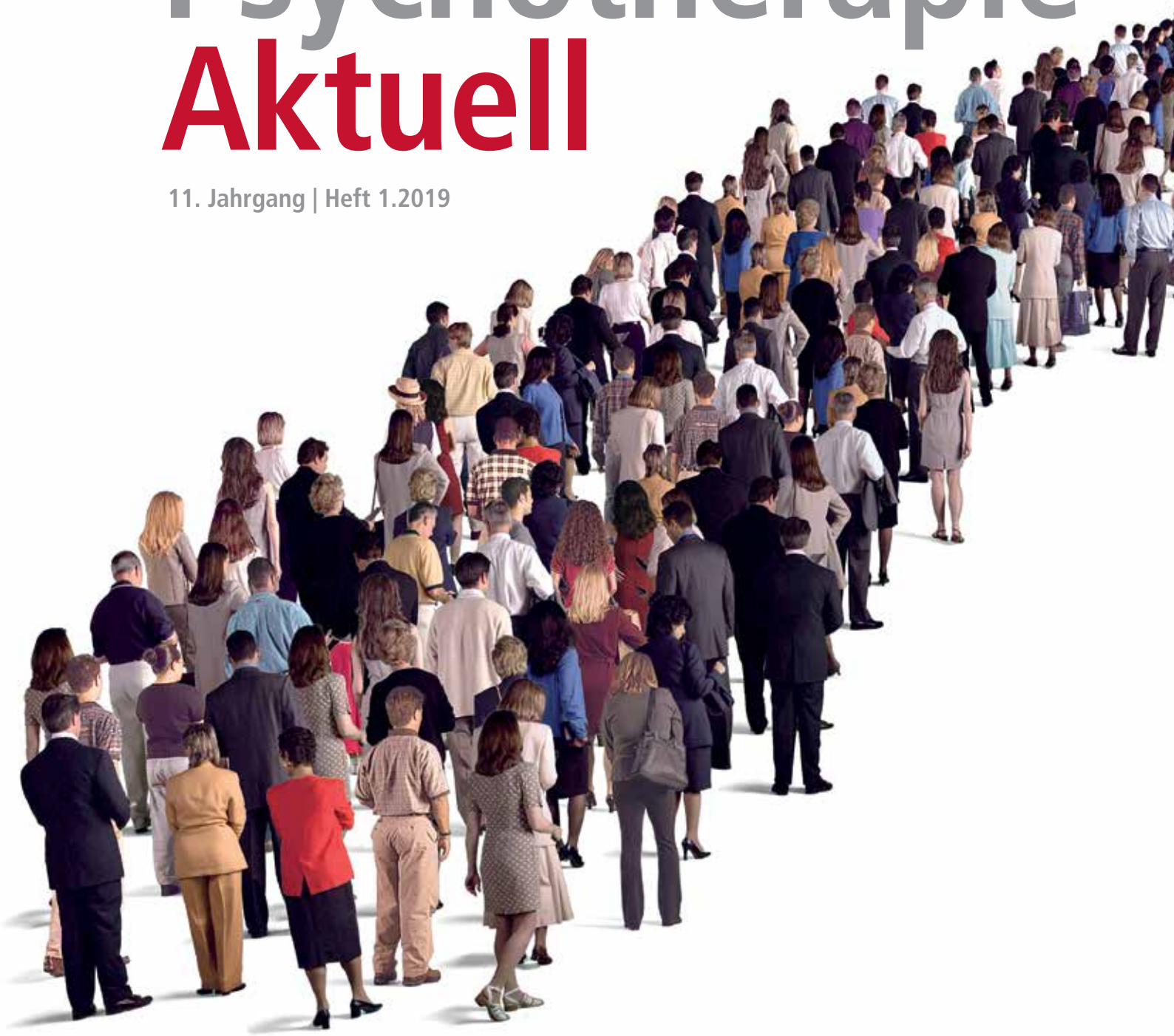
DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Psychotherapie Aktuell

11. Jahrgang | Heft 1.2019



- 20 Jahre Psychotherapeutengesetz – wie geht es weiter?
- Fakten zur Psychotherapie – Update Januar 2019
- Die Versorgungssituation seit der Reform der PT-RL 2017

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Jetzt neu auf der Homepage!

DPtV Podcast

Leben heißt Veränderung

Hören Sie rein!

1. Staffel: Junge Psychotherapeuten über Hürden auf dem Weg ins Berufsfeld Psychotherapie

Folge 1: Masterstudienplatz bekommen
Folge 2: IMPP-Prüfung meistern
Folge 3: Vorm Zulassungsausschuss
Folge 4: Kassensitz auf dem Land
Folge 5: Die Kosten

www.dptv.de

Gleich zwei Gesetzesvorhaben fordern die Psychotherapeuten heraus!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 20 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes festgestellt hat, dass sich die Schaffung der eigenständigen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie deren Einbindung in das System der Kassenärztlichen Vereinigungen für die psychotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten bewährt hat. Wie das BMG teilen wir die Auffassung, dass insbesondere die strukturellen Veränderungen im hochschulischen Bildungssystem im Zuge des Bologna-Prozesses eine Reform des Psychotherapeutengesetzes unumgänglich machen. Ein klar geregelter Zugang zum Beruf und ein angemessener berufsrechtlicher Status und eine Vergütung in der Weiterbildung sind dringend notwendig. Wir freuen uns, dass das BMG anerkennt, dass sich die Psychotherapie in den vergangenen 20 Jahren sowohl auf wissenschaftlicher als auch auf praktischer Ebene in hohem Maße weiterentwickelt hat und dieses sowohl in der Bandbreite des wissenschaftlichen Studiums als auch im Erwerb patientenbezogener Kompetenzen. Der im Januar 2019 veröffentlichte vom Ministerium erarbeitete Referentenentwurf erscheint uns im Grundsatz geeignet, den anstehenden Reformbedarf umzusetzen. Wir begrüßen insbesondere, dass die grundlegende Struktur mit einem zur Approbation führenden Studium und anschließender Weiterbildung hier vorgesehen ist. Wichtig ist auch, dass die Notwendigkeit der qualifizierten ambulanten Weiterbildung anerkannt wurde und die bewährten Ausbildungsinstitute zukünftig als Weiterbildungsinstitute vorgesehen sind. Wir sehen allerdings Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Legaldefinition bei der Ausübung heilkundlicher Psychotherapie, bei der Verfahrensvielfalt und der praktischen Erfahrung im Studium sowie bei zu konkretisierenden Regelungen zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung.

Zeitlich mit der Ausbildungsreform einher geht derzeit der Regierungsentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Der für die Versorgung psychisch kranker Menschen fatale Passus, dass einer Psychotherapie eine Art Begutachtung vorgeschaltet werden muss, war im Referentenentwurf nicht enthalten. Er wurde ohne Beratung oder Einbeziehung der Fachverbände kurzfristig hinzugefügt und führt zu erheblichem Unmut. Es fanden viele Gespräche mit Politikern statt und in der Petition 85363 zum TSVG sprachen sich über zweihunderttausend Mitzeichner – Psychotherapeuten, Ärzte, Patienten, Angehörige und Versicherte – deutlich gegen diesen Passus aus! Die im Jahr 2017 erfolgte Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie schafft bereits einen niedrigschwelligen Zugang, Möglichkeiten einer qualifizierten Diagnostik und der zeitnahen ambulanten Akutbehandlung in dringenden Fällen. Die immer noch bestehenden Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie erklären sich weiterhin durch fehlende psychotherapeutische Kapazitäten aufgrund der fehlenden Reform der Bedarfsplanung. Nach wie vor fehlen neue Zulassungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, vor allem im Umland großer Städte, den ländlichen Bereichen und dem Ruhrgebiet. Erfreulicherweise konnten wir in vielen politischen Gesprächen unsere Position erfolgreich darlegen.

Doch reden wir auch von anderen wichtigen Themen, die uns beispielsweise im Praxisalltag beschäftigen! Von dem Thema Sucht in der psychotherapeutischen Behandlung. Es ist diesmal unser Jahresthema und das zentrale Thema unseres Symposiums am 5. Juni 2019 in Berlin: „Alte und neue Süchte – wie nützlich ist Psychotherapie?"
Sind Sie mit dabei? Wir freuen uns!

Herzlichst, auch im Namen des gesamten Bundesvorstands der DPtV

Ihre

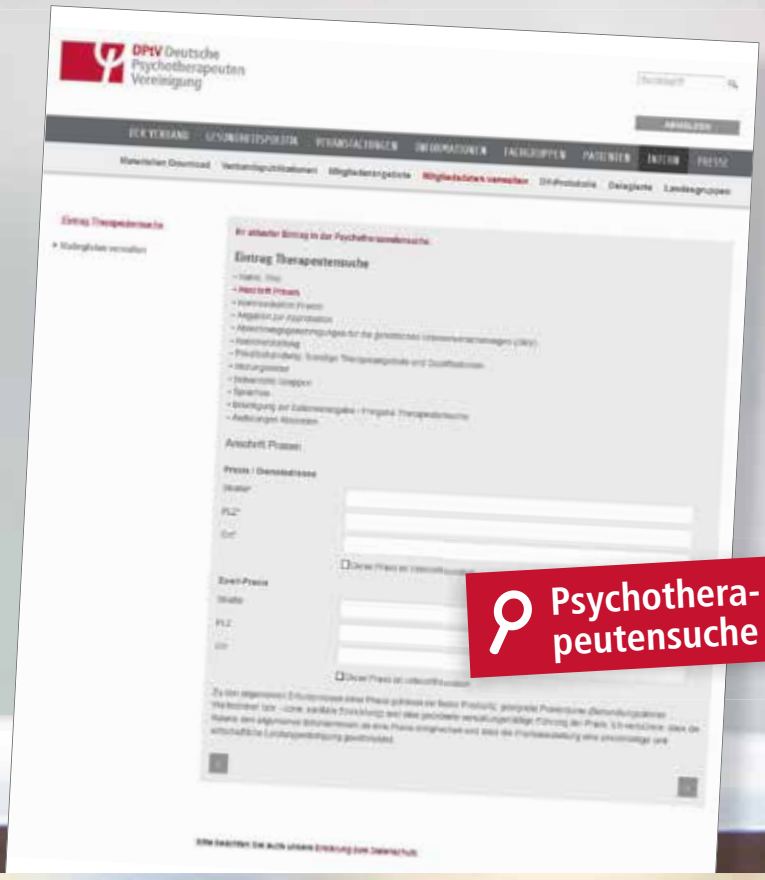
Sabine Schäfer

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Aktualisieren Sie Ihre Daten!

Bleiben Sie erreichbar für Patienten und halten Sie Ihre Daten zur Psychotherapeutensuche immer auf den neusten Stand. Ihren Eintrag zur Therapeutensuche aktualisieren bzw. anlegen können Sie im Mitgliederbereich unter Mitgliederdaten verwalten. Denken Sie daran, dass Sie eingeloggt sein müssen!



Psychothera-
peutensuche

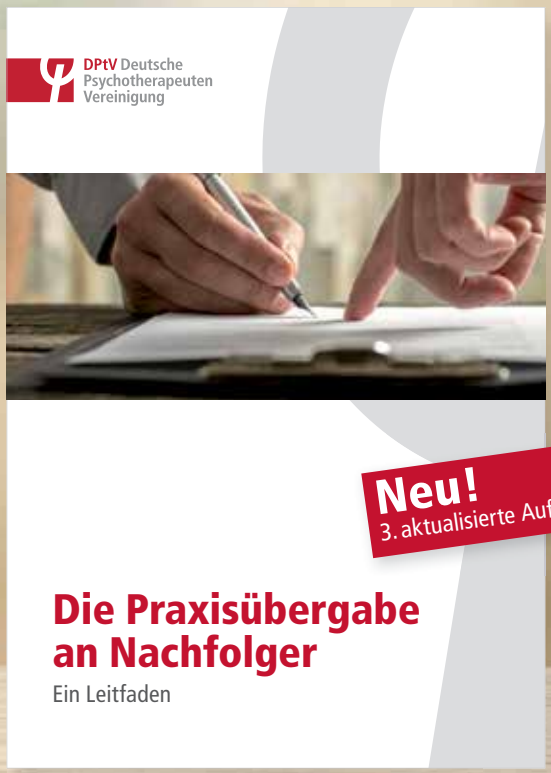
www.dptv.de

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Sie planen eine Praxisübergabe?

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

Der unfangreiche Leitfaden soll Sie unterstützen Ihre Praxisweitergabe unter Praxiswerterhaltung frühzeitig und vorausschauend zu planen. Sie erhalten hier fundiertes und umfangreiches Wissen und viele Tipps, so dass sich viele Möglichkeiten für den individuell planbaren Ablauf eröffnen. Die Broschüre berücksichtigt die Änderungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz.
Die 3. Auflage wurde um weitere Rechtsprechungen ergänzt.



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

www.dptv.de

GESUNDHEITSPOLITIK

6 **Dietmar Schulte**
Der lange Weg zum Psychotherapeutengesetz

12 Zehn Fragen an …

17 **Barbara Lubisch**
20 Jahre Psychotherapeutengesetz – alles gut? Warum eine Reform?

20 **Barbara Lubisch**
Fakten zur Psychotherapie – Update Januar 2019

24 **Cornelia Rabe-Menssen, Michael Ruh, Anne Dazer**
Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 – Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten

AUS DER PRAXIS

35 **Heiko Borchers**
Vermittlung über die Terminservicestellen – Behandlungshoheit liegt weiterhin beim Psychotherapeuten

38 **Ludwig Janus**
Der Film „Elternschule" im Fokus

ANGESTELLTE

41 **Steffen Landgraf**
Angestellt in der Forensik

RECHTS- UND VERSICHERUNGSFRAGEN

44 **Markus Plantholz**
Plausibilitätsprüfung

48 **Thomas Winkler**
Gesetzliche Krankenversicherung auch für Psychotherapeuten interessant

VERANSTALTUNGEN

50 **Veranstaltungskalender**
April bis Juni 2019

REZENSIONEN

51 Klärungsorientierte Psychotherapie der schizoiden, passiv-aggressiven und paranoiden Persönlichkeitsstörungen

VERBANDSINTERN

52 **Adressen DPtV**
Impressum

ANZEIGEN

53 **Kleinanzeigen**

PsychThG

Dietmar Schulte

Der lange Weg zum Psychotherapeutengesetz

30 Jahre bis zum Psychotherapeutengesetz – das ist ein langer Zeitraum. Zwangsläufig sind meine Erinnerungen durch meine persönlichen Erfahrungen während dieser Zeit geprägt. Ich werde dies im Folgenden nicht verschweigen, sondern gelegentlich sogar ausdrücklich darauf hinweisen. Die Bemühungen um ein Psychotherapeutengesetz haben mich seit 1970 beschäftigt. Zu diesem Zeitpunkt, zwei Jahre nach meinem Diplom in Münster, wurde ich Mitglied des Vorstands der Sektion Klinische Psychologie des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP), damals der einzige Berufsverband. Danach war ich bis zur Verabschiedung des Gesetzes in verschiedenen anderen Funktionen tätig, vor allem für die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs).

Wie alles begann

In den 1960er-Jahren gab es das Prüfungsfach Klinische Psychologie noch nicht, es hieß „Psychagogik und Tiefenpsychologie". Das typische Tätigkeitsfeld der „Kliniker" waren Erziehungsberatungsstellen. Es ging um Diagnostik und anschließende Beratung. Psychotherapie war weder möglich noch erlaubt, lediglich Kinder- (Spiel-)Therapie. Aber es zeichnete sich eine wichtige und entscheidende neue Entwicklung ab. Die Gesprächspsychotherapie von Rogers wurde von Tausch in Hamburg bekannt gemacht. In den 1950er- und vor allen dann in den 1960er-Jahren erschienen erst einzeln, dann immer mehr Arbeiten zur sogenannten Verhaltenstherapie. Diese Entwicklung wurde in Deutschland vor allem an den psychologischen Instituten in München und in Münster aufgegriffen, und wir begannen mit ersten Lehrveranstaltungen, die wir dann in Bochum zu einem dreisemestrigen Curriculum ausbauten. Die Nachfrage war riesengroß. Nicht nur durch die Studierenden, sondern auch Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis fragten später nach, ob sie nicht an den Seminaren und Übungen teilnehmen könnten, oder, falls das nicht möglich sei, ob wir ihnen nicht wenigstens einen Studenten als Praktikanten schicken könnten, damit sie von diesem diese neue Verhaltenstherapie lernen könnten.

In wenigen Jahren verbreitete sich die Verhaltenstherapie, auch die Gesprächspsychotherapie, in der Praxis. 1968 wurden die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GWG) gegründet. In den siebziger Jahren kamen dann Verbände für andere, humanistische und systemische Therapierichtungen, hinzu. Die Auswirkungen dieser Entwicklung waren gravierend:

- Die Praxis veränderte sich. An die Stelle von Diagnostik trat Therapie.
- Das Selbstverständnis der Psychologen veränderte sich. Therapeutische Tätigkeit war jetzt psychologische Tätigkeit. Die Psychologen erlebten sich als kompetent, aber sie durften nur unselbstständig tätig werden.
- Und das Tätigkeitsfeld veränderte sich. Die Psychologen waren zunehmend in eigener Praxis tätig, de jure als Heilpraktiker. Eine Bezahlung war im Erstattungsverfahren möglich.

Diese Entwicklung hatte 1967 begonnen, als die Psychoanalyse Kassenleistung wurde. Da die Zahl ärztlicher Psychotherapeuten bei weitem nicht den Bedarf decken konnte, wurde 1972 das Delegationsverfahren für tiefenpsychologisch tätige Psychologen, etwas später dann auch für Pädagogen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeführt: Der Arzt delegierte die Durchführung (nur diese) an einen entsprechend anerkannten Psychologen. Aber er stellte nicht nur selber die Diagnose und Indikation, sondern in den ersten Jahren rechnete er auch mit der Kasse ab und gab dann Geld an den Psychologen weiter.

Auch dies reichte nicht, um den Bedarf zu decken. Die KBV wünschte die neue Verhaltenstherapie als Kassenleistung. Aber die Durchführung sollte nur im Delegationsverfahren möglich sein, das von dem Psychologen aber abgelehnt wurde, sodass nach einigen Jahren die Verhandlungen abgebrochen wurden.

Erster Anlauf zum Psychotherapeutengesetz (1968 – 1978)

Psychologen strebten nunmehr eine selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit an. Das war nicht unumstritten, da eine Zweiteilung des Berufs des Psychologen befürchtet wurde. Aber 1968 be-

Das Selbstverständnis der Psychologen veränderte sich. Therapeutische Tätigkeit war jetzt psychologische Tätigkeit

Die Psychologen strebten eine selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit an.

§ PsychThG

schloss die Mitgliederversammlung des BDP in Tübingen, eine „Gesetzliche Sonderregelung für Klinische Psychologen" anzustreben. 1970 traf die Mitgliederversammlung der Sektion Klinische Psychologie in Kiel einen entsprechenden Grundsatzbeschluss und beschloss 1971 in Marburg, einen „Fachpsychologen für Klinische Psychologie" einzurichten.

Der erste Schritt war, ein Berufsbild und einen Ausbildungsplan für einen solchen Fachpsychologen für Klinische Psychologie zu entwickeln. Die Sektion Klinische Psychologie bildete zu diesem Zweck eine Arbeitsgemeinschaft mit den damals existierenden Therapieverbänden, der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT), der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP), der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und dem Deutschen Berufsverband der Verhaltenstherapeuten (DBV; Parallelverband zur GVT, später mit GVT in die DGVT überführt). 1973 wurden Berufsbild und Ausbildungsplan veröffentlicht.

Ein wesentlicher Anstoß in Richtung einer gesetzlichen Regelung für einen Fachpsychologen für Klinische Psychologie erfolgte im Rahmen von zwei Bundestagsanhörungen, 1970 und 1971, zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, angeregt durch eine Psychiatriereform in den USA durch Kennedy. Bei diesen Anhörungen wurden auch zwei Psychologen, Professor Hans Brengelmann vom MPI München und Professor Erna Duhm, Göttingen, gehört. Sie berichteten beide über die neue Entwicklung der Verhaltenstherapie und forderten, Klinische Psychologen zur Ausübung der Heilkunde zuzulassen. 1971 wurde die Psychiatrie-Enquete eingesetzt. Der genannten Arbeitsgemeinschaft gelang es, dass zumindest ein Psychologe, Professor Rudolf Cohen, Universität Konstanz, Mitglied wurde. 1973 veröffentlichte die Enquetekommission einen Zwischenbericht, in dem unter anderem als Sofortmaßnahme ein Gesetz für Psychologen gefordert wurde.

Die Verbände machten das Berufsbild und den Ausbildungsplan für einen Fachpsychologen für Klinische Psychologie bekannt. Die Bundesärztekammer richtete daraufhin eine Kommission unter dem Namen „Randgebiete der Medizin" ein – die Randgebiete waren die Psychologen. Der DBV wurde zu einer Sitzung eingeladen. Meine persönliche Erinnerung an diese Sitzung war: Obwohl Vorsitzender des DBV durfte ich als Psychologe nicht in den Sitzungsraum, sondern musste vor der Tür warten. Ein Vorstandskollege, der Arzt war, ging in die Sitzung und kam gelegentlich zu mir heraus, um über den Fortgang der Besprechung zu berichten.

Das Bundesgesundheitsministerium übernahm 1974 die Forderung der Enquetekommission und führte eine Sachverständigenanhörung durch, an der ich als einziger Psychologe teilnehmen konnte. Diese Sachverständigenanhörung war von großer Bedeutung. Es wurden Grundzüge für ein Psychotherapeutengesetz formuliert, die im Wesentlichen mit den Forderungen der Psychologen übereinstimmten. BDP und Psychotherapieverbände stimmten diesen Grundzügen zu, und auch der Deutsche Ärztetag fasste im gleichen Jahr einen entsprechenden Beschluss. Daraufhin begann das BMG mit der Arbeit an einem Referentenentwurf, unterstützt von uns durch manche Besprechungen im Ministerium.

Nunmehr konnte das Gesetz kommen – aber es dauerte und dauerte und dauerte, insgesamt vier Jahre, bis dann endlich der Referentenentwurf vorgelegt wurde. Er folgte im Wesentlichen den Grundzügen, die 1974 die Sachverständigenanhörung formuliert hatte. Die Anerkennung sollte auf vier Therapierichtungen beschränkt sein: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Individualpsychologie.

Das BMG führte im September 1978 zwei Anhörungen zu dem Referentenentwurf durch. Das Ergebnis war niederschmetternd, der Entwurf wurde weitgehend abgelehnt. Nur die Psychoanalytiker, die Ärzte und die Hochschullehrer für Klinische Psychologie stimmten zu. Was war in diesen vier Jahren passiert, sodass es nun zu dieser Ablehnung kam?

Abgelehnt wurde der Entwurf von den Plattformverbänden, (D)GVT, GWG und Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). 1976 hatte die Enquetekommission ihren Schlussbericht mit der Empfehlung weitgehender Reformen veröffentlicht. Die Plattformverbände vertraten im Sinne des Schlussberichts, dass nunmehr eine Psychiatriereform und nicht ein Berufsgesetz an der Zeit sei.

Abgelehnt wurde der Entwurf auch von der Sektion Klinische Psychologie des BDP. 1976 forderte die KBV von den Kassen, keine Bezahlung mehr außerhalb des Delegationsverfahrens zuzulassen. Die Existenz vieler niedergelassener Psychologen war bedroht. Sie übernahmen die Führung im BDP und in der Sektion Klinische Psychologie. Da die meisten keine gesonderte Psychotherapieausbildung oder Anerkennung als Fachpsychologe nachweisen konnten, forderten sie die Heilkundezulassung für alle Psychologen und lehnten daher den Referentenentwurf ab.

Abgelehnt wurde der Entwurf auch vom Bundessozialministerium. Der Referentenentwurf beschränkte sich auf das Berufsrecht und enthielt keine sozialrechtlichen Regelungen, sodass die Finanzierung unklar war. Erst später, unter Gesundheitsminister Seehofer, wurde die entsprechende Abteilung des Sozialministeriums für das SGB V in das Gesundheitsministerium überführt.

11 Jahre „Interregnum" (1978 – 1989)

Die Konsequenzen des Scheiterns waren gravierend und nachhaltig. Die Enttäuschung und Verärgerung der zuständigen Mitarbeiter des BMG war verständlicherweise groß. Das BMG stellte die Arbeit am Gesetz „endgültig" ein (bis 1989). Die damals zuständige Leiterin sagte mir: „Solange ich im Ministerium sein werden, wird es kein Psychotherapeutengesetz geben." Sie sollte Recht behalten; kurz vor Verabschiedung des Gesetzes verließ sie das Ministerium.

Besonders gravierend waren die sozialrechtlichen Konsequenzen. Das Sozialministerium hatte den Entwurf abgelehnt, sah sich nun aber in der Pflicht, angesichts des tatsächlich bestehenden Bedarfs an Psychotherapie von sich aus tätig zu werden. Die KBV nahm die Verhandlungen zur Zulassung der Verhaltenstherapie als Kassenleistung wieder auf, aber die Verhaltenstherapeuten – wie weitgehend alle Klinischen Psychologen, außer den analytisch tätigen – bestanden darauf, nicht im Rahmen des Delegationsverfahrens tätig werden zu wollen. Schließlich sagte mir der federführende ärztliche, psychoanalytische Kollege: „Wir werden jetzt die Verhaltenstherapie ohne Sie zunächst für zwei Jahre zulassen. Sie werden sehen: Nach zwei Jahren werden wir so viele Psychologen im Delegationsverfahren haben, dass wir dann die Zulassung endgültig beschließen können." Er sollte Recht behalten. Nach etwa zwei Jahren gründete sich die Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, die dann zum Gesprächspartner der KBV wurde.

Eine zweite sozialrechtliche Maßnahme bestand darin, dass die KBV begann, private Ausbildungsinstitute für Verhaltenstherapie nach dem Modell der psychoanalytischen Ausbildung zu fördern, anzuerkennen und deren Absolventen zum Delegationsverfahren zuzulassen. Tatsächlich lag die Ausbildung von Verhaltenstherapeuten zu dem Zeitpunkt im Argen. Die von der neuen DGVT geförderte Ausbildung in Form eines Selbststudiums in Arbeitskreisen, ohne Einbezug erfahrenerer Therapeuten, wurde nicht akzeptiert. Rechtlich gesehen gehörte die Ausbildung nicht zum Aufgabenbereich der KBV, sodass auch keine Ablehnungen von Anträgen auf Anerkennung ausgesprochen werden konnten. Es wurden lediglich Hinweise gegeben, an welchen Punkten die geplante Ausbildung nicht den Anforderungen entsprechen würde. Oftmals wurden die Anträge dann so oft korrigiert, bis schließlich von der Kommission eine Anerkennung ausgesprochen wurde.

Was konnte man tun, um zumindest mittelfristig die Diskussion um ein Psychotherapeutengesetz wieder in Gang zu setzen? Die Frage der Ausbildung schien dafür ein möglicher Hebel zu sein. In Abstimmung mit dem damaligen Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychologie planten wir in Bochum einen zweijährigen weiterbildenden Studiengang zum Klinischen Psychologen. Dies sollte im Rahmen eines offiziellen Bund-Länder-Modellversuchs geschehen. Vier Jahre lang bemühten wir uns um die Einrichtung dieses Modellversuchs. Zu beteiligen waren vier Ministerien: das Wissenschaftsministerium und das Gesundheitsministerium des Landes und die entsprechenden Ministerien des Bundes. Am Ende scheiterte der Antrag am Votum der erwähnten Mitarbeiterin aus dem BMG, da die Psychologen ja keine Heilkunde ausüben dürften. Ich stellte den Antrag noch einmal, und es dauerte noch einmal fast vier Jahre. Dann wurde er bewilligt, auf Drängen des BMG mit dem Hinweis, dass damit kein Präjudiz für ein Psychotherapeutengesetz geschaffen würde. Egal – das Psychotherapeutengesetz war wieder im Gespräch. Die erwähnte Mitarbeiterin war für das BMG für die Laufzeit des Modellversuchs im Beirat.

