



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

6. Jahrgang | Heft 3.2014



-  Berufspolitische Stärkung von Angestellten in der DPTV
-  Gegenüberstellung von Ausbildungsreformmodellen
-  Einsichtsrechte in Patientenunterlagen



Aktionstag für Honorargerechtigkeit am 25. September in Berlin



Honorargerechtigkeit: JETZT!

Wir sind geduldige Menschen. Ertragen lange vieles und sind bereit, uns über die Norm einzusetzen. Doch wenn es genug ist, müssen wir handeln.

Aus diesem Grund machten sich 1.500 Psychotherapeuten und Psychiater aus dem gesamten Bundesgebiet am 25. September 2014 auf den Weg nach Berlin, um mit einer lautstarken Demonstration auf unsere unerträgliche Honorarsituation aufmerksam zu machen. Diese beeindruckende Menschenmenge mit ihren orangefarbenen Protest-Shirts war unübersehbar. Über 5.000 Kolleginnen und Kollegen, die nicht nach Berlin kommen konnten, unterschrieben als Dokumentation ihres Unmutes die Forderungen an den Gesetzgeber. Gleiches Geld für gleiche Leistung!

Psychotherapeuten haben für vieles Verständnis, aber nicht für alles!

Psychotherapeuten erhalten mit 36 Euro pro Stunde gerade die Hälfte des Überschusses eines somatisch tätigen Arztes. Dieser Überschuss je Stunde wurde vom Zentralinstitut der KBV berechnet. Von diesem Stundenlohn müssen noch Krankenversicherung und Altersvorsorge wie auch der Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil bezahlt werden. Krankentage und Urlaubszeit werden ebenfalls von diesem Minimallohn bezahlt und letztendlich auch noch die Steuern.

Wir psychotherapeutisch Tätigen sind immer noch mit großem Abstand die Schlusslichter in der Einkommensskala aller Arztgruppen. Unsere Praxen erwirtschaften – bei gleichem Arbeitseinsatz – nur etwa die Hälfte der Überschüsse der

technikintensiven Praxen. Es gilt offensichtlich der Grundsatz: je näher am Patienten, desto schlechter bezahlt.

Wir Psychotherapeuten beanspruchen ein Stundenhonorar, das dem der anderen Arztgruppen entspricht, denn die Arbeitsleistung pro Stunde eines Psychotherapeuten oder Psychiater ist genauso wertvoll wie z.B. der somatischen Fachgruppen.

So müssten Psychotherapeuten ca. unrealistische 62 Arbeitsstunden pro Woche arbeiten, um zumindest die Entlohnung zu erreichen, die ein somatisch tätiger Arzt bei durchschnittlicher Arbeitsleistung erzielen kann.

Schluss damit. Das lassen wir Psychotherapeuten uns nicht mehr gefallen!

Seit 15 Jahren müssen wir auf eigene Kosten jahrelange Gerichtsprozesse führen, bis uns die Sozialgerichte Recht geben. Die so errungenen Nachzahlungen für einen gerechteren Lohn erreichen uns jedoch erst viele Jahre später. Dabei benötigen wir dieses Geld für unseren Praxisalltag.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) waren nicht in der Lage, für die gesetzlich verankerte gerechte Honorarverteilung zu sorgen.

Ziel der Demonstration war das Bundesministerium für Gesundheit. Mit einer Protestnote forderten wir das BMG und die Politik auf, endlich für eine gerechte Honorarverteilung zu sorgen.



Wir sind geduldig, doch jetzt sagen wir: Es reicht!

Das letzte Mal haben viele von uns 1996 für ein Psychotherapeutengesetz in der damaligen Bundeshauptstadt Bonn demonstriert, nachdem wir jahrzehntelang erfolglos eine gesetzliche Regelung für unseren Beruf gefordert hatten. Damals nahm die Politik unsere Botschaften auf, zum Wohle des Gesundheitswesens. Wir erwarten auch jetzt deren Unterstützung. Denn was wir fordern, kommt der Qualität unserer täglichen Arbeit im Gesundheitswesen zugute.

An dieser Stelle sei noch einmal allen Kolleginnen und Kollegen gedankt, die für diese Demonstration ihre Praxis geschlossen haben und nach Berlin angereist sind. Sie alle haben es möglich gemacht, dass wir so präsent sein konnten. Auch jenen gebührt unser Dank, die uns aus der Ferne unterstützten!

DANKE!

Sabine Schäfer

Sabine Schäfer
für den gesamten Bundesvorstand
der DPTV

KLINISCHE ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE CURRICULUM

Strategien zur betrieblichen
Prävention von Stressfolgen und
psychischen Störungen

Psychische Störungen stellen einen zunehmenden betrieblichen Kostenfaktor dar, weil sie mehr als alle anderen Erkrankungen mit Beeinträchtigungen der sozialen Rollen verbunden sind und damit die berufliche Leistungsfähigkeit behindern, selbst wenn sie sich nicht in Krankenschreibungen zeigen. Die Zunahme psychischer Störungen in der Arbeitswelt macht es erforderlich, auf betrieblicher Seite psychotherapeutische Kompetenzen in der Gesundheitsförderung einzusetzen und auf psychotherapeutischer Seite die professionellen Kompetenzen im Hinblick auf betriebliche Anforderungen zu erweitern. Psychotherapeuten sind bislang auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention noch selten tätig. Die spezifischen Kenntnisse der Psychotherapeuten über die vielfältigen Interventionsmöglichkeiten sind jedoch erforderlich, um psychische Erkrankungen rechtzeitig erkennen und auch präventiv behandeln zu können. Das Curriculum „Klinische Organisationspsychologie“ vermittelt approbierten PsychotherapeutInnen organisationspsychologisches Wissen, um für betriebliche und institutionelle Kontexte Beratungsleistungen erbringen zu können.

Ein neuer Kurs hat kürzlich begonnen und ist ausgebucht. Kontaktieren Sie uns unter campus@dptv.de für weitere Informationen. Gern nehmen wir Sie auf die Warteliste auf.

DPTV CAMPUS



Deutsche PsychotherapeutenVereinigung



ANGESTELLTE

- 6 **Cornelia Rabe-Messen, Stephanie Hild-Steimecke, Kerstin Sude**
Berufspolitische Stärkung von Angestellten in der DPtV

AUS-, FORT-, WEITERBILDUNG

- 15 **Jürgen Tripp, Walter Ströhm**
Ausbildungsreformmodelle. Eine Gegenüberstellung
- 24 **ver.di-Bundesfachkommission Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen**
Gemeinsam stark für gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen

AUS DER PRAXIS

- 26 **Sigrid Pape, Marie-Luise Langenbach**
Gruppentherapie-Netzwerk Hamburg. Ein Erfahrungsbericht
- 29 **Dieter Best**
Tipps zur Abrechnung
- 30 **Martina Klant**
Psychotherapie in Dar es Salaam. Arbeiten in einem tansanischen Krankenhaus

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

- 33 **Johanna Schröder**
Psychotherapeuten und psychologische Online-Interventionen. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Online-Umfrage unter Psychotherapeuten
- 37 **Cornelia Rabe-Messen**
Ergebnis der Kurzbefragung zum Thema „Online-Hilfsmittel für die Psychotherapie“ aus der Psychotherapie Aktuell 2.2014

RECHTS-, VERSICHERUNGS-, STEUERFRAGEN

- 40 **Einsichtsrechte in Patientenunterlagen**
Kathrin Nahmmacher
Ein Überblick zum Umgang mit Patientendaten im Praxisalltag
- Moina Beyer-Jupe**
Das Persönlichkeitsrecht des Therapeuten ist nicht irrelevant
- 48 **Wolfgang Elbrecht**
Das Versorgungswerk. Reicht die Altersversorgung der Psychotherapeutenkammer aus?
- 50 **Klaus-Günter Regener**
Der freie Mitarbeiter in der Psychotherapiepraxis. Frei oder nicht frei? Das ist hier die Frage

VERANSTALTUNGEN

- 53 **Veranstaltungskalender November 2014 bis Januar 2015**

REZENSIONEN

- 54 **Luise Schmidt**
Wiltrud Brächter (Hrsg.): Der singende Pantomime. Ego-State-Therapie und Telearbeit mit Kindern und Jugendlichen
- 54 **Andrea Zwingel**
Jeanette Bischkopf: Emotionsfokussierte Therapie. Grundlagen, Praxis, Wirksamkeit
- 55 **Christof T. Eschenröder**
Burkhard Hoellen (Hrsg.): Herzlich willkommen, Dr. Ellis. Eine Hommage zum 100. Geburtstag

VERBANDSINTERN

- 56 **Adressen DPtV Impressum**

ANZEIGEN

- 57 **Kleinanzeigen Stellenmarkt**



Cornelia Rabe-Menssen
Stephanie Hild-Steimecke
Kerstin Sude

Berufspolitische Stärkung von Angestellten in der DPtV

Im Hinblick auf die steigenden Zahlen angestellter Psychologischer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) in der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) wendet sich die DPtV dieser Zielgruppe stärker zu. Nunmehr seit 1,5 Jahren beschäftigt sich der noch junge DPtV-Ausschuss „Angestellte“ mit den Themen angestellter Mitglieder. Besetzt ist der Ausschuss mit „Jungen Psychotherapeuten“, die sich mit den zum Teil schwierigen Themen der Anstellung (prekäre Situation der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA), tariflicher Anpassungsbedarf von PP/KJP nach Approbation) bestens auskennen. Neben spezifischen Veranstaltungen innerhalb von DPtV Campus, insbesondere zum Arbeits- und Tarifrecht, bleibt unter dem Stichwort „Fachärztliche Gleichstellung“ auch nach der Bundestagswahl eine strukturell verbesserte und angemessene tarifliche Einbindung von PP/KJP in Angestelltenverhältnissen die bleibende Kernforderung für den Angestelltenbereich (vgl. Wald & Sude, 2014).

Doch sieht das auch die Mehrheit der angestellten Mitglieder im Verband, dass neben der anspruchsvollen Versorgung psychisch kranker Menschen auch ein Bedarf an finanzieller Anpassung und Absicherung für angestellte PP und KJP besteht? Und dass angestellte Psychotherapeuten (PP/KJP/PiA) nicht länger gegenüber Medizinern zu benachteiligen sind? Nicht zuletzt aus diesen Gründen wurde im Verband eine Online-Umfrage zur Situation der Angestellten auf den Weg gebracht. Fast parallel zur Online-Umfrage startete für eine bessere Vernetzung der angestellten Mitglieder auch die verbandseigene Angestellten-Mailingliste, in der wir auf die Umfrage aufmerksam machten. Der Trend bei den Angestellten scheint zur Teilzeittätigkeit zu gehen, wie sich zum Teil auch den regionalen Ergebnissen der Angestellten-Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer entnehmen ließ (vgl. BPtK, 2013). Möglicherweise gehen heute zudem mehr Neuapprobierte in die Anstellung als früher, da sich zum einen die Zahlen von Neuapprobierten in den letzten Jahren verdoppelten (Siegel, 2013), die Bedarfsplanung sich jedoch kaum veränderte. Gegebenenfalls hat dies auch mit einer zunehmenden Anzahl von Frauen im Berufsfeld PP/KJP zu tun. Würde unsere Online-Umfrage diese Ausgangslage bestätigen? Auch die Berichte aus der wöchentlichen Telefonsprechstunde für Angestellte sowie die Informationen aus den Bundesländern, die in den Ausschuss gelangten, zeigten im Vorwege arbeitsrechtliche und tarifliche Unzufriedenheit der angestellten Mitglieder auf. Mit der Umfrage sollte somit evaluiert werden, wie sich die Stärkung von Angestellten und MVZ-Tätigen weiter über unsere berufspolitischen Aktivitäten verbessern ließe. In diesem Zuge arbeitet der Ausschuss für Angestellte bereits an einer Musterklage zur angemessenen Höhergruppierung nach Approbation, dafür stehen den Mitgliedern bereits Handouts, u.a. zur Erfassung ihrer Tätigkeiten in der Klinik, zur Ver-

fügung (Sude, 2013). Ferner stellte der Verband 2013 die Ergebnisse der DPtV-Umfrage zur Berufszufriedenheit von PP und KJP vor (Rabe-Menssen & Hild-Steimecke, 2013; Hild-Steimecke & Rabe-Menssen, 2013), darunter die Antworten von etwa 370 angestellten DPtV-Mitgliedern. Und auch hier finden wir gute Hinweise, welche Themen eine Rolle für die Angestellten spielen. Darauf aufbauend wurde die eigene Befragung, speziell für angestellt tätige PP und KJP unter den Mitgliedern konzipiert, um genauere Informationen über deren berufliche Situation, beispielsweise den Ort der Anstellung (Ambulanz, Klinik, MVZ, etc.) wie auch die tarifliche Situation zu gewinnen sowie ihre speziellen Bedürfnisse und Wünsche an den Verband, um ihre berufspolitische Vertretung noch besser zu erfassen. Die Ergebnisse der Online-Umfrage werden im Folgenden dargestellt.

Methode

In die Umfrage einbezogen wurden alle DPtV-Mitglieder, deren Mail-Adresse der Bundesgeschäftsstelle vorlag und für den Kontakt per Info-Mail freigegeben war (fast 8.000 Mitglieder). Per E-Mail erfolgte eine Einladung an diese Mitglieder zur Teilnahme an der Online-Umfrage. Dieses Vorgehen war nötig, weil bislang in der Mitgliederdatenbank nicht von allen Mitgliedern die Information vorliegt, ob ein Mitglied in eigener Praxis niedergelassen oder angestellt tätig ist. Auf diese Weise erhielten auch die niedergelassenen Mitglieder die Einladung zur Umfrage – es konnte somit sichergestellt werden, dass alle angestellt Tätigen, deren E-Mail-Adresse dem Verband vorliegt, erreicht wurden.

Die Online-Umfrage wurde während des Befragungszeitraums von acht Wochen (November bis Dezember 2013) bearbeitet. Die Umfrage war freiwillig und anonym, aus den Antworten konnten keine Rückschlüsse auf die teilnehmende

Die 542 Umfrageteilnehmer ergeben damit eine Rücklaufquote von ca. 43%, d.h. sie repräsentieren ca. 43% aller Angestellten in der DPtV.

28% der Umfrageteilnehmer äußerten sich „zufrieden“ mit der Unterstützung von Angestellten durch die DPtV.

Person gezogen werden. Während des Befragungszeitraums wurde nach vier Wochen eine Erinnerungsmail versendet.

Die Fragen wurden von der DPtV in Kooperation mit dem Angestellten-Ausschuss des Verbandes entwickelt. Es wurden folgende Fragen gestellt: Art und Ort der angestellten Tätigkeit, tarifliche Eingruppierung, zeitlicher Umfang der Tätigkeit, Anteil der Arbeitszeit im direkten und indirekten Patientenkontakt, Zufriedenheit mit dem bisherigen Engagement der DPtV für angestellte Mitglieder, Vorschläge zur besseren Unterstützung von MVZ-Tätigen durch die DPtV und Forderungen an die Gesundheitspolitik. Persönliche Einstellungen wurden über vierstufige Likert-skalierte Items erfragt. Zur inhaltlichen Validierung des Fragebogens wurde im Vorwege ein Pretest mit 40 Teilnehmern durchgeführt, anhand deren Rückmeldungen die Fragen überarbeitet wurden.

Quantitative Auswertung

Für die statistische Auswertung der Items wurden Standards der Auswertungsfunktionen des genutzten Online-Umfrage-Portals genutzt.

Für detailliertere Berechnungen von Zusammenhängen und Unterschieden wurden die Daten in das Statistikprogramm SPSS exportiert und dort weiter analysiert. Die Auswertung der Daten erfolgte durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der Bundesgeschäftsstelle der DPtV.

Es wurden nicht alle Fragen von den TeilnehmerInnen beantwortet. Die fehlenden Angaben („missing values“) variierten bei den einzelnen Fragen stark. Die berechneten Prozentangaben richten sich immer auf die Gesamtteilnehmerzahl von n = 542 (es sei denn, es ist explizit eine andere Teilnehmerzahl angegeben), d.h. der jeweils zu einer Summe von 100% fehlende Anteil stellt die Gruppe der missing values dar.

Qualitative Auswertung

Bei einigen Fragestellungen war es möglich, offen, ohne Kategorienzuordnung zu antworten (z.B. bei der Frage „Welche Forderungen haben Sie in Bezug auf Angestellte an die Gesundheitspolitik?“). Um bei den offenen Antworten möglichst wenige Informationen zu verlieren und die Auswertung möglichst antwortnah zu gestalten, wurde ein induktives Auswertungsverfahren verwendet. Das heißt, es wurde zur Auswertung zunächst kein festes Kategoriensystem verwendet, die Kategorien wurden anhand der jeweiligen Antworten gebildet. In Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wurden die Antworten der TeilnehmerInnen in sinnvoll erscheinende Kategorien unterteilt (z.B. „Vergütung“ oder „Bessere Arbeitsbedingungen“). Wenn die Antwort eines Umfrageteilnehmers bzw. einer Umfrageteilnehmerin mehrere Themen umfasste, wurden die Antwortteile den jeweiligen Themengebieten untergeordnet. Um herauszufiltern, welche Anregungen und spezifischen Angestelltenthememen den Mitgliedern von besonderer Wichtigkeit sind, wurden die Antworten über die Häufigkeit der

Nennungen der einzelnen Themen quantifiziert.

Ergebnisse

Von den angeschriebenen Mitgliedern öffneten 828 Mitglieder den Fragebogen – von diesen beantworteten 542 Befragte mindestens eine Frage in der Online-Umfrage. Diese 542 wurden als Grundgesamtheit der Antwortenden gewählt. Der Anteil an angestellten tätigen DPtV-Mitgliedern liegt zurzeit bei etwa 13%. Die 542 Umfrageteilnehmer ergeben damit – bei Zugrundelegung der 13% – eine Rücklaufquote von ca. 43%, d.h. sie repräsentieren ca. 43% aller Angestellten in der DPtV.

Bundesländer

An der Umfrage nahmen angestellte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen unterschiedlicher Fachrichtungen aus allen Bundesländern teil und auch einige PiA. Am höchsten war die Beteiligung in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Bayern, sie machten gemeinsam ein Drittel aller Antworten aus (siehe Abbildung 1). Es folgten Baden-Württemberg, Berlin und Niedersachsen.

Tätigkeitsfelder

Um einen Überblick über die Arbeitsgebiete und Arbeitsinhalte der Befragten zu erhalten, wurden Fragen nach Art bzw. Ort der Anstellung sowie nach Arbeitsverträgen und tariflicher Eingruppierung gestellt. Bei den BefragungsteilnehmerInnen (bei dieser Frage n = 526) stellten sich die Tätigkeitsbereiche wie folgt dar: 19% gaben als Tätigkeitsort eine Psychiatrische Klinik (Erwachsene) an, 15% eine Psychotherapeutische Praxis (Erwachsene), 12% eine Psychosomatische Klinik, 8% eine Beratungsstelle, je 6% eine Psychotherapeutische KJP-Praxis bzw. eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, je 5% Forschungsbereiche einer Universitätsklinik bzw. eine

Anzahl der Umfrageteilnehmer nach Bundesland

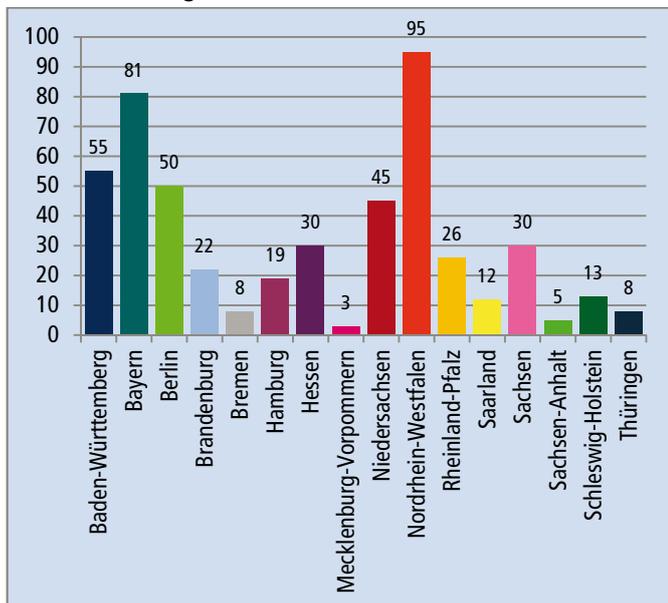


Abbildung 1

Sonstige Rehaklinik und je 4% ein Psychologisches Universitätsinstitut (Forschung und Klinik) bzw. ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ); (siehe auch Abbildung 2). Weitere Antwortmöglichkeiten waren die Arbeit in einer Suchtklinik (2%) und in einer Einrichtung des Gesundheitsschutzes (z.B. Gesundheitsamt: 1%). Keine(r) der Befragten gab an, in einer Verwaltungseinrichtung (z.B. Kammer, KV, Versicherung) zu arbeiten.

Von den 45 Kolleginnen und Kollegen, die angaben, in einer Beratungsstelle zu arbeiten, benannten 43 Personen ihre Arbeitsbereiche konkreter: 32% der Antwortenden arbeiten hiernach im Bereich „Familie-, Ehe-, Kinder- und Jugendberatung“, 16% in der Schul- und Studienberatung, 12% in der Suchtberatung und je 9% in der Trauma- und Flüchtlingsberatung oder in einer Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPZ). Alle übrigen in den Antworten genannten Beratungsstellen ließen sich keiner der vorgegebenen Kategorien zuordnen.

21% aller BefragungsteilnehmerInnen wählten keine der oben genannten vorgegebenen Antwortkategorien, sondern nutzten die offene Antwortoption. Die hier am häufigsten genannten Tätigkeitsfelder waren die Arbeit in Praxen (n = 21), die sich oben nicht zuweisen ließen (z.B. Sozialpsychiatrische Praxen oder Arztpraxen), in Ausbildungsambulanzen als PiA (12 Personen), in Krankenhäusern (10), in Bildungseinrichtungen (8), in Jugendhilfeeinrichtungen (8), in Kinderkliniken (7), in der Forensik oder im Maßregelvollzug (7) oder in Sozialpädiatrischen Zentren (6). Insgesamt fielen 19 Antworten in die Kategorie „Sonstiges“, 13 Antworten waren nicht auswertbar.

Zeitlicher Umfang und Inhalte der Tätigkeit

Um ein besseres Bild von dem zeitlichen Umfang und der Art der psychotherapeutischen Tätigkeit an-

gestellter PP und KJP zu erhalten, wurde erfragt, wie viele Stunden (dies analog einer psychotherapeutischen Sitzung in 50 Minuten Einheiten aufgeteilt) durchschnittlich pro Woche dem direkten bzw. dem indirekten Patientenkontakt gewidmet werden. Als direkter Patientenkontakt wurden in der Frage beispielhaft Aufnahmegespräche, Anamnesen, Einzel- und Gruppentherapien aufgeführt, als indirekter Patientenkontakt: Angehörigengespräche, Berichte und Teamsitzungen. 28% der Umfrageteilnehmer (n = 470) geben eine Vollzeitbeschäftigung an, 69% eine Teilzeittätigkeit und 2% eine geringfügige Beschäftigung.

Vollzeit

Bezüglich der direkten Patientenkontakte äußerten sich n = 132 Vollzeitarbeitende. Von diesen wurden am häufigsten (41% dieser Stichprobe) 15 bis 20 mal 50 Minuten-Einheiten im direkten Patientenkontakt genannt, gefolgt von 25 bis 30 Einheiten (33%) und 5 bis 10 Einheiten (14%). Nur etwa 11% der Antwortenden dieser Frage gaben an, 35 oder mehr Einheiten im direkten Patientenkontakt zu arbeiten. Eine detaillierte Visualisierung der Ergebnisse zum direkten Patientenkontakt ist in Abbildung 3 zu finden.

Bezüglich der indirekten Patientenkontakte äußerten sich n = 120 Vollzeittätige, von diesen gab etwa die Hälfte (51%) an, 25% ihrer Arbeitszeit mit indirektem Patientenkontakt zu verbringen, 35% etwa 50% ihrer Arbeitszeit und 11% ca. 75% ihrer Arbeitszeit, nur ungefähr 2% verbringen mehr als 75% ihrer Arbeitszeit mit indirekten Kontakten (siehe Abbildung 4).

Teilzeit

Dieselben Angaben wurden auch für die Gruppe der Teilzeitarbeitenden berechnet. Hier zeigte sich, dass die UmfrageteilnehmerInnen, die auf diese Frage geantwortet haben (n = 298), am häufigsten (62%) 10 bis 15 Einheiten à 50 Minuten in direktem Patientenkon-

takt arbeiten, gefolgt von 26%, die am häufigsten 20 bis 25 Einheiten und 8%, die nur bis zu 5 mal 50 Minuten Einheiten arbeiten (siehe Abbildung 5). Nur etwa 1% arbeitet trotz Teilzeitstelle 35 Einheiten im direkten Patientenkontakt, al-

Tätigkeitsbereiche der Umfrageteilnehmer

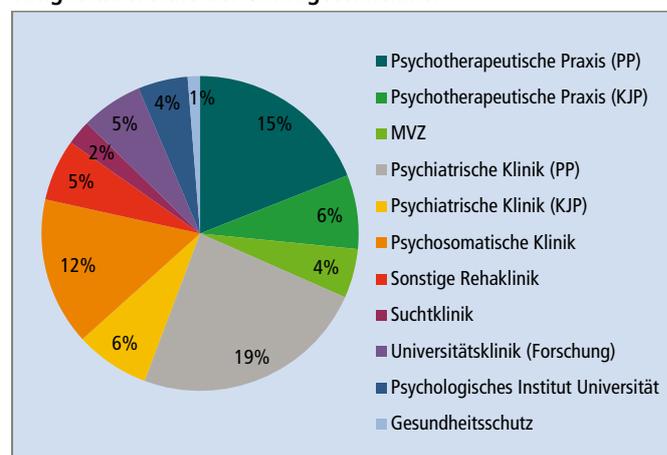


Abbildung 2

Arbeitseinheiten in direktem Patientenkontakt (Vollzeit)

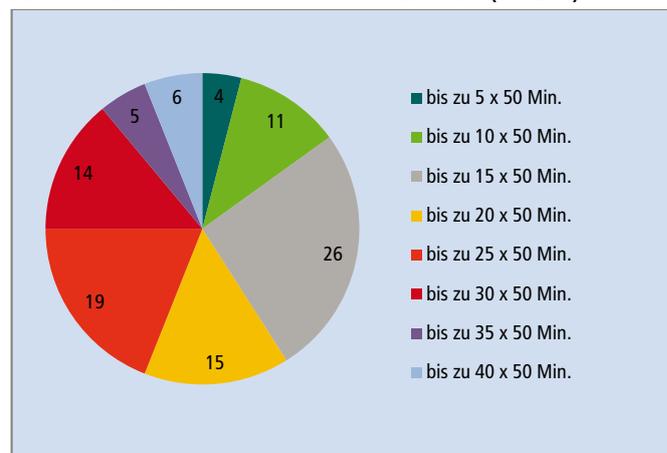


Abbildung 3

Arbeitszeit in indirektem Patientenkontakt (Vollzeit)

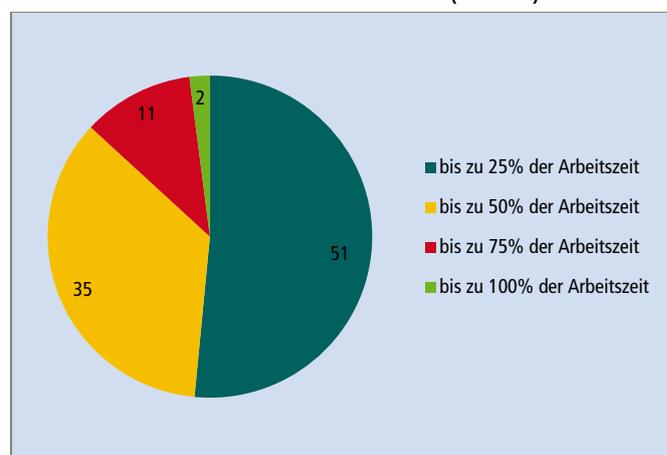


Abbildung 4

lerdings gab niemand an, mehr als 35 Einheiten im direkten Kontakt zu sein. Interessant ist dies auch im Vergleich zum bürokratischen Aufwand in der ambulanten Tätigkeit von PP/KJP. Neben Erstgesprächen/therapeutischen Kontakten in der Klinik scheint es einen mindestens ebenso hohen wöchentlichen Verwaltungsaufwand zu geben (bezüglich Qualitätssicherung, Berichterstellung, Fallbesprechungen u.a.), wenn auf einer Vollzeitstelle ca. 15 bis 20 mal 50 Minuten-Einheiten und auf einer Teilzeitstelle ca. 10 bis 15 mal 50 Minuten-Einheiten erbracht werden.

Bezüglich des indirekten Patientenkontakts äußerten sich n = 296 Befragte. Von diesen gab die Hälfte an, 25% ihrer Arbeitszeit im indirekten Patientenkontakt zu

arbeiten, 37% bis zu 50% ihrer Arbeitszeit, 10% bis zu 75% und 2% mehr als 75% der Arbeitszeit (siehe Abbildung 6).

Von den 9% der UmfrageteilnehmerInnen (n = 49), die offene Angaben machten, gaben 2% an, gar keinen direkten Patientenkontakt zu haben. Des Weiteren wurde von einzelnen Befragten angegeben, zusätzlich noch andere Tätigkeiten zu verrichten, z.B. Diagnostik oder Beratung oder freiberufliche Tätigkeiten. Für einige Teilnehmer passten die Therapieeinheitsvorgaben nicht, da die Gespräche oft keine vorgegebene Dauer hätten, bei vielen seien die Gespräche z.B. nur 20 bis 30 Minuten lang.

Vergütung und tarifliche Eingruppierung

Bekanntlich werden viele PP und KJP gerade in Kliniken vertraglich bzw. tariflich nicht entsprechend ihrer langjährigen, zur Approbation führenden Weiterbildung eingeordnet, sondern auf Basis ihres Grundberufes (meist Dipl.-Psych.) eingestellt und tariflich eingruppiert (Wald & Sude, 2014). Aus diesem Grund wurde danach gefragt, entsprechend welcher beruflichen Ausbildung und Qualifikation, d.h. „als was“ die Befragten laut Arbeitsvertrag eingestellt und wie sie tariflich eingruppiert wurden (n = 630 durch Mehrfachantworten). 56% der TeilnehmerInnen gaben an, laut Arbeitsvertrag als Diplom-Psychologin/Diplom-Psychologe angestellt zu sein, 22% als PP, 13% als PiA, 6% als KJP, 4% als (stellvertretende) Leitung und 3% als Diplom-Pädagoge bzw. Diplom-Pädagogin. Von den Teilnehmenden gaben 10% freie Antworten, die sich in den vorgegebenen Kategorien nicht einordnen ließen. So gaben 10 Personen an, als Sozialpädagogin/Sozialpädagoge angestellt zu sein, 8 Personen als wissenschaftliche/r MitarbeiterIn und 5 als Master of Science der Psychologie. Weitere vereinzelte Angaben stammten z.B. von Psychologen und Psychologinnen ver-

schiedener Spezialisierungen (z.B. Neuropsychologe oder Klinischer Psychologe), SicherstellungsassistentInnen oder Personen, die als Therapeuten, nicht aber als Psychotherapeuten angestellt wurden (z.B. MusiktherapeutIn).

