



Psychotherapie **Aktuell**

- ❏ Extrabudgetäre Vergütung, ein wichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung
- ❏ Psychotherapie in Europa – Interview mit Prof. Dr. Rainer Richter
- ❏ Belastungsdimensionen bei Psychologischen Psychotherapeuten



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

an dieser Stelle vielen Dank für Ihre Rückmeldungen. Wenn es lebendige Reaktionen auf Beiträge unserer Psychotherapie Aktuell gibt und vielfältig Inhalte der Beiträge zitiert werden, dann ist das ein deutliches Zeichen, dass wir mit unserer Zeitschrift heiße Eisen anfassen, die vielfach beachtet werden. Ihre aktuellen Reaktionen belegen, dass die Themen unzureichende Vergütung und Gutachterverfahren in der Kollegenschaft nicht nur mehr oder weniger stillschweigend ertragen, sondern engagiert diskutiert werden.

Auch in dieser letzten Ausgabe des Jahres 2012 werden wir wieder an diese Themen anknüpfen, denn wir wollen Ihnen einige bahnbrechende Entwicklungen und Erkenntnisse näher bringen, die das Jahr 2012 geprägt haben und uns spätestens im Jahr 2013 – 13 Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz – in eine „neue Welt“ führen.

Extrabudgetäre Vergütung

Sie ist ein wichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung. Bisher waren wir in der Honorarverteilung im gemeinschaftlichen „Honorartopf“ mit allen ärztlichen Fachgruppen integriert. Die ärztlichen Kollegen fürchteten, dass die Ausweitung von Psychotherapie ihr Honorar mindern würde. Über alle Psychotherapeutenverbände hinweg haben wir erfolgreich dafür gekämpft, dass die Psychotherapie aus dem allge-

meinen Honorartopf herausgenommen und zukünftig extrabudgetär direkt von den Krankenkassen vergütet wird.

Obwohl sich an der Höhe des Honorars für eine Psychotherapiesitzung auch dadurch zukünftig nichts wirklich ändert, kann zumindest ab 2013 das Honorar für probatorische Sitzungen nicht mehr gekürzt werden. Für die Psychotherapie ein kleiner, aber zentraler Erfolg.

In diesem Zusammenhang wurde hier in einer Nebenabsprache zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen die Weiterentwicklung der Richtlinienpsychotherapie und des Gutachterverfahrens bis zum 30.6.2013 beschlossen.

Belastungsdimensionen bei Psychotherapeuten

Wie hoch ist die Berufszufriedenheit bei Psychotherapeuten? Hierzu hatten wir in unserer letzten Ausgabe auf die Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV hingewiesen. Die DPTV plant, zukünftig eigene Daten zur Berufszufriedenheit zu erheben. Die erstaunlichen Ergebnisse der Dissertation unseres Kollegen Klaus Sievers weisen bereits deutlich auf Unzufriedenheit hin. Die psychotherapeutische Arbeit wird als belastend empfunden. Jedoch erwächst diese Belastung nicht aus der

genuinen Psychotherapietätigkeit, sondern die Kolleginnen und Kollegen fühlen sich durch administrative Tätigkeiten stark bis sehr stark beeinträchtigt. Hier werden vor allem die Berichte an den Gutachter als hohe oder als kaum zu bewältigende Belastung erwähnt.

Das Thema Gutachterverfahren zieht somit einen roten Faden durch fast alle unsere Ausgaben und natürlich nicht zuletzt durch unseren psychotherapeutischen Alltag.

Es ist nur zu hoffen, dass die bürokratischen Mühlen in den Entscheidungsgremien nicht zu langsam und zu grob mahlen und wir in naher Zukunft zu guten und verlässlichen Modernisierungen gelangen.

Steigende Prävalenz für psychische Erkrankungen nicht nur bei uns

Jeder denkt bei Europa sofort an die derzeitige Eurokrise und die aktuellen Haushaltsdebatten. Doch die EU beschäftigt sich auch mit Fragen, die uns und unsere Patienten unmittelbar betreffen, der psychischen Gesundheit. Der Bedarf und damit auch die direkten und indirekten Kosten für Menschen mit psychischen Erkrankungen steigen nicht nur bei uns, sondern europaweit. Gleichzeitig fehlt es an der Förderung von Forschung zu vielen psychischen Krankheitsbildern.

Und was wünschen wir uns vom Weihnachtsmann?

Dass die neue Bedarfsplanung ein tatsächliches Mehr an ambulanten Behandlungskapazitäten ermöglicht und sich positiv auf die psychotherapeutische Versorgung auswirkt. Dass die neue Vergütungssystematik für alle Beteiligten zu einer Verbesserung führt und dass es bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien endlich zur dringend notwendigen Modernisierung und Entbürokratisierung kommt. Und dass in Hinblick auf die Sicherung des Berufsstandes und die Zukunft der jungen Kolleginnen und Kollegen endlich die Reform der Psychotherapieausbildung angegangen wird.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen wunderschöne und erholsame Weihnachtsfeiertage und einen guten Start in ein erfolgreiches neues Jahr 2013.

Herzlichst
Ihre

Stellvertretende Bundesvorsitzende
der DPTV

Gesundheitspolitik

- 4 Dieter Best**
Extrabudgetäre Vergütung, ein wichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung, aber weiterhin keine Verbesserung der Honorarsituation der niedergelassenen Psychotherapeuten
- 8 Barbara Lubisch**
Psychotherapie in Europa
Interview mit Professor Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Fachbeitrag

- 11 Klaus Sievers**
Belastungsdimensionen bei Psychologischen Psychotherapeuten. Berufszufriedenheit versus Administration und mangelnde Erholung

Aus der Praxis

- 18 Dietmar Schulte**
Lohnt sich Diagnostik? Diagnostik lohnt sich – auch finanziell!
- 23 Sigrid Pape**
Vom Umgang mit Ablehnung
- 24 Angelika Enzian**
Info-Telefon für Psychotherapie. Erste Bilanz eines Feldversuchs
- 26 Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung

Ausbildung

- 27 Markus Plantholz, Heinrich Geising**
Zur arbeitsrechtlichen Situation der PiA
- 29 Kerstin Sude, Heinrich Geising**
Genehmigung einer heilberuflichen Tätigkeit bei einem bestehenden Angestelltenverhältnis

Rechts-, Versicherungs- und Steuerfragen

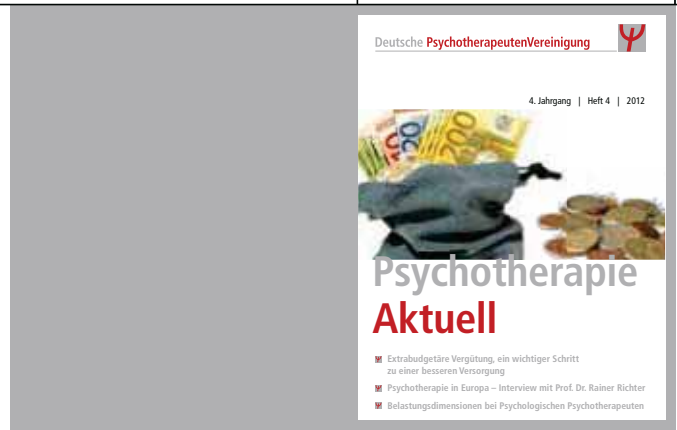
- 31 Markus Plantholz**
Anfragen von Krankenkassen und dem MDK zu gesetzlich Krankenversicherten
- 33 Christina Seimetz**
Die Veräußerung oder Aufgabe psychotherapeutischer Praxen
- 36 Andrea Arendt**
Selbständig im Beruf – abhängig im Alter?

Veranstaltungen

- 38 Veranstaltungskalender Januar bis April 2013**

Humorvolles

- 39 Roland Hartmann**
Langzeitantrag



Rezensionen

- 40 Petra Decker**
Ellen Frank, Jessica C. Levenson: Interpersonelle Psychotherapie
- 40 Michael Lingen**
Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger, Andreas Maercker (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie
- 41 Paul Scherfer-Samide**
Joachim Bauer: Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt
- 42 Ann-Katrin Hellwich**
Hans-Werner Bierhoff, Dieter Frey: Sozialpsychologie. Individuum und soziale Welt

Leserbriefe

- 43 Zum Beitrag von Thomas Uhlemann**
Vereinfachung, Vereinheitlichung, Entbürokratisierung. Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Reform des Gutachterverfahrens
- 44 Zum Beitrag von Dieter Best**
Die Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Psychotherapie müssen erweitert werden
- 44 Zum Beitrag von Sabine Schäfer**
Qualitätssicherung im PNP-Vertrag Baden-Württemberg. Psychotherapeutische Versorgung ohne „Gutachterverfahren“ – ein Mangel an Qualitätssicherung?

Verbandsintern

- 45 Adressen DPTV
Impressum**

Anzeigen

- 46 Stellenmarkt
Kleinanzeigen**

Dieter Best

Extrabudgetäre Vergütung ein wichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung,

aber weiterhin keine Verbesserung der Honorarsituation der niedergelassenen Psychotherapeuten

Bei den zurückliegenden Honorarverhandlungen des Bewertungsausschusses spielte die zukünftige extrabudgetäre Finanzierung der Psychotherapie eine wichtige Rolle. Warum war die Herausnahme der Psychotherapie aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung den Psychotherapeuten und der KBV so wichtig?

Die „Ausdeckelung“ nicht nur einzelner Leistungen, sondern eines großen Leistungssektors – der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und der probatorischen Sitzungen – ist insofern ein Präzedenzfall, als nicht nur einzelne Leistungen sondern ein großer Leistungsbereich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ausgegliedert wird. Weil die Krankenkassen jede psychotherapeutische Behandlung vorab genehmigen, haben sie auch die Möglichkeit der „Mengensteuerung“. Die Verlagerung des Morbiditätsrisikos ist deshalb folgerichtig, zumal man davon ausgehen

kann, dass die Bedeutung psychischer Krankheiten und psychischer Faktoren bei somatischen Krankheiten zunimmt und die Kosten für stationäre Behandlungen, Arbeitsausfälle und Frühberentungen weiter steigen werden.

Die jetzige Finanzierung der Psychotherapie aus der MGV und die (bisher eher gefühlte als reale) Dynamik in diesem Leistungssektor hatte zu massiven Abwehrreaktionen der KVen und

der Einkommen durch Stützungsmaßnahmen zu sorgen. Schon aufgrund des verfassungsrechtlichen Grundsatzes, dass Ungleiches nicht gleich behandelt werden darf, müsse die ungleiche Vergütungsstruktur bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden.

Trotz der klaren rechtlichen Lage hatte sich im KV-System die Stimmung gegen die Psychotherapeuten immer mehr zugespitzt und die Motivation, sich für

„Trotz der klaren rechtlichen Lage hatte sich im KV-System die Stimmung gegen die Psychotherapeuten immer mehr zugespitzt.“

der KBV gegen die Psychotherapie und die Psychotherapeuten geführt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss die Vergütung der Psychotherapie je Zeiteinheit ein Mindesteinkommen garantieren. Das BSG leitet dies aus der Unterschiedlichkeit der Vergütungsstrukturen ab, die darin besteht, dass durch die strikte Zeitgebundenheit der Leistungen der Psychotherapeuten eine Leistungsverdichtung pro Zeiteinheit nicht möglich ist. Die Honorarverteilung habe dies zu berücksichtigen und für einen Ausgleich

einen Ausbau der Behandlungskapazitäten, für strukturelle Veränderungen und für angemessene Honorare zu engagieren, auf null gesetzt.

Dies ist der Hauptgrund, weshalb die KBV und die Psychotherapeuten seit mehr als einem Jahr energisch die extrabudgetäre Vergütung für ihren Bereich gefordert haben. Nur so war auch zu erwarten, dass die KBV bei der Reform der Bedarfsplanung einer Aufstockung der Psychotherapeutenplätze zustimmen würde.

Weiterhin „Übersorgung“ statt realer Unterversorgung

Die Einigung auf eine Finanzierung von etwa 1.150 neuen Sitzen ab 2013 wird die Unterversorgung etwas lindern, nicht aber beheben. Schädlich aus Psychotherapeutensicht bleibt, dass auch die reformierte Bedarfsplanung von einer statistischen „Übersorgung“ ausgehen wird und damit den historischen Umstand tradiert, dass direkt nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 der damalige, von Unterversorgung gekennzeichnete Ist-Stand zum Soll-Stand erklärt wurde. Würde man bei der Reform der Bedarfsplanung die Verhältniszahlen durchschnittlich auf 110% setzen (d.h. weder Über- noch Unterversorgung), würden die Berechnungen einige Tausend zusätzliche Psychotherapeutenplätze ergeben. Diese wollte man aber nicht finanzieren. So trägt der psychotherapeutische Versorgungsbereich auch in Zukunft eine scheinbare Übersorgung vor sich her. Sie wird durch die neuen Sitze zwar gemildert, ob ein Planungsbereich aber zu 140% oder zu 180% übersorgt ist, spielt im Ergebnis keine Rolle: Übersorgung ist Übersorgung.

Der Abdruck des Artikels erfolgt mit freundlicher Genehmigung des LetV-Verlags. Aus: „highlights online magazin“.

Rationale Überlegungen über den tatsächlichen Stand der Versorgung werden zukünftig belastet sein und die statistische Überversorgung kann auch als bequemes Argument eingesetzt werden, den Versorgungsmangel zu negieren und den psychotherapeutischen Versorgungsbereich unter Druck zu setzen. Wer erinnert sich dann noch an die strukturelle Fehlfestlegung von 1999?

Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien

Mit der extrabudgetären Vergütung steigt das Interesse der Krankenkassen an strukturellen Reformen der kollektivvertraglich geregelten ambulanten Psychotherapie. So wurde eine die Honorarbeschlüsse flankierende Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffen, wonach bis zum 30. Juni 2013 die Psychotherapie-Richtlinien und das Gutachterverfahren weiterentwickeln sind. Insbesondere müsse die Angemessenheit der unterschiedlichen Behandlungsdauern der Verfahren und das Verhältnis von Einzel- zu Gruppentherapie überprüft werden.

Diese Vereinbarung ist – wenngleich der Zeiträumen zu knapp bemessen erscheint – positiv zu bewerten, weil es an der Zeit ist, die seit 40 Jahren kaum veränderten Psychotherapie-Richtlinien modernen Anforderungen anzupassen. Zum Beispiel ist es nicht sinnvoll, wenn die für Diagnostik und Kriseninterventionen notwendigen probatorischen Sitzungen schlechter bezahlt werden als die späteren Psychotherapiesitzungen. Nicht zeitgemäß ist es zudem, bei chronischen psychischen Krankheiten von abgeschlossenen Therapiekon-

tingenten auszugehen. Auch die Bestimmungen für die Gruppentherapie sind hoffnungslos veraltet, und das Gutachterverfahren muss überarbeitet werden.

Die Psychotherapeuten sind an fachlich begründeten Veränderungen sehr interessiert. Aus diesem Grund hat die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung mehrere innovative Selektivverträge initiiert und mitgestaltet, die die Behandlungsmöglichkeiten erweitern und flexibilisieren. Notwendige Maßnahmen betreffen übrigens nicht nur die Psychotherapie-Richtlinien sondern auch das gesetzliche Verbot, Patienten in psychiatrische Kliniken oder psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen einweisen oder Patienten aus psychischen Gründen krankschreiben zu können.

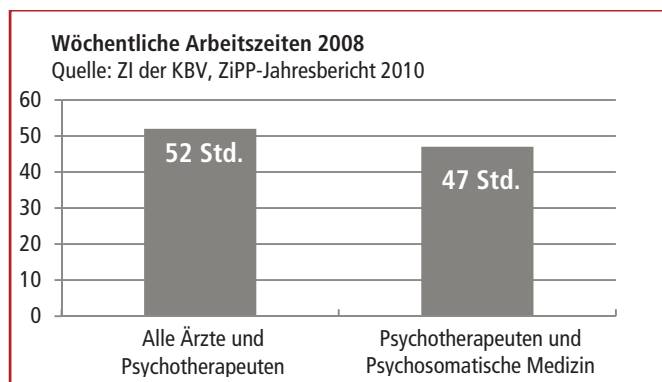
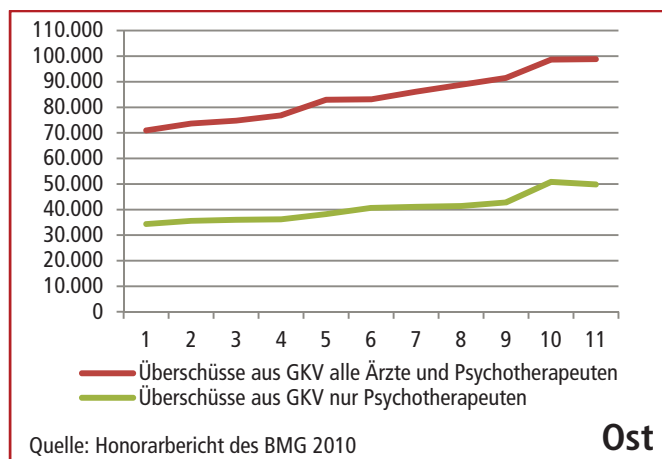
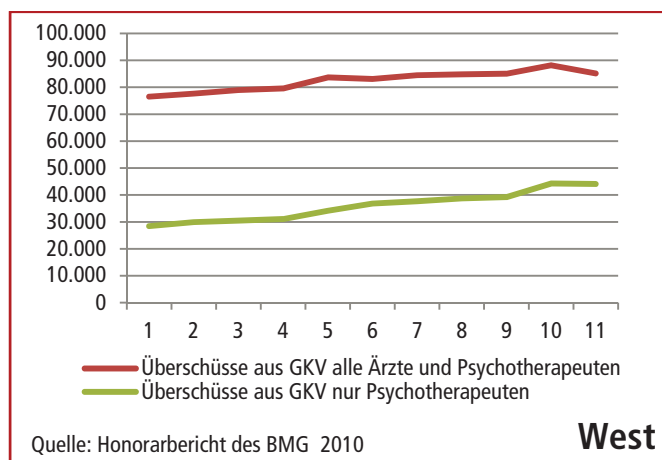
Bei den Psychotherapeuten bestehen aber auch Befürchtungen, dass bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien ökonomische Interessen der Krankenkassen dominieren könnten, z.B. bei der Frage der Therapiekontingente. Es muss deshalb darauf geachtet werden, dass allein fachliche, empirisch gestützte Erkenntnisse eine Rolle spielen.

Keine Verbesserung der Einkommenssituation der Psychotherapeuten

Die Honorarbeschlüsse ändern nichts an der schlechten finanziellen Lage der niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Anhebung des Orientierungswertes um 0,9% bringt nur eine geringfügige Erhöhung des Honorars um 73 Cent je Stunde Psychotherapie. Vom 1.1.2009 bis Ende 2013, also in 5 Jahren, wird

das Honorar je Sitzung um insgesamt 1% gestiegen sein – angesichts der Inflationsrate ein massiver realer Einkommensverlust!

Für das Einkommen der Psychotherapeuten entscheidend ist das Honorar pro Zeiteinheit. Eine Psychotherapiesitzung dauert mit Vor- und Nachbe-





Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie in der KBV und Mitglied in der Vertreterversammlung der KBV.



reitung 60 Minuten, einschließlich weiterer, nicht abrechenbarer Arbeitszeit, 70 Minuten (sogenannte Prüfzeit). Im Gegensatz zur somatischen Medizin können die Leistungen weder schneller erbracht noch delegiert werden und im Krankheitsfall, bei Fortbildungs- oder Urlaubsabwesenheit darf auch kein Vertreter bestellt werden. Psychotherapeuten profitieren deshalb nicht von der Zunahme der Menge der abrechenbaren Leistungen, wie sie in den jährlichen Gesamtvergütungsverhandlungen zwischen KVen und Krankenkassen vereinbart werden. Wäre das Ergebnis einer Lohnrunde zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern eine Verlängerung der Arbeitszeit von 40 auf 45 Stunden pro Woche, bei gleichem Stundenlohn, wäre das für die Arbeitnehmer sicher kein Erfolg.

Psychotherapeuten liegen schon immer weit abgeschlagen an der untersten Stelle der ärztlichen Einkommen. Sie verdienen bei vergleichbarer Arbeitszeit (siehe Tabelle) im Durchschnitt etwa die Hälfte aller anderen Arztgruppen und etwa ein Drittel bis ein Viertel im Vergleich zu den spezialisierten Internisten. Nach den Angaben des Zentralinstituts der KBV beträgt das

durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen der Psychotherapeuten 2.658 € im Vergleich zu durchschnittlich 5.442 € bei allen Ärzten. Die niedrigen Einkommen gehen zu Lasten der Praxisausstattung, der Fortbildungen, der privaten Lebensführung und der Altersvorsorge.

Weil die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bisher nicht willens und nicht in der Lage war, die gravierenden Honorarungerechtigkeiten zu beseitigen, hat das BSG seit 13 Jahren

„Psychotherapeuten liegen schon immer weit abgeschlagen an der untersten Stelle der ärztlichen Einkommen.“

den Psychotherapeuten ein Mindesthonorar zugesprochen. Ein Psychotherapeut muss bei **vollem Arbeitseinsatz** wenigstens das Einkommen eines Facharztes (ohne Internisten) mit durchschnittlichem Arbeitseinsatz erreichen können.

Es ist den Psychotherapeuten nicht länger zuzumuten, ihren Anspruch auf eine angemessene Vergütung über jahrelange gerichtliche Auseinandersetzungen

einklagen zu müssen. Dass die Selbstverwaltung dieses Problem lösen wird, ist nach den bisherigen Erfahrungen unwahrscheinlich.

Auch ist es nicht zuzumuten, dass die vom BSG in seinen Urteilen festgelegte Mindestmaßgabe, die schon eine vom BSG selbst zugestandene Benachteiligung enthält, auf immer und ewig als Standard festgeschrieben wird.

Die Konkretisierung der bisherigen allgemein gehaltenen Bestimmung

zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen in § 87 Abs. 2c SGB V ist deshalb notwendig. Psychotherapeuten müssen bei gleichem Arbeitseinsatz prinzipiell ein Einkommen erzielen können wie ein im fachärztlichen Versorgungsbereich somatisch tätiger Vertragsarzt. Da nach den bisherigen Erfahrungen nicht davon auszugehen ist, dass der Bewertungsausschuss die Honorarpassungen von sich aus in regelmäßi-

gen Abständen vornimmt, muss auch eine jährliche Überprüfung gesetzlich vorgeschrieben werden. Eine solche ist längst überfällig. Dem Anliegen hat auch der FDP-Gesundheitspolitiker Dr. Erwin Lotter in einer Pressemeldung am 4. Oktober zugestimmt. Er bemängelt eine „Unwucht zu Lasten der Psychotherapeuten“.

Es kann auf Dauer nicht so bleiben, wie es Prof. Wenner, der Vorsitzende des 6. Senats des BSG in einem Aufsatz von 2009 ausgedrückt hat: „Diese Durchschnittswerte (der Einkommen, d. Red.) dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Einkünften in den einzelnen Fachgebieten gibt, dass also – im Bild des „Ganzen Hauses“ der Vertragsärzte – die einen Luxussuiten bewohnen, während den anderen eher die kleinen Kammern im Keller zugewiesen werden. Letzteres trifft vor allem für die Psychotherapeuten zu, die erst 1999 eingezogen sind, als – zumindest aus der Sicht der schon vorhandenen Bewohner – keine besseren Räume mehr verfügbar waren.“

Überschüsse aller Ärzte und Psychotherapeuten im Vergleich zu den Überschüssen aller PP/KJP (Umsätze abzüglich Kosten nach ZI-Kostenstudie gemäß Angaben im BMG-Bericht)

| Jahr | Überschuss alle Ärzte / Psychotherapeuten West | Überschuss alle Ärzte / Psychotherapeuten Ost | Überschüsse PP/KJP West | Überschüsse PP/KJP Ost | Überschüsse PP/KJP Alle |
|------|--|---|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| 2000 | 76.530 | 70.943 | 28.450 | 34.309 | 28.767 |
| 2001 | 77.665 | 73.649 | 29.906 | 35.574 | 30.234 |
| 2002 | 78.947 | 74.771 | 30.465 | 35.975 | 30.794 |
| 2003 | 79.526 | 76.867 | 31.023 | 36.167 | 31.344 |
| 2004 | 83.617 | 82.914 | 34.145 | 38.222 | 34.412 |
| 2005 | 83.028 | 83.137 | 36.818 | 40.657 | 37.093 |
| 2006 | 84.464 | 86.097 | 37.641 | 41.013 | 37.907 |
| 2007 | 84.793 | 88.785 | 38.706 | 41.316 | 38.930 |
| 2008 | 85.028 | 91.468 | 39.168 | 42.786 | 39.495 |
| 2009 | 88.166 | 98.609 | 44.214 | 50.776 | 44.840 |
| 2010 | 85.121 | 98.819 | 44.052 | 49.769 | 44.611 |



Neu erhältlich:

Faltblätter für Patienten

Ab sofort können Sie in der Bundesgeschäftsstelle unter bgst@dptv.de die hier abgebildeten Informationsblätter für Patienten anfordern*. Die Faltblätter sind zur persönlichen Weitergabe an Ihre Patienten sowie zur Auslage in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen gedacht.

Bitte weisen Sie Patienten und Interessierte auf unsere Psychotherapeutenliste im Internet hin:

www.psychotherapeutenliste.de



*) Mindestanforderung 50 Stück. Pro Anforderung von 50 Stück erlauben wir uns Bearbeitungs- und Portokosten von € 5,- zu berechnen.

Barbara Lubisch

Psychotherapie in Europa

Interview mit Professor Dr. Rainer Richter,
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Die Europäische Union beschäftigt sich nicht nur mit Wirtschaftsfragen und Euro-Problemen, sondern auch mit Fragen der Gesundheit und speziell der Förderung der psychischen Gesundheit, denn „Die mit der psychischen Gesundheit verbundenen Probleme haben sowohl soziale, wirtschaftliche als auch strukturelle Auswirkungen, die das Wohl der gesamten Bevölkerung betreffen. Deshalb muss durch geeignete Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene und in den Mitgliedstaaten über die psychische Gesundheit informiert, ihre Bedeutung gefördert und ihren Störungen vorgebeugt werden.“ (Schlussfolgerungen des Rates vom 3. Juni 2005 über Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich psychische Gesundheit).

Psychische Erkrankungen führen in der ganzen EU zu hohen Belastungen und Kosten. Eine im Herbst 2011 vorgestellte Studie des European Brain Council (EBC) hat die Prävalenz und Kosten psychischer Erkrankungen und neurologischer Störungen über einen Einjahreszeitraum ermittelt. Danach entstehen jährlich in Europa direkte und indirekte Kosten durch psychische Erkrankungen in Höhe von 798 Mrd. Euro, das sind durchschnittlich 1.550 Euro pro Bürger. Es wurde festgestellt, dass die Datenlage für viele Krankheitsbilder immer noch unzureichend und weitere Forschung notwendig ist. Die Versorgung hat sich in den letzten fünf Jahren nicht verbessert. Die meisten

Fälle bleiben unbehandelt, nur etwa ein Drittel der Betroffenen erhält eine professionelle Hilfestellung oder eine Therapie, wobei die Psychopharmakotherapie deutlich im Vordergrund steht. Welche Rolle spielt dabei die Psychotherapie?

Herr Professor Richter, wie wichtig sind Themen der psychischen Gesundheit – mental health – in Europa, und welche Bedeutung hat dabei die Psychotherapie?

Die Gesundheitssysteme aber auch die Volkswirtschaften überall in Europa

sehen sich zunehmend durch psychische Erkrankungen herausgefordert. Dies zeigen die Daten zur langfristigen Entwicklung, aber auch Zahlen über zunehmende Suizidraten im Zusammenhang mit wachsenden psychischen Belastungen durch die Wirtschafts- und Finanzkrise. Intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum – die Strategziele der Europäischen Union bis 2020 – können nur erreicht werden, wenn psychisch kranke Menschen angemessen versorgt werden. In dem 2008 geschlossenen Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden kommt daher der Wille zum

Ausdruck, diese Herausforderung in Europa gemeinsam zu lösen.

Obwohl die psychischen Erkrankungen zunehmen, ist die Psychotherapie selbst aber nicht automatisch auch zu einem wichtigen Thema in Europa geworden. Vielmehr müssen wir feststellen, dass die Psychotherapie im Rahmen von Entwicklungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in Europa vor allem auf dem europäischen Parkett nicht den Platz hat, den sie nach der wissenschaftlichen Studienlage haben könnte und sollte.

Univ.-Prof. Dr. phil. Rainer Richter

Prof. Dr. Rainer Richter ist Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (seit 2005) und der Psychotherapeutenkammer Hamburg (seit 2003). Er ist Professor für Medizinische Psychologie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (seit 1992), und seit 2000 Univ.-Prof. an der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, seit 2012 emeritiert.

