



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

14. Jahrgang | Ausgabe 2.2022



Wie dokumentiere
ich richtig?

KV-Wahlen 2022
– warum wählen?

Proaktiver Suizid
in hohem Alter

KLINISCHE ORGANISATIONS- PSYCHOLOGIE UND BETRIEBLICHE PSYCHOTHERAPIE **CURRICULUM**

Strategien zur betrieblichen Prävention
von Stressfolgen und psychischen Störungen

Neuer Kurs startet am 16.09.2022!

VERANSTALTUNGSÜBERSICHT

Modul 1 | Einführung
in das Curriculum

DIAGNOSTIK VON ARBEITS- BEDINGUNGEN UND -PROZESSEN

Modul 2 | Stressoren und Ressourcen
von Arbeitsbedingungen

Modul 3 | Systemische Aspekte
der Organisationsberatung

INTERVENTIONSMETHODEN UND -STRATEGIEN

Modul 4 | Anwendungsfelder und Perspektiven
der betrieblichen Gesundheitsförderung

Modul 5 | Marketingstrategien für Präventionsangebote

Modul 6 | Personenbezogene Strategien zum Umgang mit
Belastungen am Arbeitsplatz und Platzierung
professioneller Beratungs- und Interventionskonzepte

Modul 7 | Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention mit
Schwerpunkt Verhältnisprävention

Modul 8 | Coaching in Organisationen am Beispiel unterschiedlicher Konfliktlagen

ABSCHLUSSVERANSTALTUNG

Modul 9 | Abschlussveranstaltung mit Konzeptpräsentationen zum Thema
„Strategien zum Umgang mit psychischen Problemen am Arbeitsplatz“

DPTV CAMPUS



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

www.dptv-campus.de



**Bitte wählen Sie,
liebe Kolleginnen und Kollegen!**

Demnächst erhalten Sie von Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Aufruf, Vertreter*innen für die Vertreterversammlung Ihrer KV zu wählen. Diese meist in dezenten Farben gehaltene Schreiben mit den Wahlzetteln zum Ankreuzen animieren nicht unbedingt dazu, ausgefüllt zu werden. Und doch ist dieser unscheinbare Vorgang so wichtig für Sie und uns alle. Ihre vielfältigen und positiven Rückmeldungen zu unseren Möglichkeiten, Einfluss zu nehmen, und zu unserem Engagement in den Gremien haben uns sehr gefreut und positiv gestimmt. Vielen Dank dafür! Gemeinsam können wir unsere berufliche Zukunft gestalten und die für uns wichtigen Themen vorantreiben. Viele unserer Kandidat*innen aus den Länder-KVen blicken auf viele Jahre berufspolitischer Erfahrung zurück oder beginnen mit Unterstützung unseres erfahrenen Verbands ihr berufspolitisches Engagement. Wir möchten Sie herzlich bitten, ihnen mit Ihrer Stimme das Vertrauen zu schenken. Auch in dieser Ausgabe bieten wir Ihnen umfangreiche Informationen rund um die KV-Wahlen, damit Sie informiert partizipieren und mitbestimmen können.

Springen wir in unseren Arbeitsalltag: Eigentlich müssten wir froh und dankbar sein, dass die Akzeptanz einer psychotherapeutischen Behandlung in der Bevölkerung im Vergleich zur Vergangenheit deutlich gestiegen ist. Immer mehr Menschen holen sich in diesen Zeiten der Pandemie, der Krisen und existenzbedrohenden Ereignisse professionelle Hilfe – vorausgesetzt, sie finden einen Therapie-

platz. Das ist für viele Hilfesuchenden schwierig. Hinzu kommt die restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Rahmen der Kostenerstattung, wenn einfach kein Psychotherapieplatz in einer Vertragspraxis frei ist. Für uns unverständlich. Denn Hilfe wird jetzt gebraucht. Viele von uns sind bereits am Anschlag ihrer Möglichkeiten, um die fachlich notwendige Hilfe zu leisten. Wir brauchen deshalb eine patientengerechte Bewilligungspraxis der Kostenerstattung und kreative Lösungen, die Behandlungskapazitäten, zum Beispiel durch Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen, zeitnah zu erweitern.

Dafür und für alle anderen Themen kämpfen wir weiterhin für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen. Wir bleiben dran. Dabei sprechen wir mit einer starken Stimme, denn unsere Gemeinschaft wächst. Wieder haben neue Kolleginnen und Kollegen unserem Berufsverband ihr Vertrauen geschenkt. Wir begrüßen in diesem Jahr unser 20.000stes DPtV-Mitglied: Herzlich willkommen!

Im Namen des DPtV-Bundesvorstands

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV



Sterbegeldversicherung

Ein Todesfall ist immer ein schwerer persönlicher Verlust. Zu Schmerz und Trauer Ihrer Liebsten sollten nicht auch noch finanzielle Sorgen durch die Beisetzung dazukommen.

Mit einer Sterbegeld-Versicherung können Sie heute schon vorsorgen und Ihren Angehörigen die finanziellen Belastungen abnehmen, um diese vor unerwartet hohen Bestattungskosten zu schützen und um ein selbstbestimmtes und sorgenfreies Leben zu leben – egal was passiert.

Seit dem Wegfall des gesetzlichen Sterbegeldes müssen Ihre Angehörigen selbst für alle Bestattungskosten aufkommen. Für eine würdevolle Bestattung fallen heutzutage schnell mehr als 10.000 € an. Umso besser, wenn Sie Ihre Hinterbliebenen rechtzeitig absichern und alles in Ihrem Sinne regeln können. Berechnen Sie jetzt unverbindlich Ihren Beitrag für die Bestattungsvorsorge!

Ihre Vorteile mit der Bestattungsvorsorge, einem Produkt der DIREKTE LEBEN Versicherung AG

- Aufnahme garantiert ohne Gesundheitsprüfung für alle 40 bis 80-jährigen
- Volle Versicherungs-Summe im Todesfall schon nach 18 Monaten
- Sofortiger Schutz ab Versicherungs-Beginn bei Unfalltod
- Versicherungs-Summe individuell wählbar bis max. 20.000 €
- Im Todesfall gebührenfreie Beratung der Angehörigen zu allen Fragen rund um die Bestattung durch unseren Dienstleister, die Malteser.

Für wen lohnt sich die Bestattungsvorsorge?

Unsere Bestattungsvorsorge ist für Sie eine sinnvolle Vorsorge, wenn Sie

- zwischen 40 und 80 Jahre alt sind.
- Ihre Angehörigen finanziell entlasten möchten.
- z. B. eine Risiko-Lebensversicherung nicht abschließen können, da dort eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist.
- alleinstehend sind und sichergehen möchten, dass Ihre Bestattung nach Ihren Wünschen und Vorstellungen erfolgt.
- bereits konkrete Vorstellungen von Ihrer Bestattung haben.

Gute Gründe für die Bestattungsvorsorge bei der DIREKTE LEBEN Versicherung AG

- **Günstige Beiträge**
Sie sparen, weil wir als Direktversicherer eine äußerst schlanke Verwaltung mit effizienten Prozessen haben.
- **Sie bestimmen die Bezugsberechtigten**
Wer die Leistung aus Ihrer Bestattungsvorsorge erhalten soll, bestimmen Sie selbst. Zum Beispiel Kinder, Enkelkinder oder ein von Ihnen festgelegtes Bestattungsinstitut. Die Änderung des Bezugsrechts ist jederzeit möglich.

Sichern Sie sich und Ihre Angehörigen mit der Bestattungsvorsorge, einem Produkt der DIREKTE LEBEN Versicherung AG, ab! – ganz einfach und unkompliziert hier:



WIRTSCHAFTSDIENST DER



DPTv Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung



Ihre
Elron GmbH

Menzelstraße 26
45147 Essen
Telefon 0201 7221544
Telefax 0201 7221505
info@elrongmbh.de
www.elrongmbh.de



6 „Wir brauchen eine starke Vertretung durch Mitglieder unseres Berufsverbands in der Vertreterversammlung Ihrer KV, damit wir Ihre Interessen bestmöglich vertreten können.“

GESUNDHEITSPOLITIK

- 6 Sabine Schäfer KV-Wahlen 2022 – warum wählen?
- 8 Michael Ruh Was wir erreicht haben und erreichen wollen!
- 14 Cornelia Rabe Kostenerstattung

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 22 Charlotte Markert, Astrid Müller, Rudolf Stark Definition, Klassifikation und Diagnostik verschiedener Verhaltenssüchte
- 29 Hans-Joachim Schwarz Proaktiver Suizid in hohem Alter – eine vernünftige Option für ein selbstbestimmtes Lebensende?
- 36 Katharina Piening, Jan van Loh, Christiane Eichenberg Status Quo: Medienprobleme in der Psychotherapie

AUS DER PRAXIS

- 41 Sabine Schäfer Wie dokumentiere ich richtig?
- 42 Barbara Berner, Anne Maria Günther Rechtliche Grundlagen für die Dokumentation
- 47 Sabine Schäfer DPTV-Formulare als praktische Hilfestellung für eine gute Dokumentation
- 54 Claudia de Boer, Georges Steffgen Wohin mit meinem Ärger – psychotherapeutische Behandlungsansätze
- 59 Petra Lechtape Mit dem Rad in die Praxis

RECHT UND STEUER

- 60 Janine Peine BFH entscheidet zu Psychotherapeutenausbildung

NEWS

- 63 Beforscht: Psychotherapie und ihre Wirkung
- 63 Kurz gemeldet ...

CAMPUS

- 64 Veranstaltungen August bis Oktober 2022

REZENSIONEN

- 66 Essstörungen
- 67 Psychoanalytische Traumdeutung
- 68 Emotionsfokussierte Therapie

- 69 Kleinanzeigen
- 70 Impressum
- 71 Adressen DPTV



Sabine Schäfer

KV-Wahlen 2022 – warum wählen?

Die berufspolitisch Aktiven in der DPtV wurden bei der letzten Wahl vor sechs Jahren in alle Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Bundesvereinigung (KBV) zahlreich hineingewählt. In diesem Jahr wird in allen KVen neu gewählt. Wieder wird Ihre Stimme entscheiden, wer hier in Ihrer KV über die Vertreterversammlung mitbestimmen und die Belange der Psychotherapeut*innen mitgestalten darf. Die Wahl und das Wirken einer Vertreterversammlung scheint auf den ersten Blick – in der Gemengelage mit allen anderen Facharztgruppen – nicht so eine große Rolle zu spielen. Dazu kommt, dass die Vertreter*innen für unsere beiden Berufsgruppen der Psychotherapeut*innen auf zehn Prozent der Gesamtanzahl dieser Versammlung begrenzt sind. Aber gerade deshalb ist es wichtig, dass Sie geeignete Kolleg*innen aussuchen und mit Bedacht wählen.

Warum ist Wählen bei der KV-Wahl so wichtig?

Sie nehmen mit Ihrer Wahl der Mitglieder in die Vertreterversammlung Einfluss auf die (Aus-)Wahl von Kolleg*innen für bedeutsame KV-Ausschüsse und KV-Funktionen. Um hier für unsere beiden Berufsgruppen (PP und KJP) nur einige zu nennen:

- Mitwirkung im KV-Vorstand
- Amt eines den KV-Vorstand beratenden Psychotherapeuten
- Mitwirkung im Hauptausschuss
- Mitwirkung im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie oder Angestellte
- Mitwirkung im Ausschuss für die Honorarverteilung
- Mitwirkung im Finanzausschuss
- Mitwirkung im Qualitätsmanagement-ausschuss
- Mitwirkung in den Zulassungsgremien

Die Besetzung und Kompetenzfestlegung in den KV-Gremien werden in der Regel im Proporz zu der Anzahl der gewählten Vertreter*innen einer Wahlliste vergeben. **Das bedeutet, wir alle bestimmen als KV-Mitglieder über die Wahl der Vertreter*innen, wer sich im Laufe der nächsten Amtsperiode von insgesamt sechs Jahren für Ihre Interessen und Nöte aktiv einbringen kann!**

Mit Ihrer Wahlstimme können Sie Einfluss nehmen! Hier spielt neben der Erfahrung und dem persönlichen Engagement von Gewählten auch die Einbettung in ein kompetentes (Informations-)Netzwerk – durch einen erfahrenen Berufsverband – eine große Rolle.

Und Sie nehmen mit Ihrer Stimme für die KV-Wahl auch Einfluss auf die Politik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): Die sechs psychotherapeutischen Mitglieder in der KBV-Vertreterversammlung werden aus den gewählten psychotherapeutischen Mitgliedern der 17 KVen gewählt. Diese treffen sich am 1. Februar 2023 in der KBV und wählen aus ihrer Mitte sechs Vertreter*innen für die KBV-Vertreterversammlung.

Es ist bedeutsam, dass möglichst viele Vertreter*innen in allen KVen aus unserem Verband gewählt werden, damit wir auch auf der Bundesebene die Interessen unserer kassenzugelassenen DPtV-Mitglieder und der vielen potenziellen Neugründer*innen von Praxen in die Gremienarbeit einbringen und Entwicklungen mitgestalten können. Ihre Stimme bei der regionalen KV-Wahl hat somit auch einen bedeutenden Einfluss auf die Gremienarbeit und damit die Regelungen für die Psychotherapie, die vielfältig auf der Bundesebene abgestimmt werden. Wie in den KVen bestimmt auch in der KBV der Proporz in diesem Wahlgremium die Besetzung und Benennung in Ämter in den KBV-Gremien, in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Honorargremien, zum Beispiel dem Bewertungsausschuss.

Diese sechs Mitglieder in der Vertreterversammlung der KBV sollten gut und breit informiert und vernetzt sein, denn wir haben für unsere beiden Berufsgruppen nur diese sechs Psychotherapeut*innen in der insgesamt 60-köpfigen Vertreterversammlung

der KBV, die sich für uns einsetzen können! Das gewährleistet deren Zugehörigkeit in unserem starken Berufsverband, der Kolleg*innen unser beiden Berufsgruppen mit allen Fachkunden vertritt.

Unsere langjährigen Erfahrungen in den öffentlich-rechtlichen Institutionen zeigen sehr deutlich: Wir brauchen die Mitwirkung unserer Mitglieder über eine rege Beteiligung bei den Wahlen in die berufsrelevanten Gremien! Wir brauchen Ihre Stimme. Wir brauchen ein schlagkräftiges Potenzial in diesen Gremien! **Wir brauchen eine starke Vertretung durch Mitglieder unseres Berufsverbands in der Vertreterversammlung Ihrer KV, damit wir Ihre Interessen bestmöglich vertreten können.**

Wir haben als Berufsverband die Möglichkeit innovativ zu denken. Wir kennen als Berufsverband die Interessen und Nöte unserer Mitglieder genau und können diese direkt in die Gremienarbeit in der Kassenärztlichen Vereinigung und der Bundesvereinigung einbringen. Wir können mit dem Know-how und unserer Vernetzung kreative und innovative Eingaben machen, für diese unter den Vertreter*innen in der Versammlung um Mehrheiten werben und durch die Beschlüsse dieses Gremiums wichtige Innovationen und Veränderungen für unseren Berufsalltag erwirken und auf den Weg bringen.

Wir haben in den letzten sechs Jahren wieder viel für unseren Berufsstand erreicht und arbeiten weiter mit all unser Kraft an den alten und neuen Zielen. Welche, das lesen Sie bitte im folgenden Beitrag „Was wir erreicht haben und erreichen wollen!“.

2022 | KV-Wahl

#DPtVwählt

Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen
18.07.- 01.08.2022	27.10.- 09.11.2022	06.09.- 04.10.2022	05.09.- 27.09.2022	12.10.- 19.10.2022	08.06.- 05.07.2022	12.09.- 04.10.2022	30.05.- 17.06.2022	01.11.- 16.11.2022

NRW-Nordrhein	NRW-Westfalen-Lippe	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
13.06.- 12.08.2022	20.09.- 30.09.2022	02.11.- 16.11.2022	Ende Juni - 04.07.2022	17.06.- 01.07.2022	25.08.- 15.09.2022	31.08.- 14.09.2022	13.06.- 24.06.2022





20~~X~~22 | **KV-Wahl**
#DPTvwählt

Michael Ruh

Was wir erreicht haben und erreichen wollen!

In diesem Jahr finden in den 17 regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Wahlen zu den Vertreterversammlungen statt. In allen KVen sind Vertreter*innen der DPtV über Teilnahme an den vorangegangenen Wahlen in den Vertreterversammlungen vertreten. Die guten Wahlergebnisse bei den letzten KV-Wahlen bildeten die Grundlage dafür, dass Mitglieder des Bundesvorstands und weitere auf Bundesebene aktive DPtV-Mitglieder in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Gemeinsamen Selbstverwaltung (vor allem Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) und Bewertungsausschuss) vertreten sind.

Was haben wir für Sie erreicht?

Die bevorstehenden KV-Wahlen liefern den Anlass auf die vergangenen fünf Jahre unserer Aktivitäten in den Gremien auf Bundesebene zurückzublicken und Ihnen rückzumelden, was wir für Ihre Interessenvertretung in den Gremien der Selbstverwaltung erreicht haben.

Erfolgreiche Umsetzung der Richtlinien-Reform 2017

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie hat für uns als neue Leistungen die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung gebracht. Die Krankenkassen und der Bewertungsausschuss wollten zunächst eine geringere Vergütung für diese neuen Leistungen durchsetzen und haben dies gegen die Stimmen der KBV zunächst einmal beschlossen. Durch unseren gemeinsamen Einsatz, der bis zum damaligen Bundesgesundheitsminister Gröhe reichte, konnten wir eine Korrektur dieses Beschlusses erwirken. Psychotherapeutische Sprechstunde und Psychotherapeutische Akutbehandlung werden seither in gleicher Höhe wie die Richtlinienpsychotherapie vergütet. Ebenfalls zählen diese beiden Leistungen für den Strukturzuschlag und werden auch bei den weiteren Honorarerhöhungen wie die Richtlinienpsychotherapie berücksichtigt. **Dies hat dazu geführt, dass die psychotherapeutischen Praxen nach der Einführung dieser Leistungen ein durchschnittliches Honorarplus von 10 % erzielen konnten!**

Weitere Erleichterungen und Verbesserungen im Praxisalltag durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie machten sich bemerkbar.

- Grundsätzliche Abschaffung der Berichtspflicht für Kurzzeittherapie auch für neu Niedergelassene – zuvor waren 35 Berichte an den Gutachter notwendig, um von der Berichtspflicht für Kurzzeittherapie befreit zu werden.
- Zusammenfassung von Beantragungsschritten für die Langzeittherapie und Abschaffung der Berichtsverpflichtung für Fortführungsanträge – dadurch wurden deutlich weniger Berichte an den Gutachter notwendig, eine erhebliche Arbeitserleichterung für unsere Kolleginnen und Kollegen.
- Erweiterung des Gutachterpools. Gutachter und Gutachterinnen müssen grundsätzlich in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sein, Bestellung von tiefenpsychologischen Gutachtern für tiefenpsychologische Berichte – dadurch wurde mehr Transparenz, Kollegialität und Augenhöhe im Gutachterverfahren erreicht.
- Vereinfachung der Berichtsvorgaben für den Bericht an den Gutachter.
- Erleichterungen und Flexibilisierung in der Gruppenpsychotherapie, deutlich bessere Vergütung für gruppenpsychotherapeutische Leistungen – durch die Abschaffung starrer Gruppengrößen und bürokratischer Hürden bei der Antragstellung wurde die Gruppenpsychotherapie für psychotherapeutische Praxen attraktiver und hat zur Angebotsausweitung im Rahmen der ambulanten Versorgung geführt.
- Als neue Leistung im Rahmen der Gruppentherapie wurde die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung eingeführt. Diese ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zum Gruppensetting und schafft neben kurzen indikationsbezogenen Gruppen auch die Möglichkeit, Patient*innen auf das Gruppensetting besser vorzubereiten.

GESUNDHEITSPOLITIK

Zwar wurde in der Kurzzeittherapie eine Zweiteilung in der Antragstellung eingeführt, was einen gewissen Mehraufwand bedeutet. **Insgesamt haben sich aber die bürokratischen Belastungen bei der Antragstellung und Genehmigung psychotherapeutischer Leistungen deutlich verringert!**

Erfolgreiche Umsetzung der Befugnisenerweiterungen

2018 konnten wir in den KBV-Gremien, die vom Gesetzgeber vorgesehenen Befugnisenerweiterungen auch für unsere Berufsgruppe umsetzen. **Krankenhauseinweisung, Krankentransporte, Soziotherapie und medizinische Rehabilitation** können von uns seither verordnet werden.

Im weiteren Verlauf kam durch gesetzliche Vorgaben die Verordnungsmöglichkeit von **Ergotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)** dazu.

Honorarerhöhungen für psychotherapeutische Leistungen

Klagen statt Jammern! Wir führen seit über 20 Jahren zusammen mit unseren Landesgruppen Honorarklagen gegen die zu geringe Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Die Krankenkassen weigern sich im Bewertungsausschuss permanent, für unsere Leistungen ein angemessenes Honorar zu gewähren. Die Ergebnisse der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bilden mittlerweile eine Orientierung für den Bewertungsausschuss. Dennoch finden die Krankenkassen immer wieder Wege, die juristisch fundierten Eckpunkte einer rechtskonformen Vergütung zu unterlaufen. Daher war und ist es für uns weiterhin notwendig, den langwierigen Weg der Gerichtsverfahren über die Sozialgerichte bis zum Bundessozialgericht oder wie zuletzt sogar bis zum Bundesverfassungsgericht zu gehen. Die ergangenen höchstrichterlichen Urteile haben immer dazu geführt, dass der Bewertungsausschuss Nachvergütungen und Honorarerhöhungen für unsere Leistungen beschließen musste. Zuletzt konnte dadurch ab 2018 eine dauerhafte Honorarerhöhung von 10 % für unsere psychotherapeutischen Leistungen durchgesetzt werden.



Abbildung 1: Für Sie im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV: Gebhard Hentschel (Vors.), Michael Ruh, Sabine Schäfer, Karen Franz; stellv. Mitglieder: Heiko Borchers, Dr. Enno Maaß, Michaela Willhauck-Fojkar, Dr. Inez Freund-Braier



Abbildung 2: Für Sie in der Vertreterversammlung der KBV: Barbara Lubisch, Gebhard Hentschel, Dr. Anke Pielsticker, Michael Ruh

Circa 750 zusätzliche Sitze für Psychotherapeut*innen durch Bedarfsplanungsreform

Vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, musste der Gemeinsame Bundesausschuss sich erneut mit der Bedarfsplanung Psychotherapie beschäftigen. Die Nachfrage nach psychotherapeutischer Abklärung und Behandlung ist im Verlauf der Jahre weiterhin steigend, zudem hatte die Bedarfsplanungsreform Anfang des letzten Jahrzehnts deutliche Unterschiede im psychotherapeutischen Versorgungsgrad der verschiedenen Bedarfsplanungsbezirke (Landkreise) hinterlassen. Ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebenes Gutachten ergab einen psychotherapeutischen Mehrbedarf von 2.400 Sitzen (schlug allerdings auch den Abbau einer entsprechenden Zahl von Sitzen in vermeintlich „überversorgten“

Regionen) vor. Letztendlich kamen dann bundesweit circa 750 Sitze in Bedarfsplanungsbereichen, mit zuvor deutlich schlechteren Verhältniszahlen, hinzu. Zwar ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, aber immer noch – wie der Bundesvorstand mit Nachdruck kritisiert hat – deutlich unzureichend. Das Geschacher um eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung hat Jan Böhmermann treffend aufs Korn genommen. Die neue Koalition im Bund hat die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie aufgegriffen und in den Koalitionsvereinbarungen Nachbesserungen in strukturschwachen und ländlichen Regionen zugesagt. Wir werden diesen weiteren Prozess aufmerksam und kritisch begleiten.

2022 | **KV-Wahl**
#DptVwählt



Weitere Infos und die Wahltermine finden Sie auch auf: www.dptv.de/kvwahl2022

Psychotherapeutische Videositzungen

Im Pflegestärkungsgesetz wurde festgelegt, dass auch psychotherapeutische Leistungen über Videokontakt ermöglicht werden müssen. Wir haben uns in den Gremien der KBV dafür eingesetzt, dass in den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu einer Regelung der psychotherapeutischen Videositzungen die Indikationshoheit zum Einsatz videogestützter Psychotherapie bei den Psychotherapeut*innen liegen muss. Dies ist der KBV in den Verhandlungen zum Bundesmantelvertrag zunächst nur teilweise gelungen. So war es nicht möglich, Psychotherapeutische Akutbehandlungen im Bedarfsfall über Video zu erbringen. Inzwischen hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung den Auftrag erteilt nachzubessern, sodass dies seit Oktober 2021 doch möglich ist.

Beim Ausbruch der Corona-Pandemie im März 2020 gelang es unter unserer tatkräftigen Mitwirkung, die Videoregelungen weitgehend zu liberalisieren und damit bei bestehendem Infektionsrisiko bei der Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie bei Kontakten in Praxen, die psychotherapeutische Behandlungskontinuität zu sichern.

Systemische Therapie in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

Nachdem der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie vor über zehn Jahren der Systemischen Therapie die wissenschaftliche Anerkennung ausgesprochen hat, hat der Gemeinsame Bundesausschuss entschieden, dass die Systemische Therapie – zunächst nur für Erwachsene – in die Regelversorgung übernommen wird. Bei der Ausarbeitung der Neuregelungen in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Psychotherapie-Vereinbarung waren Vertreter*innen der DPtV in Kooperation mit den Systemischen Verbänden entscheidend mit beteiligt und haben dafür gesorgt, dass angemessene Regelungen für die Durchführung Systemischer Therapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beschlossen wurden. Als nächstes steht dies für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an.

EGO-STATE-THERAPIE

Zertifizierte Fortbildung in Bonn
Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



*Unser **spezieller Qualitätsbonus**: Wir unterrichten zu viert. Vorträge im Wechsel, lebendige Praxisdemos, intensive Kleingruppenbetreuung.*

Curriculum 2022-23

Seminar 7 Spezial-EMDR/EST am 27.+28.01.23

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

Seminar 8 Spezial-Körpersprache am 24.+25.03.23

Die Körpersprache der Ego-States

Curriculum 2023-24

Seminar 1 am 13.+14.01.23

Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen

Seminar 2 am 03.+04.03.23

Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen

Seminar 3 am 21.+22.04.23

Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen

Seminar 4 am 18.+19.08.23

Kontaktaufnahme und Arbeit mit kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomen

Seminar 5 am 20.+21.10.23

Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 24.+25.11.23

Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

Die Seminare 1-8 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.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

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

www.EST-Rheinland.de



Verhinderung des „Lex Lütz“ und der „Rasterpsychotherapie“

Sie erinnern sich: 2018 hatte der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn unabgesprochen mit den relevanten Berufs- und Fachverbänden in ein anderes Gesundheitsgesetz den Passus eingebracht, dass vor Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie eine regelhafte vorgeschaltete persönliche Begutachtung der Patient*innen zu erfolgen habe (sogenannte Lex Lütz, benannt nach dem Psychiater Manfred Lütz, der in Talkshows und Interviews immer wieder behauptet, dass Psychotherapeut*innen „die Falschen“ behandeln). Sowohl der Stil der Vorgehensweise wie auch der Inhalt dieser Lex Lütz, der für unsere Patient*innen aufwendige Doppeluntersuchungen und für die niedergelassenen Psychotherapeut*innen ein Zurück in ein Delegationsverfahren bedeutet hätte, stieß auf große Empörung. Die DpTV hat die eingereichte Bundestagspetition mit dem Aufruf zur Zeichnung unterstützt und bei der inhaltlichen Vorbereitung der Sitzung des Petitionsausschusses an vorderer Stelle mitgewirkt. Viele begleitende Gespräche mit Gesundheitspolitikern (unter anderem Jens Spahn, Karl Lauterbach) zu dieser Frage bewirkten schließlich, dass dieser Gesetzentwurf zurückgenommen wurde. Der massive Protest und die große Solidarität der Profession und der betroffenen Patient*innen zeigt: Psychotherapie hat eine erhebliche Bedeutung in der Gesellschaft und ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen.

Zwei Jahre später kam ein weiterer Entwurf aus dem Spahn'schen Gesundheitsministerium, diesmal als sogenannter Omnibus in das Psychotherapeutenbildungsreformgesetz geschmuggelt. Der Gesetzentwurf hatte eine sogenannte Rasterpsychotherapie zum Ziel: Psychotherapeutische Behandlungskontingente sollten nur noch diagnoseorientiert vergeben werden können und nicht mehr dem individuellen Bedarf der Patient*innen entsprechend. Auch hier war der Proteststurm groß, intensive Öffentlichkeitsarbeit und Hintergrundgespräche mit Gesundheitspolitikern*innen führten erneut dazu, dass dieser Passus dann im weiteren Gesetzgebungsverfahren gestrichen wurde.

In beiden Fällen war es wichtig, dass unsere Vertreter*innen in der KBV dafür sorgten, dass auch die KBV selbst entschieden gegen diese Gesetzesvorschläge Stellung bezog.

Was wollen wir für Sie erreichen?

Honorare

Wir brauchen eine faire Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Die Zunahme der Praxiskosten, Aufwendungen für die Telematikinfrastruktur und Praxispersonal werden durch moderate Honorarsteigerungen nicht aufgefangen. Es kann nicht sein, dass Psychotherapeut*innen bei gleichem Arbeitseinsatz noch immer nur die Hälfte ihrer fachärztlichen Kolleg*innen erwirtschaften. Wir werden auch weiterhin Honorarklageverfahren unterstützen und befördern, da wir erfahrungsgemäß davon ausgehen müssen, dass der Bewertungsausschuss mit Rechenricks unsere Honorare herunterrechnen wird. Bei der Umsetzung der Urteile des Bundessozialgerichts werden wir in den Gremien der Selbstverwaltung darauf achten, dass diese zeitnah und korrekt umgesetzt werden. Darüber hinaus tragen wir die Konstruktion des Strukturzuschlags und die Feststellung der noch rechtskonformen Vergütung der zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen durch den Bewertungsausschuss in einer Beschwerde dem Bundesverfassungsgericht vor.



Abbildung 3: Für Sie im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses: Sabine Schäfer

Qualitätssicherung

Die bislang vom IQTIG vorgelegten und vom G-BA veröffentlichten beabsichtigten Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie sind aus unserer Sicht völlig ungeeignet. Insbesondere taugen diese nicht dafür, wie im Sozialgesetzbuch vorgesehen, das Antrags- und Gutachterverfahren zu ersetzen. Wir werden uns dafür einsetzen, dass jede neue Qualitätssicherung zunächst in Modellpraxen erprobt wird. Qualitätssicherung muss der Versorgung dienen und darf die Psychotherapeut*innen nicht mit zusätzlicher Bürokratie und unbezahlt Mehraufwand belasten. Wir setzen uns entschieden gegen ein öffentliches Benchmarking psychotherapeutischer Praxen ein. Bei einer Überprüfung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie werden wir uns für weitere bürokratische Entlastungen der Praxen einsetzen. Durch vorab genehmigte Behandlungsschritte muss für Patient*innen und Psychotherapeut*innen ein verlässlicher Behandlungsrahmen erhalten bleiben.

Wir wollen in einer Reform des Gutachterverfahrens erreichen, dass Berichte an den Gutachter nur noch auf besondere Aufforderung der Krankenkassen verfasst werden müssen, zum Beispiel bei Überschreitung des Höchstkontingents und bei Unterschreitung des Zweijahresintervalls bei Aufnahme einer erneuten Richtlinienpsychotherapie.

