

PPP

03/2022

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

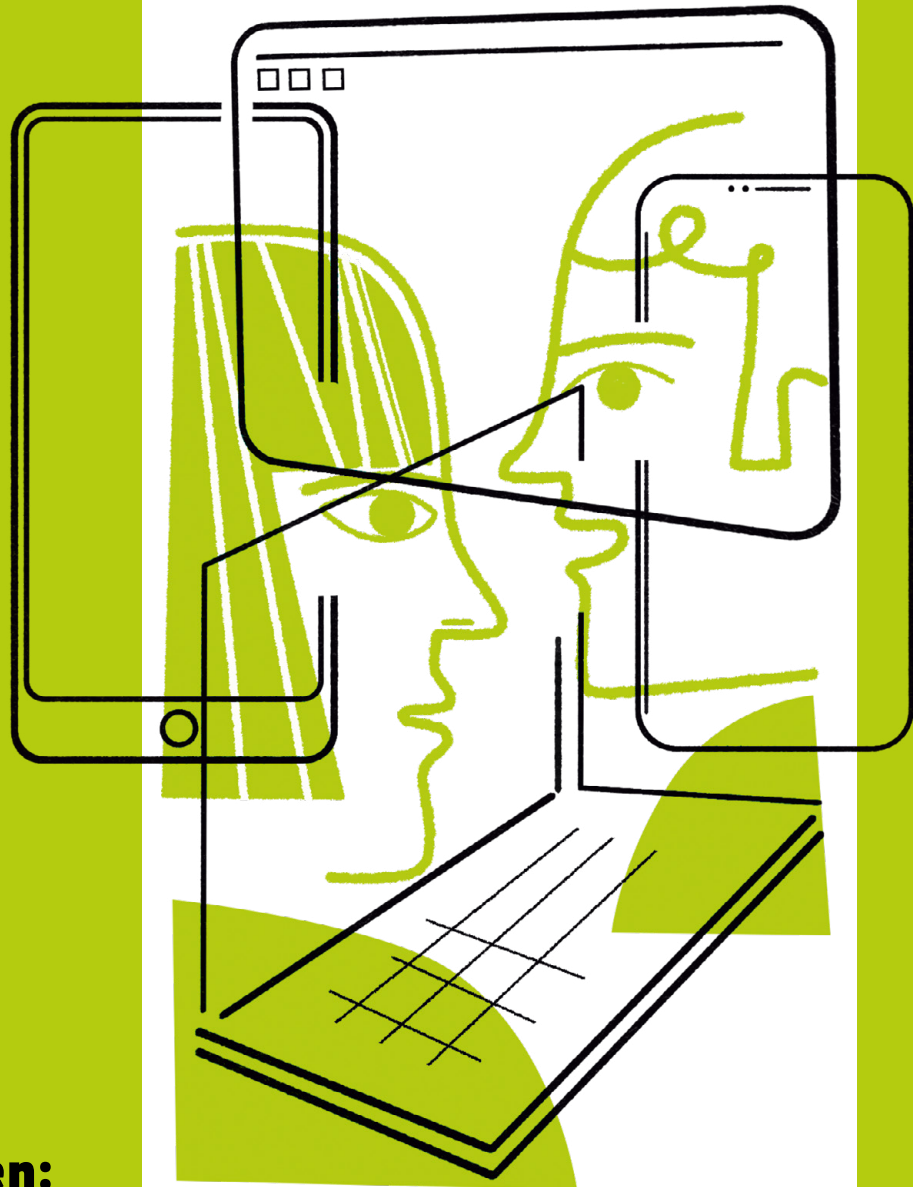
Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Behandlung internetbezogener Störungen

Einblicke in ein
systemisches Manual

Begrenzung der Videotherapien

Ein Zwischenruf von
Benedikt Waldherr



Soziale Medien:

Psychotherapie und die digitale Welt



BVVP ON TOUR! HERZLICH WILLKOMMEN!

Mit unserer Veranstaltungsreihe „Weit über Land“ informieren wir online und vor Ort in den bvvp-Landesverbänden über aktuelle Themen aus der Berufs- und Gesundheitspolitik. Wir laden Sie und Ihre Kolleg*innen herzlich dazu ein!