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg.

Honorarprofessor für Klinische Psychologie an der Universität Innsbruck 1993: Univ.-Prof. für Psychotherapie, Abteilung für Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm, Leiter der Sektion „Psychoanalytische Methodik“.

1999 bis 2005: Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Prof. Dr. Rainer Richter ist (Mit-)Begründer des „Network for Psychotherapeutic Care in Europe“.



Wie beurteilen Sie die psychotherapeutische Versorgung in Europa, welche Rolle kann Deutschland dabei übernehmen?

In allen europäischen Ländern gibt es einen steigenden Behandlungsbedarf. In keinem Land reicht das zur Verfügung stehende psychotherapeutische Behandlungsangebot aus. In mehreren europäischen Staaten werden Versorgungsmodelle gesucht, die einen schnellen Zugang zur Psychotherapie, unabhängig von Alter oder sozialer Schicht, sicherstellen.

In Bezug auf die Bedeutung der Psychotherapie für die Versorgung psychisch kranker Menschen gehört Deutschland eher zu den führenden Nationen in der Europäischen Union. Hier können andere von den Erfolgsfaktoren, wie dem hohen Qualifikationsstandard bei den Leistungserbringern und der wissenschaftlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden, durchaus lernen. In anderen Bereichen wie etwa der Leitlinienorientierung gibt es dagegen Modelle in anderen Ländern, von denen Deutschland profitieren könnte.

Welche Qualifikationsanforderungen werden in anderen europäischen Ländern an die Ausbildung von Psychotherapeuten gestellt? Was bedeutet das für die in Deutschland aktuelle Diskussion zur Reform der Ausbildung?

Bei den Qualifikationsanforderungen an Psychotherapeuten ist Europa ein Flickenteppich. Psychotherapeut ist nicht in allen Ländern ein akademischer Heilberuf. Auch sind die erlernbaren psychotherapeutischen Verfahren und Methoden sehr unterschiedlich, ebenso die Struktur und der Umfang

der Ausbildung, in der die psychotherapeutischen Kompetenzen erworben werden.

Für die aktuelle Diskussion zur Reform der Ausbildung bedeutet das sicherzustellen, dass unser hohes Qualifikationsniveau aufrechterhalten wird. Die hohen deutschen Standards dürfen im Zuge der europäischen Berufsankennung nicht durch niedrige ausländische Abschlüsse ausgehöhlt werden.

Welche Herausforderungen kommen durch die Europäische Union auf die Psychotherapie in Deutschland zu?

Die aktuell größte Herausforderung ist die Überarbeitung der europäischen Richtlinie zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Die Europäische Kommission möchte das geltende Anerkennungsverfahren deutlich erleichtern. Dazu schlägt sie ein auto-

matisches Anerkennungsverfahren vor, wenn ein Berufsbild bereits in mindestens einem Drittel aller Mitgliedstaaten reglementiert ist und die erforderlichen Kompetenzen in mindestens einem Drittel aller Mitgliedstaaten verlangt werden.

Durch ein solches Verfahren würden unsere mit dem Psychotherapeutengesetz geschaffenen hohen Standards stark gefährdet. Wir lehnen es daher ab, künftig die Europäische Kommission zu ermächtigen, das gemeinsame Spektrum von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten für den Beruf Psychotherapeut festzulegen.

Sie sind (Mit-)Begründer des „Network for Psychotherapeutic Care in Europe“ (NPCE) – gibt es nicht schon zu viele Verbände und Vereine? Wer beteiligt sich bei NPCE? Was ist das Ziel von NPCE?

„Making psychotherapy more visible“ war der Titel der Fachkonferenz des „Network for Psychotherapeutic Care in Europe“ (NPCE) im Februar d. J. im Europäischen Parlament in Brüssel und ist zugleich die Antwort auf die Frage. Denn das NPCE hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung in den Gesundheitssystemen sichtbar zu machen und zu verbessern. Dafür braucht die Psychotherapie in Europa eine starke Stimme. Die pharmazeutische Industrie oder die psychiatrisch arbeitenden Ärzten werden in Brüssel gehört, wenn es um die Versorgung psychisch kranker Menschen geht. Dagegen hat Psychotherapie zwar europäische Vertretungen für einzelne Psychotherapieverfahren oder Berufe. Einen europäischen Ansprechpartner für die psychotherapeutische Versorgung gab es bislang jedoch noch nicht. Ich habe das NPCE mitinitiiert, um daran etwas zu ändern. Das NPCE ist dabei nach





**Barbara
Lubisch**

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und der VV der KBV, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kamerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.



seinem Selbstverständnis nicht berufsständisch motiviert, sondern nutzt die Erfahrung und Expertise aller, die in ihrem Gesundheitssystem überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.

Welche Chancen und welche Risiken für die Psychotherapie sehen Sie in der europäischen Zusammenarbeit?

Die Europäische Union hat erklärt, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Europa bietet daher aktuell eine gute Plattform, um für die zentrale Rolle der Psychotherapie für die Versorgung psychisch kranker Menschen zu werben. Organisationen aus einzelnen Mitgliedsländern finden hier nur wenig Gehör. Unsere ersten Erfahrungen im NPCE zeigen, dass sich mit einem europäischen Netzwerk die Türen zum Europäischen Parlament und zur Europäischen Kommission viel leichter öffnen.

Chancen bieten sich dabei etwa im Bereich der Versorgungsforschung. Die Europäische Union fördert die Forschung im Bereich psychischer Erkrankungen mit Hunderten von Millionen Euro. Dabei setzt sie aber einseitig auf die genetische und neurobiologische Grundlagenforschung und die Heilversprechen der Pharmaindustrie. Von der europäischen Zusammenarbeit versprechen wir uns, auch in diesem Bereich stärker Einfluss zu nehmen, damit auch die „Sprechende Medizin“ weiterentwickelt werden kann und ihr Anteil an der Versorgung aufgrund weiterer wissenschaftlicher Belege wachsen kann.

Natürlich birgt die Zusammenarbeit auch gewisse Risiken. Im Netzwerk kommen Psychotherapeuten mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen zusammen. Wenngleich wir nicht berufsständisch geprägt sein wollen, sind einem doch manche Diskussion aus den Zeiten vor dem Psychotherapeu-

tengesetz wohlvertraut. Dennoch ist das Ganze auch in diesem Fall mehr als die Summe seiner Teile. Für die europaweite Wahrnehmung von Psychotherapie als evidenzbasierter und nützlicher Behandlungsform sollten wir kompromissfähig sein.

Welche Bedeutung kommt dabei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und den deutschen Berufs- und Fachverbänden zu?

Die BPTK und die deutschen Berufs- und Fachverbände können wichtige Impulse für die europäische Zusammenarbeit geben. Während die BPTK über das NPCE den generellen Stellenwert von Psychotherapie bei der Versorgung psychisch kranker Menschen betont, sollte es auch auf europäischer Ebene möglichst in Gestalt europäischer Vereinigungen und Verbände Stimmen geben, die (verfahrens-)spezifische Antworten geben können oder mit Blick auf die Kompetenzen der be-

teiligten Berufe eine schärfere Position beziehen. Insofern gibt es für alle noch viel zu tun.

Welche Themen oder konkreten Projekte stehen als nächstes auf der Agenda von NPCE?

Das Netzwerk bereitet gerade seine dritte Fachkonferenz vor. Geplant ist eine Veranstaltung im Rahmen der irischen Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2013. Weitere Themen – wie zuletzt die Notfallversorgung nach Großschadensereignissen im Rahmen eines parlamentarischen Frühstücks im Europäischen Parlament – greifen wir in anderen Formaten auf, um gerade auch Parlamentarier über verschiedene Aspekte und Felder von Psychotherapie aufzuklären. Gleichzeitig wollen wir die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern weiter intensivieren, um Psychotherapie in Europa stärker sichtbar zu machen. Dazu gehört es auch, unsere Seite www.npce.eu mit weiteren Inhalten auszubauen.

Herr Professor Richter, vielen Dank für das Gespräch! ■



Weitere Informationen

finden Sie z.B.
unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-71.html>

Klaus Sievers

Belastungsdimensionen bei Psychologischen Psychotherapeuten

Berufszufriedenheit versus Administration und mangelnde Erholung

In Sievers (2011) wurden Unterschiede im Belastungserleben von Psychotherapeuten anhand einer Testbatterie untersucht und inferenzstatistisch ausgewertet. Die Unterschiedseffekte zwischen den Geschlechtern und den Therapieverfahren/Professionen (Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (AP-TP), Tiefenpsychologie (TP), Verhaltenstherapie (VT) / Ärztliche und Psychologische Tiefenpsychologen) wurden mittels multivariater Varianzanalysen überprüft. In der Hauptfragestellung interessieren Unterschiede hinsichtlich des Erlebens von chronischem Stress zwischen Geschlecht und Therapieverfahren bei kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten (Abb. 1). Insgesamt gingen die Daten von 76 Ärztlichen und 227 Psycholo-

gischen Psychotherapeuten mit einem Durchschnittsalter von jeweils 53 Jahren in die Studie ein. Versandt wurden 1146 Fragebogen (460 Bremen und Bremerhaven, 686 Niedersachsen). Die Untersuchung umfasste 37,1% aller Psychologischen Psychotherapeuten und 38,6% aller Ärztlichen Psychotherapeuten des Landes Bremen und der umliegenden Gebiete Niedersachsens (Erwachsenenpsychotherapie).

Als zentrales Messinstrument wurde der TICS (Schulz, Schlotz & Becker, 2004) angewandt. Dieser Test unterscheidet unter anderem zwischen der von außen kommenden Arbeitsüberlastung und der Überlastung durch die Komplexität der Arbeit.

Diese Studie enthält zusätzlich eine deskriptive Analyse der Stichprobe, um das Berufsprofil der Psychotherapeuten differenziert darstellen zu können. Thematisiert wurde die Belastung durch Fragen

- zur therapeutischen Tätigkeit und deren Bewältigung
- zu administrativen Faktoren und deren mögliche Konsequenzen
- zu Regenerationsmöglichkeiten
- zur Identifikation mit dem Therapieverfahren
- zur finanziellen Situation
- zum Einsatz von qualitätssichernden Elementen
- zu ergänzenden Tätigkeiten des Praxisalltags (z.B. Supervision, Tätigkeit als SupervisorIn)

- zum Umgang mit der eigenen Vulnerabilität
- zur Lebensqualität (vgl. Sievers, 2011, S. 123–145).

Im vorliegenden Text wird das Ergebnis der Studie hinsichtlich der Arbeitslast durch innere und äußere Arbeitsbelastungen fokussiert.

Dieser Artikel ist eine überarbeitete Fassung der Gegenüberstellung von Belastung aus psychotherapeutischer Tätigkeit und administrativer Belastung auf deskriptiver Basis. Die vollständige Dissertation ist als open document unter folgender Adresse abrufbar: <http://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102476-1.pdf>.

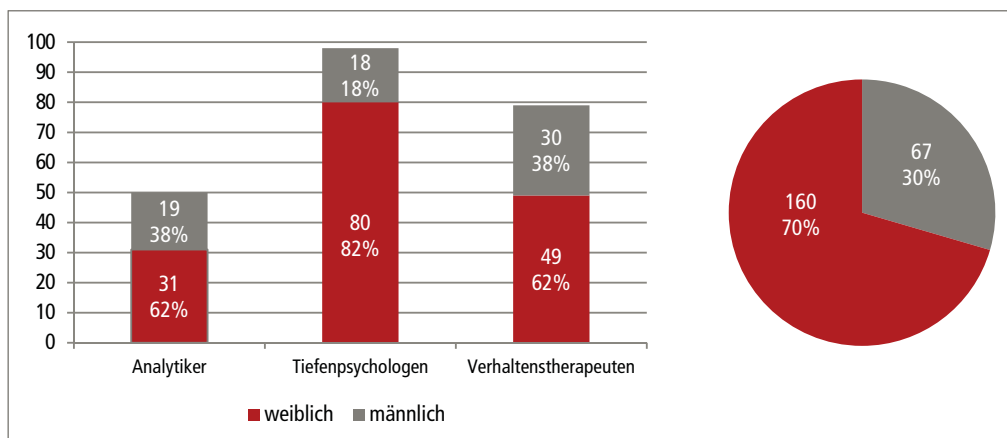


Abbildung 1. Psychologische Psychotherapeuten (N = 227)

Belastungen durch die psychotherapeutische Tätigkeit

Eine gelungene Herausforderung gegenüber Patienten, nicht aber gegenüber dem Partner

In der deutschsprachigen Literatur von 1994 bis 2008 wird nahezu jedes berufsimmanente Merkmal als potenziell belastend beschrieben (vgl. Jaeggi & Reimer, 2008, S. 94; Reimer, 1994, S. 76; Reimer, 1997, S. 307; Reimer 2000, S. 71; Reimer & Jurkat, 2001, S. 1734): Die „ständige Bedrohung der Grenzen

und Integrität des Psychotherapeuten durch grenzgestörte Patienten, die Verpflichtung, ein liebevolles, tragfähiges Arbeitsbündnis auch gegen innere und äußere Widerstände aufrechtzuerhalten, die Konfrontation mit eigenen Erinnerungen und unangenehmen biographischen Details, die durch die Auseinandersetzung mit der Biographie von Patienten ausgelöst werden können, dadurch auch immer wieder ein Erkennen zumindest streckenweiser Gemeinsamkeiten mit den Patienten und daraus resultierender Affekte, relativ wenige Erfolgserlebnisse in der Therapie, zumindest im Hinblick auf Heilung, und daraus resultierende Enttäuschungen und Kränkungen bis hin zu resignativen, pessimistischen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Patienten.“

Guy (1987) benennt in seiner zusammenfassenden Bewertung der angloamerikanischen Literatur physische und psychische Isolation, emotionale Auszehrung und emotionalen Rückzug, ständige Introspektion, Mangel an Spontaneität, stellvertretendes Leben, konfligierende Prioritäten, Ermüdung und hektische Zeitplanung, Zweifel am Erfolg der Psychotherapie (insbesondere bei wenig erfahrenen Psychotherapeuten), Zurückhaltung bei der Äußerung persönlicher Ansichten, Schweigepflicht, Einbahnstraßenintimität, schwierige Patienten, unvermeidbarer Abschied von Patienten oder Therapieabbrüche, eigene Kontrolle der Emotionen, Auseinandersetzung mit Stereotypen von Psychotherapeuten, Monotonie der Arbeit, Empfinden von Verantwortung für Patienten und fehlendes Lob von Patientenseite.

Alle vorliegenden Untersuchungen konstatieren zum Thema Belastung: Die psychotherapeutische Arbeit wird belastend erlebt. Auch in der Untersuchung von Sievers (2011) schildern 28,2% (N = 64 von 227) ihre Tätigkeit als belastend oder sehr belastend.

57,3% (N = 130) der Befragten gibt ein wechselndes Belastungserleben an. Lediglich 14,1% (N = 32) bewertet die Belastung als gering, einer (0,4%) als nicht belastend.

Diesen Anforderungen steht jedoch die Freude am Beruf entgegen. Denn gerade aus dem unmittelbaren Patienten-

kontakt erwächst die Befriedigung des Berufes, wie mehrere Literaturbelege zeigen (vgl. Guy, 1987; Heimerl, 2004; Heisig & Littek, 2003; Hessel et al., eingereichtes Manuskript; Jungo, 1998; Müller, 2009a, b; Orlinsky & Ronnestad, 2005; Raskin, Jurkat, Vetter & Reimer,

2008; Samman, 2005; Willutzki, Ambühl, Cierpka, Meyerberg & Orlinsky, 1997). Aus der genuinen Psychotherapie erwächst demnach keine Belastung. Auch in der Untersuchung des Autors (Sievers, 2011) zeigen das hohe Selbstwirksamkeitserleben im MBI-D/H (Heimerl, 2004) und die hohe Berufszufriedenheit im BZI (Jungo,

1998) in die gleiche Richtung. Zudem erscheint nicht das Belastungserleben per se von zentraler Bedeutung, sondern ob die Belastung zu bewältigen ist oder nicht. Denn nur wenn Letzteres der Fall ist, kann von Stress als nicht zu bewältigende Belastung gesprochen werden (vgl. Lazarus & Launier 1981). Hierzu zeigt die Analyse von zwei Items des Fragebogens, dass mehr als 80% der Befragten angeben, dass ihnen die „souveräne Gelassenheit im Umgang mit ihren Patienten fast immer gelingt“. Lediglich drei Therapeuten fällt diese Gelassenheit schwer. Den Antwortmodus ‚manchmal‘ geben 48% der Therapeuten an, und die andere Hälfte (50,7%) gibt an, damit keine Schwierigkeit zu haben. Somit erweisen sich die in der Literatur hauptsächlich geschilderten Belastungsfaktoren (vgl.

„Aus der genuinen Psychotherapie erwächst demnach keine Belastung.“

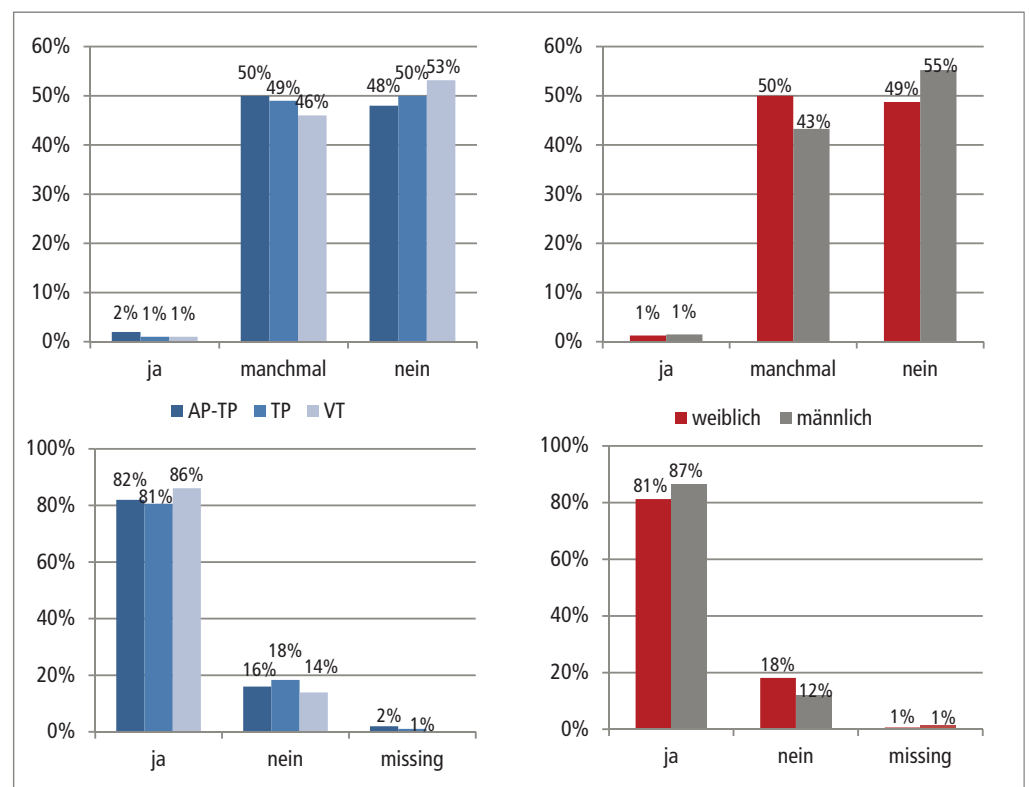


Abbildung 2. Belastungserleben (oben) und deren Bewältigung (unten)

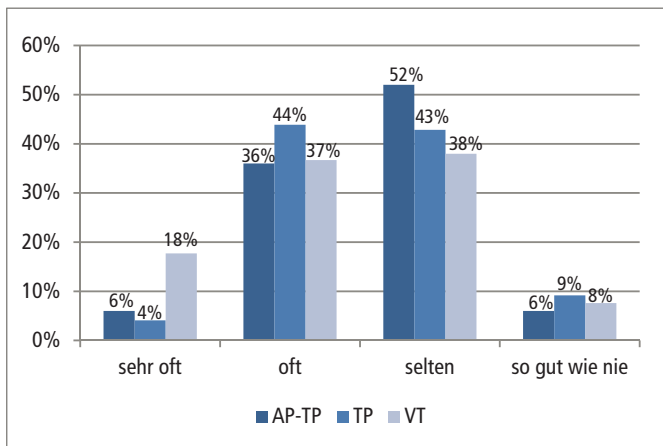


Abbildung 3. Belastung durch Nachwirkung der Therapiestunden in privaten Kontakten

Jaeggi & Reimer, 2008; Reimer & Jurkat, 2001; Reimer, 1994; Reimer, 1997; Reimer, 2000) als immer wiederholter Mythos. Die Belastungen, die durch die Patient-Therapeut-Interaktion entstehen können, erweisen sich bei der überwiegenden Anzahl der Psychotherapeuten der hier vorliegenden Erhebung als gelungene Herausforderung und können demnach nicht als Stress bezeichnet werden (Abb. 2).

Ein Aspekt des psychotherapeutischen Alltags ist jedoch bisher nicht beachtet worden: Dieser betrifft die Nachwirkung der Therapiestunden im Privatbereich (Item Nr. 53). Nahezu die Hälfte aller Psychotherapeuten geben an, dass es ihnen sehr oft oder oft schwerfällt, ihren Partnern oder Familienangehörigen nach einem Arbeitstag zuzuhören. Auch hier manifestieren sich keine Geschlechtsunterschiede > 10%. Die Verhaltenstherapeuten sind in der Kategorie ‚sehr oft‘ mit 18% mehrheitlich stärker vertreten als die Analytiker mit 3 (6%) oder die tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten mit 4 (4,1%) (Abb. 3).

Der hohe Anteil der Psychotherapeuten insgesamt, die in diesem Zusammen-

hang Interferenzen erleben, deutet darauf hin, dass es sich um eine typische Belastung des Psychotherapeutenberufes handelt. Mögliche Auswirkungen auf das Privatleben im Kontext von Partnerschaften oder Freundschaften sind damit verknüpft; jedenfalls solange bis Ähnliches nicht auch für andere Berufsgruppen festgestellt wird.

Einschätzung der administrativen Belastung

Berichte an den Gutachter belasten

Unterschiedliche Therapiekontingente (VT maximal 80 Stunden, TP 100 Stunden und PA 300 Stunden) repräsentieren unterschiedliche Arbeitsbe-

dingungen. Verhaltenstherapeuten behandeln mehr Patienten pro Jahr als Tiefenpsychologen, und beide deutlich mehr als Analytiker. Mit dieser zunächst nur anderen Arbeitsweise ist gleichzeitig höherer Verwaltungsaufwand und geringerer Verdienst bei Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen (nicht antragspflichtige Leistungen) verbunden. Ein höherer Anteil an Leistungen, die der Vorbereitung einer Psychotherapie dienen (Probatorik, Anamnese, Bericht an den Gutachter, Verwaltung, etc.), bedeutet gleichzeitig niedrigere Verdienstmöglichkeit pro Fall. Denn lediglich die antragspflichtigen Leistungen sind durch das Bundessozialgericht (1999) geschützt. Demnach werden Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsy-

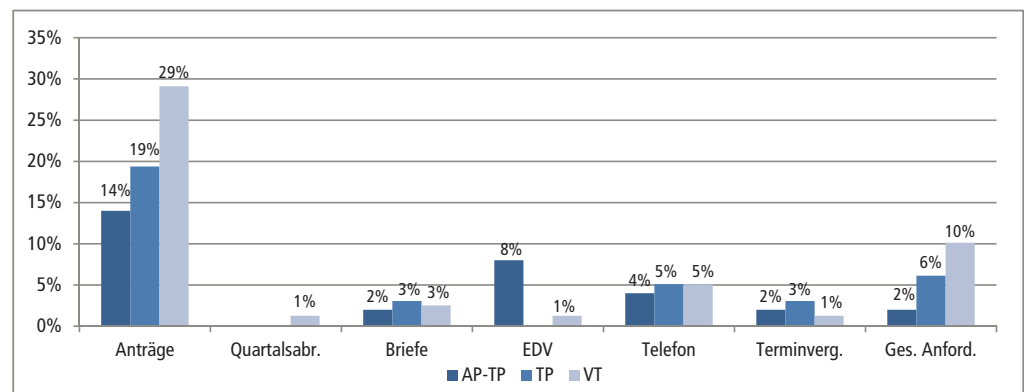


Abbildung 4. Verwaltungsaufwand 'kaum zu bewältigen'

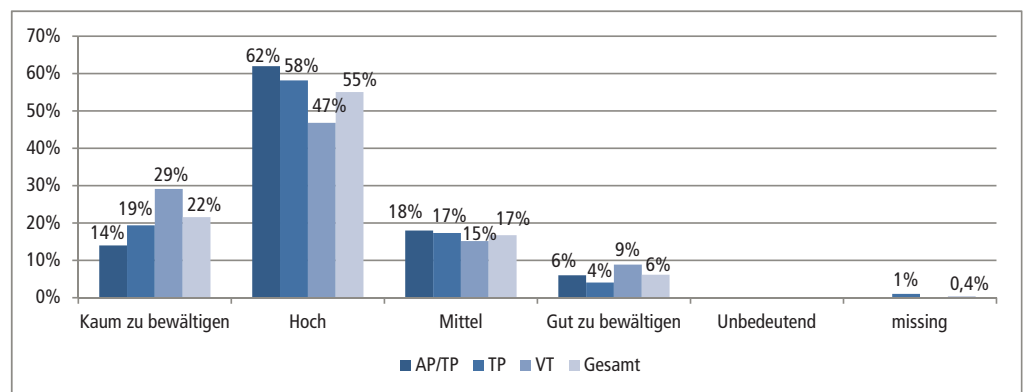


Abbildung 5. (Auswahl 'Anträge') Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Zeitaufwand für folgende Tätigkeiten?

chologen gegenüber den Analytikern auch finanziell benachteiligt (vgl. Sievers, 2011, S. 75–80).

Berichte an den Gutachter als chronischer Stress

Die Berichtspflicht an den Gutachter wird auch von anderen Autoren (vgl. Köhlke, 2000; Raskin et al., 2008, Schütte, Peschken & Friedrich, 2003) als exzeptionelle Beanspruchung für Verhaltenstherapeuten beschrieben (vgl. auch Bühring, 2000, 2002; Heisig & Littek, 2003; Reimer et al., 2008; Schäfer, 2010). Desgleichen resümieren Hessel et al. (eingereichtes Manuskript) für die Gesamtheit ihrer Stichprobe, die jedoch durch 57% VT konfundiert ist, dass nahezu die Hälfte der Psychotherapeuten sich bezüglich administrativer Tätigkeiten stark bis sehr stark belastet fühlt und zu wenig Zeit für persönliche Interessen und Freizeit hat.

Insgesamt stechen in der Arbeit von Sievers (2011, S. 127–129) auf deskriptiver Ebene die Berichte an den Gutachter deutlich als Belastungsfaktor hervor. 77% aller Psychotherapeuten beurteilen diese Belastung als ‚hoch‘ oder als ‚kaum zu bewältigen‘. An zweiter Stelle werden die gesetzlichen Anforderungen, wie z.B. Qualitätssicherung, Dokumentationspflicht (zur aktuellen Diskussion dieser Thematik vergl. Schäfer, 2012) von insgesamt 41% aller Psychotherapeuten entweder als hoch oder als kaum zu bewältigen bewertet (Abb. 4). Bezüglich des Berichtsaufwandes unterscheiden sich Verhaltenstherapeuten von den beiden anderen Verfahren: 29% der Verhaltenstherapeuten, 19% der Tiefenpsychologen und 14% der Analytiker schätzen diesen Aufwand als kaum zu bewältigen ein

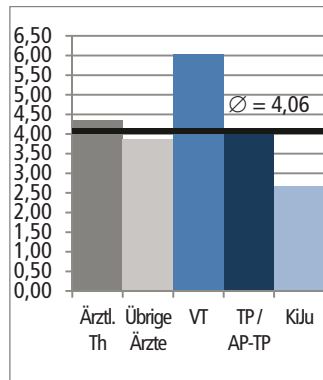


Abbildung 6. Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen über abgerechnete Berichte im Quartal 1/07 (EBM Ziffern 35130 und 35131)

(Abb. 5) und demnach als Belastungsfaktor, der die Bewältigungsmöglichkeiten im Grenzbereich zwischen noch zu bewältigender Belastung und chronischem Stress ansiedelt, der ‚kaum‘ zu bewältigen ist (vgl. Lazarus & Launier 1981). Hinsichtlich der gesetzlichen Anforderungen unterscheiden sich Verhaltenstherapeuten in den zusammengefassten beiden Kategorien (‚kaum zu bewältigen‘ und ‚hoch‘) mit 48% gegenüber den Analytikern (28%).

