



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie Aktuell

15. Jahrgang | Ausgabe 2.2023



Therapielängen bedarfsgerecht  
– Kurzzeittherapien überwiegen

Keine Novellierung der GOÄ/GOP  
in Sicht – was nun?

Fachkräfte-Zukunft sichern  
– Weiterbildung finanzieren



## PANDEMIE UND PSYCHE

**HYBRID**

# SYM- POSI- TIUM 2023

### **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](http://www.dptv.de/symposium)

**Anmeldefrist: 04.06.2023**

*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 2023**  
verliehen. Weitere Informationen auf  
[www.dptv.de/masterpreis](http://www.dptv.de/masterpreis)

### **Vorträge und Diskussion**

Die Häufung psychischer Erkrankungen  
während der Covid-19-Pandemie wurde  
bereits in zahlreichen Studien unter-  
sucht, jedoch lassen die Ergebnisse  
bislang noch keine eindeutigen kausalen  
Schlüsse zu.

Zum einen werden die pandemieassozi-  
ierten Belastungen und Einschränkungen  
für eine Zunahme psychischer Erkrankun-  
gen, insbesondere bei Kindern, verant-  
wortlich gemacht, zum anderen kann  
eine Infektion mit SARS-CoV-2, sowohl  
bei milden als auch bei schweren Verläu-  
fen, zu andauernden psychischen und  
kognitiven Beeinträchtigungen führen.

Die zunehmende Anzahl von Long-/Post-  
Covid-Betroffenen, die u.a. unter fortbe-  
stehenden kognitiven Leistungseinbußen  
und rascher Ermüdbarkeit leiden, trägt  
inzwischen zu einem deutlich erhöhten  
Beratungs- und Behandlungsbedarf  
bei. Die Anfragen in den psychothera-  
peutischen und neuropsychologischen  
Praxen häufen sich und es bestehen  
sowohl bei Patient\*innen als auch bei  
Psychotherapeut\*innen viele Unsicher-  
heiten.

Auf unserem diesjährigen Symposium  
werden wir über Indikationen und  
Behandlungsmöglichkeiten der psych-  
ischen Folgen von Covid-19 sprechen  
und gemeinsam diskutieren, inwieweit  
spezielle Versorgungskonzepte erforder-  
lich sind und welche Fortbildungsange-  
bote hierfür angeboten werden sollten.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und  
auf ein spannendes Symposium 2023.

**14. JUNI 2023  
14.30-19.30 UHR**

## Von Märchen, Mythen und Fakten



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit nunmehr fast 50 Jahren ist Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Mit dem seit über 20 Jahren bestehenden Psychotherapeutengesetz haben Psychotherapeut\*innen ihren festen Platz im deutschen Gesundheitswesen. Die vier dort fest verankerten psychotherapeutischen Verfahren werden bei der Behandlung psychischer Krankheiten durch Psychotherapeut\*innen erfolgreich eingesetzt. Ein echtes Erfolgsmodell. Man kann das nicht oft genug betonen. Dennoch kämpfen wir noch immer gegen Vorurteile und Falschaussagen.

Durch die höhere Akzeptanz und wissenschaftliche Erforschung psychischer Krankheiten und deren Behandlung werden diese genauer diagnostiziert und fachgerechter behandelt, als es früher der Fall gewesen sein mag. Es ist Fakt, dass psychische Erkrankungen zu den zweithäufigsten Volkskrankheiten gehören. Auch ist Fakt, dass durch die Behandlung psychischer Erkrankungen kostenintensive Folgeschäden verhindert oder vermieden werden können. Dies spart im gesamten Gesundheitssystem signifikant Ausgaben ein.

Dennoch werden immer wieder Narrative über ambulante Psychotherapie bedient, die jeder wissenschaftlichen Evidenz entbehren: „Psychotherapeut\*innen behandeln vorwiegend ‚leichte Fälle‘, Patient\*innen mit ‚schweren psychischen Erkrankungen‘ müssen lange Wartezeiten vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie in Kauf nehmen. Psychotherapeut\*innen behandeln ihre Patient\*innen länger als nötig, beenden Therapien nicht rechtzeitig und vergeuden damit Versorgungskapazitäten.“

Diese und ähnliche Behauptungen haben insbesondere dann Hochkonjunktur, wenn vor dem Hintergrund einer gestiegenen Anfragesituation in den Praxen regionale Versorgungsengpässe durch unzumutbare Wartezeiten deutlich werden und mehr Finanzmittel für ein adäquates Versorgungsangebot eingesetzt werden müssten.

Das Gegeneinanderauspielen von sogenannten „leicht“ und „schwer“ erkrankten Patient\*innen ist unethisch und löst bestehende Versorgungsengpässe nicht. Wir lehnen eine Diskreditierung unserer Patientinnen und Patienten entschieden ab!

Schon mehrfach haben wir mit sachlichen Beiträgen diesen Mythen Fakten entgegengestellt. Auch in dieser Ausgabe finden Sie eine spannende Studie (Seite 6 bis 15), die zur Entstigmatisierung beitragen kann, indem sie bedarfsgerechte Therapielängen belegt.

Mit diesen Fakten schaffen wir eine Basis, auf der sich die im Koalitionsvertrag angekündigten Vorhaben der Bundesregierung begründen lassen: eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen; eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren; die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patient\*innen mit schweren und komplexen Erkrankungen sichern und ausbauen.

Der Wandel der öffentlichen Meinung über unsere Profession ist sichtbar, muss aber weiter vorangetrieben werden. Wir werden nicht müde werden, für unseren so bedeutsamen Berufszweig weiter die Trommeln zu schlagen. So beginnen wir aktuell mit einer neuen Podcast-Staffel. Auch hier werden wir uns mit den derzeit im Umlauf befindlichen Mythen befassen.

Ein weiteres aktuelles und sehr wichtiges Thema ist die Finanzierung der Weiterbildung (ab Seite 16). Für die Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung, müssen jetzt die dringend notwendigen Anpassungen in den entsprechenden Gesetzen stattfinden. Bis zum 1. Juni können Sie noch die Bundestagspetition 148151 unterzeichnen (<https://t1p.de/fnnu3>), um die berufliche Zukunft des psychotherapeutischen Nachwuchses zu sichern und auszubauen.

Es grüßt Sie herzlich, auch im Namen des Bundesvorstands, Ihre

Sabine Schäfer  
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPTV



**Invirto**

**Jetzt Patient:innen  
digitale Angsttherapie  
mit Virtual Reality  
Expositionen anbieten**



Wirksamkeit klinisch nachgewiesen



100% GKV-erstattet



Datenschutz nach ISO 27001 und DSGVO



## So unterstützt **Invirto** Ihre Therapie

- ✓ Störungsspezifische Psychoedukation für Agoraphobie, Soziale Phobie und Panikstörung
- ✓ Über 30 situative Expositionsszenarien in Virtual Reality
- ✓ Einfach mit Rezept Muster 16 verschreibbar
- ✓ Flexibel in Ihre Therapie oder in die Wartezeit einbindbar
- ✓ Mehr Freiraum für individuelle Arbeit mit Patient:innen

**Jetzt mehr erfahren**  
und Invirto ausprobieren



[www.invirto.de/fuer-behandler](http://www.invirto.de/fuer-behandler)



6

**6** „77 Prozent der Therapien von Kassenpatient\*innen werden mit maximal 24 Sitzungen erbracht.“



28

## GESUNDHEITSPOLITIK

- 6 Gebhard Hentschel // Fakten zur ambulanten Psychotherapie
- 8 Gebhard Hentschel, Ulrike Böker // Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen
- 16 Barbara Lubisch, Christina Jochim // Fachkräfte-Zukunft sichern – Weiterbildung finanzieren

## AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 20 Luzie Lohse // Expositionstherapie in virtueller Realität bei Zwangsstörungen
- 28 Petjo Bangeow // Prävalenzanstieg der Geschlechtsidentitätsstörung – ein Appell für die differenzial-diagnostische Sorgfalt

## AUS DER PRAXIS

- 32 Anke Pielsticker, Dieter Best, Christina Jochim // Keine Novellierung der GOÄ/GOP in Sicht – was nun?
- 40 Joachim Radtke // Gemeinsam Hürden überwinden: aus der therapeutischen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen

## RECHT UND STEUER

- 44 Christian Johannes // Sofa2rent – steuerliche Besonderheiten bei der Wohnungsvermietung

## CAMPUS

- 48 Veranstaltungen August bis Oktober 2023

## NEWS

- 50 Kurz gemeldet ...
- 50 Vergütung: Praxiskosten werden nicht adäquat abgebildet

## REZENSIONEN

- 51 Therapie-Tools Ressourcenaktivierung
- 52 Therapie-Tools Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen
- 53 Kinder im Verlustschmerz begleiten
- 54 Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kindern, Kleinkindern und Vorschulkindern
- 55 Angst – Emotionsarbeit in der Psychotherapie
- 56 Ego-State-Therapie bei Traumafolgestörungen
- 57 Kleinanzeigen
- 58 Impressum
- 59 Adressen DPtV

40





Gebhard Hentschel

# Fakten zur ambulanten Psychotherapie

Psychotherapeut\*innen behandeln bedarfsgerecht.

Immer wieder sehen sich Psychotherapeut\*innen mit dem Vorwurf konfrontiert, sie behandelten bevorzugt „leichte Fälle“, schwer psychisch Erkrankten hingegen sei der Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschwert. Mit diesem „Narrativ“ reagieren Krankenkassen oft, wenn lange Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie kritisiert und weitere Vertragspsychotherapeutenplätze eingefordert werden. Im Koalitionsvertrag adressieren die regierenden Parteien die Defizite in ländlichen und strukturschwachen Regionen und versprechen, Abhilfe zu schaffen (<https://t1p.de/poe17>). Nun müssen Taten folgen, die Bundesregierung muss das ambulante psychotherapeutische Angebot nachjustieren.

Ziel der hier vorgelegten Studie ist, der Mythenbildung mit evidenzbasierten Fakten zu begegnen und so zu einer Versachlichung der Debatte um eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung beizutragen.

Mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben wir uns Diagnosen und psychotherapeutische Verläufe von 462.635 Versicherten anhand pseudonymisierter Daten angeschaut, die 2018 mindestens eine Leistung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie erhielten. Die Ergebnisse zeigen eindrucksvoll:

- 77 Prozent der Therapien von Kassenpatient\*innen werden mit maximal 24 Sitzungen erbracht. Von „zu langen Verläufen“ kann nicht die Rede sein.
- Kontingente werden bedarfsgerecht eingesetzt: Psychotherapeut\*innen behandeln so lange wie es notwendig ist. Die vorgegebenen Kontingente werden nicht regelhaft ausgeschöpft.
- Die „Krankheitslast“ ist erheblich: Mit 49 Prozent hat fast die Hälfte der Patient\*innen vier oder mehr gesicherte Diagnosen aus dem F-Kapitel der ICD-10 – Psychische und Verhaltensstörungen. Bei weiteren 37 Prozent sind es zwei oder drei Diagnosen. Komorbidität ist also die Regel, Patient\*innen in der ambulanten Psychotherapie sind keine „leichten Fälle“.
- In vielen Fällen ist mit Beginn der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Kontinuität des Behandelnden und der Behandlung gegeben. 74 Prozent der Patient\*innen nehmen die psychotherapeutische Sprechstunde und die sich anschließenden probatorischen Sitzungen bei dem-/derselben Psychotherapeut\*in wahr, wechseln also nicht.

Wir bedanken uns bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die intensive Zuarbeit und Begleitung der Studiererstellung und geben Ihnen hier die im Deutschen Ärzteblatt PP (<https://t1p.de/vzk7t>) erstmals veröffentlichte Studie in voller Länge wieder.



Gebhard Hentschel, Ulrike Böker

# Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einer Evaluation die Bedeutung der psychotherapeutischen Sprechstunde untersucht. Diese ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang, eine orientierende und differentialdiagnostische Abklärung und eine Indikationsstellung sowie, sofern erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention. Der Anteil der Patient\*innen, die nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde innerhalb eines Jahres weitere Richtlinienpsychotherapie-Leistungen im Sinne einer Fortbehandlung erhalten haben, pendelte sich ab 2018 bei etwas unter 60 % ein. Demnach haben 40 % nach der Sprechstunde keine weitere ambulante Psychotherapie erhalten. Die psychotherapeutische Sprechstunde erfüllt damit die gewollte Steuerungsfunktion in der Versorgung.<sup>2</sup>

Die hier vorgelegte Studie untersucht anhand von bundesweiten und kassenübergreifenden Abrechnungsdaten die ambulante Versorgung nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie aller erwachsenen gesetzlich-versicherten Patient\*innen in Deutschland, die im Jahr 2018 eine Richtlinienpsychotherapie (RLPT)/Akutbehandlung begonnen haben.

Auf Grundlage der KBV-Daten ist es möglich, jede\*n einzelne\*n Patient\*in pseudonymisiert über den Beobachtungszeitraum nachzuverfolgen und damit Behandlungspfade darzustellen.

## 1. Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland berichten 9,7 % der Erwachsenen, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Frauen (11,3 %) tun dies häufiger als Männer (8,1 %). Es zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Anstieg der Inanspruchnahme bis in die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (13,4 % Frauen und 9,7 % Männer), die in den älteren Gruppen wieder stetig sinkt.<sup>1</sup> Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigen, dass 4 % der gesetzlich versicherten Personen in Deutschland in 2019 Kontakt zu einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin hatten. Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie in 2017 reagierte auf die steigende Nachfrage ambulanter Psychotherapie und ermöglichte mehr Flexibilität in der Behandlung. Mit der Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde schaffte sie einen niedrigschwelligen Zugang der Indikationsstellung und führte eine psychotherapeutische Akutbehandlung ein. Die zur Verfügung stehenden Behandlungskontingente werden in der Kurzzeittherapie (KZT) in zwei Einheiten, KZT 1 und KZT 2, unterteilt. Die Verlängerungsschritte der Langzeittherapie (LZT) werden zusammengefasst und durch eine Rezidivprophylaxe ergänzt.

<sup>1</sup> Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F, Thom J: Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. Journal of Health Monitoring 2017; Vol. 2, 4.

<sup>2</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss – Unterausschuss Psychotherapie: Evaluation der Regelung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 42 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie. [https://www.g-ba.de/download/17-98-5193/2016-06-16\\_2016-11-24\\_PT-RL\\_Aenderung\\_Struktureform-amb-PT\\_konsolidiert\\_Evaluation-PT-Sprechstunde.pdf](https://www.g-ba.de/download/17-98-5193/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Struktureform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation-PT-Sprechstunde.pdf) (last accessed on 9. November 2021)



Folgenden Fragestellungen gehen wir nach:

- Welche Krankheitslast ist bei den Psychotherapie-Patient\*innen zu finden?
- Wird die Behandlungsdauer beziehungsweise werden die verfahrensbezogenen Kontingente jeweils bedarfsgerecht indiziert?
- Welchen Anteil haben Kurzzeittherapie und Langzeittherapie in der Behandlung der Patient\*innen?

**2. Methoden**

**2.1 Datengrundlage**

Datengrundlage sind die bundesweiten ambulanten, kollektivvertraglichen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2016 bis zum 4. Quartal 2021. Diese enthalten Informationen über Diagnosen gemäß ICD-10 GM und abgerechnete Leistungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). In dieser Datengrundlage ist jede in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Person mit mindestens einem Arztkontakt im vertragsärztlichen Bereich im entsprechenden Abrechnungszeitraum erfasst.

**2.2 Bildung von Studienkohorten**

Um den Verlauf einer Psychotherapie in jedem der Richtlinienverfahren abzubilden, wurden männliche und weibliche Patient\*innen im Alter von 18 bis einschließlich 80 Jahren betrachtet, die 2018 mindestens eine Leistung im Rahmen der RLPT im Einzelsetting und/oder eine Akutbehandlung erhielten (n=1.326.933). Das Quartal des individuellen Beginns einer RLPT/Akutbehandlung wird hier als Indexquartal bezeichnet. Um Patient\*innen in

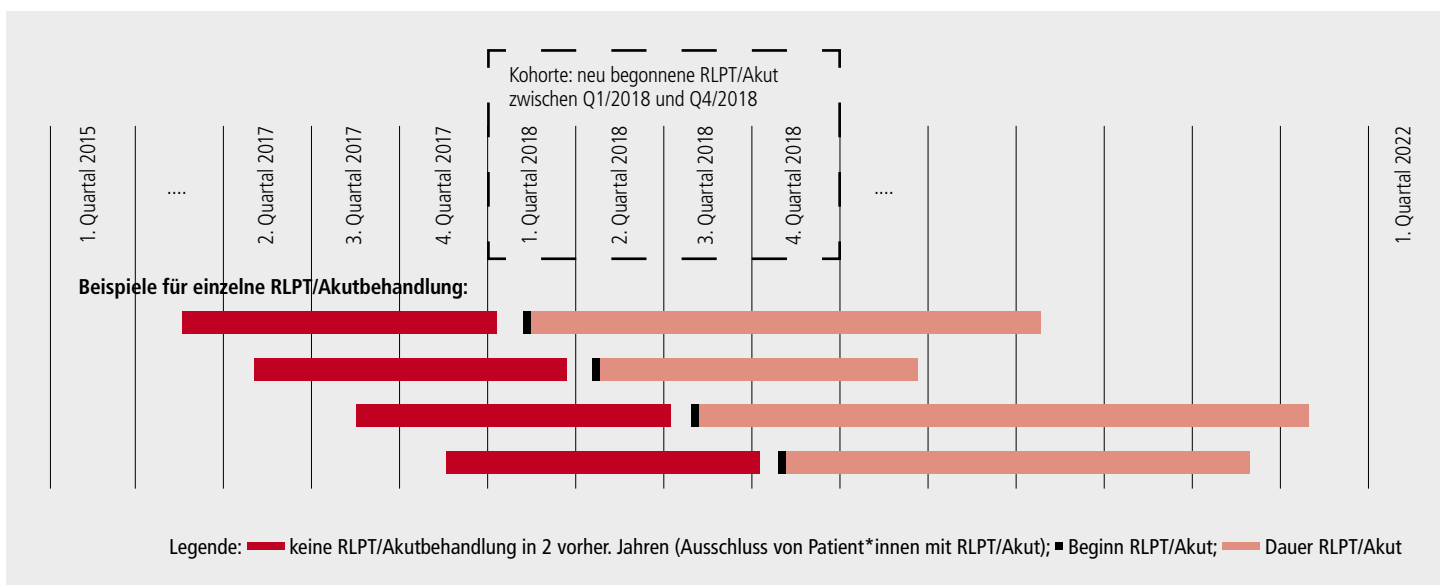
die Kohorte aufzunehmen, durfte mindestens acht Quartale vor dem Indexquartal keine RLPT/Akutbehandlung abgerechnet worden sein. Der Verlauf der Psychotherapie der so definierten Kohorte von 462.635 Patient\*innen wurde bis zum 4. Quartal 2021 verfolgt. Die psychotherapeutische Behandlung wurde über die abgerechneten Gebührenordnungspositionen im EBM, Einzeltherapien in einem der drei in 2018 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Richtlinienverfahren definiert. Die leistungserbringenden Fachgruppen wurden dabei nicht differenziert. Es erfolgte der Ausschluss von 19- bis 21-jährigen Patient\*innen, die sich in der Behandlung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen befanden. Eine RLPT/Akutbehandlung wurde als beendet gewertet, wenn in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen keine entsprechenden Leistungen mehr abgerechnet wurden. Zum Auswertungszeitpunkt wurde eine RLPT/Akutbehandlung also maximal bis zum 2. Quartal 2021 abgerechnet.

**2.3 Referenzstudie**

Multmeier et al. hatten bereits 2014 weit vor der Richtlinienreform eine ähnliche Studie auf Basis von ambulant vertragsärztlichen Abrechnungsdaten durchgeführt. Der Fokus lag auf den Behandlungspfaden, der Ausschöpfung der Kontingente sowie der Annäherung an Gesamtherapielängen. Die damalige Kohorte umfasste alle Patient\*innen ohne Altersgrenze, die 2009 eine Therapie begonnen hatten (Kriterium: keine psychotherapeutischen Leistungen in 2008) und diese beendet hatten im 3. Quartal 2012 (Kriterium: keine psychotherapeutischen Leistungen mehr im 4. Quartal 2012).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Multmeier J, Tenckhoff B: Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Deutsches Ärzteblatt PP 2014; 13: 110-112.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Aufgreifkriterien – Kohorte 2018



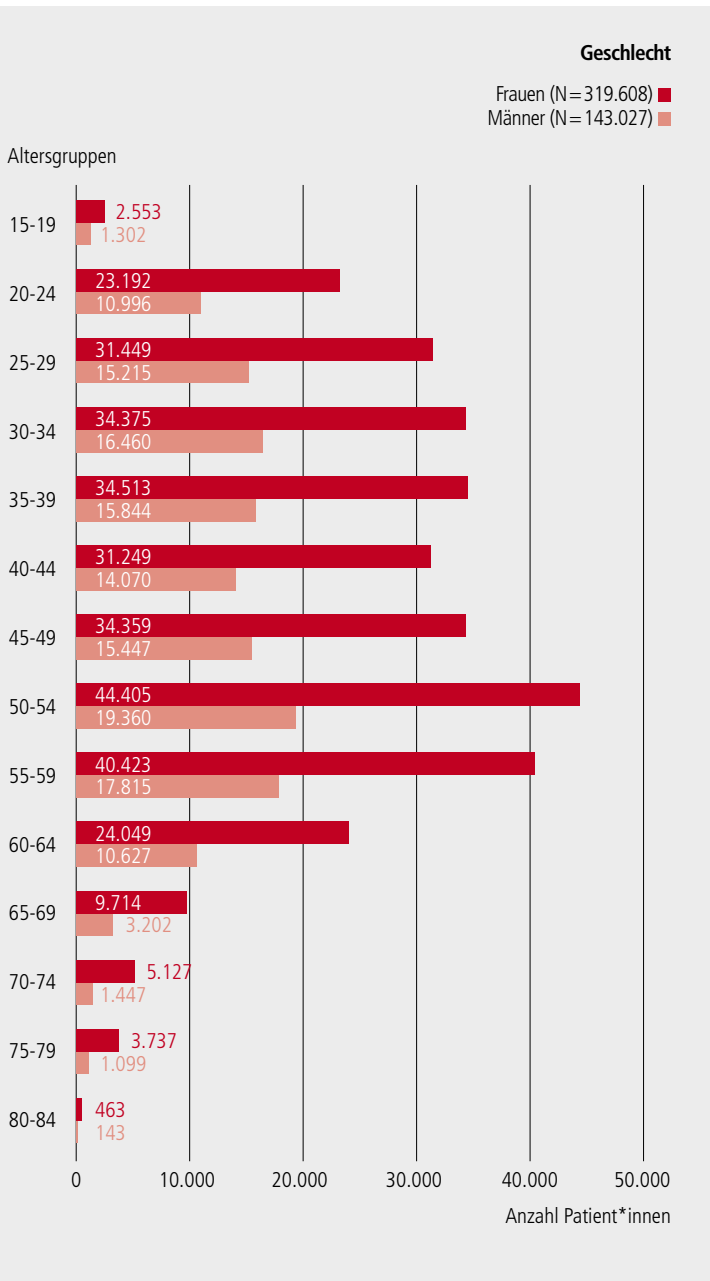
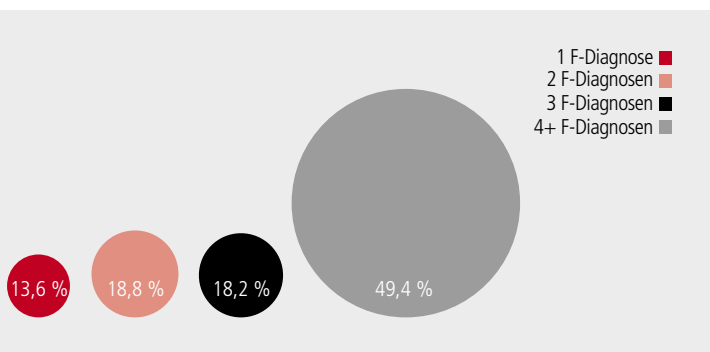


Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsverteilung der Kohorte

Abbildung 3: Anzahl unterschiedlicher gesicherter F-Diagnosen



### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

2018 begannen 319.608 Frauen (69,1 %) und 143.027 Männer (30,9 %) eine RLPT/Akutbehandlung. Das Durchschnittsalter der Patient\*innen betrug im Indexquartal 44 Jahre mit einer Standardabweichung von 13,6 Jahren. Die Hälfte der Patient\*innen hatte ein Alter zwischen 19 und 43 Jahren bei Beginn der RLPT/Akutbehandlung (Median 44 Jahre). (s. Abb. 2)

#### 3.2 Anzahl unterschiedlicher F-Diagnosen

Für Patient\*innen der Kohorte wurden gesicherte F-Diagnosen in unterschiedlicher Zahl dokumentiert. Bei einer vierstelligen Kodierung wurden bei circa einem Sechstel (n=62.629) der Patient\*innen eine F-Diagnose kodiert, bei einem weiteren Sechstel (n=87.010) zwei F-Diagnosen, bei einem weiteren Sechstel (n=83.820) drei F-Diagnosen und bei der Hälfte der Patient\*innen (n=228.216) vier und mehr F-Diagnosen. (s. Abb. 3)

#### 3.3 Häufigkeiten der gesicherten Diagnosen

Die fünf häufigsten gesicherten Diagnosen der Patient\*innenkohorte waren Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, ICD-10-Kapitel F40-F48 (73,5 %), affektive Störungen, ICD-10-Kapitel F30-F39 (67,3 %), Organische und substanzbedingte psychische Störungen ICD-10-Kapitel F10-F19 (10,4 %), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, ICD-10-Kapitel F6 (10 %) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, ICD-10-Kapitel F5 (8,8 %). Eine gesicherte Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10-Kapitel F2, wurde bei 2 % der Patient\*innen der Kohorte dokumentiert. (s. Abb. 4)

#### 3.4. Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Sprechstunden und Probatorik

93 % (n=430.061) der Patient\*innen erhielten den Zugang zur Psychotherapie über eine psychotherapeutische Sprechstunde. Die Patient\*innen erhielten vor Beginn einer Richtlinien-therapie oder Akutbehandlung im Durchschnitt 5,97 Sprechstunden (25-Minuten-Einheiten) und/oder im Durchschnitt 3,1 probatorische Sitzungen (50-Minuten-Einheiten). Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen erstreckten sich jeweils über einen Zeitraum von durchschnittlich 1,3 Quartalen. 74,1 % der Patient\*innen nahmen diese Leistungen bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin, 18,7 % bei 2 Psychotherapeut\*innen, 4,8 % bei 3 Psychotherapeut\*innen, 1,4 % bei 4 Psychotherapeut\*innen, 0,9 % bei 5 oder mehr Psychotherapeut\*innen in Anspruch.

