

PPP

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

**Mehr als die Hälfte gut:
Der lange Weg zur
Integration.
Ein Interview**

**Wie arbeiten eigentlich
SystemikerInnen?
Ein Erfahrungsbericht**



03/2020

Systemische Therapie - Ziel erreicht?

Nachgefragt

Psychotherapeutisches Arbeiten in Zeiten der Corona-Pandemie?

Der bvvp hat in einer Umfrage gefragt. Mehr als **900** Teilnehmende haben uns anonym ihre Gedanken und Gefühle anvertraut. Ein Erfolgsprojekt!

Wir bedanken uns für **10.507** teils sehr ausführliche Antworten. Was für ein Vertrauensbeweis – und was für ein Wissensschatz, den wir nutzen können, um weiterhin in Ihrem Sinne aktiv zu werden! Herzlichen Dank auch für so viel Lob. Wir versuchen, ihm weiterhin gerecht zu werden.

Wie erging es den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen? Welche Erfahrungen machten die KollegInnen mit der Video- und Telefonbehandlung? Lesen Sie erste Auswertungen unserer Umfrage auf den Seiten 22–27.

„Die Infos des bvvp waren sehr praxisbezogen!“

„Ehrlich gesagt habe ich am meisten Unterstützung durch den bvvp erhalten.“

„Gerade der bvvp hat sofort gute, hilfreiche Informationen geliefert.“

„Die häufigen Infos von KBV und bvvp zum Vorgehen schufen Sicherheit.“



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Corona-Krise hat uns weiterhin im Griff, und wir müssen auch auf längere Sicht mit Vorsicht und Umsicht in unseren Praxen die Versorgung aufrechterhalten – ein Thema, das uns selbstverständlich auch in dieser Ausgabe beschäftigt.

Zugleich können wir uns erfreulichen Weiterentwicklungen im Gesundheitssystem zuwenden. Die Einführung eines neuen Richtlinienverfahrens, nämlich der Systemischen Therapie, ist ein Meilenstein in der Ausgestaltung unserer psychotherapeutischen Versorgung. Erstmals seit Einführung der Richtlinien-Therapie wird ein neues Verfahren zugelassen. Das Genehmigungsverfahren im G-BA hat zugegebenermaßen lange gedauert, aber nun ist, zumindest im Bereich der Erwachsenenentherapie, die Zulassung und die Einordnung in den EBM endlich erfolgt. Deshalb sind wir froh, in diesem Heft die Systemische Therapie in den Fokus rücken zu können. Die Anerkennung für die Kinder- und Jugendlichen-Behandlung steht aber noch aus. Die Systemische Psychotherapie ist sehr wirkungsvoll für Familien und deren Angehörige. Die im deutschen Gesundheitswesen notwendige Unterteilung in Erwachsene und Kinder/Jugendliche macht hier eigentlich keinen Sinn. Das ist sicher einer der zentralen Hintergründe, warum die Systemische Therapie im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Therapie noch nicht anerkannt worden ist, obwohl hier ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt liegt.

Ein weiteres wichtiges Thema im Heft: die Befragung unserer Mitglieder zur Corona-Krise. Auf unsere Fragen, wie sie diese Zeit erlebt und in ihrer Arbeit darauf reagiert haben, erfuhren wir eine überwältigende Resonanz. Mehr als 900 KollegInnen haben den aufwendigen qualitativen Fragebogen bearbeitet, viele haben uns ihre Eindrücke ausführlich geschildert. Wir werden das umfangreiche Datenmaterial nach und nach auswerten. In dieser Ausgabe des Magazins finden Sie dazu bereits erste analytische Artikel.

Aber es gibt nicht nur positive Neuigkeiten. Das Patienten-Datenschutz-Gesetz wurde in einer für uns nicht zufriedenstellenden Form in der letzten Sitzung des Bundestags vor der Sommerpause beschlossen. Leider startet damit die elektronische Patientenakte im Januar 2021 ohne differenziertes Zugriffsmanagement. Die PatientInnen können nicht entscheiden, wer welche Daten auf ihrer ePA einsehen kann. Hier muss deutlich nachgebessert werden, und wir können unter diesen Bedingungen niemandem ernsthaft raten, dort Daten aus einer psychotherapeutischen Behandlung einzustellen. Das Thema Telematikinfrastruktur und die Zwangsmaßnahmen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen bleiben eine große Herausforderung. Aber vor der Sommerpause haben sich auch große KVen gegen die Pläne der Regierung und des BMG gestellt, die TI um jeden Preis in das Versorgungssystem hineinzudrücken. Der Widerstand nimmt zu.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Herzliche Grüße

Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Inhalt



08

Mehr als die Hälfte gut: Der lange Weg zur Integration

Ein Interview von Ariadne Sartorius und Benedikt Waldherr mit Prof. Enno Hermans. Er sieht in fünf Jahren in Deutschland schon 200 bis 300 niedergelassene SystemikerInnen für Erwachsenenpsychotherapie.

12

Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Work in Progress

Das Autorentrio Ochs/Ortmann/Hanswille beleuchtet „das Kuriosum der Altersgebiete“ in Deutschland aus europäischer Sicht und zeigt Perspektiven für die Zukunft systemischer KJP-Arbeit auf.

22

Überwältigende Resonanz auf bvvp-Befragung

Der bvvp fragte nach Ihren Arbeitsbedingungen in Zeiten der Coronapandemie und Sie schenken uns Ihr Vertrauen. Weit über 10.000 teils sehr ausführliche Antworten gingen ein, mehr als 340 DIN-A4-Seiten Text. Hier unsere ersten Auswertungen.

16

Wie arbeiten eigentlich SystemikerInnen?

In der Fallvignette von Sebastian Baumann erfahren Sie, wie man schwere klinische Symptome durch Beziehungsarbeit mit engen relevanten Bezugspersonen, also mit dem Fokus auf soziale Faktoren, behandeln kann.



IM FOKUS SYSTEMISCHE THERAPIE ALS VIERTES RICHTLINIENVERFAHREN

- 06 Einführung
- 08 Mehr als die Hälfte gut: Der lange Weg zur Integration
- 12 Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- 16 Wie arbeiten SystemikerInnen?
- 18 Juristische Aspekte bei der Regelversorgung der GKV
- 20 Wege zur Approbation

BVVP AKTIV

- 22 Arbeiten in Zeiten von Corona: eine Umfrage
- 23 Erfahrungen während der Corona-Krise
- 25 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Zeiten von Corona
- 28 Berufspolitische Meldungen
- 30 Patientendaten-Schutzgesetz verabschiedet

SERVICE

- 32 bvvp-Expertentelefon zum Thema Digitalisierung
- 33 Kostenerstattung bei Fristenversäumnis der Krankenkassen
- 34 Buchbesprechung
- 35 Autorenverzeichnis

Impressum

Psychotherapie in Politik und Praxis · ISSN: 2698-2625
Periodizität: Quartal · Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 €
Abonnement 49,50 € inkl. Versand · Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei · Info und Bestellung: bvvp@bvvp.de

Herausgeber

bvvp Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Telefon +49 (0)30 887259-54 · Telefax -53 · bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

Redaktion

Martin Klett (V.i.S.d.P.), AutorInnen: siehe Autorenverzeichnis,
Seite 35 · Verantwortlich für den Fokus: Ulrike Böker, Ariadne Sartorius, Benedikt Waldherr · Redaktionsleitung und Lektorat: Anja Manz

Verlag

freelance project GmbH · Reinsburgstraße 96 A · 70197 Stuttgart · info@freelance-project.de · www.freelance-project.de
Projektleitung: Bernd Faller · Korrektorat: Martina Schwendemann · Art Direction: Isabelle Birebent, Alexandra Fragstein
Illustrationen: Stephanie Wunderlich · Fotos: bvvp-Archiv und Autoren

Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG, Calbe/Saale

Anzeigen

bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom Januar 2020.

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

IM FOKUS:

Systemische Therapie als viertes anerkanntes Richtlinienverfahren

Von **Ulrike Böker** und **Ariadne Sartorius**

Aller guten Dinge sind drei – und so ist dies unser dritter Magazin-Schwerpunkt zum Thema Systemische Therapie. Tatsächlich haben jetzt endlich alle PatientInnen Zugang zur Systemischen Therapie – so zumindest sollte es sein. Doch leider fehlt es noch an Systemischen TherapeutInnen, die über eine Kassenzulassung verfügen oder diese erhalten. Freie Sitze für die Systemische Therapie sind nicht geschaffen worden. Die Aufnahme in die Psychotherapierichtlinie hat nämlich keine neue Bedarfsplanung zur Folge – ganz zu schweigen von der Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche; die Systemische Therapie ist bisher nur für Erwachsene zugelassen.

Dennoch freuen wir uns riesig über diesen historischen Gewinn für die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen. Als hätten wir in eine Glaskugel blicken können, hatten wir es kommen sehen: Am 23. März 2018 feierte die Systemische Gesellschaft 25-jähriges Bestehen. Der bvvp überreichte damals – in hoffnungsvoller Voraussicht – eine Version der Psychotherapie-Richtlinie, in der die Systemische Therapie bereits aufgenommen war. Am 11. November 2018 war es dann tatsächlich soweit: Der Gemeinsame Bundesausschuss sprach die Anerkennung als Richtlinienverfahren aus. Doch leider hatte unsere Glaskugel trübe Stellen. Die Anerkennung als abrechnungsfähiges Verfahren hat ihren Preis: Die psychodynamischen Verfahren müssen ihre PatientInnen in ICD-Diagnosen pressen, die ihrem Verständnis von psychischen Störungen nicht entsprechen. Die Systemiker mussten sich bereit erklären, einen Index-Patienten zu benennen, und sich in Altersstufen aufteilen, je nachdem, ob sie über eine Behandlungserlaubnis für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche verfügen.

Es ist einmalig, dass Psychotherapie in einem Gesundheitssystem allen gesetzlich Versicherten zugänglich und weder vom Geldbeutel noch von staatlicher oder privater Förderung abhängig ist. Das Solidarsystem ist ein hohes Gut, und es ist gut, dass gerade in Zeiten, in denen es um einen weiten Blick auf die gesellschaftlichen Probleme geht, die Systemische Therapie mit ihrem über das Individuum hinausgehenden Blick ihren Platz im Gesundheitssystem erhalten hat. Und wir werden hoffentlich bald ein viertes Mal den Fokus auf die Systemische Therapie richten können, wenn sie auch für Kinder und Jugendliche sozialrechtlich anerkannt ist. Bis dahin werden wir die systemischen Verbände sowie alle Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg zu diesem Ziel unterstützen.

Im aktuellen Fokus finden Sie ein Interview mit Professor Hermans, in dem er einen Ausblick auf die Systemische Therapie in der zukünftigen Weiterbildung und ambulanten Versorgung gibt. Meyerhof und Spiegler zeigen Wege zur Approbation in Systemischer Therapie, Sebastian Baumann erlaubt einen anschaulichen Einblick in das systemische Arbeiten, der Artikel von Ochs, Ortman, Hanswille bietet einen Überblick über die Systemische Therapie für Kinder- und JugendlichentherapeutInnen, und Holger Barth betrachtet die juristischen Aspekte.

Mehr als die Hälfte gut

Der lange Weg zur Integration

Ariadne Sartorius und Benedikt Waldherr im Gespräch mit Prof. Enno Hermans

Ariadne Sartorius: Lieber Enno Hermans, das ist nun schon das dritte Interview, das ich mit Ihnen in diesem langen Prozess der Anerkennung der Systemischen Therapie führe. „Was lange währt, ist endlich gut“, sagt man. Auch in diesem Fall?

Enno Hermans: Na ja, fast alles. Es ist schon mehr als die Hälfte gut, aber es fehlt auch noch ein bisschen. Das ist schon eine sehr mühsame, aber am Ende doch eine Erfolgsgeschichte. Jetzt könnte man noch darüber sprechen, ob das Thema der Kontingente zur Zufriedenheit aller gelöst worden ist. Ich glaube, auch da handelt es sich erst einmal um einen vertretbaren Kompromiss. Nicht gut gelaufen bei der Anerkennung der Systemischen Therapie für Erwachsene ist, dass es nicht gelungen ist, fürs Mehrpersonensetting etwas mehr Vergütung auszuhandeln. Das Thema diskutieren wir im Moment intensiv in der Szene, weil wir die Befürchtung haben, dass diese Entscheidung dazu führen könnte, dass das Mehrpersonensetting weniger angewandt wird. Da hätte ich mir gewünscht, dass gesehen wird, dass es mehr Aufwand und Kosten bedeutet. Ansonsten würde ich sagen, ist die Regelung, die die Erwachsenen angeht, erst einmal gut so.

Benedikt Waldherr: Als ich die Entscheidung zum Mehrpersonensetting gelesen habe, ist für mich, ehrlich gesagt, eine Welt zusammengebrochen, weil ich dachte, das ist doch das Herzstück der Systemischen Therapie. Da hat man der Systemischen wieder völlig systemimmanent den Kragen zugedreht.

EH: Es ist vor allen Dingen paradox. Wenn man es gar nicht will, hätte man es nicht als eigenes Setting in die Richtlinie schreiben müssen. Bezugspersonen einzu beziehen ist schon jetzt jederzeit und ohne Begrenzungen möglich. Das wird auch nicht extra vergütet,

da kommen die Bezugspersonen einfach mit. Dadurch, dass es in die Richtlinien kam – was uns sehr gefreut hat, weil es wirklich ein Herzstück der Systemischen Therapie ist –, wurde natürlich nahegelegt, dafür entsprechend eine eigene Vergütung oder eine abweichende Vergütung zu schaffen, was aber nicht erfolgt ist. Insofern sind wir schon enttäuscht. Trotzdem: Wir blicken nach vorne und schauen, ob wir das Thema vielleicht auch im Kinder- und Jugendlichenbereich aufgreifen können.

AS: Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin muss ich sagen: Wir halten im KJ-Bereich schon seit Jahren Sitzungen familienbezogen ab und berechnen also Bezugspersonenstunden. Therapiegespräche sind bei uns immer Familiengespräche, und wir kriegen keinen Cent mehr Geld dafür.

EH: Möglicherweise wird das ein Faktor gewesen sein, dass man sich daran orientiert hat. Was aber manchmal noch nicht verstanden wird, ist, dass es ja trotzdem einen Unterschied macht, wie ich den Einbezug von Bezugspersonen fachlich, theoretisch und inhaltlich verstehe. Wir würden nicht sagen, wir beziehen die Bezugspersonen mit ein, sondern wir sagen: Wir behandeln das gesamte System. Der eine ist halt nur der Index-Patient, und bei uns geht es um das Familien- oder Behandlungssystem. Deswegen ist es auch richtig, dafür ein eigenes Setting zu schaffen. Ich weiß, dass viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das durchaus auch so verstehen. Wir behandeln nicht den Einzelnen und holen die Eltern mal rein, um ein bisschen tiefgehend zu erzählen, was man noch alles machen kann, sondern auch wir sehen es als ein System. Aber das ist – verglichen mit der Systemischen Therapie – anders theoretisch hergeleitet. Dann ist es eben auch richtig zu sagen: Wenn man alle

„behandelt“, was immer Behandlung dann heißt, muss man daraus andere Konsequenzen ziehen. Was aber schwierig ist, denn wenn man das System behandelt, wird die Frage der Altersgruppenzugehörigkeit zum Thema, was ein nächstes Problem ist, weil wir das als Systemische TherapeutInnen nicht so getrennt denken können, wie es in Formalkriterien gedacht wird.