Die übrigen administrativen Bereiche wie Briefverkehr, Telefonate, EDV, Quartalsabrechnung und Terminvergabe erscheinen dagegen deutlich weniger belastend. Zu berücksichtigen ist hierbei der additive Charakter des Zeitaufwandes. Psychotherapeuten müssen Berichte an den Gutachter verfassen und diversen gesetzlichen Anforderungen genügen und ihre Quartalsabrechnung machen und Briefe an den überweisenden Arzt schreiben.

Dieses zunächst subjektiv berichtete Belastungserleben wird durch die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen untermauert. Wird die ‚objekti-

ve Belastung‘ des Untersuchungsquartals betrachtet, so liegt die mittlere Frequenz der Berichte an den Gutachter im Quartal 1/07 bei tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten und bei Analytikern, die beide in einer Fachgruppe zusammengefasst sind und somit nicht dem Differenzierungsgrad dieser Untersuchung entsprechen, bei etwa vier Berichten pro Therapeut im Quartal und bei Verhaltenstherapeuten bei sechs Berichten. Anzumerken ist, dass die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen einen Durchschnittswert für Tiefenpsy-

chologen und Analytiker repräsentieren und somit die Realität für die Tiefenpsychologen verzerrt dargestellt wird. Andererseits rechnen auch Analytiker tiefenpsychologisch orientierte Therapien ab. Weiter werden in der Bremer KV-Statistik Praxen mit hohem Versorgungsgrad, die in dieser Stichprobe so gut wie nicht vertreten sind, ebenso umfasst, wie solche mit relativ kleinem Patientenstamm (Abb. 6).

Den Zeitaufwand, der zur Abfassung eines Langzeitantrags benötigt wird, schätzen in der Studie des Autors (Sie-

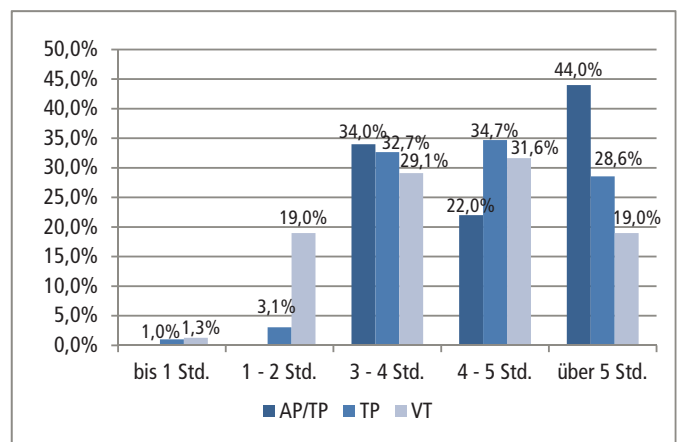


Abbildung 7. Zeitaufwand 'Anträge'

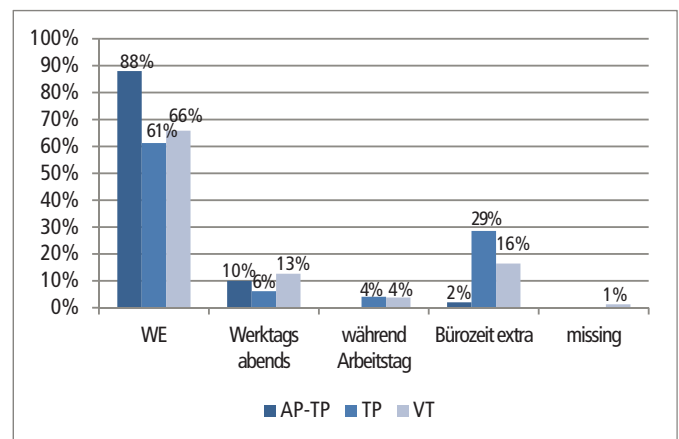


Abbildung 8. Zeitraum für 'Berichte an den Gutachter'

vers, 2011) insgesamt jeweils ca. 30% zwischen drei und vier, vier bis fünf und mehr als fünf Stunden ein. Die Psychoanalytiker, (AP-TP) mit 44% stellen die größte Gruppe dar, die angibt, dass der Berichtsaufwand mehr als fünf Stunden erfordert und die Verhaltenstherapeuten stellen mit 19% die kleinste Gruppe, die angibt, mehr als fünf Stunden zu benötigen (Abb. 6). Letztere sind mit einem Fünftel (20%) auch die größte Gruppe, die berichtet, den zeitlichen Aufwand routiniert in ein bis zwei Stunden oder weniger zu bewältigen. Diese Gruppe erscheint möglicherweise

durch die gehäufte Anzahl der Berichte als routinierter oder greift auf pragmatische Konzepte zurück. Die Hälfte von ihnen (50,6%) gibt den zeitlichen Aufwand jedoch mit vier bis fünf Stunden oder mehr an.

Insgesamt benötigen ca. 90% der Psychotherapeuten zwischen drei und mehr als fünf Stunden für die Abfassung eines Langzeitantrages (Abb. 7). Der übliche Zeitraum für das Verfassen solcher Berichte ist den Angaben zufolge das Wochenende mit 70% (Abb. 8). 20% verfassen die Berichte während

der regulären Kernarbeitszeit durch Strukturierung von Bürozeit. Die Gruppe der tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten stellt mit annähernd 30% hierbei die größte Gruppe dar, die die Berichte innerhalb der Bürozeit schreibt. Überwiegend erscheint somit das Schreiben von Berichten eine ‚Freizeitbeschäftigung‘ zu sein, die entweder am Wochenende oder abends stattfindet.

**Ein Ausweg: Vermeidung der Antragsbelastung
Belastungsfolgen für Patienten –
Die Leidtragenden des Systems**

Vermutlich wegen der Antragsbelastung wird auch ‚immer‘ oder ‚häufig‘ von 70% eine Kurzzeittherapie beantragt, obgleich die Behandler eine Langzeittherapie für indiziert halten (Abb. 9). Annähernd 30% der untersuchten Therapeuten selektiert ihre Patienten daraufhin, ob mit ihnen ‚manchmal, häufig oder immer‘ eine Berichtspflicht verknüpft ist. Darunter sind die Patienten zu vermuten, die innerhalb der Zweijahresfrist erneut einen Behandlungsplatz suchen. Immerhin 30% vermeiden wegen des Antragsaufwandes die Durchführung von Langzeitbehandlungen. Die Psychotherapeuten mit Zulassung für analytische Psychotherapie geben in ihrer überwiegenden Mehrzahl (92%) an, dies nie zu tun. Etwas weniger als die Hälfte der Verhaltenstherapeuten (45%) berichten, entsprechend auszuwählen, die Tiefenpsychologen zu 30% (Abb. 10).

Weitere Auswege bestehen darin, sich den Antrag von einem Dienst schreiben zu lassen (vgl. Bühring, 2004), was auch zwei Kommentare aus der Stichprobe aufzeigen (Sievers, 2011, S. 209 u. 211):

„Anträge schreibe ich grundsätzlich nicht, da ich dafür meine Freizeit hergeben müsste und das, was ich dann mache (z.B. Hobby) benötige ich aber für mich. Außerdem stimmt das „Preis-Leistungsverhältnis“ hier überhaupt nicht, was mich sehr ärgert...“

„Ich halte die Vorgaben der Therapierichtlinien für einen Missstand. Meine Behandlung folgt auch nicht dem dort vorgegebenen operationalen Muster. Ich bin ursprünglich xytherapeut* und

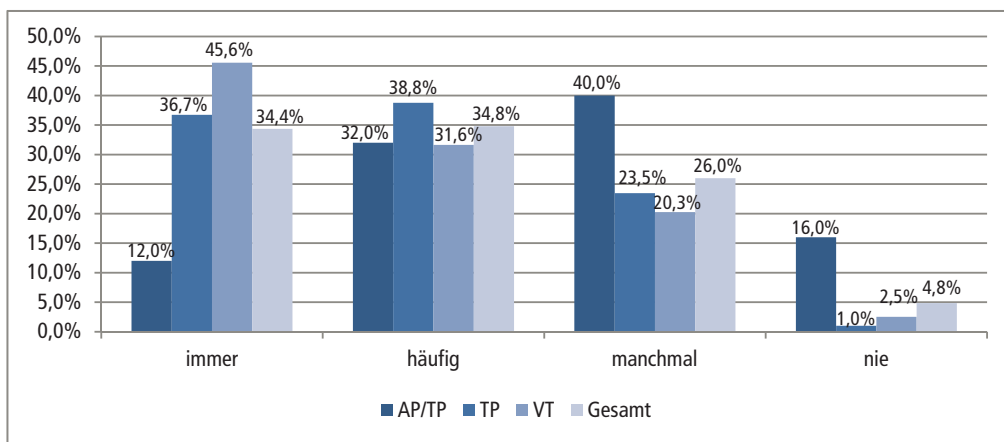


Abbildung 9. Kurzzeittherapie wird beantragt, obwohl Langzeittherapie erforderlich

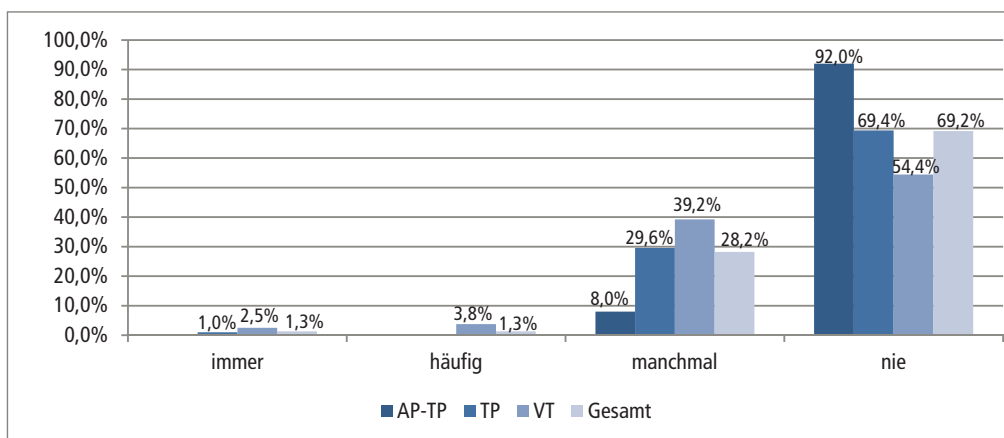


Abbildung 10. Vermeiden Sie wegen des Antragsaufwandes die Durchführung von Langzeittherapien? (entnommen aus Köhlke, 2000)

habe keine xy Zusatzausbildung*. Da ich für die Anträge einen Hilfsdienst beauftrage, der reibungslos funktioniert, stellt dies für meine Tätigkeit (zum Glück!) kein Problem dar.“

Anmerkung: *Aus Gründen der Anonymisierung verändert.

Auch ein Ausweg: Psychotherapeuten sparen an ihrer Erholung und Qualitätssicherung

Werden die Ergebnisse des signifikanten Haupteffektes des TICS mit der ‚Arbeitsüberlastung‘ und dem Skalenkomplex ‚Anforderungen durch Arbeitsbedingungen‘ zusammengefasst und mit den deskriptiv erhobenen Ergebnissen und den wenigen vorhandenen empirischen Arbeiten verknüpft, so kann vermutet werden, dass die aus den Berichten an den Gutachter erwachsene Belastung hauptsächlich für Verhaltenstherapeuten und für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten eine bedeutsame Verringerung der Erholungsmöglichkeiten bedeutet. Über unzureichende Erholungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten be-

richten auch Hessel et al. (eingereichtes Manuskript), wobei hier daran zu erinnern ist, dass ihre Stichprobe durch einen hohen Anteil an Verhaltenstherapeuten (54,6%) konfundiert ist.

Bei der Frage, wie die privaten Erholungsmöglichkeiten eingeschätzt werden (Abb. 11), geben Verhaltenstherapeuten zu 42% an, dass sie ‚wenig ausreichend‘ oder ‚gar nicht ausreichend‘ sind, gegenüber 22% der tiefenpsycho-

über 38%, die sie als ‚ausreichend‘ oder ‚völlig ausreichend‘ ansehen. Die mittlere Kategorie ist mit 31% besetzt. Sport, als Ausgleich der sitzenden Tätigkeit, wird von der überwiegenden Anzahl der Psychotherapeuten als Ausgleich genutzt (vgl. Reimer et al., 2005; Müller, 2009a, b).

Therapeuten, die ihre Erholungsmöglichkeiten als ‚wenig -‘ oder ‚gar nicht ausreichend‘ beschreiben, haben weni-

Gruppen- noch Einzelsupervision an (Abb. 12). Sie wählen demnach einen individuellen Weg aus dieser Misere.

Fazit: Das Gutachterverfahren verhindert in vielfältiger Hinsicht Qualität

Es ist seit über zehn Jahren (Köhlke, 2000) bekannt, dass die Qualitätssicherung für Psychotherapeuten einer Revision unterzogen werden muss. Weitere o.a. Studien zeigen die Ungerechtigkeit für Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen auf, die zusätzlich noch durch finanzielle Nachteile bestraft werden. Zuletzt zeigte der TK-Abschlussbericht (2011) dass das Gutachterverfahren „für alle Beteiligten, Therapeuten, Patienten und Krankenkassen mit hohem bürokratischem Aufwand und Kosten verbunden ist“ und dass „die Therapiequalität ohne Gutachten nicht schlechter ist“. 2010 machte Schäfer u.a. auf die unverhältnismäßigen Kosten dieses Verfahrens aufmerksam.

„Insgesamt erachten lediglich 38% ihre Erholungsmöglichkeit für ‚ausreichend‘ oder ‚völlig ausreichend‘.“

logisch orientierten Therapeuten und 32% der Analytiker. Analytiker nehmen somit eine mittlere Stellung ein. Insgesamt erachten lediglich 38% ihre Erholungsmöglichkeit für ‚ausreichend‘ oder ‚völlig ausreichend‘, wobei hier die Verhaltenstherapeuten mit 30% die kleinere Gruppe bilden.

Insgesamt sehen 31% aller Psychotherapeuten ihre Erholungsmöglichkeiten als deutlich eingeschränkt an, gegen-

ger Möglichkeiten, sich soziale Unterstützung für ihre psychotherapeutische Arbeit zu organisieren und, was insbesondere männliche Verhaltenstherapeuten betrifft, sie nutzen weniger die Möglichkeit zur Supervision, was nach Schwab und Liese (2004) Einfluss auf die Berufszufriedenheit hat. Sie lassen es zudem an notwendiger Qualitätssicherung fehlen. Nahezu ein Viertel (23%) der männlichen Verhaltenstherapeuten (insgesamt 16%) geben weder

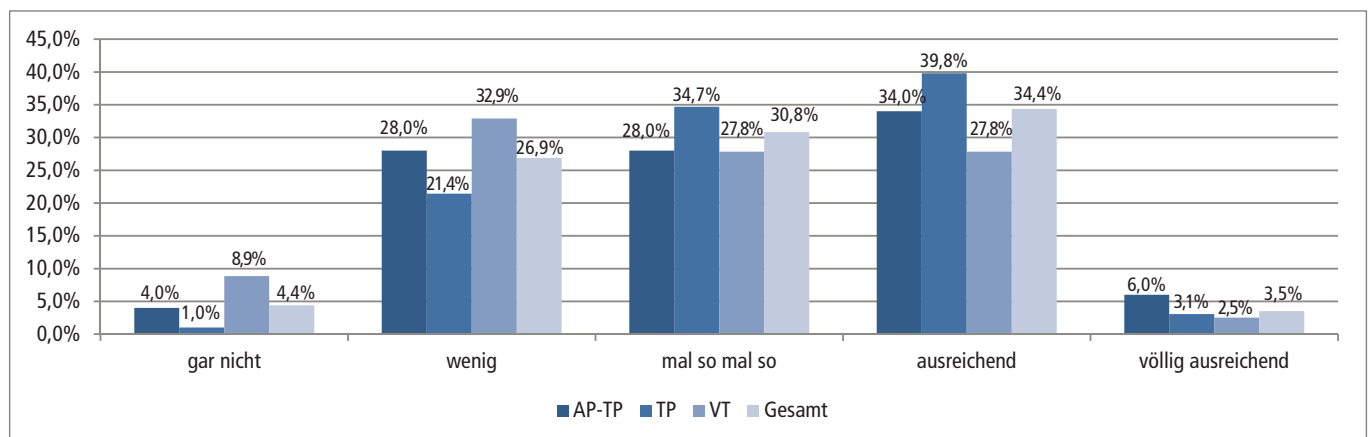


Abbildung 11. Hinlänglichkeit der privaten Erholungsmöglichkeiten



Dr. Klaus Sievers

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Bremen.



Werden die deskriptiv erhobenen Daten der hier vorliegenden Studie betrachtet, fällt es schwer, den Bericht an den Gutachter als Qualitätssicherungsinstrument zu bewerten. Es scheint das Gegenteil der Fall zu sein.

Der härteste Beleg besteht zweifelslos in der Analyse der KV-Daten.

- Deutlich wird hier, dass das Erstellen von Berichten bei einer Vielzahl von Psychotherapeuten mit Einschränkungen der Erholungsmöglichkeiten verbunden ist. Die Belastung ist durch die unterschiedlichen Kontingente ungerecht verteilt und mit finanziellen Nachteilen verknüpft (vgl. KV-Daten).
- Ein beträchtlicher Anteil derjenigen Therapeuten, die am meisten durch den Antrag belastet sind, nimmt nicht an der wesentlichen Qualitätssicherung – der Supervision – teil.
- Ein Teil der Patienten erhält wegen des Antragsaufwandes nicht die ihnen zustehende Therapie. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erhält dadurch einen zynischen Beigeschmack.
- Bekannt ist, dass einige Therapeuten sich ihren Antrag von einem Dienst schreiben lassen.

Somit gibt es mehr Hinweise darauf, dass das Gutachterverfahren in seiner jetzigen Form Qualitätssicherung verhindert, als dass es zur therapeutischen Qualität beiträgt; für seine Beibehaltung sprechen lediglich Behauptungen

„Therapeuten, die ihre Erholungsmöglichkeiten als ‚wenig‘ oder ‚gar nicht ausreichend‘ beschreiben, nutzen weniger die Möglichkeit zur Supervision.“

ohne Grundlage. Es belastet Patienten und Behandler gleichermaßen. Insgesamt geht Belastungserleben, mangelnde Zeit für adäquate Fortbildung, Vernachlässigung grundsätzlicher psychotherapeutischer Qualitätssicherung, Abschieben schwieriger Patienten mit dem hohen Berichtsaufwand einher.

Auswege

Wesentliche Belastungsbedingungen entstehen aus dem additiven Charakter der im Einzelnen sinnvollen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Problematisch ist, dass durch das Urteil des Bundessozialgerichts der Punktwert der psychotherapeutischen Leistungen

ausschließlich durch ein Antragsverfahren geschützt ist. Dies ist zurzeit noch das Gutachterverfahren, könnte aber auch durch andere Instrumente ersetzt werden, z.B. durch die Feststellung der Behandlungswertigkeit eines Patienten

durch eine Psychometrische Erfassung und eines Cut-Off-Wertes (siehe DptV-Modell; Schäfer 2011).

Möchte man an dem Gutachterverfahren festhalten, könnte dieses an ein Punktemodell gebunden werden, in dem beispielsweise der Novize eine bestimmte Anzahl von Berichten in der üblichen Form schreibt und danach den Bericht in einer verkürzten Formularform verfasst, der dann realistisch in einer Stunde zu bearbeiten ist. Zudem erfordert eine solche Form eher Denkaltschreiberarbeit, weil es dazu zwingt, die wesentlichen Punkte zu fokussieren und sie in Bezug zu Zielen und Behandlungsplan zu setzen. In der Folge sollten die für Fortbildung und Supervision erworbenen Punkte zur Wirtschaftlichkeitsprüfung angerechnet werden. Wünschenswert und mit Sicherheit qualitätssichernder als das bisherige Verfahren wäre auch eine für beide Seiten verpflichtende und rückkop-

pelnde Verzahnung von universitärer Forschung und angewandter Psychotherapie, an der es deutlich mangelt.

Ein weitere Modifikation schlägt Schäfer (2011) vor: Befreiung von LZT-Anträgen für Kollegen, die 35 Berichte geschrieben haben und eine Streichung des 15-stündigen Verlängerungsantrags VT 3b bzw. die Angleichung der Gesamtkontingente von Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten. Alternativ schlägt sie auch eine stichprobenartige Begutachtung von Psychotherapeuten nach dem Zufallsprinzip vor. ■

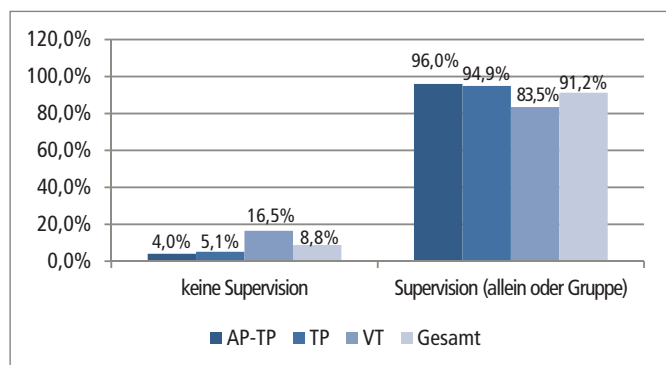


Abbildung 12. Welche Form der Supervision nehmen Sie in Anspruch? (keine Supervision/Supervision)

Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte · Notarin

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Z.B. bis heute im Studienfach Psychologie: Erfolgsquote 100% bei Studienplatzklagen mit unserer Strategie!

außerdem: Sonderanträge Zulassung zum Masterstudium BAFÖG · Prüfungsrecht

Wir haben die Erfahrung.

Geiststraße 2
D-48151 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.meisterernst.de

Dietmar Schulte

Lohnt sich Diagnostik?

Diagnostik lohnt sich – auch finanziell!

Lohnt sich Diagnostik für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten? Klinisch gesehen ohne Zweifel, denn sie ermöglicht eine verbesserte Rückmeldung. Therapeuten und gegebenenfalls auch die Patienten erhalten eine gesichere Information z.B. über den Schweregrad der Störung, über Probleme im Therapieverlauf und über den Erfolg ihrer therapeutischen Bemühungen – ein wesentlicher Beitrag zur

Qualitätssicherung. Darauf wurde in einem früheren Artikel an dieser Stelle bereits ausführlicher eingegangen (Psychotherapie Aktuell, 3.2011, 37–40).

Aber lohnt sich Diagnostik auch finanziell – angesichts des erforderlichen zeitlichen Aufwands, wenn man wirklich verwertbare Aussagen etwa über die klinische Relevanz von erzielten Veränderungen erhalten möchte?

Es stellen sich also drei Fragen: zum klinischen Nutzen, zum Zeitaufwand und zum finanziellen Entgelt. Bei allem klinischen Engagement – die letzten beiden Fragen werden im Praxisalltag de facto zur Grundfrage. Die Annahme ist weit verbreitet, dass sich Diagnostik finanziell nicht lohnt, dass sie ein Zuschussgeschäft ist. Von daher verzichten viele Therapeutinnen und Therapeuten auf den Einsatz überprüfter

Messinstrumente – zu Recht? Es soll versucht werden, auf diese Frage eine Antwort zu geben.

Im Folgenden sind die Argumente zusammengestellt, in der linken Spalte jeweils kurz und knapp, in den benachbarten rechten Spalten finden Sie dazu jeweils eine ausführlichere Begründung.

Rechnet sich Diagnostik finanziell – Wie viel zahlt die Krankenkasse?

Für die Durchführung von Fragebögen werden nach Ziffer 35300 EBM etwa 2,80 € vergütet, bei gefloatetem Punktwert sogar weniger – lohnt sich das?

Im Detail

Die Abrechnungsnummer für die Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren (Fragebogentests und/oder Orientierende Tests, einschließlich Auswertung und schriftlicher Aufzeichnung) ist nach EBM 2000plus die Ziffer 35300. Sie entspricht 80 Punkten. Bei einer derzeitigen Vergütung von etwa 3,5048

Cent pro Punkt entspricht das also 2,80 €. Gegebenenfalls ist der Punktwert nicht fest, sondern gefloatet, also etwas niedriger, abhängig vom aktuellen Abrechnungsvolumen der KV. Das gilt (a) für Diagnostik außerhalb einer bewilligten Psychotherapie, z.B. während der Probatorik und (b) generell für die KVEn, die nach dem neuen Honorarverteilungsvertrag für ergänzende

Leistungen nicht den vollen Punktwert, sondern den floatenden Punktwert bezahlen.

2,80 € oder weniger für einen Test würden sich finanziell in der Tat nicht lohnen – es wäre ein Zuschussgeschäft.

Die Leistung ist allerdings zeitgetaktet für jeweils 5 Minuten. Für die Durchführung eines z.B. halbstündigen Tests könnten (5 mal 2,80 € =) 16,80 € abgerechnet werden – abhängig also vom Zeitaufwand für Durchführung, Auswertung und Interpretation des Tests.

Im Detail

Aber die Rechnung stimmt so noch nicht. Die Leistung ist zeitgetaktet für jeweils 5 Minuten. Es ist also die Dauer der Testdurchführung zu berücksichtigen und die umfasst nicht nur die Zeit, die z.B. von einem Testautor für die Durchführung des Tests angegeben wird – das ist die Zeit, die im Durchschnitt ein Proband für die Beantwortung benötigt. Hinzu kommt die Zeit für die Vorbereitung, die Auswertung und die Interpretation des Tests. Die für einen Test in Anschlag zu bringende Dauer und damit den Multiplikator X (X mal Ziffer 35300) bestimmt der Behandler unter Berücksichtigung des Tests und der besonderen Bedingungen seines Patienten (für den BDI z.B. 40 Minuten, also 8 mal 5 Minuten; der

Multiplikator wäre demnach 8). Damit ergibt sich ein Betrag von 8 mal 2,80 € gleich 22,40 € für eine Testdurchführung.

Man kann pro Quartal und Patient mehrere Tests bis zu einer Obergrenze abrechnen; danach ergeben sich pro Patient und Quartal

- bis zu 84,60 € für PPs und
- bis zu 126,80 € für KJPs.

Im Detail

Sie können pro Patient und Quartal mehr als einen Test abrechnen: bei Patienten älter als 18 Jahre bis zu 2415 Punkte (das entspricht z.B. bis zu 3,8 Tests à 40 Minuten) und

bei Patienten bis zu 18 Jahren bis zu 3620 Punkten (das entspricht bis zu 5,6 Tests à 40 Minuten). Daraus ergeben sich maximal 84,60 € pro Patient und Quartal für die Behandlung von Erwachsenen und maximal

126,80 € pro Patient und Quartal für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Während des gesamten Verlaufs einer Therapie können gegebenenfalls abgerechnet werden:

- eine (eventuell mehr) Testdurchführung in der probatorischen Phase,
- drei Testdurchführungen (eventuell in unterschiedlichen Quartalen) während der bewilligten Therapie und
- eine (eventuell mehr) Testdurchführung in der Schlussphase.

Werden jedes Mal mehrere Tests bis zur Punkt-Obergrenze durchgeführt, könnten über die gesamte Behandlungszeit hinweg abgerechnet werden:

- bis zu 423,20 € für die gesamte Behandlung eines erwachsenen Patienten und
- bis zu 634,35 € für die gesamte Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen.

Im Detail

Allerdings können Sie nicht während der gesamten Therapie pro Quartal so viele Tests abrechnen. Die einzelnen Therapiephasen müssen getrennt betrachtet werden.

Für die probatorische Phase gibt es außer der in der Vorbemerkung zu EBM-Abschnitt 35.3 genannten Punktzahl-Obergrenze keine weitergehende Beschränkung. Falls sich die probatorische Phase über zwei Quartale hinzieht, könnten Sie den genannten Maximalbetrag auch zweimal abrechnen. Allerdings gilt für Testdurchführungen in der probatorischen Phase gegebenenfalls ein floatender Punktwert; der Betrag wird dann also niedriger liegen.

Das gleiche gilt für den Zeitraum nach Beendigung der bewilligten Therapie. Auch dann könnten Sie eine Abschlussuntersuchung mit zum Beispiel einem oder zwei Untersuchungsterminen durchführen und die entsprechenden Beträge in Rechnung stellen.

Auch während der Durchführung einer bewilligten Psychotherapie können testdiagnostische Untersuchungen durchgeführt werden. Allerdings gilt in diesem Falle eine zusätzliche Beschränkung. In der Psychotherapie-Vereinbarung heißt es: „Während der Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie können Testverfahren

nach der Nr. 35300 – 35302 BMÄ mit besonderer Begründung bis zu dreimal zusätzlich berechnet werden.“ (Psychotherapie-Vereinbarung Anlage 1 BMV-Ä § 14 Abrechnung Abs. 3).

