



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie **Aktuell**

14. Jahrgang | Ausgabe 1.2022



Das neue BMG:  
Köpfe und Themen

Wie Psychotherapeut\*innen  
Einfluss nehmen können!

Gemeinsam gegen  
Gewalt an Frauen



## NOTFALL UND TRAUMA – PSYCHOTHERAPIE IN AKUTEN KRISENSITUATIONEN

**HYBRID**

**SYM**

**POS**

**IUM**

**2022**

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

**Anmeldung**  
Die Teilnahme an der Veranstaltung  
ist kostenfrei. Eine Anmeldung  
ist erforderlich unter  
[www.dptv.de/symposium](http://www.dptv.de/symposium)

**Anmeldefrist: 12.06.2022**

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

**Zertifizierung**  
Für diese Veranstaltung sind  
Fortbildungspunkte beantragt.

**Preisverleihung**  
Zu Beginn der Veranstaltung wird der  
**DPtV-Master-Forschungspreis 2022**  
verliehen. Weitere Informationen auf  
[www.dptv.de/masterpreis](http://www.dptv.de/masterpreis)

### **Vorträge und Diskussion**

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

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

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

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

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

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



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

manchmal ist man einfach sprachlos: Was kann man sonst noch an wichtigen Themen berichten, will man mal nicht das übermächtige Covid-Monster in den Fokus stellen? Dabei gibt es so viel wichtiges, über was wir reden müssen und auch in dieser Ausgabe tun werden: So zum Thema Gewalt gegen Frauen, wie auch der ebenfalls sehr sensiblen Thematik der Suizidassistenz versus Suizidprävention. Nehmen Sie sich die Zeit zum Lesen. Diese Themen sind wichtig und lohnen sich.

Doch es gibt noch mehr dringendes, über das wir reden müssen. 2022 ist ein wichtiges Wahljahr für unsere Berufsgruppen. Wir haben bundesweit die regionalen Wahlen der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, einfacher gesagt, die KV-Wahlen. Nicht wichtig meinen Sie? Sehr wichtig meinen wir. Hand aufs Herz, liebe Kolleginnen und Kollegen: Wer von uns kennt sich im Detail aus mit all den Organisationen, in denen wir Mitglieder sind und die uns vertreten? Wie grenzen sich die Gremien voneinander ab und wer hat welche Aufgaben? Der Beitrag „Wie Psychotherapeut\*innen Einfluss nehmen können!“ gibt gute Einblicke und kann kleine Wissenslücken schließen. Ihre aktive Teilnahme an der Wahl ist für uns alle enorm wichtig. Die Zukunft unserer Arbeit in unseren Praxen hängt davon wesentlich ab. Natürlich hoffen wir, dass Sie sich für unsere DPtV-Kandidat\*innen entscheiden!

Ergebnisse von Wahlen wirken nach und entfalten ihre Wirkung – auch auf uns. So auch die Bundestagswahlen mit den Neubesetzungen in den

Ministerien. Das für uns relevante Bundesgesundheitsministerium hat mit Prof. Dr. Karl Lauterbach ebenfalls eine neue Hausspitze bekommen. Weiterhin wurden Positionen auf Staatssekretärebene, genauso wie auf der Ebene der Abteilungs- und Referatsleitungen neu besetzt. Wir stellen Ihnen die wichtigsten neue Köpfe vor.

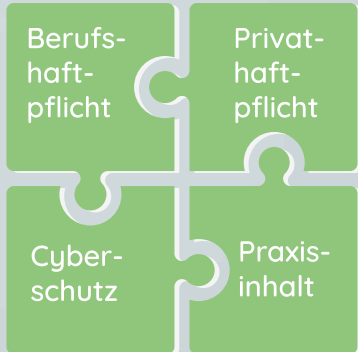
Und wir haben uns die gesundheitspolitischen Pläne der Ampel-Parteien unserer neuen Bundesregierung genauer angeschaut und sie in der Gesamtschau eher positiv bewertet. Details zu unserer Auswertung können auf der Seite 12 gelesen werden.

Deren Umsetzung werden wir in den nächsten Jahren kritisch begleiten und mit dem jeweiligen Potenzial der Ämter unserer gewählten DPtV-Aktiven notwendige Verbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung vorantreiben. Ihre Stimmen bei den Wahlen in die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind hierfür der essentielle Grundstein für unsere Schlagkraft.

Lassen Sie uns alle an einem Strang ziehen, dann haben wir genug Stärke und Lautstärke, dass unsere Forderungen gehört und auch durchgesetzt werden. Ich wünsche Ihnen ein gutes Händchen bei den KV-Wahlen, viel Erfolg bei Ihrer täglichen Arbeit und bleiben Sie gesund und guten Mutes.

Herzlichst, auch im Namen des gesamten Bundesvorstands, Ihre

Sabine Schäfer  
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV



Berufshaftpflicht ab  
**64,80 €**  
pro Jahr

## Berufshaftpflicht

Bedingungen optimal auf Ihre Berufsgruppe der Psychotherapeut:innen zugeschnitten. Rabatte für DPtV-Mitglieder. Erfüllt die gesetzlichen Anforderungen. Versicherungsbestätigung nach § 113 VVG. Alles digital und unkompliziert.

**+ Cyberschutz** ab **120,98 €** pro Jahr

Soforthilfe und Kostenübernahme nach einem Cyberangriff. Absicherung bei Haftpflichtansprüchen von Patient:innen nach einem Cyberangriff, wenn z. B. sensible Gesundheitsdaten geklaut wurden.

**+ Praxisinhalt** ab **59,47 €** pro Jahr

Ersetzt den Neuwert Ihrer Praxiseinrichtung bei Feuer-, Einbruch/Diebstahl-, Leitungswasser- und Sturm- schäden. Inklusive Glas- und Praxisunterbrechungsversicherung (KBU). Einschluss weiterer Elementar- gefahren und Elektronikversicherung möglich.

**Jetzt ansehen!**



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

WIRTSCHAFTSDIENST DER  
**DPtV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

 **pluswert**

Seit über 20 Jahren auf Ihre Berufsgruppe spezialisiert



**6** „Die Kapazitäten sollen bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert werden.“

### GESUNDHEITSPOLITIK

- 6 Claudia Natho Das neue BMG: Köpfe und Themen
- 12 Hans Strömsdörfer Entstigmatisierung psychischer Krankheiten im Fokus der Koalition
- 14 Sabine Schäfer Wie Psychotherapeut\*innen Einfluss nehmen können!

### AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 22 Sigrid Graumann Suizidassistenz und Suizidprävention

### AUS DER PRAXIS

- 26 Ken Schönfelder Kleine Schritte für das Klima
- 28 Elisabeth Kirchner Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen

### RECHT UND STEUER

- 34 Markus Plantholz Vertretung und Assistenz während Krankheits- oder Erziehungszeiten

### CAMPUS

- 38 Veranstaltungen März bis Mai 2022

### NEWS

- 39 „Frauen an die Spitze“
- 40 Kurz gemeldet ...

### REZENSIONEN

- 41 Narrative Expositionstherapie (NET)
- 42 DBT-Sucht
- 43 Geschlechtsdysphorie und Transidentität
- 44 Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen
- 45 Referenz Psychische Störungen
- 46 Tür auf. Paul geht zur Psychotherapie
- 47 Therapie-Tools Selbstwert
- 48 Früher Kindsverlust und Folgeschwangerschaft
  
- 49 Kleinanzeigen
- 50 Impressum
- 51 Adressen DPtV





Claudia Natho

# Das neue BMG: Köpfe und Themen

Aufgrund der Coronapandemie ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in den letzten zwei Jahren zum wichtigsten Ministerium und auch Krisenzentrum avanciert. Die Nachfolge von Jens Spahn als Gesundheitsminister trat – mit seiner Ernennung am 8. Dezember 2021 – Prof. Dr. Karl Lauterbach an. Als wesentlichste Aufgabe bezeichnet der neue Gesundheitsminister das Beenden der Pandemie. Klar ist, dass er das nötige Fachwissen für die vor ihm stehenden Herausforderungen hat. Allerdings ist die Art seiner Arbeit nicht ganz unumstritten.

Das BMG ist kein beliebtes Ministerium, wie Jens Spahn bei seiner Amtsübergabe an Karl Lauterbach verkündete, „viel Feind, wenig Ehr“. Dennoch wollte Karl Lauterbach schon länger Gesundheitsminister werden. Bereits 2013 bei der Bildung der schwarz-roten Regierung wollten sowohl er als auch Jens Spahn das Amt des Ministers. Karl Lauterbach sagte „2013 hätten wir es dem anderen gegönnt, Minister zu werden, waren aber jeder überzeugt, es selbst zu werden“. Weder er noch Jens Spahn habe den Posten bekommen, sondern der CDU-Mann Hermann Gröhe.

Bei der Vorstellung seines neuen Kabinetts Anfang Dezember 2021 sagte Bundeskanzler Olaf Scholz die Bürger\*innen wollten einen „Gesundheitsminister, der vom Fach ist, das wirklich gut kann und Karl Lauterbach heißt. Er wird es.“ Allerdings war diese Personalie im Vorfeld nicht ganz so offensichtlich gesetzt. Hier hat auch die öffentliche Wahrnehmung von Karl Lauterbach eine große Rolle gespielt, sodass Olaf Scholz diese Entscheidung mehr oder weniger treffen musste.

Bei der Amtsübergabe hat Karl Lauterbach einen Ausblick auf die Schwerpunktthemen der kommenden Legislaturperiode gegeben. Das seine Arbeit weiterhin wissenschaftlich geprägt sein wird, ist nicht überraschend. Auch in seinem Amt als Bundesgesundheitsminister, verlässt sich Karl Lauterbach, als Mediziner und Gesundheitswissenschaftler, auf „die Verankerung der Wissenschaft in der evidenzbasierten Medizin“, da „Gesundheitspolitik nur so erfolgreich sein kann“.

Im Vordergrund steht bei ihm das Beenden der Pandemie, bei dem seine Erfahrungen aus seiner Arbeit als Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln sicher weiter zum Tragen kommen.

Zu den Aufgaben die begonnen aber noch nicht abgeschlossen sind, zählt unter anderem der Pflegebereich. Sowohl eine bessere Bezahlung als auch ein angepasster Personalschlüssel sollen zum einen das Personal entlasten und zum anderen auch den Beruf in der Intensivmedizin und der Altenpflege attraktiver machen.

Der Hausärztemangel ist ein weiterer Punkt auf der Agenda, auch um das Gesundheitssystem so aufzuwerten, dass es „zukunftssicher und attraktiv als Arbeitgeber ist“. Hier soll die Anzahl der Medizinstudierenden erhöht werden und diese dazu motiviert werden, in der Versorgung zu bleiben und zum Beispiel nicht in der Forschung tätig zu werden.

In seinem Amt als Bundesgesundheitsminister, verlässt sich Karl Lauterbach auf „die Verankerung der Wissenschaft in der evidenzbasierten Medizin“, da „Gesundheitspolitik nur so erfolgreich sein kann“.



**Prof. Dr. Karl Lauterbach**  
**Bundesminister für  
Gesundheit**

\* 21. Februar 1963 in Düren

### Ausbildung und berufliche Tätigkeiten

- Studium der Medizin 1982-1989 an der RWTH Aachen, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, University of Texas San Antonio (USA), Promotion zum Dr. med.
- 1985 bis 1990 Promotion zum Dr. med. im Institut für Nuklearmedizin der Kernforschungsanlage Jülich
- 1989-1990 Master of Public Health (MPH) an der Harvard School of Public Health mit Schwerpunkten Epidemiologie und Health Policy and Management
- 1990-1992 Master of Science in Health Policy and Management an der Harvard School of Public Health
- 1992-1995 Doctor of Science in Health Policy and Management an der Harvard School of Public Health
- seit 1998 Universitätsprofessor an der Universität zu Köln und Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

### Politische Aktivitäten

- 1999 bis 2005 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- 2003 Mitglied der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission), Mitglied der Programmkommission der SPD Köln
- 2004 Mitglied der Arbeitsgruppe Bürgerversicherung des Parteivorstands der SPD
- seit 2005 Mitglied des Bundestags
- 2013-2020 stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD
- seit Dezember 2021 Bundesminister für Gesundheit

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patient\*innen mit schweren und komplexen Erkrankungen soll verbessert und der Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sichergestellt werden.

### Leitungsspitze des BMG

Neu in der Leitungsspitze sind, zumindest zeitweise, vier Staatssekretär\*innen, zwei parlamentarische: Sabine Dittmar und Prof. Dr. Edgar Franke und zwei beamtete: Dr. Thomas Steffen und Dr. Antje Draheim.

Thomas Steffen, der im Mai 2019 seine Arbeit als Staatssekretär, als Nachfolger des ausgeschiedenen Lutz Stroppe, im BMG begonnen hat, bleibt auf ausdrücklichen Wunsch von Karl Lauterbach noch eine Übergangszeit im Amt, auch um eine geordnete Übergabe zu gewährleisten. Der promovierte Jurist war zuvor nicht in der Gesundheitspolitik, sondern im Bereich Finanzen tätig, unter anderem bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und als Staatssekretär im Bundesministerium für Finanzen, wo er mit Jens Spahn zusammenarbeitete.

Sowohl Sabine Dittmar als auch Edgar Franke sind in der Gesundheitspolitik nicht unbekannt. Sabine Dittmar ist Kinderpflegerin und Ärztin und seit 2018 die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Zuvor war sie Berichterstatterin für apothekenpolitische Themen in der Fraktion.

Der Politik- und Rechtswissenschaftler Edgar Franke war von 2014 bis 2017 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses und von 2018 bis 2021 stellvertretender gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion. Er übernahm zudem die Berichterstattung für apothekenpolitische Themen.

Die Juristin Antje Draheim war unter anderem als Staatssekretärin für Bundesangelegenheiten und Bevollmächtigte des Landes Mecklenburg-Vorpommern beim Bund und seit dem 15. November 2021 als Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern tätig, bevor sie die Stelle im BMG übernahm.

Parlamentarische Staatssekretär\*innen unterstützen den/die Bundesminister\*in bei der Erfüllung seiner/ihrer Aufgaben vor allem nach außen, im Bundestag, Bundesrat, den Ausschüssen, den Arbeitskreisen und den Fraktionen. Die Zuständigkeit des jeweiligen Aufgabenbereiches wird von dem/der Bundesminister\*in festgelegt.

Beamtete Staatssekretär\*innen vertreten den/die Bundesminister\*in bei seiner/ihrer Abwesenheit im Ministerium und haben zudem ein Weisungsrecht gegenüber den Mitarbeitenden des Ministeriums.



### Inhalte des Koalitionsvertrags

Dass die Coronapandemie Auswirkungen auf die Ausgestaltung des Koalitionsvertrags hatte, lässt der Fokus auf die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Bereich der Pflege erkennen.

Aber auch die psychotherapeutische Versorgung soll verbessert werden. Konkret angegangen werden soll unter anderem eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um die Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verringern.

Es soll eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen veranlasst werden, gerade auch im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patient\*innen mit schweren und komplexen Erkrankungen soll verbessert und der Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sichergestellt werden.

Die Kapazitäten sollen bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert werden.

Auch im stationären Bereich soll es Verbesserungen, im Rahmen einer leitliniengerechten psychotherapeutischen Versorgung und einer bedarfsgerechten Personalausstattung geben. Dies lässt, vor dem Hintergrund, dass das BMG die Nichterhöhung der Minutenwerte der psychotherapeutischen Behandlung in der PPP-RL durch den G-BA nicht beanstandet hat, hoffen, dass es hier wirklich zu einer Verbesserung der Personalausstattung in den Kliniken kommt.

Darüber hinaus soll auch ein Ausbau der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung erfolgen.

Die von Jens Spahn angestrebte Digitalisierung im Gesundheitswesen geriet mehrmals ins Stocken. Für die elektronische Patientenakte (ePA) soll ab 2022 endlich eine feingranulare Nutzung möglich sein und zukünftig eine Opt-out-Lösung gelten, das heißt die Patient\*innen müssen aktiv einer Nutzung widersprechen. Davon wird sich eine verstärkte Nutzung der ePA versprochen. Zudem sollen weitere „nutzenbringende Anwendungen“, beschleunigte Anbindung aller Akteure an die Telematikinfrastruktur (TI) und das E-Rezept auf den Weg gebracht werden. Hier soll auch der Ausbau der gematik zu einer digitalen Gesundheitsagentur helfen.

Es bleibt spannend, inwiefern die Inhalte aus dem Koalitionsvertrag in diesen schwierigen Zeiten umgesetzt werden.



**Sabine Dittmar**  
Parlamentarische  
Staatssekretärin

\*15.09.1964 in Schweinfurt

#### Ausbildung und berufliche Tätigkeiten

- 1979 Qualifizierender Hauptschulabschluss (Maßbach)
- 1982 Abschluss staatlich geprüfte Kinderpflegerin
- 1985 Abitur auf zweitem Bildungsweg (Schweinfurt)
- Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, 1993 Approbation, bis 1995 Ausbildung zur Praktischen Ärztin
- 1995 bis Juli 2010 Hausärztin in einer Gemeinschaftspraxis mit ihrem Mann (Maßbach)

#### Politische Aktivitäten

- 2008 bis 2013 Mitglied des Bayerischen Landtags, dort Mitglied im Ausschuss für Umwelt und Gesundheit, verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, stellvertretendes Mitglied in der parlamentarischen Kommission zur Begleitung der Energiewende, Mitglied im Ältestenrat
- 2008-2018 Mitglied im bayerischen Landesgesundheitsrat
- seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestages, ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Mitglied des erweiterten Fraktionsvorstands
- seit 2018 Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion
- seit 8. Dezember 2021 Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit



**Prof. Dr. Edgar Franke**  
Parlamentarischer  
Staatssekretär

\*21.01.1960 in Gudensberg

### Ausbildung und berufliche Tätigkeiten

- Studium der Rechtswissenschaften und der Politik, Promotion im Kommunalrecht
- Rechtsanwalt
- Tätigkeit beim Bundesverband der Unfallversicherungsträger
- Rektor und Professor an der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung Bad Hersfeld

### Politische Aktivitäten

- seit 1976 Mitglied der SPD; ab 1997 Stadtverordneter in Gudensberg
- vom 1. September 1999 bis zur Bundestagswahl 2009 direkt gewählter Bürgermeister der Stadt Gudensberg
- 2014-2017 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses
- 2018-2021 stellvertretender gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion
- seit 8. Dezember 2021 Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit



**Dr. Antje Draheim**  
Staatssekretärin

\* 02.11.1970 in Rostock

### Ausbildung und berufliche Tätigkeiten

- Studium der Rechtswissenschaften in Potsdam und Tübingen (2. Staatsexamen), anschließend Promotion an der Deutschen Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer
- 2003-2012 Leitungsfunktionen bei der Bundesagentur für Arbeit

### Politische Aktivitäten

- 2012-2016 Leitung der Abteilung „Arbeit“ im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- 2016 Leitung der Abteilung „Jugend und Familie“ im Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- 2019-2021 Staatssekretärin für Bundesangelegenheiten und Bevollmächtigte des Landes Mecklenburg-Vorpommern beim Bund
- seit November 2021 Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- seit 8. Dezember 2021 Staatssekretärin im BMG

Der Gesundheitsausschuss agiert als vorbereitendes Beschlussorgan des Bundestags. Die Empfehlungen des Ausschusses können für die Beschlüsse herangezogen werden. Allerdings beschränkt sich die Arbeit auf zugewiesene Vorlagen und Sachfragen.

### Weitere Personalien

Die neue Pflegebevollmächtigte und damit die Nachfolgerin von Andreas Westerfellhaus, wird die SPD-Politikerin Claudia Moll. Sie ist examinierte Altenpflegerin und Mitglied im Gesundheitsausschuss.

Der neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung ist Stefan Schwartze. Er übernimmt die Stelle von Prof. Dr. Claudia Schmidtke. Schwartze war in den letzten zwölf Jahren im Petitionsausschuss und bekam dort nach eigenen Aussagen, direkte Rückmeldungen von Bürger\*innen über deren Erfahrungen im Gesundheitswesen.

Der SPD-Politiker Burkhard Blienert wird neuer Beauftragter der Bundesregierung für Sucht und Drogenfragen. Das Thema der Sucht- und Drogenpolitik beschäftigt ihn seit zehn Jahren. In der 18. Legislaturperiode war er unter anderem Mitglied im Gesundheitsausschuss.



**Claudia Natho**

Ass. jur., M.mel., Stabsstelle Politik in der Bundesgeschäftsstelle bei der DPTV. Zuvor Beauftragte zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sowie Teamleiterin bei der AOK Nordost und Juristin im Beschwerdeausschuss bei der Arbeitsgemeinschaft für Wirtschaftlichkeitsprüfung Brandenburg.

### Der Gesundheitsausschuss

Wie alle anderen Ausschüsse im Bundestag hat auch der Gesundheitsausschuss, als vorbereitendes Beschlussorgan des Bundestags zu agieren. Die Empfehlungen des Ausschusses können für die Beschlüsse herangezogen werden. Allerdings beschränkt sich die Arbeit auf zugewiesene Vorlagen und Sachfragen. In der 20. Legislaturperiode besteht der Gesundheitsausschuss aus 42 Mitgliedern der einzelnen Fraktionen. Die Anzahl der Mitglieder richtet sich nach der Anzahl der Sitze. Umso mehr Sitze eine Fraktion hat, umso mehr Mitglieder werden in den Ausschüssen gestellt. Die aktuelle Verteilung ist wie folgt: SPD 12; CDU/CSU 11; Bündnis90/Die Grünen 7; FDP 5, AfD 5; Die Linke 2. Zusätzlich dazu hat jede Fraktion Obleute, die als Ansprechpartner\*innen für den/die Vorsitzende\*n und die Arbeitsgruppe dienen.

Mit Unmut wurde das Vorschlagsrecht der AfD für den Vorsitz des Gesundheitsausschusses wahrgenommen. Die Wahl der Ausschüsse folgt, gemäß der Geschäftsordnung des Bundestags, nach einem festgelegten System. Zunächst darf die größte Fraktion einen Ausschuss wählen, dann die zweitgrößte, die drittgrößte und so weiter. Dieses Verfahren geht über mehrere Runden, bis die Vorsitze der Ausschüsse verteilt sind. Prinzipiell geht mit dieser Verteilung auch der Vorsitz in den jeweiligen Ausschüssen einher. Dieser ist für die Vorbereitung, Einberufung und Leitung der Ausschusssitzungen zuständig. Hier haben die Abgeordneten der anderen Fraktionen in der konstituierenden Sitzung des Ausschusses eine geheime Abstimmung über den Vorsitz beantragt. Der Kandidat der AfD konnte sowohl in der konstituierenden Sitzung im Dezember, als auch im zweiten Anlauf Mitte Januar keine Mehrheit erzielen. Aus diesem Grund befasste sich nun der Ältestenrat des Bundestags mit der Angelegenheit. Dieser wird unter anderem immer dann aktiv, wenn eine Vermittlung zwischen die Fraktionen nötig ist. Dabei werden Vereinbarungen angestrebt, die möglichst von allen Fraktionen akzeptiert werden können. Eine Entscheidung war bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt.