Bezüglich der tariflichen Eingruppierung wurden 203 verwertbare Aussagen getroffen, dies entspricht einer Rate von etwa 38% der insgesamt teilnehmenden Angestellten. Etwa 23% aller Befragten gaben an, tariflich gemäß ihres Grundberufes (z.B. Dipl.-Psych. oder Dipl.-Päd.) vergütet zu werden, nur 5% gaben an, tariflich höher als entsprechend ihres Grundberufes vergütet zu werden und 10% gaben an, tariflich niedriger als anhand ihres Grundberufes vergütet zu werden.

19 Personen (4%) gaben an, dass ihr Gehalt sich nach keinem Tarifvertrag richte, hiervon berichteten 14 Personen eine untertarifliche Bezahlung. 6 Personen arbeiten zudem nur auf Honorarbasis oder nach dem Prinzip der Gewinnbeteiligung (z.B. in einem MVZ). 21 Personen gaben an, als PiA (z.B. Dipl.-Psych.) nur mit einem Praktikantengehalt eingestellt worden zu sein. Alle übrigen TeilnehmerInnen machten keine Angaben. Die mit Abstand am häufigsten angegebene tarifliche Eingruppierung angestellter Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erfolgte mit 12,5% in die Entgeltstufe 13 (z.B. TV-L oder TVÖD), die Gehaltsunterschiede zwischen den verschiedenen, ähnlichen Tarifen des öffentlichen Dienstes innerhalb dieser Entgeltgruppe sind meist nur marginal, sie liegen bislang unterhalb von Facharztтарifen. Die Gewerkschaft ver.di wie auch der Angestelltenausschuss der DPTV fordern deshalb seit längerem eine Eingruppierung auf Facharztniveau, diese Einschätzung teilt auch die Bundespsychotherapeutenkammer (vgl. BPTK, 2014). Begrifflich ist die Facharztgleichstellung zwar nicht juristisch definiert, jedoch gibt es seit langem diesbezüglich ein

Arbeitseinheiten in direktem Patientenkontakt (Teilzeit)

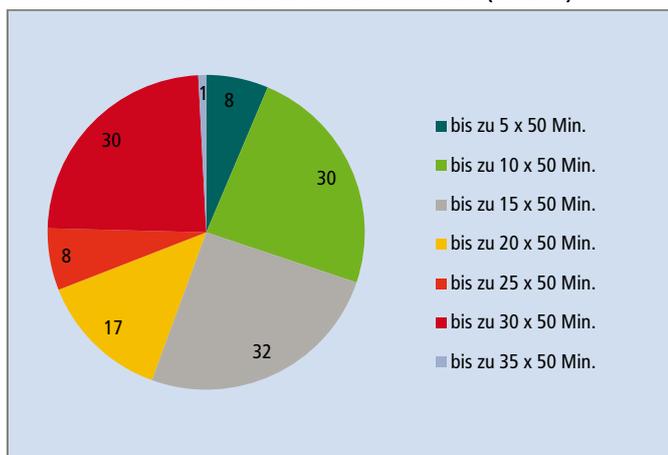


Abbildung 5

Arbeitszeit in indirektem Patientenkontakt (Teilzeit)

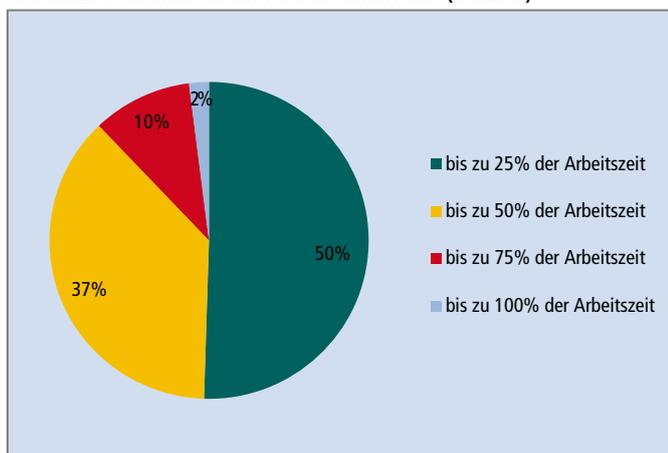


Abbildung 6

professionelles Selbstverständnis von PP/KJP, was nach langjähriger und gleichwertiger Qualifikation angemessen wäre. Unsere Forderung, Fachärzten nicht nur tariflich gleichgestellt zu werden, hat jedoch auch strukturelle Dimensionen, die in großen Teilen mit einer zukünftigen basalen Direktausbildung und deren Implikationen zu lösen wären (Lubisch, 2012; Schweiger, 2013; Tripp, 2013). Beispielsweise sieht Rautschka-Rücker die Gleichstellung auch nur im ambulanten Sektor im Wesentlichen erreicht, hier spiele jedoch auch noch die berechnete Forderung nach Befugnisweiterungen, z.B. hinsichtlich Krankschreibung, Krankenhauseinweisung oder Überweisung eine wichtige Rolle (Rautschka-Rücker, 2013).

Bei der Auswertung der Angaben zum Bruttoeinkommen (n = 442) wurden die UmfrageteilnehmerInnen anhand ihres Tätigkeitsumfangs unterteilt. Das Drittel der Vollzeit-Tätigen weist ein Bruttoeinkommen mit einem Median von 3.001 bis 3.800 Euro auf, d.h. in der Gruppe der Vollzeit-tätigen liegt das Bruttoeinkommen bei der Hälfte der Personen unter diesem Gehaltsbereich und der anderen Hälfte darüber. Die zwei Drittel in Teilzeit Angestellten erhalten ein Bruttoeinkommen mit einem Median von 2.000 bis 3.000 Euro. Der verschwindend geringe Anteil von 2% geringfügig Beschäftigten erhält ein Bruttoeinkommen mit einem Median von unter 1.000 Euro. Damit liegen alle Befragten trotz langjähriger postgradualer Ausbildung und Zusatzqualifikation deutlich unter üblichen fachärztlichen Tarifen (z.B. Marburger Bund).

Zufriedenheit mit und Ergänzungsvorschläge für den Angestellten-Support der DPtV

Wie zu Beginn dargestellt wurde, ist die gezielte Unterstützung der angestellt tätigen PP, KJP und PiA in der DPtV in den letzten Jahren stärker ausgebaut worden, und sie

soll weiter kontinuierlich verbessert werden. Aus diesem Grund wurden auch Fragen zur Zufriedenheit mit dem bisherigen Support und zu konkreten Wünschen an weiteres Engagement der DPtV gestellt. Hierzu äußerten sich n = 242 Befragte.

28% der UmfrageteilnehmerInnen äußerten sich „zufrieden“ mit der Unterstützung von Angestellten durch die DPtV, weitere 4% „sehr zufrieden“ (siehe Abbildung 7). Immerhin 10% sind jedoch „unzufrieden“, 3% seien „sehr unzufrieden“. 55% der gesamten Umfrageteilnehmer machten hier keine Angaben zu ihrer Zufriedenheit.

Der bisherige Support der DPtV für Angestellte umfasst Beratung, eine wöchentliche Telefonsprechstunde, Fortbildungen im Rahmen von DPtV Campus und Materialien zum Download. Um herauszufinden, welche Angebote für Angestellte außerdem interessant sein könnten, wurde gefragt, welche Ergänzungen gewünscht werden oder wo sich die DPtV noch mehr engagieren sollte (eine Mehrfachnennung war möglich, daher Summe über 100%). Eine überragende Mehrheit von 72% der Befragten wünschte verstärktes Engagement zur Verbesserung der finanziellen Situation von Angestellten (z.B. Tarifverträge), 62% Einsatz für die Stellung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Kliniken (z.B. Leitungsfunktionen), 38% wünschten stärkeren Einsatz für eine Erweiterung der Befugnisse (z.B. Krank- und AU-Schreibungen), 18% für die Erlaubnis zur Verschreibung von Medikamenten, und 30% wünschten sich spezielle rechtliche Beratung. 10% der UmfrageteilnehmerInnen äußerten ergänzend Wünsche, die sich den oben genannten Kategorien nicht zuordnen ließen. So wünschten sich 17 Befragte eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen der PiA, z.B. im Rahmen der aktuell diskutierten Ausbildungsreform und durch angemessene Bezahlung der praktischen Tätigkeit (s.o.). Weiter wünschten sich 8 Teilnehmer noch

mehr Lobbyarbeit zur Stärkung der Position der Psychotherapeuten gegenüber anderen Berufsgruppen – insbesondere gegenüber den ärztlichen Kollegen. In diesem Kontext wurden von einigen Kollegen konkretere Definitionen der Tätigkeitsprofile von Psychotherapeuten in Abgrenzung zum Grundberuf gefordert, die auch im Kontext von Gehaltsforderungen hilfreich sein könnten. Im Kontext der Befugnisweiterung wurde von einigen Befragten angesprochen, dass z.B. mehr Beteiligung bei Reha-Anträgen oder eine größere Bandbreite an Behandlungsmöglichkeiten gewünscht werde. Weitere genannte Themen umfassten die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen der KJP, die mangelhafte Versorgungslage und die Einrichtung von Anlaufstellen z.B. für Mobbingfälle, Frauenrechte und ähnliches.

Nur ein Fünftel der Befragten gab an – entsprechend ihrer Qualifizierung – als approbierte Psychotherapeuten angestellt zu sein.

Unterstützung von MVZ-Tätigen

Aufgrund der zunehmenden Zahl von in MVZ angestellten PP und KJP interessierte in dieser Umfrage auch, wie nach Meinung der DPtV-Mitglieder Angestellte in diesem Arbeitsfeld besser unterstützt werden können. Um hier alle Denkrich-tungen und Ideen der Mitglieder zu erfassen, wurde die Frage offen formuliert.

Zufriedenheit mit der Unterstützung der Angestellten in der DPtV

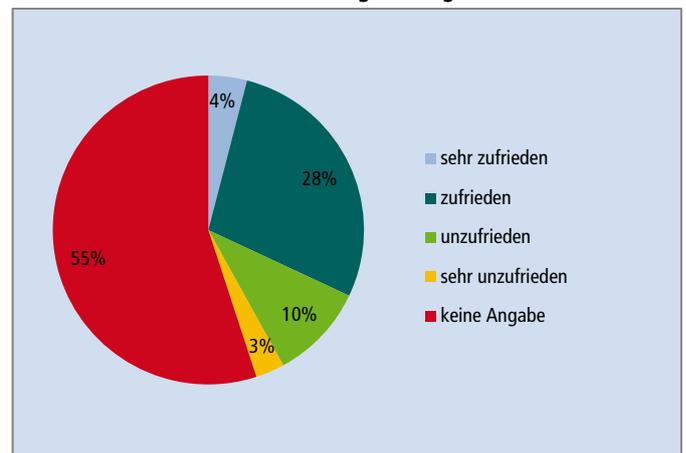


Abbildung 7

Am wichtigsten war den Antwortenden eine angemessene bzw. bessere Bezahlung gestärkt durch den Wunsch nach Tarifverträgen.

Obwohl nur 4% der UmfrageteilnehmerInnen selbst in einem MVZ tätig sind, äußerten sich zu diesem Thema immerhin 27% der Befragten (n = 146). Die Antworten ähnelten den Ergebnissen der vorherigen Fragen. Am wichtigsten war den Antwortenden eine angemessene bzw. bessere Bezahlung (18% der Antworten zu dieser Frage), gestärkt durch den Wunsch nach Tarifverträgen (9%). Weiter wurde das Bedürfnis nach Beratung und Information (z.B. rechtlich oder zielgruppenspezifisch; 11%), nach stärkerer Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit (6%) und nach mehr Austausch und Vernetzung (3%) geäußert. Stark diskutiert wurden in den Beiträgen auch das unzureichende Versorgungssystem und die Sorgen um potentielle Abschaffung von Praxissitzen. Auch die mangelnde Gleichberechtigung und Gleichstellung mit ärztlichen Kollegen wurde erneut kritisch erwähnt. 4 Teilnehmer verbanden mit MVZs „Ausbeutung“, u.a. aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und der unbezahlten Tätigkeit von PiA, „die einen Großteil der therapeutischen Arbeit leisteten“. Etwa ein Viertel der Befragten (27%) äußerte, nicht zu wissen, wie den MVZ-Tätigen zu helfen sei, sie waren mit der Frage überfordert oder wussten nicht, was ein MVZ ist und leistet.

Forderungen an die Gesundheitspolitik

Die letzte Frage explorierte Forderungen der angestellten DPTV-Mitglieder an die Gesundheitspolitik. Für diese Frage stand ein offenes Antwortformat zur Verfügung. Die Antwortrate für diese Frage betrug 39% bezogen auf alle UmfrageteilnehmerInnen (n = 212). Ungültige Angaben wurden von etwa 5% der Antwortenden gemacht. Es konnten 15 verwertbare Kategorien aus der Beantwortung herausgearbeitet werden (siehe Abbildung 8).

Vergütung

Am häufigsten wurde der Wunsch nach besserer Vergütung geäußert (29% der Antworten zu dieser Frage), in einigen Fällen war dies an den Wunsch nach mehr grundsätzlicher Anerkennung des Berufs gekoppelt. Weitere 17% der Antworten befassten sich auch mit der Vergütung, hier wurden allerdings explizit verbindliche Tarifverträge gefordert, z.B. mit einer Mindesteinstufung von approbierten Psychotherapeuten in der Entgeltstufe 14.

Image und Anerkennung

Am zweithäufigsten (19%) wurde der Wunsch nach allgemeiner Gleichstellung der Psychotherapeuten mit (Fach-)Ärzten geäußert. Angesprochen wurde der Wunsch, die gleichen Kompetenzbereiche wie Ärzte abdecken zu dürfen, z.B. in Bezug auf Leitungsfunktionen oder Befugnisse. Der explizite Wunsch nach Befugnisserweiterung (Aufhebung von Kompetenzeinschränkungen, Entscheidungsbefugnisse) wurde in etwa 6% der Antworten geäußert. In weiteren 3% wurde der Wunsch nach besseren Aufstiegschancen und der Möglichkeit, in Kliniken Leitungsfunktionen zu besetzen, laut. Um solche Ziele erreichen zu können, wurde mehr Lobbyarbeit und Öffentlichkeitsarbeit gewünscht (5% der Antworten). Insgesamt beschäftigten sich 4% der Antworten mit dem Wunsch, in der Gesundheitspolitik mehr Wertschätzung für nicht-

ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu erhalten. Es wurde hervorgehoben, dass die Leistung von PP und KJP in Kliniken sichtbarer sein sollte. Eine „rechtliche Klärung der Stellung von PP und KJP“ wurde in weiteren 4% Antworten gewünscht: Hier standen klare Rahmenbedingungen innerhalb der Institutionen besonders im Vordergrund der Beiträge.

Versorgung und Arbeitsbedingungen

Der Wunsch nach einer „realistischen Bedarfsplanung“ und damit einhergehend nach einer Steigerung der Arbeitsstellen für Psychotherapeuten, z.B. im stationären Bereich, wurde von 10% der Beiträge thematisiert. Weitere Forderungen in diesem Kontext waren eine bessere Verzahnung von stationären und ambulanten Angeboten, die öffentliche Förderung niedrigschwelliger Angebote, aber auch die Schaffung von mehr Kassensitzen, da eine frühzeitige ambulante Behandlung einen stationären Aufenthalt verhindern könne.

Bessere Arbeitsbedingungen wurden von 6% der Antwortenden gewünscht. Thematisiert wurden hier z.B. weniger Leistungsdruck und realistische Arbeitsbelastung pro Kopf, mehr bzw. bessere Supervision und besseres Stress- und Gesundheitsmanagement. In 4% der Antworten wurden zudem ein Bürokratieabbau und mehr Zeit für direkte Patientenkontakte gewünscht.

Aus- und Fortbildung

Auch die Situation der PiA wurde hier erneut angesprochen. So wurden in 8% der Antworten bessere Ausbildungsbedingungen mit adäquater Bezahlung und Wertschätzung thematisiert, z.B. über entsprechende Tarifverträge. Eine bessere Förderung von Fort- und Weiterbildungen und auch bessere Supervision kam in 4% der Beiträge zur Sprache.

Themengebiete bei den Forderungen an die Gesundheitspolitik

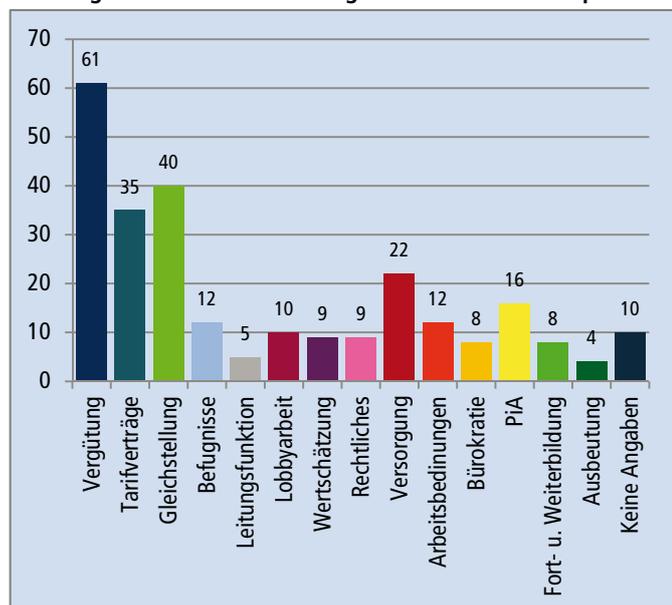


Abbildung 8

Das Thema „Ausbeutung“ in finanzieller und beruflicher Hinsicht wurde von 2% der Antwortenden diskutiert und bezog sich z.B. auf die Anstellung mehrerer Kollegen und Kolleginnen in einer Praxis auf der Basis niedriger Löhne oder auf die Besetzung von Psychotherapeutenstellen durch nicht-approbierete Psychologen/Psychologinnen oder Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, die in niedrigere Gehaltsstufen eingestuft werden.

Zusammenfassung und Diskussion

Mit 47% ist der Großteil der UmfrageteilnehmerInnen in einer Klinik angestellt tätig (25% in einer psychiatrischen Klinik, 22% in sonstigen Kliniken). 21% der Befragten sind in einer Praxis angestellt (Erwachsene oder KJP). Festhalten lässt sich, dass fast zwei Drittel der TeilnehmerInnen als angestellte PP und KJP einer Teilzeittätigkeit nachgehen. Im Folgenden der Vergleich mit einer größeren Stichprobe.

Die DpTV-Ergebnisse decken sich in vielen Teilen mit den Ergebnissen der bundesweiten Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aus 2013, die von Ende letzten Jahres bis heute über die Weitergabe der Länderergebnisse an die Landeskammern ihre Veröffentlichung findet (Morsch, 2013). Beim 22. Deutschen Psychotherapeutentag berichtete im April 2013 Hans Dieter Nolting, Geschäftsführer des IGES-Institutes, welches sich im Auftrag der BPtK mit der Umfrageauswertung befasst hatte, die ersten interessantesten Ergebnisse dieser groß angelegten Befragung. Es beteiligten sich insgesamt 4.250 PP/KJP, davon waren rund 4.000 als Angestellte aktiv tätig. Der Frauenanteil der Befragten betrug 67%. Ein Drittel der Angestellten gab an, neben der Anstellung noch selbstständig tätig zu sein. Hier war mit 40% der Großteil der UmfrageteilnehmerInnen in Kliniken tätig, 15% in Rehakliniken, 15% waren in der

Jugendhilfe beschäftigt, 8% kamen aus Beratungsstellen und 21% aus „sonstigen Institutionen“ – davon 24% aus Praxen/MVZ, 30% aus der Schulpsychologie und 13% waren in Hochschulen zu verorten.

Und wie verhielt es sich in der größeren Datenbasis in Bezug auf die Verteilung von Teil- und Vollzeittätigkeit? Hier gaben 51% der Befragten an, in Vollzeit und 49% in Teilzeit als PP/KJP tätig zu sein. Bei der Angabe „Teilzeitbeschäftigung“ lag der Frauenanteil, ähnlich den DpTV-Ergebnissen, mit 70% sehr hoch (außer bei den Beratungsstellen), was zum einen den grundsätzlich hohen Frauenanteil im Berufsstand bestätigt, zum anderen jedoch auch auf Themen wie „Work-Life-Balance“ bzw. das „unter einen Hut bringen“ von Familie, Kindererziehung und anderen „nebenberuflichen“ Aktivitäten hinweist. Genderspezifische Themen und das Stichwort „familienfreundliche Berufstätigkeit“ sollten dementsprechend auch bei einer Reform der Psychotherapieausbildung Berücksichtigung finden, z.B. ausreichend und angemessen finanzierte Teilzeitstellen für die Weiterbildung.

Befristete Arbeitsverträge lagen in der BPtK-Umfrage bei 7%. Über eine Approbation verfügen in der größeren Datenbasis 80% der PP und 16% der KJP. Über eine Doppelapprobation verfügen 4%. Uns interessierte zudem: Wie sieht es bezüglich der Verdienstmöglichkeiten im größeren Zusammenhang aus? Von den in Vollzeit Tätigen geben hier zwei Drittel an, 50.000 Euro und mehr jährlich zu verdienen, in Teilzeit tätige Angestellte verdienen wiederum 30.000 Euro und weniger. Es zeigte sich insgesamt, wie bereits von Wald und Sude in einer der letzten Psychotherapie Aktuell ausführlicher dargestellt, deutliche Einkommensunterschiede zwischen PP und KJP sowie die fehlende tarifrechtliche fachärztliche Gleichstellung. Vor allem bei den in Teilzeit Beschäftigten gab es enorme Gehaltsunterschiede, was

somit weitere Öffentlichkeitsarbeit von Gewerkschaft und Verband bedarf, um auf diese Missstände aufmerksam zu machen sowie tarifrechtlich und mit dem Weg der Ausbildungsreform nachzubessern.

Des Weiteren auffallend ist bei dem Thema Vergütung bei beiden Befragungen, dass nur in 25% der Fälle (BPtK) und bei einem Fünftel der Umfrageteilnehmer (DpTV) die langjährig erworbene Approbation einen Einfluss auf die Vergütung hat, bei der BPtK-Studie lag der Wert im Krankenhaus und der Reha etwas höher.

Ferner gaben bei der BPtK-Befragung rund 1.000 Ausbildungsteilnehmer (PiA) im Median an, 600 Euro je Monat für die 1,5 Jahre praktische Tätigkeit (Psychiatrie/Psychosomatik) zu erhalten. So lässt sich ein weiteres Mal die prekäre Situation und der dringliche Reformbedarf in puncto PiA bestätigen.

Bei den konkreten Forderungen an die Gesundheitspolitik fällt auf, dass gleich nach dem Hauptthema „Vergütung“ die Themen „Image und Anerkennung“ von den Mitgliedern als wichtig angeführt werden, noch häufiger als Themen der Verbesserung der Versorgung und der Arbeitsbedingungen. Dies könnte darauf hindeuten, dass gerade die im Bereich von somatischer Medizin geprägten angestellten PP und KJP unter mangelnder Anerkennung leiden. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der DpTV-Berufszufriedenheitsumfrage von 2013 (Rabe-Menssen & Hild-Steimecke, 2013), in der 46% der dort beteiligten angestellten Psychotherapeuten der Meinung waren, dass sie im medizinischen Umfeld nicht ausreichend anerkannt werden (32% „gar nicht“, 14% „eher nicht“). Eine mangelnde Anerkennung durch kooperierende Berufsgruppen, mit denen man vor allem in Kliniken interdisziplinär im Team eng zusammenarbeitet, verbunden mit einer – gemessen an der eigenen Qualifikation sowie

Genderspezifische Themen und das Stichwort „familienfreundliche Berufstätigkeit“ sollten dementsprechend auch bei einer Reform der Psychotherapieausbildung Berücksichtigung finden.

im Vergleich zu fachärztlichen Kollegen – unangemessen niedrigen Vergütung kennzeichnet demnach die alltägliche Berufssituation. Obwohl z.B. der Anteil direkter Patientenkontakte an der Arbeitszeit recht hoch ist, stehen die konkreten Arbeitsbedingungen und der Bürokratieabbau bei den Veränderungswünschen der Umfrageteilnehmer nicht an den vorderen Positionen. Hier besteht weiter Bedarf an Aufklärung und Verbesserung des Image der Psychotherapeuten.

Das Problem der nicht angemessenen Vergütung findet sich hingegen in den Antworten der UmfrageteilnehmerInnen auf verschiedene Fragen wieder, sei es in dem Wunsch nach stärkerem Engagement für eine verbindliche tarifliche Eingruppierung von approbierten Psychotherapeuten oder in der Tatsache, dass nur ein Fünftel in ihrem Arbeitsvertrag tatsächlich ihrer Qualifikation entsprechend als PP bzw. KJP tariflich eingruppiert sind, über die Hälfte jedoch „nur

als Dipl.-Psych.“ – ein unhaltbarer Zustand. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, notwendige Tarif- und Statusentwicklungen sind überfällig. Nicht zuletzt wurde ein anerkannter „Facharztstandard“ als rechtliche Grundlage notwendiger Weiterentwicklungen für PP/ KJP bereits mehrfach bestätigt (Rautschka-Rücker, 2013; Tripp, 2013).

Die Ergebnisse dieser Umfrage geben einen umfassenden Einblick in die reale Arbeitssituation, in die Bedürfnisse und die konkreten Forderungen der BefragungsteilnehmerInnen. Es wird ein guter Einblick gewonnen, wie die angestellten PP und KJP ihre berufliche und wirtschaftliche Situation empfinden.

Die durchschnittliche Verweildauer, d.h. Bearbeitungszeit der Teilnehmer lag für den gesamten Fragebogen mit 5 Minuten bei einem zumutbaren Aufwand. Mit einer hohen Rücklaufquote von 43% und angesichts der Vielfalt und Vielschichtigkeit der ausführlichen Antworten dürften die vorliegenden Ergebnisse als deutliches Votum der Angestellten in der DPtV anzusehen sein. Viele Einschätzungen decken sich zudem mit den Ergebnissen der BPtK Befragung für Angestellte aus 2013. Ob systematische Verzerrungen durch die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Befragung vorliegen, kann nicht endgültig geklärt werden; allerdings kann laut Berg (2005) davon ausgegangen werden, dass Stichprobenfehler mit zunehmender Teilnehmerzahl gegen Null tendieren. Bei einer Teilnehmerzahl von $n=542$ ist zu vermuten, dass Antwortverzerrungen durch einen möglichen Stichprobenfehler keine große Rolle mehr spielen. 



Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPtV.



Stephanie Hild-Steimecke

Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Assistentin der DPtV, tätig im BKH Memmingen, PiA an der SAP in Bad Grönenbach.



Kerstin Sude

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor Wiss. Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes der LG Hamburg, seit 2013 stellv. Bundesvorstandsmitglied der DPtV.

Literaturhinweis

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

Jürgen Tripp
Walter Ströhm

Ausbildungsreformmodelle

Eine Gegenüberstellung

Im Folgenden sollen die drei wesentlichen bisher diskutierten Ansätze zur Reform der Psychotherapieausbildung gegenübergestellt werden und daraufhin verglichen werden, welche Lösungen sie für verschiedene, häufig diskutierte Problemstellungen bzw. Themen bieten, aber auch welche weiteren Konsequenzen oder sogar Probleme sich aus den Modellen ergeben könnten.

Unter den Überschriften „Postgraduale Ausbildung“, „Basale Direktausbildung“ und „Duale Direktausbildung“ sind mehrere sich jeweils ähnelnde Ansätze zusammengefasst. So ist das Postgraduale Ausbildungsmodell dadurch gekennzeichnet, dass das bisherige Ausbildungsmodell im Wesentlichen erhalten bleiben soll. Die Spanne möglicher Varianten reicht hier von „alles bleibt so wie es ist“ bis zu den teilweise schon weitreichenden Veränderungen, die die BPTK in ihrem Gesetzentwurf von 2010 vorschlägt. Unter der Überschrift „Basale Direktausbildung“ werden alle Modelle zusammengefasst, die eine Approbation nach einem Studium als erstem Ausbildungsabschnitt und den Erwerb der Fachkunde nach einer Weiterbildung vorsehen (z.B. Vorschläge der DGPs (Rief, Fydrich, Margraf, & Schulte, 2012), der DPtV (Lubisch, 2012) oder von Prof. Körner (2013)).

Der Begriff duale Direktausbildung wurde von Rechtsanwalt Gleiniger (2013) eingeführt und bezeichnet eine Direktausbildung, bei der ein erster Ausbildungsabschnitt an einer Hochschule mit einem 1. Staatsexamen abschließt und dann ein zweiter Ausbildungsabschnitt an einem Ausbildungsinstitut folgt, der mit einem 2. Staatsexamen und Erlangung von Approbation und Fachkunde abschließt. Sulz (2013) stellte ein Modell einer dualen Direktausbildung vor, das sich auf das Modell von Gleiniger bezieht, in einigen Punkten aber von diesem abweicht. Wir beziehen uns hauptsächlich auf das Modell von Gleiniger und gehen am Rande auch auf den Vorschlag von Sulz ein.



Zugangsvoraussetzungen/Bachelor-Master-Problematik

Postgraduale Ausbildung

Der Master soll gesetzlich als einheitliche Zugangsvoraussetzung festgeschrieben werden. Es werden hierbei jedoch verfassungsrechtliche Schwierigkeiten gesehen. Inhalte, die einen Master notwendig machen, müssten definiert werden. Das BMG lehnt diese Variante bisher ab. Von Seiten der Kultusministerien gibt es deutliche Interessen, den Bachelor als berufsqualifizierenden Abschluss und somit als Zugangsvoraussetzung für die PT-Ausbildung zu etablieren. Im Rahmen der europäischen Angleichung

der Berufsabschlüsse wäre zudem auch eher eine Abqualifizierung zu befürchten.

Basale Direktausbildung

Das Studium würde über eine Approbationsordnung mit Staatsexamen und Approbation als Abschluss definiert. Gegebenenfalls könnte das Approbationsstudium parallel die Erlangung von Bachelor und Mastergraden ermöglichen oder sogar vorsehen. Die Studiedauer dürfte unabhängig davon, ob dann auch ein Masterabschluss erreicht wird, mindestens der Studi-

endauer des Masters entsprechen und somit dem Level 7 im EQR (Europäischer Qualifikationsrahmen) entsprechen.

Duale Direktausbildung

Das Studium würde ebenfalls über eine Approbationsordnung mit Staatsexamen definiert. Das Studium an der Hochschule würde jedoch mit dem 1. Staatsexamen abschließen. Nach Gleiniger könnte die Erlangung von Bachelor/Master-Graden fakultativ möglich sein, aber nicht obligatorisch vorgeschrieben sein.



Notwendige Ressourcen an den Hochschulen/Kapazität an Studienplätzen

Postgraduale Ausbildung

Es wären keine tiefgreifenden Veränderungen der Strukturen der Studiengänge notwendig und somit wahrscheinlich keine zusätzlichen Ressourcen.

Bei Abqualifizierung auf Bachelorniveau wären sogar eventuell weniger Ressourcen an den Hochschulen notwendig.

Wenn Masterstudienplätze nur für einen Teil der Bachelorabsolventen zur Verfügung stehen (wie es sich aktuell schon abzeichnet), könnte es zukünftig zu einem Rückgang der zur Ausbildung Zugangsberechtigten kommen, wenn der Master einheitliche Zugangsvoraussetzung wäre („Flaschenhals“).

Basale Direktausbildung

Studiengänge müssten wahrscheinlich umstrukturiert werden

und neue Lehrstühle und Lehrkapazitäten geschaffen werden. Insbesondere die intensivere praktische Ausbildung im Studium könnte einen höheren Betreuungsaufwand als im bisherigen Psychologie- oder Pädagogikstudium bedeuten.

Allerdings postuliert die DGPs, dass die Umstellungen an den Psychologischen Universitätsinstituten weitgehend aus den Ressourcen des bisherigen Psychologiestudiums bestritten werden könnten.