Es handelt sich also um zusätzliche Untersuchungen, die bei der Abrechnung zu begründen sind (z.B. durch den Zusatz „Therapieverlaufskontrolle“), zusätzlich zu denen, die Sie gegebenenfalls während der probatorischen Phase durchgeführt haben. Bis zu dreimal können Sie während der Therapie Testverfahren abrechnen. Gelegentlich wird dies so dargestellt, als ob zusätzlich lediglich drei Tests abgerechnet werden könnten. Dies ist jedoch – nach meinem Verständnis – durch die zitierte Formulierung der Psychotherapie-Vereinbarung nicht festgelegt; Therapeutinnen oder Therapeuten können auch erforderlichenfalls eine Testbatterie mit mehreren Tests dreimal durchführen.¹ Sie geben bei der Abrechnung gar nicht die Tests an, sondern lediglich den Multiplikator, egal ob dieser Multiplikator auf einen sehr langen Test oder

mehrere kürzere zurückzuführen ist. Allerdings gilt auch hier die Obergrenze von 2415 Punkten bei erwachsenen Patienten und von 3620 Punkten bei Patienten bis zu 18 Jahren pro Quartal. Falls die drei Untersuchungen in drei unterschiedlichen Quartalen liegen, kann also dreimal bis zu dieser Obergrenze abgerechnet werden.

Für den gesamten Verlauf einer Therapie können also gegebenenfalls folgende Testdurchführungen abgerechnet werden:

- eine Testdurchführung in der probatorischen Phase (eventuell auch mehr),
- drei Testdurchführungen während der bewilligten Therapie (sofern sie in unterschiedlichen Quartalen liegen, jeweils bis zur Punkt-Obergrenze) und
- eine Testdurchführung nach Ende der Therapie (eventuell auch mehr).

Würden bei jeder dieser fünf Testdurchführungen mehrere Tests bis zur Punkt-Obergrenze durchgeführt, könnten also über die gesamte Behandlungszeit hinweg abgerechnet werden:

- bis zu 423,20 € für die gesamte Behandlung eines erwachsenen Patienten und
- bis zu 634,35 € für die gesamte Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen.

¹ Anlass der Veränderung der Psychotherapie-Vereinbarung war ein Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 26.9.2007 (Aktenzeichen S 12 KA 974/06). Eine KV hatte nur die dreimalige Abrechnung der EBM-Ziffer 35300, also 15 Minuten, erlaubt. Das Gericht stellte fest, dass diese Begrenzung nicht zulässig ist. Erlaubt ist eine dreimalige Abrechnung, wobei unerheblich ist, wie oft dafür die auf 5 Minuten zeitgetaktete und mit (inzwischen) 80 Punkten bewertete Position EBM 35300 in Ansatz gebracht wird.

Damit belaufen sich die zusätzlichen Einnahmen (geschätzt für eine Musterpraxis mit 30 Behandlungen parallel, einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von einem Jahr, pro Quartal 8 neuen Patienten und 5 Patienten mit Schlussuntersuchung) pro Quartal auf maximal:

- 3.125 € für PPs und
- 4.687 € für KJPs (bei festem Punktwert).

Dies sind Maximalwerte, aber es ist gleichwohl festzustellen, dass die möglichen Einnahmen für psychodiagnostische Untersuchungen von Psychotherapiepatienten zusammengekommen nicht unerheblich sind.

Im Detail

Was bedeutet das nun für die Einnahmen eines niedergelassenen Psychotherapeuten oder einer niedergelassenen Psychotherapeutin? Das soll anhand einer Modellrechnung veranschaulicht werden. Dabei machen wir für die Modell-Praxis folgende Annahmen:

- Der Multiplikator sei der Einfachheit halber für alle Tests 6;
- Die durchschnittliche (!) Dauer einer Therapie sei 30 Sitzungen, das entspricht unter Berücksichtigung von Fehlzeiten etwa einem Jahr oder 4 Quartalen;
- 32 Patienten sind parallel in Behandlung;
- Davon scheiden durchschnittlich in jedem Quartal ein Viertel, also 8, aus, davon, so nehmen wir an, 5 regulär und 3 vorzeitig wegen Therapieabbruchs, so dass bei diesen keine Schlussuntersuchung mehr gemacht werden kann. Entsprechend kommen auch jedes Quartal 8 neue Patienten hinzu.

Teilberechnung 1: Patienten in Therapiephase

32 Patienten befinden sich demnach in einer laufenden, bewilligten Therapie, die durchschnittlich ein Jahr dauert (so die obigen Annahmen). Dann können in dem Jahr 32 x (maximal) 3 Untersuchungen = 96 Untersuchungen durchgeführt werden; das sind durch-

schnittlich pro Quartal (96/4) 24 Untersuchungen.

Nehmen wir an, dem Patienten werden bei der Untersuchung 5 Tests (oder weniger, aber längere Tests) vorgelegt (pro Test 6 x 80 = 480 Punkte; Untersuchungszeit für den Patienten etwa 1 bis 1½ Stunden). Pro Untersuchung können demnach 5 x 480 = 2.400 Punkte abgerechnet werden (zur Erinnerung: Obergrenze bei PP: 2.415 Punkte, bei KJP 3.620 Punkte); das entspricht bei 24 Untersuchungen pro Quartal (24 x 2.415 =) 57.960 Punkte (ca. 2.028 €).

Teilberechnung 2: Patienten in der Phase der Probatorik und in der Schlussphase

Nach den oben gemachten Annahmen befinden sich pro Quartal 8 Patienten in der Vorphase und 8 in der Schlussphase. Wegen der Abbrecher kann zu Therapieende allerdings nicht mit allen 8, sondern vielleicht nur mit 5 Patienten die Schlussuntersuchung gemacht werden. Zusammen sind das also (8 + 5 =) 13 Patienten. Mit jedem wird eine Eingangs- bzw. Abschlussuntersuchung in gleichem Umfang, also mit 5 Tests, durchgeführt (oder zum Beispiel zwei Untersuchungen mit jeweils zwei oder drei Tests):

pro Quartal 13 Untersuchungen, das entspricht pro Quartal (13 x 2.400 =) 31.200 Punkte (ca. 1.092 €).

Insgesamt kann die Praxis demnach im Durchschnitt abrechnen:

eine PP-Praxis pro Quartal (56.500 + 31.200 =) 89.160 Punkte, eine KJP-Praxis etwa das 1,5-fache, also pro Quartal 133.740 Punkte, das entspricht

- maximal pro Quartal 3.125 € für Psychologische Psychotherapeuten und
- maximal pro Quartal 4.687 € für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

(Bei der Umrechnung in Euro ist jedes Mal der feste Satz und nicht der floatende berücksichtigt worden; die Beträge können also etwas niedriger sein.) Dies sind Maximalwerte. Nicht bei jedem Patienten wird eine Diagnostik in diesem Umfang durchgeführt werden, nicht jedes Mal so viele Tests. Es sei aber darauf hingewiesen, dass in universitären Forschungsambulanzen eine bei weitem umfangreichere Diagnostik die Regel ist, nicht nur aus Forschungsgründen, sondern in erster Linie zur Qualitätssicherung.

Festzustellen ist auf jeden Fall, dass die zusätzlichen Einnahmen für psychodiagnostische Untersuchungen von Psychotherapiepatienten zusammengekommen nicht unerheblich sind. Sie können sich selber für Ihre Praxis ausrechnen, welche Erstattung Sie maximal erreichen können; Näheres dazu im Kasten auf Seite 21.

PiAPORTAL

Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung



www.piaportal.de Jetzt kostenlos registrieren – und von einem starken Netzwerk profitieren!

Ist Diagnostik zu zeitaufwändig?

Aber lohnt sich das angesichts des Zeitaufwandes? 2,80 € für 5 Minuten entsprechen einem Stundenlohn von 33,60 €. Legt man lediglich die sogenannte Prüfzeit von 2 (statt 5) Minuten zu Grunde, ergäbe sich ein Stundenlohn von 84€. Aber die Aufwendungen an Geld und Zeit sind für den Therapeuten recht hoch, so dass eher von einem Stundenlohn nahe 33€ statt 84 € auszugehen ist – das würde sich finanziell nicht rechnen.

Im Detail

Es geht allerdings nicht nur um die Frage, wie viel zusätzliche Einnahmen erzielt werden könnten, sondern auch darum, wie umfangreich der Arbeitsaufwand dafür und folglich wie hoch der Stundenlohn ist. 2,80 € pro 5 Minuten entsprechen einem Stundenlohn von 33,60 € – das würde sich finanziell nicht rechnen.

Die Psychotherapie-Vereinbarung geht allerdings davon aus, dass bis zu 60% der zu erbringenden Testleistungen für die EBM-Nummern 35300 und 35301 nicht der Behandler erbringen muss; sie können delegiert werden. Je 5 Minuten Testung wird lediglich eine Arbeitszeit der Therapeutin, eine sogenannte Prüfzeit oder Kalkulationszeit, von 2 Minuten gerechnet.

Eine Bezahlung von 2,80 € für 2 (statt 5) Minuten entspräche einem Stundenlohn von 84 €, also sogar etwas mehr als dem für eine Psychotherapiestunde.

Aber ist das realistisch? Zunächst einmal fallen in der Regel Lizenzkosten für die Testdurchführung an. In der

Regel haben Psychotherapeuten außerdem niemanden, an den sie diese Arbeit delegieren könnten, und selbst wenn, müssten sie auch diesen Dienst bezahlen, außer vielleicht der Zeit für die Beantwortung des Tests durch den Patienten.

Es stellt sich außerdem die Frage, ob beispielsweise für einen 30-Minuten-Test ein Ansatz von 12 Minuten für die Planung, Durchführung, Auswertung und Interpretation ausreichend sind. Fragebögen müssen beschafft werden, es muss geplant werden, welche davon bei einem Patienten zu einem gegebenen Zeitpunkt durchgeführt werden sollen, dem Patienten müssen die Testinstruktionen vorgegeben werden und jeder Fragebogen muss sodann numerisch ausgewertet werden. Für die anschließende Interpretation der Ergebnisse sind Normwerte heranzuziehen. Soll mithilfe der Tests beurteilt werden, inwieweit der Patient sich über den bisherigen Verlauf der Therapie hinweg verändert hat, sind die Ergebnisse von zwei oder mehr Untersuchungen zu vergleichen und die Veränderungen zu

gewichten und zu interpretieren. Die Testergebnisse und ihre Interpretation sind in einem Protokoll schriftlich festzuhalten und in der Patientenakte abzulegen.

Die Durchführung diagnostischer Untersuchungen ist demnach zeitaufwändig. Bei der Bestimmung des Multiplikators ist dies zu berücksichtigen. Aber der Ansatz von lediglich 40% für die zeitlichen Aufwendungen des Therapeuten ist auf jeden Fall zu gering. Der tatsächliche Stundenlohn läge wohl eher bei 34 € als bei 84 €.

Es ist demnach festzustellen, dass sich ohne technische Unterstützung die Durchführung diagnostischer Untersuchungen finanziell nicht rechnet – trotz der nennenswerten Beträge, die abgerechnet werden können.

| | |
|---|--|
| Rechnen Sie sich für Ihre Praxis die maximal abrechenbare Punktzahl aus: | |
| (1) Für Patienten in der Therapiephase: | |
| N = Anzahl der Patienten, die durchschnittlich zu einem gegebenem Zeitpunkt parallel in Behandlung sind (<i>eintragen</i>) | N = |
| D = Durchschnittliche Dauer einer Behandlung... | |
| • D _m = Dauer in Monaten (Achtung, einerseits Fehlzeiten und andererseits kürzere Dauer von Abbrechern berücksichtigen) (<i>eintragen</i>) | D _m = |
| • D _q = Dauer in Quartalen: D _q = D _m / 3 Monate (<i>berechnen</i>) | D _q = D _m / 3 = |
| U _{qp} = abrechenbare Untersuchungen im Quartal pro Patient: (3 während der gesamten Behandlung), | U _{qp} = 3 / D _q = |
| • also 3 / D _q in jedem Quartal (<i>berechnen</i>) | |
| U _{alleT} = abrechenbare Untersuchungen im Quartal für alle in Therapie befindlichen Patienten (<i>berechnen</i>) | U _{alleT} = N * U _{qp} = |
| P _{max} = Maximal pro Patient abrechenbare Punkte pro Untersuchung im Quartal: PP: 2415 Punkte, KJP: 3620 Punkte | |
| P_{alleT} = abrechenbare Punkte im Quartal für alle in Therapie befindlichen Patienten (<i>berechnen</i>) | P_{alleT} = N * P_{max} = |
| (2) Für Patienten in der probatorischen Phase oder der Schlussphase: | |
| N _n = neue Patienten pro Quartal (<i>berechnen</i>) | N _n = N / D _q = |
| N _a = Patienten mit Abschlussuntersuchung pro Quartal (Entspricht der Anzahl neuer Patienten pro Quartal, minus derjenigen, mit denen wegen Abbruchs keine Schlussuntersuchung durchgeführt werden kann.) (<i>berechnen</i>) | N _a = N _n - Abbrecher = |
| U _{n+a} = Anzahl der Untersuchungen im Quartal für alle neuen und ausscheidenden Patienten (<i>berechnen</i>) | U _{n+a} = N _n + N _a = |
| P_{n+a} = abrechenbare Punkte im Quartal für alle neuen und ausscheidenden Patienten (<i>berechnen</i>) | P_{n+a} = U_{n+a} * P_{max} = |
| (3) Maximal abrechenbare Punktzahl pro Quartal für Ihre Praxis insgesamt: | |
| P = insgesamt maximal im Quartal abrechenbare Punkte (<i>berechnen</i>) | P = P_{alleT} + P_{n+a} = |
| Geldbetrag bei einer Vergütung von etwa 3,5048 Cent pro Punkt (bei floatendem Punktwert entsprechend geringer) (<i>berechnen</i>) | P * 0,035048 =€ |



Prof. em. Dr.
Dietmar
Schulte

1974 bis 2009 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bochum, Forschung u.a. zu Therapiemotivation, Entscheidungen von Therapeuten, 1969 bis 2009 für das PsychThG tätig, bis 2011 (alternierend) Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirats, Dt. Psychologiepreis, Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeuten-schaft 2012.



Soll im Interesse der Qualitätssicherung Diagnostik gefördert werden, muss der Zeitaufwand erheblich reduziert werden.

Im Detail

Will man versuchen, die Qualitätssicherung, nicht zuletzt auch im Sinne einer Ergebnisqualität, der ambulanten Psychotherapie zu verbessern, müssen Computerprogramme zur Unterstützung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Testuntersu-

chungen entwickelt werden. Die DPTV hat mit dem Autor eine Zusammenarbeit bei diesem Bemühen vereinbart.

Entwickelt wurde das Computerprogramm TestOS¹, für das hier exemplar-

¹ http://www.theros-online.de/produkte/testos/testos_info.html

risch beschrieben wird, wie es Psychotherapeuten bei der Testbeschaffung und bei der Planung, Durchführung, Auswertung und Interpretation sowie bei der Abrechnung bei der KV unterstützt.

Das gelingt durch den Einsatz von Computerprogrammen, z.B. das Programm TestOS. Damit ist es möglich, mit nur wenigen Klicks eine Testsitzung vorzubereiten, durchzuführen, auszuwerten, die Ergebnisse zu interpretieren, protokollarisch festzuhalten und die Untersuchung zum Quartalsende abzurechnen. Dadurch erhöht sich der Stundenlohn erheblich; er liegt sicher über dem für die Durchführung einer Therapiesitzung. Und damit lohnt sich Diagnostik auch finanziell, nicht nur klinisch.

Im Detail

Mit TestOS können Sie

- Fragebogenuntersuchungen bei Ihren Patienten durchführen, an irgendeinem Rechner Ihrer Praxis, ohne dass Sie dabei sein müssen, oder Sie können dem Patienten die Tests auf einem USB-Stick mit nach Hause geben und dann beim nächsten Mal die Ergebnisse einfach einlesen.
- Das Programm gibt es auch als Tandem-Programm in Verbindung mit Ihrem Abrechnungsprogramm (derzeit *Elefant*, *Smarty* und *Psychoprax*; *Psychodat* wird folgen). In dem Fall werden einerseits die Patientendaten und andererseits die Abrechnungsdaten automatisch übertragen und bei der Quartalsabrechnung berücksichtigt, ohne dass Sie etwas machen müssen.
- Sie können vorab Testpläne (Aufstellung der Tests, die Sie zu einem bestimmten Anlass, z.B. Therapiebeginn, durchführen wollen) definieren und dann mit zwei Klicks diese Testdurchführung für Ihren Patienten

starten. Den Rest macht das Programm, es verabschiedet sich auch vom Patienten und schaltet sich ab.

- Die Tests werden automatisch ausgewertet, die Ergebnisse werden wahlweise als Text, tabellarisch und grafisch ausgegeben, bei Messwiederholungen auch Darstellungen des Therapieverlaufs, und für die mitgelieferten Tests wird außerdem automatisch ein vollständiges Testprotokoll mit Ergebnissen, Grafiken und ergebnisabhängigen Interpretationen erstellt, das Sie mit wenigen Klicks ausdrucken und in die Patientenakte einheften können.
- Das Programm stellt lizenzfreie Tests zur Verfügung, für die also keine Lizenzgebühr pro Durchführung bezahlt werden muss. Der Nutzer kann außerdem selber beliebige Fragebögen eingeben oder von Kollegen importieren.
- Für die Tests sind bereits ein Vorschlag für einen Multiplikator und ein Vorschlag für eine eventuell fällige Begründung gegenüber der KV

eingetragen, die Sie ändern können.

- Im Programm wird Ihnen automatisch angezeigt, ob Sie bei einem Patienten – unter Berücksichtigung der Therapiephase, in der er sich gerade befindet – bzw. bei welchen Patienten Sie noch Tests und wie viele abrechnen können bzw. wie viele Punkte noch abrechenbar sind. Dabei werden automatisch die angegebenen Multiplikatoren berücksichtigt.

Es ist also möglich, bei äußerst geringem Zeitaufwand mit nur wenigen Klicks eine Testsitzung vorzubereiten, durchzuführen, auszuwerten, die Ergebnisse zu interpretieren, protokollarisch festzuhalten und die Untersuchung zum Quartalsende abzurechnen. Damit erhöht sich der Stundenlohn erheblich; er liegt sicher über dem für die Durchführung einer Therapiesitzung. Und damit lohnt sich Diagnostik auch finanziell, nicht nur klinisch.

Die eingangs gestellte Frage war, ob es gerechtfertigt ist, dass die meisten Therapeutinnen und Therapeuten wegen unzureichender Bezahlung auf den

Einsatz überprüfter Messinstrumente verzichten. Nach den geschilderten Ausführungen fällt die Antwort eindeutig aus: Nein, ein Verzicht auf Diag-

nostik ist finanziell nicht gerechtfertigt; Diagnostik lohnt sich nicht nur klinisch, sondern auch finanziell.

Was ist Ihre Antwort auf diese Frage? Schreiben Sie an Psychotherapie Aktuell – ein Erfahrungsaustausch wäre wünschenswert. ■



Sigrid Pape

Psychologische Psychotherapeutin in Hamburg, verfasst seit insgesamt 28 Jahren Berichte an Gutachter (davon in den letzten 13 Jahren über 300 tiefenpsychologisch fundierte) und betreut seit einigen Jahren auch als Supervisorin AusbildungskollegInnen bei der Abfassung ihrer Berichte.



Sigrid Pape

Vom Umgang mit Ablehnung

Die Vorgeschichte

Eigentlich hat sie ja gar nichts gegen das Gutachterverfahren. Natürlich brütet sie manchmal am Wochenende lange über so einer vertrackten Psychodynamik. Und selbst nach etlichen Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit und mehreren 100 „Stellungnahmen an den Gutachter“ hat sich eigentlich immer noch keine Routine eingestellt. Aber vielleicht ist das ja auch gut so – letztlich ist ja jeder Mensch, über dessen Psyche sie da einen Aufsatz verfasst, einzigartig und besonders und verdient auch, dass sie sich die Zeit nimmt, sich über sein Gewordensein und die bestmögliche Therapie intensiv Gedanken zu machen. Das hat auch bis jetzt ganz gut geklappt. Ablehnungen gab's so gut wie nie.

Dann der Schock

Bewilligung abgelehnt wegen mangelnder Erfolgsaussichten der beantragten tiefenpsychologisch fundierten Behandlung. Es handelte sich um eine noch sehr junge, stark belastete Patientin, die einen längeren Psychiatrieaufenthalt hinter sich hatte.

Die Meinung der KollegInnen

Gespräche mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die ebenfalls seit vielen Jahren kassenzugelassen arbeiten, ergaben Ähnliches: Es habe in letzter Zeit verstärkt Ablehnungen gegeben, insbesondere bei strukturell schwerer gestörten Patientinnen und Patienten, die zum Teil schon andere Behandlungen hinter sich haben – u.a. nach

Klinikaufenthalten – und sich in immer größerer Anzahl an die Praxen von Tiefenpsychologen wenden.

Verschwörungstheorien machen die Runde. Haben die Gutachter etwa auf ihrer alljährlichen Versammlung eine neue Richtlinie beschlossen? Haben die vielleicht eine feste „Ablehnungsquote“, die sie erfüllen müssen und die gerade hoch gesetzt wurde?

Die Trotzreaktion

Na super! Sollte sie solche schwierigen Patienten und Patientinnen besser gar nicht mehr behandeln? Das würde ihren Berufsalltag deutlich vereinfachen! Die Anträge würden jedenfalls nicht mehr abgelehnt. Und bei den vielen Anfragen, die sie jede Woche während ihrer Sprechzeiten erreichen, sollte es kein Problem sein, die schwerer gestörten PatientInnen und komplizierteren Fälle auszusortieren!

Das Überich meldet sich

Aber wenn alle so dächten? – Tja. Leider entspricht das nicht dem moralischen und politischen Anspruch, den sie an ihre psychotherapeutische Tätigkeit hat. Und sie möchte auch dem immer wieder einmal geäußerten Vorwurf, niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten würden sich nur die leichten Fälle herauspicken, nicht nach Nahrung geben.

Das Ich übernimmt wieder die Steuerung

Also dann – tief durchatmen! Verzweifelte Patientin beruhigen und Nach-

sitzen zwecks Stellungnahme an den Obergutachter. Zur Sicherheit wird sie noch mal ein paar Lehrbücher und einschlägige Ratgeber konsultieren. Das kann ja nicht schaden.

Widerstand in Form von Müdigkeit macht sich breit

Der Antrag hat sowieso schon einige anstrengende Stunden gekostet – und das Ganze jetzt noch mal so überarbeiten, dass eine Bewilligung dabei herauskommt? Ach nein, lieber erst mal ausruhen!

Da ... plötzlich erscheint eine E-Mail von unbekanntem Absender auf ihrem PC. Mensch, das ist doch der Gutachter, von dem sie gerade die Ablehnung bekommen hat! Was will der denn?

„Sehr geehrte Frau Kollegin, zu Ihrer Stellungnahme zum Antrag Chiffre (...) hätte ich noch einige Rückfragen, da mir die Erfolgsaussichten der von Ihnen vorgeschlagenen Behandlung fraglich erscheinen. Zur Abklärung meiner Fragen und einer gemeinsamen Überlegung, welche Behandlung für Ihre Patientin am erfolgversprechendsten sein könnte, bitte ich Sie um einen Rückruf in den nächsten Tagen, zu dem Sie mich zu folgenden Zeiten gut erreichen können...“

Schreck! Freude! Sprachlosigkeit!

Ja, gibt's denn so was? Ein Gutachter, der mit ihr reden will?! Der nicht als bewertendes, potentiell strafendes Eltern-Objekt daherkommt, sondern in einen von Wertschätzung getragenen

Dialog eintritt? Der mit ihr gemeinsam überlegen will, wie eine gute weitere Behandlung für die Patientin aussehen könnte?

Das hat sie ja noch nie erlebt! Statt ein paar Zeilen auf Papier erscheint da ein echtes Gegenüber, mit dem sie sich über den Zustand der Patientin und die geplante weitere Therapie verständigen kann. Das ist ja einfach toll! Geradezu unglaublich...

Mit Herzklopfen wacht sie aus dem Kurzschlaf auf

Sie schaut in den leeren Eingangskorb auf ihrem PC und dann lange aus dem Fenster.

Ob dieser Traum wohl irgendwann mal selbstverständliche Realität sein wird? ■



Angelika Enzian

Info-Telefon für Psychotherapie

Erste Bilanz eines Feldversuchs

Die Ausgangssituation ist gekennzeichnet durch zunehmende Arbeitsunfähigkeit und eine zunehmende Anzahl an Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen – der Bedarf an Psychotherapie steigt, die Wartelisten für einen Therapieplatz werden länger und länger. Die KV Westfalen-Lippe will sich des Problems engagiert annehmen. Mit ihrer Unterstützung startete am 1. März 2012 in Paderborn das Projekt „Info-Telefon für Psychotherapie“ – ein Versuch, den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung vor Ort zu strukturieren und zu erleichtern.

Das Telefon wird montags, mittwochs und freitags zwischen 9 und 14 Uhr von einer Sozialpädagogin bedient, die in Gesprächsführung ausgebildet ist. Die AnruferInnen sind oft überrascht und froh, dass sie mit einem echten Menschen sprechen können und nicht mit einem Anrufbeantworter. Die meisten AnruferInnen sind auf der Suche nach einem Therapieplatz – für sich selbst, für ihr Kind, für den Partner oder den Freund/die Freundin.

Jeder Anruf wird sorgfältig dokumentiert, dem Anrufer werden verschiedene Fragen gestellt:

- Alter bzw. Geburtsdatum des möglichen Patienten/der möglichen Patientin
- Wenn gewünscht, kurze Beschreibung des Problems
- Wie sind Sie auf unsere Telefonnummer gekommen?

- Können Sie sich die Behandlung eher bei einer Therapeutin oder bei einem Therapeuten vorstellen oder ist das egal?

- Waren Sie schon einmal in Psychotherapie oder in einer Beratungsstelle?
- Waren Sie wegen des Problems in einer Klinik/in einem Krankenhaus?
- Wären Sie eventuell bereit, an einer Gruppentherapie teilzunehmen?
- Wie sind Sie krankenversichert?
- Aus welchem Ort rufen Sie an? Sind Sie mobil, wie könnten Sie zur Praxis fahren?
- Wollen Sie Ihre Telefonnummer hinterlassen, damit wir Sie eventuell anrufen können?
- Haben Sie eine E-Mail-Adresse?

Den Therapieplatzsuchenden wird vorgeschlagen, sich in Abständen von vier bis sechs Wochen wieder zu melden, wenn ihr Interesse an einer Vermittlung noch besteht. Auch wird um eine kurze Mitteilung gebeten, falls sie bereits selbst einen Therapieplatz gefunden haben oder die Suche sich aus anderen Gründen erübrigt hat. Leider kann nur in den Fällen ein Rückruf stattfinden, bei denen es gelungen ist, jemanden mit dringendem Versorgungsbedarf gezielt zu vermitteln.

In den ersten Monaten haben fast 1000 Menschen einmal oder mehrmals beim Info-Telefon angerufen. Von diesen Therapieplatzsuchenden wurde bis

klärt, eine/n neue/n Patienten/Patientin in die Behandlung aufzunehmen. Aus der Dokumentation der Anrufe wird dann eine Person ausgewählt und dem Interessenten wird empfohlen, sich an diese bestimmte Praxis zu wenden.

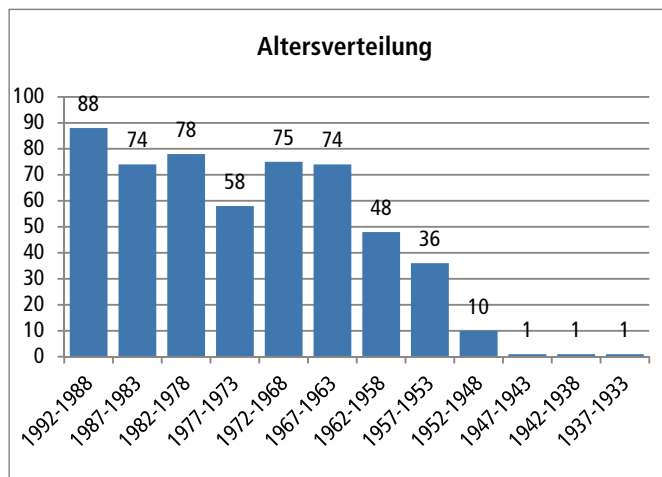
Umgekehrt wendet sich das Team des Info-Telefons in konkreten Fällen gezielt an bestimmte TherapeutInnen, von deren besonderen Arbeitsschwerpunkten man aufgrund langjähriger Erfahrung vor Ort weiß. In solchen Fällen sagen Therapeuten manchmal einen Behandlungsplatz zu, obwohl ihr Terminkalender eigentlich voll ist.

