien zum Gutachterverfahren den Arbeitsaufwand für einen Bericht an den Gutachter nach der alten Richtlinie. Alle kamen dabei auf Durchschnittswerte von drei

bis vier Arbeitsstunden. Wie viel Zeit benötigen Sie?

Des Weiteren können Sie für die Fotokopien, die Sie dem Bericht an den Gutachter beilegen, je Seite 0,13 € gemäß GOP 40144 abrechnen. Dies wird oft von den Kolleginnen und Kollegen vergessen bzw. ist ihnen gar nicht bekannt.

Zu guter Letzt sollten Sie auch das Porto in Rechnung stellen, das sind in der Regel bei der Übermittlung eines Briefes im DIN A 5 oder DIN A 4-Format 1,45 € (GOP 40124).

**Wie kann das gehen: Berichte schreiben in 60 Minuten und auf nur zwei Seiten?**

Die neue Richtlinie ermöglicht es, die Berichte deutlich zu verschlanken. Im neuen Formular „PTV 3“, dem Leitfaden zum Erstellen von Berichten an Gutachter/innen, fin-

den sich dazu folgende Hinweise: *„Der Bericht soll sich auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblatts sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. [...] Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Relevante biographische Faktoren sollen im Rahmen [...] der Psychodynamik [...] dargestellt werden. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. 2 Seiten umfassen.“*

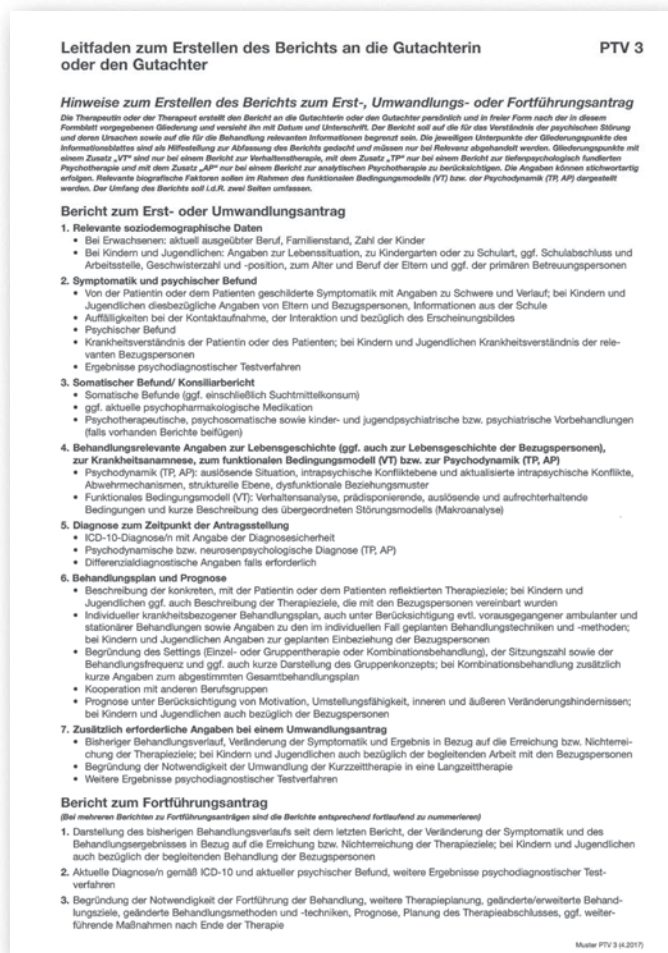
Das bedeutet: Der regelhaft antizipierte Umfang des Berichts ist reduziert worden, von bislang drei bis vier Seiten auf zwei Seiten. Die bislang standardmäßig geforderte biografische Anamnese entfällt. Biografische Daten sollen nur noch dort aufgeführt werden, wo diese zum Verständnis der Psychodynamik oder Verhaltensanalyse unmittelbar notwendig sind.

Auch wenn diese Verschlinkung als Erleichterung gedacht ist, können solche Veränderungen durchaus erst einmal als unbequem oder sogar als Zumutung empfunden werden. Denn sie nötigen uns dazu, gewohnte Abläufe des Schreibens zu verändern, etwas Eingepieltes anders zu machen und neu zu denken wie auch neu zu lernen. Das fordert zunächst Energie und Zeit. Beides ist in einem durchgetakteten Praxisarbeitsalltag rar.

Die Veränderungen beinhalten jedoch die Chance, die Art, wie wir Berichte schreiben, ökonomischer zu gestalten. Da die Honorierung der Berichte bzw. die Vergütung der Arbeitszeit unverändert schlecht ist, empfiehlt es sich, die Berichte sehr pragmatisch anzugehen.

Dazu könnte z.B. gehören, dass Sie herausfinden, dass ein Bericht Sie viel weniger Zeit kostet, wenn Sie ihn wie beim kreativen Schreiben „einfach so“, ohne Beachtung

Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblatts sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden



von ausgefeilten Formulierungen, Rechtschreibung oder Seitenumfang herunterschreiben. Erst dann wird sortiert, gekürzt und sprachlich geglättet, dies ebenfalls in möglichst kurzer Zeit. Das bedarf vermutlich etwas Übung und Wiederholung. Sollten Sie eine Spracherkennungssoftware nutzen, so diktieren Sie möglichst „frei“ nach ihren Notizen. Mit etwas Übung, einigen Arbeitserleichterungen, einer pragmatischen Haltung und Mut zum eigenen Stil könnte es möglich sein, einige Berichte tatsächlich innerhalb von 60 Minuten zu schreiben.

Als Arbeitserleichterung beim Schreiben von Berichten könnten Sie beispielsweise ...

- Ihren Anamnesebogen so strukturieren, dass Sie die Antworten Ihrer Patientinnen und Patienten unverändert oder nahezu unverändert in den Bericht übernehmen können (beispielsweise die Beschreibung der Symptomatik, Übersicht zu Medikation und

Vorbehandlungen, eventuell auch die Ziele der Patienten)

- Ihren Patienten den Anamnesebogen auf einem USB-Stick mitgeben und darum bitten, den Anamnesebogen digital auszufüllen, ihn auf dem Stick wieder mitzubringen, so dass Sie die Antworten der Patienten direkt in Ihren Bericht hinüberkopieren können. *Cave:* Dafür müssen Sie zwingend auf Ihrem Computer ein aktuelles Virenschutzprogramm installiert haben und dieses beständig aktualisieren, damit Sie sicherstellen können, dass Sie sich mit dem USB-Stick, der Berührung mit dem Computer des Patienten hatte, keine Viren einfangen;
- soviel wie möglich nicht als Fließtext, sondern als Aufzählung mit Spiegelstrichen oder in Stichworten mit Kommata-Trennung formulieren, z.B. soziodemografische Angaben, Symptomatik, Therapieziele und Ihre Behandlungsplanung;

- den an der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) orientierten oder den an der Verhaltensanalyse nach Kanfer orientierten Psychotherapiekurzbefund der DPTV nutzen, dem Bericht beifügen und im Text an den entsprechenden Stellen auf diesen Kurzbefund verweisen. Diesen Kurzbefund können Sie bereits in der Psychotherapeutischen Sprechstunde oder einer Probatorischen Sitzung erheben;
- direkt zu Beginn einer Behandlung einen LZT-Antrag stellen, wenn absehbar ist, dass eine LZT nötig sein wird. Wenn Sie mit einer KZT beginnen und dann einen Umwandlungsantrag von KZT in LZT stellen, müssen Sie hier zusätzlich zu den für eine LZT notwendigen Angaben den bisherigen Therapieverlauf darstellen;
- bei jeder einzelnen Angabe prüfen, ob diese für den Antrag wirklich notwendig ist. Es empfiehlt sich also sehr, die Gliede-

Mit etwas Übung, einigen Arbeitserleichterungen, einer pragmatischen Haltung und Mut zum eigenen Stil könnte es möglich sein, einige Berichte tatsächlich innerhalb von 60 Minuten zu schreiben


The image shows three overlapping forms from the DPTV (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung) 'Praxisformular'. The top form is a checklist for identifying conflict types: **Identitätskonflikt** (dissonante Selbstaspekte oder Rollenkonflikte bzgl. Zugehörigkeit bei sonst hinreichenden Ich-Funktionen/belegte Überanpassung vs. „geliehener“ Pseudo-Identität), **Leitafekt** (Angst und Unsicherheit), **Fehlende Konfliktwahrnehmung** (Trauer nach Verlust, Lebenskrise oder Angst nach Trauma), and **Leitafekt** (kein spezieller). The middle form is a structured 'Psychodynamik-Kurzbefund' with sections for 'Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur' (borderline, schizoid, narzisstisch, depressiv, zwanghaft, hysterisch, ängstlich-vermeidend, überkompensatorisch-eklat, passiv-regressiv-abhängig), 'Introjektive und Bewältigungsmuster', 'Welche Modelle früherer Bezugspersonen wurden verinnerlicht?', 'Welche Beziehungsmuster dominieren?', and 'Durch welches Ereignis wurde dieses Gleichgewicht gestört'. The bottom form is a 'Strukturformular' with a table for 'Welche Defizite werden in diesen neurotischen Bewältigungsversuchen deutlich?' (Self-perception, Self-regulation, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung) and sections for 'Psychischer Befund und Abwehr', 'Bevorzugte Abwehrmechanismen', and 'Ausgelöster Konflikttyp'. The DPTV logo is visible on all forms.