Je nachdem wie groß die Umstellungen gegenüber dem bisherigen Psychologiestudium ausfallen und wie viele und wie aufwändige Praxiselemente in das Studium integriert werden, wären zusätzliche Ressourcen notwendig oder die Anzahl der Studienplätze wäre begrenzt. Dies könnte deutlich geringere Absolventenzahlen als

heute zur Folge haben. Bei einem Approbationsstudiengang gäbe es allerdings keinen Flaschenhals zwischen Bachelor und Master mehr.

Duale Direktausbildung

Es müssten auch hier, je nachdem wie stark die inhaltliche Ausgestaltung von den bisherigen Studiengängen abweicht, Strukturen an den Hochschulen umgestaltet werden, wofür dann auch zusätzliche Ressourcen nötig wären.

Da noch nicht so eine weitgehende Integration praktischer Ausbildungsanteile ins Studium notwendig wäre, würde der Aufwand an zusätzlichen Ressourcen wahrscheinlich nicht so groß ausfallen, wie bei der basalen Direktausbildung. Auch hier würde der Flaschenhals zwischen Bachelor und Master entfallen.

Finanzierung der ambulanten Aus-/Weiterbildung und Kapazität an Stellen hierfür

Postgraduale Ausbildung

Finanzierung wie bisher nach § 117 SGB V. Ausbildungsinstitute können bisher unbegrenzt Ausbildungstherapien abrechnen, solange sie für die Ausbildung notwendig sind. Dadurch auch keine Begrenzung der Ausbildungskapazitäten an dieser Stelle.

Basale Direktausbildung

Finanzierung der ambulanten Weiterbildungstherapien und die Rolle der Institute dabei müsste neu geregelt werden. Hierzu gibt es unterschiedliche juristische Auffassungen, ob dies möglich ist oder nicht. Es wird insbesondere auch in Zweifel gezogen, dass der Gesetz-

geber der psychotherapeutischen Weiterbildung eine Sonderrolle gegenüber der ärztlichen Weiterbildung einräumen würde. Allerdings böte auch die Initiative der BÄK und KBV, die ambulante ärztliche Weiterbildung finanziell neu zu regeln, die Chance, hier eine einheitliche Lösung für die Finanzierung

der ambulanten psychotherapeutischen und ärztlichen Weiterbildung zu gestalten.

Aufgrund des Anspruchs auf angemessene Vergütung müsste die Finanzierung so gestaltet sein, dass sich daraus ein Gehalt eines Weiterbildungsassistenten generieren ließe und die sonstigen Aufwendungen für die Weiterbildung

zu finanzieren wären. Es ist eher unwahrscheinlich, dass in diesem Rahmen die finanziellen Ressourcen für Weiterbildung unbegrenzt wären. Die Kapazitäten für die ambulante Weiterbildung würden wahrscheinlich geringer ausfallen als für die jetzige ambulante praktische Ausbildung.

Duale Direktausbildung

Finanzierung wie bisher nach § 117 SGB V. Ausbildungsinstitute können bisher unbegrenzt Ausbildungstherapien abrechnen, solange sie für die Ausbildung notwendig sind. Dadurch auch keine Begrenzung der Ausbildungskapazitäten an dieser Stelle.

Finanzierung der stationären Aus-/Weiterbildung und Kapazität an Stellen hierfür

Postgraduale Ausbildung

Wenn die praktische Tätigkeit wie bisher ohne fest geregelte Bezahlung bliebe, würde die bisherige Ausbildungskapazität im stationären Bereich erhalten bleiben.

Wenn es gelänge, einen Anspruch auf angemessene Vergütung gesetzlich zu etablieren, würde die Zahl der Klinikplätze sehr wahrscheinlich zurückgehen, wenn nicht zusätzliche finanzielle Ressourcen für die Kliniken zur Finanzierung dieser Stellen zur Verfügung gestellt würden.

Es ist fraglich, inwieweit ein bundesgesetzlicher Anspruch auf angemessene Vergütung Auswirkungen auf die Krankenhausfinanzierung hätte.

Basale Direktausbildung

Um eine tarifliche Bezahlung der Weiterbildungsassistenten zu ge-

währleisten, müssten zusätzliche finanzielle Ressourcen aufgebracht werden, oder es wäre mit einem Rückgang an Klinikstellen im Vergleich zu den Stellen für die jetzige praktische Tätigkeit zu rechnen.

Die Regelung des Vergütungsanspruchs für die Weiterbildung in den Heilberufegesetzen und Weiterbildungsordnungen könnte sich auf die Krankenhausfinanzierungsregelungen und die Personalbemessungsstandards auswirken.

Im Zuge der Einführung des PEPP-Systems ist der G-BA beauftragt, Empfehlungen zur Strukturqualität in Psychiatrie und Psychosomatik zu erarbeiten, die auch die Personalausstattung beschreiben sollen. Wenn es zukünftig keine Psychologen mit klinischer Ausrichtung mehr gäbe, sondern stattdessen nach dem Studium approbierte Psychotherapeuten, dann müsste

in den Strukturempfehlungen die Ausstattung der Klinik mit Psychotherapeuten beschrieben werden und auch nach Psychotherapeuten mit und ohne Fachkunde (Weiterbildungsassistenten) unterschieden werden.

Duale Direktausbildung

Auch hier gilt das gleiche. Wenn ein Anspruch auf angemessene Vergütung der Klinik-tätigkeit gesetzlich vorgeschrieben wäre, würde es entweder zu einer Verknappung der Klinikstellen kommen oder es müssten zusätzliche Finanzmittel für die Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden, um ausreichend Stellen zu finanzieren.

Gleiniger postuliert, dass es durch die gesetzliche Vorschrift zur angemessenen Vergütung zu entsprechenden Regelungen der Krankenhausfinanzierung kommen wird.



PiAPORTAL

Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung



„Wir PiA brauchen die Unterstützung der bereits etablierten PP und KJP!“

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

Praktische Tätigkeit/Erfahrungserwerb im stationären klinischen Behandlungssetting

Postgraduale Ausbildung

Würde, je nach Vorschlag, entweder

- weitgehend unverändert in der Ausbildung bestehen bleiben
- unterteilt und umgewidmet in ein viermonatiges Praktikum im Studium und eine stationäre praktische Ausbildung in der postgradualen Ausbildung

Es soll versucht werden, einen Anspruch auf angemessene Vergütung im Psychotherapeutengesetz für die praktische Tätigkeit bzw. stationäre praktische Ausbildung festzuschreiben. Es gab Verlautbarungen vom BMG, dass dies nicht ginge, da es sich um ein Praktikum im Rahmen einer Ausbildung handeln würde.

Basale Direktausbildung

Die praktische Tätigkeit soll entwe-

der ins Studium vorverlagert werden, wobei sie ggf. deutlich gekürzt werden könnte (z.B. nur 6 Monate) oder ein Teil der Lernziele der bisherigen praktischen Tätigkeit soll über Patientensorientierte Lehre im Studium vermittelt werden (Option im DGPs-Modell). Im Rahmen des DVT-Weiterbildungsmodells / Ströhm, Schweiger & Tripp, 2013) würden weitere zwei Jahre Weiterbildungszeit in stationären klinischen Einrichtungen dazukommen. Die praktische Tätigkeit im Studium wäre sehr wahrscheinlich unbezahlt. Finanzierung ggf. über Bafög möglich. Kindergeldanspruch bis zum 25. Lebensjahr. Keine zusätzliche Belastung durch Ausbildungsgebühren. Aussicht auf tarifliches Einstiegsgehalt für Hochschulabsolventen nach Abschluss.

Duale Direktausbildung

Praktische Tätigkeit soll als Praktisches Jahr ins Studium vorverlagert werden. In der Psychotherapieausbildung zwischen 1. und 2. Staatsexamen soll es dann noch mal eine stationäre praktische Tätigkeit geben (Gleiniger) oder keine weitere praktische Ausbildung in einem stationären Setting, sondern eine rein ambulante praktische Ausbildung (Sulz).

Ebenfalls wäre das Praktische Jahr im Studium wahrscheinlich unbezahlt, mit gleichen Rahmenbedingungen wie bei der basalen Direktausbildung geschildert.

Allerdings nur Aussicht auf eine geringere Vergütung im Anschluss daran nach dem 1. Staatsexamen.

Finanzielle Situation der Absolventen nach dem Studium

Postgraduale Ausbildung

Wenn kein Anspruch auf angemessene Vergütung im Gesetz etabliert werden kann, würde die finanzielle Situation der PiA ähnlich wie bisher bleiben. Zahlungsbereitschaft der Kliniken würde sich ggf. abhängig von der Marktsituation verbessern, allerdings ohne verlässlichen Anspruch oder arbeitsrechtliche Position.

Bei gesetzlichem Anspruch auf angemessene Vergütung würde sich dieser wahrscheinlich an anderen Berufen, die ein Anerkennungsjahr o.ä. nach dem Studium vorsehen, orientieren. (z.B. brutto 1.527 € bei Sozialpädagogen). Hiervon wären noch die Ausbildungsgebühren zu finanzieren.

Die Vergütung für die ambulanten praktischen Ausbildungsfälle würde sich nicht verändern gegenüber dem jetzigen Stand.

Basale Direktausbildung

Anspruch auf angemessene Vergütung in der Weiterbildung ist durch die Heilberufegesetze bereits gegeben. Da ein Hochschulabschluss

und die Approbation vorliegen, würde sich die Höhe der angemessenen Vergütung an dem tariflichen Einstiegsgehalt vergleichbarer Berufe orientieren. Das würde bei tarifgebundenen Arbeitgebern mindestens TVöD/TV-L EG 13 bedeuten. Eine Gleichstellung mit Assistenzärzten wäre auch denkbar. Für nicht tarifgebundene Arbeitgeber würde die Sittenwidrigkeit als Untergrenze gelten, die in der Regel bei zwei Drittel des üblichen Tarifgehaltes liegt.

Die Grenze zur Sittenwidrigkeit läge damit bei TVöD 13 als tariflicher Referenz bei ca. 2.130 €.

Diese Vergütungssituation würde sich auf die gesamte Weiterbildung erstrecken, ggf. mit tariflichen Stufenanstiegen im Verlauf der Weiterbildung.

Je nachdem wie der Gesetzgeber die Finanzierung der Weiterbildungsstätten regeln würde, müssten von diesem Einkommen noch Aus- bzw. Ausbildungsgebühren gezahlt werden oder eventuell würden diese von der Weiterbildungsstätte getragen.

Wenn im relevanten Umfang Steuern gezahlt werden, könnten die Weiterbildungsgebühren abgesetzt werden.

Duale Direktausbildung

Für die Phase nach dem 1. Staatsexamen schlägt Gleiniger in einer früheren Version seines Modells eine „Unterhaltsbeihilfe“ analog zur Regelung bei Referendaren in der Lehrer- oder Juristenausbildung vor. Diese wird vom Bundesland bezahlt und beträgt, je nach Bundesland, zwischen 800 und 1200 €. Es erscheint unwahrscheinlich, dass die Bundesländer „Psychotherapie-Referendaren“ eine Unterhaltsbeihilfe zahlen würden.

Dementsprechend schreibt Gleiniger in späteren Verlautbarungen nur noch von einem gesetzlichen Anspruch auf Vergütung, der im Psychotherapeutengesetz verankert werden müsste. Die Höhe der angemessenen Vergütung würde sich dann wohl aber an den Unterhaltsbeihilfen der Referendare orientieren, da ja ebenfalls nur ein 1. Staatsexamen, und kein be-

rufsqualifizierender Hochschulabschluss vorliegt. Auch hier müssten wahrscheinlich noch von diesem Einkommen Ausbildungsgebühren an das Ausbildungsinstitut abgeführt werden.

Diese Vergütungssituation würde sich wahrscheinlich auf die gesamte Ausbildung bis zum 2. Staatsexamen erstrecken. Zudem gibt es nach einer juristischen Expertise von Geising und Plantholz (2012)

durchaus auch Zweifel, ob sich ein solcher Vergütungsanspruch in einer Ausbildung, die aufgrund ihrer Struktur nicht dem Berufsbildungsgesetz unterliegt, bundesrechtlich vorschreiben lässt.

Gestaltung des Studiums

Postgraduale Ausbildung

Entweder weitgehend wie bisher, dann jedoch Gefahr der Abqualifizierung auf Bachelorniveau sehr groß. Oder mit definiertem Kanon an Inhalten, wie in der Einigung von DGPs, Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS) und Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE), die in den Beschlusstext des Deutschen Psychotherapeutentags im Mai 2009 einfluss. Dieses Modell wurde allerdings bisher vom BMG nicht aufgegriffen.

Basale Direktausbildung

Eine Approbationsordnung müss-

te einen Großteil der Inhalte des Studiums definieren. Es müsste zwischen den verschiedenen Ausrichtungen und Interessengruppen geklärt werden, welche Inhalte unverzichtbar sind. Psychologie, Pädagogik (bzw. sozial- und geisteswissenschaftliche Inhalte) und medizinische Inhalte müssten angemessen repräsentiert sein.

Die Lehre der Grundlagen aller wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren müsste gewährleistet werden.

Strukturen zum ausreichenden Erwerb von Praxiserfahrungen müssten vorgehalten werden.

Duale Direktausbildung

Ebenso wie bei der basalen Variante des Direktstudiums müsste eine Approbationsordnung den Inhalt des Studiums weitgehend definieren und die gleichen Probleme wären dabei zu lösen.

Es müssten weniger tiefgreifende Kenntnisse der psychotherapeutischen Verfahren und weniger Praxiserfahrungen vermittelt werden, da dies erst nach dem 1. Staatsexamen am Ausbildungsinstitut stattfinden soll.

Zeitpunkt der Approbation und Patientensicherheit

Postgraduale Ausbildung

Absolventen können erst nach Abschluss der Ausbildung und gleichzeitiger Erlangung von Approbation und Fachkunde selbstständig Patienten behandeln.

Allerdings behandeln sie davor auch schon im Rahmen der praktischen Tätigkeit und praktischen Ausbildung. In der praktischen Tätigkeit häufig unter ungenügender Anleitung und Aufsicht.

Bisher uneinheitliche Vorerfahrungen bei Beginn der praktischen Tätigkeit (Im BpTK-Modell viermonatiges Praktikum).

Damit wäre die Patientensicherheit nach der Approbation wahrscheinlich in hohem Maße gegeben, während der Ausbildung jedoch teilweise fraglich.

Basale Direktausbildung

Dem basalen Direktausbildungsmodell wird vorgeworfen, dass durch die frühe Approbation mit zwangsläufig geringerem Niveau an Kenntnissen und Fertigkeiten

die Patientensicherheit gefährdet sei, da nun geringer qualifizierte Personen als Psychotherapeuten selbstständig tätig werden könnten.

Nach der Approbation ohne Fachkunde könnten die so ausgebildeten Psychotherapeuten allerdings nur Selbstzahler behandeln und in ähnlichem Rahmen tätig werden wie bisher Heilpraktiker. Der Unterschied zu einem Psychologen mit HPG-Zulassung nach jetziger Rechtslage, läge in der Titelführung und darin, dass der nach einer Direktausbildung Approbierte, der Berufsordnung unterworfen wäre.

Aufgrund der wirtschaftlichen Bedingungen wäre eine solche selbstständige Tätigkeit auf Basis der Approbation nur dann zu erwarten, wenn die Zahl der Absolventen der Direktausbildung die Zahl der Weiterbildungsstellen deutlich übersteigt und die Absolventen sich eine Erwerbsmöglichkeit selbst schaffen müssten.

In der Weiterbildung wären die Weiterbildungsassistenten unter Anleitung und Aufsicht tätig, ähnlich wie auch bisher in der Ausbildung. Allerdings wären die Qualitätskriterien für Anleitung und Aufsicht durch den Berufsstand zu regeln und die Aufsicht würde durch Angehörige des Berufsstandes als Weiterbildungsbefugte erfolgen. Außerdem würden die Absolventen mit einer größeren Praxiserfahrung als bisher von der Universität kommen, wodurch die Patientensicherheit im Vergleich zur bisherigen praktischen Tätigkeit sogar gesteigert werden könnte.

Duale Direktausbildung

Die Absolventen könnten wie in der postgradualen Ausbildung erst nach dem 2. Staatsexamen und gleichzeitiger Erlangung von Approbation und Fachkunde selbstständig Patienten behandeln.

In diesem Modell würden sie mit der Vorerfahrung aus dem Praktischen Jahr, aber wahrscheinlich



ohne praktische Kenntnisse in psychotherapeutischen Verfahren in die praktische Ausbildung starten.

Die Patientensicherheit wäre somit in der praktischen Ausbildung höher als im postgradualen Modell,

allerdings eventuell etwas geringer als in der Weiterbildung im basalen Direktausbildungsmodell.

Rechtlicher Rahmen der Patientenbehandlung nach dem Studium

Postgraduale Ausbildung

In der praktischen Tätigkeit ist eine Behandlungserlaubnis nicht klar geregelt. PiA sollen an der „Behandlung beteiligt“ werden.

In der praktischen Ausbildung erfolgt die Patientenbehandlung bisher im Rahmen einer rechtlichen Hilfskonstruktion (Supervisor ist juristisch für die Behandlung verantwortlich).

Im BPtK-Modell würde die Patientenbehandlung mit eingeschränkter Behandlungserlaubnis erfolgen.

Basale Direktausbildung

Auf Basis der Approbation sind die Absolventen uneingeschränkt zur Ausübung von Psychotherapie als Heilkunde berechtigt.

Allerdings wären sie in der Weiterbildung trotzdem verpflichtet, unter Anleitung und Aufsicht zu arbeiten und ihr Tätigkeitsspektrum wäre durch das Haftungs- und Sozialrecht eingeschränkt.

Duale Direktausbildung

Gleiniger postuliert, dass ähnlich

wie jetzt in der praktischen Ausbildung, durch die Ausbildungsbestimmungen zur Durchführung von Behandlungen unter Supervision eine „gesetzesunmittelbare Erlaubnis“ gegeben sei. Dies biete einen ausreichenden rechtlichen Rahmen für die Behandlungstätigkeit im Rahmen der Ausbildung nach dem 1. Staatsexamen.

Auch hier würde also die rechtliche Hilfskonstruktion, dass der Supervisor die Behandlung verantwortet, fortgeschrieben.

Verfahrensvielfalt vs. Einengung auf Verhaltenstherapie

Postgraduale Ausbildung

Bisher weitergehend verhaltenstherapeutisch geprägte Grundausbildung in den psychologischen Studiengängen. Dementsprechend wählen 70% der Ausbildungsteilnehmer in der PP-Ausbildung die VT-Orientierung. In der KJP-Ausbildung wählen 50% die VT als Verfahren (Strauss et al., 2009).

Verfahrensorientierte praxisbezogene Ausbildung erfolgt erst in der postgradualen Ausbildung. Hier werden die Grundlagen der anderen Schwerpunktverfahren, außer Verhaltenstherapie, erst an die privaten Ausbildungsinstituten gelehrt.

Basale Direktausbildung

Durch die Approbationsordnung würde vorgeschrieben, dass Grundlagen aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren und auch praktische Kenntnisse vermittelt werden müssen.

Auch wenn die Professuren an den psychologischen Instituten derzeit größtenteils mit Verhaltenstherapeuten besetzt sind und sich dies voraussichtlich auch nicht kurzfristig ändern würde, würde sich dadurch eine Chance für die anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren bieten, wieder mehr an den Hochschulen Fuß zu fassen

Duale Direktausbildung

Gleiniger macht über die fachliche Ausgestaltung des Studiums keine konkreten Aussagen. Es wäre jedoch auch hier wahrscheinlich, dass gemäß einer Approbationsordnung zumindest theoretische Grundkenntnisse in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren erworben werden müssten. D.h. auch hier müssten (in einem geringeren Umfang als bei der basalen Direktausbildung) Kapazitäten geschaffen werden, um die Lehre der Grundlagen aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu gewährleisten.

Verzahnung von Theorie und Praxis

Postgraduale Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt im Studium weitgehend theoretisch und kaum mit Praxisanteilen.

In der folgenden postgradualen Ausbildung besteht ein hoher Praxisbezug durch die praktische Tätigkeit und praktische Ausbildung und zumeist sehr praxisnahe Theorieseminare mit konkretem Anwendungsbezug.

Weiterhin wird in der Ausbildung

die eigene Praxis durch Selbsterfahrung begleitet.

Basale Direktausbildung

Verzahnung von Theorie und Praxis schon im Verlauf des Studiums. In der Weiterbildung wäre der Praxisbezug dann sehr hoch. Allerdings gäbe es auch hier weiterhin Theorieseminare mit hohem Anwendungsbezug wie in der bisherigen postgradualen Ausbildung.

Über den Verlauf von Studium und Weiterbildung wäre eine kontinuierliche Verschiebung der Gewichtung vom Theoriebezug hin zum Praxisbezug zu realisieren, welche nicht erst mit Abschluss des Studiums beginnt.

Duale Direktausbildung

In diesem Punkt ähnelt die duale Direktausbildung eher der postgradualen Ausbildung. Eine Ver-



zählung von Theorie und Praxis wäre im Studium nur durch das Praktische Jahr im Ansatz geben. Im Wesentlichen würde eine auf ei-

ander bezogene Vermittlung von Theorie und Praxis erst nach dem 1. Staatsexamen am Ausbildungsinstitut erfolgen.

PP/KJP zwei Berufe oder ein Beruf mit unterschiedlichen Schwerpunkten

Postgraduale Ausbildung

Bei Beibehaltung der bisherigen postgradualen Ausbildung würde es bei zwei Berufen bleiben. Die bisherigen pädagogischen Zugänge könnten erhalten bleiben, allerdings mit der Gefahr der dauerhaften Abqualifizierung des KJP-Berufs auf Bachelor-Niveau.

Nach dem Vorschlag der BPTK von 2010 gäbe es einen Beruf mit zwei Schwerpunkten. Durch das verbindliche Curriculum wäre der pädagogische Zugang zwar weiter möglich, aber erschwert, da nicht mehr alle pädagogischen Hoch-

schuleinrichtungen die geforderten Inhalte erbringen könnten.

Basale Direktausbildung

Die basale Direktausbildung würde zu einer einheitlichen Approbation am Ende des Studiums führen. Die Schwerpunktbildung würde im Rahmen der Weiterbildung erfolgen. Durch zusätzliche Weiterbildung wäre es jedem möglich, auch für einen zweiten Altersschwerpunkt die Fachkunde zu erwerben.

Duale Direktausbildung

Nach Gleiniger sind im Modell der

dualen Direktausbildung beide Optionen rechtlich möglich. Die Entscheidung, ob es eine einheitliche Approbation oder zwei Berufe geben sollte, müsste vor allem anhand fachlicher Überlegungen getroffen werden. Da die Schwerpunktsetzung allerdings erst im zweiten Ausbildungsabschnitt erfolgt und die Inhalte im Studium bis zum 1. Staatsexamen im Wesentlichen einheitlich sein dürften, würde die Beibehaltung von zwei Berufen nicht zum Erhalt eines eigenständigen pädagogischen Zugangs beitragen.



Qualität der Aus-/Weiterbildung

Postgraduale Ausbildung

Die Qualität der Ausbildung an den Instituten wurde im Forschungsgutachten als sehr gut eingeschätzt. Allerdings gibt es mit der praktischen Tätigkeit in dem Teil, den die Institute nicht selbst anbieten, sondern in der Regel an kooperierende Kliniken delegieren, häufig Qualitätsprobleme.

Basale Direktausbildung

Es wird von Kritikern der basalen Direktausbildung befürchtet, dass in einer Weiterbildung die Qualität der bisherigen Ausbildung nicht aufrecht erhalten werden kann, da die Ausbildung nicht mehr „aus einer Hand“ angeboten würde und sich Qualitätsprobleme, wie sie zum Teil bei der ärztlichen Weiter-

bildung in den Kliniken bestehen, auch bei der psychotherapeutischen Weiterbildung ergeben würden.

Im DVT-Konzept zur Weiterbildung wurden Vorschläge gemacht, wie auf diese Bedrohung der Qualität reagiert werden könnte.

Es gäbe durch die Regelung der Weiterbildung durch den Berufsstand sogar Chancen, die Qualität der Weiterbildung in den Kliniken gegenüber der jetzigen praktischen Tätigkeit zu verbessern.

Duale Direktausbildung

Hier würde für die duale Direktausbildung das gleiche gelten, wie für die postgraduale Ausbildung, da die Institutsausbildung im Wesentlichen unverändert bleiben würde.

Inwieweit sich Qualitätsansprüche für eine stationäre praktische Ausbildung umsetzen lassen, ist unklar.

Es wäre auch unklar, ob die Verantwortung für die inhaltliche Ausgestaltung, Anleitung und Aufsicht dieses Ausbildungsbestandteils bei den Kliniken oder bei den Ausbildungsinstituten läge.

Im Modell von Sulz wäre zwar ein Praktisches Jahr im Studium vorgesehen, aber die weitere Aus- und Weiterbildung wäre vollkommen auf die ambulante Psychotherapie ausgerichtet. Dadurch wäre die Qualität der Ausbildung für ambulante Tätigkeiten zwar gegeben, eine Qualifizierung für stationäre Tätigkeiten würde aber vollkommen fehlen.

Status

Postgraduale Ausbildung

Wenn alles so bleibt wie bisher, wäre der Status in der Ausbildung weiterhin gering bzw. unklar. Trotz eines Hochschulabschlusses, würden die Ausbildungsteilnehmer

sehr wahrscheinlich als Praktikanten behandelt werden.

Mit einer Behandlungserlaubnis wäre möglicherweise ein Status ähnlich dem des früheren Arzt im Praktikum (AiP) verbunden.

Nach der Approbation wird zwar mit Erlangung der Fachkunde der Facharztstatus bzw. ein Äquivalent dazu proklamiert, allerdings wären Psychotherapeuten wie bisher auch nur per Gesetz im ambulanten Be-

**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.**

Oststraße 2
48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

reich den Fachärzten gleichgestellt. Da die Gesamtausbildung drei bis vier Jahre kürzer wäre als die ärztliche Ausbildung bis zum Facharztstitel in vergleichbaren Fächern, wären die Psychotherapeuten auf dieser Ebene vermutlich immer wieder Angriffen und Abwertungen ausgesetzt. Eine Erschließung neuer Aufgaben und Verantwortungsbereiche im Kontext der Anforderungen der zukünftigen Versorgungssituation wäre erschwert.

Basale Direktausbildung

In der Weiterbildung wäre mit der Approbation ein Status als Angehöriger eines Heilberufs, ähnlich dem des Assistenzarztes erreicht. Es wäre kein Anlass mehr für eine Eingruppierung als Praktikant oder

sonst wie deutlich unter üblichen Tarifen für Hochschulabsolventen gegeben. Mit dem Erreichen der Fachkunde bzw. des Fachpsychotherapeuten nach der Weiterbildung, wäre tatsächlich ein Status auf Augenhöhe mit Fachärzten erreicht.

Zudem würde die Direktausbildungsstruktur die Möglichkeit geben, die notwendigen Kompetenzen für eine Aufhebung der Befugnisbeschränkung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung zu erwerben und die Psychotherapeuten für neue Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker zu qualifizieren.

Duale Direktausbildung

In der Ausbildung nach dem 1. Staatsexamen wäre der Status

eventuell dem eines Referendars oder auch des früheren AiP vergleichbar. Nach der Approbation mit gleichzeitiger Erlangung der Fachkunde würde sich, ähnlich wie bei der postgradualen Ausbildung das Problem ergeben, dass der facharztäquivalente Status nur für die ambulante Versorgung erreicht wäre und wahrscheinlich auch dort, wegen der zeitlichen Differenz zur Ausbildungsdauer der Mediziner bis zum Facharzt, immer noch angreifbar wäre.

Eine Erschließung neuer Aufgaben und Verantwortungsbereiche im Kontext der Anforderungen der zukünftigen Versorgungssituation wäre ebenso wie bei der postgradualen Ausbildungsvariante erschwert.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die postgraduale Ausbildungsvariante den großen Vorteil hätte, dass mit ihr der geringste Bedarf an Veränderungen an den bestehenden Strukturen bestünde. Hochschulen und Ausbildungsinstitute müssten sich allenfalls auf kleinere strukturelle Veränderungen einstellen. Allerdings würde dieses Modell auch die Gefahr mit sich bringen, dass die beiden drängendsten Probleme der jetzigen Ausbildung (Zugangsvoraussetzung und Bezahlung der Ausbildungsteilnehmer) nicht gelöst würden und es am Ende doch zu einem Absinken der Zugangsqualifikation auf Bachelorniveau kommen würde und, wenn überhaupt, eine Bezahlung der Ausbildungsteilnehmer gesetzlich geregelt werden könnte, diese nicht besonders hoch ausfallen dürfte. Auch wäre damit die Chance vertan, die Psychotherapieausbildung durch eine grundlegende Reform auf die jetzigen und zukünftigen Herausforderungen der Versorgung psychisch Kranker auszurichten und den Beruf des Psychotherapeuten noch besser im Gesundheitssystem zu positionieren.

Die duale Direktausbildung hätte die Vorteile, dass sie das Problem der Zugangsvoraussetzungen lösen würde, dass die Vergütung der ambulanten Therapien nach § 117 SGB V weiterhin geregelt wäre, dass sich die Ausbildungsinstitute auf keine tiefgreifenden Strukturänderungen einstellen müssten und dass Befürchtungen, dass das Niveau der Approbation zu weit abgesenkt werden könnte, ausgeräumt wären, da auch hier wie in der postgradualen Ausbildung die Approbation erst nach einer vertieft verfahrensbezogenen Ausbildung erteilt würde.

Bedenken gegenüber der dualen Direktausbildung lägen vor allem darin, dass auch hier nicht klar ist, ob tatsächlich ein bundesgesetzlicher Anspruch auf Vergütung in der Ausbildung nach dem ersten Staatsexamen etabliert werden kann. Und auch wenn dieser Vergütungsanspruch etabliert werden könnte, würde er sich wahrscheinlich an der Höhe der Vergütung von Referendaren im Lehramt oder in der Juristenausbildung orientieren (800 bis 1200 €). Womit bei gleichzeitiger Finanzierung von Ausbildungsgebühren wieder nur ein für

Hochschulabsolventen nicht angemessener monatlicher Verdienst verbleiben würde.

Ein weiteres Argument gegen die duale Direktausbildung wäre, dass die Ausbildung bis zum ersten wirklich berufsqualifizierenden Abschluss (2. Staatsexamen und Approbation) mindestens acht Jahre dauern würde. Vor dem Hintergrund, dass die Kultusministerien im Rahmen der Bologna-Reform darauf hinarbeiten, flächendeckend den Bachelor als ersten berufsqualifizierenden Abschluss durchzusetzen und bisherige Staatsexamensstudiengänge wie das Jura-Studium auch „bologna-konform“ zu reformieren, dürfte es schon schwierig sein, ein fünf oder sechs Jahre dauerndes basales Direktstudium durchzusetzen. Eine acht Jahre dauernde Ausbildung bis zum 2. Staatsexamen hätte also wohl nur geringe Chancen auf politische Durchsetzung. Aus diesem Grund und weil das BMG aus ordnungs- und vor allem versorgungspolitischen Gründen auch dieses Modell wahrscheinlich ablehnen wird, würde ein Beharren des Berufsstandes auf diesem Modell zu einer deutlichen Verzögerung oder



sogar einem Stillstand im Reformprozess führen.