„Verwaltet ihr nicht nur den Mangel?!“ fragen andere KollegInnen skeptisch – durchaus mit Recht. Denn den Mangel gibt es: Er starrt uns geradezu an!

„Die AnruferInnen sind oft überrascht und froh, dass sie mit einem echten Menschen sprechen können ...“

Ende August insgesamt 241 Personen, das entspricht ca. 35%, ein Therapieplatz vermittelt (147 Erwachsene und 94 Kinder und Jugendliche).

Einige KollegInnen sind dazu übergegangen, keine eigene Warteliste mehr zu führen, sondern auf das Info-Telefon hinzuweisen. Besonders erfreulich ist es, wenn sich ein/e Psychotherapeut/in von sich aus meldet und sich bereit



Die Nachfrage ist bei den 15- bis 25-Jährigen am höchsten.



Angelika Enzian

Niedergelassen als PP/KJP in Paderborn (VT, TP, AP). Mitglied Vorstand DPtV-Landesgruppe Westfalen-Lippe, Kammerversammlung der PTK NRW/ Ausschuss Psychotherapie Ambulante Versorgung, Vertreterversammlung der KV WL/ Beratender Fachausschuss Psychotherapie. Vorsitzende des Ausschusses QS und QM in der KVWL. Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages.



Geschlechterverteilung



Zwar können durch das Info-Telefon die Therapieplätze nicht vermehrt werden, aber durch die Aufklärung der Patienten über das notwendige Vorgehen bei der Therapieplatzsuche wird ihnen der Zugang zur Behandlung erleichtert. Das Info-Telefon schafft Transparenz

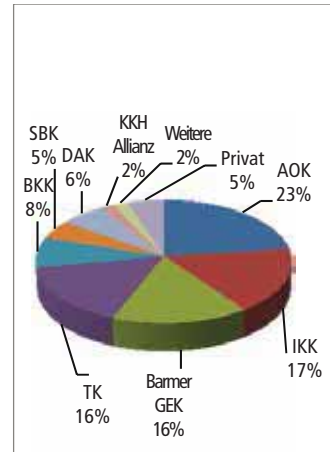
und bietet Orientierung in der örtlichen Versorgungssituation und kann bei Bedarf gezielt vermitteln.

Dabei ist eine zentrale Frage, wer die Psychotherapie am nötigsten braucht bzw. für wen eine Behandlung am dringendsten ist. Priorität bei der Vermittlung haben z.B. Depressionen mit Suizidgefährdung, Anorexia nervosa, Akuttrauma (das unbehandelt zu Folgestörungen führen kann), Angstzustände mit Einschränkungen in der Alltagsbewältigung sowie kritische Lebensereignisse, die einen Menschen erschüttern und unbehandelt chroni-

sche Beschwerden hervorrufen können. Vorrang haben auch PatientInnen, die wegen psychischer Störungen krankgeschrieben sind oder die nach einem stationären Aufenthalt eine ambulante Weiterbehandlung suchen. Hier hat sich bewährt, dass die Klinik bereits während der stationären Therapie zu niedergelassenen Psychotherapeuten Kontakt aufnimmt und ihre PatientInnen bei der Suche nach einem ambulanten Behandlungsplatz unterstützt.

Es hat sich gezeigt, dass nur wenige Menschen, die beim Info-Telefon anrufen, eindeutig keine Psychotherapie, sondern eher eine Schuldnerberatung oder eine Paarberatung benötigen; bei manchen steht auch eine Abhängigkeitserkrankung im Vordergrund. In solchen Fällen wird den Patienten empfohlen, die jeweilige Beratungsstelle aufzusuchen, z.B. bei erstmals auftretenden Erziehungsproblemen eine entsprechende Familienberatungsstelle.

Von den bisherigen Anrufern konnte sich immerhin ein Drittel vorstellen, an einer qualifizierten Gruppentherapie teilzunehmen. Wenn durch verbesserte Rahmenbedingungen (Therapeutenausbildung, Lösung der Raumprobleme, vereinfachtes Antragsverfahren) vermehrt Gruppentherapie im ambulanten Bereich zur Verfügung stünde, könnte diesem Drittel zu einem Gutteil geholfen werden.



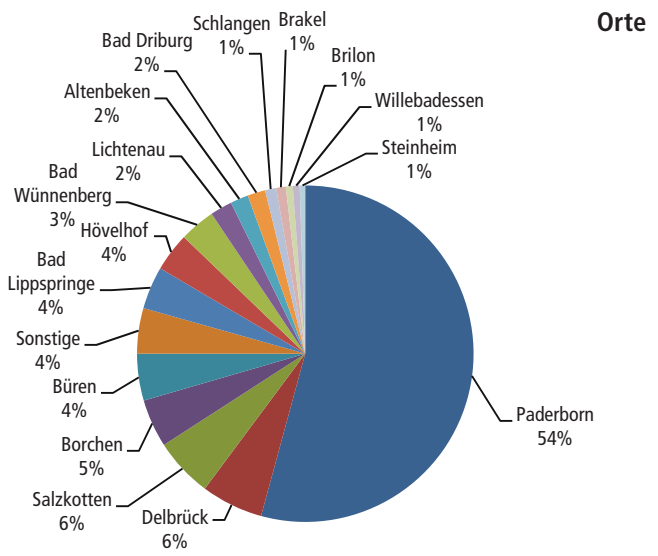
Bei dem Krankenkassen-Diagramm ist die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) neben den anderen BKK gesondert aufgeführt, weil sie generell Psychotherapie auf dem Erstattungsweg bewilligt und durch die in Paderborn ansässige IT-Branche vergleichsweise viele Mitglieder hat.

Die Zahlen, die der Bedarfsplanung zugrunde liegen, werden zurzeit neu berechnet. Es ist zu hoffen, dass sich in und um Paderborn mehr PsychotherapeutInnen niederlassen dürfen und dass die psychotherapeutische Versorgung durch die Koordination vor Ort verbessert werden kann.

Fazit

Ein gut vernetztes, auf KV-Bezirksstellen-Ebene verankertes Info-Telefon für Psychotherapie hilft bei der Verbesserung der Versorgungssituation in der Psychotherapie. ■

Orte



Die Anrufer rufen aus dem gesamten Kreisgebiet und den umliegenden Regionen an. Die Verteilung über die einzelnen Kommunen entspricht ziemlich genau der Einwohnerrelation, d. h. der Bedarf ist auf dem Land genauso hoch wie in der Stadt.

Das Erstinterview
Udo Boessmann, Arno Remmers
Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung
2011, 136 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-942761-03-1, Bestellnr. 224, 19,80 EUR

„Dieser Überblick bringt jedoch für die praktische Arbeit durchaus gute Anregungen und Denkanstöße und ist vor allem für noch eher Unroutinierte sicher hilfreich.“ (Psychologie in Österreich, 4/2011)

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE



MHP Start Für den perfekten Einstieg ins therapeutische Berufsleben

MHP Start: Das bewährte Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (MHP) endlich auch zugeschnitten auf Berufseinsteiger und Psychotherapeuten in Ausbildung

Das Onlinewerk MHP Start behandelt alle Themen, mit denen Berufseinsteiger konfrontiert werden in den folgenden Themenblöcken:

- Existenzgründung, Businessplan und Kapitalbedarf
- Praxisführung/-organisation
- Dokumentation und Abrechnung
- Berufsrecht
- Relevante Rechtsvorschriften

Zuverlässig, kompetent und stets aktuell. Vom Start weg gut informiert und berufs- und rechtssicher unterwegs. Profitieren Sie vom Erfahrungsschatz der Herausgeber und Autoren und konzentrieren Sie sich auf das Wesentliche. Relevante Rechtsvorschriften komplettieren das Werk. Die komplette Bibliothek für Berufsanfänger elektronisch (inkl. zweimaliger Aktualisierung) zum Festpreis von EUR 99,95 pro Jahr.



Behnsen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid (Hrsg.)

MHP Start

Management & Praxiswissen für PiAs und Berufseinsteiger

Erscheint Oktober 2012. Jahrespreis: € 99,95 inkl. zweimaliger

Aktualisierung. Online.

ISBN 978-3-86224-012-8



medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg
Bestell-Tel. 06221/489-555, Bestell-Fax 06221/489-410
E-Mail: kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de
Kundenbetreuung und Auslieferung über Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm

Dieter Best

Tipps zur Abrechnung

Rechtfertigt ein ergänzender Bericht an den Obergutachter die Abrechnung der Nrn. 35130 bzw. 35131?

Ja, die Leistung nach den Nummern 35130 und 35131 umfasst nach ihrer Legende ausdrücklich einen „Bericht an den Gutachter oder Obergutachter“. Damit kann auch der ergänzende Bericht an den Obergutachter als eigenständige Leistung nach den Nrn. 35130 bzw. 35131 berechnet werden. ■

Eine Privatpatientin von mir ist halbseitig gelähmt, weshalb ich die Psychotherapie bei ihr zu Hause durchführen muss. Kann ich Wegegeld berechnen? Sie wohnt 2,5 km von der Praxis entfernt. Allerdings finde ich diese Position in der GOP nicht, nur in der GOÄ (§ 8).

Der „Paragrafenteil“ der GOÄ gilt auch für die GOP. Nach § 8 (Wegegeld) können für eine Entfernung von 2,5 km 6,65 € berechnet werden: „Die Höhe des Wegegeldes richtet sich nach der Entfernung in Luftlinie.“ Wegegeld kann für jede Entfernung von der Praxis zum Behandlungsort berechnet werden, gleich ob es sich um die häusliche Umgebung

des Patienten oder um einen anderen Behandlungsort handelt, z.B. für eine Expositionsbehandlung in der Verhaltenstherapie. Außerdem kann für den Besuch selbst die Nr. 50 (Besuch) berechnet werden. Allerdings erstattet die Beihilfe die Besuchsleistung nicht, wenn die Behandlung von einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht worden ist. Der Besuch umfasst eine Beratung nach der Nr. 1 oder 3 und eine symptombezogene Untersuchung, nicht jedoch die psychotherapeutische Behandlung. Insgesamt können also z.B. bei einer Verhaltenstherapie abgerechnet werden die Nr. 870, die Nr. 50 und das Wegegeld. Bei Besuchen zur Unzeit oder auf dringliche Anforderung können zusätzlich die Zuschläge E bis K2 berechnet werden. ■

Artikel gesucht?

Ab sofort stehen die **Jahresinhaltsverzeichnisse 2009 bis 2011** sowie die **Jahrgänge 2009 und 2010** der **Psychotherapie Aktuell** unter www.dptv.de zum **Download** bereit.

Markus Plantholz
Heinrich Geising

Zur arbeitsrechtlichen Situation der PiA

Die arbeitsrechtliche Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ist ohne Zweifel unbefriedigend. Wir haben hierzu im Auftrag der DPTV ein Gutachten erstellt: „Zur aktuellen Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) aus arbeitsvertragsrechtlicher Sicht und zu den Rechtsfolgen der Reformvorschläge“, das die DPTV mittlerweile veröffentlicht hat. Der folgende Beitrag enthält eine Zusammenfassung des arbeitsrechtlichen Teils dieses Gutachtens.

1. Fehlende verbindliche Regelungen auf der Ebene des PsychThG

Durch die Verordnungsmächtigung in § 8 PsychThG ist es Aufgabe des Bundes, in je eigenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen die Mindestanforderungen an die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie das Nähere über die staatliche Prüfung zu regeln. Von dieser Befugnis hat der Bund mit Erlass der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) sowie der Ausbildungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJTh-APrV) Gebrauch gemacht, damit aber lediglich die Ausbildungsziele,

Umfang und Inhalt der Ausbildung sowie Prüfungsbestimmungen und Vorgaben zur Erteilung der Approbation geregelt. Der Ordnungsgeber hat zur privatrechtlichen Ausgestaltung des Vertragsverhältnisses zwischen den PiA und ihren Ausbildungsstätten keine Regelungen getroffen. Mangels verbindlicher Regelungen in den beiden Ausbildungsverordnungen gelten für das Vertragsverhältnis zwischen PiA und Ausbildungsstätte die allgemeinen, für den Privatrechtsverkehr geltenden

mer – ist grundrechtlich geschützt und gilt generell auch im Bereich des Arbeitsrechts. Natürlich ist aber auch das Arbeitsrecht kein rechtsfreier Raum, sondern wird durch zahlreiche Regelungen – z.B. durch das BGB, durch das Kündigungsschutzgesetz oder durch Tarifverträge – reguliert. Soweit keine Tarifverträge anzuwenden sind, ergibt sich insbesondere mit Blick auf die Arbeitsvergütung der rechtliche Rahmen aus den allgemeinen zivilrechtlichen Generalklauseln des BGB. Eine solche

mal darum, überhaupt die rechtlichen Rahmenbedingungen für die PiA zu verdeutlichen.

3. Keine Anwendung des Arbeitsrechts

Um allerdings für die PiA in den Regelungsbereich der durch die Rechtsprechung über die Generalklauseln entwickelten Mindeststandards bei der Vergütung und der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen zu gelangen, ist in einem ersten Schritt zu klären, ob die PiA überhaupt unter den Anwendungsbereich des Arbeitsrechts und damit unter die von der Rechtsprechung entwickelten Kontrollmechanismen fallen. Die oben sehr knapp dargestellten unteren Grenzen der Verhandlungsfreiheit von Arbeitsentgelten würden mit Blick auf PiA überhaupt nur gelten, wenn es sich um ein Arbeitsverhältnis mit der Folge der Anwendung des Arbeitsrechts handelte. Hier setzt das Problem ein:

Neben der persönlichen Abhängigkeit und der Eingliederung in eine fremde Arbeitsorganisation, hat die Rechtsprechung eine Vielzahl von Einzelmerkmalen für die Beschreibung eines Arbeitsverhältnisses entwickelt, die sich im Wesentlichen am Weisungsrecht des Arbeitgebers nach Inhalt,

„Kernfrage ist, ob Arbeitsrecht auf die PiA Anwendung findet“.

Regelungen. Zu den Regelungen für den privaten Rechtsverkehr gehört zwar auch das Arbeitsrecht; dessen Anwendung ist aber davon abhängig, ob es sich bei den zu Ausbildungszwecken abgeschlossenen Vereinbarungen zwischen PiA und den Trägern der Ausbildungsstätten um Arbeitsverträge handeln würde.

2. Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen der Arbeitsvergütung

Die Privatautonomie – also die freie Aushandlung des Arbeitsvertrages zwischen Arbeitgeber und Arbeitneh-

untere Grenze der Verhandlungsautonomie bildet § 138 BGB. Ein Arbeitsvertrag kann im Falle des sogenannten Lohnwuchers damit sittenwidrig sein mit der Folge, dass die deshalb unwirksame Gehaltsvereinbarung ersetzt werden muss. Maßstab der Ersetzung ist dann das ortsübliche Gehalt, das durch die Gerichte häufig anhand von Tarifverträgen bestimmt wird. Zur Klarstellung: Als Verfasser des Gutachtens haben wir natürlich nicht unterstellt, dass während der Ausbildungsphase immer nur vollkommen unzureichende Vergütungen gezahlt werden. Wir wissen aber, dass es durchaus eine sehr große Spanne bei den Vergütungen gibt. Uns geht es in erster Linie ein-



Dr. Markus Plantholz

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



Heinrich Geising

Fachanwalt für Arbeitsrecht, Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte und Steuerberater. Beratungsschwerpunkte u. a.: Führung und Begleitung arbeitsrechtlicher Umstrukturierungsprozesse speziell für Unternehmen des Gesundheitswesens, Vorbereitung, Beratung, Durchführung tarifrechtlicher sowie betriebsverfassungsrechtlicher Verhandlungen.



Durchführung, Zeit, Dauer und Ort der Tätigkeit orientieren. Neben dem Recht des Arbeitgebers, den Inhalt der Tätigkeit anzuweisen, wird vor allem auf die fachliche, zeitliche und örtliche Weisungsgebundenheit, die Abhängigkeit von der fremden Arbeitsorganisation und die Fremd-nützigkeit der erbrachten Arbeitsleistung auf der Seite der Beschäftigten abgestellt. Nun könnte man vordergründig meinen, dass all diese Kriterien im Falle der PiA erfüllt sind. Bei Ausbildungsverhältnissen aber stellt sich nach der Rechtsprechung stets die Frage, ob der Vertrag davon geprägt ist, dass sich der Arbeitgeber eine Arbeitsleistung verschafft oder ob der Ausbildungszweck im Vordergrund steht. Hier gewinnt die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zum früheren Arzt im Praktikum (AiP) aus dem Jahr 2001 an Bedeutung. Der AiP ist kurz nach der damaligen Entscheidung abgeschafft worden; Ärzte erhalten die Approbation heute bereits mit Abschluss des medizinischen Hochschulstudiums und beginnen dann im Rahmen ihrer Anstellung typischerweise sogleich mit der Weiterbildung. Die damals noch bestehende AiP-Phase jedoch hatte eine Doppelfunktion: Einerseits war der Arzt noch nicht voll approbiert, sondern die Bundesärzterordnung regelte eine begrenzte Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde während der AiP-Phase; andererseits wurde diese bereits auf die Weiterbildungszeit angerechnet. Das Bundesarbeitsgericht hatte nun darüber zu entscheiden, ob der von einer Ärztin im Praktikum als „Ausbildungsvertrag“ mit dem Universitätsklinikum geschlossene Vertrag als Arbeitsvertrag zu werten war. Das Gericht hat dann in deutlichen Worten für den Arzt im Praktikum festgestellt, dass die über die Tätigkeit eines Arztes im Praktikum geschlossenen Verträge

keine Arbeitsverträge sind, wiewohl die Zeiten auch auf die Weiterbildung angerechnet werden. Ein ausschließlich der Weiterbildung dienender Vertrag könne als Arbeitsvertrag gewertet werden, auch dem AiP sei zugestehen, dass er in erheblichem Umfang ärztliche Leistungen für den Krankenträger erbringe, aber dennoch gehe es nicht in erster Linie um ein arbeitsvertragliches Austauschverhältnis mit dem Primärzweck der Beschaffung einer Arbeitsleistung, sondern eben um Ausbildung. Das Arbeitsrecht war demnach nicht anwendbar.

Aus Sicht vieler PiA liegt es wahrscheinlich so, dass sie sich in einer Rolle sehen, in der die Erbringung einer für den Ausbildungsträger abrechenba-

grundsätzlich nicht und lassen sich auch nicht einfach im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) bzw. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen anordnen.

4. Keine (entsprechende) Anwendung des Berufsbildungsgesetzes

Zugleich bestimmt § 7 PsychThG auch, dass die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes ausgeschlossen ist. Rechtlich führt dies dazu, dass die PiA nicht in den Kreis der Pflichtversicherten der gesetzlichen Rentenversicherung nach §§ 2 Abs. 2, Nr. 1, 7 Abs. 1 S.1, 7 Abs. 2 SGB IV fallen. Dies steht allerdings der Pflichtversicherung in der

die Regelung zum Vergütungsanspruch nach § 17 BBiG, nach dem Ausbildende dem Auszubildenden eine angemessene Vergütung zu gewähren haben, die nach dem Lebensalter der Auszubildenden so zu bemessen ist, dass sie mit fortschreitender Berufsbildung, mindestens jährlich, ansteigt (§ 17 BBiG).

5. Fazit

Losgelöst von einer Betrachtung des Einzelfalls kann man grundsätzlich festhalten, dass die PiA unter den jetzigen rechtlichen Rahmenbedingungen zwischen allen Stühlen sitzen; sowohl die gesetzlichen Eckpfeiler des Arbeitsrechts als auch die Korsettstangen des Berufsbildungsrechts fehlen. Generell handelt es sich also um einen weitgehend rechtsfreien Raum, in dem sie sich bewegen. Auf Dauer ist dieser Zustand schwerlich tragbar, aufzulösen wahrscheinlich jedoch nur über eine Reform der Ausbildung, die für PiA Regelungen vorsieht, die arbeitsrechtlichen Aspekten Rechnung tragen. Eine vernünftige Lösung muss alle Akteure einbeziehen, und in diesem Fall sind dies viele. ■

„Ausbildungsverträge sind anders als Weiterbildungsverträge nicht als Arbeitsverträge zu bewerten.“

ren Arbeitsleistung mindestens eine genauso große Bedeutung entfaltet wie die Ausbildung. Auch mag man darüber spekulieren, ob das Bundesarbeitsgericht auch heute noch genauso entscheiden würde, gäbe es den AiP noch. Aber uns scheint sehr naheliegend, dass man diese Rechtsprechung auf jeden Fall übertragen muss, wenn es wie bei den PiA formal nur um Ausbildung und nicht wenigstens gleichgewichtig auch um Weiterbildung und damit letztlich nicht um den Austausch von Arbeitsleistung und Arbeitsentgelt geht. Im Regelfall wird also die arbeitsrechtliche Statusfrage zu Ungunsten der PiA zu beantworten sein. Solange also der Werdegang zum Psychotherapeuten so geregelt ist wie heute, greifen die Mechanismen des Arbeitsrechts

Krankenversicherung und in der Unfallversicherung nicht entgegen. Die Herausnahme der Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus dem Anwendungsbereich des BBiG nach § 7 PsychThG wird mit der Zweistufigkeit der Ausbildung (Hochschulstudium plus darauf aufbauender mehrjähriger Ausbildung) begründet, weshalb es sich um eine Ausbildung eigener Art handele, die mit dem herkömmlichen System der Berufsausbildung nicht zu vergleichen sei. Damit ist aber auch § 26 BBiG nicht anwendbar, der gerade für Fälle, die weder Ausbildungsverhältnis im Sinne des BBiG noch Arbeitsverhältnisse sind, die Anwendung bestimmter Vorschriften des BBiG regelt. Hierzu gehört auch

Kerstin Sude
Heinrich Geising

Genehmigung einer heilberuflichen Nebentätigkeit bei einem bestehenden Angestelltenverhältnis

Im Folgenden wird Stellung bezogen zu zunehmenden Anfragen von angestellten Approbierten bezüglich ihrer Rechte und Möglichkeit dem Arbeitgeber gegenüber bei Wunsch auf heilberufliche Nebentätigkeit im bestehenden Angestelltenverhältnis.

Dies wollen wir an einem fiktiven, jedoch sehr realitätsnahen Beispiel durchspielen. Wir haben hier auch Problembereiche eingebaut, um die Rechtslage noch deutlicher herauszuarbeiten.

Nehmen wir an, Sie arbeiten seit längerem Vollzeit in einer Klinik, zudem stehen Sie auf der Warteliste auf einen Vertragsarztsitz bei Ihrer KV. Sie haben eine Fortbildung in Ihrem Berufsverband zur Praxisgründung besucht und bei Ihnen ist die Idee gereift, sich nebenberuflich selbständig zu machen. Dies möchten Sie in naher Zeit umsetzen und neben der Klinikanstellung, voraussichtlich zunächst in kleinem Umfang, eine Privatpraxis realisieren.

Auf Ihre erste mündliche, freundliche Anfrage beim Arbeitgeber werden Sie vertröstet. Auf eine weitere Nachfrage reagiert der Arbeitgeber etwas ungehalten und möchte dies jetzt nicht entscheiden. Ihnen werden damit uner-

wartet Hindernisse in den Weg gestellt, die Ihren Plan der nebenberuflichen psychotherapeutischen Tätigkeit für einen Moment ausweglos erscheinen lassen. Gleichzeitig erinnern Sie sich jedoch, dass einige Ihrer psychothe-

„Sie haben eine Fortbildung in Ihrem Berufsverband zur Praxisgründung besucht und bei Ihnen ist die Idee gereift, sich nebenberuflich selbständig zu machen.“

rapeutischen Kolleginnen und -kollegen bereits seit längerem in unterschiedlichen Umfängen nebenberuflich in eigener psychotherapeutischer Privatpraxis tätig sind.

Was können Sie also tun, damit Ihr Arbeitgeber sich die Sache noch einmal in Ruhe überlegt? Und was liegt näher als einmal gründlich in den Anstellungsvertrag zu schauen, ob denn in Ihrer Klinikanstellung eine Nebentätigkeit grundsätzlich gestattet ist, doch sicherheitshalber auch, um arbeitsrechtliche Klarheit in die Angelegenheit zu bringen.

Im Vertrag könnte z.B. wie oft üblich stehen, dass eine nebenberufliche Tätigkeit unter Umständen gestattet, jedoch außerhalb der Dienstzeiten vom

Arbeitgeber genehmigt werden muss. Diese Genehmigung haben einige Ihrer heilberuflichen Arbeitskollegen bereits erhalten. Beobachtet haben Sie zudem, dass die Klinikleitung auch unentgeltlichen Tätigkeiten in Nebenbeschäf-

tigung, z.B. der Praktischen Tätigkeit wie auch ehrenamtlichen Tätigkeiten zustimmte.

Sie holen sich hier Rat von einem juristisch versierten Kollegen und erfahren, dass in Ihrem Fall die Interessen der Klinik nicht oder nur unwesentlich beeinträchtigt seien und Sie ein zusätzliches Einkommen über die Nebentätigkeit planen und benötigen. Sie überlegen aufgrund dieser Fakten, den Wunsch nach Gleichbehandlung ins Spiel zu bringen. Das gibt Ihnen die erforderliche Zuversicht, um Ihre Anfrage schriftlich zu wiederholen.

In unserem Beispiel gehen wir nun davon aus, dass der Arbeitgeber in seiner schriftlichen Antwort Ihr Anliegen ohne Angabe von Gründen verweigert, ein

wirklich harter Brocken. Offensichtlich kann ein Arbeitgeber den Klinikangestellten an dieser Stelle das Leben schwer machen, vielleicht um für den



**Fort- und Weiterbildungen
Wannsee-Akademie Berlin**

**Zusatzqualifikation
Psychoonkologie**

**8. April – 6. Dez. 2013
6 Module
(192 Seminareinheiten)**

Anerkannt durch die Deutsche Krebsgesellschaft; zertifiziert durch die Ärztekammer Berlin und die Psychotherapeutenkammer Berlin

**Wannsee-Akademie
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Telefon 030 - 80 68 60 20
Fax 030 - 80 68 64 04
akademie@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de**



Kerstin Sude

Psych. Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor Wiss. Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Kooptiertes Mitglied des DPtV-Landesvorstandes der LG Hamburg, seit 2012 Kooptierung in den Bundesvorstand der DPtV.



Heinrich Geising

Fachanwalt für Arbeitsrecht, Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte und Steuerberater. Beratungsschwerpunkte u. a.: Führung und Begleitung arbeitsrechtlicher Umstrukturierungsprozesse speziell für Unternehmen des Gesundheitswesens, Vorbereitung, Beratung, Durchführung tarifrechtlicher sowie betriebsverfassungsrechtlicher Verhandlungen.



anstrengenden Klinikalltag Ihre volle Arbeitskraft zu bewahren. Sie hingegen wollen nicht aufgeben, sind hochmotiviert und wenden sich im Folgeschritt vertrauensvoll an den Berufsverband Ihres Vertrauens.

Fragen wir in der DPtV dann einen unserer Juristen, ob und wenn wie neben einer Vollzeitbeschäftigung in einem Klinikum eine Nebentätigkeits-erlaubnis zur Aufnahme einer Tätigkeit im Rahmen ihrer Privatpraxis erreicht werden könnte und welcher Schritt an dieser Stelle zur Klärung des Anliegens beitragen könnte, ergibt sich folgende Antwort:

1. Auszugehen ist wie o.g. von den vertraglichen Regelungen im Arbeitsvertrag zwischen Klinikum und Psychotherapeutin. Dort heißt es zum Beispiel: „Jede andere Tätigkeit darf die Angestellte nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung durch die Klinikleitung wahrnehmen. Dies gilt insbesondere während der Laufzeit dieses Vertrages für das Betreiben eines Handelsgewerbes und für die Geschäfte auf eigene und fremde Rechnung im Unternehmungs-zweig der Klinik. Die Klinik wird jedoch Tätigkeiten, insbesondere unentgeltlichen Nebenbeschäftigungen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten zustimmen, wenn dadurch die Interessen der Klinik nicht oder nur unwesentlich beeinträchtigt werden.“

Unstrittig ist also in dem Arbeitsvertrag ein Vorbehalt zur Aufnahme einer Nebentätigkeit vereinbart, der nur unter dem Vorbehalt der „schriftlichen Zustimmung“ die Aufnahme einer Nebentätigkeit erlaubt. Der Betrieb einer psychotherapeutischen Privatpraxis ist zweifellos

eine Nebentätigkeit in diesem Sinne. Sofern der Betrieb aufgenommen wird, kann dies nur erfolgen, wenn die schriftliche Zustimmung des Arbeitgebers vorliegt.

2. Der Arbeitgeber hat im Beispiel zunächst einmal die Zustimmung verweigert, so dass man sich nunmehr fragt, ob er das zu Recht getan hat und ob es irgendwelche Abwehrensprüche des Angestellten gibt, bzw. besteht die Möglichkeit, die Zustimmung des Arbeitgebers zu erzwingen.