Die AfD hat Ende Dezember 2021 – aufgrund der Nichtbesetzung des Vorsitzes unter anderem im Gesundheitsausschuss – ein Organstreitverfahren mit einem Eilantrag vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe eingeleitet. Ein Organstreitverfahren kann immer dann eingeleitet werden, wenn Streit zwischen obersten Bundesorganen oder diesen gleichgestellten Beteiligten über ihre Rechte und Pflichten aus dem Grundgesetz besteht. Ein ähnlicher Eilantrag im Sommer 2021 aufgrund der Nichtwahl eines Kandidaten zum Vizepräsidenten des Bundestags ist gescheitert.

Die kommissarische Leitung hat als dienstältester Abgeordneter im Gesundheitsausschuss zunächst Hubert Hüppe (CDU) übernommen.

Die Wahl des Stellvertretenden Vorsitzes erfolgte im Januar und wird mit der Grünen Abgeordneten und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Kirsten Kappert-Gonther besetzt, die zunächst die Leitung des Ausschusses übernimmt.



**Dr. Thomas Steffens**

Staatssekretär

\*25.12.1961 in Simmern

#### Ausbildung und berufliche Tätigkeiten

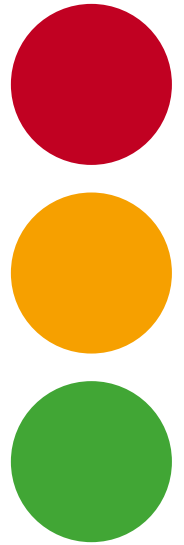
- Studium der Rechts- und Staatswissenschaften in Mainz (2. Staatsexamen)
- 1992 Dissertation an der Universität Mainz und der London School of Economics and Political Science in London
- Industriepolitische Abteilung des Bundesministeriums für Wirtschaft in Bonn
- Chef der deutschen Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht und Mitglied im Vorstand der BaFin

#### Politische Aktivitäten

- 2010 Bundesfinanzministerium
- 2012-2018 Staatssekretär im Bundesministerium für Finanzen
- seit 15. Mai 2019 Staatssekretär im BMG

Hans Strömsdörfer

# Entstigmatisierung psychischer Krankheiten im Fokus der Koalition



DPTV: Gesundheitspolitische Pläne der Ampel-Parteien überwiegend positiv.

„Wir begrüßen den heute vorgestellten Koalitionsvertrag, in dem sich die Forderungen unseres Verbands zu großen Teilen wiederfinden“, kommentiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) die Pläne der neuen Ampel-Koalition. „Wir freuen uns über das Bekenntnis der Koalition zu einer sektorenübergreifenden, flächendeckenden und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung. Dabei erfordert die ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung besondere Aufmerksamkeit.“

## Die DPTV-Einschätzung im Einzelnen:

### Entstigmatisierung psychischer Krankheiten

Positiv sieht die DPTV zudem, dass der Koalitionsvertrag eine Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen vorsieht. Psychische Erkrankungen gewinnen bundesweit an Bedeutung. Die Zeit zwischen einer ersten Symptombildung und einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung ist noch immer deutlich zu hoch. Psychische Erkrankungen müssen früher erkannt und die Betroffenen frühzeitig eine fachgerechte Behandlung erhalten.

### Weiterbildung

Im Koalitionsvertrag vermisst die DPTV eine Festlegung zur finanziellen Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Diese ist zur Sicherung des psychotherapeutischen Nachwuchses dringend erforderlich.

### Recht auf Überweisung

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sollten die sozialrechtlichen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen erweitert werden. Es ist überfällig, dass Psychotherapeut\*innen Krankschreibungen vornehmen können und in das Überweisungsverfahren eingebunden werden.

### Komplexbehandlung

Die Koalition erklärt, die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Patientinnen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern und den Zugang sicherzustellen sowie die Kapazitäten bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und stärker koordiniert auszubauen. Die DPTV begrüßt diesen Schritt, da die Erstfassung der KSVPsych-Richtlinie dringend der Überarbeitung bedarf in Bezug auf unnötige Doppeluntersuchungen und unzumutbare Untersuchungsfristen. Dieses greift die Koalition offenbar auf.

Der wohnortnahe Zugang für Patient\*innen zu dieser sektorenübergreifenden Versorgung kann aber nur gewährleistet werden, wenn auch Vertragsärzte und -psychotherapeut\*innen mit einem halben Versorgungsauftrag als Bezugsbehandler\*innen beteiligt werden. Darüber hinaus sieht die Richtlinie vor, dass Patient\*innen im Anschluss an eine Eingangssprechstunde bei Psychotherapeut\*innen eine zusätzliche Abklärung innerhalb von sieben Tagen durch einen Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik herbeiführen müssen. Diese Maßnahme ist für die Patient\*innen und das Behandler\*innennetz unnötig aufwändig, da Psychotherapeut\*innen bereits eine umfangreiche Abklärung unter Einbeziehung somatischer Befunde herbeiführen und die notwendigen somatischen Abklärungen veranlassen.

Eine Koordination der Behandlungsleistungen muss auch durch die Bezugspsychotherapeut\*innen und -ärzt\*innen durchgeführt werden können und sollte nicht zwingend delegiert werden müssen, wie bisher vorgesehen.

DPTV-Forderungen zur Bundestagswahl 2021:  
<https://t1p.de/gvex6>

## Stationäre Versorgung

Darüber hinaus wendet sich der Koalitionsvertrag der Verbesserung der stationären Versorgung zu und kündigt eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und bedarfsgerechte Personalausstattung an. Die DPtV begrüßt diese Initiative ausdrücklich und vollumfänglich. In der aktuellen Änderung der „Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie“ (PPP-Richtlinie) durch den G-BA ist bei weitem nicht der notwendige Bedarf an patientenbezogener Psychotherapiezeit und entsprechender Psychotherapie-Personalausstattung bestimmt worden. Für eine wirksame Behandlung von Patient\*innen nach dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand muss eine Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie im stationären Bereich erfolgen.

## Bedarfsplanung

Die DPtV begrüßt die im Koalitionsvertrag angekündigte gezielte Überprüfung der Bedarfsplanung in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Die Coronapandemie zeigt derzeit die Engpässe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich auf. Das ambulante Versorgungsangebot von Kindern und Jugendlichen muss weiterentwickelt werden.

## Digitalisierung

Die Parteien der Koalition betonen eine regelmäßig fortzuschreibende Digitalisierungsstrategie, welche die Perspektive der Lösung von Versorgungsproblemen und die Nutzer in den Vordergrund rückt. Die DPtV begrüßt, dass die angestoßene Digitalisierung im Gesundheitswesen zukünftig stärker am Nutzen für die Versorgung ausgerichtet werden soll. Nach Auffassung des Verbands müssen Innovationen der Telematikinfrastruktur und IT-Anwendungen zunächst eine vollständige Erprobung hinsichtlich des Nutzens für die Versorgung, der Anwendbarkeit im Praxisbetrieb sowie des Datenschutzes und der Datensicherheit durchlaufen. Die Attraktivität dieser Anwendungen darf dabei nicht vor den Datenschutz gestellt werden. Die Umsetzung in den Praxisbetrieb sollte vom Nutzen für die Versorgung bestimmt werden – Sanktionen lehnt die DPtV entschieden ab.

Die elektronische Patientenakte (ePA) soll DSGVO-konform und mit einer Opt-Out-Funktion zur Verfügung gestellt werden, so der Koalitionsvertrag. Eine Opt-Out-Funktion jedoch sichert laut DPtV nicht die gebotene Freiwilligkeit. Die ePA-Anbieter sollten stattdessen die potenziellen Nutzer aktiv von ihrem Nutzen überzeugen und eine Opt-In-Funktion anbieten. Darüber hinaus ist der Datenschutz bis einschließlich des genutzten Endgerätes sicherzustellen bzw. bestmöglich zu gewährleisten. Die Nutzung der ePA über Smartphone und Tablet gewährleistet dies nicht ohne weitere Maßnahmen. Auch das feingranulare Berechtigungs- und Lesemanagement für die

eingestellten Informationen muss vor einer Nutzung mit sensiblen Gesundheitsdaten vollumfänglich gegeben sein. Die Forderung von Industrieverbänden nach Freigabe von Patientendaten aus der ePA für die „forschende Gesundheitswirtschaft“ lehnt die DPtV strikt ab.

## Prävention

Die DPtV begrüßt die zielgruppenbezogene Stärkung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und die Berücksichtigung von Einsamkeit und Suizid sowie die Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden. Dabei sollten auch die Möglichkeiten der betrieblichen Prävention stärker Beachtung finden. Im Arbeitssicherheitsgesetz sollten neben der betriebsmedizinischen Betreuung klar umschriebene betriebspsychotherapeutische Betreuungsmodelle sowie die regelhafte, strukturierte Kooperation zwischen Betriebsärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen verankert werden.

## Neue Versorgungsmodelle

Die DPtV begrüßt den Ausbau des gesetzlichen Spielraums für Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zur Stärkung von Innovationen. Dabei müssen gute Versorgungsmodelle schlussendlich allen Versicherten zugutekommen und sollten bei Eignung in den Kollektivvertrag überführt werden.

Weiterhin sieht der Verband eine stärker sektorenübergreifende Versorgungsplanung positiv, soweit dadurch weitere Behandlungsressourcen für die Versorgung entwickelt und die sektorenübergreifende Kooperation gestärkt werden kann. Dabei darf der begründete Trend zur Ambulantisierung ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung nicht kommunal- und landespolitischen Interessen untergeordnet werden.

## GOÄ

Eine Aussage zu der lang erwarteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist im Koalitionsvertrag nicht enthalten. Die neue GOÄ ist überfällig und sollte nach jahrelanger Überarbeitung nun schnell finalisiert werden.

## Geschlechtsspezifische Medizin

Die DPtV begrüßt die stärkere Berücksichtigung geschlechtsbezogener Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung sowie den Abbau von Diskriminierungen und Zugangsbarrieren. Genderbezogene Spezifika in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe zu stärken ist naheliegend und kann neue Impulse auch in der Versorgung psychisch erkrankter Patient\*innen setzen.



**Hans Strömsdörfer**

Seit 2019 Pressesprecher und Leiter Kommunikation in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). Kontakt: presse@dptv.de

## Kurz gefasst

Der Berufsverband, die Psychotherapeutenkammer und die Vertretung der Psychotherapeut\*innen in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung (unter anderem KV, KBV, G-BA) bilden in ihren Möglichkeiten eine Dreieheit, die gut genutzt und optimal kombiniert ein enormes berufspolitisches Potenzial darstellen kann. Jede Vertretung besitzt ihre spezifischen Möglichkeiten, die nur sie einsetzen kann. Keine dieser drei kann die andere ersetzen.

Die berufspolitisch Aktiven in der DPtV wurden in alle Gremien zahlreich hineingewählt. Unsere langjährigen Erfahrungen mit den öffentlich-rechtlichen Institutionen zeigen sehr deutlich:

- Wir brauchen die Mitwirkung unserer Mitglieder über eine Beteiligung bei den Wahlen in die berufsrelevanten Gremien! Wir brauchen ihre Stimme.
- Wir brauchen ein schlagkräftiges Potenzial in den Gremien des öffentlichen Rechts!
- Wir brauchen eine starke Vertretung durch Mitglieder unseres Berufsverbands in diesen Gremien!
- Und wir brauchen politischen Nachwuchs!

Da die Strukturen und Kompetenzfelder der verschiedenen Gremien – Kammern, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverband – für Außenstehende nicht immer scharf voneinander zu unterscheiden sind, möchte wir Ihnen in diesem Beitrag die einzelnen Institutionen vorstellen und beschreiben.



Sabine Schäfer



# Wie Psychotherapeut\*innen Einfluss nehmen können!

Wir brauchen einander! Das wichtige Zusammenspiel von Deutscher Psychotherapeutenvereinigung, Psychotherapeutenkammern sowie unserer psychotherapeutischen Interessenvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und im Gemeinsamen Bundesausschuss.

## Welche Ziele und welche Interessensvertretung sind in den jeweiligen Gremien möglich?

### Ziele und Aufgaben des Berufsverbands

Ein Berufsverband vertritt in einem privatrechtlichen Rahmen die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder. Die Mitgliedschaft ist freiwillig und die Ziele und Aufgaben eines Berufsverbands werden von diesem selbst definiert. Sie orientieren sich an den spezifischen Interessen und Belangen der zu vertretenden Berufsgruppe. Berufsverbände können flexibler und offensiver als die öffentlich-rechtlichen Institutionen der Kammer und Kassenärztlichen Vereinigungen auf spezifische Interessen ihrer Mitglieder reagieren. **Die DPtV kann dynamisch, schnell und immer im direkten Interesse ihrer Mitglieder agieren und als Serviceleister, Beraterin und Partnerin für Sie da sein.**

Berufsverbände setzen sich für die Umsetzung der Interessen ihrer Mitglieder ein. Lange, sehr lange, war das dringendste Ziel unser Einsatz für eine gesetzliche Verankerung unseres Berufsstands im Gesundheitswesen. Lange war dies das vorrangige Ziel, unseren Berufsstand und unsere Berufsangehörigen in eine gesetzlich abgesicherte Position zu bringen, die es ermöglicht, selbstbestimmt und eigenverantwortlich den Beruf einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten professionell und mit allen fachlichen Kompetenzen im Bereich der Prävention, der kurativen Behandlung und im Bereich der Rehabilitation ausüben zu können. Diesem Ziel sind wir mit Inkrafttreten des PsychThG 1999 deutlich näher gekommen. Es ist also keine Selbstverständlichkeit, dass es uns als Beruf gibt – auch weiterhin nicht!

Doch damit waren die Aufgaben eines Berufsverbands nicht erledigt. Wir haben schnell gemerkt, dass die Integration unseres Berufsstands in die Gremien des Gesundheitssystems viele Aufgaben zur Folge hatte:

- den Aufbau aller Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) als unsere gemeinsame Berufsvertretung,
- die angemessene Integration der Psychotherapeuten in das System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
- eine angemessene Honorierung unserer psychotherapeutischen Leistungen, sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor,
- die angemessene Modernisierung und Weiterentwicklung der Psychotherapie als notwendiger Bestandteil einer wirksamen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- die Etablierung eines angemessenen Ansehens der Psychotherapie in der Öffentlichkeit und in der Politik als fachlich kompetentes Heilverfahren in der Versorgung.

Bei all diesen Entwicklungsschritten war die DPtV als Berufsverband diejenige, die sich dabei sowohl für die Interessen des Berufsstands als auch für die Interessen seiner Mitglieder engagiert einsetzte.

Weiter haben unsere Mitglieder einen Anspruch auf ein umfassendes und aktuelles Informationsmanagement – auch mit einem politischen Weitblick, der unseren Mitgliedern zukünftige Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik aufzeigt. Wir berichten über Gesetzesvorhaben und deren Umsetzung in den Gremien der Selbstverwaltung.

Die DPtV ist über die Gremienarbeit an der Gestaltung und Weiterentwicklung zukünftiger Arbeitsbedingungen der Psychotherapeut\*innen beteiligt. Wir bringen uns aktiv ein, entwickeln Strategien und Pläne, und vertreten die Interessen des Berufsstands wirksam. Das ist zum Beispiel in allen Stadien der Diskussion und Entwicklung von Gesundheitsreformen unerlässlich. Ob Ausbildungsbedingungen unseres Nachwuchses, Status und Tarifverhandlungen von angestellten Kolleg\*innen, Förderung der Gruppenpsychotherapie, Anerkennung der Systemischen Therapie, Vergütung in der Vertragspsychotherapeutischen Versorgung, Bedarfsplanung, Verhinderung einer überbordenden Bürokratie zum Beispiel in der Qualitätssicherung, nutzbringende Telematikinfrastruktur, Berufsausübung unter Pandemie-Bedingungen und vieles mehr. Wir kämpfen für die Zukunft unserer Mitglieder.

Die DPtV hat sich als Berufsverband für alle niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeut\*innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (KJP) über alle Verfahren hinweg aufgestellt und bewährt. Auch viele junge Psychotherapeut\*innen schenken uns ihr Vertrauen: Inzwischen sind wir mit über 18.000 Mitgliedern der mitgliederstärkste Berufsverband für Psychotherapeut\*innen jeglicher professioneller Colour.

Eine konstruktive Verbändekonkurrenz macht mehrheitsfähige Koalitionsbildungen erforderlich, die im Sinne einer Konsens und Kompromissbildung immer auch partielle Abstriche von den eigenen Positionen bedeuteten. Andererseits kommen wir um kontroverse Auseinandersetzungen und Positionsbestimmungen nicht herum. Beides liegt in der Natur demokratischer Wahlverfahren und damit verbundener Entscheidungsprozesse.

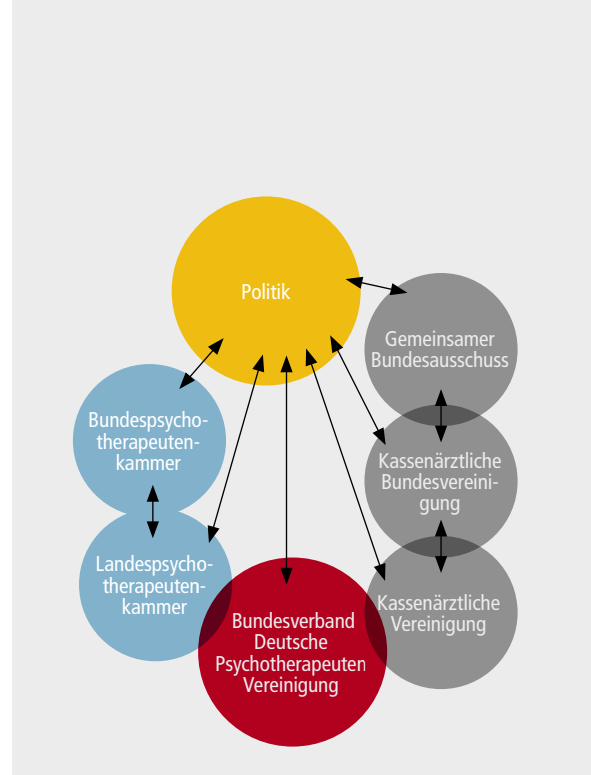


Abbildung 1: Vernetzung im Gesundheitssystem

Ein Berufsverband findet in der Öffentlichkeit dann Gehör, wenn er viele Mitglieder vertritt und/oder wenn er mit gleichgesinnten Verbänden kooperiert. Kooperationen sind manchmal möglich, aber nicht immer. Je mehr Mitglieder ein Verband hat desto eher kann er den Anspruch einlösen, eine repräsentative Interessensvertretung darzustellen.

**Arbeiten Berufsverbände kompetent, zuverlässig und kooperativ, schaffen sie sich damit ein Renommee in der politischen sowie beruflichen Öffentlichkeit, was sich wiederum positiv auf die Interessenvertretung für ihre Mitglieder in der Zukunft auswirkt.** Dass wir als DPtV uns durch unsere politische Arbeit überall profiliert haben, und uns als stabiler verlässlicher Partner etabliert haben, zeigen unsere Mitgliederstärke und unsere hervorstechenden Positionen im politischen Geschehen in allen für unseren Berufsstand bedeutsamen Gremien.

Die DPtV-Verbandsvertreter\*innen konnten sich in den letzten Jahrzehnten in allen politisch relevanten Gremien gut platzieren. Doch politisches Handeln in diesen Gremien kann und darf nicht in der bloßen Fortschreibung spezifischer Verbandspolitik bestehen. Hier sind die Interessen des gesamten Berufsstands der Psychotherapeut\*innen höher zu gewichten als die spezifischen Verbandsinteressen!



## Ziele und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)

Alle zugelassenen Vertragspsychotherapeut\*innen sind – gemeinsam mit allen Vertragsärzt\*innen sowie in Vertragspraxen oder MVZ angestellte Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen, sofern sie mit einem Umfang von mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind – Pflichtmitglieder in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben eine gesetzlich verankerte Wahrnehmungsfunktion von öffentlich-rechtlichen Aufgaben. Zu ihren Hauptaufgaben gehört der Sicherstellungsauftrag. Der umfasst die Sicherstellung der Versorgung aller gesetzlich Krankenversicherter mit ausreichenden ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die Honorarverteilung an die Vertragsärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen und die Sicherung der Qualität der zugelassenen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen. Wir als KV-Mitglieder sind hier von den in den Vertreterversammlungen verabschiedeten Satzungen betroffen, den Beschlüssen zu den Honorarverteilungsmaßstäben als auch weiteren Regelungen wie zum Beispiel der Terminservicestellen oder zu Disziplinarmaßnahmen. Alles Themen, die uns sehr im Praxisalltag beschäftigen.

Zu den Aufgaben der KV gehört auch die **Interessenvertretung aller KV-Mitglieder, das heißt die Wahrung der Rechte der Vertragspsychotherapeut\*innen und -ärzt\*innen gegenüber den Krankenkassen und weiteren Institutionen in der Gesundheitspolitik.**

Wendet sich ein\*e Vertragskolleg\*in mit einer Beschwerde oder Anliegen an eine\*n gewählte KV-Vertreter\*in, können sich die Vertretenden nur im Rahmen der KV-Vorschriften bewegen. In den Gremien der KV können diese aktiv Vorschläge, Beschwerden oder Aktionsgedanken einbringen. Sie müssen aber alle Personen innerhalb des Gremiums der Kassenärztlichen Vereinigung – also auch die Berufsgruppe der Ärzteschaft – von dieser Eingabe überzeugen, sodass diese dem Anliegen auch zustimmen. Ein abgestimmtes Vorgehen der KV-Vertreter\*innen mit den Möglichkeiten eines Berufsverbands vergrößert hier die Erfolgchancen.

### Wie werden die Ämter in einer KV besetzt?

In der KV sind neben den gewählten Vertreter\*innen der KV-Vertreterversammlung wichtige Ämter zu besetzen: Zentral wichtig ist für uns Psychotherapeut\*innen eine Beteiligung in den Hauptausschüssen oder das Amt eines den Vorstand beratenden Psychotherapeuten sowie die Mitwirkung im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie oder Angestellte. Diese Mitwirkung ist nicht an ein Mandat in der Vertreterversammlung gebunden. Aber auch andere Ämter, wie beispielsweise ein\*e Vertreter\*in für den Finanzausschuss und des Qualitätsmanagementausschusses, die Benennung



### Chronische Depressionen psych. Behandeln - Einführung in die Arbeit mit CBASP

27.-28.05.2022 Grünwald bei München

### Wozu das alles? Therap. Antworten auf existenzielle Fragen

18.-20.11.2022 Insel Baltrum

### MBSR - Auf Achtsamkeit basierende Stressreduktion

25.-27.11.2022 Insel Baltrum

### Hypnotherapie für Einsteiger nach Milton Erickson

02.-04.12.2022 Insel Baltrum

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

09.-11.12.2022 Insel Baltrum

### Datensicherheit Ihres Praxis-PCs in der psych. Praxis

09.05. Weimar, 10.05. Nürnberg, 07.05. München, 04.05. Siegburg (bei Köln/Bonn), 03.05. Frankfurt, 21.04. Kaltenkirchen (bei HH)

**psyCultus** Fortbildungen stehen für ein vollkommenes Fortbildungserlebnis mit einer **kleinen Gruppe, einzigartigen Hotels, Vollverpflegung und Abendprogramm.**

Antrag auf Akkreditierung wurde gestellt.