15. September 2022, Hessen

ABRECHNUNG

Ulrike Böker, Mitglied des bvvp-Bundesvorstands, beantwortet alle Fragen rund um das Thema Abrechnung.

12. Oktober 2022, Nordrhein

KOMPLEXRICHTLINIE

Referent ist Benedikt Waldherr, Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes.

23. November 2022, Sachsen-Anhalt

GRUPPENTHERAPIE

Kompaktschulung mit Ulrike Böker, Mitglied des bvvp-Bundesvorstands.

Die genauen Orte und Uhrzeiten sowie viele weitere Veranstaltungen finden Sie unter bvvp.de/weit-ueber-land.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Instagram, Facebook und Twitter sind wie YouTube oder TikTok aus unserer Welt nicht mehr wegzudenken. Vor allem Kinder und Jugendliche werden in hohem Maße von Social-Media-Angeboten angesprochen, was in den Beiträgen von Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in diesem Magazin eindringlich belegt wird. Sie befassen sich damit, wann Handlungen im Netz an strafrechtliche Grenzen stoßen, aber auch mit Therapieangeboten bei Internetsucht oder der Frage, ob die professionelle Vermittlung psychotherapeutischer Informationen über Instagram hilfreich sein kann.

Welche Auswirkungen haben die sozialen Medien für unsere Arbeit und unseren Alltag als Psychotherapeut*innen? Dieses Thema betrifft nicht nur die KJP unter uns, sondern uns alle. Wir sind selbst Nutzende, und auch erwachsene Patient*innen greifen oft auf soziale Medien zu. Immer öfter berichten sie uns, dass sie dort „revolutionäre“ Therapiemethoden kennengelernt haben und fragen nach unserer Einschätzung. Andere beschäftigen sich mit Entspannungsverfahren im Netz oder fragen „Dr. Google“ um Rat. Aber auch manche in Windeseile entwickelte Gesundheits-App oder onlinebasierte Therapieofferte verspricht rasche Hilfe bei psychischen Problemen. Wie schnell es gehen kann, dass neue Angebote in unserem beruflichen Alltag ankommen, zeigt die Videotherapie. Vor wenigen Jahren noch unvorstellbar, ist sie heute Bestandteil unseres Berufsalltags. Werden es vielleicht irgendwann Instagram-Accounts sein, die wir professionell betreiben wollen, sollen oder gar müssen?

Die Psychotherapeutin und Influencerin Hilal Virit zeigt in ihrem Artikel die Ambivalenzen auf, die mit einem Instagram-Auftritt als Psychotherapeutin verbunden sind. Spannend dazu auch das Interview mit Julia Neumann, die sich als Buchautorin damit befasst hat, was rechtlich und berufsethisch zu beachten ist, wenn man auf diese Art Öffentlichkeit sucht.

Eine andere Form von Service sind die Hinweise von Andreas Gohlke, der Möglichkeiten aufzeigt, Menschen mit Internet-Spielsucht systemisch zu behandeln. Sehr lebendig, aber auch kontrovers ist das Interview mit Nora Blum, die eine verschreibungsfähige DIGA zum Thema Depressionsbehandlung entwickelt hat. Unsere wichtigste Frage an sie: Wie hilfreich können diese App-Angebote, die sich selbst als Therapien präsentieren, für unsere Patient*innen wirklich sein?

Aber auch neben den Texten unseres Fokus haben wir hochinteressante Artikel für Sie zusammengestellt – zum Beispiel zeigt die Rückschau auf zehn Jahre PiA-Politik-Treffen, wie viel Engagement nötig war, die nachwachsende Generation von Kolleg*innen politisch zu stärken und ihnen eine klare Stimme zu geben.

Wir wünschen viel Freude bei der Lektüre dieser Ausgabe unseres PPP-Magazins.