- rungspunkte auf dem PTV 3 als Prüfsteine zu nutzen, ob hier notwendige Informationen für diesen konkreten Antrag zu benennen sind;
- sich klarmachen, dass es in keiner Weise auf Eleganz oder Schönheit der Formulierung ankommt. Der Bericht ist ein reiner Gebrauchstext, der genau einmal gelesen wird! Er sollte kurz, plausibel und verständlich sein – mehr nicht;
- bei einem LZT-Antrag für Gruppentherapie einen gemeinsamen Gutachter für alle Patienten einer Gruppe wählen. Dies können Sie formlos bei der Krankenkasse beantragen:  
*„Sehr geehrte Mitarbeiter/innen der Krankenkasse xy, laut der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV und dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) sollen bei Gruppentherapien alle Pa-*

- tienten einer Gruppe von derselben Gutachterin/demselben Gutachter begutachtet werden. Diese Gruppe wird bisher begutachtet von (Name der Gutachterin/des Gutachters). Bitte leiten Sie beiliegenden Bericht an diese Gutachterin/diesen Gutachter weiter.“;*
- Sie können die Krankenkasse ebenfalls formlos bitten, bestimmte Gutachter für die Begutachtung Ihres Antrages auszuschließen: *„Ich bitte Sie, Herr/Frau xy aus persönlichen Gründen nicht als Gutachter/Gutachterin für den beiliegenden Antrag zu wählen.“* Die Krankenkasse muss Ihrem Wunsch allerdings nicht folgen. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Kasse Ihrem Anliegen folgt, wenn Sie dieses begründen, beispielsweise mit *„fehlender Passung im fachlichen Grundkonzept“* oder *„negativer Erfahrungen“*;

- Benötigte KZT-Anträge können insgesamt noch knapper sein und ebenfalls in freier Form verfasst werden.

 Im Mitgliederbereich der DPfV-Homepage finden Sie im Downloadbereich <https://goo.gl/3Fp2D1>:

- unter „Formulare und Vorlagen“ Musterformulare zur Biografischen Anamnese, OPD und Verhaltensanalyse
- unter „Basics der Berufsausübung“ die DPfV-Informationen „Widerspruch und Bearbeitungsfristen“, als auch „Widerspruch, Teilwiderspruch, Obergutachten“

## Der Antrag wurde abgelehnt, das Kontingent bei der Begutachtung gekürzt. Was nun?

Liegen die formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht vor, muss die Krankenkasse eine Ablehnung des Antrags fachlich begründen. Dies geht ausschließlich über die gutachterliche Stellungnahme und gilt bei allen Anträgen, also auch bei nicht gutachterpflichtigen Kurzzeittherapieanträgen.

Vereinzelt scheint es so zu sein, dass sich Gutachter oder Gutachterinnen nicht an der neuen PTV 3 orientieren, sondern beispielsweise einen längeren Bericht einfordern oder ihrem Gutachten eine Empfehlung zur erneuten Begutachtung und damit erneuten Berichtserstellung bei einer Verlängerung hinzufügen. Wir empfehlen Ihnen, dem selbstbewusst zu begegnen! Weisen Sie die Gutachter auf die Vorgaben des reformierten Leitfadens, dem PTV 3, hin und widersprechen Sie Auflagen, die diesen nicht entsprechen! Können Sie sich mit dem Gutachter nicht einigen, oder bietet er Ihnen keine Kommunikation an, dann leiten Sie für Sie nicht nachvollziehbare Gutachten gerne auch in anonymisierter Form an die DPtV weiter. Wir sammeln diese Fälle, um uns einen besseren

Überblick bezüglich der reformierten Begutachtung zu verschaffen und gegebenenfalls berufspolitisch reagieren zu können.

Aus der Psychotherapie-Vereinbarung:

### § 13 Entscheidung zur Leistungspflicht


„(3) Legt die Versicherte oder der Versicherte gegen die Ablehnung einer Kurzzeittherapie Widerspruch ein, kann die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen. Liegen die formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht bei Anträgen auf Langzeittherapie vor, muss die Krankenkasse vor der Ablehnung eines Antrags eine gutachterliche Stellungnahme einholen. Wurde ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme abgelehnt und legt die Versicherte oder der Versicherte Widerspruch gegen diese Entscheidung ein, kann die Krankenkasse ein Obergutachten einholen.“

Wurde ein Antrag nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme abgelehnt, ist es formal der Versicherte, der Widerspruch einlegen und ein Obergutachten bei seiner Krankenkasse fordern kann. Dafür können Sie noch einmal die GOP 35131 für den „Bericht an den Gutachter oder Obergutachter“ abrechnen, wenn Sie den Bericht mit der Ablehnung (und womöglich mit einigen ergänzenden Informationen) an den Obergutachter schicken.

Beachten Sie: Der Versicherte kann auch gegen Kontingentkürzungen, sogenannte Teilbefürwortungen, einen sogenannten Teil-Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einlegen. Auf diese Weise wird der Widerspruch nur auf den abgelehnten Teil des Bescheides, also auf das verringerte Kontingent, beschränkt.

Die Stellungnahmen des Gutachters sind Empfehlungen für die Krankenkasse. Ob und wie eine Krankenkasse dieser Empfehlung folgt, ist der Krankenkasse überlassen. Das bedeutet, ein klärendes Telefonat mit der Sachbearbeiterin oder dem Sachbearbeiter der Krankenkasse bzw. mit deren Vorgesetzten kann sich lohnen. Die Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen haben gezeigt, dass diese direkten Gespräche mit der Krankenkasse oft zu einem für die Versicherten günstigen Ergebnis kommen. Wenn wir eines wissen: Regeln können helfen, gute Lösungen für alle Beteiligten anzubahnen, doch das wahre Leben kann manchmal mit diesen Regeln nicht abgebildet werden. Für viele Situationen ist deshalb das Gespräch der Versicherten oder hilfsweise auch der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Krankenkasse der goldene Weg.

## Fazit

Fast Food von Sterneköchen kann nahrhaft, gesund und schmackhaft sein. Allerdings müssen hier angesichts der zur Verfügung stehenden Zeit Abstriche beim Styling, bei den dekorativen Zugaben und ganz besonders auch bei den eigenen Ansprüchen gemacht werden. In dieser Analogie müssen Psychotherapeuten umdenken und ihre Ansprüche an ihre Berichte senken, wenn sie sich den 60 Minuten, für die diese Aufgabe ausgelegt ist, annähern wollen. In diesem Sinne wünschen wir den Kolleginnen und Kollegen Mut, zeitsparende Maßnahmen zu ergreifen und einen für sich passenden ökonomischen Stil beim Schreiben von ihren Berichten an die Gutachter zu entwickeln und zu etablieren. 



### Sabine Schäfer

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



### Dagmar Kumbier

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Hamburg. Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin (TP), Fachbuchautorin bei Klett-Cotta und Rowohlt, Gründerin und Leiterin des Instituts für Integrative Telearbeit. [www.dagmar-kumbier.de](http://www.dagmar-kumbier.de)



## Literaturhinweise

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).

# Unsere Buchtipps



Anne Katrin Külz / Ulrich Vorderholzer  
**Pathologisches Horten**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 69)  
2018, VI/89 Seiten,  
€ 19,95 / CHF 26.90  
(Im Reihenabonnement  
€ 15,95 / CHF 21.50)  
ISBN 978-3-8017-2785-7  
Auch als eBook erhältlich



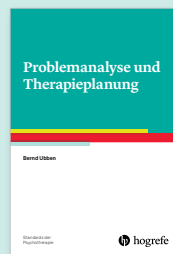
Tobias Teismann / Jürgen Margraf  
**Exposition und Konfrontation**

(Reihe: „Standards der Psychotherapie“, Band 3)  
2018, 133 Seiten,  
€ 24,95 / CHF 32.50  
(Im Reihenabonnement  
€ 19,95 / CHF 26.90)  
ISBN 978-3-8017-2825-0  
Auch als eBook erhältlich



Hildegard Goletz /  
Manfred Döpfner / Veit Roessner  
**Zwangsstörungen**

(Reihe: „Leitfaden Kinder- und  
Jugendpsychotherapie“, Band 25)  
2017, 180 Seiten,  
€ 24,95 / CHF 32.50  
(Im Reihenabonnement  
€ 17,95 / CHF 24.50)  
ISBN 978-3-8017-2645-4  
Auch als eBook erhältlich



Bernd Ubben  
**Problemanalyse  
und Therapieplanung**

(Reihe: „Standards der  
Psychotherapie“, Band 2)  
2017, VII/139 Seiten,  
€ 24,95 / CHF 32.50  
(Im Reihenabonnement  
€ 19,95 / CHF 26.90)  
ISBN 978-3-8017-2823-6  
Auch als eBook erhältlich



Bettina Lohmann  
**Selbsterstützung  
für Psychotherapeuten**

2017, 117 Seiten,  
€ 19,95 / CHF 26.90  
ISBN 978-3-8017-2565-5  
Auch als eBook erhältlich



Fredrike P. Bannink  
**Positive  
Supervision  
und Intervention**

2017, 237 Seiten,  
€ 34,95 / CHF 45.50  
ISBN 978-3-8017-2804-5  
Auch als eBook erhältlich



Detlef Kranz  
**Hypnotherapie bei Tinnitus**  
Ein Praxisleitfaden

2017, 290 Seiten, inkl. CD-ROM,  
€ 39,95 / CHF 48.50  
ISBN 978-3-8017-2767-3  
Auch als eBook erhältlich



Anke Beyer / Arnold Lohaus  
**Stressbewältigung im Jugendalter**  
Ein Trainingsprogramm

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)  
2., überarbeitete Auflage 2018,  
130 Seiten, Großformat, inkl. CD-ROM,  
€ 36,95 / CHF 45.90  
ISBN 978-3-8017-2858-8  
Auch als eBook erhältlich



## 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 umfangreiche Leitfaden soll Sie unterstützen Ihre Praxisweitergabe unter Praxisweiterhaltung 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](mailto:bgst@dptv.de),  
Fax 030/235 009 44 oder auf [www.bgst.de](http://www.bgst.de).