[www.psyCultus.de](http://www.psyCultus.de)



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

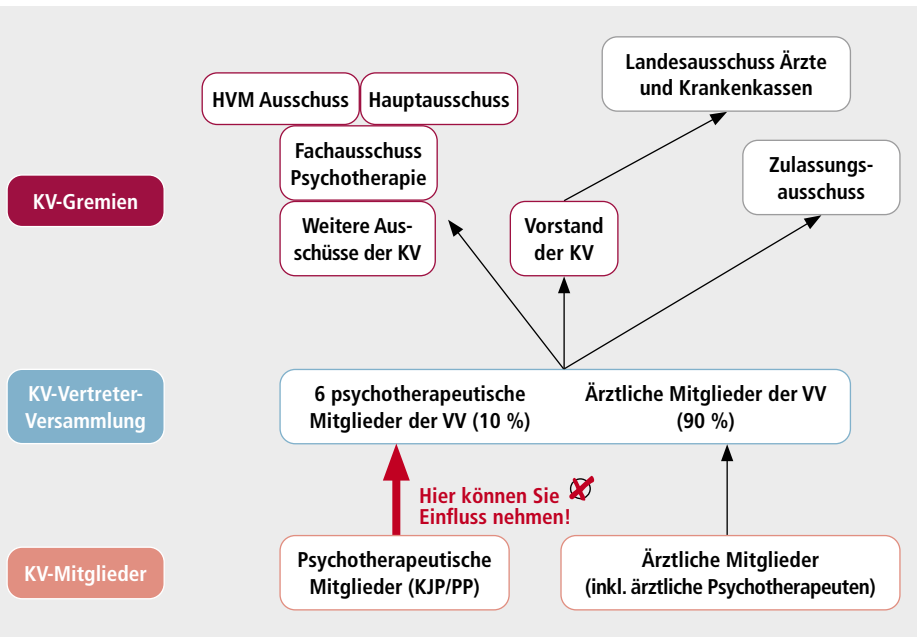


Abbildung 2: Interessenvertretung der Psychotherapeut\*innen in der Kassenärztlichen Vereinigung

von Vertreter\*innen in den Zulassungsausschüssen und viele anderen Ämter, sind für die niedergelassenen Vertragspsychotherapeut\*innen von Bedeutung. Es kann auch gelingen – wie vormals durch DPTV-Mitglieder in der KV Bayern, Hamburg und Rheinland-Pfalz et al. – dass ein\*e Psychotherapeut\*in in den Vorstand einer KV gewählt wird. In sozialrechtlichen Fragen hat die Stimme der KV-Vorsitzenden und insbesondere der KBV-Vorsitzenden in der Öffentlichkeit, bei Politikern und Krankenkassenverbänden ein großes, wenn auch nicht immer willkommenes Gewicht. Hier können die gewählten Vertreter\*innen und Ausschussmitglieder beratend auf einen KV-Vorstand einwirken.

KV- und KBV-Funktionäre setzen die berechtigten und berufsspezifischen Belange der Psychotherapeut\*innen nicht immer ausreichend durch. Beispielsweise in Verhandlungen mit den Krankenkassen, die von den Berufsverbänden initiiert und begleitet werden. **Die Honorargerechtigkeit für unsere Profession müssen wir seit Jahrzehnten immer wieder mit Klageverfahren vor Sozialgerichten einfordern.**

Die Besetzung und Kompetenzfestlegung in den KV-Gremien werden in der Regel im Proporz zu der Anzahl der gewählten Vertreter\*innen einer Wahlliste in der Vertreterversammlung in einer KV vergeben. Das bedeutet, **die KV-Mitglieder bestimmen hier über die Wahl ihrer Vertreter\*innen, die sich im Laufe einer Amtsperiode von sechs Jahren für ihre Interessen und Bedürfnisse aktiv einbringen können. Mit ihrer Wahlstimme können sie Einfluss nehmen!** Hier spielt neben der Erfahrung und dem persönlichen Engagement von Gewählten auch die Einbettung in ein kompetentes (Informations-)Netzwerk – durch einen erfahrenen Berufsverband – eine große Rolle.

**Welche Aufgabe hat die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wie werden die Ämter dort besetzt?**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist ein Dachverband aller Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland. Die Gremienarbeit dort hat die Aufgabe, Abstimmungen mit allen KV-en zu finden, die eine einheitliche Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und Aufgaben im Bundesgebiet ermöglichen. So werden hier in Gremien zum Beispiel Qualitätssicherungsrichtlinien entworfen oder der Umgang mit gesetzlichen Vorgaben wie der Einführung der Telematik oder der Honorarverteilung vereinheitlicht. Aber es werden auch Synergien genutzt, so wurde in dieser Arbeitsgemeinschaft zum Beispiel ein hauseigenes Qualitätsmanagement entwickelt, Praxisprogramme und Videoanbieter zertifiziert und vieles mehr.

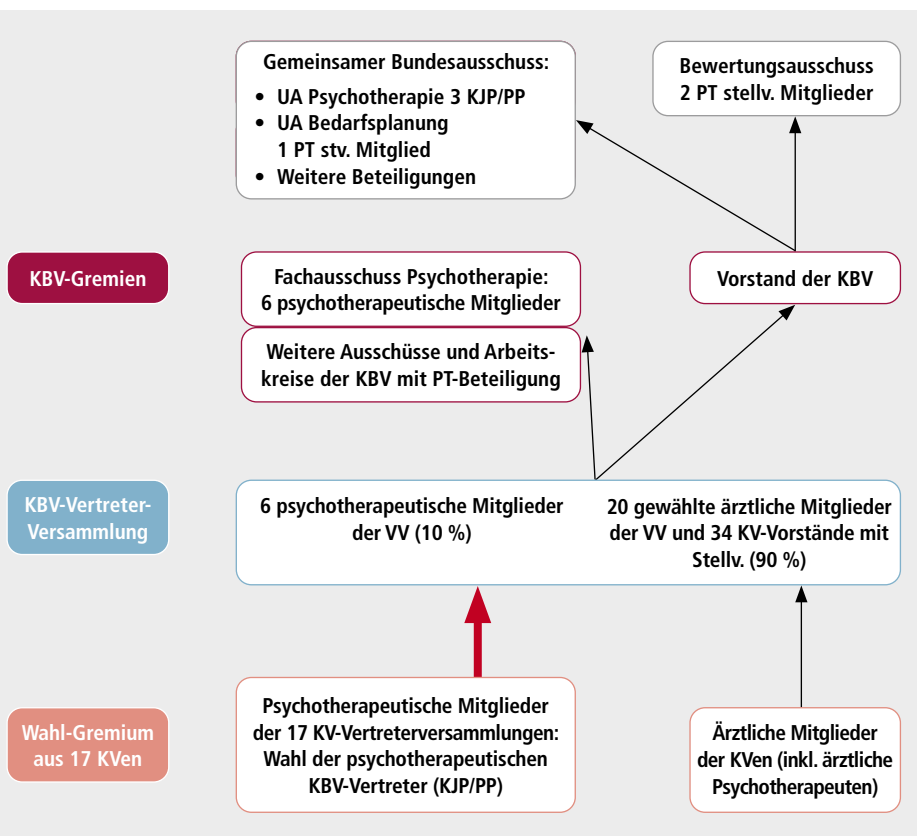


Abbildung 3: Interessenvertretung der Psychotherapeut\*innen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die sechs psychotherapeutischen Mitglieder in der KBV-Vertreterversammlung werden jedoch nicht direkt von den KV-Mitgliedern gewählt, sondern indirekt: Die in den 17 KVen gewählten psychotherapeutischen Mitglieder der Vertreterversammlungen treffen sich nach der KV-Wahl in einem Wahl-Gremium. Aus ihrer Mitte werden dann sechs Vertreter\*innen für die KBV-Vertreterversammlung gewählt. Auch hier ist bedeutsam, dass möglichst viele Vertreter\*innen in allen KVen aus unserem Verband gewählt werden, damit wir auf der Bundesebene die Interessen unserer DPtV-Mitglieder in die Gremienarbeit einbringen und Entwicklungen mitgestalten können. **Ihre Stimme bei der regionalen KV-Wahl hat somit auch einen bedeutenden Einfluss auf die Gremienarbeit auf der Bundesebene.**

Wie auch in den KVen bestimmt der Proporz in der gewählten KBV-Vertreterversammlung die Besetzung und Benennung in Ämtern in den KBV-Gremien, in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Honorargremien, zum Beispiel dem Bewertungsausschuss.

**Warum können wir bundesweit nur sechs Psychotherapeut\*innen in die Vertreterversammlung der KBV wählen?**

Der Gesetzgeber hat die Anzahl von Vertreter\*innen unserer Berufsgruppen in allen Vertreterversammlungen der KVen, als auch in der KBV-Vertreterversammlung, auf zehn Prozent der Gesamtzahl aller KV-Vertreter begrenzt. Das bedeutet, dass von insgesamt 60 Mitgliedern der KBV-Vertreterversammlung nur sechs Vertreter\*innen unserer Berufsgruppen hineingewählt werden können. Auf ärztlicher Seite können insgesamt 20 Vertreter\*innen gewählt werden. 34 Plätze werden ohne Wahl an die 17 KV-Vorsitzenden und deren Stellvertreter\*innen vergeben. **Dieses Verhältnis der Mitglieder in der Vertreterversammlung zueinander entspricht nicht den realen Mitgliederhältnissen in den KVen: Von ihrer Mitgliederzahl bundesweit ist die Behandlergruppe der Psychotherapeut\*innen die zweitgrößte Fach-/Berufsgruppe in den KVen.** So fehlen die unserem Versorgungsbereich und unserer Größe der psychotherapeutischen Behandlergruppe angemessenen demokratischen Mitbestimmungsmöglichkeiten.

**Warum wird der Beratenden Fachausschuss Psychotherapie mit seinen zwölf Mitgliedern zur Hälfte aus ärztlichen Psychotherapeut\*innen besetzt?**

Insgesamt sind 27.404 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen und Psychologische Psychotherapeut\*innen in der Versorgung tätig und nur 5.250 Ärzt\*innen für Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (aktueller KBV-Honorarbericht für das Quartal 4/2019). Die Besetzung der Beratenden Fachausschüsse Psychotherapie gibt nicht das Verhältnis der Niedergelassenen in ihren Berufsgruppen wieder. Diese Festlegung einer paritätischen Besetzung hat der Gesetzgeber im §79b SGB V festgelegt.

**Ziele und Aufgaben der Psychotherapeutenkammer**

Mit der Approbation ist jede\*r Psychotherapeut\*in in einer Landespsychotherapeutenkammer Pflichtmitglied. Die Psychotherapeutenkammer stellt die „reinste“ Vertretung für unsere Berufsgruppe der approbierten Psychotherapeut\*innen dar. In ihr sind – wie auch bei der DPtV – angestellte, frei niedergelassene und KV-zugelassene Kolleg\*innen vertreten.

Die Heilberufsgesetze haben den Kammern die Regelung aller Angelegenheiten des Berufsstands übertragen. Diese beziehen sich auf die ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung, die Prävention psychischer Störungen, die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufsangehörigen, die Qualitätssicherung der Berufsausübung und deren rechtliche Grundlagen einschließlich der Berufsaufsicht. Zu den Aufgaben einer Kammer gehört auch die Verpflichtung, gegenüber Behörden Stellungnahmen in allen Belangen des Berufsstands abzugeben.

**Aufgrund dieser Legitimation als Vertretung aller Berufsangehörigen wird die Stimme einer Kammer insbesondere in den Sozialministerien der Länder und im Bundesgesundheitsministerium sowie bei den Gesundheitspolitikern gehört.**

Wendet sich ein\*e Kolleg\*in mit einem Anliegen an Kammerversammlungsmitglieder, sind auch diese, wie diejenigen in den KVen, an die Verwaltungsvorschriften und Satzungen mit den dazugehörigen geregelten (zeitlichen) Abläufen und den vorherrschenden Mehrheitsauffassungen gebunden. Kammerversammlungsmitglieder und Ausschussmitglieder müssen die anderen Kolleg\*innen von ihren Vorstellungen überzeugen, damit die Kammer als Institution sich dieses Anliegen zu eigen macht.

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

STUDIENPLATZ-  
KLAGE

**Mi 09. März | Mi 23. März**  
**Mi 06. April | Mi 27. April**  
**Mi 11. Mai | Mi 25. Mai**

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

MEISTERERNST  
DÜSING  
MANSTETTEN

Partnerschaft von  
Rechtsanwältinnen und  
Rechtsanwälten mbB

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

## GESUNDHEITSPOLITIK

### Wie wird in der Psychotherapeutenkammer gewählt?

Von der Wahlstruktur ist die Kammer ähnlich wie die KV aufgebaut: Die Mitglieder wählen die Vertreterversammlung und diese dann den Kammervorstand. Die Mehrheitsverhältnisse in der Vertreterversammlung sind auch hier ausschlaggebend dafür, wer die Vorstandsposten besetzen kann und auch wer in die Ausschüsse gewählt wird. Nach dem Proporz der gewählten Vertreter\*innen der Wahllisten, werden dann die Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag (dem DPT, die Vertreterversammlung der BPtK) von jeder Kammerwahl gewählt. Je nach Mitgliederstärke erhält eine Länderkammer eine bestimmte Anzahl von Delegiertensitzen im DPT. Der DPT ist derzeit auf 140 Delegierte begrenzt. **Mit der Beteiligung an der Kammerwahl können Psychotherapeut\*innen auf die Politik der Länderkammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Einfluss nehmen.**

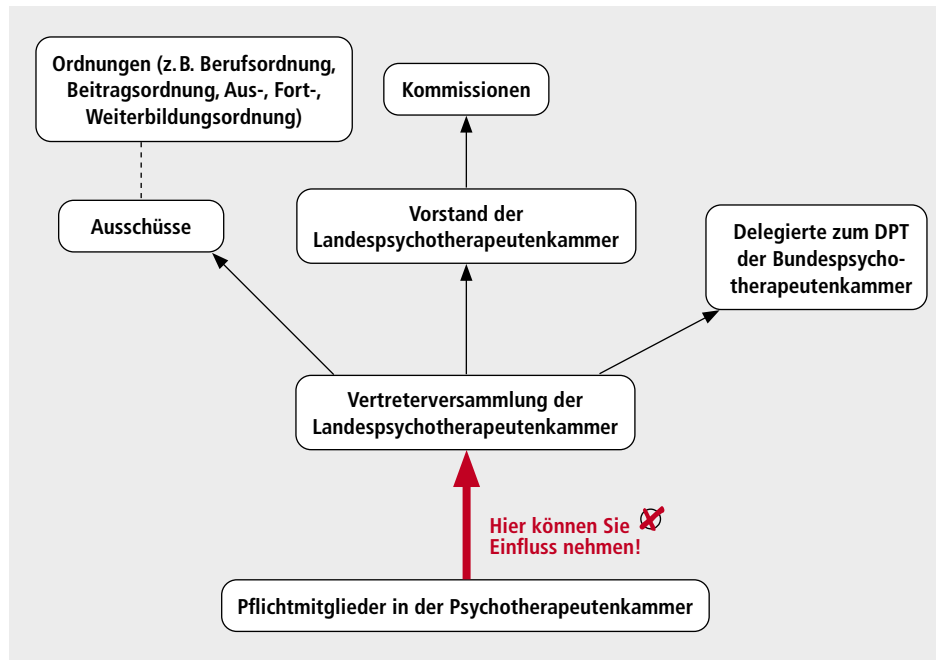


Abbildung 4: Psychotherapeutenkammer

### Wie wird die Bundespsychotherapeutenkammer gewählt?

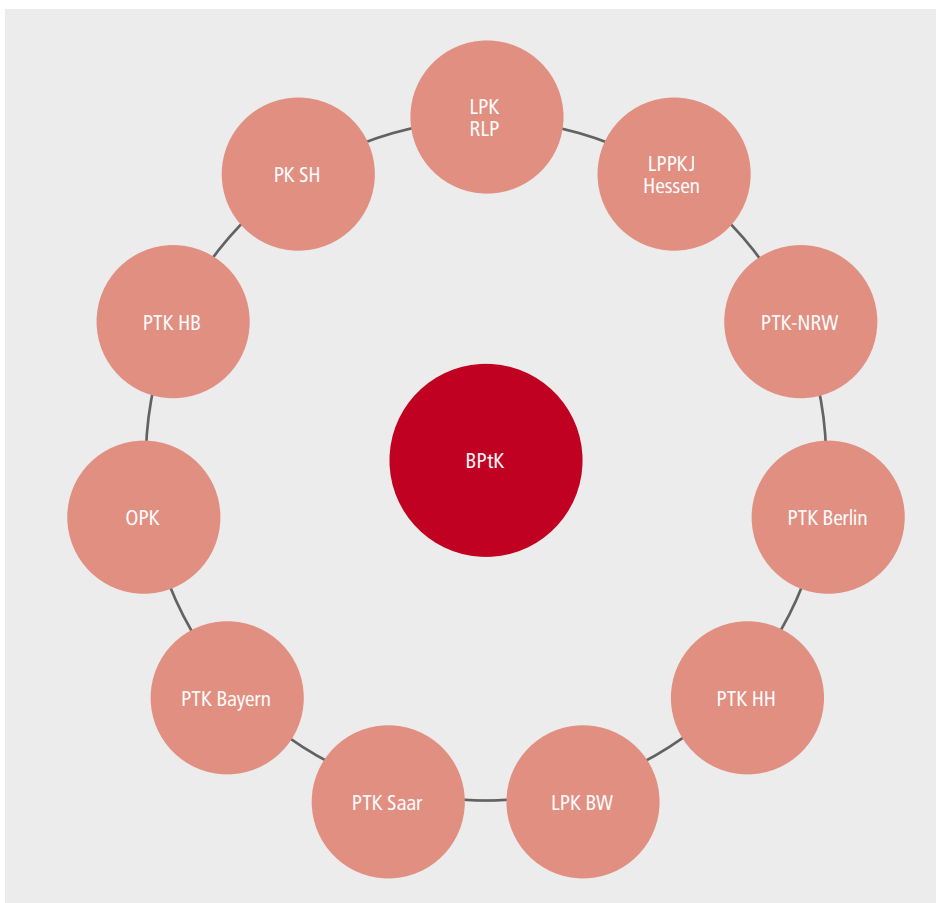
Die BPtK ist keine Einrichtung des öffentlichen Rechts. Sie ist rechtlich gesehen eine freiwillige Arbeitsgemeinschaft aller Landespsychotherapeutenkammern in Deutschland. Die Gremienarbeit dort hat die Aufgabe, gemeinsame Grundregeln zu schaffen, zum Beispiel Muster-Ordnungen, die dann von den Länderkammern in der Regel grundlegend übernommen werden. Für die Anzahl der möglichen DPTV-Mitglieder im DPT ist – wie oben schon angemerkt – das Wahlergebnisse einer Wahlliste in der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammern entscheidend. **Der DPT wählt den fünfköpfigen Vorstand der BPtK und die Mitglieder von Ausschüssen. Ein Mitglied des BPtK-Vorstands muss laut Satzung ein\*e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in sein. Der BPtK-Vorstand arbeitet in enger Zusammenarbeit mit dem Länderrat, der sich aus den Präsident\*innen der Landeskammern zusammensetzt.**

### Wie sollte das Zusammenspiel von Berufsverband und öffentlich-rechtlichem Gremien aussehen?

Die einfachste Antwort ist natürlich: Das Zusammenspiel sollte so gut sein, dass es uns als gesamte Berufsgruppe den besten und größten Nutzen bringt!

Ein gutes Zusammenspiel zwischen den rechtlich abgesicherten Einflussmöglichkeiten einer Psychotherapeutenkammer mit der größeren Flexibilität und dem Innovationspotenzial eines Berufsverbands ist zwingend notwendig. Beide, Kammer

Abbildung 5: 12 Psychotherapeutenkammern in Deutschland



und Berufsverband, vertreten die Mitglieder der Profession. Auf der Grundlage einer konstruktiven Synergie können die Gesamtinteressen der Profession optimal ausgeschöpft und gesamtgesellschaftlich verankert werden. **Ein gutes Beispiel für ein gutes Zusammenspiel ist im Ergebnis die Ausbildungsreform der Psychotherapeut\*innen, die vor über zehn Jahren von der DPTV angestoßen wurde.**

In den KVen und der KBV wird, neben unseren Berufsgruppen der KJP und PP, auch die Berufsgruppe der Ärzte vertreten. Deshalb ist es gerade hier notwendig, dass ein starker Berufsverband „von außen“ die politischen Aktivitäten unser Vertreter\*innen dort begleitet und unterstützt. So kann beispielsweise nur ein Berufsverband Probleme bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, beim Gutachterverfahren, bei den Ausbildungsbedingungen oder hinsichtlich der Arbeitsbedingungen der in Institutionen arbeiten Psychotherapeut\*innen, durch gerichtliche Klagen, durch Kooperationen zum Beispiel mit Gewerkschaften, durch das Vortragen von Innovationen bei den Entscheidungsträgern, bei den Krankenkassen, im Gemeinsamen Bundesausschuss oder in der KBV Änderungen anstoßen oder über rechtliche Schritte erzwingen.

Weiter kann ein Berufsverband unter Umständen schneller als eine Kammer oder KV Ideen für Modellprojekte und deren Realisierung politisch unterstützen und der Umsetzung näherbringen. **Auch leistet der Berufsverband die kritische Begleitung und die Kontrolle der Arbeit der Kammer und der KV.**

Die Kammer wiederum kann derartige Initiativen eines Berufsverbands bei ihrer Interessenvertretung gegenüber den Approbationsbehörden, dem Sozialministerium oder den Bundesministerien aufgreifen und darauf hinwirken, dass sie bei Verordnungen oder bei Gesetzesnovellierungen auf Dauer verankert werden. Auch die Vertreter\*innen in KVen und in der KBV können – soweit sie die anderen gewählten Vertreter\*innen überzeugen können – hier Missstände angehen und Neuerungen anstoßen.

Die Interessensvertretung der Kammer kann Stellungnahmen zu etlichen den Berufsstand und die psychotherapeutische Versorgung betreffenden Themen abgeben. Dabei spielt es natürlich eine Rolle, wie der jeweilige Kammervorstand zusammengesetzt ist und welche fachlichen Positionen er vertritt. Dabei ist es von Vorteil, wenn in den KVen und den Kammern gleiche Positionen – aktuell zum Beispiel zur Qualitätssicherung – vertreten werden. Das ist allerdings nicht immer der Fall.

**Die Zusammenarbeit zwischen Kammer und Interessensvertretung der Psychotherapeut\*innen innerhalb der KVen wird erleichtert, wenn ein starker Berufsverband als „Transmissionsriemen“ genutzt werden kann. Deshalb ist es so wichtig, dass Sie wählen und mit Bedacht Ihren Kandidat\*innen Ihre Stimme geben.**

### Ausblick

Die Arbeit eines Berufsverbands bewirkt direkte Vorteile für seine Mitglieder und ihren Berufsalltag. Er bildet eine wichtige dritte Säule für die „balance of power“. Für seine Mitglieder ist der Berufsverband das direkteste Sprachrohr und gleichzeitig das ausführende Organ für ihre Nöte, ihre Bedürfnisse, ihren Willen und ihre Wünsche.