Herzliche Grüße

Benedikt Waldherr,

Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Inhalt



17

Psychotherapie ist nicht für alle das Richtige

Selfapy-Mitbegründerin Nora Blum hat eine DIGA gegen Depressionen auf den Markt gebracht. „Mehr Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten, ob auf dem Sofa oder in der Praxis, das ist erstmal gut!“, findet sie im Interview.

08

Herausforderung Social Media

Ein Social-Media-Account – macht das für Psychotherapeut*innen Sinn? „Ja“, sagt Buchautorin Julia Neumann im PPP-Interview. Aber: „Alle Inhalte müssen immer unter dem Aspekt reflektiert werden: Wie trete ich dort beruflich professionell auf?“

15

Internetbezogene Störungen

Social-Media-Nutzung kann zur Entwicklung internetbezogener Störungen führen. Wir stellen Ihnen das systemische Behandlungssystem Quest2B vor, das, so Mitentwickler Andreas Gohlke, im Einzelsetting, in der Gruppe, ambulant und stationär anwendbar ist.

26

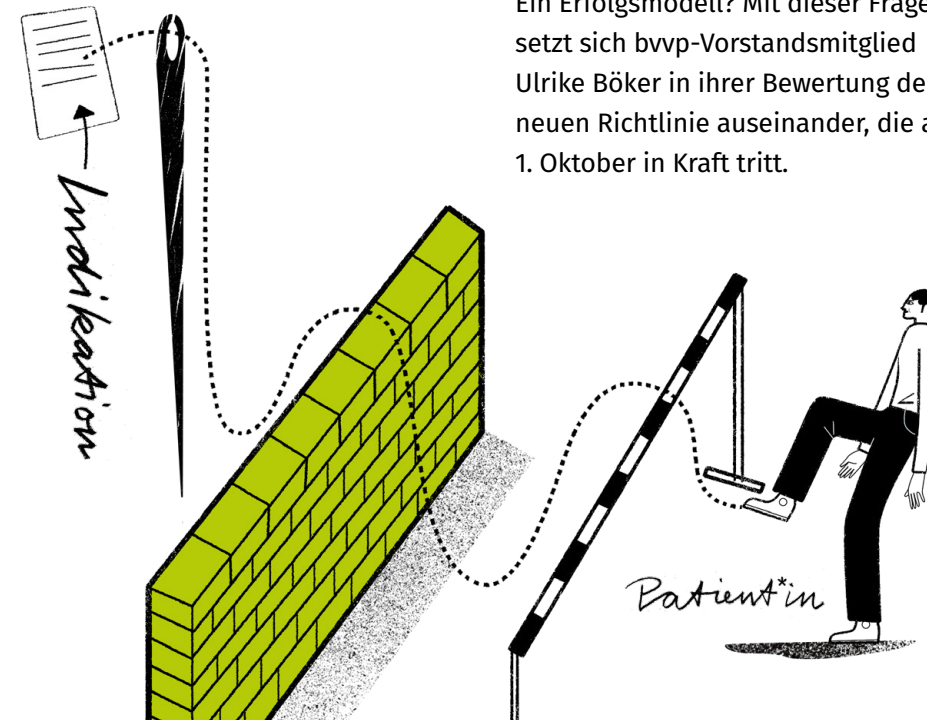
IT-Sicherheit ist auch Datenschutz

Investitionen in Datensicherheit sind unverzichtbar auch für Psychotherapeut*innen, betont bvvp-Digitalisierungsexperte Mathias Heinicke. Er stellt klar: „Sie schützen das Wertvollste, das in unseren Praxen zu finden ist: Die Daten unserer Patient*innen.“

30

Neue Komplexrichtlinie

Ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen: Ein Erfolgsmodell? Mit dieser Frage setzt sich bvvp-Vorstandsmitglied Ulrike Böker in ihrer Bewertung der neuen Richtlinie auseinander, die am 1. Oktober in Kraft tritt.