Moina Beyer-Jupe, Anne Maria Günther

# Was ist von den neuen Datenschutzregelungen für psychotherapeutische Praxen relevant?

Ab dem 25.05.2018 gilt in der gesamten Europäischen Union (EU) vereinheitlicht die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), die die Datenschutzgesetze aller Länder harmonisiert. Das deutsche Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) musste nur in kleineren Teilen angepasst werden, das meiste war schon entsprechend geregelt. Während die EU-DSGVO für viele Berufe, Unternehmen und gewerbliche Firmen Neuerungen bringt, wie beispielsweise das Verbot, „Kundendaten“ ungefragt für anderweitige Zwecke als zur Vertragsabwicklung zu nutzen, ändert sich für Psychotherapeuten nicht wirklich viel.

Das grundlegende Gebot, Patientendaten zu schützen, schreibt schon die Berufsordnung mit ihrer Schweigepflicht vor, die zusätzlich durch das Strafrecht sanktioniert ist. Im Grundsatz galt bereits vor der neuen EU-Gesetzgebung in den bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxen ein Gebot der Datensparsamkeit und der verschlüsseln, sicheren Verwahrung und Übertragung von Daten im Sinne des geltenden Patienten- und Datenschutzes.

## Patienteneinwilligung – Löschung

Grundsätzlich müssen alle Personen zur Aufzeichnung ihrer Daten ihr Einverständnis erklären. Das entfällt, wenn die Datensammlung und Übermittlung ausdrücklich aufgrund einer gesetzlichen Regelung erlaubt oder gar geboten

ist, die Daten zur Erfüllung eines Vertrags erforderlich sind oder ein berechtigtes Interesse des Verantwortlichen daran besteht.

Psychotherapeuten brauchen für die Behandlung gerade *nicht* die Einwilligung der Patienten ein-

zuholen, denn sie sind sogar verpflichtet, eine ordnungsgemäße Patientendokumentation zu führen (§ 630f BGB) und somit sensible Patientendaten zu sammeln. Ohne dies ist eine fachgerechte Erfüllung des Behandlungsvertrages auch gar nicht möglich und schließlich haben Psychotherapeuten auch ein berechtigtes eigenes Interesse daran, nämlich um ggf. später Rechnungen schreiben zu können.

Die Datenweiterleitung an Krankenkassen bzw. die KVen ist gesetzlich geregelt. Psychotherapeuten sind danach verpflichtet, (nur) die zur Abrechnung mit den Krankenkassen notwendigen Angaben



weiterzuleiten, ohne dass es auf den Willen der Patienten ankommt; Rechtsgrundlage dafür sind die §§ 294 ff SGB V.

Ohne eine spezialgesetzliche Grundlage (z.B. bei der Weiterleitung der Patientendaten mittels Arztbriefen) bleibt es aber wie zuvor dabei, dass eine Schweigepflichtentbindungserklärung von Patienten eingeholt werden muss. Das gilt z.B. auch bei der Einschaltung einer gewerblichen Abrechnungsfirma (wer das vorhat, sollte sich die Erklärung gleich zu Beginn des Behandlungsverhältnisses geben lassen). Eine aktualisierte Schweigepflichtentbindung, ergänzt um die Belehrung über ein Widerrufsrecht der Schweigepflichtentbindung (*Neu!*), finden Sie im Mitgliederbereich der Homepage unter [www.dptv.de/nc/intern](http://www.dptv.de/nc/intern).

Grundsätzlich haben Patienten allerdings kein Recht auf Löschung von erhobenen Patientendaten für die bereits durchgeführte Behandlung. Die einzigen Ausnahmen sind Korrekturanträge, wenn Daten unrichtig sind und wenn die verpflichtende Aufbewahrungszeit für die Patientenunterlagen von zehn Jahren nach Behandlungsende erreicht ist. Dennoch könnte die Löschung auch dann noch verwei-

gert werden, wenn die Daten aus berechtigtem eigenem Interesse noch gebraucht werden, beispielsweise weil der Behandler in einen Gerichtsprozess mit der Patientin/dem Patienten verwickelt ist.

### Auftragsverarbeitung – Zusammenarbeit mit Dienstleistern

Arbeiten Sie mit externen Dienstleistern zusammen, die in Ihrem Auftrag personenbezogene Daten verarbeiten, liegt meist eine sogenannte Auftragsverarbeitung vor. Häufig wird es sich hierbei um IT-Beauftragte der Praxen oder um Softwarefirmen handeln, die gegebenenfalls die Praxisverwaltung mittels TeamViewer oder AnkyDesk unterstützen.

Von Auftragsverarbeitung spricht man regelmäßig auch bei folgenden Dienstleistungen: DV-technische Arbeiten für die Lohn- und Gehaltsabrechnung oder die Finanzbuchhaltung durch Rechenzentren, Outsourcing personenbezogener Datenverarbeitung im Rahmen von Cloud-Computing, ohne dass ein inhaltlicher Datenzugriff des Cloud-Betreibers erforderlich ist, Werbeadressenverarbeitung, Verarbeitung von Kundendaten durch ein Call-Center, Auslagerung der E-Mail-Verwaltung oder von sonstigen Datendiensten zu Webseiten, Datenerfassung, Auslagerung von Backup-Sicherheitspeicherung und anderer Archivierungen.

Arbeiten Sie mit sogenannten Auftragsverarbeitern zusammen, ist hierfür in der Regel der Abschluss eines Vertrages zur Auftragsverarbeitung erforderlich. Hierfür können sowohl individuelle Regelungen getroffen, als auch von der EU-Kommission oder von der zuständigen Aufsichtsbehörde verabschiedete Standardvertragsklauseln verwendet werden. Eine Formulierungshilfe für einen Auftragsverarbeitungsvertrag finden Sie auf der Internetseite des Bayerischen Landesamts für Datenschutzaufsicht

unter: [https://www.lida.bayern.de/media/muster\\_adv.pdf](https://www.lida.bayern.de/media/muster_adv.pdf).

Vermutlich werden die Auftragsverarbeiter aufgrund ihrer eigenen Pflichten aus der EU-DSGVO ein Interesse daran haben, die mit den Psychotherapeuten vorhandenen Verträge anzupassen und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Spezialisierte Firmen (z.B. Anbieter der Praxisverwaltungsprogramme) haben bereits angekündigt, einen entsprechenden Vertrag und eine Datenschutzvereinbarung über die Verwaltungssoftware zur Verfügung zu stellen.

Außerdem ist zu bedenken, dass bei Kooperationen mit Berufen, die nicht schon selbst nach ihrem Berufsrecht einer Schweigepflicht unterliegen, wie Steuerberater oder Rechtsanwälte, eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet werden muss. Externe Dienstleister haben schriftlich zu erklären, dass sie über das strafbewehrte Schweigegebot/den Datenschutz durch die Psychotherapeutenpraxis informiert wurden. Eine Verschwiegenheitserklärung für Externe finden Sie im Mitgliederbereich der Homepage unter [www.dptv.de/nc/intern](http://www.dptv.de/nc/intern). Diese kann unproblematisch mit einem Auftragsverarbeitungsvertrag verknüpft werden.

Besteht eine gesetzliche Grundlage, ist die Einwilligung der Patienten nicht nötig



#### Moina Beyer-Jupe

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



#### Anne Maria Günther

Ass. jur., Stabsstelle Politik in der Bundesgeschäftsstelle der DPTV. Zuvor Rechtsreferendariat mit Stationen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium für Gesundheit.



Alle im Text aufgeführten Informationen und Formulare finden Mitglieder der DPTV im Internen Bereich der Homepage [www.dptv.de/nc/intern](http://www.dptv.de/nc/intern)

-> Informationen -> Basics der Berufsausübung  
-> Formulare/Vorlagen -> Praxisformulare

## Informationspflichten – Patientenauskunftsrechte

Patienten haben schon jetzt ein umfassendes Einsichts- und Kopierrecht für ihre Patientenakte; § 630g BGB geht hier bereits weiter als die EU-DSGVO. Im Rahmen der zudem bestehenden Aufklärungs- und Informationspflicht (§§ 630c, 630f BGB) konnten Patienten vom Behandler über die zu ihrer Person gespeicherten Daten auch schon früher Auskunft verlangen, zumal aufgrund der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen ebenfalls Auskunftsrechte gegeben sind.

Nach den neuen Vorschriften ist allerdings ungefragt vorab eine Praxisinformation für die Patienten zur Verwendung und Schutz von Daten nötig (*Neu!*). Um diesen neuen, unbezahlten Bürokratieaufwand zu erleichtern, finden Sie zur Aushändigung an Patienten oder als Praxisaushang ein Patienteninformationsblatt auf der nächsten Seite.

## Praxis-Datenschutzbeauftragter – Praxis-Datenschutzrichtlinie - Datenpannen

Praxen, in denen mindestens zehn Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind, brauchen einen Datenschutzbeauftragten (*Neu!*).

Freiwillig ist dagegen die Erarbeitung einer internen Datenschutzrichtlinie für die Praxis.

Datenpannen, z. B. durch Hackerangriffe oder Datenschutzverstöße, z. B. durch Handwerker, sollen in der Regel der zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb von 72 Stunden gemeldet werden (*Neu!*). Hierfür kommt der jeweilige Landesdatenschutzbeauftragte bzw. in Bayern das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Betracht.

## Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten – Sicherheit der Datenverarbeitung


Auch Psychotherapeuten benötigen künftig für ihre Praxis eine Art Datenschutzmanagement, mit dem sie sicherstellen und dokumentieren, dass sie mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben konform sind. Das kennen wir schon aus dem Qualitätsmanagement (QM). Es muss eine Bestandsaufnahme erfolgen, die darstellt, welche Daten in der Praxis auf welcher Rechtsgrundlage erhoben und verarbeitet werden und wie der Schutz der Daten sichergestellt wird (Interne Regelungen). Die Nutzung geeigneter technisch-organisatorischer Maßnahmen, wie die Datenverschlüsselung gegenüber Außenstehenden oder beschränkte Zugriffsrechte und Zugriffsmöglichkeiten von Mitarbeitern der Praxis, die die Sicherheit der Datenverarbeitung in der Psychotherapiepraxis gewährleisten, sind bereits geforderter Standard und werden in der Regel genutzt.