~~2022~~ | KV-Wahl
#DpTVählt

Digitalisierung

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) kann als gescheitert betrachtet werden. Die Digitalisierungsakteure (gematik, IT-Industrie und IT-Dienstleister) bekommen offensichtlich die Komplexität der Technik nicht in den Griff. Auf Bundesebene haben wir uns dafür eingesetzt, dass die Verantwortung für nicht funktionierende Bestandteile der TI (Konnektoren, Kartenterminals et cetera) von der gematik zu übernehmen ist und nicht den Praxisinhaber*innen angelastet werden kann. Der Schutz unserer sensiblen Daten muss unbedingt gewährleistet sein. Wir haben gefordert, dass künftige Anwendungen so lange getestet werden, bis sie in der Praxis funktionieren. Erst dann sollen sie flächendeckend ausgerollt werden. Die Einführung von TI-Anwendungen sollte zukünftig auch unter Einbezug psychotherapeutischer und ärztlicher Expertise erfolgen. Wir werden uns künftig nur für Digitalisierungsschritte einsetzen, die dem in der ambulanten Versorgung bestehenden Bedarf der Patient*innen und dem Bedarf unserer Praxen gerecht werden, tatsächlich dem Bürokratieabbau dienen und nicht nur zusätzlichen Aufwand und zusätzliche Kosten bringen, wie das bislang der Fall ist. Die Einführung der Digitalisierung in den Praxen muss einen therapeutischen Nutzen erkennen lassen!

Ebenfalls sehr kritisch begleitet haben wir die Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen. „Apps auf Rezept“ sind aus unserer Sicht nicht dazu geeignet, Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz zu überbrücken. Zwar können DiGAs die psychotherapeutische Versorgung unterstützen, aber nicht ersetzen. Wir haben mit Nachdruck eine Nachbesserung der DiGA-Verordnung gefordert. Folgende Forderungen haben wir mit eingebracht: Die Abgabe von DiGA durch Krankenkassen gefährdet aus unserer Sicht die Patientensicherheit und bedeutet eine unzulässige Einmischung in therapeutische Prozesse. Der Einsatz einer DiGA während einer Behandlung kann nur unter Berücksichtigung des Gesamtbehandlungskonzepts vorgenommen werden und muss mit den behandelnden Psychotherapeut*innen/Ärzt*innen abgestimmt werden. Der Datenschutz und die Datensicherheit müssen durch eine unabhängige Stelle geprüft werden. Auch das sogenannte Fast-Track-Verfahren muss abgeschafft werden. DiGA müssen ihre Wirksamkeit vor dem Einsatz bei Patient*innen nachweisen und durch RCT-Studien validieren.

Nachbesserung der KSVPsych-Richtlinie (Komplexversorgung)

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene KSVPsych-Richtlinie (Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf) genügt aus unserer Sicht nicht den Anforderungen an eine moderne Versorgung komplex psychisch erkrankter Menschen. Hohe bürokratische Hürden für die Praxen, Einschränkungen für teilnehmende Psychotherapeut*innen, bisher unklare Finanzierung und organisatorische Umsetzungsprobleme für die potenziellen Teilnehmenden gefährden eine erfolgreiche Umsetzung dieser Richtlinie in der Versorgung. Wir werden uns daher beim Gesetzgeber und in den Gremien der Selbstverwaltung dafür einsetzen, dass diese Richtlinie so verändert wird, dass diese praktisch umsetzbar und ordentlich finanziert wird, damit die betroffenen Patient*innen tatsächlich von einer Versorgungsverbesserung profitieren können.



Michael Ruh

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Frankenberg/Eder. Stellvertretender 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.



Sabine Schäfer

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

Kostenlose Video-Seminare
mit RAin Düsing + RA Achelpöhl

STUDIENPLATZ-
KLAGE

Mi 08. Juni | Mi 29. Juni
Mo 11. Juli | Mi 27. Juli
Mi 31. August

Beginn: jeweils 18 Uhr
Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.

MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Patienten mit einer Indikation für eine ambulante Psychotherapie müssen für einen Behandlungsplatz bei einem Vertragspsychotherapeuten oft mit langen Wartezeiten rechnen. Gesetzliche Krankenkassen müssen in diesen Fällen eine ambulante Psychotherapie als außervertragliche Behandlung in einer Privatpraxis auf dem Wege der „Kostenerstattung“ finanzieren. Dies ist in § 13 Abs. 3 SGB V geregelt. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sich dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Während der COVID-19-Pandemie ist die Versorgungslage mit Psychotherapie besonders schwierig, da die Bevölkerung zunehmend unter psychischen Belastungen leidet. Anfragen an psychotherapeutische Praxen haben stark zugenommen. Daher sollten die gesetzlichen Krankenkassen ihren restriktiven Umgang mit der Bewilligung von Anträgen auf außervertragliche Psychotherapie zugunsten einer patientengerechten Bewilligungspraxis verändern. Die Ergebnisse der DPTV-Onlineumfrage vom Oktober 2021 zeigen jedoch, dass dies nicht geschehen ist. Vielmehr ist die mittlere Ablehnungsrate sowohl beim Erstantrag auf außervertragliche Psychotherapie als auch nach einem ersten Widerspruch durch Patienten im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie noch gestiegen. Zudem hat die Bearbeitungsdauer der Anträge durch die Krankenkassen zugenommen und die beantragten Stundenkontingente werden häufig gekürzt. Durch dieses Verhalten der Krankenkassen wird die schon angespannte Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie noch verschlechtert. Gesetzlich versicherte Patienten, für die Behandlungskapazitäten in Privatpraxen zur Verfügung stehen würden, kommen dadurch nicht in ausreichender Zahl in die benötigte psychotherapeutische Versorgung.

Cornelia Rabe-Menssen

Kostenerstattung

Die DPTV hat im Oktober 2021 ihre in einer Privatpraxis tätigen Mitglieder (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) online zu ihren Erfahrungen und Schwierigkeiten in der Beantragung und Durchführung von „Kostenerstattung“, also bei Anträgen auf außervertragliche Psychotherapie nach SGB V § 13 (3) befragt. Teilgenommen haben 503 Psychotherapeuten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung detailliert dargestellt: Wie viele Psychotherapeuten in Privatpraxen sind im Rahmen der „Kostenerstattung“ tätig? Wie groß ist der Aufwand für die Antragsstellung? Wie stellt sich das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen aktuell und im Vergleich zu den Vorjahren dar? Wie werden Ablehnungen begründet? Wie ist die Bearbeitungszeit durch die Krankenkassen und welche Krankenkassen erweisen sich als besonders unterstützend bzw. als besonders restriktiv? Anschließend werden die an der Umfrage teilnehmenden Psychotherapeuten beschrieben hinsichtlich bestehender Kapazitäten und der Wartezeit auf eine probatorische Einzeltherapiesitzung.

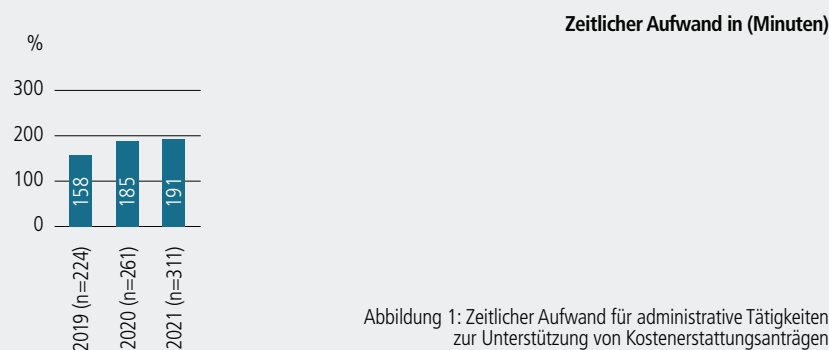
Zum Umgang mit Anträgen auf außervertragliche Psychotherapie („Kostenerstattung“)

83 % der Psychotherapeuten haben in den letzten drei Jahren¹ Anträge auf Kostenerstattung unterstützt, die ihre Patienten gestellt haben. Nur 17 % der Befragten haben dies gar nicht getan.

Mehr als 4/5 der befragten Psychotherapeuten haben in den letzten drei Jahren Kostenerstattungsanträge ihrer Patienten unterstützt.

Der administrative Aufwand für die Unterstützung eines Patienten im Rahmen der Kostenerstattung umfasst z. B. Zeit für die Information über das Antragsverfahren, die Beratung zur Dokumentation der Absagen und zum weiteren Vorgehen, das Ausstellen zusätzlicher Bescheinigungen und Telefonate mit der Krankenkasse. Dieser zeitliche Aufwand beträgt im Mittel aktuell 191 Minuten und ist seit 2019 um 21 % angestiegen (s. Abb. 1).

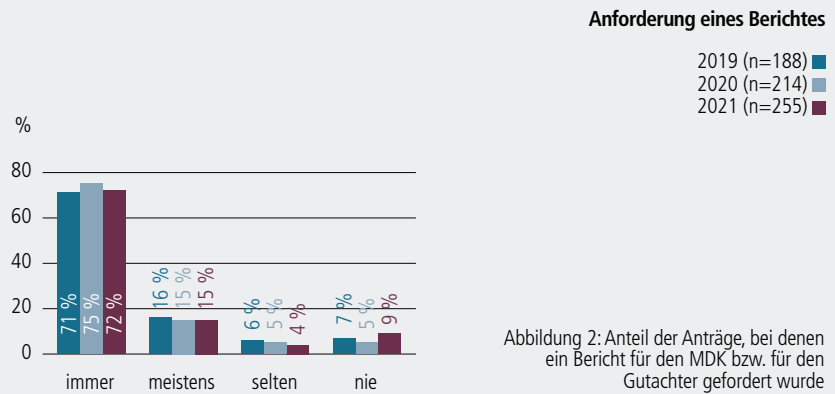
Der zeitliche Aufwand für die Unterstützung dieser Anträge ist seit 2019 um 21 % gestiegen.



¹ Psychotherapeuten, die zum Zeitpunkt der Befragung erst seit einem kürzeren Zeitraum in einer Privatpraxis tätig waren, wurden gebeten, ihre Antwort einfach auf diesen Zeitraum zu beziehen.

In fast 3/4 der Fälle wird weiterhin ein Bericht für den MDK bzw. für einen Gutachter gefordert.

Über 70 % der Psychotherapeuten geben an, dass bei ihren Anträgen auf Kostenerstattung weiterhin ein Bericht für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bzw. für einen Gutachter angefordert wird, auch wenn es sich um die eigentlich von der Berichtspflicht befreite Kurzzeittherapie handelt. Der Anteil der Befragten, bei denen nie ein Bericht angefordert wird, liegt aktuell bei 9 % und ist seit 2019 um 2 Prozentpunkte gestiegen (s. Abb. 2). Insgesamt hat sich das Verhalten der Krankenkassen in puncto Berichts-anforderung seit 2019 nur wenig verändert.



Bei 11 % der Anträge liegt die Bearbeitungsdauer durch die Krankenkasse über 11 Wochen.

Seit 2019 ist die durchschnittliche Bearbeitungszeit durch die Krankenkasse nach Antragstellung auf 5,9 Wochen gestiegen (2019: 5,2 Wochen). Zwischendrin im Jahr 2020 lag sie sogar bei 6,1 Wochen. Der Anteil der Anträge, für die Krankenkassen im Durchschnitt eine Bearbeitungszeit von mindestens drei Monaten benötigen, hat sich seit 2019 fast verdreifacht (s. Abb. 3).

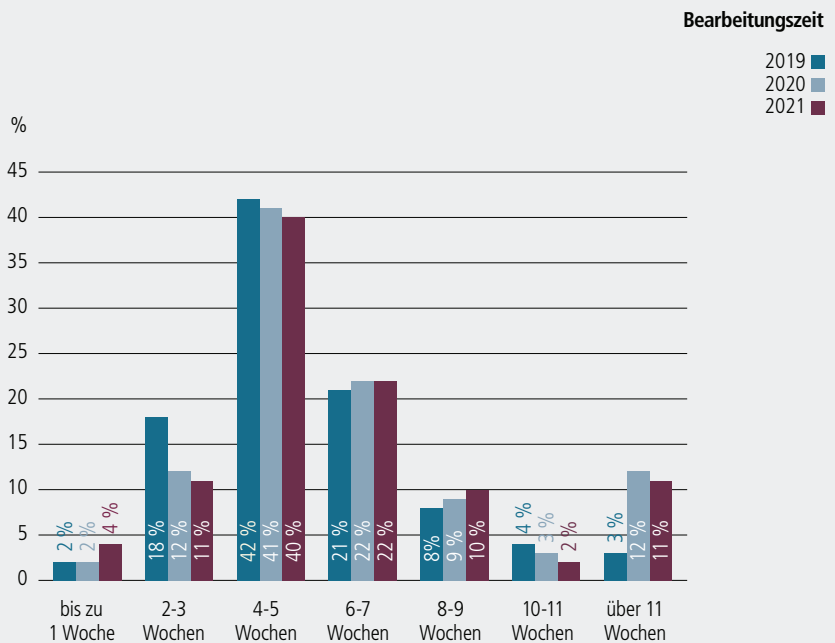


Abbildung 3: Durchschnittliche Bearbeitungszeit eines Kostenerstattungsantrags durch die Krankenkassen

Durchschnittlich werden 48 % der Erstanträge von den Krankenkassen abgelehnt.

Die Ablehnungsrate von Erstanträgen auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen ist seit 2019 im Mittel von 43 % auf 48 % gestiegen, d.h. im Durchschnitt wurde 2021 fast die Hälfte aller Erstanträge abgelehnt. Eine differenzierte Betrachtung der Ablehnungsraten zeigt, dass im Jahr 2021 bei 18 % der befragten Psychotherapeuten mit 91-100 % fast alle Erstanträge abgelehnt wurden (s. Abb. 4). 10 % geben tatsächlich eine Ablehnungsrate von 100 % an. Bei einem knappen Viertel der Psychotherapeuten werden nur wenige Erstanträge abgelehnt, nämlich 0-10 %. Nur 15 % geben an, dass Erstanträge nie abgelehnt werden. Dieser Anteil lag im Jahr 2019 noch bei 18 %. Seit 2019 ist der Anteil an Psychotherapeuten gestiegen, bei denen mehr als 70 % der Erstanträge ihrer Patienten abgelehnt werden.

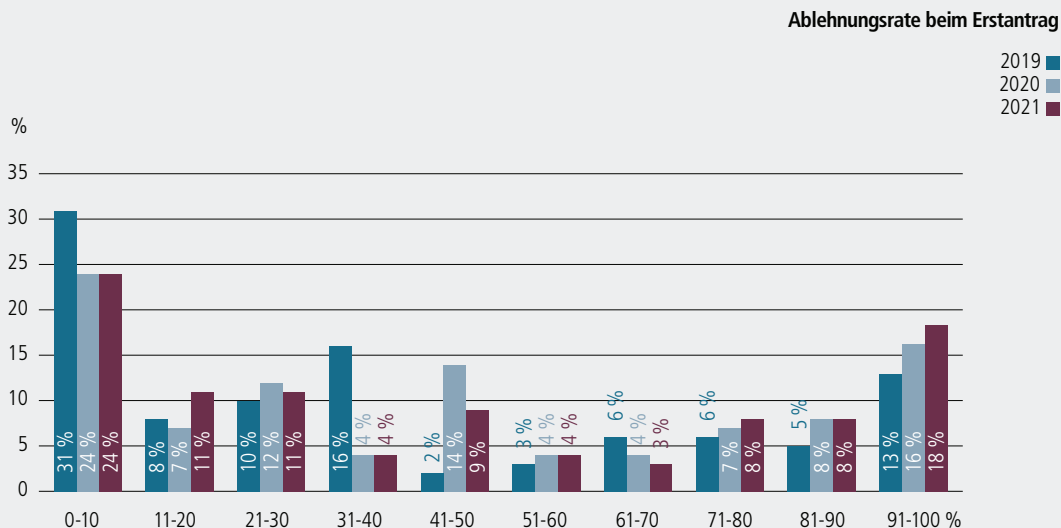


Abbildung 4: Anteil der abgelehnten Erstanträge in den Jahren 2019-2021

Als Grund für die Ablehnung des Erstantrags auf Kostenerstattung verweisen die Krankenkassen auf die Vermittlung von Psychotherapieplätzen und Akutbehandlungen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Außerdem nennen sie eine angeblich ausreichende Anzahl von zur Verfügung stehenden Vertragspsychotherapeuten. Häufig wird auch die falsche Aussage getätigt, Kostenerstattung sei „nicht mehr erlaubt“ – fast 60 % der Psychotherapeuten geben diese Antwort der Krankenkassen an. Darüber hinaus verweisen die Krankenkassen auch auf ihre eigenen Versorgungsangebote und auf digitale Gesundheitsanwendungen, und sie lehnen den üblichen 2,3-fachen Honorarsatz ab (s. Tab. 1).

Als Begründung für die Ablehnungen steht der Verweis auf die Terminservicestelle im Vordergrund.

Tabelle 1: Begründungen der Krankenkassen für die Ablehnung des Erstantrags auf Kostenerstattung, Anteil der Psychotherapeuten mit der entsprechenden Angabe

79 %	Patienten können eine Psychotherapieplatz durch die KV-Terminservicestelle vermittelt bekommen.
64 %	Es stehen genügend Vertragspsychotherapeuten zur Verfügung.
59 %	Kostenerstattung „ist nicht mehr erlaubt“.
50 %	Patienten können eine Akutbehandlung durch die KV-Terminservicestelle vermittelt bekommen.
19 %	Die Vertragspartner der Krankenkassen kümmern sich um Patienten.
18 %	Es wird das übliche Honorar (GOP 2,3-fach ²) abgelehnt und nur der 1-fache GOP-Satz bewilligt.
17 %	Die Krankenkasse hat ein eigenes Versorgungsangebot.
14 %	Wartezeiten auf Psychotherapie können durch digitale Gesundheitsanwendungen überbrückt werden.
10 %	Psychotherapie kann auch durch digitale Gesundheitsanwendungen ersetzt werden.
19 %	Weitere Begründungen, z.B.: Keine Anerkennung als Approbierte wegen fehlender Kassenzulassung. Größere Entfernung zum Psychotherapeuten sei zumutbar. Kostenerstattung sei nicht im Angebot der jeweiligen Krankenkasse. Verweis auf stationäre Behandlungsmöglichkeiten. Hinhaltenakt, ständige Vertröstungen, Ausbleiben von Antworten der Krankenkasse. Die Wartezeiten von 6 bis 12 Monaten seien zumutbar. Kürzung der bewilligten Anzahl von Sitzungen. Widerspruch gegen Dringlichkeit trotz Dringlichkeitscode auf PTV 11. Persönliche Ansprachen des Patienten durch die KK in manipulativer Art, es habe keinen Zweck, den Antrag auf Kostenerstattung zu stellen.

Nur 26 % der Psychotherapeuten berichten, dass die Krankenkassen auf Behandlungsalternativen verweisen, v. a. auf ihre eigenen Angebote, auf stationäre Behandlungsangebote und auf eine Behandlungsmöglichkeit durch Psychiater (s. Tab. 2).

In 3/4 der Fälle werden von den Krankenkassen keine Behandlungsalternativen genannt.

² Der 2,3-fache Honorarsatz der GOP liegt derzeit unterhalb der Vergütung nach EBM in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Tabelle 2: Von den Krankenkassen genannte Behandlungsalternativen

51 %	Angebote der Krankenkassen
38 %	Stationäre/teilstationäre Maßnahmen
34 %	Psychiater
29 %	Digitale Gesundheitsanwendungen
27 %	Klinikambulanz
15 %	Beratungsstellen
15 %	Medikamentöse Therapie
12 %	Hausärztliche Versorgung
8 %	Angebote der DRV, z. B. Reha
8 %	Anderes, z. B.: Verweis auf TSS Verweis auf kassenzugelassene PT, die aber keinen Platz frei haben Verweis auf Selbsthilfegruppen

Mehr Patienten widersprechen nach einer Ablehnung des Erstantrags.

Seit 2019 ist die durchschnittliche Widerspruchsrate von 41,5 % auf 44,8 % gestiegen. Beinahe gleich geblieben seit 2019 ist der Anteil an Patienten, die keinen Widerspruch einlegen (s. Tab. 3). Der Anteil der Psychotherapeuten, bei denen alle Patienten im Fall der Ablehnung ihres Erstantrags auf Kostenerstattung Widerspruch einlegen, ist leicht gestiegen von 13 % auf 17 %. Einen Widerspruch durch mindestens die Hälfte der Patienten wird aktuell von 50 % der Psychotherapeuten berichtet; auch hier findet sich nur ein leichter Anstieg verglichen mit 2019.

Tabelle 3: Widerspruchsverhalten der Patienten bei Ablehnung des Erstantrags

	Durchschnittliche Widerspruchsrate	Kein Widerspruch	Widerspruch durch mind. 50 % aller Patienten	Widerspruch durch alle Patienten
2019	41,5 %	23 %	47 %	13 %
2020	42,0 %	22 %	48 %	14 %
2021	44,8 %	22 %	50 %	17 %

Auch die mittlere Ablehnungsrate der Anträge nach einem ersten Widerspruch hat um 3 Prozentpunkte zugenommen.

Die mittlere Ablehnungsrate der von den befragten Psychotherapeuten unterstützten Anträge nach einem ersten Widerspruch ist von 26,6 % (2019) über 28,7 % (2020) auf 29,8 % (2021) gestiegen.

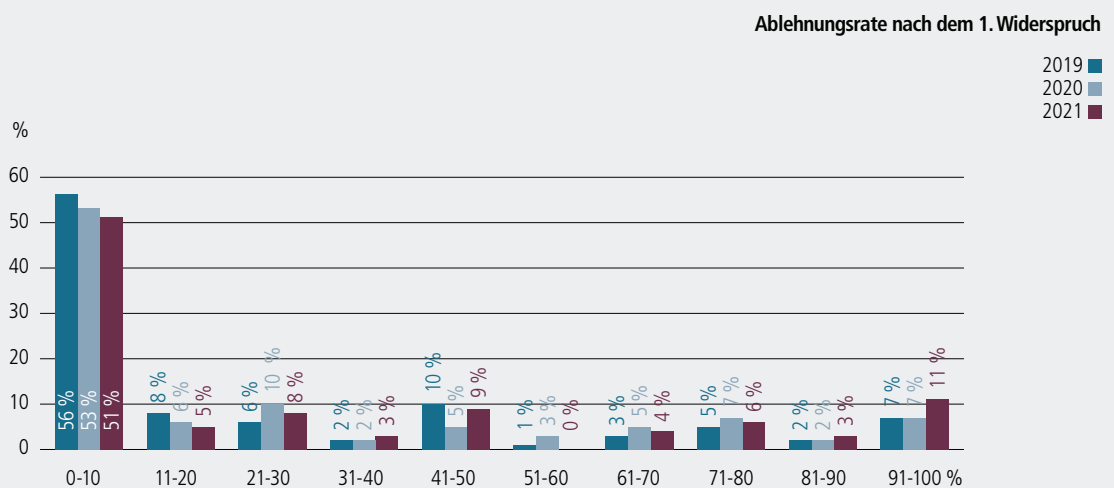


Abbildung 5: Anteil der abgelehnten Anträge nach dem 1. Widerspruch in den Jahren 2019-2021

Der Anteil der Fälle, in denen der erste Widerspruch immer erfolgreich ist, liegt seit 2019 gleichbleibend bei 38 %. Die Befragten berichten, dass die Ablehnungsrate aktuell in 8 % der Fälle bei 100 % liegt (2019: 7 %). Es kommt seltener vor, dass der erste Widerspruch Erfolg hat. Die Rate von höchstens 10 % Ablehnungen nach dem ersten Widerspruch hat seit 2019 um 5 Prozentpunkte abgenommen; gleichzeitig werden um 4 Prozentpunkte häufiger fast alle, nämlich 91-100 % der Anträge nach dem ersten Widerspruch abgelehnt (s. Abb. 5).

Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen ohne fachliche Begründung das von einem Psychotherapeuten veranschlagte Stundenkontingent bei einer Bewilligung eines Antrags auf Kostenerstattung kürzen. Die Häufigkeit, mit der diese Kürzungen vollzogen werden, hat sich seit 2019 erhöht (s. Abb. 6). Dass eine Kürzung bei jedem Antrag vorgenommen wird, wurde für 2021 von 15 % aller Psychotherapeuten angegeben, dieser Wert liegt um 5 Prozentpunkte höher als 2019. Der Anteil der Betroffenen, bei denen „meistens“ gekürzt wird, erhöhte sich seit 2019 um 2 Prozentpunkte. Dass nur „selten“ gekürzt wird, tritt weniger häufig auf und wird aktuell nur noch von 28 % angegeben. Dieser Wert liegt um 7 Prozentpunkte niedriger als 2019. 1/3 der Befragten erfahren weiterhin nie eine Kürzung des beantragten Stundenkontingents, dieser Anteil hat sich nicht verändert.

Kürzungen des Stundenkontingents haben zugenommen.

Kürzungen des Stundenkontingents

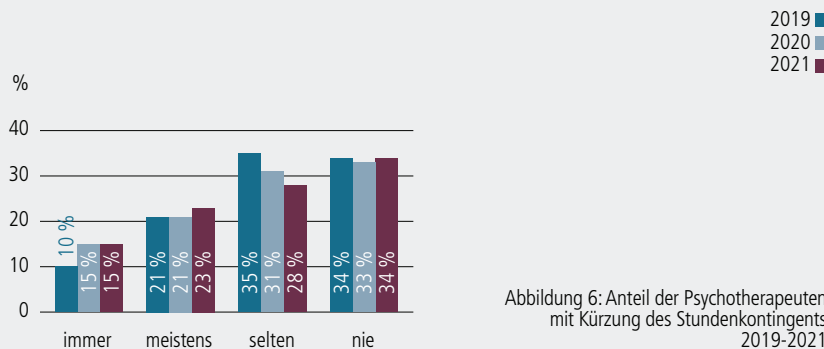


Abbildung 6: Anteil der Psychotherapeuten mit Kürzung des Stundenkontingents 2019-2021

Wenn Patienten einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt haben, machen die Krankenkassen ihnen in der Hälfte der Fälle Vorgaben (50 %); einem Fünftel der Patienten werden keine Vorgaben gemacht (19 %), und bei 1/3 der Fälle sind die Psychotherapeuten darüber nicht von ihren Patienten informiert worden. Die meisten der erteilten Vorgaben beziehen sich auf die Forderung an die Patienten, eine TSS zu kontaktieren oder eine Sprechstunde in einer Vertragspraxis aufzusuchen (s. Tab. 4).

In der Hälfte aller Fälle machen Krankenkassen den Patienten Vorgaben.

Tabelle 4: Vorgaben der Krankenkassen bei Kostenerstattungsanträgen

25 %	Es wird gefordert, eine Sprechstunde in einer GKV-Vertragspraxis aufzusuchen.
25 %	Es wird gefordert, dass der Patient sich an eine Terminservicestelle wendet.
22 %	Es wird ein Dringlichkeitsnachweis auf PTV 11 gefordert.
10 %	Es wird ein anderer Dringlichkeitsnachweis gefordert.
8 %	Es wird gefordert, mehr als eine Sprechstunde in einer GKV-Vertragspraxis wahrzunehmen.
7 %	Es wird eine andere Bestätigung einer GKV-Praxis (statt PTV 11) gefordert, dass keine psychotherapeutische Behandlung in der GKV-Praxis möglich ist.
5 %	Anderes, z. B.: Es wird eine zusätzliche Dringlichkeitsbescheinigung durch einen Arzt gefordert. Es müssen 20 Absagen von Vertragspsychotherapeuten vorliegen. Noch vor Genehmigung der Probatorik wird ein Bericht an den Gutachter verlangt. Es wird 1x/Quartal eine Dringlichkeitsbescheinigung durch den Hausarzt gefordert. Es werden Qualifikationsnachweise des Psychotherapeuten eingefordert, obwohl diese der Kasse schon lange vorliegen.

58 % der Psychotherapeuten erleben durch einige Krankenkassen eine gute Unterstützung der Kostenerstattung. 23 % können dies nicht bestätigen, sie erfahren bei der Kostenerstattung keine Unterstützung durch irgendeine Krankenkasse.

Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten gibt an, dass einige Krankenkassen die Kostenerstattung gut unterstützen.

Von allen Umfrageteilnehmern machen nur 31 % Angaben zu der Frage, welche Krankenkassen Kostenerstattungsanträge gut unterstützen. Mehrfachnennungen waren hier natürlich möglich. Führend positiv wird die TK beurteilt (s. Tab. 5).

Die TK und BKKen unterstützen Kostenerstattungsanträge am häufigsten, die Barmer am seltensten.

Tabelle 5: Krankenkassen, die Kostenerstattungsanträge gut unterstützen (Mehrfachnennung möglich)

14 %	TK
12 %	BKK
5 %	AOK

5 %	Knappschaft
4 %	IKK classic
4 %	SBK
4 %	HKK
3 %	KKH
3 %	Mobil Krankenkasse
11 %	Andere, z. B. Versch. BKK: Rheinland-Pfalz, Scheufelen, Bahn, Deutsche Bank, Linde, Salus, Audi, debeka, Herkules, Pronova, firmus, mobil Oil, R+V, Siemens, Pro Vita, VBU, Daimler, Mahle, EWE, 24, Gildemeister, Verkehrsbau Union

Die meisten Schwierigkeiten erleben die Psychotherapeuten bei der BARMER, gefolgt von der AOK.

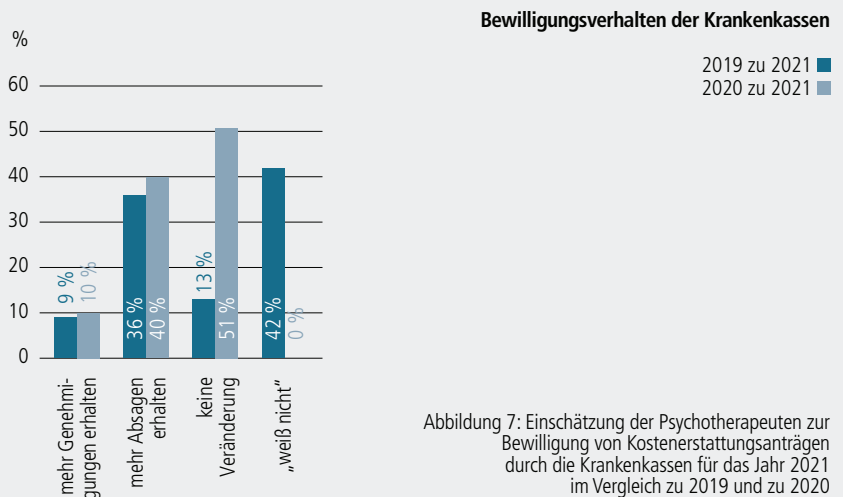
Explizit anders herum befragt berichten die Psychotherapeuten folgende Erfahrungen: Von allen Umfrageteilnehmern macht circa die Hälfte Angaben zu der Frage, mit welchen Krankenkassen sie besonders viele Schwierigkeiten bei der Beantragung von Kostenerstattungsanträgen erleben. Mehrfachnennungen waren hier möglich. Die größten Probleme werden mit der BARMER erlebt (s. Tab. 6). Von der BARMER, den AOK und der DAK berichten viele Teilnehmer eine konsequente, durchgehende Ablehnungshaltung bezüglich der Kostenerstattungsanträge.

Tabelle 6: Krankenkassen, die Kostenerstattungsanträge besonders wenig unterstützen (Mehrfachnennung möglich)

36 %	BARMER
32 %	AOK
25 %	DAK
23 %	TK
13 %	IKK Classic
5 %	KKH
4 %	BKK
3 %	HKK
2 %	Knappschaft
2 %	SBK
2 %	Mobil Krankenkasse
6 %	Andere, z. B. Securvita HEK

Die aktuelle Genehmigungspraxis hat sich im Vergleich zu 2019 „verschlechtert“.