Impressum

PPP 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.), Autor*innen: siehe Verzeichnis Seite 38 ·
Verantwortlich für den Fokus: Mathias Heinicke und Ariadne Sartorius ·
Redaktionsleitung und Lektorat: Anja Manz

Verlag

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

IM FOKUS PSYCHOTHERAPIE UND DIE DIGITALE WELT

- 06 Einführung
- 08 Psychotherapeut*innen & Social Media
- 11 Als Influencerin unterwegs auf Social Media
- 13 Das Netz ist kein rechtsfreier Raum
- 15 Quest2B für die Arbeit mit internetbezogenen Störungen
- 17 Online-Therapiekurse per App
- 20 Zur Diagnostik von Internetsucht
- 21 Zehn Fragen zur Anamnese in der KJP-Praxis

BVVP AKTIV

- 22 Berufspolitische Meldungen
- 25 Begrenzung der Videotherapie – ein Zwischenruf
- 26 IT-Sicherheit als gelebter Datenschutz
- 28 bvvp Sachsen-Anhalt gegründet
- 30 Ambulante Komplexversorgung schwer psychisch Kranker
- 34 Exkursion nach Afrika – ein Beitrag zum Frieden
- 36 Zehn Jahre PiA-Politik-Treffen

SERVICE

- 38 Autor*innenverzeichnis
- 39 Buchbesprechung

Druck

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

Anzeigen

bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom Januar 2022.

© 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:

Psychotherapie und die digitale Welt

Von Ariadne Sartorius und Mathias Heinicke



Soziale Medien sind allgegenwärtig. Prominente aus der Film- und Musikbranche, Politiker*innen, Privatmenschen – wer immer der Welt etwas mitzuteilen hat, tut es hier. Bei Social Media denken wir zunächst an Dienste wie Twitter, Facebook oder Instagram. Doch der Begriff beschreibt ganz allgemein Webseiten und Apps, über die Nutzer*innen Inhalte erstellen, teilen und sich vernetzen können. Zentrales Merkmal ist die Interaktivität. Waren zu Beginn die klassischen Blogs dominierend, zählen heute Facebook, Twitter, RenRen oder WeChat zu den meistgenutzten Kanälen. Dabei sind die Sozialen Medien zu einem ernstzunehmenden und schnellen Informationsgeber geworden. Bekannte Politiker*innen nutzen Twitter inzwischen häufiger als Pressekonferenzen. Doch Schnelligkeit, Dauerverfügbarkeit und die Möglichkeit, anonym zu handeln, bergen Risiken. Das Medium verführt manche Menschen zu Respektlosigkeiten und Straftaten, zudem entwickeln sich neue Formen von Sucht.

Wo findet Psychotherapie in dieser Melange aus lustigen Bildchen, politischen Inhalten und Information ihren Platz? Hat sie dort überhaupt einen oder sollten wir als Vertreter*innen der psychotherapeutischen Berufsgruppen nur stille Zuschauer*innen sein und bleiben? Diese Fragen beleuchten Ariadne Sartorius und Mathias Heinicke mit der Wiener Psychotherapeutin und Autorin Julia Neumann. Sie stellen ihr die Frage, wie der Spagat zwischen öffentlicher Darstellung und den Forderungen von Ethik, Berufsrecht und Abstinenzgebot gelingen kann, wenn man sich als Psychotherapeut*in über Social-Media-Kanäle präsentiert.

Dass es in diesem Spannungsfeld möglich ist, sich gut zu bewegen, davon berichtet die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Hilal Virit, die als Reaktion auf das gestiegene Informationsbedürfnis zum Thema Psychotherapie damit begann, einen Instagram-Account zu betreiben, dem inzwischen nahezu 80.000 Menschen folgen. Sie schildert ihre Erfahrungen, aber auch die Schwierigkeiten einer solchen Form von Präsenz im Netz.

Es gibt allerdings auch die Kehrseite der Internetnutzung – dazu gehören Probleme wie Missbrauch oder Sucht. Andreas Gohlke vom GeGo-Institut in Darmstadt stellt uns das von ihm entwickelte „Quest2B“ vor, ein Manual als Hilfe zur Arbeit mit Patient*innen mit internetbezogenen Störungen. Lesen Sie auf Seite 15 über seinen interessanten Therapieansatz, den er in der Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen von internetbezogenen Süchten entwickelt hat.