Die basale Direktausbildung hätte ebenfalls den Vorteil, dass sie das Problem der Zugangsvoraussetzungen eindeutig lösen würde. Zudem würde sie nach Abschluss des Studiums für die Absolventen eine gesicherte Bezahlung und arbeitsrechtliche Situation garantieren. Zudem würde durch die formelle Angleichung an die ärztliche Aus- und Weiterbildungsstruktur durch einheitliche und auf die spätere heilberufliche Tätigkeit ausgerichteten Ausbildungsinhalte schon im Studium die Basis gelegt für eine gleiche Augenhöhe mit ärztlichen Leistungserbringern im Gesund-

heitssystem. Weiterhin würde diese Ausbildungsstruktur die Grundlage für eine Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychotherapeuten bieten.

Viele der prognostizierten Probleme dieses Ausbildungsmodells hängen mit der Frage zusammen, ob die notwendigen finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die Reform so umzusetzen, dass die Qualität der Ausbildung erhalten bleibt, dass es nicht zu einer deutlichen Verknappung von Aus- und Weiterbildungskapazitäten kommt und dass die bisherigen Ausbildungsinstitute weiterhin im jetzigen Umfang in der Aus- bzw. Weiterbildung mit-

wirken können. Da das BMG dieses Modell jedoch eindeutig favorisiert, wäre der Berufsstand in einer recht guten Position, um über die Kosten der Umsetzung zu verhandeln und könnte hier Mindestanforderungen definieren, von denen eine Zustimmung zu einer Reform in Richtung einer Direktausbildung abhängig gemacht wird.

Ein schwieriger Punkt bleibt dann noch die Frage, wie die praktischen psychotherapeutischen Kenntnisse in der universitären Ausbildung organisiert werden sollten und welches Niveau erreicht werden müsste, um eine Approbation zu rechtfertigen. Insbesondere stellt sich hier die Frage, ob eine verfahrenslose bzw. verfahrensübergreifende Grundausbildung denkbar und umsetzbar wäre, oder ob doch schon im Studium eine Vorfestlegung auf ein (oder eventuell zwei) Verfahren erfolgt, in denen praktische Fertigkeiten erworben werden (ohne dass dies einer vertieft verfahrensbezogenen Ausbildung entspräche oder bereits eine Vorfestlegung auf eine spätere Fachkunde in einem Verfahren bedeuten würde). Diese Frage wäre auf fachlicher Ebene zu diskutieren. Auch wenn sie einiges an Konfliktpotential birgt, erscheint sie jedoch prinzipiell lösbar, wenn eine Entscheidung für eine Direktausbildung getroffen werden sollte.



Literaturhinweise

Geising, H., Plantholz, M. (2012). *Zur aktuellen Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) aus arbeitsvertraglicher Sicht und zu den Rechtsfolgen der Reformvorschläge*. (Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung). Abgerufen am 11. 12 2013 von [www.piaportal.de](http://piaportal.de): http://piaportal.de/fileadmin/oefentlich/Ausbildung/Plantholz-Geising_-_Rechtsgutachten_PiA.pdf.

Gleiniger, J. W. (2013). Basal oder dual? Ordnungspolitische Rechtfertigung einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* (2).

Körner, J. (2013). *Plädoyer für eine Direktausbildung zum Psychotherapeuten*. Abgerufen am 05.07.2013 von Forum der Psychoanalyse: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00451-013-0134-3>.

Lubisch, B. (2012). Könnte so die Direktausbildung aussehen? Eine Skizze. *Psychotherapie Aktuell*, 3/2012, S. 28–31.

Rief, W., Fydrich, T., Margraf, J., & Schulte, D. (2012). *Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3)*. Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Kommission Psychologie und Psychotherapie, Berlin.

Strauß, B. et al. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. S. 96. Abgerufen am 18. Juni 2013 von www.BPTK.de.

Ströhm, W., Schweiger, U., & Tripp, J. (2013). Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 3/2013, S. 262–268.

Sulz, S. K. (2013). Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie – Ein Konzept zur Gestaltung der Zukunft der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 18 (2).

Dr. Jürgen Tripp

Psychologischer Psychotherapeut. Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie (DVT) sowie Psychotherapeut in privater Praxis. Mitglied des Angestelltenausschusses der DPTV.



Dr. Walter Ströhm

Psychologischer Psychotherapeut. Ambulanzleiter der APV in Münster. Vorsitzender des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie (DVT).





ver.di-Bundesfachkommission Psychologische PsychotherapeutInnen
und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Gemeinsam stark für gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen

PsychotherapeutInnen in ver.di

Für die **Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP)** und **Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP)**, die im Gesundheitswesen tätig sind, ist in der **Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di** der **Fachbereich 3 Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen** zuständig. Seit über zehn Jahren ist beim **Bundesfachbereichsvorstand** die **Fachkommission Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (FK PP/KJP)** angesiedelt. Ihre Aufgabe ist es, innerhalb von ver.di, **berufs- und tarifpolitische Vorstellungen zu entwickeln und entsprechende Forderungen zu formulieren. Die Mitglieder der Fachkommission werden durch die ver.di-Landesbezirke benannt.**

In der Fachkommission arbeiten auch VertreterInnen der bundesweiten ver.di PiA-AG mit, die 2008 gegründet wurde, um die spezifischen Interessen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) zu diskutieren und in den gewerkschaftlichen Willensbildungsprozess einzubringen. Örtliche Zusammenschlüsse gibt es auch in Berlin und Hamburg. In der PiA-AG können interessierte Kolleginnen und Kollegen mitarbeiten und sich untereinander vernetzen. ver.di-Mitglieder unterstützen auch den Informations- und Meinungsaustausch in den verschiedenen PiA-Netzwerken, so auch im Rahmen des PiA-Politik-Treffens.

Aktueller Schwerpunkt ist die weiterhin ausstehende Reform des Psychotherapeutengesetzes. Bereits 2006 legte die Fachkommission erstmalig ihre Eckpunkte zur Reform der Psychotherapieausbildung vor, die 2010 in aktualisierter Fassung veröffentlicht wurden (ver.di 2010).

Novellierung des Psychotherapeuten- gesetzes überfällig

Nach Ansicht der Fachkommission ist es infolge des 1998 beschlossenen Psychotherapeutengesetzes gelungen, die ambulante Psycho-

therapie in das bundesdeutsche Gesundheitssystem zu integrieren. Nach wie vor problematisch sind jedoch die erschwerte Zulassung weiterer wissenschaftlicher Psychotherapieverfahren, die nicht sachgerechten Befugnisbeschränkungen und die unzureichende Bemessung des Versorgungsgrades der Bevölkerung mit PsychotherapeutInnen. Im stationären Bereich sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für PsychotherapeutInnen bisher überhaupt nicht geregelt. Nicht akzeptabel ist die Situation der PiA. Um ihre Lage zu verbessern, ist eine Reform des Psychotherapeutengesetzes dringend erforderlich. Auch im Jahr 2014 ist die praktische Tätigkeit noch immer weitgehend ungeregt, was zu unzumutbaren Zuständen führt und einer Ausbeutung der PiA Tür und Tor öffnet. Hinzu kommt die derzeit übliche Praxis der privaten Finanzierung der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz durch die TeilnehmerInnen. Aus Sicht von ver.di ist die Qualifizierung in Gesundheitsberufen eine gesellschaftliche Aufgabe, deren

Kosten auch gesellschaftlich zu tragen sind. Weiterhin steht die Anpassung des Psychotherapeutengesetzes an die neuen akademischen Bildungsabschlüsse aus.

Bei der derzeitigen Psychotherapieausbildung handelt es sich nach Einschätzung der Fachkommission bereits faktisch um eine Weiterbildung i. S. des Verständnisses des Deutschen Bildungsrates: „Weiterbildung ist die Fortsetzung und Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase.“¹ ver.di spricht sich in einem zu reformierenden Psychotherapeutengesetz für eine betrieblich-arbeitsrechtliche Ausgestaltung dieser Weiterbildung aus. Durch eine strukturierte Weiterbildung sind die erforderlichen therapeutischen Erfahrungen unter fachlicher Anleitung und Aufsicht zu sammeln. Die Voraussetzungen für die Psychotherapieausbildung sollten nicht zu eng und früh begrenzt werden.

In diesem Zusammenhang befürwortet ver.di eine weitgehende horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Psychotherapieausbildung mit Möglichkeiten für QuereinsteigerInnen. ver.di erachtet Lebens- und Berufserfahrung als besonders wesentliche Grundlage für die spätere Ausübung des Berufes. Die Weiterbildung sollte daher modular aufgebaut sein und nicht nur praktische Erfahrungen in der Psychiatrie voraussetzen, sondern auch in der Rehabilitation und Kinder- und Jugendhilfe. Zugangsvoraussetzung sollte der Masterabschluss sein, wobei aber nicht die Abschlussbezeichnung allein entscheidend ist, sondern der Umfang und Inhalt der noch zu definierenden Module der Studiengänge.

ver.di lehnt ein unbezahltes Praktikum innerhalb der Psychotherapieausbildung für den Erwerb

der praktischen Psychotherapieerfahrungen ab. Die bisher zeitlich verteilten praktischen Tätigkeiten sind zu einer Praxisphase zusammenzufassen. In dieser sollten PP und KJP in Weiterbildung schriftliche Arbeitsverträge mit gängigen arbeitsrechtlichen Standards erhalten. Damit diese Möglichkeit eröffnet wird, bedarf es einer eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde unter engmaschiger Anleitung und Supervision durch approbierte PP und KJP. Die Vergütung der Weiterbildung während der praktischen Phase sollte sich an der Vorqualifikation (Masterabschluss) orientieren.

Die Weiterbildung schließt mit Approbation und Fachkunde ab. ver.di fordert danach für die PP und KJP eine Eingruppierung auf Facharzt-niveau. Die Fachkommission setzt sich seit Beginn an für eine angemessene tarifliche Eingruppierung ein, Ziel ist es, eine Facharztgleichstellung zu erreichen. Hierzu gibt es bereits Beschlüsse der Bundesfachbereichskonferenzen des Fachbereichs 3 aus den Jahren 2007 und 2011.

ver.di wird sich weiter aktiv in den Diskussionsprozess einbringen und sich mit Nachdruck für die längst überfällige Novellierung einsetzen. Da die Diskussion sich in der Fachöffentlichkeit weiterentwickelt hat, werden die Fachkommission PP/KJP und PiA-AG ihre Forderungen zur Reform im Jahr 2014 aktualisiert vorlegen.

Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung verbessern

Um unter den aktuell problematischen rechtlichen Bedingungen des Psychotherapeutengesetzes die Situation der PiA zu verbessern, hat sich ver.di bislang in Tarifverhandlungen insbesondere an den Vergütungen für Sozialpädagogen im Anerkennungsjahr orientiert. Erste Erfolge wurden dabei bei privaten Kliniken erreicht, im Mai

2014 konnte an den Uniklinika in Baden-Württemberg eine Tarifierung der PiA erzielt werden. Diese erfreulichen Tarifiergebnisse sind aber letztlich immer als Kompromiss bei ungünstiger Rechtslage zu bewerten, da ver.di für die PiA grundsätzlich eine der Vorqualifikation (Master-Abschluss) entsprechende angemessene Vergütung fordert. Auch auf betrieblicher Ebene lohnt es sich, sich für Verbesserungen einzusetzen. Bereits 2009 hat ver.di daher eine Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen veröffentlicht, in der praktische Hinweise gegeben werden. Kernstück bildet der „Mustervertrag praktische Tätigkeit“, der in Zusammenarbeit mit der Berliner Psychotherapeutenkammer entstanden ist.

Aktuell hat die PiA-AG ihre Erfahrungen zusammengetragen und Kriterien für die Auswahl eines Ausbildungsinstituts sowie des angebotenen Ausbildungsvertrags erstellt. Mit Blick auf die Vielzahl der Institute, die sich durchaus unterscheiden, soll die Broschüre Anregungen geben, welche Punkte bei der Auswahl beachtet und welche Fragen gestellt werden könnten (ver.di 2014).

Es gibt verschiedene Ebenen, auf denen es sich lohnt, für die Interessen der PsychotherapeutInnen und der PiA gemeinsam einzutreten und Druck zu machen. Gemeinsam sind wir stark – für bessere Einkommens- sowie Arbeits- und Ausbildungsbedingungen. Denn Tarifverträge oder betriebliche Vereinbarungen fallen nicht vom Himmel, sondern müssen – immer wieder – erkämpft werden. Je mehr an einem Strang ziehen, desto mehr lässt sich erreichen. 

Anmerkung: Bei dem Artikel handelt es sich um eine aktualisierte und erweiterte Fassung des Beitrags „Wie steht ver.di zur Reform der Psychotherapeutenausbildung?“, der in Ausgabe 4 des Psychotherapeutenjournals 2013 erschienen ist.



Literaturhinweise

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2014): Berufswunsch Psychotherapeut/-in. Wo lasse ich mich ausbilden? Kriterien für die Auswahl eines Ausbildungsinstituts. Berlin.

Thomsen, Klaus/Wehrheim, Melanie (2013): Wie steht ver.di zur Reform der Psychotherapeutenausbildung? In: Psychotherapeutenjournal 4/2013, S. 354–355.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2010): Reform der Psychotherapieausbildung. Aktualisierte Neuauflage. Berlin.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2009): Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung – PiA. Eine Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. Berlin.

Weitere Informationen finden sich auf der ver.di Themenseite unter:

www.gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/psychotherapeut-in.

¹ Deutscher Bildungsrat – Empfehlungen der Bildungskommission, zit. nach Kemp, T. „Was ist Weiterbildung?“, in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1/1976, S. 2.



Sigrid Pape
Marie-Luise Langenbach

Gruppentherapie-Netzwerk Hamburg

Ein Erfahrungsbericht

Ambulante Gruppenpsychotherapie soll gefördert werden. Das scheint klar. Und während im stationären Rahmen gruppenpsychologische Behandlungen gegenüber einzeltherapeutischen Angeboten bei weitem überwiegen, werden im Bereich der ambulanten Versorgung nur minimale Prozentsätze aller psychotherapeutischen Leistungen als Gruppentherapie abgerechnet: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie erworben haben, gibt es viele, aber tatsächlich bietet nur ein Bruchteil ambulante Therapiegruppen an.

Offenbar ist die Bereitschaft, sich ins Abenteuer Gruppentherapie zu stürzen, trotz verschiedentlichem Appelle und einer seit einiger Zeit angemesseneren Honorierung deutlich gebremst. Das mag am hohen Berichtsaufkommen liegen. Oder am realistisch erzielbaren, bedingt durch Schwankungen in der Teilnehmerzahl oft unbefriedigenden Honorar pro Gruppensitzung. Oder auch an den Anforderungen an Kompetenz, Engagement und

Aufmerksamkeit, die damit verbunden sind, den therapeutischen Prozess von 8 bis 9 TeilnehmerInnen und deren Interaktionen untereinander gleichzeitig im Blick zu behalten.

In Gesprächen mit Kollegen und Kolleginnen, die Gruppentherapie anbieten, wurden noch eine Reihe weiterer Themen bzw. Aspekte deutlich, die uns Gruppentherapeuten und -therapeutinnen die Arbeit

erschweren und uns manchmal sogar die Lust am gruppentherapeutischen Behandeln verleiden. Um in einen professionellen Austausch zu kommen, uns gegenseitig zu unterstützen und uns perspektivisch initiativ für Verbesserungen einzusetzen, haben wir uns in Hamburg in einem Netzwerk organisiert.

Die Idee dazu entstand bei einer Intervisionssitzung zur tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie, und nach einigen Rundmails und Recherchen in einschlägigen Verzeichnissen trafen sich 15 interessierte Kolleginnen und Kollegen am 30. November 2012 erstmals zu einem *Treffen tiefenpsychologisch arbeitender Hamburger GruppentherapeutInnen*.

Der Teilnehmerkreis

Im Vorwege hatten wir beiden Organisatorinnen, Sigrid Pape und Dr. Marie-Luise Langenbach, uns entschieden, dass wir uns zunächst um eine Vernetzung von *tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden* KollegInnen bemühen wollten, da wir

1. selber zu dieser Gruppierung gehören,
2. für TP-spezifische Fragestellungen eine Plattform schaffen wollten und
3. um längerfristig einen Beitrag zur Identitätsbildung in der tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie zu leisten.

Wir beschlossen, dem Treffen einen etwas persönlicheren Rahmen zu geben, indem wir an einem Freitagabend in einen unserer Gruppenräume einluden und für ein paar Snacks und Getränke sorgten. Inzwischen haben wir uns siebenmal getroffen, jeweils einmal pro Quartal in wechselnden Praxisräumen, und die Veranstaltung akkreditieren lassen: Für die Treffen werden Fortbildungspunkte für Intervention vergeben.

Es hat sich inzwischen ein fester Kern von KollegInnen gebildet, die

an den Treffen teilnehmen, und zu jedem Treffen kommen auch neue Gesichter hinzu: Der Kreis von Interessierten wächst weiterhin, zumal es uns ein Anliegen ist, auch KollegInnen einzuladen, die sich noch in der Planungsphase für ein Gruppentherapieangebot befinden.

Die Inhalte

Es zeigte sich bereits beim ersten Treffen, dass der Informationsstand der Kolleginnen und Kollegen unterschiedlich war und dass gleich ein reger Austausch begann.

So erörterten wir zu Beginn den Stand der *berufspolitischen Forderungen* zur Förderung der Gruppentherapie: Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (nicht nur in der supportiven haltgebenden Variante in der TP), die Streichung der erforderlichen 15 Gruppenberichte zur Befreiung von der Gutachterpflicht, eine Zusammenlegung des zweiten und dritten Bewilligungsschrittes (von 25 direkt auf 60 Gruppensitzungen) sowie die Erteilung der vorläufigen Abrechnungsgenehmigung für Gruppen während der Ausbildung unter Supervision.

Dann ging es sowohl um *formale Fragen* (z.B. Kombinationsmöglichkeiten von Einzel- und Gruppentherapie; Antrags- und Abrechnungsfragen; Erfahrungen mit (Gruppen-) Gutachtern; Ausfallhonorar-Regelungen; Gruppentherapieverträge bzw. -vereinbarungen) als auch um *inhaltliche Schwerpunkte* (z.B. das Angebot störungsspezifischer Gruppen; Gruppenregeln; den Umgang mit Kontakten von Gruppenmitgliedern außerhalb der Therapiesitzungen).

Das Thema „Anfangsrunde oder nicht“ wurde lebhaft diskutiert zwischen dem Pol „Sicherheit durch Struktur“, vor allem bei strukturschwachen Patientinnen und Patienten, und dem Pol „einen freien Übertragungsraum gewährleisten“.

Zum Thema „Co-Therapie“ haben wir dann alle Co-TherapeutInnen mit eingeladen. Dies Thema stieß auf große Resonanz. Spannend für alle Beteiligten war, auf wie unterschiedliche Weise die Zusammenarbeit zwischen zwei GruppentherapeutInnen gehandhabt werden und gelingen kann: Angefangen von der Sitzordnung der beiden Co-TherapeutInnen (nebeneinander

Inzwischen hat sich ein fester Kern von KollegInnen gebildet und der Kreis von Interessierten wächst weiterhin.



Psychotherapie **Aktuell** Online-Umfrage:

Ihre Meinung zum Thema „Gruppentherapie“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, auch diesmal haben Sie wieder die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung zu einem fachlich und berufspolitisch relevanten Thema abzugeben – diesmal geht es um Gruppentherapie. Durch die Online-Beantwortung einiger Fragen können Sie hierzu Stellung nehmen.

Diese Kurz-Umfrage ist garantiert anonym, aus Ihren Antworten können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Zur Teilnahme geben Sie bitte den folgenden Link in die Adresszeile Ihres Internet-browsers ein, Sie gelangen dann automatisch zur ersten Frage.

<http://www.onlineumfragen.com/login.cfm?umfrage=54362>

der, im 90°-Winkel zueinander oder gegenüber?) über die Frage, ob es eine bestimmte Rollenaufteilung gibt, besondere Übertragungsbe-reitschaften eingeladen werden, über den Umgang mit Spaltungstendenzen bis hin zur Intensität von Vor- oder Nachbesprechungen ergab sich ein äußerst vielfältiges Bild.

Aus aktuellem Anlass widmeten wir uns bei unserem letzten Treffen dem Thema „Abschied von der Therapiegruppe“. Dabei ging es unter anderem um Emotionen, die sich auf dem Hintergrund aktualisierter Trennungserfahrungen bei den Teilnehmern zeigen und bearbeitet werden wollen, wenn sich, wie in unserem aktuellen Beispiel, eine von zwei Gruppentherapeutinnen von der Gruppe verabschiedet. Im weiteren besprachen wir dann den Umgang mit Therapieabbrüchen und die Gestaltung von „regulären“ Abschieden einzelner GruppenteilnehmerInnen und deren Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess.

Wir nahmen auch die Tatsache in den Blick, dass jedes Ende einer Gruppensitzung uns mit dem Abschiedsthema konfrontiert – was den Teilnehmenden die Möglichkeit bietet, gutes Abschiednehmen zu entwickeln, das vielen fremd ist.

Mit einem Abschluss-Blitzlicht zum Thema „Was nehme ich aus der heutigen Sitzung mit?“ probierten wir dann gleich eine der Möglichkeiten aus, auf ritualisierte Art die Gruppensitzung zu beenden.

Als nächstes stehen Themen wie konzeptionelle Orientierung, Einzelarbeit vs. Gruppeninteraktion, Indikation und Auswahlkriterien, Aufnahme neuer TeilnehmerInnen sowie Interventionen bei besonderen TeilnehmerInnen auf der Agenda.

Der virtuelle „Gruppenraum“

Zusätzlich zu den „realen“ vierteljährlichen Treffen haben wir für die beteiligten GruppentherapeutInnen einen zugangsbeschränkten „virtuellen Gruppenraum“ eingerichtet, mit folgenden Rubriken:

- interessante Materialien (z.B. eine Liste verfügbarer Gruppenangebote, juristische Stellungnahmen zum Ausfallhonorar, Fachartikel, Protokolle unserer Treffen)
- Diskussionen
- Ankündigungen von freien Gruppenplätzen
- ein Verzeichnis aller beteiligten GruppentherapeutInnen sowie
- Termine und Ankündigungen der nächsten geplanten Treffen.

Für eine solche virtuelle Plattform gibt es verschiedene Möglichkeiten. Wir haben die Plattform „CommSy“ gewählt, die leicht zu bedienen und für unsere Zwecke gut geeignet ist. Sie wurde von einer Gruppe Hamburger Professoren speziell für den Zweck der Vernetzung von Arbeitsgruppen und Projektgruppen als Open-Source-Plattform entwickelt, die es auf einfache Weise ermöglicht, Termine, Materialien und Ankündigungen einzustellen, Rundmails an alle zu verschicken oder in Form von Diskussionen miteinander in Kontakt zu treten. Als Betreiber fungiert eine GmbH namens „effective WEBWORK“.

Bei nicht-kommerziellem Interesse (das wir in unserem Fall trotz bezahlter Gruppenpsychotherapie glaubhaft machen konnten), ist die Freischaltung dieses geschützten virtuellen Raumes *kostenlos*.

Benötigt wird eine Person, die als ModeratorIn fungiert, vorab gewisse Einstellungen für diesen virtuellen Raum tätigt, bei Anfragen von InteressentInnen entscheiden kann, ob diese Person zum Teilnehmerkreis zugelassen werden soll und insgesamt die Sache im Auge behält. Diese Funktion ist – nach kurzer Einführung – auch mit geringen IT-Kompetenzen zu leisten.

Auf einem der ersten Treffen haben wir den Anwesenden diese neu eingerichtete Plattform mittels PC und Beamer vorgeführt. Das hat neugierig gemacht und bestehende Unsicherheiten reduziert.

Natürlich muss gesagt werden, dass (noch) nicht alle TeilnehmerInnen dieses Angebot in gleicher Weise nutzen. Gut genutzt wird es, um freie Gruppenplätze zu annon-cieren, da es u.a. die Möglichkeit bietet, mit einem Klick auf einen kleinen Briefumschlag eine Mail an alle Beteiligten zu versenden. Daneben dient es uns zur Archivierung relevanter Materialien und zur unkomplizierten Kontaktaufnahme mit anderen TeilnehmerInnen des Netzwerks.

Gern genutzt wird auch eine Liste von aktuellen, tiefenpsychologisch fundierten Gruppenangeboten. Diese kann heruntergeladen und PatientInnen, die auf der Suche danach sind, zur Verfügung gestellt werden.

Fazit

Das *Hamburger Gruppentherapie-Netzwerk* begeistert uns! 

Es ist uns ein Anliegen, auch KollegInnen einzuladen, die sich noch in der Planungsphase für ein Gruppentherapieangebot befinden.



Sigrid Pape

Psychologische Psychotherapeutin für Einzel- und Gruppenpsychotherapie (TP) in Hamburg, Dozentin und Supervisorin der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT), leitet an verschiedenen Aus- und Fortbildungsinstituten u.a. Seminare zur Fachkunde der Gruppenpsychotherapie.



Dr. Marie-Luise Langenbach

Psychologische Psychotherapeutin für Einzel- und Gruppenpsychotherapie, KV-Zulassung, Supervisorin und Dozentin DFT sowie Tätigkeit am Ausbildungsinstitut ZAP Lübeck.



Dieter Best

Tipps zur Abrechnung

**Ich arbeite in der Kosten-
erstattung und behandle einen
Patienten, der über die Berufs-
genossenschaft versichert ist.
Die BG will mir nur den einfaches
Satz der UV-GOÄ bezahlen.
Was kann ich machen?**

Die UV-GOÄ ist ein Vertrag zwischen den Unfallversicherungsträgern und der KBV. Diesem Vertrag gehören die Vertragspsychotherapeuten bisher nicht an, die Psychotherapeuten, die über das Kosten-erstattungsverfahren abrechnen, schon gar nicht. Insofern müssen Sie die UV-GOÄ-Sätze, die weit unterhalb der üblichen Honorare angesiedelt sind, nicht akzeptieren. Die rechtlich richtige Grundlage für Sie ist die GOP. Wenn Sie dem sogenannten „Psychotherapeutenverfahren“ der Unfallversicherungsträger zugestimmt haben und Ihre Qualifikation zur Behandlung von Traumastörungen nachgewiesen haben, können Sie nach den dort gültigen Sätzen abrechnen, sind jedoch an die sonstigen, recht restriktiven Bedingungen gebunden. Näheres können Sie im Bundesmitgliederbrief 4/2012 nachlesen. Dort haben wir ausführlich über dieses Verfahren berichtet.

**Kann man im Rahmen einer
genehmigten Psychotherapie
ein Entspannungstraining
durchführen?**

Zunächst ist festzustellen, dass nur in der Verhaltenstherapie, nicht bei den psychodynamischen Verfahren, Entspannungstrainings während einer genehmigten Psychotherapie abgerechnet werden können. Dies begründet sich auf § 14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie. Dort steht bei den „psychoanalytisch begründeten Verfahren“: „Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren übende und suggestive Interventionen auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen.“

Wenn man jedoch während einer Verhaltenstherapie ein Entspannungstraining abrechnen will, gibt es zwei Möglichkeiten:

- als integrativer und nicht extra ausgewiesener Bestandteil der Therapiesitzung,
- als eigene Leistung nach den EBM-Nummern 35111 oder 35112. Hier kann ich zwar theoretisch die Entspannungseinheiten direkt vor oder nach einer Verhaltenstherapiesitzung durchführen, denn es gibt keinen

diesbezüglichen Abrechnungsausschluss, ich stoße aber an die allgemeine Bestimmung 2.1.3 des EBM:

„Eine Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und – sofern vorhanden – fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind zu berücksichtigen. Diese Regelung ist auch anzuwenden, wenn die Gebührenordnungsposition in verschiedenen Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt ist. Dies gilt für Gebührenordnungspositionen mit Gesprächs- und Beratungsinhalten auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird.“

Dieser auch als „Zielleistungsprinzip“ genannte (für den Bereich der Psychotherapie und -diagnostik nachvollziehbare) Grundsatz kann von einer KV angewendet und die Leistung für das Entspannungsverfahren gestrichen werden, wenn es im Rahmen desselben Kontaktes mit einer Verhaltenstherapiesitzung durchgeführt wurde. ■



Martina Klant

Psychotherapie in Dar es Salaam

Arbeiten in einem tansanischen Krankenhaus

Vom 5. November 2013 bis zum 21. Februar 2014 habe ich im Muhimbili National Hospital (MNH) in Dar es Salaam in Tansania in der psychiatrischen Abteilung und an der angeschlossenen Muhimbili University of Health and Allied Sciences (MUHAS) als Psychotherapeutin und Senior Lecturer in der Ausbildung von klinischen Psychologen mitgearbeitet. Über das Arbeitsumfeld, über den Stand der Psychotherapie in Tansania sowie über meine persönlichen Erfahrungen berichte ich in diesem Artikel.

Das Land

Tansania befindet sich im Osten Afrikas. Es hat eine Fläche von 945.000 km² und eine Einwohnerzahl von 46 Millionen (Deutschland 357.000 km² / 80,7 Millionen Einwohner). In Tansania gibt es insgesamt 700 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern (Deutschland insgesamt 39.072 Betten). D.h. pro 100.000 Einwohner stehen 1,55 Betten für Patienten mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung (Deutschland 47,62). Es gibt dort 20 ausgebildete Psychiater (0,04 pro 100.000 Einwohner), in Deutschland 1.230 (15,23 pro 100.000 Einwohner). In den staatlichen Krankenhäusern gibt es vier ausgebildete klinische Psychologen, die therapeutisch arbeiten. (Quelle: Mental Health Atlas 2011, WHO)

Das Arbeitsumfeld

Das Muhimbili National Hospital ist das größte staatliche Krankenhaus in Dar Es Salaam, einer Hafenstadt am Indischen Ozean mit 4,5 Millionen Einwohnern und damit die größte Stadt des Landes. Es ist das einzige Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung. Sie besteht aus drei Stationen (Frauen-, Männer-, Privatstation), die zusammen 70 Betten haben. Die Stationen sind ständig überbelegt. Es gibt eine Akut-Station mit 12 Betten, die für beide Geschlechter gedacht war. Wegen der hohen Zahl an männlichen Patienten mit akuten psychischen Symptomen wird die Akut-Station zurzeit ausschließlich mit männlichen Patienten belegt. Alle Stationen sind geschlossene Stationen. Des Weiteren werden eine Klinikambulanz sowie eine

Methadonambulanz betrieben. Die Patienten im Department wurden von Distrikt-Krankenhäusern überwiesen. Ohne Überweisung erfolgt keine Behandlung (es sei denn als Privatpatient).

Es gibt vier auf Stadtgebiete bezogene Zuständigkeitsbereiche, die identisch arbeiten: große Visite und Servicevisite einmal pro Woche, tägliche Visite auf der Akutstation, sofern Patienten neu aufgenommen wurden. Einmal in der Woche Klinikambulanz für das entsprechende Stadtgebiet.

An der großen Visite nehmen neben den Fachärzten Assistenzärzte, ein klinischer Psychologe, Ärzte in Ausbildung, ein Arbeitstherapeut, ein Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Krankenpfleger und KrankenpflegeschülerInnen teil. Nicht selten sitzen 10 bis 15 Fachleute dem Patienten gegenüber. Servicevisite und Visite auf der Akutstation werden von den ärztlichen Kollegen allein durchgeführt.