Zusätzlich muss ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten geführt werden (Art. 30 EU-DSGVO), in das die einzelnen Datenverarbeitungsvorgänge einzutragen sind (*Neu!*). Ein Musterformular finden Sie im Mitgliederbereich der Homepage unter [www.dptv.de/nc/intern](http://www.dptv.de/nc/intern).

## Webseiten, Impressum und Datenschutzerklärung

Wenn Sie eine Webseite unterhalten, benötigen Sie ein Impressum. Häufig ist das Impressum auf der Webseite mit der Datenschutzerklärung verknüpft. Ohne vorherige technische Prüfung eines Webauftritts und mangels Kenntnis der innerbetrieblichen Vorgänge können wir kein allgemein gültiges Muster einer Datenschutzerklärung zur Verfügung stellen. An was Sie bei diesem Thema allerdings unbedingt denken sollten, finden Sie ebenfalls

im Mitgliederbereich der Homepage unter [www.dptv.de/nc/intern](http://www.dptv.de/nc/intern).

Bei der Datenschutzerklärung ist darauf zu achten, so transparent wie möglich über den Umgang mit den personenbezogenen Daten zu informieren. Dazu gehört, den Nutzer darüber zu informieren, welche personenbezogenen Daten erhoben werden, zu welchem Zweck die Erhebung erfolgt und an wen diese Daten unter Umständen übermittelt werden. Diese Unterrichtung hat in einer allgemein verständlichen Form zu erfolgen. Bereits auf der Startseite muss ein eindeutiger Hinweis auf diese Informationen zu finden sein. In der Praxis sind die Ausführungen daher häufig unter einem eigenen Menüpunkt „Datenschutzerklärung“ oder „Datenschutzhinweis“ zu finden. 

Patienten müssen über den Umgang mit ihren Daten und ihre Rechte informiert sein



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

### Curriculum 2017 – 2019

#### 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 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

#### Seminar 4 am 30.+31.08.19

Kontaktaufnahme und Arbeit mit destruktiv wirkenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

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](mailto:susanne.leutner@t-online.de)**

[www.ESt-Rheinland.de](http://www.ESt-Rheinland.de)

## Datenschutz in unserer Praxis

Stand: Mai 2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Psychotherapeutischen Praxis haben die Schweigepflicht und der Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötigen wir einige persönliche Daten von Ihnen als Patient/in. Mit diesen sogenannten personenbezogenen Daten gehen wir besonders verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grund-Verordnung<sup>1</sup> sind wir darüber hinaus verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

### 1. Zweck der Datenerhebung und -Verarbeitung

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erheben wir verschiedene Daten über Ihre Person und Ihre Gesundheit. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet.

Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapieempfehlungen und Protokolle, die wir selbst erarbeiten oder die uns andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

### 2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Wir übermitteln Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Sollte eine Weitergabe Ihrer Daten an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtentbindung nötig.

### 3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

### 4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter [goo.gl/emrpSA](http://goo.gl/emrpSA).

Ihre Psychotherapeutische Praxis

<sup>1</sup> Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG



**Datensicherheit in meiner/unsere Praxis**

Datensicherheit hat in meiner/unsere Praxis einen extrem hohen Stellenwert.  
Hier habe ich/haben wir Vorsorge getroffen:

|   |   | Notizen |
|---|---|---------|
| ✓ | Es existieren Regelungen, wie die Datensicherheit sichergestellt wird (Interne Regelungen für Schweigepflichtentbindungen und -verpflichtungen, organisatorische und technische Maßnahmen zur Datensicherheit etc.).  |         |
| ✓ | Es existiert ein Verarbeitungsverzeichnis, welche Daten wie und warum in der Praxis aufgenommen, verarbeitet und gelöscht werden.   |         |
| ✓ | Die Formulare zur Schweigepflichtentbindung und Einwilligungserklärung (z.B. privatärztliche Abrechnungsstelle) enthalten ein Widerrufsrecht des Patienten.   |         |
| ✓ | Eine Patienteninformation zum Datenschutz ist in der Praxis ausgelegt bzw. hängt aus.   |         |
| ✓ | Alle für unsere Praxis tätigen externen Dienstleister sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.   |         |
| ✓ | Es existieren mit allen externen Dienstleistern Verträge zur Auftragsverarbeitung (i.d.R. Zusatz zum Hauptvertrag).   |         |
| ✓ | Unsere Homepage und Facebook-Seite enthält eine Datenschutzerklärung, aus der hervorgeht, welche Daten der User und zu welchem Zweck erhoben, verarbeitet und gelöscht werden.<br>Sollten Webtracking-Programme genutzt werden, wird darauf ausdrücklich hingewiesen. |         |



[www.infonetz-krebs.de](http://www.infonetz-krebs.de)

---

# INFONETZ KREBS

---

WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche  
Beratung

Mo bis Fr 8 – 17 Uhr



0800

80708877

kostenfrei



**Deutsche Krebshilfe**  
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

**DKG**  
KREBSGESELLSCHAFT



Michael Kladny im Gespräch mit Philip Negt

## Tätigkeitsfelder von angestellten PP und KJP

**Fast 40 % aller approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP/KJP) arbeiten heute im Angestelltenverhältnis, fast 50 % davon in Kliniken. Für angestellte Psychotherapeuten gibt es vielfältige Möglichkeiten in Bezug auf ihre Tätigkeitsfelder, beispielsweise in psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, psychosomatischen oder psychosozialen Einrichtungen, Beratungsstellen, Heimen, im MVZ, der Forensik u.a.**

**Für immer mehr PP/KJP spielt die Anstellung eine größere Rolle. In diesem Zusammenhang möchte der DPTV-Ausschuss Angestellte von Zeit zu Zeit in Interviewform Tätigkeitsfelder der Anstellung aus dem persönlichen Blickwinkel von Befragten vorstellen.**

Das nachfolgende Gespräch wurde im Februar 2018 mit Philip Negt geführt. Er ist beschäftigt als Psychologischer Psychotherapeut auf einer Psychotherapiestation im Klinikum Region Hannover (KRH) der Psychiatrie Langenhagen (Öffentlicher Dienst). Bei seinem Tätigkeitsfeld handelt sich um eine

transdiagnostisch ausgerichtete Psychotherapiestation mit störungsspezifischen Behandlungsangeboten, u.a. Persönlichkeitsstörungen, unipolare Depression. Die klinische Tätigkeit besteht vor allem aus psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlungen.

**Michael Kladny: Guten Tag Herr Negt, vielen Dank für Ihre Bereitschaft, dieses Interview für die Psychotherapie Aktuell zu geben.**

**Wie sieht Ihre berufliche Entwicklung aus, gab es Stellen oder Tätigkeiten, die Sie in Ihrer Laufbahn nicht missen möchten?**

Philip Negt: Die gab es sicherlich. Ich habe etwa meine Psychotherapieausbildung an der Medizinischen Hochschule in Hannover absolviert. Die Ausbildung hat für mich eine wichtige Orientierungsphase dargestellt. Das Durchlaufen verschiedener Tätigkeitsfelder innerhalb eines Klinikums (stationä-

re, teilstationäre, ambulante klinische Tätigkeit) sowie die Möglichkeit, wissenschaftlich arbeiten zu können, haben mir die Entwicklung eines eigenen berufspraktischen Profils erleichtert. Bereits in diesen Jahren habe ich die Psychotherapie im stationären und teilstationären Behandlungskontext als wichtiges, auch zukunftsträchtiges Handlungsfeld für Psychologische Psychotherapeuten empfunden.

**Was macht die Arbeit als angestellter Psychologischer Psychotherapeut so attraktiv für Sie?**

Ich beobachte vermehrt, dass approbierte Kolleginnen und Kollegen an beruflichen Tätigkeitsfeldern interessiert sind, die sich auch abseits einer „klassischen“ ambulanten Niederlassung abspielen. Innerhalb eines typischen Arbeitstages in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag sind die Anforderungen durch Vielfalt, Lebendigkeit und der Notwendigkeit zum spontanen Handeln gekennzeichnet. Gleichzeitig bieten insbesondere Psychotherapiestationen durch ein in der Regel geplantes, elektives Aufnahme-prozedere Struktur und Routine. Den täglichen interdisziplinären Austausch mit anderen Berufsgruppen erlebe ich dabei als große Bereicherung. Dies bietet eine gute Grundlage, das eigene therapeutische Handeln regelmäßig kritisch zu reflektieren und ggf. Korrekturen zu unterzie-



Philip Negt M.Sc., Psychologischer Psychotherapeut (VT), zertifizierter Schematherapeut (Advanced Level, ISST)

hen. Im Rahmen von Therapiekonferenzen und Übergaben erfolgt dies im Grunde täglich. Nach nun einigen Jahren Tätigkeit auf Psychotherapiestationen hat sich für mich der Eindruck forciert, dass engagierte interdisziplinäre Behandlungsteams im Kontext der stationären Versorgung einiges bewirken können. Dies selbst im Rahmen von kürzeren Behandlungsdauern (oder Behandlungen), die häufig nur wenige Wochen betragen. Ob der alltägliche Rhythmus und die Anforderungen innerhalb einer psychiatrischen, psychosomatischen oder rehabilitativen Klinik mit den eigenen Berufsvorstellungen in Übereinstimmung zu bringen sind, ist jedoch sicher eine sehr individuelle Entscheidung.

**Wie erleben Sie die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Psychologischen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen) innerhalb der Klinik bzw. zwischen niedergelassenen sowie in Kliniken tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Ärzten?**

Insgesamt erlebe ich die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen im klinischen Alltag als offen, konstruktiv und bereichernd. Phasen, in denen es zu Konflikten, Auseinandersetzungen und Kommunikationsproblemen kommt, hängen häufig mit Überlastungssituationen zusammen (z.B. im Pflegedienst). In meiner Wahrnehmung hat sich zudem in den letzten Jahren die Rolle von Psychologischen Psychotherapeuten auf psychotherapeutisch ausgerichteten Stationen weiterentwickelt und positiv verändert.