Mit Nebentätigkeit ist danach jede Tätigkeit gemeint, in der der Arbeitnehmer außerhalb seines Hauptarbeitsverhältnisses seine Arbeitskraft zur Verfügung stellt (Reichold in Münchener Handbuch Arbeitsrecht § 49, Rn 50 mwN.), also auch die Verwertung im Rahmen einer selbst-

„Mit Nebentätigkeit ist danach jede Tätigkeit gemeint, in der der Arbeitnehmer außerhalb seines Hauptarbeitsverhältnisses seine Arbeitskraft zur Verfügung stellt.“

ständigen Tätigkeit als niedergelassene Psychotherapeutin ist eine zustimmungspflichtige Nebentätigkeit. Auch wenn arbeitsvertraglich die Zustimmungserfordernis geregelt ist, darf der Arbeitgeber diese Regelung nicht als Maßregelung der Arbeitnehmerin missbrauchen, will er also die Zustimmung verweigern, braucht er in jedem Fall ein berechtigtes Interesse an der Versagung der Nebentätigkeit. Ein berechtigtes Interesse an der Versagung durch den Arbeitgeber wird immer dann angenommen, wenn durch die Ne-

bentätigkeit die vertraglich geschuldete Leistung beeinträchtigt wird.

Eine Beeinträchtigung der Pflichten aus dem Hauptarbeitsvertrag wird immer dann angenommen, wenn ein/e Arbeitnehmer/in schon im Rahmen des Arbeitsvertrages seine volle Arbeitsleistung dem Vertragsarbeitgeber (hier Klinikum) zur Verfügung gestellt hat. Umgekehrt ist bei Teilzeitbeschäftigten, die nicht ihre volle Arbeitskraft dem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt haben, aufgrund der nur begrenzten Einnahmen aus diesem Arbeitsverhältnis, der Maßstab für eine Versagung einer Nebentätigkeit deutlich strenger.

3. Für Angestellte heißt das: Aufgrund der bereits bestehenden Vollzeitverpflichtung beim Klinikum hat der Arbeitgeber ein weitgehendes Recht, diese Vollzeitverpflichtung im Inte-

Da das Arbeitszeitgesetz eine wöchentliche Höchstarbeitszeit unter Beachtung der Wochenenden und Feiertage unter gesundheitlichen Gesichtspunkten vorsieht, darf die Nebentätigkeit also die Arbeitskraft des Arbeitnehmers nicht gefährden.

Der Vorschlag unseres Mitglieds, den Arbeitgeber jetzt unter einer Fristsetzung aufzufordern, die sachlichen Gründe der Versagung offenzulegen, ist das einzige Mittel, was jetzt zur Verfügung steht. Der Arbeitgeber muss aufgefordert werden, hierzu Angaben zu machen, denn nur dann kann hiergegebenfalls auch mit juristischen Beistand – widersprochen werden. Allerdings wollen wir unsere Mitglieder darauf hinweisen, dass auch eine sachlich gut begründete Verweigerung der Zustimmung dabei herauskommen könnte. Wenn der Arbeitgeber sich auf die Mehrbelastung durch die selbständige Tätigkeit beruft und auf eine bereits bestehende Vollaustlastung der Arbeitskraft im Arbeitsverhältnis gegenüber dem Klinikum, könnte es schwierig bleiben.

In unserem oben genannten Fallbeispiel sollte letztlich darauf hingewiesen werden, dass bei Darstellung der angestrebten Selbständigkeit die mutmaßliche wöchentliche Arbeitsbelastung ganz gering angesetzt wird, z.B. vier bis fünf Patienten in der Woche. Denn neben den 40 Wochenstunden im Klinikum, dürften nicht mehr als weitere 8 Stunden, d.h. maximal eine 6-Tage-Woche x je 8 Stunden = 48 Stunden, durch die Selbständigkeit verpflichtet sein. Je geringer die wöchentliche Stundenbelastung durch die Selbständigkeit, desto eher ist die Versagung durch den Arbeitgeber unverhältnismäßig. ■

Markus Plantholz

Anfragen von Krankenkassen und dem MDK zu gesetzlich Krankenversicherten

Gelegentlich erreicht auch niedergelassene Psychotherapeuten eine Anfrage der gesetzlichen Krankenkasse eines Patienten oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Nicht selten besteht Verunsicherung darüber, welche Daten aus der Behandlung an wen herausgegeben werden dürfen oder müssen und ob dazu eine Einwilligung des gesetzlich versicherten Patienten notwendig ist. Der folgende Beitrag klärt über die häufigsten damit verbundenen Fragen auf.

Aufgabe des MDK: Prüfung der Notwendigkeit bestimmter Leistungen auf Veranlassung der Krankenkasse

Anforderungen zur Übermittlung von Patientendaten treten häufig im Zusammenhang mit der Prüfung auf, ob Versicherte Anspruch auf bestimmte Leistungen haben. In bestimmten Fällen haben die Krankenkassen die Aufgabe, vor Leistungsgewährung den Leistungsanspruch des Versicherten zu genehmigen und/oder seine Fortdauer während der Behandlung zu überprüfen. Dementsprechend bestehen im gesetzlich vorgegebenen Rahmen Auskunftsansprüche gegen den be-

handelnden Arzt wie auch gegen den behandelnden Psychotherapeuten. Der Medizinische Dienst hat die Notwendigkeit der jeweiligen Leistung auf Veranlassung einer Krankenkasse zu überprüfen, wenn es zum Beispiel

willigung ambulanter und stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht (§ 275 Abs. 2 SGB V). Darüber hinaus kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst einschalten, wenn Fragen der Leistungserbringung

„Auskunftsverlangen des MDK sind grundsätzlich zu befolgen.“

um die Kostenübernahme bei einer Behandlung im Ausland, die Gewährung ambulanter Vorsorgekuren, die Bewilligung stationärer Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter, die Verlängerung der häuslichen Krankenpflege über 4 Wochen, die Be-

ganz allgemein, insbesondere Fragen zu Art und Umfang der Leistung, der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit beantwortet werden sollen. Schließlich kann es Auskunftsansprüche der Krankenkasse oder des Medizinischen



Lebensfragen beleuchten

Kostenloser Download
Interview mit den Autoren u. v. m.
www.beltz.de/perspektiven

Existenzielle Themen wie die Frage nach dem Dasein, nach Werten und Verantwortung, Einsamkeit und Sterben sind zentral in Psychotherapie und Beratung – und bringen Therapeuten häufig in Grenzsituationen. Alexander Noyon und Thomas Heidenreich zeigen, wie Sie Sinnfragen innerhalb der Behandlung oder Beratung nutzen können.

»Dieses Buch kann eine Inspirationsquelle sein ...« *Psychotherapie & Seelsorge*

• Praxisnahe Aufbereitung • Do's und Don'ts • Mit Fallbeispielen

2012. 224 Seiten. Geb. € 34,95 D ISBN 978-3-621-27931-4

BELTZ



Dr.
Markus
Plantholz

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



Dienstes bei solchen Überprüfungen geben, die die Krankenkasse durchführen kann, aber nicht durchführen muss, z.B. vor Bewilligung eines Hilfsmittels oder häuslicher Krankenpflege im Einzelfall.

Grundsatz: Verpflichtung zur Datenübermittlung an den MDK

Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1–3 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer, insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes *unmittelbar an diesen* zu übermitteln, *soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist* (§ 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V). Diese Verpflichtung ergibt sich auch aus den Bundesmantelverträgen § 62 BMV-Ä/PK; § 19 BMV-Ä/EK).

Um den Informationsbedarf des MDK zu decken, ist jeder Vertragspsychotherapeut verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1–3 SGB V notwendigen und vom Medizinischen Dienst angeforderten Auskünfte unmittelbar dem Medizinischen Dienst zu geben. *Eine Einwilligung des Versicherten ist hierzu nicht erforderlich; die verweigerte Einwilligung führt umgekehrt nicht dazu, dass die Auskunftspflicht über notwendige Daten entfällt.*

Einschränkungen der Auskunftspflicht gegenüber dem MDK

Die gesetzliche Einschränkung setzt zunächst eine *konkrete Fragestellung* durch den Arzt des Medizinischen Dienstes voraus. Der Umfang der für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts erforderlichen Beweiserhebung nach Erteilung des Prüfauftrages wird zwar ausschließlich durch den MDK bestimmt. Erhoben werden dürfen Daten durch den MDK demnach nur dann, wenn dies zur sachgerechten Erledigung des Gutachtenauftrags *erforderlich ist* (§ 276 Abs. 2 SGB V). Die Anforderlichkeit in diesem Sinne wird durch den Prüfauftrag der Krankenkasse bestimmt, der Voraussetzung für eine Datenübermittlung ist und den Rahmen der Prüfung vorgibt. Es sind

„Krankenkassen haben keine Befugnis zur Einsichtnahme in Krankenunterlagen.“

daher nur diejenigen Unterlagen zu übermitteln, die Auskunft zu dem konkret formulierten Prüfauftrag geben können.

Daher haben Krankenkassen und MDK grundsätzlich keine Berechtigung, sämtliche – auch für die Erfüllung des Gutachtenauftrags nicht erforderlichen – Unterlagen pauschal anzufordern. Vielmehr ist eine genaue Bezeichnung der zur Prüfung benötigten Unterlagen unverzichtbar. Welche Teile der Patientenakte – *in Kopie, nicht im Original* – übermittelt werden müssen, hängt von dem konkreten Prüfauftrag ab. Typischerweise wird es sich um Angaben zum Befund, zur Symptomatik und zu den Behandlungszielen handeln. Die Dokumentation der subjektiven

Einschätzungen des Therapeuten ist im absoluten Regelfall zur Erledigung des Gutachterauftrages nicht erforderlich; ihre Weitergabe würde daher tatsächlich das Gebot der Schweigepflicht verletzen. Gegebenenfalls kann der MDK aufgefordert werden, zu präzisieren, welche Unterlagen er noch benötigt.

Keine Übermittlung von Teilen der Patientenakte an die Krankenkasse

Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass die Übermittlung von Sozialdaten zwar durch die Krankenkasse, jedoch nur an den MDK verlangt werden kann (Urteil vom 28.02.2007, Az. B 3 KR 12/06 R). Krankenkassen verlangen von den Behandlern oftmals,

ihnen die erforderlichen Sozialdaten in einem verschlossenen Umschlag zu übermitteln, um sie dann an den MDK weiterzuleiten. Seinen Grund hat dieses Verlangen wohl auch in der Arbeitsweise der Mitarbeiter des MDK, die die Prüfung nach Aktenlage zumeist in den Räumen der Krankenkasse vornehmen. Das BSG hat in dem oben genannten Urteil klargestellt, dass es dem Behandler im Rahmen der Übermittlung der Sozialdaten im Sinne des § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V *frei stehe*, ob es die Unterlagen direkt an den MDK aushändigt oder übersendet oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt. Krankenkassen haben *keine* Befugnis, Unterlagen zur *eigenen* Einsichtnahme anzufordern

oder die Krankenakten einzusehen. Aus Sicht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz ändert daran auch eine entsprechende Einwilligungserklärung des Patienten nichts. Nach § 276 SGB V solle ausschließlich der MDK Einsicht in die Patientendaten erhalten. Eine Einwilligung würde zur Umgehung des gesetzgeberischen Willens führen und gehe daher ins Leere.

Auskunftsersuchen der Krankenkasse zur Unterstützung von Versicherten bei Behandlungsfehlern

Krankenkasse können Leistungserbringer auch zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern um Auskunft ersuchen (§ 66 SGB V). Dabei gibt es jedoch bislang keine gesetzliche Verpflichtung des Behandlers zur Beantwortung von Anfragen der Krankenkasse. Nach § 284 Abs. 1, Nr. 5 SGB V ist die Krankenkasse zwar berechtigt, Daten zu erheben, soweit diese für die Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Behandlungsfehlern erforderlich sind. Der Behandler ist allerdings nur verpflichtet, den Krankenkassen diese Auskünfte zu erteilen, sofern der Versicherte ausdrücklich dieser Datenweitergabe schriftlich zugestimmt hat. Über Veränderungen, die durch das Patientenrechtegesetz eintreten, wird die DPTV zeitnah informieren. ■

Christina Seimetz

Die Veräußerung oder Aufgabe psychotherapeutischer Praxen

Meist werden Praxen aus Altersgründen veräußert. Es kann aber auch eine zur Berufsunfähigkeit führende schwere Erkrankung zu einer Praxisaufgabe führen. In beiden Fällen ergeben sich einkommensteuerliche Folgen.

Steuerliche Folgen der Veräußerung

Der Verkäufer hat den Veräußerungs- bzw. Aufgabegewinn zu versteuern. Der Veräußerungsgewinn ermittelt sich aus der Differenz zwischen dem Veräußerungspreis – bei Aufgabe der erzielbare Veräußerungspreis des Praxisvermögens –, vermindert um die Veräußerungskosten (z. B. Rechtsanwalts- oder Steuerberatungskosten, Kosten für ein Praxiswertgutachten) und den Buchwert des Betriebsvermögens zum Zeitpunkt der Veräußerung. Der Veräußerungsgewinn ist steuerlich unter bestimmten Voraussetzungen begünstigt. Dies gilt sowohl bei der Veräußerung einer ganzen Praxis als auch einer Teilpraxis.

Veräußerung der Praxis

Die Veräußerung einer psychotherapeutischen Praxis erfordert, dass die wesentlichen Grundlagen der selbstständigen Tätigkeit insgesamt auf den Erwerber übergehen. Dies sind die kör-

perlichen Wirtschaftsgüter (z. B. Praxiseinrichtung, medizinische Geräte) sowie die immateriellen Wirtschaftsgüter (Patientenstamm und Praxiswert).

Weitere Voraussetzung ist, dass der Psychotherapeut seine freiberufliche Tätigkeit beendet. Bestimmte Nebentätigkeiten, wie z. B. eine Vortragstätigkeit, schriftstellerische Tätigkeiten sind unschädlich. Dies gilt auch, wenn der Psychotherapeut in einer Überleitungsphase (von bis zu sechs Monaten) oder als Angestellter in der Praxis mitarbeitet. Der Psychotherapeut kann auch einen Teil seiner Patienten zurückbehalten, wenn auf sie in den letzten drei Jahren weniger als 10% der gesamten Einnahmen entfallen sind. Gewinnt der Psychotherapeut neue Patienten hinzu, ist dies in jedem Fall schädlich. Auf die Überschreitung der 10%-Grenze kommt es hier nicht an. Der Veräußerungsgewinn ist dann als laufender Gewinn wie die Einkünfte aus der psychotherapeutischen Tätigkeit zu versteuern.

Veräußerung einer Teilpraxis

Auch die Veräußerung einer Teilpraxis ist begünstigt, wenn organisatorisch im Wesentlichen verselbständigte Teile mit jeweils eigenem Patientenkreis übertragen werden. Teilpraxen bestehen z. B., wenn ein Psychotherapeut in ei-

nem Gebäude sowohl eine allgemeine psychotherapeutische Praxis als auch eine psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche in getrennten Räumen (z. B. in verschiedenen Etagen) betreibt. Die Praxen müssen jeweils eigenes Personal und einen eigenen Patientenkreis haben.

Hinweis: Eine begünstigte Veräußerung liegt nicht vor, wenn der Psychotherapeut nur seine Kassenzulassung an einen anderen Arzt veräußert und seine Praxis nur mit Privatpatienten weiterführt. Der Veräußerungsgewinn ist dann wie die Einkünfte aus der psychotherapeutischen Praxis zu versteuern.

Höhe des zu versteuernden Gewinns

Gewinne aus der Veräußerung einer ganzen Praxis werden als „außerordentliche“ Einkünfte begünstigt besteuert, wobei folgende Möglichkeiten bestehen.

a. Aufgabe bzw. Veräußerung einer ganzen Praxis

Der Gewinn aus der Veräußerung einer ganzen Praxis wird grundsätzlich nach der sogenannten Fünftel-Regelung besteuert. Dabei kommt es zu einer Progressionsabschwächung, in dem die Veräußerungsgewinne rechnerisch auf

fünf Jahre verteilt werden, obwohl im Jahr des Zuflusses die Steuer auf den vollständigen Veräußerungsgewinn zu entrichten ist. Eine Steuerersparnis ergibt sich dabei nur, wenn nicht bereits die übrigen Einkünfte dem Spitzensteuersatz unterliegen.

b. Aufgabe bzw. Verkauf einer ganzen Praxis wegen Alters oder dauernder Berufsunfähigkeit

Wer zum Zeitpunkt der Praxisveräußerung das 55. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist, kann anstelle der Fünftel-Regelung einen Steuerfreibetrag in Höhe von maximal 45.000 € und die Anwendung eines ermäßigten Steuersatzes beantragen. Der nach Abzug des Freibetrags verbleibende Veräußerungsgewinn wird mit 56% des persönlichen Steuersatzes des Veräußerers besteuert. Bei der Ermittlung dieses Durchschnittssteuersatzes werden die gesamten Einkünfte des Kalenderjahres berücksichtigt. Die Ermäßigung wird auf einen Mindeststeuersatz von 14% begrenzt, d. h. bei einem persönlichen Steuersatz von weniger als 25% unterliegt der Veräußerungsgewinn einer Besteuerung von 14% zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer.

Hinweis: Der Gewinn aus der Veräußerung einer halben Praxis ist ebenfalls begünstigt, wenn es sich um eine Teilpraxis handelt. Ist dies nicht der

Fall, unterliegt der Gewinn – wie der laufende Praxisgewinn – dem persönlichen Steuersatz, maximal dem Spitzensteuersatz von 42% (bzw. 45%, sogenannte „Reichensteuer“).

Unentgeltliche Übertragung einer psychotherapeutischen Praxis

Eine unentgeltliche Übertragung kommt regelmäßig nur zwischen Familienangehörigen vor, z. B. wenn ein Elternteil seine Praxis auf ein Kind überträgt, weil er aus Alters- oder Krankheitsgründen diese nicht mehr fortführen kann. Da in diesem Fall keine stillen Reserven aufgedeckt werden, fällt keine Einkommensteuer an.

Bei einer unentgeltlichen Übertragung liegt jedoch regelmäßig eine Schenkung vor. Schenkungen sind wie auch Erbschaften nur steuerpflichtig, soweit keine Steuerbegünstigungen gewährt werden. So werden bestimmte Vermögenswerte von der Besteuerung ausgenommen, zusätzlich gibt es persönliche Freibeträge. Ehegatten und auch Partnern von eingetragenen Lebenspartnerschaften wird ein Freibetrag von 500.000 € gewährt. Kinder können von jedem Elternteil 400.000 € steuerfrei erhalten. Die Freibeträge werden alle 10 Jahre gewährt. Schenkungen innerhalb von 10 Jahren werden dabei zusammengerechnet.

Ob und in welcher Höhe Schenkungssteuer zu zahlen ist, hängt bei der Schenkung einer freiberuflichen Praxis bzw. des Anteils an einer Praxisgemeinschaft von deren tatsächlichen Wert ab. Dieser wird dabei aus zeitnahen Verkäufen (Vergleichswert) abgeleitet

oder mittels verschiedener Bewertungsverfahren ermittelt.

Bei der Übertragung von betrieblichem Vermögen, z. B. der psychotherapeutischen Praxis können neben den Freibeträgen weitere steuerliche Begünstigungen gelten.

- Betriebsvermögen kann zu 85% steuerfrei vererbt oder verschenkt werden. Von dem verbleibenden 15%igen Anteil wird noch ein Freibetrag von maximal 150.000 € abgezogen. Dieser Freibetrag wird mit zunehmender Höhe des übertragenen Vermögens schrittweise gemindert. Er entfällt vollständig, wenn Betriebsvermögen von mindestens drei Millionen Euro übertragen wird. Voraussetzung ist u.a., dass der Nachfolger die Praxis mindestens fünf Jahre fortführt.
- Betriebsvermögen kann zu 100% steuerfrei vererbt oder verschenkt werden, wenn die Praxis 7 Jahre fortgeführt wird. Der Nachfolger ist an diese Option gebunden, er kann sie also nicht widerrufen.

Werden die Bedingungen nicht eingehalten, fällt zeitanteilig Steuer an (Nachversteuerung).

Eine steuerschädliche Veräußerung kann in bestimmten Fällen durch eine Verpachtung verhindert werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn der Beschenkte oder Erbe erst noch eine erforderliche Qualifikation erwerben muss, um die Praxis fortführen zu können. Diese Verpachtung darf jedoch höchstens auf 10 Jahre beschränkt sein. Außerdem muss sie berufsrechtlich zulässig sein. Zu beachten ist auch, dass die Verpachtung zu gewerblichen Einkünften führt.

Hinweis: Ob die Vergünstigungen für Betriebsvermögen weiterhin gelten werden, ist fraglich, da sie teilweise für verfassungswidrig gehalten werden. Eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts steht hierzu noch aus. Doch da der Wert einer psychotherapeutischen Praxis regelmäßig nicht den persönlichen Freibetrag des Beschenkten übersteigt, fällt meist ohnehin keine Schenkungssteuer an.

Veräußerung per 31.12. sollte vermieden werden

Bei der Veräußerung einer Praxis ist der Übergabezeitpunkt regelmäßig Vereinbarungssache, anders als bei einer unerwarteten Praxisaufgabe wegen Berufsunfähigkeit. Wer seine Praxis zum Jahresende verkauft, muss neben dem Veräußerungsgewinn den gesamten Gewinn des laufenden Jahres versteuern. Vielfach unterliegt dieser dem Spitzensteuersatz von derzeit 42% zuzüglich Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer.

Wird stattdessen eine Praxis zu Beginn eines Jahres veräußert oder aufgegeben, ist in dem Jahr neben dem Veräußerungsgewinn kein laufender Praxisgewinn zu versteuern. Regelmäßig werden auch die anderen Einkünfte, wie z. B. Rentenbezüge bei einer (vollständigen) Praxisveräußerung aus Altersgründen oder Einkünfte aus einer (geringfügigen) nichtselbständigen Tätigkeit geringer sein, so dass im unteren Bereich des progressiven Steuertarifs besteuert wird. Und auch bei der Veräußerung einer halben Praxis muss zusätzlich nur noch der halbe Praxisgewinn versteuert werden, wenn die Veräußerung zu Beginn eines Jahres erfolgt.

Hinweis: Da bei vertragsärztlichen psychotherapeutischen Praxen die Abrechnung zum Quartalsende erfolgt, sollte der Veräußerungszeitpunkt mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgesprochen werden.

Beispiel

Ein Psychotherapeut (ledig) mit einem laufenden Praxisgewinn von 60.000 € p.a. beabsichtigt, seine Praxis oder die Hälfte der Praxis zu verkaufen. Der Veräußerungsgewinn beträgt 40.000 €. Nach Veräußerung der (ganzen) Praxis werden steuerpflichtige Renten- und Vermietungseinkünfte von 25.000 € p.a. erzielt, die abziehbaren Sonderausgaben betragen 8.000 €.

- Der Psychotherapeut hat zum Zeitpunkt der Veräußerung noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet und ist auch nicht dauernd berufsunfähig.
- Der Psychotherapeut hat zum Zeitpunkt der Veräußerung das 55. Lebensjahr vollendet bzw. ist dauernd berufsunfähig.
- Der Psychotherapeut veräußert nur die halbe Praxis und erzielt weiterhin Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit (Hälfte des Jahresgewinns).

Bei einem Veräußerungsgewinn unter 45.000 € ist der gesamte Gewinn aus der Praxisveräußerung steuerfrei, wenn der Psychotherapeut zum Zeitpunkt der Veräußerung das 55. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist. Der Veräußerungszeitpunkt spielt dabei keine Rolle. Liegt keine der beiden Voraussetzungen vor oder wird nur die halbe Praxis verkauft, kann allein die Verschiebung des Verkaufszeitpunktes um zwei Tage vom 31.12. auf den 2.1. des Folgejahres zu einer Steuerersparnis von 5.825 € (zuzüglich Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer) führen.



Christina Seimetz

Steuerberaterin, ETL ADCURA Steinfurt, spezialisiert auf die Beratung von Heilberuflern, Mitglied im ETL ADVISION-Verband, der Kooperationspartner der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ist.



Meine Empfehlung: Bei der Veräußerung einer psychotherapeutischen Praxis spielen neben steuerlichen Fragen auch (berufs-)rechtliche, betriebswirtschaftliche und persönliche Faktoren eine wesentliche Rolle. Es gibt vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten. Wenn

Sie planen, Ihre Praxis zu veräußern, sollten Sie sich auf jeden Fall rechtzeitig beraten lassen, um die günstige Alternative zu finden. ■

Tabellarische Darstellung zu vorgenanntem Beispiel

| | a. Fünftel- Regelung | b. FB/Begüns- tigter Steuersatz | c. halbe Praxis (keine Be- günstigung) |
|---|----------------------------|--|---|
| Verkauf 31.12. | | | |
| Gewinn aus Praxisverkauf | 40.000,00 € | 40.000,00 € | 20.000,00 € |
| laufender Gewinn aus Praxis | 60.000,00 € | 60.000,00 € | 60.000,00 € |
| andere Einkünfte (Rente, Miete) | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € |
| Sonderausgaben (KV/RV) | -8.000,00 € | -8.000,00 € | -8.000,00 € |
| Steuerliche Belastung: | | | |
| ESt ohne Veräußerungsgewinn | 13.669,00 € | 13.669,00 € | 13.669,00 € |
| ESt mit Veräußerungsgewinn | 30.464,00 € | 13.669,00 € | 22.068,00 € |
| ESt auf Veräußerungsgewinn | 16.795,00 € | 0,00 € | 8.399,00 € |
| Durchschnittssteuersatz (ohne SolZ und ggf. KiSt) | 33,11 % | 14,86 % | 30,65 % |
| Verkauf 2.1. | | | |
| Gewinn aus Praxisverkauf | 40.000,00 € | 40.000,00 € | 20.000,00 € |
| laufender Gewinn aus Praxis | 0,00 € | 0,00 € | 30.000,00 € |
| andere Einkünfte (Rente, Miete) | 25.000,00 € | 25.000,00 € | 0,00 € |
| Sonderausgaben (KV/RV) | -8.000,00 € | -8.000,00 € | -8.000,00 € |
| Steuerliche Belastung: | | | |
| ESt ohne Veräußerungsgewinn | 1.912,00 € | 1.912,00 € | 1.912,00 € |
| ESt mit Veräußerungsgewinn | 12.882,00 € | 1.912,00 € | 9.738,00 € |
| ESt auf Veräußerungsgewinn | 10.970,00 € | 0,00 € | 7.826,00 € |
| Steuerliche Gesamtbelastung im Jahr der Veräußerung und im Folge bzw. Vorjahr: | | | |
| Verkauf 31.12.: ESt Jahr 01+02 | 32.376,00 € | 15.581,00 € | 23.980,00 € |
| Verkauf 2.1.: ESt Jahr 01+02 | 26.551,00 € | 15.581,00 € | 23.407,00 € |
| Steuervorteil bei Verkauf 2.1. | 5.825,00 € | 0,00 € | 573,00 € |



Neue Versorgungskonzepte

Integrierte Versorgungskonzepte bieten die Chance, die Trennung zwischen den Sektoren zu überwinden, eine fach- und berufsgruppenübergreifende Kooperation zu fördern und multimodale Behandlungskonzepte auch im ambulanten Bereich zu ermöglichen.

In welche Richtung sich neue Versorgungskonzepte für psychisch kranke Menschen entwickeln könnten, um bestehende Versorgungsprobleme zu lösen, welche gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür notwendig wären und welche Beispiele es aus Deutschland und aus Nachbarländern für neue Versorgungsansätze in diesem Bereich bereits gibt, das ist das Thema dieses Buches.

Für Psychotherapeuten bietet das Buch einen Überblick über die unterschiedlichen Modelle und erleichtert damit die eigene Standortbestimmung.



Tophoven/Wessels (Hrsg.)
Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen

2012. VII, 196 Seiten. Softcover. € 49,95.

ISBN 978-3-86224-002-9



medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg,
Bestell-Tel. 06221/489-555, Bestell-Fax 06221/489-410,
E-Mail: kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de
Kundenbetreuung und Auslieferung über Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm



Andrea Arendt

Selbständig im Beruf – abhängig im Alter?

Glaubt man den zahlreichen Werbekampagnen in den Medien, ist die Rentnergeneration von heute finanziell gut ausgestattet. Bilder von braun gebrannten, Golf spielenden Rentnern vermitteln das Bild von gelassenen und zufriedenen Ruheständlern, die sich um ihren Wohlstand nicht sorgen müssen. Die Industrie bewirbt die Gruppe der über 50-Jährigen mit schnittigen Begriffen. Da ist die Rede von der *Generation Gold*, den *Best Agern* oder *Silver Surfern*. Nicht mehr Erwerbstätige, die sich Gedanken über ihr finanzielles Wohlbefinden im Alter machen müssen, passen da nicht ins Bild. Doch was ist wirklich Realität?