Universitäre Weiterbildungsgänge wurden dann nach und nach auch an anderen Universitäten eingerichtet, und die deutsche Gesellschaft für Psychologie beschloss die Akkreditierung solcher universitärer Weiterbildungsgänge. Die akkreditierten Weiterbildungsgänge schlossen sich in der Unith zusammen. Diese Initiative lief parallel zu der erwähnten Ausbildungsinitiative der KBV. Allerdings wurde den Absolventen der universitären Weiterbildungsgänge der Zugang zum Delegationsverfahren verweigert. Es gab noch weitere Initiativen in dieser langen Zeit, zum Beispiel ein Vertrag des BDP mit der Techniker Krankenkasse zur vereinfachten Abrechnung im Erstattungsverfahren.

Der zweite Anlauf zum Psychotherapeutengesetz (1989 – 1995)

1989 kam Bewegung in die festgefahrene Situation, als die von Bundeskanzler Kohl ernannte neue Bundesgesundheitsministerin, die Psychologin Professor Lehr, durchsetzte, dass ein Gutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes vergeben wurde. Drei Jahre wurde von der Expertenrunde um Professor Meyer, Hamburg, daran gearbeitet, bis schließlich 1991 das Gutachten vorgelegt wurde, das einhellig ein Psychotherapeutengesetz empfahl. Die Hoffnung war groß, dass nun endlich das Gesetz kommen würde. Aber zunächst einmal kam es zu deutlichen Reaktionen auf das Gutachten: 1992 beschloss der Deutsche Ärztetag die Umbenennung des Fachgebiets „Psychiatrie" in „Psychiatrie und Psychotherapie" und führte zusätzlich das neue Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin" (ab 2003 „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie") ein. Die KBV veröffentlichte eine äußerst kritische und ablehnende Stellungnahme zu dem Gutachten, sodass deutlich wurde, dass jetzt der „Kampf" erst richtig beginnen würde. Die psychologischen und psychothe-

Nach zwei Jahren werden wir so viele Psychologen im Delegationsverfahren haben, dass wir dann die Zulassung endgültig beschließen können.

Das Psychotherapeutengesetz war wieder im Gespräch.

§ PsychThG

rapeutischen Berufs- und Fachverbände schlossen sich in der sogenannten Spiegel AG zusammen, um den Gesetzgebungsvorgang zu spiegeln. Die DGPs und BDP (nach dem Austritt der meisten Klinischen Psychologen aus dem BDP die neue Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, DGPT) bildeten eine sogenannte Kernkommission zur Entwicklung von Strategien zur Förderung des Gesetzes. Dazu gehörten unter anderem eine große Demonstration in Bonn, organisiert vom BDP, eine Emnid-Umfrage und eine große Unterschriftenaktion von Psychologieprofessoren. Gegen Ende der Legislaturperiode 1995 wurde dann endlich vom BMG ein Gesetzestext vorgelegt. Doch das Gesetz scheiterte im Bundesrat an der geforderten Zuzahlung: die Kassenpatienten sollten bei einer Psychotherapie einen eigenen Betrag zuzahlen. Dies wurde von den SPD-regierten Ländern aus grundsätzlichen gesundheitspolitischen Gründen abgelehnt.

Der dritte Anlauf zum Psychotherapeutengesetz (1996 – 1998)

Direkt nach der Bundestagswahl legten der Bundesrat mit der Mehrheit der SPD-regierten Länder und die Bundestags-SPD-Fraktion einen weitgehend identischen Gesetzentwurf vor, aber ohne die Zuzahlungsregelung. Doch diese Initiative fand keine Mehrheit im Bundestag. Im April 1996 ergriff dann das BMG erneut die Initiative und führte ein Jahr später eine Anhörung im BMG durch. Nach den Vorstellungen des Ministeriums sollte bei einer neuen Gesetzesvorlage der berufsrechtliche Teil unverändert übernommen werden, allerdings sollten die Psychotherapeuten eigene Kammern bekommen. Verändert wurde der sozialrechtliche Teil: Die Psychotherapeuten sollten Mitglieder der kassenärztlichen Vereinigungen werden. Dies wurde von einem Teil der in der Spiegel AG zusammen arbeitenden Verbände, deren Mitglieder im Delegationsverfahren abrechneten, begrüßt, von den anderen Verbänden aber abgelehnt. Dementsprechend kam es zu einer Teilung der Spiegel AG.

Am Ende der Legislaturperiode drohte das Gesetz erneut an der Zuzahlungsregelung zu scheitern, an der Bundesgesundheitsminister Seehofer unbedingt festhalten wollte. Der bei einer Besprechung unterbreitete Vorschlag, doch daraus zwei (zusammenhängende) Gesetze zu machen, sodass die SPD vielleicht doch zustimmen könne, wurde von ihm aufgegriffen. Am 26. Juni 1997 stimmte der Bundestag in erster Lesung zu. Drei Monate später wandte sich plötzlich die KBV gegen die vorgesehene Integration der Psychotherapeuten in die kassenärztlichen Vereinigungen, aber dies konnte den Gang nicht mehr aufhalten. Nach der zweiten und dritten Lesung im November verwies der Bundesrat das Gesetz an den Vermittlungsausschuss. Zu diesem Zeitpunkt wurde deutlich, dass aufgrund der Konzentration auf das Sozialrecht keine Forschungsambulanzen vorgesehen waren. Das BMG griff diesen Hinweis insoweit auf, dass sie noch Ausbildungsambulanzen in das Gesetz aufnahmen. Wegen der Frage von Forschungsambulanzen sollten wir uns an den Bundesrat wenden. Tatsächlich gelang es, das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalens von der Notwendigkeit zu überzeugen, sodass im Vermittlungsausschuss noch eine solche Regelung aufgenommen wurde.

Am 12. Februar 1998 stimmte der Bundestag dem Psychotherapeutengesetz zu, am 6. März 1998 auch der Bundesrat. Genau genommen gab es keine Mehrheit für den Einspruch gegen das Zuzahlungsgesetz, sodass endlich, nach 30 Jahren, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde zugelassen wurden. Nach der Neuwahl des Bundestags beschloss dieser mit seiner neuen Mehrheit von SPD und Grünen, das Zuzahlungsgesetz wieder abzuschaffen, bevor es überhaupt in Kraft getreten war.

Leider waren die Regelungen zur Ausbildung als Bestandteil des Berufsrechts nicht mehr verhandelbar gewesen, sodass das KBV-Modell der privaten Ausbildungsstätten festgeschrieben wurde. Allerdings wurden auch die universitären Ausbildungsgänge zugelassen. Diese Regelung entsprach nicht der Ausbildung akademischer Heilberufe, sondern der nicht akademischer Heilberufe wie Krankenschwestern oder Physiotherapeuten: „dreijährigen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschule (hier: Ausbildungsstätte) und Ablegen einer staatlichen Prüfung". Erst etwa zehn Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes gelang es, Mitstreiter für eine Novellierung der Ausbildungsregelung im Sinne eines sogenannten Direktstudiums mit anschließender Weiterbildung zu gewinnen. 2019 scheint es zu einer solchen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu kommen. Damit würde der Beruf des Psychotherapeuten dann endgültig zu einem akademischen Heilberuf, 50 Jahre nach Beginn der Bemühungen.

Prof. em. Dr. Dietmar Schulte

1974 bis 2009 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bochum, Forschung unter anderem zu Therapiemotivation, Entscheidungen von Therapeuten, 1969 bis 2009 für das PsychThG tätig, bis 2011 (alternierend) Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirats, Träger Deutscher Psychologie-Preis 1992.

Rentenfragen

Was denken Sie: Wie viel Rente werden Sie einmal erhalten? Und was können Sie sich für die Summe monatlich leisten?

Die Mehrheit der Bevölkerung schätzt die Höhe der späteren gesetzlichen Rente beziehungsweise Rente aus dem Versorgungswerk zu hoch ein. Jeder Vierte sogar um mehr als 50 %. Dabei liegen Wunschrente und Realität meist weit auseinander. Tatsächlich erhält statistisch gesehen jeder zweite Mann monatlich weniger als 1.050 € Rente. Bei Frauen sind es sogar weniger als 450 €. Auch die später zur Verfügung stehende Kaufkraft dieser Renten wird meist falsch eingeschätzt.

Nur wenige denken an die Auswirkungen der Inflation. Wer im wohlverdienten Ruhestand ausschließlich auf seine spärliche „gesetzliche Absicherung“ angewiesen ist, muss sich meist deutlich einschränken, auch vorhandene Rücklagen sind im Zweifel rasch aufgezehrt (Langlebigkeitsrisiko).

Um einen Ruhestand ohne finanzielle Nöte sicherzustellen, ist der planmäßige Aufbau einer privaten Altersvorsorge unabdingbar.

Als freiberufliche/r Psychotherapeut/-in haben Sie zwei Möglichkeiten Ihre Altersvorsorge zu ergänzen/abzusichern:

Basisrente (Rürup)	Privatrente
Beiträge ab 2019 zu 88% absetzbar, steigt jährlich um 2%, bis 2025 100% absetzbar sind	Beiträge nicht steuerlich absetzbar
Pfändungs- & Hartz IV-sicher	Nicht pfändungs- & Hartz IV-sicher
Steuerliche Freibeträge bis Beitragsbemessungsgrenze	Zuzahlungen/Teilauszahlung meist problemlos möglich
Nicht beleihbar	Beleihbar
Nur teilweise Hinterbliebenenversorgung möglich	Umfängliche Hinterbliebenenversorgung möglich
Komplette Rente ab 2019 zu 78% zu versteuern, steigt jährlich um 1%, bis 2040 100% zu versteuern sind	Ertragsanteilbesteuerung („Zinsertrag“) im Rentenbezug mit persönlichem Steuersatz
Keine Kündigung, Kapitalwahlrecht, Rückkauf möglich	Kündigung, Kapitalwahlrecht möglich

Gerne beraten wir Sie weiter zu diesem Thema, da zudem auch risikospezifische und individuelle Betrachtungen erforderlich sind.

Ihre
Elron GmbH
Menzelstraße 26
45147 Essen
Telefon 02 01 722-15 44
Telefon 02 01 722-15 05
info@elrongmbh.de
www.elrongmbh.de

Zehn Fragen an …

Am 1. Januar 1999 trat das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Kraft. „Psychotherapie Aktuell" nimmt das zum Anlass, sieben PsychotherapeutInnen zu ihren persönlichen Erfahrungen, Eindrücken und Wünschen für den aktuellen Reformprozess zu befragen.

Wo waren Sie (psychotherapeutisch) unterwegs, als es 1999 zur Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes kam?

Hans Bauer: Ich arbeitete seit einigen Jahren niedergelassen im Kostenerstattungsverfahren in einer Praxisgemeinschaft. Die Situation war natürlich höchst unsicher. Auf jeder Kostenzusage stand der Zusatz „dies ist eine Einzelfallentscheidung und löst keinen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung in ähnlich gelagerten Fällen aus". Trotzdem hatten wir schon seit einigen Jahren auf dieser Basis unsere Praxen, in der Regel mit relativ voller Auslastung geführt. Mit „wir" meine ich die KollegInnen in Wiesbaden. Es bestand ein reger Austausch und enge Kooperation im Arbeitskreis. So hatten wir zum Beispiel die Verhandlungen mit Kassen so organisiert, dass immer zwei KollegInnen für eine Kasse zuständig waren und die Verhandlungen mit dieser Kasse führten. Nebenbei nachvollziehbar ist wahrscheinlich, dass wir alle bezüglich unserer Regelungen hoch politisiert waren, ging es doch um die Existenz unserer Praxen, und immer mal wieder verweigerte auch die eine oder andere Kasse jegliche Kostenzusage.

Dieter Best: Als Diplom-Psychologe arbeitete ich damals verhaltenstherapeutisch in eigener Praxis im sogenannten Delegationsverfahren. Politisch war ich stellvertretender Bundesvorsitzender und Geschäftsführer der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, eine der beiden Vorgängerorganisationen der heutigen DPtV. Zusammen mit Hans-Jochen Weidhaas, dem damaligen Bundesvorsitzenden habe ich mich in den Jahren davor aus diesen verbandspolitischen Positionen heraus sehr für das Psychotherapeutengesetz eingesetzt.

Hanna Guskowski: Zu jener Zeit gab es eine Vereinbarung zu einem geregelten Kostenerstattungsverfahren zwischen dem BDP, in dem ich Mitglied war, und der TK. Als sogenannte Klinische Psychologin

Hans Bauer
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapeut. Niedergelassen tätig seit 1995. Ausbildungen in verschiedenen humanistischen Verfahren und TP. Berufspolitisch tätig zunächst für die Kostenerstattung. Mitglied im Beratungsgremium des hessischen Sozialministerium zur Gestaltung und Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes. Ehemals Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen. Heute Delegierter der Kammer und Delegierter des DPT, aktueller Schwerpunkt im Psychotherapeutenversorgungswerk als Vorsitzender des Verwaltungsrats.

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.

Hanna Guskowski
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin, niedergelassen in Einzelpraxis in Hamburg. Seit circa 20 Jahren aktiv in der DPtV, Mitglied im Vorstand der Landesgruppe Hamburg der DPtV und Delegierte in der DV. Seit 18 Jahren Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie (BFA PT) der KV Hamburg, seit acht Jahren Sprecherin des BFA PT, Mitglied der VV der KVH, Mitglied des Beirats der KVH und in verschiedenen anderen KV-Gremien.

§ PsychThG

(dazu wurden außer dem Psychologen-Diplom und der Mitgliedschaft in der entsprechenden Sektion des BDP keine weitere Qualifikation gefordert) konnten Klinische Psychologen TK-Versicherte im Kostenerstattungsverfahren auf TK-Kosten behandeln. Damit habe ich damals meinen Lebensunterhalt verdient und war glücklich, dass es diese Möglichkeit gab und ich nicht im Delegationsverfahren unter einem Arzt arbeiten musste.

Felicitias Michaelis: Ich arbeitete mit einer halben Stelle als Diplom-Psychologin in einer Beratungsstelle des Kinderschutzbundes und machte freiberuflich auf dem Wege der Kostenerstattung bereits seit einigen Jahren Psychotherapien mit Erwachsenen. Ich hatte also ein Standbein und ein Spielbein, einen sehr abwechslungsreichen Berufsalltag und viel Gestaltungsspielraum. Meine therapeutische Identität war das systemische Arbeiten. Ich hatte Klienten statt Patienten und bearbeitete Probleme statt Krankheiten und war zufrieden.

Dr. Hans Nadolny: 1998 war ich Vizepräsident des Deutschen Psychotherapeutenverbands.

Katharina Simons: 1999 war ich Psychologiestudentin. Ich hatte gerade mein Vordiplom abgeschlossen und bereitete mein Auslandsstudienjahr in Seattle vor. Mit der Welt der PsychotherapeutInnen war ich noch gar nicht in Berührung gekommen.

Peter Andreas Staub: Niedergelassen war ich als Delegationspsychotherapeut in einer Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und berufspolitisch unterwegs in einem regionalen Verband für Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Ärzten. Im VAKJP war ich engagiert, da mich die damalige Vereinigung nicht haben wollte: Als KJP durfte ich nicht Mitglied werden, was mir telefonisch vom damaligen Bundesvorsitzenden Weidhaas mit Bedauern mitgeteilt wurde.

Welche Stimmung haben Sie zu dem Zeitpunkt unter den PsychotherapeutInnen wahrgenommen?

Dieter Best: Zwischen Hoffen und Bangen. Zwei Anläufe zum Psychotherapeutengesetz, nämlich 1978 und 1993 waren bereits gescheitert, sodass wir mit allem, auch mit dem endgültigen Scheitern rechnen mussten. Bis zuletzt war unsicher, ob das Gesetz überhaupt kommen würde und nur der entschlossenen Haltung von Gesundheitsminister Seehofer, der Kompromissbereitschaft der Verbände und der KBV und schließlich der FDP, die auf ihr Zuzahlungsmodell verzichtete, war das Gesetz am Ende zu verdanken. Für die vielen Tausend Psychotherapeuten die ohne vernünftige Rechtsgrundlage schon seit Jahren als Psychotherapeuten in Praxen gearbeitet hatten, waren die entscheidenden Jahre sehr nervenaufreibend.

Hanna Guskowski: Vor der Verabschiedung des Gesetzes waren wir ja keine PsychotherapeutInnen, sondern PsychologInnen – kaum noch vorstellbar! Vor der Verabschiedung des Gesetzes herrschte Unsicherheit, freudige Aufregung

Katharina Simons
Studierte Psychologie und absolvierte den postgradualen Master of Public Health an der Freien Universität Berlin. Seit 2011 befindet sie sich in der Ausbildung zur Psychotherapeutin für Erwachsene in der Fachkunde für Verhaltenstherapie an einem Institut, das VT und TfP verzahnt miteinander unterrichtet. Sie ist Mitbegründerin des PiA-Politik-Treffens und des PiA-Forums-Berlin, und engagiert sich dafür, den Berufsstand der PsychotherapeutInnen durch eine Förderung des berufspolitischen Engagements und der Verbesserung der Ausbildungsbedingungen zu stärken.

Felicitas Michaelis
Diplompsychologin seit 1986, Psychologische Psychotherapeutin, langjährige Erfahrungen in verschiedensten Bereichen der Jugendhilfe, Privatpraxis seit 1995, niedergelassen in eigener Praxis (VT Erwachsene) im Emsland seit 2000. Ausbildungen in systemischer Therapie, Hypnose und Psychotraumatologie, DPtV-Landesvorsitzende in Niedersachsen.

Dr. Hans Nadolny
Psychologischer Psychotherapeut (VT). Psychotherapeutische Praxis in freier Niederlassung. Langjährig als Referent zu Themen der Abrechnung und Niederlassung tätig. Landesvorstandsmitglied der DPtV in Bremen. Mitglied im Berufungsausschuss (Niederlassung Psychotherapeuten) der KV Bremen.

Peter Andreas Staub
Niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Mitglied im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mitglied der Vertreterversammlung und im Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

und ängstliche Anspannung, ob es dieses Mal, nach so vielen gescheiterten Anläufen, mit dem Psychotherapeutengesetz auch wirklich klappen würde. Danach: große Erleichterung, aber auch Sorge, wie das jetzt unsere berufliche Identität verändern würde.

Sind 20 Jahre Psychotherapeutengesetz ein Anlass für Sekt oder Selter? Was genau bedeutet(e) die damalige Gesetzesumsetzung für Sie?

Dr. Hans Nadolny: Natürlich ein Anlass für Sekt! Es war die Anerkennung für die vorherigen 20 Jahre der berufspolitischen Arbeit um die Etablierung eines neuen Berufs in der gesundheitspolitischen Landschaft gegen vielfältige Widerstände.

Peter Andreas Staub: Natürlich Champagner, nicht billiger Sekt. Die Anerkennung, als akademischer Heilberuf wahrgenommen zu werden, und nicht nur einen Heilhilfsberuf auszuüben, wäre Anlass, jeden Jahrestag darauf anzustoßen.

Inwiefern hat das Psychotherapeutengesetz der (psychotherapeutischen) Versorgung die damals gewünschte Verbesserung gebracht?

Dieter Best: Das Gesetz hat die psychotherapeutische Versorgung entscheidend verbessert. Durch die größere Zahl von PsychotherapeutInnen und das Recht der Patienten, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten ihrer Wahl als erstes aufzusuchen, ohne den früher noch üblichen Filter über einen Arzt, hat die Schwelle zur Psychotherapie gesenkt und in der Folge viel zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten beigetragen.

Felicitas Michaelis: Das PTG war der Meilenstein zu einer besseren Versorgung psychisch kranker Menschen. Psychotherapie als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen, das Erstzugangsrecht, der geschützte Raum der Behandlung und die Zeit, die PsychotherapeutInnen für einen Patienten haben, wurden gerade zu Beginn auch von den Patienten immer wieder als wichtige Verbesserungen/Errungenschaften genannt. Ich habe vom ersten Tag an eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung, sehr viel Wohlwollen und eine kontinuierlich große Nachfrage, die hier im ländlichen Bereich immer noch größer ist als das Angebot, erlebt.

Welche Schwierigkeiten oder Hürden bei der Umsetzung gab es aus Ihrer Sicht?

Hans Bauer: Die Umsetzung gestaltete sich in Hessen – hier war ich politisch zentral beteiligt und kann darüber aus eigener Erfahrung sprechen – sehr problematisch. Ein wichtiger Punkt waren die Verfahren zur Kassenzulassung. Die sogenannten Delegationspsychologen und Kostenerstattler waren in unterschiedlichen Verbänden organisiert und agierten massiv gegeneinander. Die Zulassungsausschüsse waren zur Hälfte mit Ärzten besetzt, und die zweite Hälfte paritätisch aus den Verbänden der Kostenerstattler und Delegationspsychologen. Während wir für die Zulassungen unserer zum Teil jahrelang tätigen KollegInnen kämpften, wollte die Gegenseite dieses massiv begrenzen. Die Auseinandersetzungen waren zum Teil heftig. Es ging um die Versorgung, aber auch um die wirtschaftliche Existenz. Ein anderes Feld stellten die Aktivitäten in der KV dar. Nach Inkrafttreten des Gesetzes wirkte ich in der ersten Besetzung des beratenden Fachausschusses Psychotherapie in der KV mit. Niemand dort begrüßte uns freudig. Für viele ärztliche Funktionäre waren wir als „Nichtärzte" ein Fremdkörper, dessen Anwesenheit schon eine Zumutung war und den man am besten aus allen Entscheidungsprozessen heraushalten würde. Noch immer denke ich, sind wir im KV-Geschehen nicht als gleichberechtigt anerkannt, jedoch ist unser Stand dort zu den Anfängen unserer Aktivitäten überhaupt nicht mehr zu vergleichen. Ich bin den KollegInnen, die sich weiterhin in den Gremien der KVen und der KBV engagieren, sehr dankbar für das bisher Erreichte und ihr weiteres Engagement.

Dieter Best: Ich nenne es mal die natürliche „Abstoßungsreaktion" des KV-Systems gegen ihre neu hinzugekommenen Mitglieder. Insbesondere gab es in den Anfangsjahren zahlreiche Konflikte zwischen den psychotherapeutisch tätigen Ärzten, auch Psychiatern, und den neu hinzugekommenen KollegInnen. Eine Schwierigkeit ist die bis heute unbefriedigende Honorarsituation der Psychotherapie. Davon sind allerdings die psychotherapeutisch tätigen ärztlichen KollegInnen genauso betroffen wie wir.

Hanna Guskowski: Damals mussten alle PsychologInnen, die in humanistischen Verfahren ausgebildet waren, sich in tiefenpsychologisch fundierter Theorie „nachqualifizieren", um die Approbation als Psychologische PsychotherapeutInnen zu erhalten. Das wurde von vielen KollegInnen, die zu diesem Zeitpunkt ja schon jahrelang psychotherapeutisch gearbeitet hatten, als große Kränkung erlebt. Und es war ein großes Problem, diese vorgeschriebene Fortbildung schnell und in ausreichender Zahl zu organisieren – viele psychoanalytische Institute weigerten sich, eine entsprechende Fortbildung anzubieten. In Hamburg hat das damals unsere inzwischen verstorbene Kollegin Gerda Krause federführend organisiert – und damit viele KollegInnen davon überzeugt, dass es gut ist, Mitglied im damaligen DPTV zu werden.

Peter Andreas Staub: Vor allem honorarpolitisch war mit dem Widerstand aller anderen ärztlichen Fachgruppen zu rechnen, die ihr Honorar geschmälert sahen durch die Flut neuer Behandler. Krankenkassen lieferten falsche Daten und

auch die KV war in ihren Berechnungen nicht transparent genug, sodass auf jeden Pfennig und Cent nachgerechnet werden musste, damit das Honorar der PsychotherapeutInnen nicht noch heruntergerechnet wurde. Wir wurden mehrmals fündig und erwarben uns so eine nicht zu unterschätzende Expertise in den Augen der KV-Verwaltung.

Was hat sich seitdem vor allem zum Guten gewendet?

Dieter Best: Bezogen auf das KV-System hat sich eindeutig zum Guten gewendet, dass die Grabenkämpfe zwischen den verschiedenen psychotherapeutisch tätigen Gruppen der Vergangenheit angehören. Man arbeitet kollegial zusammen, auch die Zusammenarbeit mit den anderen Arztgruppen, vor allem mit den Psychiatern und den Hausärzten ist inzwischen völlig unproblematisch. Ein ganz wesentlicher Fortschritt war die Errichtung der Psychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer. Damit haben die PsychotherapeutInnen eine mächtige Interessensvertretung und sie haben wichtige Normen selbst in der Hand, so vor allem die Berufsordnungen.

Katharina Simons: Durch die Neuregelung der Ausbildung und die Integration in das KV-System wurde der Beruf der Psychotherapeutin beziehungsweise des Psychotherapeuten aufpoliert, klar definiert und bekam als Teil der psychosozialen Versorgung einen besser wahrnehmbaren Platz. Dadurch kam es zu einer Aufwertung von Psychotherapie, sowohl aus Perspektive der BehandlerInnen als auch aus der Perspektive der PatientInnen. Ich halte diese Aufwertung der Psychotherapie als Behandlungsangebot und deren Gleichstellung gegenüber der somatischen Medizin für sehr begrüßenswert.

Hat sich mit der Reform etwas an der Situation psychisch Erkrankter, möglicherweise auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung, verändert?

Hans Bauer: Die gesellschaftliche Diskriminierung psychisch Erkrankter und die allgemein gestiegene Sensibilität für psychisches Befinden haben sich in der gesellschaftlichen Wahrnehmung verbessert, was auf unsere Tätigkeit und unser Auftreten in der Öffentlichkeit mit zurückzuführen ist.

Felicitas Michaelis: Natürlich hat die Reform viel dazu beigetragen, dass psychische Erkrankungen entstigmatisiert und enttabuisiert wurden. In der Praxis ist dies deutlich an der Inanspruchnahme zu merken: Kamen zu Beginn mehr weibliche Patienten in die Praxis, erlebe ich heute ein ausgewogenes Verhältnis von Geschlechtern, eine Vielzahl von Berufen und sozioökonomischen Verhältnissen sowie eine große Altersspanne bei der Inanspruchnahme.

Und wie ist „die Stimmung" heute unter den approbierten PsychotherapeutInnen (PP/KJP), in den Praxen oder in einer klinischen Einrichtung, direkt vor der nächsten Reform?

Dieter Best: Wie alle Umfragen zeigen, ist die Berufszufriedenheit der PsychotherapeutInnen sehr hoch, auch wenn die unbefriedigende Einkommenssituation von vielen beklagt wird. Was die Reform des Psychotherapeutengesetzes angeht, haben viele der schon länger tätigen PsychotherapeutInnen noch nicht voll realisiert, welcher Fortschritt für die Etablierung des Berufs mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes verbunden ist. Mit einer Aus- und Weiterbildungsstruktur wie beim Arztberuf mit einer grundständigen universitären Psychotherapeutenausbildung und einer anschließenden Weiterbildung wird es dann auch mit vertretbarem Aufwand möglich sein, spezielle Weiterbildungsqualifikationen für die psychotherapeutische Mitbehandlung somatischer Krankheiten zu erwerben. Die interdisziplinäre Gesundheitsversorgung der großen somatischen Volkskrankheiten würde sich dadurch verbessern.