Die spezifischen Kompetenzen unseres Berufsstandes, auch für das stationäre psychotherapeutische Handlungsfeld, werden vermehrt anerkannt und genutzt. Dies betrifft insbesondere die inhaltlich-konzeptuelle und zeitgemäße Weiterentwicklung von einzelnen Stationen. Im Verhältnis zwischen Ärzten und Psychotherapeuten gibt es mehr Annäherung. Die jeweiligen Kompetenzen werden häufiger als gleichberechtigt bedeutsam angesehen, zumindest und in besonderer Weise auf Psychotherapiestationen. Ich persönlich empfinde den Austausch der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen untereinander meist als wechselseitig ergänzend und integrierend. So können etwa klinische Einschätzungen und Beobachtungen aus Einzeltherapien die Indikationsstellungen beispielsweise in Bezug auf eine Psychopharmakotherapie erleichtern.

Zugleich erscheint die regelmäßige Reflexion somato-medizinischer Einflussfaktoren (z.B. Diabetes Mellitus) auf den psychotherapeutischen Prozess von Bedeutung. Bei einer gelungenen Kommunikation zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Kollegen im stationären Behandlungssetting können hier erhebliche Synergieeffekte im Sinne des Patienten genutzt werden. Diese wichtige Entwicklung befindet sich gegenwärtig im Prozess.

Die Einsatzfelder Psychologischer Psychotherapeuten im System Krankenhaus etablieren sich zunehmend besser. Dass sich dies bisher selten in entsprechenden Gehaltseingruppierungen niederschlägt, ist ein Umstand, der berufspolitisch weiterhin zu problematisieren bleibt.

Die Kooperation zwischen psychotherapeutisch-psychiatrischen Kliniken sowie niedergelassenen Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten erlebe ich als insgesamt erweiterungsfähig. Die jeweiligen Behandlungsangebote oder Spezialisierungen auf bestimmte Störungsbilder sind häufig nicht hinreichend bekannt. Für ei-

ne patientenorientierte, aber auch kosteneffiziente Nutzung psychotherapeutischer Behandlungsangebote in den verschiedenen Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, stationär) besteht hier sicher weiterer Entwicklungsbedarf.

**Fühlten Sie sich durch die Psychotherapieausbildung gut auf das Tätigkeitsfeld in der stationären Versorgung vorbereitet? Hat Ihnen etwas gefehlt?**

Ich selber habe mich als einigermaßen solide auf ein Tätigkeitsfeld im stationären Behandlungskontext vorbereitet gefühlt. Da die berufspraktischen Tätigkeitsfelder approbierter Psychotherapeuten wohl auch künftig vermehrt in stationären Einrichtungen angesiedelt sein werden, sollte sich diese Entwicklung auch in den Curricula der Ausbildungsinstitute noch stärker abbilden. Dort werden bisher vergleichsweise wenig Seminare und Fortbildungen zu den Besonderheiten einzelner Behandlungssettings (z.B. stationäre Psychotherapie) angeboten. Dies könnte jedoch eine nützliche und praxisrelevante Ergänzung darstellen.

**Sind Sie berufspolitisch aktiv/ interessiert, und sehen Sie Ihre Interessen durch die spezifischen Verbände vertreten?**

Die Arbeit von Berufsverbänden halte ich für ausgesprochen wichtig, insbesondere auch die Interessenvertretung einzelner Untergruppen (z.B. Angestellte). Vor diesem Hintergrund begrüße ich den Einsatz der Berufsverbände für das wachsende Feld der angestellten PP/KJP.

Neben einer vollzeitigen Beschäftigung und verschiedenen Nebentätigkeiten in der Aus- und Weiterbildung bleibt mir derzeit leider nur wenig zeitlicher Spielraum für ein aktives Engagement. Ich verfolge jedoch mit großem Interesse aktuelle berufspolitische Themen. Wichtige Themenfelder, wie etwa die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, Befugnisserweiterungen sowie Entgelt- und Eingruppierungsfragen sind selbstverständlich



**Michael Kladny**

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Weiterbildung in Schematherapie. Mitglied im Vorstand der DPtV-Landesgruppe Niedersachsen und im Ausschuss für Angestellte.



für den gesamten Berufsstand von Bedeutung.

**Denken Sie, dass es ausreichend Entwicklungsmöglichkeiten für angestellte PP/KJP gibt?**

Sofern stationäre Einrichtungen ein Interesse daran haben, die spezifischen Kompetenzen Psychologischer Psychotherapeuten zu nutzen und damit verbundene Potenziale auszuschöpfen, werden sich künftig vermehrt verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten ergeben. Davon gehe ich aus. Hierbei ist etwa an den Einsatz Psychologischer Psychotherapeuten als Leitung von psychotherapeutisch ausgerichteten Stationen oder Tageskliniken zu denken, wie dies in einigen Kliniken bereits etabliert und üblich ist. Im Rahmen der geplanten Ausbildungsreform mit Direktausbildung ist es zudem wünschenswert, dass hochgradig prekäre Beschäftigungsverhältnisse für (noch) nicht Approbierte bzw. Psychotherapeu-

ten in Ausbildung (PiA) im Verlauf ihrer Ausbildung alsbald der Vergangenheit angehören.

**Was würden Sie sich für das stationäre Tätigkeitsfeld Psychologischer Psychotherapeuten künftig wünschen?**

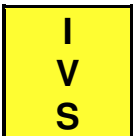
Wie bereits eben angedeutet, wird die praktische Ausbildungstätigkeit in stationären Einrichtungen aus unterschiedlichen Gründen, u.a. Kosten- und Zeitintensität, „Praktikanten“-Status, unzureichende Supervision, von Ausbildungsteilnehmern häufig als aversiv erlebt. Diese Erfahrungen beeinflussen die anschließende Einschätzung darüber, welche Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten in Kliniken bestehen. Das ist zunächst einmal vollständig nachvollziehbar. Dass sich Gestaltungsmöglichkeiten mit Abschluss der psychotherapeutischen Ausbildung verändern und das Tätigkeitsfeld Psychologischer Psychotherapeuten in stati-

onären Einrichtungen insgesamt in Bewegung ist, wird mitunter nicht mehr hinreichend wahrgenommen. In der Betreuung von PiA habe ich selbst die Erfahrung gemacht, dass die Vermittlung eines ausgewogenen, differenzierten, natürlich realistischen Tätigkeitsbildes lohnenswert ist. Dafür ist neben zeitlicher Kapazität auch ein gewisses Engagement der approbierten Kollegen notwendig. Für die Gruppe der angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wünsche ich mir, dass sie ihre Qualifikationen und spezifischen Kompetenzen weiter engagiert einbringen und somit in der Zukunft einen unverzichtbaren, wesentlichen Teil psychotherapeutisch ausgerichteter Stationen und Tageskliniken darstellen.

**Vielen Dank für das Interview, Herr Negt.**



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



Institut für Verhaltenstherapie  
 Verhaltensmedizin und Sexuologie  
 - staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2015

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

- **Gerichtsgutachter/in – Forens. Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien d. Psychotherap.-kammern (Fam.-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit), nächste Termine: **Dr. DP Sandra Loohs** „Aussagevalidität - Bewertung der Entstehung v. Zeugenaussagen“ 14./15. Juli 18 (Module Glaubhaftigkeit, Familien- u. Strafrecht); **Prof. Dr. DP Rudolf Egg** „Grundlagen Rechts- und Polizeipsychologie“ 24./25. Nov.2018 (Module Grundlagen u. Strafrecht)
- **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: **DP Eva Mahkorn** „Zwangsstörungen“ u. „Depressive Störungen“ 22./23. Juni 2018
- **EMDR-Zusatzqualifikation: Dr. DP Georg Pieper** „EMDR Grundkurs“ 23./24. Juni 2018
- **VT-Ergänzungsqualifikation f. Mediziner u. Psychologen** (120 Std.) nächster Termin: **Neu!**  
**Dr. Wolfram Dorrman** „Akut suizidale Patienten – Risikoabschätzung u. Krisenintervention“ 22./23. Juni 18
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken) - Nächstes Termin: **DP Klaus Weth** 9./10. Juni 2018
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurr. d. MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken) Nächstes 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  
 CK-Sem.: **DP Andrea Kaindl** „Alles im Kopf! – Hypnosyst. Manual z. Therapie chron. Schmerzen“ 14./15. Sept. 18

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](http://www.ivs-nuernberg.de)

Jens-Peter Damas

# Die heilberufliche Verschwiegenheit

## Outsourcing von Dienstleistungen wird straffrei

Mit Wirkung zum 09.11.2017 ist eine lang geforderte Novellierung der heilberuflichen Verschwiegenheit in Kraft getreten. Nach § 203 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist.

Verpflichtet sind unter anderem im

- **Gesundheitsbereich:**  
Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker
- **Beratungsbereich:**  
Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Notare, Patentanwälte.

### Angestellte müssen zur Verschwiegenheit verpflichtet werden

Angestellte werden – so wird nun klargestellt – dem Berufsgeheimnisträger wie beispielsweise dem Psychotherapeuten zugerechnet, sodass diese Mitarbeiter selbstver-

ständiglich in die sensiblen Informationen mit eingebunden werden dürfen. Die beim Berufsgeheimnisträger beschäftigten Personen müssen aber in schriftlicher Form zur Geheimhaltung angewiesen und über die strafrechtlichen Folgen einer Pflichtverletzung belehrt werden.

Insbesondere ist auf die Strafbarkeit nach den §§ 201 StGB (Verletzung der Vertraulichkeit des Wortes), 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) und 204 StGB



(Verwertung fremder Geheimnisse) hinzuweisen – so die Begründung des Gesetzes.