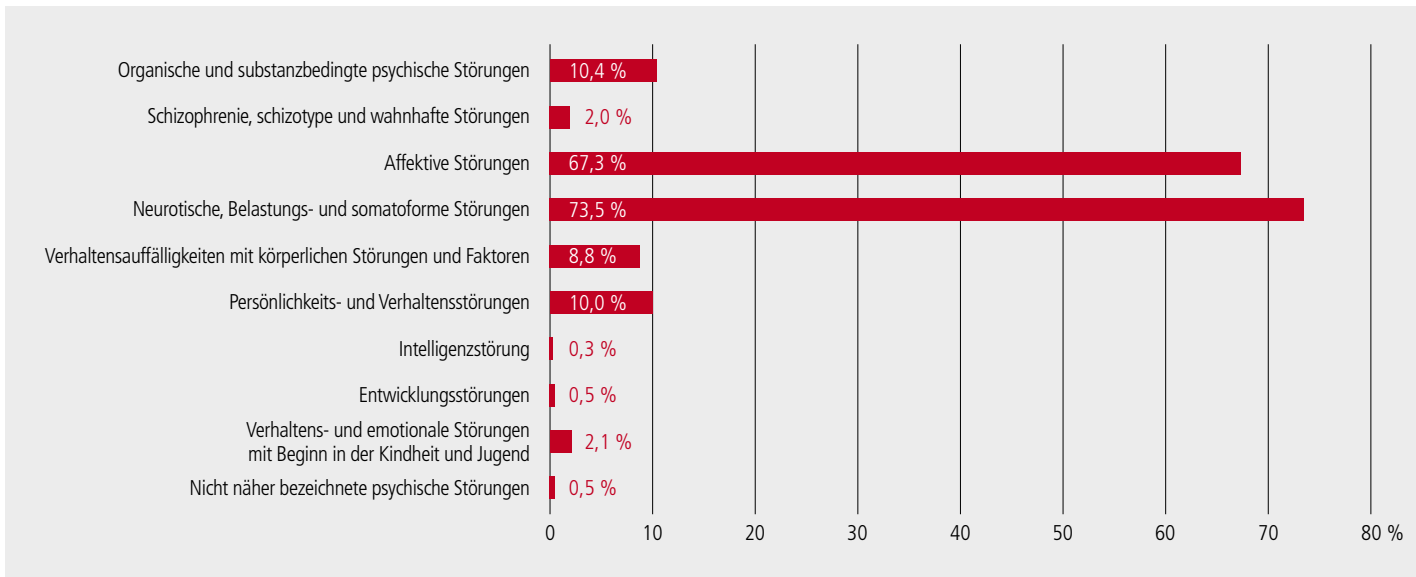


Abbildung 4: F-Diagnosen. Anmerkung: Anteil der Patient\*innenkohorte in Prozent

### 3.5 Fachgruppen und Verfahren der Behandelnden

Insgesamt waren 33.220 Psychotherapeut\*innen an den Behandlungen beteiligt. 71,1 % der Behandelnden waren Psychologische Psychotherapeut\*innen, 12,7 % Ärztliche Psychotherapeut\*innen, 7,4 % Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 8,8 % gehörten weiteren Fachgruppen an. Patient\*innen können im Lauf der Behandlung mehrere Fachgruppen in Anspruch nehmen.

31,8 % der Behandelnden erbrachten Leistungen einer Akutbehandlung, 55,4 % erbrachten Leistungen einer Verhaltenstherapie (VT), 45,6 % einer Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), 13,5 % einer Analytischen Psychotherapie (AP) und 40,2 % erbrachten Leistungen mehrerer Verfahren, wie zum Beispiel TP und AP oder Akutbehandlung in Kombination mit einem Verfahren.

### 3.6 Zuordnung der Patient\*innen zu den Verfahren

In der Kohorte wurde bei 10 % der Patient\*innen ausschließlich eine Akutbehandlung erbracht (n=46.177), 53,3 % erhielten Leistungen einer VT (n=246.789), 31,7 % erhielten Leistungen einer TP (n=146.657), und 2,9 % Leistungen einer AP (n=13.368). 2,1 % der Patient\*innen erhielten Sitzungen aus TP und VT oder aus AP und VT (n=9.644).

### 3.7 Therapielängen

Bei der Betrachtung der Gesamtbehandlungsdauer wurden bei Patient\*innen, die zunächst eine Akutbehandlung erhielten und dann eine RLPT,

die Sitzungen der Akutbehandlung dem nachfolgenden Verfahren zugeordnet. Zwei Einheiten Akutbehandlung (eine Einheit beträgt 25 Minuten) wurden dabei analog der Dauer einer genehmigungspflichtigen Einzelsitzung zusammengefasst zu einer Behandlungseinheit von 50 Minuten. Außerdem wurden bei Patient\*innen, bei denen zunächst eine TP und im Anschluss eine AP erbracht wurde, alle Sitzungen der AP zugeordnet, die Gesamttherapie wurde also als AP definiert.

Im Folgenden werden ausschließlich die im Beobachtungszeitraum beendeten Psychotherapien betrachtet, das sind 82,1 % der Patient\*innen (n= 379.704). Per Definition sind das die Verläufe solcher Patient\*innen, die im dritten und vierten Quartal 2021 keine Akutbehandlung/RLPT mehr in Anspruch genommen haben.

Die beendeten Therapien umfassten bei abschließlicher Akutbehandlung 42.932 Patient\*innen. 93 % dieser Behandlungsform wurde innerhalb des Beobachtungszeitraums beendet, mit im Schnitt 6,4 Einheiten von 50 Minuten innerhalb von 2,5 Quartalen.

Bei der VT umfassten die beendeten Therapien 206.135 Patient\*innen (83,5 % aller VT-Therapien). Bei der TP wurden 119.838 Therapien (81,7 % aller TP-Therapien) und bei der AP wurden 6.885 Therapien (51,5 % aller AP-Therapien) beendet.

In dieser Teilkohorte der beendeten Therapien lag die Behandlungsdauer in der antragspflichtigen Richtlinien-therapie ohne vorherige psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik bei den

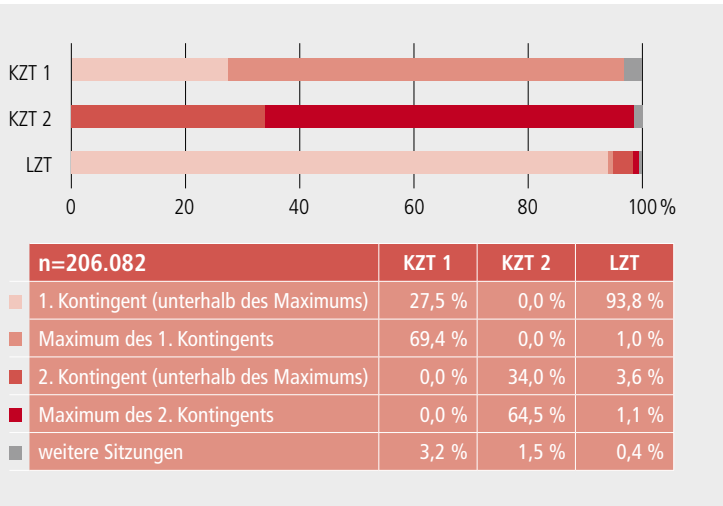


Abbildung 5: Ausschöpfung der Kontingente VT

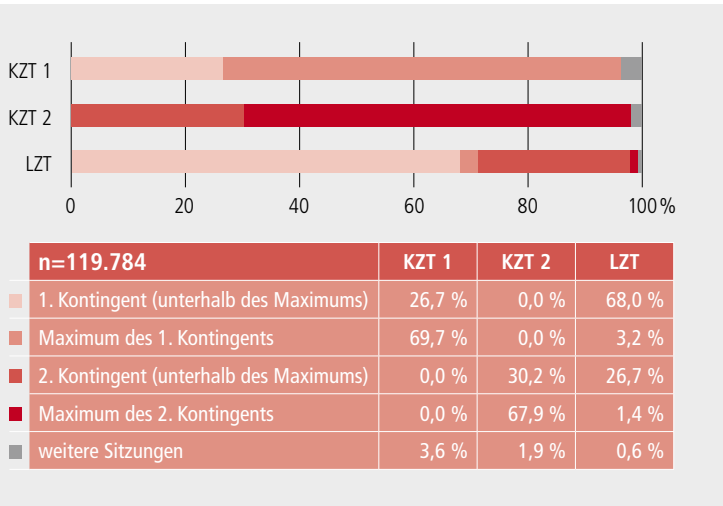


Abbildung 6: Ausschöpfung der Kontingente TP

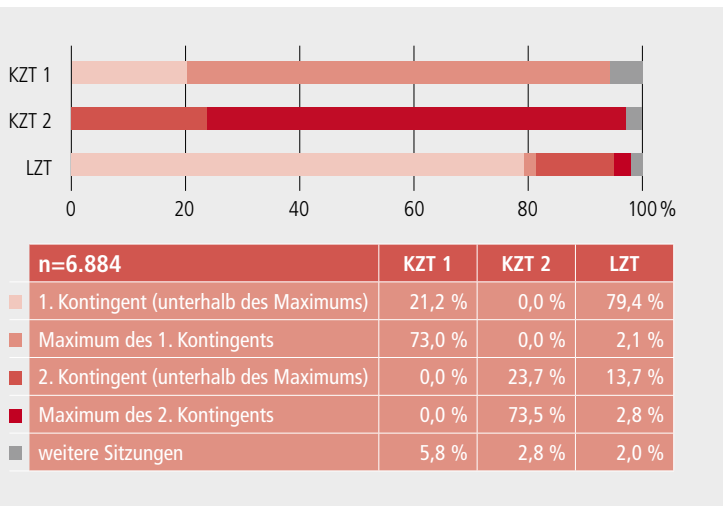


Abbildung 7: Ausschöpfung der Kontingente AP

verschiedenen Therapieformen im Schnitt zwischen 5,6 Quartalen (VT und TP) und 6,4 Quartalen (AP). Es zeigten sich hier keine großen Unterschiede in der Therapielänge. Beendete Therapien umfassten im Schnitt bei VT 24 Sitzungen und bei TP 26,5 Sitzungen. Bei der AP lag der Schnitt mit 73 Sitzungen deutlich höher. Anzumerken ist, dass es für den Einbezug eines Quartals reicht, wenn nur eine Leistung darin abgerechnet wurde – die Länge der Behandlung muss also nicht das gesamte einbezogene Quartal umfassen.

**3.8 Ausschöpfung der Kontingente**

Betrachtet man die Ausschöpfung der Kontingente bei den beendeten Therapien, dann ergibt sich folgendes Bild: In der VT und TP wurden bei jeweils 27 % aller Patient\*innen die Therapie vor dem Maximum des Kontingents der KZT 1 beendet, bei der AP war das bei 21 % der Patient\*innen der Fall. Wurde die Therapie in eine KZT 2 überführt, dann beendeten bei diesen Patient\*innen in der VT 34 %, in der TP 30 % und in der AP 24 % die Therapie unterhalb des Maximums des Kontingents. Bei den darüber hinausgehenden Langzeittherapien (LZT) endete die überwiegende Mehrzahl unterhalb des Maximums des ersten Kontingents der LZT (VT 94 %, TP 68 %, AP 79 %). Die Anzahl der Therapien, die über das erste Kontingent der LZT hinausgingen, war insbesondere in der VT gering. (s. Abb. 5-7)

Bei der VT benötigten 21,7 % der Patient\*innen eine Langzeittherapie, bei der TP waren es 21,9 % und bei der AP 58 %.

Über alle Verfahren betrachtet kann festgestellt werden, dass in der Teilkohorte der beendeten Therapien 30 % bis zur 12. Sitzung abgeschlossen wurden (hierbei sind auch ausschließliche Akutbehandlungen inbegriffen) und 47 % bis zur 24. Sitzung. 23 % der Patient\*innen benötigten eine LZT.

Es ist zu beachten, dass der Beobachtungszeitraum maximal 16 Quartale umfasst und je nach Verfahren ein unterschiedlich hoher Anteil der Therapien am Ende des Beobachtungszeitraums noch nicht abgeschlossen war. Bei der VT und TP waren etwa 20 %, bei der AP 48,5 % aller Therapien noch nicht abgeschlossen. Als abgeschlossen gelten Therapien, bei denen in zwei Quartalen in Folge keine Leistungen mehr in Anspruch genommen wurden. Außerdem ist zu beachten, dass die Rezidivprophylaxe bei Ausschöpfung der Kontingente nicht mitgezählt wurde.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung: Psychotherapie für Erwachsene: Kontingente und Bewilligungsschritte. [https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie\\_Uebersicht\\_Erwachsene.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Erwachsene.pdf) (last accessed on 2. Januar 2022)



Rechts-  
schutz ab  
**311,50 €**  
pro Jahr

WICHTIGE ERGÄNZUNG ZUR BERUFSHAFTPFLICHT

## Berufsrechtsschutz

Ihre Berufshaftpflicht schützt Sie vor Schadenersatzansprüchen Dritter, wenn Ihnen ein Fehlverhalten vorgeworfen wird. Handelt es sich allerdings um den Vorwurf einer Straftat, hilft Ihnen nur der Spezial-Straf-Rechtsschutz der Rechtsschutzversicherung. Der Versicherer übernimmt die Kosten Ihrer Verteidigung.

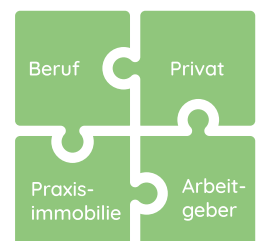
Zusammen mit der Auxilia als Versicherer bieten wir einen umfassenden Rahmenvertrag für Psychotherapeut:innen an: Berufsrechtsschutz inklusive Spezial-Straf-Rechtsschutz, Abrechnungs- und Regress-Rechtsschutz, Vertrags-Rechtsschutz und vielem mehr. Zusätzlich mitversicherbare Bausteine:

**+ Praxisimmobilie** für 82,75 € zusätzlich

Streitigkeiten rund um Ihre Praxisräumlichkeiten, wie z. B. wegen Schönheitsreparaturen oder Nebenkostenabrechnungen.

**+ Privatrechtsschutz** für 145,80 € zusätzlich

Für die ganze Familie. Inklusive Immobilien-Rechtsschutz für die selbst bewohnte Immobilie, Verkehrs-Rechtsschutz, Spezial-Straf-Rechtsschutz und vieles mehr.



Jetzt ansehen!

Angebot anfordern und Details:  
[www.pluswert.de/rs](http://www.pluswert.de/rs)



WIRTSCHAFTSDIENST DER  
**DPfV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

**rt** pluswert

Seit über 20 Jahren auf Ihre Berufsgruppe spezialisiert.

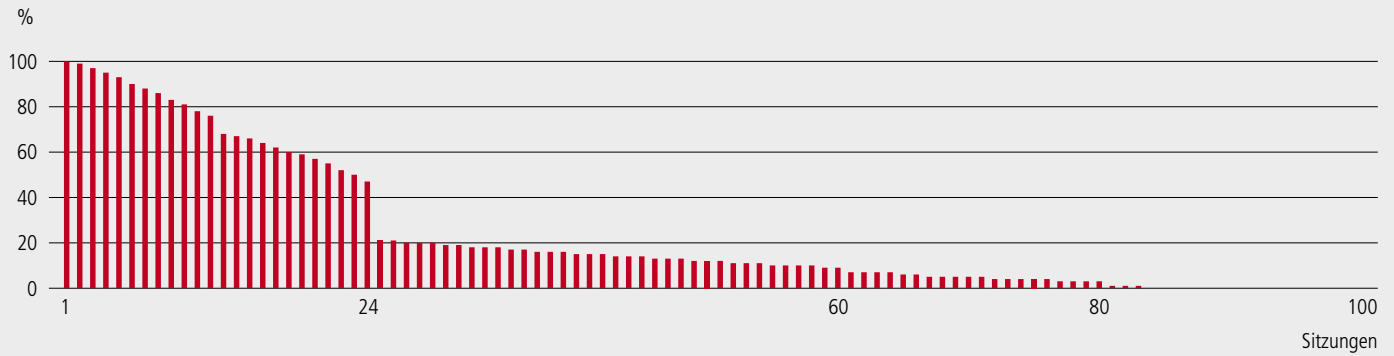


Abbildung 8: VT – Gesamttherapielänge

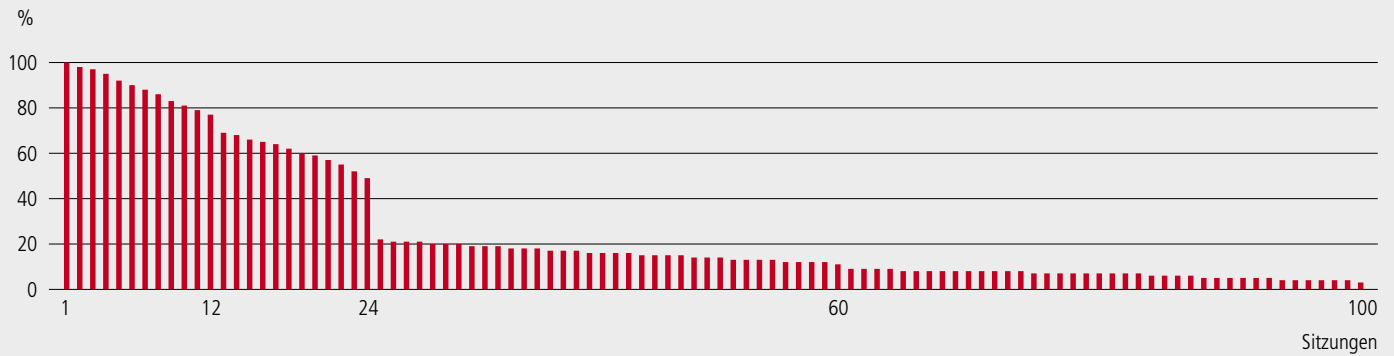


Abbildung 9: TP – Gesamttherapielänge

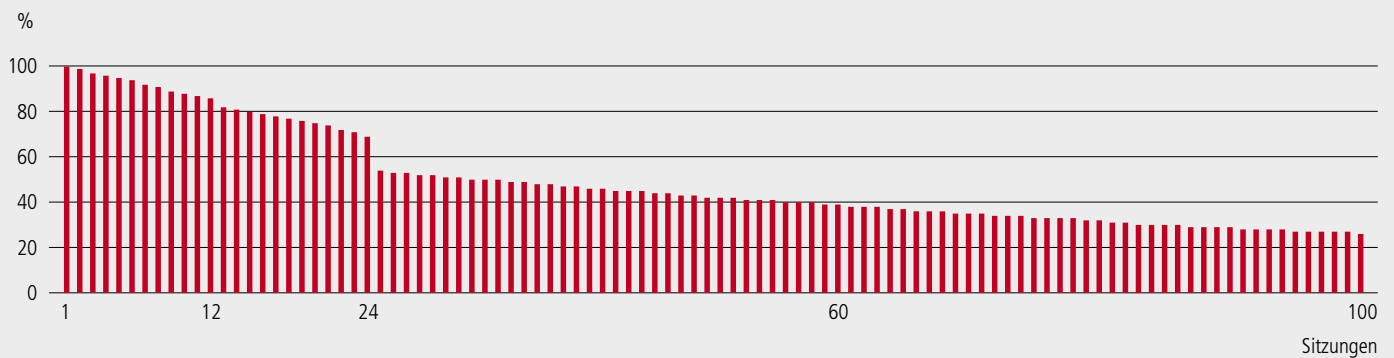


Abbildung 10: AP – Gesamttherapielänge

**3.9 Gesamttherapielängen**

Folgende Schaubilder stellen die Gesamttherapielängen bei den beendeten Therapien in den unterschiedlichen Verfahren dar. Hier zeigt sich nochmals sehr deutlich, dass die wenigsten Therapien über das Kontingent einer KZT 1 und KZT 2 von insgesamt 24 Sitzungen hinausgehen. (s. Abb. 8-10)

**3.10 Kosten**

In 2018 beträgt die Vergütung für eine genehmigungspflichtige Einzelsitzung 89,60 Euro, 2022 waren es 103,87 Euro. Zwei Einheiten Akutbehandlung oder zwei Einheiten psychotherapeutische Sprechstunde erbringen dasselbe Honorar. Hinzu kommen je nach Auslastung der Praxis die anteiligen Strukturzuschläge.

#### 4. Diskussion und Zusammenfassung

- Die Krankheitslast der Patient\*innen in Psychotherapie ist hoch. Bei 49 % der Patient\*innen sind vier und mehr gesicherte Diagnosen aus dem F-Kapitel dokumentiert, bei 37 % sind es zwei oder drei Diagnosen. Komorbidität ist also die Regel.
- Patient\*innen nehmen zu 74 % nur einen Psychotherapeuten\*eine Psychotherapeutin in Anspruch, der\*die dann auch die nachfolgende Behandlung durchführt. Damit ist in den allermeisten Fällen bereits mit Beginn der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Kontinuität des Behandelnden und der Behandlung auf Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung gegeben.
- Die psychotherapeutische Sprechstunde wird bei anschließender Psychotherapie mit im Schnitt sechsmal 25 Minuten eingesetzt. Diese werden in der Regel in 50-Minuten-Einheiten angeboten. Vor Beginn einer Behandlung findet also eine umfangreich diagnostische Abklärung und Indikationsstellung statt.
- Vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie folgen im Durchschnitt drei probatorische Sitzungen.
- 30 % der zum Zeitpunkt der Auswertung beendeten Therapien enden innerhalb des Kontingents der KZT 1 oder als Akutbehandlung. Weitere 47 % der Therapien enden innerhalb des Kontingents der KZT 2. Damit wird der überwiegende Teil der Behandlungen (77 %) in Form einer Kurzzeittherapie von maximal 24 Sitzungen erbracht. Der Vorwurf, dass zu lange behandelt wird, ist hier eindeutig widerlegt.
- Es gibt keine regelhafte Ausschöpfung der Kontingente, genehmigte Behandlungsstunden werden individuell eingesetzt. Psychotherapeut\*innen indizieren differenziert und behandeln nur so lange, wie dies notwendig ist.
- Die Zerteilung der Kurzzeittherapie in jeweils zwölf Einheiten bewirkt eine gewisse Fokussierung. Ein nicht unerheblicher Teil der Therapien wird innerhalb des ersten Kontingents abgeschlossen.
- Die Ergebnisse bestätigen die Vorgängerstudie von Multmeier et al. Damals wie heute werden die Therapielängen differenziert und bedarfsgerecht indiziert, und es findet keine regelhafte Ausschöpfung der Kontingente statt. Auch bei Multmeier wurde der überwiegende Anteil der Therapie innerhalb der bis 2017 geltenden, 25 Sitzungen umfassenden KZT abgeschlossen (VT 70 % und TP 71 %).
- Analytische Therapie wird damals wie heute nur bei einem sehr geringen Teil der Patient\*innen indiziert und durchgeführt (2,9 %). Auch hier wird also passgenau und sorgfältig mit den begrenzten Ressourcen umgegangen.
- 82,1 % der Behandlungen waren im Beobachtungszeitraum abgeschlossen worden. Um verlässliche Aussagen über sämtliche einbezogene Therapien treffen zu können, bedarf es einer weiteren Analyse in ein bis zwei Jahren.

Wir danken der KBV für die Bereitstellung der für die Studie notwendigen Zahlen und Auswertungen.



**Gebhard Hentschel**

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Bundesvorsitzender der DPtV, Stellvertretender Vorsitzender der DPtV Westfalen-Lippe. Mitglied der Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe und der KBV, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Westfalen-Lippe und der KBV, Stellvertretendes Mitglied des Bewertungsausschusses, Delegierter der Kammerversammlung NRW und Delegierter des Deutschen Psychotherapeutentages.



**Ulrike Böker**

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Reutlingen. Kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp, Stellvertretende Vorsitzende des bvvp-Baden-Württemberg. Mitglied der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg und der KBV, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Baden-Württemberg und der KBV, Stellvertretendes Mitglied des Bewertungsausschusses, Mitglied der Kammerversammlung Baden-Württemberg und Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages.

Barbara Lubisch, Christina Jochim

# Fachkräfte-Zukunft sichern – Weiterbildung finanzieren







**Barbara Lubisch**

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



**Dr. Christina Jochim**

Psychologische Psychotherapeutin, tätig in einer Klinik und eigener Praxis in Berlin, stellv. Bundesvorsitzende der DPtV, Vorsitzende der DPtV Berlin, Vorstandsmitglied und Delegierte der Psychotherapeutenkammer Berlin, Bundesdelegierte des Deutschen Psychotherapeutentags, stellv. Mitglied im Unterausschuss „Psychotherapeutische und Psychiatrische Versorgung“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).