Darüber hinaus bieten uns die Psychotherapeutenkammer und die Interessensvertretung der Psychotherapeut\*innen in der ärztlichen Selbstverwaltung unverzichtbare institutionalisierte Einflussmöglichkeiten. Aber als Berufsgruppe benötigen wir dringend zusätzliche Organisationsmöglichkeiten, um unsere professionsspezifische Interessensvielfalt artikulationsfähig zu machen: Denn innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung haben Psychotherapeut\*innen immer noch eine unzureichende Ausgestaltung ihrer Mitbestimmungsmöglichkeiten. Weiter sind in den Psychotherapeutenkammern Medien zu Vermittlungs- und Abstimmungsprozessen zwischen den jeweiligen Gruppenrepräsentanten erforderlich. Für diese Aufgaben und auch für eine Dynamisierung der Entscheidungsprozesse in den öffentlich-rechtlichen Institutionen benötigen wir einen aktiven und schlagkräftigen Berufsverband.

Die DPTV ist im Gesundheitssystem als stabile, verlässliche und vertrauenswürdige Ansprechpartnerin etabliert. In den letzten Jahrzehnten haben viele fähige DPTV-Aktive Ämter in öffentlich-rechtlichen Institutionen übernommen. Für diese exponentiell steigenden Aufgaben über die letzten beiden Jahrzehnte geht es immer wieder darum, für neue Aufgaben und neue Positionen weitere fachlich kompetente Kolleginnen und Kollegen zu finden. **Und wir werden auch nicht jünger und brauchen Kolleg\*innen, die in die Fußstapfen der älteren treten und das gewachsene Wissen und unser Netzwerk übernehmen. Diese Über- und Weitergabe von alt zu jung wird von uns auf allen Ebenen protegert. Schon jetzt engagieren sich bereits die Jungen Psychotherapeut\*innen und ihr Sprecher\*innen-Team in der DPTV. Auch unser Mentoringprogramm „Frauen an die Spitze“ dient diesem wichtigen Generationsanliegen.**

Um es etwas humorvoll auszudrücken: Neue Aktive sind bei uns in der DPTV willkommen, damit wir auch noch morgen kraftvoll zubeißen können! Denn es gibt auch in Zukunft weiterhin harte Brocken, durch die wir uns als Berufsverband durchbeißen müssen. Sie wollen sich für die Entwicklung des Berufsstands einsetzen? Nutzen Sie Ihr Wahlrecht!



**Sabine Schäfer**

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

Sigrid Graumann

# Suizidassistentz und Suizidprävention

Bei der Legalisierung der Suizidassistentz ist der Aufbau einer psychosozialen Beratungsstruktur vorgesehen – der Konflikt mit den Zielen der Suizidprävention ist vorprogrammiert.

In dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 wurde das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufgehoben. In den Leitsätzen des Beschlusses heißt es, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie auch ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasst. Dazu gehöre auch für die Selbsttötung „bei Dritten Hilfe zu suchen, und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“ Bei der Neuregelung müsse der Gesetzgeber sicherstellen, dass das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben tatsächlich ausgeübt werden kann. Das heißt also, dass sich im politisch-ethischen Diskurs nun ganz konkret die Frage stellt, wie die Regulierung der Suizidassistentz erfolgen soll. Die in den letzten Jahren ausgesprochen kontrovers diskutierte Frage, ob die Suizidassistentz legalisiert werden soll oder nicht, hat sich damit praktisch überholt. Eine gesetzliche Regulierung, die den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts folgt, muss aber

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie umfasst auch ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Dazu gehört auch für die Selbsttötung „bei Dritten Hilfe zu suchen, und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“

gleichzeitig die Gefahren für vulnerable Personen im Auge behalten.

Die Kirchen kritisieren den Bundesverfassungsgerichtsbeschluss in ihrer gemeinsamen Erklärung als „Einschnitt in unsere auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichtete Kultur.“ Sie äußern die Befürchtung, „dass die Zulassung organisierter Angebote der Selbsttötung alte und kranke Menschen auf subtile Weise unter Druck setzen kann, von derartigen Angeboten Gebrauch zu machen“ (EKD und Deutsche Bischofskonferenz 2021). Auch Befürworter der Suizidassistentz räumen ein, dass bei einer Legalisierung der Suizidassistentz die Gefahr entsteht, dass ein sozialer Druck auf kranke und behinderte Menschen ausgeübt werden könne, solche Angebote in Anspruch zu nehmen (Simon 2003). Um dieser Gefahr zu begegnen und Minderjährige sowie Personen mit Behinderungen und psychischen Krankheiten zu schützen, wurde in der Vergangenheit auch von Befürwortern der Suizidassistentz vorgeschlagen, den Zugang zu Suizidassistentz auf volljährige Personen mit einer schweren, terminalen körperlichen Erkrankung zu beschränken. Diese Gruppe potenziell Sterbewilliger steht in der öffentlichen Debatte über die Suizidassistentz meist auch explizit oder implizit im Fokus. Von den bisherigen Gegner\*innen der Suizidbeihilfe wurde sehr skeptisch gesehen, ob eine solche Einschränkung gelingen kann (Bobbert 2003).



## Kurz gefasst

In seinem Beschluss vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufgehoben und den Gesetzgeber zur Neuregelung aufgefordert. Der Schutz vulnerabler Personen durch eine Beschränkung des Zugangs zu Suizidassistenten auf Personen mit schweren Krankheitszuständen oder in bestimmten Lebensphasen schließt das Bundesverfassungsgericht aus. Auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen kann eine Suizidassistenten nicht grundsätzlich verwehrt werden. Die Regelungsvorschläge, die diskutiert werden, sehen einen Schutz vor unreflektierten Entscheidungen durch eine verpflichtende psychosoziale Beratung vor. Dies könnte eine neue Aufgabe für Psychotherapeut\*innen sein. Diese Beratung wäre aber auf Suizidbegleitung ausgerichtet, während die Suizidprävention auch in vermeintlich aussichtslosen Situationen neue Lebensperspektiven eröffnen will. Konflikte sind damit vorprogrammiert. Die Normalisierung der Suizidassistenten könnte die Erfolge der Suizidprävention gefährden.



Vergleichbare Akte paternalistischer Bevormundung von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Personen mit Behinderungen und psychischen Krankheiten, die in der Vergangenheit gang und gebe waren, werden zunehmend kritisch gesehen. So ist in jüngster Zeit das gesellschaftliche Bewusstsein für systematische Verletzungen des Rechts auf Selbstbestimmung im Sozial- und Gesundheitswesen gewachsen. Aufgezwungene Hilfen werden zunehmend kritisch gesehen. Kinder und Jugendliche, aber auch Personen mit sogenannten geistigen Behinderungen und psychischen Krankheiten sind häufig in vielen Aspekten, die ihr eigenes Leben betreffen, viel stärker zu selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Entscheidungen fähig, als ihnen das von Dritten zugetraut wird. In der Stellungnahme „Hilfe durch Zwang?“ stellt der Deutsche Ethikrat fest, dass sich eine pauschale Aberkennung der Fähigkeit zu Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit in Abhängigkeit vom Alter, kognitiven Beeinträchtigungen oder psychiatrischen Diagnosen als unangemessen erwiesen hat. Hilfe durch Zwang ist für freiverantwortlich handelnde Personen aus ethischer Sicht nicht zur rechtfertigen (Deutscher Ethikrat 2018). Konsequenterweise heißt das auch, dass der generelle Ausschluss dieser Gruppen vom Anspruch auf Suizidassistenz aus ethischer Sicht als diskriminierend und bevormundend angesehen werden muss.

Die meisten der bislang diskutierten Gesetzentwürfe setzen aus den genannten Gründen nicht auf den Ausschluss bestimmter Personengruppen vom Anspruch auf Suizidassistenz, sondern auf die Prüfung der Authentizität des Sterbewunsches als Voraussetzung für den Zugang zu Suizidassistenz (Fricke 2021 a, b). Damit soll der Gefahr der Normalisierung des Suizids begegnet werden, der von der leichten Verfügbarkeit von todbringenden Medikamenten ausgehen kann. Zum einen soll die Authentizität des Sterbewunsches durch eine psychologische oder psychiatrische Begutachtung als Voraussetzung für die Suizidassistenz festgestellt werden und zum anderen soll die Selbstbestimmungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit sterbewilliger Personen durch psychosoziale Beratung gestärkt werden.

Dies könnte ein künftiges Aufgabenfeld nicht nur für die Psychiatrie, sondern auch für die Psychotherapie sein. In jedem Fall aber würde eine vorgeschriebene Überprüfung der Authentizität von Sterbewünschen und eine psychosoziale Begleitung der Suizidassistenz den Aufbau einer entsprechenden Beratungs- und Begleitungsstruktur erforderlich machen.

### **Suizidbegleitung versus Suizidprävention?**

In Kreisen der Sozialpsychiatrie wird diese Entwicklung zurecht sehr kritisch gesehen. Die Infrastruktur der Suizidprävention, die in den vergangenen Jahrzehnten aufgebaut worden ist, hat große Erfolge hinsichtlich der Senkung von Suizidraten erreicht. Dabei ist die Finanzierung der Strukturen der Suizidprävention nach wie vor nicht dauerhaft gesichert. Mit einer gewissen Berechtigung wird daher befürchtet, dass dauerhaft eine Konkurrenz zwischen einer Beratungsstruktur zur Suizidbegleitung und der Infrastruktur zur Suizidprävention entstehen wird.

Die beiden Beratungskonzepte – Suizidbegleitung auf der einen und Suizidprävention auf der anderen Seite – unterscheiden sich grundlegend. Während die Suizidbegleitung ermöglichen soll, dass sterbewillige Personen mit Hilfe von Suizidassistenz selbstbestimmt aus dem Leben scheiden können, will die Suizidprävention sterbewilligen Personen auch in vermeintlich aussichtslosen Situationen neue Lebensperspektiven eröffnen. Außerdem sind die Perspektiven auf das Phänomen der Suizidalität zwischen den beiden Konzepten grundlegend verschieden.

Mit dem Konzept der Suizidbegleitung soll einer Person, die selbstbestimmt, auf der Grundlage eines gut abgewogenen und beständigen Sterbewunsches nach einer schweren, unheilbaren Erkrankung oder im hohen Alter nach einem erfüllten Leben Suizidassistenz in Anspruch nehmen will, begleiten. Dies wird auch als Bilanzsuizid bezeichnet. Bilanzsuizide können auch nach einer langen chronischen psychischen Erkrankung auftreten. Die Suizidforschung zeigt allerdings, dass solche Bilanzsuizide nur einen sehr kleinen Teil der Suizide ausmachen.

**Während die Suizidbegleitung ermöglichen soll, dass sterbewillige Personen mit Hilfe von Suizidassistenz selbstbestimmt aus dem Leben scheiden können, will die Suizidprävention sterbewilligen Personen auch in vermeintlich aussichtslosen Situationen neue Lebensperspektiven eröffnen.**





2022, Palma de Mallorca  
**DBT Kompakt I & II**  
 DBT Kompakt I (Basis I und Skills I): 23.05. – 26.05.2022  
 DBT Kompakt II (Basis II und Skills II): 17.10. – 20.10.2022

Buchung unter: [awp.berlin/mallorca](http://awp.berlin/mallorca)



**Psychotherapietage Berlin**  
 2022  
 7. und 8. Mai

Buchung unter: [www.psychotherapietage-berlin.de](http://www.psychotherapietage-berlin.de)

Das Konzept der Suizidprävention folgt der Erkenntnis der Suizidforschung, dass Suizidalität in Wirklichkeit ein sehr komplexes, sehr stark von sozialen Beziehungen abhängiges Geschehen darstellt. Die überwiegende Mehrheit der Suizidversuche und Suizide geschieht im Rahmen von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, Alkohol- und Drogensucht oder Persönlichkeitsstörungen (Nationales Programm für Suizidprävention). Suizidale Impulse im Rahmen psychischer Erkrankungen sind fast immer vorübergehend und sie lassen sich in der Regel mit Hilfe von Suizidprävention verhindern. Die Suizidprävention kann beachtliche Erfolge vorweisen: Während 1999 noch 13.924 Menschen sich das Leben nahmen, waren es 2019 nur noch 9.041 Todesfälle durch Suizid in einem Jahr (Nationales Programm für Suizidprävention). Dieser Präventionserfolg ist Ergebnis einer verbesserten klinisch- und sozialpsychiatrischen Versorgung.

Die meisten suizidalen Menschen beschäftigt nicht die rationale Bilanz sittlich-moralischer Werte, sondern eine existentielle Ambivalenz von Gedanken, Gefühlen und Bedürfnissen, die sich in gewissen Lebenssituationen zuspitzen können (Lindner 2020). Genau dies kann auch die Situation von schwer und terminal erkrankter Personen mit Sterbewünschen kennzeichnen (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2014). In solchen Fällen können Palliativmedizin und Hospizarbeit, wie die Suizidprävention bei psychiatrischen Erkrankungen, neue Lebensperspektiven in vermeintlich aussichtslosen Situationen eröffnen (Klaschik und Ostgathe 2004).

Suizidassistenz und Suizidprävention stehen in einem schwierigen Konflikt zueinander. Die „Normalisierung“ der Suizidassistenz hat das Potenzial, die Erfolge der Suizidprävention zu relativieren. Während die Strukturen der Suizidprävention nach wie vor prekär finanziert sind, soll nun eine neue Beratungsstruktur für Bilanzsuizide aufgebaut werden. Diese wird auf die Prüfung der Authentizität des Sterbewunsches und nicht auf Suizidprävention ausgerichtet sein. Beide Ziele sind jedoch nicht miteinander vereinbar. Es ist daher notwendig, wie die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention fordert, zunächst die Suizidprävention sowie Palliativmedizin und Hospizarbeit zu stärken und insbesondere deren Finanzierung nachhaltig zu sichern, bevor unabhängig davon eine Beratungsstruktur für die Suizidbegleitung aufgebaut wird (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2021).



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



**Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann**  
 Biologin und Philosophin, Professorin für Ethik in sozialen Berufen und Rektorin der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum, Mitglied im Deutschen Ethikrat.

Ken Schönfelder

# Kleine Schritte für das Klima



Ich habe in meinem Leben viel Zeit im Auto verbracht – insgesamt grob geschätzt 5.500 Stunden. Das sind mehr als 200 Tage, nonstop. Auf dem Weg zur Arbeit, zu Freunden, zu Veranstaltungen, fahrend oder stehend auf der A72. Aber so ist das auf dem Land. Ohne Auto geht es nicht. Und als Familie braucht man zwei Autos. Mindestens. Davon war ich fest überzeugt. Bis 2018.

In dem Jahr habe ich eine Veranstaltung der Fridays for Future besucht und kam ins Nachdenken. Ein glücklicher Zufall wollte es, dass sich mein Arbeitsweg kurz vorher von 60 Kilometer am Tag auf sechs Kilometer verkürzt hatte. Und nun saß ich da, mit Fakten zum Klimawandel und einem neuen Auto, das ich mir zum Abschluss der Ausbildung gerade erst „gegönnt“ hatte – natürlich mit ordentlich Leistung und allem Schnickschnack, den man so braucht. Oder eben auch nicht mehr. Mein tragender Rechtfertigungsgrund für das Auto – ich brauchte es ja für den Arbeitsweg – brach von heute auf morgen weg und das argumentative Konstrukt kam ins Wanken. Die entstandene kognitive Dissonanz nagte die folgenden Wochen am Gewissen. Moralische Überlegungen brachten mich dabei immer wieder an den Punkt: Ein Auto genügt uns. Es müssen nicht zwei sein.

Da der innere Spannungszustand zunahm und auch saloppe Selbstrechtfertigungen („Das Auto ist doch erst neu, der Wertverlust ist enorm.“; „Alle haben zwei Autos.“; „Das Familienauto hat weniger Komfort.“) nicht mehr ihren Zweck erfüllten, nutzte ich eine ruhige Minute, um den Status quo einmal genauer zu beleuchten und notierte meine Erwartungen (siehe Tabelle).

Ogleich die Zahl der Argumente für das Beibehalten bekannter Muster sprach und eine Gewichtung keine absolute Klarheit brachte, entschloss ich mich doch, das Experiment zu wagen.

Ein Jahr später zog ich dann Bilanz. Ich hatte circa 600 Kilometer mit dem Rad und circa 150 Kilometer zu Fuß zurückgelegt. Alle „Chancen“ hatten sich bewahrheitet. Ein E-Bike oder Jahresticket habe ich bis heute nicht. Im ersten Jahr fielen Ausgaben in Höhe von circa 260 Euro für 51 Busfahrten und wettergerechte Kleidung für den Weg in die Praxis an. Die Freizeit verkürzte sich nur unmerklich, um etwa zehn Minuten am Tag, die Suche nach Parkplätzen hatte vorab mehr Zeit in Anspruch genommen als gedacht. Stattdessen ergab sich nun ein ungeahntes Zeitfenster, um Hörbüchern zu lauschen oder im Bus – der bisher immer zuverlässig war – doch einmal ein wenig zu lesen.

Chancen (+)	Risiken/Ängste (-)
mehr Sport	E-Bike-Anschaffung (ca. 2.500 Euro)
mehr frische Luft	oder Jahresticket Bus (362 Euro/Jahr) und Mietwagen Kosten für Vorträge/Seminare (ca. 500 Euro/Jahr)
Geld aus Autoverkauf	weniger Freizeit aufgrund längerer Fahrzeiten mit Fahrrad/zu Fuß
Einsparung Versicherung etc. (ca. 800 Euro/Jahr)	Streit um Familienauto
Einsparung Spritkosten	weniger Möglichkeit zum Treffen von Freunden (Ende Freundschaften?)
kleiner Beitrag für das Klima	Terminausfälle aufgrund unpünktlicher Öffis
	Gefühl, Autonomie abgeben zu müssen
	Befürchtung, die vogtländischen Berge nicht bewältigen zu können
	... oder dann doch ein Leasingwagen über die Praxis? (circa 5.000 Euro/Jahr)



Zu Beginn war es schwierig, die Terminplanung so zu organisieren, dass es keine Überschneidung bei der Nutzung des Familienautos gab. Mittlerweile hat sich das dank eines gemeinsamen Kalenders gut eingeepegelt. Hin und wieder ergeben sich auch Fahrgemeinschaften mit Nachbarn. Und Freunde besuchen geht natürlich auch problemlos – da stellt die Pandemie eine größere Hürde dar.

Manchmal kommt es vor, dass ich mich doch nach der Autonomie sehne, jederzeit entscheiden zu können, wann ich wohin fahre. Aber ich habe auch ein Gefühl schätzen gelernt: Entschleunigung. Nicht schnell-schnell von einem Event zum nächsten Rasen, sondern dem Tempo des eigenen Körpers folgen und Wege bewusster wahrnehmen. In den zurückliegenden Jahren habe ich nun die Strecke bis nach Rom und zurück per pedes absolviert. Seitdem habe ich auch kaum noch Rückenschmerzen. Da fällt es kaum ins Gewicht, dass im Sommer mehr Wäsche anfällt und man immer Sonnencreme dabeihaben muss.

Vielleicht ändern sich irgendwann die Rahmenbedingungen und ich muss mich der Frage erneut stellen. Bis dahin ist es hoffentlich noch ein weiter Weg. Zu Fuß.

Egal, ob bei Schnee, Regen oder Sonnenschein, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Ken Schönfelder bestreitet seinen Weg in die Praxis zu Fuß oder mit dem Rad.



# EGO-STATE-THERAPIE

Zertifizierte Fortbildung in Bonn  
Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



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

## Sonderseminar 2022

**Seminar mit Jan Gysi am 15.+16.05.22**  
Diagnostik und strukturierte Erfassung von  
Traumafolgestörungen

*Die Seminare 1-9 sind Teil des anerkannten Ausbildungs-  
curriculums zum: zur Ego-State Therapeut:in.*

## Spezialseminare

**Seminar 9 Die Times Methode mit Silke Großbach  
am 01.+02.04.22**  
Kreative und gestalterische Interventionen in der Ego-  
State-Therapie

**Seminar 7 Spezial-EMDR/EST am 27.+28.01.23**  
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination  
von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

**Seminar 8 Spezial-Körpersprache am 24.+25.03.23**  
Die Körpersprache der Ego-States

## Curriculum 2023-24

**Seminar 1 am 13.+14.01.23**  
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit  
inneren ressourcenvollen Anteilen

**Seminar 2 am 03.+04.03.23**  
Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichts-  
maßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten  
Klient:innen

**Seminar 3 am 21.+22.04.23**  
Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung  
einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Um-  
gang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen

**Seminar 4 am 18.+19.08.23**  
Kontaktaufnahme und Arbeit mit kontrollierenden Anteilen  
bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Sympto-  
matiken

**Seminar 5 am 20.+21.10.23**  
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und  
Kooperieren

**Seminar 6 am 24.+25.11.23**  
Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-  
States, posttraumatisches Wachstum, Integration des  
neuen Wissens in die Behandlungsplanung

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der  
PTK NRW mit 20 Punkten.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation  
Die Gebühren betragen pro Seminar  
495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei:  
[susanne.leutner@t-online.de](mailto:susanne.leutner@t-online.de)

[www.EST-Rheinland.de](http://www.EST-Rheinland.de)





Elisabeth Kirchner

# Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen

Erhebung in Mainfranken zur psychotherapeutischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit komplexen Gewalterfahrungen.

Die zeitlich begrenzte Beratung wird dem Bedarf der schwer belasteten Klientinnen meist nicht gerecht und/oder sie müssen unversorgt wieder weggeschickt werden, weil die Kapazitäten nicht ausreichen.

Wildwasser Würzburg e.V. besteht seit 1989 und berät Mädchen und Frauen zu jeglichen erlebten Gewaltformen. Die Beratung ist kostenlos und

kann auf Wunsch anonym erfolgen. „Jedes Mädchen und jede Frau hat das Recht auf ein Leben ohne Gewalt“ ist die Grundhaltung unseres Vereins. Die

Fachberatungsstelle verfügt nicht über die Kapazitäten eines Therapiezentrums. Gleichwohl werden wir von Klientinnen mit komplexen Gewalterfahrungen aufgesucht, die keinen Platz bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen finden. Von den betroffenen Frauen hören wir, dass sie mit ihrer Diagnose abgewiesen werden. Die zeitlich begrenzte Beratung wird dem Bedarf der schwer belasteten Klientinnen meist nicht gerecht und/oder sie müssen unversorgt wieder weggeschickt werden, weil die Kapazitäten nicht ausreichen.

Im Folgenden verwenden wir das generische Femininum. Die Mehrzahl der Betroffenen und der Unterstützerinnen sind Frauen. Gleichwohl wissen wir um Jungen und Männer, die ebenfalls massive Gewalterfahrungen erlitten haben und sprechen für sie mit. Zudem freuen wir uns über jeden Kollegen, der für die Zielgruppe tätig ist.

In der Region Mainfranken (Stadt und Landkreis Würzburg, Landkreis Main-Spessart und Landkreis Kitzingen) wollten wir erfahren, wie die Versorgung von komplex traumatisierten oder auch von organisierter Gewalt Betroffener gewährleistet ist. Dazu schrieben wir im August 2021 alle 218 niedergelassene Psychotherapeutinnen an, davon 185 Psychologische Psychotherapeutinnen für Erwachsene und 33 für Kinder und Jugendliche. 95 Fragebögen kamen ausgefüllt zurück – was einem Rücklauf von 44 % entspricht.