BW: Das ist wirklich das Problem bei unserem Gesundheitssystem, dass es in viele Ecken so ausgemendelt ist. Trotzdem wird das Systemische Verfahren um den eigentlichen Wert beraubt. Die Sichtweise, dass nicht ein Einzelner das Problem ist, die haben wir „normale“ Therapeuten ja auch im Hinterkopf. Das Mehrpersonensetting ist für mich wirklich ein Fortschritt – dass man es überhaupt so sieht und so benennt. Aber man müsste wirklich alles daransetzen, dass in einem zweiten Schritt bei der nächsten EBM-Reform sowohl die Systemischen als auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen entsprechenden Zuschlag bekommen. So kann es nicht sein, dass es mit einer Einzelsitzung gleichgesetzt wird.

EH: Und was auch noch nicht gut ist: Der Antrag zur Anerkennung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche ist – vermutlich auch Corona-bedingt – immer noch nicht gestellt. Wir hoffen auf baldige Antragstellung und ein zügiges Verfahren, weil die

Versorgung im Hinblick auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besondere Relevanz hat. Hier muss der Druck hoch bleiben, damit zwölf Jahre nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie endlich die Kassenanerkennung erfolgen kann.

AS: Kommen wir zum Thema Ausbildungsreform. Ist die Systemische Therapie da bereits so aufgestellt, dass das Verfahren tatsächlich gut gelehrt werden kann?

EH: Ich glaube, dass sich da jetzt durch die Reform viel tun könnte. Mein Eindruck ist, dass das Thema Verfahrensvielfalt – auch wenn sie jetzt schwächer im Gesetz und in der Approbationsordnung verankert wurde, als ich mir das gewünscht hatte – bei den Akkreditierungen auch für die Bachelor-Studiengänge eine relevantere Rolle spielt, was in der Nachfrage sichtbar wird. Und ich weiß von Kolleginnen und Kollegen, dass viele Unis darüber nachdenken, in ihre Institutsambulanz ein zweites Verfahren aufzunehmen und zu sagen: Wenn, dann eher Systemische Therapie. Ich erlebe auch, dass zumindest erste Postdoc-Stellen ausgeschrieben werden – ein Schritt, bei dem es mittelfristig auch um Habilitation und erste Professuren gehen könnte.

BW: Wow!

EH: Das sind ganz zarte Pflänzchen. Meine Hoffnung ist, dass durch die Umstellung mehr an den Unis passiert, vielleicht auch beginnend mit den privaten Universitäten. Aber es wird ein sehr langer Prozess sein.

BW: Das wäre der Wunsch, dass die Systemische tatsächlich etwas Neues bringt und dass es euch gelingt, an die Hochschulen zu kommen. Es gibt ja bereits Überlegungen, in der Weiterbildung eine Verklammerung der Systemischen Therapie beispielsweise mit der Verhaltenstherapie herbeizuführen, analog dem, was wir aus der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie kennen.

EH: Ehrlich gesagt, halte ich das eher für einen politischen Reflex, dem Gedanken folgend: „Wenn ihr Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie verklammert, kann nicht exklusiv sein, dass ihr euch in der verkürzten Zeit zwei Fachkunden besorgt. Dann muss es für uns Verhaltenstherapeuten auch möglich sein, zum Beispiel VT und Systemische Therapie zusammen zu machen.“ Dem stehe ich ambivalent gegenüber. Einerseits finde ich die Möglichkeit, eine



Enno Hermans

zweite Fachkunde auf nicht allzu kompliziertem Weg zu erwerben, attraktiv. Andererseits glaube ich, dass zwischen Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie ein größerer Unterschied als zwischen analytischer und tiefenpsychologischer Therapie besteht. Diese haben im Wesentlichen das gleiche Theoriegebäude. Das kann ich bei Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie so nicht erkennen. Ich unterrichte Systemische Therapie an Verhaltenstherapie-Instituten als weiteres Verfahren. Es ist häufig schwierig, erst einmal die theoretische Fundierung zu geben. Wenn ich sage, die Systemische Therapie ist im Wesentlichen angewandte Erkenntnistheorie, muss ich mir die erkenntnistheoretischen Grundlagen zu eigen gemacht haben. Wenn man, egal aus welcher Richtung, eine gute Grundlage geschaffen hat, kann man in Abgrenzung oder als Kombination besser etwas Neues integrieren, als wenn man diesen wesentlichen Schritt überspringt. Wenn das zu sehr verwoben wird, hätte ich die Sorge, dass etwas von der theoretischen Fundierung des einen oder des anderen Verfahrens auf der Strecke bleibt.

AS: Eine zentrale Frage ist natürlich auch, wie die Systemiker – es sind ja wahrscheinlich leider nur eine Handvoll – an einen Kassensitz kommen.

EH: Hier in Nordrhein wurde ich von Mitgliedern des Zulassungsausschusses der KV aufgefordert, ich möge dafür sorgen, dass sich Systemiker bewerben, weil man diese doch nun auch berücksichtigen wolle, wenn es demnächst um die Besetzung von Kassensitzen geht. Es gibt ja die Frage, ob in jedem Zulassungsbezirk jedes sozialrechtlich anerkannte Verfahren auch angeboten und abgebildet sein muss. Das BSG hat sich

hierzu bereits zustimmend geäußert. Und auch wir stellen uns natürlich auf den Standpunkt: Ja, muss es! Sonst stünden sie für eine Versorgung der Bevölkerung nicht zur Verfügung. Das heißt, wir würden im Moment alle ermutigen, genau mit dieser Haltung antragstellend tätig zu werden.

AS: Nach der Sonderbedarfsregelung Zulassungen beantragen, meinen Sie?

EH: Genau. Aber da muss man natürlich unterscheiden, weil man möglicherweise den Sonderbedarf abweisen könnte, indem man sagt: Na ja, hier gibt es schon ausreichend Therapeuten, die auch die Fachkunde in Systemischer Therapie haben. In der Psychotherapie-Vereinbarung ist geregelt, dass der Kammertitel, also die Zusatzbezeichnung, als Fachkundenachweis und Abrechnungsgenehmigung ausreicht. Wir würden auf jeden Fall raten, erst einmal eine Sonderbedarfszulassung zu beantragen, denn es kann sein, dass die Sitze für das Verfahren später wieder abgeschmolzen werden.

Möglicherweise wird das in manchen Gebieten nicht funktionieren, weil zu viele diese Zusatzbezeichnung erworben haben. In den meisten Zulassungsbezirken wird das aber eher nicht so sein. Es gibt noch gar nicht so viele Systemische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, insbesondere nicht für Erwachsene. Wir haben mehr ausgebildete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, und selbst das ist noch eine geringe Menge. Umso relevanter ist es, dass wir im KJP-Bereich weiterkommen, weil da schon viele approbiert sind und nur darauf warten, dass sie die Chance erhalten, in der ambulanten Versorgung mitzuwirken.

AS: Die KJP werden allerdings vermutlich erst mal eine Doppelapprobation anstreben, nehme ich an?

EH: Das ist ein spannendes Thema, das uns bewegt. Einige werden das machen, viele aber auch nicht. Die Psychologen, die bewusst in die Systemische KJP-Ausbildung gegangen sind und nicht wussten, ob das jemals sozialrechtlich anerkannt wird, sind sehr bewusst Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geworden und sagen: „Warum sollte ich das jetzt formal noch machen? Entweder die Anerkennung kommt oder ich muss schauen, wo ich in Zukunft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie machen kann, im stationären oder sonstigen Bereich.“



Benedikt Waldherr

BW: Eigentlich behandeln Systemische Therapeuten doch immer das System. Wieso wird dann überhaupt getrennt in KJP und den Erwachsenenbereich?

EH: Wir trennen das ja eben nicht, der Bereich ist schlicht getrennt. In der neuen PP- und KJP-Ausbildung machen wir auch große Teile gemeinsam. Die Kerngruppe hat gemeinsame Seminare, weil das die wichtigen Grundlagen sind, die sich eben nicht unterscheiden. Und dann gibt es spezifische Module, die sich explizit auf bestimmte Themen beziehen.

BW: Also wird den Systemikern diese Unterscheidung aufgedrängt vom System, obwohl sie von der Theorie gar nicht vorhanden ist. Sie sind eigentlich ausgebildet für Familien, und da sind immer Kinder und Erwachsene beieinander.

EH: Ja, das ist total spannend. Wir haben wegen dieser Argumentation im Hinblick auf die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) über die EFTA, die European Family Therapy Association, mal im europäischen Ausland geschaut. Es gibt im gesamten europäischen Ausland in der Systemischen Therapie keine Trennung zwischen Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenentherapie. Es gibt auch keine Evidenz, keine Studien und keine Lehrpraxis, die voneinander zu trennen sind, außer in Deutschland. Und das nur, weil wir uns dem vorhandenen System anpassen mussten. Es ist systemisch nicht herleitbar.

AS: Zum Schluss noch ein Ausblick in die Zukunft: Wo soll es hingehen mit der Systemischen Therapie in einem bis in fünf Jahren?

EH: In fünf Jahren gibt es relevant viele Kassensitze und ausgebildete Systemikerinnen und Systemiker.

Und es gibt 200 bis 300 niedergelassene Systemiker mit der Ausbildung für Erwachsenenpsychotherapie in Deutschland, deren Arbeit immer mehr Teil der Versorgung wird. Wichtig ist mir, dass die Anerkennung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf dem gleichen Stand ist wie für Erwachsene, also in einer Richtlinien-Vereinbarung geregelt wird, und dass für die EBM-Ziffern zur Leistungserbringung verhandelt wurden und sie wirklich in der Versorgung angekommen sind. Und dass sich die ersten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Niederlassungen befinden und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch in der Fläche eine Rolle spielt. Außerdem gibt es in fünf Jahren in Deutschland an staatlichen Universitäten zehn Lehrstühle, an denen Systemische Psychotherapie gelehrt wird. Im neuen Therapiestudium spielt sie selbstverständlich eine Rolle im Rahmen der Verfahrensvielfalt.

In einem Jahr muss der Antrag Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gestellt und das Gutachten beim IQWiG begonnen sein. Die ersten fünf bis zehn Systemikerinnen und Systemiker haben eine Niederlassung bekommen. Und an den Unis kommen immer mehr erste Ausschreibungen sowohl für Professuren als auch für Mitarbeiterstellen, damit auch systemische Forschung im deutschsprachigen Raum vorangetrieben werden kann.

Vielleicht noch etwas Berufspolitisches: In fünf Jahren müsste es auch gelungen sein, dass wesentlich mehr Systemiker in den Landeskammern und auch auf dem Deutschen Psychotherapeutentag vertreten sind.

BW: Vielen Dank für dieses lebendige Interview.

Dies ist eine gekürzte Fassung des Gesprächs. Die ausführliche Version finden Sie auf: bvvp.de → mein bvvp → bonusmaterial magazinausgaben



Ariadne Sartorius

Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Work in Progress!

Von **Matthias Ochs, Carla Ortmann und Reinert Hanswille**

Das Kuriosum von Altersgebieten – zumindest im europäisch-systemischen Vergleich

Wenn systemische KollegInnen im europäischen Ausland¹ angesprochen werden auf das Konstrukt einer Systemischen Psychotherapie für Erwachsene einerseits und einer selbigen für Kinder und Jugendliche andererseits, so reagieren sie häufig zunächst mit relativer Verständnislosigkeit und scheinen nicht so recht zu wissen, was man genau meint. Natürlich sind auch ihnen etwa die entwicklungs- und familienpsychologischen, pädagogisch-psychologischen, aber auch neurobiologischen oder sozialisationsbezogenen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters im Vergleich zum Erwachsenenalter bekannt. Was verwirrend, gar unplausibel erscheint, das ist gerade vor dem Hintergrund einer systemischen Praxeologie (6) die – das impliziert zumindest das Konstrukt der Altersgebiete – Familiensysteme zerteilende getrennte Behandlung von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen. Das allgemeine Credo der europäischen systemischen KollegInnen lautet dementsprechend: Das ist ja komplett unsystemisch! Tatsächlich ist nach Altersgebieten getrennte systemisch-familientherapeutische Ausbildung außerhalb von Deutschland fast nicht anzutreffen – das quasi höchste der Gefühle ist eine Art „trunk“ für die psychotherapeutischen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters.

Nichtsdestotrotz: Der aktuelle Stand

Dass Systemische Therapie am 22. November 2018 zunächst für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen – und nicht für Kinder und



Jugendliche – vom Gemeinsamen Bundesausschuss sozialrechtlich anerkannt wurde (und seit 1. Juli 2020 zulasten der GKV in der ambulanten Versorgung „appliziert“ werden kann), wird vielfach zunächst fast als kontraintuitiv erlebt, da es selbst Laien evident erscheint, dass psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen auch etwas mit dem familiären Umfeld zu tun haben – oder wie dies der Veichtaer systemische Familientherapeut Christian Hawellek einmal formulierte: Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen sind fast immer Artefakte der Beziehungsstörungen der Eltern. Auch wenn diese Sichtweise möglicherweise zu einseitig oder überspitzt erscheint und zu wenig die weiteren Aspekte berücksichtigt, die das biopsychosoziale Modell zum Verständnis menschlichen Erlebens und Verhaltens postuliert – nämlich neben soziokulturellen/systemisch-familiären (sozial) etwa neurobiologische, hereditäre, körperliche (bio) oder intrapsychische Aspekte

(psycho) – so führen sie dennoch zur Frage: Was gibt es zum Stand der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu berichten?

Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie als Aufbauweiterbildungsgang

Zunächst gibt es dazu zu berichten, dass diese schon lange stattfindet, in der Praxis sowie in Fort-, Aus- und Weiterbildung, wenn auch bisher ohne sozialrechtliche Anerkennung. Der Weiterbildungsgang „Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie“ ist 2013 als Aufbauweiterbildungsgang in die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) aufgenommen worden. Das Zertifikat „Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie“ wurde an 367 DGSF-Mitglieder ausgestellt (Stand 30. Juni 2020). Die Regeldauer des Weiterbildungsgangs beträgt ein Jahr mit einer Mindestanzahl von 380 Unterrichtseinheiten. In der DGSF bieten rund 25 zertifizierte Weiterbildungsinstitute diesen Aufbauweiterbildungsgang an.

Auf der bvvp-Homepage finden Sie auf den internen Seiten unter Bonusmaterial eine Langfassung dieses Artikels, in dem die zentralen Bestandteile des Curriculums für die systemische KJP-Ausbildung als Aufbauweiterbildungsgang wie auch als Approbationsausbildung im Einzelnen beschrieben werden (bvvp.de/mein-bvvp/).

Zudem gibt es inzwischen Lehrbücher, die die umfangreichen Wissensbestände zur Systemischen Kinder- und Jugendlichen(psycho-)therapie darstellen (z. B. 13; 10; 4; 16)².

Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Approbationsausbildung

Trotz aktuell immer noch fehlender sozialrechtlicher Anerkennung³ haben sich einige wenige systemische Weiterbildungsinstitute bereits 2011 (z. B. das ifs Essen) nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie für sowohl Kinder/Jugendliche als auch für Erwachsene im Jahr 2008 (WBP, 2008) auf den Weg gemacht, staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut zur Durchführung einer systemischen KJP-Ausbildung zu werden (aktuell fünf Institute), um eine Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie anzubieten. Die einerseits sehr gute empirische Evidenz für die Systemische Therapie zu psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters (z. B. 11; 12; 1; 2) und die andererseits tiefe historische Verwurzelung systemischer Ideen im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe (15) haben die Institute ermuntert, auch ohne eine sozialrechtliche Anerkennung Ausbildungen zu starten. Bisher haben ca. 50 Systemische Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ihre Approbation erhalten, und weitere 150 befinden sich gerade in Ausbildung zum Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Nach einer sozialrechtlichen Anerkennung für systemische KJP werden diese Zahlen sicherlich in die Höhe schnellen. Die strukturellen Rahmenbedingungen der Ausbildung sind identisch, unabhängig vom Verfahrensvertiefungsgebiet in allen Psychotherapieausbildungen, die zur Approbation führen.⁴

Wie sehen es die Betroffenen?

Die systemisch approbierenden KJPLerInnen berichten, dass sie innerhalb der praktischen Ausbildung in einem besonderen Spannungsfeld stehen: Durch die noch fehlende sozialrechtliche Anerkennung bleiben Möglichkeiten zur Abrechnung zum Beispiel in

¹ Als Mitglied des General Boards der EFTA (European Family Therapy Association) verfügt der Erstautor (MO) über gute Austauschmöglichkeiten mit europäischen systemischen KollegInnen.

² Der Erstautor hat sich etwa in Forschung und Praxis mit der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Spannungskopfschmerzen und Migräne beschäftigt (7; 8; 9).

³ Da, wie schon im Zusammenhang mit der Beantragung der Prüfung der Systemischen Therapie für Erwachsene, auch „bei den Kindern/Jugendlichen“ sich die G-BA-Bänke nicht dazu durchringen können, eine Prüfung zu beantragen, folgte das unparteiische G-BA-Mitglied Dr. Monika Lelgemann in der G-BA-Sitzung am 22.11.2019 der von Dr. Harald Deisler begründeten guten Tradition (er hat im April 2013 als damaliges unparteiisches G-BA-Mitglied die Prüfung von ST bei Erwachsenen beantragt) und kündigte eine Beantragung an. Eine nachfolgende IQWiG-Prüfung könnte wohl aufgrund der schon erfolgten IQWiG-Prüfung von ST bei Erwachsenen schneller mit dem IQWiG-Instrument des Rapid Reports erfolgen.

⁴ Neben dem Curriculum absolvieren die Approbierenden aller Richtlinienverfahren praktische Tätigkeiten. Diese umfassen ein praktisches Jahr von 1200 Stunden in psychosomatischen Fachkliniken mit Weiterbildungszulassungen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatischer Medizin. Weitere 600 Stunden werden in einer kinder- und jugendpsychiatrischen ambulanten Einrichtung mit entsprechender Zulassung durchlaufen. 600 anschließende Behandlungsstunden werden unter fortlaufender Supervision durchgeführt.

Institutsambulanzen verwehrt; was den finanziellen Aufwand der Ausbildung erheblich erhöht. Systemische Grundhaltung und Arbeitsweise können zudem immer noch in einem meist nicht systemisch geprägten Arbeitsumfeld zu Irritationen führen: Nicht nur systemische Ressourcenorientierung, welche sich zum Beispiel in Formulierungen von Arztbriefen zeigt, sondern auch die systemische Perspektive auf Verhaltensweisen der PatientInnen bringen für KollegInnen und Weiterbildungermächtigte anderer Verfahren manchmal verstörende Neuerungen. Die Anforderungen des Gesundheitssystems, bestehende Abrechnungsstrukturen, zeitliche Vorgaben und institutionelle Traditionen erschweren zudem teils immer noch den Einbezug von Angehörigen, Familien und des professionellen Bezugssystems. In Deutschland gibt es bisher wenige Einrichtungen/Kliniken, die eine integrierte psychiatrische/psychotherapeutische Therapie von Eltern(teilen) und Kindern anbieten.⁵ Kinder können nur durch eine erwachsene Bezugsperson im stationären Aufenthalt begleitet werden. Diese Begleitfunktion verhindert häufig einen notwendigen therapeutischen Prozess des Elternteils, der sich nicht nur auf die Elternrolle beschränkt. Multifamilientherapeutische Angebote

sind manchmal auch bei gutem Willen auf institutioneller und struktureller Ebene schwer umzusetzen. Die Arbeit im größeren Mehrpersonensetting, zum Beispiel mit beiden Elternteilen, Geschwisterkonstellationen oder allen Mitgliedern einer Patchwork-Familie, bleibt immer noch zu häufig eine rein gedankliche Aufgabe für angehende Systemische Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Andererseits zeigt sich eine immer größer werdende Offenheit für das Wirken und Arbeiten Systemischer Therapie. Es gibt immer mehr positive Beispiele für Konstellationen, wo vieles geht.

Perspektiven

Die Tätigkeitsfelder Systemischer Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gestalten sich divers. Viele junge Kolleginnen und Kollegen haben das Ziel, nach einer sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche einen GKV-Kassensitz zu erhalten (vgl. auch 14). Andere sind gern gesehene und gesuchte ArbeitnehmerInnen an Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder sie arbeiten in Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Besonders in den klassischen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendpsychiatrie können sie ihre Kompetenzen und Expertisen, in Mehrpersonensettings zu arbeiten, was deutlich über den Rahmen der „klassischen Elterngespräche“ hinausgeht, zumindest potenziell sehr gut realisieren. Des Weiteren finden Systemische Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit ihrer Approbation eine Anstellung in Erziehungs- oder Familienberatungsstellen und werden gerne in der Jugendhilfe als MitarbeiterInnen gesucht, um eine qualifizierte Schnittstelle zum Gesundheitswesen zu verwirklichen.

Aktuell bleibt allerdings noch ein wenig abzuwarten, inwieweit durch eine sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie neue Spielräume entstehen. Die Einführung des Mehrpersonensettings ist hierfür ein historisch bedeutsamer Schritt. Dieses in Kooperation mit Co-TherapeutInnen durchführen zu können, wäre ein unverkennbares Qualitätsmerkmal. Häufig fordert hochwertige Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie das Mehrpersonensetting, das über die Regelungen bereits anerkannter Richtlinienverfahren hinausgeht. Die Schaffung von

Abrechnungsmöglichkeiten für Tätigkeiten, die durch Kooperations- und Vernetzungsarbeit – zentral für Systemische Psychotherapie – mit anderen Leistungssystemen entstehen, wäre ein weiteres wünschenswertes Novum. Schon die bestehende Praxis fordert immer wieder interdisziplinäres und säulenübergreifendes Arbeiten, welches momentan wenig gesetzlich oder finanziell abgebildet ist. Wichtige Möglichkeitsräume, welche zu nachhaltig wirksamen und dauerhaften Therapieerfolgen beitragen, bleiben aktuell dadurch noch verschlossen oder dem Idealismus systemischer TherapeutInnen überlassen. Diese wollen angehende Systemische Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen noch erobern.

Literatur

1. Carr, A. (2019) Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy* 41 (2), 153–213.
2. Carr, A., Pinquart, M. & Haun, M. W. (2020) Research-Informed Practice of Systemic Therapy. In M. Ochs, M. Borcsa, & J. Schweitzer (eds) *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling*. Cham: Springer International, pp 319–348.
3. Crone, I. (2018). Das vorige Jetzt: Familienrekonstruktion in der Praxis. Carl-Auer, Heidelberg
4. Hanswille, R. (2015) (ed) *Handbuch Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
5. Hanswille, R. (2019) Systemische Selbsterfahrung im Kontext von Aus- und Weiterbildung. *Psychotherapie* 24, Bd 24–2, 143–157.
6. Ochs, M. (2020) Die erkenntnistheoretischen Säulen und praxeologischen Grundorientierungen systemischen Arbeitens. In P. Bauer & M. Weinhardt (eds) *Systemische Kompetenzen entwickeln: Grundlagen, Lernprozesse und Didaktik*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, pp 134–157
7. Ochs, M., & Schweitzer, J. (2005) Systemische Familientherapie bei kindlichen Kopfschmerzen. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 6 (1), 19–26.
8. Ochs, M., & Schweitzer, J. (2006). Kindliche Kopfschmerzen im familiären Kontext. *Familiendynamik* 31 (1): 3–25
9. Ochs, M., Seemann, H., Franck, G., Wredenhagen, N., Verres, R., & Schweitzer, J. (2005) Primary Headache in Children and Adolescents: Therapy Outcome and Changes in Family Interaction Patterns. *Families, Systems & Health* 23 (1): 30–53
10. Retzlaff, R. (2013) Einführung in die Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer, Heidelberg.
11. Retzlaff, R., Sydow, K. von, Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013) The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of 38 Randomized Trials. *Family Process* 52(4): 619–652.
12. Riedinger, V., Pinquart, M., & Teubert, D. (2017) Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 46(6):880–894
13. Rotthaus, W. (2013) (ed) *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Carl-Auer, Heidelberg.
14. Ruoff, M., Ochs, M., Jeschke, K., & Peplau, L. (2012) Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von neuapprobierten PP/KJP: Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011. *Psychotherapeutenjournal* 11 (2): 105–114
15. Stierlin, H., Simon, F. B. (1986) Familientherapie. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer (eds), *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer, Berlin u. a.
16. Wagner, E., & Binnenstein, S. (2018) Wie Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wirkt: Prozessgestaltung in 10 Fallbeispielen. Springer, Heidelberg.



⁵ Das ist etwa in Norwegen anders, wo es Kliniken gibt, die ganze Familien aufnehmen, z. B.: <https://www.modum-bad.no/>

Sackgassen erkennen und auflösen



»Ausgesprochen lesenswert und hoch praxisrelevant.«
socialnet.de

Endlose Therapien, quälende Sitzungen, blockierte Zeit, die Sie für andere Patientinnen und Patienten brauchen – Gitta Jacob zeigt Ihnen, wie Sie sich aus verfahrenen Situationen befreien und sinnvoll mit Ihren Ressourcen umgehen können.

Ob Verbitterungs-falle (Patient) oder Retter-falle (Therapeut):

- Fallbeispiele, Analyse der Ursachen, frühe Warnzeichen und aufrechterhaltende Bedingungen
- Konkrete Hilfestellungen
- Mit Formulierungsbeispielen, Dos und Don'ts und einer Fallen-Checkliste

Gitta Jacob

Vorsicht Therapiefallen!

Verfahrenen Situationen und Sackgassen in der Psychotherapie erkennen und auflösen

Mit E-Book inside

176 Seiten. € 36,95 D

ISBN 978-3-621-28760-9

Auch einzeln als [E-Book](#) erhältlich

Leseprobe unter
www.beltz.de

BELTZ

Wie arbeiten SystemikerInnen?

Ein kurzer Einblick aus Therapeutesicht ¹

Von Sebastian Baumann

Eine psychotherapeutische Kasuistik Systemischer Therapie in Deutschland vor dem 1. Juli 2020 kann nur aus den Bereichen Klinik, Privatpraxis oder Jugendhilfe kommen, weil es bis dahin keine vertragsärztliche Versorgung mit Systemischer Therapie gab. Dieser Hintergrund ist auch für das im Folgenden beschriebene Beispiel einer systemischen Behandlung im Mehrpersonensetting relevant.

Es meldet sich ein Mann für eine Paartherapie mit seiner Frau in Berlin. Er leide seit fünf Jahren unter Depressionen, sie seit drei. Beide seien seit dieser Zeit in einzelpsychotherapeutischer Behandlung. Die Therapie wurde aus Sicht der KlientInnen aufgenommen, weil sich die Frau vor einigen Wochen in einen Nachbarn verliebt habe und eine Trennung im Raum stehe. Das Paar ist verheiratet und hat eine fünfjährige Tochter. Der Auftrag des Paares lautet in etwa so: Helfen Sie uns, damit wir erkennen können, ob wir zusammenbleiben oder uns trennen sollen. Um zusammenbleiben zu können, müsse sich aber vieles verändern. Es ist das erste Gespräch im Paarsetting, das die beiden führen.

Die erste Zeit des Gesprächs dominiert die beidseitige Beschreibung der Symptomatik des Mannes: Er leide zusätzlich unter einem Reizdarmsyndrom, was seinen Alltag vor allem zu Hause stark einschränke. Dem (hypno-)systemischen Mantra folgend, dass Symptome, so belastend sie auch sein mögen, meist nicht bewusste Interventionen im Dienst bestimmter

lebenswichtiger Bedürfnisse des Klienten sind, explore ich, in welcher Situation die Symptome erstmals aufgetreten sind. Sie beschreiben, wie sie darum gerungen hätten, ob sie ein Kind bekommen möchten, und wie sich die auf der Ebene der Paardynamik dominanter wirkende Frau durchgesetzt habe. Er habe sich eigentlich noch nicht reif für Nachwuchs gefühlt. Kurz nach der Geburt habe er eine postpartale Depression entwickelt – eine Störung, die ja bekanntlich nicht nur Frauen trifft. Zusätzlich habe das Reizdarm-Syndrom begonnen, was dazu führe, dass er, von der Arbeit nach Hause kommend, auf der Toilette verschwinde, zum Abendessen rauskomme und dann dorthin zurückkehre. Das Füttern und Ins-Bett-Bringen der Tochter erledige die Mutter deshalb allein. Die Frau habe vor drei Jahren eine Therapie begonnen, weil sie unter der Störung des Mannes selbst depressive Phänomene ² entwickelt habe.

Systemische Therapie geht davon aus, dass Menschen mit unlösbaren Problemen zur Psychotherapie kommen. So, wie das Problem dargestellt wird, ist es unlösbar, sonst wäre es bereits gelöst worden. Es geht also darum, andere Wirklichkeitskonstruktionen zu finden, die das Problem lösbar werden lassen. Dieser „Tanz um das Problem“, weitere Perspektiven, andere Bedeutungsgebungen anzuregen, ist eines der Kernelemente Systemischer Therapie.

Im konkreten Fall biete ich das Reframing ³ an. Reizdarm, Trauer sowie Lust- und Antriebslosigkeit könnte

man als Ausdruck des Persönlichkeitsanteils deuten, der noch gegen die gefühlt über seinen Kopf hinweg getroffene Entscheidung, ein Kind zu bekommen, protestiert, und der sich für die Einhaltung persönlicher Grenzen engagiert. Neben all dem Leid könnte es vielleicht auch wichtig sein, solch einen Anteil zu haben und ihn besser kennenzulernen. Die Vor- und Nachteile einer solchen Sichtweise werden mit dem Paar besprochen.

In der nächsten Sitzung beschreibt das Paar seit dem letzten Termin vor drei Wochen kaum Veränderungen. Das meiste sei gleich geblieben. Etwa nach einem Drittel der Sitzung bemerkt der Mann in einem Nebensatz, dass er die Tochter nun drei Mal pro Woche selbst ins Bett bringe. Ich horche auf und frage, ob das nicht etwas Neues sei, weil doch die letzten fünf Jahre nur seine Frau das Kind ins Bett gebracht habe. Daraus folgend entspinnt sich eine Diskussion über die Natur der Symptome des Mannes. Bisher habe die Frau das Verhalten des Mannes zähneknirschend akzeptieren können, weil es eben eine Krankheit sei, für die er nichts könne. Wenn er nun aber nach einem langen Gespräch plötzlich in der Lage sei, doch selbst Verantwortung für die Tochter zu übernehmen, hätte er das auch schon vor fünf Jahren machen können. Dann sei es auch keine Erkrankung, sondern bewusst steuerbares Verhalten, was sie insgeheim sowieso schon häufig vermutet habe.