Seit Jahren ist bekannt, dass die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen (27,8 % laut DEGS1-MH-Studie des RKI, 2012) politisches Handeln erfordert, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Nach den aktuellen Leitlinien spielt bei den meisten psychischen Erkrankungen die psychotherapeutische (Mit-)Behandlung eine wesentliche Rolle. Ungefähr 80 % aller psychotherapeutischen Behandlungen werden durch Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen erbracht (vgl. DPtV-Report Psychotherapie, 2020, S. 39). Die Politik hat den Bedarf an gut qualifizierten Psychotherapeut\*innen erkannt und gemeinsam mit dem Berufsstand das Ausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) auf den Weg gebracht. Dies hat eine strukturelle Neuausrichtung der Aus- und Weiterbildung der zukünftigen Psychotherapeut\*innen zum Ziel. Diese ist nun nicht mehr als postgraduale Ausbildung angelegt, sondern ist der Struktur der anderen akademischen Heilberufe angeglichen: Die Approbation wird nach einem fünfjährigen Universitätsstudium mit Master-Abschluss und staatlicher Approbationsprüfung verliehen. Anschließend ist eine fünfjährige Weiterbildung zum\* zur Fachpsychotherapeut\*in vorgesehen. Erst der Abschluss dieser Qualifikation ist die Zugangsvoraussetzung zur sozialrechtlich anerkannten Heilkunde in der ambulanten Versorgung.



### Ein neues System

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. September 2020 wurde somit eine neue Struktur geschaffen: Statt Studium der Psychologie/Sozialpädagogik plus Ausbildung und abschließender Approbation ist jetzt ein Psychotherapie-Studium plus Weiterbildung und abschließender Prüfung durch die Psychotherapeutenkammer zu absolvieren.

Mit viel Engagement haben die Universitäten den neuen Approbations-Studiengang auf Basis der am 17. Oktober 2019 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten Approbationsordnung umgesetzt. Parallel haben die Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) eine neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) erarbeitet, die vom Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) beschlossen wurde. Im nächsten Schritt wurden von den Landespsychotherapeutenkammern eine an das Landes-Heilberufsgesetz angepasste Weiterbildungsordnung (WBO) entwickelt und von der jeweiligen Kammerversammlung verabschiedet. Die fünfjährige Weiterbildung führt zum Erwerb einer der drei Gebietsbezeichnungen „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“, „Psychotherapie für Erwachsene“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“; mit der Berechtigung zur Führung einer Gebietsbezeichnung sind dann Arztregistereintrag und Kassenzulassung möglich. Die fünfjährige Gebietsweiterbildung setzt sich aus mindestens 24 Monaten ambulanter Tätigkeit und mindestens 24 Monaten stationärer Tätigkeit zusammen. Die weiteren 12 Monate können in einer ambulanten oder stationären Einrichtung, aber auch im institutionellen Bereich (zum Beispiel Jugendhilfe, Öffentlicher Gesundheitsdienst oder andere) geleistet werden.

Die Psychotherapeutenkammern haben die Berufs- und Fachaufsicht über die Weiterbildung, dies beinhaltet auch die Sicherung der Qualität. Sie lassen geeignete Weiterbildungsstätten und -befugte zu und sind für die nach der WBO vorgesehenen Prüfungen zum\* zur Fachpsychotherapeut\*in sowie auch für mögliche zusätzliche Weiterbildungen in Bereichen (zum Beispiel Sozialmedizin) zuständig.

Die Gebiets-Weiterbildung hat in Hauptberuflichkeit und mit angemessener Vergütung zu erfolgen, dies sehen die Heilberufsgesetze aller Bundesländer so vor. Dies impliziert ein sozialversicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis – ein wesentlicher Unterschied zur bisherigen Ausbildung, bei der die Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (PiA) keine sozialrechtliche Absicherung und nur minimale Ansprüche auf Vergütung haben. Eine Grundbedingung für eine qualifizierte Weiterbildung ist eine ausreichende Finanzierung der von der MWBO vorgesehenen Vermittlung von Theorie, Selbsterfahrung und Supervision.

### Finanzierung – Was wird gebraucht?

#### Weiterbildungspraxen

Psychotherapeutische Praxen können Weiterbildungsstätten werden, wenn sie die fachlichen Voraussetzungen dafür erfüllen (vgl. WBO) und eine entsprechende Anerkennung von der Psychotherapeutenkammer erhalten haben. Auf Antrag des zur Weiterbildung befugten Praxisinhabers oder der Praxisinhaberin kann von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Anstellung einer Weiterbildungsassistentin genehmigt werden. Da in den meisten KVen für Weiterbildungspraxen eine Leistungsobergrenze so festgelegt wird, dass aus der Leistungsvergütung kein Gehalt für den\*die Weiterbildungsassistent\*in erwirtschaftet werden kann, ist im § 75a SGB V eine finanzielle Förderung für die hausärztliche und fachärztliche Weiterbildung vorgesehen. Dies müsste analog auch für die psychotherapeutische Weiterbildung gelten. Konkrete Formulierungsvorschläge zur Erweiterung des § 75a SGB V um einen Absatz zur psychotherapeutischen Weiterbildung wurden dem BMG vom Berufsstand zugeleitet.

#### Weiterbildungsambulanzen

Die bisherigen Ausbildungsinstitute haben mit dem AusbRefG die Möglichkeit erhalten, Weiterbildungsambulanzen zu betreiben und die Weiterbildungstherapien – wie die Ausbildungstherapien – mit den Krankenkassen abzurechnen. Allerdings sind sie wegen der Bestimmungen der Heilberufsgesetze und der Weiterbildungsordnungen verpflichtet, die Weiterbildungsteilnehmenden (PtW) sozialversicherungspflichtig anzustellen und ihre Arbeit „angemessen“ zu vergüten – ein wesentlicher Unterschied zu den PiA. Da nach den Anforderungen der Weiterbildungsordnungen von den PtW neben den direkten patientenbezogenen Leistungen auch Supervision und Selbsterfahrung abzuleisten sowie theoretische Kenntnisse zu vertiefen sind, ist es allein aus der Vergütung der direkten Versorgungsleistungen nicht möglich, die Kosten für das Gehalt und für die qualifizierte Weiterbildung zu erwirtschaften. Deshalb braucht es auch hier eine ergänzende finanzielle Förderung.

Die im § 117 Abs. 3c SGB V vorgesehene Regelung, dass von der Vergütung der Krankenkassen ein „Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden ausbezahlt“ sei, geht von einer unzulässigen Gleichsetzung von Aus- und Weiterbildung aus. Da die Weiterbildung – anders als die Ausbildung – im Rahmen einer hauptberuflichen Beschäftigung zu erfolgen hat, ist die 40-Prozent-Regelung völlig unzureichend und muss durch eine andere Maßgabe ersetzt werden. Auch hierzu liegen dem BMG schon Vorschläge des Berufsstands vor.

### Stationäre Weiterbildung

Sowohl psychiatrische Kliniken als auch psychosomatische Kliniken oder Reha-Einrichtungen sind mögliche Weiterbildungsstätten für die stationäre Weiterbildungszeit. In vielen Kliniken herrscht bereits jetzt ein ausgeprägter Fachkräftemangel, sodass Patient\*innen dringend nötige psychotherapeutische Versorgung vorenthalten wird. Um die Indikationsstellung, Diagnostik, Behandlungs-koordination, das Entlassmanagement und die psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken zu sichern, bedarf es einer Regelung, dass alle Personalkosten der nach § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeut\*innen für die Dauer der Weiterbildungszeit in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden. Die Personalkosten, die in den Kliniken durch Anleitung, Theoriekurse und Supervision anfallen, sind ebenfalls vollständig zu finanzieren. Damit diese für die Weiterbildung notwendige Zeit nicht zulasten der Patient\*innen-Behandlung geht, sollten explizit zusätzliche Stellen für Weiterbildungsbefugte und Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) geschaffen werden. In den Landeskrankenhausesetzen sollte deshalb eine Pflicht zur Mitwirkung bei der Weiterbildung vorgesehen werden. Im ärztlichen Bereich ist die Durchführung von Weiterbildung selbstverständlich, die Anleitung der Assistenzärzte und -ärztinnen durch weiterbildungsbefugte Oberärzte und -ärztinnen gehört zum Alltag. Hier ist für die Weiterbildung der Psychotherapeut\*innen noch Entwicklungsbedarf.

Die DpTV, die BpTK und die Landespsychotherapeutenkammern hatten sich im Rahmen des Krankenhaus-Pflegeentlastungsgesetzes (BR-Drs. 460/22) nachdrücklich für eine solche Refinanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildungsstellen eingesetzt. Diese wurde auch im Entwurf des Bundesrats aufgenommen. Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag jedoch ablehnt, da diese Stellen im Krankenhaus bereits in den Gesamtbetrag der Personalkosten im Krankenhaus eingehen würden, „da sie sich nicht von sonstigen Personalkosten unterscheiden“ (BT-Drs. 20/4232, S.18).

Wir halten diese Annahme für falsch, da es sich um ein neu zu etablierendes System handelt, das neue Ressourcen erfordert.

### Institutionelle Weiterbildung

Seit dem ersten Psychotherapeutengesetz von 1999 hat sich die Breite der psychotherapeutischen Versorgung deutlich weiterentwickelt, sodass mit der neuen Weiterbildungsordnung die Möglichkeit geschaffen wurde, zusätzlich zum ambulanten und stationären Bereich einen Teil der Weiterbildungszeit auch in einem institutionellen Bereich zu absolvieren. Die Qualifizierung für psychotherapeutische Tätigkeiten in Gesundheitsämtern, Erziehungsberatungsstellen, der Suchthilfe, Jugendhilfe oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst ist möglich, sofern diese als Weiterbildungsstätten mit entsprechenden Weiterbildungsbefugten zugelassen sind. Hier sind die jeweiligen Träger der Einrichtungen, gegebenenfalls Kommunen oder Landesministerien gefragt, Weiterbildungsstellen zu etablieren. Die Landespsychotherapeutenkammern und die DpTV stehen hierbei mit ihrer Expertise zur Verfügung.

Für alle Weiterbildungsabschnitte – sei es ambulant, stationär oder institutionell – gilt, dass Weiterbildungszeit Arbeitszeit ist, weil „Weiterbildung in Hauptberuflichkeit erfolgen“ muss (vgl. MWBO §9). Dies beinhaltet alle Anteile der Weiterbildung: Behandlung, Theorie, Supervision, Selbsterfahrung.

### Ausblick

Der Berufsstand der Psychotherapeut\*innen kann die von der Bundes- und Landespolitik erteilten gesetzlichen Aufträge und Aufgaben nur erfüllen, wenn sie auch finanziert werden. Die meisten Landespsychotherapeutenkammern sind stark für die neue Weiterbildung und die ersten Psychotherapiestudium-Absolvent\*innen sind bereits approbiert und warten auf den Beginn der Weiterbildung.

Aktuell zeichnet sich ab, dass sowohl Kliniken als auch potenzielle ambulante Weiterbildungsinstitute und Praxen nur sehr zögerlich an die Umsetzung der Weiterbildung gehen, weil die finanzielle Situation nur unzureichend geregelt ist. Ohne Weiterbildung können Psychotherapeut\*innen nicht qualifiziert arbeiten – nur mit ausreichend Fachkräften kann die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sichergestellt werden.

Für die erfolgreiche Umsetzung des Ausbildungsreformgesetzes und zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung ist es jetzt entscheidend, dass die dringend notwendigen Anpassungen in den entsprechenden Gesetzen stattfinden.

Aus den dargestellten Gründen bitten wir Sie, die Bundestagspetition 148151 „Finanzierung der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ zu unterzeichnen – das ist noch bis zum 1. Juni möglich: <https://t1p.de/fnnu3>



## EGO-STATE-THERAPIE

Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



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

**Curriculum 2023-24**

**Spezialseminar am 26.+27.01.-24: EMDR/EST**  
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

**Spezialseminar am 23.+24.02.24: Körpersprache der Ego-States**  
Die Körpersprache der Ego-States

**Curriculum 2024-25**

**Seminar 12.+13.01.24**  
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen

**Seminar 15.+16.03.24**  
Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen

**Seminar 19.+20.04.24**  
Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen

**Seminar 21.+22.06.24**  
Kontaktaufnahme und Arbeit mit

**Das Buch zum Kurs – neu bei V & R: Leutner/Cronauer: Traumatherapie-Kompass**



**Begegnung, Prozess und Selbstentwicklung in der Therapie mit Persönlichkeitsanteilen**

kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

**Seminar 30.+31.08.24**  
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

**Seminar 15.+16.11.24**  
Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

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

Die Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten.  
Seminargebühren pro Seminar inkl. Verpflegung 495 €, ab 01.01.24: 545 €.  
Teilnahmevoraussetzung: Approbation  
Informationen zur Zertifizierung bei der EST-DE  
Buchung per E-Mail bei: [susanne.leutner@t-online.de](mailto:susanne.leutner@t-online.de)  
[WWW.EST-RHEINLAND.DE](http://WWW.EST-RHEINLAND.DE)



Luzie Lohse

# Expositionstherapie in virtueller Realität bei Zwangsstörungen

Einsatz der virtuellen Realität bei der Behandlung von Wasch- und Kontrollzwängen.

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement (ERM) wird sowohl in internationalen als auch in nationalen Therapieleitlinien empfohlen (Koran et al., 2007; Voderholzer, 2022). Dennoch wird ERM oft nicht angewandt, zum Beispiel, weil Patient\*innen Angst vor der Konfrontation und Therapeut\*innen Angst vor der Dekompensation der Patient\*innen haben, was von Moritz et al. (2019) als „Phobie à deux“ bezeichnet wurde. Hier könnte die Anwendung von ERM in der virtuellen Realität bei Zwangsstörungen (VERM) und Exposition bei Angststörungen (VRET) diese Hindernisse überwinden. Hierbei handelt es sich bereits um einen neuen und erfolgreichen Ansatz in der Behandlung von Angststörungen ( $g = .90$ ; siehe Metaanalyse von Carl et al. (2019)), welche zudem weniger aversiv (Baus & Bouchard, 2014; Wrzesien et al., 2011) und akzeptierter (Botella et al., 2015) zu sein scheint, da diese Methode mehr Kontrolle über die angstauslösenden Reize bietet. Bisherige Erkenntnisse zu VERM bei Patient\*innen mit Zwangsstörungen stammen aus kleinen und/oder nicht-klinischen Stichproben (siehe Javaherirehani et al., 2022; Kim et al., 2010, 2012; Laforest et al., 2016; van Bennekom et al., 2017, 2021) und sollten daher in einer repräsentativen randomisierten kontrollierten Studie (RCT) repliziert werden, wobei wichtige Faktoren wie Akzeptanz und Präsenzgefühl berücksichtigt werden sollten. Es wird angenommen, dass das Präsenzgefühl – die gefühlte Anwesenheit in einer technisch augmentierten Umgebung – einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Intervention hat, da es beispielsweise das Erleben von Emotionen bei VERM beeinflusst (Wiederhold & Wiederhold, 2006).

In der vorliegenden RCT wurde die Effektivität (Reduktion der Zwangssymptome) von VERM im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe (WG), sowie Faktoren, die die Wirksamkeit von VERM beeinflussen (das heißt Akzeptanz und Präsenzgefühl) bei Patient\*innen mit Wasch- und Kontrollzwängen untersucht. Es wurde angenommen, dass sich die Zwangssymptome signifikant stärker in der VERM-Gruppe als in der WG reduzieren und VERM eine hohe Akzeptanz bietet (mehr als 75 % der Teilnehmer\*innen bewerten VERM als positiv), während Teilnehmer\*innen in VERM ein hohes Präsenzgefühl erleben (mehr als 75 % der Teilnehmer\*innen berichten über ein hohes Präsenzgefühl), wobei beide Faktoren positiv mit der Zwangssymptomreduktion von VERM assoziiert sind.

## Methoden

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer größeren RCT ( $N = 80$ ), daher wird nur über eine Teilstichprobe ( $n = 21$ ; T0-T1) berichtet.

## Aufbau und Durchführung

Die RCT war einfach verblindet mit paralleler Zuordnung zur Interventionsgruppe oder zur WG. Die Studie wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von der örtlichen Ethikkommission genehmigt (LPEK-0020). Die Studie wurde beim Deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS00016929). Einzelheiten zum Ablauf der Studie sind in Abbildung 1 dargestellt. Bei der Baselineuntersuchung (T0), die auch eine Onlinebefragung umfasste, wurden die Teilnehmer\*innen über die Studie

## Kurz gefasst

Trotz eindeutiger Empfehlung in den Behandlungsleitlinien wird die kognitive Verhaltenstherapie mit Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement (ERM) bei Patient\*innen mit Zwangsstörungen (OCD) nicht in ausreichendem Maße angewandt, was zum Teil auf verschiedene Behandlungsbarrieren zurückzuführen ist (zum Beispiel die Angst der Patient\*innen vor der Exposition). Der Einsatz von virtueller Realität (VR) könnte diese Barrieren überwinden, indem sie eine weniger aversive Form von ERM darstellt. In einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) untersuchten wir die Wirksamkeit, die Akzeptanz und entscheidende Faktoren (zum Beispiel das Präsenzgefühl) von ERM in VR (VERM) bei Patient\*innen mit Wasch- und Kontrollzwängen. Zwangshandlungen verbesserten sich in der Gruppe mit VERM signifikant stärker als in der Wartekontrollgruppe (T0 bis T1). Insgesamt wurde VERM akzeptiert, wobei vorrangig die subjektiv empfundene Wirksamkeit kritisiert wurde. Das Präsenzgefühl lag im unteren Bereich und wies auf die Notwendigkeit der technischen Überarbeitung hin. Stichworte: mixed reality, gemischte Realität, augmented reality, Verhaltenstherapie, Expositionstherapie



## AUS DER PSYCHOTHERAPIE

aufgeklärt und eine Einwilligung eingeholt. In den folgenden sechs Wochen erhielten die Teilnehmer\*innen der Interventionsgruppe einmal pro Woche für etwa 1,5 Stunden VERM. Die erste Sitzung diente der Anamnese, die zweite Sitzung der Psychoedukation und der Vorbereitung auf die VERM. Die Exposition begann mit mittlerem Schwierigkeitsgrad in Sitzung drei und steigerte sich bis zur sechsten Sitzung. Nach sechs Wochen erhielten alle Teilnehmer\*innen eine zweite Onlinebefragung und ein zweites diagnostisches Interview (T1). Beide Gruppen durften ihre ambulante Psychotherapie fortsetzen. Die WG erhielt nach der letzten Untersuchung (T2) ein Selbsthilfemanual (My Metacognitive Training) zur Behandlung von Zwängen (Hauschildt et al., 2016; Moritz et al., 2010).



Abbildung 1: Studienablauf

Umgebung für Kontrollzwänge – Innenansicht



Umgebung für Waschzwänge – Innenansicht



Umgebung für Kontrollzwänge – Vogelperspektive



Umgebung für Waschzwänge – Vogelperspektive

**Teilnehmer\*innen und Randomisierung**

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in der Studienregistrierung (DRKS00016929) aufgeführt. Wir untersuchten 27 Teilnehmer\*innen mit Kontroll- und Waschzwang. Vor der Studie wurden zwei unabhängige Randomisierungspläne erstellt. Interviewer\*innen wurden bis zur letzten Erhebung nicht über die Gruppenzuordnung informiert.

**Material und Instrumente**

Die Zwangssymptome wurden mit der Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS: Goodman et al., 1989; Deutsche Version: Hand & Büttner-Westphal, 1991) erhoben, die Akzeptanz wurde mit einer angepassten Form der subjektiven Bewertung (subjective appraisal rating; konstruiert von Jelinek et al., 2017) erhoben, das Präsenzgefühl wurde mit dem I-Group Presence Questionnaire (IPQ; Schubert, 2003) erfasst, Komorbiditäten wurden mit dem Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.: Sheehan et al., 1998; Deutsche Version: Ackenheil et al., 1999) erhoben.

**Technische Ausstattung**

Die VR wurde mit einer Software namens Game-engine (Unity Version 2018,2.9f1) mit einem Head-Mounted Display (HTC Vive Pro) erstellt. Die Teilnehmer\*innen konnten Objekte (zum Beispiel Waschbecken und Herd) in zwei Realitäten (siehe Bilder) aktivieren und sich mit dem Controller in der VR bewegen.

**Deskriptive Ergebnisse**

Die Charakteristiken der Stichprobe zu T0 sind in Tabelle 1 aufgeführt.

**Primäres Ergebnis**

**Zwangssymptome in der VERM versus WG**

In der Interventionsgruppe wurde kein signifikanter Rückgang der Zwangssymptome (Y-BOCS Gesamtscore) von T0 zu T1 festgestellt ( $t[6] = ,93, p = ,386$ ). In der WG kam es zu einem signifikanten Rückgang (circa 2,5 Punkte) der Zwangssymptome (Y-BOCS Gesamtscore) von T0 bis T1 ( $t[11] = 2,58, p = ,025$ ). Jeweils in der VERM-Gruppe und

in der WG nahmen die Zwangshandlungen von T0 bis T1 ab, jedoch war nur in der Interventionsgruppe der Rückgang signifikant (VERM;  $t[6] = 4,38, p = ,005$ ; WG;  $t[11] = 2,38, p = ,037$ ). Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ( $F[1,6] < ,01, p = ,933, \eta^2 < ,01$ ). Die Übersicht befindet sich in Tabelle 2.

**Tabelle 1: Soziodemografische und psychopathologische Charakteristiken: Mittelwerte (Standardabweichungen) oder Zahlen (Prozentsätze)**

Variable	Gesamtstichprobe (N = 20)	VERM (n = 9)	WG (n = 11)	Statistik
<b>Soziodemografische Daten</b>				
Geschlecht (Männlich/ Weiblich)	6/15	6/6	0/9	$\chi^2(1) = ,18, p = ,676$
Alter in Jahren	38,48 (11,44)	39,33 (11,90)	37,83 (11,58)	$t(19) =   ,29  , p = ,775, \chi^2(1) = ,18$
Jahre Schulbildung	12,00 (1,26)	12,00 (1,22)	12,00 (1,35)	$t(19) < ,01, p = 1,00$
<b>Behandlungsbedingte Variablen</b>				
Dauer der Erkrankung (Monate)	24,71 (13,43)	26,67 (13,01)	23,25 (14,12)	$t(19) =   ,57  , p = ,577$
Psychopharmaka	28,6 % (n = 6)	33,3 % (n = 3)	25 (n = 3)	$\chi^2(1) = ,18, p = ,676$
Aktuelle ambulante Therapie	42,9 % (n = 9)	44,4 % (n = 4)	41,7 % (n = 5)	$\chi^2(1) = ,02, p = ,899$
<b>Psychopathologie</b>				
Y-BOCS Gesamtscore	26,43 (5,98)	27,11 (7,69)	25,92 (4,62)	$t(19) =   ,44  , p = ,662$
Y-BOCS Zwangsgedanken	12,86 (3,37)	13,22 (4,21)	12,58 (2,75)	$t(19) =   ,42  , p = ,678$
Y-BOCS Zwangshandlungen	13,57 (2,86)	13,89 (3,66)	13,33 (2,23)	$t(19) =   ,43  , p = ,671$

Notes. Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

**Tabelle 2: Unterschiede zwischen den Gruppen von T0 zu T1; Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe per Protokoll und ITT. Baseline-Werte als Kovariaten.**

Variable	Interventionsgruppe		WG		ANCOVA	
	T0 (n = 9)	T1 (n = 7)	T0 (n = 12)	T1 (n = 12)	Per Protokoll (n = 19)	ITT (n = 21)
Y-BOCS Gesamtwertung	30 (5,16)	29,43 (4,86)	25,92 (4,62)	23,25 (5,64) [*]	$F(1,16) = 2,23, p = ,155, \eta^2 = ,12$	$p = ,135$
Y-BOCS Zwangsgedanken	14,57 (3,16)	15,14 (2,41)	12,58 (2,75)	11,33 (3,00) [*]	$F(1,16) = 6,72, p = ,020, \eta^2 = ,30$ [*]	$p = ,010$ [**]
Y-BOCS Zwangshandlungen	15,43 (2,15)	14,29 (2,56) [***]	13,33 (2,23)	11,92 (3,23)	$F(1,16) < ,01, p = ,933, \eta^2 < ,01$	$p = ,933$

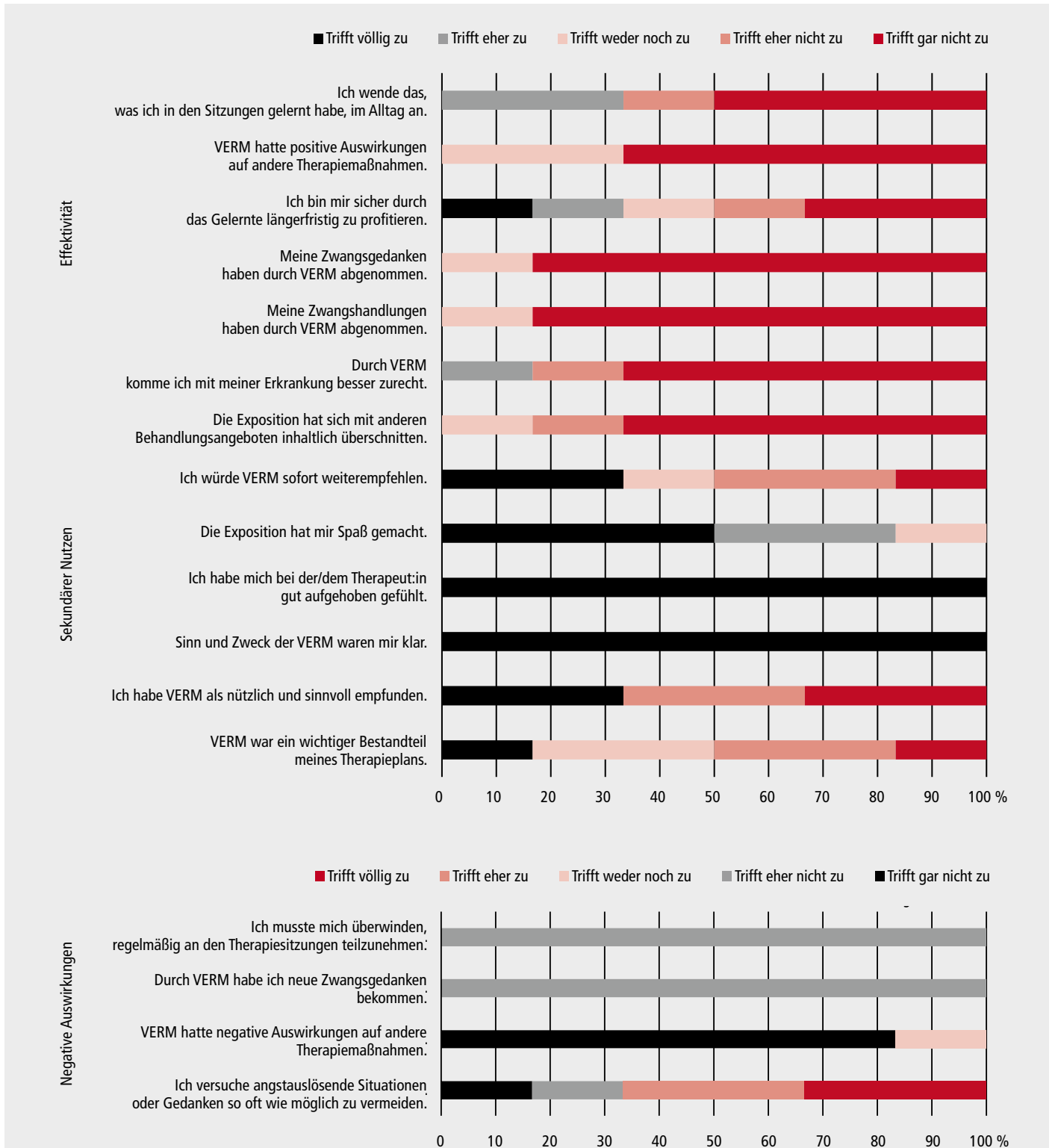
Notes. WG = Wartekontrollgruppe, ITT = intention-to-treat analysis, Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; \* =  $p \leq ,05$ ; \*\* =  $p \leq ,01$ ; \*\*\* =  $p \leq ,005$ ; \*\*\*\* =  $p \leq ,001$ .