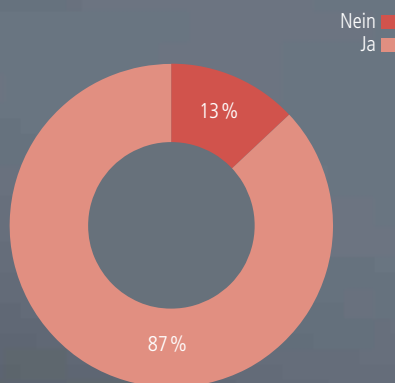


Abbildung 1: Patientinnen mit sexualisierten Gewalterfahrungen



Abbildung 2: Diagnostizierte Folgen/Überlebensstrategien

### Ergebnisse aus der Erhebung

Erfreulicherweise kannten 97 % der Antwortenden unsere Fachberatungsstelle. Die Hälfte derer ist einverstanden, wenn Wildwasser Würzburg e.V. Klientinnen an sie verweist.

86 % der Psychotherapeutinnen gaben an, dass sie aktuell Patientinnen mit Gewalterfahrungen behandeln. Gefragt, wie viele ihrer aktuell in Behandlung befindlichen Patientinnen Gewalt erlebt hatten (ganz allgemein gefragt), so waren dies 21 % des Klientels, also jede fünfte Patientin.

Im nächsten Schritt wollten wir wissen, wie viele Patientinnen von sexualisierter Gewalt berichten. Das bestätigten 87 % der Kolleginnen. Diese gaben an, dass jeweils durchschnittlich 13,5 % ihres aktuellen Klientels, also jede achte Patientin sexualisierte Gewalt erfahren habe (siehe Abbildung 1).

Die Frage, ob sie im Laufe ihres Berufslebens Patientinnen hatten, die ritualisierter oder organisierter Gewalt ausgesetzt waren, bejahten 27 Psychotherapeutinnen. Die sich dazu äußerten, hatten im Durchschnitt in den letzten zehn Jahren 3,8 Patientinnen mit ritueller oder organisierter Gewalterfahrung.

Wir wollten von den Befragten wissen, welche Folgen oder Überlebensstrategien sie bei Patientinnen nach Gewalterfahrung diagnostizieren.

Es zeigte sich, dass das Spektrum der in Folge von Gewalt behandelten Störungen breit ist: Am häufigsten wurden (komplexe) Posttraumatischer Belastungsstörung, Depression und Ängste genannt. Jede zweite Therapeutin diagnostiziert eine Essstörung und/oder dissoziative Symptome. Jede Fünftel behandelt die dissoziative Identitätsstörung oder chronische Suizidalität (siehe Abbildung 2)!

86 % der Psychotherapeutinnen gaben an, dass sie aktuell Patientinnen mit Gewalterfahrungen behandeln.



## AUS DER PRAXIS

Des Weiteren interessierte uns, inwieweit approbierte Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in ihrer Ausbildung mit den Folgen von komplexer Gewalterfahrung vertraut gemacht wurden (siehe Abbildung 3).

57 % der Antwortenden gaben an, dass der Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen kein oder nur wenig Inhalt ihrer Ausbildung gewesen ist. 11 % kreuzten an, dass dies in großem Umfang Inhalt war und lediglich 3 %, dass dies sehr ausführlich stattfand.

**57 % der Antwortenden gaben an, dass der Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen kein oder nur wenig Inhalt ihrer Ausbildung gewesen ist.**

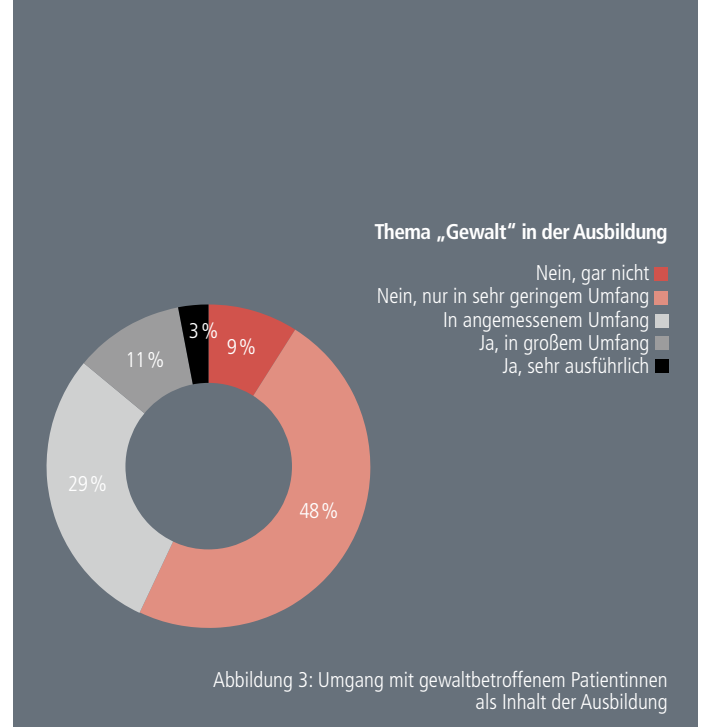
Zum Thema ritualisierter oder organisierter Gewalterfahrung von Patientinnen wollten wir wissen, ob dies überhaupt Inhalt in der Ausbildung war. Dies bejahten lediglich 7 % der Antwortenden.

Mit der Hypothese, dass die Begleitung durch Gewalterfahrungen schwer belasteter Mädchen oder Frauen besondere Herausforderungen mit sich bringt, fragten wir offen, was die Kolleginnen als besonders in der Arbeit mit ihnen erachten. 81 Antwortende machten bei der offenen Frage Angaben, vielfach mit mehreren Ausführungen. Die meisten Therapeutinnen (48) nannten persönliche Faktoren. Die hier am meisten benannten Punkte waren „langsamer Beziehungsaufbau“ (20 Nennungen), „braucht viel Geduld“ (13), „geht oft an eigene Belastungsgrenze“ (14), „eigene Psychohygiene besonders wichtig“ (10) und „Achtsamkeit für eigene Grenzen“ (6).

Am zweithäufigsten wurden Besonderheiten genannt (insgesamt 44), die die Patientin mitbringt oder sie braucht wie „Stabilisierung“ (16), „Sicherheit“ (12), „traumatherapeutische Ausbildung und Erfahrung bzw. Vorgehen“ (13). Weitere häufigere Angaben waren „oft sehr komplexes Beschwerdebild“ (6), „oft dissoziierend“ (8), „suizidal“ (4), „multimorbid“ (3), „Akzeptanz – auch bei Rückschlägen“ (3).

15 Personen gaben Antworten zu den besonderen Rahmenbedingungen bei Patientinnen, die durch Gewalterfahrungen schwer belastet sind wie „bürokratische Hürden“ (6), „Vernetzung hier besonders wichtig“ oder „interdisziplinär arbeiten“ (8), es bräuhete „ein viel höheres Kontingent an Sitzungen“ (9) oder „viel Supervision für Therapeutinnen“ (4).

Ebenso fragten wir offen, was die Kolleginnen am meisten fordert, wenn sie mit diesen Patientinnen



arbeiten. Die Frage wurde 82-mal inhaltlich beantwortet. Auch hier betrafen die häufigsten Angaben (insgesamt 61, also 75 %) den persönlichen Bereich wie „eigene Abgrenzung“ (19 Nennungen), „hohe eigene Belastung“ (17), „eigene Betroffenheit“ (12) oder „emotionales Mittragen traumatischer Erfahrungen“ und „Umgang mit Hilflosigkeit“ (je 7). Weitere sagten, die erforderliche Beziehungsarbeit sei sehr intensiv (11) und sie benötige viel innere Kapazität (9). Auch eigene Ohnmachtsgefühle (8) und die eigene Angst vor dem oder den Tätern (3) wurden unter anderem genannt.

Am zweithäufigsten (36 Nennungen) wurden Faktoren genannt, die die Rahmenbedingungen betreffen. So wurde gesagt, die Stundenkontingente für diese Patientinnen seien nicht ausreichend (15), der Zeitdruck von 50 Minuten pro Sitzung sei herausfordernd (6) oder allgemein „die zeitliche Begrenztheit der Therapie“ den Patientinnen nicht gerecht werden könne (3). Des Weiteren wurde hier die Ungewissheit über rechtliche Fragen und juristisches Vorgehen (9) genannt. Außerdem wurde als fordernd beschrieben, dass die Auseinandersetzung mit den Patientinnen viel Inter- und Supervision brauche (7) und eine gute Vernetzung (8). Auch ein fehlendes Team und fehlender Austausch (4) kamen hier zur Sprache sowie das ungenügende Wissen von Fachleuten (Ärztinnen, Gutachterinnen, ...) über die Thematik (3).

Auf der fachlichen Seite wurden als besonders fordernd die Instabilität der Patientinnen genannt (15 Nennungen), deren Schwierigkeit sich zu öffnen (6), der Umgang mit destruktiven und autoaggressiven Anteilen (8) sowie Dissoziation (6) und immer wiederkehrende Suizidalität (5). Außerdem spielt die fehlende Erfahrung mit schwer traumatisierten Patientinnen im ambulanten Setting (5) eine Rolle.

Die Frage, ob sie an Fortbildungen zur Thematik interessiert sind, bejahten 87 % der antwortenden Therapeutinnen. Von denen, die dies nicht sind, haben einige hervorgehoben, dass sie in den nächsten Jahren ihre Praxistätigkeit aufgeben werden oder sie zurzeit an einer anderen Fortbildung teilnehmen.

Konkret benannten manche, welche Inhalte sie besonders interessierten wie Fallbesprechungen, Austausch mit anderen Therapeutinnen sowie Möglichkeiten zur eigenen Psychohygiene und Selbstschutz. Des Weiteren wurde Interesse an rechtliche Bedingungen, Kinderschutz, Fragen zu Gerechtigkeit oder Entschädigung geäußert. Andere Bereiche betrafen verschiedene Bereiche der Traumatherapie und in der Arbeit mit dissoziierenden oder sich selbst verletzenden Patientinnen.

Zum Schluss fragten wir die Kolleginnen nach Wünschen, um die Zielgruppe gut versorgen zu können (siehe Abbildung 4).

Weit mehr als die Hälfte wünscht sich spezifische Fortbildungen und Intervention oder Qualitätszirkel. Eine bessere Vergütung für die Psychotherapie mit schwer belasteten Patientinnen ist für ein gutes Drittel wichtig. Die sonstigen Wünsche betrafen unter anderem höhere Stundenkontingente, ein gutes Netzwerk mit anderen Hilfestellen, flexiblere Therapiemöglichkeiten, die Finanzierung außerordentlicher Sitzungen, spezialisiertes Fachpersonal für ebendiese Patientinnen, ein vereinfachtes Antragsverfahren oder ergänzende Therapien wie Körpertherapie, Kunsttherapie.

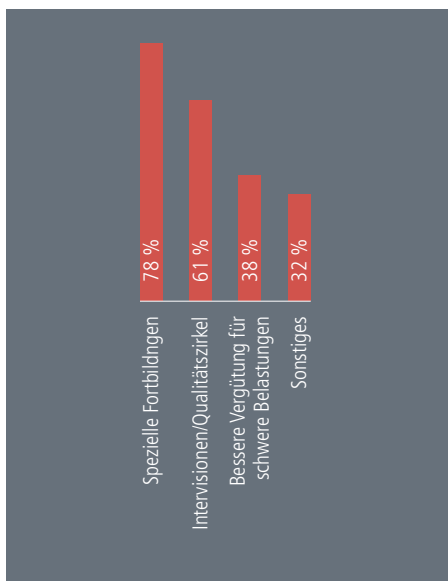


Abbildung 4: Wünsche der Psychotherapeutinnen für die Arbeit mit der Zielgruppe

# CGM SOUL

Informationssystem für Psychotherapeuten



## CGM SOUL

GKV-konforme Praxissoftware für Psychotherapeuten

Jetzt zusammen mit dem TI-Anschluss bestellen und exklusiven Rabatt sichern:  
[cgm.com/soul-ti](http://cgm.com/soul-ti)

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

- Abrechnung von Privat- und GKV-Leistungen
- Übersichtlichkeit und automatische Aktualisierung aller Therapiedaten
- Ausfüllhilfen, Erinnerungsfunktionen und automatische Prüfungen

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

[cgm.com/soul](http://cgm.com/soul)

\*Änderungen vorbehalten.

CGM/COM-14587\_SOUL\_1021\_LNME



**CompuGroup Medical**

### Diskussion der Ergebnisse

Der Rücklauf von 44 % erlaubt es, die Antworten zu interpretieren. Dabei vermuten wir, dass eher Personen antworteten, die unsere Fachberatungsstelle kennen und für die Zielgruppe offen sind.

Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die (sexualisierte) Gewalterfahrungen machen mussten, ist relevant: 86 % der Kolleginnen behandeln diese psychotherapeutisch. Jede fünfte Klientin hat Gewalt erlebt, jede achte sexualisierte Gewalt. Auch wenn sicherlich nicht jede von diesen über Jahre komplexe Gewalt erfahren hat, gaben doch fast ein Drittel an, in den letzten 10 Jahren auch Patientinnen nach ritueller und/oder organisierter Gewalt in Therapie gehabt zu haben.

Es wurden ausführlich bedeutsame Besonderheiten in der Begleitung beschrieben und ein großer Bedarf an Austausch, Unterstützung und Fortbildung wurde deutlich. Diese gehen einher mit besonderen persönlichen und fachlichen Anforderungen an die Kolleginnen, die der Zielgruppe einen Therapieplatz anbieten.

Dem steht entgegen, dass approbierte Psychotherapeutinnen in ihren Ausbildungen nicht ausreichend auf die belastende Arbeit mit diesen Patientinnen und/oder Kindern vorbereitet sind. Bei fast 60 % der Antwortenden war der Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen gar nicht oder nur in geringem Umfang Thema in ihrer Ausbildung. Entsprechend gibt es einen großen Bedarf für spezifische Fortbildungen und fachlichen Austausch, um vielleicht auch mit mehreren komplex traumatisierten Menschen psychotherapeutisch arbeiten zu können. Erfreulicherweise gibt es bei den Kolleginnen eine große Bereitschaft, mit der Zielgruppe zu arbeiten. Zur Verbesserung der Versorgung fordern sie weniger eine bessere Vergütung als vielmehr fachliche Unterstützung und Qualifizierung.

**Es gibt einen großen Bedarf für spezifische Fortbildungen und fachlichen Austausch, um vielleicht auch mit mehreren komplex traumatisierten Menschen psychotherapeutisch arbeiten zu können.**



**Elisabeth Kirchner**

Psychologische Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, langjährige Mitarbeiterin der Fachberatungsstelle Wildwasser Würzburg e.V.

### Schlussfolgerungen

Mit dem Projekt von Wildwasser Würzburg e.V., das das Bundesinnovationsprogramm „Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen“ fördert, treffen wir einen Bedarf zur besseren Versorgung von Frauen und Mädchen – gewiss aber auch Männern und Jungen, die über viele Jahre und oft durch mehrere Täter und Täterinnen Gewalt erfahren mussten und unter komplexen Traumafolgestörungen leiden.

Mit und für die Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen in Mainfranken fordern wir:

- Die Folgen und der Umgang mit komplex traumatisierten Menschen muss in den Ausbildungsinstituten umfangreicher thematisiert werden. Dazu gehört die Sensibilisierung für Gewaltfolgen und die Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen.
- Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) müssen auch auf rituelle und organisierte Gewalterfahrungen ihrer Klientinnen vorbereitet und ihre fachliche Kompetenz gestärkt werden.
- Die therapeutischen Rahmenbedingungen müssen sich verbessern. Dies betrifft die Ausweitung von Stundenkontingenten für die Zielgruppe oder finanzielle Anreize, sich dieser belastenden Arbeit zuzuwenden.
- Kolleginnen, die bereit sind, die schwer traumatisierten Patientinnen psychotherapeutisch zu begleiten, brauchen ein Netz für Schutz und Sicherheit sowie ergänzende psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten.

Wir gehen davon aus, dass die Ergebnisse der Erhebung auch für andere Regionen relevant sind. Wir wünschen uns, dass sich die Kammern, die kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Ausbildungsinstitute für die Bedarfe öffnen und die Curricula sowie die Rahmenbedingungen entsprechend anpassen.



Gefördert vom:





# Unsere Buchtipps



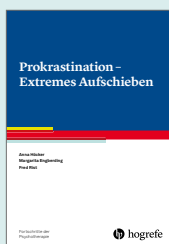
Katrin Hötzel/Ruth von Brachel  
**Änderungsmotivation fördern**

(Reihe: „Standards der Psychotherapie“, Band 10). 2022, VIII/184 Seiten,  
€ 24,95 (DE) / € 25,70 (AT) / CHF 35.90  
(Im Reihenabonnement  
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.90)  
ISBN 978-3-8017-2917-2  
Auch als eBook erhältlich



Gijs Jansen  
**Leben – so wie Sie es eigentlich wollen**  
Mehr Selbstakzeptanz entwickeln mithilfe von ACT

2022, 141 Seiten, Kleinformat,  
€ 16,95 (DE) / € 17,50 (AT) / CHF 23.90  
ISBN 978-3-8017-3101-4  
Auch als eBook erhältlich



Anna Höcker/Margarita Engberding/  
Fred Rist  
**Prokrastination –  
Extremes Aufschieben**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“,  
Band 84). 2022, VII/107 Seiten,  
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.90  
(Im Reihenabonnement  
€ 15,95 (DE) / 16,40 (AT) / CHF 22.90)  
ISBN 978-3-8017-3081-9  
Auch als eBook erhältlich



Johannes Michalak/Thomas Heidenreich/  
J. Mark G. Williams  
**Achtsamkeit**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“,  
Band 83). 2., überarbeitete Auflage  
2022, VI/100 Seiten,  
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.90  
(Im Reihenabonnement  
€ 15,95 (DE) / 16,40 (AT) / CHF 22.90)  
ISBN 978-3-8017-3040-6  
Auch als eBook erhältlich



Tayyab Rashid/Martin Seligman  
**Positive Psychotherapie**  
Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)  
2021, 381 Seiten, Großformat,  
inkl. Online-Materialien,  
€ 89,95 (DE) / € 92,50 (AT) / CHF 122.00  
ISBN 978-3-8017-3009-3



Christiane Eichenberg/Felicitas Auersperg  
**Digitale Selbsthilfe bei psychischen  
Störungen**  
Chancen, Risiken und Auswirkungen auf die  
Behandlung

2022, 82 Seiten,  
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.90  
ISBN 978-3-8017-3104-5  
Auch als eBook erhältlich



Roberto D'Amelio/Helmut Schaaf/  
Detlef Kranz  
**Module für die Tinnitus-Behandlung**  
Counseling, Psychoedukation und  
Psychotherapie

2022, 327 Seiten, inkl. Online-Materialien,  
€ 36,95 (DE) / € 38,00 (AT) / CHF 48.90  
ISBN 978-3-8017-2774-1  
Auch als eBook erhältlich



Johanna Thünker/Reinhard Pietrowsky  
**Alpträume**  
Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)  
2., überarbeitete und ergänzte Auflage  
2021, 128 Seiten, Großformat,  
inkl. Online-Materialien,  
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 52.90  
ISBN 978-3-8017-3106-9  
Auch als eBook erhältlich

Markus Plantholz

# Vertretung und Assistenz während Krankheits- oder Erziehungszeiten



Zwei wichtige Urteile des Bundessozialgericht (BSG) zur Frage der Sozialversicherungspflicht von Praxisvertreter\*innen und zum zeitlichen Rahmen des Anspruchs der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers auf eine Assistenzgenehmigung.

§ 32 Abs. 1 Ärzte-ZV lässt in den dort genannten zeitlichen Grenzen während einer krankheitsbedingten Abwesenheit grundsätzlich die Vertretung zu. Eine Vertragspsychotherapeutin

kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen (§ 32 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV).

§ 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Ärzte-ZV lässt darüber hinaus die Beschäftigung „eines Vertreters oder eines Assistenten“ während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss. Zur Abgrenzung: Sicher-

stellungs- oder Entlastungsassistent\*innen können beschäftigt werden, wenn Vertragspsychotherapeut\*innen vorübergehend gehindert ist, den vertragsärztlichen Pflichten, sich im erforderlichen Umfang für die Versorgung zur Verfügung zu stellen, vollumfänglich nachzukommen. In Abgrenzung zur Vertretung darf ein\*e Vertragspsychotherapeut\*in während der Beschäftigung einer Assistentin oder eines Assistenten auch selber tätig sein. Die KVen haben in der Regel intern Richtlinien

**Vertretung beziehungsweise Entlastungsassistenz möglich für die Dauer von insgesamt 36 Monaten pro Kind, Aufteilung der Monate kann individuell gewählt werden.**

zur Erteilung insbesondere von Assistenzgenehmigungen erlassen, welche § 32 Ärzte-ZV konkretisieren. In der Praxis haben Vertretung und Assistenzgenehmigung naturgemäß große Bedeutung. In der „Psychotherapie Aktuell“ habe ich bereits mehrfach von den Fallstricken der Beschäftigung von Assistent\*innen mit Blick auf die potenzielle Scheinselbständigkeit bei vermeintlich freiberuflichen Dienstverhältnissen und hinsichtlich der Gefahren des § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV berichtet, wonach die Beschäftigung nicht einer Vergrößerung der Praxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfang dienen darf – anderenfalls droht eine sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars für die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit. Nun hat das BSG im Jahr 2021 zwei weitere wichtige Entscheidungen aus diesem Themenkreis getroffen: ein Urteil betrifft die Frage der Sozialversicherungspflicht von Praxisvertreter\*innen, das andere die Frage, in welchem zeitlichen Rahmen Anspruch der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers auf eine Assistenzgenehmigung besteht.



### Sozialversicherungspflicht von Praxisvertreter\*innen und deren Vermeidung

Der für die Prüfung des Sozialversicherungsstatus zuständige 12. Senat des BSG hat am 19. Oktober 2021 eine Revision behandelt, die die Frage der Sozialversicherungspflicht von Praxisvertreter\*innen zum Gegenstand hatte. Die eine Klägerin ist

Entscheidend für die sozialrechtliche Einordnung der Vertretung beziehungsweise Entlastungsassistenz ist die Übernahme von wirtschaftlicher Verantwortung.

eine gastroenterologische Gemeinschaftspraxis. Die andere ist als Oberärztin in einem Krankenhaus

angestellt und hat nach Absprache im Einzelfall die Vertretung eines Gesellschafters der Gemeinschaftspraxis wegen Urlaubs oder Krankheit übernommen. Sie führte endoskopische Untersuchungen durch, schrieb Befundberichte, gab Therapieempfehlungen und erhielt eine Vergütung je Einsatzstunde. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) stellte fest, dass es sich um ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis handele. Das Sozialgericht hatte diese Feststellung zunächst kassiert, vor allem, weil die Vertretungsärztin keinen Weisungen, sondern lediglich fachspezifischen Standards unterlegen gewesen sei. Die DRV Bund machte in der Sprungrevision geltend, die Ärztin sei in eine für sie fremde Praxisorganisation eingebunden und deshalb abhängig beschäftigt gewesen. Sie habe Räumlichkeiten, Geräte und Personal der Gemeinschaftspraxis genutzt sowie ihr zugewiesene Patient\*innen behandelt. Der 12. Senat des BSG, der ohnehin schon seit mehreren Jahren eine klare Tendenz zu erkennen gibt, in streitigen Fallgruppen von der Sozialversicherungspflicht auszugehen, hat die Entscheidung des Sozialgerichts aufgehoben. Die Ärztin sei hinsichtlich der Zuweisung bestimmter Patient\*innen weisungsgebunden. Aufgrund des arbeitsteiligen Zusammenwirkens mit dem Praxispersonal und der kostenfreien Nutzung von Einrichtungen und Mitteln der Gemeinschaftspraxis sei sie in deren Arbeitsabläufe eingegliedert. Das ausschließliche Tätigwerden in einer Vertretungssituation ändere daran nichts. Der Eingliederung in einen fremden „Arztbetrieb“ könne es zwar entgegenstehen, wenn ein\*e Praxisvertreter\*in für die Dauer der Tätigkeit die Stellung der Praxisinhaber\*in einnimmt und zeitweilig selbst Arbeitgeberfunktionen erfüllt. Das sei aber nicht der Fall gewesen. Die Ärztin habe lediglich die ärztlichen Leistungen vertretungsweise erbracht und keine Vertretung in der Rechtsstellung der Mitglieder der Gemeinschaftspraxis geleistet (Az. des BSG: B 12 R 1/21 R).