Exemplarisch beschreibe ich im Folgenden die Frauenstation: Durch einen Vorraum, das Schwesternzimmer, gelangt man in die Station. Die Patientinnen stehen

**700 Betten
in psychiatrischen
Einrichtungen
für 46 Millionen Tansanier,
20 Psychiater und
vier klinische
Psychologen.**

unter dauernder Beobachtung, denn vom Schwesternzimmer aus hat das Pflegepersonal durch eine vergitterte Öffnung Einblick in den großen Schlafsaal. 30 Betten stehen aneinander gereiht, es gibt ein Bad für alle. Manchmal sind Patientinnen zwischen den Betten fixiert, liegen nackt auf dem Boden. Manche Patientinnen sind so verstört und desorientiert, dass sie nackt und mit Blut und Exkrementen verschmiert durch den Saal geistern. Andere liegen apathisch in ihrem Bett. In einer Ecke des Zimmers ist eine freie Fläche. Dort nehmen die Patientinnen auf dem Boden sitzend ihre Mahlzeiten ein. Sie können die Station nur in Begleitung einer Schwester verlassen. Die Männerstation ist genauso eingerichtet. Auf der Männerstation kommen häufiger gewalttätige Übergriffe unter den Patienten vor. Zur großen Visite werden die Patienten von einer Schwester/einem Pfleger begleitet und später wieder auf die Station gebracht.

Die Patienten

Bei den Patienten werden am häufigsten Erkrankungen aus folgenden Bereichen diagnostiziert:

- Bipolare affektive Störung (F31.-)
- Drogeninduzierte Psychosen (F10.5, F11.5, F12.5, F13.5 etc.)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)
- Psychische Störung aufgrund Schädigung des Gehirns durch eine körperliche Krankheit (HIV-Infektion) (F06.-).

Die Patienten werden oft erst dann vorgestellt, wenn die psychische Erkrankung schon weit fortgeschritten ist. Das liegt daran, dass die Krankheitszeichen in der Regel als „Bewitchment“ (Verhext-sein) interpretiert werden und der Patient zunächst einem Traditional Healer vorgestellt wird. Das verzögert den Behandlungsbeginn.

Psychische Erkrankungen sind extrem stigmatisiert. Die Vorstellung,

verhext zu sein, ist dagegen sozial akzeptiert. In ländlichen Gegenden gibt es nur kleine medizinische Versorgungszentren, die von Krankenschwestern oder Medical Officern betreut werden. Es steht kein Arzt geschweige denn Psychiatrie erfahrenes Fachpersonal zur Verfügung. Die Patienten sind bei der Aufnahme oft sehr desorganisiert und desorientiert, in einem erbärmlichen körperlichen Zustand. Sie sind häufig verletzt, weil sie sich der Einweisung widersetzt haben, oft auch gefesselt. Sie leiden unter Symptomen wie Halluzinationen jeder Art, Wahnvorstellungen, Denkstörungen, Mutismus, Affektverflachung etc. In der Regel werden die Patienten von Angehörigen oder von der Polizei gebracht.

Die Behandlung

Im Gegensatz zu allen anderen Patienten, die ihre Behandlung selbst bezahlen müssen, sind die Behandlung und die Medikamente für Patienten mit psychischen Erkrankungen frei. Die Behandlung erfolgt über Neuroleptika und Antidepressiva, zum Teil auch über Tranquilizer. Folgende Wirkstoffe stehen zur Verfügung: Haloperidol, Amitriptylin, Fluphenazin, Carbamazepin, Chlorpromazin, Phenobarbital. Olanzapin und Valproinsäure sind unregelmäßig zu bekommen. Sie werden deswegen als on/off-Medikamente bezeichnet. Die Medikamente werden zentral vom Gesundheitsministerium eingekauft und an die Kliniken verteilt. Teurere Medikamente stehen deshalb im Muhimbili nicht zur Verfügung, sind aber in Apotheken außerhalb der Klinik verfügbar. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten wird initial mit Haloperidol behandelt, ob der Patient an einer Manie, einer akuten Psychose, an einer Schizophrenie leidet. Nur Patienten, bei denen eindeutig eine depressive Symptomatik dominiert, erhalten kein Haloperidol.

Die Patienten sind oft so desorientiert, dass sie gar nicht verstehen,

welche Behandlung erfolgt. Zwar gibt es auch in Tansania Gesetze, die eine Zwangsbehandlung eines Patienten nur nach richterlichem Beschluss erlauben, aber es schert sich niemand darum. Die Gerichtsbarkeit überlässt diese Entscheidungen vollständig den Ärzten. Die Familien sind froh, wenn ihre erkrankten Angehörigen in der Klinik untergebracht sind und die Familie entlastet ist. Selbst wenn Patienten äußern, dass sie die Station verlassen wollen, wird das ignoriert. Die medikamentöse Behandlung wird durch eine tägliche Beschäftigungstherapie ergänzt. Sobald sich die psychische Situation des Patienten stabilisiert hat, nimmt er täglich daran teil. Diese beginnt werktags gegen 9 Uhr und endet gegen 12 Uhr. „Psychoedukation“ des Patienten über die Erkrankung, die Notwendigkeit der Medikation, die Aufklärung der Familie über die Erkrankung vervollständigt die Behandlung.

In Tansania werden hierarchische Strukturen – zumindest vordergründig – streng geachtet. Das prägt die Weise, wie Psychoedukation vermittelt wird. Sie erfolgt als Belehrung. Ob Patienten und Angehörige verstanden haben, was ihnen vorgetragen wurde, interessiert nicht. Es wird erwartet, dass sich Patient und Angehörige an die Anweisungen halten, was in der Realität selten passiert. Einige Patienten erhalten eine vom Arzt verordnete psychotherapeutische Behandlung.

Psychotherapeutische Behandlung im Besonderen

Hintergrundinformationen: Die in der Abteilung arbeitenden Psychologen haben ihre Ausbildung an der Muhimbili University of Health and Allied Sciences (MUHAS) absolviert und vor ca. zwei Jahren abgeschlossen. Sie sind beruflich unerfahren. Der Masterstudien-gang „Clinical Psychology“ existiert erst seit sechs Jahren an der

Der Behandlungsbeginn wird verzögert. Symptome werden als Verhext-sein interpretiert und ein Traditional Healer wird konsultiert.



Die psychotherapeutische Behandlung umfasst maximal acht Sitzungen inklusive diagnostischer Sitzungen, ist lösungsorientiert und direktiv.

MUHAS. Bisher haben zwei Gruppen von Psychologen, insgesamt 12 Studierende, den Studiengang absolviert. Zurzeit befinden sich zwei Studierende im Abschlussjahrgang und eine Studierende im ersten Studienjahr. Der Studiengang ist nur bedingt eigenständig. Er ist dem Fachbereich Medizin/Psychiatrie zugeordnet. Wegen finanzieller Engpässe im tansanischen Bildungsministerium wurden Fördergelder für den Masterstudiengang Clinical Psychology gestrichen. Die Studiengebühren inklusive Nebenkosten betragen ca. 3.000 € pro Studienjahr (durchschnittliches tansanische Monatseinkommen ca. 50 €). Die Studierenden müssen die Studiengebühren jetzt selbst aufbringen. Hinzu kommen die Kosten für den Lebensunterhalt, die Wohnung etc.

An der MUHAS erhalten die Studierenden die Ausbildung in klinischer Psychologie. Alle Themen werden gestreift. Therapeutisch liegt der Schwerpunkt auf der Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Dabei wird der Ansatz von Beck favorisiert. Neben der CBT wird die Methode des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) vermittelt sowie therapeutische Methoden, die auf den Bindungstheorien von John Bowlby basieren.



Martina Klant

Psychologische Psychotherapeutin, Diplom 1983, niedergelassen seit 1987 in eigener Praxis. Arbeitsschwerpunkte Verhaltenstherapie, Traumatherapie, Supervision.

Psychotherapie konkret

Der klinische Psychologe erhält vom behandelnden Arzt den Auftrag, den Patienten psychotherapeutisch zu behandeln. Der Therapeut nimmt Kontakt zu dem Patienten auf und vereinbart einen Termin. Es erfolgen zwei Sitzungen, in denen die Problematik eingegrenzt wird. Eine Verhaltensanalyse im klassischen Sinne erfolgt nicht. Dann erarbeitet der Therapeut Lösungsvorschläge, er beschreibt Verhaltensalternativen, er arbeitet auf die Akzeptanz unveränderbarer Umstände hin. Die Vorgehensweise ist direktiv. In den folgenden Sitzungen prüft er, inwieweit der Patient die Vorschläge umgesetzt hat bzw. woran die Umsetzung gescheitert ist. Nach spätestens acht Sitzungen ist die Therapie beendet. Das heißt, Problemverhalten wird sehr konkret angegangen. Die Behandlung ist stark lösungsorientiert. Es handelt sich um kurze Interventionen. Die Gründe für diese Vorgehensweise sind

- sehr begrenzte Ressourcen an Therapeuten
- das Bildungsniveau des durchschnittlichen Tansaniers ist sehr niedrig, deshalb ist es notwendig, die psychischen Probleme auf eine sehr einfache Weise zu erläutern und einfache Ziele zu definieren
- der Patient erwartet konkrete Handlungsanweisungen; dies ist kulturell begründet.

Weitere regelmäßige Erschwernisse für die Durchführung einer Psychotherapie sind

- der tägliche Verkehrsstau in Dar es Salaam, der häufig zu stundenlangen Verspätungen bei den Patienten führt
- die kulturell bedingte sehr lockere Handhabung von Verabredungen; wenn der Patient nicht am Tag vorher an den Termin erinnert wird, nimmt er ihn nicht wahr
- das kulturell bedingte mangelhafte Zeitmanagement
- finanzielle Probleme; d.h. der Patient ist nicht in der Lage, die

Kosten für den Transport zum Krankenhaus zu bezahlen.

Meine Arbeit

Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase habe ich alle Aufgaben einer klinischen Psychologin in der Abteilung übernommen. Ich nahm an allen Visiten teil. Mir wurden Patienten zur Einzelbehandlung zugewiesen. In der Regel waren diese englischsprachig. Patienten, die Kiswaheli sprachen, wurden mir gelegentlich zugewiesen, wenn der behandelnde Arzt meine diagnostische Einschätzung wünschte. In diesen Fällen arbeitete ich mit einer Ärztin, die Dolmetschte. Dies funktionierte erstaunlich gut. Ich führte regelmäßig Supervisionen durch, auch für die Master-Studenten. Ich wurde gebeten, eine Gruppe von Ärzten in Ausbildung zum Psychiater in kognitiv-behavioralen Therapieformen zu unterrichten. Dies war ein zusätzliches Angebot, das die Kollegen freiwillig besuchten. Es wurde sehr gut angenommen.

Fazit

Ich habe eine sehr interessante Zeit in der psychiatrischen Abteilung des Muhimbili National Hospital verbringen dürfen. Ich wurde als Kollegin ernst genommen und konnte meine Fähigkeiten voll einbringen. Ich habe viel über die tansanische Mentalität und Denk- und (Er)Lebensweise gelernt. Die Psychotherapie steht dort noch ganz am Anfang. Und es ist spannend, unsere im Westen entwickelten Konzepte an die Erfordernisse und Bedürfnisse der Menschen dort anzupassen.

Literaturhinweis

Klant, Martina (2014): Verrücktes aus Dar Es Salaam. Abenteuer Psychotherapie in Tansania, Books on Demand, Norderstedt.



Johanna Schröder

Psychotherapeuten und psychologische Online-Interventionen

Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Online-Umfrage unter Psychotherapeuten

Einleitung

Behandlungsangebote, die sich das Internet als Informations- und Kommunikationsmedium zu Nutze machen, haben als komplementäre Versorgungsansätze großes Potenzial, bestehende Versorgungslücken bei Menschen mit psychischen Störungen zu reduzieren. Ein Beispiel für solche internetbasierten Behandlungsangebote sind psychologische Online-Interventionen (POI). Darunter fallen nach eigener Definition Software-Programme, die den Nutzern über einen persönlichen Zugang über den Internet-Browser (therapeutengeleitet oder unbegleitet) anhand von text-, audio- und videobasierten Elementen in verschiedenen Modulen psychotherapeutische Inhalte nahebrin-

gen, sie zu Übungen anleiten und das psychotherapeutische Material zum Download bereitstellen. Solche internetbasierten Selbsthilfeprogramme haben Ähnlichkeit mit Selbsthilfebüchern, wobei die Internettechnologie zusätzliche Darbietungsformen bietet, die über die Gestaltungsmöglichkeiten von Selbsthilfebüchern weit hinausgehen (z.B. die automatische Anpassung der Inhalte und Übungen entsprechend identifizierter Nutzerbedürfnisse). Die Frequenz und Intensität therapeutischer Unterstützung kann hierbei verschiedene Ausmaße annehmen. In der wissenschaftlichen Literatur sind POI auch häufig unter dem Begriff *Internet-based Cognitive Behavioral Therapy* (iCBT) zu finden, da ein Großteil dieser Interventionen

inhaltlich auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie beruht. In den vergangenen Jahren wurden POI für viele verschiedene Bereiche psychischer Störungen entwickelt.

Die Wirksamkeit von POI konnte bereits in vielen Studien und Meta-Analysen belegt werden. Insbesondere bei depressiven Störungen und Angststörungen erzielten diese Programme nahezu vergleichbare Effekte wie *Face-to-face*-Therapien. Trotz der mittlerweile starken Evidenzbasis sind POI im Vergleich zu beispielsweise den Niederlanden, Australien und Großbritannien, wo POI durch staatliche Institutionen unterstützt werden, in Deutschland bis dato nur schwach etabliert. In den deutschen Medien und Berufsverbänden werden die Vor- und

Psychologische Online-Interventionen haben Potenzial, Versorgungslücken bei Menschen mit psychischen Störungen zu reduzieren.

In den Medien werden die Vor- und Nachteile von psychologischen Online-Interventionen kontrovers diskutiert.

Nachteile einer möglichen Implementierung in das Versorgungssystem jedoch bereits kontrovers diskutiert.

Die Erforschung von Einstellungen gegenüber POI bei potenziellen Nutzern sowie Akteuren des Versorgungsnetzes ist notwendig, da die Akzeptanz solcher innovativen Versorgungsansätze (neben der Wirksamkeit und Kosteneffektivität) ein wichtiges Kriterium für deren erfolgreiche Implementierung darstellt. Daher war es das Ziel der vorliegenden Untersuchung, die Akzeptanz von POI bei Psychotherapeuten zu erfassen, um mögliche Ressentiments, aber auch überhöhte Erwartungen näher zu beleuchten und somit einen systematischen Beitrag zum aktuellen Diskurs zu leisten.

Zu diesem Zweck wurde mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) eine Stichprobe von Psychotherapeuten über einen Online-Fragebogen zu ihrer Einstellung gegenüber POI befragt. Folgende Fragestellungen sollten hierbei geklärt werden:

- I. Wie groß ist der Anteil an Psychotherapeuten, die internetbasierte Elemente in die *Face-to-face*-Therapie integrieren?
- II. Wie stellt sich die Einstellungsausprägung von Psychotherapeuten auf dem *Attitudes towards Psychological Online Interventions Questionnaire* (APOI) dar?
- III. Welche Vor- und Nachteile sehen Psychotherapeuten in einer möglichen Implementierung von POI in das bestehende Versorgungssystem?

Methode

Die Online-Umfrage wurde über die E-Mail-Verteiler der DPTV und der DGVT versendet. Anhand qualitativer Fragen wurden die Therapeuten gebeten, ihre persönliche Einschätzung der Vor- und Nachtei-

le anzugeben, die mit POI einhergehen könnten (a-priori erfolgte keine Festlegung von Kategorien). Weiterhin wurde erfragt, wie häufig sie persönlich internetbasierte Elemente in ihrer therapeutischen Arbeit nutzen. Zuletzt wurde den Psychotherapeuten eine adaptierte Version des *Attitudes towards Psychological Online Interventions Questionnaire* (APOI) vorgegeben. Dieser Fragebogen wurde im Rahmen des EVIDENT-Projekts entwickelt¹, in dem das POI-Programm *deprexis*[®] aktuell evaluiert wird, und erfasst die Einstellung gegenüber POI in vier verschiedenen Dimensionen: Skepsis und Risikowahrnehmung (z.B. „Bei einer POI erhalten betroffene Personen keine professionelle Unterstützung“), Vertrauen in die therapeutische Wirksamkeit (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass eine POI betroffenen Personen helfen könnte.“), Wahrnehmung von Defiziten durch Technisierung beziehungsweise mangelnden persönlichen Kontakt (z.B. „In Krisensituationen kann betroffenen Personen ein echter Therapeut besser helfen als eine POI.“) und Wahrnehmung von Vorteilen durch Anonymität im Sinne einer gesteigerten Selbstöffnung und Destigmatisierung (z.B. „Bei einer POI fällt es betroffenen Personen leichter als bei einem Psychotherapeuten, ihre Gefühle zu offenbaren.“). Die Summenwerte der einzelnen Subskalen mit je vier

Items haben bei einer Likert-Skala von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“ eine theoretische Skalenrange von 4 bis 20.

Die Rekrutierung der Psychotherapeuten startete am 27.5.2013 und wurde am 2.11.2013 abgeschlossen. In diesem Zeitraum füllten insgesamt 495 Personen den Online-Fragebogen aus, von denen 67 Personen aufgrund einer fehlenden Approbation von der Analyse ausgeschlossen wurden. Somit umfasste die finale Stichprobe der Psychotherapeuten 428 Personen (für die Stichprobencharakteristika siehe Tabelle 1).

Ergebnisse

Fragestellung I: Nutzung internetbasierter Elemente

Abbildung 1 zeigt die absoluten Häufigkeiten der Antworten der befragten Psychotherapeuten in Bezug auf die therapeutische Nutzung von E-Mails in der *Face-to-face*-Therapie („Haben Sie therapeutischen E-Mail-Kontakt zu Ihren Patienten, der über Terminvereinbarungen hinausgeht?“). Hier zeigt sich, dass 62,4% der Therapeuten mit aktuellem Patientenkontakt (n = 412) E-Mail-Kontakt zu ihren Patienten haben, der über Terminvereinbarungen hinausgeht (davon 14,6% oft und 47,8% nur in Notfällen). Die übrigen 37,6% nutzen keine internetbasierten Elemente in ihrer *Face-to-face*-Therapie, wobei 19,7% der Therapeuten sich dies

¹ Dieser Artikel ist ein Teil einer Dissertation mit dem Titel: „Psychometrische Messung von Einstellungen gegenüber psychologischen Online-Interventionen bei depressiven Personen und Psychotherapeuten“.

Stichprobencharakteristika (n = 428)	
Geschlecht in % (weiblich / männlich)	68,7 / 31,3
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	49,2 (9,60)
Internetnutzung in % (mindestens täglich / seltener als täglich)	88,8 / 11,2
Wissen über POI in % (nicht vorhanden bis gering / mittelmäßig bis viel)	80,4 / 19,6
Therapeutische Orientierung in % (VT / PA o. TP / Sonstige)	63,6 / 22,9 / 13,5
Anmerkung: VT: Verhaltenstherapie, PA: Psychoanalyse, TP: Tiefenpsychologie	

Tabelle 1

vorstellen könnten und E-Mail-Kontakt zu Patienten für 18,0% nicht in Frage käme.

**Fragestellung II:
Ergebnisse auf dem APOI**

Abbildung 2 zeigt die Ausprägungen der Psychotherapeuten (n = 428) auf den vier Subskalen des APOI. Hier wird deutlich, dass die befragte Stichprobe vornehmlich Defizite von POI wahrnimmt, die auf einen wahrgenommenen Mangel an persönlichem Kontakt zurückgeführt werden können (M = 15.2, SD = 0.12). Am zweitstärksten ausgeprägt war wiederum das Vertrauen in die therapeutische Wirksamkeit von POI (M = 14.26, SD = 0.13). Die dritthöchste Ausprägung machte die allgemeine Skepsis und Risikowahrnehmung in Bezug auf POI aus (M = 12.96, SD = 0.13) und am niedrigsten war bei den Therapeuten die Wahrnehmung von Vorteilen für die Patienten durch Anonymität bei POI ausgeprägt (M = 11.18, SD = 0.14).

**Fragestellung III:
Qualitative Erhebung der Vor- und Nachteile von POI**

Bezüglich der Nachteile von POI wurden insgesamt 548 freie Antworten gegeben, die sich in 14 verschiedene Kategorien einteilen ließen. 41,2% der Befragten gaben als Nachteil an, dass es POI an einer therapeutischen Beziehung und klientenzentrierten Wirkfaktoren mangle. Dies führe nach der Meinung vieler Therapeuten dazu, dass die Psychotherapie durch den fehlenden persönlichen Kontakt technisiert und entmenschlicht werde. 15,3% gaben an, dass durch die Begrenzung der Kommunikationskanäle möglicherweise Missverständnisse entstünden (z.B. Interaktionsdefizite durch fehlende nonverbale Kommunikation) oder die Patienten therapeutische Inhalte falsch verstehen könnten. 14,2% der Therapeuten waren der Meinung, dass POI zu schematisch seien und durch ihre geringe inhaltliche Flexibilität nicht an individu-

elle Bedürfnisse und Probleme der Patienten (z.B. Komorbiditäten) angepasst werden könnten, wodurch eine Tendenz zur Abstraktion und Vereinfachung komplexer Probleme entstünde. 4,9% der Befragten sahen eine mangelhafte klinische (Eignungs-)Diagnostik und somit die Selbstselektion der Patienten als Problem bei POI. Als weiteren Nachteil nannten 4,1% einen fehlenden Motivationsaufbau durch die Unverbindlichkeit von POI. Weitere 4,1% der Therapeuten befürchteten ein mangelhaftes Monitoring sowohl bezogen auf den Krankheitsverlauf (z.B. das Übersehen von Problemen) als auch auf den therapeutischen Verlauf (z.B. sei kein Kontrollieren von Hausaufgaben möglich). Ebenfalls 4,1% der Befragten sahen Datenschutz- und computertechnische Probleme als Nachteil von POI. 3,4% gaben an, dass POI sich nicht bei schweren psychischen Störungen eigneten,

da Krisenmanagement und Notfallinterventionen nicht möglich seien. 1,6% der Befragten befürchteten, dass psychotherapeutische Arbeit durch POI entwertet werde oder dass die Krankenkassen POI als finanzielle Einsparungsmöglichkeit sähen und die Behandlungsangebote für psychisch kranke Patienten verringerten. 1,5% der Therapeuten erachteten POI ausschließlich bei Personen mit intellektuellen/verbalen Ressourcen sowie Reflexionsfähigkeit als sinnvoll. Weitere 1,5% befürchteten bei POI eine unkontrollierbare Wirkung sowie das Risiko (unbekannter) negativer Effekte (z.B. Symptomverschiebung, Überforderung der Patienten, Abkehr von Hilfsangeboten durch Misserfolg). 1,3% der Therapeuten vermuteten eine Festigung des Vermeidungsverhaltens einiger Patienten durch POI und weitere 1,3% nahmen an, dass POI den Rückzug/die soziale Isolation und

20,0% der Befragten gaben als Vorteil von POI deren schnelle Verfügbarkeit und praktische Zugänglichkeit an.

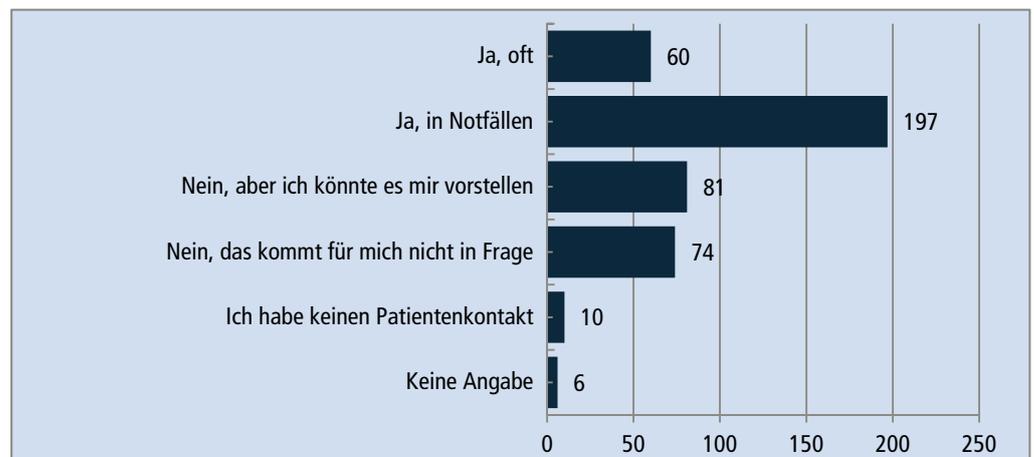


Abbildung 1

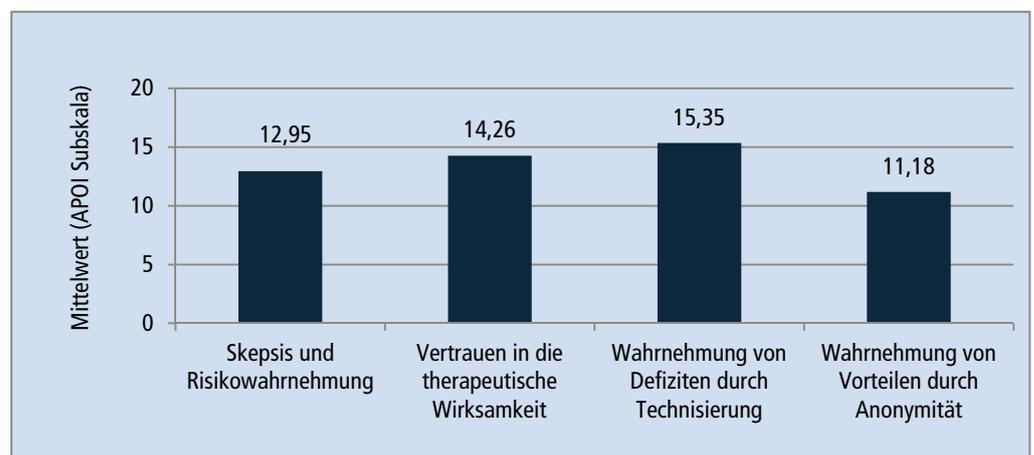


Abbildung 2

den Abbau sozialer Kompetenzen fördern könnten. 1,1% der Befragten gaben als Nachteil von POI eine mangelhafte Qualitätskontrolle der Anbieter an.

Bezüglich der Vorteile von POI wurden insgesamt 779 freie Antworten gegeben, die sich in 15 verschiedene Kategorien einteilen ließen. 20,0% der Befragten gaben als Vorteil von POI deren schnelle Verfügbarkeit und Zugänglichkeit an, wodurch sich POI zur Überbrückung von Wartezeiten auf *Face-to-face*-Therapien anböten. 15,0% sahen die Skalierbarkeit/Massenerreichbarkeit von POI und somit die Möglichkeit der Behandlung großer Populationen als Vorteil an. 13,9% der Therapeuten schätzten die flexible Nutzung von POI, im Sinne von zeitlicher und räumlicher Unabhängigkeit, als Gewinn solcher Interventionen ein. 12,5% vermuteten, dass durch den niedrigschwelligen Ansatz von POI Personen erreicht werden könnten, die sonst keine Therapie in Anspruch nehmen würden (z.B. Personen mit Angst vor Kontakt), wodurch eine optimierte Versorgung erreicht werden könnte. 6,7% der Befragten sahen POI als sinnvoll für Psychoedukation und somit als mögliches unterstützendes Element einer *Face-to-face*-Therapie an (z.B. durch Zeitersparnis bei der Vorbereitung einer Therapie oder durch eine Stabilisierung der Therapieeffekte im Nachhinein). 6,0% der Therapeuten lobten an POI, dass die Patienten die Auswahl der Übungen und das Tempo der Durchführung selbst bestimmen können und dass durch POI deren Autonomie und Selbstwirksamkeitserleben gestärkt werden könnte. Dass

POI psychisch kranken Personen mit schambesetzten Themen und Angst vor Stigmatisierung durch eine gewisse Anonymität einen geschützten Bereich böten, gaben 5,6% der Befragten an. 5,5% der Therapeuten sahen die Vorteile von POI in der ökonomischen/kosteneffektiven Anwendung und 3,6% gaben die barrierefreie Nutzung für immobile oder ältere Patienten an. 3,3% schätzten die hohe Standardisierung und Durchführungsobjektivität von POI, wodurch Patienten manualgerechte, strukturierte Inhalte erfahren könnten, die sich leicht einer empirischen Qualitätskontrolle unterziehen ließen. 3,2% der Befragten vermuteten, dass POI ein „Türöffner“/Impulsgeber für eine *Face-to-face*-Therapie sein könnten, indem solche Interventionen psychisch kranken Personen durch Motivation und Sensibilisierung für therapeutische Inhalte den Einstieg in eine Therapie erleichtern. 2,2% der Therapeuten sahen den Vorteil von POI darin, dass die Inhalte beliebig oft wiederholt werden können und den Patienten somit als Stütze und Struktur im Alltag dienen könnten. 1,2% der Therapeuten sahen POI als zeitgemäß und möglicherweise interessant für jüngere Generationen an, 0,8% schätzten die Unabhängigkeit von spezifischen Persönlichkeitsfaktoren des Therapeuten und 0,5% sahen den Nutzen von POI in einer guten Dokumentation des Krankheitsverlaufs durch psychopathologische Online-Fragebögen.

Fazit

Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass aktuell viele Psychotherapeuten internetbasierte Elemente wie E-Mails auf therapeutische Weise in ihrer *Face-to-face*-Therapie nutzen. In der systematischen Einstellungserfassung anhand des APOI wurde deutlich, dass bei Psychotherapeuten zwar Vertrauen in die therapeutische Wirksamkeit von POI bestand, die Wahrnehmung von strukturellen Defiziten im Vergleich zu *Face-to-*

face-Therapien jedoch überwog. Weiterhin herrschte bei den befragten Therapeuten auch die Risikowahrnehmung der Wahrnehmung von Vorteilen vor, welche Personen mit psychischen Störungen durch die Anonymität von POI zu Gute kämen. In der offenen Befragung der Therapeuten wurde sowohl in Bezug auf die Nachteile als auch in Bezug auf die Vorteile von POI eine große Bandbreite an verschiedenen Themenbereichen berührt. Hierbei erschien den Therapeuten das Fehlen einer therapeutischen Beziehung beziehungsweise die Technisierung bei POI als größter Mangel. Besonders gelobt wurde in dieser Stichprobe die gute Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von POI. Nach Meinung der Therapeuten könnten internetbasierte Versorgungsansätze dadurch Wartezeiten auf Therapieplätze überbrücken und so die Optimierung der Versorgung fördern. Die in der vorliegenden Untersuchung aufgeworfenen Befürchtungen und Erwartungen von Psychotherapeuten im Zusammenhang mit POI sollten zukünftig in der berufspolitischen Debatte um POI aufgegriffen werden, um diese Diskussion noch weiter auszudifferenzieren. 

41,2% der Befragten gaben als Nachteil von POI an, dass die therapeutische Beziehung sowie klientenzentrierte Wirkfaktoren fehlen.

Bei Psychotherapeuten ist die Wahrnehmung von Defiziten bei POI stärker als das Vertrauen in deren Wirksamkeit.



Johanna Schröder

Diplom-Psychologin, Studium an der Universität Hamburg. Seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin in der AG Klinische Neuropsychologie im UKE Hamburg. Psychotherapeutin in Ausbildung bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie.



Literaturhinweis

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



Ergebnis der Kurzbefragung zum Thema

„Online-Hilfsmittel für die Psychotherapie“

aus der Psychotherapie Aktuell 2.2014

Thematisch anschließend an den vorhergehenden Beitrag von Johanna Schröder werden hier die Ergebnisse der Online-Mitgliederbefragung dargestellt, die im Anschluss an das Symposium 2014 zum Thema „Online-Hilfsmittel in der Psychotherapie“ im August 2014 durchgeführt wurde. Diese Ergebnisse stellen damit einen aktuellen Einblick in das Meinungsbild der DPTV-Mitglieder in Bezug auf dieses berufspolitisch und fachlich relevante Thema dar. Die in der Psychotherapie Aktuell verankerten Kurzumfragen dienen als Forum zur direkten Meinungsäußerung für die DPTV-Mitglieder.

