

Gebhard Hentschel

# Richtlinie zur Komplexversorgung

Die DPTV begrüßt die Verabschiedung der Erstfassung einer „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL). Gleichzeitig sehen wir erhebliche Hemmnisse in der Umsetzbarkeit und Nachbesserungsbedarf. In diesem Beitrag beschreiben wir die Inhalte der KSVPsych-RL.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kommt mit der Beschlussfassung am 2. September 2021 nach umfangreichen Beratungen und Abstimmungsprozessen, wenn auch verspätet, einem Auftrag des Gesetzgebers im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (§ 92 Absatz 6b SGB V) nach.

Die KSVPsych-RL beschreibt den strukturellen Rahmen, eines überwiegend ambulanten Versorgungsangebots, dass nach einer Veröffentlichung im Bundesanzeiger und Einigung zur Vergütung neuer Leistungsziffern im (erweiterten) Bewertungsausschuss in den Regionen umgesetzt werden kann.

## § 1 Zweck und Versorgungsziele

Ziel dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

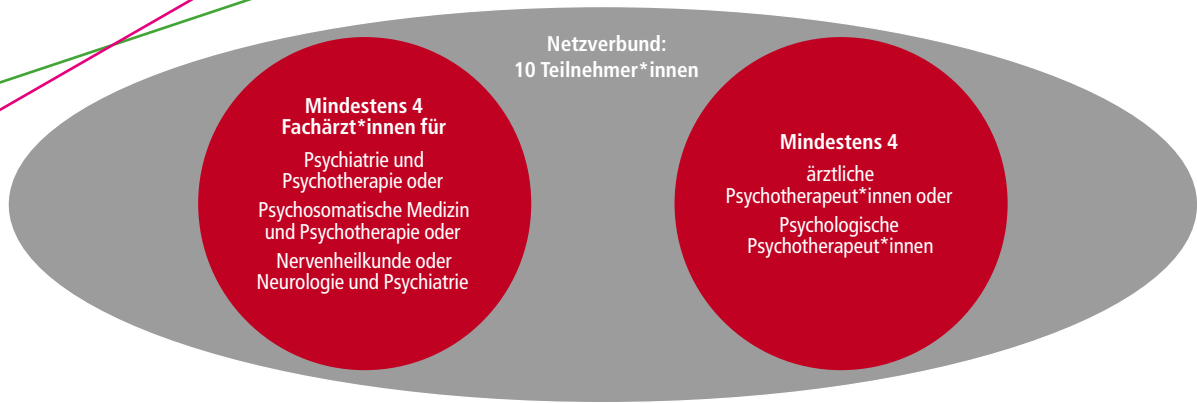
Dieses soll, unter Einbeziehung des Patientenwillens, durch folgende Maßnahmen erreicht werden (§ 1 Abs. 3):

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
4. Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
5. Koordination der Versorgung der Patient\*innen im Netzwerk,
6. abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

## § 2 Definition der Patientengruppe

Patient\*innen können von dieser Versorgungsstruktur profitieren:

1. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr,
2. mit einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM,
3. bei einer deutlichen Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus: Orientierungswert für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von höchstens  $\leq 50$ ,
4. bei Vorliegen eines komplexen Behandlungsbedarfs mit mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer\*innen unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 2 bis 3.



**§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer\*innen**

Voraussetzung für ein regionales Angebot entsprechend dieser Richtlinie ist die Bildung eines Netzverbundes mit zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer\*innen (Netzverbundmitglieder). Netzverbundmitglieder können sein Leistungserbringer\*innen oder Angestellte bei Leistungserbringer\*innen der folgenden Fachgruppen (§ 3 Abs. 2):

1. Fachärzt\*innen für
  - a. Psychiatrie und Psychotherapie,
  - b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,
2. ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen
3. Fachärzt\*innen für Neurologie.

Der Netzverbund benötigt eine Mindestgröße von zehn der oben genannten Leistungserbringer\*innen. Davon müssen mindestens vier Fachärzt\*innen für a. Psychiatrie und Psychotherapie oder b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie sein und vier ärztliche oder Psychologische Psychotherapeut\*innen.