# AUS DER PSYCHOTHERAPIE

## Akzeptanz der Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement in Virtueller Realität

Lediglich fünfzig Prozent der Patient\*innen bewerteten VERM positiv und zeigten so eine hohe Akzeptanz gegenüber der Intervention, was jedoch signifikant von unserer Schätzung von 75 % oder mehr abweicht,  $\chi^2 (1) = 34$ ,  $p < ,00001$ . Die Hauptkritik bezog sich auf die subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der VERM, jedoch fühlten sich die Patient\*innen mit der Therapeutin\*dem Therapeuten wohl (Einzelheiten siehe Abbildung 2). Außerdem war die Akzeptanz nicht positiv mit einer Verringerung der Zwangssymptome (Y-BOCS Gesamtscores) korreliert ( $r = ,532$ ), ( $p = ,277$ ).

Abbildung 2: Subjektive Bewertung der VERM (n = 12)





**Kostenlose Video-Seminare**  
mit RAin Düsing + RA Achelpöhler

STUDIENPLATZ-  
KLAGE

**Mi 7. Juni | Mi 21. Juni**  
**Mi 28. Juni | Mi 12. Juli**  
**Mi 26. Juli | Mi 9. Aug.**  
**Mi 23. Aug. | Mi 6. Sept.**

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

**MEISTERERNST  
DÜSING  
MANSTETTEN**

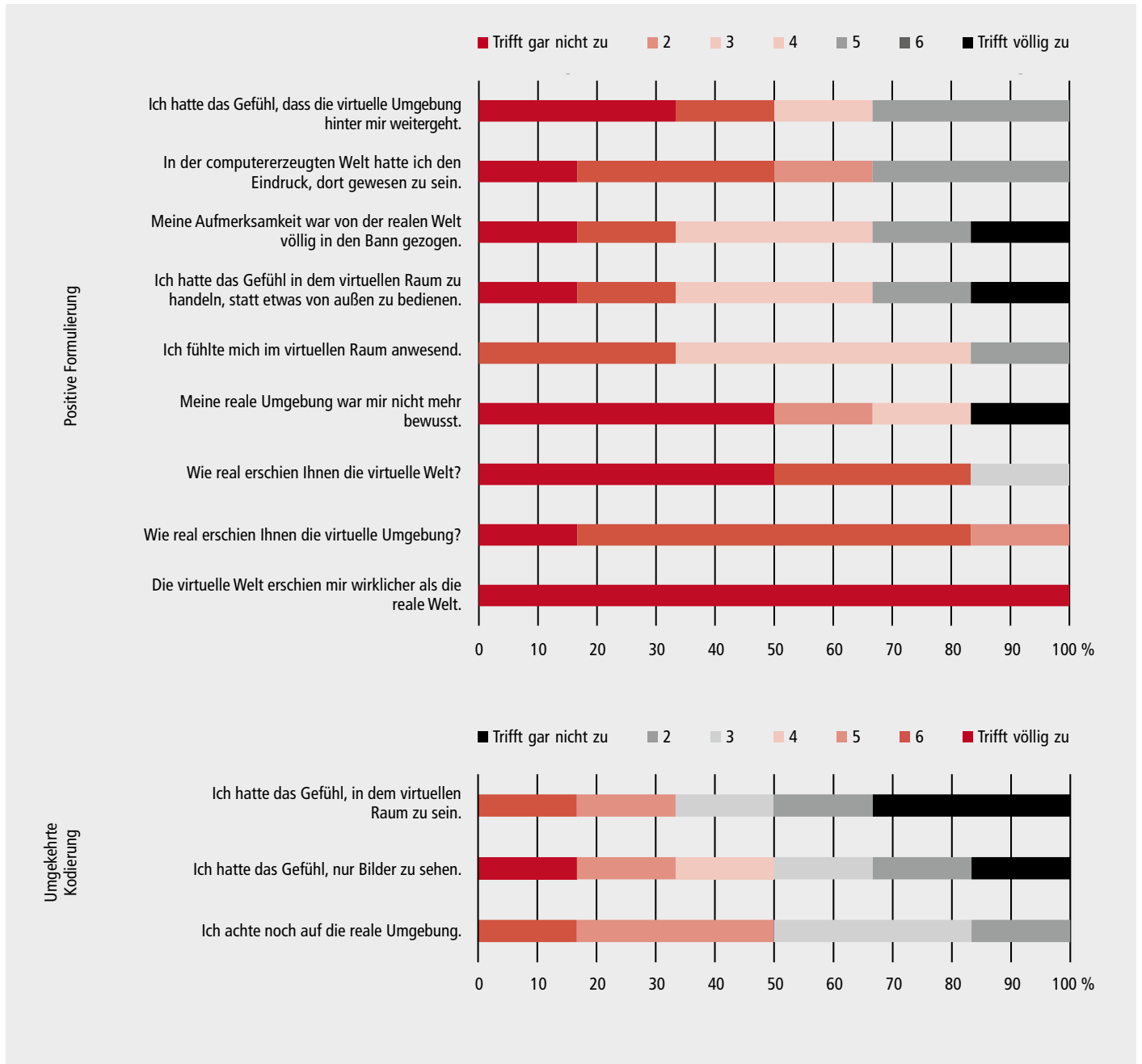
Partnerschaft von  
Rechtsanwältinnen und  
Rechtsanwälten mbB

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

**Präsenzgefühl während Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement in virtueller Realität**

Insgesamt berichteten 32,1 % über ein Präsenzgefühl was signifikant von unserer Schätzung von 75 % oder mehr abweicht,  $\chi^2(1) = 82,29, p < ,00001$ . Die primäre Kritik betraf die Realitätsnähe (87,5 % erlebten keine Realitätsnähe) der VR und wies auf technische Verbesserungen hin (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Fragebogen zum Präsenzgefühl von VERM (n = 12)



## Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Wirksamkeit von VERM und die damit zusammenhängenden Faktoren (das heißt Akzeptanz und Präsenzgefühl) bei Patient\*innen mit Zwangsstörungen zu untersuchen. Entgegen der Hypothese konnte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur WG keine größere Reduktion der Zwangssymptome festgestellt werden. Dieser Befund steht im Widerspruch zur Pilotstudie von Laforest et al. (2016) und anderen Studien, die die Expositionstherapie bei Angststörungen untersuchten (Carl et al., 2019). Dieser unterschiedliche Befund könnte beispielsweise auf Unterschiede zwischen Zwangsstörung und Angststörung, mangelnde Erfahrung der Therapeut\*innen mit der VR-Technik, eine starke aktive Kontrollgruppe, die an ambulanter Therapie teilnehmen konnte (zum Beispiel ERM in vivo), eine kleine Stichprobengröße, nur vier Sitzungen VERM und keiner separaten Betrachtung von Waschen und Kontrollieren in VERM zurückzuführen sein. Weitere Studien mit größeren Stichproben sind erforderlich, um solidere Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Im Gegensatz zu unserer zweiten Hypothese zeigte die subjektive Bewertung von VERM keine hohe Akzeptanz der Intervention, welche jedoch nicht positiv mit einer Verringerung der Zwangssymptome assoziiert war. Dennoch deuten die hohen Werte einzelner Items (zum Beispiel VERM macht Spaß und Sinn und Zweck waren klar) darauf hin, dass die Teilnehmer\*innen offen und bereit waren, an VERM teilzunehmen, und den zusätzlichen Nutzen von VERM erkannten. Die Gesamtkritik an VERM betraf die Wahrnehmung der Wirksamkeit, die durch die technischen Defizite (zum Beispiel das Springen von Gegenständen) beeinträchtigt gewesen sein könnte.

Folglich war das Präsenzgefühl geringer als erwartet (zum Beispiel „Wie sehr glich Ihr Erleben der virtuellen Umgebung dem Erleben einer realen Umgebung?“) und stand in keinem positiven Zusammenhang mit der Verringerung der Zwangssymptome. Die Analyse der Subskalen des IPQ ergab, dass das größte Defizit die Realitätsnähe der VR betraf. Es wird angenommen, dass die Qualität der Technik für die Induktion des Präsenzgefühls mitverantwortlich ist (Slater, 2009) und für zukünftige Studien überarbeitet werden sollte, um eine höhere Induktion des Präsenzgefühls zu erzielen. Zudem könnte man künftig eine andere Skala verwenden, da einige Items sehr konservativ sind (zum Beispiel „Die virtuelle Welt erschien realistischer als die reale Welt.“). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Leben in der virtuellen Umgebung nicht realistisch genug anfühlte, was sich möglicherweise auf die Wirksamkeit und Akzeptanz der Behandlung auswirkte (da sie VERM nicht als wirksam empfanden).

Unsere Ergebnisse sollten ausschließlich unter Beachtung der Einschränkungen der Studie interpretiert werden. Die Ergebnisse basieren auf einer kleinen Stichprobengröße (keine Subgruppenanalyse möglich) und die gesamte Auswertung steht noch aus, die Anzahl der VERM-Sitzungen war gering, die Soft- und Hardware steckt noch in den Kinderschuhen und den Therapeut\*innen fehlt es an praktischer Erfahrung in Bezug auf VR. Zukünftige Studien mit VERM bei Patient\*innen mit Kontroll- und Waschzwang sind notwendig, um beständigere Schlussfolgerungen zu ziehen.

## Schlussfolgerungen

Diese Studie hat unsere Hypothesen in Bezug auf die Wirksamkeit von VERM, die Akzeptanz und das Präsenzgefühl nicht bestätigt. Unsere Ergebnisse geben Aufschluss über erste Ansätze wie man VERM verbessern könnte, um eine realistischere Erfahrung in der VR zu schaffen, was folglich die Wirksamkeit und ebenso die Akzeptanz verbessern könnte. Basierend auf unseren Ergebnissen, wird VERM als nicht aversiv empfunden (zum Beispiel schien die virtuelle Welt realistischer als die reale Welt), und die Abbruchquote in der Interventionsgruppe liegt unter den üblichen 16 % (Dehghan et al., 2022). Dieser Befund weckt die Hoffnung, eine weniger aversive Intervention zu fördern, vor der sich die Patient\*innen nicht scheuen, sie auszuprobieren.



**Luzie Lohse**

M. Sc. Psychologie, Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe klinische Neuropsychologie (UKE Hamburg). Ihr Schwerpunkt liegt in der Entwicklung digital augmentierter Therapien für Menschen mit einer Zwangsstörung. Seit April 2023 Psychotherapeutin in Ausbildung.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter [www.psychotherapieaktuell.de](http://www.psychotherapieaktuell.de).



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

Wissenschaft und Forschung



DPTV Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# REPORT PSYCHOTHERAPIE 2023

SONDERAUSGABE

Psychische Gesundheit  
in der COVID-19-Pandemie

Demnächst online  
unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de)!

Petjo Bangeow

# Prävalenzanstieg der Geschlechtsidentitätsstörung – ein Appell für die differenzial- diagnostische Sorgfalt

Die Zahlen von Geschlechtsidentitätsstörungen steigen. Diagnostische Mittel sind unzureichend, Fehldiagnosen aber folgenreich. Deshalb ist besondere Sorgfalt geboten.



Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) verzeichnen einen enormen Prävalenzanstieg. Seit dem Jahr 2000 liegen die Prävalenzanstiege in vielen europäischen und angloamerikanischen Ländern bei über 1000 % (Lenzen-Schulte, 2023). Mädchen sind deutlich häufiger betroffen als Jungen

**Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) verzeichnen einen enormen Prävalenzanstieg.**

(Twist & de Graf, 2019). Laut einer Studie aus den USA hat sich die Anzahl der Mastek-

tomie unter Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren verdreizehntfach (Tang et al., 2022). Der Einsatz von sogenannten Pubertätsblockern gerät unter Mediziner\*innen zunehmend in die Kritik (Lenzen-Schulte, 2023). Viel zu ungenügend sei die Datenlage über den Einsatz dieser Medikamente, als dass Ärzte und Ärztinnen Betroffene und Eltern über mögliche Chancen und Risiken dieser Intervention beraten könnten (Zepf in Lenzen-Schulte, 2023). Die Anzahl der Betroffenen, die eine Detransition wünschen, wächst und mit ihnen auch die Zahl jener, die juristisch gegen ihre ehemaligen Behandler\*innen vorgehen, mit der Begründung, dass in ihren Fällen zu leichtfertig für eine Geschlechtsangleichung positiv beschieden wurde (Lenzen-Schulte, 2022).

### Über die Rolle der Psychotherapie

Dass sich immer mehr Länder von dem aktuellen Behandlungsprozedere mit Pubertätsblockern abwenden (Lenzen-Schulte, 2023), ist auch für Psychotherapeut\*innen bedeutsam. Denn zur Aufnahme einer solchen Behandlung braucht es in der Regel ein psychologisches Indikationsschreiben. Die zunehmenden Klagen von Betroffenen lassen vermuten, dass viele Indikationsschreiben auf Fehltritten beruhen, zumal für die Diagnostik einer GIS keine validen und reliablen Diagnostikinstrumente zur Verfügung stehen. In Weiterbildungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zur Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz wird von „Transfeindlichen Gutachtern“ gesprochen. Derartige Bezeichnungen schüren einen Konformitätsdruck, der sich zum Nachteil einer diagnostischen Objektivität auswirken kann. Rainer Sachse (2016) weißt für die therapeutische Beziehungsgestaltung darauf hin, sich von eigenen Wertevorstellungen distanzieren zu müssen. Für die Diagnostik ist dies ebenso bedeutsam, um sich nicht aus ideologischen Gründen für oder gegen eine Diagnose auszusprechen.

**Die Anzahl der Betroffenen, die eine Detransition wünschen, wächst und mit ihnen auch die Zahl jener, die juristisch gegen ihre ehemaligen Behandler\*innen vorgehen.**



### Differenzialdiagnostische Sorgfalt ist geboten

Im ICD-10 wird bei der Transsexualität im Kriterium C beschrieben, dass der Wunsch dem anderen Geschlecht anzugehören nicht auf der Grundlage einer anderen psychischen Störung resultieren darf (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012). Dabei wird mit der beispielhaften Nennung einer Schizophrenie ein extremes Beispiel aufgeführt. Neben dieser eher seltenen Störung, gilt dies ebenso für andere psychische Störungen. Zudem ist annehmbar, dass die genannte Überprüfung einer Chromosenenaberration (ebd.) in der Praxis aus pragmatischen Gründen fast nie durchgeführt wird. Zusätzlich ist durch das Kriterium B ein festes Zeitkriterium definiert, ebenso wie in den diagnostischen Kriterien für die Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters. Für diese Diagnose ist wichtig, dass die Pubertät noch nicht eingesetzt hat. Bei Mädchen ist zu beachten, dass der Wunsch ein Junge zu sein, nicht durch kulturelle Vorteile für Jungen begründet sein darf (ebd.).

Bei einer GIS ist eine besondere diagnostische Sorgfalt wichtig, da die Diagnose therapeutische Implikationen nach sich zieht, die bei Fehlbeurteilungen auch irreversible Konsequenzen für die Betroffenen nach sich ziehen können. Eine undifferenzierte Diagnostik widerspricht dem § 5 Abs. 2 Satz 1 & 2 der Sorgfaltspflicht in der Musterberufsordnung. Aus der klinischen Erfahrung in der Arbeit mit den Betroffenen scheinen folgende psychosoziale und differenzialdiagnostische Aspekte besonders bedeutsam.

**Prämorbid soziale Ausgrenzung:** In der Anamnese vieler Betroffener zeigen sich oftmals Phasen von sozialer Ausgrenzung, noch lange bevor sich die GIS herauskristallisierte. Meist gehen diese Phasen bis auf das Grundschulalter zurück und setzen sich dann lange fort. Die sogenannte LGBTQ-Community bietet Menschen, unabhängig von deren sexuellen Präferenzen oder anderen Merkmalen einen niederschweligen Zugang zu einer sozialen Integrität. Das führt bei vielen Jugendlichen mit geringer sozialer Integrität zu einer raschen Identifikation mit der Transidentität, vergleichbar wie es in der empirisch gut belegten „Theorie der sozialen Identität“ postuliert wird (Tajfel & Turner, 1979). Diese Identifikation resultiert jedoch aus einer sozialen Not heraus. Die Betroffenen beginnen in der Folge Merkmale ihres bisherigen Selbstkonzepts, wie zum Beispiel ihr Geschlecht, zu hinterfragen. Entsprechend der „Theorie der sozialen Identität“ führt die Identifikation mit der Gruppe nämlich dazu, dass sie sich nicht mehr als Individuen wahrnehmen, sondern als Gruppenmitglieder. Diese soziale Kategorisierung hat eine Minimierung von Unterschieden innerhalb der Gruppe zur Folge (Kessler & Fritsche, 2018). Nach der erfolgten Identifikation mit dem Merkmal „Transidentität“ wird eben jene als Erklärungswert ihrer sozialen Ausgrenzung herangezogen, was im Sinne einer negativen Verstärkung psychisch entlastend wirken kann.

Eine undifferenzierte Diagnostik widerspricht der Sorgfaltspflicht.

**Soziale Phobien:** Die beschriebenen sozialen Ausgrenzungserfahrungen sind, wie bei den meisten psychischen Leiden, als ein Zusammenwirken zwischen Anlage und Umwelt zu verstehen. Eine geringe soziale Integrität kann somit in Wechselwirkung mit einer psychischen Grunderkrankung stehen, bei welcher die sozial-emotionalen Fähigkeiten des Betroffenen herabgesetzt sind. Ein häufig zu beobachtendes Phänomen im Kindes- und Jugendalter stellt dabei die soziale Phobie beziehungsweise die Störung mit sozialer Ängstlichkeit dar. Diese sollte diagnostisch stets überprüft werden. Hierfür sind neben einer ausführlichen Eigen- und Fremdanamnese standardisierte Testinstrumente wie etwa der Phobiefragebogen für Kinder sinnvoll. Selbstverständlich sollten auch andere Störungen, die defizitäre soziale Fertigkeiten als Kernmerkmal mit sich bringen (zum Beispiel Autismus) bei entsprechenden klinischen Hinweisen dringend berücksichtigt werden.

**Analogie zu Anorexia nervosa:** Bei einem übergeordneten Störungsmodell einer Anorexie, wird davon ausgegangen, dass sozial überangepasste Kinder im Zuge ihrer Pubertätsentwicklung in Identitätskrisen geraten, da zur Entwicklung der Identität eine intensive Auseinandersetzung mit Erwachsenen und Gleichaltrigen (Selbstbehauptung, Individualisierung durch Separation, Entwicklung eigener Wertevorstellungen und anderes) als essenziell zu sehen sind. Somit kommen sie mit ihrer Anpassung schnell an ihre Grenzen, können sie aber nicht ohne weiteres als Copingstrategie verwerfen. Der entstehende Konflikt wird im Zuge einer maladaptiven Autonomieentwicklung auf die körperliche Ebene transferiert. Die GIS bietet für solche Jugendlichen eine ebenso hohe Möglichkeit, Bedürfniskonflikte auf den Körper zu projizieren. Dabei bringt die GIS gegenüber einer Anorexie aber zwei zentrale „Vorteile“ mit sich. Zum einen ist die Projektionsfläche bei einer GIS vielfältiger (soziales Geschlecht, Sexualpräferenz, Fixierung primärer Geschlechtsmerkmale) als bei einer Anorexie. Zweitens wird sie gesellschaftlich legitimiert, wodurch Betroffene in ihrer Störung Validierung erfahren. Beide Störungen haben gemein, dass sie sowohl eine nach Innen gerichtete Aggression (im Zuge einer geringen Selbstakzeptanz gegen den eigenen Körper) sowie eine nach Außen gerichtete Aggression darstellen. Letzteres spiegelt sich oftmals in einem Autonomiekonflikt zwischen den Betroffenen und deren Angehörigen wider, in dem die Angehörigen starken Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit ausgesetzt werden, was sich bei einer entsprechenden Beziehungsdynamik positiv verstärkend auf den Symptomträger auswirken kann.



**Diskussion**

Die hier skizzierten Ansätze sind nicht datenbasiert und können lediglich als eine Orientierung in der Diagnostik der GIS verstanden werden. Eine differenzierte Begutachtungsrichtlinie wurde vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020) herausgearbeitet. Es wird Aufgabe der Wissenschaft sein, den enormen Prävalenzanstieg der GIS erklärbar zu machen, sowie diagnostische und therapeutische Konsequenzen daraus abzuleiten. Dafür ist es nötig, dass psychologische, medizinische und soziale Forschungsansätze interdisziplinär verknüpft werden. Eine wichtige Aufgabe der Wissenschaft besteht darin, sich nicht von Konformitätseinflüssen vereinnahmen zu lassen, sondern objektivierbare Erkenntnisse hervorzubringen.

Es ist davon auszugehen, dass sich Fachleute in jedem Behandlungsfall ihrer Sorgfaltspflicht bewusst sind und in der Mehrheit der Praxen gründliche differenzialdiagnostische Überlegungen vorgenommen werden. Die Praxis zeigt aber auch Extremfälle, in welchen Indikationsschreiben in Form von Dreizeilern nach nur wenigen Patient\*innenkontakten ausgestellt werden. Menschen dürfen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität keine Diskriminierung erfahren.

Betroffene einer GIS müssen Hilfe erhalten. Der Anstieg der zunehmenden Klagen von Betroffenen einer GIS, welche im Zuge ihrer medikamentösen Behandlung mit Folgen zu kämpfen haben, zeigt aber auch, dass diesen Hilfemaßnahmen eine differenzierte Problemanalyse vorangehen muss. Erst nach einer objektiven Erfassung und Beurteilung der zugrundeliegenden psychischen Wirkmechanismen sind die Grundlagen für eine aufgeklärte Einwilligung in eine medizinische Behandlung der GIS gegeben. Das individuelle Menschenbild des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin sollte von einer Diagnostik bestmöglich abgegrenzt werden. Anderenfalls wird die Lösung schnell zum eigentlichen Problem. Denn auch das Nichtwahrnehmen von zugrundeliegenden psychischen Leiden hinter einer GIS, ist als ein Schaden für jeden Betroffenen zu verstehen.

**Das individuelle Menschenbild sollte von einer Diagnostik bestmöglich abgegrenzt werden.**

Der nun in die Kritik geratene Einsatz von Pubertätsblockern lässt als Fazit zu, dass das höchste Gebot in der Medizin weiterhin die Einhaltung von Qualitätsstandards sein sollte. Das bedeutet, keine flächendeckende Verordnung von Medikamenten vor einer wissenschaftlichen Evidenz.



**Dr. phil. Petjo Bangeow**  
Niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis. Landesvorsitzender der DPtV in Brandenburg.

**»»** Begutachtungsanleitung/Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V zu Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0): <https://t1p.de/hvkk3>

**»»** Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter [www.psychotherapieaktuell.de](http://www.psychotherapieaktuell.de).



**Unsere Fortbildungen:  
Ein bisschen wie Urlaub!**

**Bio-Seehotel  
Zeulenroda**  
**29. - 30.06.2023**  
Impact-Technik-Seminar  
**beantragt mit ca. 13 CME**

**Landhaus Flottbek  
Hamburg**  
**15. - 16.09.2023**  
Einführung in die  
Psychodynamik  
**beantragt mit ca. 16 CME**

**StrandResort  
Markgrafenthal**  
**01. - 02.09.2023**  
Achtsamkeitsbasierte  
Stressbewältigung  
**beantragt mit ca. 16 CME**

**Collegium  
Glashütten**  
**02. - 05.10.2023**  
Selbsterfahrung mit Hilfe  
von Impact-Techniken  
**akkreditiert mit 32 CME**

Weitere Informationen und Buchungsmöglichkeiten erhalten Sie über das Fortbildungsportal [www.smetis.de](http://www.smetis.de), oder Sie kontaktieren uns direkt:

Tel.: 0441 390 112 00  
Mail: [info@psycultus.de](mailto:info@psycultus.de)  
Website: [www.psycultus.de](http://www.psycultus.de)







Anke Pielsticker, Dieter Best, Christina Jochim

# Keine Novellierung der GOÄ/GOP in Sicht – was nun?

Wie gehen wir als Psychotherapeut\*innen damit um?

