

# Projekt Psychotherapie

02/2017

**Meinung · Wissen · Nachrichten**

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)



## **Hat das Warten nun ein Ende?**

**Die ambulante Versorgung  
nach der Richtlinienreform**

### **Den Bogen überspannt?**

Qualitätssicherung bei Psychotherapeuten

### **Quo vadis, Kuba?**

Psychotherapie unter Castro

**bvvp**

# Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**  
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**  
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**  
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **Keine Beitragsanpassungen!**  
Bei Schadensfreiheit bezahlen Sie einen Fixbetrag über die gesamte Laufzeit – bis zu 10 Jahre.
- **Sie sind uns willkommen!**  
Eintrittsalter bis zum 63. Lebensjahr möglich.

## BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt, Variante P.U.V PLUS	
Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 509,40
Beitrag pro Monat:	€ 42,45



**Dr. Rinner & Partner**  
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4  
82008 Unterhaching  
Tel.: +49 (0)89 96057490 • [www.dr-rinner.de](http://www.dr-rinner.de)



**Sechs Wochen  
Praxisstillstand?  
Kein Problem!  
Dank meiner P.U.V**



**Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Bislang hat Sie an dieser Stelle immer Martin Kremser begrüßt. Als neue bvvp-Vorsitzende fällt diese Aufgabe nun mir zu. Aber wie beginnen? Als ich darüber nachdachte, fiel mir als Erstes eine Liedzeile von den Beatles ein: „You say goodbye and I say hello“.

Martin Kremser hat sich jetzt verabschiedet. Auf seine brillanten Editorials werden wir jetzt verzichten müssen. Und noch vieles mehr werden wir vermissen: Martin Kremser hat in den letzten vier Jahren die Diskussionskultur in unserem Verband weiterentwickelt, die Vernetzung auch der Landesverbände untereinander gefördert und mit seinem Humor und seiner ruhigen, souveränen Art uns andere im Bundesvorstand, aber auch die Damen in der Geschäftsstelle immer wieder motiviert, trotz Frust und Fehlschlägen weiterzumachen, neue Ideen zu entwickeln und die Mühe einer sorgfältigen Ausarbeitung auf sich zu nehmen. Dafür möchte ich mich noch einmal herzlich bedanken.

Nun bin ich dran. Seit vier Jahren war ich als Beisitzerin im Bundesvorstand an den Diskussionen, Ausarbeitungen und Gesprächen beteiligt, wobei ich meinen inhaltlichen Schwerpunkt darin gesehen habe, nicht so sehr die Honorarpolitik, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen unserer täglichen Arbeit im Blick zu behalten. Mein großes Anliegen ist es, dass wir mit unserer psychotherapeutischen Arbeit in einem Setting arbeiten können, das den Interessen unserer Patienten und Patientinnen dient, beispielsweise durch Schutz des besonderen Vertrauensverhältnisses vor dem Informationsbedürfnis der Krankenversicherungen. Gleichzeitig sollte uns dieses Setting ermöglichen, unseren Standort in der sozialpsychiatrischen Landschaft zu finden, frei und selbstbestimmt zu arbeiten und eine sinnvolle Aufgabenwahrnehmung zusammen mit den anderen Akteuren der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung wahrzunehmen.

Dass es direkt nach meiner Wahl derart schnell und heftig losgehen würde, hätte ich aber auch nicht zu träumen gewagt. So viele unterschiedliche Aufgaben galt es plötzlich zu bewältigen – jede dringlicher als die andere. Am ehesten ins Auge fällt dabei wohl der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Vergütung der neuen Leistungen, die im Rahmen der Richtlinienreform geschaffen wurden. Als Reaktion darauf wurde es nicht nur erforderlich, kurzfristig die Mitglieder zu informieren. Es galt auch, Protestaktionen zu diskutieren und in die Wege zu leiten.

Die neue Psychotherapie-Richtlinie, die eine Woche nach meiner Wahl in Kraft trat, forderte und fordert uns alle heraus. Dementsprechend haben wir uns dazu entschlossen, das aktuelle Magazin der Zukunft der ambulanten Versorgung im psychotherapeutischen Bereich zu widmen. Neben den umfangreichen Meldungen aus der Berufspolitik zur Richtlinie und Ausführungen zur Vergütung, zu den Terminservicestellen und zur Qualitätssicherung haben wir verschiedene Seiten um Stellungnahme gebeten. Ulrike Böker hat Thomas Uhlemann als Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und Ludwig Hofmann als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung interviewt. Des Weiteren konnten wir Karl-Josef Laumann, den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, für einen Gastkommentar gewinnen. Praktische Hilfestellung liefert Ariadne Sartorius in ihrem Artikel zur Anstellung von Praxispersonal. Besonders hinweisen möchte ich an dieser Stelle noch auf den kritischen Kommentar zur neuen Richtlinie, den Norbert Bowe für uns verfasst hat.

Abschließend bleibt mir an dieser Stelle Dank zu sagen für alle an diesem Heft Beteiligten. Unser Magazin ist und bleibt das Ergebnis einer gemeinschaftlichen Arbeit, in der jeder mit seinen unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten dazu beiträgt, dass unsere Fachgebiete interessengerecht vertreten werden.

Herzliche Grüße,

**Erika Goetz-Erdmann**, Vorsitzende des bvvp-Bundesverbandes



Foto: Privat

# Projekt Psychotherapie

02/2017

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.



Illustration: Lesprenger

## Meinung & Wissen

---

- 05 **Der Dokumentationsbogen ist vom Tisch**  
Kommt jetzt eine Qualitätssicherung, die diesen Namen verdient?
- 07 **Therapie durch Trance**  
Wie man traumatisierten Menschen mit Hypnotherapie hilft.  
Ein Tagungsbericht
- 08 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 10 **Hilfreicher Stachel**  
Denkanstöße zum Umgang mit dem neuen Bericht an den Gutachter
- 12 **Quo vadis, Kuba?**  
Wie sieht die psychotherapeutische Versorgung in einem Land aus, das sich ein halbes Jahrhundert abgeschottet hat?

## Schwerpunkt

### Kompromisskind Richtlinienreform

---

- 15 **Eine Reform zum 50. Geburtstag**  
Die neue Psychotherapie-Richtlinie ist nicht jedermanns Sache. Trotzdem müssen wir jetzt lernen, mit diesem Kompromisskind umzugehen
- 16 **Reizthema statt Anreiz**  
Vergütung, Psychotherapeutische Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit: Warum die Richtlinienreform in den Praxen für Ärger sorgt
- 20 **„Wir erleben die Psychotherapeuten als relativ konservativ“**  
Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband im Interview
- 23 **„Wir können diese Einigung fachlich vertreten“**  
Dr. Ludwig Hofmann, KBV-Verhandlungsführer bei der Richtlinienreform, im Interview
- 26 **„Der Patient muss wieder in den Mittelpunkt rücken“**  
Karl-Josef Laumann, Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, kommentiert die Richtlinienreform
- 28 **Wie konnte das nur passieren?**  
Norbert Bowe, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp, kritisiert die Richtlinienreform
- 30 **Call Me Maybe**  
Wiegt der Nutzen einer Bürokratie die finanzielle Bürde für den Psychotherapeuten auf?

32 **Reise**

33 **Literatur**

35 **Marktplatz, Ausblick auf Heft 03/2017, Impressum, Termine**

# Der Dokumentationsbogen ist vom Tisch ...

Foto: Privat



... aber kommt jetzt eine Qualitätssicherung, die diesen Namen verdient?

Von **Norbert Bowe**, bvvp-Vorstandsmitglied

\_\_\_ **Eigentlich** hatte der G-BA den neuen Dokumentationsbogen bereits beschlossen. Doch dann grätschte das Gesundheitsministerium dazwischen und kassierte ihn wieder. Dieser Eingriff auf der Zielgeraden war absolut sachgerecht. Der Gesetzgeber hatte im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine Vereinfachung des Gutachterverfahrens in Auftrag gegeben – ein umfangreicher Dokumentationsbogen obendrauf entspricht dem genauen Gegenteil. Zudem hätte der Bogen zwölf Millionen Euro (!) zusätzliche Bürokratiekosten verursacht.

Wie zahlreiche Versorgungsstudien aufgezeigt haben, befindet sich die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland in einem qualitativ recht guten Zustand. Nach den Ergebnissen einer repräsentativen Umfrage zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland im Januar („Psychotherapeut“ 1/2017) gaben 33,2 Prozent an, die Behandlung als „sehr hilfreich“ empfunden zu haben, 27,5 Prozent als „hilfreich“ und 24,7 Prozent als „etwas hilfreich“. Demgegenüber stehen 8,8 Prozent, die ihre Behandlung als „weniger hilfreich“ bewerteten, 3,3 Prozent als „nicht hilfreich“ und 2,5 Prozent als „überhaupt nicht hilfreich“. Diese und ähnliche Ergebnisse anderer Versorgungsstudien zeigen, dass die Patienten die Qualität der erfahrenen Behandlungen grundsätzlich po-

## Ein Deckel für alle Töpfe – das gibt es nicht. Generalisierende QS-Maßnahmen müssen daher scheitern

sitiv bewerten. Andererseits zeigen die Befragungen aber auch, dass noch Raum für Verbesserung da ist.

Der Dokumentationsbogen hätte dazu nicht beigetragen. Ohne die Bestimmung von konkreten Zielen zur Qualitätssicherung (QS), ohne Eichung und Überprüfung der Aussagekraft und ohne eine gesicherte Auswertung zur Erfassung eines definierbaren Verbesserungszwecks hätte er nur Zeit und Arbeitskraft gebunden.

Damit ist die QS-Frage freilich nicht vom Tisch. Tatsächlich liegt bereits eine vom G-BA in Auftrag gegebene AQUA-Konzeptstudie zur sektorenübergreifenden QS dem G-BA zur Weiterverwertung vor. Dessen QS-Ausschuss mangelt es jedoch an spezifisch psychotherapeutischem Sachverstand, der für sinnvolle QS-Entscheidungen unverzichtbar ist. Die psychotherapeutische Diagnostik- und Behandlungspraxis unterscheidet sich ja

erheblich von der somatischen. So kam die AQUA-Konzeptstudie allein aufgrund von Expertenmeinung (niedrigste Evidenzstufe!) zu der Empfehlung, standardisierte und validierte Messinstrumente zur therapiebegleitenden Diagnostik „vor allem am Anfang der Therapie (...) in kurzen Zeitabständen“ einzusetzen – ohne vorherige Überprüfung von Notwendigkeit und Zielgerichtetheit hinsichtlich patientenrelevanten Nutzens und ohne Überprüfung möglicher Nebenwirkungen. Die überdimensionierten AQUA-Maßnahmen brächten uns vom Regen in die Traufe: Im Vergleich zum Dokubogen stünden uns noch höhere Kosten bei der Leistungserbringung und der Datenverarbeitung ins Haus. Zudem wäre der personelle Mehraufwand enorm. Und all das ohne gesicherte Erkenntnisse über erreichbare Verbesserungspotenziale!

Messverfahren werden auch jetzt schon eingesetzt, allerdings nach individualisierter Indikationsstellung. Ohne Indikation entsteht ein unwirtschaftlicher, bürokratischer Mehraufwand, der der vom BMG hervorgehobenen Gesetzesabsicht widerspricht. Testverfahren sollten auch deshalb nur medizinisch begründet durchgeführt werden, weil ansonsten Nachteile für die Therapie und den Aufbau einer therapeutischen Beziehung entstehen könnten. Interessanterweise hatten die

Teilnehmer der TK-Modell-Studie, die der Anwendung von Testverfahren sehr offen gegenüberstanden, viele Patienten nicht in die Studie eingeschlossen. Daraus lässt sich folgern, dass auch dort Indikationsentscheidungen getroffen wurden, statt die Messverfahren unterschiedslos anzuwenden.

Für den Patientennutzen von QS-Maßnahmen – erst recht von breit und dauerhaft eingesetzten – ist Voraussetzung, dass Anwender sie als sinnvoll erleben (intrinsische Motivation) und tatsächlich zur Überprüfung und Reflexion der eigenen Arbeit nutzen können. Unterschiedslos über alle Patienten eingesetzte Verlaufsmessungen könnten jedenfalls kaum als sinnvoll erlebt werden. Denn Therapiefortschritte realistisch einzuschätzen gehört zu den psychotherapeutischen Grundkompetenzen. Verlaufsmessungen machen somit nur im Rahmen einer konkreten Behandlungsplanung unter konkreten Fragestellungen Sinn, zum Beispiel um spezifische Aspekte bei schwierigen Verläufen zu erfassen. Außerdem muss vor jedem Messverfahren zwingend eine Einwilligung der Patientin/des Patienten stehen – auch zur Vermeidung von Schäden. Sobald aber externe Kontrollzwecke ohne gesicherten Nutzen im Vordergrund stehen, muss mit manipulierten Daten und unbrauchbaren Testergebnissen gerechnet werden. Auch wäre ein negativer Einfluss auf Berufszufriedenheit und -motivation zu befürchten.

Nun werden Testverfahren zweifellos sinnvoll in Studien zu Forschungszwecken eingesetzt. Dort legt das Studiendesign ganz konkrete Fragestellungen fest, anhand derer Messinstrumente ausgewählt werden, um die Validität von Ergebnissen überprüfen zu können. Für diesen wissenschaftlichen Zweck sind die meisten Messinstrumente entworfen und geeignet. Generelle Dauererfassung von Behandlungsdaten mittels Messverfahren führt demgegenüber lediglich zu Datenfriedhöfen mit erhöhter Gefahr missbräuchlicher Aneignung. Außerdem müsste für diese hochsensiblen Daten noch höchster Datenschutzaufwand be-

## **Für hochsensible Behandlungsdaten müssen besondere Sicherheitsregeln gelten. Sie massenhaft auf Vorrat zu sammeln ist unangemessen und nicht zu verantworten**

trieben werden: von der Dateneingabe in der Praxis über den Datentransfer bis zur Datenauswertung und Verfügung über die Daten.

Zieht man nun noch in Betracht,

- dass Richtlinienpsychotherapie sich als zumeist hilfreich erwiesen hat,
- dass bei einer Langzeittherapie regelmäßig ein Gutachterverfahren Diagnose, Indikation und Therapiefortschritt überprüft, das größeren Testbatterien nicht unterlegen ist (TK-Modell-Studie)
- und dass circa 60 Prozent der Psychotherapeuten zusätzliche QS-Maßnahmen auf freiwilliger Basis durchführen (Supervision, Intervision, Testverfahren, Qualitätszirkel, Fortbildungsmaßnahmen),

muss sich der Einsatz neuer QS-Maßnahmen durch ihre besondere Eignung, eine klar umrissene Zielbestimmung und einen nachweislich größeren Patientennutzen legitimieren.

Vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) liegt nun erstmalig ein sehr brauchbares Konzept zur Entwicklung solcher qualitätsgeprüfter QS-Maßnahmen vor. Der Entwurf zu „Methodischen Grundlagen“ eignet sich explizit auch für die Entwicklung von QS-Maßnahmen im Bereich Psychotherapie. An dieser Stelle sollen die wichtigsten Aspekte für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren genannt werden:

- Ausrichtung der Maßnahme einzig auf einen definierbaren Patientennutzen

- sorgfältige Überprüfung der Aussagekraft der Maßnahme für klar definierte Ziele
- sorgfältig geplante, aufeinander abgestimmte Entwicklungsschritte mit Einbezug des externen Wissens von Patienten und Praktikern sowie ihrer klinischen Erfahrung in die gesamte Entwicklung der Maßnahmen
- Auswahl von Qualitätsaspekten anhand eines belegbaren Verbesserungsbedarfs und eines durch Leistungserbringer beeinflussbaren Verbesserungspotenzials
- Überprüfung, ob der Aufwand zur Datenerhebung durch den erreichbaren Nutzen gerechtfertigt ist, unter Beachtung von Datensparsamkeit
- Überprüfung von möglichen Nebenwirkungen durch die Anwendung der Maßnahme (z. B. Patientenselektion)
- Einbezug von Faktoren zur Risikoadjustierung (angesichts von Besonderheiten der Zusammensetzung der Praxisklientel)
- empirischer Test der QS-Dokumentation auf freiwilliger Basis, bevor die Maßnahme verbindlich eingeführt wird, um beurteilen zu können, ob sie überhaupt machbar ist
- Überprüfung der Zielgerichtetheit des Qualitätsindikators: Ist er geeignet, die intendierten Anforderungen unter den existierenden Versorgungsbedingungen zu erfüllen?
- Überprüfung seines Potenzials zur Verbesserung: Liegt bereits durchgängig eine hohe Qualität der Leistungserbringer vor?

Zusammenfassend ist festzuhalten: Bei der Psychotherapie kommen wir an individuell getroffenen Indikationsentscheidungen nicht vorbei, wenn wir die Orientierung am Patientennutzen, die Akzeptanz des Arbeitsaufwands und die Datensparsamkeit weiter gewährleisten wollen. Deswegen sollte der QS-Ausschuss des G-BA auf das konzeptuelle Vorgehen des IQTiG zurückgreifen. Aufgabe von uns Psychotherapeuten wird es sein, jedem Versuch entschieden entgegenzutreten, hinter dieser Art der Sicherung von Qualitätsmaßnahmen zurückzufallen. —

Foto: Privat



# Therapie durch Trance

## Wie man traumatisierten Menschen mit Hypnotherapie hilft. Ein Tagungsbericht

Von **Peter Stimpfle**, Psychologischer Psychotherapeut

\_\_\_ **Gegenwärtig** häufen sich ethnische, religiöse oder politische Konflikte, die unter Umständen auch durch das Ehebett, Familien oder die Psyche verlaufen. Kulturen unterscheiden sich durch verschiedene Wirklichkeitskonstruktionen, was Menschen trennt und Gewalt- und Traumatisierungspotenzial beinhaltet. Gleichzeitig liegt in der Unterschiedlichkeit eine verbindende Kraft. Deshalb gilt es, Vielfalt als Reichtum zu sehen, Kulturen wertzuschätzen und als Ressource zur Bewältigung von Traumatisierungen zu nutzen. Konflikte erhöhen die Suggestibilität, sodass hypnotische Trance spontan auftritt und Einzelne wie ganze Völker Opfer lähmender Problemtrancen werden können und die Gefahr steigt, dass man negativen Suggestionen auf den Leim geht oder anfällig wird für Einflüsterungen von Krankheitserfindern, Angstmachern und Populisten. Die diesjährige Jahrestagung der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose, die vom 23. bis 26. März in Bad Kissingen stattfand, widmete sich daher dem Thema, wie man traumatisierten Menschen wirksam mit hypnotherapeutischen Techniken helfen kann.