Hanna Guskowski: Die eine Stimmung gibt es nicht mehr. Denn im Gegensatz zu der Situation vor der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes, bei dem alle KollegInnen in der gleichen Situation waren, hat sich die Lage inzwischen sehr differenziert: Es gibt die „alten KollegInnen", die ihre Sitze zu möglichst guten Preisen abgeben wollen, es gibt die neu ins KV-System kommenden KollegInnen, die einen Sitz möglichst gut kaufen wollen (was natürlich für die etwas anders bedeutet); es gibt angestellte KollegInnen in Krankenhäusern, MVZs und Praxen, es gibt PiAs, deren Sorge es ist, ihre

Ausbildung zu finanzieren und ihre Arbeit im Krankenhaus vergütet zu bekommen, und so weiter.

Felicitas Michaelis: Die Stimmung unter den KollegInnen in den Praxen erlebe ich als besorgt, belastet, bedrückt. Eine große Rolle spielen finanzielle Sorgen und Nöte: unzureichende Vergütung bei hohem Arbeitsdruck. Viele sind für die Rente nicht angemessen abgesichert. Die zunehmende Bürokratie, die schlechte Versorgungslage im ländlichen Bereich und die eher als Eingriffe und nicht als Chance erlebten Veränderungen wie Sprechstundenpflicht, Überprüfung der Versorgungsaufträge, Ankündigungen aus der Politik zur Änderung des Zugangs zur Psychotherapie tun ihr Übriges und tragen nicht zur guten Stimmung bei.

Welchen Herausforderungen sollten PsychotherapeutInnen sich jetzt stellen?

Dr. Hans Nadolny: Sie müssen sich entscheiden, ob sie eher eine Versorgerpraxis oder eine eher traditionelle Praxis bearbeiten wollen. Frisch Approbierte müssen sich entscheiden, ob sie eine Zulassung mit allen Risiken anstreben oder lieber angestellt arbeiten möchten.

Felicitas Michaelis: Eine Herausforderung, die mir am Herzen liegt, ist die Öffentlichkeitsarbeit: PsychotherapeutInnen sollten zu den gesellschaftlichen Phänomenen und Veränderungen, die wir aktuell erleben, fachlich fundiert und sachlich Stellung nehmen, sich Gehör verschaffen. Die Frage, wie wir unter zunehmenden Druck von Krankenkassen und Politik unsere eigene Identität und Arbeitsweise bewahren können, beschäftigt mich.

Und eine letzte Frage: Stellen Sie sich vor, eine gute Fee steht vor Ihrer Tür. Sie haben drei Wünsche für den aktuellen Reformprozess und für die Versorgung psychisch Erkrankter frei. Wie lauten Ihre drei Wünsche?

Hanna Guskowski:

1. Eine Bedarfsplanung, die sich am realen Bedarf orientiert!
2. Verständnis bei PolitikerInnen und KrankenkassenvertreterInnen, dass eine Psychotherapie nicht gleichzusetzen ist mit möglichst schneller Symptomreduzierung, sondern, dass Psychotherapie die Entwicklung von Erkenntnis-, Entwicklungs- und Heilungsprozessen ist. Und diese Prozesse brauchen Zeit!
3. Dass tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Rahmen der gerade stattfindenden Ausbildungsreform nicht wegreformiert wird und es uns gelingt, dieser Therapieform den ihr zustehenden prominenten Platz an Universitäten und Ausbildungsinstituten zu sichern.

Felicitas Michaelis:

1. Die sofortige morbiditätsgerechte Bedarfsplanung und Schaffung neuer Kassensitze, insbesondere im ländlichen Bereich.
2. Die sofortige angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, die ein angemessenes Zuwachsmodell für die kommenden Jahre beinhaltet.
3. Die sofortige finanzielle und rechtliche Absicherung unseres Nachwuchses, der gegenwärtigen und zukünftigen PsychotherapeutInnen in Ausbildung.

Dr. Hans Nadolny:

1. Dass der Reformprozess zum Psychotherapeutengesetz ohne großes „Störfeuer" von ärztlicher Seite vonstattengeht.
2. Dass unsere Arbeitsleistungen endlich ohne Manipulationen so bezahlt werden wie bei anderen Facharztgruppen auch.
3. Dass die teilweise immensen psychischen Belastungen in der Arbeitswelt schärfer betrachtet werden und zu gesetzlichen Konsequenzen führen.

Katharina Simons:

1. Dass ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen bei der Gestaltung der Versorgung psychisch Erkrankter und der Verwendung der Ressourcen der gesetzlichen Krankenkassen an einem Strang ziehen.
2. Dass bei der Gestaltung und Umsetzung der Reform auf die Interessen der Weiterbildungskandidaten geachtet wird, sodass das Verhältnis zwischen Studierenden, Neuapprobierten und Weiterbildenden in Zukunft von einem solidarischen „Berufsgruppengeist" geprägt sein wird.
3. Dass jede und jeder, der an einer psychischen Erkrankung leidet und Hilfe sucht, Zugang zu einer adäquaten Behandlung findet.

§ PsychThG

Barbara Lubisch

20 Jahre Psychotherapeutengesetz – alles gut? **Warum eine Reform?**

Vor 1999 trugen – neben psychotherapeutisch tätigen Ärzten, deren Anzahl schon damals nicht ausreichte – Klinische Psychologen[1], (Heil-)Pädagogen, Psychagogen und andere Berufsgruppen mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Zusatzausbildungen wesentlich zur psychotherapeutischen Versorgung bei. Für die Patienten gab es nur den Zugang über eine ärztliche Weiterverweisung (Delegationsverfahren) oder über den mühsamen Weg des Einzelantrags bei der Krankenkasse (Kostenerstattung). Die Schaffung der eigenverantwortlich tätigen akademischen Heilberufe Psychologischer Psychotherapeut/in (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP) war deshalb eine große Errungenschaft.

Die Grundlage bildete die Setzung von Qualitätsstandards durch einen geregelten Zugang zum Beruf und eine bundesweit einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Für die Patienten war es ein großer Fortschritt, damit den direkten Zugang zum qualifizierten Psychotherapeuten zu erhalten und von PP und KJP nach den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung psychotherapeutisch behandelt zu werden. „Eigenverantwortlich tätig" bedeutet, dass PP und KJP die Behandlungsindikation seitdem selbst stellen, ohne ärztliche Verordnung. Somit entstand im ambulanten Bereich durch die folgerichtige Einordnung der PP/KJP in die Kassenärztlichen Vereinigungen ein zweiter Heilberuf neben den Ärzten – (immer noch) eine Herausforderung für beide Seiten.

Allerdings wies das neu geschaffene Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von Anfang an bestimmte Schwachstellen und rechtliche Grauzonen auf.

Eine Schwachstelle sind unterschiedliche Anforderungen an die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung von PP und KJP. Gerade die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist durch den Einbezug des meist komplexen Familiensystems durch besondere Anforderungen und Herausforderungen in der psychotherapeutischen Arbeit gekennzeichnet. Es

Das Organisationsteam des PiA-Politik-Treffens sammelte 2018 insgesamt 22.515 Unterschriften für die Reform der Psychotherapieausbildung.

1 Zur besseren Lesbarkeit wird oft nur die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

§ PsychThG

ist nicht hinnehmbar, dass dafür geringere Studienanforderungen als qualifizierende Zugangsvoraussetzung ausreichend sein sollen. Der eingeschränkte Umfang der Heilkundeerlaubnis der KJP auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sorgt immer wieder für Schwierigkeiten. Ein einheitlich hohes Qualifikationsniveau für alle akademischen Heilberufe mit einer Approbation über alle Altersbereiche ist unbedingt notwendig.

Eine weitere Schwachstelle war und ist bis heute der unklare rechtliche Status von Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA). Die PiA sind nach zahlreichen Erhebungen, unter anderem im Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung von 2009, offensichtlich heilkundlich tätig, ohne eine entsprechende Erlaubnis zu haben. Der ungeklärte Status bringt verschiedene nicht hinnehmbare Nachteile mit sich: ungelöste Haftungsfragen, unklare bis nicht vorhandene Vergütungsregelungen, kein geregelter Anspruch auf Urlaub, Mutterschutz oder Sozialversicherung et cetera. Dies führt zu einer mehrjährigen prekären Lebenssituation von ausgebildeten Akademikern und ist ein unhaltbarer Zustand, gegen den sich PiA seit Jahren mit Protestaktionen, wie zum Beispiel Demonstrationen, Flashmobs, Protestvideos und anderen Veröffentlichungen, wehren (siehe PiAPortal, www.piapolitik.de).

Außerdem orientiert sich die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung fast ausschließlich auf den Erwerb von Kompetenzen in der Richtlinienpsychotherapie. Der Kompetenzerwerb sollte den heutigen Erfordernissen und Standards angepasst werden und den Versorgungsbedarf in seiner Breite abbilden; unter anderem Prävention, Rehabilitation und weitere psychotherapeutische Tätigkeiten in verschiedenen Feldern der Gesundheitsversorgung sind zu berücksichtigen. Verschiedene sozialrechtliche Befugnisse wurden und werden zum Teil immer noch den PP/KJP verweigert, wirkliche „Augenhöhe" im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser ist noch nicht gegeben.

Durch die Bologna-Reform kam als weiteres gravierendes Problem hinzu, dass die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung nicht mehr klar definiert sind. Es gibt keine Rahmenprüfungsordnungen mehr, die bestimmte Inhalte im Studium garantieren. In der KJP-Ausbildung werden seit der Umstellung der Studiengänge auch Bachelorabsolventen zugelassen, obwohl der Berufsstand sich einig ist, dass das Master-Niveau die qualitative Voraussetzung für eine Psychotherapieausbildung sein muss.

Der Berufsstand diskutierte deshalb schon seit Jahren[2] über die Notwendigkeit von Reformen des Psychotherapeutengesetzes. Im November 2014 entschieden die Delegierten des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) mit deutlicher Mehrheit, die Politik um eine Reform des PsychThG zu bitten. Sie verabschiedeten dazu Eckpunkte, die insbesondere das Konzept eines zur Approbation führenden Studiums mit anschließender Weiterbildung – analog der Struktur der ärztlichen Aus- und Weiterbildung – vorsahen.

In zahlreichen Arbeitsgruppen der Verbände, Länderkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer wurden viele Aspekte zur Gestaltung des Studiums sowie der stationären, ambulanten und institutionellen Weiterbildungszeit diskutiert und bearbeitet („Transitionsprozess"). Die DPtV beteiligte sich mit mehreren Veranstaltungen („Ideenwettbewerb"), vielen Gesprächen, Positionspapieren und Stellungnahmen intensiv an der Entwicklung von möglichen Konzepten zur Lösung der zahlreichen Fragen, die bei der Umstrukturierung der bisherigen Ausbildung auftauchten. Viele Sorgen, Skepsis und Widerstände, insbesondere aus manchen Ausbildungsinstituten sowie aus Ärztekreisen, mussten berücksichtigt und überwunden werden, sodass der DPT – verbändeübergreifend – die wichtigen Richtungsentscheidungen immer wieder mit großen Mehrheiten beschließen konnte.

Im Juli 2017 legte das Bundesministerium für Gesundheit endlich einen Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vor. Er enthielt bereits wesentliche Punkte, die vom Berufsstand erarbeitet worden waren und wurde von uns überwiegend positiv bewertet: Die grundlegende Struktur eines zur Approbation führenden Studiums mit anschließender Weiterbildung wurde ebenso begrüßt, wie die Zusammenführung der beiden Berufe PP und KJP zu einem Beruf mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Die erweiterte Beschreibung des Berufsbilds mit der Benennung von Tätigkeiten in der Prävention und Rehabilitation, die Übernahme von Leitungsfunktionen wie auch die Veranlassung von Behandlungsmaßnahmen durch Dritte sowie gutachterliche Tätigkeiten wurden sehr positiv gesehen. Der Verzicht auf die somatische Abklärung in der Legaldefinition fand mit dem Entwurf unsere Zustimmung, da die sorgfältige Berücksichtigung von (somatischen) Befunden ausreichend in der Berufsordnung hinterlegt ist.

Der Arbeitsentwurf beflügelte weitere intensive Diskussionen, insbesondere zum überraschend im Entwurf enthaltenen Modellstudiengang zur Psychopharmakaverordnung. Dieser wird von uns nicht unterstützt, weil unser professioneller Schwerpunkt auf dem psychologisch-psychotherapeutischen

2 Spätestens seit dem Artikel von Wolfgang M. Groeger im Psychotherapeutenjournal 4/2006: Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform: Was sich alles ändert, wenn sich nichts ändert – und wie das geändert werden kann.

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.

Kompetenzerwerb liegt. Wir sehen darin zudem eine mögliche Abwertung der für eine eigenständige Verordnungsbefugnis notwendigen umfassenden somatisch-pharmakologisch notwendigen Kenntnisse. Erneut zwei Approbationen unterschiedlicher Reichweite zu schaffen wird nicht für sinnvoll gehalten.

Unabdingbar für eine erfolgreiche Umsetzung der Reform ist die an die Approbation anschließende fachpsychotherapeutische Weiterbildung, in der erst die spezifische vertiefende Spezialisierung im Altersbereich und Therapieverfahren erfolgt.

Um der Weiterentwicklung des Fachs Rechnung zu tragen und für eine selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit in eigener Praxis oder in Leitungsfunktionen zu qualifizieren, ist unseres Erachtens eine fünfjährige Weiterbildung erforderlich, die mindestens zwei Jahre im stationären Bereich und mindestens zwei Jahre im ambulanten Bereich umfassen muss. Die Strukturen der jetzigen Ausbildungsinstitute mit dem Vorhalten von Theorie, Anleitung/Supervision und Selbsterfahrung in Verbindung mit der Patientenversorgung sind aus Gründen der Qualitätssicherung zu erhalten und dabei dem Weiterbildungsrecht und den Berufsordnungen der Kammern zu unterstellen.

Mit dem am 3. Januar 2019 vorgelegten Referentenentwurf des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThGAusbRefG) hat das eigentliche Gesetzgebungsverfahren begonnen. Wir begrüßen, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in den meisten Punkten die Argumente und Vorschläge des Berufsstands aufgenommen hat. Nach einem Studium auf Master-Niveau und einer staatlichen Prüfung kann die Approbation als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut erlangt werden, und der vertiefende Kompetenzerwerb in der Psychotherapie mit Erwachsenen oder mit Kindern und Jugendlichen erfolgt in einer mehrjährigen Weiterbildungszeit. Es freut uns besonders, dass die Notwendigkeit der qualifizierten ambulanten Weiterbildung anerkannt wurde und die bewährten Ausbildungsinstitute zukünftig als Weiterbildungsinstitute vorgesehen sind.

Diese Struktur ermöglicht eine umfassendere Qualifizierung als bisher, denn nach dem Studium müssen die Psychotherapeuten in der Weiterbildungszeit sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mehrjährig berufstätig sein, bevor sie selbstständig – vergleichbar dem Facharztstatus – zum Beispiel in verantwortlichen Funktionen in Institutionen oder in einer eigenen Praxis tätig sein dürfen.

Im ambulanten Bereich sollte allerdings eine Förderung der Weiterbildung vorgesehen werden; eine der Approbation angemessene und dem stationären Bereich vergleichbare Vergütung ist sonst wahrscheinlich kaum möglich. Dieser Fehler sollte nicht wiederholt werden.

Wir werden deshalb auf Nachbesserungen hinarbeiten: Zum Studium sollte deutlicher formuliert werden, dass alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren fachkundig gelehrt werden müssen. Außerdem wäre ein analog dem „Praktischen Jahr" angelegtes 11. Semester sinnvoll, damit vor der Approbationsprüfung patientenbezogene Kompetenzen in Einrichtungen der Regelversorgung erworben werden.

Die positiven Aspekte des Gesetzentwurfs überwiegen deutlich, und wir werden uns dafür einsetzen, dass eine Verabschiedung des Gesetzes in diesem Jahr gelingt. Dann könnten 2020 die ersten Studentinnen und Studenten den neuen Studiengang aufnehmen. Der Deutsche Psychotherapeutentag und die Länder-Psychotherapeutenkammern sind in der Verpflichtung, Weiterbildungsordnungen zu erarbeiten. Die neue Struktur wird dem Berufsstand viel Verantwortung abverlangen, doch auch mehr Selbstbestimmungs- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen.

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

Curriculum 2018 – 2020

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

Spezialseminar mit Luise Reddemann am 04.+05.07.19
Psychodynamische Teilekonzepte und Wurzeln der psychodynamischen imaginativen Traumatherapie in Theorie und Praxis

Seminar 4 am 30.+31.08.19
Kontaktaufnahme und Arbeit mit destruktiv wirkenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

Seminar 5 am 20.+21.09.19
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 22.+23.11.19
Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

Spezialseminar EMDR/EST 31.01.+01.02.20
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Spezialseminar Körpersprache am 13.+14.03.20
Die Körpersprache der Ego-States

Curriculum 2020 – 2021

Seminar 1 am 17.+18.01.20
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen, Herstellung von Sicherheit und Stabilität

Seminar 2 am 27.+28.03.20
Arbeit mit symptomtragenden Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten PatientInnen

16 UE, Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State Therapeut/in, Pkt PTK NRW: 20.
Teilnahmevoraussetzung: Approbation.
Die Kosten belaufen sich auf 389,- € pro Seminar.
Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

www.ESt-Rheinland.de

Barbara Lubisch

Fakten zur Psychotherapie

Update Januar 2019

Richtigstellungen zu den Äußerungen des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn im Interview bei Facebook am 11. Dezember 2018, im ARD-Morgenmagazin am 12. Dezember 2018 sowie bei der Anhörung im Petitionsausschuss am 14. Januar 2019.

Die Psychotherapeuten sind irritiert durch mehrfache Äußerungen von Minister Spahn, in denen er mit falschen Angaben Stimmung gegen Psychotherapeuten macht. Nach seinen Anmerkungen in der Fragestunde des Bundestags vom September 2018, die Anlass für die „Fakten zur Psychotherapie – Update 2018" waren, (vgl. Psychotherapie Aktuell, Heft 4.2018) argumentierte Spahn erneut mit unzutreffenden Behauptungen, die deshalb hier noch einmal aufgegriffen werden.

Aussage von Spahn: „Es sind tausende Psychotherapeuten neu zugelassen. Es gibt so viel Psychotherapeuten wie Hausärzte."

Richtig ist:
Die Anzahl der Vertragspsychotherapeutensitze hat vom 31. Dezember 2013 bis zum 31. Dezember 2017 von 22.202 auf 23.717, also um 1.515 Sitze oder 6,8 % zugenommen. Mit 51.914 Hausärzten gibt es mehr als doppelt so viele Hausärzte wie Psychotherapeuten.

Die Zunahme von Psychotherapeutensitzen entstand durch die Bedarfsplanungsreform 2013, die eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen zum Ziel hatte. Insbesondere profitierten hierbei die neuen Bundesländer und ländliche Gebiete in den alten Bundesländern. Zudem konnten auf Veranlassung des Gesetzgebers die im Rahmen der Ärztequote von 25 % nicht besetzten ärztlichen Psychotherapeutensitze fortan auch durch Psychologische Psychotherapeuten ausgefüllt werden.
Nicht zu verwechseln sind die oben beschriebenen Behandlungskapazitäten unter Berücksichtigung der Bedarfsplanungsgewichte mit der Entwicklung der Arzt- beziehungsweise Psychotherapeutenzahlen (Personen): Zum Stichtag 31. Dezember 2013 waren 25.622 Psychotherapeuten zugelassen, zum 31. Dezember 2017 sind es 31.448 Psychotherapeuten. Das ist eine Zunahme um 5.826 Psychotherapeuten oder 22,7 %.

Diese stärkere Zunahme der Anzahl der an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Personen erklärt sich

Zählung der Praxissitze von Psychotherapeuten in 2013 nach Bedarfsplanungsgewicht

Psychotherapeuten	22.201
davon: Ärztliche Psychotherapeuthen (ohne Psychosomatik)	2.654
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	2.329
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuthen	3.250
Psychologische Psychotherapeuten	13.969

Quelle: KBV (Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2013)

Zählung der Praxissitze von Psychotherapeuten in 2017 nach Bedarfsplanungsgewicht

Psychotherapeuten	23.717
davon: Ärztliche Psychotherapeuthen (ohne Psychosomatik)	2.739
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	2.031
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuthen	3.846
Psychologische Psychotherapeuten	15.101

Zählung der Praxissitze von Hausärzten in 2017 nach Bedarfsplanungsgewicht

Hausärzte	51.914

Quelle: KBV (Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2017)

lediglich durch die Teilung von Versorgungsaufträgen. Die Anzahl der halben Sitze übersteigt regional schon die Anzahl ganzer Sitze. Dies zeigt, dass Psychotherapeuten halbe Versorgungsaufträge, die sie nicht ausfüllen, abgeben und damit verantwortlich mit ihren Versorgungsaufträgen umgehen. Dadurch entsteht auch eine Zunahme an Behandlungskapazitäten, denn zwei Behandler können einen Versorgungsauftrag besser ausfüllen als einer allein. Eine bessere Auslastung der vorhandenen Versorgungsaufträge wäre möglich, wenn Anstellung oder Jobsharing nicht mit einer Leistungsbegrenzung versehen wären.
Die Aussage „Es gibt so viel Psychotherapeuten wie Hausärzte." ist falsch, selbst wenn man die Anzahl der Nervenärzte (4.775) und der Kinder- und Jugendpsychiater (968) bei den Psychotherapeuten mitzählen würde.

Aussage von Spahn: „Die Versorgung verbessert sich nicht mit mehr Psychotherapeuten. In Freiburg gibt es am meisten Psychotherapeuten und die Wartezeiten sind am längsten."

Richtig ist:
Die Versorgung verbessert sich mit mehr Psychotherapeuten. Die Wartezeiten auf Erstgespräche und auf Behandlungen ist kürzer, je höher die Psychotherapeutendichte ist. Patienten, die in anderen Regionen keinen Therapieplatz in zumutbarer Zeit finden, werden mitversorgt.

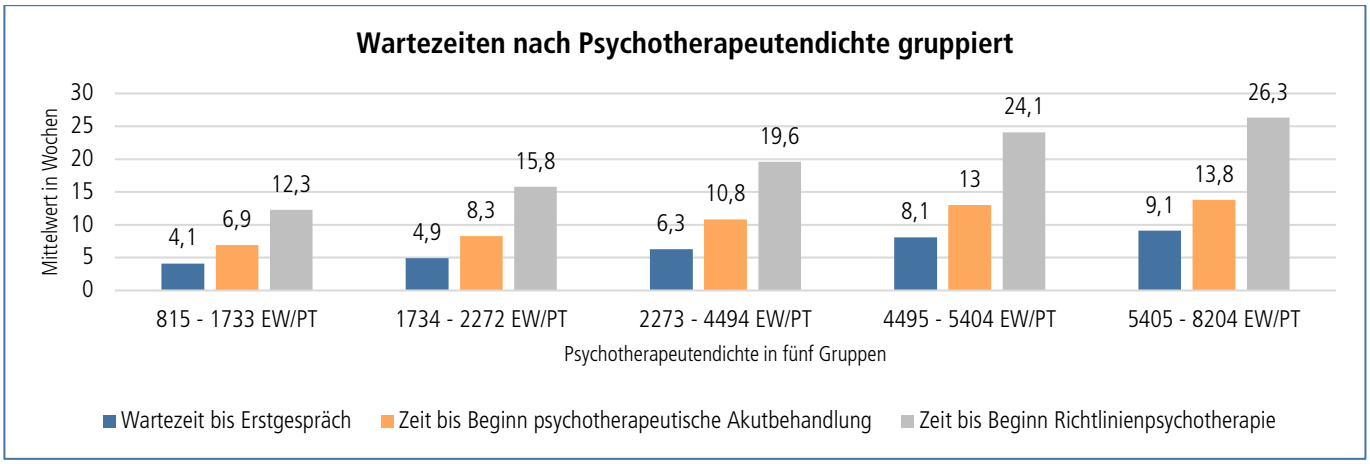
In Freiburg arbeiten 121,5 Psychotherapeuten für je 100.000 Einwohner, allerdings ist Freiburg nicht die Stadt mit der höchsten Psychotherapeutendichte. Die Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde beträgt dort 3,4 Wochen (Bundesdurchschnitt: 5,7 Wochen) und auf einen Behandlungstermin für Richtlinienpsychotherapie 12,5 Wochen (Bundesdurchschnitt: 19,9 Wochen). Die Wartezeiten sind in Freiburg also deutlich kürzer als in anderen Regionen.
Im Bundesdurchschnitt sind 25,1 Psychotherapeuten für je 100.000 Einwohner „zuständig". Aus neuesten Erhebungen ergibt sich ein unmittelbarer Zusammenhang von Versorgungsdichte und Wartezeit. Mehr Psychotherapeuten führen somit zu einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung: Es zeigt sich deutlich (siehe dazu den Artikel von Rabe-Menssen, Ruh & Danzer in diesem Heft, Seite 25, sowie Abbildung unten), dass die Wartezeit bei höherer Psychotherapeutendichte deutlich niedriger ist:

Minister Spahn hat im Petitionsausschuss kommentiert, es sei trotzdem so, dass der Behandlungsbedarf steige, je mehr Psychotherapeuten in einer Region zugelassen sind. Sicher kann man davon ausgehen, dass sich in besser versorgten Regionen die Mitversorgereffekte für das Umland positiv für die betroffenen Patienten auswirken. Ein Ergebnis, das in Anbetracht des Leidens der Patienten und auch der daraus resultierenden volkwirtschaftlichen und gesundheitsbezogenen Folgen psychischer Erkrankungen positiv bewertet werden kann.

Aussage von Spahn: „Schwer gestörte Patienten müssen länger warten und erhalten keine adäquate ambulante Behandlung."

Richtig ist:
Psychotherapeuten behandeln psychisch erkrankte Menschen mit Störungen aller Schweregrade. Es gibt keinen Beleg dafür, dass die Wartezeit in diesen Fällen länger ist oder die Behandlung nicht konsequent durchgeführt wird.

Bereits 2011 hatte die Techniker Krankenkasse in ihrem Abschlussbericht zum Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" festgestellt, dass mehr als 90 % der Patienten, die eine ambulante Psychotherapie aufsuchten, mittelschwer und schwer ausgeprägte psychische Krankheiten aufwiesen und dass im Mittel klinisch relevante Belastungen vor-



Zeiten jeweils von der Terminanfrage in der Praxis bis zum Beginn der jeweiligen Leistung gerechnet (Umfrageergebnisse 2018). Aufteilung der befragten Psychotherapeuten in fünf Gruppen gleich großen Umfangs. Empirische Einwohner-Psychotherapeuten-Relation (EW/PT) nach KBV-Statistik 2017 für die jeweiligen Zulassungsbezirke.

lagen, wie sie auch bei Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt gefunden werden.

Ranglisten der häufigsten Abrechnungsdiagnosen der KV Rheinland-Pfalz des Abrechnungsquartals 3/2017 zeigen beim Vergleich der Diagnosen von Ärztlichen/Psychologischen Psychotherapeuten und Nervenärzten mit psychiatrischem Schwerpunkt, dass das Diagnosespektrum der häufigsten Diagnosen sehr ähnlich ist (siehe Tabelle unten, angegeben sind jeweils die zehn häufigsten Diagnosen).

Schon 2014 hatten Multmeier und Tenckhoff aus Abrechnungsdaten der KBV gezeigt, dass 70 % (TP) beziehungsweise 71 % (VT) der Behandlungen reine Kurzzeittherapien waren und in den meisten Fällen die Therapie vor dem Ausschöpfen des bewilligten Kontingents beendet wurde. Sie hatten daraus den Schluss gezogen: „Die Analyse der Abrechnungsdaten zeigt, wie dynamisch, individualisiert und indikationsbezogen das Therapiegeschehen in der ambulanten Versorgung ist."