Die Krankenkassen erteilen derzeit im Vergleich zu 2019 und zu 2020 nach Einschätzung von 36-40 % der Psychotherapeuten mehr Ablehnungsbescheide. Nur ca. 1/10 geben aus ihrer praktischen Erfahrung mehr Genehmigungen als in den Vorjahren an. Die Einschätzung der aktuellen Situation im Vergleich zum Vorjahr scheint für die Psychotherapeuten deutlich einfacher zu sein als zu der vor 2 Jahren: für die Veränderung von 2019 auf 2021 geben über 40 % „weiß nicht“ an. Von 2020 auf 2021 ist die Bewilligungspraxis nach Einschätzung der Hälfte der Psychotherapeuten gleich geblieben (s. Abb. 7).



Im Durchschnitt könnten die Psychotherapeuten in Privatpraxen über die durchgeführten Kostenerstattungstherapien hinaus 5,2 Stunden Einzeltherapie anbieten. 1/3 der Psychotherapeuten hat keine Kapazitäten für weitere Einzeltherapiestunden. Ein weiteres Drittel könnte 1 bis 5 zusätzliche Sitzungen, 15 % könnten mehr als 10 zusätzliche Einzeltherapiestunden anbieten (s. Abb. 8).

Die Psychotherapeuten könnten zusätzlich im Durchschnitt etwa 5 Stunden Einzeltherapie pro Woche anbieten.

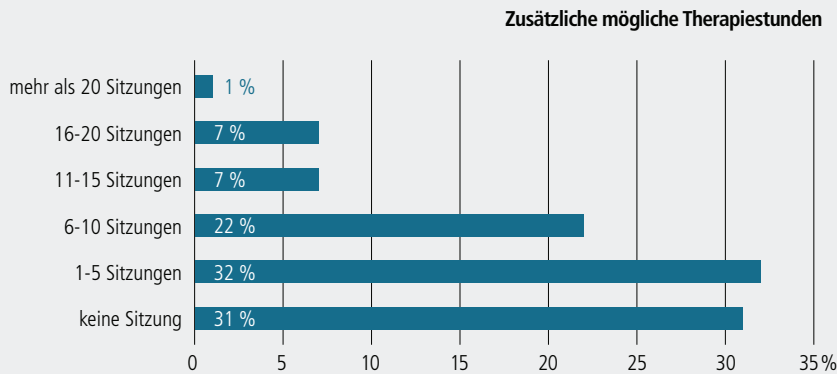


Abbildung 8: Über die Kostenerstattungstherapien hinaus im Durchschnitt wöchentlich anbietbare Therapiesitzungen (Einzel und Gruppe)

Die mittlere Wartezeit bei den teilnehmenden Privatpraxen auf eine probatorische Sitzung in der Einzeltherapie wird aktuell mit 5,3 Wochen angegeben. In dieser Wartezeit könnte auch die Bearbeitungszeit auf eine Kostenzusage enthalten sein. In etwa 1/10 der Fälle in der Einzeltherapie gibt es keine Wartezeit auf eine probatorische Sitzung, d. h. Termine können kurzfristig vergeben werden. Bei 21 % der Psychotherapeuten müssen Patienten in der Einzeltherapie drei Monate auf den Beginn der Probatorik warten. Patienten warten in circa 55 % der Fälle höchstens 4 Wochen (s. Abb. 9).

Die aktuelle durchschnittliche Wartezeit auf eine probatorische Sitzung liegt in der Einzeltherapie bei circa 5 Wochen.

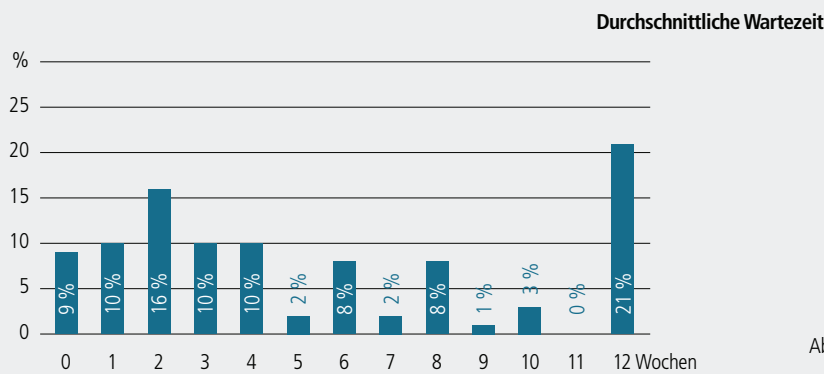


Abbildung 9: Durchschnittliche Wartezeit auf eine probatorische Sitzung in der Einzeltherapie

Stichprobe

503 in der ambulanten Versorgung in Privatpraxen tätige Psychotherapeuten haben an der Umfrage teilgenommen, davon waren 73 % Psychologische Psychotherapeuten (PP), 18 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), 6 % hatten eine Doppelapprobation als PP und KJP. Von 4 % der Teilnehmer liegt keine Angabe vor.

Knapp 3/4 der Teilnehmer sind Psychologische Psychotherapeuten.



Dr. Cornelia Rabe-Messen
Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Bereichsleitung Psychotherapeutische Versorgung der DPTV, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPTV. Frühere wissenschaftliche Tätigkeiten an der Technischen Universität München und am Tumorzentrum der Charité Berlin.

Charlotte Markert, Astrid Müller, Rudolf Stark

Definition, Klassifikation und Diagnostik verschiedener Verhaltenssüchte

Mit Einführung des ICD-11 wird das Kapitel „Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ erstmals aufgeführt, wodurch wissenschaftliche und therapeutische Entwicklungen angeregt werden.

Allen Verhaltenssüchten ist gemeinsam, dass betroffene Personen sich einem wiederkehrenden Handlungsimpuls nicht ausreichend widersetzen können, sodass das Verhalten ein Ausmaß annimmt, welches negative Konsequenzen für die betroffene Person selber oder für ihr Umfeld hat.

Mit der Veröffentlichung der ICD-11 hat sich die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) erstmals für die Aufnahme eines Kapitels für Verhaltenssüchte („Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“) entschieden (World Health Organization, 2019). In diesem Artikel werden die deutschen Begriffe nach Rumpf et al. (2021) verwendet, die auf einem Experten-

konsens beruhen. Verhaltenssüchte werden im ICD-11 als sich wiederholende belohnende Verhaltensweisen beschrieben, die zu Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen führen. Als spezifische Störungen wurden die Glücksspielstörung (6C50) sowie die Computerspielstörung (6C51) in die ICD-11 aufgenommen. Beide süchtigen Verhaltensweisen lassen sich in „überwiegend online“ oder „überwiegend offline“ einteilen. Wird das Verhalten überwiegend online ausgeführt, handelt es sich um Internetnutzungsstörungen, bei denen der spezifische Störungsbegriff das dysfunktionale Verhalten beschreibt. Eine generalisierte Internetsucht oder eine Smartphonesucht werden wissenschaftlich diskutiert, sind jedoch empirisch als eigene Störungsbilder umstritten (Montag, Wegmann, Sariyska, Demetrovics & Brand, 2021; Rumpf, Browne, Brandt & Rehbein, 2020; Rumpf et al., 2021). Weitere süchtige Verhaltensweisen, wie die Kauf-Shopping-Störung, die sexuelle Sucht

oder die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, können unter „Andere spezifische Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ (6C5Y) oder „Unspezifische Verhaltenssucht“ (6C5Z) diagnostiziert werden. Bemerkenswerterweise wird die sexuelle Sucht bisher als zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (6C72) unter dem Kapitel der Impulskontrollstörungen eingeordnet, zu denen auch die Pyromanie, die Kleptomanie und der pathologische Jähzorn zählen. Gleiches gilt für die Kauf-Shopping-Störung, die im ICD-11-Coding Tool als Beispiel einer „Sonstigen näher bezeichneten Störung der Impulskontrolle“ genannt wird. Weitere Forschung ist nötig, um letztendlich zu entscheiden, ob eine Konzeptualisierung der sexuellen Sucht und der Kauf-Shopping-Störung als Verhaltenssucht oder als Impulskontrollstörung angemessener ist.



Kurz gefasst

Verschiedene kurzfristig belohnende Verhaltensweisen können negative Folgen haben und exzessiv entgleisen. Die 11. Version der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-11) führt erstmals „Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ ein, unter die die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung fallen. Sobald genug empirische Evidenz vorliegt, könnten auch sexsüchtiges Verhalten, das unter den Impulskontrollstörungen aufgeführt wird, sowie die Kauf-Shopping-Störung und die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung in diese Störungskategorie fallen. Der Artikel informiert über die Definitionen, die Klassifikation und die Diagnostik dieser Störungsbilder und gibt kurze Einführungen in die verschiedenen Formen von Verhaltenssüchten.



Allen Verhaltenssüchten ist gemeinsam, dass betroffene Personen sich einem wiederkehrenden Handlungsimpuls nicht ausreichend widersetzen können, sodass das Verhalten ein Ausmaß annimmt, welches negative Konsequenzen für die betroffene Person selber oder für ihr Umfeld hat (Grant, Potenza, Weinstein & Gorelick, 2010). Dabei ergeben sich die negativen Konsequenzen erst durch den Kontrollverlust und die damit verbundene zeitintensive Ausführung des Verhaltens, während das Verhalten zu Beginn für die meisten Menschen belohnend ist. Für eine Diagnosestellung muss die Symptomatik über einen längeren Zeitraum hinweg vorliegen, wobei dieser zwischen den Diagnosen variiert (siehe Tabelle Seite 24).



Bis zur Einführung der ICD-11 erfolgt die Klassifikation der verhaltenssüchtigen Symptomatik in der therapeutischen Praxis über die ICD-10. Diese sieht lediglich das „Pathologische Spielen“ (F63.0) als eigenständige psychische Störung unter den Impulskontrollstörungen vor. Folglich fehlt in der ICD-10 eine Kategorie für Verhaltenssüchte, sodass die Störungen teilweise unterschiedlich klassifiziert werden, was unter anderem valide Schätzungen der Prävalenz und der gesundheitsökonomischen Folgekosten erschwert. Beispielsweise kann die sexuelle Sucht als „gesteigertes sexuelles Verlangen“ im Kapitel „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ oder als sonstige/nicht näher bezeichnete Zwangsstörung oder Impulskontrollstörung kodiert werden. Weitere Verhaltenssüchte, wie die Computerspielstörung oder die Kauf-Shopping-Störung, werden in der therapeutischen Praxis zumeist unter „sonstigen Impulskontrollstörungen“ verortet.

Bis zur Einführung der ICD-11 erfolgt die Klassifikation der verhaltenssüchtigen Symptomatik in der therapeutischen Praxis über die ICD-10.



Kriterien nach ICD-11	Glücksspielstörung	Computerspielstörung	Zwanghafte Sexualverhaltensstörung	Kauf-Shopping-Störung	Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung
Kontrollverlust	Beeinträchtigung der Kontrolle über das Glücksspiel (z. B. Beginn, Dauer, Häufigkeit, Beendigung etc.)	Eingeschränkte Kontrolle über das Spielen (z. B. Beginn, Dauer, Häufigkeit, Beendigung etc.)	Unvermögen, sich wiederholende sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Priorisierung	Zunehmende Priorität des Glücksspiels in dem Ausmaß, dass das Glücksspiel Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat.	Zunehmende Priorität des Spielens in dem Ausmaß, dass das Spielen Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat.	Wiederholte sexuelle Aktivitäten gelangen so sehr in den Mittelpunkt, dass Gesundheit und Körperpflege oder andere Interessen, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten vernachlässigt werden.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen	Fortsetzung oder Eskalation trotz negativer Konsequenzen.	Fortsetzung oder Eskalation trotz negativer Konsequenzen.	Das wiederholte Sexualverhalten wird trotz nachteiliger Folgen fortgesetzt.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Zeitraum	12 Monate oder länger (kann bei schwerwiegender Symptomatik verkürzt werden)	12 Monate oder länger (kann bei schwerwiegender Symptomatik verkürzt werden)	6 Monate oder länger	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Leidensdruck	Das Spielverhalten führt zu einem erheblichen Leidensdruck oder zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	Das Spielverhalten führt zu einem ausgeprägten Leidensdruck oder einer erheblichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	Das Unvermögen, sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren, verursacht ausgeprägten Leidensdruck oder erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Sonstige formulierte Kriterien	keine	keine	Der Leidensdruck hängt nicht ausschließlich mit moralischen Urteilen zusammen.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Ausschlussdiagnosen	Bipolare Störung Typ I und Typ II, Gefährliches Glücksspielen oder Wetten	Bipolare Störung Typ I und Typ II, Gefährliches Computerspielen	Paraphile Störungen	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Bezeichnung im ICD-11	Glücksspielstörung (6C50)	Computerspielstörung (6C51)	Zwanghafte Sexualverhaltensstörung (6C72)	Kauf-Shopping-Störung unter „Sonstige näher bezeichnete Störungen der Impulskontrolle“ (6C7Y)	nicht vorhanden
Bezeichnung im ICD-10	Pathologisches Spielen (F63.0)	nicht vorhanden	Gesteigertes sexuelles Interesse (F52.7)	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Bezeichnung im DSM-5	Störung durch Glücksspielen	Computerspielabhängigkeit als Forschungsdiagnose im Anhang	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden

Tabelle: Diagnostische Kriterien nach ICD-11 und Bezeichnungen spezifischer Verhaltenssüchte in anderen Klassifikationssystemen

Diagnostik von Verhaltenssüchten

Die Diagnostik von Verhaltenssüchten sollte auf strukturierten klinischen Interviews basieren. Ein spezifisches und frei verfügbares Instrument ist das strukturierte klinische Interview zu internetbezogenen Störungen (AICA-SKI:IBS; Wölfling & Müller, 2017), die Störungen werden dabei analog zu den DSM-5-Kriterien für die Computerspielstörung erfragt. Bei der Glücksspielstörung kann das strukturierte klinische Interview für DSM-5-Störungen (SKID-5) verwendet werden (Beesdo-Baum, Zaudig & Wittchen, 2018). Eine Open-Access-Alternative stellt das diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) dar (Margraf, Cwik, Brachel, Suppiger & Schneider, 2021), welches die Diagnostik der Glücksspielstörung und der Computerspielstörung ermöglicht, wobei die Kriterien der Störungen jedoch nur rudimentär abgefragt werden.

Für ein ökonomisches Screening der verschiedenen Verhaltenssüchte (ohne konkrete Diagnosestellung durch ein strukturiertes klinisches Interview) dient der neu entwickelte Fragebogen Assessment of Criteria for Specific Internet-use Disorders (AC-SID-11; S. M. Müller et al., 2022), welcher in Anlehnung an die ICD-11-Kriterien für Störungen durch abhängiges Verhalten entwickelt wurde.

Häufige psychische Komorbiditäten und differenzialdiagnostische Aspekte

Die genannten Verhaltenssüchte gehen für betroffene Personen mit Funktionseinschränkungen einher, die hohe Kosten verursachen können (zum Beispiel finanzielle Belastungen, eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Beruf, partnerschaftliche und psychische Probleme).

Häufig auftretende Komorbiditäten umfassen insbesondere depressive Störungen und soziale Angststörungen (Dowling et al., 2017; Kafka, 2015; Männikkö, Ruotsalainen, Mieltunen, Pontes & Kääriäinen, 2020; Müller et al., 2019; Wéry et al., 2016), die teilweise auch durch die hohen Folgekosten der verhaltenssüchtigen Symptomatik entstehen. Aber auch substanzgebundene Abhängigkeiten (Lorains, Cowlshaw & Thomas, 2011; Müller et al., 2019; Yau & Potenza, 2015) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Bielefeld et al., 2017; Böthe, Koós, Tóth-Király, Orosz & Demetrovics, 2019; Karaca, Saleh, Canan & Potenza, 2017) sind häufig auftretende Komorbiditäten von Verhaltenssüchten. Insgesamt weist die bisherige Studienlage darauf hin, dass komorbide psychische Störungen bei Verhaltenssüchten verbreitet sind und somit bei der Diagnostik und Behandlung berücksichtigt werden sollten.

Ähnlichkeiten bezüglich des sich wiederholenden dysfunktionalen Verhaltens bestehen zwischen Verhaltenssüchten und anderen Störungskategorien wie Zwangsstörungen (zum Beispiel pathologisches Horten), Essstörungen (zum Beispiel Binge-Eating-Störung) und Impulskontrollstörungen, die präzise Abgrenzung dieser Störungskategorien untereinander ist noch nicht ausreichend erforscht. Dementsprechend ist noch ungeklärt, welche Verhaltensweisen in einem dysfunktionalen Ausmaß zu den Verhaltenssüchten gehören. Offen ist zudem, ob sich auch bei Verhaltenssüchten, analog zu substanzbezogenen Süchten, eine Entzugssymptomatik beziehungsweise eine Toleranzentwicklung zeigen muss und ob das Verhalten zwingend ein exzessives Ausmaß annehmen muss. Stattdessen könnten eher eine verminderte Handlungskontrolle und ein hoher Leidensdruck die ausschlaggebenden Kriterien darstellen.

Formen von Verhaltenssüchten

Im Folgenden werden die Störungsbilder vorgestellt, bei denen die Konzeption als Verhaltenssucht bereits allgemein akzeptiert oder bei denen eine solche Einordnung aufgrund empirischer Daten nahegelegt wird.

Die genannten Verhaltenssüchte gehen für betroffene Personen mit Funktionseinschränkungen einher, die hohe Kosten verursachen können (zum Beispiel finanzielle Belastungen, eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Beruf, partnerschaftliche und psychische Probleme).



Premium Fortbildungen 2022

Angenehm kleine Gruppe, einzigartige Hotels und hochwertige Verpflegung

Wer kommt da auf uns zu? - Psychotherapie mit Älteren

15.-16.07.2022 Freudenstadt im Hotel Teuchelwald 4*

Impact-Technik-Seminar

02.-03.09.2022 Dresden im Schloss Eckberg

Wozu das alles? Therap. Antworten auf existenzielle Fragen

18.-20.11.2022 Insel Baltrum in der Sonnenhütte

MBSR - Auf Achtsamkeit basierende Stressreduktion

25.-27.11.2022 Insel Baltrum in der Sonnenhütte

Hypnotherapie für Einsteiger nach Milton Erickson

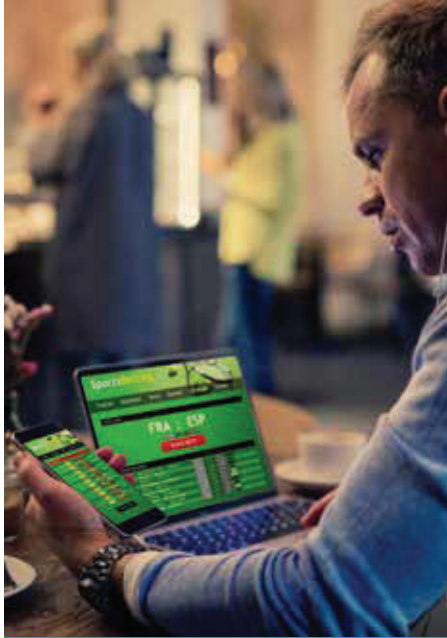
02.-04.12.2022 Insel Baltrum in der Sonnenhütte

Bilder als Sprache der Seele: Mit Imaginationen in der Psychotherapie arbeiten

09.-11.12.2022 Insel Baltrum in der Sonnenhütte

Buchen Sie jetzt unter www.psyCultus.de.

Für Sie als Leser:in 5% Rabatt mit dem Rabattcode: **AKTUELL5**



Glücksspielstörung

Die Glücksspielstörung konnte in der ICD-10 im Kapitel F63 unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ als spezifische Störung (F63.0 „pathologisches Spielen“) diagnostiziert werden, in der ICD-11 ist sie nun als Verhaltenssucht im Kapitel „Störungen aufgrund von Verhaltenssuchten“ vorgesehen. Traditionelle Formen des Glücksspiels umfassen Casinospiele, wie Roulette, Poker oder Black Jack, aber auch das Spielen an Geldspielautomaten, Sportwetten oder Lotteriespiele gehören zu den Glücksspielen. Seit Jahren kann eine Zunahme des internetbasierten Glücksspielens (zum Beispiel auf ständig verfügbaren Smartphones) beobachtet werden (Potenza et al., 2019). In einer großen repräsentativen Stichprobe lag die Lebenszeitprävalenz für die Teilnahme an Glücksspielen bei 80 % der Männer und 71 % der Frauen (Banz, 2020). Zwei Prozent der Teilnehmenden an dieser Untersuchung gaben eine problematische Glücksspielnutzung an, was mit den Ergebnissen internationaler Studien mit einer Prävalenz der Glücksspielstörung von 0,5 bis 3 % übereinstimmt (Kessler et al., 2008). Zu den häufigsten negativen Folgen einer Glücksspielstörung gehören (teils gravierende) finanzielle Schwierigkeiten und Verschuldung (Swanton & Gainsbury, 2020), die bei einigen Betroffenen sogar in Suizidalität resultieren (Carr, Ellis & Ledgerwood, 2018; Ledgerwood & Petry, 2004).

Die Selbsteinschätzung einer Glücksspielstörung kann durch den South Oaks Gambling Screen (SOGS, Lesieur & Blume, 1987) erfolgen, der international weit verbreitet ist und in vielen epidemiologischen klinischen Studien eingesetzt wurde (Müller, Wölfling & Müller, 2020). Der 20 Items umfassende Fragebogen erhebt die Kriterien für Glücksspielstörung nach DSM-III und liegt in deutscher Übersetzung vor (Müller-Spahn & Margraf, 2003).



Computerspielstörung

Die American Psychiatric Association (APA) nahm die Computerspielstörung 2013 als Forschungsdiagnose in den Anhang des DSM-5 auf (American Psychiatric Association, 2013). Mit dem Erscheinen der ICD-11 wird die Computerspielstörung als eigenständiges Störungsbild im Unterkapitel „Störungen aufgrund von Verhaltenssuchten“ beschrieben. Die Computerspielstörung umfasst das Spielen von Computer-, Video- und Online-Spielen, dabei können unterschiedliche Geräte wie PCs, Smartphones oder Konsolen genutzt werden. Das Spielen lässt sich dabei in verschiedene Genres unterteilen, zum Beispiel Massively Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPGs), First Person Shooters, Sport-Simulationen, Multiplayer Online Battle Arenas (MOBAs) oder Strategiespiele (S. M. Müller et al., 2022), wobei all diese Genres zu einem Suchtverhalten führen können (K. W. Müller et al., 2015). In den letzten Jahren lässt sich ein Anstieg der Computerspielstörung verzeichnen (Saunders et al., 2017). Die Prävalenz der Computerspielstörung wird zwischen 1–2 % angenommen, variiert aber in Abhängigkeit des verwendeten Messinstruments (Kim et al., 2022). Männer sind häufiger betroffen als Frauen und Jüngere sind häufiger betroffen als Ältere (Mihara & Higuchi, 2017).

Die in Deutschland entwickelte Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS; Rehbein, Baier, Kleimann & Mößle, 2015) erfasst das Vorliegen einer Computerspielstörung anhand der DSM-5-Kriterien. Da jedes der neun DSM-5-Kriterien durch zwei Items erfragt wird, besteht die Gesamtskala aus 18 Items. Werden fünf oder mehr der neun Kriterien erfüllt, kann von dem Vorliegen einer Computerspielstörung ausgegangen werden (Rehbein et al., 2015).



Sexuelle Sucht

Für die sexuelle Sucht liegen erst mit der Diagnose der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung in der ICD-11 spezifische Kriterien vor (World Health Organization, 2019), allerdings wird sie als Impulskontrollstörung und nicht als Verhaltenssucht klassifiziert. Zuvor wurde die Symptomatik in epidemiologischen Studien uneinheitlich erhoben, was die Vergleichbarkeit der Daten erschwert. Für Männer wurden in repräsentativen Studien Werte zwischen 3–10 % bezüglich selbstberichteter Probleme bei der Kontrolle des Sexualverhaltens gefunden, für Frauen schwankten die Angaben zwischen 1–7 % (Dickenson, Gleason, Coleman & Miner, 2018; Grubbs, Kraus & Perry, 2019; Rissel et al., 2017; Ross, Månsson & Daneback, 2012). Als häufigstes problematisches sexuelles Verhalten wird unkontrollierter Pornografiekonsum berichtet, gefolgt von exzessivem Dating (Reid et al., 2012). Als Besonderheit der sexuellen Sucht gegenüber anderen Verhaltenssuchten sticht hervor, dass sexuelle Reize einen angeborenen Belohnungscharakter haben und diese auch bei nichtsüchtigen Personen neuronale Belohnungsschaltkreise stark aktivieren (Stark, Klucken, Potenza, Brand & Strahler, 2018).

Hinweise auf das Vorliegen einer sexuellen Sucht können mithilfe der Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) aufgedeckt werden (Böthe et al., 2020), die auch in deutscher Sprache vorliegt. Die 19 Items der Skala erfragen die ICD-11-Kriterien der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung. Ein Gesamtwert über 50 weist auf das Vorliegen einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung hin.

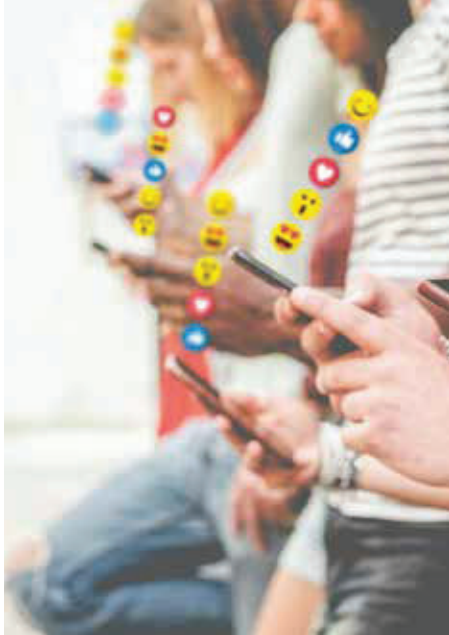
Für den Hinweis auf eine Pornografie-Nutzungsstörung als häufigste Variante der sexuellen Sucht kann die Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS, Böthe et al., 2018) eingesetzt werden. Der Fragebogen besteht aus 18 Items, ein problematischer Pornografiekonsum wird ab einem Wert von 76 angenommen. Es existiert eine Kurzform mit nur sechs Items (Böthe, Tóth-Király, Demetrovics & Orosz, 2021).



Kauf-Shopping-Störung

Die Kauf-Shopping-Störung wurde nicht mit spezifischen Kriterien in die aktuelle ICD-11 aufgenommen, stattdessen wird sie als spezifisches Beispiel für die Kategorie „Sonstige näher bezeichnete Störungen der Impulskontrolle“ (6C7Y) genannt (World Health Organization, 2019). Betroffene unterscheiden sich in ihrem pathologischen Kaufverhalten: So gibt es Betroffene, die bevorzugt anonym (zum Beispiel im Internet oder in großen Kaufhäusern) einkaufen, Betroffene, die persönliche Beratungen in kleinen exklusiven Läden bevorzugen, Betroffene, die Geschenke für andere Personen kaufen und Betroffene, die ihre Käufe horten (Laskowski, Trotzke, Zwaan, Brand & Müller, 2021). Die Kauf-Shopping-Störung kann mit gravierenden psychosozialen Konsequenzen, wie hohen Schulden, Zahlungsunfähigkeit, familiären Konflikten, strafrechtlichen Problemen und starken Schuldgefühlen einhergehen (Christenson et al., 1994). Einer Metaanalyse zufolge sind circa 5 % der Erwachsenen kaufsuchtgefährdet, wobei vor allem Frauen und Personen jüngerer Alters betroffen sind (Maraz, Griffiths & Demetrovics, 2016). Die Kauf-Shopping-Störung weist hohe phänomenologische sowie neuropsychologische Ähnlichkeiten (zum Beispiel Craving bezüglich kaufbezogener Reize oder Verringerung der Inhibitionskontrolle) zu anderen Störungen mit abhängigen Verhalten auf, sodass eine zukünftige Einordnung als Verhaltenssucht plausibel erscheint (Brand et al., 2020).

Für diagnostische Hinweise auf pathologisches Kaufen kann der in Deutschland entwickelte „Pathological Buying Screener“ mit 13 Items eingesetzt werden (A. Müller, P. Trotzke, J. E. Mitchell, M. de Zwaan & M. Brand, 2015; Müller et al., 2021). Ein Cut-Off-Wert von ≥ 29 weist auf ein pathologisches Kaufverhalten hin (Müller et al., 2021).



Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung

Im Vergleich zu den anderen genannten Verhaltenssüchten wurde die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung bislang weder von der WHO noch von der APA als störungswertig anerkannt. Die Nutzung sozialer Netzwerke wie zum Beispiel WhatsApp, Facebook, Instagram oder Twitter kann jedoch vergleichbar zu anderen süchtigen Verhaltensweisen entgleisen, sodass die Nutzungsdauer mit einem erlebten Kontrollverlust einhergeht und andere wichtige Lebensbereiche und Aktivitäten vernachlässigt werden (Brand et al., 2020; Wegmann, Müller, Trotzke & Brand, 2021). Mischformen mit der Computerspielstörung sind möglich, wenn zum Beispiel in Social-Media-Applikationen gemeinsam Spiele gespielt werden oder in MMORPGs starke Bindungen zwischen Spieler*innen durch Kommunikation bei gemeinsamen Aktivitäten entstehen (Kuss & Griffiths, 2017). Ebenso können sich durch die exzessive Nutzung von Online-Dating-Angeboten Schnittmengen mit der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung ergeben (Kuss & Griffiths, 2017). Auch die Überlappung mit Online-Kaufsucht im Zuge des zunehmenden Social Commerce (zum Beispiel Marketing über Influencer) wird in letzter Zeit immer häufiger beobachtet (A. Müller, M. Joshi & T. A. Thomas, 2022). Die zugrundeliegenden Motive der Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung sind entsprechend vielfältig. In einer Metaanalyse wurde die Prävalenz für die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung in Europa auf circa 8 % geschätzt (Cheng, Lau, Chan & Luk, 2021). Insbesondere die Angst, etwas zu verpassen (Fear of Missing Out, FoMO) scheint zu einer problematischen Social-Media-Nutzung beizutragen (Röttinger et al., 2021). Obwohl hinsichtlich der Symptomatik sowie vermutlicher zugrundeliegender Mechanismen Gemeinsamkeiten mit Verhaltenssüchten bestehen, mangelt es noch an Forschungsbefunden, um diese diagnostische Zuordnung zu bekräftigen (Brand et al., 2020).

Hinweise auf das Vorliegen einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung kann der Short Internet Addiction Test, modifiziert für Social Networking Sites (s-IAT-SNS, Wegmann, Stodt & Brand, 2015) geben, der zwölf Items umfasst. Gesamtwerte ≥ 31 weisen auf einen problematischen Konsum hin, ein pathologischer Konsum wird ab einem Gesamtwert ≥ 38 angenommen (Wegmann et al., 2021).

Fazit für die Praxis

- Die ICD-11 führt das neue Kapitel „Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ ein, unter dem die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung als eigenständige Störungsbilder aufgeführt sind.
- Für die sexuelle Sucht und die Kauf-Shoppping-Störung erscheint das Konzept der Verhaltenssucht gleichfalls passend, diese werden jedoch unter den Impulskontrollstörungen genannt.
- Die Klassifikation der Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung ist mangels empirischer Befunde noch ungeklärt.
- Erst durch den Kontrollverlust über das eigentlich angenehme Verhalten ergeben sich negative Konsequenzen für die betroffene Person und/oder für andere Menschen, die beträchtliche Ausmaße annehmen können.

Im Vergleich zu den anderen genannten Verhaltenssüchten wurde die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung bislang weder von der WHO noch von der APA als störungswertig anerkannt.

Dieser Artikel ist im Kontext der DFG Forschungsgruppe FOR 2974 „Affective and cognitive mechanisms of specific Internet-use disorders (AC-SID)“ entstanden.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Dr. Charlotte Markert

Dr. Charlotte Markert ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf der Diagnostik und Behandlung der sexuellen Sucht.



Apl. Prof. Dr. Dr. Astrid Müller

Prof. Dr. Dr. Astrid Müller ist Leitende Psychologin und Leiterin der AG „Substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen“ der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie forscht zu Verhaltenssüchten und zu psychosozialen Aspekten bei Adipositas.