Während der Tagung zum Thema „Trauma – Konflikte – Kulturen: HYPNOTHERAPIE und was uns VERBINDET“ wurden verschiedenste Formen hypnotischer Trance in über 100 Workshops angeboten. Außerdem kamen hochkarätige Referenten verschiedener Disziplinen und Kulturen zu Wort. Dr. Claudia Wilhelm-

Göbbling referierte über „Traumafolgen überwinden – welche Techniken helfen am besten?“ und zeigte Prinzipien moderner Traumatherapie wie Transparenz, Selbstregulationsmöglichkeiten und Ermutigung anhand von Fallvignetten. Dr. Kai Fritzsche berichtete anhand eigener Erfahrungen als Ostberliner über „Grenzerfahrungen, Grenzübergänge, überwundene Grenzen“. Dr. Consuelo Casula zeigte in ihrem Vortrag „How hypnotherapy transforms external cultural conflicts by solving traumas and inner conflicts“, wie mittels Hypnose die inneren Konflikte, die mit alten Traumata assoziiert sind, offengelegt und gelöst werden können. Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Professorin für Klinisch-Psychologische Interventionen an der FU Berlin, setzte sich sehr anschaulich mit dem kontrovers diskutierten Thema der komplizierten Trauer bei traumatischen Verlusten auseinander. Die Historikerin Prof. Dr. Miriam Gebhardt befasste sich in ihrem Vortrag „Als die Soldaten kamen“ mit dem Tabuthema „Die Vergewaltigungen nach dem Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen“.

Unterhaltsam und anschaulich berichtete Dr. Ibrahim Özkan anhand persönlicher Erfahrungen über „Das Eigene und das Fremde in der transkulturellen Begegnung“, wobei er betonte, dass die Arbeit mit Patienten anderer Herkunft besondere Kenntnisse erfordere, um Symptome nicht als kulturelle Besonderheit abzutun. In seinem Sondervortrag „Siegfried – Brau-

chen wir Helden? Heute noch? Und wenn ja, wozu?“ befasste sich Paul Janouch mit Richard Wagners Oper. In seinem hochaktuellen Vortrag „Islam ist Barmherzigkeit“ führte Prof. Dr. Mouhanad Khorchide aus, dass der Islam immer wieder ausschließlich mit Gewalt, Frauendiskriminierung und religiösen Restriktionen in Zusammenhang gebracht werde. Khorchide warb für ein Verständnis des Islam als Religion der Barmherzigkeit. Abschließend äußerte sich Dr. Ellert Nijenhuis zu „Chronische Traumatisierung: Dissoziation der Persönlichkeit und widersprüchliche Bindungsmuster“ und führte aus, wie mittels Imaginationen unkompliziert mit traumatischen Trancezuständen (etwa bei Patienten mit Borderline-Störungen) umgegangen werden kann.

Begleitet wurden die Vorträge und Workshops von einem unterhaltsamen Kulturprogramm. Das britische Musik- und Comedy-Trio *Carrington & Brown* kombinierte eine Vielzahl musikalischer Stile mit herrlich britischem Humor, die Jazzgruppe *Echoes of Swing* hypnotisierte das Publikum mit Evergreens und wunderbaren Eigenkompositionen. Nicht fehlen durfte natürlich das Tagungsfest am Abschlussabend – diesmal tanzte der Kongress zu dem Motto *Culture-Beat*. \_\_\_

Die nächste Tagung findet vom 15. bis 18. März 2018 statt. Das Motto: „Hypnotherapie: Grenzen überwinden – das Mögliche (er)finden“

## KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

### Neuer Vorstand des bvvp

Auf der Frühjahrs-DV in Fulda wählten die Delegierten des bvvp einen neuen Bundesvorstand. Als Vorsitzende wurde die Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. Erika Goez-Erdmann einstimmig gewählt, die schon einige Jahre lang im Bundesvorstand mitarbeitet. Gemäß der Philosophie des bvvp, der sich als integrativer Verband aller an der vertragsärztlich-psychotherapeutischen Versorgung Beteiligten versteht, bildet sie nun zusammen mit Dipl.-Psych. Ulrike Böker, Psychologische Psychotherapeutin, und Martin Klett, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, den dreiköpfigen geschäftsführenden Vorstand. Darüber hinaus wurden Dipl.-Psych. Tilo Silwedel als Schriftführer, Dr. med. Michael Brandt als Schatzmeister, die KJP Ariadne Sartorius und Dr. med. Elisabeth Störmann-Gaede als Beisitzerinnen gewählt. Der bisherige Vorsitzende Dr. Martin Kremser verabschiedet sich aus der Berufspolitik. Weiterer Wermutstropfen bei der DV: Jürgen Doeberth und Norbert Bowe, die beiden politischen Urgesteine des Verbandes, ziehen sich nach jahrelangem intensiven Engagement für die Interessen der Psychotherapeuten-schaft langsam aus der aktiven Tätigkeit zurück und wurden ebenfalls verabschiedet.

### Klares Urteil des SG Marburg

Eine klare Absage erteilte das Sozialgericht Marburg in seinem Urteil vom 22. März 2017 den sogenannten Strukturzuschlägen. Drei Verbände, der bvvp, die DPtV und die DGPT, waren mit ihren Musterklägern vor Gericht und erkämpften gemeinsam den Erfolg. Die derzeitige Systematik, bei der ein Zuschlag für die Einstellung von Personal erst ab einem bestimmten Auslastungsgrad mit genehmigungspflichtiger Psychotherapie vergütet wird, widerspricht den Grundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. „Jeder Arzt muss für die gleiche Leistung die gleiche Vergütung bekommen“, betonte Richterin Bräuer. Das Gericht erlaubte zudem die Sprungrevision direkt zum Bundessozialgericht. Leider ließ sich der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) bei seinem Beschluss zur Vergütung der neuen Leistungen nicht von diesem Urteil beeindrucken und hielt an der Zuschlags-systematik fest. Die Gelegenheit wäre günstig gewesen, diesen nun abzuschaffen. (SG Marburg AZ.: S 11 KA 8/15, S 11 KA 26/15 und S 11 KA 27/15)

### Neue Besetzung des BFA Psychotherapie der KBV

Bei der konstituierenden Sitzung der KBV-VV stand auch der Beratende Fachausschuss (BFA) Psychotherapie der KBV neu zur Wahl. Vom bvvp wurde Ulrike Böker als Mitglied ebenso bestätigt wie ihr bisheriger Stellvertreter Tilo Silwedel. Auf Ärzteseite wurde Dr. med. Lisa Störmann-Gaede in die erste Reihe gewählt. Dr. med. Erika Goez-Erdmann, die neue Vorsitzende des bvvp, ist als ihre Stellvertreterin neu in den Ausschuss eingezogen.

### Beschluss des EBA

Am 29. März bescheinigte der EBA den neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung einen geringeren Aufwand als der genehmigungspflichtigen Psychotherapie. Auch den weiteren Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach einer Höherbewertung der Probandik und einer Abschaffung der Strukturzuschläge und Einpreisung der normativen Personalkosten in jede Leistung, wie die BSG-Rechtsprechung dies fordert, wurde eine Absage erteilt. Zwei der drei Unparteiischen überstimmten zusammen mit den Kassen die KBV. Die Konsequenz ist ein Novum in der Geschichte der Selbstverwaltung: Die KBV erhebt Klage gegen den Beschluss und kämpft somit für die Psychotherapeuten. Die Verbände der Koalition auf Bundesebene, bvvp, DPtV und VAKJP, haben daraufhin eine gemeinsame Pressemitteilung veröffentlicht, in der sie das Ergebnis als verheerend bezeichnen: „Wir fordern das Bundesministerium für Gesundheit auf, den Beschluss des EBA zu beanstanden, auf einer rechtssicheren Lösung zu bestehen und damit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie eine Chance zu geben.“

### FAQ des bvvp

Der bvvp hat zur Umsetzung der neuen Richtlinie eine umfangreiche Zusammenstellung häufiger Fragen erarbeitet, die immer wieder aktualisiert und an neue Erkenntnisse und Erfahrungen angepasst wird. Diese Liste findet sich auf den internen Seiten der Bundes-Homepage.



Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

### Neue stellvertretende KBV-VV-Vorsitzende

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch, Vorsitzende der DPtV, wurde zur stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KBV gewählt. Jochen Weidhaas, der bisher den Vorsitz innehatte, stellte sich nicht mehr zur Wahl. Erfreulich ist, dass die Selbstverwaltung es als selbstverständlich akzeptiert, dass einer der Posten im Vorsitz einem Vertreter der Psychotherapeuten zusteht. Erste Vorsitzende der KBV-VV ist nun die Allgemeinärztin Dr. Reisk-Berkowicz, der zweite Stellvertreter der Gynäkologe Dr. Rolf Englisch.

### Neuer Vorstand der KBV

Dr. Andreas Gassen wurde als Vertreter des fachärztlichen Versorgungsbereichs in seinem Amt bestätigt. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wurde Dr. Stephan Hofmeister zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden gewählt. Die Selbstverwaltung musste bei dieser Wahl bereits die Vorgaben des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes umsetzen, welche ein drittes Vorstandsmitglied vorschreiben, das keiner der beiden Versorgungsbereiche angehört. Gewählt wurde Herr Dr. Kriedel, ein Verwaltungsfachmann und Gematik-Spezialist aus Westfalen-Lippe. Erfreulich ist, dass sich die Selbstverwaltung sowohl im Vorstand als auch im Vorsitz auf ein gemeinsames Tableau einigen konnten, das alle Gruppierungen vertritt und mit dem ein guter Start in die neue Legislaturperiode nach schwierigen Zeiten der internen Konflikte gelang.

### PiA-Politik-Treffen

Zum inzwischen 11. PPT am 13. März waren dieses Mal Jürgen Doeberth vom bvvp und Michael Ruh von der DPtV als Referenten geladen. Sie berichteten von den Neuerungen der Psychotherapie-Richtlinie und bildeten mit Maria Kleinschmeink (MdB für Bündnis 90/Die Grünen) und Florian Schulze (Referent für Die Linke) ein Podium zur Ausbildungsreform. Auch die Fachschafftskonferenz der Psychologischen Fachschaften, die Bundeskonferenz PiA sowie Ver.di berichteten von ihren Aktivitäten. Weitere Informationen zum PPT finden Sie unter [piapolitik.de](http://piapolitik.de). Ansprechpartnerin im bvvp ist Ariadne Sartorius.

### Neues Gesundheitsziel

Als neues nationales Gesundheitsziel ist von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) das Ziel „Gesundheit rund um die Geburt“ verabschiedet worden. Des Weiteren hat die Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ eine Vorlage für den internationalen Kongress zur Patientensicherheit erarbeitet, den das BMG in diesem Jahr ausrichtet. In der Gruppe „Depressive Erkrankungen verhindern, frühzeitig erkennen und nachhaltig behandeln“ hat außerdem eine Diskussion über die Evaluation dieses im Jahr 2006 verabschiedeten Gesundheitsziels stattgefunden. Es soll nun ein Abschlussbericht erstellt werden.

### DV und öffentliche Veranstaltung in Erfurt

Die nächste DV des bvvp findet am 29. und 30. September in Erfurt statt. Freitagabend wird traditionsgemäß eine fachöffentliche Veranstaltung stattfinden, diesmal zum Thema „Bedarfsgerecht und wohnortnah – Anspruch und Wirklichkeit in der psychotherapeutischen Versorgung in Ost und West“.

### Eckpunktepapier zur Ausbildungsreform

„Die hohe Qualität der Psychotherapieausbildung und damit auch die Versorgungsqualität psychisch kranker Menschen müssen auch in einer neuen Aus- und Weiterbildungsstruktur sichergestellt bleiben!“ Das fordert der bvvp gemeinsam mit elf weiteren psychotherapeutischen Berufsverbänden. Die unterzeichnenden Verbände unterstützen die in der Stellungnahme aufgeführten Aspekte des BMG-Eckpunktepapiers und bieten den Verantwortlichen in Bund und Ländern ihre Zusammenarbeit bei der Entwicklung einer neuen, auf dieser Grundlage erarbeiteten Ausbildungsstruktur an. Die gemeinsame Stellungnahme der Verbände können Sie unter [bit.ly/bvvpbmg](http://bit.ly/bvvpbmg) nachlesen.

### Zusammenarbeit mit dem SPiZ

Nach ersten Gesprächen zur Bildung einer Allianz für die psychische Versorgung, die im letzten Jahr mit Vorstandsvertretern der Verbände, die im Spitzenverband ZNS (SPiZ) zusammengeschlossen sind, geführt wurden, hat der bvvp-Bundesvorstand ein Konzept für eine weitere Zusammenarbeit entwickelt. Dieses wurde auf der DV in Fulda diskutiert und einstimmig verabschiedet. Es soll nun an die Vertreter des SPiZ weitergeleitet werden, um weitere Absprachen und gemeinsame Aktionen in die Wege zu leiten. Der bvvp möchte nicht nur mit den psychologischen, sondern auch mit den ärztlichen Berufsverbänden, die in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung tätig sind, einen Zusammenschluss erreichen und gemeinsame Ziele fördern.

# Hilfreicher Stachel

## Denkanstöße zum Umgang mit dem neuen Bericht an den Gutachter

Von **Ingo Jungclaussen** und **Lars Hauten**

\_\_\_ **Der Aufwand**, den der Bericht an den Gutachter zur Übernahme der Behandlungskosten erfordert, sorgt oft für Unmut unter den Psychotherapeuten. Hat sich die Situation mit den neuen Regelungen verbessert? Im Folgenden wollen wir aus unserer Perspektive als (Antrags-)Supervisor und Dozent die seit 1. April 2017 geltenden Veränderungen diskutieren<sup>(1)</sup>. Die Neuerungen gehören auch zu den vor allem von der Politik und den Kassen gewollten Änderungen im Gutachterverfahren.

Die erste grundlegende Neuerung besteht darin, dass die umfassend veränderte Gliederung künftig für alle drei Verfahren sowie für die Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dieselbe ist. Weiterhin wurde der Bericht auf maximal zwei Seiten gekürzt. Für die Begutachtung tiefenpsychologisch fundierter Anträge wird es künftig auch spezielle TP-Gutachter geben. Die KZT ist in zwei Kontingentschritte à zwölf Sitzungen unterteilt, sie ist grundsätzlich berichtsfrei, sofern in den letzten zwei Jahren keine Therapie stattgefunden hat. Die Anzahl der Bewilligungsschritte wird verringert, man kann künftig nach dem ersten LZT-Abschnitt direkt das Maximalkontingent beantragen. Dabei liegt es im Ermessen der Kasse, ob ein Fortführungsbericht angefordert wird. Bei Problemen im Gutachterverfahren ist die Einrichtung einer Schlichtungsstelle bei der KBV geplant. Die Änderungen im Antragsbericht wer-

den von Therapeuten und auch von Gutachtern sehr unterschiedlich rezipiert, die wir anlässlich dieses Beitrags zu ihren Meinungen befragt haben. Aus unserer Sicht geben die Änderungen ein vielschichtiges Bild ab, das es differenziert zu diskutieren gilt. Es scheinen sich auf den ersten Blick viele Vorteile ergeben zu haben: Die Berichtsarbeit wird sich voraussichtlich verkürzen, worüber sicher alle aufatmen werden. Erste Erprobungen weisen auf eine deutliche Zeitersparnis beim Schreiben hin. Positiv ist ebenso, dass eine transparente Vereinbarung von Therapiezielen im Bericht explizit gefordert wird. Die Stärkung des Einbezugs von Bezugspersonen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie die Flexibilisierung im Bereich der Gruppentherapie sind ebenfalls zu begrüßen.

Eine näher zu diskutierende Änderung betrifft den Wegfall des alten Gliederungspunktes „Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung“. Lebensgeschichtliche Informationen sollen in Zukunft nur noch so weit in den Bericht einfließen, wie sie zum Verständnis der Störung erforderlich sind. Im neuen Punkt 4 sollen die Hypothesen zur Psychodynamik (TP, AP) beziehungsweise zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) direkt mit den biografisch relevanten Informationen in Verbindung gebracht werden. Hierzu möchten wir folgende Denkanstöße geben.

**Denkanstoß 1:** Der neu zu verfassende Punkt 4 sollte weder zu einem Rückgang individueller Darstellungen noch zu einem erhöhten Aufkommen „fantasierter“ oder schematisch verfasster Psychodynamiken/Verhaltensanalysen führen.

Durch die Neuerung können „überschüssige“ biografische Informationen ausgelassen werden. Für die analytisch begründeten Verfahren (TP, AP) findet sich in der psychogenetischen Konflikttabelle (Jungclaussen, 2013) eine Heuristik zur ätiopathogenetischen Darstellung relevanter Störungsanteile. Durch die Neuregelung kann die Psychodynamik verdichteter und prägnanter dargestellt und Redundanzen im gesamten Bericht können vermieden werden. Eine mögliche Schattenseite könnte jedoch darin bestehen, dass sich zunehmend rein schematisch verfasste Psychodynamiken/Verhaltensanalysen durchsetzen: Frei ausgedachte ätiopathogenetische Hypothesen können noch einfacher als zuvor mit dazu passenden lebensgeschichtlichen Informationen ergänzt werden, sodass eine glatte Einheit entsteht („self-contained“), die mitunter mit dem Leben der Patienten wenig zu tun hat und vom Gutachter kaum gegengeprüft werden kann.

Wenn die Biografie im Antrag nicht mehr schriftlich zusammengefasst werden muss, sollte dies nicht zu einer Vernachlässigung der Anamnese in der Probatorik führen. Wichtige behandlungsrelevante

Informationen würden hierdurch verloren gehen. Häufig kommt man durch die zusammengefasste Biografie erst auf erste Hypothesen zur Erklärung der Störung. Für den Gutachter ist die Biografie eine wichtige Datenbasis zur Überprüfung von Indikation, Behandlungsplan und Prognose.

**Denkanstoß 2:** Die verdichtete Psychodynamik sollte in den psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht zu einem Rückgang psychogenetischer Rekonstruktion führen.

In der TP und AP fließt das Denken der OPD-2 jetzt mehr ein: Das „dysfunktionale Beziehungsmuster“ in Punkt 4 sowie das Krankheitsverständnis in Punkt 2 erinnern stark an die Achsen II und I der OPD-2. Eine Orientierung an beobachtungsnäheren Beschreibungen kann bei richtiger Anwendung die Nachvollziehbarkeit der psychodynamischen Hypothesen verbessern. Auf der anderen Seite folgt aber ein psychoanalytisches Ätiologieverständnis vor allem auch einer theoriegeleiteten Hypothesenbildung (weiterhin in Übereinstimmung mit dem Faber-Haarstrick-Kommentar der Psychotherapie-Richtlinien). Die unbewussten biografischen Sinnzusammenhänge bedürfen somit weiter einer psychogenetisch-rekonstruktiven Denkleistung.