Dies ist ein kritisches Moment und eine häufige Beobachtung im Paar- und Familiensetting: Personen, die sich am stärksten über einen Zustand beschwerten, reagieren irritiert bis verärgert, wenn sich daran etwas ändert. Psychotherapie ist eine Risikoerhöhungsunternehmung, und oft zahlt man auch für gewünschte Veränderungen einen Preis. Im Folgenden beschreibt die ebenfalls berufstätige Frau, welche Einschränkungen sie als praktisch Alleinerziehende habe hinnehmen müssen. Die Gefühle von Überforderung, Trauer, Wut und Einsamkeit, die sie versucht habe, beiseite zu schieben, um „funktionieren“ zu können, werden für sie spürbarer. Erstmals erlebe ich sie nicht dabei, die Situation anzuprangern, sondern mit sich selbst in einem berührenden Kontakt.

Ein einfaches „Schwamm drüber“ wäre für beide unangemessen. Wir verabreden ein Würdigungs- und Ausgleichsritual, das das Paar besprechen soll. Als wir es in der darauffolgenden Sitzung wegen anderer Themen nicht aufgreifen, machen beide deutlich,

wie wichtig es ihnen ist, dieses Ritual durchzuführen. Gleichzeitig „wartet“ der für seine Unbeschwertheit bekannte Nachbar des Paares und strahlt eine große Anziehungskraft auf die Frau aus. Es folgen noch einige Doppelstunden, im Laufe derer sich das Reizdarmsyndrom praktisch völlig legt und die depressiven Phänomene deutlich schwächer werden. Die Psychotherapie wird nach acht Doppelstunden beendet. Der Mann hat sich inzwischen eine eigene Wohnung fußläufig zur alten Wohnung gesucht. Zunächst möchten sich die beiden Zeit geben, sich in ihren neuen Rollen in der Beziehung zu begegnen. Es steht aber weiterhin im Raum, die Trennung zu vollziehen und gemeinsam als Eltern für ihre Tochter da zu sein.

Der vielleicht etwas unscheinbare Satz, SystemikerInnen fokussierten auf den „sozialen Kontext psychischer Störungen“, füllt sich besonders mit Leben, wenn im Mehrpersonensetting gearbeitet wird. Es ist vielleicht ungewohnt, „schwere“ klinische Symptome durch Beziehungsarbeit mit engen relevanten Bezugspersonen, also mit Fokus auf soziale Faktoren, zu behandeln. Auf der anderen Seite ist Psychotherapie ja selbst ein sozialer Faktor. In diesem Setting wirken Dynamiken auf die TherapeutInnen ein, die zwischen Menschen mit einer engen gemeinsamen, meist familiären Vergangenheit und Zukunft entstehen. Sich von manchen dieser Dynamiken nicht anstecken zu lassen, sondern sie als echte Ressource im Dienst der Lösungsfindung zu sehen, ist eines der Praxisziele systemischer Aus- und Weiterbildungen.

Systemische Therapie geht davon aus, dass Menschen mit unlösbaren Problemen zur Psychotherapie kommen.

Psychotherapie ist eine Risikoerhöhungsunternehmung, und oft zahlt man auch für gewünschte Veränderungen einen Preis.



Dipl.-Psych. Sebastian Baumann

¹ Personen und Orte wurden verändert, damit sich die Personen nicht identifizieren lassen.

² Phänomen ist aus einer systemischen Sicht der bessere, weil neutralere Begriff als Symptom. Symptome liefern die Bedeutungsgebung von Phänomenen gleich mit und können deren Verflüssigung etwas schwerer machen.

³ Reframing = Umdeutung – Verhalten/Symptomen einen neuen Rahmen geben, aus dem heraus eine neue Bedeutung, ein anderer Sinn entsteht.

Regelversorgung der GKV: juristische Aspekte

Von **Holger Barth**

Mit Beschluss vom 22. November 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach fast sechsjähriger Nutzenbewertung den Weg für die Systemische Therapie als viertes Richtlinienverfahren freigemacht,¹ dies allerdings vorerst nur zur Behandlung bei Erwachsenen. Die Erweiterung der Anerkennung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen steht noch aus.

Rechtliche Lage

Der Beschluss zur Eingliederung der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) ist am 1. März 2020 in Kraft getreten. Das Nähere regelt die bereits entsprechend angepasste Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V). Leistungen der Systemischen Therapie können seit dem 1. Juli abgerechnet werden, aufgrund der Änderung des EBM durch Beschluss des 66. Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) vom 10. Juni. Die Vergütung erfolgt entsprechend der bekannten Systematik, wobei Probatorische Sitzung und Akutbehandlung auch im sogenannten Mehrpersonensetting (MPS), also gemeinsam mit Bezugspersonen, durchgeführt werden dürfen. Zuschläge für das Mehrpersonensetting hat der Erweiterte Bewertungsausschuss aber abgelehnt.

Die Besonderheit: das Mehrpersonensetting

Dieses stellt gemäß § 4 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie auch in Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie eine Besonderheit des Verfahrens dar, die sich aus der Familientherapie heraus entwickelt hat, wengleich auch in den anderen Richtlinienverfahren, insbesondere in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (KJP), die Einbeziehung von Bezugspersonen vorgesehen und üblich ist. Letztere ist, unabhängig vom Richtlinienverfahren, auch bei

Erwachsenenpsychotherapeuten in der ärztlichen Weiterbildung sowie in der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten verankert. Dementsprechend hat der G-BA § 9 der Psychotherapie-Richtlinie einheitlich wie folgt neu gefasst:

„Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges für die Behandlung der psychischen Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“
(Hervorhebung des Autors)

Der Kreis der gegebenenfalls relevanten Bezugspersonen ist bewusst weit gehalten, damit beispielsweise auch Lehrer, Erzieher oder Arbeitskollegen des Indexpatienten in die Behandlung einbezogen werden können. Teils existieren hierfür höhere Kontingente (so bei KJP im Verhältnis 4:1), nicht aber für die Systemische Therapie an sich, die insgesamt mit einem Kontingent von 36 bzw. höchstens 48 Stunden für eine Langzeittherapie auskommen muss. Denn, so der G-BA in den Tragenden Gründen zu § 30 der Psychotherapie-Richtlinie:

„Die Systemische Therapie nimmt für sich in Anspruch, mit vergleichsweise geringen Kontingenten Therapieeffekte zu erzielen.“

Nach § 4 Abs. 4 Nr. 3 der Richtlinie ist ein wesentliches Ziel im Mehrpersonensetting

„die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin oder Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterten Familie sowie zwischen Patientin oder Patient oder den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert relevant sind.“

Auswirkungen der Behandlung im Mehrpersonensetting
Hiernach spricht alles dafür, dass der Systemische Therapeut beispielsweise auch die minderjährigen Kinder seines erwachsenen Indexpatienten als relevante Bezugspersonen in die Behandlung einbeziehen darf, selbst wenn er nicht die Befähigung bzw. sozialrechtliche Berechtigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen besitzt – wie es umgekehrt schon jetzt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den bisherigen Richtlinienverfahren mit erwachsenen Bezugspersonen praktizieren.

Die offene Frage

Davon zu unterscheiden ist unabhängig vom Richtlinienverfahren die Frage, ob eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von verschiedenen Mitgliedern eines Familiensystems (jeweils als Indexpatient!) durch denselben Psychotherapeuten zulässig

ist. Dies wäre von ihm nach § 11 Abs. 15 der Richtlinie – unbeschadet der Regelungen zur Einbeziehung von Bezugspersonen – schon per se „mit besonderer Sorgfalt zu prüfen“. Soweit dies im Einzelfall indiziert wäre und der Psychotherapeut einen Erwachsenen sowie dessen minderjähriges Kind parallel behandeln wollte, müsste er selbstverständlich für die Behandlung beider Altersgruppen zugelassen sein.

Fazit: Anerkennung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendig

Diese Beispiele zeigen, wie dringlich es geboten wäre, die Systemische Therapie auch speziell für die Behandlung von gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen anzuerkennen und zuzulassen. Schließlich sind für deren Störung und Behandlung regelmäßig Interaktionen mit erwachsenen Bezugspersonen relevant.

*Man kann gut leben oder man kann lange leben.
Ich habe mich dafür entschieden, gut zu leben.*
Yvo Kühn

Er war ein wunderbarer Mensch

Ein Nachruf auf **Yvo Kühn**

Der bvvp trauert um sein langjähriges Vorstandsmitglied Yvo Kühn, der am 2. August 2020 im Alter von nur 64 Jahren nach kurzer, schwerer Krankheit aus seinem überaus aktiven, blühenden Leben gerissen wurde.

Mit seiner hohen Initiativkraft und kreativen, gestalterischen Seite wirkte er seit 2007 im Bundesvorstand mit. Als analytischer Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie analytischer Gruppenpsychotherapeut besaß er profunde Kompetenz, die auch seine berufspolitische Arbeit befruchtete. Seine Wahrnehmung für das Unbewusste und grundsätzliche Orientierung an den Beziehungen waren zutiefst menschlich und erhellend. Mit seinem ganz wunderbaren, tiefgründigen und feinsinnigen Humor hat er vieles Schwere erleichtert.

Yvo Kühn war immer in Bewegung, in seiner Ideenvielfalt anderen oft voraus, eigenwillig, damit manchmal auch unbequem und doch immer hoch loyal, ein spannendes, ehrliches und durchaus streitbares Gegenüber mit viel berufspolitischem Weitblick.

So fern er oft war, so präsent war er zugleich. Mit klugen, ungewöhnlichen Antworten und Überlegungen, seiner liebevollen Frechheit, seiner Menschlichkeit und dem erstaunlichen und erfrischenden Blick für das Unbewusste.

„Yvo hat immer zum bvvp gehört und war für mich stets ein loyaler, humorvoll-freundlicher Weggefährte. Sein lautes Nachdenken in seiner klaren, analytischen Denkweise habe ich noch gut im Ohr“, so bvvp-Vorstand Benedikt Waldherr. „Unsere ‚graue Eminenz‘ soll nicht mehr da sein? Ich kann es gar nicht fassen“, kommentiert Andrea Mann-Rentz, die Vorsitzende des bvvp-Landesverbandes Niedersachsen, die Nachricht von seinem Tod.

Diese und viele weitere ähnliche Äußerungen im Verband verbinden und trösten zugleich.

Angelika Haun, 6. August 2020

¹ Baumann in Psychotherapeutenjournal 2019, S. 42–44

Den Möglichkeitsraum erweitern

Wege zur Approbation in Systemischer Therapie¹

Von Erik Meyerhof und Dr. Katrin Spiegler

Seit einigen Jahren ist auch in Systemischer Therapie eine Approbation möglich. Aber wie sind die Möglichkeiten der Ausbildung und die aktuellen beruflichen Perspektiven für systemische Therapeut_innen?² Wir haben die wichtigsten Informationen für interessierte Kolleg_innen zusammengefasst.

Systemische Approbationsausbildungen werden derzeit in Berlin, Essen, Hanau, Heidelberg, Köln, Marburg, München und Weinheim angeboten.

Wie kam es zur Approbationsmöglichkeit?

Der Weg zur Anerkennung der Systemischen Therapie war lang: Nachdem 1999 der Antrag auf Anerkennung als wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren zunächst abgelehnt wurde, führte der Folgeantrag 2008 schließlich zum Erfolg. Seitdem sind systemische Approbationsausbildungen möglich. Das weitere fünf Jahre später begonnene Bewertungsverfahren für die sozialrechtliche Anerkennung für Erwachsene (PP) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde im November 2018 erfolgreich beendet. Infolgedessen wurde die Systemische Therapie (PP) ein Jahr später als Richtlinienverfahren anerkannt und kann seit dem 1. Juli 2020 auch mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Das Verfahren zur Anerkennung der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) wurde Ende 2019 eröffnet. Derzeit ist noch nicht absehbar, wann es abgeschlossen sein wird.

Der Weg ins System

Alle Approbationsausbildungen erfolgen gemäß dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Nach der Fassung von 1998 beginnt eine solche Ausbildung nach

dem Diplom- bzw. Master-Studium (PP nur für Psychologie, KJP auch für pädagogische Studiengänge). Sie dauert mindestens drei Jahre, in der Praxis jedoch meistens fünf Jahre und länger, und umfasst mindestens 4.200 Stunden mit praktischen und theoretischen Anteilen sowie Selbsterfahrung und Supervision. Systemische Approbationsausbildungen nach dieser Regelung werden derzeit in Berlin, Essen, Hanau, Heidelberg, Köln, Marburg, München und Weinheim angeboten und sind an weiteren Orten geplant (siehe DGSG, 2020). Nicht alle Institute bieten beide Ausbildungen (PP/KJP) an.

Nach dem neuen Psychotherapeutengesetz von 2019 und der neuen Approbationsordnung (PsychThApprO) vom März 2020 erfolgt die Psychotherapieausbildung ab Wintersemester 2020 als Direktstudium. Sie beginnt mit einem polyvalenten Bachelor und wird mit dem Psychotherapie-Master und einer Approbationsprüfung abgeschlossen. Der Studienaufwand ist mit 300 Leistungspunkten (9.000 Stunden) inklusive Berufspraktika veranschlagt. Im Anschluss erwerben die Ausbildungskandidat_innen in der praktischen Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut_in (PP/KJP) im Rahmen einer Anstellung über einen Zeitraum von fünf Jahren Berufspraxis, vergleichbar mit der fachärztlichen Ausbildung. Die theoretische Weiterbildung als Vertiefung in einem der Richtlinienverfahren erfolgt auch in der Systemischen Therapie an den Ausbildungsinstituten.

Approbierte, die eine Weiterbildung in Systemischer Therapie bereits abgeschlossen haben, können sich die Zusatzbezeichnung „Systemische Therapie“ über die jeweilige Landespsychotherapeutenkammer anerkennen lassen. Diese bisher, aber auch weiterhin möglichen Weiterbildungen ohne Approbation haben einen Umfang von meist unter tausend Stunden. (BPtK, 2020).

Arbeitsmöglichkeiten

Approbierten systemischen Psychotherapeut_innen (PP/KJP) stehen alle Arbeitsfelder offen, in denen psychische Störungen mit Krankheitswert behandelt werden. Dies kann stationär, teilstationär und ambulant erfolgen, bisher unter anderem in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken, psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen (nach Sozialpsychiatrie-Vereinbarung/SPV). Tariflich steht auch ihnen die Entgeltgruppe 14 zu. Bereits vor dem 1. Juli 2020 war die Tätigkeit in ambulanter Praxis mit selbstzahlender Klientel möglich. In wenigen Fällen wurde die Systemische Therapie durch private Krankenkassen finanziert.

Mit der neuen Regelung sind Psychotherapien (PP) mit bis zu 48 Behandlungseinheiten abrechenbar (BPtK, 2019). Aktuell sind noch keine Kassensitze für systemisch arbeitende Psychotherapeut_innen vergeben worden. Bereits approbierte Kolleg_innen müssen daher zunächst über das Kostenerstattungsverfahren mit den Krankenkassen abrechnen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft bei freiwerdenden Kassensitzen Systemische Psychotherapeut_innen berücksichtigt werden, um Patient_innen die Versorgung mit Systemischer Therapie zu ermöglichen.