Prof. Dr. Rudolf Stark

Prof. Dr. Rudolf Stark ist Professor für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften und Leiter eines verhaltenstherapeutischen universitären Ausbildungsinstituts an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Er forscht zu Angst- und Suchterkrankungen und ist im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Hans-Joachim Schwarz

Proaktiver Suizid in hohem Alter – eine vernünftige Option für ein selbstbestimmtes Lebensende?

Abgesehen von den Forderungen, welche die Religion stellt, darf man wohl fragen: warum sollte es für einen alt gewordenen Mann, welcher die Abnahme seiner Kräfte spürt, rühmlicher sein, seine langsame Erschöpfung und Auflösung abzuwarten, als sich mit vollem Bewusstsein ein Ziel zu setzen? Die Selbsttötung ist in diesem Falle eine ganz natürliche naheliegende Handlung, welche als ein Sieg der Vernunft billigerweise Ehrfurcht erwecken sollte.

Nietzsche¹

¹ Friedrich Nietzsche, Menschliches, Allzumenschliches I, 1. Von den ersten und letzten Dingen, 80. Sämtliche Werke, Kritische Studienausgabe. Herausgegeben von G. Colli und M. Montinari. München 1999, Band 2, S. 85.

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr annähernd 10.000 Menschen das Leben. Die Zahl der Suizidversuche wird auf circa 100.000 pro Jahr geschätzt. Mit zunehmendem Alter steigen Suizide überproportional häufig an; sie werden überwiegend von Männern begangen. Laut amtlicher Statistik haben sich in Deutschland im Jahr 2018 mehr als 3.000 Personen im Alter über 70 Jahre selbst getötet. Die höchsten Suizidraten weisen die 85-Jährigen und Älteren auf. Expert*innen gehen insgesamt von

Die meisten Expert*innen gehen in der heutigen Suizidforschung davon aus, dass einem Suizid auf keinen Fall eine autonome Entscheidung vorangehen könne, sondern Selbsttötung stets nahezu ausschließlich auf ein situatives Affektgeschehen beziehungsweise eine psychische Störung zurückzuführen ist.

einer deutlich höheren Zahl von Todesfällen durch Suizid aus, da all jene Personen nicht in der offiziellen Statistik erfasst sind, die sich zwar gezielt das Leben genommen haben,

bei denen jedoch eine andere Todesursache bescheinigt wurde. Angesichts dieser „indirekten“ oder „verdeckten Suizide“, die beispielweise als „Unfall“ oder als „natürlicher“ Todesfall infolge einer Vorerkrankung registriert sind, wird gerade bei alten Menschen mit einer hohen Dunkelziffer an tatsächlich durchgeführten Suiziden gerechnet. Des Weiteren berichten Expert*innen, dass Alterssuizide zumeist anders als Suizide in jüngeren Jahren keinen Appell-Charakter aufweisen, sondern der Suizidwunsch in der Regel entschiedener ist und entschlossener umgesetzt wird.

Während seit der Antike einige der großen Denker die Selbsttötung – insonderheit die aus Altersgründen – als einen Akt des freien Willens dargelegt haben, gehen die meisten Expert*innen in der heutigen Suizidforschung, überwiegend Psychiater*innen und Psycholog*innen beziehungsweise Psychotherapeut*innen, davon aus, dass einem Suizid auf keinen Fall eine autonome Entscheidung vorangehen könne, sondern Selbsttötung stets nahezu ausschließlich auf ein situatives Affektgeschehen beziehungsweise eine psychische Störung zurückzuführen ist. Typisch sind die Statements von Expert*innen für Suizidprävention, die sich in der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland engagieren, einem Zusammenschluss zahlreicher Organisationen, unter anderen Bundes- und Länderministerien und Kirchen: „[D]ie meisten Suizidhandlungen beruhen ja nicht auf freiverantwortlicher Entscheidung, sondern sind Ausdruck einer psychischen Erkrankung oder psychosozialen Notlage“² Und: „Die Suizidforschung hat inzwischen zahlreiche Beweise vorgelegt, dass zumindest in 80-90 % der Suizidfälle, wenn nicht bei allen, eine psychische Störung nachweisbar sei. Von einem wohlwollenden Entschluss könne man deshalb so

gut wie niemals ausgehen.“³ Diese bei den meisten professionell in der Suizidforschung und -prävention Tätigen durchgängig anzutreffende apodiktische Ablehnung beziehungsweise Leugnung einer rationalen und autonomen Willensentscheidung bei einem Suizid im hohen Alter ist äußerst fragwürdig, wie auch durch die jüngste Veröffentlichung von Brieger et al. bestätigt wird.⁴ Der Verdacht lässt sich nicht von der Hand weisen, dass in Bezug auf den Suizid hochaltriger Menschen eine Pathologisierung der rationalen und freiverantworteten Suizidentscheidung durch „Sachverständige“ im Bereich der Suizidforschung und Suizidprävention vorgenommen wird.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zur Sterbehilfe am 26. Februar 2020 dagegen unmissverständlich klargestellt: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.“⁵ Das Urteil ebnet den Weg für eine weitgehende Liberalisierung der Gesetzgebung im Bereich der assistierten Suizidhilfe. Die 96 Seiten umfassende Urteilsbegründung atmet durchgängig den Geist der Aufklärung. Die Erwägungen des Senats – zumindest aber seine Ausführungen in der Pressemitteilung – sollten eigentlich Pflichtlektüre für jeden Suizidforscher und jede Suizidforscherin sein! Sätze wie die folgenden stehen für ein völlig konträres Bild vom Menschen im Vergleich zu dem, wie es von den Fachleuten in der Suizidforschung und -prävention zumeist gesehen wird:

Das Urteil zur Sterbehilfe am 26. Februar 2020 ebnet den Weg für eine weitgehende Liberalisierung der Gesetzgebung im Bereich der assistierten Suizidhilfe.

„Die Achtung und der Schutz der Menschenwürde und der Freiheit sind grundlegende Prinzipien der Verfassungsordnung, die den Menschen als eine zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähige Person begreift. Von der Vorstellung ausgehend, dass der Mensch in Freiheit sich selbst bestimmt und entfaltet, umfasst die Garantie der Menschenwürde insbesondere die Wahrung personaler Individualität, Identität und Integrität.“

³ Hans Wedler, Martin Teising, Daniela Hery, Ethische Aspekte der Suizidprävention. In: Hans Lindner et al. (Hrsg.), Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Berlin Heidelberg 2014, S. 138.

⁴ Brieger S., Menzel S., Hamann J., Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? Bundesgesundheitsblatt 1/2022, S. 25-29.

⁵ Bundesverfassungsgericht, Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020.

² Norbert Erlemeier, Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart 2011, S. 51.

Wer im Alter von 80 Jahren von sich sagen kann, in seiner bisherigen persönlichen Lebensführung habe insbesondere selbstbestimmtes Handeln stets zu den obersten Zielsetzungen gehört, wird auch am Ende seines Lebens gerade darauf nicht verzichten können, will er nicht Gefahr laufen, seine personale Identität aufs Spiel zu setzen. Er wird soweit möglich an der Leitidee einer selbstbestimmten Lebensgestaltung festhalten, hat er doch die Erfahrung gemacht, dass deren strikte Umsetzung weitgehend psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit mit sich bringt. Aus triftigen Gründen wurde die herausragende Bedeutung von Selbstbestimmung für den Einzelnen

Aus triftigen Gründen wurde die herausragende Bedeutung von Selbstbestimmung für den Einzelnen von der Philosophie, Psychologie und Psychotherapie gleichermaßen betont sowie das Recht auf Selbstbestimmung zum allgemeinen Menschenrecht erklärt.

von der Philosophie, Psychologie und Psychotherapie gleichermaßen betont sowie das Recht auf Selbstbestimmung zum allgemeinen Menschenrecht erklärt.

Immanuel Kant, der den Begriff Selbstbestimmung zum ersten Mal in einer Schrift verwendet hat, definierte den Grundsatz der Selbstbestimmung und die mit ihm einhergehende Selbstverantwortung als tragende Säulen der philosophischen Heilkunde (Diätetik). Die selbstbestimmte und selbstverantwortete Sorge um die eigene Gesundheit wurde als moralische Forderung an den Einzelnen begriffen. Demnach verpflichtete der Grundsatz der Selbstbestimmung den Einzelnen zu einem durch Vernunft geleiteten Handeln mit selbst gesetzten Zielen und der Aufforderung an sich selbst, sie gemäß seinen individuellen Möglichkeiten auch zu erreichen.⁶ Der Philosoph Volker Gerhardt analysiert das Konzept der Selbstbestimmung umfassend und führt aus, Selbstbestimmung sei besonders da ohne Alternative, „[w]ann immer es darum geht, Dispositionen für den Erhalt der eigenen Gesundheit“ zu treffen. Gerhardt konstatiert ferner, das Recht auf Selbstbestimmung schließe ein, „dass einem Menschen nicht verwehrt werden kann, sich das Leben zu nehmen.“⁷

Auch in der Psychologie und Psychotherapie spielt die Selbstbestimmung eine hervorragende Rolle, oft im Zusammenhang mit den Konzepten Selbst und Selbststeuerung. So belegen die bisherigen Forschungsergebnisse und die unbestrittenen theoretischen Annahmen längst, dass

⁶ Vgl. Hans-Joachim Schwarz, Immanuel Kant – Lebenskrise und diätetische Wende. Psychologisch-biographische Studie. Hannover 2019, S. 383.

⁷ Volker Gerhardt, Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität. Stuttgart 2007. Ders., Bedingungen und Grenzen der Selbstbestimmung – Selbstbestimmung in der Biopolitik. In: Tagungsdokumentationen. Wie wir sterben / Selbstbestimmung am Lebensende. Nationaler Ethikrat 2006, S. 128.

CGM SOUL

Informationssystem für Psychotherapeuten



CGM SOUL:

GKV-konforme Praxissoftware für Psychotherapeuten

Jetzt zusammen mit dem TI-Anschluss bestellen und exklusiven Rabatt sichern: cgm.com/soul-ti

Unsere Praxissoftware CGM SOUL wird allen Ansprüchen Ihres psychotherapeutischen Alltags gerecht:

- Optimale Unterstützung des gesamten Psychotherapieverfahrens
- Übersichtlichkeit und automatische Aktualisierung aller Therapiedaten
- Ausfüllhilfen, Erinnerungsfunktionen und automatische Prüfungen

Bestellen Sie CGM SOUL gemeinsam mit dem Anschluss an die TI und **sparen Sie bis zu 200 €***.

cgm.com/soul





das Streben nach Selbstbestimmung ein psychologisches Grundbedürfnis des Menschen ist und nur eine angemessene Erreichung der entsprechenden persönlichen Zielsetzungen langfristig zu Zufriedenheit und dauerhafter psychischer Gesundheit führen kann. Bei jeder Psychotherapie, gleich welches Verfahren im Einzelfall zur Anwendung kommt, kann von der übergeordneten impliziten Zielsetzung ausgegangen werden, die Selbststeuerungsfähigkeiten beim Patienten oder bei der Patientin so zu stärken und zu optimieren, dass er auch eine möglichst hohe Kompetenz zu selbstbestimmtem Handeln erreicht.

Ein kluger Mensch wird auch im Alter nicht aufhören, seine persönlichen Belange weiterhin rechtzeitig und umsichtig zu regeln und nicht einfach den Dingen ihren Lauf lassen. Spätestens um die achtzig, wenn die ihm vermutlich noch verbleibende Lebensspanne langsam aber un-

Ein kluger Mensch wird auch im Alter nicht aufhören, seine persönlichen Belange weiterhin rechtzeitig und umsichtig zu regeln und nicht einfach den Dingen ihren Lauf lassen.

auffhaltsam immer kürzer zu werden droht, mehren sich verstärkt Gedanken und Vorstellungen sowie da-

mit verbundene Befürchtungen in Bezug auf die eigene mutmaßlich noch zu erwartende Lebensspanne. Wer gewohnt ist, vorausschauend und selbstbestimmt zu handeln, wird sich weitergehende Informationen zum Thema „hohes Alter“ verschaffen, um mehr Klarheit und eine fundierte Entscheidungsgrundlage für das eigene Verhalten zum Lebensende zu gewinnen. Dabei wird er nicht umhinkommen, die wesentlichen Ergebnisse der Gerontologie, der Alters- und Alternswissenschaft, zur Kenntnis zu nehmen.

In der Gerontologie wird der Beginn des Alters in der Regel mit dem chronologischen Alter von 60 oder 65 Jahren angesetzt. Da in den vergangenen Jahrzehnten die Lebenserwartung kontinuierlich

Dabei wird er nicht umhinkommen, die wesentlichen Ergebnisse der Gerontologie, der Alters- und Alternswissenschaft, zur Kenntnis zu nehmen.

angestiegen ist, hat sich die Phase des Alters deutlich ausgeweitet; sie umfasst inzwischen oft mehrere Jahrzehnte. Aufgrund von Studienergebnissen, die sehr prägnante Unterschiede in den Altersgruppen der gesamten Altersphase aufdeckten, hat die gerontologische Forschung eine Differenzierung vorgenommen und unterteilt die Altersphase in ein „Drittes Lebensalter“ und ein „Viertes Lebensalter“. Der Beginn des vierten Lebensabschnitts wird zumeist mit 80 bis 85 Jahren angegeben.

Das Dritte Lebensalter ist die Lebensphase, die etwa mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit und der Aufnahme der Rente einsetzt und die durch eine aktive und gesunde Lebensführung der Senior*innen charakterisiert ist. Es kennzeichnet einen Lebensabschnitt, in dem neue Aufgaben und neue soziale Rollen übernommen und oftmals bisher zurückgestellte eigene Interessen verstärkt verwirklicht werden, was zumeist von einem positiven Lebensgefühl begleitet wird. Neue individuelle Freiheiten ermöglichen eine aktive und kreative Ausgestaltung dieser ersten Phase des Alters und gehen häufig mit erhöhter Mobilität einher. Für den Schweizer Altersforscher Francois Höpflinger ist daher das Dritte Lebensalter eine „Phase später Freiheit“.⁸

Was das Leben alter Menschen im Dritten Lebensalter so positiv ausmacht, wird allerdings nach einer Phase des Übergangs schwinden und im Vierten Lebensalter einem anderen Zustand Platz machen, ein Vorgang, den der renommierte Psychologe und Gerontologe Paul Baltes, unter dessen Leitung vor etwa 30 Jahren die bekannte Berliner Altersstudie durchgeführt wurde, so beschrieb: „Die guten Nachrichten der Wissenschaft gelten vor allem für das Dritte Alter und dessen Potenzial oder Plastizität. Im Vierten Alter hingegen offenbart sich unbarmherzig die biologische Unfertigkeit des Menschen [...] Denn körperliche und physische Funktionen geraten in hohen Jahren immer stärker aus dem Tritt – entgegen dem überkommenen Bild, wonach jene, die lange leben, von den negativen Erfahrungen des Alters verschont

⁸ Francois Höpflinger, Sozialgerontologie: Alter im gesellschaftlichen Wandel und neue soziale Normvorstellungen zu späteren Lebensjahren. In: Thomas Klie et al. (Hrsg.), Praktische Theologie des Alterns. Berlin 2009, S. 59.

bleiben könnten. Die „risques heureux“ des guten Dritten Alters geraten im Vierten Alter für fast alle zu „risques malheureux“.⁹ Nach Baltes stoße die im Dritten Alter noch ausgeprägte Anpassungsfähigkeit des Organismus, die „adaptive Ich-Plastizität“, im hohen Alter an ihre Grenzen und die Indikatoren für Wohlbefinden würden deutlich sinken. „Viele weitere medizinische, psychologische und soziale Parameter weisen für die Ältesten der Alten beträchtliche Verluste aus. Jenseits von 85 Jahren liegt die Zahl derer, die unter chronischen Belastungen leiden und niedrige Funktionswerte zeigen, fast fünfmal höher als bei den 70- bis 85-Jährigen. Diese Daten belegen, dass der Lebensweg im hohen Alter zunehmend zum Leidensweg gerät, da die Grenzen der menschlichen Anpassungsfähigkeit erreicht und oft auch überschritten werden.“

Die Daten der offiziellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Hochaltrigen bestätigen die geschilderte Situation für Menschen im Vierten Lebensalter: Altersphysiologischen Veränderungen in den Organen und Organsystemen sowie die Abnahme der Immunresponsivität führen zu verminderter Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit sowie zu allmählichen Funktionseinbußen.¹⁰ Als typische Gesundheitsprobleme im Alter werden Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen), Mobilitätsprobleme und Stürze, Gebrechlichkeit (frailty), kognitive Einschränkungen sowie Einschränkungen von Aktivitäten des täglichen Lebens beschrieben. Es „ist derzeit festzustellen, dass die Wahrscheinlichkeit für Gesundheitsprobleme – wie etwa Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz – jenseits des 80. bis 85. Lebensjahrs deutlich ansteigt.“¹¹

Das bedeutet: Im Vierten Lebensalter verringert sich die funktionale Gesundheit der meisten Menschen derart drastisch oder gar dramatisch, dass nur noch eine sehr geringe oder auch gar keine selbstständige Lebensführung mehr möglich ist. Diese Situation wird oftmals noch verschärft durch den Verlust des Partners. Menschen in dieser Lebensspanne können total von Dritten abhängig werden und selbst bei einfachen Alltagsaktivitäten auf die Hilfe anderer angewiesen sein. In einer Studie über Selbstkonzepte im Alter, in der Personen zum bevorstehenden Übergang in das abhängige Lebensalter zu ihren Antizipationen befragt werden, heißt

das Fazit: „Das – mögliche – Eintreten von Pflegebedürftigkeit, Hinfälligkeit und Abhängigkeit wird praktisch durchgängig und damit auch weitgehend unabhängig von sozialdemographischen Variablen als ‚Ende des Lebens‘ apostrophiert“. Man wünscht sich, es möge möglichst spät kommen und dann „schnell vorbei sein“. „Pflegebedürftigkeit und abhängige Lebensführung werden als Ende der bislang gültigen Vorstellung vom Selbst gedeutet.“¹² – Vonseiten der Altersforscher*innen wird angesichts dieser prekären Situation verschiedentlich nahegelegt, möglichst alles zu tun, um das Dritte Lebensalter so zu verlängern, dass man am besten das Vierte gar nicht mehr erlebt. Der Gerontologe Paul Baltes empfahl in einem ZEIT-Interview als bislang beste Vorbeugung: „Nicht in die Jahre des Vierten Alters hinein zu leben.“¹³

Im Vierten Lebensalter verringert sich die funktionale Gesundheit der meisten Menschen derart drastisch, dass nur noch eine sehr geringe oder auch gar keine selbstständige Lebensführung mehr möglich ist.

Drittes Lebensalter (Beginn circa 60 bis 65 Jahre)	Viertes Lebensalter (Beginn circa 80 bis 85 Jahre)
„Junge Alte“ (Senior*innen) gesundes Rentenalter Phase „später Freiheit“	Hochbetagte; Hochaltrige Phase der Fragilität; „Greisenalter“ Lebensweg wird zum Leidensweg
die gewonnene Freiheit neu gestalten	wachsende Einschränkung der körperlichen, geistigen und sozialen Lebensbedingungen
Autonomie und Produktivität	deutliches Absinken der Indikatoren für psychisches Wohlbefinden
aktive und kreative Gestaltung der späten Lebensjahre	dramatische Zunahme des Leidens an chronischen Belastungen und niedrigen Funktionswerten
neue individuelle Freiheiten	Multimorbidität (Zunahme des Zusammenwirkens unterschiedlicher Erkrankungen)
erhöhte Mobilität	dramatischer Anstieg der Demenzen
Selbstständigkeit und Selbstbestimmung als gewichtige Leitvorstellung	schwere Einbußen an Lebensqualität
Gefühl der Eigenverantwortlichkeit für das eigene Handeln	gravierende Einschnitte in die selbstständige Lebensführung
Hochbewertung von Jugendlichkeit	starke Zunahme von Abhängigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit; zunehmende Fremdbestimmtheit; schwindende Autonomie
erste körperliche Einschränkungen und erste Einschränkungen der Sinne bei insgesamt verbleibender Autonomie	drastische – sukzessive oder schlagartige – Abnahme der Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bis zur völligen Aufhebung
keine oder nur marginale Einschränkung der Möglichkeiten zur Selbstbestimmung	

Die Gegenüberstellung der jeweiligen Charakteristika von Drittem und Vierten Lebensalter in der Abbildung 1 verdeutlicht den Kontrast zwischen den beiden Altersphasen: Angesichts der insgesamt desolaten gesundheitlichen Situation der Hochbetagten muss im Blick auf die funktionale Gesundheit von einem regelrechten Absturz der Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Vierten Lebensalter ausgegangen werden.

Abbildung 1: Altern und seine Auswirkungen auf die Selbstbestimmung

⁹ Paul Baltes, Das hohe Alter – Mehr Bürde als Würde. Freie Universität Berlin, 2004. https://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2004_01/04_01_baltes.

¹⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Einzelkapitel: Wie gesund sind die älteren Menschen? Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin 2015, S. 418.

¹¹ Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum fürs Altersfragen und Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2009, S. 10.

¹² Stefanie Graefe et al., ‚Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44, 5, 2011, S. 304.

¹³ Sabine Etzold, Altersforschung: Der Rat der Greise. DIE ZEIT Nr. 33, 7.8.2003.

Auch wenn der Worst Case des Vierten Lebensalters nicht jede*n Hochaltrige*n trifft, es wird wohl jede*r mit erheblichen Einbußen an Autonomie, an selbstbestimmter Lebensführung rechnen müssen. Wer noch im hohen Alter seine persönliche Lebenssituation in vollem Umfang wie schon in der Vergangenheit selbstständig gestaltet und im Übrigen gewohnt ist, die seine eigene Zukunft betreffenden Dinge vorausschauend selbstverantwortlich zu regeln, wird sich unter Berücksichtigung seiner eigenen gesundheitlichen Verfassung und seiner übrigen Lebensbedingungen die Frage

Der im hohen Alter absehbar zu erwartende Verlust alles dessen, was die Persönlichkeit in ihrem Selbstbewusstsein ausmacht, wird allgemein als die eigentlich unerträgliche Kognition bewertet.

vorlegen, welches der möglichen Übel des Vierten Lebensalters ihn selbst bei realistischer Betrachtung in den nachfolgenden Jahren wahrscheinlich treffen kann und welche persönlichen Konsequenzen er daraus zu ziehen gedenkt.

Der im hohen Alter absehbar zu erwartende Verlust alles dessen, was die Persönlichkeit in ihrem Selbstbewusstsein ausmacht, wird allgemein als die eigentlich unerträgliche Kognition bewertet. Das liegt auch daran, dass das Bedürfnis der/des Einzelnen nach Selbstbestimmung auch im Alter ungebrochen in bisheriger Intensität fortbesteht, jedoch infolge der real bereits vorhandenen und/oder antizipatorisch noch befürchteten Verluste an selbstbestimmten Handlungsmöglichkeiten eine Diskrepanz zwischen den eigenen Wünschen und ihrer Realisierung entsteht, die mit fortschreitendem Alter und den dann eintretenden Bedingungen gleich einer Schere immer weiter auseinandergeht. Dadurch tritt ein immer stärker werdendes Unbehagen auf, das zu einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung führt, wenn der Konflikt nicht dauerhaft gelöst wird.

Ein nicht unwichtiger positiver Nebeneffekt nach der persönlichen Entscheidung für einen Freitod besteht darin, dass mit diesem grundsätzlichen Entschluss – unabhängig vom angedachten Zeitpunkt der Selbsttötung – die geschilderte Inkongruenz zwischen dem Selbstbestimmungsbedürfnis und den das selbstbestimmte Handeln verhandelnden realen und antizipierten Beeinträchtigungen be-

seitigt wird. Die damit erreichte Übereinstimmung von dominanter persönlicher Zielsetzung gemäß dem Grundbedürfnis nach Autonomie mit dem nun realistisch zu erwartenden Meiden der höchst aversiven Lebensumstände in der letzten Lebensphase reduziert Unruhe, Anspannung und Unbehagen und trägt sowohl kognitiv als auch emotional zu einer Stabilisierung des psychischen Befindens bei. Die Gewissheit, auch in der noch verbleibenden Zeit nicht zu einem Handeln gezwungen werden zu können, das man selbst auf gar keinen Fall will, wird – wie Interviews und Berichte belegen – von zum Freitod Entschlossenen, die sich mit ihrem Wunsch einer Sterbehilfeorganisation anvertraut haben, oft als starke emotionale Entlastung und große Erleichterung wahrgenommen und führt nicht selten zu einer zeitlichen Verschiebung der angedachten konkreten Umsetzung der Suizidabsicht.

Auch wer persönlich die Entscheidung getroffen hat, am Ende selbstbestimmt aus dem Leben zu gehen, wird diesen Entschluss wohl vernünftigerweise nicht beim ersten Anzeichen eines Verlustes an Unabhängigkeit in die Tat umsetzen wollen, sondern für sich ein seinem eigenen Vorhaben gemäÙes sinnvolles Prozedere definieren, das es ihm ermöglicht so vorzugehen, dass er sein Leben nicht zu früh beendet, aber auch verhindert, dass es für das gewollte eigenständige Handeln zu spät ist.

Die Abbildung 2 macht deutlich, dass zum Ende des Dritten und stärker ansteigend mit beginnendem Vierten Lebensalter die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zunehmen und gegenläufig dazu die Möglichkeiten abnehmen, selbstbestimmt zu handeln. Zugleich veranschaulicht die Abbildung, dass in diesem Prozess des Alterns am Ende einer Übergangsphase, hier „Kritische Phase“ genannt, ein Punkt erreicht ist, bei dem die gesundheitlichen und funktionalen Einbußen die Selbstbestimmungskompetenzen überwiegen, sodass autonomes Handeln nur noch eingeschränkt möglich wird. In dieser Phase anwachsender Fragilität stehen zugleich die für das

Auch wer persönlich die Entscheidung getroffen hat, am Ende selbstbestimmt aus dem Leben zu gehen, wird diesen Entschluss wohl vernünftigerweise nicht beim ersten Anzeichen eines Verlustes an Unabhängigkeit in die Tat umsetzen wollen.

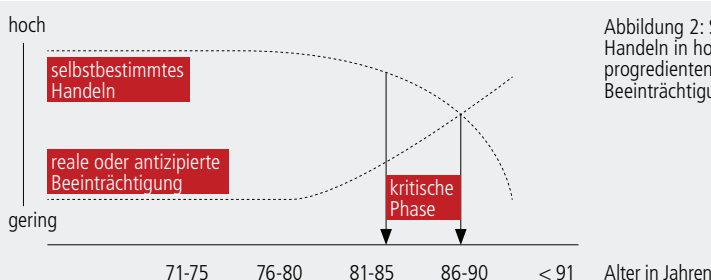


Abbildung 2: Selbstbestimmtes Handeln in hohem Alter bei progredienten gesundheitlichen Beeinträchtigungen



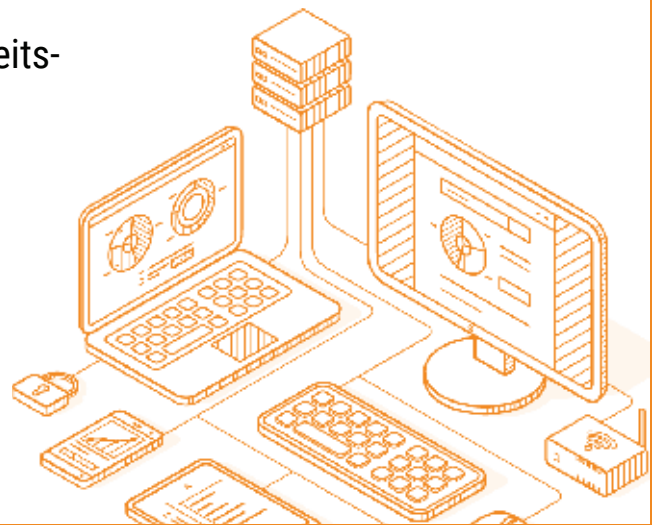
IT-SICHERHEIT

zertifiziert nach §75b

- Angebot für kleinere und mittlere Praxen
- quartalsweise Audits
- 100% Schutz gemäß IT – Sicherheitsrichtlinie der KBV

✓ optimaler Schutz Ihrer Praxis
+ Erfüllung DSGVO und QM

Mehr Infos unter:
<https://praxis-it-sicherheit.de>



Lebensende relevanten Entscheidungen an. Wer sein Leben freiwillig beenden möchte, tut gut daran, rechtzeitig im Verlauf der Phase, die sich je nach individuellem Gesundheitsstatus und der vorhandenen Lebenssituation über einen mehr oder weniger langen Zeitraum erstrecken kann, sowohl den grundsätzlichen Entschluss für einen Freitod zu treffen, als auch eine Dokumentation dieser Absicht anzufertigen beziehungsweise sie Dritten gegenüber zu deklarieren. So kann ausgeschlossen werden, dass es nach Ablauf der Übergangsphase möglicherweise zu spät ist, den eigenen Wunsch in zielgerichtetes Handeln umzusetzen.

Wenn jemand in dieser Phase den Entschluss für einen Suizid gefasst hat, wird er wohl auch eine erste Abwägung zum Wann der Selbsttötung vornehmen, indem er sich antizipatorisch vor Augen

führt, bei welchem Grad an Abhängigkeit von externer Hilfe oder welchem Ausmaß an Selbstbestimmungsverlust er das Leben als absolut unerträglich empfindet und so auf gar keinen Fall mehr leben möchte. Er wird aufgrund der Einschränkungen, die bereits real vorhanden sind, in Verbindung mit denjenigen, die bei ihm in absehbarer Zeit mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, kognitiv zu bewerten und einzuschätzen haben, wann etwa die Suizidabsicht in ein zielgerichtetes Handeln einmünden muss, will er von dem sich aller Voraussicht nach sonst einstellenden Leiden am Elend des Vierten Lebensalters verschont bleiben. Wesentlich dabei ist, dass die eigenverantwortlich getroffenen Entscheidungen und das daraus folgende Handeln stets in Übereinstimmung mit dem Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung erfolgen. So bleibt er mit sich selbst identisch – bis zur letzten Stunde.

Allerdings ist der proaktiv konzipierte Alterssuizid an eine wichtige Voraussetzung gebunden, soll er denn als vernünftige Option für ein selbstbestimmtes Lebensende taugen, nämlich an die adäquate Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils in eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe. Es wird sich zeigen, ob es nun dem Bundestag gelingt, ein Gesetz für den assistierten Suizid zu schaffen, das sich strikt an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hält, sodass künftig auch der Wunsch und die Entscheidung eines hochbetagten Menschen, sich das Leben zu nehmen, ohne Wenn und Aber respektiert und nicht wie bislang durch Verhinderungsmaßnahmen konterkariert wird.

 Kurzfassung des Artikels aus **PflegeRecht 1 u.2/2021**.
Ungekürzte Fassung unter:
<https://t1p.de/ok8h5>



Hans-Joachim Schwarz
Psychologischer Psychotherapeut. Präsident des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) von 1992–2001. Diotima-Ehrenpreis der Deutschen Psychotherapeutenchaft 2009.

Kurz gefasst

Die Früherkennung medienbezogener Verhaltenssüchte in der psychotherapeutischen Praxis ist mit ihrer Aufnahme in DSM-5 und ICD-11 relevanter denn je. Ziel der beschriebenen Studie war, Formen digitaler Medienprobleme und Gründe für ihre (Nicht-)Erkennung zu finden. In Österreich und Deutschland wurden 160 Psychotherapeut*innen befragt. Neben der Exploration von Medienproblemen wurden therapeutische/r Stil und Haltung, Technikaffinität sowie Persönlichkeit der Therapierenden erhoben: Mehr als die Hälfte berichteten, Patient*innen mit Medienproblemen zu behandeln. Allerdings empfindet nur ein geringer Teil, einen therapeutisch sicheren Umgang mit medienbezogenen Problemen zu haben. Insgesamt hat nur ein geringer Prozentsatz der Befragten Fortbildungen zu dem Thema besucht. Jene, die an einer teilgenommen haben, haben sich durch die Teilnahme jedoch selten kompetenter gefühlt. Patientenseitige Mediennutzung wird von rund zwei Dritteln nicht bis eher nicht in der Anamnese oder Therapie erhoben. Für die Exploration der Mediennutzung scheint entscheidend zu sein, wie neurotizistisch, offen, technikaffin und weitergebildet Psychotherapeut*innen sind.