Immer mehr Rentner sind auf die Unterstützung durch den Staat angewiesen. Einer Studie zufolge, die das Deutsche Institut für Altersvorsorge (DIA) schon 2005 vorlegte, droht nahezu jedem dritten Bürger Verarmung im Alter. Das ist eher die Realität. Gründe seien neben der steigenden Lebenserwartung die Reformen von 2001 und 2004, die das gesetzliche Rentenniveau um rund 18% sinken ließen und die fehlende Bereitschaft zu privater Altersvorsorge, die viele Bürger nicht zahlen wollen oder können (etwa 60%, Quelle: Wikipedia)

Laut einer Statistik ist das Risiko, dass man als nicht Erwerbstätiger seinen Bedarf aus den Leistungen der verschiedenen Versorgungssysteme nicht

decken kann, bei Selbständigen besonders hoch. Warum ist das so?

Aus meiner Berufspraxis heraus weiß ich, dass die Gefahr schon an der Stelle beginnt, an der man seine Situation im Alter lange Zeit – besonders in jüngeren Jahren – falsch einschätzt und deshalb nicht rechtzeitig gegensteuert. Die entscheidenden zwei Eckpunkte bei der Analyse seiner Versorgungssituation sind der Bedarf und die Ansprüche im Alter. Beides wird oft unter- bzw. überschätzt, weil eine tatsächliche Ermittlung anhand konkreter Zahlen und unter Berücksichtigung zahlreicher Marktkriterien wie Inflation, Zinsniveau oder Steuern nie vorgenommen wird. Das Gefühl wiegt über das Wissen. Das ist fatal. Und die Gefahr, „arm“ in den Ruhestand zu stolpern, geht dort weiter, wo Altersvorsorgeplanung statisch gesehen und nicht regelmäßig unter Berücksichtigung sich verändernder Bedürfnisse oder Markt- und Lebenssituationen überprüft wird.

Ich möchte Ihnen beispielhaft folgende Situation aufzeigen:

Ein Ehepaar möchte sich zum Thema Altersversorgung beraten lassen. Wir nehmen an, dass er als Psychotherapeut in eigener Praxis und sie als kaufmännische Angestellte, wegen der beiden Kinder mit verminderter Stundenzahl, angestellt tätig ist. Er ist 49 Jahre alt, privat krankenversichert,

sie 45 Jahre alt, Mitglied der GKV. Auf die Frage nach den bisher vorhandenen Ansprüchen aus den verschiedenen Versicherungen legt das Ehepaar folgende Unterlagen vor (s. hierzu Tabelle – Versorgungssituation).

1. Versorgungssituation

Die Versorgungsansprüche aufgezeigt, zeigt sich das Ehepaar zufrieden mit seiner Versorgung, gefühlt ist ausreichend da und eine Versorgungslücke wird nicht erwartet.

| Versorgungssituation | | | |
|--|---------------------|--|----------|
| 1. Ehefrau | | | |
| Bisher erreichte Rentenanwartschaft lt. Rentenbescheid | mtl. | | 540 € |
| Betriebliche Zusatzversicherung | mtl. | | 110 € |
| Ablaufleistung aus einer Lebensversicherung | einmalig garantiert | | 36.000 € |
| Gesetzliche Rente und betriebliche Zusatzversicherung werden zum 67. Lebensjahr der Ehefrau, die Lebensversicherung zum 60. Lebensjahr fällig. | | | |
| 2. Ehemann | | | |
| Rentenanwartschaft aus früherer Angestelltentätigkeit lt. Rentenbescheid | mtl. | | 98 € |
| Rentenanwartschaft aus Versorgungswerk (Mindestbeitragszahlung) | mtl. | | 154 € |
| Anspruch aus einer steuerlich begünstigten Basis- oder sogenannter Rüruprente | mtl. | | 670 € |
| Anspruch aus einer privaten Rentenversicherung | mtl. | | 260 € |
| Voraussichtlicher Anspruch aus einer fondsgebundenen Rentenversicherung | mtl. | | 290 € |
| Kapitallebensversicherung | einmalig | | 42.000 € |
| Die Rentenanwartschaften aus DRV und PVW werden kurz vor dem 67. Lebensjahr fällig (66 Jahre und 10 Monate), die Basisrente mit 67, die private und die fondsgebundene Rentenversicherung mit 65 Jahren. Die Leistung aus der Kapitallebensversicherung kommt zum 60. Lebensjahr zur Auszahlung. Bei der Basisrente, der privaten Rente und der Kapitallebensversicherung handelt es sich jeweils um die garantierten Werte. | | | |
| 3. Gemeinsame Versicherungen | | | |
| Das Ehepaar hat in der Vergangenheit ein Aktienfondsdepot (international/Standardwerte) bespart. Der aktuelle Depotwert beträgt 14.350,00 €. Seit längerer Zeit erfolgen wegen der schlechten Entwicklung des Depots keine weiteren Anteilskäufe. Die Familie lebt in einem kleinen Eigenheim, das zum geplanten Rentenbeginn in 18 Jahren abbezahlt sein soll. Miete fällt damit im Alter nicht an. | | | |

2. Bedarfsanalyse

Die Frage nach dem voraussichtlichen Bedarf im Alter fällt dem Ehepaar zu nächst schwer zu beantworten. Um diesen zu ermitteln, muss es von den heutigen Einkünften die Ausgaben abziehen, die im Rentenalter wegfallen. Das sind insbesondere die Sparbeiträge für die Altersversorgung, Zins und Tilgung für die Immobilie, Aufwendungen für die Kinder und Belastungen durch den Beruf. Zusätzliche Belastungen können hingegen entstehen durch Mehraufwendungen für Freizeit und Krankheit oder Pflege. Die Kunden summieren folgende Bedarfspositionen auf:

- Beiträge zur Krankenversicherung
- Beitrag für die Ehefrau zur stationären Zusatzversicherung
- Beiträge zur Pflegezusatzversicherung
- Hausbetriebs- und Hausnebenkosten
- KFZ-Kosten
- Beiträge zur Gebäude-, Hausrat- und Haftpflicht-Versicherung
- Telefonkosten
- Tennisclubbeiträge
- Urlaub
- Kleidung
- Essen
- Sonstige Freizeit.

Für das Ehepaar zusammen ergibt sich ein Bedarf von 3.360,00 € nach heutiger Kaufkraft vor Steuern.

Da unser Geld in einigen Jahren bekanntlich nicht mehr so viel wert ist wie heute, muss dieser Betrag inflationsbereinigt werden. Für die nächsten 18 Jahre bis Rentenbeginn wird deshalb beispielhaft eine durchschnittliche Inflationsrate von 2% p.a. unterstellt. Der Bedarf nach heutiger Kaufkraft entspricht dann einem zukünftigen Preis von 4.798,90 € und stellt damit das Altersvorsorgeziel des Ehepaares dar.

3. Versorgungsanalyse

Im nächsten Schritt muss der Bedarf den Ansprüchen zum Zeitpunkt des Renteneintritts gegenübergestellt werden.

Die Eheleute planen den gemeinsamen Austritt aus der Erwerbstätigkeit zu

seinem 67. Lebensjahr, also in 18 Jahren. Auf diesen Zeitpunkt werden die einzelnen Versicherungen zusammengeführt, indem vorher fällig werdende Kapital- und Rentenleistungen bis dahin noch verzinst und aus dem daraus resultierenden Kapitalbetrag ein Entnahmebetrag für eine vorgegebene Rentendauer errechnet wird. In unserem Beispiel sollen folgende Parameter unterstellt werden:

1. Vor dem 67. Lebensjahr zur Verfügung stehendes Kapital wird bis Rentenbeginn mit 2% p.a. verzinst, wobei Kapitalertragssteuern und Freibetrag berücksichtigt werden.
2. Das Kapital für die Entnahmen ab Rentenbeginn verzinst sich ebenfalls mit 2% jährlich.
3. Das Kapital wird aufgezehrt.
4. Nach der aktuellen Sterbetafel beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung eines 67-jährigen Mannes 16,01, die einer 63-jährigen Frau 22,38 Jahre. Für die Entnahmedauer des hochgerechneten Kapitals wird deshalb von einer „gemittelten“ Lebenserwartung von 19 Jahren ausgegangen.

Depotbetrag und Einmalleistungen aus beiden Kapitallebensversicherungen ergeben zusammen mit den früher fälligen monatlichen Renten einen Kapitalbetrag von 117.757,08 €, der für Entnahmen ab Rentenbeginn zur Verfügung steht. Diese Entnahmen betragen 606,20 € monatlich. Summiert mit den anderen Rentenansprüchen des Ehemannes, die mit 67 fällig werden, stehen dem Ehepaar in 18 Jahren somit 2.078,20 € vor Steuern zur Verfügung. Vier Jahre später kommen die Rentenansprüche der Ehefrau mit nochmals 650,00 € dazu.

Zwischen Bedarf und erreichter Versorgung besteht eine Versorgungslücke von anfänglich 2.720,71 € monatlich, die vier Jahre später zwar um die Rentenansprüche der Ehefrau sinkt, dennoch in der relativ kurzen Zeit mit normalen finanziellen Mitteln kaum zu schließen ist. Eventuell zu zahlende Steuern auf die Einkünfte, die an dieser Stelle nicht weiter berücksichtigt werden sollen, vergrößern die Versorgungslücke entsprechend. In der Analyse bewusst nicht berücksichtigte



Andrea Arendt

Diplom-Betriebswirtin, Versicherungsfachfrau (BWW), seit 1990 in der Finanzdienstleistungsbranche. Selbständig tätig als Versicherungsmaklerin – ASP Andrea Arendt e.K. in Münster, Wirtschaftsdienst der DPTV (www.wirtschaftsdienst-dptv.de). In dieser Eigenschaft befasst sie sich speziell mit den besonderen Belangen der Berufsgruppe der Psychologen und Psychotherapeuten.



Überschüsse aus den privaten Versicherungsverträgen verringern die Versorgungslücke; ebenfalls ein höheres Zinsniveau oder eine geringere Inflationsrate.

Mit diesem Ergebnis haben die Kunden nicht gerechnet.

Dieses Beispiel ist kein Einzelfall. Viele Selbständige planen deshalb heute schon, auch über das 67. Lebensjahr hinaus erwerbstätig zu bleiben. Viele können sich etwas anderes gar nicht leisten.

Aber wo liegen die Versäumnisse? Und kann man überhaupt von Versäumnissen sprechen?

Die Antwort auf die Frage fällt mir nicht leicht. Auf der einen Seite würde ich sagen, dass es besser gewesen wäre, wenn die Kunden ihre Versorgung eher wie oben dargestellt geplant hätten. Dann wäre ihnen die Versorgungslücke früher kenntlich gewesen und sie hätten längere Zeit zur Korrektur gehabt. Andererseits ist es aber natürlich auch so, dass neben dem Gedanken an Altersversorgung auch viele andere Dinge Platz haben müssen. Außerdem waren die Kunden im vorgenannten Beispiel ja auch nicht gerade untätig. Trotz der Ausbildung der Kinder, die finanziert werden musste, haben sie es geschafft, ein Eigenheim zu finanzieren und bis zum Rentenbeginn schuldenfrei zu stellen und auch ansonsten ein relativ gut gestreutes Altersvorsorgedepot aus verschiedenen Vorsorgemöglichkeiten geschaffen.

Selbständigkeit ist angenehm. Man ist relativ flexibel und weitgehend unbestimmt. Das große Problem der Selbständigkeit liegt jedoch darin, dass

man zu deren Start über zu wenig finanzielle Mittel verfügt, um frühzeitig mit dem Aufbau der Altersversorgung zu beginnen, dass man kaum staatliche Förderungen erhält und zudem recht hohe Beträge für die persönliche Risikoversicherung aufwenden muss, die dann bei der Altersversorgung eingespart werden müssen. In dieser Hinsicht – doch das zeigt sich oft erst später – ist Selbständigkeit ein Dilemma.

Doch den Kopf in den Sand zu stecken, ist der falsche Weg. Besser ist es, hinzusehen und zu akzeptieren, dass man etwas tun muss. So wie der Architekt in Zusammenarbeit mit dem Statiker den Hausbau plant, damit der Bauherr sich darin wohl fühlen kann und das Haus nicht zusammenfällt, müssen wir auch die Altersversorgung strategisch planen und über die Jahre in Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten solide ausbauen und aufstocken. So wie das Haus über die Jahre sanierungsbedürftig wird, sollten wir auch unsere Altersvorsorgestrategie einer ständigen Überarbeitung unterziehen.

.... damit uns Selbstbestimmtheit auch im Alter erhalten bleibt. ■

Januar



26.1.2013 (Hannover)

Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene – Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis

Referent: Dr. Hans Nadolny
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



30.1.2013 (Hamburg)

Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung

Referenten: Kerstin Sude, Frank Mutert
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

Februar



1.2.2013 (München)

Autismus-Spektrums-Störungen: Diagnostik und Behandlung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Referentin: Beate Baude-Puhlmann
Auskünfte/Kontakt:
DPtV Campus & Landesgruppe Bayern



9.2.2013 (Bonn)

Der Ansatz der Impact-Technik – Lust und Spaß in der Therapie als Lernprinzip

Referent: Dr. Andreas Soljan
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



22.2.2013 (Berlin)

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Referentin: Eva Martin
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



23.2.2013

(Hückeswagen/Beverlalsperre)

Achtsamkeit und Psychotherapie
Referent: Olaf Wollenberg
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



26.2.2013 (Dortmund)

Wie lese ich meine Abrechnung?

Referenten: Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS & Landesgruppe Westfalen-Lippe



28.2.2013 (Berlin)

Entwicklungspsychologie I und II

Referentinnen: Kerstin Sude, Cornelia Lochte
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

März



5.3.2013 (Köln)

Privatpraxis – Kostenerstattung und „mehr“

Referenten: Barbara Lubisch, Felix Jansen
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



7.3.2013 (Dresden)

Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen – nicht nur für Einsteiger

Referent: Dieter Best
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



8.3.2013 (Dresden)

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Referentin: Eva Martin
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



13.3.2013 (Dortmund)

Praxisweitergabe unter rechtlichen und steuerrechtlichen Aspekten

Referenten: Jens-Peter Jahn, Christina Seimetz, Gebhard Hentschel
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS & Landesgruppe Westfalen-Lippe

15.3. – 18.3.2013 (Mainz)

98. Verhaltenstherapiewoche

Emotionskontrolle

Auskünfte/Kontakt:
IFT-Gesundheitsförderung
089 360804-94
wirges@ift.de



16.3.2013 (Berlin)

Unterstützung für psychisch kranke Menschen im Arbeitsleben

Referent: Nikolai Magdalinski
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



22.3.2013 (Berlin)

Psychopharmakologie für Psychotherapeuten

Referenten: Dr. Matthias Rose, Dr. Nienke Anna Hofrichter
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

22.3. – 24.3.2013 (Meiringen/Schweiz)

99. Verhaltenstherapiewoche
Neue Entwicklungen in der Psychotherapie

Auskünfte/Kontakt:
IFT-Gesundheitsförderung (s. o.)



23.3.2013 (Hannover)

Formen der Selbsthygiene in der täglichen Arbeit – Achtsamkeit ganz praktisch für uns Psychotherapeuten

Referent: Dr. Andreas Soljan
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

April



11.4.2013 (Berlin)

Entwicklungspsychologie I und II

Referentinnen: Kerstin Sude, Cornelia Lochte
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

14.4.2013 - 19.4.2013 (Lindau)

63. Lindauer Psychotherapiewochen 2013

1. Tagungswoche
Neuen Versicherungen begegnen

Auskünfte/Kontakt:
Lindauer Psychotherapiewochen
Kristin Krahl
089 29163855
Info@Lptw.de

19.4.2013 – 29.3.2014 (Leipzig)

Weiterbildung Psychosoziale Onkologie für approbierte Psychotherapeuten

Zertifikat Deutsche Krebsgesellschaft
Auskunft und Kontakt:
Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO)
Universitätsklinikum Heidelberg
06221 564719
info@wpo-ev.de

21.4. – 26.4.2013 (Lindau)

63. Lindauer Psychotherapiewochen 2013

2. Tagungswoche

Neue Kulturen schaffen

Auskünfte/Kontakt:
Lindauer Psychotherapiewochen (s. o.)

22.4. – 23.4.2013 (Raum München)

Workshop

Vielleicht viel leichter – Lösungs-fokussiertes Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen

Referentin: Dr. med. Therese Steiner
Auskünfte/Kontakt:
Istob – Zentrum für Systemische Therapie, Supervision und Beratung e. V.
089 5236343
info@istob-zentrum.de



24.4.2013 (Dortmund)

Praxisgründung unter rechtlichen Aspekten

Referenten: Jens-Peter Jahn, Gebhard Hentschel
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS & Landesgruppe Westfalen-Lippe



24.4.2013 (München)

Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung

Referenten: Kerstin Sude, Frank Mutert
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS



26.4.2013 (Berlin)

Einführung in die Gesundheitspolitik – Ein Basisseminar

Referent: Carsten Frege
Auskünfte/Kontakt:
DPtV CAMPUS

26.4. – 30.4.2013 (Dresden)

100. Verhaltenstherapiewoche
Behandlung von Suchterkrankungen

Auskünfte/Kontakt:
IFT-Gesundheitsförderung (s. o.)



Anmeldung zu DPtV-CAMPUS-Veranstaltungen

Bitte nutzen Sie zur Anmeldung zu DPtV CAMPUS Veranstaltungen das Anmeldeformular zum Download unter www.dptv-campus.de oder das Anmeldeformular in der Druckversion des Programms. Dieses erscheint in Kürze.

Langzeitantrag

Spontan berichtete und erfragte Symptomatik

Am Anfang kommt ein Mann herein, berichtet, er müsst ständig wein', gar grauslich fühle er sich oft, Gefühle spür' er nur noch soft.

Beschlossen zur Therapie er sich habe, weil seine Frau ihm dies ständig sage, nun endlich tun, was richtig ist, sonst bliebe ihm bald nur der Strick.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Die Eltern, schlimm sie gewesen seien, auch am Bruder konnte er sich nicht erfreuen. Immerzu Leistung habe er erbringen müssen, nur dann die Mutter wollt' ihn küssen. Der Vater, ihn oft geschlagen habe, schlecht geht es ihm, wenn er das sage.

Nach der Schule und der Uni, sofort gearbeitet wie ein Dummi. Bis hin zu 15 Stunden täglich, das Einkommen dazu nur kläglich. Bald ausgebrannt gefühlt er sich, dazu kam dann auch noch die Gicht.

Gegriffen oft aus Frust zur Flasche, gelogen sich selbst in die Tasche, dass er von der Arbeit habe nie genug, in Wirklichkeit war's Selbstbetrug.

Die Ehefrau, owei, owei, von dieser Sorte, er hatte schon zwei. In dritter Ehe er nun stehe, und an der Gattin er nun sehe, die Ähnlichkeit zu seiner Mutter, auch die wollt' nur sein Geld als Futter.

Frau und Arbeit hielten ihn auf trapp, nur langsam mache sein Körper schlapp.

Bergab ging es in letzter Zeit, drum sei er nun zur Therapie bereit.

Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

Gepflegt ist dieser Patient sehr fein, von äußerer Statur her klein, zu hören kaum, die Stimme leise, kaum wahrnehmbar, doch sicher weise.

Im Ausdruck schwach, die Kleidung billig, beantwortet er die Fragen willig.

Zu merken ist die große Gier, sozial sehr zu gefallen mir.

Er spricht zu mir mit gewählter Stimm', fragt ständig mich, ob das sei schlimm, wenn er im Job es nicht mehr schaffe, für seinen Chef das Geld ranschaffe.

Halluzinationen und Wahn, die hat er nicht, Zeit- und räumlich orientiert er ist. Suizidalität? Dazu sagt er glaubhaft nein! So sollte es auch am besten sein!



Somatischer Befund

Siehe einfach, was er spricht, der umfangreiche Konsiliarbericht!

Verhaltensanalyse

Als Stimulus für diesen Mann, Situationen auf der Arbeit ich nennen kann: Ein Kollege kommt zu ihm herein, von Statur her groß, der Patient eher klein. Der Kollege sagt: „Du musst mehr schaffen, sonst wird bald eine Lücke klaffen. Schuld daran wirst nur Du dann sein, dann bist Du ein Kollegenschwein!“

An automatischen Reaktionen, aktiv bald sind die Kognitionen, in denen er sich schuldig fühlt, wenn er nicht in der Arbeit wühlt.

Körperlich und emotional: Die Anspannung wird ihm zur Qual.

Um hier sich wieder zu entspannen, vermeidet er zukünftige Pannen, indem er noch mehr arbeiten tut, er glaubt ganz ehrlich, dann wird's gut!

Immer wenn so was passiert, folgt „R“ auf „S“ kontingent, ganz wie geschmiert.

Dies lernt er leider schnell und listig, nennen wir das einfach C-kurzfristig. C-langfristig hingegen leider, hilft dieses Verhalten ihm nicht weiter.

da dies jedoch zu verwirrend ist, erspare ich mir den ganzen Mist. Die Sitzungszahl reicht eh' nicht aus. Drum pick' ich mir das Wichtigste raus.

Deshalb nenn' ich also nur das eine: Hauptsache der Patient kommt schnell auf die Beine! Dafür nimm' ich mal den Meichenbaum, und ein bisschen GSK, das schadet auch kaum. Auch PMR, das muss dazu, relaxt er sein wird, schon im Nu.

So wird der Patient schnell wieder fit, zumindest mal im ersten Schritt. Damit's dauerhaft wirkt, kein Erbarmen: Am Ende rückfallprophylaktische Maßnahmen! Zur Prognose mein' ich jetzt mal fein, es wird schon bald viel besser sein.

Behandlungsplan

Beim Behandlungsplan, das sag ich schnell, kommt erst mal das Erklärungsmodell. Damit der Patient versteht, was das soll, erklär ich's ihm besonders toll.

Danach kann es dann weitergehen: kognitive Therapie, er wird's bald sehen. Das sind dann unsre Riesenthemen, aufzudecken gibt's dysfunktionale Schemen!

Auch wichtig, das sag' ich groß und breit, ist auch die olle Selbstsicherheit. Um die zu steigern, soll er machen, die ganzen Hinsch & Pflingsten-Sachen. Ebenfalls wichtig, ich sagte es schon, ist die Progressive Muskelrelaxation.

Wenn dann der Mann ist wieder fit, zurück zur Arbeit mit flottem Schritt, wird er sich sicher schnell bewegen, hinweg, die unliebsamen Kollegen.

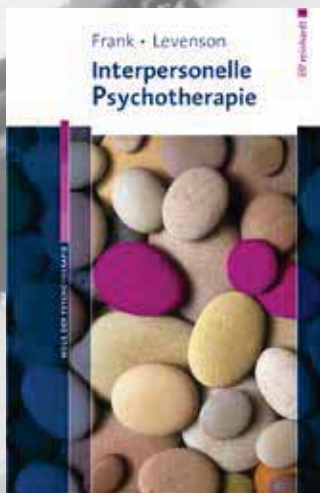
Auch zwischenmenschlich wird's dann laufen, braucht er auch nicht mehr so viel saufen. Wenn nicht mehr spurt die Gattin hier, kommt einfach Ehe Nummer vier.

Damit ist's endlich dann vollbracht, die Therapie zu gutem End gebracht.

Und wenn's nicht wirkt, dann, welch' ein Hohn, sehen wir uns wieder, in zwei Jahren schon.

Roland Hartmann

Rezensionen



Ellen Frank, Jessica C. Levenson
Interpersonelle Psychotherapie
 Reihe: Wege der Psychotherapie
 2011, Ernst Reinhardt Verlag
 171 Seiten
 ISBN 978-3-497-02248-9
 24,90 €

Rezensioniert von Petra Decker

Das vorliegende Buch richtet sich an (angehende) PsychotherapeutInnen mit vertieftem Interesse zur Anwendung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) als eine fokussierte Kurzzeittherapie. Die beiden Autorinnen sind ausgewiesene Expertinnen auf dem Gebiet der Forschung/Therapie im Bereich der Psychiatrie und klinischen Psychologie, insbesondere der präventiven Erhaltungstherapie unipolarer Depressionen, der akuten Erhaltungstherapie für bipolare Störungen sowie das Verstehen der Wirkzusammenhän-

ge und der Behandlungsmöglichkeiten von Stimmungsstörungen.

Das Buch gliedert sich nach der allgemeinen Einführung zum Thema Interpersonelle Kurzzeittherapie in die folgenden Kapitel: Ursprung und Entwicklung der Interpersonellen Therapie, Theorie der IPT, Therapeutischer Prozess, Evaluation der IPT sowie zukünftige Entwicklungen.

Die IPT ist ursprünglich für die Behandlung unipolarer Depression nach Klerman et al. (1984) entwickelt worden und konzentriert sich auf den Zusammenhang von zwei Faktoren:

1. auf die interpersonellen Beziehungen einer Person und ihrer sozialen Rollen, insbesondere der Probleme mit den Rollen und
2. auf die Entwicklung oder Beibehaltung von Depressionen.

Zum Kapitel „Der therapeutische Prozess“ fiel mir positiv die konkrete Beschreibung des Behandlungsablaufs auf. Die IPT-Behandlung dauert in der Regel 16 bis 20 Sitzungen und gliedert sich in drei Phasen: die Einführungs- oder initiale Phase, die 1 bis 3 Sitzungen umfasst. In der mittleren Phase (mit ca. 10 bis 14 Sitzungen) werden die Problembereiche Trauer, Rollenwechsel, Rollenkonflikte und interpersonelle Defizite tiefer behandelt. Die IPT-Techniken beinhalten: die Herausarbeitung von Details, die Fokussierung auf Gefühle, eine Kommunikationsanalyse, eine Entscheidungsanalyse sowie die Aktivierung neuer Verhaltensweisen, eine Psychoedukation und

Rollenspiele. Die Abschlussphase und Therapiereflexion wird mit ein bis drei Sitzungen abgeschlossen.

Hervorheben möchte ich, dass die Autorinnen auf den wichtigen Wirkfaktor der Therapeut-Klient-Beziehung, insbesondere auf die Feinheiten in der IPT, eingehen.

Die ausführlichsten Kapitel sind der Evaluation der IPT und deren zukünftigen Entwicklungen gewidmet. Offensichtlich ist es den Autorinnen ein besonderes Anliegen, die Wirksamkeit der IPT und der IPT in ihrer Modifikation für weitere psychische Erkrankungen zu erforschen. Die IPT ist derzeit eine wirksame Methode zur Behandlung von Depressionen. In ihrer Modifikation konnte ihre therapeutische Wirksamkeit bei der Behandlung von Post-partum-Depressionen, bipolaren Störungen sowie Essstörungen hinreichend nachgewiesen werden.

Das Buch ist gut strukturiert und informativ aufbereitet und kann sowohl als Einführung als auch als Vertiefung in die Behandlungstechnik der IPT gesehen werden. Es geht mit anschaulichen Fallbeispielen auf den Behandlungsverlauf dieser Therapieform ein und unterstützt hilfreich die tägliche therapeutische Arbeit. ■



Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger,
 Andreas Maercker (Hrsg.)
Handbuch der Psychotraumatologie
 2011, Klett-Cotta
 776 Seiten, gebunden
 ISBN 978-3-608-94665-9
 89,95 €

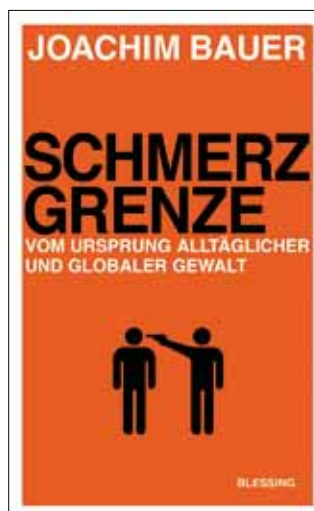
Rezensioniert von Michael Lingen

In ihrem Handbuch der Psychotraumatologie schlagen Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger und Andreas Maercker als Herausgeber einen weiten Bogen über den Bereich der Psychotraumatologie und zentraler Nachbar-disziplinen. Auf 776 Seiten und in 62 Kapiteln, die wiederum acht Themenbereichen zugeordnet sind, werden Grundwissen und aktuelle Forschungsergebnisse in kompakter Form präsentiert. Die einzelnen Texte sind inhaltlich noch einmal gut gegliedert und strukturiert, so dass die Suche nach einer

spezifischen Information schnell zum Ziel führt. Dabei werden Leser auch durch ein umfangreiches Register am Ende des Buches unterstützt. Die Autorinnen und Autoren der einzelnen Kapitel sind ausgewiesene Experten ihres Fachbereichs. Trotz einiger Kritikpunkte merkt man dem Buch an, dass hier der Anspruch besteht, eine komplexe Materie konzise und kompakt darzustellen. Von klinischen Standardwerken und Darstellungen therapeutischer Vorgehensweisen hebt sich das Werk vor allem durch die Thematisierung von Traumata in der Lebensspanne und von Traumatisierungen in gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten ab.