Was ist eigentlich Systemische Therapie?

Die Systemische(n) Therapie(n) entwickelte(n) sich nach dem Zweiten Weltkrieg als vierte „große“ Schule der Psychotherapie aus den frühen Ansätzen der Familientherapie in Verbindung mit der Erkenntnistheorie des Konstruktivismus und verschiedenen Systemtheorien. Neu an diesen Ansätzen war, dass Menschen als interdependent mit ihrer Umwelt betrachtet wurden. Der Ausgangspunkt der „Störung“ wurde somit nicht mehr allein im Individuum, sondern innerhalb des menschlichen Systems verortet. In diesem Sinne besteht ein System sowohl aus seinen Mitgliedern als auch aus deren Beziehungen zueinander. Patient_innen weisen als Symptomträger_innen auf die jeweilige Problematik im System hin, das Symptom wird als

Lösungsversuch verstanden. Auch die Therapeut_in als beobachtende Person ist Teil des Systems, das sich im Sinne der Zirkularität bereits in dem Augenblick verändert, in dem sie hinzugezogen wird.

Die systemische Haltung ist unter anderem gekennzeichnet durch eine Orientierung am Anliegen, durch Transparenz, Bescheidenheit und Respekt gegenüber Menschen und ihren Erfahrungswelten, durch die Bereitschaft zum Perspektivwechsel und Offenheit für alternative Sicht- und Handlungsweisen, durch Ressourcen- und Lösungsorientierung sowie Allparteilichkeit. Die Systemische Therapie ist sowohl darauf ausgelegt, mit einem oder sogar mehreren physisch im Therapieraum anwesenden „Systemen“ zu arbeiten (wie in der Multifamilientherapie), als auch mit einzelnen oder gelegentlich sogar abwesenden (!) Klient_innen. Interventionsmethoden sind unter anderem Fragen (wie die bekannte „Wunderfrage“), Genogrammarbeit, Symptomverschreibungen oder Reflecting Team. Gute Überblicke über das Verfahren und seine Methoden finden sich in diversen Lehrbüchern (bspw. Schlippe & Schweitzer, 2016).

Fazit

Die Berufsaussichten für Systemische Psychotherapeut_innen (PP) sind vor dem Hintergrund der angestrebten Verfahrensvielfalt schon jetzt als gut einzuschätzen, die für KJP voraussichtlich in der Zukunft. Es ist mit einem Ansturm an die bisher wenigen systemischen Institute zu rechnen. Aktuelle Informationen zur Approbation in Systemischer Therapie bietet die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSG, 2020).

Quellen:

BPtK (2019). Systemische Therapie für Erwachsene: Kontingente und Bewilligungsschritte. Zugriff am 01.07.2020 unter: https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Systemische_Therapie.pdf.

BPtK (2020). Qualifikationsanforderungen für Systemische Therapie geregelt. Zugriff am 28.06.2020 unter <https://www.bptk.de/qualifikationsanforderungen-fuer-systemische-therapie-geregelt>.

DGSG (2020). Die DGSG – Wirksam in Systemen: Zugriff am 26.06.2020 unter www.dgsf.org.

Foerster, H. v. (1993). Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Hermann, S. K. (2003). Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. Arranca!, 28, S. 22–26.

Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2016). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (Band I und II). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

¹ Hier beziehen wir uns auf den *ethischen Imperativ* nach Heinz von Foerster: „Handle stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten größer wird!“ (von Foerster, 1993, S. 234)

² Da wir möchten, dass sich auch Frauen und Menschen mit anderen Geschlechtsbezeichnungen angesprochen fühlen, verwenden wir den sogenannten „Gender-Gap“ (Hermann, 2003), zur besseren Lesbarkeit in Verbindung mit dem generischen Femininum.

Arbeiten in Zeiten der Corona-Pandemie – eine Umfrage mit großer Resonanz

Von **Rainer Cebulla**

Der bvvp hat vom 29. Juni bis 12. Juli zur Teilnahme an einer Befragung zum Thema „Psychotherapeutisches Arbeiten in Zeiten der Corona-Pandemie“ aufgerufen, die sich mit den Auswirkungen der aktuellen Pandemie beschäftigte.

Die Onlinebefragung richtete sich an alle niedergelassenen wie auch angestellt tätigen Psychologischen, Ärztlichen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Inhaltliche Schwerpunkte waren unter anderem Video und Telefon, Therapieinhalte sowie die Situation als TherapeutIn. In den Blick genommen wurden aber auch die speziellen Auswirkungen der Krise auf die Arbeit in den Praxen von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sowie auf die PsychotherapeutInnen, die schwerpunktmäßig Gruppentherapie anbieten.

Wir waren geradezu sprachlos angesichts der unglaublichen, so nicht zu erwartenden Resonanz auf unsere Umfrage, den Umfang der Texte und die Detailliertheit der Schilderungen, mit denen unsere Mitglieder uns einen Einblick in ihre Sorgen, Nöte und ihren Praxisalltag in Zeiten der Corona-Pandemie gaben. Dafür zunächst ein herzliches Dankeschön! Auch wenn die Umfrage natürlich völlig anonym durchgeführt wurde, hat uns der große Vertrauensbeweis, der darin liegt, uns diesen persönlichen Einblick in Ihre Arbeit und Ihr Erleben zu gewähren, sehr berührt, und er hilft uns auch berufspolitisch weiter!

Insgesamt haben 903 TeilnehmerInnen geantwortet. 659 haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Dabei wurden 10.507 teils sehr ausführliche Antworten formuliert. Insgesamt umfassen die Antworten auf die Umfrage ca. 340 DIN-A-4-Seiten! Diese Vielzahl von Rückmeldungen ist für uns ein riesiger Schatz, den

wir sicher erst nach und nach heben können und der uns noch längere Zeit beschäftigen wird. Wir können nun bei bestimmten Fragestellungen immer wieder auf diese Einblicke in die Erlebenswelten unserer Kolleginnen und Kollegen zurückgreifen. Dies gilt natürlich mit Blick auf die aktuelle Corona-Pandemie; viele Antworten – zum Beispiel zu Erfahrungen mit der Fernbehandlung – weisen aber deutlich über diesen Kontext hinaus. Derzeit planen wir eine zweite kürzere Befragung in einigen Monaten, um zu sehen, inwieweit sich die Situation verändert hat.

Aus den Antworten lässt sich mit Blick auf Video- und Telefonbehandlung eines jetzt schon sicher erkennen: Es gibt keine Patentlösungen für alle niedergelassenen PsychotherapeutInnen. Die Arbeitsbedingungen sind in den unterschiedlichen Praxen extrem vielschichtig. Behandlung im direkten Kontakt ist der eindeutige Goldstandard, aber es spricht aus unserer Sicht nach der Umfrage vieles dafür, dass den Psychotherapeutinnen und -therapeuten vor Ort die Möglichkeit gegeben werden sollte, selbst über das beste Vorgehen zu entscheiden.

Die große Heterogenität erfordert hohe Flexibilität in den gesetzlichen Regelungen und damit auch eine Fortschreibung der Möglichkeiten zur Wahl auch digitaler Behandlungswege. Notwendig bleibt zudem die klare Abgrenzung gegen Begehrlichkeiten zum Beispiel durch Callcenter oder Klinikkonzerne, die die Grenze zwischen ihren kommerziellen Dienstleistungen und psychotherapeutischer Behandlung verwischen wollen.

Lesen Sie im Folgenden eine erste Auswertung der Ergebnisse, zum einen mit Blick auf die Fernbehandlung und zum anderen auf die spezifischen Arbeitsbedingungen der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Der geschützte therapeutische Raum ist unersetzlich

Erfahrungen mit Fernbehandlung und eigener Involviertheit in der Corona-Krise

Von **Ingrid Kaech**

Das Bedürfnis nach Austausch zu den Themen Fernbehandlung und Involviertheit ist groß – darauf lässt die Vielzahl ausführlicher Antworten auf die qualitativen Fragen unserer Umfrage schließen. Unter Involviertheit wurde bei der Umfrage verstanden, dass PsychotherapeutInnen genauso wie ihre PatientInnen von der Corona-Krise betroffen sind und damit umgehen müssen. Für die meisten war die Fernbehandlung eine neue Erfahrung, die neben technischen Herausforderungen auch ganz neue Einblicke und Möglichkeiten bot.

Es herrscht große Einigkeit darüber, dass eine Fernbehandlung für PsychotherapeutInnen anstrengender ist als die Face-to-face-Situation. Viele empfanden sie zudem als frustrierend, weil ihnen der direkte Kontakt fehlte: „Als Therapeutin habe ich es nicht nur wegen des organisatorischen Mehraufwands als anstrengend erlebt, sondern auch aufgrund der erhöhten fokussierten Aufmerksamkeit, weil so viele nonverbale Signale nicht so gut wahrnehmbar sind, die sonst den Kontakt mitgestalten.“

Dabei fällt auf, dass die Effektivität von Telefon- und Videosprechstunden ganz unterschiedlich bewertet wird. Finden die einen mehr Intimität beim Telefonieren, sehen andere die Videotherapie als Instrument, das die Intimität geradezu fördert. Da sich beim Telefonieren PatientIn und TherapeutIn nicht sehen, „ist es so wie bei einer Analyse. Ich habe das Gefühl, dass eine größere Nähe entsteht.“ Auch können „PatientInnen sich teilweise am Telefon besser öffnen, wenn ich quasi die Reaktion nicht sehe.“ Oft wurde die Telefonbehandlung aber als „sehr ungünstig“ empfunden, da „die Mimik des Patienten nicht sichtbar war und gerade bei Depressionen wurden das sehr zähe Gespräche“. Viele TherapeutInnen waren positiv überrascht, „wie

gut es sich per Video therapeutisch arbeiten lässt.“ Besonders wichtig war, dass „die therapeutische Arbeit in fast allen Fällen direkt fortgesetzt werden“ konnte. Auch wurde positiv gesehen, dass es „fast gleichwertige Gespräche“ gab.

Der Einblick in das private Umfeld der PatientInnen wurde unterschiedlich erlebt, von „spürbar erleichterten PatientInnen, die entspannt in einem vertrauten Umfeld sind“ bis hin zu Störfaktoren rundherum, auf die man „reagieren und irgendwas loben“ müsse, ist das Spektrum der Wahrnehmungen breit gestreut. Dieser Einblick erfordert für viele PsychotherapeutInnen auch eine erhöhte Aufmerksamkeit, was die eigene Rolle und die Einhaltung der Abstinenzregel betrifft.

Zudem gibt es die Befürchtung, dass durch den Wegfall des Blickkontakts und der physischen Wahrnehmungen die Beziehung TherapeutIn – PatientIn nicht wirklich verstanden wird: „Bin mir oft unsicher, ob meine Intentionen angekommen sind. Bei latent suizidalen Patienten finde ich diese Unsicherheit gefährlich.“

Der geschützte Rahmen wird verlassen

Das ist eine zentrale Aussage, die sowohl für TherapeutInnen als auch für PatientInnen gilt. Ein Satz, auf den auch eine weitere Fragestellung referiert, die sich mit der eigenen Involviertheit durch die Corona-Pandemie befasst: Wie geht/ging es Ihnen damit, mit Ihren PatientInnen über die Corona-bedingte Situation zu sprechen, die auch Ihr eigenes Leben und Empfinden beeinflusste/beeinträchtigte?

Auch wenn eigene Involviertheit von so gut wie allen als therapeutische Selbstverständlichkeit angenommen wurde wie auch die Notwendigkeit, mit dieser im therapeutischen Prozess umzugehen, haben doch viele diese besondere Pandemie-Situation in ihren Umfragetexten ausführlicher thematisiert. Das „gemeinsame Erleben“ wurde vorwiegend als bereichernd empfunden: „Es verbindet, es erleichtert und befreit.“ Auch wurde bei denen, die das Thema angesprochen haben, eine Vertiefung der Arbeit festgestellt: „Das macht bei einem so großen Thema, das nahezu alle Lebensbereiche berührt, die psychotherapeutische Arbeit noch anstrengender, jedoch auch tiefer.“

Besonders PsychotherapeutInnen, die zur von der Pandemie stärker bedrohten Risikogruppe zählen, gehen häufig offen mit der Situation um, sprechen eigene Emotionen an und treffen dabei „auf großes Verständnis und auf Rücksichtnahme seitens der PatientInnen, und umgekehrt wurden meine Vorkehrungen als fürsorglich empfunden.“ Manchen fällt es schwer, „in der ‚Neutralität‘ zu bleiben“, beispielsweise in Gesprächen, die sich um das Virus selbst und seine Gefährlichkeit drehen: „Schwierig wird es mit LeugnerInnen“ oder auch durch die „Intensivierung eigener Inhalte und Hintergründe“, was eine „größere Anstrengung, die Abstinenz aufrechtzuerhalten“, erfordert.

Die Anstrengungen der psychotherapeutischen Arbeit in der Corona-Zeit werden immer wieder angesprochen. Sie werden gesehen, sowohl im Umgang mit den technischen Medien – oft wird die schlechte Netzqualität beklagt, die bis zu Abbrüchen von Therapiesitzungen führte – als auch in der reinen Organisation. Diese war „teilweise sehr anstrengend und belastend, auch weil der eigentliche Therapieplan dadurch durcheinandergebracht wurde“. Hinzu kamen die Belastungen der eigenen Situation: Die „eigenen Ressourcen wurden massiv beschnitten – sozial weniger Kontakte. Das ist erschöpfend und ich merke, dass meine Akkus leerer werden.“

PatientInnen in schwierigen Situationen unterstützen

Diese Zielsetzung steht oft explizit, vor allem aber implizit in allen Antworten. PsychotherapeutInnen nehmen viel auf sich, um für ihre PatientInnen in einer für alle schwierigen Situation da zu sein. Manche hatten das Gefühl, für ihre PatientInnen die einzige Person zu sein, „zu der sie kommen konnten und zu der sie Kontakt hatten“. So gingen sie auf die Wünsche

der PatientInnen ein, selbst wenn sie selbst nicht den Eindruck hatten, „qualitativ gleich gute Arbeit zu machen. Manche Patienten sind aber gerade in dieser Zeit besonders unterstützungsbedürftig, und so habe ich die Videobehandlung relativ häufig genutzt.“ Aber „viele PatientInnen wollten vor allem Telefonsprechstunden“, weshalb der Wegfall der eigens für die Corona-Krise geschaffenen Abrechnungsziffer 01433 von einigen TherapeutInnen sehr bedauert wird.

Persönlicher Kontakt bleibt Goldstandard

Die Fernbehandlung per Videositzung oder Telefon wird aktuell als gute Möglichkeit gesehen, psychotherapeutische Behandlung bei Einhaltung des Infektionsschutzes allen PatientInnen weiterhin möglich zu machen, auch zum Beispiel jenen, die gesundheitlich besonders gefährdet sind oder weite Wege auf sich nehmen müssten. Aber: Um diese Medien für therapeutische Sitzungen nutzen zu können, müsse immer zunächst eine vertrauensvolle therapeutische Situation in Face-to-face-Sitzungen hergestellt werden. Fazit einer Psychotherapeutin, die schon vor der Corona-Krise viele Videokontakte pflegte: „Hinsichtlich des Aufbaus einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung bin ich aber sehr skeptisch, ob dies per Video und erst recht telefonisch möglich ist; ich würde davon absehen.“

eAU kommt später

Das Bundesgesundheitsministerium hat einer Verlängerung der Übergangsregelung zur Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) zugestimmt. Vorausgesetzt, KBV und GKV-Spitzenverband verständigen sich auf eine Änderung des Bundesmantelvertrages, besteht damit eine Übergangsfrist bis 30. September 2020. Drohende disziplinarische Maßnahmen, natürlich auch für alle, die nicht an die TI angeschlossen sind, sind damit zunächst abgewendet. Stimmen die Kassen der Fristverlängerung nicht zu, können ab 1. Januar 2021 nur noch Ärzte, die bereits ein Update für ihren Konnektor (bislang nur CompuGroup) und einen elektronischen Heilberufsausweis erhalten haben, eine AU ausstellen.