Mitarbeiter, die selbst bereits Berufsgeheimnisträger sind, also angestellte Therapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Steuerberater, Rechtsanwälte oder Wirtschaftsprüfer, müssen nicht nochmals zur Verschwiegenheit verpflichtet werden.

In Gemeinschaftspraxen und Sozietäten – mit einheitlichem Beschäftigungsverhältnis – genügt die Verpflichtung durch einen der Partner.

## Outsourcing von Leistungen

Durch die Novellierung soll ferner ermöglicht werden, ohne Einwilligung der Patienten im Rahmen der Berufsausübung externe Dienstleister zu beauftragen und den Zugang zu Tatsachen zu eröffnen, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, soweit dies für die Inanspruchnahme der Dienstleistung erforderlich ist und sofern in diesem Zusammenhang bestimmte Berufspflichten eingehalten werden. Das ist beispielsweise bei folgenden Arbeiten der Fall:

- Schreibarbeiten
- Rechnungswesen
- Annahme von Telefonanrufen
- Aktenarchivierung und -vernichtung
- Einrichtung, Betrieb, Wartung – einschließlich Fernwartung – und Anpassung informationstechnischer Anlagen, Anwendungen und Systemen aller Art, beispielsweise auch von entsprechend ausgestatteten medizinischen Geräten
- Bereitstellung von informationstechnischen Anlagen und Systemen zur externen Speicherung von Daten
- Mitwirkung an der Erfüllung von buchführungs- und steuerrechtlichen Pflichten.

Bei der Inanspruchnahme von Serviceleistungen, die im Ausland

erbracht werden, darf der Zugang zu fremden Geheimnissen nur dann eröffnet werden, wenn der dort bestehende Schutz der Geheimnisse dem Schutz im Inland vergleichbar ist. Für die anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union kann in der Regel von einem solchen Schutz ausgegangen werden.

Die Pflichten in Bezug auf Dienstleister gelten auch für den Fall, dass der Patient in die Datenweitergabe eingewilligt hat, sofern er nicht ausdrücklich auf die Einhaltung der genannten Anforderungen verzichtet. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit darf hingegen entfallen, wenn die Person selbst Berufsgeheimnisträger ist. Das wäre beispielsweise im Verhältnis eines Psychotherapeuten zu seinem Steuerberater gegeben.

## Regeln für das Outsourcing


Der Vertrag mit dem Dienstleister bedarf der Textform. In ihm ist

- der Dienstleister unter Belehrung über die strafrechtlichen Folgen einer Pflichtverletzung zur Verschwiegenheit zu verpflichten,
- der Dienstleister zu verpflichten, sich nur insoweit Kenntnis von fremden Geheimnissen zu verschaffen, als dies zur Vertragserfüllung erforderlich ist, und
- festzulegen, ob der Dienstleister befugt ist, weitere Personen zur Erfüllung des Vertrags heranzuziehen; für diesen Fall ist dem Dienstleister aufzuerlegen, diese Personen in Textform zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

## Stillschweigende Einwilligung seitens des Patienten

Dient dagegen die Leistung unmittelbar nur einem Patienten – zum Beispiel bei der Hinzuziehung eines externen Kollegen – ist nach wie vor das Einverständnis des Patienten erforderlich. In solchen Fällen hilft aber teilweise die sogenannte

stillschweigende Einwilligung. Sie wird angenommen, wenn der Patient weiß, dass mehrere Berufsträger in seinem Interesse zusammenwirken, etwa in der Gemeinschaftspraxis, dem Krankenhaus oder der Information an den Hausarzt, der den Patienten zur Spezialuntersuchung oder -beratung überwiesen hat und auf die Auswertung des Ergebnisses angewiesen ist (NJW 83, 350; München NJW 93, 797; Hamm MedR 95, 328). Umstritten ist die Frage beim Konsiliarius.

Gerichtlich geklärt ist allerdings, dass eine Einwilligung beim Praxisverkauf unerlässlich ist. Die Lösung besteht üblicherweise in dem sogenannten „Zwei-Schrank-Modell“. Der Veräußerer behält grundsätzlich die informationsrechtliche Verfügungsbefugnis an den Alt-Akten und übergibt sie in einem verschlossenen Schrank dem Erwerber. Dieser verpflichtet sich wiederum speziell im Übernahmevertrag, die Kartei für den Veräußerer zu verwahren und nur fallbezogen Zugriff auf einzelne Akten zu nehmen, zum Beispiel wenn ein früherer Patient ihn zur Behandlung aufsucht. Diese Regelung wird entsprechend auch auf die elektronische Aktenführung angewandt. 

---

Die beim Psychotherapeuten beschäftigten Personen müssen schriftlich zur Geheimhaltung angewiesen werden

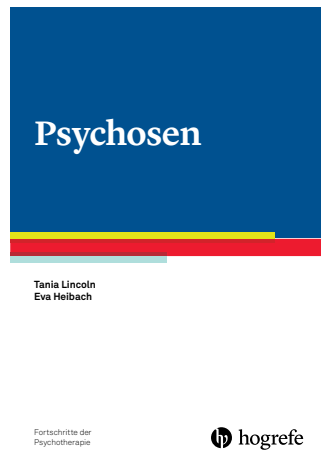
---

### Dr. Jens-Peter Damas

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht im ETL ADVISION-Verbund aus Berlin, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.

E-Mail: jens.damas@etl.de  
www.etl-advision.de





Tanja Lincoln, Eva Heibach  
**Psychosen**  
**Ambulante Psychotherapie von Patienten mit einer Psychose**  
 Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 67  
 2017, Hogrefe  
 106 Seiten  
 ISBN 9783801727499 (Print)  
 19,95 €  
 ISBN 9783840927492 (eBook)  
 16,99 €

**Rezensiert von**  
**Verena Nölke**

„Psychosen“ von Tanja Lincoln und Eva Heibach, erschienen 2017 in der Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“ des Hogrefe-Verlages, bietet einen Überblick über das Erscheinungsbild der Störung, Theorien zur Entstehung, zum diagnostischem Vorgehen und stellt die Behandlung im Rahmen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes vor. Andere psychotherapeutische Ansätze (analytisch, tiefenpsychologisch, systemisch) kommen nicht vor – einerseits ein Vorteil, da mich die kurze, vergleichende Darstellung der Ansätze unterschiedlicher Therapieschulen in der Behandlung einer bestimmten Störung in der Regel unbefriedigt zurück lässt. Allerdings wäre es aus meiner Sicht zumindest erwähnenswert gewesen, dass auch andere Psychotherapieschulen Psychosepatienten behandeln, und mit welchem Konzept (z.B. der Frage nach der Bedeutung der Wahninhalte in der analytischen Therapie).


Die Inhalte sind didaktisch sehr gut aufbereitet, es finden sich viele anschauliche Beispiele und einige Materialien. Insbesondere die grafischen Darstellungen haben mir sehr gut gefallen. Manche verhaltenstherapeutischen Standardinterventionen hätten vielleicht etwas kürzer dargestellt werden können. Der konkrete Bezug auf diese Patientengruppe mit ihren spezifischen Charakteristika und ihren Angehörigen – mit deren Problemen in Bezug auf den Umgang mit der Störung – ist aber stets gut gelungen und überwog insgesamt deutlich vor dem Gefühl, Altbekanntes zu lesen.

Für ein ambulantes einzeltherapeutisches Behandlungssetting ist das beschriebene Vorgehen sehr gut geeignet.

Im letzten Teil geht es um „Praxisrelevante Fragen und Antworten“. Hier werden viele Themen, die Hemmschwellen in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Psychose(erfahrungen) darstellen können, behandelt, z.B. Befürchtung von Gewalttätigkeit, größere Schwierigkeiten, Anträge genehmigt zu bekommen, etc.

Ein aus meiner Sicht sehr wichtiges Thema, die häufig größeren Schwierigkeiten mit der Termintreue, habe ich dabei vermisst. Allzu häufige Ausfälle limitieren die Behandelbarkeit im ambulanten Setting.

Es wird eine selbstausbeuterische Haltung mit der Bereitschaft, unbezahlt Patienten, die stationär behandelt werden, dort zu besuchen, vorgeschlagen. Dies erscheint mir im Interesse des langfristigen Erhalts der Arbeitsfähigkeit eines/einer niedergelassenen PsychotherapeutIn, der/die sich vollständig selbst finanziert, unrealistisch.

Insgesamt ist das Buch mit einem Preis von 19,90 € sehr wertvoll, es wird der Unterschiedlichkeit dieser Patienten gerecht, beschreibt das verhaltenstherapeutische Vorgehen sehr anschaulich und nachvollziehbar, ist übersichtlich gegliedert, didaktisch gut aufbereitet und mit Arbeitsmaterialien bestückt. Daher: Klare Kaufempfehlung! 



Alexandra Liedl, Maria Böttche, Barbara Abdallah-Steinkopf, Christine Knaevelsrud  
**Psychotherapie mit Flüchtlingen**  
**Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse**  
 Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte  
 1. Nachdruck 2017 der 1. Auflage 2017, Schattauer  
 179 Seiten, 4 Abb., 8 Tab., kart.  
 ISBN 9783794531950 (Print)  
 ISBN 9783794590230 (eBook PDF)  
 29,99 €

**Rezensiert von**  
**Marie-Christine Reiswich**


Aufgrund der wachsenden Zahl an PatientInnen mit Flüchtlingshintergrund war ein praxisnahes Buch bereits längst überfällig. In dem Werk haben sich ExpertInnen aus spezialisierten Behandlungszentren für Flüchtlinge aus Berlin und München zusammengetan, um ein fundiertes und wissenserweiterndes Praxisbuch zu gestalten, das sich in zehn Kapitel gliedert: Migration, juristische Aspekte, soziale Arbeit, Psychodiagnostik, psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen, Zusammenarbeit mit Dolmetschern, Kinder und Familien, Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF), Begutachtung und Akutversorgung/traumaorientierte Langzeitbehandlung. Anhand der einzelnen Titel wird bereits spürbar, dass das Buch der Komplexität und der Multidisziplinarität der Arbeit mit Flüchtlingen gerecht wird.