Die Urteilsgründe liegen noch nicht vor. Wiewohl lässt der offizielle Terminbericht des BSG schon erkennen, dass das Gericht dem Umstand, dass ein\*e Praxisvertreter\*in fachlich weisungsfrei tätig wird – das liegt in der Natur des PsychThG – keine besondere Bedeutung zumisst, sondern es im Wesentlichen auf ein eigenes wirtschaftliches Risiko und die Frage der Eingliederung in die Betriebsabläufe ankommt. Das liegt auf der seit mehreren Jahren erkennbaren Linie des Gerichts und auch der Obergerichte. So hat zum Beispiel das Landessozialgericht Baden-Württemberg entschieden, dass eine im Wege des Jobsharing zugelassene Gesellschafterin einer Berufsausübungsgemeinschaft, die als Gewinn einen Teil ihres Honorarumsatzes erhalte, aber kein Risiko übernehme, effektiv auch dann Teile der Betriebsausgaben zu tragen habe, wenn sie diese nicht durch eigene Umsätze einspiele, sozialversicherungspflichtig beschäftigt sei (Urteil vom 23. November 2016, Az. L 5 R 1176/15).

Es ist sicher keine Übung am Hochreck, einen Vertretervertrag so zu gestalten, dass die Vertreterin beziehungsweise der Vertreter selbst für die Gewinnung von Patient\*innen zuständig ist, zumal ja die Therapiekontingente der Richtlinien-Psychotherapie ohnehin ad personam genehmigt werden. Aber Vertreterverträge, nach denen die Vertreterin oder der Vertreter einen prozentualen Anteil am eigenen Honorarumsatz erhalten, ohne effektiv ein Verlustrisiko zu tragen, sind nicht so selten vorzufinden. Klauseln, wonach die Vertreterin oder der Vertreter 70 % der von ihr oder ihm erwirtschafteten Honorarumsätze aus den eigenen Behandlungsleistungen erhält, sind regional noch immer üblich. Normalerweise geschieht dies auch in guter Absicht, eben damit eine Vertreterin oder ein Vertreter, wenn die einbehaltenen Umsatzanteile nicht kostendeckend sind, keine Verluste hinnehmen muss. Gerade dies ist aber der Fallstrick.

Die DPtV hält einen Muster-Vertretervertrag vor, der dieses Risiko der Sozialversicherungspflicht vermeiden dürfte. Er enthält unter anderem folgende Regelungen:

Die Vertreterin führt die Praxis während der Dauer dieses Vertrages nach Maßgabe der folgenden Regelungen auf eigene Rechnung, d. h. sie trägt das unternehmerische Risiko und erhält die aus ihrer Tätigkeit entstehenden Gewinne vollständig ausbezahlt.

Die Vertreterin trägt die während der Vertretung – unabhängig von der Höhe des von ihr erwirtschafteten Umsatzes – anfallenden Betriebsausgaben

der Praxis, insbesondere die der Praxisinhaberin entstehenden Kosten der Raummiete unter Einschluss der auf sie entfallenden Betriebskosten, Kosten für Heizung, Strom, Wasser, Telefon, Telefax, Reinigungskosten, Softwarelizenz- und -wartungskosten für die Abrechnungs- und -dokumentationssoftware, laufende Kosten für die Aufrechterhaltung der Telematik-Infrastruktur, Kosten der Praxisversicherung, KV-Verwaltungskosten.

Im Gegenzug erhält die Vertreterin sämtliche aus ihren Vertretungsleistungen erzielten Honorare. Die Vertreterin teilt der Praxisinhaberin die von ihr erbrachten Leistungen vollständig und wahrheitsgemäß mit, damit die Praxisinhaberin die Quartalerklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung vornehmen kann.

Vorgaben bestehen – und müssen es auch – zum Mindestumfang der Tätigkeit (mit Blick auf die Plausibilitätsprüfung nach der Abrechnungs-Prüfrichtlinie, § 106d Abs. 6 SGB V, aber auch zum Höchstumfang). Die Vertreterin beziehungsweise der Vertreter verpflichtet sich, den Versorgungsauftrag während der Vertretungsdauer zu erfüllen und zu diesem Zweck psychotherapeutische Behandlungsleistungen mindestens in einem § 19a Ärzte-ZV entsprechenden Umfang (25 Stunden wöchentlich bei vollen Versorgungsauftrag, mindestens 12,5 Stunden wöchentlich bei hälftigem Versorgungsauftrag bei Annahme von 11 Arbeitswochen je Quartal, jeweils exklusive der Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit) anbieten und zusätzlich die nach der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehene telefonische Erreichbarkeit sicherstellen. Diese Mindestvorgaben führen aber noch nicht zur Sozialversicherungspflicht, denn im Übrigen ist die Vertreterin oder der Vertreter hinsichtlich des Umfangs ihrer Leistungen und hinsichtlich der Behandlungszeiten vollkommen frei. Termine mit Patient\*innen werden selbst und eigenverantwortlich abgestimmt; notwendige Besprechungen mit Dritten, insbesondere zuweisenden beziehungsweise am Behandlungsgeschehen beteiligten Ärzt\*innen sowie mit Bezugspersonen, erfolgen selbst und in eigener Verantwortung.

**Vertreter\*innen sind verpflichtet, den Versorgungsauftrag während der Vertretungszeit zu erfüllen.**

## Assistenzgenehmigungen während der Erziehungszeiten bis zur Volljährigkeit – gute Nachrichten für Eltern

Zu einem erfreulicheren Urteil: In einem weiteren Verfahren vor dem BSG (Urteil vom 14. Juli 2021, Az. des BSG: B 6 KA 15/20 R) wurde darüber gestritten, ob Anspruch auf Genehmigung einer Entlastungsassistenz während Zeiten der Kindererziehung auch dann besteht, wenn das Kind bereits das

**Musterverträge der DPtV berücksichtigen rechtliche Vorgaben.**

15. Lebensjahr erreicht hat. Die KV Niedersachsen hatte dies verweigert. Mit dieser Praxis war sie nicht alleine; eine ganze Reihe von KVn haben

in ihren Verwaltungsrichtlinien entsprechende Beschränkungen vorgesehen. Häufig wird eine Parallele zu § 1 Abs. 1 des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) angeführt, wonach man „Kind“ nur bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres sei. Dem Ziel der Regelung, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern, werde hierdurch ausreichend Rechnung getragen, zumal weitere zulassungsrechtliche Möglichkeiten bestünden, etwa die Anstellung eines Jobsharers.

§ 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Ärzte-ZV ist jedoch keine ausdrückliche Altersbeschränkung hinsichtlich der zu erziehenden Kinder zu entnehmen. Eine indirekte Altersgrenze enthalte – so das BSG – die Regelung nur insoweit, als die Pflicht und das Recht der Eltern, für ihr Kind zu sorgen (elterliche Sorge), und damit auch das Erziehungsrecht der Eltern mit der Volljährigkeit des Kindes endet. Klar ist, dass sich die Formulierung „bis zu einer Dauer von 36 Monaten“ erkennbar nicht auf das Lebensalter des Kindes, sondern auf den Zeitraum, für den eine Vertretung oder Entlastungsassistenz beansprucht werden könne. Das ergibt sich in der Tat schon daraus, dass dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss und damit auch nach der Vollendung des dritten Lebensjahres durch das Kind liegen kann. Aber auch eine Begrenzung auf die Vollendung des 14. Lebensjahres entspricht weder dem Wortlaut noch dem Zweck des Gesetzes. Eine zeitliche Begrenzung erfolgt allein durch die Höchstdauer von 36 Monaten pro Kind, in denen eine Vertretung beziehungsweise eine Entlastungsassistenz während der Erziehung von minderjährigen Kindern in Anspruch genommen werden kann. Weshalb gerade ein Zeitraum von 36 Monaten gewählt wurde, hat der Ordnungsgeber nicht besonders begründet. Es liege zwar nahe, dass ihm – zumindest im Hinblick auf die Dauer – dabei andere Regelungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wie die dreijährige Elternzeit (§ 15 Abs. 2 Satz 1 BEEG) vor Augen standen. Dass damit auch die in diesen Gesetzen geregelten Altersgrenzen übernehmen wollte, sei aus der Begründung der Vorschrift nicht ersichtlich und erst recht nicht – etwa im Wege einer Altersgrenze – aus der Regelung selbst.



Das Urteil ist noch aus einem anderen Grund wichtig. Das BSG hält zwar fest, dass eine Vertretung oder Entlastungsassistenz während Zeiten der Kindererziehung nicht als Dauerlösung konzipiert ist, sondern grundsätzlich lediglich eine vorübergehende Verhinderung ausgleichen soll. Nach dem Wortlaut des § 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Ärzte-ZV dürften die Praxisinhaber\*innen Vertreter\*innen oder Assistent\*innen beschäftigen in „Zeiten der Erziehung von Kindern bis zur Dauer von 36 Monaten“. Das heiße aber nicht, dass mit der Gewährung einer Assistenz von 36 Monaten die Erziehung aller Kinder pauschal abgegolten wäre: „Ebenso wie die Geburt eines weiteren Kindes einen erneuten Anspruch auf eine genehmigungsfreie Vertretung für zwölf Monate auslöst (§ 32 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV), muss einem Vertragsarzt die Möglichkeit des Einsatzes eines Entlastungsassistenten für jedes Kind zur Verfügung stehen. Es wäre nicht vertretbar, etwa einem Vertragsarzt, der bereits 24 Monate für die Erziehung

**Den Zeitpunkt der Entlastungsassistenz bei Erziehungszeiten können die Eltern bis zur Volljährigkeit des Kindes frei wählen.**

des ersten Kindes in Anspruch genommen hat, nach der – möglicherweise in größerem zeitlichen Abstand erfolgten – Geburt des zweiten und eventuell dritten Kindes darauf zu verweisen, nur noch insgesamt zwölf Monate beanspruchen zu können.“ Der Grundsatz, dass die Dauer von 36 Monaten pro Kind zu verstehen ist, erfahre nur insoweit eine Einschränkung, dass Zeiten, in denen mehrere Kinder erzogen werden, nicht fiktiv allein einem Kind zugeordnet werden können: Habe „etwa ein Vertragsarzt nach der Geburt des ersten Kindes – ggf. im Anschluss an eine Vertretungszeit im Zusammenhang mit der Entbindung – noch nicht die gesamten 36 Monate in Anspruch genommen, wenn das zweite Kind geboren wird, stehen ihm danach noch einmal 36 Monate für das zweite Kind zu, nicht aber weitere Monate mit der Begründung, für das erste Kind gebe es noch „unverbrauchte“ Monate.“ Das leuchtet ein.



**Dr. Markus Plantholz**

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

<p>Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.          Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg  <a href="http://www.ivs-nuernberg.de">www.ivs-nuernberg.de</a></p>	<p><b>I V S</b></p>	<p style="text-align: right;">Institut für          Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie          Verhaltensmedizin          Systemisch fundierte Psychotherapie          und Sexuologie</p>
<p>staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015</p>		
<p><b>Fort- und Weiterbildungen</b> (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r</b>              Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil - u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine:  <b>DP Michael Hinn</b> „Besond. Rolle d. Gutachters im fam.-rechtl. Gutachten, Abfassen des schriftl. Gutachtens“ 11.-13. März 22 (Familienr.)  <b>Prof. Dr. Philipp Stang, Mag. M.A. u. Dr. DP Miriam Kolter</b> „Einführung in die Diagnostik: Sexualanamnese“ 18./19. März 2022 (Grundlagen, Familienrecht, SZV, Strafrecht, Glaubhaftigkeit)  <b>Dr. DP Jörg Fichtner</b> „Lösungsorientierte Begutachtung nach § 163 Abs. 2 FamFG“ 1./2. April 2022 (Familienrecht) – online</li> <li>• <b>Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Ärzte und Psychologen</b> (Curr. 136 Std.) nächster Termin:  <b>Dr. DP Marion Schowalter</b> „Entspannungstraining (PMR) und sein therapeutischer Einsatz“ 22. Mai 2022</li> <li>• <b>Klinische Hypnose (KliHyp)</b> Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)              nächster Termin: <b>Dr. DP Burkhard Peter</b> „B4 Nutzung von Trancephänomenen I: Dissoziation und Assoziation“ 11./12. März 2022</li> <li>• <b>Sonderseminar: Klimagerechtigkeit und Psychotherapie</b> Dr. DP Steffen Landgraf 4. April 2022 - online              Dieser Workshop gibt einen Überblick über Klimagerechtigkeit mit Bezug zur psychotherapeutischen Arbeit. <span style="color: yellow;">←</span> <b>Neu!</b></li> <li>• <b>Supervisor/in</b> (verhaltenstherapeutisch fundiertes Curr.) 80 FE in 5 Blöcken u. 6 Treffen in Kleingruppen á 8 FE – <span style="color: yellow;">←</span> <b>Neu!</b>              nächster Beginn 19./20. November 2022</li> <li>• <b>Sexualtherapie / Sexualmedizin</b> (Curr. 156 FE in 10 Blöcken) nächster Beginn:  <b>Prof. Dr. Philip Stang u. Dr. DP Miriam Kolter</b> „Einführung i. d. Diagnostik: Sexualanamnese“ 18./19. März 2022 <span style="color: yellow;">←</span> <b>Neu!</b></li> <li>• <b>EMDR-Zusatzqualifikation:</b> DP Gertrud Skoupy „EMDR-Grundlagen“ 18./19. März 2022</li> <li>• <b>Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen</b> 200 WE, Curriculum mit z. T. individuell wählbaren Seminarthemen u. -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</li> </ul>		
<p><b>Kontakt und Infos:</b> IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, -203, Fax: -202, -204  <b>Homepage/Online-Anmeldung:</b> <a href="http://www.ivs-nuernberg.de">www.ivs-nuernberg.de</a> - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)</p>		

# DPTV CAMPUS Veranstaltungen

April bis Mai 2022

## April

- 01.04. „Lebenslust statt Online-Flucht“ – Diagnostik und Therapie von pathologischem Internetgebrauch  
Bettina Moll, Hamburg, 22-26
- 01.04. Die Verantwortung der Psychotherapie in der Klimakrise  
Lea Dohm, Mareike Schulze, online, 22-22
- 02.04. Psychopharmakologie für Psychotherapeut\*innen
- 03.04. Prof. Dr. Matthias Rose, PD Dr. Kim Hinkelmann, München, 22-27
- 06.04. Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung  
Dieter Best, Köln, 22-29
- 09.04. Umgang mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im psychotherapeutischen Alltag  
Raquel Vazquez Perez, Düsseldorf, 22-31
- 23.04. Yoga in der Selbstfürsorge für Psychotherapeut\*innen  
Judith Vogel-Weissinger, Berlin, 22-35
- 23.04. Diagnostik im Rahmen der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie  
Dr. Enno E. Maaß, Hannover, 22-32
- 25.04. Bundesvorstand im Gespräch  
Bundesvorstand der DPTV, online, 22-34

## Mai

- 14.05. Durch dick und dünn – Psychotherapie bei Essstörungen  
Prof. Dr. Timo Brockmeyer, Münster, 22-42
- 31.05. Bundesvorstand im Gespräch  
Bundesvorstand der DPTV, online, 22-44

### Hinweis:

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

Anmeldungen zu DPTV CAMPUS-Veranstaltungen online unter [www.dptv-campus.de](http://www.dptv-campus.de)

**DPTV** CAMPUS   
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

**Like us! Follow us!**

**DPTV bei Twitter: @DPTVBund**



DPTV Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung



# „Frauen an die Spitze“

## Das Mentoringprogramm für Frauen in der DPTV

Etwa 70 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Frauen – doch nur circa 36 Prozent der Führungspositionen in der Selbstverwaltung sind von Frauen besetzt. Die AG „DPTV Frauennetzwerk“ möchte Frauen auf ihrem Weg in die Berufspolitik unterstützen. Dazu hat sie bereits verschiedene Foren entwickelt, wie das Digitale DPTV-Frauenforum, den Berufspolitischen DPTV-Frauen-Stammtisch und ein Mentoringprogramm. Dieses soll Einsteigerinnen Wissen und Fertigkeiten für Mandate in der Berufspolitik vermitteln. Ziel ist eine adäquate Repräsentanz des überwiegend weiblichen Berufsstands der Psychotherapeutinnen in Spitzenpositionen innerhalb und außerhalb der DPTV. Ab 2022 startet das Mentoringprogramm mit spannenden Workshops zu Gesundheitspolitik, Berufspolitik, Recht, Gremienstrategie und Rhetorik. Sechs Teilnehmerinnen werden als Mentees ein Jahr lang in einer Eins-zu-eins-Betreuung von erfahrenen Mentorinnen begleitet. Eine Teilnahme der Mentees als Gäste in Gremien auf Bundes- und Landesebene ist ebenfalls vorgesehen. Die Module sind teilweise in Präsenz und teilweise als Online-Veranstaltungen geplant und nur gesamt buchbar.

## Für wen ist das Mentoringprogramm interessant?

**Mentees:** Sie interessieren sich für Berufspolitik, haben eventuell schon anfängliche Erfahrungen in der Gremienarbeit und streben ernsthaft ein berufspolitisches Mandat an. Sie haben Motivation, eine Aufgabe in der DPTV, Kammer, Kassenärztlichen Vereinigung oder Ähnlichem zu übernehmen. Falls Sie PiA sind, können Sie sich ab dem letzten Ausbildungsdrittel bewerben. Bewerbungen zum Beispiel aus dem JPt-Team oder anderen Gremien sind nicht ausgeschlossen, werden aber besonders geprüft.

**Mentorinnen:** Sie verfügen über langjährige Erfahrungen in der berufspolitischen Gremienarbeit, gegebenenfalls auch in führenden Positionen. Sie sind motiviert, Ihre eigenen Erfahrungen weiterzugeben und dafür Zeit aufzuwenden.

## Programm

### bis 25. März 2022

Bewerbungen (bitte mit entsprechendem Formular einreichen an: [mentoring@dptv.de](mailto:mentoring@dptv.de)). Diese werden dann in Abstimmung mit der AG Frauennetzwerk, den Landesvorständen und dem Bundesvorstand ausgewertet und beantwortet.

**30. März 2022 von 12 bis 14 Uhr, online**  
Onboarding-Termin der Mentorinnen

**22. Juni 2022 von 11 bis 13 Uhr in Berlin**  
– für Mentees und Mentorinnen –  
Aufaktveranstaltung „Mentoringprogramm DPTV“

**23. Juni 2022 von 9 bis 13.15 Uhr in Berlin**  
– für Mentees –  
Workshop „Einführung in die Gesundheitspolitik – Psychotherapie im Rechtssystem“

**23. Juni 2022 ab 14 Uhr in Berlin** – für Mentees –  
Gastteilnahme an der Delegiertenversammlung

**2. und 3. September 2022 in Berlin**  
– für Mentees –  
Workshop „Gremienstrategien und -leitung sowie Rhetorik“

**19. Oktober 2022 von 15 bis 19.15 Uhr, online**  
Workshop „Berufspolitik für Psychotherapeutinnen“

**Januar 2023, online**  
Abschlussveranstaltung

Zudem (ganzjährig individuell vereinbar):

- circa fünf Einzelcoachings Mentorin : Mentee
- Gastteilnahme an Gremiensitzungen der DPTV auf Bundes- und Landesebene
- Teilnahme an berufspolitischen Veranstaltungen der AG Frauennetzwerk, von CAMPUS und in den Landesgruppen



Bewerbungsformular und alle Infos auch unter: [www.dptv.de/frauennetzwerk](http://www.dptv.de/frauennetzwerk)  
Kontakt: [frauennetzwerk@dptv.de](mailto:frauennetzwerk@dptv.de)

Mitglieder der AG „DPTV Frauennetzwerk“  
Eva Frank  
Bettina Jehn  
Dr. Christina Jochim  
Julia Leithäuser

# Kurz gemeldet ...

## 1. Deutscher Psychotherapie-Kongress im Juni 2022

Vom 7. bis 11. Juni 2022 findet der Deutsche Psychotherapie-Kongress unter dem Motto „Vielfalt, Innovation und Evidenz“ in Berlin statt. Die DPtV unterstützt diesen Kongress als Gastverband. DPtV-Mitglieder erhalten einen vergünstigten Teilnahmebeitrag von 460 Euro (statt 510 Euro) für Frühbucher bis 31. März bzw. von 570 Euro (statt 610 Euro) für Buchungen ab dem 1. April.

<https://deutscher-psychotherapie-kongress.de>

## Kostenerstattung von mobilen Kartenterminals auch für Psychotherapeut\*innen

Für ein mobiles Kartenterminal können nun auch Psychotherapeut\*innen eine Kostenerstattung erhalten. Die Erstattung gilt rückwirkend ab Oktober 2021. Einmalig werden 350 Euro je Gerät je Vertragspsychotherapeut\*in sowie die Betriebskosten in Höhe von 23,25 Euro je Quartal für den dazugehörigen Praxisausweis (SMC-B) erstattet.

<https://t1p.de/bm3j>

## Die einrichtungsbezogene Corona-Impfpflicht

Das „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen“ (Infektionsschutzgesetz – IfSG) ist mit Beschluss von Bundestag und Bundesrat am 10. Dezember 2021 um eine einrichtungsbezogene Corona-Impfpflicht erweitert worden (§ 20a IfSG). Sie gilt für alle Personen, auch Arbeitgeber\*innen, die in medizinischen Einrichtungen und Unternehmen tätig sind. Diese Regelung in § 20a IfSG hat eine begrenzte Laufzeit. Sie tritt am 1. Januar 2023 außer Kraft.

<https://t1p.de/2ggs>

## Kostenerstattung: Krankenkassen lehnen 48 Prozent der Anträge ab

### DPtV veröffentlicht Privatpraxen-Umfrage zum Corona-Jahr 2021

„Die Krankenkassen haben ihren restriktiven Kurs bei der Kostenerstattung leider nicht geändert. Gerade in der Pandemie ist es wichtig, dass Patient\*innen unbürokratisch und schnell eine Psychotherapie erhalten“, kritisiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPtV. Über die Kostenerstattung sind gesetzliche Krankenkassen verpflichtet, eine selbst beschaffte Psychotherapie in einer Privatpraxis zu erstatten, wenn Patient\*innen zuvor keinen Platz in einer Vertragspraxis finden konnten. Dies schreibt das Sozialgesetzbuch V § 13 Abs. 3 vor. Eine Umfrage der DPtV zeigt nun, dass sich die Situation für Patient\*innen im Vergleich zu 2019 nicht verbessert hat. „Die mittlere Ablehnungsrate ist sowohl beim Erstantrag als auch nach einem ersten Widerspruch gestiegen“, berichtet Hentschel. „Auch die Bearbeitungsdauer der Anträge nahm zu.“ Die DPtV hat wiederholt eine Ausweitung der Kostenerstattung gefordert, um Patient\*innen angesichts des gestiegenen Behandlungsbedarfs in der COVID-19-Pandemie effektiv zu helfen.