Eine Auswertung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) von Abrechnungsdaten der KBV zeigt zudem, dass die Reform der Psychotherapie-Richtlinie vielen Patienten seit 2017 eine kurzfristige Akutbehandlung ermöglicht: Bei circa 40 % der Hilfesuchenden folgt keine weitere psychotherapeutische Behandlung in den Folgequartalen. Wenn jedoch psychotherapeutische Leistungen nach der Sprechstunde genutzt werden, sind das zu 16,5 % Akutbehandlungen, zu 74 % Kurzzeittherapien und zu 9,5 % Langzeittherapien. Die Streuung der Interventionen zeigt, dass offensichtlich fallbezogen und gezielt gesteuert nach Behandlungsbedarf unterschieden wird. Die Auswertung der BPtK zeigt auch, dass sich das behandelte Patientenspektrum seit Einführung der Richtlinienreform 2017 verändert hat (siehe Abbildung Seite 23).

Ein niedrigschwelliger Zugang gerade für besonders belastete und sozial benachteiligte Patienten kann offensichtlich durch das in 2017 neu eingeführte Angebot der Psychotherapeutischen Sprechstunde besser realisiert werden als vorher.

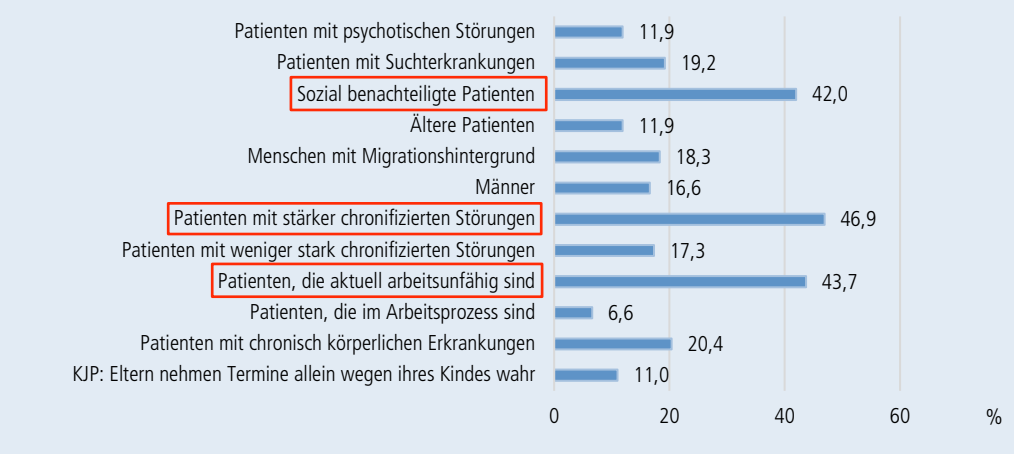
Aussage von Spahn: „In Selektivverträgen in Baden-Württemberg diagnostiziert und steuert der Hausarzt, wer zum Psychotherapeuten gehen soll. Dadurch ist die Behandlung innerhalb von 14 Tagen möglich."

Psychologischer Psychotherapeut, psychotherapeutisch tätiger Arzt

Diagnose	Anteil je 100 Fälle in Prozent	
	3/2017	3/2016
Anpassungsstörungen	20,8	21,3
Mittelgradige depressive Episode	16,9	17,2
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	16,7	14,7
Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	5,7	5,6
Angst und depressive Störung, gemischt	5,1	5,7
Posttraumatische Belastungsstörung	5,0	4,9
leichte depressive Episode	4,2	4,4
Dysthymia	4,0	4,1
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	3,7	3,6
Generalisierte Angststörung	3,3	3,4

Nervenärzte mit psychiatrischem Schwerpunkt

Diagnose	Anteil je 100 Fälle in Prozent	
	3/2017	3/2016
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	19,3	18,6
Dysthymia	17,8	17,4
Mittelgradige depressive Episode	14,4	15,7
Angst und depressive Störung, gemischt	12,6	11,5
Generalisierte Angststörung	11,3	12,1
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	10,9	11,5
Anpassungsstörungen	10,3	10,7
Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	7,9	8,3
Nichtorganische Insomnie	7,0	7,7
Paranoide Schizophrenie	6,0	6,0



Wartezeitenstudie der Bundespsychotherapeutenkammer. Ein Viertel der Psychotherapeuten gibt eine Änderung des Patientenspektrums an. Dargestellt ist, welche Patienten bei diesen Psychotherapeuten häufiger in die Sprechstunde kommen.

Richtig ist:
Hausärzte stellen nicht die Behandlungsindikation, sondern überweisen wie in anderen Hausarztverträgen zum Facharzt/Psychotherapeuten. Ein Patient kann in diesem Selektivvertrag auch direkt einen Psychotherapeuten aufsuchen. Eine kurzfristige Behandlungsaufnahme kann nur gewährleistet werden, weil zusätzliche Behandlungskapazität aufgebaut wurde.

Im Sinne guter Kooperation erfolgen in den Selektivverträgen in Baden-Württemberg regelmäßige Informationen und Absprachen mit dem Hausarzt, aber keine „Steuerung" durch den Hausarzt. Die Kommunikation und Kooperation von Psychotherapeuten, Hausärzten und Psychiatern ist verbessert worden. Der Patient hat weiter die freie Wahlmöglichkeit des Psychotherapeuten. Die Abläufe sind im Vergleich zur Regelversorgung sehr bürokratiearm.

Bei der Erbringung selektivvertraglicher Leistungen, so auch ambulanter psychotherapeutischer Leistungen, ist die Bedarfsplanung in Baden-Württemberg quasi außer Kraft gesetzt. Das heißt, unabhängig von bestehenden Zulassungsbeschränkungen kann dort durch zusätzliche angestellte Psychotherapeuten der Praxisumfang nach Bedarf erweitert werden. Diese Erweiterung der Behandlungskapazitäten ermöglicht die schnellere Aufnahme in eine Behandlung – ein weiterer Beleg dafür, dass sich die Versorgung durch mehr Psychotherapeuten verbessert.

Richtig ist aber auch: Die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf ist verbesserungswürdig. Hier ist oftmals eine interdisziplinäre Behandlung notwendig, die unter Einbeziehung individuell angepasster Behandlungselemente Versorgung in akuten und kritischen Krankheitsphasen gewährleistet, die auch chronisch progredienten oder schubförmigen Krankheitsverläufen Rechnung trägt. Für die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans stehen für die Psychotherapeuten und Ärzte derzeit aber keine ausreichenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung. Die strukturellen Voraussetzungen für eine koordiniert-strukturierte Behandlung in der ambulanten Regelversorgung – unter Einbeziehung von neurologischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und gegebenenfalls adjuvanter Therapien – sind auszubauen, und die dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern sind zu etablieren.

Die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bleibt aber die seit Jahren geforderte und immer noch nicht umgesetzte Reform der Bedarfsplanung. Hier fehlen nach wie vor neue Zulassungen für Psychotherapeuten, vor allem im Umland großer Städte, den sogenannten mitversorgten Regionen, den ländlichen Bereichen und dem Ruhrgebiet. Die Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) schreibt in ihrer Stellungnahme zum TSVG: „Denn wenn Ärzte vor Ort fehlen, bleiben auch die Wartezeiten lang." Dasselbe gilt ebenso für Psychotherapeuten!

Literaturverzeichnis

Multmeier, Jan; Tenckhoff, Bernhard (2014): Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. In: Dtsch Arztebl 2014; 111 (11): A 438 – 40

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.

Cornelia Rabe-Menssen, Michael Ruh, Anne Dazer

Die Versorgungs-situation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten

Zusammenfassung

Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland hat sich infolge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 zwar verändert, jedoch bleibt das Problem langer Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie in Regionen mit geringer Psychotherapeutendichte weiter bestehen. An der vorliegenden Umfrage beteiligten sich 3.018 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bei gleichbleibenden Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten hat durch die neuen Behandlungselemente Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung jedoch eine Ausdifferenzierung der Versorgung stattgefunden. Bei nur leicht steigender Patientennachfrage führen die psychotherapeutischen Praxen der DPtV-Mitglieder seit der Richtlinienreform deutlich zeitnaher und häufiger psychotherapeutische Erstgespräche durch. Gleichzeitig wird die psychotherapeutische Behandlung differenzierter und einer größeren Anzahl von Patienten angeboten. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung findet ohne relevante Wartezeit nach dem Erstgespräch statt. Dies beides hat zur Folge, dass sich die Wartezeit auf den Beginn der Richtlinienpsychotherapie im Vergleich zu 2017 verlängert hat.

Es lässt sich ebenfalls empirisch nachweisen, dass die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung länger sind, je mehr Einwohner auf einen Psychotherapeuten kommen, also je geringer die Versorgungsdichte ist.
Die niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland sind mit ihrer Umsetzung der neuen Regelungen durch die Richtlinienreform in Vorleistung getreten. Es haben strukturelle Veränderungen innerhalb der insgesamt unverändert gebliebenen Behandlungskapazitäten stattgefunden. Die Problematik der regionalen Versorgungsungleichheit und der langen Wartezeiten auf indizierte Richtlinienpsychotherapie ist dadurch aber nicht berührt. Dringende Aufgabe der Gesundheitspolitik und der Gremien der Selbstverwaltung bleibt daher eine angemessene Reform der Bedarfsplanung, um die notwendige zeitnahe Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie gewährleisten zu können.

Einleitung

Zum 1. April 2017 sind die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie mit den Neuerungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und der telefonischen Erreichbarkeit der Psychotherapeuten in Kraft getreten.

Ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der Versorgungssituation in der Psychotherapie ist die Wartezeit zum Zugang zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung. Um feststellen zu können, ob die Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie zu einer Veränderung der Versorgungssituation führen, wurden Datenerhebungen zu Wartezeiten kurz vor und einige Zeit nach der Einführung der Richtlinie durchgeführt, die damit einen unmittelbaren Vorher-Nachher-Vergleich ermöglichen. Aus diesem Grund hat die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) die Umfrage aus dem Frühjahr 2017 (kurz vor Umsetzung der Psychotherapie-Richtlinie) durch eine aktuelle Umfrage im Frühjahr 2018 ergänzt. Zu diesem letzteren Zeitpunkt, ein Jahr nach Umsetzung der neuen Richtlinie, sind die neuen Regelungen durch die Psychotherapeuten umgesetzt und sollten erste in der Versorgung abbildbare Veränderungen hervorrufen. Damit kann die Wirkung der veränderten Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf die Versorgungssituation evaluiert werden.

Etwa gleich viele Patientenanfragen wie 2017

Eine solche aktuelle Datenbasis zu realistischen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie ist deshalb so wichtig, damit diese in die im Jahr 2019 anstehende Reform der Bedarfsplanung eingebracht werden kann.

Ergebnisse zu Anfragen, Kapazitäten und Wartezeiten bei Vertragspsychotherapeuten

Veränderungen zwischen 2017 und 2018

In den folgenden Auswertungen gehen nur die Angaben der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ein.

Anfragen

Etwa gleich viele Patientenanfragen wie 2017

Pro Monat fragen im Durchschnitt 14,1 Patienten nach einem Termin für ein Erstgespräch an, gegenüber 2017 hat sich demnach kaum eine Veränderung ergeben (siehe Tabelle 1).

Erstgespräche – Psychotherapeutische Sprechstunde

Deutlich mehr Erstgespräche als vor der Reform und kürzere Wartezeit auf ein Erstgespräch

Die niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten begegnen diesem Bedarf mit einem Angebot von durchschnittlich 6,2 Erstgesprächen pro Monat. Damit hat die Zahl der durchgeführten Erstgespräche im Vergleich zu 2017 um 44 % deutlich zugenommen. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch – in 2018 im Wesentlichen die Psychotherapeutische Sprechstunde – hat sich um 33 % von 9,8 Wochen auf 6,5 Wochen verkürzt.
Die Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde hat also dazu geführt, dass Patienten schneller und in größerer Zahl ein psychotherapeutisches Erstgespräch führen können. Damit ist ein wichtiges Ziel der Richtlinienreform erreicht.

Zeit bis zum Beginn einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung

Zeitnaher Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung

Die durchschnittliche Dauer von der ersten Anfrage eines Patienten bis zum Beginn einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung liegt mit 10,5 Wochen deutlich unter der im Jahre 2017 ermittelten Wartezeit für die Richtlinienpsychotherapie (15,3 Wochen). Die Psychotherapeutische Akutbehandlung wird zeitnah, durchschnittlich 4 Wochen nach dem Erstgespräch/der ersten Psychotherapeutischen Sprechstunde begonnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach dem Erstgespräch im Regelfall weitere Sprechstunden durchgeführt werden, insgesamt bis zu 6 Sprechstundeneinheiten je 25 Minuten sind bei einem Patienten möglich.
Es tritt vom Erstgespräch bis zum Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung in der Regel keine zeitliche Lücke auf.

	Alle Vertragspsychotherapeuten 2017 (n=3.728)		Alle Vertragspsychotherapeuten 2018 (n=2.759)	
	MW	(SD)	MW	(SD)
Patientenanfragen (pro Monat)	**13,6**	(7,9)	14,1	(10,6)
Erstgespräche (pro Monat)	**4,3**	(3,3)	6,2	(4,4)
Dauer zwischen Anfrage und Erstgespräch (in Wochen)	**9,8**	(12,4)	6,5	(8,9)
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Richtlinienpsychotherapie (in Wochen)	**15,3**	(14,4)		
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung (in Wochen)			10,5	(8,9)
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Richtlinienpsychotherapie (in Wochen)			19,6	(11,4)
Anzahl neuer Patienten in Richtlinienpsychotherapie (letzte 6 Monate)	**12,3**	(7,0)		
Anzahl neuer Patienten in Psychotherapeutischer Akutbehandlung (letzte 6 Monate)			3,2	(4,5)
Anzahl neuer Patienten in Richtlinienpsychotherapie (letzte 6 Monate)			11,7	(8,6)

Tabelle 1: Anfragen, Kapazitäten und Wartezeiten der Vertragspsychotherapeuten (Daten von 2017 und 2018: eigene Ergebnisse der DPtV-Umfragen)

Gesamtanzahl der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung

Zunahme der neu in psychotherapeutische Behandlung genommenen Patienten um 21 %

Die Anzahl der Patienten, die in eine Richtlinienpsychotherapie aufgenommen wurden, hat sich von 12,3 Patienten (pro 6 Monate) auf 11,7 Patienten (pro 6 Monate) um 0,6 verringert. Zusätzlich werden aber 3,2 Patienten/6 Monate in eine Psychotherapeutische Akutbehandlung aufgenommen. Die Gesamtzahl der Patienten, die in einer Praxis in psychotherapeutische Behandlung (Akutbehandlung oder Richtlinienpsychotherapie) aufgenommen wurden, hat sich damit um 21 % auf 14,9 erhöht. Demzufolge nehmen 40 % der Patienten, denen ein Erstgespräch angeboten wird, im erfassten Zeitraum von 6 Monaten auch eine psychotherapeutische Behandlung auf[1] (zum Vergleich: 2017 waren es 47,8 %).

Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie

Längere Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie

Die durchschnittliche Zeit von der Terminanfrage eines Patienten bis zum Beginn einer antragspflichtigen und von der Krankenkasse zu genehmigenden Richtlinienpsychotherapie hat sich von durchschnittlich 15,3 Wochen auf 19,6 Wochen um 4,3 Wochen verlängert. Dies verwundert nicht, da es ja durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie keine zeitlichen Kapazitätsausweitungen gegeben hat. Die neuen, zeitnah zu erbringenden Leistungen gehen daher zu Lasten einer längeren Wartezeit bei der Richtlinienpsychotherapie.

Es ist allerdings hinsichtlich der Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie zu berücksichtigen, dass diese zumindest teilweise mit dem Patienten genutzt wird: Die Indikation, die Anamnese und die ätiologisch begründete Therapiekonzeptualisierung, die Wahl des geeigneten Therapieverfahrens, die Wahl des Behandlungssettings, die persönliche Passung und der Aufbau einer tragfähigen psychotherapeutischen Beziehung, die Therapieziele und die langfristige Planung der Behandlung müssen vorbereitet werden. Diese Vorbereitungszeit für eine Richtlinienpsychotherapie ist keine Wartezeit, sondern unabdingbare Notwendigkeit der Einleitung einer Richtlinienpsychotherapie. Außerdem ist nach der Antragstellung die Genehmigung durch die Krankenkasse vor Behandlungsbeginn abzuwarten, die sich im Falle einer von der Krankenkasse eingeleiteten Begutachtung noch einmal verlängert.
Es ist für diese Vorbereitungszeit einer Richtlinienpsychotherapie ein Zeitraum von 8 bis 10 Wochen zu veranschlagen. Im Rahmen dieser Befragung kann von einer Wartezeit auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie daher erst bei deutlichem Überschreiten dieses Zeitraumes gesprochen werden.

Fazit zur Veränderung der Wartezeiten

Die aufgeführten Daten zu Kapazitäten und Wartezeiten zeigen, dass sich die Versorgung mit den neuen Elementen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Psychotherapeutischen Akutbehandlung deutlich ausdifferenziert hat. Eine notwendige Psychotherapeutische Akutbehandlung wird den Patienten von den Psychotherapeuten zeitnah angeboten. Psychotherapeutische Erstgespräche werden bei fast gleichbleibender Anzahl von Patientenanfragen wesentlich häufiger und deutlich zeitnäher durchgeführt als vor der Richtlinienreform.
Die Ergebnisse der Umfrage weisen nach, dass Psychotherapeuten die Richtlinienreform in ihren Praxen umgesetzt haben.

Regionale Unterschiede

Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut

Weiterhin deutliche regionale Unterschiede in der Wartezeit: Psychisch kranke Menschen warten länger auf eine Behandlung, je höher die Anzahl der Einwohner pro Psychotherapeut ist.

Der bereits in den Ergebnissen der Umfrage 2017 beschriebene Zusammenhang zwischen der Versorgungsdichte (Anzahl der Psychotherapeuten im Verhältnis zur Einwohnerzahl) und der Wartezeit auf Erstgespräch und Therapiebeginn bildet auch in den aktuellen Daten von 2018 den Versorgungsmangel in bestimmten Regionen ab. Wenn die Daten aggregiert werden und dadurch die Streuung und Fehlerschwankung aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Wartezeiten und Gegebenheiten in den einzelnen Praxen reduziert werden, lässt sich der oben genannte Zusammenhang als deutlicher linearer Trend darstellen (siehe Abbildung 1). Hierzu wurden die Daten zur Versorgungsdichte in fünf Gruppen mit etwa gleicher Teilnehmerzahl eingeteilt. Es zeigt sich deutlich, dass alle drei Typen von Wartezeiten (Erstgespräch, Akutbehandlung, Richtlinienpsychotherapie) mit Abnahme der Versorgungsdichte ansteigen. Die Versorgungsdichte wurde hierbei über die Anzahl der Einwohner pro niedergelassenem Psychotherapeuten auf Grundlage der KBV-Daten zur Einwohner-Arzt-Relation nach Planungsregion (2017) operationalisiert.

1 Zur Erläuterung: Die Anzahl von 14,9 neuen Patienten in der Zeitspanne von 6 Monaten entspricht einem monatlichen Neuzugang von 2,48 Patienten. Diese machen gemessen an den monatlichen 6,2 Erstgesprächen einen Anteil von 40 % aus (6,2 Patienten kommen zum Erstgespräch; im Durchschnitt nehmen dann 2,48 Patienten dieser 6,2 Patienten, also 40 %, eine psychotherapeutische Behandlung auf, vgl. Tabelle 1).

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

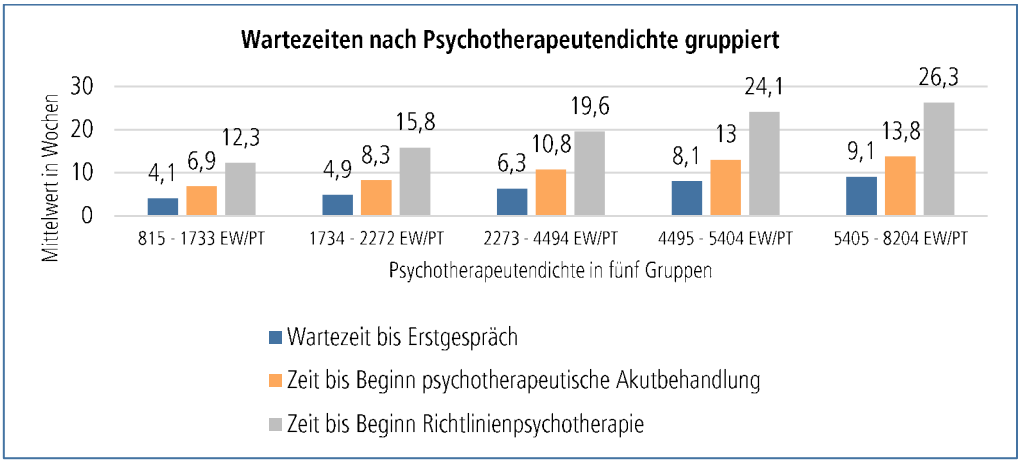


Abbildung 1: Wartezeiten jeweils von der Terminanfrage in der Praxis bis zum Beginn der jeweiligen Leistung gerechnet (Umfrageergebnisse 2018); Aufteilung der befragten Psychotherapeuten in fünf Gruppen gleich großen Umfangs; empirische Einwohner-Psychotherapeuten-Relation (EW/PT) nach KBV-Statistik 2017 für die jeweiligen Zulassungsbezirke

Deutliche regionale Unterschiede in der Wartezeit

Verglichen werden hier die Mittelwerte in den Wartezeiten bei diesen fünf Gruppen. Es ergeben sich für alle drei Wartezeiten signifikante Gruppenunterschiede (ANOVA Erstgespräch $F=28{,}8$, $p<.001$, Akutbehandlung $F=24{,}0$, $p<.001$, Richtlinienpsychotherapie $F=55{,}64$, $p<.001$).

Abbildung 1 zeigt auch, dass die Gruppe mit der Versorgungsdichte 1 (815-1733 Einwohner/PT) eine Wartezeit von vier Wochen auf das Erstgespräch aufweist. Damit entspricht die Wartezeit genau den Vorgaben einer Vermittlung durch die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung: Hier darf die Wartezeit zwischen der Kontaktaufnahme des Patienten und dem vermittelten Termin maximal vier Wochen betragen. Unter der Voraussetzung einer ausreichenden Anzahl an Versorgungssitzen ist also eine zügige Abklärung der Indikation und Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung möglich.

Bei der Betrachtung der Wartezeiten auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Richtlinienpsychotherapie muss beachtet werden, dass hier die Dauer von der ersten Patientenanfrage bis zum Erstgespräch/zur Psychotherapeutischen Sprechstunde enthalten ist. Bereinigt man die Ergebnisse um diese Dauer, so ergibt sich ebenfalls der lineare Trend von steigenden Wartezeiten auf ein Erstgespräch, eine Akutbehandlung und eine Richtlinienpsychotherapie

	Vertragspsychotherapeuten nach Versorgungsdichte				
Wartezeiten 2018 (Mittelwert, in Wochen)	Gruppe 1 (815-1.733 Einwohner/PT)	Gruppe 2 (1.734-2.272 Einwohner/PT)	Gruppe 3 (2.273-4.494 Einwohner/PT)	Gruppe 4 (4.495-5.404 Einwohner/PT)	Gruppe 5 (5.405-8.204 Einwohner/PT)
Dauer zwischen *Anfrage* und Erstgespräch	4,1	4,9	6,3	8,1	9,1
Dauer zwischen *Erstgespräch* und Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung	2,8	3,4	4,5	4,9	4,7
Dauer zwischen *Erstgespräch* und Beginn der Richtlinienpsychotherapie	8,2	10,9	13,3	16,0	17,2

Tabelle 2: Wartezeit aufs Erstgespräch und Zeitdauer zwischen Erstgespräch und Dauer zwischen Psychotherapeutischer Sprechstunde und Psychotherapeutischer Akutbehandlung bzw. Richtlinienpsychotherapie bei Vertragspsychotherapeuten in Regionen mit unterschiedlicher Versorgungsdichte

bei abnehmender Versorgungsdichte (siehe Tabelle 2). Es zeigt sich auch hier, dass die Psychotherapeutische Akutbehandlung von den Vertragspsychotherapeuten in allen Versorgungsregionen zeitnah zum Erstgespräch angeboten und umgesetzt wird. Dies ist aber in schlechter versorgten Landkreisen für die Richtlinienpsychotherapie offensichtlich nicht mehr möglich. Neben der längeren Wartezeit auf ein Erstgespräch dauert es hier zusätzlich deutlich länger (16 bis 17 Wochen) vom Erstgespräch bis zum Beginn der Richtlinienpsychotherapie.