Katharina Piening, Jan van Loh, Christiane Eichenberg

Status Quo: Medienprobleme in der Psychotherapie

Digitale Technologien bieten heutzutage für fast alle Lebensbereiche hilfreiche Optionen. Gleichzeitig sind sie in manchen Fällen Grund dafür, dass Menschen eine Therapie aufsuchen. Was kann über den Umgang von Therapierenden mit solchen Medienproblemen berichtet werden?

Die starke Verbreitung digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien geht zwar nur für einen geringen Anteil ihrer Nutzenden mit exzessiven und dysfunktionalen Gebrauchsweisen einher – die Diagnostik und adäquate Behandlung jener Krankheitsphänomene ist jedoch vor allem aufgrund verschiedener Nutzungsrisiken für die Betroffenen essenziell (Mijajlov & Vejmelka 2017). Bekannt ist, dass problematisches Mediennutzungsverhalten divers ist, das heißt unterschiedliche Erscheinungsformen annehmen kann. Das Wissen über und Explorieren von Mediennutzung durch Psychotherapeut*innen ist im heutzutage stark technologisch geprägten Umfeld unerlässlich, um den Patient*innen adäquat anamnestic zu begegnen (Jaeger & Furck 2014).

Bekannt ist, dass problematisches Mediennutzungsverhalten divers ist, das heißt unterschiedliche Erscheinungsformen annehmen kann.

Oftmals sind andere Symptome bei Patient*innen ausschlaggebend dafür, eine Therapie aufzusuchen, sodass sie ihre Mediennutzung selbst nicht thematisieren oder als unproblematisch erleben – neurotische und strukturelle Defizite sind jedoch häufig Auslöser für kompensatorisches Mediennutzungsverhalten, welches wiederum auf den Behandlungsverlauf einwirkt (Barry et al. 2015). Digitale Mediennutzungsstörungen sind oft komorbid zu Angststörungen, ADHS, Depressionen oder stoffgebundenen Suchterkrankungen und verursachen darüber hinaus erheblichen Leidensdruck bei Angehörigen, welche oftmals auch selbst eine Therapie aufsuchen (Carli et al. 2013; Shaw & Black 2008). Problematische Mediennutzungsformen können grob in vier Gruppen unterteilt werden (Eichenberg et al. 2022):

- Exzessive Mediennutzung (zum Beispiel von Social-Media-Anwendungen, Online-Spielen oder Online-Pornografie)
- Dysfunktionale Mediennutzung (zum Beispiel Cyberchondrie)
- Deviante Mediennutzung (zum Beispiel Cyberstalking oder Cybermobbing)
- Selbstschädigende Mediennutzung (zum Beispiel Suizidforen).

Diese variierenden Erscheinungsformen können bei den Patient*innen zu individuellen Problemen mit verschiedenen Schweregraden führen und sollten erfragt und exploriert werden.



AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Fragestellung

Bislang liegen keine Studien vor, die den Umgang von Psychotherapeut*innen mit den digitalen Medienproblemen von Patient*innen im Erwachsenenalter untersucht. Es wurde daher folgenden Fragestellungen nachgegangen:

1. Mit welchen Störungen und Problemen digitaler Mediennutzung ihrer Patient*innen sind Psychotherapeut*innen konfrontiert?
2. Fühlen sich die Therapeut*innen sicher in der Behandlung medienbezogener Störungen?
3. In welchem Ausmaß berücksichtigen sie diese Probleme, zum Beispiel direkt zu Beginn der Therapie in einer „Medienanamnese“?
4. Von welchen Psychotherapeutenvariablen (soziodemographisch, persönlichkeitspezifisch, therapeutische Haltung) hängt ab, ob Störungen und Probleme der digitalen Mediennutzung in die Anamnese miteinbezogen werden?



Methode und Stichprobe

Zwischen November 2019 und Februar 2020 haben 160 Psychotherapeut*innen aus Österreich und Deutschland an der Onlinebefragung teilgenommen. Sie wurden über einschlägige Fachverbände verschiedener therapeutischer Schulen rekrutiert und kontaktiert. Die teilnehmenden Therapeut*innen

Das heißt insgesamt, dass digitale Medienprobleme in der Praxis in nennenswertem Ausmaß existieren, zum anderen besteht aber auch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass diese Patient*innen durch das „diagnostische Raster“ der Therapeut*innen fallen, weil keine dezidierte Medienanamnese erfolgt.

sind überwiegend in Einzeltherapie und im ambulanten Behandlungssetting tätig. In Bezug auf die therapeutische Schule war die psychodynamische

am Stärksten vertreten, gefolgt von humanistisch-existentiellen und verhaltenstherapeutischen Methoden.

Das selbst konstruierte Fragebogeninstrument erfasste unter anderem soziodemographische sowie therapiespezifische und therapieunspezifische Merkmale. Ein Fragebogen erhob die therapeutische Haltung zu digitalen Medien (THdM; Eichenberg et al. 2022) und die Berücksichtigung des Medienkonsums und -umgangs in der Anamnese oder im Verlauf der Psychotherapie. Außerdem wurden zwei Subskalen des Therapeutic Identity Questionnaires (ThId; Sandell et al. 2004) und ein Fragebogen zu Technikaffinität (TA-EG; Karrer et al. 2009) und Persönlichkeit (BFI-10; Rammstedt et al. 2012) eingesetzt.

Ergebnisse

An dieser Stelle werden ausgewählte Ergebnisse berichtet¹: Die exzessive Mediennutzung ist unter den befragten Psychotherapeut*innen das am häufigsten genannte digitale Medienproblem unter Erwachsenen in der Psychotherapie. Auch dysfunktionale Mediennutzung ist ein präsent Thema, ebenso wie die Gruppe der Angehörigen von Betroffenen, die aufgrund des familiären Leidensdrucks selbst eine Therapie aufsuchen. Eine weniger große Rolle scheinen deviante und selbstschädigende Mediennutzung unter Patient*innen nach den befragten Psychotherapeut*innen zu spielen, auch wenn sie in nicht geringem Ausmaß vorkommen. Das heißt insgesamt, dass digitale Medienprobleme in der Praxis in nennenswertem Ausmaß existieren, zum anderen besteht aber auch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass diese Patient*innen durch das „diagnostische Raster“ der Therapeut*innen fallen, weil keine dezidierte Medienanamnese erfolgt.

Themenspezifische Fortbildungen scheinen einen Unterschied zu machen. Befragte, die an einer entsprechenden Fort- oder Weiterbildung teilgenommen haben, schätzen diese oftmals zwar als nicht hilfreich ein, berücksichtigen den Medienkonsum jedoch trotzdem eher als ihre Kolleg*innen, die nicht an solchen teilgenommen haben. Die Inhalte der Fortbildungen könnten weiter ausgebaut werden, um die Medienkompetenz der Psychotherapeut*innen weiter zu stärken.

¹ Ausführlich sind die Ergebnisse in Eichenberg et al. 2022 dargestellt.

Themenspezifische Fortbildungen scheinen einen Unterschied zu machen. Befragte, die an einer entsprechenden Fort- oder Weiterbildung teilgenommen haben, schätzen diese oftmals zwar als nicht hilfreich ein, berücksichtigen den Medienkonsum jedoch trotzdem eher als ihre Kolleg*innen, die nicht an solchen teilgenommen haben.



Katharina Piening
M.Sc. Psychologin, PhD Studentin an der Fakultät für Medizin der Universität Bonn.



Univ.-Prof. Dr. phil. habil. Christiane Eichenberg
Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin (Psychoanalyse), Leiterin des Instituts für Psychosomatik an der Fakultät für Medizin der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien



Dr. phil. Jan van Loh
Diplom-Psychologe, tiefenpsychologischer Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in eigener Praxis, integrativer Lerntherapeut und Supervisor. Nach Lehraufträgen an der HU Berlin und der internationalen psychoanalytischen Universität Berlin (IPU) ist er Dozent an der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP) und Research Fellow an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien.

Conclusio

Zudem zeigte sich, dass neben dieser fachlichen Komponente gerade therapieunspezifische Aspekte wie die Persönlichkeit und Technikaffinität der Behandler*innen eine Rolle für das (Nicht-)Erheben von Medienproblemen in der Psychotherapie von Erwachsenen spielt. Hohe Neurotizismuswerte gehen mit dem Explorieren der Mediennutzung bei den Patient*innen, hohe Offenheitswerte hingegen eher mit dem Nicht-Explorieren der Formen problematischen Mediennutzungsverhaltens von erwachsenen Patient*innen einher. Technikbegeisterte und -affine Therapeut*innen erheben die problematische Mediennutzung ihrer Patient*innen auch eher seltener. Es könnte angenommen werden, dass Technologie als selbstverständliche Umgebungsvariable eine Desensibilisierung der Therapeut*innen mit sich bringt, die die Technologie als blinden Fleck durch den eigenen Einsatz von Technologie haben.

Zudem zeigte sich, dass neben dieser fachlichen Komponente gerade therapieunspezifische Aspekte wie die Persönlichkeit und Technikaffinität der Behandler*innen eine Rolle für das (Nicht-)Erheben von Medienproblemen in der Psychotherapie von Erwachsenen spielt.

Diese Befunde unserer Studie deuten darauf hin, dass die therapeutische Sensibilität für medienbezogene Probleme nicht nur von Fachwissen, sondern auch von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften der Therapeut*innen, sowie deren Technikerfahrungen und -affinität abhängen. Das impliziert, diese Aspekte in entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Sinne der Implementierung von Selbsterfahrungsanteilen aufzugreifen. Daneben erscheint die Vermittlung von spezifischem Fachwissen sinnvoll, wie zum Beispiel Leitfäden, um verschiedene medienassoziierte Probleme strukturiert zu erheben. Für allgemeine Screeningzwecke sind in Eichenberg, Piening und van Loh (2022) exemplarische Fragen aufgeführt. Bei Verdacht auf spezifische medienassoziierte Störungen oder Probleme bei Patient*innen können evaluierte Screeninginstrumente eingesetzt werden. So erfasst zum Beispiel der AICA-S short (Wölfling et al. 2010) die Abhängigkeitskriterien bezogen auf eine Nutzung verschiedener Internetapplikationen, während zum Beispiel die deutsche Version der Cyberchondria Severity Scale (Barke et al. 2016) die standardisierte Exploration von maladaptivem Selbstberuhigungsversuchen von Patient*innen hinsichtlich körperlicher Erkrankungen ermöglicht.

Das impliziert, diese Aspekte in entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Sinne der Implementierung von Selbsterfahrungsanteilen aufzugreifen.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.





Wie dokumentiere ich richtig?

Dokumentation in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis.

Die Dokumentation der psychotherapeutischen Sitzungen ist eine Selbstverständlichkeit. Wir alle dokumentieren bereits viele Sachverhalte in unseren psychotherapeutischen Praxen. Dafür nutzen wir dafür in der Regel hilfreiche Vorlagen, die sich an unseren individuellen fachlichen Bedürfnissen orientieren und uns im Praxisalltag unterstützen.

Die Dokumentation dient aus psychotherapeutischer Sicht vielen Zwecken, zunächst der eigenen Erinnerung an vorangegangene Sitzungen und der therapeutischen Prozesse. Hier sind manchmal Details entscheidend, um das Störungsbild mit seiner Entstehung zu verstehen. Natürlich können wir nicht alles haargenau dokumentieren, wir entscheiden, was fachlich relevant ist.

Die Anforderungen der Dokumentation gehen allerdings deutlich über die für Sie fachlich und als notwendig erachteten Inhalte hinaus. So dient die Dokumentation auch dem Schutz der Patient*innen, sie müssen nachvollziehen können, dass sie fachlich korrekt behandelt wurden, sie dürfen Einsicht in die Akte nehmen und ein*e Weiterbehandler*in muss die Vortherapie anhand der Dokumentation nachvollziehen können. Kommt es zu Zweifeln an der fachgerechten Behandlung, dient die vorliegende Dokumentation auch zur Beweisführung, unter Umständen vor einem Gericht. Darüber hinaus belegen wir gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit unserer Dokumentation, dass die Therapie ordnungsgemäß genehmigt, die Sitzungen tatsächlich stattgefunden haben und wir die geforderten Inhalte der abgerechneten Leistungen wirklich erbracht haben.

Um diese in der Gesamtschau wichtigen Inhalte zu dokumentieren, sind im Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM) auch Zeiten für die Dokumentation hinterlegt. Beispielsweise sind für die Abrechnung einer 50-minütigen Psychotherapie-stunde zusätzlich 20 Minuten für die Vor- und Nacharbeiten eingepreist. Auch andere Abrechnungsziffern weisen zusätzliche Zeiten für diese Arbeiten auf. Das diese eingepreisten Arbeitszeiten nicht immer dem Praxisalltag entsprechen

und deutlich höher liegen – beispielsweise bei den 60 Minuten für einen Bericht an den Gutachter – steht auf einem anderen Blatt und soll in diesem Beitrag nicht weiter thematisiert werden.

Zweifeln Patient*innen, die Kassenärztliche Vereinigung (KV), die Psychotherapeutenkammer oder die Gerichtsbarkeit an der regelrechten Ausführung der Behandlung, ist die Dokumentation geldwert: Gut dokumentiert ersparen sich hier Handelnde Rechts-/Streitigkeiten und können sich anhand von Belegen bei Anklagen „verteidigen“.

Dieser Beitrag soll dazu dienen, dass Sie den rechtlichen Korridor kennenlernen. Hier spielen die gesetzlichen Regelungen und die Erfahrungen aus Rechtsstreitigkeiten eine Rolle. In der Rechtsprechung zeigen sich oftmals erst die Spielräume, aber auch die Grenzen, die nicht überschritten werden können. Wir zeigen Ihnen für die Dokumentation die „Leitplanken“ auf, innerhalb derer Sie sich rechtssicher auf der „Fahrbahn“ bewegen können. Je nach innerer Risikobereitschaft werden einige Kolleg*innen sich bei einigen Punkten eher an der Leitplanke der Rechtsunsicherheit bewegen. Andere Kolleg*innen, die hier für alle eventuell eintretenden Fälle bestens gewappnet sein möchten, werden hier umfangreicher dokumentieren wollen. Letztlich ist auch jeder Einzelfall in Ihrer Praxis entscheidend, sodass es keine hundertprozentige Sicherheit geben kann.

Um sich für die für Sie angemessene Dokumentation entscheiden zu können, die nicht nur vom „Bauchgefühl“ geleitet wird, benötigen Sie Informationen über die mit Ihrer Dokumentation verbundenen Gesetze und deren Auslegung durch die aktuelle Rechtsprechung. In dem ersten Beitrag „Rechtliche Grundlagen für die Dokumentation“ stellen wir Ihnen diese vor. In einem weiteren Beitrag stellen wir Ihnen Formulare der DPtV vor, die Sie unterstützen können, zu einer guten Dokumentationspraxis in Ihrem Praxisalltag zu gelangen. Diese soll im Ergebnis Ihren fachlichen Notwendigkeiten entsprechen und gleichzeitig Ihrem persönlichen Sicherheitsbedürfnis nach einer rechtssicheren Dokumentation Rechnung tragen.

Barbara Berner, Anne Maria Günther

Rechtliche Grundlagen für die Dokumentation

Dokumentation aus berufsrechtlicher, zivilrechtlicher und sozialrechtlicher Sicht

Die Dokumentationspflichten in einer psychotherapeutischen Praxis ergeben sich aus einem Zusammenspiel unterschiedlicher gesetzlicher Normen und finden sich im Berufsrecht, Zivilrecht und Sozialrecht.

§ 9 der Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (MBO) in der Fassung vom 17. November 2018 regelt berufsrechtlich, dass Psychotherapeut*innen verpflichtet sind, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Die verbindlichen Landesberufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern sind zum Teil identisch gefasst (Übersicht bei Stellpflug/Berns

Die Dokumentation ist eine berufsrechtliche Pflicht, die von erheblicher Bedeutung ist, da sie dazu beiträgt, eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten und der Sicherheit der Patient*innen dient.

Musterberufsordnung, 4. Auflage medhochzwei Verlag Heidelberg 2020). Zum Inhalt der Dokumentation normiert § 9 Abs. 2 MBO, dass in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen, Arztbriefe in die Patientenakte aufzunehmen sind. Die Dokumentation ist somit eine berufsrechtliche Pflicht, die von erheblicher Bedeutung ist, da sie dazu beiträgt, eine ordnungsgemäße Berufsausübung zu gewährleisten und der Sicherheit der Patient*innen dient.

Die Dokumentationspflicht ist daher auch eine vertragliche Pflicht, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergibt, den Patient*innen mit Therapeut*innen abschließen. Der Behandlungsvertrag ist in § 630 a BGB geregelt. Nach § 630 f BGB trifft Psychotherapeut*innen zivilrechtlich im Rahmen des Behandlungsvertrags mit Patient*innen die Pflicht zur Dokumentation der Behandlung in Gestalt einer Patientenakte. Die Patientenakte kann in Papierform oder elektronisch geführt werden. Dabei ist sie von der elektronischen versichertengeführten Patientenakte (ePa) nach § 341 SGB V zu unterscheiden, auf der Versicherte ihre gesamten Gesundheitsdaten sammeln können. Die Nutzung der ePa ist freiwillig und wird auf Wunsch der Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt und von den an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden oder den Versicherten selbst mit medizinischen Daten befüllt.

Die Dokumentationspflicht ergibt sich auch aus dem Behandlungsvertrag.

Begleitet wird die Dokumentationspflicht durch das in § 630 g BGB normierte Einsichtsrecht der Patient*innen in diese Dokumentation. Gemeinsam dienen Dokumentationspflicht und Akteneinsichtsrecht dem Zweck, die Aufklärung der Patient*innen zu verbessern und die Informationsrechte der Patient*innen zu unterstützen und zu stärken. Inhaltlich sind die für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, die aus fachlicher Sicht der Behandlung wesentlich sind beziehungsweise sein können (Begründung zu § 630 f BGB im Patientenrechtegesetz, BT-Drucks. 17/10488 S. 25). Hiermit sind solche Maßnahmen und Ergebnisse gemeint, deren Aufzeichnung geboten ist, die weiterbehandelnden Psychotherapeut*innen über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren (BGH v. 23.03.1993 – VI ZR 26/92). Die Dokumentation dient somit der Therapiesicherung.



Die Dokumentation dient auch der Rechenschaftslegung. Die gewählten Leistungen, die gegenüber Patient*innen erbracht werden, sollen nachvollziehbar sein. Schließlich dient die Dokumentation der Beweissicherung und damit dem Nachweis der erbrachten Maßnahmen. Wird etwas nicht dokumentiert, wird vermutet, dass es nicht erbracht wurde (§ 630 f Abs. 3 BGB). Das unterstreicht die Wichtigkeit der Dokumentationspflicht, da die Dokumentation in einer Rechtsstreitigkeit als wichtige Erkenntnisquelle herangezogen werden kann. Auch die Anforderung, die Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu erstellen (§ 9 Abs. 1 MBO, gleichlautend in § 630 f Abs. 1 BGB), stärkt den Wahrheitsgehalt einer guten und vollständigen Dokumentation.

Eine andere Zielrichtung als die berufsrechtliche und zivilrechtliche Dokumentationspflicht hat die sozialrechtliche Dokumentationspflicht. Diese dient dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung. Sozialrechtliche Dokumentationspflichten ergeben sich entweder aus dem SGB V oder den vertragsärztlichen untergesetzlichen Normen (Bundesmantelvertrag BMV-Ä, Psychotherapie-Vereinbarung, Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) sowie den Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Hierzu hat die Rechtsprechung festgestellt, dass es bei der im Einzelnen ausdifferenzierten Vergütungsstruktur nach SGB V mit der wechselseitigen Abhängigkeit der Leistungserbringer*innen vom Verhalten der anderen von überragender Bedeutung sei, dass abgerechnete Leistungen erforderlich und wirtschaftlich sind.

AUS DER PRAXIS

Als zu beachtendes Gemeinwohlbelang trete neben der Volksgesundheit das Funktionieren des vertragsärztlichen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus der Bindung des Vertragsarztsystems folge für jeden, der daran teilnimmt, dass er oder sie an einer ordnungsgemäßen und auch kontrollierbaren Abrechnung teilnimmt (Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht v. 24.07.2018 – L 4 KA 37/16; zu den Abrechnungsmodalitäten siehe Best in: Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung – Abrechnung, S. 241f.). Demzufolge regeln die Vorgaben im SGB V (§ 294, 295, 73 Abs.1b SGB V, 57 BMV-Ä, § 38 Psychotherapie-Richtlinie), dass bestimmte Angaben zu dokumentieren und zu übermitteln sind.

In zeitlicher Hinsicht regeln alle drei zu beachtenden Regelungskreise identisch, dass die Patientenakte zehn Jahre nach Beendigung der Behandlung aufzubewahren ist.



Rechtliche Folgen unzureichender Dokumentation

Wenn ungenügend oder gar nicht dokumentiert wird, kann dies im zivilrechtlichen Haftungsprozess zu Beweiserleichterungen zugunsten der Patient*innen führen. Nach der Regelung über die Beweislast von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern wird vermutet, dass die nicht dokumentierte wesentliche Maßnahme tatsächlich nicht stattgefunden hat (§ 630 h Abs. 3 BGB). Es obliegt dann den Psychotherapeut*innen das Gegenteil zu beweisen, was natürlich möglich ist, aber unnötige Mühen verursacht.

Aber nicht nur im Haftungsprozess kann eine unzureichende Dokumentation unangenehme Folgen mit sich bringen, auch im Prüfverfahren vor der Kassenärztlichen Vereinigung kann durch eine unzureichende Dokumentation eine Streichung der Honorarforderung folgen. Psychotherapeut*innen obliegt als Anspruchsteller*innen die Darlegungs- und Beweislast dafür, dass alle Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs vorliegen. Die Gebührenordnungsposition kann nur abgerechnet werden, wenn der beschriebene Leistungsinhalt einer Gebührenposition vollständig erbracht wurde. Immer dann, wenn eine Leistungsziffer des EBM die Dokumentation explizit verlangt, muss sich dies in Ihren Unterlagen entsprechend wiederfinden. Beispielhaft sei hier die Berichtspflicht an den Hausarzt genannt (§ 73 Abs. 1b SGB V). Der EBM fordert nach 2.1.4. der Allgemeinen Bestimmungen, Berichte nach den

entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01600 oder 01601 zu erstellen, sofern die schriftliche Einwilligung der Patient*innen vorliegt. Der jährliche Bericht an den Hausarzt ist mithin Abrechnungsvoraus-

Was nicht dokumentiert ist, gilt zunächst als nicht geschehen.

setzung für die Antragspsychotherapie, es sei denn die Patient*innen haben von ihrem informationellen Selbstbestimmungsrecht Gebrauch gemacht und nicht in die Weitergabe des Berichts an den Hausarzt eingewilligt. Verweigern Patient*innen die Einwilligung, Hausärzt*innen oder Kinderärzt*innen ihre Befunde und Behandlungsdaten zu übermitteln, ist die genehmigungspflichtige Psychotherapie auch ohne schriftlichen Bericht an den Hausarzt/Kinderarzt berechnungsfähig. Das gleiche gilt, wenn Patient*innen auf Nachfrage der Psychotherapeut*innen überhaupt keine Hausärzt*innen oder Kinderärzt*innen haben. Die Einwilligung beziehungsweise die Verweigerung zur Schweigepflichtsentbindung sind zu dokumentieren, um die vollständige Erbringung nachweisen zu können. Ihnen als Anspruchsteller*in obliegt die Nachweispflicht, dass die Voraussetzungen der Gebührenposition tatsächlich erfüllt sind. Dazu gehört auch das Ausräumen von Zweifeln, wenn diese bestehen, da ansonsten der Honoraranspruch verwirkt sein kann.

Einsichtsrechte in die Dokumentation

Das Eigentum an der Dokumentation liegt bei den Psychotherapeut*innen. Patient*innen haben keinen Anspruch darauf, die Dokumentation im Original ausgehändigt zu bekommen. Es besteht aber ein Anspruch auf Einsichtnahme in

Patient*innen haben Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenakte.

die Patientenakte, der in § 630 g Abs. 1 BGB geregelt ist. Das Einsichtsrecht soll der Verwirklichung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Patient*innen dienen. Der Patient hat ein schutzwürdiges Interesse zu erfahren, „wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde, welche Daten sich dabei ergeben haben und wie die weitere Entwicklung eingeschätzt wird.“ In Zusammenschau mit der Vorschrift des § 630 f BGB, der die umfassende Dokumentation der Behandlung vorschreibt, dient § 630 g BGB neben der reinen Informationsfunktion auch der Erleichterung der Durchsetzung etwaiger Haftungsansprüche gegen die Behandelnden durch Einsichtnahme in die Patientenakte. Der Einsichtsanspruch gilt für die vollständige Patientenakte. Was darunter zu verstehen ist, macht die Berufsordnung klar, in der ausdrücklich ausgeführt ist, dass sich der Anspruch auch auf persönliche und subjektive Wahrnehmungen der Therapeut*innen bezieht (§ 11 Abs. 1 MBO). Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, welches entschieden hat, dass dem Informationsinteresse der Patient*innen grundsätzlich erhebliches Gewicht zukommt, da Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen Patient*innen unmittelbar in ihrer Privatsphäre betreffen, was auch Informationen über die psychische Verfassung betrifft (BVerfG v. 16.09.1998 – 1 BvR 1130/98; BVerfG v. 20.12.2016 – 2 BvR 1541/15).

Angehörige oder Erb*innen können ein Recht auf Einsichtnahme haben. Hier ist die (berufsrechtlich und strafrechtlich zu beachtende) Schweigepflicht über den Tod hinaus zu beachten, weshalb dieses Einsichtsrecht die Überprüfung vermögensrechtlicher Interessen durch die Erb*innen (zum Beispiel durch Überprüfung der Abrechnungsunterlagen) oder immaterieller Interessen durch die Angehörigen (bei der Geltendmachung von Schmerzensgeldansprüchen) umfasst (§ 630 g BGB). Darüberhinausgehende Einsichtsrechte müssen sich am tatsächlichen (ausdrücklich geäußerten)

Angehörige oder Erb*innen können ein Recht auf Einsichtnahme haben. Hier ist die (berufsrechtlich und strafrechtlich zu beachtende) Schweigepflicht über den Tod hinaus zu beachten.

oder mutmaßlichen Willen der Patient*innen orientieren. Hierzu hat das Oberlandesgericht Karlsruhe v. 14.08.2019 – 7 U 238/18 entschieden, dass Angehörige nicht das Recht haben, gegen den erklärten oder mutmaßlichen Willen des Verstorbenen Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu nehmen – auch nicht aufgrund einer Vorsorgevollmacht. Im konkreten Fall bat die Mutter nach dem Tod der Tochter um Einsicht in die Patientenakte. Dieses Ersuchen lehnte der behandelnde Arzt mit der Begründung ab, die Patientin habe klar zu erkennen gegeben, dass Informationen, die das Verhältnis zu ihrer Familie, insbesondere zu ihrer Mutter betreffen, nicht weitergegeben werden sollten.

Das Einsichtsrecht muss nur zurücktreten, wenn ihm entsprechend wichtige Belange entgegenstehen (BVerfG v. 09.01.2006 – 2 BvR 443/02). Dies wirft viele Fragen insbesondere im psychotherapeutischen Bereich auf. In Betracht kommt hier die Gefährdung des Patienten oder der Patientin, drohende Verletzung erheblicher Rechte Dritter, in seltenen Fällen auch Verletzung der Persönlichkeitsrechte des behandelnden Psychotherapeuten durch eine Einsichtnahme in die Patientenakte.

Das Berufsrecht sieht zumindest keine berufsrechtliche Verletzung in dem letzteren Fall vor, in dem Therapeut*innen aus persönlichen Gründen das Einsichtsrecht verweigern. Schlussendlich muss hier im Einzelfall entschieden werden, die Gründe für die Verweigerung sollten gut dokumentiert werden.

Weiterhin sieht § 630 Abs. 2 BGB das Recht der Patient*innen auf Erhalt einer Abschrift der Patientenakte vor, wobei nach Satz 2 die hierdurch entstehenden Kosten von den Patient*innen zu tragen sind. Dabei geht diese Regelung im BGB in ihrem Schutzzumfang weiter als das entsprechende datenschutzrechtliche Auskunftsrecht nach Art. 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), das in diesem Zusammenhang auch herangezogen wird und die Übermittlung der Kopie in elektronischer Form vorsieht, ohne dass Kosten geltend gemacht werden können. Der Zweck des Auskunftsrechts nach Art. 15 DSGVO zielt allerdings primär auf datenschutzrechtliche Belange ab (Landgericht Dresden v. 29.05.2020 – 6 O 76/20; BGH EuGH-Vorlage v. 29.03.2022 – VI ZR 1352/20).

Dokumentationsarten

Die Dokumentation kann in schriftlicher oder elektronischer Form geführt werden. Für beide Varianten gilt, dass die Eintragungen datiert, jederzeit vorhaltbar und unabänderlich (zum Beispiel keine Verwendung von Bleistiften) archiviert sein müssen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur dann zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Für die elektronische Aktenführung gilt insbesondere, dass die Dokumentation nur rechtssicher ist, wenn sie auch fälschungssicher ist. Konkret bedeutet dies, dass insbesondere bei der elektronischen Dokumentation, zum Beispiel von Behandlungsdaten im Praxisverwaltungssystem gewährleistet sein muss, dass ursprüngliche Einträge erhalten bleiben und nachträgliche Änderungen erkennbar sind. Dies bestätigte zuletzt der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 27.04.2021 (Az.: VI ZR 84/19), das auf folgendem Sachverhalt beruht: Ein Patient sah schwarze Flecken auf seinem linken Auge und rief seine Augenärztin an, die ihn drei Tage später in die Praxis bestellte. Bei der Untersuchung diagnostizierte sie eine Glaskörpertrübung und keine Verletzung der Netzhaut. Umstritten war, ob die Pupillen für die Untersuchung erweitert wurden oder nicht und ungeklärt blieb, ob die Augenärztin auf Folgeuntersuchungen hingewiesen hatte oder nicht. In der Patientenakte war dies als geschehen notiert. Die Augenärztin nutzte für die Aktenführung eine elektronische Software, die nachträgliche Änderungen jedoch nicht sichtbar machen konnte. In der Folgezeit stellte ein Optiker eine Netzhautverletzung fest, woraufhin sich der Patient im Krankenhaus operieren ließ. Aufgrund von Komplikationen erblindete der Patient auf dem lin-

ken Auge. Er verlangte nun von seiner Augenärztin Schadensersatz für die mangelhafte Untersuchung des Augenhintergrunds. Der BGH gab dem Patienten teilweise Recht und begründete die Entscheidung damit, dass der elektronischen Dokumentation, die nicht mittels fälschungssicherer Software erstellt wurde, keine positive Indizwirkung dahingehend zukommt, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandelnden tatsächlich getroffen worden ist. Dies folgt aus der Regelung in § 630 f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB, die wie folgt lautet: „Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“ Für Psychotherapeut*innen hat das Urteil zur Folge, dass vor Gericht der Beweiswert der elektronischen Patientenakte prinzipiell in Frage gestellt werden kann, wenn im Praxisverwaltungssystem (PVS) keine fälschungssichere Dokumentation erfolgt. Nachträgliche Änderungen in der Patientenakte müssen erkennbar und mit dem Datum der Änderung versehen sein.