Bei der Fülle der behandelten Aspekte kommt manche Schilderung – z. B. das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinienverfahren – allerdings etwas zu kurz. Dies fällt vor allem im Ungleichgewicht zu der ausführlicheren Darstellung des Vorgehens bei EMDR und der Ego-State-Therapie in den unmittelbaren Nachbarkapiteln auf. Weiterhin schlägt sich der Anspruch der einzelnen Texte, für sich alleine verständlich zu sein, vor allem in den ersten Kapiteln des Buches in Redundanzen nieder. Ein einleitender Text oder ein Vorwort, in dem die Herausgeber in den Themenbereich einführen, hätte der Lesbarkeit des Werkes gut getan. Statt eines Vorworts findet sich eine Würdigung der Lebensleistung von Ulrich Venzlaff, eines Wegbereiters

der Psychotraumatologie im deutschen Sprachraum. Ohne eine Einleitung gerät der Einstieg jedoch etwas abrupt. Das macht es für Novizen und interessierte Laien möglicherweise auch schwierig, einen schnellen Zugang zu dem Buch zu finden. Ob das Standardwerk seinem Anspruch gerecht wird, gleichermaßen für die Praktiker, Wissenschaftler, Studierenden und Organisationen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, lesbar und hilfreich zu sein, bleibt fraglich. Je nach Vorwissen und Anspruch der Leser könnten die Texte entweder schon zu speziell oder noch zu allgemein sein. Allerdings ist dies möglicherweise auch ein unrealistischer Anspruch an ein Handbuch, da ein solches per Definition ja meist nur einen Ausschnitt eines Wissensbereichs in geordneter Zusammenstellung präsentiert. Und dies gelingt den Herausgebern des Handbuchs der Psychotraumatologie auf jeden Fall. ■



Joachim Bauer
Schmerzgrenze
 Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt
 2011, Karl Blessing Verlag
 18,95 €

Rezensiert von
 Paul Scherfer-Samide

Der Verzicht auf Gewalt in Konflikten ist ein Standardziel pädagogischer Institutionen vom Kindergarten bis zum Gymnasium. Die pädagogische Realisierung dieses Ziels stützt sich auf wissenschaftlich fundierte Konzepte wie z.B. der Ansatz, der unter dem Namen „Faustlos“ (Czierpka)¹ in Einrichtung

1 Schick, A. & Cierpka, M. (2004). „FAUSTLOS“ – Ein Gewaltpräventions-Curriculum für Grundschulen und Kindergärten. In W. Melzer & H.-D. Schwind (Hrsg.), Gewaltprävention in der Schule (S. 54–66). Baden-Baden: Nomos

gen verwendet wird. Gemeinsam ist solchen Konzepten die Überzeugung, dass durch gezielte Lernprozesse das Risiko von Gewalthandlungen gemindert werden kann. Diesen Überzeugungen stehen leider immer noch von zahlreichen Praktikern vertretene Auffassungen gegenüber, nach denen aggressives Verhalten triebhaft (Freud) oder instinktiv (Lorenzer) im Wesen des Menschen angelegt sei.

Vor über einem Jahr erschien das Buch „Schmerzgrenze“ von Joachim Bauer, in dem der Autor, ein Arzt, Neurobiologe und Psychotherapeut ein tröstendes, sehr humanes Bild menschlicher Aggressivität entwirft. Aggression des Menschen sei ursprünglich immer Reaktion. Wenn eine individuell gefühlte Grenze körperlicher oder seelischer Pein überschritten werde, empfinde der Mensch Ärger oder Zorn. Dies gelte es nun zu kommunizieren, um in Verhandlungen zu Vereinbarungen zu kommen, um so letztlich Gewalteskalationen abzuwenden. Schon bei kleinen Kindern sei zu beobachten, dass sie nach Einvernehmen und wechselseitiger Akzeptanz in ihrer sozialen Umgebung trachteten. Jeder von uns könne in eigener Erfahrung erspüren, wie wohltuend und entspannend es sich anfühle, in einem Klima wechselseitigen Respektes und gegenseitiger Anerkennung zu leben und zu arbeiten. Diese emotionale Beobachtung korrespondiere mit entsprechenden Messungen bei hormonellen, biophysikalischen so-

Psychohygiene für Psychotherapeuten

„Das Schwere leicht machen“

Workshop auf Lanzarote:
 Selbstfürsorge zur Prävention
 von Burn-Out und Erschöpfung

Egal ob Sie in Klinik, Beratungsstelle oder Praxis arbeiten – die ständige Beanspruchung und oft genug Überbeanspruchung durch unsere Arbeit ist groß. Um auf Dauer dieser Beanspruchung gewachsen zu sein, brauchen wir Ausgleich und eine gute Selbstfürsorge. Wenn Ihre Selbstfürsorge im Alltag allzu oft untergeht, können Sie sich vom **4. bis 8. Februar 2013** eine Woche Zeit auf **Lanzarote** nehmen, um dies zu ändern. Schwerpunkt des Workshops werden die Vermittlung und das Entdecken von hilfreichen, ressourcenorientierten Ideen, Ansätzen und Techniken sein, die Sie kennenlernen und ausprobieren können. Ziel ist es, dass Sie auf dem Rückflug eine auf Sie zugeschnittene und für Sie praktikable Möglichkeit der Selbstfürsorge im Koffer haben.

**Nähere Information und Anmeldung: Dipl. Psych. Rita Marzell, Telefon 0681-3904580
 ritamarzellsaar@t-online.de · www.praxis-marzell.info**

wie neuronalen Analysen. Umgekehrt sei der Zustand von Aggressivität von subjektivem Unwohlsein begleitet, was sich auch in physiologischen Abläufen dokumentiere.

Insofern sei Freuds Hypothese vom natürlichen Aggressionstrieb des Menschen vor wissenschaftlichen Untersuchungen nicht haltbar. Aggression sei vielmehr ein über Jahrtausende erprobtes Mittel, soziale Ausgrenzung zu vermeiden.

Anzunehmen sei, dass in der stammesgeschichtlichen Entwicklung der Hominiden das Streben nach Zugehörigkeit und wechselseitiger Akzeptanz das Überleben von Individuen und Sippen sicherte. Existenzielle Grunderfahrung der Sippen in prähistorischer Zeit war der Mangel von Nahrung und Lebenssicherheit. In diesen Zeiten seien die Vorfahren der heutigen Menschen primär Gejagte und nur sekundär Jäger gewesen. Individuelle Provokation wäre in dieser Epoche existenzgefährdend für den einzelnen wie für alle und hätte dann aggressive Ausgrenzung zur Folge gehabt. In dieser Jahrtausende währenden Prägungs- und Ausleseerfahrung finde sich die Wurzel dafür, dass die Menschen eine auf Kooperation und wechselseitige Empathie orientierte Spezies seien.

Bauer schließt weitere Analysen und hoch interessante Berichte über empirische Untersuchungen zur Entwicklung von Religion, Gesetz und Moral an. Der Bestsellerautor formuliert klar, fundiert und ohne jede Diffamierung. Seine Grundausrichtung ist von jener wohlthuenden politischen Korrektheit, die sich seit Ende des zweiten Weltkrieges durch die grundsätzlichen Verlautbarungen der Vereinten Nationen zieht:

Die Anerkennung der Würde jedes einzelnen Menschen, der Verzicht auf Gewalt bei der Aushandlung unterschiedlicher Interessen und das Streben nach Gerechtigkeit bei freier Entfaltung der Individuen.

Bauers Argumentation bestärkt den psychotherapeutisch und pädagogisch tätigen Praktiker in seinem Bemühen, durch die Bearbeitung frustrierender oder traumatisierender Erfahrungen oder durch Schulung der Empathie ihrer Patienten darauf hin zu wirken, Gewalteskalationen weniger wahrscheinlich zu machen. Das Buch wird allerdings die grundsätzliche Diskussion über die Frage, ob die menschliche Aggressivität ein unabwendbares Schicksal ist, angesichts des weltweit unvorstellbar gewaltigen Aggressionspotentials nicht beenden. Denn, wenn wir im Sinne Bauers davon ausgehen, dass aggressives Verhalten immer Reaktion auf gefühlte Benachteiligung und Ausgrenzung ist und durch positives Lernen veränderbar ist, dann ist die Verantwortung der Benachteiligten, der Ausgrenzten und der positive Lernprozesse Unterbindenden offensichtlich. Da liegt es für Letztere nah, sich über den Hinweis auf den „Naturtrieb zur Aggression“ zu entlasten. ■



Hans-Werner Bierhoff, Dieter Frey
**Sozialpsychologie
 Individuum und soziale Welt**
 Reihe: Bachelorstudium Psychologie –
 Band 8
 2011, Hogrefe
 320 Seiten
 ISBN 978-3-8017-2154-1
 29,95 €

Rezensiert von Ann Katrin Hellwich

Das 320 Seiten starke Herausgeberwerk ist der erste von zwei Bänden zum Thema Sozialpsychologie der Reihe „Bachelorstudium Psychologie“. *Individuum und soziale Welt* greift individuelle sozialpsychologische Phänomene auf, benennt klar und eindeutig die häufig englischsprachige Originalliteratur und -forschung und fügt auch aktuelle Forschungsergebnisse an. Inhaltlich werden die Themengebiete Selbst (z.B. Selbstwirksamkeit, Selbstkonzept), problematische Persönlichkeiten (Autoritarismus, Narzissmus, Soziale Dominanzorientierung), Konsistenztheorien, Kontrolle und Kontrollmotivation, interpersonale Attraktion (z.B. Mere Exposure Effect), physische

Attraktivität, soziale Wahrnehmung (z.B. Attributionstheorie), soziale Urteile und Rationalität bei Entscheidungen (z.B. sich selbsterfüllende Prophezeiungen), soziale Kognition (z.B. Priming, Mindfulness), Einstellungen und Verhalten, Stereotype und Vorurteile und zu guter Letzt Methodik in der Sozialpsychologie behandelt. Didaktisch ist das Buch wie ein klassisches Lehrbuch aufbereitet. So finden sich Marginalien und Zusammenfassungen, Prüfungsfragen am Ende der Kapitel, weiterführende Literaturangaben und ein ausführliches Glossar. Für Psychologen bietet das Werk Erinnerungen an das eigene Studium und neueste Forschungsergebnisse, für Ärzte mit Sicherheit wert- und sinnvolle Einblicke in sozialpsychologische Phänomene und Forschungsergebnisse. Bachelorstudenten der Psychologie werden die Hauptleser des Bandes sein und für diese gibt es einen gut strukturierten Überblick mit dem wesentlichen Prüfungswissen und ausführlichen Forschungsergebnissen und -methoden.

Leider ist anhand des Einbandes nicht erkennbar, dass es sich hier um den ersten Teil von insgesamt zweien handelt. Erst bei genauem Studium des Vorwortes wird ersichtlich, dass sich der erste Band mit individuumszentrierter und der zweite mit interaktioneller Sozialpsychologie beschäftigen. Wenn die zwei Bände im Buchhandel nicht nebeneinander im Regal stehen, entdeckt der interessierte Leser erst auf den zweiten Blick, dass das Feld der Sozialpsychologie noch viel umfangreicher als 320 Seiten ist. ■



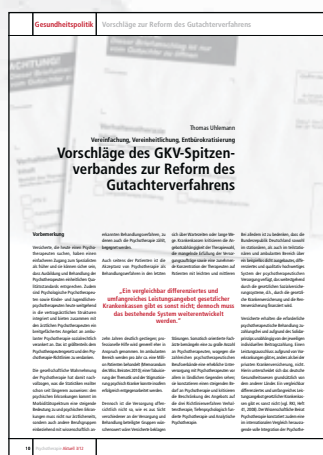
**Aktuelle
 Rezensionen-
 angebote**

Unsere aktuellen Rezensionen-
 angebote finden Sie im Internet
 unter www.dptv.de.

Leserbriefe

Zum Beitrag von Thomas Uhlemann
**Vereinfachung, Vereinheitlichung,
 Entbürokratisierung**
Vorschläge des GKV-Spitzenver-
bandes zur Reform des Gutachter-
verfahrens

In: Psychotherapie Aktuell 3.2012



Der Vorschlag von Dr. Uhlemann löste bei mir als Verhaltenstherapeutin heftigen Ärger aus: 15 Stunden KZT haben wir seit Jahren Gott-sei-Dank hinter uns gelassen; mit 15 Stunden kann man eventuell im wissenschaftlichen Setting (spez. Phobien) unter Ausblendung aller Lebensumstände etwas erreichen. In der ambulanten Therapie muss man die biographischen und aktuellen Lebensumstände einbeziehen, das allein führt schon zu einer längeren Therapiezeit. Mit 25 Stunden KZT nach der Pro-batorik kann man dagegen sehr viel erreichen, wenn der Patient motiviert mitarbeitet. Erfahrungsgemäß lockert sich die beklagte Symptomatik in der 15. bis 18. Therapiesitzung, bis zur 25. Stunde stabilisiert sich die Entwicklung. In meiner Praxis erreichen 97%

der Patienten ein Therapieergebnis, mit dem sie zufrieden sind, das sie dann ohne therapeutische Hilfe weiterverfolgen können. Zur Not kann ich dann immer noch mal die Abrechnungsziffer 23220*5 anbieten, was äußerst selten in Anspruch genommen wird.

Das Gutachterverfahren in seiner heutigen Form ist eine Farce. Wenn ich den Antrag regelgerecht selbst verfassen will, benötige ich alles in allem drei bis vier Stunden Arbeitszeit mit einer Stunde Abrechnungsmöglichkeit. Das kann und will ich mir nicht leisten. Ich könnte mir auch etwas schön Plausibles ausdenken, was dann für jeden Patienten etwas abgewandelt wird oder Textbausteine verwenden. So etwas will ich aber schon gar nicht. Das Gutachterverfahren in seiner heutigen Form kontrolliert nur die Darstellungsfähigkeit des Therapeuten; den konkreten Patienten lernt der Gutachter auf diese Weise nicht kennen.

Wenn wir zu Lasten der Krankenkasse nach einer langen und fundierten Ausbildung abrechnen dürfen, dann sollte man uns auch vertrauen, unsere Therapie in qualitativer und wirtschaftlicher Weise durchzuführen.

Für längere Therapiezeiten halte auch ich ein Antragsverfahren für sinnvoll, dies sollte aber kurz und bündig sein, die Meinung des Patienten gesondert erfassen und zeitnah entschieden werden. Nach Abschluss der Therapie sollte die Krankenkasse ohne Einbeziehung des Therapeuten den Patienten nach seiner Zufriedenheit mit der beendeten Therapie fragen.

Mit freundlichen Grüßen

Bettina Bode

Sehr geehrter Herr Dr. Uhlemann, mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel in der Psychotherapie Aktuell 3.2012 gelesen und möchte mich ausdrücklich für die Veröffentlichung Ihrer Überlegungen zum Gutachterverfahren bedanken. Vor allem die ausführliche Darstellung der Pros und Contras zum Gutachterverfahren (GAV) zeigt mir eindrucksvoll, dass die Krankenkassen durchaus inhaltlich erfassen, warum viele Psychotherapeuten das derzeitige Verfahren vor allem als bürokratische Gängelung und nicht als Chance begreifen können. Es wird nämlich mit dem GAV ein in der Psychotherapie geschätztes und in der Medizin stark kommendes Prinzip konterkariert: Evidenzbasierung(!). Das GAV, eher historisch als wissenschaftlich begründet, ist geradezu umzingelt von wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und gut ausgebildeten Therapeuten, wie zuletzt das Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung von Strauß u.a. zeigen konnte.

Daher begrüße ich auch den Schritt weg von der „Berichtsqualität“ hin zur Abbildung von Ergebnisqualität. Denn hier werden wir unsere tatsächliche Stärke zeigen: Behandlungseffektivität!

Nach Ihrem skizzierten Modell könnten wir meines Erachtens auch tatsächlich vereinfacht, vereinheitlicht und entbürokratisiert darstellen, wie effektiv unsere psychotherapeutischen Behandlungen sind; aber leider erst mal nur für 15 Sitzungen (KZT). Hierzu zeigen die Ergebnisse der bekannten Studie zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie der Techniker-Kran-

kenkasse durchaus Bedenkenswertes: nämlich eine ausgesprochen gute und ökonomische Behandlungseffektivität bei durchschnittlich etwa 40 Therapiesitzungen. Und jetzt kommt unser aller Dilemma: Entweder wir bekommen mit dem vorgeschlagenen Dokumentationsbogen unsere Behandlungseffektivität in 15 Sitzungen nicht mehr dargestellt (ein Umfang von 15 Sitzungen kann eben in der Regel kein ausreichendes Therapieergebnis sicherstellen) oder wir werden weitaus häufiger als bisher Berichte für ausreichende Behandlungsumfänge schreiben müssen. Und jetzt dürfen Sie die Trainingseffekte durch jahrelanges „Berichten“ nicht unterschätzen: wir werden schreiben! Macht bei 33%-Stichprobenregelung, wenn mich nicht alles täuscht, mindestens genauso viele Gutachten wie bisher...

Mein Plädoyer: DPTV-Modell mit echter Stichprobenregelung! Ausreichend, zweckmäßig, notwendig und sicher auch wirtschaftlich – vor allem bei Stichprobengrößen von maximal 10% geforderter Gutachten. Eine echte Chance für uns Psychotherapeuten sehe ich hierbei auch in der Verzahnung von psychometrischen Verfahren mit einem zielgerichteten, ressourcenschonenden, standardisierten und somit auf das pragmatisch Wichtige reduzierte Gutachterverfahren. Unser Berufsverband – die DPTV – arbeitet auch hier an einem Vorschlag.

Vielen Dank und herzliche Grüße
Dr. Enno E. Maaß

Adressen DPtV

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Fon 030 235009-0
Geschäftsführer Carsten Frege
Mo u. Fr 9.00–14.00 Uhr
Di, Mi, Do 9.00–15.00 Uhr
bgst@dptv.de

Bundesvorstand

Bundesvorsitzender
Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
DieterBest@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Gebhard Hentschel
Neubrückerstraße 60
48143 Münster
Fon 0251 4829061
GebhardHentschel@dptv.de

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
Fon 0241 4011539
BarbaraLubisch@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
Fon 07023 749147
SabineSchaefer@dptv.de

Hans-Jochen Weidhaas
Wellsring 43a
67098 Bad Dürkheim
Fon 06322 982107
Hans-JochenWeidhaas@dptv.de

Kooptiertes Vorstandsmitglied
Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
Fon 040 46776086
KerstinSude@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Michael Ruh (Vorsitzender),
Friedrich Gocht (Stellv. Vorsitzender)

**Ansprechpartner/Landesvorsitzende
in den Bundesländern****Baden-Württemberg**

Dr. Alessandro Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Fon 0791 94016973
Mo u. Mi 15.10–18.10 Uhr
Sa 8.00–11.00 Uhr
Gs-bw@dptv.de
DrAlessandroCavicchioli@dptv.de

Bayern

Rudolf Bittner
Klötzlmüllerstraße 14
84034 Landshut
Fon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin

Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
Fon 030 55153363
praxispartner@gmx.de

Geschäftsstelle Berlin

Winfried Jaksch
Ringstraße 52
12205 Berlin
Fon 030 88629478
mail@dvpberlin.de

Brandenburg

Hartmut Uhl
Benzstraße 8/9
14482 Potsdam
Fon 0331 7481478
HU0331@aol.com

Bremen

Dr. Hans Nadolny
Schwachhauser Ring 5
28213 Bremen
Fon 0421 490322
drhansnadolny@dptv.de

Hamburg

Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Fon 040 41912821
Heike.Peper@web.de

Hessen

Else Döring
Am Weißen Stein 11
60431 Frankfurt
Fon 069 515351
elsedoering@t-online.de

Geschäftsstelle Hessen

c/o Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
Fon 06451 718557
Mo.–Fr. 9.00–12.00 Uhr
dptv-hessen@t-online.de

Mecklenburg-Vorpommern

Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Fon 03881 79050
info@dptv-mv.de

Niedersachsen

Matthias Engelhardt
Peinerstraße 4
30519 Hannover
Fon 0511 869796
Di 10.00–14.00 Uhr, Do 13.30–17.30 Uhr
Fr 13.30–17.00 Uhr

**Nordrhein-Westfalen
Nordrhein**

Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
02244 874653
pichba@aol.com

Geschäftsstelle Nordrhein

Anne Patock
Benderstraße 76
40625 Düsseldorf
Fon 0211 9233064
Di 13.00–16.00 Uhr, Fr 9.00–13.00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe

Gebhard Hentschel
Neubrückerstraße 60
48143 Münster
Fon 0251 48449670
Mo. u. Mi. 9.00–12.00 Uhr
GS-Westfalen-Lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz

Peter Andreas Staub
Bahnhofstraße 65
67251 Freinsheim
Fon 06353 5080573
i.d.R. werktags 12.00–13.00 Uhr
peter.a.staub@dptv-rlp.de

Saarland

Bernhard Petersen
Bahnhofstraße 41
66111 Saarbrücken
Fon 0681 9385045
Bernhard.Petersen@t-online.de

Sachsen

Dr. Peter Schuster
Alaunstraße 71B
01099 Dresden
Fon 0351 3125005
schuster@dpap.de

Geschäftsstelle Sachsen

c/o Angela Gröber
Bahnhofstraße 6
01640 Coswig
Fon 03523 5363136
DPtV.Sachsen@gmx.de

Sachsen-Anhalt

Christiane Dittmann
Bahnhofstraße 32
39638 Gardelegen
Fon 03907 739369
christianedittmann@hotmail.com

Schleswig-Holstein

Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Fon 0431 731760
Praxis.borchers@kielnet.net

Thüringen

Christiane Rottmayer
Schöne Aussicht 12
98617 Meiningen
Fon 03693 9300045
Rottmayer-Meiningen@t-online.de

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Verlag und Herausgeber

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Fon 030 2350090 · Fax 030 23500944
E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Fon 07023 749147 · Fax 07023 749146
E-Mail SabineSchaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion

Regine Holtz
Dohlenstraße 36 · 46145 Oberhausen
Fon 0208 6282701 · Fax 0208 6282702
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
Sabine Hornig Fon 06221 91496-15
Lena Neusser Fon 06221 91496-17
Fax 06221 91496-20

Redaktionsbeirat

Dieter Best, Sabine Schäfer,
Carsten Frege, Mechthild Lahme,
Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlages unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Fotonachweis (Seiten)

fotolia.com (Titel/bearbeitet, 4, 11, 18, 24, 27, 29, 31, 33, 36, 39), BPTK (8, 9, 10)

Hinweise für Autoren

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

Satz

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

Druck

Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335

Praxisgemeinschaft

Berlin-Charlottenburg: Schöne renovierte helle Räume (12–40 qm, ruhig, da Hofseite) in kollegialer Praxisgemeinschaft ab sofort kostengünstig stunden- oder tageweise zu vermieten. Sanierter Altbau am Savignyplatz. Telefon 030 4642185 info@traumatherapie.de

Praxisgesuch

Hamburg: Halbe oder ganze TP/VT-Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht, klarer Kaufweg vorhanden. Zuschriften: TP-Praxis@gmx.de

TP-lerin möchte Praxis (halb oder ganz) in **Köln** kaufen. KV-Zulassung erwünscht. Telefon 0177 2664514

Psychol. Psychotherapeutin (VT, Ap-prob. 1999, für Erw. u. Jgdl.) sucht in **Osnabrück-Stadt** hälftigen Praxisan-teil zum Kauf. Telefon 0160 96095060

Praxisaustausch

Psychotherapiepraxis in **Köln** oder **Leverkusen** zu kaufen gesucht (KV-Zulassung oder Teilzulassung erwünscht). Gut eingeführte Psychotherapiepraxis im Rhein-Main-Gebiet (Nähe **Mainz/Wiesbaden**) abzugeben (KV-Zulassung vorhanden). Telefon 0163 6971250 E-Mail psychologie-rheinessen@it-wiesbaden.de

Praxisvermietung

Psychotherapieraum im **Osten Hamburgs** (ca. 20 qm, hell und ruhig, gute Verkehrsanbindung) in bestehender Praxengemeinschaft (VT, PT) ab März frei. Telefon 040 67582899

Stellenangebote

Hochfrequentierte Psychologi-sche Praxis für VT sucht ab sofort **Psychologische/n Psychotherapeut/ in** für Erwachsene und/oder Kinder/Jugendliche mit Approbation/Fachkunde-nachweis oder Arztregistereintrag. Dr. H.-J. Hartmann, Heinrichstr. 15, 36037 **Fulda**, Telefon 0661 76616

Liebe DPtV-Mitglieder,

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages



Verschiedenes

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

Ca. 50 Testverfahren aus Praxisbe-stand (neu oder neuwertig) sehr günstig zu verkaufen! (Darunter auch einige Raritäten) Liste anfordern unter E-Mail ebel.volker@gmail.com oder Fax 05921 5812 Psychotherapeutische Privatpraxis Volker Ebel, Nordhorn

Diplom-Psychologin bietet **Supervision bei VT-Antragsberichten** Telefon 02371 9650720 supervision-vt-berichte@web.de

Encounter: Wege zum erfüllten Leben. 29.05. – 02.06.2013 in Rothenberg bei Heidelberg.

Institut für Personzentrierte Psychologie Dr. Beate Hofmeister www.beate-hofmeister.de info@beate-hofmeister.de

Sie wollen Ihr Qualitätsmanagement-system (QMS) aufbauen, aktualisieren oder zertifizieren lassen? Sie möchten Ihre Praxisorganisation verbessern? Ich biete Ihnen hierzu individuelle Unter-stützung/Beratung an. Kompetent, flexibel, vertrauensvoll. Hinweis: Sie können über das Bundeswirtschaftsministerium einen Zuschuss in Höhe von 50% der Beratungskosten zum Aufbau Ihres QM beantragen. Bei der Antrags-stellung bin ich gerne behilflich. Clemens Thamm Fon 040 88128615 qms@clemens-thamm.de

Ressourcen und Resilienz gezielt stärken – mit TRUST-ID@-tools! Informationen unter: www.trustandgo.de

Anzeigenschluss für Heft 1.2013: 18.3.2013

Anzeigen

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

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

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

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Um-schlag an:

medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

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

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

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

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Inserentenverzeichnis

DKV AG, Köln Umschlagseite 4
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, BerlinSeite 25
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, MünsterSeite 17
medhochzwei Verlag, HeidelbergSeite 26, 35
Psychotherapeutische Praxis Rita Marzell, Saarbrücken.....Seite 41
Verlagsgruppe Beltz, Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim.....Seite 31
Wannsee-Akademie, BerlinSeite 29

Einer Teil- oder der Gesamtauflage ist eine Beilage folgender Institution beigelegt: AWP, Berlin

Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 19.4.2013.



2013

*Wir wünschen
unseren Leserinnen und Lesern
erholsame Feiertage
und ein gesundes neues Jahr.*



Schön, wenn alle gleich viel zahlen.
Schöner, wenn Sie jetzt noch sparen können.

Ab dem 21. 12. 2012 gibt es für Frauen und Männer einheitliche Versicherungsbeiträge. Jetzt informieren und Beitragsvorteile sichern.

Unisex-Vorteils-Check

Gestalten Sie als Psychotherapeut Ihre Gesundheitsvorsorge und die Ihrer Familie jetzt noch effektiver.

Die DKV bietet Ihnen Krankenversicherungsschutz mit einem Höchstmaß an Sicherheit und Leistung. Nutzen Sie die günstigen Konditionen dieses Gruppenversicherungsvertrages:

BEITRAGSNACHLÄSSE, ANNAHMEGARANTIE UND KEINE WARTEZEITEN.

Ja, ich interessiere mich für die DKV Gruppenversicherung für Psychotherapeuten. Bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten aus dieser Anfrage an einen für die DKV tätigen Vermittler zur Kontaktaufnahme übermittelt und zum Zwecke der Kontaktaufnahme von der DKV und dem für die DKV tätigen Vermittler erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Einfach ausschneiden und faxen: **02 21/5 78-21 15**

Oder per Post an: DKV AG, KVGUK, 50594 Köln

Telefon 02 21/5 78 45 85, www.dkv.com/psychotherapeuten, psychotherapeut@dkv.com

Name

Straße, PLZ, Ort

Geburtsdatum Telefon privat/beruflich

E-Mail

Unterschrift

angestellt

selbstständig



Ich vertrau der DKV

Der Gesundheitsversicherer der **ERGO**