**Denkanstoß 3:** Die Neuerung, dass die Kontingente der Fortführung zusammengefasst wurden und eventuell berichtsfrei sind, sollte nicht zu einer „automatischen“ Ausschöpfung der Maximalkontingente führen. Fokussierung und Thematisierung des Therapieendes sind weiterhin zu beachten.

Aus unserer Sicht haben die berichtsbedingten „Zäsuren“ entlang der Kontingentschritte in der Vergangenheit auch zu einer sachgerechten Handhabung der Behandlungsfokussierung und der therapeutischen Ablösung beigetragen. Die Neuerungen in den Kontingentschritten sind für die verschiedenen Verfahren unterschiedlich zu betrachten: Für die VT entsprechen 60 Stunden einer sinnvollen Dauer von LZT. Für die AP deckt sich der Wegfall des früheren zweiten Fortführungsschrittes (240 auf 300 Stunden) mit der bisherig oft üblichen Therapielänge. Für VT und AP sind die Neurungen also „organisch“. Für

## **Der Antragsbericht ist mehr als nur nervige Legitimation. Richtig eingesetzt hilft er dem Behandler, seine Gedanken für ein verdichtetes Fallverständnis zu fokussieren**

die TP ist nach einer LZT die neue sofortige „Ausschüttung“ von 40 weiteren Stunden eventuell ohne Bericht an den Gutachter aber auch kritisch zu sehen. Die früheren zwei Fortführungsberichte waren unseres Erachtens einer strafferen Prozessgestaltung in der TP durchaus zuträglich. Wenn nun in der Schlussphase der äußere „Zwang“ wegfällt, die Fortführung schriftlich zu begründen, müssen sich die Behandler selbst disziplinieren, um eine engere Zielführung im zweiten Behandlungsabschnitt und eine rechtzeitige Therapie-Ablösung im Blick zu behalten.

Es bleibt abzuwarten, wie Gutachter mit strittigen Erst- oder Umwandlungsanträgen umgehen, wenn sie wissen, dass sie eine mögliche Fortführung weniger oder gar nicht mehr begleiten, weil die Kasse einen Fortführungsbericht an den Gutachter eventuell nicht mehr anfordert. Manch Gutachter könnte daher die Erst- oder Umwandlungsanträge kritischer beurteilen als früher. Hieraus erwächst also der besondere Anspruch, weiterhin gut durchdachte Antragsberichte zu verfassen.

Zusammenfassend werfen die Neuregelungen zum Antragsbericht Licht und Schatten voraus. Viele Erleichterungen und wichtige Flexibilisierungen stimmen die Behandler zunächst froh. Trotz aller Kontroversen sollte das Gutachterverfahren aber nicht durch kleine Versüßungen in Form von Berichte-Erleichterungen schrittweise ausgetrocknet oder ausgehöhlt werden. Alternative QS-Maßnahmen wären ziemlich sicher nachteiliger für Patienten und Behandler. Der hohe

Standard, also die sehr umfangreiche kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie und ihre QS sind weiterhin an das im Sozialgesetzbuch festgeschriebene Gutachterverfahren geknüpft.

Aus unserer Erfahrung haben wir gelernt, dass mancher Kollege, der den Antragsbericht „hasst“, mithilfe gezielter Unterstützung seine eigene Fallkonzeption schneller verfassen und ihr hinterher viel Sinnvolles abgewinnen konnte. Der Stachel des Antragsberichts ruft uns zur vertieften Auseinandersetzung mit unseren Patienten auf und dient der QS erheblich mehr, als es eine rein psychometrische Nutzenbewertung könnte. Auf der anderen Seite sind Verbesserungen, zum Beispiel im Therapeuten-Gutachter-Dialog, auch wünschenswert. Der Umgang mit der Reform sollte in naher Zukunft mithilfe empirischer Begleitforschung aufmerksam begleitet werden.

1) Die neue Berichtsgliederung finden Sie auf Seite 7 unter [bit.ly/mustersammlungPT](http://bit.ly/mustersammlungPT)



Foto: Privat

**Dipl.-Psych. & Sonderpäd. Ingo Jungclaussen**

befasst sich als Antrags-Supervisor, Dozent und Autor seit circa 15 Jahren

mit der didaktischen Vermittlung der inhaltlich-methodischen Anforderungen für den Bericht an den Gutachter sowie der psychoanalytischen Grundlagen. Er gründete [www.pro-bericht.de](http://www.pro-bericht.de) und [www.frag-freud.de](http://www.frag-freud.de) und ist als Mitarbeiter der Universität Köln und in freier Praxis in Köln tätig.



Foto: Privat

**Dipl.-Psych. Lars Hauten**

ist niedergelassener Psychotherapeut (TP), Dozent, Supervisor und Lehrtherapeut am Institut für Psychologische Psycho-

therapie Berlin (ppt). Einzelne Lehraufträge an der International Psychoanalytic University (IPU).



Foto: Angelika Haun

Gemeinsame Profession, unterschiedliche Rahmenbedingungen:  
Die drei Fachgruppen lernten, wie anders die Schwerpunkte bei der Psychotherapie auf Kuba gesetzt werden

## Quo vadis, Kuba?

Wie sieht die psychotherapeutische Versorgung in einem Land aus, das sich ein halbes Jahrhundert abgeschottet hat? Bericht von der fachkundlichen Fortbildung auf Kuba

Von **Tilo Silwedel**, Vorstandsmitglied des bvvp

Foto: Privat



**Kuba** befindet sich in einem Prozess gesellschaftlicher und politischer Umwälzungen. In diesem Sinne wird der Revolutionsmythos des mit 39 Jahren jung gestorbenen Che Guevara mit Vehemenz von der kubanischen Regierung wachgehalten. Allerdings können die vergreisten Revolutionshelden den Mythos der ewig jungen Revolution für ein besseres Leben für die Menschen nicht mehr überzeugend verkörpern. Auch wenn die Kubaner mit Recht stolz sind auf ihre bisherigen sozialen Errungenschaften, ihr Gesundheitswesen, ihre Bildung, ihre Kultur, ihre Musik, ihr Land und ihre Identität – mit einem durchschnittlichen Einkommen von umgerechnet circa 18 bis 20 Euro im Monat lebt die überwiegende Mehrheit der Kubaner zwar

in Armut, genießt aber unentgeltliche gesundheitliche Versorgung und kann sich über besondere Dienstleistungen wie zum Beispiel über die Vermietung von Fremdzimmern oder als Taxifahrer zusätzliche Einnahmen verschaffen. Die jüngeren Menschen leiden darunter: Sie fordern gesellschaftliche Veränderungen und wollen genügend Geld verdienen für ein besseres Leben – mit mehr Genuss, mehr Selbstbestimmung, mehr Eigenverantwortlichkeit und weniger ideologischer Strenge der staatlichen Autoritäten.

Diese Veränderungen stellen für die bisherigen gesellschaftlichen Strukturen große Herausforderungen dar, die bis in die Familien hineinwirken. Nicht selten werden diese Herausforderungen als

stressend erlebt, erscheinen nicht mehr bewältigbar und können Ungleichheit mitbedingen in der Teilhabe an der wirtschaftlichen Prosperität, so Professor Dr. Alexis Lorenzo-Ruiz. Der Präsident der kubanischen Gesellschaft für Psychologie in Havanna warnt davor, dass die Menschen auf Dauer seelisch erkranken, wenn sie keine eigenen Antworten auf die gesellschaftliche Umwälzung finden beziehungsweise wenn die Möglichkeiten zur Problemlösung auf Kuba schlicht nicht zur Verfügung stehen.

An der Universität Havanna ist man sich des Problems bewusst. Entsprechend breit ist das international renommierte Forschungsspektrum der lateinamerikanischen Fakultät für Psychologie. An Themen wie



Noch bestimmen Oldtimer aus den 40ern und 50ern das Straßenbild des sozialistischen Kubas. Mit einer zunehmenden Lockerung des 1960 von den USA verhängten Handelsembargos könnte sich das bald ändern



„Tal der Elefantenrücken“ nennen die Einheimischen dieses Felsmassiv aus bizarren Kalksteinkegeln, das knapp 200 Kilometer südwestlich von Havanna aus der Ebene ragt

## Kubas Identität befindet sich am Scheideweg: Was wird den alten Revolutionsmythos ablösen?

„Gleichheit-Ungleichheit“, „Armut und soziales Ausgeschlossensein“, „Ost-West-Vergleiche“, „Land-Stadt-Vergleiche“, „Subjektivität vs. Objektivität von Ungleichheit“ wird genauso geforscht wie an sozialpolitischen Themen wie „Sozialentwicklung“, speziell bei Frauen und Kindern.

Für die Politik sollen nun Vorschläge zur Verbesserung der sozialen Situation von Problemgruppen erarbeitet werden. Denn trotz des hochgehaltenen sozialistischen Anspruchs, dass es allen gleich gut gehe, haben nicht alle Bevölkerungsteile den gleichen Zugang zu Gesundheit, Kultur, Erziehung und Sicherheit. Es gehe um Förderung der aktiven Entscheidungsfindung des Einzelnen und um ein würdiges Leben, so Lorenzo-Ruiz. Die Menschen sollten in

die Lage versetzt werden, ihre Rechte kennenzulernen und auch wahrzunehmen, beispielsweise die Rechte auf Individualität innerhalb einer Gruppe.

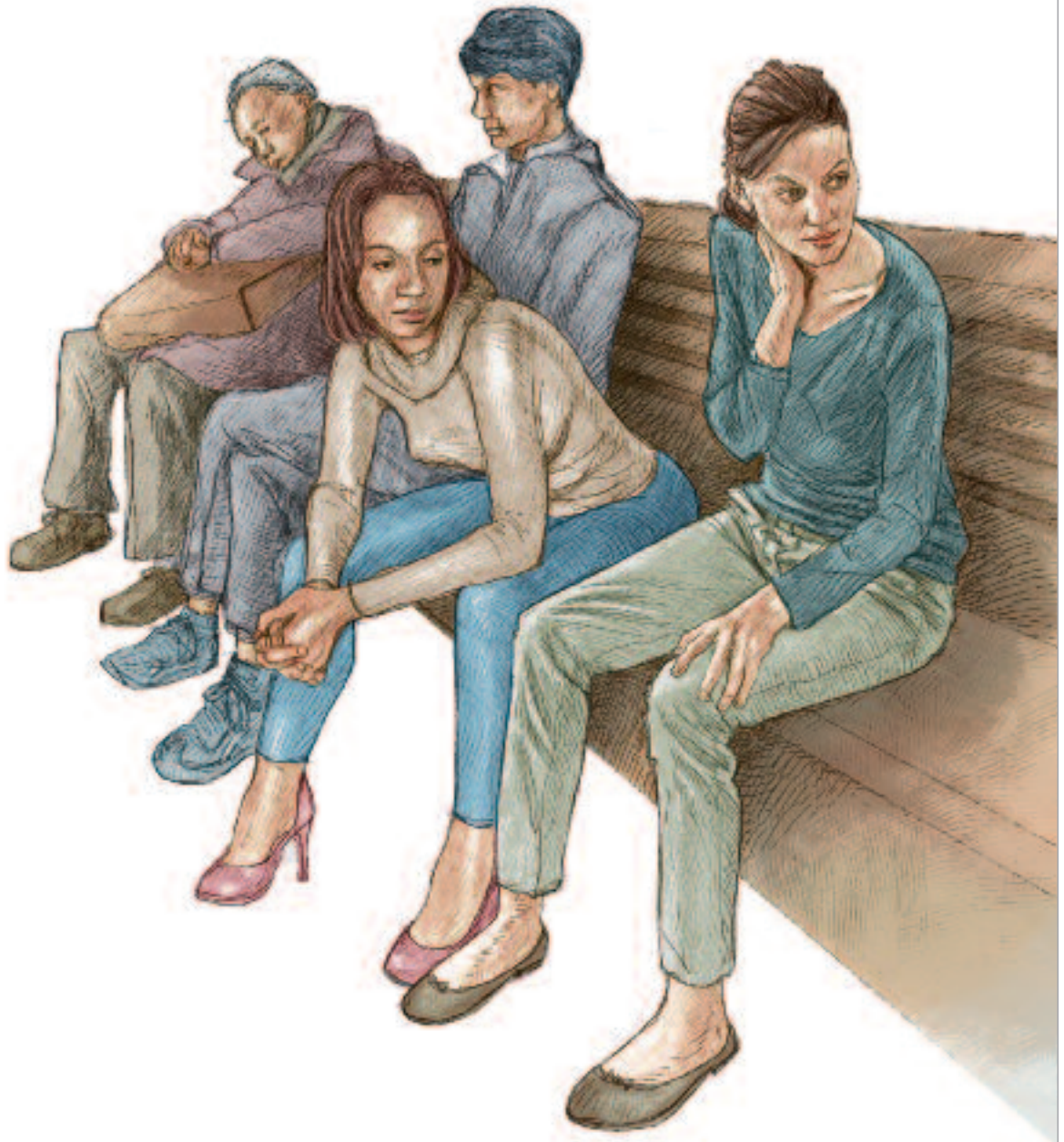
Die empirischen Erkenntnisse fließen auch in die Ausbildungscurricula im Fach Psychologie ein, führte Lorenzo-Ruiz weiter aus. Psychologische Themen und aus der Naturwissenschaft entlehnte Lerntheorien würden mit philosophischen Themen verbunden. Über die Wahrnehmung von sozialen Ereignissen und Begegnungen sollen die Studierenden lernen, ein Verständnis für das normale Leben zu entwickeln, das sich nicht aus Büchern erwerben lasse.

Wie es „dort draußen“ aussieht, wissen die Ärztlichen und Psychologischen PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen, die in kubanischen Kliniken praktizieren, ganz genau: So liege der Schwerpunkt der unentgeltlichen psychotherapeutischen Versorgung derzeit auf der Prävention von seelischen Erkrankungen und basiere zu 80 Prozent auf Konzepten der Verhaltenstherapie. Bei Sekundärmaßnahmen kämen noch systemische Ansätze hinzu. Allerdings mangle es auf Kuba an Psychopharmaka und wohnortnaher psycho-

therapeutischer Versorgung. Die Therapeuten treten diesem Mangel mit vorbeugenden Maßnahmen und Akutbehandlung (vorzugsweise in Form von Gruppentherapie) entgegen. Krankheitswertigkeit und Krankheitslast seelischer Störungen erscheinen so relativiert.

Fazit: Die psychotherapeutische Versorgung in Kuba erfolgt vorzugsweise über Beratungsangebote bei konkreten Problemlagen. Zur Linderung von Symptommatiken werden psychotherapeutische Interventionen akzentuiert, um seelische Störungen mit Krankheitswert zu verhindern, die nur noch mit einer kostenintensiven Einzelbehandlung angegangen werden können. Aus Sicht eines deutschen Psychotherapeuten erscheint die psychotherapeutische Versorgung in Kuba unzureichend. Die einseitige Fokussierung auf Symptommatiken verstellt den Blick für ein Behandlungserfordernis der hinter Symptomen steckenden Komorbidität bei psychischen Erkrankungen.

Prof. Lorenzo-Ruiz wird 2018 einen internationalen Kongress für Psychologie („Hominis“) in Havanna ausrichten. Wie auch seine klinischen KollegInnen ist er an einem wissenschaftlichen Austausch mit deutschen PsychotherapeutInnen sehr interessiert.



## Hat das Warten nun ein Ende?

Die Verhandlungen um die Reform der Psychotherapie-Richtlinie waren lang und zäh – und wurden mit harten Bandagen geführt. Am Ende steht ein Kompromiss, der niemanden so richtig glücklich macht.

Den Krankenkassen gehen die Veränderungen nicht weit genug, die Therapeutenseite beklagt eine unfaire Vergütung der neuen Leistungen. Für die Patienten bedeutet die Reform aber einen Gewinn:

Über die neuen Psychotherapeutischen Sprechstunden und die verpflichtende telefonische Erreichbarkeit erhalten sie schnelleren Erstzugang zu Hilfe in Not. In diesem Schwerpunkt haben wir es jeder Seite ermöglicht, noch einmal ausführlich Stellung zu nehmen und ein Resümee zu ziehen.

Nicht alles, was Sie lesen, wird Ihnen gefallen. Aber vielleicht kann dieser Einblick dazu beitragen, die Gedanken der anderen Seite ein wenig besser zu verstehen. Denn letztlich sollte doch eins über allem stehen: das Wohl der Patienten.

# Eine Reform zum 50. Geburtstag

Auf dieses Geburtstagsgeschenk hätten die meisten von uns wohl lieber verzichtet. Aber jetzt ist die Reform da. Und wir müssen lernen, mit diesem Kompromisskind umzugehen

Von **Ulrike Böker**, 1. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

\_\_ **Schön ruhig und friedlich** hätten wir am 3. Mai den 50. Geburtstag der Psychotherapie-Richtlinie feiern können. Richtig Großes hatte sich in diesem langen Zeitraum – mit Ausnahme der Aufnahme der Verhaltenstherapie 1987 – nämlich nicht verändert. Und dann grätscht uns diese Reform dazwischen!

Grundsätzlich ist es richtig und zu begrüßen, dass sich das psychotherapeutische Behandlungsangebot an die veränderten Versorgungsbedürfnisse anpasst und sich dies auch in der Richtlinie niederschlägt. Dazu gehört auch die zeitnahe Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten. Bereits in den 90er-Jahren wurde im Südwürttembergischen Regionalverband des bvvp ein derartiges Konzept der zeitnahen Erstversorgung entwickelt. Das Thema ist also keineswegs neu. In Baden-Württemberg ist man schon einen Schritt weiter: Die Selektivverträge dort sehen eine zeitnahe Behandlung der teilnehmenden Versicherten vor und lassen sich das mit 119 Euro pro Sitzung richtig Geld kosten!