Die Dokumentation kann in schriftlicher oder elektronischer Form geführt werden. Berichtigungen und Änderungen sind nur dann zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.

Grundsätzlich hat auch eine elektronisch geführte Patientenakte eine positive Indizwirkung für die Durchführung der dokumentierten Maßnahmen. Dies gilt jedoch nur dann, wenn die Dokumentation mit einer fälschungssicheren Software erstellt wurde. Wir empfehlen deshalb dringend, sich bei Ihrem PVS-Hersteller zu informieren, ob Ihre elektronische Software tatsächlich fälschungssicher ist.



Barbara Berner

Rechtsanwältin und Syndikusrechtsanwältin. Seit 1991 im Stabsbereich Recht der KBV tätig. Beraterin der KBV im G-BA in verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen. Unparteiisches Mitglied im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Land Brandenburg, Autorin und (Mit-)Herausgeberin von medizin- und gesundheitsrechtlichen Kommentaren und Handbüchern.



Anne Maria Günther

Rechtsanwältin und Syndikusrechtsanwältin bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. Zuvor Stabsstelle Politik in der Bundesgeschäftsstelle der DPTV in Berlin.

Sabine Schäfer

DPtV-Formulare als praktische Hilfestellung für eine gute Dokumentation

Es gibt keine genauen Vorgaben, wie detailliert Ihre Dokumentation in der Patientenakte aussehen muss. Wie zu Beginn unseres Beitrags beschrieben, haben Sie Spielräume und diese können Sie individuell und auf den konkreten Behandlungsfall bezogen so nutzen, dass die Dokumentation für Sie praktikabel und nützlich ist. Die im Folgenden vorgestellten DPtV-Formulare dienen als Vorlage, um Ihr individuelles Do-

kumentationssystem zu entwickeln. Sind diese für Sie stimmig, können die Vorlagen auch eins zu eins übernommen werden. Für Sie ist es im Praxisalltag sicherlich hilfreich, wenn Sie was dokumentieren müssen. Deshalb wählen wir zur Orientierung die drei zeitlichen Abschnitte der Therapie: Beginn, Verlauf und Therapieende (siehe Boemke in Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis, Kapitel 640, S. 5). Je nachdem, ob die Therapie nur eine diagnostische Sitzung umfasst oder ob es sich hier um eine Langzeittherapie handelt, muss immer nur das dokumentiert werden, was wirklich stattgefunden hat.



Wir gehen hier in unserem Beispiel von einer kompletten Langzeittherapie aus, um eine beispielhafte Dokumentation einer Psychotherapie vorzustellen.

Sie werden feststellen, Sie dokumentieren in Ihrem Praxisalltag schon die meisten gesetzlich geforderten Sachverhalte. Dieser Lauf durch die Dokumentationsaspekte kann Sie dennoch vielleicht auf eine Lücke aufmerksam machen oder Ihnen eine Idee geben, wie Sie mit einer DPtV-Vorlage pragmatischer dokumentieren können.

Therapiebeginn

Zu Therapiebeginn müssen in der Akte dokumentiert werden:

1. Personenbezogene Daten
2. Rahmenbedingungen der Therapie
3. Aktuelle Sozialdaten
4. Biographische Daten
5. Diagnosen, diagnostische Befunde
6. Indikation
7. Prognose
8. Störungsdaten

DPtV-Vorlagen zu Therapiebeginn:

- Information zur Kontaktaufnahme: <https://t1p.de/yb6nh>
- KJP-Patientenbogen: <https://t1p.de/c4vht>
- Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht: <https://t1p.de/qbpd>
- KJP-Vollmacht für Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht: <https://t1p.de/zei11>
- Patientenmerkblatt zur ambulanten Psychotherapie: <https://t1p.de/psywu>
- Entbindung von der Schweigepflicht: <https://t1p.de/73w60>
- JP-Schweigepflichtsentbindung: <https://t1p.de/wd12z>
- KJP-Checkliste: <https://t1p.de/80jrf>
- Psychotherapievertrag: <https://t1p.de/eh1e>
- Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4: <https://t1p.de/gmj75>
- Bericht an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt über die psychotherapeutische Behandlung gemäß des Leistungsinhaltes der EBM-Ziffer 01600: <https://t1p.de/b713>

Personenbezogene Daten

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Regel die personenbezogenen Daten mit dem Einlesen der Versichertenkarte aufgenommen. Bei privat Versicherten ohne Versichertenkarte sollten Sie Name, Adresse, Versicherung, Versicherungsnummer händisch erheben. Klären Sie mit Ihren Patient*innen, wie Sie diese kontaktieren dürfen. Welche Telefonnummer darf genutzt werden? Welche E-Mailadresse und gegebenenfalls welcher Messenger? Das ist wichtig, um die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der Europäischen Datenschutzverordnung zu erfüllen (DPtV-Formulare „Information zur Kontaktaufnahme“, „KJP-Patientenbogen“).

Klären Sie mit Ihren Patient*innen, wie Sie diese kontaktieren dürfen.

In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss ganz zu Beginn geklärt werden, wer von den Eltern das Sorgerecht hat. Bei gemeinsamem Sorgerecht gilt gemäß der Berufsordnung vieler Landespsychotherapeutenkammern, dass der nicht-anwesende Elternteil schon beim ersten Kontakt sich mit der Behandlung des Kindes einverstanden erklären muss. Es empfiehlt sich deshalb, dieses unterschriebene Einverständnis bereits von Beginn an vorliegen zu haben (DPtV-Formular „Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht“, „KJP-Vollmacht für Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht“). Besonders in Fällen von Ehestreitigkeiten, die Sie manchmal erst später erfahren, können sich sonst für die Behandlung rechtliche Probleme ergeben.

Die Erhebung der Kontaktdaten von Sorgeberechtigten und anderer in die Betreuung involvierter Personen der minderjährigen Patient*innen ist keine Pflicht, jedoch üblich, um eine Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Einzelheiten zum Umgang mit minderjährigen Patient*innen regelt § 12 der Musterberufsordnung für Psychotherapeut*innen (Einzelheiten und Übersicht zu den Regelungen der Landeskammern siehe Stellpflug in Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten S. 249ff.). Alle

Alle Besonderheiten und rechtlichen Rahmenbedingungen, die bei der Psychotherapie von Minderjährigen beachtet werden müssen, sind kompakt in unserer DPtV-Information „Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ zusammengefasst.

Besonderheiten und rechtlichen Rahmenbedingungen, die bei der Psychotherapie von Minderjährigen beachtet werden müssen, sind kompakt in unserer DPtV-Information „Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (<https://t1p.de/dz8kz>) zusammengefasst. Sehr hilfreich ist auch die „KJP-Checkliste“, die Sie durch alle notwendigen formalen Besonderheiten in der Psychotherapie mit Minderjährigen führt.

Rahmenbedingungen einer Therapie

Patient*innen haben auch einen Anspruch, über die Rahmenbedingungen einer Therapie aufgeklärt zu werden. Sie interessiert schon im ersten Gespräch, ob die Sitzung von der Krankenkasse übernommen wird, wie formal eine Psychotherapie beantragt wird und welche Regelungen bei Absagen von Terminen bestehen, wie die Schweigepflicht gehandhabt wird und was an Mitarbeit patientenseitig gefordert ist. Diese Aufklärung kann mündlich und ergänzend auch mit der Patienteninformation „Patientenmerkblatt zur ambulanten Psychotherapie“ erfolgen. Hierbei gilt es, nicht nur das Merkblatt auszugeben, sondern die Inhalte zu erläutern und etwaige Fragen zu beantworten, um sicherzugehen, dass das Vermittelte auch verstanden wurde. Es ist hierbei auf das individuelle Bedürfnis der Patienten*innen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und auch bei Sprachschwierigkeiten einzugehen.

Für die Psychotherapeutischen Sprechstunde empfehlen wir unseren „Protokollbogen Psychotherapeutische Sprechstunde“. Dieser Bogen hilft Ihnen die aktuellen Beschwerden, Problembereiche, Selbst- und Fremdgefährdung, Medikamenteneinnahme, Suchtanamnese, Vorbehandlungen und -erkrankungen, vorläufige Diagnosen und den psychischen Befund strukturell zu dokumentieren und spart Ihnen Zeit durch viele Felder zum Ankreuzen.

Aktuelle Sozialdaten und biographische Daten

In der Biografischen Anamnese werden in der Regel alle aktuellen Sozialdaten (Beruf, Familiensituation et cetera) und auch die für die Behandlung relevanten biographische Daten erfasst. Wird die Biographische Anamnese abgerechnet, ist diese nicht mit einem von Patient*innen ausgefüllten Fragebogen erreicht. Sie haben aus fachlicher Sicht meist zusätzliche Fragen als das hier Niedergelegte. Auch umfasst die Biographische Anamnese die Auswahl der von Ihnen für die Behandlung relevanten Aspekte und damit der Beurteilung der biographischen Inhalte. Die sich daraus ergebene Kranken-anamnese legt dann die „Störungsdaten“ dar, damit ist die Entstehung, das erstmalige Auftreten, der Verlauf und die aufrechterhaltenden Bedingungen gemeint. Die DPTV hält für die Erhebung der Biographischen Anamnese eine Vorlage sowohl für Erwachsene als auch für minderjährige Patient*innen vor. Für den Psychodynamischen Befund kann die DPTV-Vorlage „Psychodynamik-Kurzbefund in Anlehnung an die OPD“ hilfreich sein, für die Verhaltensanalyse die beiden DPTV-Vorlagen „Verhaltensanalyse nach Kanfer zur Makroanalyse und zur Mikroanalyse“ und im Rahmen der systemischen Therapie die „Systemanalyse“. Liegt Ihnen über die Private Krankenkasse kein Formular für das Konzil vor, können Sie die DPTV-Vorlage „Konsiliarbericht Psychotherapie in der PKV“ nutzen.

universität
Witten/Herdecke

Master-Studium nach auslaufendem PsychThG

Nur noch für kurze Zeit: Jetzt Chance nutzen!

Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie & Psychotherapie (M. Sc.)

Bewerbungsfrist für das Wintersemester 22/23: **15.06.2022**

DEUTSCHES INSTITUT FÜR HOCHSCHULRANKING
CHE
Ranking
✓ FÜR NEUE STUDIENGÄNGE
2021 / 2022
DIE ZEIT

(Foto: UWH | Anne Kramer)

Ab dem Wintersemester 23/24 ist an der Universität Witten/Herdecke ein Master-Studium nur noch mit Bachelor-Abschluss nach neuer Approbationsordnung möglich.

Erfahren Sie mehr über das aktuelle Master-Studium in Witten:

- Schnupperangebote – nächster Termin: 11.06.2022
- Allgemeine Studienberatung

-
-
-

Weitere Informationen:

www.uni-wh.de/psychologie-msc

Ihr Kontakt bei Fragen:

bewerber-psychologie@uni-wh.de

(Foto: UWH | Johannes Buldmann)

Diagnostische Befunde

In der Akte sollen sich alle diagnostischen Befunde finden: der Überweisungsschein mit den Anmerkungen der Ärzt*innen, der Konsiliarbericht, Berichte von Vorbehandlungen. Je nachdem was bei Aufnahme noch fehlt, müssen diese Befunde noch angefordert werden. Auch die von Ihnen durchgeführten diagnostischen Anwendungen müssen hier mit Ihrer fachlichen Bewertung hinterlegt sein (Tests, Fragebögen oder Ähnliches).

Sollen diagnostische Befunde an Dritte weitergegeben werden oder von Dritten angefordert werden, kann dies nur dann erfolgen, wenn Ihre Patient*innen Sie zuvor von der Schweigepflicht entbunden haben. (DPTV-Formulare „Entbindung von der Schweigepflicht“ und „KJP-Schweigepflichtsentbindung“).

Für das Durchführen und Dokumentieren Ihrer patientenindividuellen Diagnostik bietet die DPTV ihren Mitgliedern zahlreiche Hilfestellungen an (siehe roter Kasten).

Diagnose und Indikationsstellung

Die erhobenen diagnostische Befunde führen Sie zu einer fachlichen Diagnose und einer Indikationsstellung. Darüber werden die Patient*innen schriftlich informiert. Im GKV-System geschieht dies mittels der „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde“ (PTV11):

Hier erhalten Patient*innen eine schriftliche Rückmeldung zu Befund, Diagnose, Indikationsstellung, und die daraus resultierenden Behandlungsmöglichkeiten. Dies soll einhergehen mit einer Aufklärung über die jeweilige Erkrankung. Das individuell ausgefüllte PTV 11 als auch das PTV 10, welches der Aufklärung über (alternative) Behandlungsmöglichkeiten dienen soll, muss regelhaft den Patient*innen ausgehändigt werden. Auch dann, wenn die Behandlung nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde bei Ihnen begonnen wird. Bei Privatpatient*innen sollten diese Inhalte im Gespräch vermittelt werden.

Das individuell ausgefüllte PTV 11 als auch das PTV 10, welches der Aufklärung über (alternative) Behandlungsmöglichkeiten dienen soll, muss regelhaft den Patient*innen ausgehändigt werden.

DPTV-Vorlagen zur Verlaufs-/Diagnostik (Auswahl):

- Biographische Anamnese: <https://t1p.de/16u0c>
- Biographische Anamnese KJP: <https://t1p.de/yvfwq>
- Protokollbogen Psychotherapeutische Sprechstunde: <https://t1p.de/5nph>
- Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV: <https://t1p.de/nfn0t>
- Psychodynamik-Kurzbefund in Anlehnung an die OPD: <https://t1p.de/qd7y6>
- Verhaltensanalyse nach Kanfer (Makronalyse): <https://t1p.de/wxmd1>
- Verhaltensanalyse nach Kanfer (Mikroanalyse und makroanalytische Zusammenhänge): <https://t1p.de/e8nk>
- Systemanalyse: <https://t1p.de/2e4ys>
- Bilanzbericht : <https://t1p.de/z16p2>
- Psychotherapieauswertung: <https://t1p.de/co2g4>



Behandlungsplan und Prognose

Um eine informierte Therapieentscheidung fällen zu können, stimmen Sie mit Ihren Patient*innen einen Behandlungsplan ab und stellen in diesem Rahmen auch eine Prognose zu den Möglichkeiten, die gesetzten Therapieziele zu erreichen. Es empfiehlt sich, diesen Behandlungsplan entweder auf einem gesonderten Blatt niederzulegen oder auf dem Sitzungsprotokoll so zu kennzeichnen, dass Sie den Plan bei Bedarf schnell wieder finden. Dieser Behandlungsplan mit prognostischer Einschätzung wäre bei Notwendigkeit eines Berichts im Rahmen des Gutachterverfahrens automatisch enthalten.

Entscheiden Sie sich mit Ihren Patient*innen eine Psychotherapie zu beginnen, dann gehören alle Antragsunterlagen in Kopie in die Akte. Im GKV-System sind dies alle vorgeschriebenen Formulare für den jeweiligen Antrag gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung: PTV 1, PTV 2 und gegebenenfalls PTV 12. Schreiben Sie begleitend zum Antrag Ihrer Patient*innen einen Bericht an den Gutachter, dann gehört auch dieser nebst der gutachterlichen Stellungnahme (PTV 5) in die Akte. Die Bewilligungsbescheide vervollständigen diesen Teil der Dokumentation.

Auch bei Privatpatient*innen empfiehlt es sich, die Antragsformulare in Kopie in der Akte zu hinterlegen und sich die Bewilligungsbescheide von den Patient*innen in Kopie geben zu lassen. Hier sind oftmals Informationen zum Behandlungsumfang oder speziellen Versicherungsbedingungen enthalten, deren Bedeutung für die Behandlungsplanung Ihre Patient*innen manchmal nicht umfassend einschätzen können.

Spätestens jetzt empfiehlt es sich mit Ihren Patient*innen einen schriftlichen Behandlungsvertrag abzuschließen. In diesem können Sie unter anderem darauf hinweisen, dass Ihnen ein Wechsel der Krankenversicherung anzuzeigen ist und Sie können Regelungen zu Terminabsagen festhalten. In unserem „DPTV-Psychotherapievertrag“ schlagen wir vor, sich das Besprechen des „DPTV-Patientenmerkblatts zur ambulanten Psychotherapie“ bestätigen zu lassen. In diesem Merkblatt werden sehr viele Punkte angesprochen, die inhaltlich zur gesetzlich geforderten Aufklärung der Patient*innen über den formalen Ablauf einer Psychotherapie gehören. Sie können in diesem Merkblatt auch weitere für Sie wichtige Aspekte ergänzen

und können damit das Merkblatt fast wie eine Art Checkliste für die Aufklärung nutzen. Beide DPTV-Mustervorlagen sind hilfreich, um die Inhalte der Aufklärung und einer Behandlungsvereinbarung transparent zu machen

Bitte vergessen Sie nicht vor Beginn der Behandlung mit Ihren gesetzlich versicherten Patient*innen die Erklärung zur Berichtspflicht an den Hausarzt auszufüllen, welche wir oben schon besprochen haben. Hilfreich ist hier das DPTV-Praxisformular „Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4“. Wünschen Ihre Patient*innen einen regelhaften Bericht, können Sie hierfür auch die hilfreiche Berichtsvorlage der DPTV nutzen („Bericht an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt über die psychotherapeutische Behandlung gemäß des Leistungsinhaltes der EBM-Ziffer 01600“).



Formulare der Psychotherapie-Vereinbarung (Auswahl):

- PTV 1 Antrag des Versicherten auf Psychotherapie
- PTV 2 Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten
- PTV 5 Stellungnahme des Gutachters
- PTV 12 Anzeige der Akutbehandlung

Diese DPTV-Vorlagen können so übernommen oder auch Ihren ganz individuellen Wünschen an einen Protokollbogen angepasst werden.

Therapieverlauf

Im Therapieverlauf müssen in der Akte dokumentiert werden:

1. Angewandte Therapietechniken und Methoden inklusive Aufklärung, Psychoedukation
2. Besondere Vorkommnisse (Krisen)
3. Veränderungen im Setting, den Zielen
4. Therapeutische Veränderungen und Effekte
5. Probleme, Irregularitäten und Schwierigkeiten im Verlauf
6. Schweigepflichtentbindung

Bis auf die Schweigepflichtsentbindungen, die wir oben schon im Zusammenhang mit der Einholung externer Befunde besprochen haben, werden die ersten fünf Punkte am besten im Zusammenhang mit einem Protokoll zur Psychotherapiesitzung dokumentiert. Die gesetzlichen Grundlagen und Verpflichtungen zu diesen Dokumentationspflichten haben wir oben schon erläutert. Doch wie können Sie das möglichst gesetzeskonform abbilden? Und dann nichts Wichtiges übersehen? Und dann noch in einem angemessenen Zeitrahmen?

Die DPTV hat hierfür einen Vorschlag für einen „Protokollbogen für Psychotherapiesitzungen“ entwickelt und einen speziellen für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen („KJP-Protokollbogen“). Diese DPTV-Vorlagen können so übernommen oder auch Ihren ganz individuellen Wünschen an einen Protokoll-

AUS DER PRAXIS

bogen angepasst werden. Wenn Sie keine Vorlage nutzen wollen, ist das auch möglich, Sie müssten dann die oben beschriebenen geforderten Inhalte in freier Form niederlegen. Unsere Vorlagen zur Protokollierung einer Sitzung können als fachliche Checkliste oder Leitfaden verstanden und genutzt werden. So werden hier zu Beginn die Formalien wie Name, Datum und der zeitliche Umfang der Sitzung, gegebenenfalls auch weitere anwesende Personen (bei Gruppentherapie hier nur Namenskürzel der weiteren Patient*innen) eingetragen und ob es sich hier um eine Videositzung handelt oder ein Telefonat. Für Ihren Überblick können Sie auch einfügen, in welcher Therapiesitzung Sie sich mit dem Patient*innen befinden. In der Vorlage für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen können Sie die Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen festhalten und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten der Schweigepflicht gegenüber den Bezugspersonen nutzen.

Sie erfragen und erhalten in den Sitzungen Informationen zur Befindlichkeit der Patient*innen und können daraus auch Krisen, zum Beispiel die Gefahr einer Eigen- oder Fremdgefährdung, erfassen und entsprechend in der Sitzung fachlich intervenieren. Auch eine Dokumentation der therapeutischen Beziehung und des Interaktionsverhaltens sind für den therapeutischen Verlauf wichtig und können mit Stichworten zum Ankreuzen festgehalten oder in freier Form dargestellt werden. Möchten Sie erfassen, ob Hausaufgaben oder Anregungen aus der letzten Sitzung von Ihren Patient*innen aufgegriffen wurden, ist dafür auf dem DPTV-Sitzungsprotokoll auch ein Feld vorgesehen.

Ergeben sich hierzu in der Sitzung relevante therapeutische Inhalte, sind diese dann in der Darlegung des Sitzungsverlaufs auszuführen.



DPTV-Vorlagen zur Protokollierung der Therapiesitzung:

- Protokollbogen für Psychotherapiesitzungen: <https://t1p.de/spctr>
- KJP-Protokollbogen: <https://t1p.de/5eh51>

Sitzungsverlauf

Beim Dokumentieren des Sitzungsverlaufs ist erst einmal Maßstab, welche Notizen Sie für sich benötigen, um die Therapie gut nachvollziehen zu können. Wenn Sie mit der Hand schreiben, denken Sie daran, dass auch Dritte, zum Beispiel Nachbehandler*innen oder Ihre Patient*innen diese lesen können. Das muss nun keine Schönschrift sein, aber auch kein Schriftstil, den Sie selbst im Nachhinein nicht mehr entziffern können. Abkürzungen nutzt sicherlich jede*r von uns. Diese sind auch möglich, Sie sollten jedoch einmalig eine Übersicht anlegen, in der Sie Ihre gängigen Abkürzungen (zum Beispiel „GÜ“ für „Gegenübertragung“ oder „SKT“ für „Soziales Kompetenztraining“) auflisten. Therapeutische Veränderungen, Effekte, Schwierigkeiten im Verlauf können hier notiert werden. Ihre Notizen zum Sitzungsverlauf sollten bei Vorliegen von Suizidalität, schwerer Depressivität oder anderer Krisen

hier auch die fachlichen Checkfragen beinhalten und ihre Einschätzung und gegebenenfalls auch die Einleitung notwendiger Begleitbehandlungen.

Größere Veränderungen, zum Beispiel im Setting von Einzel- auf Gruppenpsychotherapie, oder auch bei der Anpassung der Therapieziele im Laufe der Therapie, gehören auch in ein Sitzungsprotokoll. Auch wenn sich die Diagnosen im Verlauf der Behandlung ändern. Es kann notwendig sein, dass Sie mit Ihren Patient*innen im Verlauf der Therapie die Veränderungen erfassen möchten. Hierfür kann der Patienten-Fragebogen „Bilanzbericht“ der DPTV genutzt werden, um die Patient*innen aktiv in die Reflexion mit einzubeziehen. Der DPTV-Bogen „Psychotherapieauswertung“ eignet sich, um Zwischenbilanzen aus fachlicher Sicht zusammenzufassen. Diese Erhebungen finden in der Regel bei den Überlegungen statt, ob eine Therapie beendet oder einer Verlängerung bedarf.

Beim Dokumentieren des Sitzungsverlaufs ist erst einmal Maßstab, welche Notizen Sie für sich benötigen, um die Therapie gut nachvollziehen zu können.



Martin H. Stellpflug/Inge Berns: Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten, 4. Auflage 2020, medhochzwei Verlag, Heidelberg

Bender/Berner/Best/Dilling/Schaff/Uhlemann: Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung-Abrechnung, 3. Auflage 2022, medhochzwei Verlag, Heidelberg

Bell/Best/Gerlach/Lubisch/Schaff/Schmid: Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (MHP), Loseblattwerk 2022, medhochzwei Verlag, Heidelberg

Angewandte Therapietechniken und Methoden

Möchten Sie zeitsparend die von Ihnen angewandte Therapietechniken und Methoden protokollieren, schlagen wir Ihnen vor, eine Liste mit Interventionen und Methoden zusammenzustellen, die Sie häufig in der Behandlung anwenden. Mit einem entsprechenden Kreuz im Protokollbogen stellen Sie klar, dass Sie das, was Sie über den Sitzungsverlauf protokollieren, auch fachlich einordnen können. Stichworte können zum Beispiel sein: Krisenintervention, Stabilisierung, Klärung, Informationsvermittlung, Motivationsaufbau, Beziehungsaufbau, Beziehungsklärung, Verbesserung der Selbstakzeptanz, Bearbeitung von Konflikten, therapeutisches Rollenspiel.

Auch ein fester Platz auf Ihrem Sitzungsprotokoll für Hausaufgaben oder therapeutische Absprachen mag eine Hilfestellung sein, diese schnell bei einem Rückblick auf vorangegangene Protokolle wieder in den Blick nehmen zu können.

Therapieende

Therapieevaluation:

1. Unerwünschte Veränderungen
2. Weiterführende Empfehlungen
3. Vereinbarungen in Bezug auf Nachbetreuung

Planen Sie mit Ihren Patient*innen das Ende der psychotherapeutischen Behandlung, werden Sie hier sicherlich mit ihnen die Veränderungen gemeinsam besprechen, die im Laufe der Psychotherapie entstanden sind. Manchmal gehen die positiven Effekte (zum Beispiel mehr Unabhängigkeit und Lebensfreude durch verlorene Ängste) einher mit unerwünschten Veränderungen (zum Beispiel Partner*innen kommen mit der Veränderung nicht zurecht und Beziehungen verändern sich und gehen vielleicht sogar verloren). Werden mit den Patient*innen weiterführende Empfehlungen für die Zeit nach der Psychotherapie entwickelt, sollten diese auch kurz in der Therapieakte erwähnt werden, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, regelmäßige Konsultation bei Fachärzt*innen/Psychiater*innen zur Überwachung der Medikation, der Besuch von Sozialstationen oder an-

Dokumentieren Sie so knapp und juristisch sicher wie möglich!

deres. Auch sollte mit den Patient*innen besprochen werden, was

bei einem Rückfall an Behandlungsmöglichkeiten möglich ist. Auch eine Nachbetreuung im Rahmen einer Rezidivprophylaxe kann hier zum Abschluss der Psychotherapie gemeinsam erwogen werden.

Ein Abschlussbericht ist nicht regelhaft vorgesehen. Deshalb sollten die Inhalte, die Sie abschließend mit Ihren Patient*innen besprechen, für einen Dritten (zum Beispiel den Nachbehandelnden) einen Überblick über die vorangegangene Behandlung möglich machen. Als Tipp schlagen wir Ihnen hier vor, den „Bilanzbericht“ und die „Psychotherapieauswertung“ für Gestaltung und Dokumentation des Abschlusses zu nutzen.

Fazit

Mit den Materialien der DPtV haben Sie lückenlos Vorlagen, die Sie für die Gestaltung Ihrer eigenen Vorlagen zur Dokumentation Ihrer Arbeit mit Ihrer Patient*innen nutzen können. Wir schlagen Ihnen vor, bestimmte Vorlagen für bestimmte Zeitpunkte in der Arbeit mit Ihren Patient*innen bereitzuhalten. Wichtig ist hier, dass Sie nicht alles bis ins tiefste Detail dokumentieren müssen. Wenn Sie zum Beispiel in Ihrem QM-Praxishandbuch bestimmte Abläufe in Ihrer Praxis als Standard beschrieben haben, zum Beispiel welche Abläufe bei Aufnahme einer Therapie regelhaft stattfinden, wird Ihnen auch bei Lücken in der Dokumentation Glauben geschenkt. Insofern schlagen wir Ihnen für die Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen dieses Motto vor: Dokumentieren Sie so knapp und juristisch sicher wie möglich!



Sabine Schäfer

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

Claudia de Boer, Georges Steffgen

Wohin mit meinem Ärger – psychotherapeutische Behandlungsansätze

Ärger ist eine grundlegende Emotion, die jeder kennt. Grundsätzlich umfasst Ärger a) das Gefühl an sich (Ärger), b) eine gedankliche Reaktion (Ich denke zum Beispiel: „Der drängelt sich absichtlich vor!“), c) eine körperliche Reaktion (der Blutdruck steigt, das Herz schlägt schneller und

Die Emotion Ärger stellt per se kein Problem dar. Die Festlegung auf Ärger als ein Problem hängt viel von der Person selber ab.

so weiter) und d) einen Handlungsimpuls (zum Beispiel der Impuls, mein Gegenüber an-

zuschreien). Ärger kann dabei unterschiedliche Intensität aufweisen. Diese reicht von milder Irritation (niedrige Intensität) bis zu Wut und Zorn (hohe Intensität). Bei starkem Ärger tritt auch eine (sehr) hohe körperlich-psychische Erregung auf, die sich zum Beispiel durch starken Herzschlag, Hitzewallungen, Muskelverspannungen und andere körperliche Reaktionen äußert. Personen unterscheiden sich darin, wie häufig sie zu Ärgerreaktionen neigen. Personen mit einer hohen Ärgerneigung: a) erleben Ärger häufiger und intensiver, b) erleben eine größere Anzahl an unterschiedlichen Situationen als ärgerauslösend, c) verarbeiten den Ärger meist unangemessen, und d) erleben häufiger negative Folgen ihres Ärgers (Steffgen, de Boer & Vögele, 2014).

Ist Ärger ein Problem?

Die Emotion Ärger stellt per se kein Problem dar. Man spricht erst dann von einem Ärgerproblem, wenn eine Person sehr häufig und intensiv Ärger erlebt, diesen unangemessen bewältigt und hohe gesundheitliche Kosten, wie koronare Herzerkrankungen, oder starke soziale Kosten, wie Probleme am Arbeitsplatz, Partnerschaftsprobleme oder Probleme in Freundeskreis und Familie, auftreten. Die Festlegung auf Ärger als ein Problem hängt dabei viel von der Person selber ab, das heißt, ob sie für sich selbst die Folgen ihres Ärgers als nicht mehr tragbar empfindet und erkennt. Häufig leiden jedoch auch Mitmenschen unter dem erlebten Ärger einer Person, zum Beispiel durch Wutausbrüche, Angriff gegen Personen oder Sachbeschädigung. Sie weisen dann auf ein Ärgerproblem bei der Person hin, während diese Person häufig bei sich selbst kein Ärgerproblem erkennt. Vielmehr weist sie dieses oft weit von sich, und sieht keine Veränderungsnotwendigkeit. Selbst Personen, die zum Beispiel durch beleidigendes Verhalten oder Gewaltausbrüche in Konflikt mit der Justiz geraten sind, sehen häufig kein Ärgerproblem bei sich selbst, sondern machen Andere für die Situation verantwortlich.

Kurz gefasst

Ärger ist eine grundlegende Emotion, die nicht per se ein Problem darstellt. Die Modifikation von zu häufig und zu intensiv erlebten Ärgers sowie dessen unangemessener Bewältigung kann jedoch ein bedeutsames Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung sein. Ärgerbezogene Interventionen sollten dabei verstärkt an der Motivation und Beziehung zu den Klient*innen ansetzen, sowie deren Selbstregulation und soziale Kompetenzen aufbauen beziehungsweise stärken.



Ist Ärger eine psychische Störung?

Obwohl einige Forscher*innen fordern, Ärger, unter Berücksichtigung festgelegter Kriterien, als klinische Störung zu definieren, hat sich bisher in keiner der beiden Diagnosesysteme (International Classification of Diseases, ICD-10 und ICD-11; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) eine eigenständige diagnostische Kategorie „Ärgerstörung“ durchgesetzt (DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Probleme im Umgang mit Ärger spielen jedoch bei einigen psychischen Störungen eine bedeutsame Rolle. So findet sich zum Beispiel bei Depressionen eine Form – die disruptive Affektregulationsstörung – bei der ausgeprägte Wutausbrüche eine Rolle spielen. Diese Störung ist gekennzeichnet durch schwere, wiederkehrende Wutausbrüche, die sich verbal (zum Beispiel verbales Toben) und/oder im Verhalten (zum Beispiel körperliche Aggression gegenüber Personen und Gegenständen) zeigen, und in ihrer Intensität und Dauer in Bezug auf die Situation und den Anlass völlig unangemessen sind. Unangemessener Ärger und dessen Bewältigung werden außerdem als Bestandteile unter anderem von verschiedenen psychischen Störungen, von spezifischen Persönlichkeits-, und Impulskontrollstörungen (zum Beispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung) sowie teilweise bei der Posttraumatischen Belastungsstörung angesehen.