Wartezeiten in den KV-Regionen

Es bestehen weiterhin erhebliche regionale Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgungssituation. Diese bilden sich auch in den unterschiedlichen Wartezeiten der verschiedenen KV-Regionen ab (siehe Abbildungen 2 bis 5). Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch, auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und den der Richtlinientherapie liegen in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg deutlich niedriger als in den Flächenbundesländern. Besonders auffällig sind die sehr hohen Wartezeiten auf Erstgespräch und Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sowie auch die Richtlinienpsycho-

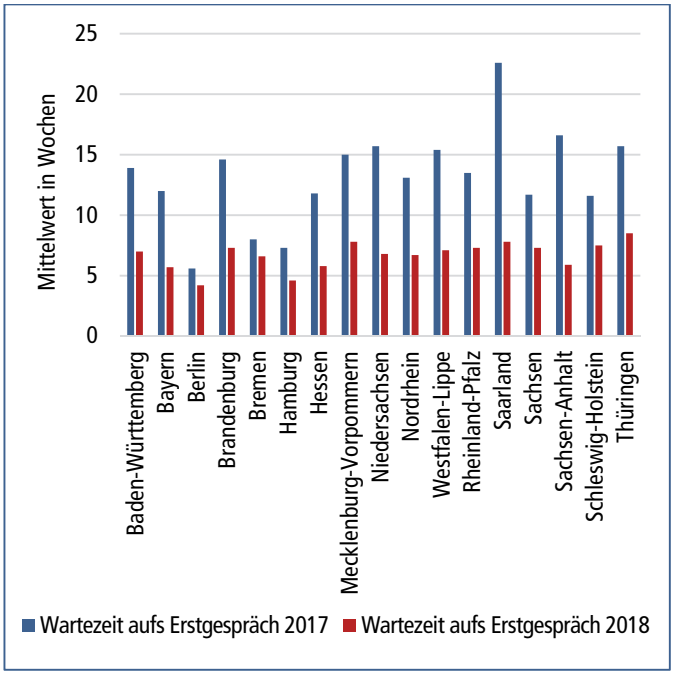


Abbildung 3: Wartezeiten auf das Erstgespräch 2017 und 2018 nach KV-Bereich

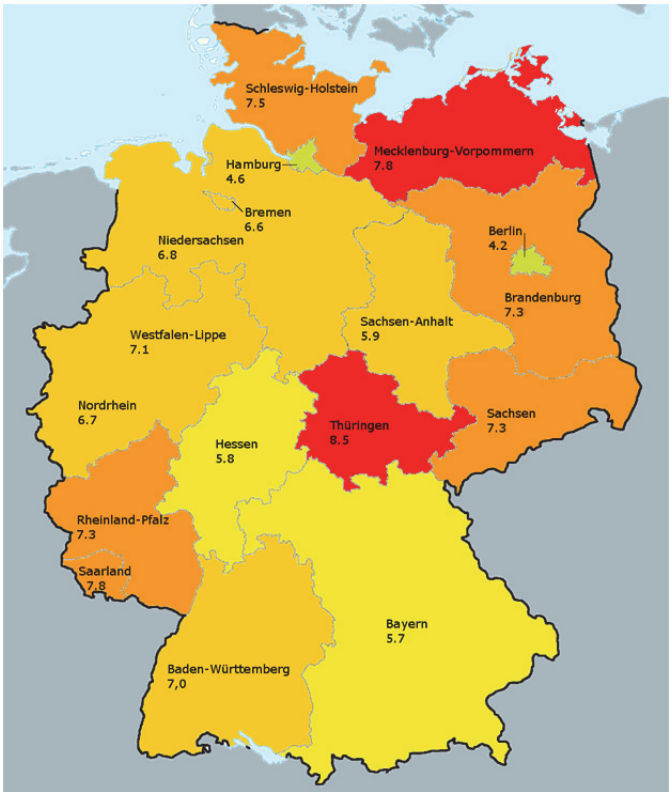


Abbildung 2: Wartezeiten auf das Erstgespräch nach KV-Bereich (Umfrage 2018, Mittelwert, in Wochen)

Mittelwert bundesweit: 6,5 Wochen

- < MW -20 %
- MW -20 % bis MW -10 %
- MW ±10 %
- MW +10 % bis MW +20 %
- > MW +20 %

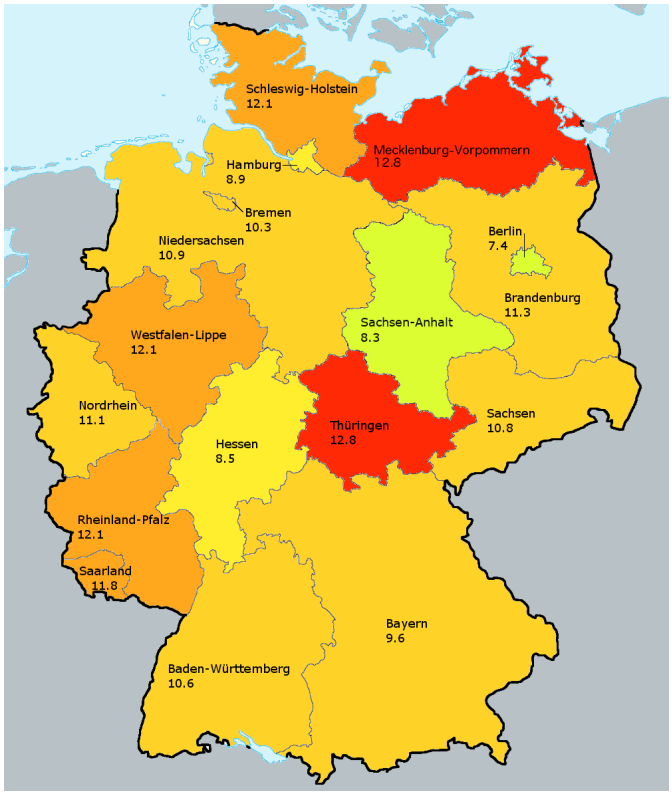


Abbildung 4: Wartezeiten auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung nach KV-Bereich (Umfrage 2018, Mittelwert, in Wochen)

Mittelwert bundesweit: 10,5 Wochen

- < MW -20 %
- MW -20 % bis MW -10 %
- MW ±10 %
- MW +10 % bis MW +20 %
- > MW +20 %

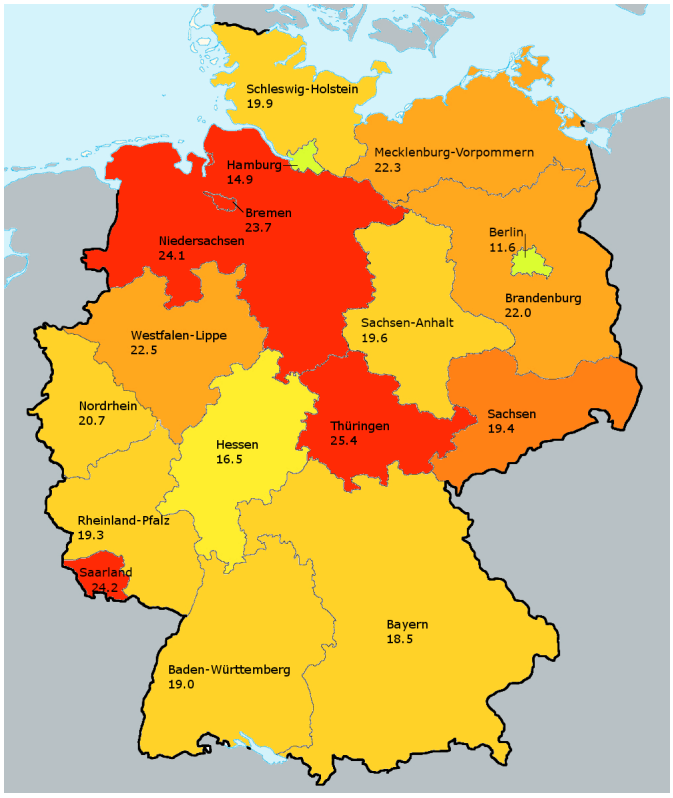


Abbildung 5: Wartezeiten auf den Beginn der Richtlinienpsychotherapie nach KV-Bereich (Umfrage 2018, Mittelwert, in Wochen)

Mittelwert bundesweit: 19,6 Wochen

- < MW -20 %
- MW -20 % bis MW -10 %
- MW ±10 %
- MW +10 % bis MW +20 %
- > MW +20 %

therapie im Saarland, in Thüringen und in Niedersachsen.

Die Entwicklung der mittleren Wartezeit auf das Erstgespräch von 2017 auf 2018 in den verschiedenen KV-Regionen wird in Abbildung 3 dargestellt. Auffällig ist neben der schon beschriebenen bundesweiten Verringerung der Wartezeit auf das Erstgespräch seit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde, dass diese regionalen Unterschiede 2018 deutlich geringer ausfallen als im Jahr 2017 vor der Reform.

Auch bei der Wartezeit auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung (siehe Abbildung 4) und der Richtlinienpsychotherapie (siehe Abbildung 5) lassen sich die regionalen Unterschiede deutlich erkennen.

Wartelisten

In der Praxisorganisation gibt es bekanntlich unterschiedliche Vorgehensweisen. Manche Therapeuten führen eine Warteliste, andere sehen davon ab. Teilweise ergeben sich Unterschiede zwischen Angaben zu Wartezeiten zwischen Psychotherapeuten, die eine Warteliste führen, und Psychotherapeuten, die keine Warteliste führen.

Umgang mit Wartelisten

Von den an der Umfrage teilnehmenden Psychotherapeuten geben 48 % an, dass sie eine Warteliste führen. 44 % der Praxen führen keine Warteliste. 8 % machen hierzu keine Angabe. Dies entspricht ungefähr dem Anteil von 2017, und auch im langfristigen Vergleich zeigt sich kaum Veränderung: In der DPtV-Studie aus dem Jahr 2011 ergab sich ein Wert von 52 % Anteil an Wartelisten (Walendzik et al., 2011). In der Untersuchung der BPtK (2011) gaben 53,6 % der Psychotherapeuten an, eine Warteliste zu führen.

Knapp die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten führt eine Warteliste.

Die 44 % der Teilnehmer ohne Warteliste wurden im Fragebogen nach den Gründen befragt. Die Antworten gleichen sehr stark denen aus 2017. Erneut wurde am häufigsten argumentiert, dass sich das Wartelistensystem nicht bewährt

	Vertragspsychotherapeuten	
	mit Warteliste **2018** **(n=1.325)** **Mittelwert** (Standardabweichung)	ohne Warteliste **2018** **(n=1.222)** **Mittelwert** (Standardabweichung)
Patientenanfragen (pro Monat)	**14,4** (SD=10,4)	**13,8** (SD=10,7)
Erstgespräche (pro Monat)	**6,3** (SD=4,1)	**6,2** (SD=4,7)
Dauer zwischen Anfrage und Erstgespräch (2017) bzw. erster Termin Sprechstunde (2018) (in Wochen)	**8,7** (SD=10,8)	**4,0** (SD=5,3)
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung (in Wochen)	**13,6** (SD=10,2)	**7,1** (SD=6,5)
Dauer zwischen Anfrage und Beginn der Richtlinienpsychotherapie (in Wochen)	**25,9** (SD=13,4)	**12,8** (SD=7,4)
Anzahl neue Patienten in Psychotherapeutischer Akutbehandlung (letzte 6 Monate)	**3,1** (SD=4,1)	**3,4** (SD=4,8)
Anzahl neue Patienten in Richtlinienpsychotherapie (letzte 6 Monate)	**12,0** (SD=8,8)	**11,3** (SD=8,4)

Tabelle 3: Patientenanfragen und Wartezeiten bei Vertragspsychotherapeuten mit versus ohne Warteliste (Mittelwert, Anfragen pro Monat/Wartezeit in Wochen)

habe (83 % der Befragten geben dies an). Deutlich mehr Psychotherapeuten als im vergangenen Jahr (28 % statt 19 %) begründen den Verzicht auf die Warteliste damit, dass sie auch längerfristig keine Therapieplätze frei haben werden. Nur 16 % geben an, eine Warteliste nicht zu benötigen, weil sie aktuell freie Plätze haben. Ein Fünftel der Teilnehmer ohne Warteliste machen in einem Freitextfeld ausführlichere Angaben zur Frage, warum sie keine Warteliste führen. Am häufigsten wird hier angeführt, dass das Führen einer Warteliste aufgrund der sehr langen Wartezeiten nicht sinnvoll sei oder dass man Patienten erst dann neu aufnehme, wenn in absehbarer Zeit ein Platz frei werde. Dieser gehe dann an den nächsten, gerade anfragenden und passenden Patienten. Außerdem seien Wartelisten grundsätzlich nicht zumutbar für Patienten, verursachten zu viel Verwaltungsaufwand, seien wegen des Angebots einer Sprechstunde nicht mehr notwendig oder man verweise grundsätzlich an Kollegen.

Vergleich der Wartezeiten mit und ohne Warteliste

Ein Vergleich der Praxen mit und ohne Warteliste zeigt, dass sich die Anzahl der Anfragen und der durchgeführten Erstgespräche kaum unterscheidet. Hingegen liegen die Wartezeiten mit 25,9 Wochen auf den Beginn der Richtlinienpsychotherapie bei den Praxen mit Warteliste doppelt so hoch wie den Praxen ohne Warteliste. Dies liegt in der Natur der Sache. Grundsätzlich ist immer davon auszugehen, dass die Angaben zur Wartezeit bei Führung einer Warteliste höher sind, da die Zeiten patientenbezogen überschätzt werden, während die Wartezeit in Praxen ohne Warteliste eher unterschätzt werden. Um die realen Wartezeiten am besten abzubilden, empfiehlt es sich daher, beide Gruppen (mit und ohne Warteliste) in die Auswertung mit einzubeziehen, da der Mittelwert beider angegebener Wartezeiten als der beste Schätzer für die wirklich zugrundeliegende Wartezeit angesehen werden kann. Dieses Vorgehen wurde hier deshalb gewählt.

Die bisher bundesweit beschriebenen Unterschiede zwischen Psychotherapeuten mit beziehungsweise ohne Warteliste finden sich in sämtlichen KV-Bereichen, wie Abbildung 6 beispielhaft anhand der Wartezeit auf die Richtlinienpsychotherapie zeigt.

Vergleich von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Erwachsene Patienten warten insgesamt länger auf die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Psychotherapeutische Akutbehandlung und Richtlinienpsychotherapie als Kinder und Jugendliche.

Von den teilnehmenden Psychotherapeuten gaben 2.072 (75 %) an, nur Erwachsene zu behandeln. 357 (13 %) behandelten nur Kinder und Jugendliche; weitere 298 (11 %) beide Patientengruppen. Dies entspricht fast exakt den Anteilen des vergangenen Jahres. Mit einem Anteil von 24 % an Psychothera-

Erwachsene warten insgesamt länger als Kinder und Jugendliche.

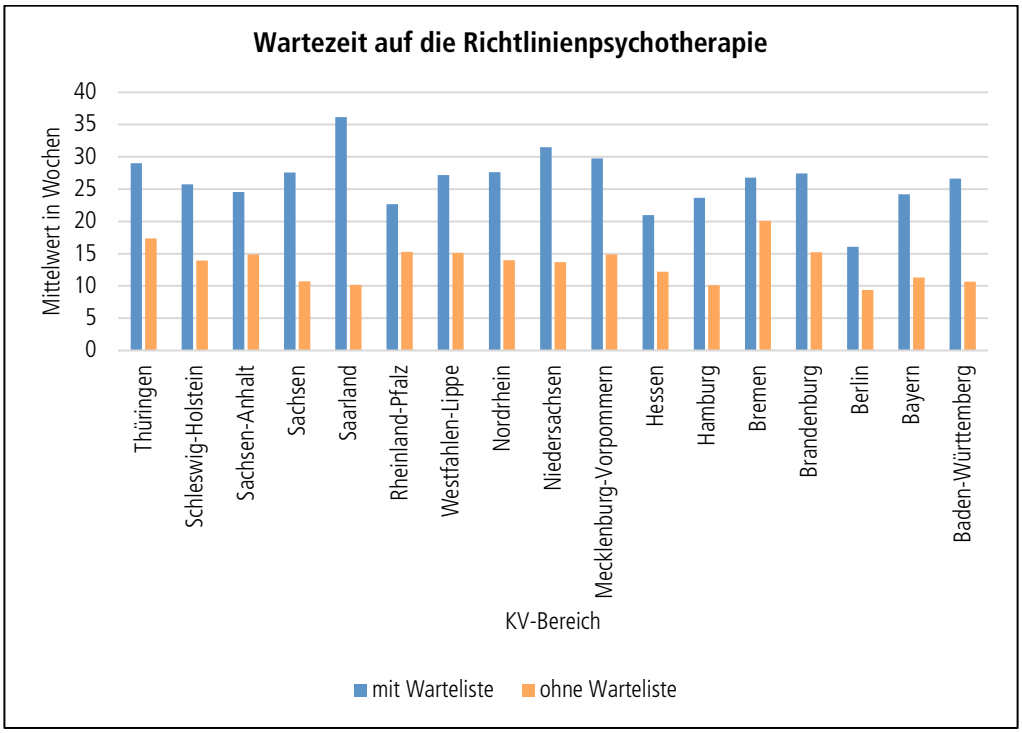


Abbildung 6: Regionale Wartezeiten auf die Richtlinienpsychotherapie 2018 bei Psychotherapeuten mit/ohne Warteliste

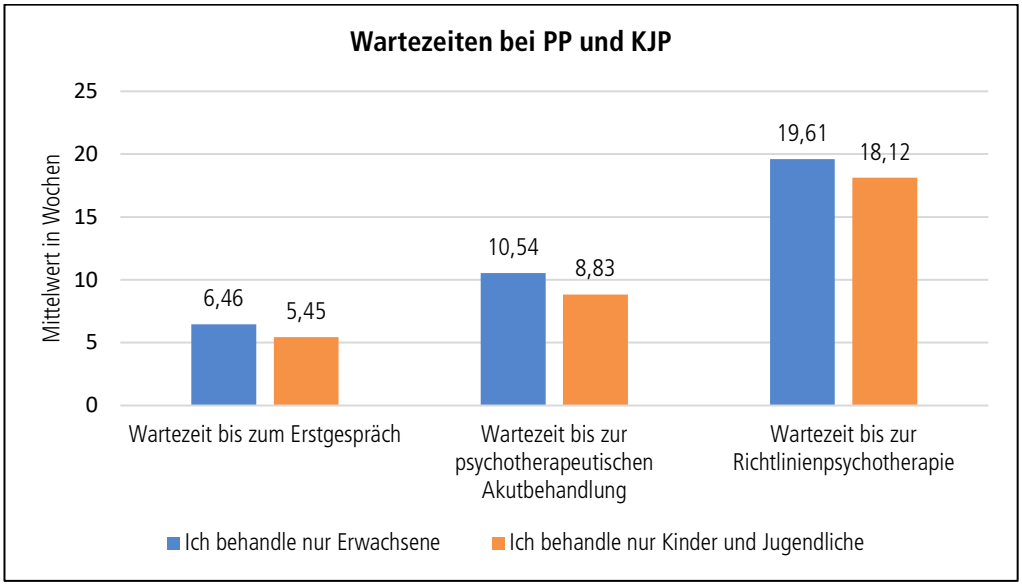


Abbildung 7: Wartezeiten bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Mittelwert, in Wochen)

peuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, bildet dieses Verhältnis die reale Versorgungssituation bei den Vertragspsychotherapeuten gut ab: die Mindestversorgungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) liegt bei 20 %. Es ist daher davon auszugehen, dass in den vorliegenden Ergebnissen trotz der unterschiedlichen Gruppengröße der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und KJP eine gute Schätzung der realen Wartezeiten erfolgt.

In der Analyse der Wartezeiten werden nur ausschließlich Erwachsene behandelnde PP und die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnden KJP verglichen, da bei denjenigen, die Erwachsene und Kinder behandeln, nicht gesagt werden kann, auf welcher Gruppe der Behandlungsschwerpunkt liegt. Die Wartezeiten auf das Erstgespräch und auf den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung sind bei den KJP signifikant niedriger als bei den so ausgewählten PP (Erstgespräch: $T=2{,}04$, $p<.05$; Psychotherapeutische Akutbehandlung: $T=2{,}0$, $p<.05$). Auch die Wartezeit auf die Richtlinientherapie ist bei den KJP tendenziell kürzer (siehe Abbildung 7).

Die „Wartezeit auf einen Therapieplatz" darf nicht mit der „Zeit bis zum Beginn einer Richtlinientherapie" verwechselt werden.

Bereits in der DPtV-Umfrage 2017 wurde eine im Vergleich zu 2017 verringerte Wartezeit der Kinder und Jugendlichen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch festgestellt. Dies wurde als Hinweis auf eine Entspannung der Versorgungssituation dieser Patientengruppe im Zuge der Einführung einer KJP-Quote, der Bedarfsplanungsreform 2013 mit neu hinzugekommenen Sitzen und der Genehmigung von Sonderbedarfszulassungen bei KJP gedeutet. Auch die Daten 2018 spiegeln keine schlechtere Versorgungslage im Bereich der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zum Erwachsenenbereich wieder. Dies spricht dafür, dass die Mindestversorgungsquote in der jetzigen Form angemessen ist.

Vergleich mit der Wartezeiten-Studie 2018 der Bundespsychotherapeutenkammer

Auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat im Jahr 2018 eine Onlineumfrage zur Richtlinienreform und zu den Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung durchgeführt. Dabei ergab sich eine durchschnittliche Wartezeit von 8,8 Wochen von der ersten Patientenanfrage bis zum Beginn der Akutbehandlung und eine Wartezeit von 19,9 Wochen auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie, was ziemlich genau dem Ergebnis unserer DPtV-Umfrage entspricht.

Bei der Interpretation ihrer eigenen Ergebnisse berücksichtigt die BPtK allerdings nicht, dass in einer „Wartezeit" von 19,9 Wochen auf die Richtlinienpsychotherapie auch die 8 bis 10 Wochen enthalten sind, die es zur Vorbereitung des Therapiebeginns nach regulärem Verlauf benötigt. Es ist so, dass in all den Fällen, in denen der Psychotherapeut auf dem PTV 11 vermerkt hat, dass eine Psychotherapie mit dem Patienten in der eigenen Praxis stattfinden kann, der Patient einen Therapieplatz in dieser Praxis hat. Er ist während der dann folgenden Wochen also nicht unversorgt, sondern durchläuft probatorische Sitzungen und wird auf die Therapie vorbereitet. Die „Wartezeit auf einen Therapieplatz" darf also nicht mit der „Zeit bis zum Beginn einer Richtlinientherapie" verwechselt werden, wie dies in Presseveröffentlichungen häufig geschieht.

Die DPtV-Umfrage bietet den geeigneteren Vergleich der Versorgungssituation VOR und NACH der Richtlinienreform.

Im Ergebnisbericht der BPtK werden die ermittelten Wartezeiten mit einer eigenen früheren Erhebung aus dem Jahr 2011 verglichen. Hierdurch lässt sich nicht herausfinden, inwiefern die Veränderungen in den Kapazitäten und Wartezeiten auf die Reform der Psychotherapierichtlinie 2017 zurückzuführen ist. Es spielen in dem Vergleichszeitraum zwischen 2011 und dem Befragungszeitraum der BPtK Ende 2017 auch weitere Faktoren (vor allem neue Zulassungen durch die Reform der Bedarfsplanung in 2013 und die deutliche Zunahme halber Versorgungsaufträge durch Sitzteilungen) hinein. Hier ist die Umfrage der DPtV deutlich im Vorteil: Die Daten aus 2018 werden hier mit den Ergebnissen der gleichen Umfrage aus dem Jahr 2017 verglichen, die wiederum kurz vor Beginn der Richtlinienreform durchgeführt wurde. Unsere Erhebung 2018 fand zwischen Februar und April, also etwa ein Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung statt. So können Veränderungen in den Wartezeiten und Kapazitäten direkter auf die strukturellen Veränderungen der neuen Versorgungselemente (Psychotherapeutische Sprechstunde, Psychotherapeutische Akutbehandlung) und der neuen Regelungen insgesamt zurückgeführt werden.

Die Ergebnisse der DPtV-Umfrage zum Zusammenhang von Wartezeit und Versorgungsdichte lassen sich an den Befunden der BPtK-Studie validieren: Dort ergibt sich ebenfalls ein linearer Trend des Zusammenhangs zwischen durchschnittlicher Wartezeit auf die Richtlinienpsychotherapie und der Anzahl der Psychotherapeuten je Einwohner (in absteigender Richtung, da dort die Einwohner-PT-Relation als Kehrwert berechnet wurde).

Methodik

Es wurden 9.473 Mitglieder der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung per Mail über das internetgestützte Umfragesystem onlineumfragen.com im Namen des Bundesvorstands der DPtV angeschrieben und zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Diese Anzahl der angeschriebenen Mitglieder entspricht der Gesamtzahl der Mitglieder, deren E-Mail-Adresse dem Verband vorlag und die der Teilnahme an Umfragen nicht widersprochen hatten. Durchgeführt wurde die Aufbereitung und Auswertung der Daten von den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Bundesgeschäftsstelle der DPtV. Für die Auswertung wurde neben den Funktionen des Portals onlineumfragen.com das Statistikprogramm SPSS Version 25.0 verwendet. Die Umfrage erfolgte ausschließlich online, sie war anonym, und es konnten aus den Antworten keinerlei Rückschlüsse auf die Person des Teilnehmers gezogen werden.

Um Einblick in die regionalen Unterschiede zu erhalten, wurde von den Teilnehmern neben dem KV-Bereich ihres Praxissitzes auch der konkrete Planungsbereich erfragt. So konnte jedem Teilnehmer eine Kennzahl für die Versorgungsdichte an seinem Praxissitz zugeordnet werden. Die Daten zur Versorgungsdichte wurden den Tabellen der Einwohner-Arzt-Zahlen der KBV aus 2017 entnommen.

Zusätzlich wurden in der hier beschriebenen Umfrage auch Daten von Inhabern einer Privatpraxis sowie von approbierten Psychotherapeuten in Praxisanstellung oder in Jobsharing erhoben. Des Weiteren wurde von den Teilnehmern erfragt, ob sie einen vollen oder halben Vertragssitz innehaben und ob sie Erwachsene oder Kinder/Jugendliche behandeln. Bei denjenigen, die angaben, keine Warteliste zu führen, wurde nach dem Grund für diese Entscheidung gefragt.

Von 9.473 angeschriebenen Mitgliedern nahmen 3.018 an der Umfrage teil. Dies entspricht einem Rücklauf von 31,8 %. Von den 3.018 Teilnehmern waren 2.759 Vertragssitzinhaber. Die Angaben dieser 2.759 Psychotherapeuten liegen den in dieser Studie dargestellten Ergebnissen zugrunde. Sämtliche Bedarfsplanungsbezirke waren durch Teilnehmer vertreten. Ein Vergleich der bundesweiten Verteilung der Umfrageteilnehmer mit der bundesweiten Verteilung der Mitglieder zeigt, dass die Ergebnisse im Hinblick auf die regionale Verteilung als repräsentativ für alle DPtV-Mitglieder angesehen werden können.

Diskussion

Das grundsätzliche Problem bei der Erhebung von Wartezeiten wurde bereits früher beschrieben (Rabe-Menssen et al., 2017). Es besteht in systematischen Fehlern sowohl bei der Einschätzung der Wartezeit durch die behandelnden Psychotherapeuten als auch durch die Patienten in deren Praxen. Insofern stellen auch die hier ermittelten Wartezeiten nur eine Annäherung an die reale Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie dar.

Ungeachtet dieses methodischen Problems weisen die dargelegten Ergebnisse der Umfrage darauf hin, dass sich die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf eine dringende Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bewährt hat: Psychotherapeuten beginnen eine Psychotherapeutische Akutbehandlung bereits kurz nach dem Erstgespräch. Die niedergelassenen Psychotherapeuten differenzieren bei der Versorgung ihrer Patienten erfolgreich nach der Dringlichkeit der Behandlung. Hier ist jedoch zu beachten, dass in vielen Fällen die Stabilisierung von Patienten in einer Krisensituation durch eine Psychotherapeutische Akutbehandlung nicht eine weiterhin

Vorträge und Workshops u.a. zu den Themen:

CBASP | Emotionsarbeit
Schematherapie | MBSR
IPT | MBT | Essstörungen
MSC | DBT-PTSD | ACT
NET | Verhaltenssüchte
Angststörungen | etc.

Programm und Buchung unter:
www.psychotherapietage-berlin.de

notwendige längerfristige psychotherapeutische Behandlung ersetzt. Es zeigt sich auch, dass mehr Patienten als 2017 zum Erstgespräch kommen, von diesen dann aber 8 % weniger als im Vorjahr eine psychotherapeutische Behandlung aufnehmen. Hier könnte sich die Erweiterung der Möglichkeit zur Beratung und präventiven Tätigkeit von Psychotherapeuten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde abbilden.

Jedoch lässt sich kein positiver Effekt der Richtlinienreform auf das Grundproblem der langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie erkennen – für diese Behandlungsform haben sich die Wartezeiten sogar verlängert. Dies ist nachvollziehbar, da sich die Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten durch die Reform nicht verändert haben. Es hat lediglich eine Leistungsverschiebung von der Richtlinienpsychotherapie hin zu den neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung stattgefunden. Die Sprechstunde schafft keine neuen Behandlungskapazitäten. Zwar verschafft sie mehr Patienten einen niedrigschwelligen Zugang zum Psychotherapeuten und zur diagnostischen Abklärung, aber sie verschärft damit den Mangel an Behandlungskapazitäten für die Richtlinienpsychotherapie (Best, 2018). Erste Analysen von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV RLP, 2018) liefern ebenfalls Hinweise auf eine Leistungsverschiebung nach der Richtlinienänderung: Die insgesamt abgerechneten Behandlungszeiten blieben in dieser Auswertung vor und nach der Reform gleich, aber es ließ sich eine Verschiebung von der Richtlinienpsychotherapie hin zu den neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Psychotherapeutischen Akutbehandlung zeigen, was die Ergebnisse der vorliegenden Wartezeitenstudie in ihrer Validität bestätigt.

Weiterhin bestehen bleibt der Versorgungsdruck im Hinblick auf die Richtlinienpsychotherapie und damit die regional differenzierte Notwendigkeit einer Erhöhung der Anzahl an Zulassungen von Psychotherapeuten, um die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie entscheidend zu verkürzen. Eine entsprechende Reform der Bedarfsplanung steht weiterhin aus. Gleichzeitig verweigern Krankenkassen ihren Versicherten immer häufiger einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 2 SGB V und damit den Zugang zu einer Psychotherapie über Kostenerstattung, wenn Patienten in zumutbarer Zeit keinen Therapieplatz bei einem Psychotherapeuten mit Vertragsarztsitz finden (siehe hierzu die Ergebnisse der DPtV-Umfrage zur Kostenerstattung, Rabe-Menssen et al., 2018). Hierdurch wird der Versorgungsdruck noch verschärft.