Auch der bvvp hat seit vielen Jahren eine Flexibilisierung der Behandlung und eine schnelle erste Abklärung gefordert. Hier war die Idee allerdings, die zehminütigen Gesprächsziffern der Fachkapitel 22 und 23 deutlich höher zu vergüten und die derzeitige Höchstmenge pro Quartal und pro Patient („höchstens 15-mal im Behandlungsfall“) auszuweiten. Damit wäre neben einem flexiblen Be-

**Für unsere Patienten ist der schnellere Zugang zur Versorgung sicher ein Gewinn. Neue Kapazitäten entstehen durch die neuen Leistungen allerdings nicht. Leider schlägt sich der Mehraufwand für die Behandler nicht in der Vergütung nieder**

handlungseinstieg bei neuen Patienten zudem eine langfristige niederfrequente Betreuung von Patientinnen und Patienten, die dies benötigen, möglich gewesen. Schließlich hätten klassisch psychosomatische Sprechstundenpraxen, die chronisch kranke Patientinnen und Patienten niederfrequent und langfristig betreuen, endlich wirtschaftlich betrieben werden und damit zur Unterstützung der psychiatrischen Versorgung beitragen können. Diese psychiatrische ambulante Versorgung ist derzeit in vielen Planungsbereichen völlig defizitär, was wiederum den Ausbau der Psychiatrischen Institutsambulanzen befördert.

Statt solch einer kleinen, aber wirkungsvollen Veränderung müssen wir nun mit einer Reform leben, die an vielen Stellen zumindest fragwürdig ist und die erst einmal beweisen muss, dass sie zu einer Versorgungsverbesserung taugt. Trotzdem beinhaltet die Reform auch das Potenzial, die bestehenden Probleme anzugehen.

Unser Schwerpunkt beschäftigt sich daher mit ersten Bewertungen der Reform. Einleitend informieren Jürgen Doeberth und ich über den Vergütungsbeschluss und liefern Hintergrundinfos zur Psychotherapeutischen Sprechstunde und zu Personalkosten. Danach wollen wir allen drei Akteuren, die im Unterausschuss Psychotherapie um die neue Richtlinie gerungen haben, die Möglichkeit geben, ihre Position darzustellen: Herrn Hofmann von der KBV, Herrn Uhlemann vom GKV-Spitzenverband und Herrn Laumann als Patientenvertreter. Seine Gedanken zur Reform hat Norbert Bowe vom Bundesvorstand des bvvp in einem Kommentar für uns zusammengefasst. Ergänzend gibt Ariadne Sartorius nach eigenen positiven Erfahrungen mit der Einstellung einer Bürohilfe praktische Tipps, wie die neue telefonische Erreichbarkeit ohne Einbußen von Behandlungskapazitäten gestaltet werden kann. Ihre Erfahrungen decken sich mit denen anderer Psychotherapeuten mit Praxispersonal: Sie wollen nicht mehr darauf verzichten! Bleibt nur zu hoffen, dass dieses Personal dann irgendwann auch wieder in jeder Leistung angemessen vergütet wird. \_\_

# Reizthema statt Anreiz

## Vergütung, Psychotherapeutische Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit: Warum die Richtlinienreform in den Praxen für Ärger sorgt

Von **Jürgen Doebert** und **Ulrike Böker**, 1. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

„**Statt „mehr Kröten“**“ heißt es nun „Kröten schlucken“: Die Ergebnisse, die im Erweiterten Bewertungsausschuss erzielt wurden, lassen uns Psychotherapeuten enttäuscht zurück und gefährden eine erfolgreiche Umsetzung der neuen Richtlinie. Mancher Ärger müsste aber früheren Beschlüssen des Bewertungsausschusses gelten.

### Vergütung

Der Ärger über die aktuellen Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) ist nur zu verstehen, wenn man die drei Kernforderungen der Kassenärztlichen Berufsvereinigung (KBV) und der Psychotherapeutenverbände vor Augen hat.

1. Endlich sollte ein *Vergütungssystem* eingeführt werden, bei dem alle Leistungen der Psychotherapeuten mindestens gleich hoch bewertet werden wie die genehmigungspflichtigen Leistungen.

2. Außerdem pochten die Psychotherapeuten darauf, das rechtswidrige *System der Strukturzuschläge* wieder abzuschaffen, mit denen die vom Bundessozialgericht (BSG) vorgeschriebenen normativen Personalkosten der maximal ausgelasteten BSG-Musterpraxis angeblich abgedeckt sind (Beschluss des EBA vom 22. September 2015). Stattdessen sollte wieder die davor geltende Systematik eingeführt werden, bei der die normativen Personalkosten unabhängig von der Auslastung der psychotherapeutischen Praxen in jede genehmigungspflichtige Leistung einkalkuliert sind.

3. Des Weiteren hatten KBV und Psychotherapeuten einen zusätzlichen *Anreiz zur Erbringung der Sprechstunde und der Akutbehandlung* gefordert und dies mit den zusätzlichen organisatorischen und doku-

mentarischen Pflichten begründet. Nachdem die Krankenkassen in Baden-Württemberg in einem Selektivvertrag für die ersten Sitzungen 119 Euro pro Sitzung bezahlen, ging auch die KBV mit dieser Forderung in die Verhandlungen.

Ganz anders argumentierten die Krankenkassen im EBA: Sie sehen grundsätzlich keine Begründung dafür, zusätzliches Geld zu den Psychotherapeuten fließen zu lassen. Stattdessen gehen die Kassen davon aus, dass die neuen Leistungen vonseiten der Psychotherapeuten nicht zusätzlich, sondern anstelle bisheriger Leistungen erbracht werden würden. Nach dieser Logik wäre allenfalls die Differenz zwischen schlechter bezahlten bisherigen Sitzungen und den neuen Sitzungen zu vergüten.

Mit schwer nachvollziehbaren Annahmen über solche Substitutionen errechneten die Kassen zusätzlich erforderliche 100 Millionen Euro für die Psychotherapeuten. Ihr Hauptargument: Die zehnmütigen Gesprächsziffern würden ja größtenteils durch die neuen Leistungen ersetzt. Durch die große Differenz der Bewertungen führt das zu einem Buchgewinn für die Psychotherapeuten, in der Realität sind diese Substitutionen aber zweifelhaft, und damit ist auch ein real größeres Honorarvolumen mehr als fraglich. Entsprechend ihrer grundsätzlichen Forderung, die Reformausgaben müssten neutral für die Krankenkassen erfolgen, sahen die Kassen keine Notwendigkeit, Sprechstunde und Akutbehandlung mindestens genauso gut zu vergüten wie genehmigungspflichtige Leistungen – geschweige denn die bisherige Bewertung der probatorischen Sitzungen anzuheben. Im Gegenteil: Sie wollten sowohl die zwei-

te Hälfte der Kurzzeittherapie (KZT 2) geringer bewerten als die erste Hälfte (KZT 1) als auch die probatorischen Sitzungen abwerten. Eine Reform der Zuschlagssystematik wurde strikt abgelehnt.

Mit diesen weit auseinanderliegenden Positionen gingen Krankenkassen und KBV in die Verhandlungen im Bewertungsausschuss. Wie erwartet gelang keine Einigung. Dies führte zur Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses, in dem zu den sechs stimmberechtigten Mitgliedern (drei von den Krankenkassen, drei von der KBV) drei unparteiische Personen hinzutreten. Der Vorsitzende der Unparteiischen wird von Krankenkassen und KBV im Konsens berufen. Die beiden anderen Unparteiischen werden jeweils von den Krankenkassen und der KBV benannt. In den allermeisten bisherigen Abstimmungen machten die drei Unparteiischen einen gemeinsamen Kompromissvorschlag, stimmten also nicht entsprechend ihrer „Herkunft“ ab. Offenbar ging der unparteiische Vorsitzende aber davon aus, dass der Gesetzgeber keine zusätzliche Vergütung für die Reform der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen hat, da er sonst eine Vergütungsregelung ins Gesetz geschrieben hätte.

Dann ging es ans Abspecken: Eine Reform der Strukturzuschläge wurde gar nicht erst in Betracht gezogen. Dafür wurde geregelt, dass auch die Sprechstunde und die Akutbehandlung zuschlagsberechtigt sind und zum sogenannten Schwellenwert für die Zuschläge zählen. Die Probatorik bleibt beim alten Wert, und beide Module der KZT werden, konform mit der Rechtsprechung des BSG, gleich hoch vergütet.



Zwar wurde formal das Argument der KBV aufgegriffen, dass die persönliche Leistung des Psychotherapeuten pro Minute in den neuen Leistungen genauso gut vergütet werden soll wie bei den genehmigungspflichtigen Leistungen. Allerdings wurden bei der Berechnung der über die Mindestkontaktzeit hinaus notwendigen Dokumentation zwei Minuten pro 50 Minuten eingespart. Dies wurde mit angeblich geringerem Dokumentationsaufwand begründet – obwohl er in der Praxis deutlich höher liegt.

Zugegeben: Gemessen an den genehmigungspflichtigen Leistungen ist der Unterschied in Euro dadurch nicht sehr groß. Gemessen an dem Aufwand, den die Psychotherapeuten durch die Umstellung ihrer Praxen und durch die neuen Anforderungen der Leistungen erbringen müssen, wären jedoch ein substanzieller Anreiz und eine substanziell bessere Vergütung mindestens der Sprechstunde sinnvoll und berechtigt gewesen. Gegen die Stimmen der KBV konnten die Krankenkassen mit Unterstützung von zwei der drei Unparteiischen diesen Beschluss durchsetzen.

Dieter Best und Jürgen Doebert, die als Sachverständige am Bewertungsausschuss teilnehmen konnten, waren sich einig, dass sie den Beschluss unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten für einen Fehler halten. Die in zähen Verhandlungen entstandene Reform der Psychotherapie-Richtlinie hätte eine bessere Unterstützung der Kassen und des unparteiischen Gesundheitsökonomen verdient. Zum Abschluss ihrer langjährigen Tätigkeit in den Honorargremien hätten sich die beiden ein wesentlich besseres Ergebnis gewünscht. Den Dank der Psychotherapeuten haben sie sich dennoch mehr als verdient.

Die Psychotherapeutenverbände bvvp, DPtV und VAKJP haben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgefordert, diesen Beschluss zu beanstanden. Sie gehen davon aus, dass der gesetzliche Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung mit einer niederschweligen Abklärung bei psychischen Problemen zu verbessern, durch diese Bewertung konkurrenzlos wird. Dabei erhalten die Ver-

## Eine Reform der Zuschlagssystematik wurde von den Kassen strikt abgelehnt



**Ausgewogene Vergütung?** Die Krankenkassen zeigten grundsätzlich keine Bereitschaft, zusätzliches Geld zu den Psychotherapeuten fließen zu lassen

bände Unterstützung durch die KBV, die ein Klageverfahren gegen den Beschluss des EBA angekündigt hat.

### Psychotherapeutische Sprechstunde

Die wichtigste neue Leistung der Psychotherapie-Richtlinie und damit das Herzstück der Reform ist die Psychotherapeutische Sprechstunde. Ein KV-Vorstand aus dem Süden bezeichnete sie einmal als „Mutter aller psychotherapeutischen Leistungen“. Damit hat er den Punkt gut getroffen.

Ab dem 1. April 2018 wird sie das verpflichtende Eingangstor für alle weiteren psychotherapeutischen Behandlungen sein. Außerdem gewährleistet sie genau das, was der Gesetzgeber gefordert hat: einen schnelleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und eine schnellere Abklärung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen. Im Jahr 2017 haben die Psychotherapeuten Gelegenheit, sich an die neue Leistung zu gewöhnen, weil die Patienten

die Sprechstunde noch nicht als „Eintrittskarte“ in eine weitere Behandlung benötigen.

Außerdem verlangen die Terminservicestellen (TSS) der meisten KVen zurzeit nur eine freiwillige Meldung von Terminen. Die Psychotherapeuten können ihre Erstgespräche also weiterhin selbst vereinbaren und erste Erfahrungen mit den neuen Vorgehensweisen sammeln. Trotzdem wäre es gut, wenn auch Termine bei der TSS gemeldet würden. So lässt sich hoffentlich vermeiden, dass die Meldung von Terminen an die TSS zu einer verpflichtenden Maßnahme wird.

Der G-BA hat die Psychotherapeutische Sprechstunde nicht umsonst mit einer ganzen Reihe von Inhalten versehen:

- Beratung, Information und Klärung des individuellen Behandlungsbedarfes
- Diagnosestellung in Form einer orientierenden oder differenzialdiagnostischen Abklärung
- Behandlungsempfehlungen
- kurze psychotherapeutische Intervention, sofern erforderlich
- Ausstellung einer individuellen Patienteninformation zum Ergebnis der Sprechstunde
- Hilfe bei der Vermittlung weiterer Maßnahmen, entweder innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei anderen Angeboten, wie Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen
- gegebenenfalls Einweisung ins Krankenhaus oder Verordnung von Medikamenten oder anderen Leistungen

Umso unverständlicher ist nun der Beschluss des EBA, der entgegen den Forderungen der KBV dieser Leistung keinen Anreiz zugesteht, sondern ganz im Gegenteil eine Vergütung noch unterhalb der genehmigungspflichtigen Einzelsitzungen festlegt. Die Kassen scheinen davon auszugehen, dass eine Psychotherapeutische Sprechstunde genauso verläuft wie eine Sprechstunde bei somatischen Ärzten: Der Patient betritt das Behandlungszimmer, der Arzt selber bereitet nichts vor, die Dokumentation erfolgt während der Sprechstunde direkt in den Computer,



**Dokumentation?** Die Kassen scheinen bei ihren Überlegungen davon auszugehen, dass diese Arbeiten – wie bei somatischen Ärzten – gleich direkt während der Sprechstunde erledigt werden können

und auch Koordinationsaufgaben (wie der Anruf bei einem Kollegen) werden in dieser Zeit bewerkstelligt.

Dies stellt sich bei uns völlig anders dar: Psychotherapeutisches Selbstverständnis bedeutet, sich dem Patienten gestisch-mimisch-szenisch mit voller Aufmerksamkeit zuzuwenden. Kein Psychotherapeut dokumentiert während der Sitzung am Computer oder führt Telefongespräche mit Kollegen, außer es geht um eine Not-einweisung (beispielsweise die eines suizidalen Patienten). Insofern finden alle Aufgaben rund um das eigentliche Patientengespräch außerhalb der festgelegten Mindestzeit von 25 Minuten pro Sprechstundeneinheit statt. Gerade im Hinblick darauf, dass der Psychotherapeut innerhalb kurzer Zeit einschätzen muss, wie es um den Patienten steht, ist auch aus Haftungsgründen eine besonders sorgfältige Dokumentation im Anschluss erforderlich. Bei Sprechstundenterminen, die über die TSS vermittelt wurden, kann man wegen geringerer Verbindlichkeit eine relativ hohe Ausfallquote annehmen. Dies fällt bei reinen Bestellpraxen und geringen Fallzahlen erheblich ins Gewicht.

## Die Sprechstunden von Psychotherapeuten und somatischen Ärzten entscheiden sich grundlegend voneinander

Ein Erstgespräch bedeutet immer eine hohe fachliche Herausforderung: Der Psychotherapeut muss sich auf einen neuen Menschen mit seiner Lebenswelt, seiner Sprache und Emotionalität einstellen. Er muss schnell einen Zugang und eine passende therapeutische Haltung zum Gegenüber finden und gleichzeitig notwendige Informationen abfragen. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten, die endlich einen Raum haben, sich zu öffnen, nicht in der Lage sind, sich so zu sammeln, dass anamnestiche und diagnostische Daten strukturiert erhoben werden können. In den wenigsten Fällen kann eine erste Sitzung pünktlich beendet werden, eben weil die Patienten viel vermitteln und gleichzeitig in ihrer Not schnell Erleichterung erleben

möchten. Gleichzeitig muss der Psychotherapeut den Patienten vor Verletzungen und Retraumatisierungen schützen, wenn er ihn aus Mangel an eigenen Behandlungsmöglichkeiten weiterschicken muss.

### Telefonische Erreichbarkeit

Welche Argumente und Fakten sind zu berücksichtigen, wenn man über die fehlende Vergütung der telefonischen Erreichbarkeit diskutiert? Ganz klar ist: Der Psychotherapeut muss diese Telefonzeit NICHT selbst durchführen. Sie ist auch nicht als Zeit gedacht, in der eine Art „Telefonseelsorge“ geleistet werden soll. Insofern lässt sich diese Arbeit auch von jemandem bewerkstelligen, der vom Psychotherapeuten damit beauftragt wurde und eine Schweigepflichterklärung unterschrieben hat. Hier muss man sich das Praxispersonal der somatischen Ärzte vorstellen, das ja auch keine Behandlung am Telefon durchführt. Nun taucht die Frage auf: Warum bekommen wir diese Erreichbarkeit nicht bezahlt, warum ist das keine Abrechnungsziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)? Wird unsere telefonische Erreichbarkeit tatsächlich nirgends einkalkuliert?

Um das zu verstehen, muss man sich auf die Kalkulation des EBM einlassen. Dieser wurde – wie der Name schon sagt – so konstruiert, dass es jedem Arzt oder Psychotherapeuten möglich sein soll, in der vorgegebenen Arbeitszeit (nämlich in 51 Wochenarbeitsstunden pro 46 Wochen im Jahr) und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kosten das sogenannte „kalkulatorische Arztgehalt“ zu erwirtschaften. Technisch geht man bei dem zugrunde liegenden Standardbewertungssystem STABS so vor: Jede Leistung setzt sich zusammen aus der Arztleistung (AL), die in den meisten Gebührenordnungspositionen vom Arzt selber zu erbringen ist (also die ärztliche Tätigkeit mit oder ohne Patient beinhaltet), und allen anderen Komponenten der Technischen Leistung (TL) wie Raum, Personal, Material oder Geräte. (Zur Darstellung der Konstruktion und Kalkulation des STABS siehe auch die Infobroschüre des bvpp „Der Psychotherapeut im Gesetz“.)

Die reale Höhe der Gesamteinnahmen einer psychotherapeutischen Praxis ist entscheidend bestimmt durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Das BSG hat an zwei Stellen normativ eingegriffen:

1. Die sogenannte *Produktivität eines Psychotherapeuten* (also der Anteil der vergüteten Arbeitszeit an der Gesamtarbeitszeit) richtet sich nach der BSG-Musterpraxis mit 36 Sitzungen pro Woche in 43 Wochen im Jahr. Daraus ergibt sich, dass seine Produktivität mit 67,5 Prozent von kalkulatorischen 51 Arbeitsstunden pro Woche festgelegt wurde. Im Unterschied dazu liegt die Produktivität eines durchschnittlichen Arztes bei 87,5 Prozent. Das bedeutet, dass der „Arztlohn“ pro Minute beim Psychotherapeuten höher ausfällt als beim somatischen Arzt.