Probleme im Umgang mit Ärger spielen bei einigen psychischen Störungen eine bedeutsame Rolle.

Ärger wird teilweise nicht als hinreichendes Diagnosekriterium einer Störung angesehen.

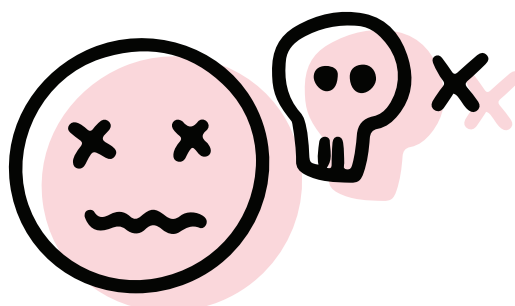
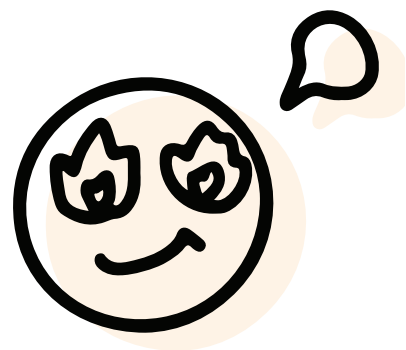
Ärger wird hier teilweise als ein Diagnosekriterium aufgeführt, welches häufig weder als hinreichendes noch notwendiges Kriterium der Störung angesehen wird.

Ärger stellt demnach bei einer Vielzahl von psychischen Störungen ein Symptom beziehungsweise Kriterium dar. Diese Störungen lassen sich als ärgerbezogene Störungen bezeichnen. Bei diesen Störungsbildern stellen Ärgerreaktionen einen bedeutsamen Teil der Störung dar, und erweisen sich damit als interventionsrelevant.

Wann ist eine Ärgerintervention sinnvoll?

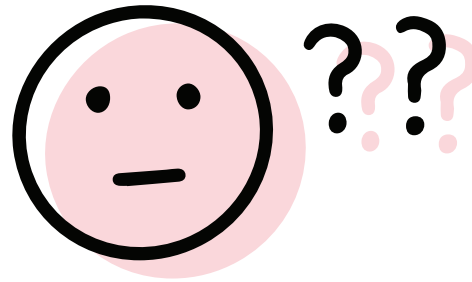
Veränderungen im Erleben und im Umgang mit Ärger lassen sich in zweifacher Hinsicht als angemessen und sinnvoll begründen:

1. Wenn ein Ärgerproblem vorliegt, das heißt der Ärger sehr häufig und intensiv erlebt wird und schwerwiegende Auswirkungen am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft, in der Familie und oder auf andere soziale Beziehungen hat, die der Betroffene oder Andere als nicht mehr tragbar empfinden. Auch können gesundheitliche Folgen, zum Beispiel Bluthochdruck oder ein Herzinfarkt es erfordern, sich mit dem eigenen Ärgererleben auseinanderzusetzen und zu lernen diesen zu regulieren und/oder
2. wenn eine psychische Störung mit Ärgeranteilen vorliegt, das heißt eine sogenannte ärgerbezogene Störung.



Zwei Ansatzpunkte zur Veränderung des Ärgers

Ein wesentlicher Schritt besteht darin, dass eine Person, die sich häufig intensiv ärgert, für sich erkennt, dass ihr Ärger a) sie selbst und auch andere schädigt, und b) sie bereit ist, ihren Ärger zu ändern. Zwei unterschiedliche Wege können dann begangen werden, um Ärger(probleme) zu minimieren oder neue Formen der Ärgerbewältigung zu erlernen:



1. Indem die Person selbst Einfluss auf ihren Ärger nimmt. Hier besteht zum Beispiel bei akuten starken Ärgerreaktionen die Möglichkeit, dass die Person kurzfristige Abreaktionsstrategien einsetzt. Solche kurzfristig hilfreichen Strategien sind sehr individuell und können einfache, die Sinne einbeziehende Tätigkeiten wie Musikhören, kalt duschen, eine Chilischote in dem Mund nehmen oder ähnliches beinhalten. Langfristig müsste die Person lernen und einüben, ihre Ärgerreaktionen besser zu verstehen und deeskalierende Konfliktbewältigungsstrategien zu entwickeln und einzusetzen. Hilfreiche Mittel um Spannung zu reduzieren sind Sport, Bewegung und Entspannungstechniken. Selbsthilfebücher können genutzt werden, um an dem eigenen Ärgererleben und -verhalten zu arbeiten. Hier finden sich Informationen über alternative Umgangsweisen, um den Ärger angemessen zu bewältigen (zum Beispiel Steffgen, de Boer & Vögele, 2016). So lernen die Personen, Ärgersituationen zu analysieren und neue Bewältigungsstrategien – wie zum Beispiel gedankliche Strategien – einzusetzen. Sie lernen auch, wie sie Ärger deeskalierend ansprechen können und wie sie Konflikten vorbeugen können.

2. Indem die Person eine psychotherapeutische Behandlung angeht. Eine professionelle Behandlung sollte insbesondere dann bei ärgerbezogenen Störungen genutzt werden, wenn die Ärgerbelastung anhält und sich die eigenen Möglichkeiten, den Ärger zu bewältigen beziehungsweise den Ärgerkonflikt zu lösen, als nicht ausreichend erweisen. Der Vorteil einer derartigen Behandlung ist, dass das Erlebte aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet wird und alternative Wege, mit dem Ärger(konflikt) umzugehen, erarbeitet werden (Steffgen, de Boer & Vögele, 2014).

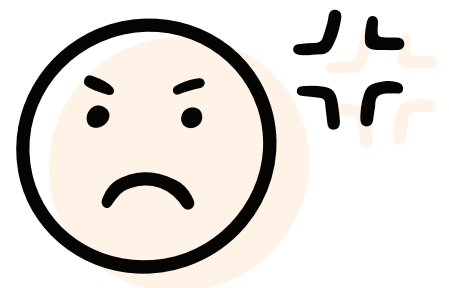
Der Vorteil einer Ärgerbehandlung ist, dass das Erlebte aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet wird und alternative Wege, mit dem Ärger(konflikt) umzugehen, erarbeitet werden.

Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Unterschiedliche Behandlungs- und Therapieansätze für Ärger(probleme) wurden sowohl in Einzel- als auch in Vergleichsstudien hinsichtlich ihrer differentiellen Wirksamkeit zur Ärgerreduktion und -modifikation überprüft. Mittlerweile liegen eine Reihe von Meta-Analysen vor, die die Effizienz unterschiedlicher Ärgerinterventionen und Behandlungsverfahren für unterschiedliche Zielgruppen belegen. Meistens haben sich dabei kognitive und behaviorale Verfahren als besonders wirksam erwiesen (Kassinove & Tafrate, 2018). Insbesondere Multikomponentenverfahren haben sich in diesem Bereich als vielversprechend etabliert. Wesentliche Zielsetzung von derartigen Behandlungsansätzen ist das Erlernen und Einüben eines flexiblen, situationsangemessenen und sozialverträglichen Ärgerverhaltens, bei dem die emotionale Erlebnisfähigkeit aufrechterhalten bleibt beziehungsweise aufgebaut wird (Steffgen, de Boer & Vögele, 2014).



In Meta-Analysen haben sich insbesondere kognitive und behaviorale Verfahren als wirksam erwiesen.



Sechs unterschiedliche Komponenten lassen sich dabei unterscheiden:

1. Die Psychoedukation. Diese umfasst die Vermittlung von Informationen über Ärger und Ärgerbewältigung sowie die Aufklärung über soziale und gesundheitliche Folgen von Ärger. Die funktionalen Aspekte, die Rolle von Kognitionen, die Bedeutung der körperlichen Anspannung, Zusammenhänge mit psychosomatischen Erkrankungen und Möglichkeiten der Veränderung werden hier vermittelt.
2. Die Selbsterfahrung. Diese zielt darauf ab, sich selbst in seinen Ärgerreaktionen zu erkennen und zu verstehen. Mittels Ärgerstagebuch und Verhaltensanalysen werden typische Ärgersituationen, Ärgergedanken und körperliche Ärgerreaktionen identifiziert und verändert. Verhaltenselemente der problematischen Reaktionen werden durch Rollenspiele anhand individueller Problemsituationen bearbeitet und verändert.
3. Die Kognitionen. Basierend auf dem Auffinden typischer Kognitionen der Ärgerentstehung und -bewältigung werden unterschiedliche Möglichkeiten zu deren Veränderung genutzt. Typische Denkfehler (zum Beispiel Anspruchshaltung oder Schuldzuschreibung) werden identifiziert, auf ihren Realitätsgehalt überprüft und von Klient*innen korrigiert.
4. Die körperliche Entspannung. Über die Vermittlung der Erfahrung der Inkompatibilität von Ärger und Entspannung wird die Notwendigkeit eines optimalen Entspannungsniveaus aufgezeigt. Somit werden neben dem Verständnis der Rolle von körperlicher An- beziehungsweise Entspannung (Arousal) für das Ärgererleben geeignete Entspannungsverfahren (zum Beispiel Kurz-Entspannungs-, Atemtechniken) erlernt und für konkrete Alltagssituation eingeübt.
5. Die Verhaltensmodifikation. Hinsichtlich sozial problematischen Umgangs mit Ärger werden angemessene kommunikative und interaktive Verhaltensmöglichkeiten entwickelt und trainiert.
6. Die Anwendung des Erlernten im Alltag. Klient*innen werden aufgefordert und angeleitet, das Erlernte im Alltag anzuwenden und zu erproben um eine angemessene Übertragung des neu gelernten Verhaltens und dessen Anpassung an die sozialen Gegebenheiten zu gewährleisten. Dies ermöglicht eine auf den Einzelfall abgestimmte Anleitung zur Umsetzung des Erlernten unter Berücksichtigung des sozialen Systems.

Effiziente Ärgerinterventionen sollten dabei folgende wesentliche Merkmale aufweisen (DiGiuseppe & Tafrate, 2007):

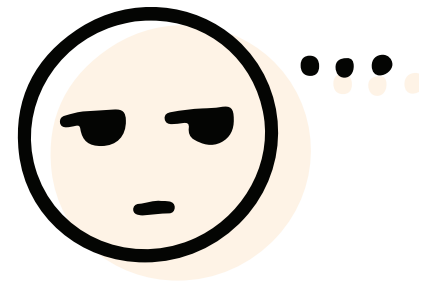
- a. das Entwickeln einer therapeutischen Allianz, die Klient*innen zu Veränderungen motiviert (das heißt Motivations- und Beziehungsarbeit)
- b. das Anleiten der Klient*innen physiologisch bedingte Erregung zu regulieren, Kognitionen zu verändern und Verhaltensänderungen zu implementieren, die sie darin unterstützen impulsives Verhalten zu bewältigen (das heißt das Stärken der Selbstregulation) sowie
- c. das Aufgreifen systemischer Aspekte, die den Beziehungswiederaufbau unterstützen (das heißt das Vermitteln von sozialen und interpersonellen Skills).

Fazit

Um das Auftreten von häufigem intensivem Ärger und unangemessenen Ärgerreaktionen zu verringern beziehungsweise zu verhindern, sind gezielte Maßnahmen erforderlich. Bei einem Ärgerproblem beziehungsweise einer ärgerbezogenen Störung sollte eine Person lernen, selber Einfluss auf ihren Ärger zu nehmen und – soweit indiziert – eine psychotherapeutische Behandlung nutzen. Hier liegen mittlerweile wirksame und erfolgversprechende Behandlungsansätze vor.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Claudia de Boer

Diplom-Psychologin, approbierte Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin; in eigener Praxis in Luxemburg tätig. Dozentin an der Universität Luxemburg.



Prof. Dr. Georges Steffgen

Professor für Sozial- und Arbeitspsychologie an der Universität Luxemburg. Forschungsschwerpunkte: Aggression, Emotionsregulation und Gesundheitsförderung

Petra Lechtape

Mit dem Rad in die Praxis

Seit vier Jahren fahre ich jeden Tag mit dem Fahrrad in die Praxis. Seitdem fühle mich einfach besser. Auf dem Rad kann ich meine Gedanken schweifen lassen, bekomme den Kopf frei und gewinne nach einem anstrengenden Tag buchstäblich Abstand zu meiner Arbeit. Ich fahre durch viel Natur. Besonders im Frühling und Sommer, wenn alles blüht und die Sonne scheint, macht das richtig Spaß. Klar – wenn es regnet oder mir der Wind ins Gesicht bläst, verfluche ich auch mal das Rad. Aber da braucht man eben eine gute Regenausrüstung und Durchhaltevermögen. Und mit dem E-Antrieb ist zumindest der Gegenwind erträglich. Seit einiger Zeit bin ich auch körperlich fitter. Schließlich mache ich jetzt jeden Tag Sport. Früher, als ich noch mit dem Auto zur Arbeit gefahren bin, war das undenkbar. Da verbrachte ich die meisten Feierabende mit einem schlechten Gewissen auf der Couch. Denn wenn ich nach einem langen Arbeitstag erstmal Zuhause ankomme, habe ich häufig keine Lust, mich nochmal aufzuraffen. Jetzt fahre ich jeden Tag mehr als 20 Kilometer mit dem Fahrrad und habe den Sport in meinen Alltag integriert. Dabei motiviert mich natürlich auch die Vorstellung etwas Gutes fürs Klima zu tun. Es ist also wirklich eine Win-Win-Sache.

Vergangenes Jahr habe ich mir außerdem ein Lastenrad gekauft. Damit kann ich problemlos auch Einkäufe transportieren – und meine Hündin Nelly, die jeden Morgen mit mir in die Praxis fährt. Auto fahre ich deshalb kaum noch. Das Lastenrad war natürlich nicht gerade billig, aber dafür spare ich mir die Spritkosten. Außerdem habe ich einen Zuschuss von der Stadt bekommen und kann die Fahrtkosten von der Steuer absetzen. Zu einem echten Problem wurde allerdings die Suche nach einem Parkplatz für das Lastenrad. Denn in der Nähe der Praxis gibt es bisher keine Stellplätze für Lastenräder. Und die Tiefgarage im selben Gebäude ist für Autos reserviert – Fahrräder sind verboten. Zwar habe ich inzwischen eine Parklösung gefunden, aber ich glaube, Städte brauchen grundsätzlich eine bessere Infrastruktur für Fahrräder, damit noch mehr Menschen aufs Rad umsteigen. Ich jedenfalls kann es nur empfehlen.



Steuer-Tipp:

Fahrrad steuerlich absetzen

Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob das Fahrrad verkehrsrechtlich eine Zulassung hat oder keine, denn nur Elektrofahrräder, E-Bikes, Elektro-Mountainbikes und S-Pedelecs mit Zulassung und Kennzeichen werden verkehrsrechtlich und einkommensteuerlich als Kfz eingeordnet. Für elektrisch betriebene Lastenfahrräder gibt es einkommensteuerlich noch eine Sonderregelung. Um als Freiberufler*in das Fahrrad steuerlich absetzen zu können, muss es mindestens zu 10 % betrieblich genutzt werden. Bei einer betrieblichen Nutzung bis 50 % kann man das Fahrrad dem Betriebsvermögen zuordnen (gewillkürtes Betriebsvermögen), ab einer betrieblichen Nutzung von mehr als 50 % stellt das Fahrrad sogar verpflichtend Betriebsvermögen dar (notwendiges Betriebsvermögen).

Steuerpflichtige haben die Beweislast, um den betrieblichen Anteil glaubhaft zu machen, zum Beispiel durch das Führen eines Fahrtenbuchs, Nachweise über regelmäßig aufgesuchte Orte oder eine eigene Auflistung der betrieblich gefahrenen Kilometer. Für das „Dienstfahrrad als Selbständiger“ können Sie auch die laufenden Kosten, zum Beispiel für Reparaturen, Ersatzteile, Wartung, Versicherung, Leasing oder Strom für das Laden des E-Bikes, absetzen. Wird das Fahrrad angeschafft, können Sie die Abschreibung für das Fahrrad geltend machen. Fahrräder oder E-Bikes sind als allgemein verwendbare Wirtschaftsgüter in der Regel über sieben Jahre linear abzuschreiben. Fahrräder mit Anschaffungskosten bis 800 Euro netto können als geringwertiges Wirtschaftsgut sofort im Jahr der Anschaffung voll abgeschrieben werden.

Petra Lechtape mit Lastenrad und Therapiehündin Nelly.



Janine Peine

BFH entscheidet zu Psychotherapeutenausbildung

Vergütungen für Behandlungsleistungen können gewerbsteuerpflichtig sein!

Um als Psychotherapeut*in tätig werden zu können, benötigt man – wie auch in vielen anderen Berufen, die auf die Behandlung und Heilung von Menschen gerichtet sind – eine staatliche Zulassung (Approbation) und dieser geht eine umfangreiche Ausbildung voraus. Bei Psychologischen Psychotherapeut*innen bedeutete das bisher eine mindestens dreijährige Vollzeitausbildung oder eine mindestens fünfjährige Teilzeitausbildung.

2020 wurde die Ausbildung von Psychotherapeut*innen modernisiert. Danach wird die Approbation nach einem fünfjährigen Universitätsstudium (drei Jahre Bachelor- und zwei Jahre Masterstudiengang) erteilt. Für den Zugang zum Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist darüber hinaus eine anschließende Weiterbildung notwendig. Vorgesehen ist eine Weiterbildung in stationären oder ambulanten Einrichtungen, die von den Krankenkassen vergütet werden. Bei diesen Einrichtungen handelt es sich oftmals um Ausbildungsinstitute und/oder Kliniken, die sich auf die Ausbildung von Psychotherapeut*innen spezialisiert haben, die aber hierfür auch Heilbehandlungsleistungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen erbringen und diese gegenüber den Krankenkassen abrechnen. Die angehenden Psychotherapeut*innen werden dabei im Rahmen der Ausbildung durch Supervision betreut und erhalten eine anteilige Vergütung aus der Krankenkassenabrechnung.

Aus steuerlicher Sicht wurden solche Tätigkeiten bisher einheitlich im Rahmen der Gewerbesteuerbefreiung für Lehrtätigkeiten (§ 3 Nr. 13 GewStG) behandelt. Der Bundesfinanzhof (BFH) hat dieser vereinfachten Sichtweise jedoch im Jahr 2021 eine Absage erteilt (Urteil vom 26.05.2021, V R 25/20).

Für den BFH handelte es sich bei den Ausbildungsleistungen einerseits und den Behandlungsleistungen andererseits um zwei unabhängig voneinander zu beurteilende Rechtsverhältnisse. Aus umsatzsteuerlicher Sicht handelt es sich dabei insbesondere nicht um einen einheitlichen wirtschaftlichen Vorgang. Die beiden Leistungen (Ausbildung beziehungsweise Behandlung) zielen nach dem jeweils zugrundeliegenden Rechtsverhältnis auf die Verwirklichung eigenständiger wirtschaftlicher Erfolge bei verschiedenen Leistungsempfänger*innen ab und stehen daher nicht in einer für Haupt- und Nebenleistung charakteristischen Mittel-Zweck-Relation.

Gewerbsteuerlich ist im Übrigen keine direkte Berufung auf die Mehrwertsteuersystemrichtlinie (Art. 132 Abs. 1 Buchst. i MwStSystRL) möglich. Die umsatzsteuerliche Sichtweise ist laut BFH jedoch auch gewerbsteuerrechtlich zu beachten, da unmittelbar dem Schul- und Bildungszweck dienende Leistungen auch von der Gewerbesteuer befreit sein können. Die Gewerbesteuerbefreiung ist bei Bildungsleistungen in gewisser Weise mit der Umsatzsteuerbefreiung verknüpft. Für den BFH war bei seiner Entscheidung auch nicht relevant, dass diese Behandlungen nach § 4 PsychTh-APrV (a. F.) Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung waren. Denn ein unmittelbares Dienen für den Schul- und Bildungszweck kann nicht bereits dann bejaht werden, wenn die Leistung für dessen Erfüllung notwendig oder unerlässlich ist. Selbst die Weiterreichung der Entgelte (hier zu 30 Prozent) an die Auszubildenden war für den BFH unerheblich. Der BFH verwies die Sache zur weiteren Sachverhaltsaufklärung zurück an die Vorinstanz. Das Finanzgericht (FG) muss nun noch die maßgeblichen Gewerbeerträge (gegebenenfalls mittels Schätzung) ermitteln.

Nur Erträge aus dem eigentlichen Ausbildungsverhältnis sind gewerbsteuerbefreit. Die Erträge aus Behandlungsleistungen sind hingegen grundsätzlich gewerbsteuerpflichtig. Das wird vor allem dann relevant, wenn die Einrichtung in der Rechtsform einer GmbH organisiert ist und gewerbsteuerlich nicht als Krankenhaus im Sinne des § 3 Nr. 20 GewStG gilt.

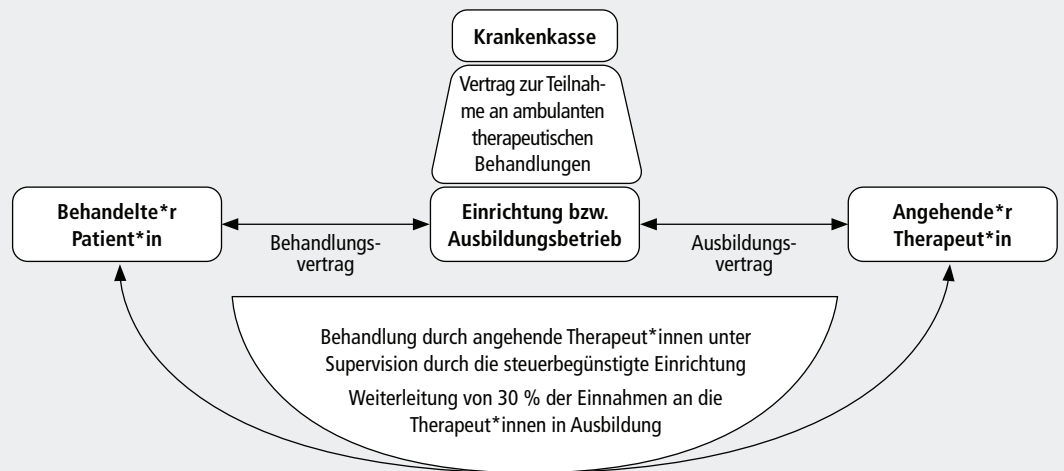


Abbildung:
BFH-Urteil vom
26.05.2021 (V R 25/20).
Hinweis: Ab 2020 sind
gesetzlich 40 % der
Einnahmen an die ange-
henden Therapeut*innen
weiterzuleiten.

Die Entscheidung ist für alle Einrichtungen relevant, die Psychologische Psychotherapeut*innen ausbilden. Auch für die neu geregelte Ausbildung beziehungsweise Weiterbildung nach dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung dürften diese Grundsätze gelten. Danach sind nur Erträge aus dem eigentlichen Ausbildungsverhältnis (das heißt Erlöse aus Unterrichtsleistungen wie Seminare) gewerbesteuerbefreit. Die Erträge aus Behandlungsleistungen sind hingegen grundsätzlich gewerbesteuerpflichtig. Das wird

vor allem dann relevant, wenn die Einrichtung in der Rechtsform einer GmbH organisiert ist und gewerbesteuerlich nicht als Krankenhaus im Sinne des § 3 Nr. 20 GewStG gilt.

Umsatzsteuerlich dürften die Behandlungsleistungen aber in der Regel weiterhin als Heilbehandlungsleistungen zu beurteilen und damit auch weiterhin umsatzsteuerfrei gegenüber der Krankenkasse abrechenbar sein.

Handlungsempfehlung

Für entsprechende Einrichtungen beziehungsweise Ausbildungsstätten, die sich zurzeit auf diese Steuerbefreiung berufen, sollte zumindest bis zur Veröffentlichung der BFH-Entscheidung (02.12.2021) Vertrauensschutz zu gewähren sein. Für die Folgezeit sollten betroffene Unternehmen die insgesamt erzielten Erträge aus Behandlungsleistungen von in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut*innen im Blick haben.

In vergleichbaren Fällen, in denen neben Ausbildungsvergütungen zusätzliche Betriebseinnahmen aus dem Leistungsprozess von dritter Seite erzielt werden, sollten die beiden Bereiche nach Möglichkeit durch geeignete Aufzeichnungen getrennt werden. Vermeintlich unteilbare Kostenbestandteile aus dem Leistungsprozess sollten mittels sachgerechter Schätzung aufgeteilt werden. Dies kann durch eine Kostenrechnung oder zumindest durch geeignete Aufzeichnungen erfolgen. Im nächsten Schritt wäre dann zu prüfen, ob die gesamten Behandlungseinnahmen abzüglich der damit im Zusammenhang stehenden Aufwendungen (laufende Betriebskosten sowie die Weiterleitung an die angehenden Therapeut*innen) zu einem gewerbe-

steuerpflichtigen Gewinn führen und bei Überschreiten des gewerbesteuerlichen Freibetrags von 24.500 Euro Gewerbesteuer auslösen.

Außerdem kann die Entscheidung auch allgemein Auswirkungen auf andere Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen im medizinischen Bereich haben, bei denen bisher die Gewerbesteuerbefreiung nach § 3 Nr. 13 GewStG beansprucht wurde. Es ist anzunehmen, dass sich auch die Finanzverwaltung hierzu äußern wird, um eine Übergangsregelung bekanntzugeben. Sofern noch nicht geschehen, sprechen Sie am besten Ihre Steuerberaterin oder Ihren Steuerberater an, um die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

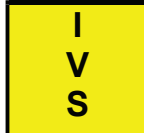
Umsatzsteuerlich dürften die Behandlungsleistungen aber in der Regel weiterhin als Heilbehandlungsleistungen zu beurteilen und damit auch weiterhin umsatzsteuerfrei gegenüber der Krankenkasse abrechenbar sein.



Janine Peine
Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Berlin, Fachberaterin für Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven)

ETL Systeme AG – ETL ADVISION – Steuerberatungsgesellschaft
etl-advison@etl.de
www.etl-advison.de
Telefon: 030 22641248

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



Institut für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie Verhaltensmedizin Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie

staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015

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

• **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r**

Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil - u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine:

Prof. Dr. DP Rudolf Egg „Grundlagen Rechts- und Polizeipsychologie“ 16./17. Juli 2022 (Grundlagen, Strafrecht)

DP Jürgen Golombek „Soz.-rechtl. Begutacht.: Psych. Gesundheitsstörung., Berentung, Behinderungsgrad“ 14./15. Okt. 22 (SZV) - online

Dr. DP Bernd Borchard „Strukt. Risikobeurteilung, Interventionsplanung u. FOTRES“ 22./23. Okt. 2022 (Fam.-, Strafrecht, SZV) - online

• **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)

nächster Termin: **Dr. DP Burkhard Peter** „B6 Nutzung von Trancephänomenen III: Symbole und Rituale“ 24./25. Juni 2022

• **Supervisor/in** (verhaltenstherap. fundiertes Curr.) 80 FE in 5 Bl. u. 6 Treffen i. Kleingruppen á 8 FE – nächster Beginn 19./20. Nov. 2022

• **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (Curr. 156 FE in 10 Blöcken) nächste Termine:

Dr. DP Miriam Kolter „Therapie von sexuellen Präferenzstörungen“ 25. Juni 2022 - online

DP. Klaus Weth „Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen“ 26. Juni 2022 - online

• **EMDR-Zusatzqualifikation: DP Gertrud Skoupy** „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 22. Juli 2022

EMDR-Seminartage auf Mallorca 18. – 21. Mai 2023 Leitung **Dr. DP Marion Schowalter**

(insgesamt 16 WE EMDR-Grundlagen, 8 WE EMDR-Trainingsseminar) – weitere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage

• **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen** 200 WE, Curriculum mit z. T. individuell wählbaren Seminarthemen u. -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

NEU: Systemisch fundierte Psychotherapie am IVS: Ab Frühjahr 2023 wird neben der Ausbildung in Verhaltenstherapeutisch fundierter Psychotherapie auch die Ausbildung in Systemisch fundierter Psychotherapie möglich sein.

Zum Vormerken: 18. Fachtagung des IVS am 13. Mai 2023 - für Studierende und PiAs anderer Institute kostenfrei

Laufend neue Termine



Neu!



Neu!



Kontakt und Infos: IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 41/43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, -203, Fax: -202, -204

Homepage/Online-Anmeldung: www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)

Kurz gemeldet ...

Viel Bürokratie – zweifelhafter Nutzen

Psychotherapeut*innen nehmen Stellung zum Abschlussbericht des IQTIG zum „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ – QS-Falldokumentation in der Praxis („Klassikverfahren“).

<https://t1p.de/91o6h>

Ukraine-Krise: Unbürokratische Hilfe für Kinder und Jugendliche

„Viele Geflüchtete aus der Ukraine sind psychisch schwer belastet und kommen mit dem Erlebten nicht zurecht. Sie benötigen psychotherapeutische Hilfe“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPtV. „Die Zahl der geflüchteten Kinder im Kindergarten- und Schulkindalter ist sehr hoch. Darunter sind auch unbegleitete Kinder unter 14 Jahre, die auf der Flucht von ihren Bezugspersonen getrennt oder von verzweifelten Eltern auf die Flucht geschickt wurden. Gerade für sie müssen unbürokratische Wege in die Versorgung geschaffen werden.“

<https://t1p.de/d07ji>

Information und Service rund um die Psychotherapie: DPtV stellt neue Website vor

Der Relaunch von www.dptv.de bietet Mitgliedern eine rundum erneuerte Informationsplattform mit vielen neuen Funktionen beim Shop, den Veranstaltungsbuchungen oder der neuen Wissensdatenbank. Unter „Meine DPtV“ können Mitglieder ihre Adresse, Veranstaltungen, Bestellungen, Rechnungen, Mailinglisten und Einträge in der Praxisbörse bequem und übersichtlich verwalten.

www.dptv.de



Leben heißt
Veränderung

Beforscht: Psychotherapie und ihre Wirkung

Fünfte Staffel der DPtV-Podcast-Reihe zu psychotherapeutischer Forschung

„Die Psychotherapie basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Für die Weiterentwicklung unserer täglichen Arbeit ist es wichtig, Methoden und Diagnosen immer wieder zu überprüfen und neue Ansätze kennenzulernen“, betont Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPtV. Die sechs neuen Folgen der DPtV-Podcast-Reihe „Leben heißt Veränderung“ geben Beispiele aus der vielfältigen psychotherapeutischen Forschung. „Beforscht: Psychotherapie und ihre Wirkung“ lautet der Titel der bereits fünften Staffel, die ab sofort kostenlos zum Download bereitsteht.

Angststörungen in der Forschung

So informiert etwa Jürgen Hoyer über seine Forschung zu Angststörungen. Der Professor für Behaviorale Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden und Autor von über 200 wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Psychotherapie berichtet vom Ringen um Erkenntnis und der Suche nach seinen Forschungsfragen. Mit Angststörungen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung befasst sich David Braun von der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. In seiner Masterarbeit hat er einen preisgekrönten Methodenkoffer konzipiert, der Psychotherapeut*innen hilft, dieser Patient*innengruppe gerecht zu werden.

Der Weg zur Systemischen Therapie

Eine weitere Podcast-Folge befasst sich mit der Arbeit des Psychotherapeuten Rüdiger Retzlaff, der sich fast 20 Jahre lang für die Anerkennung der Systemischen Therapie einsetzte. Der lange Atem zahlte sich aus: 2019 wurde sie Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Bis dahin waren hunderte von Studien zu sichten und eine Definition der Systemischen Therapie zu formulieren.