Weiterhin bilden die vorgelegten Daten zu den regional unterschiedlichen Wartezeiten eine empirische Begründung dafür, dass neue Zulassungen nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen dürfen, sondern regional differenziert dort erfolgen müssen, wo die Einwohner-Psychotherapeuten-Relation besonders hoch ist und somit auch die Wartezeiten besonders hoch sind. Mitversorgungseffekte der Großstädte für die ländliche Umgebung sind differenziert für die Fachgruppe der Psychotherapeuten zu bewerten und zu berücksichtigen.

Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung in der Bundesgeschäftsstelle der DPtV. Frühere wissenschaftliche Tätigkeiten an der Technischen Universität München und am Tumorzentrum der Charité Berlin.

Michael Ruh

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

Anne Dazer

Bachelor of Science in Psychologie (FU Berlin), Masterstudentin in Klinischer Psychologie (FU Berlin), studentische Hilfskraft im Referat Wissenschaft und Forschung der DPtV.

Literaturverzeichnis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2nbNbVu).

Heiko Borchers

Vermittlung über die **Terminservicestellen**

Behandlungshoheit liegt weiterhin beim Psychotherapeuten

Mit der jüngsten Erweiterung des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen um die Probatorische Sitzung gibt es nun eine weitere psychotherapeutische Leistung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu vermitteln. Dabei darf nicht vergessen werden, dass Indikationsstellung, Behandlungshoheit und Behandlungsverantwortung nach wie vor weiterhin Ärzten und Psychotherapeuten obliegen. Diese wichtigen Säulen der medizinischen wie psychotherapeutischen Versorgung sind mit der Terminvergabe durch Dritte nicht verschwunden. Dieses Zusammenspiel von Terminservicestelle und Psychotherapeut stößt an rechtliche Grenzen.

Schnelle Facharzttermine für alle – von Anbeginn rechtlich zweifelhaft

Schon mit Aufkommen der ersten Überlegungen im Jahre 2014 in der Großen Koalition zur Einrichtung von Terminvergabestellen für gesetzlich Versicherte kamen Juristen ernsthafte Bedenken an diesem Vorhaben. Es gab rechtliche Zweifel an der Zulässigkeit, die sich auf das Selbstbestimmungrecht und das Recht auf freie Arztwahl der Patienten bezogen. Für die betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten bestehen nach wie vor Bedenken hinsichtlich der Therapiefreiheit. Die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten meint nicht nur Methodenfreiheit, sondern auch Verordnungsfreiheit. Eine Termingarantie bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten ohne Prüfung der medizinischen oder psychotherapeutischen Indikation greift in die Behandlungshoheit ein. Die Entscheidung und Verantwortung über medizinische wie psychotherapeutische Belange obliegt jedoch dem Arzt oder Psychotherapeuten. Wie wir heute wissen, wurden alle diese Bedenken nicht gehört. Die Einrichtung von Terminservicestellen (TSS) wurde gesetzlich verankert und musste von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umgesetzt werden.

Eingriff in die Behandlungshoheit ist unzulässig!

Die grundlegenden Rahmenbedingungen, wie sie beispielsweise in Berufsordnung oder Sozialgesetzbuch niedergelegt sind und unter denen Ärzte und Psychotherapeuten ihre heilkundliche Tätigkeit ausüben, sind all die Jahre unverändert geblieben. Zu beachten haben Ärzte und Psychotherapeuten nach wie vor, dass sie im Rahmen der Behandlung von Patienten Weisungen keinesfalls von Nicht-Ärzten beziehungsweise nur von Personen entgegennehmen dürfen, die wie sie selbst über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen. Eine Bedingung, die beispielsweise Terminvergabestellen der KVen in keiner Weise erfüllen.

Im Sozialgesetz wird an mehreren Stellen hervorgehoben, dass die Behandlung eines Patienten allein vom Arzt oder Psychotherapeuten angeordnet werden kann und von ihm zu verantworten ist (§§ 15, 28 SGB V). Behandlungshoheit und Behandlungsverantwortung liegen unwidersprochen beim Arzt oder Psychotherapeuten. Auch auf Grundlage dieser Bestimmungen

Fachliche Weisungen dürfen sie nur von Personen entgegennehmen, die über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen.

Musterberufsordnung für Psychotherapeuten § 3 Abs. 5

wurde es Krankenkassen vom Bundesversicherungsamt untersagt, Patienten zu Gesprächen über ihre Arbeitsunfähigkeit einzuladen. Ein Eingriff in die Behandlungshoheit des behandelnden Arztes darf durch diese Gespräche nicht erfolgen, so das Amt.

Auch anderenorts getroffene Entscheidungen so beispielsweise Urteile der eher fachfremden Finanzgerichte (vgl. Bundesfinanzhof Az. VIII R 41/12) bestätigen, dass das grundlegende Wesen ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns sich dadurch charakterisiert, dass für jeden Einzelfall, das heißt für jeden Patienten erneut eine Diagnose gestellt und die nachfolgende Behandlungsmethode festgelegt wird. Ferner heißt es, kein Arzt oder Psychotherapeut – gleich ob selbstständig oder angestellt tätig, gibt die Behandlungshoheit aus der Hand.

Dualität Psychotherapeut – Patient steht im Mittelpunkt

Und auch der Normalbürger sieht im Rahmen seines Verständnisses die Behandlungshoheit bei seinem behandelnden Arzt und Psychotherapeuten angesiedelt. Der Patient geht davon aus, und dies darf er zu Recht, dass der Arzt oder Psychotherapeut schon wisse, was zu tun ist. Neuere Möglichkeiten wie Patientenverfügungen weichen zwar das traditionelle paternalistische Konzept des Arzt-Patienten-Verhältnisses auf und gestehen dem Patienten für besondere Situationen ein gewisses Maß an Hoheit über seine Behandlung zu, doch grundsätzlich und in der Regel bleibt die Behandlungshoheit dem Arzt vorbehalten. Hier und wie bei allen anderen vorab aufgezeigten rechtlichen oder berufsrechtlichen Betrachtungen zeichnet sich zudem ab, dass es sich stets um ein Zweierverhältnis Arzt-Patient handelt. Dieser Grundgedanke ist bereits im Bürgerlichen Gesetzbuch niedergelegt. Hier heißt es: „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken" (BGB § 630c). Eine dritte Instanz, die neben Arzt/Psychotherapeut und Patient direkt Einfluss auf die Behandlung nimmt, ist nicht erkennbar. Folgerichtig sind auch in anderen Bereichen die zum Beispiel die psychotherapeutische Versorgung regeln, Grenzen für Dritte gesetzt. So sind gutachterliche Äußerungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie darauf zu beschränken, ob die Psychotherapie dazu dient, Krankheit zu lindern zu heilen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Des Weiteren darf dazu Stellung genommen werden, ob das Psychotherapieverfahren, die Methode und die Techniken anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert sind und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt. Einfluss auf die Behandlung beispielsweise in Form der Festlegung auf die Sitzungsfrequenz, auf die konkrete Anwendung von Techniken oder Methoden sowie Dauer der einzelnen Kontakte sind mit Blick auf die Behandlungshoheit und Behandlungsverantwortung des behandelnden Psychotherapeuten auch hier unzulässig.

Vermittlung von konkreten Leistungen ist brisant

Und trotzdem werden nun im Bereich der Psychotherapie von den TSS – insofern von Dritten Termine zu konkreten Behandlungsleistungen vermittelt. Die Vermittlung in dieser Art und Weise ist exklusiv für den Bereich der Psychotherapie installiert worden. Bei der Vermittlung von allen anderen Facharztterminen geht es allein nur um einen Termin, keinesfalls um eine konkrete ärztliche Behandlung oder einen vorab festgelegten Eingriff. Allein die Psychotherapeuten bekommen von der TSS – somit von Personen, die nicht über eine Qualifikation zur Diagnostik und Indikationstellung verfügen, Anweisungen bei einem gesetzlich Versicherten konkrete Behandlungen vorzunehmen. Selbst wenn das Personal der TSS ausschließlich aus Ärzten oder Psychotherapeuten bestünde, so würde die Vermittlung eine zwar dann qualifizierte aber trotzdem unzulässige Einmischung in die Behandlungshoheit des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten darstellen. Auch aus diesem Grunde ist eine durch Dritte vollzogene Vorabauswahl unter psychisch kranken Versicherten zur Bestimmung ihres Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung, rechtlich wie berufsrechtlich als höchst brisant einzustufen. Hinzu kommt die ethisch und moralische Problematik, die eine Vorsortierung unter kranken Menschen immer mit sich bringt (vgl. Gesetzentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz).

Behandlungshoheit allein beim Psychotherapeuten

Jeder Arzt und Psychotherapeut muss selbst und allein die Entscheidung treffen, was medizinisch oder psychotherapeutisch angemessen und notwendig für seinen Patienten ist. Die Behandlungshoheit und -verantwortung liegt auch bei über die TSS vermittelten Versicherten weiterhin allein beim Arzt oder Psychotherapeuten. Dritte, und seien sie noch so qualifiziert, können nicht darüber entscheiden, welche Behandlungstherapie später anzuwenden ist. Besonders haarsträubend wird es, wenn man bedenkt, dass die Vermittlung zu einer konkreten psychotherapeutischen Leistung in der Regel allein auf einem fernmündlichen Kontakt zwischen TSS und Versichertem fußt. Schon

Heiko Borchers

Psychologischer Psychotherapeut (VT), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (TP), niedergelassen in Kiel-Gaarden. DPtV-Landesgruppenvorsitzender in Schleswig-Holstein, Vorsitzender des BKJ-SH. Mitglied der Abgeordnetenversammlung, des Beirats und Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KVSH. Mitglied im Zulassungsausschuss für Angelegenheiten der Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein. Mitglied der Kammerversammlung der PKSH.

aufgrund dieses niedrigen diagnostischen Niveaus darf kein Arzt oder Psychotherapeut zur vermittelten Behandlung schreiten, ohne sich zuvor ein eigenes Bild vom Patienten verschafft zu haben. So wird es wahrscheinlich keinem Psychotherapeuten je möglich sein, einen an ihn zur Psychotherapeutischen Akutbehandlung vermittelten Versicherten sofort und umgehend in dieser Form zu behandeln, ohne sich zuvor selbst diagnostische und anamnestische Erkenntnisse verschafft zu haben. Und entsprechend dem, was gegenüber dem Patienten an heilkundlicher Tätigkeit geleistet wurde, muss die Abrechnungstellung gegenüber der KV ausfallen. Ein Arzt und Psychotherapeut ist zur peinlich genauen Abrechnung seiner Leistungen verpflichtet. In der Leistungslegende der Psychotherapeutischen Akutbehandlung finden sich jedoch weder diagnostische noch anamnestische Elemente wieder. Somit muss dieser Erstkontakt in der Abrechnung des Psychotherapeuten zwingend anders abgebildet werden. Diagnostische und anamnestische Aspekte sind beispielsweise in den Legenden der Gebührenordnungspositionen Biographische Anamnese und Psychotherapeutischen Sprechstunde beschrieben.

Bedeutung für den Patienten

Nachdem nun im vergangenen Herbst Vermittlung von Terminen über die TSS um eine zusätzliche psychotherapeutische Leistung erweitert wurde, stellt sich für die betroffenen Psychotherapeuten verstärkt die Frage, wie sie damit umzugehen haben. Auf der einen Seite stehen nun drei unterschiedliche EBM-Leistungen zur Vermittlung zur Verfügung. Andererseits obliegt die Behandlungshoheit und vor allem die Verantwortung über die richtige aber auch angemessene Behandlung allein ihnen. Die Hoheit und vor allem die Verantwortung darüber will den Ärzten und Psychotherapeuten keiner nehmen. Aus Sicht des vermittelten Versicherten spielt dies auch keine Rolle. Ist sein vornehmliches Ziel doch schlicht die Behandlung seiner Krankheit. Und hier erwartet er, und dies zu Recht, die für ihn passende und zielführende Behandlung. Diese wird er bekommen, auch wenn sich diese in einigen Fällen, von der eigentlichen EBM-Leistung zu der er zum Psychotherapeuten vermittelt wurde, unterscheidet. Das wird dem Versicherten in aller Regel vollkommen egal sein. Kann er sich doch ohnehin nicht mehr an die ihm im Rahmen der Vermittlung genannten aber zuvor von ihm noch nie gehörten Fachbegriffe des ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungskataloges erinnern.

Krankenkassen haben es so gewollt

In der Regel wird der Patient auch keinerlei Kenntnis davon haben, dass es ausschließlich Vertreter der Krankenkassen waren, die diese Ausgestaltung der Vermittlung wünschten. Auch die Aufgabenerweiterung um die Vermittlung von einem Termin zu einer Probatorischen Sitzung wurde allein vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen) eingefordert. Im Kontakt mit dem an ihn vermittelten gesetzlich Versicherten befindet sich der Psychotherapeut letztendlich in einem Balanceakt. Einerseits möchte er seinen neuen Patienten nicht ungebührlich verwirren und verunsichern, andererseits sieht er sich durch seine Aufklärungspflicht, der er unterliegt, dazu veranlasst, seinem Patienten die Umstände offen zulegen. Im Falle der Aufklärung wird der Patient sich sicher fragen, warum nun gerade seine Krankenkasse dafür gesorgt hat, ihn auf seinem Weg zur Psychotherapie mit solchen seltsamen Begriffen wie Psychotherapeutische Sprechstunde, Psychotherapeutische Akutbehandlung und Probatorische Sitzung zu belasten. Ja, warum eigentlich? Das kann ihm sein Psychotherapeut auch nicht abschließend beantworten. Sagen jedoch kann er ihm, dass alle Ärzte und Psychotherapeuten es besser wussten und dass diese unabhängig von dem nun geltenden Reglement alles tun werden, um ihm zu helfen, ihm Linderung oder Heilung zu verschaffen.

SYSTEMISCHE THERAPIE

November 2018: Die Wirksamkeit ist vom G-BA anerkannt, der Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung geebnet.

Die APP Köln und das Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel sind zwei der wenigen staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute, die zur Ausbildung in systemische Therapie staatlich anerkannt und von den Psychotherapeutenkammern NRW bzw. RLP zur Weiterbildung in Systemischer Therapie ermächtigt sind.

In einer Ausbildungskooperation starten jeweils beide Institute mit der Ausbildung in Systemischer Therapie im Mai 2019.

Information und Anmeldung unter

aus-und-fortbildung@app-koeln.de
www.app-koeln.de

und

sekretariat@rhein-eifel-institut.de
www.rhein-eifel-institut.de

Psychotherapeutisches Institut am Rhein
APP KÖLN
Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie GmbH

Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse
Rhein-Eifel GmbH
ANNELISE HEIGL-EVERS INSTITUT

Ludwig Janus

Der Film „Elternschule“ im Fokus

Das Feld der Psychotherapie wird zurzeit von einer problematischen Spaltung zwischen der Verhaltenstherapie und der analytisch orientierten Psychotherapie bestimmt. Die Hintergründe werden am Beispiel der extrem widersprüchlichen Beurteilungen des Films „Elternschule“ analysiert.

Einleitung

Der Film „Elternschule“ gibt die Darstellung eines klinischen verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts von Babys und kleinen Kindern mit schweren Verhaltensstörungen und ausgeprägten psychosomatischen Symptomen. Die Inhalte des Films fanden eine extrem widersprüchliche Kritik von „Freiheitsberaubung, Zwang, Gewalt“ (Die Welt) bis zu „Für jeden, der selbst Kinder hat, ist der Film ein Muss.“ (Süddeutsche Zeitung). Die fachliche Kritik kam vor allem von analytischer und bindungsorientierter Seite, während die verhaltenstherapeutische Behandlergruppe, deren Arbeit der Film zeigt, die Möglichkeit von solchen scharfen Ablehnungen in keiner Weise geahnt hatte, denn sie plante eine Art Tournee mit dem Film durch die deutschen Städte, die wegen der massiven öffentlichen Kritik abgesagt werden musste.

In der Widersprüchlichkeit dieser Urteile kommt eine elementare Spaltung im Feld der Psychotherapie zum Ausdruck: auf der einen Seite eine am „analytischen Interpretieren“ orientierte psychodynamische Psychotherapie, die bei diesen schweren Störungen therapeutisch oft nur sehr begrenzt wirksam ist, und auf der anderen Seite eine am „Verhalten und Lernen“ orientierte Verhaltenstherapie, die sich ganz auf die aktuelle Störung und deren Korrektur bezieht und praktisch oft relativ „erfolgreich“ ist. Das Problem besteht meines Erachtens darin, dass beide Richtungen die Erlebnis- und Verhaltensbedeutsamkeit von allerfrühesten Erfahrungen in der Zeit vor, während und nach der Geburt mit ihren erheblichen Belastungen und Gefährdungen aussparen und damit die Wahrnehmung der Lebenswirklichkeit des Kindes oder des Erwachsenen und folglich auch die therapeutischen Möglichkeiten verkürzen (Evertz, Janus, Linder 2014, Harms 2016, Janus 2018a).

In der Therapie bei Erwachsenen ist die Problematik der genannten Spaltung nicht so offensichtlich, weil der Erwachsene mit den Begrenzungen der jeweiligen Therapierichtungen in der Regel zurechtkommen kann, weil er nicht elementar abhängig ist und sich darum auf diese Begrenzungen einstellen kann. Das Baby und das kleine Kind sind aber gerade wegen ihrer Abhängigkeit darauf angewiesen, auch in ihrem Leid wirklich verstehend begleitet und unterstützt zu werden, um es in der szenischen Wiederholung integrieren und verarbeiten zu können. Im verhaltenstherapeutischen Setting hat zwar das Leid und seine Wiederholung in der therapeutischen Situation einen breiten Raum, aber es wird nach meinem Eindruck in seiner Herkunft zu wenig verstanden und im üblichen analytisch orientierten kindertherapeutischen Setting hat zwar das Interpretieren, das im Wesentlichen auf der symbolischen Ebene erfolgt, einen

großen Raum, aber es besteht die Gefahr, dass das volle Ausmaß des Leids und sein Durcharbeiten in der wiederholenden Reinszenierung zu wenig Raum hat. Das Baby und das kleine Kind sind aber hier auf eine Vollständigkeit des therapeutischen Rahmens angewiesen. Diese verschiedenen Aspekte sollen in einzelnen Abschnitten erläutert werden. Zunächst folgt die Darstellung des therapeutischen Konzepts, wie der Film es darstellt und dann die Darstellung des aus der Humanistischen Psychologie kommenden Behandlungskonzepts der „verstehenden Baby- und Kindertherapie", die eine Ressource für eine Überwindung der geschilderten Spaltung sein könnte.

Darstellung des verhaltenstherapeutischen Konzepts

Das Behandlungskonzept in der Abteilung „Pädiatrische Psychosomatik" in der Kinder- und Jugendklinik in Gelsenkirchen betrifft die klinische Behandlung von Babys und kleinen Kindern mit schweren Verhaltensstörungen, Schlaf- und Essstörungen, Neurodermitis, Asthma und Allergien. Mindestens drei Wochen lang bleiben Eltern und Kinder in der Klinik und durchlaufen ein umfassendes Programm: Verhaltenstraining, Esstraining, Schlaftraining, Psychotherapie und Erziehungscoaching. Dieses Programm folgt einer ausschließlich verhaltenstherapeutischen Orientierung: Das Verhalten der Babys und kleinen Kinder wird als „dysfunktionales" Verhaltensmuster klassifiziert, das durch ein Training durch ein „funktionales" Verhaltensmuster ersetzt werden soll. Ein Problem dabei besteht darin, dass in keiner Weise der Hintergrund oder die Ursachen der als „dysfunktional" qualifizierten Verhaltensmuster geklärt werden. Vielmehr setzt man ganz auf das Training. Um die „dysfunktionalen" Muster aufzuheben, unterbricht man „gewaltsam": Die kleinen Kinder werden von den Eltern getrennt, indem sie allein in einen die „Mäuseburg" genannten Raum gebracht werden. Das damit verbundene verzweifelte Schreien muss ausgehalten werden, weil die Kinder dann wegen der Erfolglosigkeit ihres anklammernden und störenden Verhaltens dieses schließlich aufgeben und für ein kooperatives Verhalten bereit sind. Eine solche Trennung erfolgt auch beim sogenannten Schlaftraining durch Alleinlassen im dunklen Zimmer. Beim Essen hat die Zeitvorgabe von 20 Minuten diesen Zweck einer Grenzsetzung. Wenn das Kind in diesem Zeitraum nichts isst, bekommt es auch danach nichts mehr. Neben diesen sehr schematischen Vorgaben zeigt der Film aber auch gute klinische Zusammenhänge: Die Mütter lernen, auf den Stress des Kindes nicht mit Gegenstress und Spannung zu reagieren, sondern Ruhe zu bewahren. Auch die Beobachtung eines wesentlichen Problems beim sogenannten dysfunktionalen Verhalten wird richtig benannt: Die Eltern geraten bei Schwierigkeiten dahin, sich von den Kindern und deren Wohlbefinden abhängig zu machen, und zwar nach dem Motto „Wenn es meinem Kind gut geht, dann geht es auch mir gut; darum muss ich meinem Kind alle Wünsche erfüllen". Damit sind die Kinder überfordert, weil sie gerade den Rückhalt und die Orientierung in der elterlichen Beziehung brauchen und darauf angewiesen sind. Deshalb ist es wichtig, dass die Eltern sich wohlfühlen und einen lebendigen Rahmen setzen, dann kann sich auch das Kind darin wohlfühlen. Da diese Umpolung aber gewissermaßen „gewaltsam" erfolgt, dadurch, dass man das Kind seine Ohnmacht erleben lässt, besteht die Gefahr, dass die Veränderungen, die im Film gezeigt werden, nicht wirklich in lebendiger Weise vom Kind kommen, sondern eigentlich ein Aufgeben und eine Gefügigkeit darstellen. Wenn etwa das Kind im dunklen Zimmer schließlich aufhört zu weinen, kann das eine Art Erstarrung und Hoffnungslosigkeit bedeuten, was dann als Erfahrung gespeichert wird. Für diese Vermutung spricht, dass die Kinder nach einer „geheilten" Essstörung sich zwar füttern lassen, aber mit vollständig ausdruckslosen Gesichtern.

Andererseits ist auch zu berücksichtigen, dass es sich wirklich um Kinder mit schweren Störungen und großen Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung handelte, die meist mehrere therapeutische Settings, zum Teil bindungsorientierte und analytisch orientierte, erfolglos durchlaufen hatten, weshalb die „Erfolge" der klinischen Behandlung doch sehr beachtlich sind.

Darstellung des Behandlungskonzepts der „Verstehenden Baby- und Kindertherapie"

Neben dem verhaltenstherapeutischen und dem analytisch orientierten Ansatz gibt es noch den Ansatz der zur Zeit noch wenig bekannten verstehenden Baby- und Kindertherapie, wie er von kreativen Therapeuten aus dem Feld der Humanistischen Psychologie wie William Emerson, Karlton Terry, Franz Renggli, Thomas Harms und anderen entwickelt worden ist. Deren Vorgehen beruht auf der Annahme, dass das Baby oder das Kind in seinem Verhalten überfordernde und unverarbeitete Erfahrungen vor, während und nach der Geburt gewissermaßen szenisch

Problematische Spaltung zwischen den Psychotherapierichtungen

Ausblendung der Folgen frühester Belastungen

berichtet, die sich einfühlend verstehen lassen. Das sogenannte dysfunktionale Verhalten wird also als szenische Mitteilung verstanden und als Wiederholung einer Situation leidvoller Überforderung erschlossen. So kann etwa ein zu enger Kragen die existenzielle Not bei einer Nabelschnurumschlingung bei der Geburt triggern und die Angst, einen Pullover über den Kopf zu ziehen, die Not einer zu großen Erfahrung von Enge bei der Geburt, und die Angst vor Dunkelheit die Panikgefühle bei einem Geburtsstillstand und so weiter. Insbesondere in Bezug auf die Geburt lassen sich diese szenischen Wiederholungen sehr genau analysieren und sind recht umfassend beschrieben (Brock 2017, Emerson 2012, Janus 2018a).

Der entscheidende Unterschied zum therapeutischen Klima bei dem verhaltenstherapeutischen Konzept besteht darin, dass sich das Baby oder Kleinkind hier vom Therapeuten existenziell verstanden fühlt und auf die therapeutische Begleitung aus seinem eigenen Potenzial antwortend reagiert, wie in einigen exemplarischen Videos auch unmittelbar dokumentiert ist. Diese Kritik eines zu geringen Verstehens betrifft auch die Situation in der analytisch orientierten Therapie, weil sie von der Ebene eines symbolischen Interpretierens die frühe Wirklichkeit dieser vorsprachlichen Erfahrung zu wenig erreicht.

Interpretation der im Film gezeigten therapeutischen Dynamik

Die Erfahrungen im Setting der „verstehenden Baby- und Kindertherapie" können auch zu einem Verständnis der im Film gezeigten „Erfolge" beitragen: Das Arrangement in der klinischen Behandlung bietet erst einmal einen elementaren Schutz und einen sicheren Raum, den die Kinder und auch die Eltern für eine wirkliche Entlastung und das Wagnis einer Veränderung brauchen. Ein ambulantes Setting kann bei diesen schweren Störungen hierfür nicht ausreichen. Mit den sogenannten Trainings können Wiederholungen von leidvollen frühesten und meist vorsprachlichen Erfahrungen verbunden sein, was eine Fixierung durchaus auflösen kann, wenn sich die Wiederholung im Rahmen einer überzeugend wohlwollenden und sicher erlebten Beziehung geschieht. Auch hierfür bietet der Film Beispiele. Aus der Sicht der „verstehenden Baby- und Kindertherapie" ermöglicht jedoch das Verständnis für die verursachenden Erfahrungszusammenhänge eine Vertiefung des begleitenden einfühlenden Verstehens und damit eine große Sicherheit in der Beziehung, wodurch im positiven Falle ein Neubeginn von den Potenzialen des Kindes her möglich werden kann. In diesem Sinne könnte dieser aus der Humanistischen Psychologie herkommende Ansatz eine Ressource und Anregung für den verhaltenstherapeutischen Ansatz sein.

Fazit

Das Problem in der Diskussion des Films besteht darin, dass diese Ansätze der verstehenden Baby- und Kindertherapie in der therapeutischen Community im Wesentlichen nicht bekannt sind. Deshalb schwankt die Diskussion polemisch zwischen einer zwar „erfolgreichen" verhaltenstherapeutischen Therapie und einer die nachgeburtliche Bindungssicherheit und deren Bewahrung betonende analytisch orientierte Kinderpsychotherapie, die aber bei schweren Fällen oft therapeutisch relativ hilflos ist, hin und her. Dabei besteht das Problem der analytisch orientierten Kinderpsychotherapie darin, dass sie, wie gesagt, vornehmlich von einer symbolischen und damit reiferen Ebene der Entwicklung ausgeht und damit die Folgen von traumatischen Erfahrungen auf einer vorsprachlichen existenziellen Ebene nicht ausreichend erreichen kann, die sich eben nur in Form der szenischen Wiederholungen vergegenwärtigen können.

Weil frühe Belastungen vor, während und nach der Geburt so gravierende und belastende Folgen haben können, ist hier die präventive Unterstützung der werdenden Mütter in ihrer Beziehung zu ihrem Kind vor der Geburt und in ihrer eigenen mütterlichen Kraft, ein Kind in sich zu tragen und zu gebären, so bedeutsam, wie sie unter anderem eine Geburtsvorbereitung im Wasser vermitteln kann. Einen Einblick in diese Art der Geburtsvorbereitung vermittelt der Film „Lebendige Geburt" (Janus 2018b). In die gleiche Richtung arbeitet die „Förderung der vorgeburtlichen Mutter-Kind-Beziehung", siehe www.bindungsanalyse.de.