Diesmal nahmen bis zum Zeitpunkt der Auswertung 432 Teilnehmer an der Umfrage teil (Stand 3.9.2014). Die Teilnehmerzahl hat sich damit im Vergleich zur ersten Umfrage (Thema Gutachterverfahren) fast verneunfacht. Die Teilnahme ist äußerst einfach – es muss der abgedruckte Link im eigenen Internetbrowser eingegeben werden, wodurch sich die Kurzumfrage öffnet. Auch in der hier vorliegenden Ausgabe der Psychotherapie Aktuell findet sich wieder der Aufruf zu einer neuen kurzen Online-Umfrage, diesmal im Nachgang zum Artikel mit dem Thema Gruppentherapie. Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen werden im Folgenden kurz dargestellt:

Frage 1:
Finden Sie das Thema „Online-Hilfsmittel für die Psychotherapie“ wichtig für die fachliche Arbeit der DPTV?

Eine deutliche Mehrheit der Teilnehmer (61%, 263 T.) bejaht diese Frage. 15% (63 T.) finden das Thema nicht wichtig. Ein Viertel der Teilnehmer gibt „weiß nicht“ an.

Frage 2:
Wünschen Sie sich zu diesem Thema mehr konkrete Informationen?
Mehr als drei Viertel der Teilnehmer (77%, 333 T.) beantworten diese Frage mit „ja“, 22% (95 T.) mit „nein“. Nur 4 Teilnehmer geben hier keine Antwort.

Frage 3:
Nutzen Sie selbst in der Arbeit mit Patienten Online-Medien?
Zwei Drittel der Teilnehmer (289 T.) nutzen in ihrer Arbeit mit Patienten bisher keine Online-Medien. Ein Drittel der Teilnehmer (139 T.) nutzt bereits Online-Medien. Nur 1% der Teilnehmer gibt hier keine Antwort.

Frage 4:
Welche Online-Medien nutzen Sie im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Arbeit?

Von diesen Nutzern gibt etwa ein Drittel an, welche Online-Medien sie verwenden (nach Häufigkeit aufgeführt): 70% E-Mail (dies entspricht 23% aller Teilnehmer), 26% SMS (9% aller T.), 3% Online-Testungen (1% aller T.) und 1% Skype (0,5% aller T.).

Frage 5:
Sind Sie schon einmal mit einem Programm/Online-Hilfsmittel in Kontakt gekommen?

Die große Mehrheit der Umfrageteilnehmer (79%, 340 T.) gibt an, noch nie mit einem solchen Programm in Kontakt gekommen zu sein, ein Fünftel der Teilnehmer (19%, 83 T.) jedoch schon. Von Letzteren werden folgende Kategorien aufgeführt: deprexis (12 Nennungen), Tests (14 Nennungen, v.a. Hogrefe Tests und TestOS), soziale Netzwerke/Kommunikationsmedien (10 Nennungen: E-Mail, Skype, Facetime, SMS), Online-Programme (10 Nennungen, darunter Programme zur Behandlung von Sucht, Depression, BPS, Zwangssymptomen) und Sonstiges (27 Nennungen, darunter Internetrecherchen mit Google, Epikur, Chatforen zu Stö-

rungsbildern, Online-Fortbildungen, SH-Gruppen, Online-Intervisierungsgruppe, novego u.a.).

Frage 6:

Wie war Ihre Erfahrung damit?

Über alle genannten bisherigen Kontakte mit Online-Hilfsmitteln hinweg gaben fast 80% der betroffenen Teilnehmer gute Erfahrungen an (29% „gute“ und 49% „eher gute“ Erfahrungen), nur 15% „eher schlechte“ und 1% „schlechte“ Erfahrungen.

Frage 7:

Können Sie sich den Einsatz von Hilfsmitteln (wie z.B. deprexis) in der Praxis vorstellen?

Bezüglich eines möglichen Einsatzes von Online-Hilfsmitteln in der Praxis ergab sich ein uneinheitliches Bild: 43% (187 T.) gaben sich unentschieden mit „weiß nicht“, 31% (136 T.) äußerten sich mit „ja“ bereit für den Einsatz, und 23% (98 T.) verneinten dies.

Frage 8:

Halten Sie Online-Hilfsmittel unter heutigen Datenschutzkriterien für ausreichend sicher im Praxiseinsatz?

Fast die Hälfte der Teilnehmer (45%, 196 T.) äußerte Bedenken im Hinblick auf die Sicherheit der Online-Hilfsmittel unter Datenschutzkriterien. Nur 12% (50 T.) der Teilnehmer halten die Hilfsmittel für sicher. 39% (170 T.) wiesen hierzu keine klare Meinung auf („weiß nicht“).

Frage 9:

Weitere Bemerkungen

Die am Schluss der Umfrage gestellte offene Frage nach weiteren Bemerkungen dient der allgemeinen Rückmeldung zum Umfragethema. Sie wird grundsätzlich intern ausgewertet. In dieser Umfrage machten jedoch fast 100 Teilnehmer ausführlichere Anmerkungen zum Thema, so dass ein Einblick in die Vielfalt der Antworten gegeben werden soll.

12% der Äußerungen bei dieser Frage bezeichnen Online-Hilfsmittel und elektronische Medien als

das Thema der Zukunft. Es werden eine Reihe von Chancen in der Verwendung gesehen, u.a. das Erreichen neuer Patientenzielgruppen, ein niedrigschwelliges Angebot, das der heutigen Mobilität der Menschen entspreche und den impliziten Hinweis auf eine notwendige Öffnung der Therapierichtlinien für neuartige Behandlungsangebote. Mehrfach geäußert wird auch, dass der Berufsstand sich angesichts der realen Zunahme dieser Online-Möglichkeiten den Neuerungen und Veränderungen nicht verschließen dürfe, sondern eigene Ängste und Abwehr überwinden solle und der Zukunft aufgeschlossen entgegenzutreten müsse.

17% der Antworten gaben eine grundsätzlich skeptische Haltung zu Online-Hilfsmitteln Ausdruck. Einige Teilnehmer benannten sich selbst als konservativ und als ausschließliche Anhänger der „klassischen“ Therapie bzw. empfanden sich selbst als „zu alt“ für eine Arbeit mit Online-Medien. Grundsätzliche Skepsis bezieht sich auch auf Fragen wie Vergütung und Zeitvorgaben für den Einbezug von Online-Medien, auf die Gefahr einer Banalisierung, Technisierung und Wegrationalisierung der eigentlichen Psychotherapie als Behandlungskunst sowie auf grundsätzliche gesellschaftliche Kritik an elektronischen Medien.

Im Mittelpunkt der Mehrzahl an Äußerungen (weitere 18%) steht das Thema der therapeutischen Beziehung. Die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor, die bei Online-Hilfsmitteln untergehe, wird als Hauptgrund für eine Ablehnung solcher Medien aufgeführt. Auch die Einzigartigkeit jedes Patienten und das intuitive Verständnis hierfür könne durch solche Hilfsmittel nicht berücksichtigt werden.

Weitere 11% der Antworten beziehen sich auf das Problem des als mangelhaft angesehenen Datenschutzes. Hier wird eine grundsätzliche Unsicherheit des Internets, größte Bedenken in Bezug auf die Sicherheit persönlicher Daten und Äußerungen und eine daraus erfol-

gende Zurückhaltung im Umgang mit Online-Hilfsmitteln genannt.

Etwa 7% der Antworten schätzen Online-Hilfsmittel als sinnvolle Ergänzung der konventionellen Therapie ein, v.a. in Fällen geographischer Entfernung (z.B. Auslandssemester, Umzug) oder Verhinderung (z.B. Klinikaufenthalt) von Patienten bzw. zur Nachsorge. Jedoch gelte dies nur unter der Voraussetzung, dass diese Hilfsmittel ausschließlich von Psychotherapeuten verwendet werden dürfen. Wichtig sei dabei eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der Hilfsmittel, mit den Indikationen und Kontraindikationen und der Frage, welchen Einfluss die Nutzung solcher Hilfsmittel auf die therapeutische Beziehung hat. Etwa 5% der Patienten äußerten sich dahingehend, dass elektronische Medien nur als Kommunikationsmittel sinnvoll einzusetzen seien. 15% der Antworten enthielten den Wunsch nach umfangreichere Information zum Thema Online-Hilfsmittel sowie weiterführende Vorschläge, u.a. einen Überblick über bestehende Programme (z.B. auf einer zentralen Homepage), eine Mediathek zum Ausleihen von Materialien, konkrete Informationen über spezifische Angebote, praxisorientierte Hinweise, Wunsch nach Weiterbildungsbausteinen und eine klarere Definition des Begriffs Online-Hilfsmittel.

In mehreren ausführlichen Beiträgen wird auch der deutliche Auftrag an den Verband ausgesprochen, den Risiken vorzubeugen, die bei einer Zunahme von Online-Hilfsmitteln für die Psychotherapie befürchtet werden (Gefahr der Degradierung oder „Wegrationalisierung“ der Psychotherapeuten etc.) und eine klare Definition von qualitätssichernden Maßnahmen bei der Nutzung von Online-Hilfsmitteln zu leisten. Einzelne Stimmen äußerten heftige Kritik daran, dass die DPtV sich überhaupt mit diesem Thema auseinandersetze und sich dadurch populistisch verhalte.

Was die hier befragten DPtV-Mitglieder als Vorteile bzw. Nachteile des Einsatzes von Online-Hilfsmitteln

teln sehen, entspricht inhaltlich weitgehend den in der verbändeübergreifenden Befragung von J. Schröder beschriebenen Aspekten. Es werden neben strukturellen Defiziten und Datenschutzbedenken auch deutliche Vorteile der Online-Interventionen als ergänzendes Hilfsmittel in der Therapie gesehen.

Zusammenfassung

Insgesamt lassen die Antworten ein deutliches Interesse am Thema „Online-Hilfsmittel für die Psychotherapie“ erkennen, wenngleich nur ein geringer Anteil der Teilnehmer selbst schon Erfahrungen mit der Nutzung solcher Hilfsmittel gemacht hat und auch nur ein Drittel sich derzeit vorstellen kann, selbst mit solchen Hilfsmitteln zu arbeiten. Das Thema Online-Hilfsmittel wird aber grundsätzlich von der deutlichen Mehrheit als wichtig erachtet, und es besteht ein hoher Informationsbedarf. Dieser bedeutet jedoch nicht, dass auch eine große

Mehrheit der Teilnehmer bereits mit solchen Hilfsmitteln arbeitet oder sich einen zukünftigen Einsatz vorstellen kann. Vielmehr scheinen zu einer inhaltlichen, kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema auch diejenigen Kollegen bereit zu sein, die für sich selbst derzeit den Einsatz von Online-Hilfsmitteln in der Arbeit ablehnen. Diejenigen, die bereits selbst mit einem Online-Hilfsmittel oder Programm in Kontakt gekommen sind, gaben mit großer Mehrheit gute Erfahrungen damit an. Die Bedeutsamkeit weiterer Aufklärungsarbeit zum Thema wird auch darin deutlich, dass sich ein Viertel der Teilnehmer unentschieden in der Frage zeigte, ob sie das Thema für die Arbeit des Verbandes für wichtig hält und die Hälfte aller Teilnehmer keine klare Meinung dazu hat („weiß nicht“), ob sie sich einen Einsatz dieser neuen Medien in der eigenen Praxis vorstellen könnte. Die Befürchtung, dass aufgrund der Online-Durchführung dieser Umfrage gerade hier die Ergebnisse

eine systematische Verzerrung aufweisen würden, da sich vermutlich mehr Psychotherapeuten beteiligen werden, die Online-Medien grundsätzlich positiv gegenüberstehen, lässt sich insofern abschwächen, als sich eine breite Vielfalt an Haltungen in den Antworten erkennen lässt. Bedenken werden zahlreich geäußert und sogar ein Viertel der Teilnehmer erklärt, dass sie grundsätzlich keine Bereitschaft haben, selbst Online-Hilfsmittel in ihrer Arbeit einzusetzen. Dennoch bleibt hier eine mögliche Einschränkung der Repräsentativität der Ergebnisse aufgrund eines Bias durch Selektion online-affiner Teilnehmer bestehen. Die deutliche Steigerung der Teilnahmerate an der Umfrage lässt darauf hoffen, dass die Mitglieder diese Möglichkeit zur direkten Meinungsäußerung begrüßen und sich künftig noch mehr Leser der Psychotherapie Aktuell beteiligen werden. Ihre Meinung ist eine wichtige Rückmeldung für die Arbeit des DPTV-Vorstands. 

Dr. Cornelia Rabe-Menssen

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



Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

Neben den Ausbildungen z. Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bieten wir an:

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

NEU



- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r** Fortbildungscurriculum n. d. Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familienrecht, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit sowie Strafrecht). Die nächsten Grundmodule: **Dr. med. Timucin Türker „Rechtsmedizinische Aspekte in der Rechtspsychologie“** 6./7.12.14 **Prof. Dr. Dipl.-Psych. Rudolf Egg „Übersicht Rechts- und Polizeipsychologie“** 18./19.7.15
- **Selbsterfahrung und Psychotherapie**
Fachtagung am 22. - 23. Nov. 2014 an der UNI-Erlangen (Audimax) - Keine Tagungsgebühren f. Studierende od. PiAs!
- **Klinische Hypnose** Fortbildungscurriculum MEG-Regionalstelle. Beginn: 11. Okt. 2014 (B1/KE Dirk Revenstorf)
C-Kurs: **Trauer und Verlust** (7./8.11. 2014, O. Meiss); **Der hypnotherapeut. Werkzeugkasten** (4./5. 7.2015, C. Schwegler)
- **Hypnotherapeutische u. Systemische Konzepte f. d. Arbeit m. Kindern u. Jugendlichen**
Fortbildungscurriculum KiHyp der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth. Beginn: 24. Okt. 2015 (B1/KE Burkhard Peter)
CK-Kurse: **Trauma-Arbeit bei Kindern und Jugendlichen.** (7. - 8. Feb. 2015, Dagmar Eckers)
Prüfungsangst (24./25.01.15, S. Joel u. P. Lieder) **Psychosomatik bei Kindern** (15./16.05.15, Charlotte Wirl)
- **Sexualmedizin / Sexualtherapie** (126 Std. – Curriculum in Blockveranstaltungen) Beginn: 6. Februar 2015
Referenten: u. a. **Prof. Dirk Revenstorf** und **Dr. Hans Jellouschek** zum Thema Paartherapie
- **Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifik. f. Ärzte u. Psychologen** (120 Std.) Beginn: 17. Januar 2015
- **Prüfungs-Crashkurse** zur Vorbereitung auf d. staatl. Prüfung (PP/KJP): 12. - 15. Feb.; 7. - 10. Mai; 22. - 25. Okt. 2015

Kontakt und Infos: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth
Tel.: 0911-950991-13 • Fax: 0911-950991-23 • info@ivs-nuernberg.de • www.ivs-nuernberg.de

A close-up photograph of a silver metal padlock attached to a binder ring. The padlock is closed, and the binder ring is part of a stack of papers with yellow tabs. The background is a white surface with some blurred text on a document. The overall image conveys a sense of security and controlled access to information.

Einsichtsrechte in Patientenunterlagen

Kathrin Nahmmacher

Ein Überblick zum Umgang mit Patientendaten im Praxisalltag

In der anwaltlichen Praxis häufen sich die Fragen nach den Rechten von Patienten und insbesondere Dritten auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen. Die nachfolgende Darstellung soll einen Überblick über die Verpflichtungen des Psychotherapeuten zur Gewährung von Einsichtsrechten in diese Unterlagen geben.

Anspruch des Patienten auf Einsicht

Der Patient hat das Recht, Einsicht in seine Behandlungsunterlagen zu nehmen. Der Psychotherapeut ist verpflichtet, vollständig Auskunft über die erfassten Daten zu erteilen. Dieser Anspruch auf Einsicht in die eigene Behandlungsdokumentation ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag, aus dem verfassungsrechtlich garantierten Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung, aus dem Berufsrecht (vgl. § 11 Muster-Berufsordnung der BPTK), den Datenschutzgesetzen der Länder und des Bundes (§ 34 BDSG) und wurde durch das Patientenrechtegesetz nunmehr in § 630g im BGB normiert. Hiernach ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

Der Patient kann jederzeit Einsicht in seine Behandlungsdokumentation verlangen, ohne ein besonderes Interesse darlegen oder nachweisen zu müssen. Soweit das Einsichtsrecht in Ausnahmefällen dadurch eingeschränkt ist, dass erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter (z.B. Angehöriger, Freunde) entgegenstehen, ist

diese Einschränkung vom Therapeuten zu begründen.

Die Frage, ob sich das Einsichtsrecht auch auf rein subjektive Aufzeichnungen des Behandlers erstreckt, wurde von der Rechtsprechung bislang dahingehend beantwortet, dass sich das Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen grundsätzlich auf sogenannte objektive Daten beschränkt, nicht also den Teil der Dokumentation erfasst, der rein subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes/Therapeuten enthält. Nach der Normierung des Einsichtsrechts in § 630g BGB ist mit Blick auf die Gesetzesbegründung klargestellt, dass „vollständige Patientenakte“ bedeutet, dass auch subjektive Teile der Dokumentation grundsätzlich offen zu legen sind. Insoweit heißt es in der Gesetzesbegründung zum Patientenrechtegesetz: *„Ein begründetes Interesse des Behandelnden an der Nichtoffenbarung solcher Aufzeichnungen ist, in Abwägung mit dem Persönlichkeitsrecht des Patienten, im Regelfall nicht gegeben. Auch hier kommt es aber auf die Umstände im Einzelfall an.“* (BT-Drucks. 17/10488). Es hat also in jedem Fall eine Abwägung der beiderseitigen Interessenlagen zu erfolgen. Es bleibt abzuwarten, wie die Rechtsprechung auf diese Gesetzeslage reagieren und ob es – vor dem Hintergrund der nun kodifizierten Dokumentationspflicht – künftig noch auf eine Unterscheidung

zwischen *subjektiven* und *objektiven* Aufzeichnungen ankommen wird. In diesem Zusammenhang wird insbesondere verwiesen auf den nachfolgenden Beitrag der Kollegin Moina Beyer-Jupe.

Einsicht ist grundsätzlich auch in psychiatrische Patientenunterlagen zu gewähren. Hier gelten jedoch Besonderheiten, denn in diesen Fällen kommt der Entscheidung des Behandlers, ob eine Aushändigung der Krankenunterlagen an den Patienten medizinisch verantwortbar ist, besonderes Gewicht zu (BVerfG, Beschluss vom 16.9.1998, Az. 1 BvR 1130/98). Aber auch hier kann der Behandler die Herausgabe der Patientendokumentation nicht pauschal unter Hinweis auf ärztliche Bedenken verweigern, sondern hat die entgegenstehenden therapeutischen Gründe vielmehr nach Art und Richtung näher zu kennzeichnen. Es hat stets eine Abwägung der unterschiedlichen Rechte und Interessen unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Einzelfalles zu erfolgen, und zwar auch hinsichtlich der nicht objektivierten Befunde einer psychiatrischen Behandlung. Der Arzt muss sich bei seiner Entscheidung, ob er die Einsichtnahme gewährt, einerseits an dem aus dem Persönlichkeitsrecht abgeleiteten Anspruch des Patienten auf Wissen um die Diagnose und die Behandlung, andererseits aber auch an medizinisch begründeten Patientenschutzinteressen orientieren. Solche Schutzinteressen sind insbesondere gegeben, wenn infolge der Einsicht in die gesamte Behandlungsakte eine Selbstgefährdung des Patienten droht.

Herausgabe an Dritte
grundsätzlich nur bei
wirksamer Schweigepflichtentbindung



Darüber hinaus hat der Behandler bei seiner Entscheidung Interessen Dritter zu berücksichtigen, die in die Behandlung einbezogen worden sind. Er kann aber auch eigene Interessen an der Erhaltung der therapeutischen Handlungsfähigkeit mit berücksichtigen. Bei noch nicht abgeschlossener Behandlung kann eine Verweigerung eher begründet werden als in den Fällen, in denen die Behandlung bereits seit Jahren beendet oder abgebrochen ist. Sollte der Behandler aus Gründen des Patientenschutzes oder des eigenen Schutzes die Einsicht verweigern wollen, sollte er immer auch prüfen, ob er sich mit dem Patienten auf eine Gewährung der Einsicht an eine neutrale Person, die das Vertrauen des Patienten genießt, einigen kann.

Der Patient kann sein Einsichtsrecht persönlich wahrnehmen oder dadurch, dass er einen Arzt, Therapeuten oder eine sonstige Person seines Vertrauens mit der Einsicht beauftragt und dies nachweist. Er kann Kopien der Dokumentation von dem behandelnden Therapeuten anfordern. Es besteht jedoch grundsätzlich kein Anspruch auf Zusendung, wohl aber darauf, dass die Unterlagen bzw. Kopien bereitgehalten werden. Die Vorlagepflicht besteht gemäß § 630g Abs. 1, § 811 BGB grundsätzlich am Praxisstandort des Behandlers. Bei Anfertigung von Kopien aus der Patientenakte kann er dem Patienten die anfallenden Kopierkosten in Rechnung stellen (0,50 € für die ersten 50 Seiten, ab 51. Seite 0,15 €; bei Dateiausdruck aus elektronischer Speicherung können 2,50 € pro Ausdruck berechnet werden). Ein Anspruch auf ersatzlose Herausgabe von Patientenunterlagen besteht nicht; dies stünde im Widerspruch zur Dokumentationspflicht des Behandlers. Dieser ist nicht verpflichtet, die in seinem Eigentum stehenden Original-Krankenunterlagen an den Patienten herauszugeben. Eine Überlassung der Originalunterlagen zur Einsicht in den Praxisräumen ist aber möglich.

Herausgabe der Unterlagen an Dritte/ Schweigepflicht

Bevor der Therapeut patientenbezogene Daten oder Unterlagen an Dritte übermittelt, hat er den Patienten hierüber zu informieren bzw. eine Einwilligung in Form der Erklärung des Patienten über die Entbindung von der Schweigepflicht einzuholen, soweit nicht die Ausnahme einer gesetzlichen Ermächtigung vorliegt. Eine solche Schweigepflichtentbindungserklärung sollte die folgenden Punkte enthalten:

- Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten
- Namentliche Benennung des Arztes/Therapeuten, der von der Schweigepflicht zu entbinden ist
- Bezeichnung der konkreten Daten, auf die Bezug genommen wird (z.B. *Befund der Untersuchung vom ...; Arztbrief vom ...*). Soweit dies wegen des Umfangs der Unterlagen nicht möglich ist, sind diese dennoch präzise abschließend zu beschreiben (z.B. *Behandlungsunterlagen wegen ...-Erkrankung*).
- Bezeichnung des Zwecks der Datenübermittlung (z.B. *Abrechnung, Nachbehandlung, Gutachtererstellung*)
- Angabe des Adressaten der Daten (z.B. *Privatärztliche Verrechnungsstelle XY; Krankenhaus XY; Dr. N. N.*)
- Angabe über die zeitliche Dauer, d.h. aus der Erklärung muss ersichtlich sein, ob eine einmalige oder wiederkehrende Datenübermittlung beabsichtigt ist. In jedem Fall ist die Erklärung mit einem Datum zu versehen.
- Hinweis auf Widerrufsmöglichkeit („*Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.*“).

Eine wirksame Einverständniserklärung setzt eine entsprechende Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten voraus. Dieser muss also

ein solches Maß an Verstandesreife erreicht haben, dass er die Tragweite seiner Entscheidung übersehen kann. Eine starre Altersgrenze lässt sich insoweit nicht festlegen, weshalb grundsätzlich auch Minderjährige ohne Zustimmung der Eltern wirksam einer Datenweitergabe zustimmen können, wenn sie in der Lage sind, sich ein eigenes Urteil über Inhalt, Sinn und Konsequenzen der Datenweitergabe zu bilden.

Information über und Einwilligung des Patienten in die Datenweitergabe ist dann nicht erforderlich, wenn eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis vorliegt (z.B. bei Abrechnung mit Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen, § 295 Abs. 1 SGB V; Auskünfte an den MDK, § 276 Abs. 2 SGB V; Auskünfte an Betreuer, §§ 1896, 1901 BGB; Übermittlung an Jugendämter bei Kindeswohlgefährdung, § 4 KKG). Allerdings ist zu prüfen, ob das jeweilige Auskunftsverlangen im Einzelfall auch rechtmäßig ist, denn Voraussetzung dafür ist die Erforderlichkeit der abgerufenen Daten für die gesetzlich definierte Aufgabenerfüllung der jeweiligen Institution. Der Therapeut muss gegebenenfalls abwägen und entscheiden, was zu übermitteln ist oder aufgrund des Datenschutzes ohne Genehmigung des Patienten nicht übermittelt werden kann. Im Hinblick auf Prüfungen von Arbeitsunfähigkeit haben Psychotherapeuten z.B. gemäß § 73 Abs. 2 SGBV keine Befugnis zur Feststellung und Bescheinigung. Diesbezügliche Anfragen sind in der Beantwortung auf das Nötigste an Eckdaten zu beschränken, ohne inhaltliche Aussagen zu treffen, soweit der Patient nicht ausdrücklich anderes wünscht.

Sofern der Patient von mehreren Ärzten/Therapeuten gleichzeitig oder nacheinander untersucht oder behandelt wird, ist eine ausdrückliche Information nicht nötig, wenn das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist.

Im Falle des Verstoßes gegen die ärztliche Schweigepflicht droht



dem Arzt/Therapeuten oder dem ärztlichem Personal wegen des unbefugten Offenbarens eines Patientengeheimnisses eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe (§ 203 Abs. 1 StGB). Patientendaten sind naturgemäß sehr sensible Informationen, an deren Geheimhaltung der Patient ein begründetes Interesse hat. Befugt ist eine Offenbarung immer dann, wenn eine wirksame Einwilligung des Patienten in die Offenbarung oder eine gesetzliche Rechtfertigung besteht.

Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen Verstorbener

Die ärztliche Schweigepflicht gilt über den Tod des Patienten hinaus, und eine Einsichtnahme in die Patientenunterlagen des Verstorbenen durch Erben, Angehörige oder Dritte ist daher nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Die Herausgabe von Krankenunterlagen oder die Einsichtsgewährung in Teile dieser Unterlagen Verstorbener ist nur dann zulässig, wenn der Verstorbene vor seinem Tod seine Einwilligung hierzu erklärt hat, wenn es eine gesetzliche Grundlage hierfür gibt (z.B. Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz) oder der Behandler nach gewissenhafter Überprüfung im Einzelfall zu der Beurteilung gelangt, dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen liegt. Bei dieser Beurteilung hat der Therapeut gewissenhaft zu prüfen, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Verstorbene die Offenlegung der Behandlungsunterlagen ganz oder teilweise oder gegenüber einer bestimmten Person missbilligt haben würde (std. Rechtsprechung, BGH, Urteil vom 23.3.2010, Az. VI ZR 249/08; Urteil vom 31.5.1983 – VI ZR 259/81). Hierbei wird auch das Anliegen der die Einsicht begehrenden Person (z.B. die Geltendmachung von Ansprüchen, Wahrung nachwirkender Persönlichkeitsbelange des Verstorbenen, Klärung

der Testierfähigkeit des Verstorbenen) eine erhebliche Rolle spielen müssen. Über die Berechtigung zur Offenbarung hat der Behandler letztlich selbst zu entscheiden. Bei Verweigerung der Einsichtnahme hat er dies zumindest unter Angabe der Art der Einwände allgemein zu begründen.

Bei der Entscheidung über die Gewährung eines Einsichtsrechts in die Behandlungsunterlagen eines Verstorbenen kommt es entgegen der oft geäußerten Annahme nicht darauf an, ob die betroffene Person Erbe des Verstorbenen ist und dies durch einen Erbschein nachweisen kann. Die Frage, ob ein Einsichtsrecht im Einzelfall vorliegt, ist immer vor dem Hintergrund des erklärten oder mutmaßlichen Willens des Verstorbenen zu beantworten.

Übermittlung von Patientendaten im Strafvollzug

Grundsätzlich sind auch die Patientendaten der Gefangenen durch die ärztliche Schweigepflicht geschützt. Eine Offenbarungspflicht des Arztes/Psychotherapeuten (gegenüber dem Leiter der Justizvollzugsanstalt) besteht nur dann, wenn dies für die Aufgabenerfüllung der Strafvollzugsbehörde oder aber zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter, (z.B. Mitgefangene oder Justizangestellte) erforderlich ist. Der Gefangene ist vor der Datenerhebung über die Offenbarungsbefugnisse zu unterrichten (§ 182 Abs. 2 S. 5 StVollzG). Im Rahmen einer gerichtlich angeordneten Führungsaufsicht kann das Gericht verurteilte Personen anweisen, sich zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Abständen bei einem Arzt oder einem Psychotherapeuten vorzustellen oder sich von diesen behandeln zu lassen. Die ärztliche Schweigepflicht ist in diesen Fällen gegenüber den im Gesetz genannten Stellen eingeschränkt (§§ 68a Abs. 8, 68b Abs. 5 StGB).

Anzeige geplanter Straftaten

Die Strafvorschrift des § 138 StGB stellt die Nichtanzeige bestimmter geplanter schwerer Verbrechen durch einen Arzt/Psychotherapeuten unter Strafe. Bei diesen Verbrechen handelt es sich um Mord, Totschlag, Völkermord, Menschenraub, erpresserischen Menschenraub, Geiselnahme, Verschleppung, Raub, räuberischer Erpressung, Vorbereitung eines Angriffskrieges, Hoch- und Landesverrat, Geld- und Wertpapierfälschung, schwerer Menschenhandel und bestimmte gemeingefährliche Straftaten). Der Psychotherapeut, der im Rahmen seiner Behandlung von der Absicht der Durchführung eines solchen schweren Verbrechens erfährt, ist verpflichtet, diesen Umstand und die Patientendaten gegenüber einer Behörde oder gegenüber dem Bedrohten zu offenbaren. Dies gilt jedoch nur, solange die Tat noch nicht ausgeführt wurde oder der Erfolg der Tat noch abgewendet werden kann. In einigen der vorgenannten Fälle bleibt die Nichtanzeige eines geplanten schweren Verbrechens gemäß § 139 StGB dann straffrei, wenn der Psychotherapeut nachweisen kann, dass er sich ernsthaft bemüht hat, den Täter von der Tat abzuhalten oder den Erfolg der Tat abzuwenden.

Herausgabe von Behandlungsunterlagen an die Polizei – insbesondere Beschlagnahme

Hin und wieder sind auch Psychotherapeuten mit der Situation konfrontiert, dass Polizei oder



Standpunkt der DPTV

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind verpflichtet, dem MDK Angaben über Patienten bzw. Patientinnen zu übermitteln, soweit diese *Daten für den MDK erforderlich* sind für dessen Auftrag, gutachtlich zur Prüfung der Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen, bei Abrechnungsüberprüfungen oder bei Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen. Bei Verneinung der Erforderlichkeit ist eine Datenübermittlung nur möglich mit einer Genehmigung durch den Patienten bzw. die Patientin. Verlaufsberichte sind grundsätzlich nicht erforderlich für Gutachten des MDK. Anfragen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit müssen restriktiv behandelt werden, da Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen keine Befugnis zur Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit haben. Eine Beantwortung ist auf die Mitteilung von Eckdaten zu beschränken.

Dr. Kathrin Nahmmacher

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und Partnerin in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater. Sie ist ausschließlich in diesem Spezialgebiet tätig, berät und vertritt Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten und ist Autorin medizinrechtlicher Publikationen.