2. Das BSG hat festgelegt, dass ein Psychotherapeut *normative Personalkosten* (also nicht empirisch belegte) von knapp 15.000 Euro einspielen können muss, wenn er 36 Sitzungen pro Woche genehmigungspflichtige Leistungen erbringt. Diese wurden bis Herbst 2014 in jede genehmigungspflichtige Leistung anteilig eingerechnet. Bei Erhebungen zur Kostenstruktur von Ärzten und Psychotherapeuten wurde jedoch festgestellt, dass jeder Psychotherapeut nur circa 4.000 Euro Personalkosten real ausgibt. Zu den normativen 15.000 Euro fehlen also 11.000 Euro. Nach der Umwandlung in ein Strukturzuschlagsmodell wurden diese 11.000 Euro in gesonderten Zuschlägen kalkuliert. Nur die realen, also empirisch erhobenen Personalkosten sind weiterhin in jede genehmigungspflichtige Leistung eingepreist. Seit rückwirkend Januar 2012 erhalten Psychotherapeuten, die weniger als 18 Sitzungen pro Woche machen, also keinen Anteil an den normativen 11.000 Euro Personalkosten mehr, wohl aber an den 4.000 Euro. Damit ist selbst bei 18 genehmigungspflichtigen Sitzungen in der Woche allenfalls noch eine Reinigungskraft zu bezahlen. Als noch die vollen 15.000 Euro in jede Leistung unabhängig von der Praxisauslastung kalkuliert wurden, konnte ein Psychotherapeut mit 18 Sitzungen pro Woche Personalkosten von 7.500 Euro im Jahr erwirtschaften, also 625 Euro im

## Die Arztleistung der Psychotherapeuten müsste insgesamt höher bewertet werden

Monat. Damit wären damals knapp zwei Minijobs bezahlbar gewesen. Nach der neuen Systematik bekommt der gleiche Psychotherapeut jetzt nur noch 2.000 Euro im Jahr, das heißt 166 Euro im Monat.

Grundsätzlich sind die Kosten für das Personal zur Sicherstellung der Erreichbarkeit also vorgesehen. Die unrechtmäßige Umsetzung durch den EBA macht das allerdings zur Luftnummer. Die Verbände wollen daher unbedingt eine Rückkehr zur alten normativen Personalkosten-Kalkulation erreichen. Somit wäre auch

**Praxispersonal?** Ja, sehr gern! Aber selbst bei 18 genehmigungspflichtigen Sitzungen in der Woche reicht das Geld nach der Reform allenfalls noch, um eine Reinigungskraft zu finanzieren



die telefonische Erreichbarkeit einkalkuliert – und auch von durchschnittlich tätigen Praxen finanzierbar.

Das BSG hat auch zu dem Problem Stellung genommen, dass nicht jeder Psychotherapeut real Personal beschäftigt. Dazu haben die Richter ausgeführt, dass es den Psychotherapeuten überlassen bleibt, ob sie jemanden anstellen oder die Arbeit selbst erledigen – Letzteres logischerweise zu dem Preis, den der Psychotherapeut dem Personal hätte zahlen müssen.

Der Grundfehler in der Vergütung der Psychotherapeuten liegt aber darin, dass die Arztleistung insgesamt höher bewertet werden müsste. Durch die BSG-Rechtsprechung zu den Personalkosten subventionieren wir unsere Arztleistung dadurch, dass wir die Personalkosten ganz oder teilweise uns selbst zugutekommen lassen – allerdings nicht zum Psychotherapeuten-Stundensatz, sondern zum Stundensatz für Personal. Diese Subventionierung holt uns nun ein, wenn wir Personal einstellen müssen und dafür ebenjenes Geld ausgeben, das wir uns bisher selbst für entsprechende Aufgaben zugerechnet haben. Nur eine substanzielle Erhöhung der Arztleistung wird uns aus dieser Zwickmühle befreien. Oder der Sieg vor dem BSG!

Foto: Privat



### Dipl.-Psych. Jürgen Doebert

ist Psychologischer Psychotherapeut und niedergelassener Psychoanalytiker in Reutlingen und hatte bis

März 2017 verschiedene Funktionen in der KBV.

Foto: Privat



### Dipl.-Psych. Ulrike Böker

arbeitet als Psychologische Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie in

Reutlingen und ist u. a. Mitglied im Beratenden Fachausschuss der KBV.

Foto: Privat



**Dr. Thomas Uhlemann**

ist Leiter des Referats Bedarfsplanung, Psychotherapie und Neue Versorgungsformen im GKV-Spitzenverband und Sprecher der Krankenkassen im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

**POSITIONEN**

# „Wir erleben die Psychotherapeuten als relativ konservativ“

Die Seite der Krankenversicherung in den Reformverhandlungen zu verstehen fiel vielen Therapeuten schwer.

Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband steht Rede und Antwort

Interview: **Ulrike Böker**, 1. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

**Aus welchen Gründen haben die Krankenkassen eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie gefordert?**

Deutschland verfügt über ein beispiellos dicht ausgebautes, differenziertes und qualitativ hochwertiges System der psychotherapeutischen Versorgung, das weitestgehend durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme, das heißt durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Rentenversicherung, finanziert wird.

Versicherte erhalten die erforderliche psychotherapeutische Behandlung aufgrund des Solidarprinzips unabhängig von der jeweiligen individuellen Beitragszahlung. Einen Leistungsausschluss aufgrund von Vorerkrankungen gibt es, anders als bei der privaten Krankenversicherung, nicht.

Dennoch ist die Versorgung auch aus der Sicht der Krankenkassen noch nicht so, wie es wünschenswert wäre. Wir können uns deshalb nicht zurücklehnen, sondern

müssen das bestehende System weiterentwickeln: Die in Deutschland zweifellos vorhandenen Unterschiede in der Versorgung der einzelnen Regionen müssen vermindert werden, und gleichzeitig stehen wir vor der Aufgabe, sich ändernden Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen; das ist nicht trivial. Ein wesentliches Ziel ist dabei, einen möglichst niedrigschwelligen und unbürokratischen Zugang zur psycho-

therapeutischen Versorgung zu ermöglichen, ohne die Versicherungsgemeinschaft der GKV insgesamt finanziell zu überfordern.

Es wird deshalb über die aktuelle Reform hinaus darauf ankommen, das psychotherapeutische Leistungsangebot nicht weiter schlechzureden, sondern es zu konsolidieren und so zu strukturieren, dass den Patienten, die psychische Störungen mit Krankheitswert aufweisen, auch in Zukunft ein inhaltlich überzeugendes, qualitativ hochwertiges und zugleich wirtschaftliches Angebot bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden kann. Ein erster Schritt ist mit der aktuellen Reform der Psychotherapie-Richtlinie getan worden.

#### **Was ist aus Ihrer Sicht gelungen?**

#### **Was hätten Sie gerne anders gehabt?**

Mit den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie werden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, die einen schnelleren Zugang zur Psychotherapie ermöglichen, indem Verdachtsfälle frühzeitig diagnostisch abgeklärt werden und bei einer akuten Symptomatik schnell reagiert und gegebenenfalls niedrigschwellig, das heißt ohne gesondertes Antragsverfahren, eine Akutbehandlung aufgenommen werden kann. Weitere Änderungen betreffen die Förderung der Gruppentherapie und die formelle Verankerung der Rezidivprophylaxe zur Sicherung des Behandlungserfolgs sowie die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Die Krankenkassen hatten sich gewünscht, die Inanspruchnahme von Psychotherapie wirklich tief greifend zu vereinfachen und zu erleichtern und – wie auch der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeregt hat – die heute verlangte gesonderte Beantragung der Kostenübernahme zugunsten einer einfachen Mitteilung an die Krankenkasse abzuschaffen. KBV und Psychotherapeuten haben diesen Schritt bedauerlicherweise abgelehnt.

**Weder die Versorgungsdaten noch die Psychotherapieforschung ergeben Gründe für eine Zerteilung der Kurzzeittherapie. Welche Überlegungen führten dazu, dass die Kassen auf dieser Zerteilung bestanden?**

## **„Die Krankenkassen hatten sich gewünscht, die Inanspruchnahme von Psychotherapie wirklich tief greifend zu vereinfachen und zu erleichtern“**

Die Krankenkassen konnten in ihren Daten sehen, dass ein Strukturwandel in der psychotherapeutischen Behandlung erforderlich ist. Es besteht ein immer größerer Bedarf an schnellen kurzen Behandlungen, gleichzeitig war es den Krankenkassen ein Anliegen, dass Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen nicht schlechter gestellt werden.

Daher wurde eine Struktur geschaffen, die an den Beobachtungen und Untersuchungen von Prof. Dr. Jürgen Margraf ansetzt: „Weniger ist oft mehr“ in der Psychotherapie; viele Störungen können in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum erfolgreich behandelt werden. An solchen erfahrungs- und wissenschaftsgestützten Prämissen orientieren sich die Krankenkassen. In allen drei Psychotherapieverfahren sind deshalb nun Kurzzeittherapien möglich. Neu ist, dass es bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren nun auch eine analytische Kurzzeittherapie gibt. Wie bisher kann eine KZT für die fokussierte Arbeit an einem umschriebenen Konflikt oder einem umschriebenen Verhalten mit vermutlich ausreichendem Kontingent beantragt werden oder zur Überprüfung der Indikation für eine LZT.

Allerdings erleben wir die Psychotherapeuten als relativ konservativ und Neuerungen gegenüber nicht sonderlich aufgeschlossen. Eine Entbürokratisierung bis hin zu einer Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen allein mit der Versicherungskarte war daher leider nicht durchsetzbar.

Zur bisherigen Indikation der Krisenintervention wird in Zukunft die Akutbehandlung zur Verfügung stehen, welche statt einer KZT 1 durchgeführt werden kann. Die

Akutbehandlung kann nach Entaktualisierung einer Krise beendet werden, oder es kann nach zwei obligatorischen probatorischen Sitzungen eine KZT 1 oder KZT 2 angeschlossen werden. Die nur im Einzelsetting mögliche Akutbehandlung kann auch in eine Gruppentherapie einer Kurzzeittherapie überführt werden. Abgeschafft wurde die Möglichkeit einer Probestherapie, da sich einerseits gezeigt hat, dass die Probestherapie nur noch in sehr wenigen Fällen Einsatz fand, und dass andererseits in allen drei Verfahren die Möglichkeit besteht, eine Kurzzeittherapie im Sinne einer Probestherapie durchzuführen. Das sind schon ganz gute Regelungen.

**Der Gesetzgeber hat ausdrücklich die Einführung einer Rezidivprophylaxe gefordert. Inwiefern können die Kassen die Neuregelung, bei der lediglich Stunden der unveränderten Kontingente wie auch bisher dafür verwendet werden können, mit dem Gesetzauftrag in Einklang bringen?**

In Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gemäß § 92 Abs. 6a Satz 3 SGB V wird in der Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeit eingeführt, nach Abschluss einer Langzeittherapie eine Rezidivprophylaxe durchzuführen. Ziel eines solchen Behandlungsschritts gemäß § 14 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie ist es, einem Wiederauftreten von bereits behandelten psychischen Symptomen nach Therapieende vorzubeugen. Nicht nur die am Entscheidungsprozess im G-BA beteiligten Parteien Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, Patienten- und Ländervertreter, sondern auch das BMG als zuständige Rechtsaufsicht sehen in der gemeinsam erarbeiteten Lösung keinen Widerspruch zum Auftrag des Gesetzgebers.

Eine Rezidivprophylaxe war schon bisher immanenter, aber nicht expliziter Inhalt des ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsangebots, was wohl auch damit zusammenhängt, dass lediglich im Bereich der unipolaren Depressionen überhaupt Evidenz nachzuweisen war. Wir wissen aus unseren Abrechnungsdaten auch, dass im Langzeitbereich bewilligte Stundenkontingente

oftmals nicht ausgeschöpft werden; diese könnten bei einer vorausschauenden Behandlungsplanung von vornherein – soweit erforderlich – für eine Rezidivprophylaxe zur Verfügung stehen und nun für einen langen Zeitraum auch mit Unterbrechungen, die über sechs Monate gehen, genutzt werden.

### **Neue Leistungen schaffen keine neuen Kapazitäten. Wie stellen sich die Kassen die Umsetzung vor?**

Die Krankenkassen sind grundsätzlich der Ansicht, dass es möglich sein müsste, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen eine vernünftige Versorgung zu organisieren. Hinsichtlich der Anzahl an Therapeuten müssen wir keinen internationalen Vergleich scheuen, und die Wissenschaft zeigt ein klares Bild: Die Prävalenz psychischer Störungen ist seit Jahren nahezu unverändert. Erfreulicherweise ist seitens der Patienten die Akzeptanz von Psychotherapie als Behandlungsverfahren bei psychischen Störungen in den letzten Jahren deutlich gestiegen; die grundsätzliche Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird nicht mehr in gleichem Maß wie früher tabuisiert. Allerdings haben wir Allokationsprobleme, also Regionen, die nicht gerade gut versorgt sind, und wir haben – vor allem in Groß- und Universitätsstädten – eine erhebliche Überversorgung; da muss ein Ausgleich gefunden werden. Zudem gibt es sicherlich Psychotherapeuten, die an ihrer Belastungsgrenze arbeiten, aber eben auch sehr viele, die zwar einen ganzen Sitz haben, aber ihren Versorgungsauftrag nur teilweise wahrnehmen. Die schlichten Forderungen nach Extension des Bestehenden (immer mehr Therapeutensitze, immer mehr Vergütung etc.) erscheinen nicht sachgerecht zur Lösung identifizierter Versorgungsprobleme.

Die neu eingeführten Leistungen Sprechstunde und Akutbehandlung sowie die Strukturierung der Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte könnten in sehr pragmatischer Weise dazu beitragen, dass Patienten mit psychischen Störungen schneller eine adäquate Behandlung zur Verfügung

## **„Die Krankenkassen sind grundsätzlich der Ansicht, dass es möglich sein müsste, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen eine vernünftige Versorgung zu organisieren“**

gestellt werden kann und dass diese dann auch zeitnäher erfolgreich abgeschlossen werden kann.

### **Akutbehandlung sowie Richtlinien-therapie bedeuten die Belegung wöchentlicher Termine über längere Zeit. Wie soll die Vermittlung dieses Behandlungsbedarfs, der über ein Erstgespräch hinausgeht, über die TSS funktionieren?**

Die Einrichtung von Terminservicestellen durch die KVen als ergänzende Maßnahme des Sicherstellungsauftrags zur Gewährleistung einer „zeitnahen und angemessenen fachärztlichen Versorgung“ (Gesetzesbegründung zum GKV-VSG) gilt nach § 75 Abs. 1a Satz 13 SGB V ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 6a Satz 3 auch „hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine“. Einer Überweisung bedarf es nicht.

Das Nähere, vor allem die technische Umsetzung, regelt der Bundesmantelvertrag (BMV). Die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und TSS umfasst die Vermittlung zur Sprechstunde und zur Akutbehandlung; eine Vermittlung zur Richtlinien-therapie ist nicht eingeschlossen. Die Aufgabe der Terminservicestelle ist es, GKV-Versicherten „innerhalb einer Woche nach Bekanntwerden des Vermittlungs-

wunsches des Versicherten bei der TSS einen Behandlungstermin bei einem Facharzt in ihrem KV-Bezirk zu vermitteln. Die Durchführung der Vermittlung nach den Vorgaben dieser Vereinbarung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.“ (§ 2 Abs. 1 Anlage 28 BMV-Ä) Die Pflicht zur Vermittlung eines Behandlungstermins innerhalb von vier Wochen gilt aber nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und bei der Behandlung von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. In diesen Fällen ist ein Behandlungstermin in einer angemessenen Frist zu vermitteln.

Übertragen auf die psychotherapeutische Versorgung heißt das, Patientinnen und Patienten können sich direkt und ohne Überweisung an die Terminservicestellen wenden; die wenig befriedigende Situation mit den Anrufbeantwortern wird endlich überwunden. Da die Mitarbeiter der Terminservicestellen fachlich nicht in der Lage und auch nicht befugt sind, sich zur Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung zu äußern, vermitteln sie dem Patienten einen Termin für ein Erstgespräch bei einem Therapeuten, damit dieser im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gegebenenfalls eine Empfehlung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ausstellen kann. Ergibt sich aus der Abklärung, dass die Behandlung zeitnah erforderlich ist, empfiehlt der Therapeut oder die Therapeutin eine Akutbehandlung. Mit dieser Empfehlung kann sich der Versicherte erneut an die Terminservicestelle wenden (zum Beispiel weil der Therapeut selbst keine Akutbehandlung anbieten oder bei einem anderen Therapeuten vermitteln kann). Falls dann ein Termin zu einer Sprechstunde oder für eine Akutbehandlung innerhalb von vier Wochen nicht vermittelt werden kann, hat die Terminservicestelle dem Versicherten innerhalb einer weiteren Woche einen entsprechenden Termin in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

By the way: Die neue Leistung Sprechstunde ist deutlich besser (um circa 20 Euro) vergütet als der bisherige Erstkontakt Pro-  
batorik.

Foto: Privat



**Dr. med. Ludwig Hofmann, MPH,** leitet bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Abteilung Nutzenbewertung und war ab 2016 Verhandlungsführer der KBV bei der Reform der Psychotherapie-Richtlinie.

## POSITIONEN

# „Wir können diese Einigung fachlich vertreten“

Dr. Ludwig Hofmann war Verhandlungsführer der KBV bei der Richtlinienreform. Im Interview erklärt er, warum ihn das Ergebnis grundsätzlich zufriedenstellt

Interview: **Ulrike Böker**, 1. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

### Welche Aspekte der Versorgung psychisch Kranker galt es durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie zu verbessern?

Der gesetzliche Auftrag war klar – mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den G-BA beauftragt, das Therapieangebot durch die Einrichtung von Psychotherapeutischen Sprech-

stunden und Akutversorgungsmöglichkeiten zu flexibilisieren. Außerdem sollten die frühzeitige diagnostische Abklärung, Rezidivprophylaxe und Gruppentherapien gefördert sowie das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht werden. Das alles sollte bis zum 30. Juni 2016 im G-BA umgesetzt werden. Der Zeitrahmen für die Verhandlungen war angesichts der

grundlegenden Änderungen damit sehr knapp bemessen.

### Was ist aus Ihrer Sicht gelungen? Was hätte die KBV gern anders gehabt?

Wenn man bedenkt, mit welchen konträren Positionen der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-

## POSITIONEN

## „Im ursprünglichen Modell der GKV sollte der direkte Zugang zur LZT nicht mehr möglich sein“

Spitzenverband) und die KBV in die Verhandlungen gestartet sind, können wir zunächst einmal zufrieden sein. Wir sind im gesetzten Zeitrahmen zu einer Einigung gekommen, die wir fachlich vertreten können. Das Ergebnis ist selbstverständlich ein Kompromiss – mit vielen Anliegen konnten wir uns durchsetzen, bei anderen sind wir auf den GKV-Spitzenverband zugegangen.