Und: Spricht man über Social-Media-Kanäle, muss man leider auch über Hasskommentare und weitere Straftaten im Zusammenhang mit Cybermobbing, Cybergrooming oder Sexting sprechen. Wie können sie verhindert werden? Wie können wir Kinder und Jugendliche für diese Themen sensibilisieren und besser schützen? Darüber sprachen wir mit Expert*innen des Landeskriminalamts Baden-Württemberg.

Von Nora Blum, der Mitbegründerin von Selfapy, wollten wir wissen, was ihre App kann, die Hilfe bei Depressionen verspricht. Und was können digitale Gesundheitsanwendungen, die von Psychotherapeut*innen verschrieben werden dürfen, nicht leisten?

Unsere Prinzipien hören an dieser Stelle ja nicht auf

bvvp-Vorstandsmitglieder Mathias Heinicke und Ariadne Sartorius im Gespräch mit der Psychotherapeutin und Buchautorin Julia Neumann über die Herausforderungen, denen man begegnet, wenn man als Psychotherapeut*in einen Social-Media-Kanal betreibt.

Mathias Heinicke: Was hat Sie als Psychotherapeutin dazu bewogen, einen professionellen Social-Media-Account zu betreiben und ein Buch darüber zu schreiben?

Julia Neumann: Eigentlich war es ein Selbstexperiment. Ich habe mich gefragt, ob es überhaupt möglich ist, in unserem Bereich einen berufskonformen Auftritt zu gestalten, ohne dass man eigene und berufliche Prinzipien umgeht. Ich bin dabei auf viele andere Accounts von Psychotherapeut*innen gestoßen, die ähnliche Dinge überlegen, die ähnliche Ansprüche an sich selbst stellen. Und so haben auch wir Autorinnen uns tatsächlich über Instagram gefunden. In diesem Bereich gibt es so gut wie kein Angebot, daher wollten wir gemeinsam ein Buch für therapeutisch Arbeitende schreiben, die im Social-Media-Bereich aktiv werden möchten und einen Leitfaden brauchen oder einfach Orientierung, weil es dazu mit Blick auf die Berufsethik wenig Entsprechendes gibt.

Ariadne Sartorius: Sie als Österreicherin haben das Buch mit drei Berliner Kolleginnen geschrieben. Deutschland und Österreich haben ja unterschiedliche rechtliche Vorgaben. Haben Sie da Unterschiede feststellen können?

JN: Die Gesetze sind anders ausformuliert, aber die Prinzipien sind sehr ähnlich. Die Abstinenzregeln sind uns in beiden Ländern vertraut – aus dem Berufsfeld, aber auch aus dem Menschenbild, mit dem wir arbeiten.

MH: Würden Sie denn sagen, prinzipiell macht ein Social-Media-Account für eine psychotherapeutische Praxis Sinn?

JN: Er macht nur dann Sinn, wenn ich damit auch ein Ziel verfolge und wenn sich die Betreiber und Betreiberinnen Gedanken über ihren Beruf machen und darüber, was für Inhalte sie damit genau transportieren wollen. Die sozialen Medien sind nicht mehr wegdenken aus der Gesellschaft, und natürlich ist es gut, wenn auch wir dort vertreten sind. Wir können etwas beitragen zu den Themen Entstigmatisierung psychischer Krankheiten, Psychohygiene, psychische Gesundheit. Aber alle Inhalte müssen immer unter dem Aspekt reflektiert werden: Wie trete ich dort beruflich professionell auf? Es ist also weniger die Frage, ob wir dort auftreten, sondern wie.

MH: Offene Werbung steht eigentlich im Widerstreit zur Abstinenz. Wir führen alle Wartelisten. Brauche ich als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin eine Marketingstrategie, mit der ich auf „Patientenfänger“ gehe?