Die oben genannten Netzverbundmitglieder schließen einen Netzverbundvertrag mit weiteren Kooperationspartnern (§ 3 Abs. 3):

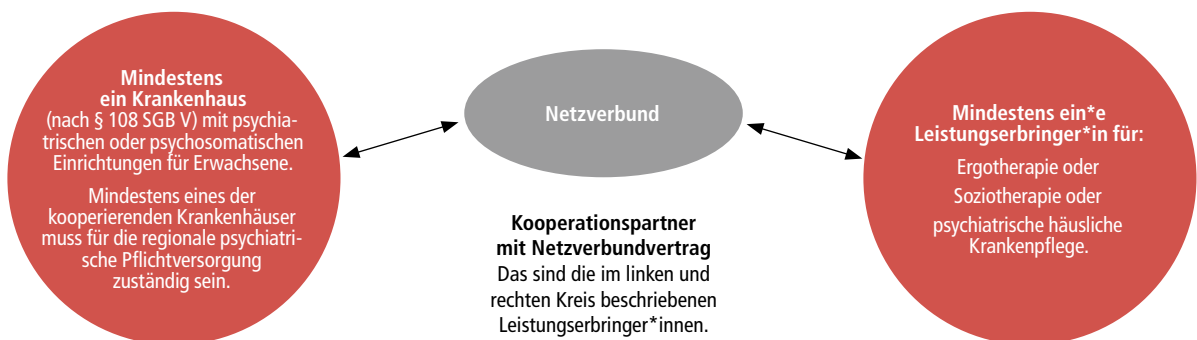
1. mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene. Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. und
2. mindestens einer Leistungserbringerin/einem Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie oder Soziotherapie.

Kann der Behandlungsbedarf von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationsvertragspartner\*innen nicht gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall zusätzliche Leistungserbringer\*innen einbezogen werden, insbesondere Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen für die Behandlung von Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Die Versorgung nach dieser Richtlinie von Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10 GM F10-F19) setzt voraus, dass eines der mit dem Netzverbund kooperierenden Krankenhäuser eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann.

Darüber hinaus sollen zur Erreichung des Versorgungsziels besonders berücksichtigt werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer\*innen der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer\*innen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und
9. psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.



Netzverbundverträge und Kooperationsverträge müssen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Prüfung und zur Genehmigung der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie vorgelegt werden. Auch Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes und der Kooperationspartner sind mitzuteilen. Bei Fehlen der Mindestvoraussetzungen ist die Genehmigung zu entziehen (§ 3 Abs. 9 und 10).

Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen KV und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) zur Information der Patient\*innen mit. Die KVen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit (§ 3 Abs.11).

**Kontinuität der Behandlung**

Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringer\*innen, die bereits die Patient\*innen wegen der psychischen Erkrankung im Sinne dieser Richtlinie behandeln, sollen auf Wunsch der Patient\*in und in Absprache mit der Bezugärztin/dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/dem Bezugspsychotherapeuten in die Versorgung einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass sie dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für Absprachen zu Verfügung stehen (§ 3 Abs.12).



### § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Bezugsärzt\*innen oder Bezugspsychotherapeut\*innen sind die zentralen Ansprechpartner\*innen. Sie sind verantwortlich für:

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile in Abstimmung mit der Patientin/dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person,
2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und falls erforderlich die Veranlassung einer Behandlung.

Sie gehören als Netzverbundmitglieder folgenden Fachgruppen an: Fachärzt\*innen für a. Psychiatrie und Psychotherapie oder b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie oder ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen.

Sie oder er muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patient\*innen an eine nichtärztliche Person zu delegieren.

Auch zugelassene Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, die Kooperationsvertragspartner nach dieser Richtlinie sind, können sich durch eine Fachärztin/einen Facharzt oder eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten dieser Institution als Bezugärztin/Bezugsarzt oder als Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut beteiligen.