Staatsanwaltschaft Informationen zu einem Patienten und insbesondere die Herausgabe der Patientendokumentation verlangen. Es wird dann vielfach Verunsicherung und Hilflosigkeit vorherrschen, da der Therapeut nicht weiß, ob er dem Verlangen der Polizei zu entsprechen hat und welche Rechte seines Patienten in einem solchen Fall zu beachten sind.

Sofern der betreffende Patient der Beschuldigte oder das Opfer einer Straftat ist, hat der Psychotherapeut ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 StPO). Er darf Unterlagen nicht herausgeben, soweit und solange der Patient ihn nicht von der Schweigepflicht entbindet. Dieses Zeugnisverweigerungsrecht ist ebenso wie das in § 97 StPO geregelte Beschlagnahmeverbot Ausfluss der ärztlichen Schweigepflicht. Diese hat grundsätzlich Vorrang vor den Fragen und Ermittlungstätigkeiten der Strafverfolgungsbehörden. Es gilt also auch hier: Der Psychotherapeut, der Behandlungsunterlagen freiwillig und ohne Wissen und Zustimmung des Patienten zur Verfügung stellt

oder herausgibt, verletzt seine Verschwiegenheitspflicht. Zudem vereitelt er mit der freiwilligen Herausgabe spätere Beschwerdemöglichkeiten für sich und für seinen Patienten.

Sofern das Herausgabeverlangen der Strafverfolgungsbehörden darauf beruht, dass ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen den Psychotherapeuten eingeleitet wurde, dürfen Patientenunterlagen, die als Beweismittel von Bedeutung sein könnten, beschlagnahmt werden, wenn der Psychotherapeut diese nicht freiwillig herausgibt. Das Beschlagnahmeverbot gilt hier also nicht (§ 97 Abs. 2 S.3, Abs. 5 StPO). Die Beschlagnahme ist jedoch im Vorfeld durch einen Richter anzuordnen, der im Einzelfall das Interesse an der Wahrheitsermittlung mit dem Datenschutzinteresse des Patienten abzuwägen hat. Auch insoweit ist also zwingend der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wahren und das Interesse der Patienten an einer Geheimhaltung ihrer Daten zu berücksichtigen. So dürfen Unterlagen zum Beispiel nur in dem Umfang

beschlagnahmt werden, soweit sie tatsächlich für die Ermittlungen relevant sein können. Die Beschlagnahmeanordnung kann je nach Ermittlungsgegenstand einzelne Patientenunterlagen, bestimmte Fall- oder Abrechnungskonstellationen oder aber die gesamte Patientenakte umfassen.

In beiden vorgenannten Fällen gilt: Eine Herausgabe von Unterlagen sollte grundsätzlich nur nach Vorlage eines Beschlagnahme- oder Durchsuchungsbeschlusses erfolgen. Der Psychotherapeut sollte darauf achten, dass die Beamten in dem Durchsuchungs- oder Beschlagnahmebericht ausdrücklich vermerken, dass er die verlangten Gegenstände bzw. Unterlagen nicht freiwillig herausgegeben hat. Die beschlagnahmten Unterlagen sollten vor der Mitnahme durch die Beamten unbedingt kopiert werden. Schließlich sollte der Psychotherapeut die Personalien der Ermittlungsbeamten schriftlich festhalten. 

Keine Beschlagnahme von Patientenunterlagen, wenn Patient Beschuldigter oder Opfer einer Straftat ist.



Moina Beyer-Jupe

Das Persönlichkeitsrecht des Therapeuten ist nicht irrelevant

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 7.11.2013¹ bestätigt, dass auch bei Lehranalysen in der psychotherapeutischen Ausbildung der Analysand ein Recht auf Einsicht in die Aufzeichnungen des Analytikers hat, obwohl kein Behandlungsverhältnis vorliegt. Wenn sich dies auch nicht aus einem Behandlungsvertrag gemäß §§ 630a ff Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ergebe, so doch aus dem Grundsatz von Treu und Glauben² sowie aus

dem durch Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes gewährten Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Unabhängig von der Frage, ob auch hier eine Dokumentationspflicht bestehe, gelte jedenfalls ein Einsichtsrecht in die vorhandene Dokumentation, und zwar auch in Bezug auf subjektive Aufzeichnungen. Allerdings könne der Lehranalytiker höchstpersönliche Aufzeichnungen schwärzen, deren Preisgabe sein eigenes Persönlichkeitsrecht verletzen würde wie z.B. eigene Assoziationen über Gegenübertra-

gungsprozesse. Es sei anerkannt, dass auch grundrechtlich fundierte Interessen von Therapeuten und Therapeutinnen einer Einsichtnahme entgegenstehen könnten³.

Weil die Dokumentation in der Lehranalyse nicht gefordert sei, könne der Therapeut den Umfang der Dokumentation selbst bestimmen und eine Einsichtnahme durch schlichtes Nichtaufzeichnen verhindern. Dies beschränke auch nicht unverhältnismäßig das

¹ Az.: BGH III ZR 54/13

² § 242 BGB

³ Z.B. BVerfG NJW 1999,1777; BGH-Urteil vom 6.12.1988 Akz.: VI ZR 76/88

grundrechtlich gewährleistete allgemeine Persönlichkeitsrecht des Analysanden und das daraus abgeleitete Einsichtsrecht in die therapeutischen Aufzeichnungen, da ohne Dokumentationspflicht eine Dokumentation nicht verlangt werden könne. Unter Abwägung der beiden grundrechtlich geschützten Positionen würde eine absolute Kontrolle über die Aufzeichnungen des Analytikers in unverhältnismäßiger Weise in seine Rechte eingreifen.

Der BGH hat sich bei seiner Revisionsentscheidung mit Urteilen der Untergerichte beschäftigt, die noch auf der Grundlage höchstrichterlicher Rechtsprechung arbeiteten und nicht mit Bezügen zum inzwischen gesetzlich geregelten Behandlungsvertrag, der erst 2013 ins Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen wurde. Die gedanklichen Ansätze können aber zum Verständnis des nunmehr in § 630g BGB geregelten Patienteneinsichtsrechts herangezogen werden. Nach § 630g BGB hat der Patient grundsätzlich ein umfassendes Einsichtsrecht in seine Patientenakte⁴. Hieraus und aus einer Bemerkung des Gesetzgebers⁵ wird vielfach geschlossen, dass, anders als früher, nach der tradierten Rechtsprechung die subjektiven Aufzeichnungen des Therapeuten nunmehr quasi schonungslos offengelegt werden müssten.

Indessen ist der Ansatz der Rechtsprechung, die jahrzehntelang eine Unterscheidung machte zwi-

schen objektiven und subjektiven Aufzeichnungen, durch die Kodifizierung des Patienteneinsichtsrechts überholt. Darauf kommt es überhaupt nicht mehr an. Sondern entscheidend ist, was in die Patientenakte hinein gehört und Patienten sodann einsehen können. Dazu sagt

§ 630f Abs. 2 BGB
„Dokumentation der Behandlung
 (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

Zweck der Dokumentation ist die eigene Gedächtnisstütze des Therapeuten, um einen Überblick über das Behandlungsgeschehen zu haben, z.B. auch zur Vermeidung von wiederholenden Untersuchungen und deren (unnötigen) Kosten. Sie dient der Information möglicher Nach-Behandler im Hinblick auf die stattgehabte Behandlung. Und sie gibt Rechenschaft gegenüber der Patientin/dem Patienten, die den Behandlungsvorgang nachvollziehen können sollen⁶.

Soweit hierfür der Therapeut sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzeichnen muss, ist umrissen, was die Dokumentation enthalten muss und der Patient zu sehen bekommt, wenn er die Einsicht wünscht. Es kommt mithin auf die Faktenbedeutung für die Behandlung an, und nicht darauf, ob es um objektive oder

subjektive Aufzeichnungen geht. Auch objektive Tatsachen können daran gemessen irrelevant sein und subjektive wichtig für die Nachvollziehbarkeit des Behandlungsgeschehens z.B. in der Analyse. Ebenso können subjektive Eintragungen aber so höchstpersönlich sein und so wenig Bezug zum Zweck der Dokumentation haben, dass sie wie schon vor der gesetzlichen Regelung des Patienteneinsichtsrechts zurückgehalten werden dürfen. Was im Sinne von § 630f BGB für die Patientenakte nicht relevant ist und dort nicht hineingehört, sollte dort gar nicht erst notiert werden – denn dann stellt sich die Frage nach dem Einsichtsrecht.

Mit dieser Betrachtungsweise wird der Auffassung des BGH in seiner zitierten Entscheidung zur Lehranalyse auch für psychotherapeutische Behandlungsverhältnisse entsprochen. Danach muss nur soweit Einsicht gewährt werden, wie eine Dokumentationspflicht besteht, deren Umfang sich aus § 630 Abs. 2 BGB ergibt. Für das, was nicht aufgezeichnet werden muss, gibt es kein Einsichtsrecht für Patienten und Patientinnen. ■



Standpunkt der DPTV

Das Patienteneinsichtsrecht bezieht sich auf den Inhalt der Patientenakte, die gemäß § 630f BGB sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse enthalten muss. Auf eine Unterscheidung in subjektive und objektive Aufzeichnungen kommt es nicht an. Was im Sinne von § 630f BGB nicht relevant ist und dort nicht hineingehört, kann gegenüber Patienten zurückgehalten werden; besser, sollte dort gar nicht erst aufgezeichnet sein.

4 § 630g Abs.1 BGB – Einsichtnahme in die Patientenakte
 (1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.
 5 (Bundestags-Drucksache 17/10488):
 „Niederschriften über persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmungen des Behandelnden betreffend die Person des Patienten sind dem Patienten grundsätzlich offen zu legen. Ein begründetes Interesse des Behandelnden an der Nichtoffenbarung solcher Aufzeichnungen ist, in Abwägung zu dem Persönlichkeitsrecht des Patienten, im Regelfall nicht gegeben. Auch hier kommt es aber auf die Umstände im Einzelfall an.“

6 Vgl. z.B. Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 73. Aufl. § 630e RdnNr. 1

Moina Beyer-Jupe

Referat Recht und Verträge der Bundesgeschäftsstelle der DPTV und Rechtsanwältin. Zuvor bei der Berliner Senatsverwaltung in der Rechtsaufsicht über die Gesundheitsberufe, Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Langjährige Beratung und Vertretung von Psychotherapeuten, Ärzten und Patienten.



2012. 416 Seiten. Broschiert
€ 22,90
ISBN 978-3-86781-066-1
Arbor Verlag
www.arbor-verlag.de



Bruce Perry & Maia Szalavitz
Für die Liebe geboren

Anhand zahlreicher Fallbeispiele und wissenschaftlicher Studien untersuchen Bruce Perry und Maia Szalavitz ihre biologischen Grundlagen und zeigen auf, wieso sie für die emotionale und körperliche Gesundheit des Einzelnen unentbehrlich ist und warum eine funktionierende Gesellschaft ebenso wenig ohne sie auskommt.

Eckhard Roediger

Wer A sagt ... muss noch lange nicht B sagen

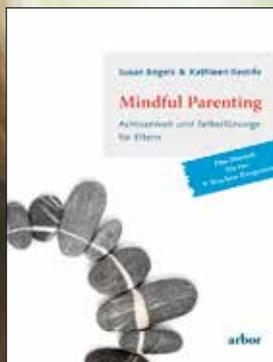
Lebensfallen und lästige Gewohnheiten hinter sich lassen

Warum sich die Psyche gegen Veränderungen sperrt und wie es dennoch gelingt, neue Wege zu gehen: Alltagsnah und leicht verständlich gibt Eckhard Roediger Einblick in die Schematherapie und ihre konkreten Anwendungsmöglichkeiten. Mit einem Vorwort von Jeffrey Young, Begründer der Schematherapie.



2014. 224 Seiten. Gebunden
€ (D) 17,99 / € (A) 18,50 / sFr 25,90
ISBN 978-3-466-30927-6
Auch als E-Book erhältlich
Kösel-Verlag
www.koesel.de

2014. 560 Seiten. Gebunden
€ 49,90
ISBN 978-3-86781-111-8
Arbor Verlag
www.arbor-verlag.de



Susan Bögels & Kathleen Restifo
**Mindful Parenting –
Achtsamkeit und Selbstfürsorge für Eltern**

Dieses Buch ist ein evidenzbasiertes, strukturiertes 8-Wochen-Achtsamkeitstraining, das für den Einsatz in psychotherapeutischen Einrichtungen und Beratungsstellen konzipiert wurde. Im Zentrum stehen der Erwerb achtsamkeitsorientierter Fähigkeiten sowie die Förderung von Empathie, Einfühlungsvermögen und Selbstmitgefühl.

Wolfgang Schmidbauer
**Unbewusste
Rituale in der Liebe**
Einführung in die Paaranalyse

Was hält Paare zusammen? Es ist die fragile Macht der „unbewussten Rituale“, die jedes Paar zu Beginn seiner Beziehung ausbildet. Allerdings können Rituale aufgekündigt werden und die gegenseitigen Bindungskräfte lassen nach. Die Methode der „Paaranalyse“ kann Klarheit bringen.

2014. 256 Seiten. Broschiert
€ 27,95
ISBN 978-3-608-89152-2
Klett-Cotta Verlag
www.klett-cotta.de



Appetit auf Lesefutter?



2014. 153 Seiten. Broschiert
€ 16,95
ISBN 978-3-608-86045-0
Klett-Cotta Verlag
www.klett-cotta.de

Jens Flassbeck

Ich will mein Leben zurück!

Das Leiden an der Sucht eines nahestehenden Menschen kann krank und depressiv machen. Das Buch des erfahrenen Suchtexperten Jens Flassbeck hilft dabei, die eigene co-abhängige Verstrickung zu erkennen und sich aus ihr zu lösen.

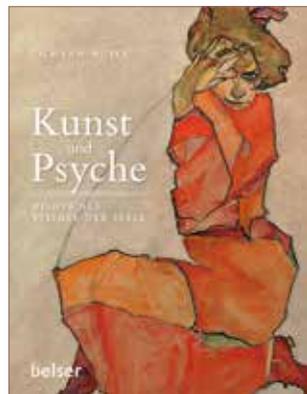
Christopher Germer & Ronald D. Siegel Weisheit und Mitgefühl in der Psychotherapie

Dieses Buch erläutert das Wesen von Weisheit und Mitgefühl, sowohl für Therapeuten, die noch nicht mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Ansätzen gearbeitet haben, als auch für jene, die damit schon vertraut sind. Untersucht wird, ob und wie diese Qualitäten objektiv gemessen und wie sie in die therapeutische Behandlung integriert werden können.



2014. 608 Seiten. Gebunden
€ 49,90
ISBN 978-3-86781-069-2
Arbor Verlag
www.arbor-verlag.de

2014. 208 Seiten. 90 farbige
Abbildungen. Gebunden
€ (D) 29,95 / (A) 30,80 / sFr 40,90
ISBN 978-3-7630-2671-5
Belsner Verlag
www.belsner-verlag.de



Tilmann Moser

Kunst und Psyche Bilder als Spiegel der Seele

Tilmann Moser füllt mit „Kunst und Psyche“ eine Lücke in der Literatur zum Thema, indem er sich mit den vielschichtigen Beziehungen von Kunst und seelischen Strukturen auseinandersetzt. Das Standardwerk erscheint nun neu, erweitert um ein Kapitel über die Darstellung der Gefühle in der Malerei. Der Autor eröffnet dem Leser damit einen ganz neuen Zugang zu Bildern und Malern.

17. Auflage. 2013. 217 Seiten. 16
Seiten farbiger Tafelteil. Broschiert
€ 24,95
ISBN 978-3-608-89034-1
CD: € 19,95
ISBN 978-3-608-89023-5
Klett-Cotta Verlag
www.klett-cotta.de

Luise Reddemann

Imagination als heilsame Kraft

Zur Behandlung von Traumafolgen mit
ressourcenorientierten Verfahren

»Eine ermutigende Orientierungshilfe für
Betroffene und Interessierte, für alle, die
beruflich mit Traumatisierten zu tun haben.«
Dörte von Drigalski, Hamburger Ärzteblatt
Buch und CD: »Empfehlenswerter „Dop-
pelpack“« Gaby Breitenbach, Deutsches
Ärzteblatt



Jochen Peichl

Rote Karte für den inneren Kritiker

Wie aus dem ewigen Miesmacher
ein Verbündeter wird

Innere Kritiker, Fehlerzähler und
andere Quälgeister machen uns oft das
Leben schwer. Jochen Peichl zeigt, wie
wir sie in die Schranken weisen und
gleichzeitig ihre Stärken kennen- und
nutzen lernen. Der beiliegende Test
hilft, lästige Miesmacher in konstru-
ktive Selbstanteile zu verwandeln.

2014. 144 Seiten.
Mit Illustrationen. Kartonierte
€ (D) 14,99 / € (A) 15,50 / sFr 21,90
ISBN 978-3-466-31022-7
Auch als E-Book erhältlich
Kösel-Verlag
www.koesel.de

medhochzwei wünscht erholsame Lesestunden!





Wolfgang Elbrecht

Das Versorgungswerk

Reicht die Altersversorgung der Psychotherapeutenkammer aus?

Berufsständische Versorgungseinrichtungen sind öffentlich-rechtliche Sicherungssysteme für Angehörige kammerfähiger freier Berufe wie zum Beispiel Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Versorgungswerke sind auf landesgesetzlicher Rechtsgrundlage errichtete Einrichtungen des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

richtet. Ich selbst war am Text der Satzung und an der Gründung des PTVW als Versicherungsexperte im Auftrag der Psychotherapeutenkammer NRW maßgeblich beteiligt.

Grundsätzlich ist das PTVW im Vergleich zur gesetzlichen Rentenversicherung (und nur dieser Vergleich ist zulässig!) die ganz erheblich bessere Alternative. Im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung besteht nämlich für die Versicherten sofortiger BU-Schutz ohne Wartezeit, dessen Höhe sich allmählich entwickelt. Zur Finanzierung der Leistungen werden kapitalbildende Verfahren eingesetzt, die auf die spezifischen Anforderungen des PTVW zugeschnitten sind. Die Finanzierung erfolgt ohne Inanspruchnahme staatlicher Zuschüsse.

Bei der Aufnahme erfolgt keine Gesundheitsprüfung. Enthalten sind bescheidene Erwerbsunfähigkeitsrenten sowie eine kleine Hinterbliebenenrente. Der Beitrag orientiert sich am Einkommen. Ein erhöhtes Risiko führt zu keinem höheren Beitrag.

Im Hinblick auf die Sicherstellung einer lebenslangen Versorgung auf Rentenbasis ist eine Auszahlung

Mitgliedschaft

Mitglied im Versorgungswerk ist jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut, die/der Mitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg oder der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer wird und zu diesem Zeitpunkt das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Es handelt sich um eine gesetzliche Pflichtmitgliedschaft, die nicht durch Antrag begründet oder durch Kündigung beendet werden kann, sondern sie ist ausschließlich an die Zugehörigkeit zur Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, zur Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg oder zur Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer geknüpft.

Grundsätzlich wird also jede/r Psychotherapeut/in mit der Approbation und der damit verbundenen

Pflichtmitgliedschaft in der jeweiligen Psychotherapeutenkammer automatisch auch Pflichtmitglied des Versorgungswerkes.

Vergleich zur gesetzlichen und privaten Rentenversicherung

Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie zur privaten Renten- und Lebensversicherung beziehen die berufsständischen Versorgungswerke regional begrenzt nur Angehörige bestimmter Berufsgruppen ein. Die Regelung des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTVW) und damit der per Staatsvertrag angeschlossenen Versorgungswerke der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist auf unsere Bedürfnisse als Versicherungsgemeinschaft ausge-

Prognosen zu treffen ist schwer, zumal dann, wenn sie die Zukunft betreffen.

Nils Bohr

des Kapitals der erworbenen Rentenansprüche nicht vorgesehen.

Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW wendet in der Versicherungsmathematik das modifizierte offene Deckungsplanverfahren an. Dieses kapitalbildende Verfahren berücksichtigt die durchschnittliche Verweildauer der Beiträge, wobei ein Zinsfaktor in die Rentenberechnung einfließt, der sich jedes Jahr dem Lebensalter anpasst (altersgerechte Verrentung).

Das Verfahren an sich ist versicherungsmathematisch strukturiert, so dass die Existenz des PTWV nicht von der Aufnahme einer Mindestzahl an neuen Mitgliedern abhängig ist.

Beim individuellen Anwartschaftsdeckungsverfahren (private Rentenversicherung) werden die erwirtschafteten Erträge zur weiteren Erhöhung der Anwartschaften durch Überschusszuteilungen sowie Dynamisierungen der Renten verwendet, soweit dies möglich ist.

Sind die Leistungen aus dem Versorgungswerk im Vergleich zur privaten Rentenversicherung garantiert?

Im Versorgungswerk sind die Leistungen sowie auch die Beiträge nicht garantiert. Gemäß Satzung können Beiträge sowie auch Leistungen entsprechend angepasst werden. Dies kann bedeuten, dass Beiträge unvorhersehbar erhöht und Leistungen ebenso unvorhersehbar, eventuell massiv, vermindert werden müssen. In Süddeutschland ist dies einem anderen Versorgungswerk bereits passiert. Dessen Betroffene bangen um ihre Versicherung und klagen gegen dieses Versorgungswerk!

Zu beachten ist, dass es entgegen mancher Behauptungen keine Staatshaftung gibt, so dass bei Schwierigkeiten niemand einspringen kann. Auch insofern ist die im-

mer wieder kolportierte Aussage, ein Versorgungswerk könne nicht insolvent werden, dann und nur dann richtig, wenn im Falle des Falles für die laufenden Kosten Beiträge herangezogen und Leistungen bis auf null reduziert werden können.

Risikofaktoren sind zunächst die steigenden Verwaltungskosten, die steigenden Gebühren des mit Geldanlage beauftragten Institutes, die Gebühren der Börsen und Börsenmakler, der am Wertpapier – oder Immobilienhandel Beteiligten und – nicht abschließend benannt – der Fondsgesellschaften. Hinzu kommt der kaum kalkulierbare Verlauf der Erwerbsunfähigkeits- und Hinterbliebenenansprüche, für die das PTWV gerade stehen muss.

Versicherungsmathematische diesbezügliche Modelle können bei noch so ausgeklügelten Berücksichtigungen nur auf Annahmen beruhen und haben letztlich die Qualität einer Wette. Grundsätzlich gilt dies auch für private Rentenversicherungen, aber dort verlässt man sich nach über 150 Jahren Erfahrungen nicht nur auf diese Stochastik.

Im Übrigen gibt es in der privaten Rentenversicherung für den o.a. Fall des Falles eine kollektive Aufgangsgesellschaft, die bereits äußerst erfolgreich (im damaligen Falle der Insolvenz der Mannheimer Leben) alle Versicherungsnehmer schützte und deren Verträge für die Versicherten gewinnbringend fortführte.

Als weitere Sicherheit ist der so vertraglich garantierte Zins existent. Bei sicheren Anlagen bekommt man heute eventuell 0,5% Zinsen. In der privaten Rentenversicherung sind 1,75% garantiert! Dies wird sich jedoch nach unten auf 1,25% für Neuabschlüsse ab 1.1.2015 reduzieren. Gerade in der klassischen Basisrentenversicherung besteht aber noch die Möglichkeit, durch Zuzahlungen zum alten Zinssatz eine höhere Verzinsung zu erwirken.

Beide Rentenleistungen unterliegen dem Alterseinkünftegesetz und müssen, je nachdem, wann die Rente abgerufen wird, zwischen 68% (2014) und 100% (2040) besteuert werden. So kann es sein, dass von einer Bruttorente von 2.500 € möglicherweise nur noch eine Nettorente von 1.350 € übrig bleibt. Daher möchten wir darauf aufmerksam machen und allen Kolleginnen und Kollegen nahelegen, neben der berufsständischen Versorgung als weiteren Baustein zur Altersversorgung die private Rentenversicherung, entweder als klassisches Modell oder alternativ als fondsgebundenes Modell mit Beitragsgarantie, zu wählen.

Im PTWV dauert es Jahrzehnte, bis die dortige Erwerbsunfähigkeitsrente trägt. Allerdings muss man zwingend seine Praxis auf- und die Kassenzulassung abgeben.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist ab dem ersten Tag die vereinbarte Rente garantiert. In der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung erhält man die garantierte Leistung ab einer BU von 50% und darf in der Regel (je nach Qualität des Vertrages) 80% des alten Einkommens weiter erzielen!

Eine moralisch und fachlich einwandfreie Beratung auch nach Vertragsabschluss sowie der Schadenservice, insbesondere von mir als Ihrem Berufskollegen und Verbandsbeauftragten ist besonders hilfreich. Dies ist ein integraler und unverzichtbarer Bestandteil unserer Arbeit getreu unserem Motto: *Vom Kollegen für Kollegen!* 

Was man schwarz auf weiß besitzt, kann man getrost nach Hause tragen.

Quelle: Faust 1, Studierzimmer. (Schüler)

Wolfgang Elbrecht

Psychologischer Psychotherapeut, seit 1991 niedergelassen in eigener Praxis in Essen. Als Versicherungsmakler u. a. tätig für den Wirtschaftsdienst der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.





Klaus-Günter Regener

Der freie Mitarbeiter in der Psychotherapiepraxis

Frei oder nicht frei? Das ist hier die Frage.

Jobsharing-Anstellung, Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft oder freie Mitarbeiter: Die Entscheidung muss gut durchdacht sein.

Viele Psychotherapeuten sind in einer eigenen Praxis selbstständig tätig. Wer jedoch für eine bestimmte Zeit oder auch dauerhaft seine Praxistätigkeit nur noch in einem geringeren Umfang ausüben möchte, ohne dabei die angebotene Versorgung zu mindern, muss darüber nachdenken, wie er am besten mit einem Berufskollegen zusammenarbeiten kann. Dabei gibt es in der kassenzugelassenen Praxis verschiedene Möglichkeiten. Der Psychotherapeut kann im Rahmen des Jobsharings einen Berufskollegen anstellen (sogenannte Jobsharing-Anstellung), die psychotherapeutische Tätigkeit gemeinsam mit einem Berufskollegen ausüben (sogenannte Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft) oder Honorarverträge mit freien Mitarbeitern abschließen.

Eine freie Mitarbeit ist in der Regel nur bei Diagnostik oder in einer Privatpraxis möglich, in Ausnahmefällen auch bei Entlastungsassistenz. Bei Jobsharing-Anstellung werden immer Festanstellungsverträge verlangt.

Freie Mitarbeit hat viele Vorteile

Sehr beliebt ist der Einsatz von freien Mitarbeitern, denn die Vorteile liegen auf beiden Seiten. Der freie Mitarbeiter kann sich seine Arbeitszeit relativ frei einteilen.

Er kann entscheiden, welche Behandlungen und Therapien er übernehmen möchte und er kann Behandlungen auch ablehnen. Ein angestellter Psychotherapeut ist in seinem Entscheidungsspielraum da wesentlich eingegrenzter. Auch für den Praxisinhaber sind Honorar-

kräfte vorteilhaft. Vergütet werden nur die tatsächlich geleisteten Behandlungen. Ansprüche auf Urlaub, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder Mutterschutz, Weihnachts- und Urlaubsgeld bestehen nicht. Freie Mitarbeiter sind für ihre Altersversorgung sowie Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung selbst verantwortlich. Damit muss der Praxisinhaber auch keinen Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung entrichten. Und auch für die berufliche Fortbildung sind freie Mitarbeiter selbst verantwortlich. Das spart Kosten und schafft gleichzeitig eine große Flexibilität. So kann beispielsweise vereinbart werden, dass ein freier Mitarbeiter regelmäßig bestimmte spezielle Therapien übernimmt oder in einem vertraglich vereinbarten Umfang Behandlungstermine übernimmt. Es ist aber auch möglich, dass ein freier Mitarbeiter nur für eine kurze Zeit zum Einsatz kommt.

Freie Mitarbeit eines selbstständig freiberuflich tätigen Psychotherapeuten ist die ideale Gestaltungsalternative, könnte man meinen. Doch der Schein trügt. Betriebsprüfer der Deutschen Rentenversicherung zweifeln häufig, dass freie Mitarbeiter tatsächlich selbstständig tätig werden. Daher beschäftigen sich Sozialgerichte immer wieder mit dem sozialrechtlichen Status freier Mitarbeiter.

Freie Mitarbeiter als Scheinselbstständige

Immer wieder führen Prüfungen durch die Deutsche Rentenversicherung zu der Erkenntnis, dass es sich nicht um eine freie Mitarbeit, sondern um ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis handelt. Das bringt regelmäßig große finanzielle Nachteile für den betroffenen Praxisinhaber mit sich. Es sind Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung nachzuentrichten. Dabei können die Sozialversicherungsbeiträge rückwirkend für vier Jahre gefordert werden. Der Arbeitgeber kann den „Arbeitnehmer“ jedoch grundsätzlich nur für die letzten drei Monate in Regress nehmen. Im Übrigen zahlt er auch die Anteile, die an sich der Arbeitnehmer zu leisten gehabt hätte. Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Beiträge ist das an den freien Mitarbeiter gezahlte Honorar. Hinzu kommen Säumniszuschläge – 1% des rückständigen Betrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis. Je später die Sozialversicherungspflicht festgestellt wird, desto teurer wird das Ganze, denn die Säumniszuschläge können dann in der Summe fast genauso hoch sein, wie die nachzuentrichtenden Beiträge.

Rechtsprechung nimmt vermehrt ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis an

In den Entscheidungen der Sozialgerichte ist seit einigen Jahren eine

Tendenz zu beobachten, wonach vermehrt ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis angenommen wird. Damit werden die Möglichkeiten einer freien Mitarbeit immer mehr zurückgedrängt. Die Prüfer der Deutschen Rentenversicherung und die Sozialrichter kommen auch bei Ärzten und Psychologen, die als freie Mitarbeiter in einer Praxis tätig sind, immer wieder zu dem Ergebnis, dass sie kein ausreichendes unternehmerisches Risiko tragen. Eine selbstständige Tätigkeit ist aber gerade durch das eigene Unternehmerrisiko gekennzeichnet, insbesondere durch das Vorhandensein eigener Praxisräume und Betriebsmittel. Weitere Kriterien für eine Selbstständigkeit sind die Möglichkeit, über die eigene Arbeitskraft frei zu verfügen sowie die Tätigkeit und Arbeitszeit im Wesentlichen frei gestalten zu können. Eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung setzt dagegen grundsätzlich voraus, dass der Beschäftigte vom Arbeitgeber persönlich abhängig ist, in den Praxisbetrieb eingegliedert ist und hinsichtlich der Zeit, der Dauer und dem Ort dem Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Welche Merkmale überwiegen, muss dabei im Einzelfall detailliert festgestellt werden. Nach dem Sozialgesetzbuch ist die Entscheidung anhand einer Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls zu treffen. Doch oftmals reicht den Sozialversicherungsträgern ein einziges, für eine abhängige Beschäftigung sprechendes, Kriterium aus, obwohl auch viele Gründe für eine Selbstständigkeit sprechen. Hier gibt es jedoch harte und weiche Kriterien. So wird der freien Gestaltbarkeit der Arbeitszeit und auch einem weitgehend weisungsfreien Tätigwerden nur noch eine indizielle Bedeutung beigemessen. Allein die Möglichkeit, Weisungen zu erteilen und eine gewisse Eingliederung in den Praxisablauf können dagegen schon ausreichen, um ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis festzustellen.