JN: Viele Aktive haben nicht primär das Ziel, über die sozialen Medien Patient*innen zu generieren, sondern möchten in dem Bereich inhaltlich zur Aufklärung beitragen oder sich fachlich einen Ruf aufbauen. Doch natürlich gibt es Kolleg*innen, die ihre Accounts gezielt als Marketinginstrument verwenden. Ich finde es schwierig, zu sagen, Psychotherapeut*innen sollen

aus dem Social-Media-Bereich komplett ausgeschlossen werden, einem Teil unseres Lebens, der überall präsent ist und von allen genutzt wird. Es ist viel wichtiger, wie der Auftritt ist. Eine eigene Homepage ist auch Marketing, eine andere Form davon. Aber schon, als es um dieses Thema ging, wurde kritisch gefragt: Wie viel von sich sollen Therapeut*innen auf einer Website überhaupt zeigen? Darf man ein Foto einstellen? Gerade in der tiefenpsychologischen Szene war das Thema. Für mich geht es in dem Buch auch darum: Wenn man die sozialen Medien für Marketingzwecke verwendet, wie kann man es dann professionell und in Übereinstimmung mit der Berufsethik machen, damit es eben nicht zu einem marktschreierischen Werbeinstrument wird.

AS: Das wäre dann die Abgrenzung zwischen Therapeuten-Accounts und Mental-Health-Influencern. Dürfen wir Letzteres nach Ihrem Verständnis auch sein?

JN: Es kommt darauf an, mit welcher Absicht. Wenn wir von dem Begriff „Influencer“ ausgehen und die berufliche Tätigkeit also darin besteht, Leute zu beeinflussen, und zwar im klassischen Sinn – mit dem eigenen Lebensstil, mit der eigenen Meinung, mit Werbekooperationen –, dann widerspricht das aus meiner Sicht definitiv unseren berufsethischen und ethischen Prinzipien. Wenn es aber darum geht, Aufklärung und Wissen zu vermitteln, etwas für andere bereitzustellen und nicht nur das persönliche Interesse zu vertreten, dann ist es etwas anderes.

AS: Es gibt ja bei den Social-Media-Aktiven einen großen Druck, immer etwas zu posten, um up-to-date zu sein, damit man auch gelesen wird. Wie frei bin ich dann tatsächlich, es stets fachlich-inhaltlich auf einem hohen Niveau zu gestalten?

JN: Das verlangt einen ganz großen Teil an Selbstreflexion, wenn man in der professionellen Rolle auftritt. Es ist ein bisschen wie in der eigenen Praxis: Wenn wir mit Klient*innen arbeiten, sind wir vielleicht auch mal verführt, eine Bewertung abzugeben, oder wir kommen in eine Dynamik, wo wir das Gefühl haben, jetzt müssten wir das Ruder übernehmen. Dann gilt es, diese Impulse zu reflektieren und zu überlegen: Was passiert da zwischen mir und dem Klienten, der Klientin? In den sozialen Medien ist das genauso erforderlich, denn sie fordern unser narzisstisches System extrem heraus. Social Media lebt davon, dass man sich selbst darstellt und Follower*innen, Likes,

Reichweite generiert. Und das ist der Spagat, dass man dieser narzisstischen Versuchung nicht auf den Leim geht und dabei ethische Prinzipien missachtet. Was die sozialen Medien uns suggerieren, wie das System funktioniert und wie man in ihm erfolgreich ist und das, was unsere Prinzipien sagen, geht oft nicht miteinander konform. Man muss aushalten lernen, dass man hier als Therapeut, als Therapeutin in der professionellen Rolle Nachteile hat, weil man einfach nicht all das tun kann, was Influencer*innen tun, die diese Berufsprinzipien nicht haben. Nur weil es für manche Bereiche noch keine offiziellen Regeln oder Standards gibt, heißt das ja nicht, dass unsere Prinzipien an dieser Stelle aufhören.

MH: Wie gehen Sie damit um, wenn negative, auch hässliche Kommentare kommen? Stichwort Hate-speech: Haben Sie schon negative Erfahrungen gemacht?



Julia Neumann

Julia Neumann ist als Psychotherapeutin, klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin in freier Praxis in Baden bei Wien tätig. Sie ist Mitautorin des Buches: „Social-Media-Profilen in Psychotherapie, Beratung und Coaching“, das 2022 im Beltz Verlag erschienen ist.