Die psychotherapeutische Behandlung von Privatversicherten wird inzwischen wesentlich geringer vergütet als die psychotherapeutische Behandlung von gesetzlich Versicherten. Der Druck auf das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Novellierung der GOÄ/GOP ist weiterhin hoch. Die Verantwortung für die Jahrzehnte des Stillstands trägt die Politik. Eine Verabschiedung einer novellierten GOÄ/GOP innerhalb dieser Legislaturperiode wird kaum noch erwartet. Wir sehen nun dringenden Handlungsbedarf und empfehlen, erhöhte Steigerungssätze anzuwenden und gegebenenfalls auch Honorarvereinbarungen abzuschließen. Privatpatient\*innen sollten in der ambulanten Versorgung nicht schlechter gestellt werden als gesetzlich Versicherte.

## Historische Verknüpfung der GOP mit der GOÄ

Eine eigenständige Novellierung der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (GOP) ist isoliert nicht möglich. Denn die GOP ist mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verbunden. Vorteilhaft daran ist eine für Ärzte\*Ärztinnen und PP/KJP einheitliche Vergütung. Der Nachteil ist die Übernahme des völlig veralteten Leistungskatalogs der GOÄ und ihrer Honorare. In der GOP ist auch nicht geregelt, welche Leistungen der Abschnitte B und G tatsächlich von PP und KJP abgerechnet werden können, denn nicht alle der dort aufgeführten Leistungen sind berufsspezifische Leistungen der PP/KJP und bei manchen Leistungen ist es zumindest strittig. Die Beihilfe geht noch einen Schritt weiter und erstattet bei manchen Leistungen keine Kosten,

wenn sie von PP und KJP erbracht werden. Ein Beispiel hierfür ist die GOÄ-Nummer 849 (Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten), die unverständlichlicherweise nur dann erstattet wird, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin abgerechnet wird.

## Privatpatient\*innen schlechter gestellt als gesetzlich Versicherte

Die GOÄ wurde zuletzt 1996 angepasst und besteht nunmehr seit 27 Jahren unverändert fort. Eine Novellierung der GOÄ ist daher längst überfällig. Bereits 2019 wurde in einer Veröffentlichung von Dieter Best (Psychotherapie Aktuell 4.2019) auf die Einkommensverluste für psychotherapeutische Praxen durch Privatbehandlungen hingewiesen. Die in 2019 bereits dargelegte bestehende Einkommensschere hat sich mit den weiteren Honorarerhöhungen für GKV-Versicherte noch weiter vergrößert. Die Bewertungen für eine psychotherapeutische Sitzung gemäß GOP bei 2,3-fachem Satz liegen weiterhin unterhalb der Bewertung im EBM. Privatpatient\*innen drohen daher in der Versorgung benachteiligt zu werden. Dennoch hat die Politik in den letzten Jahren nicht reagiert.

Eine Novellierung der GOP ist jedoch nicht nur aus honorarpolitischen Erwägungen indiziert. Die GOP ist auch nicht an die inzwischen neu in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommenen Leistungen wie etwa die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung, die Rezidivprophylaxe, die Systemische Therapie oder die Neuropsychologische Psychotherapie angepasst worden. Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte

einen Anspruch haben, werden privat Versicherte vorenthalten oder müssen umständlich mit sogenannten Analogziffern abgerechnet werden.

Der ausführliche Beitrag „Einkommensverluste durch Privatbehandlungen“ ist online veröffentlicht als „DPTV Hintergrund 2.2019“: <https://t1p.de/ae7zi>

Darin finden Sie unter anderem Wissenswertes zu:

- Exkurs: Beihilfe
- Wann sind Überschreitungen des Schwellenwertes gerechtfertigt?
- Was sind gute Begründungen, die in der Rechnung stichwortartig hinter einer Leistung anzugeben sind?
- Honorarvereinbarung
- Muster einer Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ

### Grundlegende Veränderung der Struktur der Gebührenordnung erforderlich

Der Reformentwurf der GOÄ sieht auch eine grundlegende Veränderung der Struktur vor. Es ist vorgesehen, die bisherigen Steigerungssätze abzuschaffen und stattdessen einen robusten Einheitsatz anzuwenden. Es muss damit nicht mehr für jede Sitzung eine individuelle Begründung für einen Steigerungssatz angegeben werden. Vielmehr wurde auch eine Kalkulationszeit zum Beispiel für die geforderten Dokumentationspflichten berücksichtigt. Die Höherbewertung des Zeitaufwands ist daher im Wesentlichen für die finanzielle Höherbewertung der Leistung verantwortlich. Damit wird die tatsächlich investierte Zeit und Leistung in der neuen Struktur der GOÄ adäquat berücksichtigt. Die geplante Novellierung der GOÄ ist damit wesentlich differenzierter und bildet die psychotherapeutischen Leistungen deutlich besser ab als die bisherige GOÄ. An den Beratungen zu den psychotherapeutischen Leistungen war die BPTK von Anfang an einbezogen. Ende 2022 hat die Bundesärztekammer dem Ministerium für Gesundheit zuletzt einen aktuellen GOÄ-Entwurf vorgelegt. Ein Großteil der Weiterentwicklungen und Anpassungen sind dabei fachlich völlig unstrittig und bereits mit der Privaten Krankenversicherung sowie der Beihilfe konsentiert. Die Reform der GOÄ wurde jedoch nicht in den Koalitionsvertrag übernommen und hat auch im BMG keine Priorität. Ein modernes Vergütungssystem für privatversicherte Patient\*innen bleibt damit auf der Strecke.

### Keine Gesundheitspolitik auf dem Rücken der Patient\*innen

Die stagnierende gesundheitspolitische Diskussion geht zu Lasten der Patient\*innen. Das darf nicht sein und widerspricht unserem Berufsethos. Die Anwendung eines erhöhten Steigerungssatzes scheint manchmal eine pragmatische Lösung. Jedwede Anpassung der Honorare für Privatversicherte durch erhöhte Steigerungssätze der GOÄ sollte mit der nötigen Sensitivität umgesetzt werden. Dass Psychotherapeut\*innen die finanzielle Situation ihrer Patient\*innen bei der Entscheidung, den Schwellenwert zu überschreiten, mitberücksichtigen, dürfte selbstverständlich sein<sup>1</sup>.

Primär richtet sich der Druck auf die Politik. Die privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen müssen die begründeten Steigerungssätze als legitim ansehen. Doch zunächst schulden Patient\*innen den Psychotherapeut\*innen das in Rechnung gestellte Honorar. Werden Leistungen nicht oder nur teilweise erstattet, geht das zu deren Lasten. Es bleibt jedoch im Ermessen der Psychotherapeut\*innen in Einzelfällen auch auf den vollen Rechnungsbetrag zu verzichten<sup>2</sup>.

### Regelsatz reicht bei weitem nicht mehr aus

Bei dem üblichen 2,3-fachen GOÄ-Satz liegt die Privatleistung deutlich unter der Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen. Ohnehin ist die Behandlung von Privatpatient\*innen wegen des meist höheren bürokratischen Aufwands bei der Antragstellung und Abrechnung nicht besonders attraktiv für vertragspsychotherapeutische Praxen. Best zeigte 2019 bereits auf, in welcher Höhe Privatbehandlungen nun auch zu wirtschaftlichen Verlusten führen. In 2023 sind die Verluste noch deutlicher, wie wir hier beispielhaft anhand von Wochenumsätzen von Praxen mit vollen Versorgungsaufträgen und durchschnittlich 30 Sitzungen Psychotherapie pro Woche noch einmal darlegen. Bei den GKV-Einnahmen wurden der aktuelle Orientierungswert 2023 (11,4915 Cent) und die Strukturzuschläge entsprechend der Auslastung nach dem Berechnungsmodus des aktuellen Beschlusses des Bewertungsausschusses zugrunde gelegt. Die Strukturzuschläge sind umso höher, je mehr Sitzungen mit GKV-Patient\*innen durchgeführt werden. Bei den GOP-/GOÄ-Honoraren wurde der 2,3-fache Steigerungssatz zugrunde gelegt.

<sup>1</sup> Dieter Best in D. Best, B. Kleiniken, R. Hess, L. Krimmel, Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), Deutscher Ärzte-Verlag

<sup>2</sup> § 14 Musterberufsordnung-Psychotherapeuten – Honorierung und Abrechnung

**Tabelle 1: Umsatz bei 30 Sitzungen pro Woche (VT)**

	davon 30 GKV	davon 0 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung*	116,64 €	0,00 €	
Umsatz/Woche	3.499,20 €	0,00 €	3.499,20 €
	davon 27 GKV	davon 3 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung	115,14 €	100,55 €	
Umsatz/Woche	3.108,78 €	301,65 €	3.410,43 €
Differenz			-88,77 €

**Tabelle 2: Umsatz bei 30 Sitzungen pro Woche (TP/AP)**

	davon 30 GKV	davon 0 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung*	116,64 €	0,00 €	
Umsatz/Woche	3.499,20 €	0,00 €	3.499,20 €
	davon 27 GKV	davon 3 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung	115,14 €	92,50 €	
Umsatz/Woche	3.108,78 €	277,50 €	3.386,28 €
Differenz			-112,92 €

\*) inklusive Strukturzuschlag, der bei 30 Sitzungen Einzeltherapie circa 8,50 Euro und bei 27 Sitzungen Einzeltherapie circa 7,00 Euro beträgt



Werden im Rahmen eines vertragspsychotherapeutischen Sitzes Privatbehandlungen durchgeführt, gibt es einen doppelten negativen Effekt: Sie bringen weniger Sitzungshonorar und senken den Strukturzuschlag für alle GKV-Patient\*innen in der Praxis. Im Ergebnis führen bei den obigen Beispielen drei Privatbehandlungsstunden pro Woche zu einem Verlust von 88,77 Euro bei der VT und von 112,92 Euro bei der TP/AP.

**Erhöhte Steigerungssätze bei der Anwendung der GOP empfohlen**

Die DPTV empfiehlt ihren Mitgliedern die Anwendung erhöhter Steigerungssätze. Im Einzelfall kann vor einer Behandlung auch eine abweichende Honorarvereinbarung abgeschlossen werden. Sofern einzelne Leistungen über den üblicherweise angewandten 2,3-fachen Steigerungssatz hinaus gesteigert werden, braucht dies eine individuelle Begründung in den Rechnungen. In unserem DPTV-Infoblatt „GOP/GOÄ – Steigerungssätze“ haben wir hierzu ausführliche Informationen sowie Beispiele für Begründungen aufgeführt. Sofern die Begründung für die privaten Krankenkassenversicherungen und die Beihilfestellen im Einzelfall nachvollziehbar und angemessen ist, wird ein erhöhter Steigerungssatz erstattet.

Sofern jedoch regelhaft eine Steigerung über den sogenannten Schwellenwert erfolgt, bietet es sich an, mit den Patient\*innen eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ vor Beginn der Behandlung abzuschließen. Den nicht erstattungsfähigen Betrag müssen dann die Patient\*innen selbst bezahlen.

In der Honorarvereinbarung wird das Honorar für die jeweiligen Leistungen, deren Sätze gesteigert werden sollen, benannt. Wir halten es für angemessen, zumindest eine Angleichung des Honorars an die Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen vorzunehmen. Dementsprechend wäre denkbar, im Rahmen einer Honorarvereinbarung einen Steigerungssatz von 3,1 für Verhaltenstherapie (sowie analog für Systemische Therapie und Neuropsychologische Psychotherapie) und von 3,35 für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie zu vereinbaren. Diese Honorarhöhe von 135,53 Euro beziehungsweise 134,74 Euro entspricht in etwa dem Honorar für eine Einzelsitzung nach EBM ab 1. Januar 2023 unter Einbezug des Strukturzuschlags bei Vollausslastung und des Zuschlags für die Kurzzeittherapie der Vertragspraxen.

Die DPTV hat ihre Informationen zu Steigerungssätzen und Honorarvereinbarung dementsprechend aktualisiert und stellt Ihren Mitgliedern auch eine Muster-Honorarvereinbarung zur Verfügung. Die aktualisierten Informationen können unter [www.dptv.de/wissensdatenbank](http://www.dptv.de/wissensdatenbank) nachgelesen und heruntergeladen werden.

### Individuelle Begründungen für einen erhöhten Steigerungssatz erforderlich

Nach der GOÄ<sup>3</sup> kann das Honorar ohne weitere Begründung zwischen dem einfachen Satz und der „Begründungsschwelle“ berechnet werden (das ist allgemein der 2,3-fache Steigerungssatz, bei technischen Leistungen und Testverfahren der 1,8-fache Steigerungssatz). Der GOÄ-Höchststeigerungssatz liegt bei 3,5 (abgesehen von der Regelung in einer Honorarvereinbarung, die das abändern könnte). Technische Leistungen und Testverfahren können maximal 2,5-fach gesteigert werden. Bei Zuschlägen und Schreibgebühren ist lediglich der einfache Gebührensatz in Ansatz zu bringen, eine Steigerung ist ausgeschlossen. Honoraransätze zwischen dem 2,3-fachen und 3,5-fachen Steigerungssatz müssen in jedem Falle auf der Rechnung gesondert begründet werden. Die schriftliche Begründung muss auf die einzelne Leistung bezogen und für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar sein<sup>4</sup>.

Auf Verlangen der Patient\*innen muss die Begründung näher erläutert werden, woraus im Umkehrschluss folgt, dass auf der Rechnung eine stichwortartige Darstellung reicht (so auch der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg)<sup>5</sup>. Die Begründung für einen Multiplikator kann auch zusammenfassend am Schluss der Rechnung oder auf einem gesonderten Blatt erfolgen, aber sie sollte niemals schematisch sein, was zum Beispiel auch der Fall wäre, wenn ausnahmslos Höchstwerte berechnet würden.

### Die Schweigepflicht als „Stolperstein“ für die individuelle Begründung

Eine häufiger im Gesundheitsrecht auftretende „Holrigkeit“ ist, dass die allermeisten Vorschriften sich am Arztbild orientierten und die Besonderheiten der Psychotherapie, wie die ganz besondere Sensibilität von Patient\*innendaten, nicht extra berücksichtigen. Insofern wird nicht verkannt, wie delikat die Begründungspflicht auf der Rechnung sein kann. Dennoch muss individuell ein Weg zu einer schlüssigen Darstellung gefunden werden. Bei der inhaltlichen Begründung sollte daher darauf Rücksicht genommen und auf detailreiche oder gegebenenfalls sogar stigmatisierende Ausführungen verzichtet werden.

### Bemessungskriterien für erhöhte Steigerungsfaktoren

Die GOÄ<sup>6</sup> gibt vor, was Bemessungskriterien für Steigerungen sind: Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände bei der Ausführung. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalls begründet sein. Eine Schwierigkeit in der einzelnen Leistung kann bei Komplikationen wie einer schwierigen Differentialdiagnostik, erschwerende Symptomvielfalt oder einer körperlichen Begleiterkrankung vorliegen.

Bei Probatorischen Sitzungen ist in der Regel von einem erhöhten Aufwand auszugehen, zum Beispiel durch

- erhöhten Aufwand durch Intensive Vor- und Nachbereitung der Sitzung zur Abklärung der Diagnose,
- erhöhten Aufwand durch intensive Vorbereitung der Sitzung zur Besprechung der Testdiagnostik vor dem Hintergrund der biografischen Angaben,
- erhöhten Aufwand durch intensive Nachbereitung der Sitzung zur Erarbeitung eines weiterführenden Behandlungskonzepts.

Bei der Durchführung der Behandlung können Schwierigkeiten zum Beispiel begründet werden durch

- Komplexität der Erkrankung aufgrund vorliegender psychischer oder somatischer Komorbidität,
- erschwerte Behandlung durch Störung der Aufmerksamkeitsleistungen bei Post-Covid-Syndrom,
- erhöhten Aufwand durch Chronizität der Erkrankung und multifaktorieller Bedingungen.

Die Schwierigkeit einer Maßnahme rechtfertigt aber nicht die generelle Verwendung eines höheren Multiplikators. Allerdings kann die Schwierigkeit der einzelnen Leistung auch in der Schwierigkeit des Krankheitsfalls selbst begründet sein (zum Beispiel erhöhter Aufwand durch erschwerten interaktionellen Zugang bei psychotischem Residuum, chronifiziertes Krankheitsbild). Dies muss dann aber auch auf den Fall bezogen erläutert werden. Die allgemeine Formulierung „sehr schwierig“ reicht nach Ansicht der Rechtsprechung nicht aus<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> § 5 GOÄ – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses; Satz 1

<sup>4</sup> § 12 Abs. 3 GOÄ - Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung

<sup>5</sup> Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil v. 7. Juni 1994, Akz.: 4 S 166/91

<sup>6</sup> § 5 GOÄ - Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses, Satz 2

<sup>7</sup> Z. B. Verwaltungsgericht Göttingen, Urteil vom 22.2.1999 – Akz.: 3 A 3081/96

Der besondere Zeitaufwand soll schon außergewöhnlich sein, zum Beispiel wenn eine Anamnese besonders lange dauert oder ein ungewöhnlich ausführliches Gutachten geschrieben werden muss, weil die Vorgeschichte der Patientin\*des Patienten besonders umfangreich ist. Ein hoher Zeitaufwand (mit Angabe der Zeitdauer) ist auch denkbar, wenn dieser bei Leistungen, die die Angabe einer Mindestzeit verlangen, erheblich über der Mindestzeit liegt; eine erhebliche Überschreitung wird bei 50 oder mehr Prozent über der Mindestdauer veranschlagt.

Bei dem Kriterium Ausführung könnten zum Beispiel Expositionsbehandlungen im Rahmen der GOP 870 in der Verhaltenstherapie außerhalb der Praxis in Betracht kommen. Auch eine hohe Dringlichkeit, ein Notfall außerhalb der Praxis, eine Erbringung der Leistung zur Unzeit, das heißt außerhalb der üblichen Sprechstundenzeit stellen einen erhöhten Aufwand dar. Sieht die GOÄ für Leistungen zur Unzeit jedoch Zuschläge vor, wie es bei einigen Grundleistungen des Abschnitts B möglich ist, sind diese anzuwenden und eine darüberhin-

ausgehende Steigerung der Gebühr aus Gründen der Unzeit ist nicht möglich. Die für Videositzungen notwendige technische Ausrüstung ist ebenfalls ein besonderer Umstand der Leistungsausführung. Eine Steigerung um den Faktor 2,6 oder 2,8 mit der Begründung „Erhöhter Aufwand durch erschwerten interaktionellen Zugang während der Videobehandlung“ wird seit einiger Zeit von den Privatversicherern verbreitet anerkannt.

Unzulässige Begründungen sind zum Beispiel mit der Leistungserbringung verbundene Kosten oder eine besondere therapeutische Erfahrung – einen „Koryphäenzuschlag“ kennt die GOÄ nicht. Allerdings ist damit wiederum nicht eine besondere Qualifikation aufgrund einer fachlichen Weiterbildung gemeint, wenn sie im Behandlungsfall indikationsgerecht zum Einsatz kommt. Unzulässig ist es ferner, einen erhöhten Steigerungssatz mit dem Zurückbleiben der Privathonorare hinter dem EBM zu begründen. Nicht ausreichend sind auch „Leerformeln“ wie „hoher Zeitaufwand“ oder „erhöhte Schwierigkeit“ ohne weitere spezifische Angaben.

Ihr Ticket für einen effizienten Praxisalltag
psyx

**TICKET-TYP**  
psyx – Praxissoftware für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

**ROUTE**  
[mein.medatixx.de/psychotherapeuten.html](http://mein.medatixx.de/psychotherapeuten.html)

**GÜLTIG**  
mindestens 1 Jahr

**PREIS**  
ab 34,90 Euro

**KLASSE**  
SupportPlus

**MOBIL EINSETZBAR**  
Ja

**JETZT TICKET SICHERN:**  
[mein.medatixx.de](http://mein.medatixx.de)

monatlich ab

34,90 Euro\*

- keine einmalige Lizenzgebühr
- 12 Monate Mindestvertragslaufzeit

Mit der **Praxissoftware psyx** haben wir eine Lösung speziell für Sie als psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entwickelt. Damit unterstützen wir Sie effektiv bei Ihren täglichen Prozessen in der Praxis.

Ihr persönliches psyx-Ticket ist ab **monatlich 34,90 Euro\*** erhältlich, verzichtet auf eine einmalig zu zahlende Lizenzgebühr und ist für **mindestens 12 Monate** gültig.

Die Praxissoftware enthält vielfältige Funktionen, die Sie mit **verschiedenen Add-ons** zusätzlich erweitern können. Lassen Sie sich von unserer Route überzeugen und bestellen Sie Ihre Eintrittskarte in einen neuen Praxisalltag!

\*Preis monatlich, zzgl. MwSt., Mindestvertragslaufzeit 12 Monate.

Foto: © Pictur / Adobe Stock

Die Gründe für die höheren Steigerungssätze stehen nicht im freien Ermessen der Behandler\*innen. Sie sind vielmehr rechtlich voll nachprüfbar. Sie sind die Ausnahme und nicht die Regel, so das Bundesverwaltungsgericht<sup>8</sup>.

Sofern einzelne Tarife der privaten Krankenversicherungen eine Beschränkung auf das 2,3-fache vorsehen sollten, so gilt auch hier der Grundsatz, dass ein Vertragsverhältnis nur zwischen Patient\*in und Psychotherapeut\*in besteht. Nach welchen Bedingungen der Kostenträger erstattet, braucht die Psychotherapeut\*innen prinzipiell nicht zu interessieren. Allerdings trifft sie nach dem Patientenrechtgesetz (§ 630c BGB) die Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung, also den Hinweis zu erteilen, dass gegebenenfalls Tarifbestimmungen der Versicherung der Patient\*innen keine volle Kostendeckung bieten. Der von der DPTV für Mitglieder zur Verfügung gestellte Muster-Therapievertrag mit Patient\*innen-Merkblatt enthält diese Belehrung.

### Wie eine Honorarvereinbarung auszusehen hat, regelt die GOÄ

Paragraf 2 GOÄ<sup>9</sup> bestimmt, wie eine Honorarvereinbarung auszusehen hat und was mit ihr möglich ist. Danach ist die Vereinbarung eines Pauschalpreises nicht erlaubt. Und zwar auch nicht mit der Begründung, dass es sich um eine in der GOÄ nicht erwähnte, neue oder ganz andere Leistung handelt; hier wäre gegebenenfalls an eine Analogberechnung gemäß § 6 GOÄ zu denken. Eine pauschale Regelung, alle psychotherapeutischen Leistungen mit dem x-fachen Satz abzurechnen, ist ebenfalls nicht zulässig. Dasselbe gilt für zeitgebundene Pauschalhonorare. Ferner können weder die Punktzahl einer GOÄ-Leistung noch der GOÄ-Punktwert verändert werden.

Abgeändert werden kann nur der Gebührensatz, das heißt, statt des in der GOÄ aufgeführten Ein-fachsatzes kann ein vierfacher, fünffacher, sechsfacher, x-facher Gebührensatz vereinbart werden. Es ist möglich, sämtliche abdingbaren Gebühren der Gebührenordnung oder nur solche in einzelnen Abschnitten oder nur für bestimmte einzelne Leistungen abzuändern. Es kann auch für einzelne Abschnitte oder Leistungen eine unterschiedliche Höhe der Sätze vereinbart werden. In der Honorarvereinbarung wird das Honorar für die jeweiligen Leistungen, deren Sätze gesteigert werden sollen, genau benannt. In der Regel werden Therapiesitzungen aufgeführt; es können auch andere oder einzelne Leistungen in die Honorarvereinbarung aufgenommen werden.

Weitere Erklärungen, wie zum Beispiel eine Begründung für den erhöhten Steigerungssatz, darf das Schriftstück nicht enthalten und beide Seiten müssen unterschreiben (gegebenenfalls auf dem jeweils anderen Exemplar).

### Der „richtige“ Zeitpunkt für eine Honorarvereinbarung

Honorarfragen sind gemäß § 14 unserer Musterberufsordnung zu Beginn der Leistungserbringung zu klären. Die Vereinbarung ist schriftlich und zu Beginn der Behandlung individuell zu schließen. Die Erhöhung des Steigerungssatzes ist während einer laufenden Behandlung mittels einer Honorarvereinbarung berufsrechtlich nicht möglich. Die Honorarvereinbarung bezieht sich dabei nur auf einzelne, jeweils in der Vereinbarung genannte Leistungen.

### Angemessene Vergütung ist Teil einer guten Versorgung

Mit einer angemessenen Vergütung sollten auch Privatversicherte in der Versorgung nicht benachteiligt werden. Eine (mindestens) äquivalente Vergütung für die Behandlung von Privatversicherten und GKV-Versicherten ist eine wichtige Voraussetzung, um die Versorgung aller Patient\*innen sicherzustellen. Auf diese Weise sollte auch für Patient\*innen gewährleistet sein, eine qualitativ hochwertige Behandlung zu erhalten.

Eine individuelle Begründung für einen erhöhten Steigerungssatz auf der Rechnung ist bei Vorliegen einer Honorarvereinbarung nicht mehr erforderlich.



<sup>8</sup> Bundesverwaltungsgericht, Urteil v. 17.2.1994 – AZ: 2 C 10/92

<sup>9</sup> § 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – Abweichende Vereinbarung



**Dr. Anke Pielsticker**

Psychologische Psychotherapeutin, stellv. Bundesvorsitzende der DPTV, Vorstandsmitglied der DPTV Bayern. Seit 2003 Niederlassung mit Kassensitz in München und seit 2008 Leitung des Instituts für Schmerztherapie München. Vorstandsmitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied in diversen Ausschüssen der KV Bayern, Mitglied des DPT, Mitglied des Vorstands und der Delegiertenversammlung der PTK Bayern.



**Dieter Best**

Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, selbstständig in eigener psychotherapeutischer Praxis (VT) in Ludwigshafen. Gebührenordnungsbeauftragter der Bundespsychotherapeutenkammer.