### Begründung: Kostenerstattung „nicht erlaubt“

503 Psychotherapeut\*innen, die in Privatpraxen tätig sind, haben an der DPtV-Umfrage teilgenommen. 83 Prozent davon unterstützten in den letzten drei Jahren Kostenerstattungs-Anträge ihrer Patient\*innen. 2021 lehnten die Krankenkassen im Schnitt 48 Prozent dieser Erstanträge ab. Begründet wurden die Ablehnungen oft mit dem Verweis auf die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), auf „genügend Vertragspsychotherapeut\*innen“ oder auf die unwahre Aussage, die Kostenerstattung sei „nicht mehr erlaubt“. In 26 Prozent der Fälle verwiesen die Kassen auf Behandlungsalternativen – etwa die Psychiatrie oder Digitale Gesundheitsanwendungen. Im Durchschnitt legten 2021 etwas mehr Patient\*innen (44,8 Prozent) Widerspruch gegen ihre Ablehnung ein als noch 2019 (41,5 Prozent). Zugenommen hat jedoch auch die Ablehnungsquote des Widerspruchs (2021: 29,8 Prozent, 2019: 26,6 Prozent).





### Anträge werden über Wochen bearbeitet

Die Bearbeitungszeit der Anträge ist mit durchschnittlich 5,9 Wochen ebenfalls leicht angestiegen. Bei elf Prozent der Fälle dauert es sogar mehr als elf Wochen. „Wenn sich Menschen an Psychotherapeut\*innen wenden, haben sie bereits einen großen seelischen Leidensdruck“, sagt Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel. „Vor einem Antrag auf Kostenerstattung haben sie meist eine monatelange erfolglose Suche hinter sich. Wir appellieren an die Krankenkassen, diesen Patient\*innen keine zusätzlichen bürokratischen Hürden in den Weg zu stellen, sondern die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung zu bewilligen.“

DPtV-Umfrage „Kostenerstattung“: <https://t1p.de/59lm>  
Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 13 Kostenerstattung: <https://t1p.de/ro5j>  
DPtV-Umfrage „Patientenanfragen während der Corona-Pandemie“: <https://t1p.de/tragq>



## Narrative Expositionstherapie (NET)

	Frank Neuner, Claudia Catani, Maggie Schauer
	<b>Narrative Expositionstherapie (NET)</b>
	2021, Hogrefe
	93 Seiten
<b>ISBN</b>	978-3-8017-3097-0
<b>€</b>	19,95

Die Narrative Expositionstherapie (NET) ist eine Behandlungsmethode für Kinder und Erwachsene, die unter den Folgen von Mehrfach- und Komplextraumatisierung nach Gewalt und Flucht leiden.

Nach einer kurzen Beschreibung der Methode der Narrativen Expositionstherapie in Kapitel 1 wird in Kapitel 2 auf das Störungsmodell der NET eingegangen. Erläutert werden dabei die Extreme einer Verteidigungskaskade, das Bedrohungsnetzwerk (heißes Gedächtnis), der Kontextspeicher (kaltes Gedächtnis), die Dissoziation der Gedächtnissysteme, Überlebensstrategien sowie die Begründung und Logik der NET. Bestehend, wie kurz und prägnant dies erfolgt.

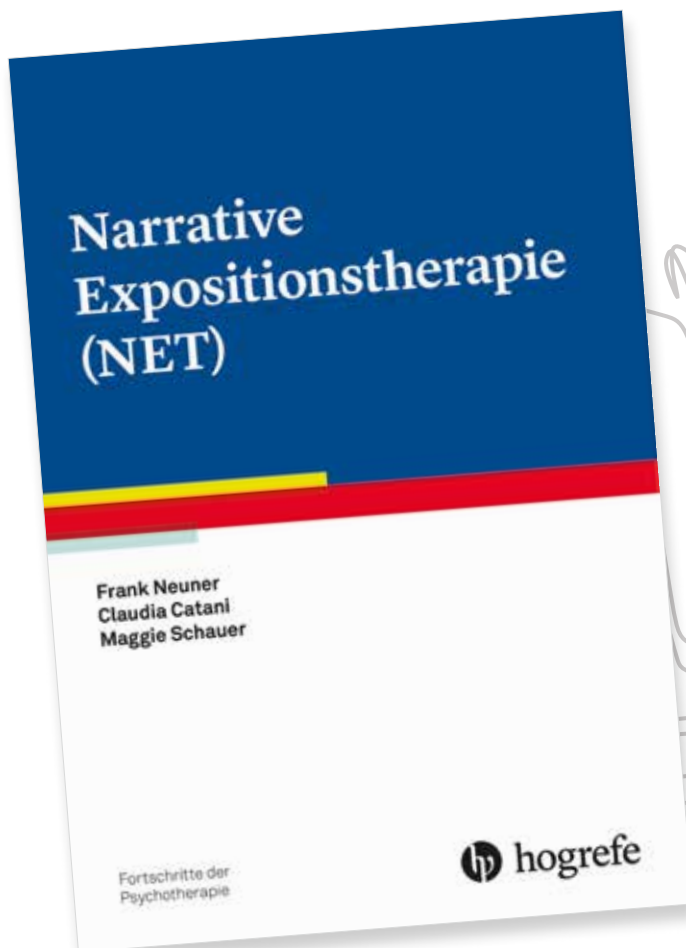
In Kapitel 3 geht es um die Diagnostik und Indikation: um die Erhebung traumatischer Erfahrungen über die Lebensspanne, die Erfassung aktueller Belastungen und Stressoren, die Diagnostik der PTBS und komorbider Störungen sowie die Besonderheiten bei der Indikationsstellung, samt Kontraindikationen. Ganz nebenbei sehr hilfreiche Hinweise für die Arbeit mit Zuhilfenahme von Dolmetschern.

In Kapitel 4 wird sehr umfangreich auf 43 Seiten die Therapiemethode „in vivo“ ausführlich dargestellt, es wird auf Varianten der Methode und auf mögliche Kombinationen sowie auf etwaige Probleme bei der Durchführung eingegangen. Alles sehr lebendig durch die konkrete lebensnahe Darstellung der Arbeit an einem Patienten.




Kapitel 5 wirft einen Blick auf die Effektivität der NET und ergänzend finden sich in Kapitel 6 bis 9 weiterführende Literatur, Kompetenzziele und Lernkontrollfragen sowie eine Mustervorlage „Bedrohungsnetzwerk und Kontextspeicher“. Beigefügt sind ebenfalls zwei Karten, die Checklisten zu Diagnostik und Psychoedukation sowie die Verteidigungskaskade der menschlichen Stressreaktion und Interventionen bei Dissoziation enthalten.

Dieser Band zeigt sehr ausführlich und anschaulich, weil praxisnah, die Vorgehensweise bei der NET zur Behandlung der PTBS bei Opfern komplexer und mehrfacher Traumatisierungen – nicht zuletzt anhand eines durchgehenden Fallbeispiels. Ich habe selbst eine Fortbildung zu dieser Technik absolviert und finde alle wichtigen Elemente in gebotener Praxisnähe wieder. Sehr empfehlenswert!

**Rezensiert von  
Dr. Alessandro Cavicchioli**



**DBT-Sucht**

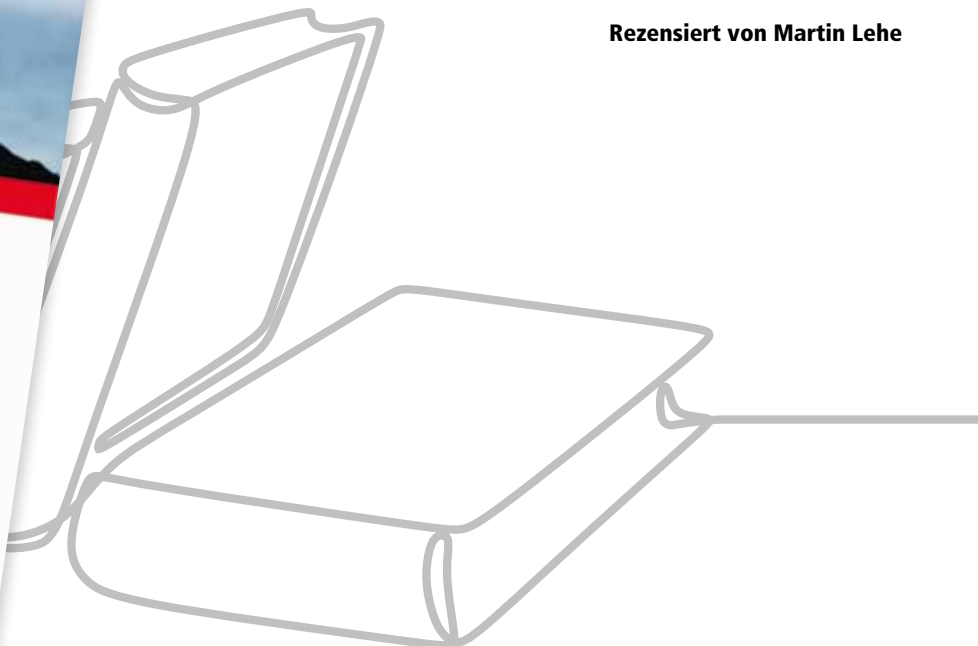
	Petra Zimmermann, Julia Förster, Sophie Reiske
<b>A</b>	<b>DBT-Sucht. Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline- und Substanz- gebrauchsstörungen (DBT-S)</b>
	2021, Hogrefe
	260 Seiten
<b>ISBN</b>	978-3801730215
<b>€</b>	39,95

Die Autor\*innen bieten mit diesem Praxisleitfaden einen umfassenden Überblick über die dialektisch-behaviorale Therapie von Borderline- und komorbiden Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S). Dabei handelt es sich um eine spezifische Erweiterung der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT). Die Stärke des Konzepts besteht darin, von Anfang an beide Störungen parallel in den Fokus zu nehmen, wodurch ungünstiges „Umherschieben“ von Patient\*innen aufgrund der Kontraindikationen verschiedener Settings (zum Beispiel Ausschluss von Sucht versus Ausschluss von Selbstverletzung) vermieden werden kann. Die DBT-S kombiniert hierzu Prinzipien des Motivational Interviewing mit Elementen aus dem 12-Schritte-Programm Alcoholics Anonymous und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zur Rückfallprävention.

Das Manual gliedert sich in drei Abschnitte zum theoretischen Hintergrund, der Therapie sowie der praktischen Umsetzung der DBT-S in verschiedenen Settings. Im Theorieabschnitt (Kapitel 1 bis 3) werden die beiden Störungsbilder eingeführt, ein integriertes Störungsmodell skizziert sowie die Entwicklung der DBT-S vorgestellt. Die Kapitel 4 bis 6 erläutern die Therapiepraxis mit der DBT-S. Dazu werden ausgehend von den Prinzipien der DBT die Spezifika und Erweiterungen der DBT-S vermittelt, woran sich eine umfassende Darstellung der einzelnen DBT-S-Skills anschließt. Im dritten Abschnitt werden schließlich Praxisbeispiele für verschiedene Settings referiert und ein Prozess zur Implementierung des DBT-S-Konzepts in das Versorgungssystem vorgestellt.

Dank seiner praxisnahen Darstellungsweise und wohlgedachten Struktur bietet dieses Manual einen handlungsorientierten Einstieg in die DBT-S. Gerade mit dem dritten Abschnitt zur Implementierung geht es über eine Einführung deutlich hinaus und kann als umfassender Praxisleitfaden begriffen werden. Die Autor\*innen halten einen klaren Fokus, indem sie die grundlegenden DBT-Prinzipien zum Einstieg zwar skizzieren, letztlich aber die DBT-S darstellen und auf DBT-Grundlagenliteratur verweisen. Als Leser\*in erhält man dank der Fallbeispiele, Beispieldialoge, Schaukästen sowie Abschnitten zum Umgang mit konkreten Problemsituationen rasch ein plastisches Verständnis des Vorgehens. Zusätzlich können die vorgestellten Materialien mit einem Code von der Verlagswebseite heruntergeladen werden. Kurzum: Ein praktischer und praxisorientierter Leitfaden.

**Rezensiert von Martin Lehe**



## Geschlechtsdysphorie und Transidentität

Das bei Vandenhoeck und Ruprecht erschienene Büchlein des niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie besticht durch sein kompaktes Format und seinen leicht lesbaren Schreibstil. Heiko Dietrich gelingt es, übersichtlich und knapp die verschiedenen Spannungsfelder aufzumachen, in denen sich Trans\* Jugendliche bewegen: Das Spannungsfeld zwischen Eltern und Kind, die Schwierigkeit, dass die aktuelle S3-Behandlungsleitlinie nicht mehr dem heutigen Wissensstand entspricht, weil sich die Fachleute im Streit darum, wie mit den Jugendlichen umzugehen sei, so festgefahren haben, dass die fast fertige neue Richtlinie nicht veröffentlicht werden kann. Zum dritten ist da noch die Frage zu benennen, wie Geschlechtsdysphorie und Transidentität klassifiziert werden: Im ICD-11 werden sie nicht mehr als psychische Störung gesehen, sodass der überfälligen Entpathologisierung Rechnung getragen wird.

Dietrich plädiert trotz der nötigen Entpathologisierung dafür, die psychotherapeutische Begleitung der Jugendlichen bei der Alltagserprobung fortzusetzen: Eine begleitende Person, die die sexuelle Identität der Begleitung-Suchenden anerkennt, sei für die Jugendlichen eine wertvolle Hilfe, da diese nicht selten in Peergroups in soziale Isolation geraten, weil sie weder von den Jungs noch von den Mädchen anerkannt werden. Dietrich weist zwar darauf hin, dass nicht von einem Modell starrer Zweigeschlechtlichkeit ausgegangen werden sollte, es gelingt dem Autor allerdings nicht wirklich, nonbinären Identitäten in seinem Buch ausreichend Rechnung zu tragen. Sie kommen nur am Rande vor. Ebenso kommen psychodynamische Konzepte nur am Rande vor, eher geht es um eine sensible, zugewandte Begleitung, sodass das Buch von Fachpersonen jeder Ausrichtung mit Gewinn gelesen werden kann.

Dietrich gelingt eine gute Einführung ins Thema: Die Notwendigkeit, sich auf die Seite des Kindes zu stellen und trotzdem die Trauer der Eltern über den Verlust des „alten Kindes“ wahrzunehmen und dem Umfeld Anpassungszeit zu geben, wird ebenso benannt wie die Wichtigkeit, bei den Jugendlichen Raum für Zweifel an der eigenen Geschlechtsidentität zu eröffnen. Dieser Raum könne aber nur geschaffen werden, wenn die begleitende Fachperson die Namenswahl und Geschlechtsidentität der Jugendlichen anerkennt und gegebenenfalls auch notwendige Therapien unterstützt, sodass die Jugendlichen die Zeit bekommen, sich zu erkunden. Dietrich weist auch darauf hin, dass die verinnerlichte Ablehnung des eigenen Transseins zu Depressionen und Geschlechtsdysphorie zu Essstörungen führen kann. Nicht selten käme es nach der Hormontherapie zu depressiven Phasen, weil deutlich werde, dass die eigene Transnegativität nicht einfach mit der Angleichung an das Wunschgeschlecht verschwindet. Mit einer einfühlsamen Begleitung werde oft die Trauer über den eigenen schweren Lebensweg möglich.

Rezensiert von Dr. Katja Rose



A

Heiko Dietrich

**Geschlechtsdysphorie und Transidentität: Die therapeutische Begleitung von Trans\* Jugendlichen**



2021, Vandenhoeck &amp; Ruprecht



80 Seiten

ISBN

978-3-647-40712-8



€ 12,00



## Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen

In der Arbeit mit Patient\*innen mit Essstörungen sind insbesondere folgende Themenkomplexe eine große Herausforderung: der starken Bewegungsdrang und die ausgeprägte Körperschemastörung. Umso besser, dass sich ein Autorenteam aus der spezialisierten Fachklinik Roseneck einem Manual spezifisch zum zwanghaften Bewegungsverhalten widmet.

Das Therapiekonzept ist angelehnt an ein Gruppentraining, jedoch können die einzelnen Elemente auch im Einzelsetting gut genutzt werden. Zu Beginn stellen die Autor\*innen ein Störungsmodell zur Erklärung von zwanghaftem Bewegungsverhalten vor. Spannend ist hier der neurobiologische Bezug mit der Hypoleptinämie als wichtiger Faktor bei zwanghaftem Bewegungsverhalten. Die Autor\*innen unterscheiden verschiedene Typen des zwanghaften Bewegungsverhaltens (exzessives Sporttreiben, Intensivierung von Alltagsaktivitäten oder Bewegungsunruhe) und geben Hinweise zur Exploration des Bewegungsverhaltens.

Weiterhin stellen sie therapeutische Ansätze gegen zwanghaftes Bewegungsverhalten dar, insbesondere den vorgestellten Ansatz „Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens“ (AGB), das im Rahmen einer randomisierten-kontrollierten Studie an der Schön Klinik Roseneck durchgeführt wurde. Es gibt insgesamt acht Therapieeinheiten mit dazugehörigen Arbeitsblättern und Übungen. Diese sind ebenfalls auf einer CD-Rom zu finden; hier würde ich mir eher einen digitalisierten Zugang wünschen, da nur noch wenige Laptops ein CD-Laufwerk haben.

Zu Beginn der Einheiten werden kurze Fallbeispiele vorgestellt. In den Modulen geht es unter anderem um Risikosituationen und Konsequenzen des zwanghaften Bewegungsverhaltens, um Verhaltensanalysen, um Expositionen mit Reaktionsmanagement, um Normfindung für ein gesundes Bewegungsverhalten, um kognitive Umstrukturierung, Entwicklung von Alternativen zu Bewegungsverhalten sowie Emotionsregulation. Besonders spannend finde ich die körperorientierten Übungen wie das Wahrnehmen des eigenen Gangbildes, Übungen mit dem Schwungtuch (für gruppentherapeutische Settings eine tolle Idee), die Körperstrukturübung (Knochen, Muskeln, Fettgewebe ertasten) sowie Yogaübungen für aktive Entspannung.

Im Rahmen der Essstörungstherapie nutze ich die Expositionsübungen insbesondere im Umgang mit Nahrungsmitteln, Essen oder Körperkonfrontation. Dass diese ebenfalls bezogen auf das zwanghafte Bewegungsverhalten spezifiziert und eingeübt werden, war mir bislang nicht bekannt. Sehr informativ ist der Teil „Märchen und Fakten“ zu Verteilung von Körperfett, Körperwasser und Muskelanteil, das Prinzip der Superkompensation und die unterschiedlichen Reizhöhen im Sportbereich und deren Auswirkungen. Hier wäre es schön gewesen, auch etwas zu „Instagram Challenges“ wie Thigh Gap, Hip Dent oder Bikini Bridge zu sagen. Bei vielen dieser Beautytrends ist kein Workout hilfreich, sondern die körperlichen Voraussetzungen entscheidend. Im Anhang finden sich zahlreiche Übungs- und Arbeitsblätter.





Zusammenfassend ist das Manual sehr informativ und impulsgebend, angepasst an neuere neurobiologische Befunde, einsetzbar im Gruppen- oder Einzelsetting sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Somit ein empfehlenswertes Buch für Kolleg\*innen im klinischen Setting oder in der ambulanten Versorgung.

**Rezensiert von  
Marie-Christine Reiswich**

	Nina Dittmer, Claudia Mönch, Michael Marwitz, Mareike von der Mühlen, Sabine Baumann, Ulrich Cuntz, Katharina Alexandridis, Markus Fumi, Ulrich Voderholzer
	<b>Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen</b>
	2021, Hogrefe
	90 Seiten
	9783801729516
	€ 29,95



## Referenz Psychische Störungen

	Michael Bauer, Andreas Meyer-Lindenberg, Falk Kiefer, Alexandra Philipsen
	<b>Referenz Psychische Störungen</b>
	2021, Thieme
	976 Seiten
<b>ISBN</b>	9783132432468
<b>€</b>	249,99

Mit der Referenz Psychische Störungen legen die Herausgeber\*innen ein umfassendes Nachschlagewerk für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Rahmen der Referenz-Reihe des Thieme-Verlags vor.

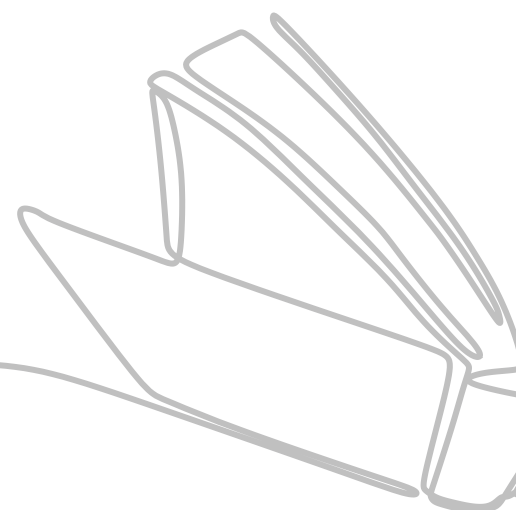
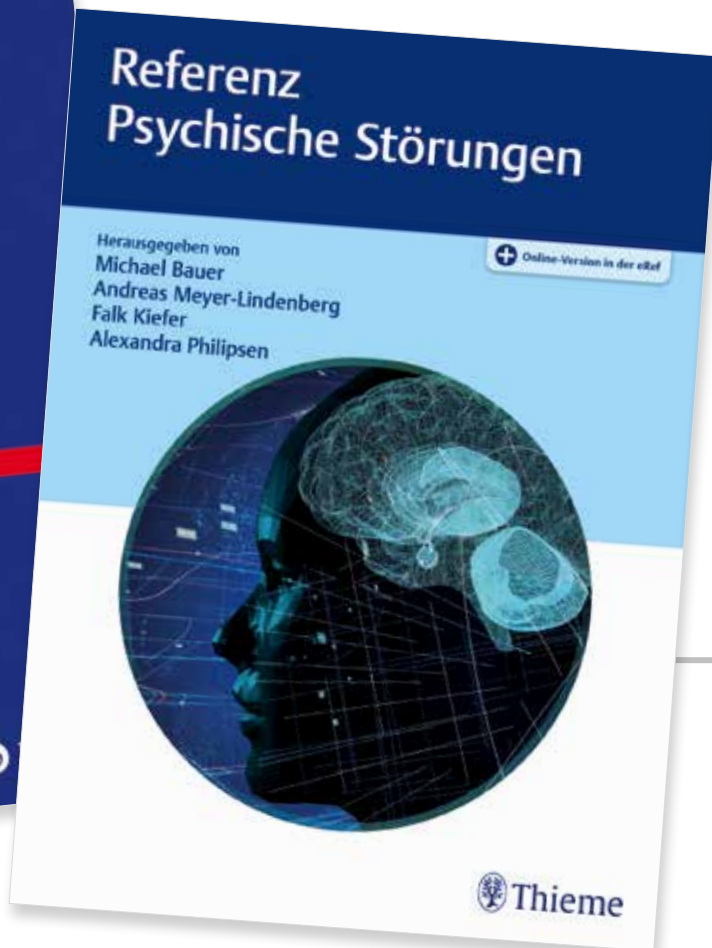
Das Buch vermittelt den aktuellen Wissensstand von über 150 Expert\*innen für psychische Gesundheit des deutschsprachigen Raums in 127 den jeweiligen Störungsbildern gewidmeten Kapiteln. Der Buchaufbau orientiert sich dabei bereits an der Struktur der ICD-11, wobei die Störungen aus den eigenständigen Kapiteln zu Schlafstörungen und sexuellen Funktions- und Identitätsstörungen ebenfalls mit dargestellt werden. Die Kapitel folgen einem einheitlichen Aufbau mit den Gliederungspunkten Steckbrief, Aktuelles, Synonyme, Keywords, Definition, Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese, Klassifikation, Symptomatik, Diagnostik, Differenzialdiagnosen, Therapie, Verlauf und Prognose, Literaturempfehlungen sowie teils Nachsorge und altersspezifischen und weiteren Besonderheiten. Die Definition der diagnostischen Kriterien orientiert sich überwiegend an der ICD-10 beziehungsweise dem DSM-5, wobei meist auch Änderungen hinsichtlich der ICD-11 referiert werden. Das Buch fokussiert auf die Stö-

rungen des Erwachsenenalters und ergänzt diese um Exkurse (zum Beispiel Stalking). Entsprechend der neuen Kategorisierung in der ICD-11 sind die Darstellungen zu sexuellen Funktions- und Identitätsstörungen und Schlaf-/Wachstörungen ausführlicher gehalten.