Einige Verhandlungserfolge sind auch nicht auf den ersten Blick sichtbar. Es stand einiges auf dem Spiel: Die Umsetzung der Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes hätte zu deutlichen Einschränkungen der therapeutischen Optionen geführt. Im ursprünglichen Modell der GKV sollte beispielsweise der direkte Zugang zur LZT nicht mehr möglich sein, die Kontingente sollten noch kleinteiliger und der Therapieerfolg bei jedem Antrag durch den verpflichtenden Einsatz psychometrischer Instrumente überprüft werden. Auch an die von der Kassenseite geforderte sechswöchige Pause zwischen den Kontingenten der KZT möchte ich an dieser Stelle erinnern. All dies konnten wir abwehren und damit den flexiblen Einsatz der Behandlungsmöglichkeiten größtenteils erhalten.

Gelungen ist aus unserer Sicht die mit der Einführung der Akutbehandlung geschaffene niederschwellige Behand-

lungsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf. Sie erlaubt es, ohne Antragsverfahren direkt mit der Behandlung zu beginnen. Auch die Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde bewerten wir positiv, da das Problem der Wartezeiten auf ein Erstgespräch in den Augen von Politik und Öffentlichkeit höchste Priorität genießt. Wir hätten an dieser Stelle eine freiwillige Regelung für ausreichend erachtet und können den Unmut mancher Therapeutinnen und Therapeuten verstehen.

Auf der anderen Seite halten wir es aber auch für unangemessen, wenn Richtlinien des G-BA den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aushebeln, wie es das BMG in seiner Beanstandung ja zutreffend festgestellt hat. Wir sind aber davon überzeugt, dass die Therapeutinnen und Therapeuten das neue Versorgungsangebot verantwortungsvoll umsetzen werden – in der öffentlichen Wahrnehmung wird der Erfolg der Reform maßgeblich hiervon abhängen. Allerdings kann ich meine Enttäuschung über den Beschluss des EBA an dieser Stelle nicht verhehlen. Hierdurch wurde die Intention der Richtlinie nicht gerade gefördert.

Positiv hervorheben möchte ich noch die Abschaffung der Gutachterpflicht bei der KZT sowie den Wegfall eines Bewilligungsschrittes bei der LZT, was zu einer spürbaren bürokratischen Entlastung der Therapeutinnen und Therapeuten beitragen dürfte. Dass die Neustrukturierung der KZT nicht unseren Vorstellungen entsprach und dass wir auch mit den Regelungen zur Rezidivprophylaxe nicht ganz zufrieden sind, dürfte sich von selbst verstehen.

### Wie beurteilt die KBV die Einführung der Zweiteilung der KZT? Hat dieses Konstrukt eine sinnvolle Überlebenschance?

Wir hätten die KZT gern in ihrer bewährten Form beibehalten – die Zweiteilung nehmen viele Therapeutinnen und Therapeuten als unnötigen Eingriff in ihre therapeutische Verantwortung und als Überregulierung wahr, ohne dass eine schlüssige inhaltliche Begründung ersichtlich wäre. Unsere Analysen des Versorgungsgeschehens in der ambulanten Psychotherapie (siehe *Projekt Psychotherapie 2/2014*) zeigen, dass eine KZT für viele Patientinnen und Patienten ausreicht. Die Daten zeigen allerdings auch, dass einer durchaus relevanten Anzahl von ihnen mit zehn oder zwölf Sitzungen bereits geholfen wird. Im Zusammenspiel aller Verhandlungsoptionen haben wir uns daher dafür entschieden, der Teilung der KZT zuzustimmen und dafür den direkten Zugang zu einer LZT beizubehalten. Dadurch wollten wir für Patientinnen und Patienten mit erkennbar mehr Behandlungsbedarf eine Alternative erhalten. Außerdem konnten wir den sicheren rechtlichen Rahmen, den das Antragsverfahren bietet, für die KZT bewahren. Das war für uns Voraussetzung: Keine Patientin und kein Patient soll befürchten müssen, dass eine begonnene Therapie mit dem ersten Antrag bei der Krankenkasse plötzlich unterbrochen werden muss oder nicht fortgeführt werden kann. Ob die vonseiten der Krankenkassen erhoffte Steuerungswirkung eintritt oder ob für alle Seiten am Ende der Aufwand den Nutzen übersteigt, werden wir genau beobachten.



Dr. med. Ludwig Hofmann, MPH

**Denken Sie, dass der gesetzliche Auftrag der Rezidivprophylaxe erfüllt ist, wenn gerade den schwer kranken Patienten, die ihre regulären Kontingente bereits für die Behandlung benötigen, diese für sie besonders wichtige Leistung dann nicht mehr zur Verfügung steht?**

Die Rezidivprophylaxe in der beschlossenen Form ist sicherlich auch ein Kompromiss. Wir hätten dort lieber ein unbürokratisch verfügbares zusätzliches Stundenkontingent vereinbart. Dies ist derzeit aber nicht durchsetzbar, da die Höchstkontingente bis zum Abschluss der Evidenzprüfung der Richtlinien-Verfahren, die im G-BA erfolgt, nicht angefasst werden sollen. Nun können nicht verbrauchte Stunden des LZT-Kontingents in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer zumindest auch nach Ende der Therapie genutzt werden. Da nur in Ausnahmefällen das Stundenkontingent der LZT voll ausgeschöpft wird (siehe *Projekt Psychotherapie 2/2014*), dürfte diese Regelung kaum zur Einschränkung der Behandlungsmöglichkeiten führen. Aber auch dies werden wir uns ansehen, die Regelungen zur Rezidivprophylaxe sollen ja evaluiert werden. Patientinnen und Patienten mit akut auftretender Verschlechterung der Symptomatik können in der Akutbehandlung versorgt werden, Psychotherapeutische Sprechstunden sind ebenfalls möglich. Und wie bisher auch können Patientinnen und Patienten jederzeit einen neuen Antrag bei ihrer Krankenkasse stellen. Innerhalb von zwei Jahren nach Ende der letzten Therapie ist zwar ein Gutachterverfahren vorgesehen, Stunden der Rezidivprophylaxe können aber genutzt werden, um diesen Zeitraum zu überbrücken.

**Spielen die neuen Leistungen eine Rolle bei der Überarbeitung der Bedarfsplanung?**

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie kann keine neuen Behandlungskapazitäten schaffen, so viel ist klar. Ihr Fokus lag entsprechend dem gesetzlichen Auftrag auf einem schnelleren und unbürokratischen Zugang neuer Patientinnen und Patienten mit Behandlungsbedarf zur psychotherapeutischen Versorgung. Bei bereits voll ausgelasteten Praxen wird das Angebot der neuen Versorgungsoptionen zu einer Umschichtung zulasten der Richtlinien-therapie führen. Das ist gar nicht anders möglich. Bei der anstehenden Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie müssen wir diese Effekte auf jeden Fall im Blick behalten. Hinsichtlich der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung wurde Anfang 2017 durch den G-BA ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, das die gesamte bisherige Systematik kritisch hinterfragen und Vorschläge zur Weiterentwicklung erarbeiten soll. Dabei soll sowohl die Frage nach dem Versorgungsbedarf als auch die regionale Verteilung der Psychotherapeuten berücksichtigt werden.

**Akutbehandlung sowie Richtlinien-therapie bedeuten die Belegung wöchentlicher Termine über längere Zeit. Wie soll bei unveränderten Behandlungskapazitäten die Vermittlung dieses Behandlungsbedarfs, der über ein Erstgespräch hinausgeht, über die TSS funktionieren?**

Nach der Vorgabe des Gesetzgebers sollen Erstgespräche und die sich daraus ergebenden dringenden Behandlungstermine – das sind nach dem derzeitigen Verhandlungsergebnis Akutbehandlungstermine – ohne Überweisungsvorbehalt durch die TSS vermittelt werden. Die

**„Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie kann keine neuen Behandlungskapazitäten schaffen“**

KVen müssen dafür sorgen, dass ausreichende Kapazitäten für die Akutbehandlung und die Psychotherapeutischen Sprechstunden gemeldet werden. Wie, hat der Bundesmantelvertrag nicht vorgegeben; dies kann jede KV für sich entscheiden. Vorstellbar wäre etwa, dass Therapeutinnen und Therapeuten Termine von ausfallenden Therapiesitzungen melden und so kurzfristig frei werdende Kapazitäten für Psychotherapeutische Sprechstunden nutzen können. Bei der Meldung von Terminen für die Akutbehandlung werden die Therapeutinnen und Therapeuten nicht umhinkommen, etwaige Folgetermine zu berücksichtigen. Wir sehen hierin auch ein Problem, die gesetzliche Vorgabe hat uns hier aber keinen Spielraum gelassen. Die Regelung birgt aber auch Chancen: Therapeutinnen und Therapeuten, die noch freie Behandlungskapazitäten haben, können über die TSS ohne eigenen Vermittlungsaufwand die Auslastung ihrer Praxen steigern. Neu zugelassene Therapeutinnen und Therapeuten oder solche in gut versorgten Regionen könnten so vom Vermittlungsangebot profitieren.



Foto: Privat

**Staatssekretär  
Karl-Josef Laumann (CDU)**

ist Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung.

## POSITIONEN

# „Der Patient muss wieder in den Mittelpunkt rücken“

Die zeitnahe und bedürfnisgerechte Versorgung muss endlich auch in der Psychotherapie Realität werden.  
Ein Kommentar zur Reform der ambulanten Psychotherapie

Von **Staatssekretär Karl-Josef Laumann**, Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

Als ich zu Beginn der Legislaturperiode das Amt des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten übernommen habe, war der Handlungsbedarf im Bereich der ambulanten Psychotherapie bereits unübersehbar. Alle wussten, dass psychische Erkrankungen nicht nur häufig sind, sondern auch oft nicht rechtzeitig oder nicht leitliniengerecht behandelt werden. Eine Reihe von Studien und nicht zuletzt auch die durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage sprachen und sprechen hier immer noch eine klare Sprache.

Eines der Kernprobleme im Bereich der ambulanten Psychotherapie waren dabei die Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Man muss sich das einmal vorstellen: In einem Gesundheitssystem, das Leistungen von höchster Qualität bereitstellen kann, und in einer Gesellschaft, in der ein breiter Konsens darüber herrscht, dass nicht nur somatische, sondern auch psychische Erkrankungen einer professionellen Behandlung bedürfen und durch diese Behandlung in der Regel auch einer Heilung oder zumindest Besserung zugänglich sind, wurde es Patienten zugemutet, monatelang auf eine Behandlung zu warten.

Ich war deshalb sehr froh, dass die psychotherapeutische Versorgung und insbesondere die Wartezeiten auf einen Therapieplatz gleich zu Beginn der Legislaturperiode aufgegriffen und zum Gegenstand des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD gemacht wor-

den. Ich war deshalb sehr froh, dass die psychotherapeutische Versorgung und insbesondere die Wartezeiten auf einen Therapieplatz gleich zu Beginn der Legislaturperiode aufgegriffen und zum Gegenstand des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD gemacht wor-

den sind. Und den Worten sind auch Taten gefolgt: Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, seine Psychotherapie-Richtlinie nach klaren Vorgaben zu überarbeiten.

Der G-BA ist dieser Pflicht nachgekommen und hat unter anderem Regelungen zur telefonischen Erreichbarkeit und den im Gesetz bereits vorgegebenen Psychotherapeutischen Sprechstunden getroffen. Ich greife diese Regelungen hier besonders heraus, weil ihnen für die Patienten eine besondere Bedeutung zukommt. Denn mit ihnen wird der bislang oft zu schwierige Zugang zur Versorgung, der den entscheidenden ersten Schritt im Behandlungsprozess darstellt, erheblich vereinfacht.

Aus den von Patienten an mich herangetragenen Anliegen weiß ich, wie belastend und zum Teil sogar entwürdigend die Suche nach einem freien Therapieplatz zuletzt oft war. So sahen sich Patienten häufig gezwungen, lange Listen psychotherapeutischer Praxen abzutelefonieren. Immer wieder konnten sie dabei nur auf einen Anrufbeantworter sprechen. Rückrufe der Psychotherapeuten erfolgten dann zum Teil mit Absagen oder dem Hinweis auf Wartelisten, zum Teil aber auch gar nicht. Für Patienten war das oft kaum und teilweise auch gar nicht zu bewältigen.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde soll nun für Patienten eine zeitnahe Abklärung ermöglichen, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen notwendig sind. Die zwingend vorgesehene telefonische persönliche Erreichbarkeit der Praxen und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinfachen den Zugang zu dieser Sprechstunde für die Patienten ganz erheblich und können ihn für Patienten, die den bisherigen Zugangshürden nicht gewachsen waren, sogar erstmalig eröffnen.

Das ist nicht zuletzt auch deshalb wichtig, weil Patienten oftmals über die

## **„Die teils monatelangen Wartezeiten auf einen Therapieplatz waren eins der Kernprobleme im Bereich der ambulanten Psychotherapie.“**

### **Ich weiß, wie belastend und zum Teil entwürdigend die Suche nach einem freien Therapieplatz oft war“**

bereits jetzt bestehenden vielfältigen Versorgungsmöglichkeiten und auch über Ansprechpartner für eine ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu wenig informiert sind. Die Sprechstunden bieten hier die Möglichkeit, entsprechende Informationen zu vermitteln und passende Versorgungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Ich appelliere deshalb an alle Beteiligten, diese Möglichkeiten mit Leben zu füllen. Ich bin mir darüber bewusst, dass das in vielen Fällen eine Umstellung der Praxisorganisation erfordert. Aber ich bin mir auch sicher, dass sich der Aufwand lohnt, weil wir auf diesem Weg einen niedrigschwelligen, breiten und gerechten Zugang zur Versorgung erreichen können. Und genau das ist es, was Patienten mit psychischen Erkrankungen am dringendsten benötigen.

Im Übrigen bedeuten die Sprechstunden nicht nur einen zusätzlichen Aufwand, sondern werden letztlich auch ein Stück Entlastung mit sich bringen. Denn bislang fragen Patienten auf der Suche nach einem Therapieplatz oft eine Vielzahl möglicher Psychotherapeuten an. Mit dem kurzfristigen Zugang zu einer Sprech-

stunde werden sich viele dieser Anfragen künftig erübrigen – und damit auch die Sorge vieler Psychotherapeuten, in notwendigen Fällen keine Versorgung anbieten zu können.

Klar ist aber auch: Der Zugang zur Versorgung ist im Hinblick auf ihre Qualität zwar ein wichtiger Aspekt, aber nicht der einzige. Daher ist der G-BA auch gefordert, zügig die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ebenfalls angemahnte Überprüfung der Bedarfsplanung vorzunehmen. Denn die Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung ist nur der erste Schritt. Sichergestellt sein muss darüber hinaus auch, dass ausreichend Kapazitäten für die notwendige Versorgung selbst vorhanden sind.

Und nicht zuletzt muss auch das Therapieangebot an den Bedürfnissen der Patienten orientiert werden. In der Psychotherapie-Richtlinie hat der G-BA erste Weichenstellungen hin zu einer Flexibilisierung des Therapieangebots vorgenommen. Diesen Weg gilt es weiter zu beschreiten.

Patienten erwarten bei psychischen ebenso wie bei somatischen Erkrankungen vom Gesundheitssystem eine Versorgung, in der alle Beteiligten professionell, sektorenübergreifend und transparent zum Wohle des Patienten zusammenarbeiten. Dass das möglich ist, zeigt bereits eine Vielzahl lokaler Lösungen. Sie gilt es in die Fläche zu tragen.

Das heißt aber auch, dass wir den Patienten und seine Bedürfnisse wieder in den Mittelpunkt rücken müssen. Allzu oft erlebe ich als Patientenbeauftragter, dass Prozesse im Gesundheitswesen nicht in Gang kommen, weil Leistungserbringer und Kostenträger bei dem Versuch, für sich das bestmögliche Verhandlungsergebnis zu erzielen, die Patienten völlig aus dem Blick verlieren. Das muss ein Ende haben. Die Versicherten und Patienten finanzieren das Gesundheitssystem mit ihren Beiträgen. Sie verdienen es, dass sie dafür die bestmögliche Versorgung erhalten.

# Wie konnte das nur passieren?

## Ein kritischer Kommentar zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

Der Gesetzgeber hatte im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Richtung für die erste große Reform der Psychotherapie-Richtlinie bestimmt und „Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von Psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapie und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ in Auftrag gegeben. Man durfte daher nur Gutes für die Psychotherapie erwarten. Betrachtet man demgegenüber, was jetzt als Ergebnis des Abstimmungsprozesses im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorliegt, so fragt man sich betroffen: Wie konnte das nur passieren?

Sicher, es gibt ein paar Verbesserungen: Die Einführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde war notwendig und gewollt. Aber schon bei der Akutbehandlung kann man sich fragen, ob eine angemessene Vergütung der Gesprächsleistungen in den Fachkapiteln 22 und 23 nicht gereicht hätte, um ohne zusätzliche bürokratische Regelungen ein flexibles Angebot unterhalb der Schwelle der Richtlinienpsychotherapie anzubieten.

Die Erleichterungen beim Gutachterverfahren und bei Gruppentherapien sind ebenfalls zu begrüßen. Aber können die Verbesserungen den Schaden aufwiegen, den die Psychotherapie erstmalig seit dem 50-jährigen Bestehen der Richtlinie erlitten hat? Die Probatorik wurde von fünf beziehungsweise acht Sitzungen auf vier gekürzt, die KZT wurde von 25 auf 24 Sitzungen beschnitten und zusätzlich noch in der Mitte zerteilt, ein wahrhaft unsinniger und die Therapien belastender Akt. Und schließ-

lich wurde zum Therapieende eine bürokratische Regelung eingeführt, mit der ein bisher ohnehin schon frei nach den jeweiligen Behandlungsnotwendigkeiten gestaltetes letztes Segment am Ende der Therapie herausgeschnitten und zur Rezidivprophylaxe umetikettiert wurde.

Auf der Suche nach möglichen Motiven der Krankenkassen für diese Beschneidungen, die mithilfe der Androhung von noch weiter reichenden Verschlechterungen durchgedrückt wurden, lohnt sich ein Blick zurück: Die Kassen hatten noch vor Eröffnung des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und vor Veröffentlichung der KBV-Studie zur Versorgung anhand von Versorgungsdaten ein eigenes Positionspapier zu einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie veröffentlicht. Dieses sah eine noch massivere Beschneidung der KZT auf insgesamt 22 Sitzungen (12 + 10) vor. Damit nicht genug, verlangten die Kassenvertreter eine sechswöchige obligatorische Wartezeit für Patienten und Therapeuten zwischen den zwei KZT-Bruchstücken. Will man nicht annehmen, dass die Krankenkassen vorsätzlich Psychotherapiepatienten sechs Wochen ihrem Leid überlassen wollten, müssen andere Vorstellungen handlungsleitend gewesen sein.