„Ein Stück Normalität bei all dem Wahnsinn da draußen“

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Zeiten der Corona-Pandemie

von **Anja Manz**

Hat sich Ihre therapeutische Rolle durch die veränderten Arbeitsbedingungen (keine Spieltherapie möglich/Video- und/oder telefonische Kontakte alternativ oder ergänzend zur Face-to-face-Behandlung) Ihrem Empfinden nach verändert? Diese Frage richteten wir in unserer qualitativen Befragung ausdrücklich an Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Eine Vielzahl der Teilnehmenden verneinte sie. Tenor: Die Interventionen müssten zwar modifiziert werden, die Rolle selbst ändere sich ihrem Empfinden nach aber nicht.

Aber es finden sich auch auffällig viele Äußerungen, die Veränderungen im Rollenempfinden schildern. Einen wichtigen Punkt beschreibt eine/r der Teilnehmenden so: „Ich stelle eine große Veränderung fest hin eher zu psychoedukativen, supportiven Interventionen und eher weniger psychodynamischer Arbeit im engeren Sinne.“ Dabei wird diese Entwicklung aber als „angemessen und adäquat“ in dieser besonderen Situation betrachtet. Andere beklagen die Verschiebung zu „mehr Außenthemen“, fürchten, dass sich „der therapeutische Prozess verlangsamt“, gar, dass „ein tiefergehendes Arbeiten“ dadurch nicht möglich sei.

Abstinenz in Gefahr

Auch beschreiben manche KollegInnen die Gefahr von Grenzüberschreitungen, die sich aus Fernbehandlungen ergeben: „Leider war die Abstinenz dadurch öfter in Gefahr“, schreibt ein/e Kinder- und Jugendlichentherapeut/in: „Es war teilweise schwerer, in der

therapeutischen Rolle zu bleiben“, reflektiert jemand, der sich darauf bezieht, dass er für manche PatientInnen „über Monate der einzige Kontakt“ gewesen sei. Man gewinne eben besondere Einblicke in das Leben der PatientInnen: „Wenn man das Schlafzimmer der Eltern plötzlich kennt und Geschwister ungebeten hereinschneien, trotz vorheriger Absprache, ist es schwer, dies nicht in die weiteren Überlegungen einzubeziehen.“

Auffällig ist aber die immer wieder formulierte Erfahrung, dass es, trotz aller Probleme, doch gelungen sei, eine wichtige und sehr stabilisierende Rolle für die Kinder und Jugendlichen einzunehmen: Ein „Stück Normalität bei all dem Wahnsinn da draußen“.

Face to face: persönlicher, direkter und tiefer

Dieses Gefühl sei von den PatientInnen vielfach gespiegelt worden, ganz besonders, als mit den Lockerungen Face-to-face-Behandlungen wieder einfacher möglich wurden: „Sehr berührt hat mich, dass die meisten Kinder und Jugendlichen und auch deren Eltern froh waren, wieder persönlichen Kontakt zu haben.“ Die Begegnung in der Praxis, so wird in den Texten deutlich, wird auch von PsychotherapeutInnen nahezu durchgehend als „persönlicher, direkter und tiefer“ erfahren als die digitale Begegnung. „Anstrengend“ ist das am häufigsten gewählte Adjektiv, um die Erfahrung mit der Fernbehandlung zu charakterisieren. Dennoch wurden die Herausforderungen angenommen, die sich für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in verschärfter Weise stellten.

Je kleiner die Kinder, desto schwieriger die Situation

Während die Arbeit mit Jugendlichen als im Verhältnis weniger belastend beschrieben wurde, wurde vor allem die Fernbehandlung mit kleineren Kindern als „viel distanzierter bei ängstlichen kleinen Patienten“ erlebt als Face-to-face-Kontakte. „Je jünger, desto mehr“ ändere diese Art der Therapie auch die therapeutische Beziehung, schildert eine der Teilnehmenden, dies betreffe „Kinder ab etwa zwölf Jahren zunehmend weniger“. „Mit Kindern ging nur ‚Kontakt‘ halten und Elternberatung, Videotherapie erst so ab 15 Jahren“, heißt es in einem Kurzbericht. Ein Fazit, das klingt wie viele: „Ersetzt auf keinen Fall den persönlichen Kontakt! Enorm anstrengend! Gerade für Kinder!“ Viele Texte beschreiben hingegen, wie es im Verhältnis dazu besser gelungen sei, mit digitalen Mitteln die Therapie mit jugendlichen PatientInnen fortzuführen. Ein Beispiel: „Die Patienten öffneten sich mit weniger Scham und Hemmung und wirkten nach der Stunde (Telefonstunde) häufig befreit. Dies war jedoch nach

meiner Einschätzung nur möglich, weil die Behandlung schon weit fortgeschritten war und die Patienten die analytische Situation und mich gut kannten.“

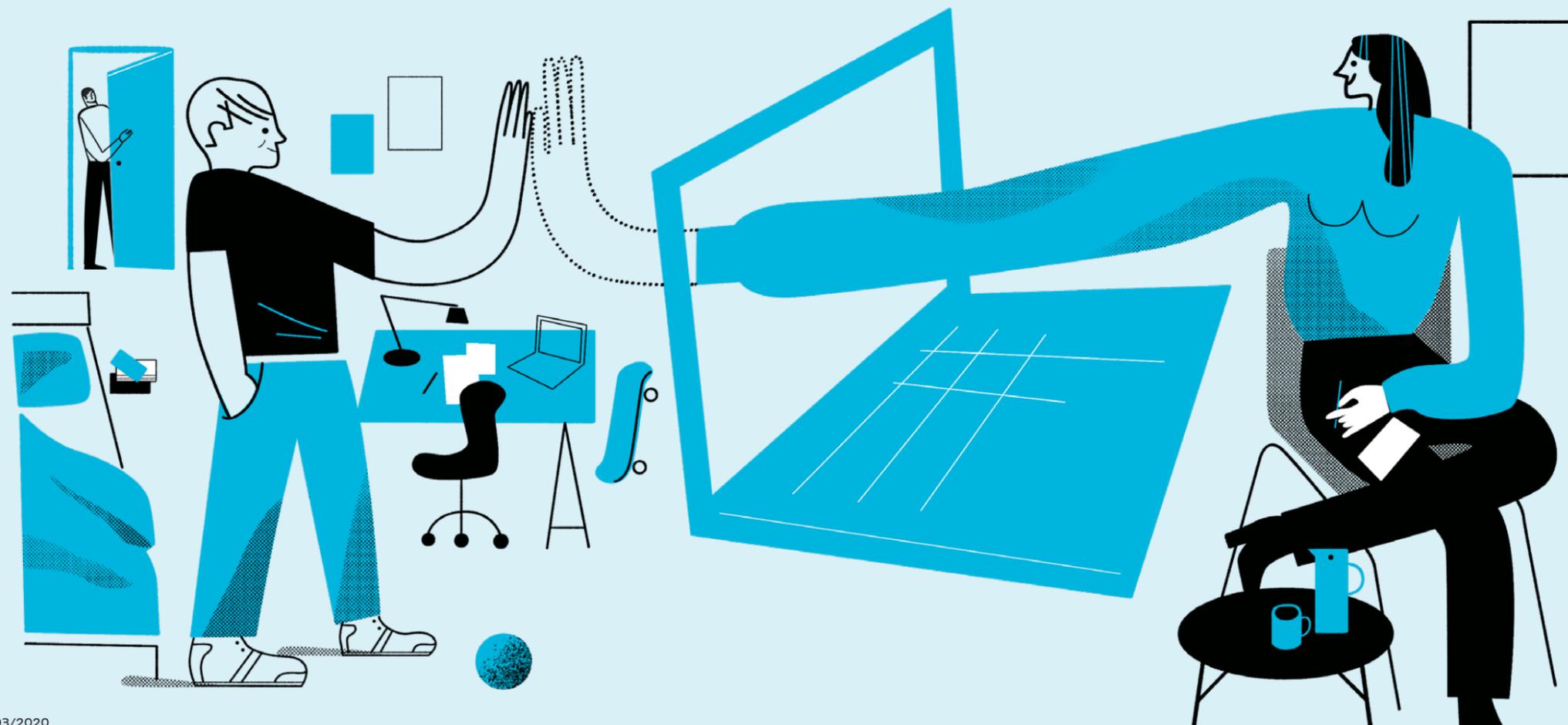
Schule der Flexibilität

Eine besondere Herausforderung lag offensichtlich in der Frage, ob und wie Spieltherapie mit kleineren Kindern unter den Hygienebestimmungen und Abstandsregelungen möglich bleibt. Auch hier zeigten sich die PsychotherapeutInnen sehr flexibel und experimentierten: „Kinder müssen ihr eigenes Spielzeug mitbringen, da ich gar nicht so viel desinfizieren kann, wie ich ansonsten müsste. Ist aber nicht nachteilig aus meiner Sicht.“ Aber deutlich wird auch: Die nötige Anpassung erfordert neben viel Fantasie und Beweglichkeit eine Menge Kraft: „Anfangs war es ganz lustig, sich Spiele auszudenken, mit welchen der Abstand gewahrt bleiben kann. So langsam nervt das!“ Auch die Schwierigkeit – oft Unmöglichkeit –, Gruppentherapien in den Praxisräumen stattfinden zu lassen und diese daher in Einzeltherapien umwandeln zu müssen, belastet

die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen: „Gruppentherapien litten am meisten, und ich schaffte es kaum, alle drei Gruppen mit Einzelterminen zu versorgen, das sprengte den Rahmen total.“

Herausforderung angenommen

Die Kinder- und JugendlichentherapeutInnen, die in so großer Zahl in der anonymen bvvp-Befragung ihre Erfahrungen seit Beginn der Corona-Pandemie offenlegten, zeigten nicht nur eindrücklich, wie viel ihnen diese besondere Arbeitssituation abverlangte, sondern vor allem, mit wie viel Erfindungsreichtum und Energie sie alles dafür taten, die Versorgung ihrer PatientInnen um bald jeden Preis aufrechtzuerhalten: „Insgesamt habe ich gesehen, wie notwendig die therapeutische Arbeit ist, wie wichtig es ist, auch in Krisenzeiten Kontakt zu halten.“ „Es ist eine wertvolle Erfahrung“, resümiert eine/r der Teilnehmenden und spekuliert: „Ich bin vielleicht offener geworden gegenüber kreativen Ideen.“



Kurz gemeldet

Neues bvvp-Format „Videoschulung“

Viele von uns haben inzwischen das neue und beliebte Format der Videokonferenz kennengelernt. Der bvvp nutzt es, um seinen Mitgliedern Schulungen und Vorträge anzubieten, zum Beispiel zu Abrechnungsthemen oder zur Videosprechstunde. Der Aufwand ist geringer als bei einer Präsenzveranstaltung und die Nachfrage ist groß! Überdies wird die Umwelt geschont.

Aktuelle Termine finden Sie im Veranstaltungskalender auf der bvvp-Homepage: bvvp.de/veranstaltungen/ **UB**

EBA sagt Nein zum Zuschlag Mehrpersonensetting

Gegen die Stimme der KBV hat der Erweiterte Bewertungsausschuss entschieden, den erhöhten Aufwand im Mehrpersonensetting der Systemischen Therapie nicht durch einen Zuschlag zu honorieren. Auch eine systemische Therapiesitzung würde nur 50 Minuten dauern und auch in anderen Verfahren gebe es Sitzungen mit Bezugspersonen, die dann auch höher vergütet werden müssten. Nach dem Motto: Begehrlichkeiten muss man frühzeitig einen Riegel vorschieben. Wir bedauern dieses Vorgehen! **UB**

Projekt Musterweiterbildungsordnung (MWBO)

Der Projektplan der BPTK sieht vor, dass auf dem 37. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im November 2020 die erste Lesung des MWBO-Paragrafenteils erfolgen soll. Dabei wird der Entwicklungsstand zum neuen Abschnitt „Gebiete“ vorgestellt und diskutiert. Auf dem 38. DPT im April 2021 soll dann die Verabschiedung der MWBO erfolgen.

Zur Umsetzung des anspruchsvollen Projektplans wurden bereits Workshops durchgeführt und Expertengruppen angehört – ein Prozess, der fortgesetzt wird. Besonders wichtige Punkte wurden auch mit Berufsverbänden und Kammern diskutiert.

Als strittig erwies sich bislang insbesondere bei der Gebietsweiterbildung (Psychotherapie für Erwachsene, Psychotherapie für Kinder und Jugendliche sowie gegebenenfalls weitere Gebiete wie Neuropsychologie) die Frage, ob zunächst nur ein Psychotherapieverfahren erlernt werden kann, oder ob dies – wie bisher in der Ausbildung auch – mit einer verklammerten Weiterbildung, wie bei der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, möglich sein soll. Alternativ gibt es Überlegungen, nach dem Erwerb einer verfahrensspezifischen Gebietsbezeichnung in einer berufsbegleitenden Bereichsweiterbildung eine weitere Fachkunde zu erwerben. Diese Frage wird weiter diskutiert und muss dann auf einem DPT entschieden werden.

Kritik gab es auch von Hochschuleseite an den bislang vorgesehenen starren zeitlichen Vorgaben für die Weiterbildungsteile; für die ambulante und stationäre Tätigkeit waren jeweils mindestens zwei Jahre vorgesehen. Ein Jahr kann nach den bisherigen Vorgaben auch im institutionellen Bereich absolviert werden (Beratungsstellen etc.). Die Hochschullehrer wenden ein, dass eine wissenschaftliche Qualifikation mit diesen Vorgaben nicht zu erreichen sei. Auch die Frage der Mindestumfänge für die Weiterbildungsteile wird weiter diskutiert, möglicherweise werden sie korrigiert beziehungsweise flexibilisiert.

Eine weitere offene Frage betrifft das Transitionsalter. Wie alt dürfen junge Erwachsene maximal sein, damit sie noch von FachpsychotherapeutInnen für Kinder

und Jugendliche behandelt werden dürfen? Und wie alt müssen Jugendliche mindestens sein, um von FachpsychotherapeutInnen für Erwachsene behandelt werden zu dürfen? Soll der zu definierende Alterskorridor generell gelten oder an bestimmte Indikationen gekoppelt werden? Die Frage ist zudem: Muss ein zeitlich genau definierter Korridor in der MWBO bei der Gebietsbezeichnung festgelegt werden oder reicht eine allgemeinere Definition? Hier muss man Sozial- und Berufsrecht unterscheiden. Sozialrechtlich werden die genauen Altersgrenzen in der Psychotherapierichtlinie festgelegt. Berufsrechtlich verfügen hingegen zukünftig – gemäß neuem Psychotherapeutengesetz – alle Approbierten über die Berechtigung zur Behandlung aller Altersgruppen. Aus Letzterem könnte man den Schluss ziehen, dass man berufsrechtlich auch darauf verzichten kann, genaue Altersgrenzen in der MWBO festzuschreiben.