JN: Ich versuche, meine Beiträge möglichst sachlich und wertfrei zu gestalten und bei einem Thema möglichst alle Bereiche und Perspektiven abzudecken, sodass sich jeder angesprochen fühlen kann. Wenn ich einmal Inhalte poste, die stärker polarisieren, und auf die mehr kritische Kommentare kommen, achte

ich darauf, dass ich nicht in der Emotion antworte – also keine Diskussionen anfangen, keine ärgerlichen Antworten geben, nicht sarkastisch werden. Ich rufe mir ins Bewusstsein, wie ich Klient*innen in der Praxis antworten würde. Und so versuche ich dann zu kommentieren oder auch nicht zu kommentieren. Keine Reaktion ist besser als eine, die auf mich zurückfallen könnte. Wir müssen uns immer bewusst sein, dass wir auch Klient*innen unter den Follower*innen haben. Meine Reaktion im Netz kann auch etwas mit der therapeutischen Beziehung machen. Ich versuche immer, aus dieser Perspektive darauf zu schauen: Was wäre, wenn das meine Klienten oder Klientinnen lesen? Ist das für mich in Ordnung? Kann ich das in der Therapie abfedern?

AS: Es gibt ja auch Themen, bei denen sofort eine Lobbygruppe aufspringt und einen regelrecht auseinandernimmt, selbst wenn man seine Position fachlich gut begründen kann. Ich würde nicht wollen, dass meine Patientinnen und Patienten das lesen.

JN: Ich überlege mir immer, zu welchen Themen ich etwas schreibe, und ob ich die Reaktionen aushalten könnte. Wenn man weiß, dass es ein hoch emotionaler Bereich ist, bei dem die Wellen hochschlagen, muss man nicht unbedingt etwas dazu posten. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig zu zeigen: Wir als Psychotherapeut*innen können auch zu vielen gesellschaftlichen Themen wirklich guten fachlichen Input liefern. Es ist schwierig.

JN: Welches Medium würden Sie Social-Media-Neuinsteiger*innen unter den Kolleg*innen empfehlen?

JN: Grundsätzlich würde ich empfehlen, dass man sich überlegt: Welches Medium kenne ich schon? Was möchte ich damit erreichen? Passt das Medium zu dem, was ich machen möchte? Und ganz wichtig: Wo fühle ich mich sicher und professionell? Man darf nicht vergessen, dass jetzt sehr viele Therapeutinnen und Therapeuten nachkommen, die von Kindheit an mit den Medien sozialisiert wurden und ihre Accounts anders verwenden werden.

AS: Ist Ihnen eigentlich bekannt, ob jemand mal wegen einem unprofessionellen oder werbenden Auftritt bei Social Media rechtlich belangt wurde?

JN: Also ich persönlich kenne keinen Fall. Ich könnte mir aber vorstellen, dass das nur eine Frage der Zeit

ist. Wir arbeiten teilweise mit Menschen mit schweren psychischen Problematiken in den Praxen, was sehr herausfordernd ist. Wenn wir nun eine Bühne in Social-Media-Kanälen eröffnen, und uns dort unprofessionell verhalten, kann dies gerade für solche Klienten Tür und Tor für noch schwierigere Dynamiken öffnen.

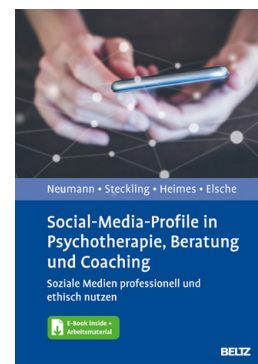
MH: Wie gehen Sie damit um, wenn sich jemand per Privatchat bei Ihnen meldet und Beratung oder Psychotherapie bei Ihnen will? Und was machen Sie mit Kommentaren von Angehörigen ihrer Patient*innen?

JN: Das ist wirklich eine Herausforderung, denn man wird schon häufig angeschrieben. Man muss immer wieder klar kommunizieren: Über Instagram gibt es keine Beratung oder Behandlung! Das einzige, was man machen kann ist, dass man nach außen verweist, Kontaktadressen herausgibt. Alles andere ist nicht professionell. Es ist zwar hart manchmal, aber man muss sich hier eine innere Schutzschicht aufbauen.