Die Netzverbände legen Regelungen fest, in welcher Weise eine Patientin/ein Patient eine Bezugärztin/einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin/einen Bezugspsychotherapeuten erhält (§ 4 Abs. 2).

Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung in dieser Funktion.

Ein Wechsel zu einer anderen Leistungserbringerin/einem anderen Leistungserbringer ist möglich, dabei sind die Wünsche der Patientin/des Patienten zu berücksichtigen.

### § 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

Die Koordination der Versorgung der Patient\*innen müssen an eine nichtärztliche Person übertragen werden. Diese sollte der Patient\*in vertraut sein. In Frage kommen für diese Aufgabe verschiedene Berufsgruppen:

1. Soziotherapeutische Leistungserbringer\*innen,
2. Ergotherapeut\*innen,
3. Leistungserbringer\*innen für psychiatrische häusliche Krankenpflege,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiter\*innen,
6. Sozialpädagoge\*innen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psycholog\*innen.

Die Fachgruppen zu 4. bis 8. können koordinieren nur mit einer fachspezifischen Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen.

## § 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

Kerngedanke einer koordinierten Versorgung ist die Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer\*innen in einem Netzverbund. Die Netzverbundmitglieder sollen durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards für folgendes Sorge tragen:

1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung,
2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in eine Eingangssprechstunde nach einer Überweisung oder Empfehlung, innerhalb von sieben Werktagen,
3. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, ebenfalls innerhalb von sieben Werktagen,
4. zeitnaher Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes,
5. eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation),
6. eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen,
7. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende Elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes,
8. Betreuung der Patient\*innen in Krisen, gegebenenfalls in Kooperation mit bereits bestehenden Bereitschaftsdiensten,
9. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes,
10. patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zuständigen Leistungserbringer\*innen in regelmäßigen Abständen,
11. Einsatz eines Qualitätsmanagementverfahrens sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (beispielsweise Qualitätszirkel). Die Versorgung erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung (Einwilligungserklärungen sind einzuholen) der Patient\*innen in die allgemeine Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots, die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer\*innen sowie den erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

Die Beratung und Behandlung können über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden.

## § 7 Zugang

Patient\*innen erreichen diese Versorgung über eine Überweisung oder Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einem Netzverbundmitglied erfolgt ist. Eine Empfehlung kann auch im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert, erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Netzverbünde und gegebenenfalls einen Termin für ein Erstgespräch.

**1. April 2022**

**vfkv**

**TAGUNG FRAUENCHIEMSEE**

**Meditieren oder digitalisieren?  
Konträre oder komplementäre Trends in der Psychotherapie?**

Mit Ausstellern zu den Themen Digital Mental Health & Virtual Reality sowie renommierten Dozenten:

- Prof. Dr. Andreas Mühlberger
- Prof. Dr. Ulrich Stangier
- Prof. Dr. Michael Zaudig

Mit Fortbildungspunkten der PtK-Bayern bzw. BLÄK | Jetzt anmelden unter: [www.vfkv.de/tagung2022](http://www.vfkv.de/tagung2022)



## § 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob die Versorgungsform für die Patientin/den Patienten geeignet ist (Kriterien siehe § 2). Für ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen sind dafür die psychotherapeutischen Sprechstunden nach § 11 Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen. Den an dieser Versorgung beteiligten Fachärzt\*innen für a. Psychiatrie und Psychotherapie oder b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, steht eine „differenzialdiagnostische Abklärung“ nach dieser Richtlinie zur Verfügung. Diese beinhaltet eine psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung auf dessen Grundlage diese Fachgruppen einen vorläufigen Gesamtbehandlungsplan erstellen.

Die KSVPsych-RL legt auch bereits fest, dass bei folgenden Indikationen Bezugsbehandler\*innen nur eine Bezugsärztin oder Bezugsarzt sein kann. Sofern bei Patient\*innen:

1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen oder
2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen oder
3. psychopharmakologische Behandlungen mit einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema vorliegen.

Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Die Patient\*innen soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.

Der Beginn der Versorgung einer Patientin/eines Patienten in einem Netzwerk ist anzeigepflichtig gegenüber der zuständigen Krankenkasse.

### § 9 Gesamtbehandlungsplan

Orientierung für die Patient\*innen und die an der Behandlung Beteiligten bietet der Gesamtbehandlungsplan. Dieser wird auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten durch die Bezugärztin/den Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten erstellt.

Der Gesamtbehandlungsplan enthält:

- die Therapieziele,
- Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen,
- den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,
- Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung,
- Angaben zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringer\*innen außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie,
- einen Kriseninterventionsplan,
- die namentliche Benennung der Person, die die Koordination durchführt.

### § 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

Die Koordination durch die in § 5 genannten Berufsgruppen umfasst:

1. das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
2. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer\*innen,
3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringer\*innen, Vorbereitung von weiteren Hilfen,
4. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit Hinwirken auf Termintreue,
5. das Aufsuchen der Patientin/des Patienten in seinem häuslichen Umfeld,
6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen,
7. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems,
8. Kontaktaufnahme und Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

## EGO-STATE-THERAPIE Bonn

### Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



*Unser spezieller Qualitätsbonus:  
Wir unterrichten im Team.  
Vorträge im Wechsel, lebendige  
Praxisdemos auch online, intensive  
Kleingruppenbetreuung.*

### SPEZIALSEMINARE Curriculum 2021-22

#### Seminar 7 EMDR und EST am 28.+29.01.22

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

#### Seminar 8 Körpersprache am 18.+19.02.22

Die Körpersprache der Ego-States

#### Seminar 9 Die Times Methode mit Silke Großbach am 01.+02.04.22

Kreative und gestalterische Interventionen in der Ego-State-Therapie

### SONDERSEMINAR 2022

#### Seminar mit Jan Gysi am 15.+16.05.22

Diagnostik und strukturierte Erfassung von Traumafolgestörungen

### Curriculum 2022-23

#### Seminar 1 am 14.+15.01.22 / Seminar 2 am 04.+05.03.22 /

#### Seminar 3 am 29.+30.04.22 / Seminar 4 am 19.+20.08.22

Die Seminare 1-9 sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum: zur Ego-State Therapeut:in.

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten. Sie finden nach Möglichkeit als Präsenzseminare statt, ggf. hybrid. D.h. für eine kleinere Zahl von Teilnehmer:innen besteht die Möglichkeit, online dabei zu sein. Wenn nötig, werden die Seminare rein online durchgeführt, dennoch interaktiv.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei: [susanne.leutner@t-online.de](mailto:susanne.leutner@t-online.de)

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



### § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Zur Gewährleistung eines gegebenenfalls notwendigen nahtlosen Übergangs aus der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung wird das Entlassmanagement entsprechend erweitert und ein Termin für eine Eingangssprechstunde vereinbart.

Wird eine Patientin/ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief an die Bezugärztin/den Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.

Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin/eines Patienten nach dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf festgestellt und liegt das Einverständnis vor, werden dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele zur Verfügung gestellt.

Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante Psychotherapie durchgeführt wird, können erforderliche probatorische Sitzungen noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden.

### § 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

Der Behandlungsfortschritt und das Erreichen der Therapieziele wird regelmäßig und gegebenenfalls in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen vorgenommen. Das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird darüber hinaus halbjährlich geprüft, der Gesamtbehandlungsplan entsprechend angepasst.

Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird die Versorgung nach dieser Richtlinie aus anderen Gründen beendet, wird eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung frühzeitig angestrebt und ein Überleitungsplan erstellt; dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung beteiligten gewahrt werden.

Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

### § 13 Evaluation

Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patient\*innen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf Anpassungen vor.



**Gebhard Hentschel**

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Bundesvorsitzender der DPTV. Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Westfalen-Lippe und der VV der KBV, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Delegierter der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.