Dr. med. Ludwig Janus

Studium der Psychologie und Medizin in München, Essen und Göttingen. Psychoanalytische Weiterbildung in Göttingen und Heidelberg. Seit 1975 Psychoanalytischer Psychotherapeut und Pränatalpsychologe in eigener Praxis. Veröffentlichungen zur Pränatalen Psychologie und zur Psychohistorie. Mitglied verschiedener Fachgesellschaften, www.Ludwig-Janus.de.

Literaturverzeichnis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2nbNbVu).

Steffen Landgraf

Angestellt in der Forensik

Ein Gespräch mit Dr. Christian Hartl, Psychologischer Psychotherapeut und therapeutischer Leiter in der Klinik für Forensische Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Regensburg.

Die Vielfalt der Möglichkeiten Psychologischer Psychotherapeuten[1] (PP) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) im Angestelltenbereich sind der DPtV sehr wichtig. Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl psychotherapeutischer Angestellter in Deutschland stellt der Angestelltenausschuss der DPtV immer wieder verschiedene Berufsbilder vor. Im vorliegenden Interview wurde Dr. Christian Hartl, der als erfahrener Forensiker und approbierter Psychotherapeut in einer Leitungsfunktion in Bayern tätig ist, ausgewählt. Das Gespräch führte Dr. Steffen Landgraf, Mitglied des Angestelltenausschusses sowie des JPT-Sprecherteams in der DPtV.

1 Hinweis: Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit des Textes wird das männliche Geschlecht (zum Beispiel Psychotherapeuten, Kollege, Straftäter et cetera) verwendet. Es ist aber immer auch die weibliche und drittgeschlechtliche Variante inkludiert.

Der Werdegang

Dr. Christian Hartl ist seit 1997 im Bezirksklinikum Regensburg bei den Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (Medbo) psychotherapeutisch tätig. Bis 2002 arbeitete er in der neurologischen Rehabilitation, um dann ein Jahr als Bildungsreferent in der betrieblichen Weiterbildung zu lehren. Von 2003 bis 2017 war er in der Erwachsenenforensik als Therapeut tätig und evaluierte im Rahmen der Katamnese-Untersuchung psychotherapeutische Behandlungsverläufe. Seit 2017 ist er therapeutischer Leiter in der forensischen Jugendpsychiatrie. Christian Hartl approbierte 1999 mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und promovierte 2013 über die Katamnese forensischer Patienten.

Dr. Christian Hartl (rechts) und Dr. Steffen Landgraf (links) aus Regensburg

Die Arbeit

Die Klinik für Forensische Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Regensburg ist die erste und derzeit einzige Einrichtung im Freistaat Bayern mit dem Zweck der Unterbringung psychisch kranker, jugendlicher Straftäter. Sie bietet psychische Versorgung für jugendliche und heranwachsende strafrechtlich Verurteilte im Alter von 14 bis 21 Jahren. Darüber hinaus ist eine Unterbringung bis zum vollendeten 24. Lebensjahr möglich. Die Arbeit des hier leitenden Psychotherapeuten umfasst vor allem die Steuerung der stationären Behandlungsverläufe. Darüber hinaus stehen die Anleitung der Berufsgruppe, Einzel- und Teamsupervisionen sowie Fortbildungsangebote im Vordergrund. Schließlich gilt es, auch als Sachverständiger für Strafrecht und Jugendstrafrecht (PTK) Prognose- und Zusatzgutachten zu erstellen, in denen die für die forensische Arbeit wichtigen Fragen der Schuldunfähigkeit beziehungsweise der Legal- und Rückfallprognose geklärt werden. Themenschwerpunkte für Christian Hartl sind vor allem Gewalt- und Sexualstraftäter, Persönlichkeitsstörungen sowie Testdiagnostik. Um die durch Vorbehalte gegenüber Straftätern gekennzeichnete Zusammenarbeit im ambulanten

Die Angestelltentätigkeit beschreibt Christian Hartl als sinnstiftend beziehungsweise als „einen Wert an sich".

Bereich zu intensivieren, bietet Christian Hartl häufiger auch Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen an, die insbesondere an ambulanter Nachsorgebehandlung von Straftätern interessiert sind.

Die Vorzüge

Christian Hartl arbeitet seit mehr als 21 Jahren in angestellter Tätigkeit, den überwiegenden Teil davon in der Forensischen Psychiatrie. Die Angestelltentätigkeit beschreibt er für sich als sinnstiftend und erstrebenswert beziehungsweise als „einen Wert an sich". Woher kommt diese Überzeugung, obwohl die Angestelltentätigkeit oftmals als eine Art des „Übergangs zur Selbstständigkeit etwa in die eigene Praxis" gewählt wird? Laut Christian Hartl bietet eine Angestelltentätigkeit mit Blick auf den forensischen Arbeitsalltag einige spezifische Pluspunkte:

Für die Umsetzung einer guten psychotherapeutischen Versorgung ist die Schaffung stärkerer beruflicher Entwicklungschancen für PP und KJP von Bedeutung.

Forensische Arbeit macht Sinn!

Denn sie bietet die Möglichkeit, den Patienten zu helfen und dadurch zukünftige Straftaten zu verhindern und Opfer zu schützen. Alle empirischen Studien zu diesem Thema legen nahe, dass die Behandlung von Straftätern zu einer Senkung des Rückfallrisikos und damit zu einer besseren Legalprognose führt. Demnach liegt in der forensisch-psychotherapeutischen Arbeit auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Stationäre forensische Behandlung ermöglicht einen sehr guten Einblick in die Lebensrealität der Patienten.

Im Vergleich mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen hat man in der Forensik im Bereich der Langzeitaufenthalte die Möglichkeit, die Patienten in sehr unterschiedlichen Alltagssituationen und über einen langen Zeitraum zu erleben. Hierzu zählen neben der eigentlichen Therapiesitzung auch Situationen auf der Station, zum Beispiel im Umgang mit Personal, mit Mitpatienten, jedoch auch in Therapiegruppen, in der Arbeits- und Ergotherapie, beim Essen, beim Hofgang oder in der Sporttherapie. Der therapeutische Fortschritt wie auch stagnierende Prozesse von Patienten sind in diesem Umfeld „hautnah" zu beobachten und mitzuerleben. Selbst bei möglichen Belastungserprobungen, bei denen Patienten „gelockert" werden, das heißt eine bestimmte Zeit außerhalb der Institution verbringen dürfen, bleibt die therapeutische Betreuung sehr engmaschig. Es muss sich zum Beispiel persönlich auf der Station zurückgemeldet werden und Erfahrungen während der Zeit „draußen" bilden dann Inhalte der weiteren therapeutischen Arbeit. Durch diese vorgegebenen Rahmenbedingungen ergibt sich Alltäglichkeit und Authentizität des therapeutischen Kontakts, der eine Besserung der Patienten entscheidend begünstigt.

Forensische Psychotherapeuten übernehmen fachliche Verantwortung.

Speziell im Vergleich mit anderen psychiatrischen und neurologischen Kliniken kann in der Forensik als Psychotherapeut häufig hohe inhaltliche Verantwortung bei den Patientenbehandlungen übernommen werden. Selbstständiges Vorgehen durch den Bezugstherapeuten ist hier die Regel, wodurch auch andere Kompetenzen hinsichtlich der Therapieplanung und inhaltliche Schwerpunktsetzungen in die Behandlung mit einfließen können.

Die Herausforderungen

Im Gegensatz zu der hohen Verantwortung, die im Bereich der forensischen Patientenversorgung von Psychotherapeuten übernommen wird, gibt es einige Bereiche, die der strukturellen Verbesserung bedürfen, weil sie sonst den Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung auf Dauer nicht (mehr) gerecht werden können.

Trotz hoher Kompetenz nur wenige Befugnisse.

Während Psychotherapeuten in der Forensik hohe Verantwortung tragen und größere Mitspracherechte hinsichtlich der interdisziplinären Patientenversorgung genießen, gilt dies am Ende nicht bezüglich der Entscheidungs- beziehungsweise Befugnisstrukturen. Zum Beispiel werden Psychotherapeuten trotz hoher fachlicher Kompetenz und langjähriger Ausbildung wie auch Erfahrung kaum für Leitungspositionen berücksichtigt. Die Gründe sind vielfältig. Christian Hartl verweist hierbei auf überwiegend traditionelle Klinikstrukturen und Vorurteile gegenüber der Tätigkeit von Psychotherapeuten. Um dies zu verbessern sollten seines Erachtens benötigte Reformen angeschoben und Krankenhausgesetze entsprechend angepasst werden.

Veränderungen der Strukturen auf Leitungsebene sind nötig.

Leitungsstellen für Psychotherapeuten sind systemimmanent äußerste Mangelware in Krankenhäusern. Dennoch ist es der Medbo im Bezirksklinikum Regensburg gelungen, mit der Etablierung der Leitungsstelle für Christian Hartl als Psychotherapeut in der Forensischen Jugendklinik 2017 ein Ausrufezeichen (!) zu setzen. Hier lässt man psychotherapeutische Qualifikation und Kompetenz in eine Leitungsposition miteinfließen. Auch in Zukunft müsse ein solcher Weg, so Christian Hartl, möglich sein und weiter verfolgt werden. So sei es für die Umsetzung einer guten psychotherapeutischen Versorgung von Bedeutung, auch stärkere berufliche Entwicklungschancen für Psychologische Psychotherapeuten (PP) sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zu schaffen. Wünschenswert wäre es, analog zu Oberarzt-, Chefarzt- oder Pflegeleitungspositionen,

ähnliche Karrierechancen für PP und KJP bundesweit zu etablieren. Im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) im Januar 2019 deutet sich diese Notwendigkeit in der Versorgung mit zu verändernden Leitungsmöglichkeiten und -strukturen bereits an. In Zukunft könnte etwa die Anleitung von Psychotherapeuten in Weiterbildung, sogenannte PiW, in Kliniken ausschließlich durch weitergebildete Psychotherapeuten nach neuem Gesetz beziehungsweise approbierte Psychologische Psychotherapeuten (PP/KJP) nach altem Gesetz erfolgen. Demnach wären Leitungsstrukturen für Psychotherapeuten in Kliniken zu etablieren.

Verbesserung der Vergütungssituation.

Ähnliches gilt auch bei der tarifrechtlichen Situation. Seit langem werde über die gewerkschaftliche Arbeit (ver.di) und Verbändeaktivitäten eine Angleichung der angestellten PP, KJP, sowie der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) an den Facharztstatus beziehungsweise die Weiterbildung zum Facharzt gefordert. Bei der Besetzung einer therapeutischen Leitungsstelle bestehe im Moment kaum eine Möglichkeit, eine höhere Bezahlung tarifrechtlich einzufordern. Ein beliebtes Argument in diesem Zusammenhang sei, dass zum Beispiel die Vergabe von Medikamenten an eine Leitungsposition gekoppelt ist. Dies ist nicht notwendig und könnte hinterfragt werden, denn während in diesem Fall der Inhaber der Leitungsposition viel weitreichendere Aufgabengebiete und Verantwortungsbereiche aufweist (zum Beispiel Anleitung des Behandlungsteams), könnte die Letztverantwortung bei der Medikamentenverordnung von einem Stationsarzt, der sich etwa in der Facharztweiterbildung befindet, problemlos übernommen werden.

Die drei Wünsche

Wenn man als leitender psychotherapeutischer Angestellter drei Wünsche frei hätte, würde sich Christian Hartl folgendes für die Zukunft wünschen:

- Erstens, die Schaffung der Möglichkeit zur Übernahme von Leitungsverantwortung durch Verankerungen von Leitungspositionen für Psychotherapeuten (PP/KJP) in den Strukturen von Kliniken und Krankenhäusern.
- Zweitens, die Anpassung an facharztäquivalentes Gehalt für approbierte Psychotherapeuten (PP/KJP).
- Drittens, die Beendigung der prekären Ausbildungssituation für PiA durch die Schaffung tarifgerechter Anstellungsverhältnisse, etwa durch sozialrechtliche Absicherung, Rentenanerkennung und assistenzarzt-analoger Vergütung.

Das Fazit

Heute, da wir vor einer neuen Reform des Psychotherapeutengesetzes stehen, bleibt festzuhalten, dass die Reform des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1998 zwar dazu geführt hat, dass PP sowie KJP in die kassenärztliche Vereinigung (KV) als „gleichberechtigt" beziehungsweise im KV-System gleichgestellt mit aufgenommen wurden. Allerdings scheint eine wirkliche „Gleichstellung" für angestellte Psychotherapeuten (PP/KJP) im Alltag in Institutionen nicht gewährleistet. Dies betrifft vor allem die Möglichkeit zur Partizipation an personalverantwortlichen und strategischen Entscheidungen in der Klinik, berufliche Entwicklungschancen sowie die tarifrechtliche Vergütung.

Die dringend notwendige Abkehr vom Festhalten an überholten Strukturen im Angestelltenbereich sollte daher auch in der aktuellen Psychotherapeutenausbildungsreform Berücksichtigung finden. Qualifizierte und hochwertige psychotherapeutische Arbeit muss sich auch in den Strukturen und Entwicklungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten (PP/KJP/PiA/PiW) in den Kliniken beziehungsweise Institutionen niederschlagen. Denn nur so kann die hohe qualitative Patientenversorgung gesichert werden und die Stellen bleiben auch nach langjähriger Aus- und Weiterbildung für die Stelleninhaber attraktiv. Entsprechende Partizipation an Entscheidungsprozessen der Klinik durch Psychotherapeuten würde gewährleisten, dass psychotherapeutische Qualität und Kompetenz dem Versorgungsauftragsgeber, nämlich der regionalen Bevölkerung, zugutekommt. Denn so würden die Menschen in der jeweiligen Region vom psychotherapeutischen Versorgungsangebot am meisten profitieren.

Partizipation an Entscheidungsprozessen der Klinik durch Psychotherapeuten würde gewährleisten, dass psychotherapeutische Qualität und Kompetenz dem Versorgungsauftragsgeber, nämlich der regionalen Bevölkerung, zugutekommt.

Dr. habil. Steffen Landgraf

Seit 2012 Angestellter in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie im Bezirksklinikum Regensburg. Seine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie erhielt er 2018.

Markus Plantholz

Plausibilitätsprüfung

Bei fehlerhafter Honorarabrechnung haben die KVen das Recht der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist § 106d SGB V. Danach stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität.

Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann.

Gegenstand der behandlerbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag und der im Quartal abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand. Bei der Prüfung ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zugrunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zugrunde gelegt werden. Soweit der EBM Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt, sind diese bei den Prüfungen zugrunde zu legen. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragspsychotherapeuten zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots –, erbracht und abgerechnet worden sind. Die Konkretisierung der gesetzlichen Bestimmungen erfolgt durch die Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) mit derzeitigem Stand vom 7. März 2018.

Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Abrechnungsauffälligkeiten sind durch die Anwendung der Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, welche es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung zugrunde liegt. Unabhängig vom Tätigkeitsort wird dabei für alle unter der lebenslangen Arztnummer angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, angestellten Ärzten und Therapeuten sowie auch bei ermächtigten Therapeuten und Instituten gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt.

§ 8 Abs. 4 Abrechnungsprüfungs-Richtlinien bestimmt: Beträgt bei Vertragsärzten und -therapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag beziehungsweise bei in Vollzeit angestellten Ärzten und Therapeuten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, liegt ein sogenanntes Aufgreifkriterium vor. Es müssen dann weitere Überprüfungen nach § 12 Abrechnungsprüfungs-Richtlinien erfolgen. Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages beziehungsweise des Tätigkeitsumfangs des angestellten Arztes beziehungsweise Therapeuten ist anteilig zu berücksichtigen. Bei Psychotherapeuten mit einem hälftigen Versorgungsauftrag liegt demzufolge ein Aufgreifkriterium vor, wenn die Prüfzeit im Quartalszeitprofil bei mehr als 390 Stunden liegt. Sollte das TSVG, das für die Zukunft auch Versorgungsaufträge mit dem Faktor 0,75 vorsieht, Realität werden, dann würde entsprechend ein Quartalszeitprofil von mehr als 585 Stunden weitere Überprüfungen nach § 12 auslösen.

Von der Prüfzeit, die der EBM für einzelne Leistungen festlegt, ist die Kalkulationszeit zu unterscheiden, die für die punktzahlmäßige Bewertung einer Leistung im EBM maßgeblich ist. Da die Prüfzeit auf Auffälligkeiten bei der Leistungserbringung zielt, die die Richtigkeitsgewähr der Quartalserklärung erschüttern, liegt es in der Natur der Sache, dass die Kalkulationszeit im Normalfall länger ist als die Plausibilitätsprüfzeit, die in die Profile eingeht. Für die Psychotherapeuten besteht eine Besonderheit darin, dass die Plausibilitätsprüfzeit bei den wesentlichen zeitgebundenen Leistungen länger ist als die Kalkulationszeit. Dies gilt für die GOPen 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung). Diese Leistungen weisen eine Plausibilitätsprüfzeit von 35 Minuten,

aber eine Kalkulationszeit von nur 30 Minuten auf. Aber auch für die Leistungen des Kap. 35.4. EBM mit den Einzelbehandlungen im Rahmen von Kurzzeit- oder Langzeittherapien und für die GOP 35150 (Probatorische Sitzungen) – die Plausibilitätsprüfzeiten sind hier jeweils mit 70, die Kalkulationszeiten jeweils mit 60 Minuten festgelegt (vgl. dazu Anhang 3 EBM, https://bit.ly/2T7ORh8).

Weshalb ist dies so?

Teil des Standardbewertungssystems für die Vergütung nach dem EBM ist ein sogenannter Produktivitätsfaktor. Bei den genannten Leistungen der Psychotherapeuten fallen erhebliche Overheadzeiten (zum Beispiel für Dokumentation) an. Diese sind nicht unmittelbar in die Kalkulationszeit einbezogen. Dem zusätzlichen Aufwand hat der Bewertungsausschuss vielmehr dadurch Rechnung getragen, dass er Produktivitätsfaktor anstelle der bei ärztlichen Leistungen angesetzten 87,5 % nur 67,5 % beträgt. Das ist auch der Hintergrund dafür, dass das Bundessozialgericht (BSG) die längere Plausibilitätsprüfzeit in zwei neueren Entscheidungen als rechtmäßig angesehen hat (Urteile v. 24. Oktober 2018, Az. u.a. B 6 KA 42/17 R; auf diese Urteile komme ich gleich zurück).

Welche praktische Relevanz hat nun die Plausibilitätsprüfung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

§ 12 Abrechnungsprüfungs-Richtlinien regelt mögliche Rechtfertigungsgründe für eine solche Überschreitung, dies allerdings nicht abschließend. In der Praxis wenden von einem solchen Aufgreifkriterium betroffene Ärzte häufig ein, dass die Prüfzeiten auf durchschnittlich erfahrene Ärzte und durchschnittlich ausgeprägte Strukturen der Praxisorganisation zugeschnitten seien. Bei ihnen handele es sich aber um besonders erfahrene Behandler, die die betreffenden Leistungen in kürzerer Zeit zu erbringen in der Lage seien, beziehungsweise ihre Praxisstruktur sei besonders effizient. Tatsächlich war ein solcher Einwand bislang denkbar, denn in einer grundlegenden Entscheidung in der Frühphase der Plausibilitätsprüfung hat das BSG (Urteil v. 24. November 1993, Az. 6 RKa 70/91) entschieden: „Der Qualifizierung als Durchschnittszeit entspricht es, dass es sich hierbei nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten handelt, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden kann." Spätestens mit einem Urteil vom 21. März 2018 (Az. B 6 KA 47/16 R) hat sich dies nachhaltig geändert, denn nun führt das BSG aus: „Bei den im Anhang 3 zum EBM […] ausgewiesenen Prüfzeiten handelt es sich um durchschnittliche Zeiten, die auch von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden." Und weiter: „Die gesetzliche Regelung lässt keinen Raum für die Zugrundelegung von individuellen Zeiten. Ob der Kläger Befundungen schneller vornehmen kann als Ärzte seines Faches, ist unerheblich …" Daraus folgt zunächst einmal: Die Plausibilitätsprüfzeiten gelten ohne Wenn und Aber. Der Einwand, ein besonders erfahrener Therapeut sei in der Lage, eine Sitzung mit einer Mindestdauer von 50 Minuten zusammen mit dem Overheadaufwand zum Beispiel in 65 Minuten zu erbringen, aber nicht 70 Minuten zu benötigen, ist abgeschnitten!

Zum Tagesprofil

Allerdings ist zu unterscheiden zwischen den Auswirkungen auf die Tagesprofile und auf die Quartalsprofile. Eine probatorische Sitzung oder eine Einzelbehandlung nach Kapitel 35.4 EBM geht auf jeden Fall mit 70 Minuten in das Quartalsprofil ein. Wenn die Plausibilitätsprüfzeit von 70 Minuten allerdings einen Overheadanteil enthält, muss dieser nicht zwingend geschlossen am Tag der Sitzung erbracht worden sein. Ebenso ist denkbar, dass etwa Teile der Dokumentation zeitnah zum Beispiel am nächsten Tag erledigt werden oder an einem anderen Tag supervidiert wird. Das hat Konsequenzen für die Tagesprofile. Grundsätzlich gilt auch für Psychotherapeuten, dass die Überschreitung der zeitlichen Grenze von 12 Stunden Prüfzeit an drei Tagen innerhalb eines Quartals ein Aufgreifkriterium darstellt. Aufgrund der Besonderheit der Plausibilitätsprüfzeit dieser Ziffern ist es aber richtig und angemessen, den Overheadanteil nicht im Tages-, sondern nur im Quartalsprofil zu berücksichtigen. Dies ist Gegenstand der beiden Entscheidungen des BSG vom 24. Oktober 2018. In einem Fall hat die Klägerin in zwei Quartalen an mehreren Tagen jeweils 14 beziehungsweise 15 Sitzungen mit einer Mindestdauer von 50 Minuten abgerechnet. Auf Grundlage der in Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) festgelegten Prüfzeiten von jeweils 70 Minuten entspricht dies einer reinen Arbeitszeit der Therapeutin von täglich über 16 beziehungsweise 17 Stunden. Den Rückforderungsbetrag bestimmte die KV nach dem Verhältnis der Arbeitszeiten über zwölf Stunden zur gesamten Arbeitszeit. In seinem Terminbericht – die schriftlichen Urteile liegen noch nicht vor – führt das BSG nun aus: „Aus der Eigenart der in die Prüfzeit eingerechneten Overheadzeiten folgt vielmehr, dass die über die Kalkulationszeiten hinausgehenden Minuten nicht zum Nachweis einer tagesbezogenen Implausibilität herangezogen werden können. Der Therapeut kann solche Zeiten etwa für Supervision oder Reflexion an Tagen mit besonders hoher Patientenzahl zurückstellen und auf andere Tage verschieben. Für den längeren Zeitraum eines Quartalsprofils bestehen gegen die Einrechnung dieser nicht auf einzelne Tage bezogenen Zeiten hingegen keine Bedenken."

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Kalkulationszeit im Normalfall länger ist als die Plausibilitätsprüfzeit.

Grundsätzlich gilt, dass die Überschreitung der zeitlichen Grenze von 12 Stunden Prüfzeit an drei Tagen innerhalb eines Quartals ein Aufgreifkriterium darstellt.

Man kann also folgende Regeln aufstellen:

- Eine Psychotherapeutische Sprechstunde und eine Akutbehandlung fließen mit 30 Minuten in die Tagesprofile ein, aber mit 35 Minuten in die Quartalsprofile. Der Einwand im Rahmen eines Tagesprofils, die Mindestzeit „face to face" betrage nur 25 Minuten, trägt danach hingegen nicht.
- Eine probatorische Sitzung und Sitzungen der Richtlinienpsychotherapie fließen mit 60 Minuten in die Tagesprofile, aber mit 70 Minuten in die Quartalsprofile ein. Der Einwand im Rahmen eines Tagesprofils, die Mindestzeit „face to face" betrage nur 50 Minuten, hilft hingegen auch hier nicht.

Jüngst wurde bekannt, dass zumindest eine KV bei einem hälftigen Versorgungsauftrag ein Aufgreifkriterium annimmt, wenn die Prüfzeiten an mindestens drei Tagen innerhalb eines Quartals sechs Stunden überschreitet. Die KV geht also davon aus, dass bei einem hälftigen Versorgungsauftrag nicht nur die Quartalsprüfzeit, sondern auch die Prüfzeit für das Tagesprofil zu halbieren ist. Das halte ich für falsch: Zwar spricht vordergründig der eingangs dargestellte Wortlaut des § 8 Abs. 4 Abrechnungsprüfungs-Richtlinien dafür, wonach die Prüfzeiten bei einem reduzierten Umfang des Versorgungsauftrags anteilig zu berücksichtigen sind. Dass dies dem Wortlaut nach auch für Tagesprofile gelten könnte, dürfte aber auf einer redaktionellen Ungenauigkeit beruhen, denn erstens muss es den Psychotherapeuten natürlich überlassen bleiben, an einzelnen Arbeitstagen gemessen an den Prüfzeiten mehr als sechs Stunden für die Versorgung aufzuwenden – irgendeine Vermutung eines Qualitätsverlustes kann diesem Umstand sicher nicht entnommen werden. Zweitens verdeutlicht die weitere Regelung, dass die Quartalsprüfzeit für ermächtigte Ärzte nur 156 Stunden beträgt, während die Tagesprüfzeit auch dann noch zwölf Stunden beträgt. Deshalb kann es nur um die Quartalsprüfzeit gehen, die anteilig nach dem Umfang des Versorgungsauftrags berechnet wird.

Zum Quartalsprofil

Dem Quartalsprofil von 780 Stunden bei voller Zulassung oder Anstellung in Vollzeit liegt rechnerisch die Annahme einer durchgehenden Fünf-Tage-Woche für 52 Wochen im Jahr aus (3.120 Stunden), die auf die vier Quartale gleichmäßig umgelegt werden. Unterstellt man, dass voll zugelassene Psychotherapeuten zu 90 % Leistungen nach den GOPen 35150, 35151, 35152 und Kap. 35.4. EBM erbringen und 10 % auf die sonstigen Leistungen entfallen, hieße dies, dass circa 702 Stunden der Plausibilitätsprüfgrenze auf die zeitgebundenen Leistungen nach den vorstehenden GOPen entfallen können. Das entspricht dann über 600 „großen" Sitzungen – eine durchaus gewaltige Leistungsmenge, die deutlich macht, dass das Quartalsprofil für voll zugelassene Psychotherapeuten im absoluten Normalfall vollkommen unproblematisch ist. Probleme könnten sich aber für Vertragspsychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag ergeben, deren Zahl beständig zunimmt. Denn die halbierte Grenze zum Aufgreifkriterium bedeutet dann übersetzt etwa 300 „große" Sitzungen im Quartal, und dies kann natürlich ohne Weiteres einmal vorkommen – insbesondere in den KV-Bezirken, in denen die Leistungsmengen bei hälftigen Zulassungen nicht entsprechend der früheren sogenannten Zeitkapazitätsgrenzen budgetiert sind.

§ 12 Abrechnungsprüfungs-Richtlinien bestimmt zwar, dass gleichsam als Rechtfertigungsgründe für ein erhöhtes Stundenaufkommen im Quartal insbesondere die Beschäftigung eines genehmigten Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten), Jobsharing, aber auch eine fachliche Spezialisierung in Betracht kommen können. Die Abrechnungsprüfungs-Richtlinien dienen vor allem der Korrektur fehlerhafter Abrechnungen, sodass man meinen sollte, dass dem betreffenden Psychotherapeuten auch der Nachweis der Leistungserbringung in dem abgerechneten Umfang (zum Beispiel durch Sitzungsprotokolle, Terminbücher, Befragung von Versicherten) keineswegs abgeschnitten ist. Dem Vernehmen nach hat das BSG in den mündlichen Verhandlungen am 24.10.2018 aber wohl erkennen lassen, dass es in den zeitlichen Grenzen des Quartalsprofils auch einen qualitativen Schutz sieht und deshalb dazu neigt, einen solchen Einwand nicht zuzulassen. Der Bedrohung von einem Regress muss man sich also in einem solchen Fall gewahr sein.