Nun behandeln wir im gesamten Psychotherapiebereich nicht Krankheiten, sondern Störungen von Krankheitswert. Die Krankheitsbilder sind weniger umrissen und weisen daher eine höhere Varianz an Behandlungsdauern auf. Zudem sind die Patienten fast regelhaft mit komorbiden Störungen, lebensgeschichtlichen Traumatisierungen und psychosozialen Akutbelastungen beschwert und weisen individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Verarbeitungsweisen auf, sodass man es mit

höchst individuellen Behandlungsverläufen zu tun hat. Diese erlauben erst recht keine allgemeingültigen Vorhersagen hinsichtlich eines typischen Ablaufs der Behandlungsprozesse.

Angesichts dieser nicht mit einfachen Kategorien abbildbaren Varianz scheinen sich die Krankenkassenfunktionäre von dem Verdacht haben leiten lassen, dass bei Psychotherapiepatienten meist eine mangelnde Behandlungsbedürftigkeit vorliegt beziehungsweise dass Psychotherapeuten bevorzugt Patienten mit geringer medizinischer Dringlichkeit in Therapie nehmen und in großem Maßstab die Behandlungen über die zwölfte Sitzung hinaus unsachgemäß ausdehnen. Die geplante Hürde sollte offensichtlich Therapeut und Patient von einer Fortsetzung der begonnenen Therapie über die zwölfte Sitzung hinaus abbringen.

Psychische Störungen wurden offenbar als gleichförmig verlaufend und als nicht so gravierend angesehen, sodass man deren Behandlung – anders als bei somatischen Krankheiten – ruhig mal routinemäßig unterbrechen könnte. Und wenn die Psychotherapeuten meinten, mehr als zwölf Sitzungen behandeln zu müssen, hätten sie das Gutachterverfahren schon vor der zwölften Sitzung einleiten sollen („Bypass“). Natürlich fallen solche krassen Fehleinschätzungen nicht einfach vom Himmel. Oft genug wurden von einigen Universitätsvertretern der Psychologie und Psychiatrie mit unzureichender Erfahrung in ambulanter Behandlungspraxis Botschaften eingeflüstert, dass die meisten Erkrankungen mit RCT-geprüften Kurztherapien von 12 bis 16 Stunden ausreichend zu behandeln seien.

Nun gab es aber im letzten Jahrzehnt etliche Versorgungsstudien, die diesen Irr-

Illustration: Lesprenger

glauben widerlegt hatten und nachweisen konnten, dass Psychotherapeuten Patienten mit durchschnittlich hohen psychischen und somatischen Krankheitslasten behandeln, dabei Therapielängen adäquat individuell variieren, häufig auch kürzere Therapien durchführen und die Behandlungen von der überwiegenden Anzahl der Patienten als hilfreich erlebt werden. Da diese guten Nachrichten bei den Krankenkassenfunktionären keinerlei Auswirkungen hinsichtlich der geschilderten Grundannahmen und der daraus abgeleiteten Zielsetzungen gezeigt haben, drängt sich der Verdacht auf, dass an eingefahrenen Einstellungen festgehalten werden sollte und die von Psychotherapeuten als notwendig erachteten, medizinisch indizierten Behandlungsdauern aus fachfremden Spargründen gekappt werden sollten.

Es war wohl ein Fehler, das geschilderte ungeeignete Modell der **Krankenkassen** als Ausgangsposition der Verhandlungen nicht gleich zu Anfang entschieden und geschlossen zurückzuweisen, zumal es allem Fachwissen und dem Gesetzesauftrag zuwiderlief. So konnte mit unhaltbaren Positionen eine Drohkulisse aufrechterhalten werden, mit deren Hilfe man sich Schritt für Schritt eigene sinnvolle Reformvorschläge abverhandeln lassen musste. Zudem zeigte sich, wie hochproblematisch es ist, wenn medizinisch-psychotherapeutische Laien eine derartige Entscheidungsmacht über die Ausgestaltung von Kernbereichen eines Faches erlangen. Erst einmal in die Defensive gedrängt, konnte so etliches vom Reformauftrag des Gesetzgebers versenkt oder sogar ins Gegenteil verkehrt werden.

Mit den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 29. März 2017 wurde den verbliebenen Reformansätzen ein weiterer entscheidender Stoß versetzt: Zusätzliche Telefonbereitschaft, Sprechstunden mit höherem Ausfallsrisiko und strukturellem und personellem Neuaufwand sowie die Akutbehandlungen werden nun noch geringer vergütet als die bereits nicht angemessen vergütete Richtlinienpsychotherapie. Damit wurden wirkungsvoll die übrig gebliebenen Verbesserungspotenziale für die Versorgung minimiert.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Psychotherapie beschädigt, aber noch nicht im Kern getroffen wurde. Die



**Zwangspause?** Psychische Störungen wurden offenbar als gleichförmig verlaufend und als nicht so gravierend angesehen, sodass man deren Behandlung – anders als bei somatischen Krankheiten – ruhig mal routinemäßig unterbrechen könnte

## Es war ein Fehler, das ungeeignete Reformmodell der Krankenkassen als Ausgangsposition der Verhandlungen nicht von Anfang an entschieden und geschlossen zurückzuweisen

fatalen Verhandlungserfolge der Krankenkassenfunktionäre könnten diese jedoch ermuntern, noch tiefer in die Kernabläufe des Faches von außen einzugreifen. Dies ist die vielleicht gefährlichste Auswirkung dieses traurigen Pokerspiels um die Reform: den Widerstand der Fachleute erfolgreich unterlaufen zu können.

Der nächste Hebel dazu liegt schon bereit: Nur weil das BMG den bereits beschlossenen Dokumentationsbogen als rechtswidrig beanstandet hatte, weil er „eine für die genannten Zwecke nicht erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung per-

sonenbezogener Daten“ vorsah, blieb uns diese geplante „Qualitätssicherung“ erspart. Vom Tisch ist dieser Punkt allerdings nicht. QS kann tatsächlichen Nutzen für Patienten generieren. Unbrauchbare oder schädliche Regulierungen unter dem Label QS können das Vertrauen der Patienten aber auch belasten und die Entfaltung der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses erheblich beeinträchtigen. Hier kommt alles darauf an, rechtzeitig fachlich ungeeignete und schädliche Modelle von vornherein abzublocken. Notfalls auch mit der Verweigerung, auf einer solchen Basis weiterzuverhandeln.



Foto: Privat

### Norbert Bowe

ist niedergelassener Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie in Kirchzarten. Neben seiner Tätigkeit als kooperiertes

Vorstandsmitglied des bvvp gehört er als kooptiertes Mitglied dem Vorstand des Verbandes der Vertragspsychotherapeuten Südbaden an.



**Selber machen?**  
Wollen wir wirklich abends nach dem letzten Patienten oder in unserer Mittagspause alle Telefonanfragen des Tages beantworten?

Illustration: Lesprenger

## Call Me Maybe

### Wiegt der Nutzen einer Bürokräft die finanzielle Bürde für den Psychotherapeuten auf?

Von **Ariadne Sartorius**

— **Spätestens** mit der verpflichtenden telefonischen Erreichbarkeit stellen viele Kolleginnen und Kollegen sich die Frage, ob eine Bürohilfe angestellt werden sollte. Und ja, es gibt viele Überlegungen, die eindeutig dagegensprechen:

- „Ich habe das doch immer selbst gemacht und eigentlich auch ganz gut nebenbei hinbekommen.“
- „Die Aufgaben sind so komplex, bis ich die alle erläutert habe, kostet mich das Ewigkeiten ...“
- „Wie werden meine Patienten darauf reagieren, wenn plötzlich eine fremde Person der erste Ansprechpartner bei Kontaktwünschen ist?“

Daneben gibt es Kolleginnen und Kollegen, die dem Erstkontakt eine besondere Bedeutung beimessen und diesen selbst mit den Patienten gestalten möchten. Dies ist bei der Beschäftigung einer Bürokräft vermutlich nur schwerer möglich. Auch gilt zu bedenken, ob man eine Mehrauslastung der Praxis anstrebt, die die Entlastung durch eine Bürohilfe möglich machen würde. Vielleicht kann man sich zusätzliche therapeutische Arbeit ja gar nicht vorstellen? Viele Praxen verfügen zudem über keinen gesonderten Büroraum, was aber

kein Ausschlusskriterium sein muss: So besteht die Möglichkeit, außerhalb der Behandlungszeit eine Bürohilfe im eigenen Arbeitsraum zu beschäftigen.

Kommen wir nun zu den Aspekten, die für die Beschäftigung einer Bürokräft sprechen:

- Wollen wir wirklich abends nach dem letzten Patienten oder in unserer Mittagspause alle Telefonanfragen des Tages beantworten?
- Wollen wir in den Zehn-Minuten-Pausen zwischen den Sitzungen Termine vereinbaren und abgesagte Stunden neu belegen?
- Wollen wir unsere Wochenenden wirklich mit Büroarbeit verbringen?

Für unsere Patienten ist es ein Gewinn, wenn jemand zu festen Zeiten, die auch längere Zeitfenster beinhalten, als der Praxisinhaber sie selbst anbieten kann, Anrufe entgegennimmt und ihnen damit die Kontaktaufnahme vereinfacht. Dies könnte auch die Arbeitsbeziehung zum Patienten positiv beeinflussen.

Wer sich entschließt, eine Bürohilfe anzustellen, steht schnell vor der Frage, welche Aufgaben überhaupt delegierbar sind und welchen Stundenumfang man für diese Aufgaben ansetzen müsste. Diese Tätigkeiten könnten auf Minijob-Basis oder in sozialver-

sicherungspflichtiger Festanstellung erfolgen. Arbeitskräfte findet man über Anzeigen in der lokalen Zeitung oder bei der Jobbörse der Bundesagentur für Arbeit. Dort kann man die Profile von Arbeitssuchenden ansehen und diese direkt kontaktieren. Oder man gibt selbst eine Stellenanzeige auf. In vielen Regionen ist der Stellenmarkt für Arzthelferinnen und Fachkräfte aus dem Bürobereich sehr gut, sodass es ratsam sein kann, in der Stellenausschreibung lediglich die Praxis und die Aufgaben zu beschreiben und auf die geforderten Kernkompetenzen wie Freundlichkeit, Freude am Umgang mit Menschen und Organisationsfähigkeit zu verweisen, da es gegebenenfalls schwer ist, Fachpersonal zu finden, das bereits konkret in Praxen gearbeitet hat.

Ist der Arbeitnehmer gefunden, gilt es einen Arbeitsvertrag aufzusetzen und gemeinsam abzustimmen. Ein Steuerberater kann einen Mustertext zur Verfügung stellen, eine Recherche im Internet ist ebenfalls hilfreich. Hier einige Punkte, die in einem Arbeitsvertrag geregelt werden:

- Beginn des Arbeitsverhältnisses / Tätigkeit / Ort / Vorbehalte
- Befristung des Arbeitsverhältnisses / Probezeit / Kündigung

- Arbeitszeit
- Vergütung / Stundenlohn
- Abtretungen / Verpfändungen / Pfändungen
- Urlaubsanspruch
- Umgang bei Arbeitsverhinderung
- Verschwiegenheitspflicht
- Betriebliche und tarifliche Regelungen / Öffnungsklausel bei Festanstellung, falls zunächst mit einer Beschäftigung im Minijob-Verhältnis begonnen wird
- Kündigungsfrist
- Gerichtsstand
- Nebenabreden / Schriftform / Salvatorische Klausel
- Arbeitsplatzbeschreibung als Anlage

Um eine reibungslose Einarbeitung zu gewährleisten, empfiehlt sich die Erstellung einer Infomappe mit Formularen, Musteraktenanlagen, einem Adressverzeichnis und einem Abkürzungsverzeichnis, damit die neue Mitarbeiterin zum Beispiel versteht, wer „die KV“ ist. Der Arbeitsplatz muss zudem eingerichtet werden (zusätzlicher Schreibtisch samt Laptop, Headset zum Telefonieren ...). Außerdem empfiehlt sich die Anschaffung einer Organisationsmappe, in die anstehende Aufgaben nach Dringlichkeit einsortiert werden. Auch sollten Aufgabenzettel vorhanden sein, die bei der Delegation von Aufgaben einfach auszufüllen sind – am besten mit Angabe der Dringlichkeit, damit die Bürohilfe es leichter hat, ihre Aufgaben zu strukturieren.

Die Einarbeitung in das komplexe Aufgabenfeld sollte schrittweise so erfolgen, dass die Aufgaben vorab strukturiert werden – nach leicht zu erlernenden Aufgaben und Aufgaben, für die Hintergrundwissen und Erfahrungen notwendig sind. Am besten halten Sie die Aufgaben schriftlich fest, da sich die Fülle von Informationen nur schrittweise merken lässt. So kann die Mitarbeiterin noch einmal alles nachlesen und zu erledigende Aufgaben können priorisiert werden. Diese könnten beinhalten:

- Datenpflege, Erfassung von Patientendaten, Einlesen der Chipkarten
- Leistungserfassung im Abrechnungsprogramm
- Erstellung von Kopiervorlagen und Kopien zu Aktenanlagen
- Anlage von Akten
- Vorbereitung von Unterlagen zu Therapiesitzungen
- Therapieende der Krankenkasse melden und Archivierung von Akten
- Bedienung des Telefons (Begrüßung, Anfragen, Absagen, Umgang mit freien

## Durch die Entlastung in der Büroarbeit kann die Praxisauslastung erhöht werden – bei gleicher Arbeitszeit wie zuvor

Plätzen, Warteliste, Sprechstundenpatienten, Anfragen über die Terminservicestellen)

- Terminvereinbarungen (Welche Arten von Terminen gibt es? Wann sollen welche Termine gemacht werden?)
- Anfragen von Kassen, Institutionen und ggf. Kollegen stellen oder beantworten
- Sortieren und Archivieren von Belegen
- Erstellung von Rechnungen (wie, wann, an wen, wie ablegen, Zahlungseingang)
- Auswertung von Fragebögen
- Vorbereitung von Antrags- und Dokumentationsformularen, Überweisungen, AU, Atteste
- Arbeitsplatz und Räumlichkeiten in Ordnung halten (Drucker und Faxer mit Papier und Tinte auffüllen, Datenmüll schreddern, alte Prospekte oder Kalender entsorgen)
- Sichtung und Bestellung des Büromaterials und Testmaterials
- Einsortieren und Ablegen fortlaufender Nachschlagewerke, z. B. Handbuch Psychotherapie, Steuertipps, ICD etc.
- Aktualisieren von Auslagen (Zeitschriften, Broschüren, Informationsmaterialien, Blumenschmuck, Getränke)
- Sichtung und Einkauf der Putz- und Hygieneartikel
- Erstellung von Datensicherungen
- Führen und Aktualisieren eines QM-Ordners, Identifizierung und Darstellung von Kernprozessen
- Führen und Aktualisieren von Checklisten
- Überprüfen von Erste-Hilfe-Ausrüstung, Ausrüstung der Praxis (Feuermelder, Feuerlöscher)
- Teilnahme an regelmäßigen Praxisbesprechungen mit dem Praxisinhaber
- mal einen Kaffee trinken, am besten zusammen

Da mit einer Praxishilfe Stundenabsagen schneller nachbesetzt werden können, reduzieren sich unerwünschte Freistunden. Bei

kurzfristigen Absagen ist es oft möglich, dass Patienten einbestellt werden können, die (zusätzliche) Stunden erbeten haben. Zudem kann durch die Entlastung in der Büroarbeit die Praxisauslastung erhöht werden – bei gleicher Arbeitszeit wie zuvor.

Zwar kostet eine Bürokraft mit allen weiteren Kosten (Sozialversicherungsbeiträge müssen auch bei Minijobbern in geringem Umfang bezahlt werden) zusätzlich zu den 450 Euro Lohn (was bei zwölf Euro Stundenlohn circa 8,5 Stunden wöchentliche Entlastung bedeuten würde) noch weitere circa 150 Euro – also insgesamt circa 600 Euro. Bei einer festangestellten Mitarbeiterin in Vollzeit belaufen sich die Personalkosten bei einem Bruttogehalt von 2.200 Euro mit den weiteren Lohnkosten auf circa 2.750 Euro. Diese Kosten sind aber durch die Erhöhung der Patientenkontaktstunden nicht nur refinanziert, sondern auch finanziell ein Gewinn für die Praxis und steuerlich absetzbar.

Als „selbst Betroffene“ macht die Autorin seit einigen Monaten positive Erfahrungen mit der Beschäftigung einer Bürokraft. Innerhalb weniger Monate wurde aus einem Minijob eine Festanstellung in Teilzeit. Die Entlastung wirkt sich auf die eigene Zufriedenheit im Praxisalltag aus, da diverse Tätigkeiten nun nicht mehr selbst durchgeführt werden müssen, die eine Bürokraft effizienter machen kann. Zudem gibt es sehr positive Rückmeldungen der Patienten zu der hervorragenden Erreichbarkeit und den schnellen, freundlichen Rückrufen der Mitarbeiterin. „Inzwischen frage ich mich, warum ich zehn Jahre für die Entscheidung gebraucht habe.“

Musterstellenausschreibungen und Musterarbeitsverträge für Minijobber und Festangestellte finden [bvvp-Mitglieder](#) in den internen Seiten des Bundesverbandes. Weitere Infos zu Minijobs finden Sie unter: [bit.ly/minijobfaq](http://bit.ly/minijobfaq)

Foto: Privat



### Ariadne Sartorius

arbeitet als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Frankfurt am Main und engagiert sich als Beisitzerin im

bvvp-Bundesvorstand und im bvvp-Hessenvorstand sowie in Ausschüssen der Psychotherapeutenkammer Hessen und der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie ist zudem in der Ausbildung tätig.

# Psychohygiene auf Skiern

Es begann sonnig. Doch dann überraschte ein Schneesturm die Teilnehmer der bvvp-Skiausfahrt auf dem Galm

Von **Gesine Pfeifer-Gühring**, Stuttgart, und **Isabell Stichel-Hofknecht**, München



Auszeit vom Arbeitsalltag: Bei der Skiausfahrt auf dem Galm waren Richtlinienreform und Gebührenordnung ganz weit weg. Zumindest bis zum Abend

**Ein Morgen ohne Frühstück?** Undenkbar! Normalerweise ist die nächste Bäckerei ja nur einen Steinwurf entfernt. Was aber, wenn sich der Frühstückssaal auf 1.900 Metern über dem Meeresspiegel befindet? Und wenn es in der Nacht heftig geschneit hat?