Weitere noch zu diskutierende und zu entscheidende Aspekte betreffen:

- Finanzierungsfragen der Weiterbildung
- Die Möglichkeiten der Verzahnung der einzelnen Weiterbildungsteile, also: Wer ist für welche Weiterbildungsteile verantwortlich, wie können diese aufeinander bezogen werden?
- Die Frage, wie die Zulassungsvoraussetzungen und -details (zum Beispiel Weiterbildungsplätze und Leistungsumfang) der Ermächtigung von Weiterbildungssambulanzen geregelt werden
- Die Frage, welche Bedingungen für den Bestandschutz von Ambulanzermächtigungen gelten sollen
- Die Frage, wie die Statusfragen von Weiterbildungsbefugnis und Leitung im Krankenhaus geregelt werden können
- Die Frage, wie die Weiterbildung in der institutionellen Versorgung ermöglicht werden kann

Vieles ist auf dem Weg zu einer grundlegenden Reform der Qualifikation der PsychotherapeutInnen schon erreicht worden, die Umsetzung des neuen Psychotherapeutengesetzes wird aber noch sehr viel Arbeit für Kammern und deren Gremien, aber auch für andere Beteiligte wie die Fach- und Berufsverbände bedeuten.

Martin Klett

Stellungnahmeverfahren zur neuen Richtlinie

Der Gesetzgeber hat den G-BA beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 eine Richtlinie für die ambulante Versorgung schwer psychisch kranker Menschen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf zu erlassen. Dafür wurde ein neuer Unterausschuss gegründet, der hochfrequent tagt und diesen Termin einhalten will. Ein Entwurf der Richtlinie soll bis August stehen. Der bvvp hat sich beim G-BA beworben, im September eine Stellungnahme dazu abgeben zu dürfen. Denn die Mitglieder des größten gemischten Verbands niedergelassener PsychotherapeutInnen sind natürlich direkt von dieser Richtlinie betroffen. **UB**

BSG: Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung nur mit gutem Grund

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich am 12. Februar 2020 zur Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung geäußert (B 6 KA 19/18 R). Es wurde anerkannt, dass betreffende ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen derartige Anträge noch bis zur Bestandskraft des Bescheids des Zulassungsausschusses zurückziehen können. Damit ist klar, dass alle Kassenärztlichen Vereinigungen, die zur Einleitung des Nachbesetzungsverfahrens einen endgültigen Verzicht fordern, rechtswidrig handeln. Gleichzeitig erklärt das BSG aber auch, dass zurückziehende ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen dann das Recht auf Nachbesetzung grundsätzlich verwirkt haben. „Grundsätzlich“ bedeutet hier: Es muss einen guten Grund geben, wieso zurückgezogen wurde. Ein zu geringer Preis für die Praxis gilt als nicht ausreichend zur Begründung. **UB**

IQTiG-Aufruf zum Pretest des Patientenfragebogens

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTiG, ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA damit beauftragt worden, ein „einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ zu entwickeln. Ein zentraler Teil dieses Verfahrens soll ein Patientenfragebogen sein. Dafür wurden die Kammern nun eingespannt, ihre Mitglieder um die Teilnahme am Pretest des Fragebogens zu bitten. Diese sollen dem IQTiG PatientInnen melden, die ihre Psychotherapie in Kürze beenden werden. Alle Verbände äußerten sich kritisch und rieten von der Teilnahme ab, denn die PsychotherapeutInnen sollen einen Test-Fragebogen an ihre PatientInnen schicken, den sie selbst nicht zuvor einsehen können. Sie sollen ihren PatientInnen also „die Katze im Sack“ verkaufen. Alles kann man dann wohl doch nicht mit uns machen! Es bleibt abzuwarten, wie das IQTiG mit dem mageren Rücklauf umgeht. **UB**

IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 75b SGB V

Im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verpflichtet, bis zum 1. Juli 2020 eine Richtlinie zur IT-Sicherheit zu erstellen. Diese soll rechtverbindlich Anforderungen an die IT-Sicherheit in den Praxen festlegen. Die Richtlinie bedarf aber des Einverständnisses des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik, BSI („Einvernehmen“). Einerseits wird die Richtlinie Haftungsrisiken für die Praxen minimieren, indem Verantwortlichkeiten klar definiert werden, was zu begrüßen ist. Andererseits drohen noch nicht abschließend beurteilbare Kosten. Aus diesem Grund hat es die Vertreterversammlung der KBV am 11. Juni abgelehnt, über einen Entwurf abzustimmen. Wenn die Richtlinie in Kraft ist, wird der bvvp selbstverständlich seinen Mitgliedern Arbeitshilfen zur Verfügung stellen. **MH**

Patientendaten-Schutzgesetz verabschiedet

Von **Mathias Heinicke**

Ach Gott, wie freue ich mich für zukünftige Generationen, dass diese Zettelwirtschaft endlich ein Ende hat! – so wird die SPD-Bundestagsabgeordnete Martina Stamm-Fibich im Protokoll der dritten Lesung des Patientendaten-Schutzgesetzes (PDSG) zitiert, das der Deutsche Bundestag am 3. Juli 2020 verabschiedet hat.

Die „Zettelwirtschaft“ sind Impfausweise, U-Vorsorgehefte, Rezepte und Überweisungen. Die Aussage zeigt, wie wichtig den Parteien der großen Koalition die elektronische Patientenakte (ePA) inzwischen ist und wie sehr sie zum Kernstück des Gesetzes wurde. Ursprünglich wollte Bundesgesundheitsminister Spahn die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte als Nebenpunkt im Digitale-Versorgung-Gesetz unterbringen. Am Ende wurde nun doch eine gründliche Überarbeitung des Sozialgesetzbuches V (SGB-V) daraus. Zukünftig enthält das SGB-V ein neues und ausführliches Kapitel zur Telematikinfrastruktur (TI), in dem der Gesetzgeber nicht nur die Organisation der TI, sondern auch die datenschutzrechtliche Verantwortung sowie die Arbeitsweise und Aufgaben der gematik definiert.

Die abschließende Bewertung des Gesetzes ist erst möglich, wenn alle zugehörigen Rechtsverordnungen beschlossen sind. Auch steht noch eine – formale – Entscheidung im Bundesrat an. Da das Gesetz aber nicht zustimmungspflichtig ist, kann das PDSG wohl im Herbst 2020 in Kraft treten.

Kernstück elektronische Patientenakte

Kernstück ist und bleibt die elektronische Patientenakte. Ab Januar 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten eine solche anbieten. Nach dem Willen der Politik sollen in der Akte sämtliche Befunde und Berichte hinterlegt werden. Ab dem 1. Januar 2022 haben PatientInnen einen Anspruch darauf, dass ihre Behandler Daten in die Akte eintragen. Das Anlegen der Akte, so wurde immer wieder betont, sei für die PatientInnen aber freiwillig.

An dieser Stelle offenbart sich ein Widerspruch des Gesetzes. Denn in den kommenden Jahren sollen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und das Rezept komplett elektronisch abgewickelt werden. Somit wird auf PatientInnen ein gewisser Druck zur Digitalisierung aufgebaut. Zwar sollen das elektronische Rezept und der elektronische Medikationsplan als eigenständige Anwendung innerhalb der TI arbeiten, aber Schnittstellen zur ePA sind eben doch vorhanden.

Mehraufwand für die Praxen

So sehr die Bundespolitiker das Patientendaten-Schutzgesetz auch bejubeln und immer wieder betonen, wie sehr die Rechte der Versicherten in den Mittelpunkt gestellt worden seien, so wenig darf vergessen werden, dass die neuen Regelungen in den einzelnen Praxen zu einem erheblichen Mehraufwand führen werden, technisch und finanziell.

Zum einen wird zwingend ein Anschluss an die TI vorausgesetzt. Wer sich nicht anschließen lässt, wird mit 2,5 Prozent Honorarabzug belegt. Zum anderen muss der Konnektor mehrfach mit (von der Industrie sicherlich teuer vermarkteten) Software-Updates versehen werden: Einmal bis zum 1. Januar 2021 für die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eAU (für die ärztlichen KollegInnen) und die Nutzung der Dienste „Kommunikation in der Medizin“ (KIM), der Plattform für den elektronischen Arztbrief und ein weiteres Mal bis zum 30. Juni 2021 für die Befüllung der elektronischen Patientenakte. Andernfalls droht – wie bei Minister Spahn üblich – Honorarabzug.

Bei der Frage der Finanzierung der Komponenten bleibt das Gesetz gewohnt vage. KBV und GKV-Spitzenverband sind dazu angehalten, eine gemeinsame Lösung zu finden. Der AOK-Bundesverband hat schon klargestellt, nicht „jeden Klick“ in der Praxis bezahlen zu wollen. Das bedeutet, dass abermals eine Finanzierungslücke bei den Komponenten droht.



Unter diesem Aspekt kann die Aussage von Gesundheitsminister Spahn „Ich möchte nicht, dass wir Digitalisierung erleiden; ich möchte, dass wir sie gestalten, dass wir daraus einen Mehrwert machen für die Bürgerinnen und Bürger, für die Patientinnen und Patienten, für alle, die im Gesundheitswesen tätig sind“ für niedergelassen Tätige nur ironisch gemeint sein. Denn wir in den Praxen werden von Anfang an bei der Digitalisierung bevormundet und von Strafandrohung zu Strafandrohung geführt.

Datenschutzrechtliche Verantwortung schwammig formuliert

Keine Bewegung gab es bei der Zuordnung der datenschutzrechtlichen Verantwortung der TI-Komponenten. § 307 SGB-V wurde im parlamentarischen Verfahren nicht mehr verändert. Somit bleibt es dabei, dass für die ordnungsgemäße Inbetriebnahme, Wartung und Verwendung der Komponenten für die dezentrale TI (Konnektor, Lesegerät) die jeweilige Praxis verantwortlich ist. Es wurde zwar konkretisiert, dass Vertragsärzte

für die Komponenten nur soweit verantwortlich sind, weit sie über die Mittel der Datenverarbeitung mitentscheiden. Eine klare Befreiung von der Verantwortung ist dies aber nicht, denn im Falle eines Datenschutzverstößes wird nicht klar trennbar sein, welche Komponente den Fehler verursacht hat.

Problematisch können auch die Regelungen des § 309 SGB V werden. Danach haben die Praxen Maßnahmen zu ergreifen, um für eine Datenschutzkontrolle nachträglich mindestens für die letzten drei Jahre Zugriffe und Zugriffsversuche auf die Daten der Versicherten in einer Anwendung der TI überprüfbar zu machen. Auch muss feststellbar sein, ob und von wem Daten der Versicherten verarbeitet oder gelöscht worden sind. Diese Protokollierungspflicht wird zu einem erheblichen Mehraufwand führen, da es zusätzlicher Softwarekomponenten bedarf. Inwieweit dies über die Praxisverwaltungssoftware abzubilden sein wird, muss im Moment abgewartet werden. Diskutabel ist aber auch hier die Frage, wer solche Mehraufwände finanziert.

Ein kleiner Erfolg

Erklärter Wille der Politik war es von Anfang an, dass die ePA auch zur Auswertung für Forschungsvorhaben zur Verfügung stehen müsse. Viele Modelle wurden hier diskutiert. Der bvvp schlug beispielweise eine separate Forschungsakte vor. Am Ende blieb von all diesen Einsprüchen immerhin eine zeitliche Verschiebung der Forschungsfreigabe bis 2023 übrig. Dies darf als Erfolg gewertet werden, weil es zum Start der ePA 2021 nur möglich sein wird, die Akte insgesamt gegenüber allen Behandlern freizugeben. Die Möglichkeit zur differenzierten Freigabe, in welche Daten eine Einsicht möglich ist, folgt erst 2022, und – darauf aufbauend – ein Jahr später die Möglichkeit für die Versicherten zu entscheiden, ob und welche Daten aus der Akte sie für die Forschung zur Verfügung stellen wollen. Diese Freigabe kann auch zurückgenommen werden.

Fazit

Dr. Wieland Schinnenburg, Zahnarzt, Jurist und Bundestagsabgeordneter für die FDP, fasste in der Plenardebatte das Gesetz so zusammen: „Es wäre so schön gewesen. Wir hätten so schön ein Gesetz machen können, mit dem man die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringt, mit dem man den Ärzten die Arbeit erleichtert oder mit dem man die Patientenrechte stärkt. Dann kam aber Herr Minister Spahn, und er hat eben viele Chancen verpasst.“ Dem ist nichts hinzuzufügen.

bvvp-Expertentelefon zum Thema Digitalisierung

Interview mit dem bvvp-Digitalisierungsexperten **Mathias Heinicke**

Der bvvp bot im Juni eine telefonische Beratung zu wichtigen Digitalisierungsthemen wie der elektronischen Patientenakte, dem inzwischen verabschiedeten Patientendaten-Schutzgesetz PDSG und der Fernbehandlung an. bvvp-Pressereferentin Anja Manz fragte bei Mathias Heinicke nach.

Lieber Herr Heinicke, auch wenn die Themen Patientenakte und PDSG dringlich sind, gab es vor allem viele Fragen zur Behandlung per Video?

MATHIAS HEINICKE: Ja, sehr oft wurde nachgefragt, ob und wann es eine Möglichkeit zur Gruppentherapie per Video geben wird. Sie ist aber vorerst nicht in Sicht. Die Anbieter von Videosprechstunden arbeiten mit Hochdruck an Lösungen, sodass es technisch sicher bald machbar sein wird. Aber die datenschutzrechtlichen Probleme sind kaum lösbar. So ist es eben für andere Gruppenteilnehmer nicht möglich, zu überprüfen, wer sich mit ihnen noch im virtuellen Therapieraum befindet. Auch bestand oft Unsicherheit, ob Videotherapie nicht an die Telematikinfrastruktur gebunden ist. Deshalb möchte ich die Gelegenheit nutzen und klarstellen: Videotherapie und TI sind vollkommen voneinander getrennt. Das heißt, auch wer sich nicht an die TI angeschlossen hat oder dies nicht tun will, kann Videotherapie anbieten.

Aber apropos TI. Im Frühjahr gab es dort auch eine große Störung. War das auch ein Thema?

MH: Ja, dazu wurde viel – verständlicher – Unmut geäußert. Es ist schon auch kurios. Da wird uns per Gesetz eine Technik in die Praxis gezwungen, es wird uns gesagt, das dürft ihr nicht selbst anschließen, das müssen aus Sicherheitsgründen zertifizierte Techniker tun. Und dann kommt es auf Anbieterseite zu einem Fehler und plötzlich ist der Behandler in der Praxis gefordert, ein Update in den Konnektor einzuspielen. Ohne Vergütung, versteht sich. Wer sich das aber nicht zutraut, der möge dann die Rechnung entsprechend bezahlen – nicht nachvollziehbar. Immerhin ist es beruhigend, dass die Sicherheitsmechanismen der Konnektoren

offensichtlich funktionieren und die Geräte bei Störungen vom Netz nehmen.

Was war die wichtigste Frage im Umgang mit der ePA oder dem PDSG?