Was empfiehlt sich bei einem hälftigen Versorgungsauftrag in einem KV-Bezirk, in dem der Honorarverteilungsmaßstab keine mengenmäßige Begrenzung der Leistungen vorsieht, und den sein Inhaber besonders stark auslastet?

- Erstens: Es ist keine gute Idee, in einem Quartal durchgehend zu arbeiten und dabei mehr als 23 bis 24 „große" Sitzungen in jeder einzelnen Woche zu erbringen, dafür aber den gesamten Urlaub eines Jahres oder die gesamten Fortbildungszeiten in ein einzelnes Quartal zu legen. Besser ist es, wenn die Abwesenheitszeiten einigermaßen verteilt werden. Das hilft bereits.

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.

- Zweitens: Hilfreich kann außerdem der Zusammenschluss zu Berufsausübungsgemeinschaften sein. Denn § 8 Abs. 6 Abrechnungsprüfungs-Richtlinien bestimmt, dass für Berufsausübungsgemeinschaften die Obergrenze für das Quartalszeitprofil mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte beziehungsweise Therapeuten multipliziert werden kann. In einer Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei hälftig zugelassenen Behandlern gilt dann zum Beispiel wieder die addierte Plausibilitätsprüfgrenze von 2 x 390 Stunden = 780 Stunden, bei drei hälftig zugelassenen Behandlern ergeben sich 1.170 Stunden und so weiter. Dies kann die Flexibilität erheblich erhöhen.

Abschließend sei kurz auf die Frage eingegangen, wie es sich mit angestellten Psychotherapeuten verhält. Hier ergeben sich praktische Fragen vor allem deshalb, weil die Abrechnungsprüfungs-Richtlinien mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie kollidieren. Denn nach dieser gelten folgende Anrechnungsfaktoren für die Bedarfsplanung:

Bei einer vertraglich vereinbarte Arbeitszeit
- bis zu 10 Stunden pro Woche Anrechnungsfaktor 0,25,
- über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5,
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75,
- über 30 Stunden pro Woche 1,0.

Die Plausibilitätsprüfgrenzen für das Quartal liegen damit deutlich jenseits dieser dem jeweiligen Versorgungsauftrag entsprechenden wöchentlichen Arbeitszeiten! Hierzu hat das Sozialgericht München in einem Urteil vom 11. Oktober 2016 (Az. S 38 KA 1611/14) festgestellt, dass es damit faktisch zu einer Diskrepanz komme. Insbesondere sei zu berücksichtigen, dass sich mehrere angestellte Psychotherapeuten desselben MVZ oder derselben Praxis vertreten könnten. Das bayrische Landessozialgericht hat dann in zweiter Instanz (Urteil vom 17. Januar 2018, Az. L 12 KA 123/16) ergänzt, dass auch bei zwei Arztstellen im Umfang von je 0,5 eine Grenze von insgesamt 780 Stunden als Obergrenze anzunehmen sei. Mittlerweile regeln dies die Abrechnungsprüfungs-Richtlinien in § 8 Abs. 6 auch ausdrücklich. Die Versorgungsaufträge aller Angestellten werden also im Rahmen der Plausibilitätsprüfung addiert; weiterhin gilt aber, dass ein einzelner Angestellter natürlich nicht Leistungen mit einer Prüfzeit von mehr als 780 Stunden im Quartal erbringen kann.

Sitzungs- und Abwesenheitszeiten sinnvoll verteilen.

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

I V S

Institut für Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin und Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2015

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

Laufend neue Termine

- **Gerichtsgutachter/in – Forens. Sachverständige/r**
  Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil - u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine: **DP Michael Hinn** „Besondere Rolle des Gutachters im familienrechtlichen Gutachten, Abfassen des schriftlichen Gutachtens“ 15.-17. März 2019 (Modul Familienrecht)
  Richter Patrick Junold „Der Sachverständige im Strafverfahren aus juristischer Sicht“ 23./24. März 2019 (alle Module)
  DP Michael Hinn „Grundlagen u. Strategien d. Diagnostik im familienrechtl. Gutachten“ 6./7. April 2019 (Modul Familenrecht)
- **EMDR-Zusatzqualifikation**: „EMDR Grundkurs“ 23./24. März 2019 **Dr. DP Georg Pieper**
  „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 13. Juli 2019 **Dr. DP Georg Pieper**
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken) - Nächster Termin: **Dr. Hans Jellouschek u. Bettina Jellouschek-Otto** „Grundkonzepte der Systemisch-integrativen Paartherapie“ 15./16. März 2019 *Neu !*
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen** 200 WE, Curriculum mit zum Teil individuell wählbaren Seminarthemen und -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie *Neu !*
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)
  Nächster Termin: **DP Frauke Niehues** „B3 Indirekte Kommunikation und Induktion“ 29./30. März 2019
  C-Seminar: **Dr. DP Cornelie Schweizer** „C-Seminar: 66 mal Trance pur" 19./20. Juli 2019
  Nächstes Einführungssem.: **Dr. DP Burkhard Peter** „KE (B1) Einführung in die Ericksonsche Hypnose u. Therapie“ 6./7. Dez. 19

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

Zum Vormerken: **16. Fachtagung des IVS** am 23. November 2019

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

Thomas Winkler

Gesetzliche Krankenversicherung

auch für Psychotherapeuten interessant

Selbstständige und Freiberufler sind grundsätzlich nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungs- und beitragspflichtig. Sie können sich privat oder freiwillig gesetzlich versichern.

Mindestbemessungsgrundlage ist zum 1. Januar 2019 gesunken.

Eine freiwillige gesetzliche Versicherung ist aber nicht in jedem Fall möglich, insbesondere ist es schwierig, wieder von einer privaten Versicherung in die gesetzliche Versicherung zurück zu wechseln. Gerade Praxisgründer lassen sich gern von attraktiven Tarifen der privaten Krankenversicherungen locken. Langjährige Praxisinhaber, die sich privat versichert haben, suchen dagegen angesichts der steigenden Beitragsbelastung im Alter nach einer Möglichkeit des Wechsels. Dies ist zwar nach wie vor schwierig, aber seit 2017 doch in einigen Fällen möglich.

Freiwillige Versicherung für Praxisgründer attraktiver

Es gibt zwei gute Argumente, die für eine gesetzliche Krankenversicherung sprechen, denn das Beitragsverfahren wurde reformiert. Seit 1. Januar 2018 zahlen freiwillig gesetzlich Versicherte Beiträge, die an ihre persönliche Einkommensentwicklung angepasst werden. 2019 ist die Mindestbemessungsgrundlage gesunken.

Beitragsvorauszahlungen und finale Festsetzung nach Steuerbescheid

Seit 2018 gibt es zunächst vorläufige Beitragsvorauszahlungen auf Basis des letzten Steuerbescheids. So waren in 2018 in der Regel Beiträge auf Basis des Bescheids für 2016 vorauszuzahlen. Sobald der Bescheid für 2017 vorlag, wurden die Vorauszahlungen ab dem nächsten Monat angepasst. Liegt der Steuerbescheid für 2018 vor, kommt es zur endgültigen Festsetzung und damit zu Nachzahlungen oder zu Erstattungen.

Werden die tatsächlichen Einnahmen nicht innerhalb von drei Jahren nach Ende des jeweiligen Kalenderjahres nachgewiesen, werden Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt (siehe Beispiel 1).

Beispiel 1
Ein Psychotherapeut hat in 2017 einen Gewinn in Höhe von 30.000 Euro erzielt (Steuerbescheid vom 30. September 2018). In 2018 erwirtschaftet er einen Gewinn in Höhe von 48.000 Euro (Steuerbescheid vom 5. November 2019) und in 2019 in Höhe von 44.000 Euro (Steuerbescheid vom 3. Februar 2021).

Ab dem 1. Januar 2019 muss der Psychotherapeut zunächst Beiträge auf Basis des Gewinns aus 2017 vorauszahlen: monatlich 365 Euro (14,6 % x 30.000/12). Ab 1. Dezember 2019 erhöht sich die Vorauszahlung auf Grundlage des Steuerbescheids für 2018 auf monatlich 584 Euro (14,6 % x 48.000/12). Für 2019 werden damit insgesamt Vorauszahlungen in Höhe von 4.599 Euro (11 x 365 Euro + 1 x 584 Euro) geleistet.

Mit dem Steuerbescheid für 2019 werden dann die Krankenversicherungsbeiträge für 2019 endgültig auf 6.424 Euro (14,6 % x 44.000) festgesetzt. Der Unternehmer muss also 2021 noch 1.825 Euro nachzahlen. Zudem werden die Vorauszahlungen angepasst.

Hinweis: Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag (durchschnittlich 0,9 %) und der Pflegeversicherungsbeitrag (3,05 % beziehungsweise 3,25 % für Kinderlose) wurde im Beispiel vernachlässigt.

Mindestbemessungsgrundlage 2019 gesunken

Ein Wermutstropfen war bisher die hohe Mindestbemessungsgrundlage (2018: 2.283,75 Euro). Damit mussten auch Selbstständige mit sehr geringen Einkommen einen Mindestbeitrag von monatlich 333,43 Euro zuzüglich Zusatzbeitrag zahlen. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für die freiwillig versicherten hauptberuflich

Selbstständigen wurde zum 1. Januar 2019 auf 1.038,33 Euro reduziert, sodass monatlich nur 151,60 Euro (1.038,33 Euro x 14,6 %) zuzüglich Pflegeversicherung und gegebenenfalls Zusatzbeitrag zu zahlen sind. Die bisherige besondere Mindestbemessungsgrenze für Existenzgründer und Härtefälle fällt weg.

Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung

Privat krankenversicherten Selbstständigen ist der Rückweg in die gesetzliche Versicherung nur möglich, wenn sie ihre Selbstständigkeit aufgeben, vor Vollendung des 55. Lebensjahres wieder sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden und das Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegt (60.750 Euro in 2019 für alle ab 2003 privat Versicherten, 54.450 Euro für diejenigen, die bereits vor dem 1. Januar 2003 als Arbeitnehmer privat krankenversichert waren). Nach Vollendung des 55. Lebensjahres ist nur noch eine beitragsfreie Familienversicherung beim gesetzlich versicherten Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner möglich, vorausgesetzt, das Gesamteinkommen des Familienversicherten übersteigt monatlich nicht 445 Euro. Vor Vollendung des 55. Lebensjahres die Praxis aufzugeben und sich anstellen zu lassen und wieder pflichtversichert zu werden, löst das Problem aber nur teilweise. Zudem ist dabei auch zu beachten, dass eine steuerlich begünstigte Praxisveräußerung (Freibetrag bis zu 45.000 Euro und ermäßigter Steuersatz in Höhe von 56 % des persönlichen Steuersatzes) erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres möglich ist.

Doch selbst ein gelungener Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung garantiert im Rentenalter keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Dafür müssen bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt werden. Um zu prüfen, ob die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt sind, wird der Zeitraum zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und der Stellung des Rentenantrags betrachtet. Entscheidend ist die zweite Hälfte dieses Zeitraums. Hiervon müssen mindestens 9/10 der Zeit mit Pflichtversicherung, freiwilliger Versicherung oder Familienversicherung nachgewiesen werden. Das scheint zunächst fast unmöglich zu sein. Eine Gesetzesänderung zum 1. August 2017 erleichtert jedoch den Zugang zur KVdR. Für jedes Kind (leibliches Kind, Adoptiv- oder Pflegekind) werden pauschal drei Jahre Versicherungszeit angerechnet. Wer das Kind tatsächlich erzogen hat und ob für die Betreuung die Erwerbstätigkeit unterbrochen wurde, ist unerheblich. Siehe dazu auch Beispiel 2.

Beispiel 2
Eine Psychotherapeutin, Mutter von drei Kindern, führt ihre Praxis 30 Jahre selbstständig, bevor sie sie an ihre Kinder übergibt und noch für zehn Jahre nichtselbstständig beschäftigt wird. Die Psychotherapeutin ist während ihrer Selbstständigkeit privat krankenversichert und als Angestellte dann zehn Jahre gesetzlich pflichtversichert. Für eine Pflichtversicherung in der KVdR muss die Psychotherapeutin in den letzten 20 Jahren ((30 + 10) x ½) vor Rentenbeginn 18 Jahre Vorversicherungszeit nachweisen. Nachweisen kann sie zehn Jahre (Pflichtversicherung) sowie neun Jahre für die drei Kinder, insgesamt also 19 Jahre. Die Psychotherapeutin ist damit in der KVdR pflichtversichert. Sie muss nur Beiträge in Höhe von 7,3 % (Anteil des Rentners) zuzüglich der Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrags ihrer Renteneinkünfte zahlen, die anderen 7,3 % sowie die Hälfte des Zusatzbeitrags werden von der gesetzlichen Rentenversicherung getragen.

Ohne die Gesetzesänderung oder mit nur zwei Kindern würde die Psychotherapeutin die Vorversicherungszeit für die KVdR nicht erfüllen. Sie könnte sich jedoch als Rentnerin freiwillig gesetzlich weiterversichern. Voraussetzung für die freiwillige (Weiter-)Versicherung ist, dass für die letzten fünf Jahre mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen werden kann. Die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung als Rentner ist unproblematisch, solange nur Renteneinkünfte erzielt werden. Auf Antrag zahlt der Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur Krankenversicherung in Höhe von 7,3 % aus dem Betrag der gesetzlichen Rente, sodass nur 7,3 % zu zahlen sind. Kommen aber beispielsweise noch Mieteinkünfte hinzu, muss ein freiwillig gesetzlich Versicherter auch diese – bis zur Beitragsbemessungsgrenze – verbeitragen. Auf diese weiteren Einkünfte würde sogar der volle Beitragssatz von 14,6 % zuzüglich Zusatzbeitrag fällig.

Mindestens 9/10 der Zeit müssen mit Pflichtversicherung, freiwilliger Versicherung oder Familienversicherung nachgewiesen werden.

Thomas Winkler
Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Schwerin, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.
Kontakt: ETL ADMEDIO Schwerin
Telefon 0385 551566
admedio-schwerin@etl.de
www.steuerberater-admedio-schwerin.de

DPtV CAMPUS-Veranstaltungen

April – Juni 2019

April

03.04.2019, Osnabrück
Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-21

05.04.2019, Dortmund
Praxisseminar sozialrechtliche Befugnisse und Psychotherapie-Richtlinie
Michael Ruh
DPtV CAMPUS 19-22

05.04.2019, Berlin
Start in die Selbstständigkeit
Kerstin Sude
DPtV CAMPUS 19-23

05.04.2019, Nürnberg
Spezielle Psychotherapie bei Diabetes – Psychodiabetologie
Dr. Andrea Benecke
DPtV CAMPUS 19-24

13.04.2019, Leipzig
Berufliche Möglichkeiten in einer psychotherapeutischen Praxis
Amelie Thobaben
DPtV CAMPUS 19-27

27.04.2019, Hamburg
Diagnostik im Rahmen der überarbeiteten PT-Richtlinie
Dr. Enno E. Maaß
DPtV CAMPUS 19-28

Mai

06.05.2019, Köln
Bundesvorstand vor Ort – Thema E-Health: Telematik, Online-Therapie, Elektronische Patientenakte – wozu soll das gut sein?
Bundesvorstand der DPtV
DPtV CAMPUS 19-30

08.05.2019, Berlin
Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen in der VT
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-29

11.05.2019, Berlin
Berufsbezogene Psychotherapie – Hintergründe, Konzepte, Strategien
Prof. Dr. Andreas Hillert
DPtV CAMPUS 19-32

17.05.2019, Berlin
Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – eine schulenübergreifende, störungsspezifische Psychotherapie für chronisch depressive Patienten
Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier
DPtV CAMPUS 19-33

22.05.2019, Kassel
Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen in der VT
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-35

24.05.2019, Frankfurt
Anstellung in der psychotherapeutischen Praxis
Sabine Schäfer
DPtV CAMPUS 19-36

24./25.05.2019, Hannover
Psychopharmakologie für Psychotherapeuten
Nienke Anna Hofrichter,
Prof. Dr. Matthias Rose
DPtV CAMPUS 19-37

Juni

05.06.2019, Hamburg
Praxisseminar sozialrechtliche Befugnisse und Psychotherapie-Richtlinie
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-38

14.06.2019, Münster
Rechtsfragen in der psychotherapeutischen Praxis
Jens-Peter Jahn
DPtV CAMPUS 19-39

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

SYLTER PRAXISTAGE

19.06.2019, Westerland
WS 1: Gruppentherapie-Zulassung und die neuen Möglichkeiten der reformierten PT-Richtlinie
Sabine Schäfer
DPtV CAMPUS 19-40

21.06.2019, Westerland
WS 4: Praxisentwicklung – Kauf, Verkauf, Kooperationen
Dr. Hans Nadolny
DPtV CAMPUS 19-43

22.06.2019, Westerland
WS 6: Anstellung in der psychotherapeutischen Praxis
Sabine Schäfer, Martina Apel
DPtV CAMPUS 19-45

28.06.2019, Nürnberg
Die therapeutische Beziehung – Übertragung und Gegenübertragung
Prof. Dr. Michael Ermann
DPtV CAMPUS 19-47

Rainer Sachse, Meike Sachse
Klärungsorientierte Psychotherapie der schizoiden, passiv-aggressiven und paranoiden Persönlichkeitsstörungen
2017, Hogrefe
149 Seiten
ISBN 9783801728441 (Print)
24,95 €
ISBN 9783840928444 (eBook)
21,99 €

Rezensiert von
Marie-Christine Reiswich

Persönlichkeitsstörungen werden im therapeutischen Alltag oft gemieden: „Schon wieder einer dieser schwierigen Patienten!". Mithilfe von praxisnahen Lehrbüchern, wie das von Rainer und Meike Sachse soll die oft verbreitete Sorge, sich als Therapeut keine Persönlichkeitsstörungen zuzutrauen, abgebaut werden. Das Buch orientiert sich am doppelten Handlungsregulationsmodell, das federführend für die Sachse-Bücher steht. Hier fokussieren sich die Autoren auf drei „Distanzstörungen". Die drei Persönlichkeitsstörungen werden, ähnlich aufgebaut, vorgestellt. Zuerst werden Charakteristika und DSM-Kriterien erläutert. Dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata sowie Normschemata der jeweiligen Störungen werden beschrieben. Anschließend werden das Manipulations- und Testverhalten sowie die Images und Appelle beschrieben. Aufgrund der genauen Strukturierung und der Unterpunkte ist das Buch sehr leicht und angenehm zu lesen. Einzelne hervorgehobene Kästen mit Erklärungen zu diversen Besonderheiten der Störungen (zum Beispiel das hohe Ausmaß an Alienation schizoider Patienten oder die besondere Schwere der paranoiden Persönlichkeitsstörung mit fünf frustrierten Beziehungsmotiven) unterstreichen die wichtigsten Punkte in der therapeutischen Grundhaltung und in der komplementären Beziehungsgestaltung. Hier werden die Therapiegründe, die Therapiephasen und die praktischen Übungen anhand von Beispielfragen und Transkripten basierend auf Fallbeispiele vorgestellt, was den Mehrwert der Bücher von Sachse hervorhebt.
Viele andere Lehrbücher zu Persönlichkeitsstörungen verbleiben auf der theoretischen Ebene, praktische Therapieinhalte fehlen oft. Besonders nennenswert bezüglich der Praxisnähe des Buches sind dabei konkrete Vorgehensweisen zur biographischen Arbeit, zur Ressourcenaktivierung und zur Konfrontation bei Persönlichkeitsstörungen. Das Lehrbuch ist zudem gegenüber Persönlichkeitsstörungen sehr wohlwollend geschrieben: Es wird immer wieder betont, dass die schwierige Beziehungsgestaltung eine Überlebensstrategie ist und die Entwicklung von dysfunktionalen Strategien notwendig waren.

Aktuelle Rezensionsangebote

Unsere Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter www.dptv.de (bit.ly/2N4ky8J).

Zu bemängeln sind, wie bei vielen anderen Büchern aus der Psychotherapie, die spärlichen Abbildungen. Empfehlenswert wäre ebenfalls ein Kapitel zur Psychohygiene beim Behandler, da Persönlichkeitsstörungen, trotz Verständnis für die zugrundeliegenden komplexen Schemata, den Behandler an eigene Grenzen bringen können. Wünschenswert wären auch weitere Strategien im Umgang mit massivem Testverhalten des Patienten, insbesondere wenn diese als Therapeut nicht „bestanden wurden" und der Patient, aus dem Leidensdruck heraus, trotzdem eine Therapie wünscht.
Das Buch ist sowohl für Psychotherapeuten in der Ausbildung als auch für erfahrene Therapeuten, die in der Praxis oder in der Klinik arbeiten, sinnvoll.

Adressen DPtV

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

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

Fragen rund um die Mitgliedschaft
mitgliederverwaltung@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

Kooptiertes Bundesvorstandsmitglied
Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
ameliethobaben@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung
Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg
Dr. Alessandro Cavicchioli
Mitarbeiterin: Annika Pfänder
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
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg
Ilka Zänker
Am Frauenberg 1
15907 Lübben
Telefon 0354 68971
ilka.zaenker@t-online.de

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

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

Hessen
Else Döring
Sophienstraße 29
60487 Frankfurt
Telefon 069 515351

Landesgeschäftsstelle Hessen
c/o Ilka Heunemann
Mitarbeiterin: Martina Büschel
Badweg 3
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo, Mi 9.30 – 12.30 Uhr
Di, 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
karen.franz@dptv-mv.de

Niedersachsen
Felicitas Michaelis
Tannenstraße 12
48488 Emsbüren
Telefon 05903 9359299

Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Felicitas Michaelis
Mitarbeiterin: Sarah Soldato
Tannenstraße 12
48488 Emsbüren
Telefon 05903 9355845
Mo, Di, Do 8.30 – 13.00 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
c/o 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, 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@quivital.de

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

Sachsen-Anhalt
Jeannette Erdmann-Lerch
Bahnhofstraße 6
29410 Salzwedel
Telefon 03901 3064050
jeannette.erdmann-lerch@dptv.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
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 23500973
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen
medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Str. 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · 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
Elternschule/kinofreund.com (S. 38/39), AdobeStock, schnugmedia, privat

Hinweise für Autoren
Ein Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung ist über die Kontaktanschrift der Redaktion erhältlich.

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

Druck
Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebknecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)

ISSN 1869-0335

Jobsharing

Jobsharing-Anstellung ab 01.07.19 in **Osnabrück** für einen approbierten Psychotherapeuten/in mit geplanter Übernahme der halben Praxis (KV-Zulassung vorhanden). Bewerbungen unter: dr.b.spies@gmail.com

Stellenangebote

Ausbildungs-Assistent/-in von Gemeinschaftspraxis gesucht Nähe Kassel Hbf., 20 Stunden-Stelle, 2000,- brutto.

Telefon 0172 2812328

Wir suchen für unsere psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis in **Dortmund** zum 1. April 2019 einen approbierten Kollegen/eine Kollegin zur Anstellung auf einen halben Praxissitz.

Infos zur Praxis unter www.praxis-am-richterbusch.de.

Bei Interesse melden Sie sich bitte unter mail@praxis-am-richterbusch.de.
Dipl.-Psych. Angelika Hilverling

Anzeigenschluss für Heft 2.2019:

29. April 2019

Praxisabgabe

Bremerhaven: 2 halbe Praxen zu verkaufen, Vt, Tp und AT. Für KiJu liegt eine Abrechnungsgenehmigung vor. KV-Zulassung vorhanden. Die beiden halben Praxen können auch zu einer vollen Praxis zusammengefasst werden.
Ab: 01.04.2019.
E-Mail: angela-ulbricht@web.de

Suche aus Altersgründen (69 J.) Nachfolger/in für meine psychotherapeutische Praxis. Die Praxis befindet sich in ländlicher Umgebung im nördlichen **Odenwaldkreis** (Frankfurt und Darmstadt sind gut zu erreichen). Die Praxis ist seit Jahren gut eingeführt und sehr gut ausgelastet. Eine Kassenzulassung (halber Sitz, VT) ist vorhanden.

Bei Bedarf kann eine Singlewohnung im gleichen Anwesen (schöne alte Hofreite) zur Verfügung gestellt werden.

Kontakt:
Irmgard Georgi, Tel. 06163 5452 oder
E-Mail: irmgard-georgi@t-online.de

Ertragsstarke VT-Praxis Erwachsene, KV-Zulassung vorhanden. Ganze ggf. auch halbe Praxis zum 01.01.2020 zu verkaufen. Option für den Erwerb einer weiteren Praxis aus Praxengemeinschaft zum 01.06.2022, KV-Zulassung vorhanden. Landkreis Heilbronn.
Kontakt: frerha@web.de

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

Praxisvermietung

Praxisraum (ca. 20 qm)
tageweise zu vermieten
Altbau/Erdgeschoss
in Osteopathiepraxis
41749 Viersen-Süchteln
Telefon 02162 1024895

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente
und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Telefon 02234 949170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Nicht suchen.
Finden.
Mit einer Anzeige hier.

Kleinanzeigenpreise 2019

Pro Millimeter: 2,90 €

Mindesthöhe: 20 mm

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

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

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

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

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Anzeigen

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

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

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

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

Psychotherapie Aktuell wird klimaneutral gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier.

klimaneutral gedruckt
www.klima-druck.de
ID-Nr. 1976609
bvdm.

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C081629

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Inserentenverzeichnis

AWP Berlin .....Seite 33
Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn .....Seite 19
Elron GmbH, Essen .....Seite 11
Institut Rhein-Eifel GmbH, Andernach .....Seite 37
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....Seite 47
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....Seite 27

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
Psychotherapeutische Fachpraxis Weinspach, Münster

Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 31. Mai 2019.

25 JAHRE
medica mondiale
Kein Krieg auf meinem Körper.
Frauen leben ohne Gewalt.
Spenden auch Sie!
IBAN: DE92 3705 0198 0045 0001 63

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

ALTE UND NEUE SÜCHTE – WIE NÜTZLICH IST PSYCHOTHERAPIE?

SYMPOSIUM 2019

Vorträge und Diskussion

Abhängigkeitserkrankungen sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und stellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie bestehende Therapiekonzepte immer wieder vor neue Herausforderungen.

In der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen stehen derzeit nicht mehr nur die stoffgebundenen Süchte wie z.B. Alkohol und Medikamente im Vordergrund. Hinzugekommen sind in den letzten Jahrzehnten u.a. stoffungebundene Süchte, wie beispielsweise der pathologische Internet- und Computerspielkonsum, die viele Fragen aufwerfen und neue Therapiekonzepte benötigen.

Wir wollen diese vorstellen und mit Ihnen diskutieren, welche Therapiekonzepte sich in der Praxis bewähren und wie die Versorgung der Patienten bedarfsgerecht(er) ausgestaltet werden kann.

Mit Akteurinnen und Vertretern aus unterschiedlichen Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik erörtern wir in unserer Podiumsdiskussion, welche Hürden bei der ambulanten Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen bestehen. Zudem gehen wir der Frage nach, wie sich Kooperationen mit dem Suchthilfesystem verbessern und die ambulante psychotherapeutische Suchtbehandlung stärken lassen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und auf ein spannendes Symposium 2019.

Weitere Informationen auf www.dptv.de

Anmeldung

Der Besuch der Veranstaltung ist kostenfrei. Eine schriftliche Anmeldung wird erbeten bis zum **22. Mai 2019** über unser Online-Formular auf www.dptv.de, per E-Mail an bgst@dptv.de oder per Fax an 030 235009-44.

Zertifizierung

Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte beantragt.

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

5. JUNI 2019, 14.00-19.30 UHR

Tagungswerk
Lindenstraße 85
10969 Berlin