Nach einer soliden Einführung zum Thema Migrationsprozess und Besonderheiten von Migranten werden ausführlich die juristischen Aspekte erläutert. Mit Hilfe einer Begriffsübersicht, der detaillierten Darstellung des Asylverfahrens und der Erklärung der Lebenssituation und Anforderungen an ärztliche Atteste werden alle offenen Fragen beantwortet. Die Kapitel zu den Therapiemöglichkeiten verdeutlichen die Wichtigkeit eines Therapieansatzes mit Hilfe der Orientierung an einem Drei-Säulen Modell (Auseinandersetzung mit dem Postmigrationsprozess, dem belastenden Alltag und der Traumafolgen). Hier werden Besonderheiten wie Psychoedukation zum Thema Heimweh näher erläutert und praxisbezogene Leitfäden zur Strukturierung der Probatorik, zur Exploration von Symptomen oder zu einzelnen Therapiebausteinen gegeben. Im Kapitel Begutachtung wird zudem ein Gliederungsvorschlag für Stellungnahmen dargestellt. Außerdem wird auf Stolpersteine, wie der fehlende Nachweis eines Traumas, eingegangen.

In allen Kapiteln sind einzelne anschauliche Fallbeispiele eingebettet: hier wird der Bogen zwischen Theorie und Praxis nachvollziehbar gespannt. Es wird spürbar, dass die Expertinnen fundiertes Wissen mit eigenen, praxiserprobten Erfahrungen verbinden. Jedes Kapitel bemüht sich zudem auch um einen Unterpunkt zum Thema Praxisbezug.

Die Autorinnen schreiben ressourcenorientiert, scheuen jedoch nicht, Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Arbeit mit Flüchtlingen zu benennen. Das ermutigt Psychotherapeuten, sich intensiver mit einer kultursensiblen Psychotherapie zu beschäftigen. Besonders die Kapitel Juristische Besonderheiten, Psychodiagnostik, Zusammenarbeit mit Dolmetschern und Begutachtung sind für Psychologen und Psychotherapeuten wertvoll, da die Auseinandersetzung mit diesen Themen im Rahmen des Studiums und der Psychotherapieausbildung gänzlich fehlt.

Ein empfehlenswertes, wissensreiches und praxisorientiertes Buch – Pflichtlektüre für Psychotherapeuten, die bereits mit Flüchtlingen arbeiten oder dies beabsichtigen. Einziges Manko: Ausführliche Kapitel zu den Themen Frauen-/Männerbild mit Unterthemen wie Sexualität, sexuelle Orientierung, Aufklärungsarbeit, Umgang mit weiblicher Beschneidung sowie Religiosität (als Ressource und als Gefährdung) wären wünschenswert gewesen. 



Frank Wendrich  
**Los geht's – Aktiv warten auf einen Therapieplatz**  
 2017, Fischer & Gann  
 96 Seiten  
 ISBN 9783903072696  
 10,00 €

Rezensiert von  
**Caroline Ehrhard**

Dieses, mit 96 übersichtlichen Seiten, kleine aber durchaus feine Buch hilft Patienten dabei, sich in der Wartezeit auf eine Therapie nicht in Passivität zu verlieren, sondern sofort etwas für sich und die Therapie zu tun. Das Buch gliedert sich in sechs Kapitel.

In Kapitel 1 (Einleitung) holt der Autor, Dr. Frank Wendrich, Psychologischer Psychotherapeut, die Zielgruppe zunächst da ab, wo sie vermutlich steht: Man hat erkannt, dass die eigenen Probleme in einer

Therapie bearbeitet werden sollten und ist nun mit der Wartezeit konfrontiert, die bislang nicht das Potenzial hatte, die Hilf- und Hoffnungslosigkeit der künftigen Patienten zu reduzieren.

Kapitel 2 (Brauche ich eine Psychotherapie?) gibt angesichts verschiedener typischer Problemfelder, die ein Patient für sich identifizieren kann, Tipps für Alternativen zur Psychotherapie.

In Kapitel 3 (Wartezeit verkürzen: Strategien, um schneller einen Therapieplatz zu bekommen) rät der Autor beispielsweise, sich bei verschiedenen Therapeuten auf die Warteliste setzen zu lassen (um später freier über die Passung entscheiden zu können) und für terminliche Flexibilität zu sorgen.

Das Kernstück des Buches folgt meiner Meinung nach in Kapitel 4 (Los geht's: Erste Schritte, die mir jetzt schon nutzen und den Einstieg in die Therapie erleichtern). Es handelt sich um neun Übungen, die immer gleich aufgebaut sind:




Das neue **Online-Magazin** für alle, die in Psychotherapie, Beratung oder Coaching tätig sind. Aus dem Deutschen Psychologen Verlag.

**www.psyllife.de**

 [www.facebook.com/psyllife.de](https://www.facebook.com/psyllife.de)

 [psyllife\\_de](https://www.instagram.com/psyllife_de)  [@psyllife\\_de](https://twitter.com/psyllife_de)

Für wen eignet sich die Übung, Vorbereitung, Ablauf und wofür hilft es (jetzt und in der Therapie). Den Übungen ist die Aufforderung vorangestellt, nach jeder Übung mindestens eine Woche Pause zu machen. Die Übungen sind nicht an eine Therapieschule gebunden (z.B. vereinfachtes Genogramm, Laufplan für Einsteiger oder vereinfachtes Zwiegespräch). Allen Übungen ist die Ziel- und Ressourcenorientierung gemeinsam. Kapitel 5 heißt Strategien für den Notfall (Anlaufstellen für akute Krisen) und den Glücksfall (Remission, wobei empfohlen wird, sich wegen möglicher episodischer Verläufe nicht von den Wartelisten streichen zu lassen). Im letzten Kapitel 6 (Die Therapie beginnt) wird der Ablauf im Kassensystem erläutert und eine kurze Aufklärung über mögliche unerwünschte Effekte einer Psychotherapie gegeben. 


diagnostische Abklärungsprozess beschrieben und am Ende des Kapitels durch ein Fallbeispiel zur Anwendung gebracht, in Teil 2 wird die differenzialdiagnostische Abklärung mit Hilfe von symptomorientierten Entscheidungsbäumen durchgeführt, während in Teil 3 die Differenzialdiagnostik anhand von Tabellen dargestellt wird.

Zu Teil 1: Durch den Vorschlag, eine differenzialdiagnostische Abklärung zu verallgemeinern, wird dem Praktiker die Arbeit erheblich erleichtert. Die im DSM-5 vorgeschlagenen Schritte – zunächst eine Simulation, dann substanzbezogene Ursachen und medizinische Krankheitsfaktoren – helfen, die Aufmerksamkeit schnell auf engere Kriterien zu begrenzen. Konsequenterweise wird dann der Fokus auf die Primärstörung(en) gelegt. Wenn ein Erscheinungsbild nicht einem spezifischen Symptombild entspricht oder die Schwere oder Dauer nicht erfüllt ist, wird vorgeschlagen, zwischen Anpassungsstörungen und anderen näher bezeichneten bzw. NNB zu unterscheiden. Schließlich werden Kriterien für die Entscheidung, ob überhaupt eine psychische Störung vorliegt oder nicht, herausgearbeitet.

nostische Tabellen in Teil 3 helfen, unsere endgültigen Diagnoseentscheidungen zu treffen. Hier kristallisiert sich heraus, welche im zweiten Teil herausgearbeitete möglichen Diagnosen am ehesten zutreffen.

Im Anhang finden sich eine Tabelle mit der DSM-5-Klassifikation und Register der Entscheidungsbäume und Tabellen.

Insgesamt ist das Konzept für die Praxis gut geeignet. Als Praktiker müssen wir uns sinnvollerweise auf neue Such- und Entscheidungsalgorithmen umstellen, die uns allerdings besser helfen können, eine treffsichere Diagnose zu stellen.

Obwohl es inhaltlich nur Gutes zu berichten gibt, staune ich immer wieder darüber, dass einige Bücher aus meiner Sicht nicht ausreichend ergonomisch gestaltet werden. Es werden keine Farben verwendet, die Sprache ist manchmal etwas sperrig usw. Leider ist die Ergonomie des DSM-IV TR demnach ein wenig auf der Strecke geblieben. Vielleicht hilft mein Hinweis, dieses inhaltlich gute Buch für einen bereits stolzen Preis in einer zukünftigen Auflage auch nutzerfreundlicher werden zu lassen. 



Michael B. First, Winfried Rief (Hrsg.)  
**Handbuch der Differenzialdiagnosen – DSM-5®**  
 2017, Hogrefe  
 391 Seiten  
 ISBN 9783801727574  
 59,95 €

Rezensiert von  
**Dr. Alessandro Cavicchioli**

Das Handbuch ist wie folgt aufgebaut: In Teil 1 wird zunächst Schritt für Schritt der differenzial-

diagnostische Abklärungsprozess beschrieben und am Ende des Kapitels durch ein Fallbeispiel zur Anwendung gebracht, in Teil 2 wird die differenzialdiagnostische Abklärung mit Hilfe von symptomorientierten Entscheidungsbäumen durchgeführt, während in Teil 3 die Differenzialdiagnostik anhand von Tabellen dargestellt wird.