Wissenschaftliche Erkenntnisse im TikTok-Format

Forschung ist auch die Grundlage für die psychotherapeutische Arbeit bei sexuellen Störungen. Sexual- und Paartherapeut Umut Özdemir Kolleg*innen gibt in seinen Fortbildungen Hinweise zum oft schwierigen Umgang mit schambehafteten Themen. Özdemir unterhält einen TikTok-Kanal, in dem er wissenschaftliche Erkenntnisse in Ein-Minuten-Videos auf Social Media präsentiert – und das sehr erfolgreich.

Diese und weitere Themen der fünften Staffel auf: www.dptv.de/podcast – sowie bei Apple, Spotify und Podigee.

DPTV CAMPUS Veranstaltungen

August bis Oktober 2022

August

- 05.08. Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie zur Behandlung von Regulationsstörungen
Dr. Anna Georg, Stuttgart, 22-66
- 05.08. Effizient und pragmatisch ein QM-Handbuch nach G-BA-Richtlinie erstellen
Sabine Schäfer, online, 22-67
- 15.08. Fachgruppe KJP im Gespräch: Zunehmende Herausforderungen für die KJP-Praxis – Wo drückt der Schuh? Veränderungen bewirken, aber wie?
Mitglieder der Fachgruppe KJP, online, 22-68
- 18.08. Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung
Dieter Best, Berlin, 22-69
- 19.08. Berufliche Möglichkeiten in einer psychotherapeutischen Praxis
Amelie Thobaben, online, 22-70
- 23.08. Der Weg zur professionellen Privatpraxis(-gründung) inklusive Informationen zur Kostenerstattung
Kerstin Sude, Amelie Thobaben, online, 22-71
- 26.08. IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis
Thomas Klug, online, 22-72
- 27.08. Ihre Stimme in der Psychotherapie
Cornelia Fisch, Köln, 22-73
- 29.08. Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen in der Verhaltenstherapie
Dieter Best, online, 22-74
- 31.08. Berufspolitik für Psychotherapeut*innen – wie Psychotherapeut*innen Einfluss nehmen können
Amelie Thobaben, online, 22-75

September

- 05.09. Bundesvorstand im Gespräch
Bundesvorstand der DPTV, online, 22-76
- 05.09. Praxisseminar sozialrechtliche Befugnisse, Psychotherapie-Richtlinie/Psychotherapie-Vereinbarung und EBM
Dieter Best, online, 22-77
- 08.09. Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung
Dieter Best, Münster, 22-78
- 10.09. Psychosoziale Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch
Prof. Tewes Wischmann, online, 22-79
- 16.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 1: Einführungsseminar für neu zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Heiko Borchers, Kaltenkirchen, 22-80
- 17.09. Was tun wenn meine Patient*in kiff?
Anja Pixa, München, 22-81
- 17.09. Der tiefenpsychologisch-fundierte Bericht an den Gutachter in der Einzeltherapie bei Erwachsenen
Dr. Björn Riegel, online, 22-82
- 17.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 2: Die Wege zum Vertragspsychotherapeuten/ zur Vertragspsychotherapeutin
Daniel Jacoby, Heiko Borchers, Kaltenkirchen, 22-83
- 17.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 3: „Wenn ich groß bin, darf ich auch eine Maske tragen!“
Prof. med. Miriam Haagen, Kaltenkirchen, 22-84
- 17.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 4: Psychopharmakologie für Psychotherapeut*innen
Prof. Matthias Rose, Kaltenkirchen, 22-85
- 17.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 5: Durch dick und dünn – Psychotherapie bei Essstörungen
Prof. Timo Brockmeyer, Kaltenkirchen, 22-86
- 17.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 6: IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis
Thomas Klug, Kaltenkirchen, 22-87
- 17.09. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag WS 7: Lizenzfreie Tests in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Michaela Willhauck-Fojkar, Kaltenkirchen, 22-88

Live-Seminar: Altersvorsorge für Psychotherapeut*innen

STÖVER
FINANZPLANUNG

Wenn Sie Ihre Altersvorsorge noch nicht geplant haben oder diese auf den Prüfstand stellen wollen, sind Sie hiermit herzlich eingeladen, an unserem Seminar teilzunehmen.

Nach dem Seminar werden Sie wissen:

- Welche Altersvorsorgebausteine es gibt, welche davon sinnvoll sind und welche Sie nicht an Ihr Rentenziel bringen werden.
- Wie sich der Niedrigzins und die aktuell hohe Inflation auf Ihre Altersvorsorge auswirken und was Sie dagegen tun können.
- Wie Sie mit einfachen Mitteln Ihre Versorgungssituation berechnen und planen können.
- Warum es gefährlich ist, die Ruhestandsplanung auf die lange Bank zu schieben.

Haben Sie Lust dabei zu sein? Dann lassen Sie sich jetzt unverbindlich zur Teilnahme vormerken.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der Stöver Finanzplanung GmbH & Co KG

Jetzt informieren und anmelden!*

www.stoever-finanzplanung.de/psychotherapeuten
info@stoever-finanzplanung.de, Tel. 0421-2469795-0

*Für Mitglieder der DPTV und deren Partner:innen kostenlos.



Oktober

23.09. IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis
Thomas Klug, online, 22-90

29.09. Sylter-Praxistage WS 1:
Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung
Steffen Knapp, Westerland, Sylt, 22-92

30.09. Sylter-Praxistage WS 2:
Anstellung in der psychotherapeutischen Praxis
Sabine Schäfer, Steffen Knapp, Westerland, Sylt, 22-93

30.09. Psychotherapie per Video bei Kindern und Jugendlichen
Michaela Willhauck-Fojkar, Christine Breit, online, 22-91

01.10. Sylter-Praxistage WS 3: Praxisentwicklung
– Kauf, Verkauf, Kooperationen
Dr. Hans Nadolny, Westerland, Sylt, 22-94

01.10. Sylter-Praxistage WS 4: Effizient und pragmatische
ein QM-Handbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer, Westerland, Sylt, 22-95

02.10. Sylter-Praxistage WS 5: Feinheiten der Abrechnung
für Anfänger und Fortgeschrittene – Qualitätssicherung
in der psychotherapeutischen Praxis
Dr. Hans Nadolny, Westerland, Sylt, 22-96

02.10. Sylter-Praxistage WS 6: Dokumentationspflichten
Sabine Schäfer, Anne Maria Günther, Westerland, Sylt, 22-97

03.10. Sylter-Praxistage WS 7:
Diagnostik im Rahmen der neuen Psychotherapie-Richtlinie
Dr. Enno E. Maaß, Westerland, Sylt, 22-98

Hinweis:

Bitte beachten Sie bei Präsenzveranstaltungen die jeweils aktuellen Zugangsvoraussetzungen nach der entsprechenden Landes-Coronaverordnung. Bei Fragen wenden Sie sich gern an uns unter campus@dptv.de oder unter 030 235009-12.

Anmeldungen zu DPTV CAMPUS-Veranstaltungen
online unter www.dptv-campus.de

Esstörungen

	Thorsten Heedt
A	Esstörungen
	Das Kurzlehrbuch
	2021, Klett-Cotta
	368 Seiten
ISBN	978-3-608-40043-4
€	38,00

Das Buch schenkt den Lesenden zunächst einen Überblick über die drei bekanntesten Formen von Esstörungen: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Binge Eating Störung (im Folgenden als AN, BN und BED abgekürzt).

Eingangs berichtet Heedt von persönlichen therapeutischen Erfahrungen im stationären Kontext und betont dabei die Bedeutsamkeit, „Strategien zu finden und dazu beizutragen“, dass dieser Patientenklientel „besser geholfen werden“ könne.

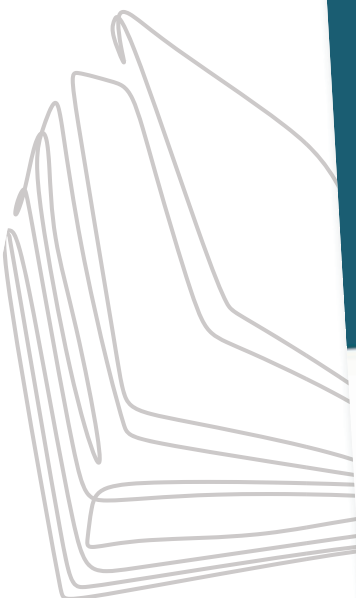
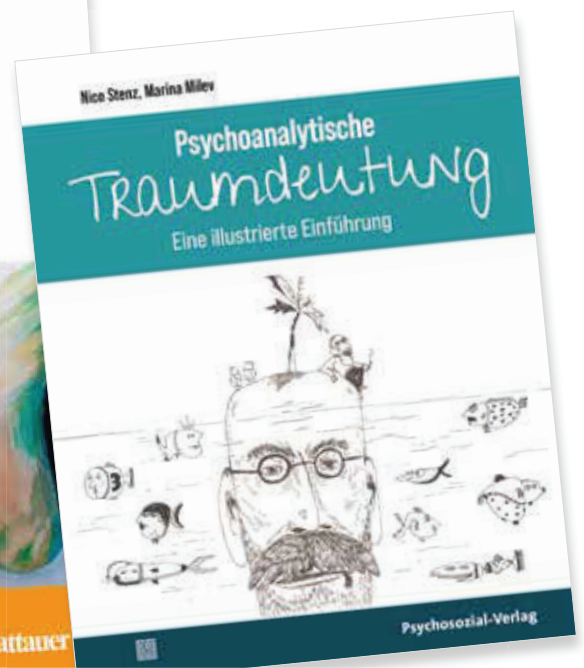
Im Anschluss finden sich eine kurze Einleitung in die Geschichte der Esstörungen, ein Überblick über die diagnostischen Kriterien, der konkreten Symptomatik mit Störungsmodell, Inzidenzen und Prävalenzraten sowie über einen möglichen Verlauf. Zudem werden Komorbiditäten und „Abweichungen“ von dem klassischen Erkrankungsbild und – in einem späteren Abschnitt – die Ätiologie von Esstörungen beschrieben.

In einer nächsten Textpassage widmet sich Heedt den Themenbereichen „Esstörungen bei Männern“ und den „Gemeinsamkeiten zwischen AN und BN“. Die Differentialdiagnostik bei Esstörungen wird ebenfalls besprochen. Nachfolgend beschäftigt sich der Autor ausführlich mit den einzelnen Therapiebausteinen bei der Behandlung von AN und BN in verschiedenen Settings, einschließlich der Wirksamkeit verschiedener Verfahren. Dabei schenkt Heedt der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Fairburn (2012) besondere Aufmerksamkeit, das methodische Vorgehen wird im Einzelnen prägnant und anhand von Fallbeispielen gut nachvollziehbar erklärt.

Ein weiterer Abschnitt fokussiert exemplarisch die „Körperbildtherapie bei AN und BN nach Legenbauer und Vocks“ (Vocks et al., 2018), da „die Fehleinschätzung der eigenen Körperdimensionen“ ein „absolut zentrales Problem vor allem bei der AN“ und damit „von eminenter Bedeutung“ sei. Diesbezüglich arbeitet Heedt erneut mit Fallbeispielen sowie der Beschreibung konkreter Interventionen.

Gegen Ende fasst der Autor den aktuellen Forschungsstand mit Hypothesen und zukünftigen Ansatzpunkten zusammen. Abschließend formuliert Heedt den Wunsch, man möge sein Buch als eine Art „Wegweiser“ verstehen. Er richtet sich damit primär an eine fachliche Leserschaft, die offen für verschiedene Ansätze und therapeutische Interventionen ist und ihre eigene Expertise in Bezug auf Symptomatik und möglichen Therapieformen bei AN, BN und BED validieren und/oder erweitern möchte.

Rezensiert von Aileen Dörries



Psychoanalytische Traumdeutung

Eine illustrierte Einführung in die psychoanalytische Traumdeutung auf 144 Seiten, mit Bildern, ohne sich durch die manchmal schwer verständliche Primärliteratur lesen zu müssen? Der Titel und das handliche Format des vorliegenden Buches machen genau darauf neugierig.





Bereits das Cover mit einem liebevoll illustrierten Comic lässt ein wenig erahnen, was Leser*innen erwartet. Das Inhaltsverzeichnis wartet mit mehreren Abschnitten auf: Geschichte der Traumdeutung, Theorie der Traumdeutung und Praktische Anwendung der Traumdeutung. Dabei zeigen Stenz und Milev viele einzelne Kapitel, zum Beispiel zum Ursprung der Traumdeutung im antiken Ägypten, die Grundbegriffe der Traumdeutung wie Verdichtung und Verschiebung, sekundäre Bearbeitung, der manifeste Traum oder „Der Königsweg zum Unbewussten“. Ein abschließendes Beispiel verdeutlicht das Ganze. Auf meist einer Doppelseite finden sich dann Fließtext und Inhalt sowie eine passende Illustration zum Thema.

Tatsächlich greift das Buch die Ursprünge der Psychoanalyse, Freud und den Weg zur Traumdeutung inhaltlich erstaunlich ausführlich auf. Grundbegriffe des Analytischen, der Traumarbeit und Aufgabe der Therapeut*innen damit werden in kleinen Texten fachlich fundiert beschrieben. Wer nur eine Bildergeschichte erwartet, bekommt deutlich mehr geboten.

Eine Herausforderung scheint dabei, die Komplexität des Themas auf so knappen Raum darzustellen. Mit dem Ziel einer Einführung und des Kennenlernens der dazugehörigen Begrifflichkeiten und dem neugierig machen auf eine tiefergehende Beschäftigung damit, ist den Autor*innen jedoch eine herrliche Kombination aus Wort und Bild gelungen. Für absolute Laien und Personen, die mit dem analytischen Denken und der Sprache nicht vertraut sind, scheint mir das Buch als alleinigen Einstieg eher ungeeignet. Für Liebhaber*innen, die sich an der Kombination aus den wirklich schönen,

liebevoll-amüsanten Illustrationen und inhaltlicher Einführung in das faszinierende Thema erfreuen möchten (oder jemanden damit beschenken wollen), ist das vorliegende Buch weiterzuempfehlen.

Rezensiert von Lisa Wittmann

	Nico Stenz, Marina Milev
	Psychoanalytische Traumdeutung Eine illustrierte Einführung
	2021, Psychosozial Verlag
	144 Seiten
ISBN	978-3-8379-3109-9
€	19,90

Das Krankentagegeld der DKV für Psychotherapeuten.

**Wer unersetzbar ist,
braucht gerade jetzt
einen Gesundheits-
schutz, der an alles
denkt.**




DKV
Deutsche Krankenversicherung

Ein Unternehmen der ERGO



Jetzt die Vorteile der Gruppenversicherung mit der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung e.V. nutzen:

- **ab 22,60 Euro mtl. Beitrag***
 - **Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen**
 - **Absicherung der weiterlaufenden Kosten des Geschäftsbetriebes**
- www.dkv.com/psychotherapeuten

	Imke Herrmann, Lars Auszra
A	Emotionsfokussierte Therapie Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Band 82
	2021, Hogrefe
	115 Seiten
ISBN	9783801728977
€	19,95

Emotionsfokussierte Therapie

Mit dem Einstieg in dieses handliche Büchlein tat ich mich etwas schwer: Es wirkte zunächst spröde, distanziert und die wissenschaftlich-kühl anmutende Sprache konnte mich nicht gleich einfangen. Herrmann und Auszra berichten recht distanziert über ihre Arbeit, beschreiben sie mit treffenden, analytisch wirkenden Begriffen. Wenn man sich aber einmal darauf einlässt, ist das Buch durchaus hilfreich, um den Blick für die je eigene Arbeit zu schärfen, der schulenübergreifende Ansatz ist hier meines Erachtens durchaus gelungen.

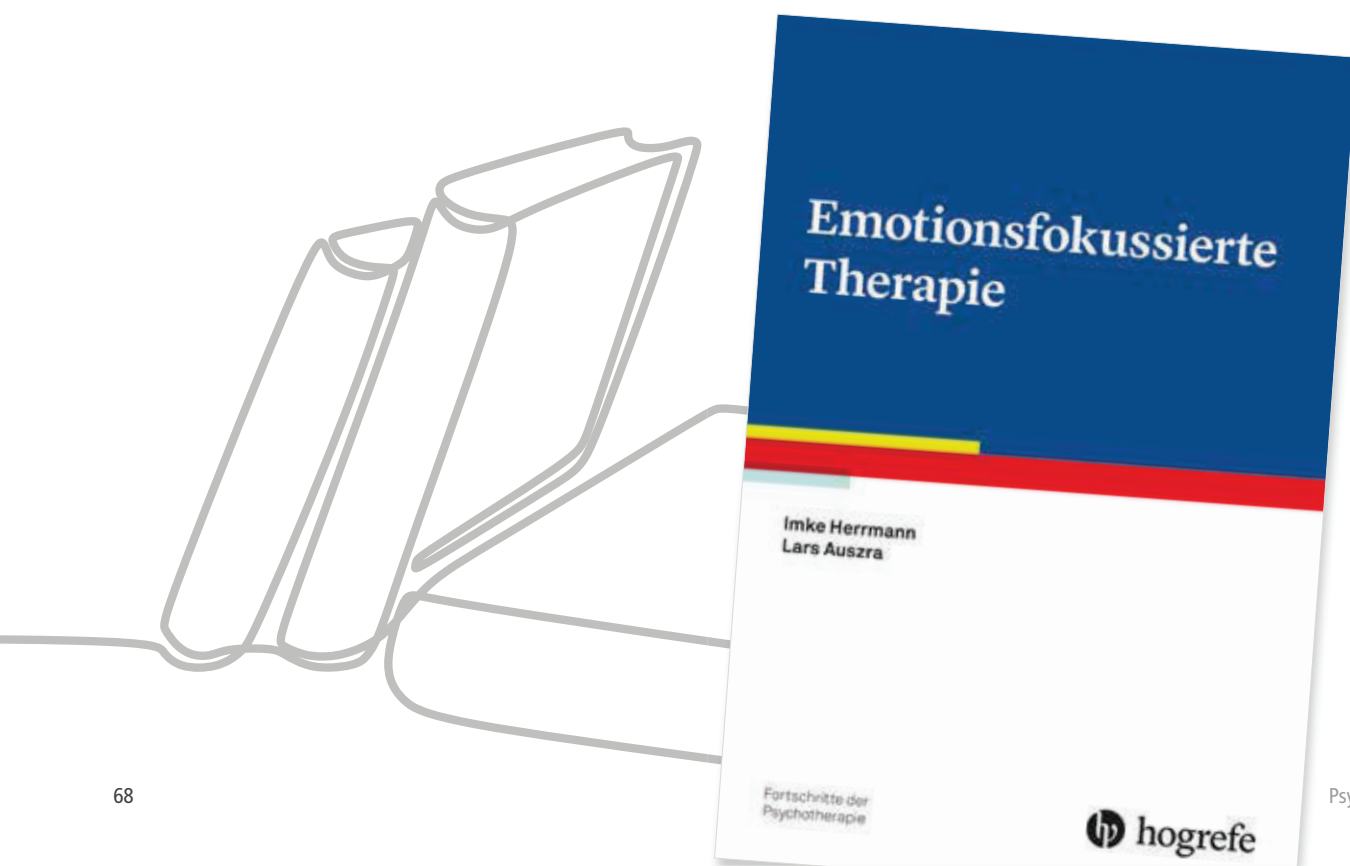
Die emotionsfokussierte Therapie ist laut Herrmann und Auszra eine empirisch begründete Therapieform, die in der Psychotherapieprozessforschung verwurzelt ist: Es wurde genau untersucht, an welchen Punkten Veränderung stattfindet und versucht, diese Punkte über verschiedene Therapieschulen hinweg zu einer Therapieform zusammenzufassen. Zentral im Konzept sind dabei sogenannte emotionale Schemata, Netzwerke emotionaler Erfahrungen, die organisierte Einheiten bilden, die im Alltag schnell aktivierbar sind und unser Erleben und Verhalten prägen. Obwohl für mich beim Lesen des Buches sofort einsichtig war, was ein emotionales Schema ist, ist Herrmann und Auszra keine wirklich griffige Definition gelungen – was aber nichts ausmacht, weil man es trotzdem versteht und aus der eigenen therapeutischen Arbeit wiedererkennt.

Der Großteil des Buches besteht aus der genauen Anleitung zu drei verschiedenen Stuhl-Interventionen. Anhand von Fallbeispielen wird durch-exerziert, wie die emotionalen Schemata aktiviert und bearbeitet werden können. Beim Lesen ging es mir immer wieder so, dass ich dachte „das kenne ich doch aus meiner eigenen Arbeit“. Dabei findet die EFT andere Begriffe (als die psychodynamischen) und arbeitet manches deutlicher heraus, was die eigene Arbeit sicher bereichert. Andererseits liegt meines Erachtens in der Darstellung des sehr schematisch wirkenden therapeutischen Arbeitens auch eine Verkürzung der therapeutischen und inneren Prozesse, die entzaubernd wirken.

Das Buch endet mit einer recht spröden Darstellung von Forschungsergebnissen zu EFT und einem etwas längeren Fallbeispiel, das eine exemplarische Therapie (leider ohne auftretende Schwierigkeiten) darstellt. Es folgt ein Fragebogen zur eigenen Lernkontrolle und Informationsmaterial für Patient*innen.

Insgesamt ist ein sehr handliches und praxisnahes Buch entstanden, das einen schnellen Einstieg in die EFT bietet und auch langjährigen Praktiker*innen einen neuen Blickwinkel auf die eigene Arbeit ermöglicht.

Rezensiert von
Dr. phil. Dipl.-Psych. Katja Rose



Praxisabgabe

Wuppertal Vohwinkel

Gut ausgelastete Praxis (PP) abzugeben, 1/2 KV-Teilzulassung vorhanden.

Kontakt: praxiswuppertal@gmx.de

Kassel Landkreis

Halbe Praxis (PPT, VT, Erw.) zu Ende 2022 günstig abzugeben. Fortführung der bisherigen Praxisgemeinschaft in vorhandenen Praxisräumen bei Passung möglich. Kontakt: 0179-6869005

Psychologische Psychotherapeutin für Erwachsene verkauft halbe Praxis in **Köln**, KV-Zulassung vorhanden. E-Mail: praxis-pp@t-online.de

Ganze Praxis (KV-Zulassung vorhanden) für ärztliche oder psychologische Psychotherapie in Wuppertal altersbedingt abzugeben. Auch für eine Anstellung geeignet. Praxis Elfering renaete.elfering@web.de, psychotherapie-elfering.de

Praxistausch

Ab 2023 plane ich einen Praxistausch: Berlin (TP, KJP, KV-Zulassung vorhanden) mit Baden-Württemberg, nach Möglichkeit im Umkreis einer Großstadt. Hat jemand dafür Interesse? Tel. 0177-5226790

Stellenangebote

GESUCHT: Approbierte*r Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut*in (m/w/d) in Frankfurt/M – analytisch, tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch fundiert – Vollzeit, Festanstellung und unbefristet! Kontakt: bewerbung@wings.net

Suche **Psychologische/n Psychotherapeut/in zur Entlastungsassistenz (TP)** in Angermünde/Brandenburg für **10 Sitzungen/Woche**. Dauer 12 bis zu 36 Monaten. Gute Bezahlung, Unterstützung bei Organisation und eigenständiges Arbeiten. Von Berlin gut erreichbar. praxis@psychotherapieangermuede.de

Bonn: Mitarbeit in Psychotherapie-Praxis/Coaching-Bereich der AML Institute möglich. Wir freuen uns auf eine approbierte systemische Psychotherapeutin. info@institut-systeme.de

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234 / 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Gemeinschaftspraxis in Berlin-Friedrichshain (TP/VT) sucht Psychologische/n Psychotherapeut/in zur **Untermiete/freien Mitarbeit** (10-25 Std./Woche). biallo@therapie-fhain.de

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Katharina Pinter · Telefon 06221 91496-23
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Metadaten 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

Anzeigenschluss für Heft 3.2022:

29. Juli 2022

Kleinanzeigenpreise 2022

Pro Millimeter: 4,00 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPTV-Mitglieder,

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

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

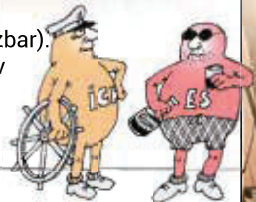
Psychodynamik-Navi – Volle Fahrt zum fertigen Antragsbericht

Die neue digitale Schreibunterstützung für Ihren Antragsbericht von Buchautor Prof. Dr. Ingo Jungclaussen.



Häufig finden wir beim Berichts-Schreiben keinen Anfang und der fertige Bericht erscheint unendlich weit weg. Dank der Strukturierungshilfen und Navigationstexte an Bord haben Sie stets Wind in den Segeln und verfassen den Bericht hierdurch schneller.

(Für TP optimiert, für alle Verfahren nutzbar).
DPTV-Rabatt 25% Rabattcode: 86x9yqvb
Alle Infos, inkl. Erklär-Video unter:
www.psychodynamik-navi.de
www.berichts-navi.de



Neue Didaktik in der Psychodynamischen Psychotherapie

Fortbildungszertifizierte interaktive online-Seminare zur Psychodynamik im Bericht, Theorie-Refresher uvm. vom Buchautor Prof. Dr. Ingo Jungclaussen.
Kostenloser Newsletter und 2022-Programm unter
www.psy-dak.de



Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen 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 Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPtV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Aktuelle Auflage: 20.500 Exemplare

Verlag und Herausgeberin

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
sabineschaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

Layout/Satz

Jacqueline Lee

Redaktionsbeirat

Carsten Frege, Dr. Christina Jochim, Mechthild Lahme, Dr. Enno E. Maaß, Dr. Anke Pielsticker, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Sabine Schäfer, Hans Strömsdörfer

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. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin wieder. 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 Verlags unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und im Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlags. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Hinweise für Autor*innen

Das Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung können Sie per Mail unter psychotherapieaktuell@dptv.de anfordern.

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Katharina Pinter · Telefon 06221 91496-23
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebknecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz	31
Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn	11
Elron GmbH, Essen	4
Hoenicke Systembetreuung GmbH, Sundhagen	35
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	62
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	13
News Media Company GmbH & Co. KG, Oldenburg	25
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten	49
Psy-Dak, Düsseldorf	69

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institution beigelegt: Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Bildnachweise

Seite

Adobe Stock/Tiko	U1, 40
Adobe Stock/alphaspirit	5, 7-9
Adobe Stock/Jürgen Fälchle	5, 32, 34
Adobe Stock/Viktoria Kurpas	5, 40-52
Pixabay/Skitterphoto	14
Adobe Stock/WinWin	22-23
Adobe Stock/Kaspars Grinvalds	26
Adobe Stock/Parilov	26
Adobe Stock/M-Production	27
Adobe Stock/ibravery	27
Adobe Stock/DisobeyArt	28
Adobe Stock/by-studio	29
Adobe Stock/Hurca!	36-38
Adobe Stock/Apichart	55
Adobe Stock/emi	56-58
Adobe Stock/Worawut	59
Adobe Stock/terovesalainen	61
Adobe Stock/ngupakarti	66, 68

Die Bilder sind in Leserichtung benannt (von links nach rechts, oben nach unten). Die Autorenbilder wurden privat zur Verfügung gestellt.

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am **12. September 2022**.

Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

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

Pressesprecher: Hans Strömsdörfer
Telefon 030 235009-27
presse@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung:
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10:00 – 13:00 Uhr, Mi 11:00 – 15:00 Uhr
mitgliederberatung@dptv.de

Hotline zur Ausbildungsreform:
Telefon 030 235009-26
Mo 15:00 – 16:00 Uhr

Fragen rund um die Mitgliedschaft:
mitgliederverwaltung@dptv.de

Bundesvorstand

Bundesvorsitzender

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

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

Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München
ankepielsticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Kooptiertes Mitglied

Dr. Christina Jochim
Rubensstraße 125, Haus 17
12157 Berlin
christinajochim@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Julia Leithäuser (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg

Dr. Alessandro Cavicchioli
dralessandrocavicchioli@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg
Laura Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0157 35361267
gs-bw@dptv.de

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
Jana Serebriakova
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 15:00 – 17:00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg

Dr. phil. Petjo Bangeow
Joachim-Gottschalk-Str. 12
01968 Senftenberg
Telefon 03573 9347059
p.bangeow@gmail.com

Bremen

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

Hamburg

Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Telefon 040 41912821
heikepeper@dptv.de
Do 13:00 – 14:00 Uhr

Hessen

Ilka Heunemann
ilkaheunemann@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Hessen
Martina Büschel
Rheinstraße 1
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

Dr. Enno Maaß
ennomaass@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Michael Kladny
Peiner Straße 4
30519 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

NRW-Nordrhein

Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
a.pichler@t-online.de
Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg
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

NRW-Westfalen-Lippe

Manush Bloutian-Walloschek
Bahnhofstraße 17
58300 Wetter
Telefon 02335 6848680
manushbloutian@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
c/o Dr. Inez Freund-Braier
Leiterin: 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
sabine.maur@dptv-rlp.de
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
Katharina Dries
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
k.dries@dptv-rlp.de

Saarland

Kathrin Schlipphak
Narzissenstraße 11
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 5847815
kathrinschlipphak@dptv.de

Sachsen

Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5, 08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivial.de
Landesgeschäftsstelle Sachsen
Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

Sachsen-Anhalt

Jeannette Erdmann-Lerch
Goethestraße 26
29410 Salzwedel
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



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

NOTFALL UND TRAUMA – PSYCHOTHERAPIE IN AKUTEN KRISENSITUATIONEN

HYBRID

SYM- POS- IUM 2022

Veranstaltungsort

Das Symposium findet als **Hybrid-
veranstaltung** im **Tagungswerk**,
Lindenstr. 85, 10969 Berlin, und
als **Online-Veranstaltung** statt.

Anmeldung

Die Teilnahme an der Veranstaltung
ist kostenfrei. Eine Anmeldung
ist erforderlich unter
www.dptv.de/symposium

Anmeldefrist: 12.06.2022

Wichtiger Hinweis:

*Wir halten uns an die jeweils geltenden
Corona-Verordnungen. Bitte informieren Sie
sich vor dem Besuch der Veranstaltung
auf unserer Homepage über die aktuellen
Zugangsbedingungen.*

Zertifizierung

Für die Teilnahme an dieser
Veranstaltung erhalten Sie
6 Fortbildungspunkte.

Preisverleihung

Zu Beginn der Veranstaltung wird der
DPtV-Master-Forschungspreis 2022
verliehen. Weitere Informationen auf
www.dptv.de/masterpreis

Vorträge und Diskussion

Krisen und Katastrophen erfordern
schnelles und flexibles Handeln –
auch im Bereich der psychischen
Gesundheit. Die Flutkatastrophe 2021
in Deutschland hat gezeigt, dass die
ambulante Psychotherapie schnell und
flexibel reagieren kann, wenn Menschen
in Not geraten. Durch spontane ehren-
amtliche Aktionen wie beispielsweise
die „Soforthilfe Psyche“ haben etliche
Betroffene rasche Unterstützung erhalten.

Um Krisensituationen zukünftig besser
vorbereitet begegnen zu können,
benötigen wir Konzepte und zuverlässige
Strukturen, in denen die Unterstützung
durch Psychotherapeut*innen ein
wesentlicher Bestandteil sein sollte.

Mit unserer Veranstaltung wollen wir
den Bedarf einer psychotherapeutischen
Akuthilfe vor Ort betrachten sowie auf
die psychotherapeutischen Erfordernisse,
die oft erst zeitlich verzögert zu dem
traumatischen Ereignis auftreten,
aufmerksam machen.

In unserer Podiumsdiskussion mit
Vertreter*innen der Gesundheitspolitik
und des Gesundheitswesens werden
wir erörtern unter welchen Bedingungen
Psychotherapeut*innen in Krisen-
situationen eingebunden werden können.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und
auf ein spannendes Symposium 2022.

**22. JUNI 2022
14.30-19.30 UHR**