Unser erster Eindruck vom Berghof Galm war aber ein sonniger. Ein strahlend blauer Morgen erwartete uns nach dem ersten Aufwachen, der wolkenlose Himmel bot freie Sicht auf die Gipfel des Rätikon-Gebirges. Was für ein Ausblick! Als wir am Abend zuvor in unserer Unterkunft angekommen waren, lag die Schneelandschaft schon im Dunkeln. Schlecht war das nicht: So blieb uns Zeit für ein erstes Hallo. Bei 47 Verbandsmitgliedern aus verschiedenen Landesverbänden, die mit Familienangehörigen und Freunden angereist waren, kannte sich natürlich nicht jeder persönlich. Noch nicht.

Aber so sehr man auch neugierig aufeinander war – an diesem schönen 3. Januar drängte es alle auf die Piste. Während die Kleinsten in der örtlichen Skischule betreut wurden, genossen die Ski- und Snowboardfahrer die Abfahrten von den Pisten am Galm und am Hüttenkopf. Was freilich nicht fehlen durfte: der Einkehrschwung im Haus Matschwitz. Dort stießen wir auch auf einige Neuzugänger: Unser Winterwanderer Ger-

hard Witzstrock hatte es sich bereits in der Schutzhütte bequem gemacht, später trudelten Helga und Klaus Schmidt aus Malmberg ein.

Der Abend endete gemütlich – mit Activity, Mensch ärgere dich nicht! und Doppelkopf. Apropos nicht ärgern: Natürlich waren auch die bevorstehenden Gesetzesänderungen rund um die Richtlinienreform Thema. Noch spannender war es aber zu erfahren, wie die Kolleginnen und Kollegen in den anderen Bundesländern mit ihren KVen zusammenarbeiten.

Wir hatten gut daran getan, den sonnigen Tag zu nutzen. Am nächsten begann es nämlich zu schneien. Erst ein wenig, dann immer heftiger. Auch unsere Hüttenstopps nahmen angesichts des Wetters zu. Wie abhängig wir von der Gondel waren, sollten wir am Morgen darauf erfahren – unserem letzten vollen Tag vor der Abreise. Wegen eines Schneesturms blieben alle Anlagen bis mittags ausgeschaltet. Brötchen gab es erst, als sich das Schneemobil durchgekämpft hatte. Aus der Not machten wir eine Tugend: Bei einem ausgedehnten Frühstück wurden interessante Artikel geteilt, Fälle besprochen und schon einmal Adressen ausgetauscht. Aber dann hatte der Wettergott doch noch ein Einsehen: Wir

konnten zurück auf die Piste und wurden für unser Warten mit einer tiefverschneiten Winterlandschaft belohnt. Dann begann das Abenteuer: Wer sich auf dem Snowboard probieren wollte, fand bei Matthias Fünf-geld und Moritz Nassar Hilfe. Die beiden bvvp-Mitglieder hatten spontan einen Crashkurs für Anfänger aus dem Boden gestampft.

Den letzten Abend ließen wir traditionell musikalisch ausklingen – und so mancher Teilnehmer unserer Skiausfahrt verspürte tatsächlich etwas Wehmut angesichts der nahen Abreise. Die leckeren Cocktails im Zelt mögen daran nicht ganz unschuldig gewesen sein. Hilfreich waren sie auf jeden Fall, um ein Ärgernis zu verdauen: den bisher einmaligen Diebstahl von neuen Leihskiern, Handschuhen und Skischuhwärmern!

Sei's drum, das Fazit bleibt positiv: Zwar weist die Unterkunft im Berghof einige Mängel auf, bleibt aber aufgrund der tollen Lage, der günstigen Halbpension-Preise und des örtlichen Skiverleihs für Gruppen und Familien sehr empfehlenswert. Ein besonderer Pluspunkt: Nach Abreise der Tagesgäste haben wir die Aufenthaltsräume für uns. Wir freuen uns auf ein Wiedersehen im nächsten Winter!



# Trenkles Best-of

## Ein Urgestein der Hypnotherapie berichtet

Von **Peter Stimpfle**

\_\_\_ **Wenn große Musiker** Best-of-Alben herausbringen dürfen, warum nicht auch Psychotherapeuten? Bei Bernhard Trenkles neuem Buch zur strategischen Hypnotherapie handelt es sich um genau das: Der Autor fasst seine wichtigsten Erkenntnisse aus 35 Jahren Berufserfahrung zusammen. Bernhard Trenkle vertritt als Ansatz eine strategisch ausgerichtete Hypnotherapie – die Form von Hypnotherapie, die er am meisten geprägt und ausgearbeitet hat und die aus der Kombination von strategischen Vorgehensweisen (wie etwa aus der Ordeal-Therapie) mit hypnotischen Techniken besteht.

„3 Bonbons für 5 Jungs“ startet nun mit jener merkwürdigen Geschichte, die dem Buch seinen Titel gegeben hat. Was genau dahintersteckt, soll an dieser Stelle nicht spoilert werden (wie man heute sagt). Verraten sei nur, dass es um eine interessante, einfache und sehr wirksame strategische Intervention für ein scheinbar kompliziertes Problem geht. Metaphern werden dabei genutzt, um das unbewusste Lösungspotenzial des Klienten zu aktivieren, anstatt Lösungen einfach vorzugeben. (Zumal solche vorgegebenen Lösungen meist nicht umgesetzt werden, worauf wir Therapeuten allzu gern frustriert mit Wut und Aggression reagieren.)

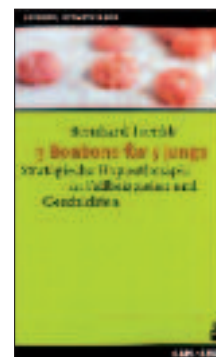
Nach der „Bonbongeschichte“ ist ein gemeinsamer Artikel von Trenkle und Gunther Schmidt zur Ericksonschen Hypnotherapie abgedruckt. Der stammt zwar aus dem Jahr 1983, ist aber nach wie vor zeitlos aktuell. Ein Jahr später wurde der nächste Beitrag im Buch veröffentlicht – anlässlich des ersten deutschsprachigen Hypnosekongresses über Erickson

### **35 Jahre Berufserfahrung auf 298 Seiten – und gerade auch für Neueinsteiger prima geeignet**

in München. Hieran schließen sich diverse Artikel über berufliche Erfahrungen an, die Trenkle im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit an der Stimm- und Sprachabteilung des Universitätsklinikums Heidelberg sammeln konnte. Es folgen Berichte, die hilfreiche Erfahrungen aus der Rehabilitation mit Hypnose nach Schlaganfällen oder bei Hirnoperationen wiedergeben. Trenkles Bandbreite reicht dabei bis hin zu sportpsychologischen Forschungen und zu der Nutzung von Hypnose zum Mentaltraining im Hochleistungsbereich. Besonderen Stellenwert misst der Autor der Arbeit mit realen sensorischen Erinnerungen zu. Damit leitet er den Übergang zu Arbeiten im Bereich zahnmedizinischer und medizinischer Hypnose ein, wo Trenkle sehr viel Erfahrung sammeln konnte. Zur Abrundung des Themenkomplexes folgt ein Artikel über Humor, Hoffnung und Hypnose sowie eine Reflexion über die überraschenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Milton Erickson und Carl Rogers.

„3 Bonbons für 5 Jungs“ ist keine Monografie, deren Kapitel aufeinander aufbauen und nacheinander durchgearbeitet werden

müssen, um sie zu verstehen. Ganz im Gegenteil: Je nach aktuellem Bedarf kann sich der Leser das Thema herausgreifen, das am besten dazu geeignet ist, seine aktuelle Fragestellung zu beantworten. Mit dem Buch lässt uns ein praktisch sehr erfahrener Kollege tief in seine reflektierte und umfangreiche Lebens- und Berufserfahrung blicken, die uns nicht nur ein Fundus von bereichernden Ideen für das therapeutische Vorgehen sein kann, sondern auch hilfreich für das Leben allgemein. Besonderes Augenmerk gehört meines Erachtens darauf gelegt, wie uns Trenkle lehrt, mit therapeutischer Begrenztheit und Endlichkeit umzugehen. Als Psychotherapeuten sollten wir einerseits versuchen, unser Tun möglichst optimal (jedoch nicht perfekt) zu gestalten, uns andererseits aber im Klaren darüber sein, dass Leben und Welt komplexer sind, als sie sich in den Köpfen der Psychotherapeuten (vereinfachend) widerspiegeln. Gleichzeitig dürfen wir nicht vergessen, dass es noch viele weitere mächtige Einflussfaktoren und Kontexte gibt, die bedeutsam sein können.



Bernhard Trenkle:  
**3 Bonbons für 5 Jungs**  
Strategische Hypnotherapie in Fallbeispielen und Geschichten

Carl-Auer Verlag 2016  
298 Seiten, 29,95 Euro  
ISBN: 978-3849701437

# Dem Unbewussten auf der Spur

Komplexe Materie verständlich erklärt: Dagmar Lehmhaus und Bertke Reiffen-Züger haben ein Buch verfasst, das Neulingen die „Psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“ nahebringt

Von **Helga Planz**, 1. Vorsitzende des bvvp Hessen

\_\_\_ **Literatur zur Psychodynamik** verliert sich gern in Details. Nicht so das neue Buch von Dagmar Lehmhaus und Bertke Reiffen-Züger. In „Psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“ umreißen die Autorinnen zahlreiche Möglichkeiten zur Unterstützung für die psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie und bieten eine verständliche Praxisanleitung für alle relevanten projektiven Testverfahren. Der Text ist untergliedert in einen theoretischen und einen praktischen Teil samt Anhang.

Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen psychodynamischen Denkens wie Übertragung, projektive Verfahren, Symbolisierung, Mentalisierung und Repräsentieren, szenisches Verstehen, kindliches Spiel, die Abwehrmechanismen in der psychotherapeutischen Beziehung und die Auswertung von unbewusstem Material dargelegt. Die Auswertung wird

## Durch seine anschauliche Sprache ist das Buch auch für psychodynamische Neulinge lesbar

verbunden mit der Diagnosestellung nach OPD-KJ, der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, einer manualisierten und hierüber validen, vergleichbaren Herangehensweise der Diagnosestellung nach psychodynamischen Theorien, nun in der überarbeiteten zweiten Version. Die OPD-KJ ist für psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren geeignet.

Der theoretische Teil im ersten Drittel des Buches erscheint in seiner anschaulichen Sprache auch für psychodynamische Neulinge gut verständlich, keine Selbstverständlichkeit bei einem solch großen Überblick. Die Erklärung der grundlegenden Begriffe wird auch nicht durch allzu detailreiche Schilderungen und Fallvignetten unnötig verkompliziert, wie sonst in psychodynamischer Literatur üblich. Das gelungene Ineinandergreifen der Erläuterung tiefenpsychologisch-psychoanalytischer Fachbegriffe ermöglicht es, die Komplexität der Materie zu erfassen, ohne den Leser zu überfordern.

Im zweiten Teil folgt der „Leitfaden für die Praxis“ mit kurzen Beschreibungen zu Zeichentests, Erzähltests, imaginativen Verfahren, Bindungsdiagnostik und Spieletests. Insgesamt werden 19 Testverfahren mit anschaulichen, kurzen Fallvignetten beschrieben, die es dem Leser ermöglichen, sich einen Eindruck über Vorgehensweise und Einsatzmöglichkeiten zu verschaffen.

Im Anhang finden sich kurze Erklärungen und Übersichten zu den einzelnen Abwehrstrategien, auch zu frühen oder unreifen Abwehrmechanismen und zur relativen Dominanz von Abwehrmechanismen. Daneben gibt es Auswertungen von Tests und probatorischen Sitzungen, Materialien wie das KBV-Informationsblatt zu Gutachteranträgen oder Auswertungs- oder Protokollbögen zu Tests sowie Operationalisierungen zu Ich-strukturellen Fähigkeiten. Die zum Schluss genannten Mitautorinnen zeigen in ihrer Qualifikation ein überraschend breites Spektrum der tiefenpsychologischen Ausrichtung.

Hinzuzufügen ist, dass die unterschiedlichen psychodynamischen Verfahren und Schulen durchaus jeweils andere Schwerpunkte setzen und die eingesetzten Verfahren bei der Diagnosegewinnung sehr voneinander abweichen können. Dem Leser, der sich insbesondere für den Einsatz projektiver Testverfahren interessiert, bietet dieses Buch aber einen sehr guten Überblick.

Dagmar Lehmhaus und Bertke Reiffen-Züger:  
**Psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie**  
Die Praxis projektiver Tests: Probatorik, Indikation und OPD-KJ

Brandes & Apsel 2017  
320 Seiten, 39,90 Euro  
ISBN: 978-3955581923



**Halber Praxissitz (derzeit AP, TP)  
im Großraum Stuttgart-Mitte**

2018 oder früher von PP aus Altersgründen abzugeben. Tel.: 0176/56800913

**„Licht und Schatten der Meister“**

Tagung vom 6. bis 8.10.2017 in Todtmoos, Ref.: H.-J. Bieber, G. Langwieler, P. Loomans, T. Moser, R. Müller  
Ort: Rütte-Forum, www.ruette-forum.de, info@ruette-forum.de, Tel.: 07674/8511

**Ganzer Kassenarztsitz in  
71638 Ludwigsburg**

(FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) zum 1.7.2018 abzugeben. Kontakt: Dr. med. Arthur Landig, arthur.landig@dgn.de

**Ihre Kleinanzeige  
auf dem Marktplatz in  
Projekt Psychotherapie**

Bis 200 Zeichen 40 Euro.  
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:  
**marktplatz@projekt-psychotherapie.de**  
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**  
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.

**Projekt  
Psychotherapie**

03/2017

**AUSBLICK AUF  
DAS NÄCHSTE HEFT**

**Streitthema Psychopharmaka**

Kaum eine Behandlung wird so heftig diskutiert wie die Psychopharmakotherapie. Einerseits gilt sie als entscheidende Grundlage der gemeindenahen Sozialpsychiatrie, als Voraussetzung dafür, dass die Integration psychisch Schwerstkranker in reguläre Lebens- und Wohnverhältnisse überhaupt erst möglich wurde. Andererseits wird sie erbittert kritisiert, von vielen Betroffenen abgelehnt und manchmal sogar heftig bekämpft – wider besseres Wissen, wie es dem Umfeld oft erscheint. Diesem Gegensatz wollen wir im nächsten Heft nachspüren und sowohl Nutzen als auch Schaden ansprechen, der durch die modernen Psychopharmaka entsteht. Dabei werden wir auch auf den Vorteil eingehen, den die Psychopharmaka bei der wissenschaftlichen Bewertung gegenüber der Psychotherapie genießen. Dank der Möglichkeit zu Doppelblind-Versuchen kann die Erforschung der Effekte, den psychoaktive Arzneistoffe auf den Patienten haben, so gestaltet werden, dass sie den Forderungen der Leitlinien leichter entsprechen.

**Impressum**

**Herausgeber:** Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.  
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin  
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53  
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

**Redaktionsleitung:** Martin Klett (V. i. S. d. P.)

**Verantwortlich für den Schwerpunkt:**  
Martin Klett, Ulrike Böker und Ariadne Sartorius

**Autoren:** Ulrike Böker, Norbert Bowe, Jürgen Doeber, Erika Goetz-Erdmann, Lars Hauten, Ludwig Hofmann, Ingo Jungclaussen, Karl-Josef Laumann, Gesine Pfeifer-Gühring, Helga Planz, Ariadne Sartorius, Tilo Silwedel, Isabell Stichel-Hofknecht, Peter Stimpfle, Thomas Uhlemann

**Verlag:** Medienanker Marketing & Kommunikation e.K.  
Chausseestraße 11 · 10115 Berlin  
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

**Textchef:** Jens Wiesner  
**Projektleitung:** Nicole Suchier  
**Artdirektion/Illustration:** Lesprenger

**Anzeigen:** anzeigen@projekt-psychotherapie.de  
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

**ISSN:** 2193-3766  
Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.  
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).  
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

**Info und Bestellung:**  
bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

**Periodizität:** Quartal

**Copyright:** Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

**TERMINE**

**7. Juni**  
**Gründungsversammlung  
bvvp Thüringen**  
Informationen: bvvp Bundesgeschäftsstelle, E-Mail: bvvp@bvvp.de  
**Ort: Weimar**

**13. Juli, 19.30 bis 22 Uhr**  
**Start in die Praxis**  
Informationen: bvvp Bundesgeschäftsstelle, E-Mail: vvps@bvvp.de  
**Ort: Haus der Ärzte, Sundgaullee 27, Freiburg**

**22. bis 25. September**  
**Verhaltenstherapiewochen 2017**  
Eröffnungsthema: Verhaltensaktivierung  
Weitere Informationen finden Sie unter: www.vtwoche.de  
**Ort: Freiburg**

**28. bis 30. September**  
**bvvp Bundesdelegiertenversammlung**  
Weitere Informationen finden Sie unter: www.bvvp.de  
**Ort: Erfurt**

**12. bis 15. Oktober**  
**Begegnungen II**  
Ein psychohistorischer Dialog, Konferenz zur ukrainisch-russisch-deutschen Verständigung vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Geschichte  
Nähere Informationen finden Sie unter: www.trialog-conference.org  
**Ort: Seminaris Seehotel, Potsdam**

**13. Oktober, 19.30 bis 22 Uhr**  
**vvps Mitgliederversammlung**  
Informationen: bvvp Bundesgeschäftsstelle, E-Mail: vvps@bvvp.de  
**Ort: Haus der Ärzte, Sundgaullee 27, Freiburg**

**10. bis 12. November**  
**Verhaltenstherapiewochen 2017**  
Eröffnungsthema: Placeboeffekte in der Psychotherapie  
Weitere Informationen finden Sie unter: www.vtwoche.de  
**Ort: München**

**11. November**  
**Jenseits von Sprachlosigkeit,  
Verurteilung und Ausstoßung**  
Tagung des Ethikverein e. V. zum Umgang mit Grenzverletzungen mit Vorträgen von Vera Kattermann und Diana Pflichthofer  
www.ethikverein.de, info@ethikverein.de  
**Ort: Berlin**

**18. November**  
**31. Deutscher Psychotherapeutentag**  
Weitere Informationen finden Sie unter: www.bptk.de/service/termine.htm  
**Ort: Frankfurt**

**Anzeige U4  
geht direkt von medienanker  
an die druckerei**