Das fundierte und äußerst umfangreiche Fachbuch bietet durch seine klare Struktur und seinen einheitlichen Aufbau eine hohe Übersichtlichkeit und schnellen Wissenszugang. Hierfür erweisen sich beispielsweise die grafischen Diagnostik- und Therapiealgorithmen sowie tabellarischen Pharmakotherapieempfehlungen als sehr geeignet. Die Kapitel setzen im Rahmen der einheitlichen Struktur individuelle inhaltliche Schwerpunkte. So finden sich beispielsweise Vorschläge für die Therapieeingangphase bei Essstörungen oder exemplarische Fragen aus dem DIPS Open Access zur Hypochondrie. Als besonders hilfreich im klinischen Alltag erscheinen die ausführlichen Tabellen zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung und zu breit gefächerten Therapieempfehlungen. Schließlich sind alle Inhalte auch über einen kostenfreien Online-Zugang in der Wissensplattform eRef abrufbar.

Die Referenz Psychische Störungen bietet damit ein wertvolles Nachschlagewerk, das Grundlagen- und Praxiswissen in eindrucksvoller Weise verbindet und einen idealen Begleiter für den klinischen Alltag darstellt.

**Rezensiert von Martin Lehe**



## Tür auf. Paul geht zur Psychotherapie

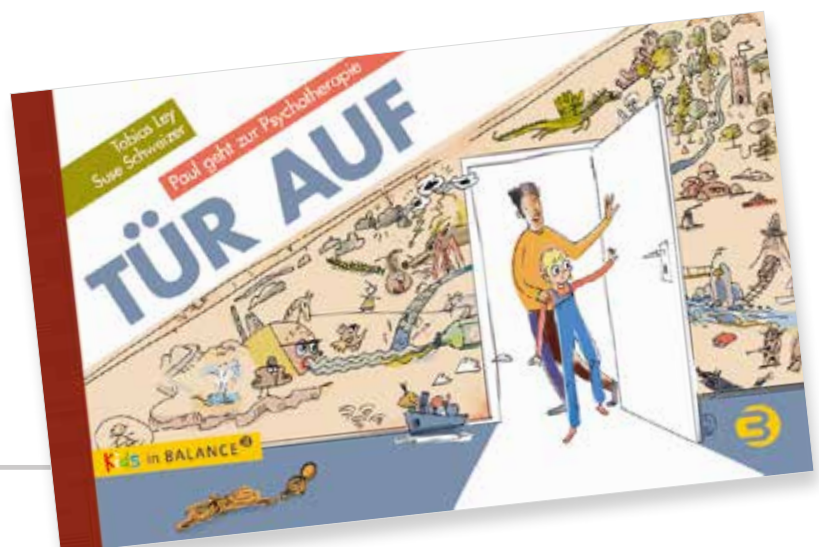
	Tobias Ley, Suse Schweizer
	Tür auf. Paul geht zur Psychotherapie
	2022, Balance buch + medien verlag
	60 Seiten
	978-3-86739-267-9
	19,00

Das Buch „Tür auf. Paul geht zur Psychotherapie“ von Tobias Ley richtet sich in erster Linie an Kinder, die eine Psychotherapie benötigen, sich darunter jedoch nichts vorstellen können oder verzerrte Vorstellungen davon haben. Im Buch gewährt ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut namens Herr Lohse dem sechsjährigen Paul Einblicke in die Therapien anderer Kinder, die, so das Szenario, zugestimmt haben, sich in ihren Therapien mit ihren Therapeut\*innen beobachten zu lassen.

Tatsächlich ist es eine Kunst, in so einem schmalen Büchlein, das schließlich für Kinder geeignet sein soll, die Vielseitigkeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie abzubilden. Tobias Ley ist dieses Kunststück jedoch gelungen. Er zeigt Spieltherapien ebenso wie Gesprächssituationen, zudem Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters mit verschiedenen Störungsbildern. In kindgerechter Sprache und anhand vieler sehr schöner Metaphern ist das Buch in der Lage, Kindern auf einfühlsame Weise das ihnen meist erstmal recht unverständliche Thema Psychotherapie näher zu bringen und vor allem, ihnen die Angst vor dem zunächst Unbekannten zu nehmen. Dabei gelingt es dem Buch zu zeigen, wie unterschiedlich Therapien sein können und dass es möglich ist, auch auf die konkreten Wünsche und Bedürfnisse des jeweiligen Kindes einzugehen. Bemerkenswert sind auch die sehr schönen Illustrationen von Suse Schweizer, durch die das Buch sehr gewinnt.

Ihr Kind zur Psychotherapie zu bringen, ist für viele Eltern ein schwerer Schritt. Umso erfreulicher ist es, dass sich Tobias Ley am Schluss in Form eines kurzen Textes auch noch ausdrücklich an die Eltern möglicher Patientinnen und Patienten richtet, um ihre Bedenken gegenüber einer möglichen Psychotherapie – überzeugend und empathisch – zu zerstreuen. Abgerundet wird das Buch durch das umfangreiche und dabei übersichtliche Downloadmaterial, das über die Verlagsseite heruntergeladen werden kann und sowohl allgemeine als auch konkrete Informationen zum Thema Psychotherapie bereithält. So richtet sich das Buch nicht nur an Kinder, die am Anfang einer Therapie stehen, sondern auch an ihre Eltern und andere nahe Bezugspersonen beziehungsweise kann es auch anderen Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen ihrer Arbeit nur ans Herz gelegt werden.

**Rezensiert von Philipp Hecht**



## Therapie-Tools Selbstwert





Die Kollegen Chmielewski und Hanning arbeiten in ihrem Buch mit der Vorstellung, dass Menschen nicht eine, sondern drei Sichtweisen von sich selbst haben: Bin-Ich, Soll-Ich, Wunsch-Ich. Bei Diskrepanzen („Ich bin nicht so, wie ich sein sollte oder wie ich gern wäre“) entstehen dann Selbstwertprobleme, die sich auf die psychische Gesundheit und alle Bereiche des Lebens auswirken. Dies in Verbindung mit der Vorstellung, dass Selbstwert aus den Bedürfnisbereichen Bindung, Kompetenz und Selbstbestimmung gespeist wird, schafft eine Grundlage für Interventionen.

Dieses Band gliedert sich nach längerer Einführung zum Thema Selbstwert und Selbstwertprobleme in die Module: Vorbereitungsphase, Das Soll-Ich, Das Bin-Ich, Das Wunsch-Ich, Der Selbstwert der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. Ergänzend sind über 130 Arbeits- und Informationsblätter enthalten, die direkt in die Behandlung von Menschen mit Selbstwertproblemen eingebunden werden können.

Im ersten Modul finden sich Hinweise zu Psychoedukation, Grundbedürfnisse, Selbstwertbiografie, Selbstdiskrepanz, Selbstwertkrisen und Selbstwertstrategien. Dann wird im nächsten Abschnitt der Schwerpunkt auf die Herausarbeitung und Prüfung der Regeln des Soll-Ichs gelegt. Der Schwerpunkt des nächsten Kapitels liegt auf die verzerrten und eingeengten Gedanken im Bereich des „Bin-Ich“ und soll den Weg zu einem realistischen, komplexen Selbstbild aufzeigen, das sowohl positive als auch negative Seiten miteinander integriert. Der Abschnitt mit dem Wunsch-Ich soll den psychischen Zielzustand der Patientinnen und Patienten darstellen und als innerer Ratgeber und Kompass dienen. Im letzten Modul können sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit eigenen Selbstwertthemen auseinandersetzen.

Insgesamt kann man die zugrunde gelegten theoretischen Überlegungen für gutheißen oder nicht, ich als lang praktizierender Verhaltenstherapeut habe dieses Buch mehrmals durchgelesen, weil ich sehr erstaunt war, wie viele praktische Schätze zu finden sind. Die vorgeschlagenen Modelle mit den drei Ichs und den drei Bedürfnisbereichen eröffnen mannigfaltige Gestaltungsmöglichkeiten in der Therapie; über das Buch hinaus. Besonders gut gefällt mir der Ansatz mit der Selbstwertbiografie. Die Materialien sind naturgemäß anzupassen, auch könnten andere zur Auffassung gelangen, dass alles viel zu ausführlich wäre. Das finde ich nicht. Ich denke, dass die Autoren eine sehr gute Balance hinbekommen haben zwischen Tiefe und Breite. Zwei erfahrene Kollegen, die einen Schatz uns gegeben haben, damit wir dieses schwierige Thema zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten handhabbar machen können und ihnen noch besser helfen können, einen positiven Selbstwert aufzubauen.

Rezensiert von  
Dr. Alessandro Cavicchioli

	Fabian Chmielewski, Sven Hanning
	<b>Therapie-Tools Selbstwert</b> Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial
	2021, BELTZ
	266 Seiten
<b>ISBN</b>	978-3-621-28706-7
€	42,95



## Früher Kindsverlust und Folgeschwangerschaft

	Ines Fuchs
<b>A</b>	<b>Früher Kindsverlust und Folgeschwangerschaft</b>
	2021, Ernst Reinhardt Verlag
	149 Seiten
<b>ISBN</b>	978-3-497-03015-6
<b>€</b>	21,90

Themen wie Fehl- oder Totgeburt sowie früher Kindsverlust sind immer noch gesellschaftliche Tabuthemen. Viele Kolleg\*innen trauen sich nicht, mit schwangeren Patient\*innen oder Eltern, die einen solchen Verlust erfahren haben, zu arbeiten. Umso wichtiger, dass sich die Literatur neben Themen wie postpartale Belastungen auch diesem Thema widmet.

Die Autorin beginnt ihr Buch mit theoretischen Grundlagen zu Fachbegriffen, Prävalenzen sowie protektiven und Risikofaktoren. Sie gibt zudem einen kurzen Überblick über Therapieansätze.

Im zweiten Kapitel widmet sie sich ausführlich den Phasen des Verlustes und der Folgeschwangerschaften und den damit verbundenen Ängsten und differenziert dabei auch die Ängste nach Trimenon der Schwangerschaft. Dabei lässt sie immer wieder Betroffene in kurzen Zitaten zu Wort kommen, die die Ausführungen eindrücklich untermalen.

Im dritten Kapitel gibt die Autorin einen kurzen Überblick über mögliche Störungsbilder als Konsequenz des Erlebten. Interessant finde ich hier die Beschreibung der Aufgaben der Trauerbegleitung nach Lammer. Hier hätte ich mir aber mehr Fragebögen und ausführlichere Anamnese-fragenkataloge gewünscht, da die Bedingungen und Konsequenzen einer Fehl- oder Totgeburt sowie eines frühen Kindsverlustes doch sehr unterschiedlich sind und hier sehr wesentliche Informationen abgefragt werden sollten, die nicht jede Kollegin oder jeder Kollege im Kopf hat, wenn noch wenig Berührungspunkte zu betroffenen Frauen oder Paaren sind.

Das vierte und dichteste Kapitel präsentiert typische Problemfelder und Behandlungsstrategien: Auch wenn die Autorin nicht jeden Punkt vertieft, werden auch sehr schambehaftete Themen wie Neid auf das Familienglück Anderer, Schuldgefühle oder der Kontakt mit dem Folgekind thematisiert. Hier werden auch einzelne Verhaltensanalysen mit alternativen Kognitionen und in Frage stellen von schuldbehafteten Grundannahmen beispielhaft dargestellt. Thematisch fände ich es spannend, sich hier ebenfalls auf das Thema Kontrolle und Kontrollverlust sowie Versagensgefühle zu konzentrieren, da diese sehr oft von Frauen und Paaren erlebt werden und zu Hilf- und Hoffnungslosigkeit führen. Auch Unterthemen wie Rückkehr am Arbeitsplatz (ohne Schwangeren-

bauch, aber auch ohne Kind) werden hier behutsam beleuchtet und durch Erlebnisberichte von Betroffenen auf berührende Weise unterstrichen. Der Abschnitt zur Medikation ist etwas kurz geraten, dafür weist die Autorin auf entsprechende Fachbücher hin.

Besonders wichtig ist der letzte Buchabschnitt zum Thema Umgang mit der Folgeschwangerschaft: Die Erwartung (von außen) ist oft, „nun hat es ja wieder geklappt, jetzt freu dich“. Doch Ängste und Unsicherheiten gehören ebenfalls dazu. Hier gibt die Autorin verhaltenstherapeutische Strategien zum Umgang im Sinne einer Skillsliste bei Anspannung, einer Imaginationsübung zur Geburt, einer Tetralemma-Übung sowie der Emotional-Relief-Übung aus dem Hypnobirthing. Weiterhin befinden sich am Ende des Buchs zahlreiche Materialien für Patient\*innen wie eine Liste „Sag nicht, sag lieber“ für Angehörige und Freunde sowie eine Liste an positiven Affirmationen. Die Autorin rundet ihr Buch mit zahlreichen Literaturtipps und Internetadressen ab.

Zusammenfassend ist es ein sehr gutes Überblicksbuch über den Umgang mit Fehlgeburten und Folgeschwangerschaften sowohl für Fachkräfte (in Ausbildung oder bereits approbiert) als auch für Betroffene. Der wohlwollende und behutsame Schreibstil der Autorin zeigt, wie sensibel dieses Thema ist und wie vulnerabel und erschüttert betroffene Frauen und Paare nach einem solchen Erlebnis in ihrer Identität und in ihrem Selbstwert sind. Hier fehlt definitiv ein Pendant in der Literatur für betroffene Männer, die in diesem Prozess doch nicht selten alleine gelassen werden.

**Rezensiert von Marie-Christine Reiswich**





## Praxisabgabe

**Wunstorf bei Hannover:** hälftige psychotherapeutische Praxis zum 1.6.2022 abzugeben, KV-Zulassung vorhanden.  
Tel.: 05031-7051117 (AB)

## Stellenangebote

Sitz abgebende KJP-Kolleg\*in (VT) gesucht für Anstellung (sog. "Verzichtsmodell"). Möblierte Praxisräume sind vorhanden in Berlin-Lichtenberg.  
Tel.: 0157-37732124, a.stitz@praxis-stitz.com

**Heidelberg:** Stellen frei als Psych. Psychoth. in lebendiger Praxengemeinschaft. Festanstellung mit vielen Extras. Arbeitsumfang nach Absprache, versch. Modelle möglich. Voraussetzung: Approb. VT.  
Kontakt: pph.heidelberg@t-online.de

## Verschiedenes

**Genervt von Anträgen?**  
Schnelle und erfahrene Berichtshilfe bei Ihren VT-Anträgen  
antragshilfe-vt@posteo.de

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

**Diplom Psychologin** mit langjähriger Erfahrung bietet Unterstützung für **Berichtsentwürfe (TP/AP) zuverlässig, kompetent, zeitnah und diskret**  
Expressservice möglich  
Fon: 01525 8711148,  
E-Mail: Antragsberichte@posteo.de

## Anzeigen

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

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

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

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

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

### Anzeigenschluss für Heft 2.2022:

22. April 2022

### Kleinanzeigenpreise 2022

Pro Millimeter: 4,00 Euro

Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPTV-Mitglieder,

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

### Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

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

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

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

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

## #DPTVgoesgreen

**Sie lesen lieber online statt auf Papier? Kein Problem!**

Sie können statt der gedruckten Ausgabe die **Psychotherapie Aktuell** auch als PDF per Mail beziehen. Eine kurze Nachricht an [psychotherapieaktuell@dptv.de](mailto:psychotherapieaktuell@dptv.de) genügt.



**DPTV Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung**

[www.dptv.de](http://www.dptv.de)

## Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPtV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.  
Aktuelle Auflage: 20.000 Exemplare

### Verlag und Herausgeberin

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

### Verantwortliche Schriftleitung

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

### Kontaktanschrift der Redaktion

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

### Layout/Satz

Jacqueline Lee

### Redaktionsbeirat

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

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

### Hinweise für Autor\*innen

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

### Anzeigen

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

### Druck

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

## Inserentenverzeichnis

## Seite

AWP Berlin .....	25
CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz .....	31
Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn .....	27
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG .....	33
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....	37
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....	19
News Media Company GmbH & Co. KG, Oldenburg .....	17
Pluswert Wirtschaftsdienst GmbH & Co. KG, Münster .....	4

## Bildnachweise

## Seite

Adobe Stock/Ingo Bartussek .....	U1, 5, 12
BMG/Aktha .....	6
BMG/Thomas Ecke .....	8
BMG .....	9
Thomas Köhler/photothek.net .....	10
regierung-mv/Thomas Trutschel .....	10
BMG/Schinkel .....	11
Adobe Stock/andersphoto .....	22, 24-25
Adobe Stock/Ermolaev Alexandr .....	5, 23
Adobe Stock/Worawut .....	26-27
Adobe Stock/Andrey Popov .....	28-29
Adobe Stock/Sonulkaster .....	5, 29, 32
Adobe Stock/Fotoldee .....	34
Adobe Stock/CMP .....	34
Adobe Stock/instagram.com/_alfil .....	36
Adobe Stock/kuzmichstudio .....	39
Adobe Stock/ngupakarti .....	41-48

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

Wir drucken klimaneutral.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am **7. Juni 2022**.

## Adressen DPTV

### Bundesgeschäftsstelle

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

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

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

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

Fragen rund um die Mitgliedschaft:  
mitgliederverwaltung@dptv.de

### Bundesvorstand

#### Bundesvorsitzender

Gebhard Hentschel  
Neubrückenstraße 60  
48143 Münster  
gebhardhentschel@dptv.de

#### Stellv. Bundesvorsitzende

Barbara Lubisch  
Schmiedstraße 1  
52062 Aachen  
barbaralubisch@dptv.de

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

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

Michael Ruh  
Steinweg 11  
35066 Frankenberg  
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer  
Tobelwasenweg 10  
73235 Weilheim  
sabineschaefer@dptv.de

#### Kooptiertes Mitglied

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

### Vorstand der Delegiertenversammlung

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

### Ansprechpartner\*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

#### Baden-Württemberg

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

#### Bayern

Rudolf Bittner  
Innere Münchener Straße 8  
84036 Landshut  
Telefon 0871 45018  
rudi-bittner@t-online.de

#### Berlin

Georg Schmitt  
Pfarrstraße 123  
10317 Berlin  
Telefon/Fax 030 55153363  
georgschmitt@dptv.de  
Landesgeschäftsstelle Berlin  
Jana Serebriakova  
Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Telefon 030 23500934  
Mi 15:00 – 17:00 Uhr  
gst-berlin@dptv.de

#### Brandenburg

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

#### Bremen

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

#### Hamburg

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

#### Hessen

Ilka Heunemann  
ilkaheunemann@dptv.de  
Landesgeschäftsstelle Hessen  
Martina Büschel  
Rheinstraße 1  
65307 Bad Schwalbach  
Telefon 06124 7277588  
Mo, Mi 9:30 – 12:30 Uhr  
Di, Do 8:30 – 11:30 Uhr  
Fr 9:30 – 11:30 Uhr  
hessen@dptv.de

#### Mecklenburg-Vorpommern

Karen Franz  
Rudolf-Breitscheid-Straße 7  
23936 Grevesmühlen  
Telefon 03881 79050  
karen.franz@dptv-mv.de

#### Niedersachsen

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

#### Nordrhein

Andreas Pichler  
Alte Poststraße 9  
53639 Königswinter  
a.pichler@t-online.de  
Landesgeschäftsstelle Nordrhein  
c/o Olaf Wollenberg  
Lucia Reinartz  
Oulustraße 12  
51375 Leverkusen  
Telefon 0214 90982370  
Mo 10:00 – 14:00 Uhr, Do 9:00 – 12:00 Uhr  
gs-nordrhein@dptv.de

#### Westfalen-Lippe

Dr. Inez Freund-Braier  
freund.braier@kjpp-letmathe.de  
Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe  
Stephanie Mester  
Bahnhofstraße 6  
58642 Iserlohn  
Telefon 02374 9247414  
Mo, Mi 8:15 – 11:15 Uhr  
gs-westfalen-lippe@dptv.de

#### Rheinland-Pfalz

Sabine Maur  
sabine.maur@dptv-rlp.de  
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz  
Katharina Dries  
Kaiserstraße 38  
55116 Mainz  
k.dries@dptv-rlp.de

#### Saarland

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

#### Sachsen

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

#### Sachsen-Anhalt

Jeannette Erdmann-Lerch  
Goethestraße 26  
29410 Salzwedel  
jeannette.erdmann-lerch@dptv.de

#### Schleswig-Holstein

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

#### Thüringen

Dagmar Petereit  
Radegundenstraße 9  
99084 Erfurt  
Telefon 0361 2626888  
info@praxis-petereit.de



QM-Praxishandbuch

# Das Handbuch der professionellen Praxisführung

Auf Basis des Qualitätsmanagement-System der KBV (QEP® 2010) und der QM-Richtlinie 2020, weiterentwickelt entsprechend den neuen Herausforderungen an die Praxisführung wie Hygienemanagement und Datensicherheit, finden sich im QM-Praxishandbuch individualisierbare Praxis- und QM-Formulare sowie Informationen und Musterablaufbeschreibungen aller Prozesse in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis.

Themen: Patientenversorgung, Patientenrechte und -sicherheit, Fortbildung, Praxisführung und Praxisorganisation, Beschwerdemanagement, Notfallmanagement, Patientenbefragungen, Qualitätsbezogene Dokumentation

Das QM-Praxishandbuch ist ein Leitfaden für

- einfaches und effizientes Qualitätsmanagement
- Weiterentwicklung und Reflexion der Praxisführung
- die Anwendung des Berufs- oder Sozialrechts
- die Praxisorganisation bei einer Praxisgründung

**Jetzt verfügbar!**  
Aktualisierte Ausgabe 2021

Hardcover-Ringordner mit Register und USB-Stick  
60 Euro für DPTV-Mitglieder, 120 Euro für Nichtmitglieder,  
inklusive Versand, Bestellung über [www.dptv.de/bestellungen](http://www.dptv.de/bestellungen)  
oder per Mail an [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de)