**Dr. Christina Jochim**

Psychologische Psychotherapeutin, tätig in einer Klinik und eigener Praxis in Berlin, stellv. Bundesvorsitzende der DPTV, Vorsitzende der DPTV Berlin, Vorstandsmitglied und Delegierte der Psychotherapeutenkammer Berlin, Bundesdelegierte des Deutschen Psychotherapeutentags, stellv. Mitglied im Unterausschuss „Psychotherapeutische und Psychiatrische Versorgung“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).



## Einladung zur Live-Online-Präsentation: „Altersvorsorge für Psychotherapeut:innen“

**STÖVER**  
FINANZPLANUNG

Wenn Sie sich bezüglich Ihrer Altersvorsorge noch unsicher sind oder sich einfach umfassender informieren möchten, laden wir Sie herzlich zu unserer 60-minütigen Live-Online-Präsentation ein!

### Nach dieser Präsentation 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 sinnvoll ist, die Ruhestandsplanung nicht auf die lange Bank zu schieben.

Nehmen Sie Ihre Altersvorsorge selbst in die Hand und lassen Sie sich jetzt unverbindlich zur Teilnahme vormerken.

### Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der Stöver Finanzplanung GmbH & Co KG



Hier kostenfrei  
& unverbindlich  
anmelden!



Joachim Radtke

# Gemeinsam Hürden überwinden: aus der therapeutischen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen



Die Vorstellung mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen therapeutisch zu arbeiten, stellt für manche von uns Fachkräften eine gewisse Hürde dar. Ich möchte einige allgemeine, möglicherweise hemmende Umstände aufgreifen und mit meinen eigenen Erfahrungen verknüpfen.

Seit den großen Flüchtlingsbewegungen im Jahre 2015 ist die Not geflüchteter Menschen stark im Fokus der Öffentlichkeit. Grundsätzlich ist diese Tendenz positiv zu bewerten, da die Personengruppe der Geflüchteten in der Tat einen hohen psychosozialen beziehungsweise psychotherapeutischen Hilfebedarf hat. Neben dem positiven Effekt der stärkeren Sensibilisierung besteht jedoch auch die Gefahr, dass geflüchteten Kindern und Jugendlichen zögerlich oder nicht passende psychotherapeutische Hilfe zukommt. Neben den zum Teil sehr hohen strukturellen Hürden ist die Vorstellung weit verbreitet, dass Geflüchtete mehr oder weniger per se „traumatisiert“ sind. Außerdem gäbe es hohe sprachliche und kulturelle Hürden, die Psychotherapie erschweren, wenn nicht unmöglich machen. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK im Jahre 2018<sup>1</sup> zeigte, dass rund drei Viertel der Schutzsuchenden unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren haben und (tatsächlich) oft mehrfach traumatisiert sind. Die Befragten stammten hierbei aus Syrien (46,5 %), Irak (35,6 %) und Afghanistan (17,9 %). Diese Länder waren und sind Länder mit jahrelang anhaltenden kriegerischen Auseinandersetzungen, geringer politischer Stabilität, einer allgemein fragilen Sicherheitslage und zum Teil

langen Fluchtwegen. Ende 2022 stammten dagegen rund 80 % der Schutzsuchenden (etwa eine Million Menschen) in Deutschland aus der Ukraine. Ein Land in dem Krieg über Nacht ausbrach und unmittelbar die größte innereuropäische Fluchtbewegung nach dem zweiten Weltkrieg zur Folge hatte. Viele der Geflüchteten aus der Ukraine dürften den direkten Kampf- und Kriegshandlungen rechtzeitig entkommen sein, sodass eine ähnliche Befragung wie 2018 zu anderen Ergebnissen führen dürfte. Trotzdem ist eine Flucht eine Erfahrung, die für die betroffenen Menschen in der Regel eine schwere psychische Belastung darstellt. Hier ist eine individuelle Einschätzung zielführend. Geflüchtete Kinder und Jugendliche sind alters- und entwicklungsbedingt eine besonders vulnerable, aber auch schützens- und unterstützenswerte Gruppe. Einige Aspekte der Therapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen können eine besondere (oder nicht bekannte) Herausforderung darstellen. Ich möchte Ihnen einige dieser Aspekte und Anregungen zum Umgang vorstellen. Es handelt sich bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen natürlich nicht um eine homogene Gruppe, dennoch überschneiden sich die gemachten Erfahrungen häufig.

<sup>1</sup> <https://www.wido.de/publikationen-produkte/widomonitor/widomonitor-1-2018/>





Wenn Sie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen therapeutisch tätig werden möchten, würde ich zunächst grundsätzlich empfehlen sich zu informieren, welche Initiativen, Vereine oder Träger von Hilfsangeboten in eigener Umgebung oder auch digital bestehen. Das Knüpfen eines Netzwerks ist empfehlenswert, da mit hoher Wahrscheinlichkeit Themen im Bereich Aufenthalt, Wohnen oder Bürokratie in die Therapie hineinragen. Es wird manchmal Post mitgebracht oder bei „Amtssachen“ um Unterstützung gebeten. Es ist dabei hilfreicher, eine Idee zu haben, wohin sich Eltern gegebenenfalls wenden können, wenn dies eintritt und Ihre Kompetenz überschritten ist. Tatsächlich ist man ab und an als Lotse gefragt – als Lotse für Land, Kultur, Mentalität und Gepflogenheiten.

Leistungsansprüche geflüchteter Kinder und Jugendliche sind abhängig von Aufenthaltsstatus und zum Teil auch von der Aufenthaltsdauer. Mittlerweile gibt es einige Veröffentlichungen<sup>2</sup>, die über dieses recht komplexe Thema informieren. Haben Sie dabei keine Scheu das Netzwerk der Betroffenen zu nutzen. Oft kann auf Personen zurückgegriffen werden, die Patient\*innen und die

jeweiligen Familien unterstützend begleiten. Es ist sinnvoll aktiv nachzufragen, wer unterstützen kann. Wenn geklärt ist, dass überhaupt behandelt werden kann, ist natürlich die Verständigung ein entscheidender Aspekt für einen Behandlungserfolg. Für kleinere Absprachen, Nach- und Rückfragen können kostenfreie Übersetzungstools sinnvoll genutzt werden. Auch wenn es bei Beginn einer Therapie noch sprachliche Hürden gibt, sollte bedacht werden, dass Kinder und Jugendliche teilweise in einem beeindruckenden Tempo Deutsch lernen und die Sprachkompetenz oft zügig wächst. Die Kommunikation mit Eltern oder anderen Bezugspersonen ist dabei oft länger erschwert. Die Kostenübernahme von Sprachmittlung ist im Gesundheitssystem nicht geregelt, sodass sich mit ehrenamtlichen Dolmetscher\*innen beholfen werden könnte. Während allgemein von einer schnellen Gewöhnung an die Arbeit mit Dolmetscher\*innen gesprochen wird, ist bei Beginn wichtig zu klären, welche Aufgabe die Dolmetscher\*innen haben. Es passiert (vor allem bei Laiendolmetscher\*innen) gelegentlich, dass sich Dolmetscher\*innen unabsichtlich in Gespräche einbringen und Patient\*innen beziehungsweise Eltern beispielsweise Rat erteilt wird. Um das zu verhindern, können Sie beispielsweise vor jedem Gespräch darum bitten, nur wortwörtlich zu übersetzen. Sollte das nicht möglich sein, dann möglichst nah am Sinn. Bitten

Das Knüpfen eines Netzwerks ist empfehlenswert, da mit hoher Wahrscheinlichkeit Themen im Bereich Aufenthalt, Wohnen oder Bürokratie in die Therapie hineinragen.

<sup>2</sup> [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/03/BAfF\\_Arbeitshilfe\\_Therapiebeantragung-1.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/03/BAfF_Arbeitshilfe_Therapiebeantragung-1.pdf)

Sie grundsätzlich expliziert darum, dass sich nicht eingemischt wird und Sie das Gespräch führen. Neben dem Aspekt des Einmischens können auch Dolmetscher\*innen diskriminierend handeln. Achten Sie darauf, ob sie eine „frostige“, ablehnende oder sogar feindliche Haltung der Dolmetscher\*innen wahrnehmen. Vertrauen Sie Ihrer Wahrnehmung in diesem Fall und wechseln Sie den\*die Dolmetscher\*in. Eine besondere Chance bietet die sprachliche Unterstützung aus dem familiären Umfeld. Dies kann je nach Familie und Beziehung zueinander jedoch auch hinderlich sein, da bestimmte Dinge möglicherweise nicht offenbart werden. Der in anderen Kontexten wie Schule häufig durchgeführte „Rückgriff“ auf die Kinder sollte unterbleiben und eine Ausnahme darstellen.

Machen Sie sich bewusst, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche und deren Familien häufig diskriminierende Erfahrungen gemacht haben und fortlaufend machen. Es wird häufig von diskriminierenden Erfahrungen im Alltag berichtet. Beispielsweise der Busfahrer, der trotz erkennbaren

**Machen Sie sich bewusst, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche und deren Familien häufig diskriminierende Erfahrungen gemacht haben.**

Wartens vorbeifährt. Darüber hinaus gibt es diskriminierende Erfahrungen in Ämtern, Behörden oder anderen

Institutionen. Auch begleitende, sozialpädagogisch tätige, professionell Helfende berichten regelmäßig, diesen Situationen manchmal machtlos gegenüber zu stehen. Ein sicherlich extremes, aber dennoch vorkommendes Beispiel hierfür ist eine Hilfefunktion im Jugendamt, bei der dem betroffenen Jugendlichen aus Afghanistan angeraten wurde sein Trauma nun zu vergessen und endlich arbeiten zu gehen. Von Diskriminierung Betroffene erleben nicht selten eine Art doppelte Diskriminierung – es wird schlichtweg nicht geglaubt, was berichtet wird. In der Therapie ist es daher wichtig, dass Sie bei berichteten Diskriminierungserfahrungen darauf achten, auch hier validierend zu sein. Das aktive Ansprechen und Nachfragen von Diskriminierungserfahrungen ist zu empfehlen, da die Lebenswelt besser erschlossen wird und Sie als Psychotherapeut\*innen eine darauf bezogene Aufmerksamkeit signalisieren. Wie sich in diskriminierenden Situationen verhalten werden kann, kann darüber hinaus ein wertvoller Bestandteil eines sozialen Kompetenztrainings sein.

### Joachim Radtke

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie), Leiter des Instituts für Verhaltenstherapie (IVB) in Berlin, in eigener Praxis und freiberuflich als Dozent und Autor tätig.

Geflüchtete Kinder und Jugendliche und deren Familien befinden sich häufig in Situationen, die verunsichernd sind. Beispielsweise sind Aufenthaltsverfahren nicht selten langwierig und „schweben“ manchmal über die Betroffenen. Gerade traumatisierte Geflüchtete aus Kriegsgebieten oder aus Gebieten mit lokalen Fehden und Feindschaften haben schreckliche Angst davor, in diese Gebiete zurückkehren zu müssen. Diese Angst wird manchmal bewusst und manchmal unbewusst befeuert:

**Geflüchtete Kinder und Jugendliche und deren Familien befinden sich häufig in Situationen, die verunsichernd sind.**

Ich erinnere mich beispielsweise gut an einen vierzehnjährigen unbegleiteten Jungen aus Afghanistan, der nach Erhalt eines Briefs in einen länger anhaltenden krisenhaften Angstzustand geriet. Zur Vorgeschichte: Die Familie des Jungen wurde erpresst, in dem ein Cousin entführt und gefoltert wurde. Diese Foltervideos wurden an die Familienmitglieder (auch den 14-jährigen Jungen, der das Video noch hatte) versendet. Die Familie hat dann ihren Besitz verkauft, den Cousin ausgelöst und den Jungen auf die Flucht geschickt. Dieser Junge lebte im Betreuten Wohnen im Rahmen der Jugendhilfe. Er ging zur Schule und hat schon gut deutsch gesprochen. Er bekam einen Brief nach Hause, der eine Ausreiseaufforderung und die Ankündigung einer Abschiebung nach Afghanistan beinhaltete. Die Rückfragen im Amt ergaben, dass es ein systembedingter Routinevorgang sei und diese Briefe automatisch an alle Afghan\*innen mit dem jeweiligen Aufenthaltsstatus versendet wurden. Eine Abschiebung sei erstmal nicht geplant.



Neben den Fragen des Aufenthalts sind auch Fragen des Wohnorts selten mit längerer Perspektive geklärt. Wir sprechen von „Verlegungen“ und spontanen durch Hilfeträger initiierten Umzügen von Familien. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es verspätete Einschulungen, chaotische Willkommensklassen, unfreiwillige Schul- und Klassenwechsel und manchmal einen gewissen Druck, die Schulen wieder zu verlassen. Bei unbegleiteten Jugendlichen im Jugendhilfekontext

Es empfiehlt sich, die jeweiligen kulturellen Gepflogenheiten in Erfahrung zu bringen und sich über die Kommunikationskonzepte von Low- und High-Kontext zu informieren.

gibt es Hilfeplanungszeiträume (an die der Wohnraum gekoppelt ist) von teilweise nur drei Monaten. Berichtet wird von hohem

Druck der Jugendämter aus dem Jugendhilfesystem auszuscheiden, sobald das 18. Lebensjahr erreicht wird. Die Lebenssituation ist also von wenig Beständigkeit und geringer zeitlicher Perspektive geprägt. Betroffene erleben wenig Partizipation und Kontrolle in diesen zentralen existenziellen Fragen. Im psychotherapeutischen Rahmen können wir diese strukturellen Herausforderungen selbstverständlich nicht lösen. Es ist aber empfehlenswert besonders den Stand beziehungsweise die Erfahrungen in den Bereichen Aufenthalt, Wohnen und gegebenenfalls Schule zu Beginn einer Therapie abzuklären und in der Therapieplanung zu berücksichtigen. Es kann sinnvoll sein, wie oben geschilderte Erlebnisse sehr früh einmal an- oder durchzusprechen, um einen Eindruck von dem individuellen Erleben, aber auch von den vorhandenen Ressourcen zu bekommen. Außerdem bietet es Patient\*innen die Chance, ein validierendes Setting zu erleben, und erleichtert dadurch den Beziehungsaufbau. Die Patient\*innen und Eltern bekommen dazu ein Modell wie gegebenenfalls später auch belastendere Situationen besprochen werden können.

In der therapeutischen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen ist die therapeutische Beziehung ein wichtiges Fundament. Zu Beginn empfehle ich, besonders in Erfahrung zu bringen, welches Verständnis von Psychotherapie es gibt. Wie wird Therapie in der Herkunftsgesellschaft (beziehungsweise dem Herkunftsmilieu) tendenziell angesehen? Wie werden psychische Störungen erklärt und verstanden? Auch wenn es – für Sie – zu ungewöhnlichen Erklärungen oder auch Modellen kommt, ist es ratsam nicht viel Energie in Überzeugungsarbeit fließen zu lassen. Sinnvoller ist es häufig, das eigene Konzept als Alternative anzubieten und gegebenenfalls nach Überschneidungen zu suchen. In Deutschland sozialisierte Psychotherapeut\*innen sollten berücksichtigen, dass sie eher gewohnt sind, direkt unmittelbar und fokussiert zu kommunizieren. Dies kann für manche Menschen befremdlich sein, die es gewohnt sind kontextreich zu kommunizieren. Es empfiehlt sich, die jeweiligen kulturellen Gepflogenheiten in Erfahrung zu bringen und sich über die Kommunikationskonzepte von Low- und High-Kontext zu informieren. Natürlich nicht im Sinne des Kopierens dessen, sondern im Sinne sensiblen Agierens. In der Therapie mit Kindern ist bekannterweise das Spiel ein wichtiges Medium und eine wichtige Brücke. Für von Migration und Flucht betroffenen Kindern gibt es noch nicht so viel Material. Daher habe ich im letzten Jahr das Kartenset „Karas große Reise“ entwickelt, welches im Frühjahr 2023 im Beltz-Verlag erschienen ist. Vielleicht probieren Sie es einmal aus.

Grundsätzlich ist in der therapeutischen Arbeit mit Geflüchteten wichtig, sich vor Augen zu führen, in welcher Lebenssituation die Patient\*innen sind. Dies sollte geschehen, um realistische Erwartungen an den Therapieverlauf, an mögliche Themen in der Therapie, aber auch an die Ergebnisse zu entwickeln. Der Aspekt der Selbstfürsorge in dieser Arbeit ist von enormer Wichtigkeit, da die vielen verschiedenen existenziellen Fragen der Betroffenen ein Gefühl der Ohnmacht auslösen können. Ich schätze und empfehle ganz besonders Intervision und die kollegiale Beratung mit langjährig erfahrenen Fachkräften.

Zusammenfassend möchte ich Mut machen für die Therapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen. „Trennende“ (kulturelle) Aspekte sind häufig nicht entscheidend. Es sind häufiger die allgemeinen Lebensumstände, die die Therapie besonders herausfordernd machen. Fernab der Lebensumstände beschäftigen sich geflüchtete Kinder und Jugendliche meist mit ähnlichen Themen wie andere Gleichaltrige. Für Sie als Psychotherapeut\*in wird es sehr wahrscheinlich anstrengend, frustrierend, spannend, witzig, motivierend und unglaublich lehrreich. Es lohnt sich!



Christian Johannes

# Sofa2rent – steuerliche Besonderheiten bei der Wohnungsvermietung

Wer als freiberufliche\*r Psychotherapeut\*in die eigene Wohnung vermietet, muss auf ein paar steuerliche Besonderheiten achten.



Es gibt viele Möglichkeiten, bei denen man auch privat als Psychotherapeut\*in mit dem Thema Vermietung in Berührung kommen kann. Eine davon ist, dass man zur Miete in einer touristisch attraktiven Stadt lebt, selbst gern reist und während dieser Zeit die eigene Wohnung zur Aufstockung der Haushaltskasse kurzfristig an Freunde oder auch an Fremde vermietet. Andere wohnen vielleicht im eigenen Haus oder in der eigenen Eigentumswohnung, die ihnen mittlerweile zu groß geworden ist und bieten daher ein Zimmer zur vorübergehenden Nutzung entgeltlich an. Und wieder andere vermieten ganze Eigentumswohnungen an ihre Kinder oder auch gänzlich Fremde. Nicht immer ist man sich jedoch in Gänze darüber klar, was das für steuerliche Folgen haben kann und wie man Steuerfallen vermeidet.

### Kurzfristige Vermietung

Die entgeltliche kurzfristige Vermietung von Wohnraum an Fremde ist grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig und unterliegt dem ermäßigten Umsatzsteuersatz von 7 Prozent. Das gilt nicht nur für die eigengenutzte Wohnung, sondern auch für eine Ferienwohnung. Daher müssen die Vermietungseinnahmen in die Berechnung der Gesamtumsätze des umsatzsteuerlichen Unternehmens miteinbezogen werden.

Da Psychotherapeut\*innen in der Regel umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistungen erbringen, wird regelmäßig die Kleinunternehmerregelung greifen, wonach die Umsatzsteuer nicht erhoben wird, wenn die gesamten umsatzsteuerpflichtigen Umsätze (ohne die steuerfreien Heilbehandlungsleistungen) im vorangegangenen Kalenderjahr 22.000 Euro nicht überstiegen haben und im laufenden Kalenderjahr 50.000 Euro voraussichtlich nicht übersteigen werden.

Werden noch andere umsatzsteuerpflichtige Umsätze erzielt, beispielsweise aus einer Autorenschaft, durch Vorträge oder Social Media, sind diese in die Grenzen miteinzubeziehen. Werden die Grenzen nicht überschritten, fällt keine Umsatzsteuer an. Sie darf auch nicht auf einer Rechnung ausgewiesen werden, da sie andernfalls auch gegenüber dem Finanzamt geschuldet wird. Wird eine der Grenzen jedoch überschritten, muss die Umsatzsteuer ab dem nächsten Jahr für alle umsatzsteuerpflichtigen Umsätze an das Finanzamt abgeführt werden. Daher sollte man diese Grenzen im Hinterkopf behalten und tunlichst einhalten, um die Umsatzsteuer nach Möglichkeit zu vermeiden.

Auf die Kleinunternehmerregelung kann jedoch bei einer zumindest 10-prozentigen Fremdvermietung verzichtet werden, um den Vorsteuerabzug aus dem Erwerb zu ermöglichen und damit die Finanzierung zu erleichtern. Aus den laufenden Kosten der Immobilie können dann die anteilig auf die Vermietung entfallenden Vorsteuern geltend gemacht werden. Der Verzicht auf die Kleinunternehmerregelung sollte jedoch genau durchdacht werden, weil man diesen Schritt in der Regel erst nach fünf Jahren rückgängig machen kann. Will man die erhaltene Vorsteuer nicht wieder zeitanteilig an das Finanzamt zurückerhalten, sind es sogar zehn Jahre.

Die kurzfristige Vermietung von Wohnraum ist auch grundsätzlich einkommensteuerpflichtig. Das gilt selbst dann, wenn die Wohnung selbst gemietet und untervermietet wird. Es handelt sich hierbei um Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Allerdings gibt es für die Einnahmen aus der Vermietung einer eigengenutzten Wohnung eine Freigrenze von 520 Euro pro Jahr. Wird diese Grenze nicht überschritten, sieht die Finanzverwaltung von der Besteuerung der Einkünfte ab. Für eigengenutzte Ferienwohnungen, die nur gelegentlich vermietet werden, sollte dies entsprechend gelten. Sofern eine oder mehrere Ferienwohnungen jedoch fremdverwaltet werden, kann es sich sogar um eine gewerbliche Vermietung handeln. Ab einem Gewinn von über 24.500 Euro fällt dann zusätzlich Gewerbesteuer an, die aber oftmals zum Großteil wieder auf die Einkommensteuer angerechnet werden kann.

Damit das Finanzamt die richtigen Schlüsse ziehen kann, sind die Einnahmen beziehungsweise Einkünfte in den Steuererklärungen anzugeben. Das sollte allein schon aus dem Grund beachtet werden, dass andernfalls schnell der Vorwurf der leichtfertigen Steuerverkürzung oder gar der Steuerhinterziehung im Raum steht. Finanzamt und Steuerfahndung gehen hier mitunter mit harten Bandagen vor.

Achtung: Onlineplattformen wie Airbnb & Co. sind seit Beginn des Jahres 2023 verpflichtet, Plattformnutzer\*innen, die entsprechende Inserate schalten, an das Bundeszentralamt für Steuern zu melden. Diese Meldung erfolgt erstmals zum 31. Januar 2024 und wird dann von den Finanzämtern nachverfolgt.

Verluste aus der kurzfristigen Vermietung können der Erfahrung nach steuerlich meist nicht geltend gemacht werden, weil dafür regelmäßig nachgewiesen werden muss, dass zumindest über einen Prognosezeitraum von 30 Jahren ein Totalüberschuss erzielt werden kann. Denn das Finanzamt beteiligt sich an kurzfristigen Verlusten aus der kurzfristigen Vermietung nur dann, wenn es auf lange Sicht auch Einkünfte besteuern kann.

### Langfristige Vermietung

Die entgeltliche langfristige Vermietung von Wohnraum ist umsatzsteuerfrei. Anders als bei der kurzfristigen Vermietung an Fremde sind die Einnahmen somit auch nicht mit in die Kleinunternehmergrenzen einzubeziehen und können somit nicht zur Umsatzsteuerpflicht führen. Der

Die entgeltliche langfristige Vermietung von Wohnraum ist umsatzsteuerfrei.

Verzicht auf die Kleinunternehmerregelung ist bei der langfristigen

Vermietung ebenfalls möglich. Allerdings ist dies nur sinnvoll, wenn gleichzeitig auch die Umsatzsteuroption für die Vermietung gewählt werden kann. Dafür muss der\*die Mieter\*in die Immobilie ausschließlich für Umsätze verwenden, die den Vorsteuerabzug nicht ausschließen. Das kann bei der langfristigen Vermietung von Ferienimmobilien an Vermietungsunternehmen sinnvoll sein. Auch hier kann das aber in der Regel erst nach zehn Jahren wieder rückgängig gemacht werden. Bei der Vermietung von Wohnimmobilien ist die Option nicht möglich.

Ertragsteuerlich führt die langfristige Fremdvermietung einer eigenen Immobilie zu Wohnzwecken ebenfalls zu Einkünften aus Vermietung und Verpachtung. Anders als bei der kurzfristigen Vermietung können hier jedoch auch Verluste steuerlich geltend gemacht werden, sofern die Miete mindestens 66 Prozent der ortsüblichen Miete entspricht. Daher kann es sinnvoll sein, eine Eigentumswohnung an die eigenen Kinder zu einem vergünstigten Mietzins zu vermieten, um die Werbungskosten voll geltend machen zu können und die dadurch entstehenden Verluste mit entsprechenden Einkünften (beispielsweise aus der freiberuflichen Tätigkeit) verrechnen zu können, damit weniger Einkommensteuer anfällt.

Doch Vorsicht: Sofern die vereinbarte Miete weniger als 66 Prozent beträgt, muss für den vollen Werbungskostenabzug zusätzlich nachgewiesen werden, dass damit ein Totalüberschuss erzielt werden kann. Gelingt dies nicht oder beträgt die vereinbarte Miete sogar weniger als 50 Prozent der ortsüblichen Miete, wird das Mietverhältnis in einen entgeltlichen und in einen unentgeltlichen Teil aufgeteilt und die Werbungskosten werden entsprechend gekürzt. In diesem Fall ergeben sich dann regelmäßig Überschüsse, die – trotz wirtschaftlichen Verlustes – versteuert werden müssen. Das gilt sogar für den Fall, dass die Immobilie an fremde Dritte vermietet wird.

### Vorsicht bei der späteren Veräußerung

Die Veräußerung einer Immobilie unterliegt in der Regel der Grunderwerbsteuer und ist daher umsatzsteuerfrei. Beim Verkauf an eine\*n andere\*n Unternehmer\*in kann jedoch zur Umsatzsteuer optiert werden, wenn die Immobilie selbst mit Vorsteuerabzug erworben wurde. Sofern es sich nicht um eine Geschäftsveräußerung im Ganzen handelt, ist das auch sinnvoll, um eine Vorsteuer-rückzahlung an das Finanzamt zu vermeiden.