Im Teil 2 erfolgt eine spezielle Sichtweise zur Einordnung von Symptomen. Die Autoren gehen sinnvollerweise davon aus, dass Praktiker zunächst mit Symptomen konfrontiert werden. Sie haben sich für 29 Kardinalsymptome entschieden, die uns beim Patienten unter Umständen zu unterschiedlichen möglichen Diagnosen führen können. Zwei unterschiedliche Listen von diesen zentralen Symptomen findet der Praktiker unmittelbar vor den Entscheidungsbäumen. Die erste Liste richtet sich dabei an den diagnostischen Klassen des DSM-5, die zweite an den Untersuchungsklassen des mentalen Status aus. Die resultierenden möglichen Diagnosen enthalten einen Verweis auf die dazugehörigen Abschnitte im dritten Teil. 66 differenzialdiag-




**Aktuelle Rezensionsangebote**

Unsere aktuellen Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



## August



10.08.2018, Mainz

Störungsübergreifende Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen

Sabine Maur  
18-62



18.08.2018, Hannover

Diagnostik im Rahmen der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie

Dr. Enno Maaß  
18-63



22.08.2018, München

Erbringung und Abrechnung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Heiko Borchers  
18-74



22.08.2018, Erfurt

Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen

Dieter Best  
18-64



25.08.2018, Berlin

Erbringung und Abrechnung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Heiko Borchers  
18-65



27.08.2018, Frankfurt

Praxisseminar sozialrechtliche Befugnisse und Psychotherapie-Richtlinie

Dieter Best  
18-66



29.08.2018, Münster

Einführung in die Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)

Martina Hahn  
18-76

## September



03.09.2018, Frankfurt

Berufspolitischer Dialog

DPTV-Bundesvorstand  
18-67



07.09.2018, Osnabrück

Psychoonkologie: Arbeit mit Paaren

Prof. Dr. Tanja Zimmermann  
18-68



08.09.2018, Bremen

Wie Psychotherapeuten Einfluss nehmen können: Berufspolitik for Beginners

Amelie Thobaben  
18-69



08.09.2018, Dortmund

Gruppenverhaltenstherapie

Theresia Köthke  
18-70



14.09.2018, Berlin

Krisenintervention und Notfallpsychologie bei Großschadenslagen und anderen Extremereignissen

Stefanie Schramm  
18-71

5. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag

15.09.2018, Neumünster

Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in der psychotherapeutischen Praxis

Brit Wilczek  
18-56

Einführungs-Workshop für neuzugelassene Kollegen/-innen

Heiko Borchers  
18-61

Bericht an Gutachter/-innen nach den neuen Anforderungen in der TP

Martina Weinast-Thielen  
18-60

Stimmenhören verstehen – Erfahrungsfokussierte Beratung mit Stimmehörenden

Dr. Joachim Schnackenberg,  
Senait Debesay  
18-59

Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns

Dr. Tobias Teismann  
18-55

Kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit PTBS

Dr. Maja Steinbrink  
18-58

Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung

Kerstin Sude  
18-57



17.09.2018, Berlin

Ist mir noch zu helfen? Erfolgreicher Aufbau und Etablierung eines Sekretariats in der PT-Praxis

Sabine Schäfer  
18-73



17.09.2018, Berlin

Sie haben/planen eine Gruppentherapie-Zulassung und möchten die neuen Möglichkeiten der reformierten Psychotherapie-Richtlinie nutzen?

Sabine Schäfer  
18-72



29.09.2018, Würzburg

Arbeitsrecht und Medizin

Clemens Funk,  
RA Markus Schleicher  
18-75

Anmeldungen zu



DPTV CAMPUS-Veranstaltungen per Online-Formular unter [www.dptv-campus.de](http://www.dptv-campus.de) per Fax 030 23 50 09 44 per Post DPTV CAMPUS Am Karlsbad 15 10785 Berlin

## VERBANDSINTERN

### Adressen DPTV

#### Bundesgeschäftsstelle

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

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

#### Bundesvorstand

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

Stellv. Bundesvorsitzende

Gebhard Hentschel  
Neubrückenstraße 60  
48143 Münster  
GebhardHentschel@dptv.de

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

Michael Ruh  
Steinweg 11  
35066 Frankenberg  
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer  
Tobelwasenweg 10  
73235 Weilheim  
SabineSchaefer@dptv.de

Kerstin Sude  
Isestraße 41  
20144 Hamburg  
KerstinSude@dptv.de

#### Vorstand der Delegierten- versammlung

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

### Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

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

#### Bayern

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

#### Berlin

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

Landesgeschäftsstelle Berlin  
Mitarbeiter: Sebastian Hüting  
Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Telefon 030 23500934  
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  
amelie-thobaben@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  
Mitarbeiterin: Martina Büchel  
Badweg 3  
65307 Bad Schwalbach  
Telefon 06124 7277588  
Mo u. Mi 9.30–12.30 Uhr  
Di u. Do 8.30–11.30 Uhr  
Fr 9.30–11.30 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

Sabine Maur  
Kaiserstraße 38  
55116 Mainz  
sabine.maur@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@quiviala.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

#### Hinweise für Autoren

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

#### Layout/Satz

schnugmedia+))  
visuelle kommunikation · Oberhausen  
www.schnugmedia.de

#### Druck

Brandt GmbH  
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335





Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 14.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

**Praxisabgabe**

**Existenz im Rhein-Main-Gebiet - 1/2 Praxis abzugeben**

Seit 18 Jahren betreibe ich eine gut gehende Praxis (VT Erw.) in Offenbach/Stadt. Im Laufe dieses Jahres werde ich zunächst eine Praxishälfte abgeben, um gleitend in Richtung Ruhestand zu gehen. Email: praxisabgabe@online.de

KJP Praxisräume in **Meine** zu verkaufen. KV Zulassung vorhanden. Helle, freundliche Praxisräume im ländlichen Raum (gute Verkehrsanbindung) zum 01.01.2019 zu verkaufen. Telefon 05304/3032

**Verschiedenes**

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

**Fallsupervision VT und TP www.psychdienst.de**

... von der Autorin Fallberichte aus der Psychotherapie ...

Biete professionelle und zeitnahe Hilfe bei der Antragsstellung (Erwachsene und KiJu). Profitieren Sie von meiner langjährigen Erfahrung.

**0221 57 08 83 1**  
dunja.hergenroether@koeln.de

Sie suchen einen persönlichen und freundlichen Telefondienst zur Sicherstellung Ihrer telefonischen Erreichbarkeit? Vereinbaren Sie gerne einen kostenlosen und unverbindlichen Probemonat.  
mail@psychotherapeutentelefon.de

**PALMA DE MALLORCA**

13. bis 19. Okt. 2018 – 15 Fobi-Pkte. **Schritt für Schritt zur Achtsamkeit** www.Astrid-Kiehl.de Telefon 0431 93 36 6

**In eigener Sache ...**

Wir sind bemüht, Produktion und Versand der Zeitschrift nach Möglichkeit umweltfreundlich zu gestalten. Leider lässt sich dies nicht immer umsetzen. Um Mehrkosten für den Versand der Beilagen und Porto zu vermeiden, haben Sie diese Ausgabe der Psychotherapie Aktuell ausnahmsweise in Folie verpackt erhalten.

Hierfür bitten wir um Verständnis.

**Anzeigenschluss für Heft 3.2018:**  
**23.07.2018**

**FREIES WORT. FREIE WELT.**  
**#pressefreiheit**

Reporter ohne Grenzen e.V.  
www.reporter-ohne-grenzen.de  
Spendenkonto IBAN: DE26 1009 0000 5667 7770 80 BIC: BEVODE33  
Created by Interbrand in support of Reporter ohne Grenzen

**REPORTER OHNE GRENZEN**  
FÜR INFORMATIONSFREIHEIT

**Kleinanzeigenpreise 2018**

Pro Millimeter: 2,90 €

Mindesthöhe: 20 mm

**Inserentenverzeichnis**

ACURA Rhön-Klinik Gersfeld.....Seite 31  
 Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin .....Seite 53  
 Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn.....Seite 43  
 Ergosoft GmbH, Mannheim.....Seite 29  
 Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen .....Seite 39  
 IVS Institut für Verhaltenstherapie,  
 Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....Seite 49  
 Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....Seite 21  
 Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.....Seite 4  
 Oberberg Kliniken GmbH, Berlin .....Seite 9  
 Pluswert e.K., Münster .....Seite 25  
 Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten .....Seite 15  
 Rems-Murr-Kliniken gGmbH, Winnenden.....Seite 19

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:  
 Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

Liebe DPtV-Mitglieder,  
 bitte geben Sie Ihre Anzeige über unser Portal [www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de) oder direkt unter [www.mhz-anzeigen.de](http://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](mailto:bgst@dptv.de)).

*Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages*

**Anzeigen**

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

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

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

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter [www.psychotherapieaktuell.de](http://www.psychotherapieaktuell.de).

Alte Eppelheimer Straße 42/1  
 69115 Heidelberg

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

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

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

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

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

*Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages*

Die nächste Ausgabe von  
**Psychotherapie Aktuell**  
 erscheint am **24.08.2018**.

**ES REICHT!**  
**FÜR ALLE. MIT IHRER HILFE.**  
 Jetzt spenden und Perspektiven schaffen: [welthungerhilfe.de](http://welthungerhilfe.de)

**welt hunger hilfe**

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



## LEBEN AM LIMIT – PSYCHOTHERAPIE UND SOZIALE TEILHABE

# SYM- POS- IUM 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](http://www.dptv.de), per E-Mail an [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de) oder per Fax an 030 235009-44.

### Zertifizierung

Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte beantragt.

Weitere Informationen auf [www.dptv.de](http://www.dptv.de)

### 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.

**14. JUNI 2018, 12.00-17.30 UHR**

Tagungswerk  
Lindenstraße 85  
10969 Berlin



**DptV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Immer gut **informiert.**



Als Mitglied der DptV profitieren Sie u.a. von unserer **Mitgliederberatung**, dem regelmäßig erscheinenden **Newsletter**, den tagesaktuellen Nachrichten zu beruflichen Themen im **E-Mail-Infoservice**, der **Online-Praxisbörse**, den **PiA-News** für junge Psychotherapeuten, den **Fachpublikationen** und unseren umfangreichen **Serviceseiten** auf [www.dptv.de](http://www.dptv.de)