MH: Die große Sorge war, inwieweit wir in den Praxen noch Herr über unsere Daten bleiben werden und ob bei all der Digitalisierung nicht doch unsere eigentliche Arbeit auf der Strecke bleibt. Hier können einige Sorgen genommen werden. Das PDSG hat ein Recht der PatientInnen auf Anlage und Befüllung der Akte festgelegt, nicht aber eine Pflicht zur Akte. Dabei obliegt es uns als Behandlern, die PatientInnen entsprechend zu beraten, welche Dokumente sinnvoll sein können in der ePA – zum Beispiel Laborbefunde oder der Medikationsplan – und welche besser weit außerhalb der ePA bleiben, zum Beispiel psychologische Befundberichte.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass der bvvp auch in dem sicherlich immer wichtiger werdenden Feld der Digitalisierung an der Seite seiner Mitglieder steht und Fragen zur Thematik jederzeit an die Geschäftsstelle und den Vorstand herangetragen werden können: bvvp@bvvp.de. Sie werden zeitnah beantwortet.

Vielen Dank!

Nächster Termin bvvp-Expertentelefon

29. September 2020, 19.00 bis 21.00 Uhr Ulrike Böker und eine systemisch arbeitende Kollegin (NN): Systemische Therapie – Besonderheiten bei der Abrechnung, Erhalt der Zulassung und weitere Fragen zu diesem Themenkomplex.



Ende der Genehmigungsfiktion: begrenzte Kostenerstattung bei Fristenversäumnis der Krankenkassen

Von **Holger Barth**

Psychotherapeuten können sich künftig nicht mehr auf die langjährige Rechtsprechung zu den Wirkungen der Genehmigungsfiktion bei Fristenversäumnis der Krankenkassen verlassen. Mit dem Urteil vom 26. Mai 2020 hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts (B 1 KR 9/18 R u. a.) diese nach § 13 Abs. 3a SGB V aufgegeben. Dem hat sich der 3. Senat am 18. Juni 2020 angeschlossen.

Riskantes Privileg betuchter Patienten

Seitdem vermittelt die Säumnis der Kasse beispielsweise mit der drei- oder (bei MDK-Gutachten) fünf-wöchigen Frist nach Eingang des Antrags auf eine Langzeittherapie dem Versicherten anders als bislang (B 1 KR 25/15 R) nach § 13 Abs. 3a Satz 6 und 7 SGB V weder einen Sachleistungsanspruch noch einen dauerhaften Anspruch auf Kostenerstattung. Ein Genehmigungsbescheid wird hiernach trotz des Gesetzeswortlauts „gilt (...) als genehmigt“ nicht mehr fingiert. Vielmehr kann und muss gegebenenfalls die Kasse auch nach Fristablauf einen Ablehnungsbescheid erlassen, gegen den der Versicherte mittels Widerspruch und Klage rechtlich vorgehen kann. Auch kann er während der Dauer des Verfahrens Therapieleistungen vorfinanzieren und von der Kasse die Erstattung der hierfür angefallenen Kosten verlangen. Dies gilt aber nur, solange die Ablehnung nicht bestandskräftig geworden ist und der Patient zum Zeitpunkt der Therapiesitzungen noch „gutgläubig“ war. Dies ist wiederum dann nicht der Fall, wenn dieser bereits wusste (Vorsatz) oder es sich ihm geradezu aufdrängen musste (grobe Fahrlässigkeit), dass ihm die Leistungen nicht zustehen. Damit geht auch ein finanziell leistungsfähiger Patient, der auf eigene Faust mit der Therapie beginnt, erhebliche Risiken ein, wenn er sich auf die Genehmigungsfiktion verlässt, die diesen Namen nicht mehr verdient. Denn grob fahrlässige Unkenntnis hinsichtlich des fehlenden Anspruchs kann unter Umständen schon dann angenommen werden, wenn ein Obergutachter bestätigt hat, dass

eine Therapienotwendigkeit nicht oder nicht im beantragten Umfang besteht. Eine Kostenerstattung wegen danach in Anspruch genommener Therapieleistungen würde dem Patienten dann nicht mehr zustehen, wenn er im weiteren Verfahren endgültig unterliegt.

Riskante Folgen für Therapeuten

Therapeutin und Therapeut müssen, wenn sie sich nicht schadenersatzpflichtig machen möchten, wegen ihrer vertraglichen Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung betreffende Patienten über diese neuen Risiken formgerecht informieren. In § 630c Abs. 3 BGB heißt es: „Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.“

Fazit

Der konkrete Rat für den Therapeuten oder die Therapeutin kann vor diesem Hintergrund in aller Regel nur darin bestehen, mit der Behandlung erst dann zu beginnen oder sie fortzusetzen, wenn der Bewilligungsbescheid tatsächlich vorliegt – auf welchem Weg auch immer.

Fallbuch der Systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Wilhelm Rotthaus (Hrsg.)

Buchbesprechung von Jonas P. W. Göbel

Dieses Buch mit Fallberichten sei allen empfohlen, die Interesse an Systemischer Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen haben. In einem breiten Spektrum von Symptomen und Therapieanlässen, Settings und Methoden werden Vorüberlegungen zur Fallauswahl, therapeutische Vorgehensweisen und Reflektionen der Therapeuten im Nachhinein in klar strukturierter Weise beschrieben, sodass die Arbeitsweise auch für KollegInnen interessant und nachvollziehbar sein dürfte, die bisher mit diesem Verfahren nur wenige Begegnungen hatten.

Wie ist das Buch strukturiert?

Für Kenner der Systemischen Therapie und Neuinteressierte gleichermaßen interessant dürfte der Teil der Einleitung sein, in dem die theoretischen Grundlagen der Systemischen Psychotherapie zusammengefasst und das Weltbild erklärt werden. Daraus können sich weiterführende Fragen für die Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Ausrichtung im klinischen Alltag ergeben.

In 16 ähnlich aufgebauten Kapiteln werden unterschiedliche Fälle beschrieben. Da Systemische Psychotherapie in vielen verschiedenen Settings stattfindet, finden sich Falldarstellungen sowohl aus klinischen als auch aus Jugendhilfe-Kontexten. Wer sich nur für eine spezielle Altersgruppe oder eine Störungsform interessiert, findet in der Einleitung jedes Kapitels einen anschaulichen Überblick über das Alter der PatientInnen, die Diagnose und den Arbeitskontext sowie die Dauer der Therapie, gefolgt von den Abschnitten „Gedanken zur Auswahl des Falles“ und „Fallverlauf“ sowie in einigen Fällen von supervisorischen Überlegungen und theoretischen Exkursen zur verwendeten Methode.

Die Fälle

Im ersten Kapitel wird die Therapie mit einem achtjährigen Mädchen in einem Sozialpädiatrischen Zentrum mit den Symptomen Enuresis und Enkopresis beschrieben. Im folgenden Kapitel wird die PTBS-Behandlung eines sechsjährigen Jungen in einer Praxis thematisiert; in weiteren Kapiteln folgen Fallvignetten von PatientInnen mit ansteigendem Alter in

unterschiedlichen stationären und ambulanten Einrichtungen. Dabei werden Phänomene wie Trennungsangst, Schulabsentismus, Bindungs- und funktionelle Atemstörung sowie unterschiedliche Folgen von Trennung oder Scheidung der Eltern behandelt.

Die Systemische Psychotherapie ist so wenig ein klar abgrenzbares Theorie-Praxis-Gebilde wie die anderen Therapieschulen auch. Anhand der Fallbeschreibungen werden einige Methoden sowie die Richtung und die Traditionen erklärt, auf denen das Verfahren aufbaut. Die wohl bekanntesten Methoden sind Aufstellungen und die Arbeit mit dem Genogramm/Soziogramm, aber auch spezifisch kindertherapeutischen Ansätzen, wie etwa dem Sandspiel, wird Raum eingeräumt.

Das Fazit

Wilhelm Rotthaus bietet mit seinem Buch eine kurzweilige, informative Möglichkeit, das komplexe Feld der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf diese spezielle systemische Weise zu reflektieren. Einleitend greift er als Herausgeber das spannungsreiche Verhältnis der Systemischen Therapie zur klinischen Diagnoseerstellung auf. Zwar erkennt die Systemische Psychotherapie auch im Antragstext zur Anerkennung als Richtlinienverfahren die Nutzungsmöglichkeit formalisierter Klassifikations-schemata innerhalb des klinischen Systems an, doch in diesem Bereich existiert bei den VertreterInnen des Verfahrens ein breites Spektrum von grundlegender Ablehnung bis pragmatischer Übernahme – immer natürlich mit Blick auf soziale Konstruktionen. Eine

vertiefte Betrachtung dieses wichtigen, durch die aktuelle Integration der Systemischen Psychotherapie in die Leistungen der Krankenkassen hochaktuellen Spannungsfelds kann hier nicht geleistet werden, steht aber an.

ISBN 978-3-8497-0351-6
Carl-Auer Verlag,
Heidelberg



Autorenverzeichnis



Holger Barth
Fachanwalt für Medizinrecht mit Schwerpunkt Arztrecht in Freiburg, betreut die Muster-Honorarklagen des bvvp.



Rainer Cebulla
Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen als Verhaltenstherapeut in Höchberg, kooptiertes Mitglied des bvvp-Bundesvorstands, Vorsitzender des bvvp Bayern, Delegierter in der Bundespsychotherapeutenkammer und in der Psychotherapeutenkammer Bayern.



Angelika Haun (AH)
Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie.
1. Stv. bvvp-Vorsitzende, Vorstandsmitglied bvvp NDS, Vors. Beratender Fachausschuss Psychotherapie der KVN, Moderatorin Qualitätszirkel Psychoanalyse.



Ingrid Kaech
Assistenz der Öffentlichkeitsarbeit beim bvvp, freie Autorin und Dozentin für literarisches Schreiben, Gründerin und Leiterin von „Das Schriftstellerhaus/phase1“.



Erik Meyerhof
Diplom-Psychologe, Systemischer Kinder- und Jugendlichentherapeut, in Approbationsausbildung ST (PP). Tätig in einer Erziehungsberatungsstelle und einer Psychiatrischen Institutsambulanz.



Ariadne Sartorius
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Mitglied im Bundesvorstand des bvvp und im Landesvorstand Hessen, außerdem u. a. in der Delegiertenversammlung der PTK Hessen, Bundesdelegierte der BPTK.



Sebastian Baumann
Dipl.-Psych., Systemischer Therapeut (SG/DGSF) und Lehrtherapeut (DGSF), Klinische Hypnose (M.E.G.), Sexualtherapeut (Uli Clement), Systemischer Supervisor (SG). Vorstandsbeauftragter Psychotherapie der SG, Privatpraxis in Mannheim.



Jonas P. W. Göbel
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Erziehungsberater im Zentrum für Beratung und Therapie (ZBT) Wiesbaden. Vorstandsbeauftragter des bvvp für den Bereich Angestellte.



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke (MH)
Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht. bvvp-Vorstandsmitglied, Mitglied im Vorstand des bvvp BW und des VVPNW, Mitglied im Ausschuss Ambulante Versorgung der LPK BW.



Martin Klett (MK)
Niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Freiburg. 2. Stellvertreter der Vorsitzender des bvvp, Vizepräsident der LPK BW. Landesdelegierter im Deutschen Psychotherapeutentag.



Prof. Dr. Matthias Ochs
Dipl.-Psych., PP, Systemischer Familientherapeut, Professor für Psychologie und Beratung, FB Sozialwesen HS Fulda, professorales Mitglied Promotionszentrum Soziale Arbeit HAW Hessen; Vorstand DGSF, General Board & Chair Research Committees EFTA.



Dr. phil. Katrin Spiegler
M.A. Erziehungswissenschaft, Systemische Beraterin, in Approbationsausbildung ST (KJP). Tätig in einem Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche.



Dipl.-Psych. Ulrike Böker (UB)
Mitglied im Bundesvorstand des bvvp, Stv. Vorsitzende des bvvp BW, Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW und der KBV, Mitglied im BFA der KV und der KBV, stv. Mitglied im Bewertungsausschuss u. a.



Reinert Hanswille
Dipl.-Päd., KJPsychTh, Systemischer Therapeut, Lehrtherapeut u. -supervisor (DGSF, DGSv.); seit 1998 Leiter des Instituts für Familientherapie, Systemische Supervision und Organisationsentwicklung ifs, Ausbildungsleiter für KJP und PP im Vertiefungsgebiet Systemische Therapie.



Björn Enno Hermans
Diplom-Psychologe, Systemischer Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapeut, Lehrtherapeut/Lehrsupervisor (DGSF). Professur für Systemische Beratung an der MSH Medical School Hamburg, Vorstand des Caritasverbandes in Essen.



Anja Manz M.A.
Pressesprecherin und Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit des bvvp, nach Studium der Literaturwissenschaft und Sozial- und Wirtschaftsgeschichte langjährige Tätigkeit als Redakteurin beim rbb, Autorin.



Carla Ortmann
Sozialarbeiterin (M.A.), Systemische Therapeutin und Systemische Kinder- und Jugendlichentherapeutin, kurz vor der Approbation zur Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (GST Berlin). Fachreferentin für Gesundheitspolitik DGSF.



Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr (BW)
Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Landshut. Bundesvorsitzender des bvvp, Mitglied im Landesvorstand des bvvp Bayern.

Aktion verlängert bis 31. Dezember 2020

MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER

Werben Sie jetzt neue Mitglieder, überzeugen Sie Ihre Kollegin oder Ihren Kollegen von den Vorteilen einer Mitgliedschaft im bvvp und sichern Sie sich Ihre Prämie über 50 €.

WAS WIR UNSEREN MITGLIEDERN BIETEN

Interessenvertretung

Der bvvp ist der erste und einzige Verband, der sich integrativ für die Interessen aller VertragspsychotherapeutInnen (Ärztliche, Psychologische und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen) einsetzt – und das verfahrenübergreifend. Er vertritt die Interessen seiner Mitglieder auf Landes- und Bundesebene in den Gremien des Berufs- und Sozialrechts. Er kämpft für die Psychotherapie in Politik und Gesellschaft, führt Klageverfahren vor Gericht und setzt sich für eine angemessene Vergütung ein.

Publikationen & Services

Jährlich aktualisierte Honorarinfos in unserem kompakten EBM-Info-Paket Plus, q@bvvp – das einfach zu handhabende Qualitätsmanagementprogramm für Psychotherapeuten, Broschüren zu Berufs- und Sozialrecht, Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen, Kooperationsformen, zum Teil mit Musterdokumenten, und vieles mehr.

Regelmäßige Informationen zur Psychotherapie und Berufspolitik

Kostenfreies vierteljährliches MitgliederMagazin PPP – Psychotherapie in Politik und Praxis, Info Kompakt zu Gesetzes- und Richtlinienänderungen, E-Mail-Newsletter und -Info-Service zu aktuellen Entwicklungen.

Vergünstigungen

Zum Beispiel beim Abschluss von Versicherungen, auch für die Ausbildungszeit; Rabatte beim Kauf von Büromaterial, Software, Pkws, Kartenlesegeräten.

Junges Forum

Spezielle Angebote, unter anderem für PiAs und frisch Approbierte www.bvvp.de/junges-forum

Wissensspeicher

Aktuelle Informationen und Hintergrundwissen unter www.bvvp.de, auf Facebook und bei Twitter.



Alle weiteren Informationen und das Formular zum Weiterreichen finden Sie auf unserer Homepage.
www.bvvp.de/mitglieder-werben-mitglieder