Wird eine Immobilie innerhalb der Spekulationsfrist von zehn Jahren veräußert, unterliegt der Veräußerungsgewinn (Veräußerungspreis abzüglich Anschaffungskosten und Veräußerungskosten) grundsätzlich der Einkommensteuer. Ausgenommen von der Besteuerung sind jedoch Veräußerungen, wenn die Immobilie bisher ausschließlich eigenen Wohnzwecken gedient hat oder wenn die Immobilie zumindest im Jahr des Verkaufs und in den beiden vorangegangenen Jahren nicht fremdvermietet wurde.

Ein häusliches Arbeitszimmer für die freiberufliche Tätigkeit ist dabei den eigenen Wohnzwecken zuzuordnen und somit grundsätzlich unschädlich, wie der Bundesfinanzhof Anfang 2021 bestätigt hatte. Auch eine ausschließlich eigengenutzte Ferienwohnung kann innerhalb der Zehnjahresfrist veräußert werden, ohne dass es zur Besteuerung des Veräußerungsgewinns kommt. Sofern eine eigene Immobilie aber (auch nur kurzfristig) entgeltlich vermietet wird, sollte bedacht werden, dass dies bei der späteren Veräußerung mit Gewinn schädlich sein kann.

Die unentgeltliche Überlassung an die eigenen – im Sinne des Einkommensteuergesetzes berücksichtigungsfähigen – Kinder ist ebenfalls den eigenen Wohnzwecken zuzurechnen und damit unschädlich. Allerdings ist in diesem Fall die Mitüberlassung an Dritte, an Ex-Ehegatten

Die unentgeltliche Überlassung an die eigenen – im Sinne des Einkommensteuergesetzes berücksichtigungsfähigen – Kinder ist ebenfalls den eigenen Wohnzwecken zuzurechnen und damit unschädlich.

oder Mitbewohner\*innen des Kindes steuerlich höchst problematisch, wenn die Immobilie innerhalb von zehn Jahren wieder mit Gewinn veräußert wird. Wird eine Immobilie mit Verlust veräußert, können die Verluste auch nicht mit den übrigen Einkünften verrechnet werden, sondern nur mit entsprechenden Gewinnen aus privaten Veräußerungsgeschäften.

Die unentgeltliche Überlassung einzelner Räume an fremde Dritte ist zwar unschädlich. Der Bundesfinanzhof hat aber im Jahr 2022 klargestellt, dass zumindest die tageweise entgeltliche Vermietung von einzelnen Räumen an Fremde dazu führt, dass diese Räume nicht mehr durchgängig zu eigenen Wohnzwecken genutzt werden und somit beim Verkauf der Immobilie anteilig als private Veräußerungsgeschäfte besteuert werden können. Wird hingegen die gesamte Immobilie tageweise vermietet, kann sogar der gesamte Veräußerungsgewinn der Immobilie besteuert werden.



**Christian Johannes**  
Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Köln.

ETL ADVISA GmbH –  
Steuerberatungsgesellschaft  
advisa-koeln@etl.de  
www.etl.de/advisa-koeln  
Telefon: 0221 94101980

Bei einem geplanten Verkauf einer Immobilie sollte eine Fremdvermietung daher zumindest im Veräußerungsjahr sowie im gesamten Vorjahr und an Silvester des Vorjahres nach Möglichkeit vermieden werden. Dies gilt auch für die entgeltliche Vermietung an die eigenen Kinder.

Bei einem geplanten Verkauf einer Immobilie sollte eine Fremdvermietung im Veräußerungsjahr sowie im gesamten Vorjahr und an Silvester des Vorjahres nach Möglichkeit vermieden werden.

<p><b>Trägerschaft:</b> Gesellschaft für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie, Verhaltensmedizin, Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie e.V. Nettelbeckstraße 14, 90491 Nürnberg</p>	<p><b>I V S</b></p>	<p>Institut für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie Verhaltensmedizin Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie</p>
<p>staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015</p>		
<p><b>Fort- und Weiterbildungen</b> (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p>• <b>Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r</b> Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine: <span style="float: right;">↙ <b>Laufend neue Termine</b></span>  <b>Dr. DP Jörg Fichtner</b> „Lösungsorientierte Begutachtung“ 16./17. Juni 2023 (Familienrecht) – online,  <b>Prof. Dr. DP Rudolf Egg</b> „Grundlagen Rechts- und Polizeipsychologie“ 1./2. Juli 2023 (Grundlagen, Strafrecht),  <b>Dr. DP Sandra Loohs</b> „Aussagequalität - Inhaltsanalyse von Zeugenaussagen“ 15./16. September 2023 (Glaubhaftigkeit, Familienrecht, Strafrecht) - online</p> </li> <li> <p>• <b>Klinische Hypnose (KliHyp)</b> Fortbildungscurr. d. MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Bl.), nächster Termin:  <b>Dr. Wolfram Dormann</b> „B5 Trancephänomene II: Altersregression – Imaginatives Überschreiben“ 24./25. Juni 2023</p> </li> <li> <p>• <b>Klinische Hypnose, Hypnotherapie u. hypnosystemische Interventionen mit Kindern u. Jugendlichen (KiHyp)</b>                      Fortbildungscurr. (K1-K7) der MEG                      nächster Beginn: <b>Dr. DP Burkhard Peter</b> „Einführungsseminar in die Hypnose“ (KE/B1)“ 6./7. Okt. 2023 <span style="float: right;">↙ <b>Neu!</b></span></p> </li> <li> <p>• <b>Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Ärzte und Psychologen</b> (Curriculum 136 Std.) <span style="float: right;">↙ <b>Neu!</b></span>                      nächster Beginn 13. Januar 2024</p> </li> <li> <p>• <b>EMDR-Zusatzqualifikation:</b> <b>Dr. DP Marion Schowalter</b> „EMDR Grundlagenseminar“ 16./17. Juni 2023 <span style="float: right;">↙ <b>Neu!</b></span>  <b>Dr. DP Marion Schowalter</b> „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 1. Juli 2023</p> </li> </ul> <p><b>NEU: Systemisch fundierte Psychotherapie am IVS:</b> Ab Frühjahr 2023 wird neben der Ausbildung in Verhaltenstherapeutisch fundierter Psychotherapie auch die Ausbildung in Systemisch fundierter Psychotherapie möglich sein.</p> <p><b>Zum Vormerken: 19. Fachtagung des IVS am 8. Juni 2024</b> für Studierende und PiAs anderer Institute kostenfrei</p>		
<p><b>Kontakt und Infos:</b> IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 41/43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, -203, Fax: -202, -204  <b>Homepage/Online-Anmeldung:</b> <a href="http://www.ivs-nuernberg.de">www.ivs-nuernberg.de</a> - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)</p>		

# DPTV CAMPUS Veranstaltungen

## August

- 21.08. **Mad World – Globale Krisen in der Psychotherapie**  
Fabian Chmielewski, online, 23-82
- 29.08. **Der Weg zur professionellen Privatpraxis(-gründung)**  
Kerstin Sude, Maria Prkno, online, 23-83



## September

- 01.09. **Einführung in die ICD-11**  
PD Dr. Jan Cwik, online, 23-85
- 06.09. **Netzwerkarbeit als PP/KJP in Anstellung**  
Mitglieder des Angestelltenausschusses, online, 23-86
- 06.09. **Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung**  
Dieter Best, Bremen, 23-87
- 11.09. **Bundesvorstand im Gespräch**  
Mitglieder des Bundesvorstands der DPTV, online, 23-88
- 15.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 1: ADHS im Erwachsenenalter erkennen und behandeln**  
Nicolai Semmler, Kaltenkirchen, 23-73
- 15.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 2: Die Botschaft von Bohnen, Bechern und Papier – Impact-Techniken und Hypnose**  
Hiltrud Bierbaum-Luttermann, Kaltenkirchen, 23-74
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 3: Patientenrechtgesetz und grundlegende berufsrechtliche Regelungen**  
RA Dr. Markus Plantholz, Kaltenkirchen, 23-75
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 4: Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach EBM**  
Heiko Borchers, Kaltenkirchen, 23-76
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 5: Sterben, Tod und Trauer in der Familie**  
Margit Bassler, Kaltenkirchen, 23-77
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 6: Psychosenpsychotherapie in ambulanter Praxis**  
Dr. Friederike Schmidt-Hoffmann, Kaltenkirchen, 23-78
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 7: Der tiefenpsychologisch-fundierte Bericht an den/die Gutachter\*in in der Einzeltherapie bei Erwachsenen**  
Dr. Björn Riegel, Kaltenkirchen, 23-79
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 8: Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis**  
Dr. Ali Kemal Gün, Kaltenkirchen, 23-80
- 16.09. **Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag – Workshop 9: Was tun, wenn mein/e Patient\*in kiff?**  
Anja Pixa, Kaltenkirchen, 23-81
- 16.09. **Ärgerbezogene Störungen und ihre Behandlung**  
Claudia de Boer, Frankfurt, 23-91
- 22.09. **IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis**  
Thomas Klug, Hamburg, 23-93
- 25.09. **Der tiefenpsychologisch-fundierte Bericht an den/die Gutachter\*in in der Einzeltherapie bei Erwachsenen**  
Dr. Björn Riegel, online, 23-95
- 27.09. **Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung**  
Dieter Best, Nürnberg, 23-96
- 29.09. **Methoden der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung**  
Dr. Elke Stodolka, Hamburg, 23-98
- 29.09. **Praxistage am Bodensee – Workshop 1: Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung**  
Steffen Knapp, Friedrichshafen, 23-99
- 30.09. **Praxistage am Bodensee – Workshop 2: Anstellung in der psychotherapeutischen Praxis**  
Sabine Schäfer, Steffen Knapp, Friedrichshafen, 23-100
- 30.09. **Praxistage am Bodensee – Workshop 3: Praxisentwicklung: Kauf, Verkauf, Kooperationen**  
Amelie Thobaben, Friedrichshafen, 23-101



August bis Oktober 2023

## Oktober

- 01.10.** Praxistage am Bodensee – Workshop 4:  
Effizient und pragmatisch ein QM-Handbuch nach G-BA-  
Richtlinie erstellen  
Sabine Schäfer, Friedrichshafen, 23-102
- 01.10.** Praxistage am Bodensee – Workshop 5:  
Feinheiten der Abrechnung  
Amelie Thobaben, Friedrichshafen, 23-103
- 02.10.** Praxistage am Bodensee – Workshop 6:  
Berufliche Möglichkeiten in einer psychotherapeutischen  
Praxis  
Amelie Thobaben, Friedrichshafen, 23-104
- 02.10.** Praxistage am Bodensee – Workshop 7:  
Wie dokumentiere ich richtig?  
Sabine Schäfer, RAin Barbara Berner, Friedrichshafen, 23-105
- 06.10.** Geschlechtsdysphorie/Geschlechtsinkongruenz (GD/GI) in  
der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapeutischen  
Praxis – Vortrag  
Michael Bastian, online, 23-106
- 07.10.** Psychotherapie in Zeiten kollektiver Verunsicherung  
Prof. Dr. Ralf T. Vogel, Hamburg, 23-107
- 14.10.** Psychopharmakologie für Psychotherapeut\*innen  
**15.10.** PD Dr. med. Kim Hinkelmann, Dr. med. Francesca Regen,  
Potsdam, 23-108
- 18.10.** Berufliche Möglichkeiten in einer  
psychotherapeutischen Praxis  
Amelie Thobaben, online, 23-109
- 21.10.** Selbstfürsorge für Psychotherapeut\*innen  
Dr. Tina Zeiss, München, 23-110
- 25.10.** Berufspolitik für Psychotherapeut\*innen  
– Wie Psychotherapeut\*innen Einfluss nehmen können  
Amelie Thobaben, online, 23-112
- 28.10.** Smart-Therapy – Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)  
in der psychotherapeutischen Behandlung für Erwachsene  
Dr. Lasse Sander, online, 23-114
- 30.10.** Mad World – Globale Krisen in der Psychotherapie  
Fabian Chmielewski, online, 23-115

Die Anmeldung zu diesen Veranstaltungen wird voraussicht-  
lich ab dem 31. Mai 2023 unter [www.dptv.de/campus](http://www.dptv.de/campus)  
möglich sein. Alle Veranstaltungen von DPtV CAMPUS finden  
Sie immer online unter [www.dptv-campus.de](http://www.dptv-campus.de).

## Meine DPtV Sind Ihre Daten noch aktuell?

Über [www.dptv.de/meine-dptv](http://www.dptv.de/meine-dptv) können Sie

- Ihre Benutzerdaten selbst aktualisieren
- Ihre Mailinglisten verwalten
- Ihren Eintrag in unserer  
Psychotherapeutensuche  
bearbeiten
- Ihre Inserate in unserer Praxis-  
und Jobbörse ändern
- und vieles mehr

## #DPtVgoesgreen

Sie lesen lieber online statt auf Papier? Kein Problem!  
In Ihren Mitgliedsdaten können Sie das ändern und die  
„Psychotherapie Aktuell“ als PDF per Mail beziehen.



# Kurz gemeldet ...

## Konnektortausch noch abwarten

Die von Psychotherapeut\*innen in aller Regel genutzten Secunet-Konnektoren müssen wahrscheinlich nicht nach fünf Jahren getauscht werden. Die Gematik hat angekündigt, im dritten Quartal eine Lösung zu genehmigen, nach der die Secunet-Konnektoren weitere zwei Jahre genutzt werden können.

<https://t1p.de/q1tap>

## vdek: Psychotherapeut\*innen sind zum Dialog bereit

Der vdek hatte in einer Pressemitteilung zahlreiche Änderungen in der Versorgung gefordert. „Die Stärkung der Systemischen Therapie und Gruppenpsychotherapie können die Situation verbessern. Leider wiederholt der vdek aber auch längst überholte Vorurteile und fordert weitere bürokratische Belastungen, die keine neuen Behandlungskapazitäten schaffen.“

<https://t1p.de/znm3>

## Mythos „Leichte Fälle“: Oft wiederholt, längst widerlegt!

„Es ist ein Mythos, dass Psychotherapeut\*innen nur ‚leichte Fälle‘ behandeln. Leider wird er oft wiederholt“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPTV. „Fakt ist: 93 Prozent der Patient\*innen in der ambulanten Psychotherapie weisen mittlere bis schwer ausgeprägte psychische Krankheiten auf. Das ergab eine langjährige Studie der Techniker Krankenkasse.“

<https://t1p.de/p6b6j>

## Dr. Anke Pielsticker in Vorstand der KBV-Vertreterversammlung gewählt!

„Ich freue mich auf diese Aufgabe in unserem wichtigen Gremium. Die Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen vor Ort sind Tag für Tag für ihre Patient\*innen da – flexibel und verlässlich“, sagt Psychotherapeutin Pielsticker. „Die Selbstverwaltung ist der Schlüssel für die erfolgreiche Versorgung in Deutschland.“

<https://t1p.de/xdl0w>

## Vergütung: Praxiskosten werden nicht adäquat abgebildet

### DPTV kritisiert aktuelle Entscheidung des Bewertungsausschusses

„Der Beschluss bleibt deutlich hinter unseren Erwartungen zurück“, kommentiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), die aktuelle Entscheidung des Bewertungsausschusses (BWA). Dieser hatte die Vergütung der psychotherapeutischen Gesprächsleitungen rückwirkend ab dem 1.7.2022 um 2,1 Prozent angehoben. „Die Praxiskosten einer voll ausgelasteten Modellpraxis werden erneut nicht adäquat abgebildet, obwohl das Statistische Bundesamt dazu empirische Daten vorgelegt hat.“ Nach gängiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) müsse eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis mindestens in der Lage sein, den durchschnittlichen Ertrag von bestimmten Facharztpraxen zu erreichen. „Es ist bedauerlich, dass der Bewertungsausschuss mit diesem Beschluss erneut an den höchststrichterlich festgestellten Grenzen einer noch rechtskonformen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen laboriert und zu Lasten der Vergütung der Psychotherapeut\*innen unterläuft. Wir werden nicht umhin kommen, den Beschluss juristisch zu prüfen“, kündigt Hentschel an.

### Kurzzeittherapie: Förderung teilweise ausgehebelt

„Es kann außerdem nicht sein, dass der Gesetzgeber im Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung in § 87 Abs. 2c SGB V die Kurzzeittherapie mit einem 15-Prozent-Zuschlag der ersten zehn Sitzungen explizit fördert, diese Förderung nun aber zumindest teilweise zu Lasten der Psychotherapeut\*innen verrechnet wird“, sagt der Bundesvorsitzende. „Auch bedeutet die Anrechnung von Erträgen aus der Gruppenpsychotherapie, die von drei Prozent der Psychotherapeut\*innen erbracht wird, dass zukünftig 97 Prozent der Kolleg\*innen die Mindestvergütung nach BSG-Rechtsprechung nicht mehr erreichen können.“

### Bald jährliche Überprüfung der Vergütung

Nachdem sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Gesetzliche Krankenkassen in einer ersten Verhandlungsrunde ergebnislos getrennt hatten, kam eine Einigung unter Vermittlung des unparteiischen Vorsitzenden im erweiterten Bewertungsausschuss zustande. Die Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Gesprächsleistungen wird regelhaft alle vier Jahre überprüft, wenn das Statistische Bundesamt aktuelle Erhebungsergebnisse zur Entwicklung der Praxiskosten vorlegen kann. Da das Statistische Bundesamt derzeit auf eine jährliche Erhebung umstellt, muss die Überprüfung der Vergütung zukünftig auf deutlich aktuelleren Daten beruhen und jährlich erfolgen.

## Therapie-Tools Ressourcenaktivierung





Oftmals, wenn ich ein Buch von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen lese, werde ich durch eine neue erfahrungsgeleitete Sichtweise angeregt. Lasse ich mich darauf ein, profitiere ich schon durch den Perspektivwechsel. Bereits in der Struktur dieses Buchs wechselt sie die Perspektive mehrmals. Ressource als Produkt von Denken, Ziel, soziales Umfeld Kommunikation, Körper und Selbst. Ihre Offenheit gegenüber verschiedenen Verfahren und Techniken öffnet uns bereichernde Möglichkeiten. Tina Gruber bietet hierfür in ihrem Buch eine sorgfältig ausgewählte Sammlung von über 90 kreativen Arbeitsmaterialien, die sie im Laufe ihrer therapeutischen Arbeit gesammelt hat. Sie können für die therapeutische, pädagogische oder beratende Arbeit mit Patient\*innen – sowohl im Einzel- als auch (aus meiner Sicht noch besser) im Gruppensetting eingesetzt werden.

Nach einer Einführung mit kurz und prägnant dargelegten Hintergrundinformationen zum Thema Ressourcen (Was sind Ressourcen? Welche Bedeutung haben sie in der Therapie und wie können sie in der Therapie eingesetzt werden?) finden sich am Anfang dieses Buches 24 Geschichten, Gedichte, Märchen und Parabeln, die sich wunderbar für den Therapieeinstieg eignen und sich auch ideal mit den Übungen und Arbeitsmaterialien kombinieren lassen, welche in den folgenden sechs thematisch gegliederten Kapiteln beschrieben werden. Beim Fokus Denken werden mehrere Ansätze vorgestellt, wie Einstellungen, Grübeln und so weiter, die mittels reframing, Kreativität und andere Techniken verändert

werden können. Bei der Schwerpunktsetzung Ziele Aspekte werden zum Beispiel Prioritäten, Konsequenzen evaluieren, Visionen, Entscheidungen treffen und so weiter in den Vordergrund gerückt. Das soziale Umfeld erlaubt eine Bereicherung durch das Nutzen von sozialen Errungenschaften, wie auch das Umdeuten von Widrigkeiten als Wachstumsressourcen. Beim Thema Kommunikation begegnen wir alten Bekannten, wie die vier Seiten der Kommunikation, nonverbale Kommunikation und so weiter. Das Wertvolle sind die Arbeitsmaterialien, die sehr hilfreich und gut einsetzbar sind. Die Arbeit an den Körper (Sinne, Emotionen und so weiter) ist ungewöhnlich aufgebaut und bedarf ein wenig an Umgewöhnung. Schließlich wird im Selbst als Ressource ein Sammelsurium an Elementen, wie zum Beispiel das innere Kind, das Loslassen von „alten Dingen“, Selbstfürsorge, aktuelles Thema und so weiter geboten. Zu jedem Kapitel erhalten wir eine kurze Erläuterung zum Thema und eine detailliert beschriebene Übersicht über die anschließend folgenden Arbeitsblätter.







Insgesamt finden wir viele interessante Materialien, so knapp wie möglich und so umfangreich wie nötig, aus meiner Sicht. Wer dieses Buch erwerben möchte, sollte dabei bereit sein, sich auf die stark an der Autorin gerichteten Struktur einzulassen, dann stellt dieses Buch eine wertvolle Ressource für die Erweiterung des eigenen Repertoires dar.

**Rezensiert von  
Dr. Alessandro Cavicchioli**

	Tina Gruber
	<b>Therapie-Tools</b> <b>Ressourcenaktivierung:</b> Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial
	2020, BELTZ
	229 Seiten
<b>ISBN</b>	978-3-621-28702-9
<b>€</b>	39,95



## Therapie-Tools Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

	Peter Graaf, Jenny Hampel, Gerhard Zarbock
	Therapie-Tools Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen
	2021, BELTZ
	249 Seiten
	978-3-621-28538-4
	42,95

Die Therapie-Tools sind vielen Kolleg\*innen bereits bekannt und für die therapeutische Praxis äußerst hilfreich. Die Sammlung an Materialien für die Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen ist eine wahre Fundgrube, zumal die Konzepte der Schematherapie durchaus komplex sind und sich handfeste Übungsblätter in der Therapie mit jüngeren Patient\*innen bewährt haben.

Zu Beginn umreißen die Autor\*innen die theoretischen Konstrukte der Schematherapie mit Erklärungen zu den Schemata, den Bewältigungsformen sowie den Modi. Diese sind in einer Tabelle kurz und knapp zusammengefasst. Die Therapie-Tools sind in drei Hauptkapitel aufgliedert (diagnostischer Einstieg und Psychoedukation, Therapieprozess sowie Schema und modusgeleitetes Elterncoaching). Dabei werden die Übungsblätter differenziert in Infoblätter und Arbeitsblätter, dies ist sofort in der Gliederung ersichtlich. Die einzelnen Materialien werden vor Beginn des Kapitels kurz erläutert.

Im ersten Kapitel widmen sich die Autor\*innen zunächst der Zieldefinition des Beziehungs- und Motivationsaufbaus. Hilfreich ist hier ein Fragebogen zur Erkennung der eigenen Schemata und Impulse als Therapeut\*in sowie kurze Tipps zum Umgang mit Motivationsproblemen. Anschließend gibt es zahlreiche Blätter zur Psychoedukation, diese sind auch durchaus im Erwachsenen-Bereich sinnvoll. Inspirierend fand ich das Modus-Raten durch Theater und Stimme sowie die Experimente zum Erkennen von Schemata als Reflexe. Schließlich gehen die Autor\*innen auf die Schemaanalyse ein: Hier werden mehrere Techniken vorgestellt (Lebenslinie, geleitete Assoziationen, Verhaltensanalyse). Hier gefallen mir die Blanko-Ausarbeitungen zur Erstellung einer Schemaanalyse sowie einer Modusanalyse (ähnlich dem „inneren Team“). Auch die Modusliste als Tabelle mit Vor- und Nachteilen ist für Kinder und Jugendliche greifbar.

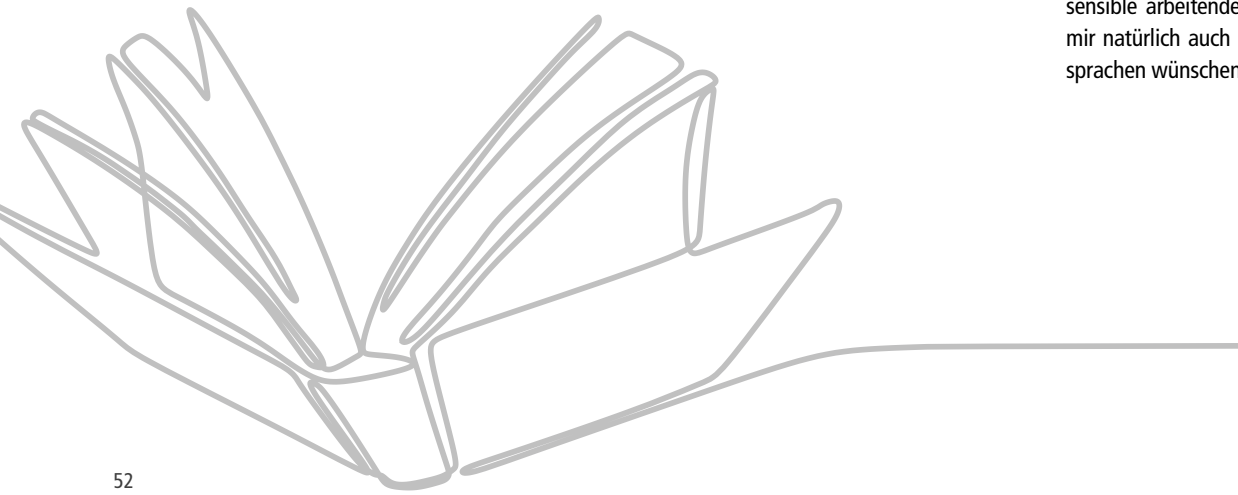
Im zweiten Kapitel zum Therapieprozess werden zu Beginn die Handlungsimplicationen analog zu den Modi kurz erläutert. Dem folgen einzelne Übungsblätter zur Arbeit mit den Kind-, Bewältigungsmodi sowie den Kritiker\*innen und Helfer\*innen. Als besonders hilfreich empfand ich die Ideen zum Thema Verlieren aushalten und zum Ausdruck von Ärger (durchaus auch für meinen nicht-therapeutischen Alltag mit zwei Kleinkindern denkanoßend).