Weisungsgebundenheit trotz freier Gestaltung der Tätigkeit

Besonders schwierig ist es, eine freie Mitarbeit bei Ärzten und Psychotherapeuten nachzuweisen, die zuvor in der Praxis angestellt waren. Hier wird schnell vermutet, dass nur die Senkung von Lohnnebenkosten durch den Wegfall der Beitragspflicht zur Sozialversicherung beabsichtigt ist, ansonsten aber alles beim „Alten“ bleibt. Daher ist es gerade in solchen Fällen besonders wichtig, rechtssichere Verträge abzuschließen und vorab im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens den sozialrechtlichen Status zu klären. Dafür sieht § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB IV vor, dass die Deutsche Rentenversicherung auf Antrag ein Statusfeststellungsverfahren durchzuführen hat. Die Statusfeststellung schafft nicht nur Rechtssicherheit, sondern kann auch hohe Nachforderungen ver-

Wird der freie Mitarbeiter plötzlich zum Scheinselbstständigen, sind die finanziellen Nachteile für den betroffenen Praxisinhaber immens.



IFT - Gesundheitsförderung
Montsalvatstr. 14 · 80804 München
www.ift-gesundheit.de



Verhaltenstherapiewochen 2015

Programme und Online-Anmeldung finden Sie im Internet www.vtwoche.de

Kontakt: Ina Lizon
Tel.: 089 / 36 08 04 94
lizon@ift.de



Meiringen / Schweiz
13. - 15. März 2015
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der Psychotherapie



Mainz
27. - 30. März 2015
Eröffnungsveranstaltung:
Wirkung und Nebenwirkung von Psychotherapie



Dresden
01. - 05. Mai 2015
Eröffnungsveranstaltung:
Rückfallprävention



Lübeck
19. - 22. Juni 2015
Eröffnungsveranstaltung:
Kaufsucht



München
03. - 05. Juli 2015
Eröffnungsveranstaltung:
Prävention



Freiburg
18. - 21. September 2015
Eröffnungsveranstaltung:
Persönlichkeitsstörungen

38 Jahre Verhaltenstherapiewochen

Interdisziplinäre, akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen für Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

Die Möglichkeiten einer freien Mitarbeit werden immer weiter zurückgedrängt und stehen darüber hinaus im Fokus der Betriebsprüfungen.

hindern, denn ein rechtzeitig eingeleitetes Statusfeststellungsverfahren hat aufschiebende Wirkung. Wird der Antrag innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt, tritt eine gegebenenfalls festgestellte Versicherungspflicht erst mit Bekanntgabe der Entscheidung ein. Voraussetzung ist allerdings, dass der freie Mitarbeiter zustimmt und im Zeitraum zwischen Beschäftigungsbeginn und Bekanntgabe der Entscheidung der Statusfeststellung eine Absicherung gegen das Krankheitsrisiko und zur Altersvorsorge vorgenommen hat.

Doch auch wenn Sozialversicherungspflicht festgestellt wird, lohnt es sich häufig, gegen den Bescheid Widerspruch einzulegen und im Ablehnungsfall Klage einzureichen. Dies ist allerdings ein langwieriger Prozess. So erhielt eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erst in zweiter Instanz vom Landessozialgericht Recht. Die Psychologin/Ärztin beauftragte eine Diplom-Psychologin und eine Diplom-Pädagogin, als freie Mitarbeiterinnen fallweise bestimmte Behandlungen und Therapien für ihre Patienten durchzuführen. Beide freie Mitarbeiterinnen waren zuvor bei der Ärztin angestellt, betrieben aber inzwischen eigene Praxen, in denen sie jeweils eigene Patienten behandelten. Daneben waren sie auf Honorarbasis auch noch für weitere Ärzte tätig. Die freien Mitarbeiterinnen legten fest, für welche Tage für sie Behandlungstermine vereinbart werden konnten. Sie trugen selbst das Risiko von Terminausfällen und zahlten anteilige Praxiskosten, die über ein reduziertes Honorar ab-

gerechnet wurden. All dies spricht für eine selbstständige Tätigkeit. Dennoch stellte die Deutsche Rentenversicherung eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung fest und forderte Beiträge sowie Säumniszuschläge nach. Auch das Sozialgericht wies die Klage der Ärztin ab und bestätigte den Bescheid der Rentenversicherung. Die Rentenversicherungsprüfer und Sozialrichter begründeten ihre Entscheidung damit, dass die freien Mitarbeiterinnen in die Praxis der Psychotherapeutin eingegliedert seien und sich an der Art und Weise ihrer Tätigkeit – im Vergleich zu ihrer früheren Angestelltentätigkeit – kaum etwas geändert habe. Sie seien weiterhin in den Praxisbetrieb eingegliedert, da sie die Praxisräume der Inhaberin nutzten und die Therapietermine über die Praxis vereinbart wurden. Zwar wurde bestätigt, dass die freien Mitarbeiterinnen ihre Therapie selbstständig gestalten konnten, dies widerspräche jedoch nicht dem vollumfänglichen Weisungsrecht der Praxisinhaberin, da auch abhängig Beschäftigte oftmals im täglichen Arbeitsgeschäft weitgehend frei agieren könnten.

Praxisinhaber trägt das wirtschaftliche Risiko

Die Möglichkeiten einer freien Mitarbeit werden immer weiter zurückgedrängt. Das zeigt die aktuelle Sozialrechtsprechung sehr deutlich. Zwar entschied das bayerische Landessozialgericht im Falle von freien Mitarbeitern einer Physiotherapiepraxis, dennoch lassen sich die Urteilsbegründungen teilweise auch auf Psychotherapeuten übertragen, die als freie Mitarbeiter tätig werden – zumindest soweit es sich um den kassenärztlichen Bereich handelt. Für die Sozialrichter war entscheidend, dass die freien Mitarbeiter ihre Leistungen in einer fremden, zur Leistungserbringung nach dem SGB V (im Urteilsfall Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V) zugelassenen Praxis erbrachten. Damit treten die Praxisin-

haber nach außen und gegenüber den Patienten als verantwortliche Praxisbetreiber auf und rechnen auch die Leistungen mit den Krankenkassen ab. Sie tragen somit das Risiko des wirtschaftlichen Praxisbetriebs. Freie Mitarbeiter rechnen nicht selbst mit der Krankenkasse ab. Vielmehr liegt die kassenärztliche Zulassung für die von den freien Mitarbeitern erbrachten Therapien beim Praxisinhaber. Einen wesentlichen Unterschied zu der kürzlich ergangenen Entscheidung des bayerischen Sozialgerichts gibt es jedoch: Psychologische Psychotherapeuten werden aufgrund der eigenen Diagnostik tätig. Damit sind Therapieart und -dauer nicht im Rahmen einer ärztlichen Verordnung gegenüber dem Praxisinhaber vorgegeben, so dass Psychotherapeuten als freie Mitarbeiter insoweit nicht in den Praxisablauf eingegliedert sind.

Empfehlung

Die Beschäftigung freier Mitarbeiter steht regelmäßig im Fokus der Betriebsprüfungen der Deutschen Rentenversicherung. Um vor Überraschungen und der Nachforderung von Sozialversicherungsbeiträgen geschützt zu sein, empfehlen wir Ihnen, Ihre bereits geschlossenen Verträge über eine freie Mitarbeit einer vorsorglichen Prüfung zu unterziehen und sich vor dem Abschluss neuer Verträge anwaltlich beraten zu lassen. Gern vermitteln wir Ihnen einen Kontakt zu den mit uns kooperierenden ETL-Rechtsanwälten und der ETL-Statusprüfstelle. 



Klaus-Günter Regener

Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Dortmund, spezialisiert auf die Beratung von Psychotherapeuten.



NOVEMBER

6./7.11.2014, Raum München
„Worte wirken magisch“
 Sprache gezielt für gewünschte Veränderungen einsetzen
 Cordula Meyer-Erben
 info@istob-zentrum.de



7.11.2014, Köln
Theorie und Praxis der Konfrontationsbehandlung
 Manfred Radau
 DPtV CAMPUS

8.11.2014, Frankfurt/Main
21. Frankfurter Psychiatriesymposium
 Klinik Hohe Mark
 klinik@hohemark.de

10./11.11.2014, Raum München
Die Kunst des systemischen Fragens
 Dr. Thomas Hegemann
 info@istob-zentrum.de



12.11.2014, Dortmund
Praxisweitergabe unter steuerlichen und rechtlichen Aspekten
 Jens-Peter Jahn, Christina Seimetz
 DPtV CAMPUS

13.–16.11.2014, Bad Lippspringe
 Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V. (DGH)
„Hypnose – wenn Seele und Körper schmerzen“
 Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V.
 info@dgh-hypnose.de



14.11.2014, Berlin
Psychotherapie im deutschen Rechtssystem – ein Basisseminar
 Moira Beyer-Jupe
 DPtV CAMPUS

22./23.11.2014, Erlangen-Nürnberg
 12. Fachtagung des IVS
„Selbsterfahrung und Psychotherapie“
 Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)
 info@ivs-nuernberg.de



26.11.2014, Heidelberg
Was muss ich beachten, wenn ich eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen will?
 Sabine Schäfer, Christina Seimetz
 DPtV CAMPUS

26.–29.11.2014, Berlin
 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Herausforderungen durch den demographischen Wandel – Psychische Erkrankungen heute und morgen
 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
 programm@dgppn.de

DEZEMBER

1./2.12.2014, Raum München
Die Arbeit mit dem inneren Kind
 Blicke über den systemischen Tellerrand
 Michael Raisch
 info@istob-zentrum.de



4.–6.12.2014, Düsseldorf
Patientenschulung zur Behandlung der krankhaften Adipositas – „Adi Posi Fit®“
 Modul 1 bis 3
 DPtV CAMPUS



5.12.2014, Bremen
PC-Nutzung in der Psychotherapie-Praxis
 Dr. Enno Maaß
 DPtV CAMPUS



13.12.2014, Hamburg
Feinheiten der Abrechnung
 Dr. Hans Nadolny
 DPtV CAMPUS

JANUAR



9./10.1.2015, Düsseldorf
Patientenschulung zur Behandlung der krankhaften Adipositas – „Adi Posi Fit®“
 Modul 4 bis 7
 DPtV CAMPUS



16./17.1.2015, Hannover
Presseworkshop
 Ursula-Anne Ochel
 DPtV CAMPUS



24.1.2015, München
Sozialmedizinische Anfragen
 Dr. med. Thomas Leitz
 DPtV CAMPUS



31.1.2015, Würzburg
Start in die Selbstständigkeit
 Frank Mutert
 DPtV CAMPUS

Bitte nutzen Sie zur Anmeldung zu den DPtV CAMPUS-Veranstaltungen das Anmeldeformular zum Download unter www.dptv-campus.de.



Wiltrud Brächter (Hrsg.)
Der singende Pantomime
 Ego-State-Therapie und Telearbeit mit Kindern und Jugendlichen
 2014, Carl Auer Verlag
 283 Seiten, 41 Abbildungen
 ISBN 978-3-8497-0034-8
 29,95 €

Rezensiert von Luise Schmidt

Das Buch verspricht einen Überblick über die Arbeit mit Teilekonzepten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Dabei werden bekannte Methoden wie Sandspiel, Kunsttherapie und die Arbeit mit Handpuppen mit dem Konzept der Ego-State-Therapie verbunden und neben der therapeutischen Arbeit bei Trauma und Verlust weitere mögliche Anwendungsfelder der Ego-State-Therapie vorgestellt.

Nach einem Vorwort der Herausgeberin gibt Kai Fritzsche eine knappe Einführung in die Ego-State-Therapie. Er definiert dabei den Begriff Ego-State, geht dann auf Grundpfeiler wie die Entstehung von Ego-States, die verschiedenen Kategorien der Ego-States (ressourcenreiche, verletzte, verletzende) und die Beziehungsebenen in der Ego-State-Therapie sowie das Ziel der Ego-State-Therapie ein: die Integration. Anschließend stellt er das vierphasige Sari-Modell (in Anlehnung an Konzepte der Traumatherapie: I = S Sicherheit und Stabilisierung,

II = A Schaffung eines Zugangs zum Trauma und entsprechenden Ego-States, III = R Auflösung der traumatischen Erfahrung und Restabilisierung, IV = I Integration der Persönlichkeit, Neuorientierung und Schaffung einer neuen Identität) als Behandlungsgrundlage der Ego-State-Therapie vor.

Im ersten Teil des Buches werden verschiedene methodische Zugänge bzw. Interventionen in der Ego-State-Therapie dargestellt: die Sandspieltherapie, die Arbeit mit Handpuppen, Kunsttherapie und Szenisches Spiel. Dabei gewähren verschiedene Autoren in einzelnen Kapiteln Einblick in ihre Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Somit entsteht ein Sammelsurium an therapeutischen Vorgehensweisen und Techniken mit dem Grundkonzept der Telearbeit.

Im zweiten Teil wird die Ego-State-Therapie in verschiedenen Anwendungsgebieten vorgestellt. Es wird z.B. speziell auf die Telearbeit bei Angst eingegangen, wobei u.a. die Geschichte vom Angstmonster Kaskasi oder das Herausarbeiten eines eigenen Kraftwesens als ressourcenvollen State vorgestellt werden. Auch die Arbeit mit Jugendlichen findet ein eigenes Kapitel und wird durch ein ausführliches Fallbeispiel veranschaulicht. Spannend ist auch die Einführung in Anwendungsgebiete, die das Einzelsetting überschreiten, wie die Familientherapie oder die Gruppentherapie mit Kindern.

Im letzten und dritten Teil wird dann auf die Ego-State-Therapie bei Trauma und Verlust eingegangen. Hierbei werden von verschiedenen Autoren drei ausführliche Fallbeispiele mit Therapieverlauf, eingerahmt in das anfangs vorgestellte SARI-Modell, geschildert. Ein Kapitel widmet sich der Verbindung zwischen Ego-State-Therapie und EMDR.

Im Großen und Ganzen hält das Buch, was es verspricht: Es liefert Einblicke in die verschiedensten Fa-

cetten der Ego-State-Therapie. Besonders wertvoll wird das Buch dadurch, dass verschiedene Autoren ihre Arbeitsweisen darstellen und über zahlreiche und eindrückliche Fallbeispiele einen nachvollziehbaren Einblick gewähren. Psychotherapeuten können hier wertvolle Anregungen gewinnen. Das Buch ist vergleichbar mit einer gut gefüllten Schatzkiste, für den Schatzsucher ist allerdings eine gut fundierte Kenntnis der Ego-State-Therapie hilfreich, um den Schätzen auch gewinnbringend für Patienten und Therapeuten Anwendung verleihen zu können. Fazit: Als aufbauende Literatur empfehlenswert. 



Jeannette Bischkopf
Emotionsfokussierte Therapie
 Grundlagen, Praxis, Wirksamkeit
 2013, Hogrefe
 186 Seiten
 ISBN 978-3-8017-2209-8
 29,95 €

Rezensiert von Andrea Zwingel

Mit dem vorliegenden Band „Emotionsfokussierte Therapie – Grundlagen, Praxis, Wirksamkeit“, erschienen 2013 im Hogrefe-Verlag, bietet die Autorin Jeannette Bischkopf dem Leser eine Einführung in die grundlegenden Konzepte des von Leslie Greenberg entwickelten Therapiekonzeptes EFT.

Neben der Bezugnahme auf die Verwurzelung der EFT in den



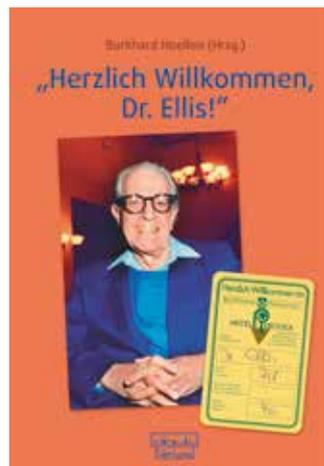
humanistischen, prozessorientierten und erfahrungsbasierten Traditionen der klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers, der Gestalttherapie nach Perls sowie des „experiencing“ nach Gendlin, stellt die Autorin insbesondere das integrative Selbstverständnis emotionsfokussierten therapeutischen Arbeitens heraus. Zentral wird hier der aus psychodynamischen Verfahren stammende Begriff der korrigierenden emotionalen Erfahrung bearbeitet; bei allen theoretischen Überlegungen, wie der Klient auf dem Weg dorthin unterstützt werden kann, klingen schulenübergreifend, mit Anleihen u.a. an Stuhlarbeit, Teilarbeit und achtsamkeitsbasierte verhaltenstherapeutische Verfahren unterschiedliche Interventionstechniken an. Bisweilen gerät dabei die Lektüre des Werkes angesichts der Bandbreite der beschriebenen theoretischen und interventionellen Einflüsse so uneindeutig und komplex wie der Therapieprozess multipel belasteter Patienten selbst.

Was anhand der Ausführungen von Prof. Bischoff sehr deutlich wird, ist die Spannung zwischen der zunehmenden Anforderung unseres Gesundheitssystem an die Evidenzbasierung und Beforschung wirksamer Therapiemethoden einerseits, die von Vertretern der EFT offensiv im Rahmen transparenter Bemühung um Therapieprozessforschung beantwortet wird, und der fehlenden Normierbarkeit therapeutischer Arbeit im Umgang mit subtilen emotionalen Prozessen.

Nicht umsonst steht die therapeutische Beziehung, die, wie bereits in vielen Therapiestudien gezeigt, interventionsunabhängig den größten Wirksamkeitsfaktor darstellt, auch in Jeanette Bischoffs Band an zentraler Stelle. Worin zeigt sich die Empathie des Therapeuten? Wie lässt sich unsere Sensibilität für emotionale Prozessmarker schulen, wie mit ihnen umgehen? Vielleicht kann hier Greenberg selbst zitiert werden:

„Many students in training and therapists in general want to lead but the real skill is to listen.....So ideally I would like students to do two years of basic empathy training.....before they begin to do more aktive interventions. It's very difficult to listen really clearly and then listen to affect.“

Das vorliegende Werk präsentiert sich nicht als neue Schatzkiste therapeutischer Interventionen, wohl aber als gelungene Auseinandersetzung der Autorin mit der Stellung des vorgestellten experimentiellen und prozessorientierten Ansatzes im Kontext der Therapieschulen und des Spannungsfeldes, in dem psychotherapeutische Bemühungen zunehmend auch Wirtschaftlichkeitsaspekten standhalten sollen. 



Burkhard Hoellen (Hrsg.)
**„Herzlich willkommen,
 Dr. Ellis!“**

**Eine Hommage
 zum 100. Geburtstag**
 2013, dgvt-Verlag
 419 Seiten
 ISBN 978-3-87159-276-8
 38,00 €

**Rezensiert
 von Christof T. Eschenröder**

Zum 100. Geburtstag von Albert Ellis (1913 – 2007) hat Burkhard Hoellen einen opulenten, mit vielen Abbildungen angereicherten Sammelband herausgegeben, in dem

der Begründer der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie gewürdigt wird. In einem ausführlichen Beitrag beschreibt Hoellen das Leben und Werk von Ellis, der seinen Therapieansatz zuerst Rationale Therapie, später Rational-Emotive Therapie (RET) und seit den neunziger Jahren Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT) nannte; außerdem stellt Hoellen die Entwicklung der REVT in Deutschland dar.

Ein Abschnitt des Buches ist den Personen, die Ellis direkt oder durch ihr Werk bedeutsam beeinflussten, gewidmet. Dazu gehören die Neoanalytikerin Karen Horney und ihr Konzept der „Tyrannei des Sollens“ und der Theologe Paul Tillich, von dem Ellis die Idee der unbedingten Selbstakzeptanz übernahm. Dieter Schwartz benutzt das Stilmittel eines fiktiven Interviews mit Alfred Adler und Albert Ellis, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihren therapeutischen Konzepten deutlich zu machen. Besonders interessant fand ich den gründlich recherchierten Aufsatz, in dem Hoellen den Einfluss von Richard Huelsenbeck auf Ellis darstellt. Der Arzt und Schriftsteller Huelsenbeck war ein Mitbegründer der Dada-Bewegung in Zürich und in Berlin. In den dreißiger Jahren emigrierte er in die USA, nahm dort den Namen Charles R. Hulbeck an und wurde nach einer analytischen Ausbildung zum Lehranalytiker der Horney-Schule. Ellis absolvierte bei ihm Ende der vierziger Jahre eine Lehranalyse und ließ anschließend seine therapeutische Arbeit von ihm supervidieren. Auch wenn sich Ellis später mehr und mehr von den psychoanalytischen Methoden, die er ineffektiv fand, distanzierte, schildert er Hulbeck als einen unabhängigen undogmatischen Denker, der ihm half, sich selbst besser zu verstehen.

Die Kapitel zur Theorie der REVT beschäftigen sich mit einzelnen Aspekten des Werks von Ellis, dem Konzept der „Demandingness“ (der Tendenz, absolute Forderungen an sich, andere Menschen und

die Welt zu stellen) und dem Verhältnis von Ellis zur Religion und zur Homosexualität.

Der Abschnitt zur Praxis der REVT enthält zwei übersetzte Transkripte von Therapiesitzungen von Ellis, die Hoellen kommentiert, eine Untersuchung zu motivierenden und blockierenden Denkmustern von Erwachsenen in beruflicher Um- und Neuorientierung, einen etwas ironischen Artikel über Ellis und die Ratgeberliteratur sowie ein Kapitel über das konstruktiv-kritische Verhältnis von Ellis zu B. F. Skinner.

Weiterhin berichten mehrere Autoren über ihre Beobachtungen und inspirierende Erfahrungen bei Workshops von Ellis. In einem Interview aus dem Jahr 1983 stellt Ellis die Grundgedanken seines Ansatzes vor und antwortet auf Nachfragen von Burkhard Hoellen.

Der Sammelband enthält keine Beiträge über empirische Studien zu REVT-Konzepten, zur Wirksamkeit dieser Therapieform und zu Vergleichen der REVT mit den Ansätzen von Beck und Meichenbaum oder neueren Ansätzen der Verhaltenstherapie. Dieses Buch möchte ich daher insbesondere Kolleginnen und Kollegen empfehlen, die sich für die Geschichte der Psychotherapie interessieren, oder die (wie der Rezensent) die Gelegenheit hatten, Ellis mit seinem zupackenden direktiven Therapiestil live zu erleben. 



**Aktuelle
 Rezensions-
 angebote**

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

VERBANDSINTERN

Adressen DPtV

Bundesgeschäftsstelle

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

Mo u. Mi 9.00 – 15.00 Uhr
Di, Do, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
bgst@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung
Telefon 030 235009-40

Mo u. Fr 10.00 – 13.00 Uhr
Mi 11.00 – 15.00 Uhr

Bundesvorstand

Bundesvorsitzende
Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
BarbaraLubisch@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
DieterBest@dptv.de

Gebhard Hentschel
Neubrückerstraße 60
48143 Münster
GebhardHentschel@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
SabineSchaefer@dptv.de

Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
KerstinSude@dptv.de

Kooptiertes Vorstandsmitglied
Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
EnnoMaass@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Michael Ruh (Stellv. Vorsitzender)

Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg
Dr. Alessandro Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0791 94016973
Gs-bw@dptv.de
DrAlessandroCavicchioli@dptv.de
Di–Do 15.00 – 18.00 Uhr

Bayern
Rudolf Bittner
Klötzlmüllerstraße 14
84034 Landshtut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin
Archontula Karameros
Fasanenstraße 48
10719 Berlin
Telefon 030 88683168
AKarameros@t-online.de

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

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

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

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

Hessen
Else Döring
Sophienstraße 29
60487 Frankfurt
Telefon 069 515351
elsedoering@t-online.de

Geschäftsstelle Hessen
c/o Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
Telefon 06451 718557
Mo–Fr 9.00–12.00 Uhr
hessen@dptv.de

Mecklenburg-Vorpommern
Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Telefon 03881 79050
info@deutschepsychotherapeutenvereinigung-mv.de

Niedersachsen
Matthias Engelhardt
Peinerstraße 4
30519 Hannover
Telefon 0511 8765816
Do 9.45–10.15 Uhr

Nordrhein-Westfalen
Nordrhein
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
Telefon 02244 874653
pichba@aol.com

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

Westfalen-Lippe
Angelika Enzian
Bahnhofstraße 18
33102 Paderborn
Telefon 05251 8728481
Mo–Fr 12.30–13.00 Uhr
a.enzian@t-online.de

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe
Dr. Inez Freund-Braier
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo u. Mi 9.00–12.00 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

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

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

Sachsen
Dr. Peter Schuster
Alaunstraße 71B
01099 Dresden
Telefon 0351 3125005
schuster@dppap.de

Geschäftsstelle Sachsen
c/o Angela Gröber
Bahnhofstraße 6
01640 Coswig
Telefon 03523 5363136
DPTV.Sachsen@gmx.de

Sachsen-Anhalt
Christiane Dittmann
Bahnhofstraße 32
39638 Gardelegen
Telefon 03907 739369
christianedittmann@hotmail.com

Schleswig-Holstein
Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

Thüringen
Christiane Rottmayer
Schöne Aussicht 12
98617 Meiningen
Telefon 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
Telefon 030 2350090 · Fax 030 23500944
E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

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

Kontaktanschrift der Redaktion
Regine Holtz
Dohlenstraße 36 · 46145 Oberhausen
Telefon 0208 6282701
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen
medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
Sabine Hornig Telefon 06221 91496-15
Lena Neusser Telefon 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, 4, 15, 16, 17, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 37, 40, 41, 48, 50, 53), Holger Groß (2)

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

Jobsharing

Kleinstadt südlich Bremen. Suche ab Juli 2015 PP Kollegin/en als Jobsharing-Teilhaber/in für VT-Praxis mit KV-Vollzulassung – Approbation, Arztregistrierung Voraussetzung. Praxisübernahme langfristig möglich. Selbständiges Arbeiten erwünscht, kollegiale Interventionsgruppe besteht. Telefon 04241 979922

Praxisabgabe

Ganzer **Praxisitz in Düsseldorf** mit Hilfe von Jobsharing zu Beginn des Jahres 2015 an solventen approbierten Psychologischen Psychotherapeuten (m/w) zu verkaufen. Kontakt: Psychotherapie@ish.de

Main-Kinzig-Kreis, Nähe Frankfurt/Main. Häufige PP-Praxis (TP) zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden. Praxis ist gut etabliert, viele Pat. auf der Warteliste. Telefon 06187 6467

Psychotherap. Praxis für Ki. u. Jug. in **Wiesbaden**, mit KV-Zulassung, zu einem baldigen Zeitpunkt halb, evtl. auch ganz abzugeben. Zuschriften unter Chiffre PA20140301

Praxisgemeinschaft

Möchte meine gut gehende psychotherapeutische Praxis in **Berlin** mit med. Psychotherapeutin teilen, evtl. mit hälftigem Praxisanteil. an: praxis10405@gmail.com

Praxisvermietung

Zwei Räume, je ca. 16m², ab Januar 2015 in psychiatrischer Praxis in **Hannover**, Altbau, renoviert, frei. Kontakt: mail@psychiatrische-praxis-samaras.de Telefon 0511 8091011

Freie Praxisräume in Dresden Praxisgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie vermietet 1 – 2 Räume. Bevorzugt wünschen wir uns einen Psychologischen Psychotherapeuten (m/w), um das Team zu ergänzen und unser Angebot zu erweitern. Telefon 0351 81074370; praxis.kaspar@t-online.de

Berlin/Kreuzkölln: 2 schöne freie Räume in psychotherapeutischer Praxis (24 u. 26 qm / jeweils 500 € / auch tagesweise). Gerne auch Kooperation. praxishobrecht@yahoo.de 0163 6911566



Stellenangebote

Dingolfing: Zul.fähige(r) PP(VT) gesucht f. **Sicherstellung** ab 1.1.15 o. später f. PT-Praxis m. Kassenzul. (VT, Erw.) m. schö. Räumen, guter Orga. u. Erreichbark. z. angest. o. freiberufl. Mitarbeit m. 10–25 h/Wo. Intervention u. Mitgestalt.möglichkeit. Langfr. Zus.arbeit erwünscht. vt-praxis.kooperation@hotmail.com

Gelnhausen: Praxisgemeinschaft (zentrale Lage) sucht **KJP (VT)** zum Sofort-einstieg über Jobsharing. Übernahme des 1/2 KV-Sitzes später möglich. Praxiskuehnmund@web.de

Nicht suchen.

Finden.

Mit einer Anzeige hier.

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVen bekannt gemacht.

Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d.h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

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

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

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages



Südsudan +++ Flüchtlingslager Batil +++ Gandhi Pant (47) +++ Krankenpfleger aus Australien +++ 2. Mission +++ 300 Patienten pro Tag +++

© Nichole Sobecki

WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN. HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell und effektiv handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig: Werden Sie Dauerspender.

www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende

Spendenkonto • Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00 • BIC: BFSWDE33XXX



Verschiedenes

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

Burnout? Auszeit! Wochenende im Herzen von Paris! Qualifizierte Supervisorin bietet kollegialen Austausch, Supervision und Coaching. Auch kleine Gruppen möglich.
Kontakt unter: pti-ms@web.de

München: Wünsche persönliche Unterstützung bei VT-LZT-Erstanträgen für gutachtensichere Formulierung
psychotherapiebogenhausen@gmx.de

Sie wollen Ihr **Qualitätsmanagementsystem (QMS)** aufbauen, aktualisieren oder zertifizieren lassen? Sie möchten Ihre **Praxisorganisation verbessern**? Ich biete Ihnen hierzu individuelle **Unterstützung/Beratung** an. Kompetent, flexibel, vertrauensvoll. 50% der Beratungskosten zum Aufbau des QMS können als Zuschuss über das Bundesministerium für Wirtschaft zurückerstattet werden. Bei der Antragstellung bin ich gerne behilflich. Die Bezuschussung ist befristet.
Clemens Thamm
Telefon 040 88128615
qms@clementhamm.de

Anzeigenschluss
für Heft 4.2014: 17.11.2014

Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 10.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

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

Inserentenverzeichnis

Arbor Verlag GmbH, FreiburgSeite 46, 47
Chr. Belsler Gesellschaft für Verlagsgeschäfte GmbH & Co.KG, Stuttgart..... Seite 47
IFT Gesundheitsförderung, München Seite 51
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth Seite 39
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster Seite 21
Klett Cotta Verlag, Stuttgart.....Seite 46, 47
Kösel Verlag, München.....Seite 46, 47

Einer Teilaufgabe ist die Beilage folgender Institution beigelegt:
Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe, Berlin

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

Kleinanzeigenpreise 2014
Pro Millimeter: 2,50 €
Mindesthöhe: 20 mm

Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 19.12.2014





FAXANTWORT
030 - 235 00 944

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin · Tel. 030/235 00 90 · Fax 030/235 00 944

E-Mail: bgst@dptv.de

Hiermit bestelle ich den Psychotherapeutenkalender 2015:

_____ Exemplar/-e in der Farbe **Rot**

_____ Exemplar/-e in der Farbe **Anthrazit**

zum Subskriptionspreis von € 19,90*

zur jährlichen Fortsetzung bis auf Widerruf, Preis/Jahr € 19,90*

*Zuzüglich € 2,50 Porto- und Versandkosten pro Exemplar, bei Mehrfachbestellung einmalig € 4,50.

Name: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Ich erteile Ihnen eine Abbuchungserlaubnis von folgendem Konto:

IBAN: DE _____ BIC: _____ Bank: _____

(Datum, Unterschrift / ggf. Stempel)

INFORMATION AUSTAUSCH FORTBILDUNG

- Fachveranstaltungen
- Praxismanagement
- Junge Psychotherapeuten
- Berufspolitik

**Jetzt
anmelden!**
www.dptv-campus.de

Ein Angebot der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.
Weitere Informationen zur Fortbildungsakademie DPtV CAMPUS
auf www.dptv-campus.de oder Telefon 030-23 500 912.

DPtV CAMPUS



Deutsche PsychotherapeutenVereinigung