Die Materialien zum Umgang mit den Bewältigungsmodi sind ebenfalls sehr inspirierend: besonders gut gelungen sind die Materialien zu den virtuellen Gerichtsverhandlungen zur Klärung von Schuldfragen.

Im letzten Kapitel widmen sich die Autor\*innen der schematherapeutischen Elternarbeit im Sinne eines „Schemacoachings“. Die Ideen dazu (zum Beispiel Genogramm des Vaters, Fragen zu prägenden Erfahrungen in der Kindheit, Sinnbilder für meine Rolle als Elternteil) finde ich sehr unterstützend. Die Sammlung zur Stärkung des Happy-Child-Modus finde ich besonders toll und vor allem greifbar für Eltern.

Zusammenfassend ist dieses Therapie-Tools-Buch mal wieder eine Schatzkiste an Materialien und Übungsblättern (übrigens auch als E-Book und Onlinematerialien mit dabei), die in der therapeutischen Praxis sowohl bei Patient\*innen als auch Therapeut\*innen Anklang finden. Die Autor\*innen schaffen es, die doch komplexe Theorie praxisnah und einfach in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen umzusetzen. Hilfreich finde ich zudem den ressourcenorientierten Ansatz, der in allen Kapiteln zu finden ist (zum Beispiel der Fragebogen zu positiven Gedanken, Stärkenbild, Fantasiereise zum glücklichen Kind). Verwirrend kann manchmal die Bezeichnung der Elternmodi (Kritiker\*innen/Helfer\*innen) sein, die je nach „Schematherapieschule“ etwas unterschiedlich bezeichnet und charakterisiert werden. Als kultursensible arbeitende Psychotherapeutin würde ich mir natürlich auch Materialien in anderen Fremdsprachen wünschen.

**Rezensiert von  
Marie-Christine Reiswich**



## Kinder im Verlustschmerz begleiten







Roland Kachler führte nach eigenem schweren Verlust vor Jahren den neuen hypnosystemischen Traueransatz ein, bei dem es um die innere Ausgestaltung der Beziehungsebene zur verstorbenen Person geht (Kachler, 2017). Nun liegt eine Erweiterung dieses Ansatzes in der Trauerbegleitung und Trauerbewältigung vor für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Der Autor ordnet gleich zu Beginn diese Trauerarbeit als schwere oder traumatisierende Verluste ein und setzt damit ein anderes „Vorzeichen“ als gängige klassifikatorische Diagnosesysteme: Kinder und Jugendliche erleiden durch einen Verlust oftmals Bindungstraumata und diese können sich laut Kachler als prolongierte Monotraumata auswirken (sogenannte Verlusttraumata). Kinder trauern durch ihre Entwicklungspsychologie anders als Erwachsene und sie sind im unterschiedlichen Maße noch nicht in der Lage, den Tod als etwas irreversibles zu verstehen. Roland Kachler führt übersichtlich und praxisnah die Besonderheiten der Trauer bei Kindern und Jugendlichen auf.

In den weiteren Kapiteln geht es dann um den von ihm geprägten beziehungsorientierten Traueransatz: Welche Methoden aus dem hypnosystemischen Arbeiten stellen eine innere Beziehung zum Verstorbenen her, wie kann der Schmerz und der Verlust im Alltag gewürdigt werden und wie sind bei Verluststraumata die Aussichten auf einen heilsamen Beziehungsprozess? Es wird ein Metamodell vorgestellt, bei dem an fünf Zielhorizonten als Aufgaben angesetzt werden kann. Beim beziehungsorientierten Ansatz „steht im Zentrum, dass der Tod zwar das Leben eines nahen Menschen beendet, aber nicht die Liebe zu ihm.“ (vgl. Kachler, 2021, S. 11). In den weiteren Kapiteln geht es um die wertvolle und oft außer Acht gelassene Angehörigenarbeit, die Vertiefung der Stabilisierungstechniken und die Vorbereitung auf die weitere Ermutigung zum Leben der Kinder und Jugendlichen im Sinne von „Du darfst wieder fröhlich sein“ (vgl. S. 155).

Zusammenfassend eine sehr gelungene Erweiterung mit vielen Praxisbeispielen und übersichtlicher Struktur. Besonders hilfreich und verständlich die Verankerung des neuen Ansatzes mit den Erfahrungen von traumatisiert-trauernden Kindern und Jugendlichen.

Rezensiert von Daniela Kraus

	Roland Kachler
	<b>Kinder im Verlustschmerz begleiten:</b> Hypnosystemische, traumafundierte Trauerarbeit mit Kindern und Jugendlichen
	2021, Klett-Cotta
	170 Seiten
	978-3608892710
	€ 27,00









## Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kindern, Kleinkindern und Vorschulkindern

Die Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie (I.B.T.) ist ein von der Autorin entwickelter Ansatz zur Behandlung von traumatisierten Säuglingen und Kleinkindern. Traumatherapeutisch habe ich einige Eltern begleitet (und natürlich auch die Kinder im Blick gehabt), jedoch habe ich mich bis jetzt noch nicht an so kleine Patient\*innen herangewagt. Katrin Boger will hier die Berührungsgänge abbauen. Das Buch beinhaltet einen theoretischen Abriss der Psychotraumatologie mit Schwerpunkt zur Säuglings- und Kleinkindarbeit. Anschließend stellt die Autorin die I.B.T.-Methode vor, die sich in drei Phasen aufgliedert, und schließt ihr Buch mit vier Fallbeispielen ab.

Im ersten Kapitel vermittelt die Autorin grundlegende Informationen zu gehirnphysiologischen Prozessen bei traumatischer Belastung (Gedächtnis, Amygdala, Trigger, Vagus). Darüber hinaus gibt sie einen kurzen Überblick über die Bindungstheorie, identifiziert die Bindungsstile und das Beziehungsverhalten. Diese wenigen Seiten empfehlen sich auch zur Aushandigung an Patient\*innen, da die Erklärung kurz, knapp und leicht verständlich ist. Im zweiten Kapitel geht die Autorin auf Besonderheiten der pränatalen Gehirnentwicklung ein: Hier stützt sie sich unter anderem auch auf neuere neurobiologische Erkenntnisse, die den Säugling in seiner Kompetenz bekräftigen, der empfänglich ist für Stress in der Schwangerschaft sowie für weitergegebene Traumata. Zudem beschreibt sie mögliche peri- und postnatale Faktoren hier werden zwar interessante Standpunkte präsentiert, jedoch fehlt es mir an differenzierter, fundierterer Literatur (Studien zu Kaiserschnitt mit Wehentätigkeit und Auswirkung auf die Mutter-Kind-Bindung, Studien zur Resilienz bereits bei Säuglingen nach „schwierigen Geburten“). Die Darstellung ist hier etwas einseitig. Die Erläuterungen zum Thema Auswirkungen früher Traumatisierung sind hingegen gut gelungen: Die bildliche Darstellung des Stresstoranzfensters sowie das Schaubild zur Entwicklungsdynamik belastender Kindheitserfahrungen sind psychoedukativ hilfreich. Abschließend geht die Autorin kurz auf Bindungs- und Entwicklungs-traumatisierungen ein. Auch hier hätte ich mir ein breiteres Bild gewünscht mit mehr wissenschaftlichem Background.

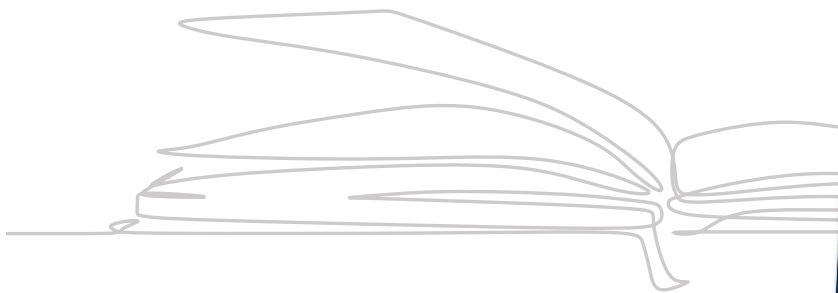
Im darauffolgenden Kapitel geht die Autorin auf die I.B.T.-Methode ein. In der ersten Phase erfolgt ein erster Beziehungsaufbau ohne Kind mit gegebenenfalls Genogrammarbeit, Diagnostik und Psychoedukation. Das Ziel der Phase 1 ist dabei, dass die Bindungsperson die Traumageschichte des Kindes aus Sicht der Bezugsperson im bifokalen Modus unter bilateraler Stimulierung „von gut bis gut“ (an einem Zeitpunkt beginnend, wo noch alles gut war bis zu einem jetzigen guten Zeitpunkt) erzählen kann. Die bilaterale Stimulierung soll (ähnlich EMDR) die Informationsverarbeitung deblockieren und die Erinnerung im expliziten Gedächtnis eingeordnet werden. Dabei soll die Bindungsperson nicht von negativen Gefühlen überflutet werden. In der zweiten Phase steht die Bindung im Fokus (Ausschlusskriterium ist dabei eine desorganisierte Bindung). Hier beschreibt die Autorin mit einem anschaulichen Schaubild, wie ein Teufelskreis der Retraumatisierung bei reflexhaften Verhalten aussehen und wie dieser verändert werden kann, damit korrigierende Erlebnisse erfahrbar werden. Hier würde ich mir praktischere Beispiele von Feinfühligkeits- und bedürfnisorientierten „Korrekturen“ wünschen. In Phase 3, der letzten Phase, wird dem Kind seine Traumageschichte (aus der Sicht des Kindes) erzählt, dabei ist das Kind an ein Herzfrequenzmessgerät angeschlossen. Es ist von Wichtigkeit, dass die Geschichte kognitiv chronologisch, emotional und physiologisch erzählt wird. Es soll eine inhaltliche Sinnhaftigkeit ergeben. Wenn das Kind eine erhöhte Herzfrequenz aufzeigt, beginnen Therapeut\*innen mit der bilateralen Stimulierung. Bei Kindern ab einem Jahr wird dabei die Stimulation mithilfe eines Plastiktieres, das auf und ab springt, empfohlen. Wenn das Kind aufsteht, muss erkannt werden, ob es ein Bewältigungsmechanismus ist oder Ablenkung. Das stelle ich mir schwer vor, dies benötigt sicherlich ein sehr erfahrenes, geschultes Auge. Die Autorin betont auch, dass der Einsatz dieser Methode eine fundierte Schulung notwendig macht.

	Katrin Boger
	Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kindern, Kleinkindern und Vorschulkindern
	2022, Kohlhammer
	104 Seiten
	978-3-17-040366-6
	29,00

Die abschließenden Fallbeispiele geben eine Beschreibung des Therapieablaufs bei vier Kindern zwischen sechs Monaten und fünf Jahren und illustrieren die I.B.T. praxisnah. Dabei wird klar, dass dieser Ansatz nicht viele Sitzungen braucht, um eine deutliche Besserung beim Kind auszulösen.

Zusammenfassend gibt das Buch einen spannenden Einblick in die I.B.T. Es wird ein grober Leitfaden gegeben, wie diese Methode eingesetzt werden kann. Wer sich ganz konkrete Strategien wünscht, braucht sicherlich eine Weiterbildung dafür. Mich hat der Ansatz durch die Lektüre auf jeden Fall neugierig gemacht. Eine wissenschaftlich etwas ausführlichere Untermauerung wäre wünschenswert, zudem hätte ich auch Fallbeispiele mit Vätern als Bindungspersonen schön gefunden.

**Rezensiert von Marie-Christine Reiswich**



## Angst – Emotionsarbeit in der Psychotherapie

Das Buch „Angst“ von den beiden Autorinnen fokussiert sich nicht auf die Therapie von Angststörungen, sondern auf das Thema Angst im Rahmen von Psychotherapie oder Beratung. In einem ersten Teil sollen die Grundlagen der Angst erörtert werden, in einem zweiten Teil dann auf konkrete Interventionen eingegangen werden. Ein weiterer Schwerpunkt des Buchs ist die Förderung von Resilienz, unter anderem mit Tools der Autorinnen, die zum Beispiel aus dem Bereich der Psychoonkologie bekannt sind (TRUST-Methode).

Bezüglich der Grundlagen halten sich die Autorinnen sehr kurz. Dabei geht es unter anderem um die Angst-Stress-Reaktion oder um Angst als überlebensnotwendige Reaktion. Im zweiten, sehr ausführlichen Teil widmen sich die Autorinnen den Interventionsmöglichkeiten. Hier umreißen sie die Empfehlungen der Leitlinien sowie transdiagnostische Ansätze wie Schematherapie oder emotionsfokussierte Therapie (EFT).

Im Kapitel Angst und Resilienz stellen die Autorinnen das von ihnen entwickelte Konzept zur Resilienzstärkung, Techniken ressourcenfokussierter und symbolhafter Traumabearbeitung (TRUST) vor. Es handelt sich um ein aus der Traumatherapie, schulenübergreifendes Konzept mit Bausteinen wie Förderung von Selbstwirksamkeit, sozialen Kompetenzen, Erhöhung des Wohlbefindens, Angstmanagement, Ressourcenaktivierung und Selbstreflexion. Einzelne Übungen werden für die jeweiligen Bausteine vorgestellt. Einige der Übungen wie die 4711-Übung, das ABC des Wohlbefindens, die BERLIN-Ressourcen-Checkliste kannte ich bereits aus dem Psychoonkologie-Curriculum beider Autorinnen und nutze diese bereits seit Jahren in meiner therapeutischen Arbeit.

Die Autorinnen empfehlen zudem die bilaterale Stimulation als Methode der (Selbst-)beruhigung während der Übungen. Diese wird einfach und für Patient\*innen gut nachvollziehbar erläutert. Weiterhin werden Methoden wie das TRUST-Protokoll (eine Methode zur Ressourcenaktivierung und zur Angstbewältigung bei bevorstehenden Ereignissen sowie der Aktivierung früherer Selbstwirksamkeitserlebnisse) sowie das TRUST-Ressourcenteam vorgestellt (Aktivierung von Ressourcen







in Form von „inneren Helfern“ oder Symbolen). Dabei werden diese auch anhand von Fallbeispielen beispielhaft dargestellt. Zuletzt werden noch die RESILIENZ Schatzkiste vorgestellt sowie der dazugehörige Fragebogen TRUST-Resilienzfragebogen (RF-15). Hier wird spürbar, dass das TRUST-Konzept von vielen Interventionen der „dritten Welle“ inspiriert wurde, diesen aber einen starken Resilienzfokus nutzt. Die Übungen sind dabei praxisnah, einfach und sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene anwendbar.

Im darauffolgenden Kapitel werden traumatherapeutische Ansätze wie Somatic Experiencing oder Kreative Angstkonfrontation mit Conflict Imagination Painting and Bilateral Simulation (CIPS) kurz vorgestellt. Darauffolgend geben die Autorinnen Impulse zur Arbeit mit Patient\*innen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Als sehr hilfreich empfinde ich die Checkliste zu den Zielen im Umgang mit Progredienzangst, Übungen wie den Zen-Kreis (Zeichnen eines Kreises mit verschiedenen Farben) und Dropping Anchor (Angst „verankern“).

Das Buch beenden die Autorinnen mit Impulsen zum Thema Psychohygiene und Kunst als Möglichkeit mit Angst umzugehen (Ich empfehle allen Yasoi Kusamas Bilder zu suchen). Mit einem Download-Code ist die E-Book-Version des Buchs erhältlich sowie zahlreiche Materialien und Arbeitsblätter, die in der Therapie genutzt werden können.

Zusammenfassend ist es ein gutes Überblicksbuch zum TRUST-Konzept der Autorinnen, das bei Angst oder auch anderen Emotionen genutzt werden kann. Hilfreich wären Impulse, um bei schwierigen Situationen mit Patient\*innen (zum Beispiel Patient\*in „leugnet“ Krankheit, Patient\*in möchte Angst weiterhin „bekämpfen“ trotz Therapierational, Patient\*in hat Schwierigkeiten mit Imaginationen et cetera) einen guten Umgang zu finden. Zudem wäre eine Erweiterung des Kapitels zum Thema Selbstfürsorge der Psychotherapeut\*innen hilfreich im Umgang mit der eigenen Angst empfehlenswert. Es mangelt hierzu an guter Literatur mit konkreten Übungen.

**Rezensiert von  
Marie-Christine Reisch**

	Margarete Isermann, Christa Diegelmann
	<b>Angst</b> Emotionsarbeit in der Psychotherapie
	2022, BELTZ
	123 Seiten
	ISBN 978-3-621-28939-9
	€ 35,00



## Ego-State-Therapie bei Traumafolgestörungen

Fritzsche hat sich – der Titel deutet es an – in diesem Buch zum Ziel gesetzt, eine praxisnahe Anleitung für den Einsatz der Ego-State-Therapie in der Traumatherapie zu geben. Das Buch will nicht nur einen Überblick geben, sondern auch als Nachschlagewerk dienen, um sich während der Therapie Anregung und Hilfe zu suchen. Beides ist meines Erachtens gelungen.

Fritzsche schreibt in einer leicht lesbaren, immer von tiefem Wissen, aber auch Demut gegenüber der Arbeit mit dem Klientel geprägten Sprache. Besonders erfrischend dabei ist, dass der Autor darauf verzichtet, die eigene Technik als „das einzig Wahre“ zu verkaufen, sondern explizit dazu einlädt zu schauen, was zu meinem Stil als Therapeut\*in und was zu der behandelten Person passt. Er ermutigt dazu, verschiedene Techniken zu kombinieren und verweist schon zu Beginn des Buches darauf, dass mithilfe der Ego-State-Therapie auch eine Stärkung ohne Traumakonfrontation möglich sei.

Im ersten Teil des Buches gibt Fritzsche einen Überblick über die Hintergründe, sowohl von Traumata und Traumafolgestörungen, als auch zu Ego-State-Therapie, einem Ansatz, der mit Persönlichkeitsanteilen arbeitet. Meines Erachtens ist es gelungen, alles, was man zu beiden Themen wissen muss, knapp und überblickshaft zusammenzustellen.

Der weitaus größere Teil des Buches, fast drei Viertel, ist der konkreten Behandlung von Traumafolgestörungen gewidmet. Fritzsche beginnt mit der Darstellung der Grundkonzeption, der nötigen therapeutischen Haltung und dem Umgang damit, dass oft widerstreitende Beziehungsangebote von Seiten der Patient\*innen spürbar sind: Da ist einerseits der Wunsch nach Hilfe und andererseits die Erfahrung mit traumatisierenden Beziehungen, die es schwer macht, Vertrauen zu fassen. Nach diesen grundlegenden Kapiteln widmet Fritzsche sich der Vorbereitung und Stabilisierung und schließlich der eigentlichen traumafokussierten Arbeit anhand von fünf verschiedenen möglichen Techniken: der inneren Reise, der inneren Bibliothek, der Affekt- oder somatischen Brücke, dem inneren Treffpunkt und der Stühle-Arbeit, sowie kurz der assoziativen körperfokussierten Arbeit. Vier der fünf Techniken sind ausführlich, mit Fallbeispielen und möglichen Fallstricken und Schwierigkeiten, dargestellt, sodass sie, zumindest wenn man zum Thema bereits Seminare besucht hat, leicht aufgegriffen werden können.

Als Stärke des Buches sehe ich die vielen Übersichten und Tabellen, die eine schnelle Orientierung und Auffrischung ermöglichen und in der alltäglichen Arbeit sicher hilfreich sind. Als Schwäche sind die meines Erachtens zu seltenen und recht knappen Fallbeispiele zu nennen, an einigen Stellen hätte ich mir mehr konkrete Beispiele gewünscht. Insgesamt ist ein meines Erachtens gelungenes Kompendium entstanden.

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

	Kai Fritzsche
	<b>Ego-State-Therapie bei Traumafolgestörungen</b> Handbuch für die Praxis
	2020, Carl-Auer Verlag
	386 Seiten
	ISBN 978-3-8497-0345-5
	€ 59,00





## Praxisabgabe

**Stuttgart Zentrum:** Gut eingeführte Psychotherapie-Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung (VT Erwachsene) vorhanden. Schöne Praxisräume, gute Verkehrsanbindung. Zuschriften unter e-mail: erika.sch1@web.de

Halbe Praxis KJP/VT in Moers abzugeben, KV-Zulassung vorhanden.

Kontakt: info@diepraxis.biz oder 015110123404

Psychotherapeutische Praxis in Göttingen zum 1.1.24 abzugeben. KV-Zulassung TP und PA vorhanden. Praxisräume, Praxiseinrichtungen Warteliste etc. können übernommen werden. Praxis liegt günstig, auch preisgünstig, in der Innenstadt. Ausgeschrieben im Nieders. Ärzteblatt zum 15.4.23. Tel.: 0551 8207699

### SUNDERN (Hochsauerlandkreis)

Langjährig etablierte halbe VT-Praxis (Erw.) zu verkaufen. Abgabe nach Vereinbarung. KV-Zulassung vorhanden. Kontakt: praxis.bglier@t-online.de

## Verschiedenes

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

Supervisorin, KJP, VT, Fam.th., Hypnoth.  
hat Termine frei.

Infos unter 02382-940740

## 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@winges.net

Suche approbierte KJP/VT (m, w, d) für meine Moerser Praxis in Teilzeit.

Kontakt: info@diepraxis.biz, 015110123404

### Leitender Psycholog. Psychotherapeut / KiJu-Psychotherapeut (m/w/d) für Therapiezentrum Osterhof e.V. im Schwarzwald gesucht.

Voraussetzung: Psychodynamische oder systemische Ausbildung. Wir bieten: Große Gestaltungsmöglichkeiten, Vergütung nach TVÖD, großzügige betriebl. Altersvorsorge, nahezu alle Schulferien arbeitsfrei, großzügige Dienstwohnung in unseren Schwarzwaldhäusern für Sie und Ihre Familie, Mitversorgung durch unsere Küche, Arbeiten und Leben inmitten wunderschöner Natur. Weitere Informationen unter [www.therapiezentrum-osterhof.de/jobs](http://www.therapiezentrum-osterhof.de/jobs), Kontakt: martin.schmid@therapiezentrum-osterhof.de oder 07442/3003

### Psychologische/r / Ärztliche/r Psychotherapeut/in (m/w/d) für 5 h bis 40 h/W in Würzburg gesucht

Weitere Informationen über uns findest du unter: [www.psychotherapiezentrum-wuerzburg.de](http://www.psychotherapiezentrum-wuerzburg.de)  
Bei Interesse melde dich per Mail an: [leitung@psychotherapiezentrum-wuerzburg.de](mailto:leitung@psychotherapiezentrum-wuerzburg.de)

### Angebot, besonders für Jungapprobierte bzw. zukünftig Jungapprobierte

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft Langenhagen/Hannover sucht 1 **Psycholog. Psychotherapeuten** (m/w/d) mit Approbation für einen halben Kassensitz, VT, für sofort oder später. Der Kauf des halben Praxisanteils zum 2.1.25 ist möglich, auch interessant für Jungapprobierte, die durch kurze Anstellung auf dem halben Sitz zur privilegierten Person werden. Ebenfalls suchen wir 1 **PiA** bei sehr guter Bezahlung. Bewerbung per Chiffre unter PA02202303

## Anzeigen

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

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter [www.psychotherapieaktuell.de](http://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 3.2023:

4. August 2023

### Kleinanzeigenpreise 2023

Pro Millimeter: 4,35 Euro

Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPTV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über [medhochzwei-verlag.de](http://medhochzwei-verlag.de) oder direkt unter [mhz-anzeigen.de](http://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](mailto:bmb-anzeigen@dptv.de)).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlags

### 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 Verlags

## 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: 24.700 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  
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17  
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

### Druck

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

## Inserentenverzeichnis

## Seite

Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn .....	19
Hasomed GmbH, Magdeburg .....	U4
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....	47
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....	25
medatixx GmbH & Co. KG, Eltville/Rhein.....	37
New Media Company GmbH & Co. KG, Eltville/Rhein .....	31
Pluswert Wirtschaftsdienst GmbH & Co. KG, Münster .....	13
Sympatient GmbH, Hamburg .....	4
Stöver Finanzplanung GmbH & Co. KG Bremen .....	39

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender

Institutionen beigelegt:

Schatten & Licht e.V., Welden

## Bildnachweise

## Seite

DPTV/Hans Strömsdörfer .....	U1, 16-18
Adobe Stock/marina_dikh.....	5, 6-7
Unsplash/cleo-stracuzza.....	8
Adobe Stock/Viktoria .....	5, 28-31
Adobe Stock/Alexander Rooss .....	5, 41-43
Adobe Stock/Gravico .....	17, 19
Adobe Stock/AnnaStills.....	21
Adobe Stock/Hyejin Kang.....	32
Shutterstock/micromaniac86.....	35, 38-39
Adobe Stock/EvgeniasArt .....	40-43
Adobe Stock/Kzenon .....	44
Adobe Stock/ngupakarti.....	51-56

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

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell  
erscheint am **18. September 2023**.

## 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

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

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

### Vorstand der Delegiertenversammlung

Julia Leithäuser (Vorsitzende)  
Dr. Kristina Schütz (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

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

#### Hamburg

Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie  
Kerstin Sude  
Isestr. 41  
20144 Hamburg  
Telefon 040 46776086  
kerstinsude@dptv.de

#### Hessen

Ilka Heunemann  
ilkahaunemann@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  
Sallstraße 76  
30171 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  
Kaiserstraße 38  
55116 Mainz  
sabine.maur@dptv-rlp.de

#### Saarland

Kathrin Schlipphak  
Quienstraße 20 a  
66119 Saarbrücken  
Telefon 0681 99886226  
kathrinschlipphak@dptv.de

#### Sachsen

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

#### Sachsen-Anhalt

Lisa Marie Hubbe  
Am Rodelberg 6  
39343 Ackendorf  
lisahubbe@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



# Die meist genutzte Praxissoftware

Inklusive dieser Zusatzmodule



[www.udana.de](http://www.udana.de) | [www.psynote.de](http://www.psynote.de) | [www.webprax.de](http://www.webprax.de)



[www.elefant-praxissoftware.de](http://www.elefant-praxissoftware.de)