MH: Was würden Sie sich von den Kolleg*innen wünschen? Wie sollten Sie es angehen?

JN: Ich wünsche mir, dass dieses Thema, der Auftritt von Therapeuten, Therapeutinnen in den sozialen Medien, in den Berufsgruppen mehr reflektiert wird, dass es von den Berufsverbänden eine Handreichung dazu gibt, dass es auch in den Ausbildungen präsenter wird. Von Kolleginnen und Kollegen, die schon dabei sind, wünsche ich mir, dass sie sich stetig mit den Berufsprinzipien und den ethischen Verpflichtungen auseinandersetzen.

MH: Vielen herzlichen Dank.



Social-Media-Profile in Psychotherapie, Beratung und Coaching
Julia Neumann, Tina Steckling, Jana Heimes, Hannah Elsche
 € 32,95 | ISBN 978-3-621-28911-5

Kommunikation auf Augenhöhe?

Als Influencerin unterwegs auf Social Media

Von **Hilal Virit**

Auch wenn es für die meisten niedergelassenen Therapeut*innen noch schwer vorstellbar ist – es gibt viele gute Gründe für einen beruflichen Social-Media-Auftritt auf Twitter, Facebook, Instagram oder TikTok.

Diese Medien nehmen im Alltag vieler Menschen eine große Rolle ein, und die Themen „psychische Gesundheit“ und „psychische Erkrankungen oder Störungen“ erfahren dort seit einigen Jahren verstärkt Aufmerksamkeit. Betroffene und Angehörige nutzen die Plattformen, um sich über Beschwerdebilder und Behandlungsoptionen zu informieren, aber auch, um sich auszutauschen. In englischsprachigen Ländern haben „Therapy-Influencer“ einen großen Zulauf an Follower*innen, wobei der Begriff irreführend ist, da Psychotherapeut*innen keineswegs Therapien über Instagram anbieten. Dieses große Interesse wurde auch mir bewusst, als ich mich aufs Social-Media-Parkett wagte und mir schon am dritten Tag nach Eröffnung meines Instagram-Accounts über 3.000 Leser*innen folgten.

Die ersten Schritte

Als niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutin habe ich während der Pandemie oft telefonisch (und kostenlos) Eltern und Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene beraten, obwohl meine Kapazitäten bereits mehr als erschöpft waren. Das Praxistelefon klingelte ununterbrochen, und die Ratsuchenden kamen sogar unangekündigt in meiner Praxis vorbei. Auf der Suche nach Möglichkeiten, so viele Menschen wie möglich zu beraten, aufzuklären oder auf geeignete Unterstützungsangebote hinzuweisen, kam ich im Oktober 2020 auf die Idee, soziale Medien für meine Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen, um

die Wartezeiten für Patient*innen zu überbrücken und niederschwellig über hilfreiche Angebote aufzuklären. Die Überlegung war, in der digitalen Welt über psychotherapeutische Themen auf Augenhöhe zu sprechen und komplexe Sachverhalte kreativ und visuell darzustellen – in Form von ansprechenden Beiträgen, aber auch mit Hilfe informativer, kurzer Videos. So konnte und kann ich wohldosiert und reflektiert einer Vielzahl an Interessierten den Beruf der Kinder- und Jugendpsychotherapeutin näherbringen, ihnen professionellen Mehrwert bieten und gleichzeitig zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen.

Grauzone Berufsrecht

Die Vor- und Nachteile habe ich im Vorfeld genau abgewogen und bin dabei immer wieder auf die „Grauzone Berufsrecht“ gestoßen. Denn meine wissenschaftlich fundierten und S3-leitliniengerechten Beiträge werden ja über die gleichen Kanäle verbreitet, wie die der selbst ernannten „Mental-Health-Coaches“ oder anderer pseudowissenschaftlicher Influencer*innen. Leider werden Beiträge und Videos nicht kontrolliert, sodass jeder posten kann, was ihm oder ihr in den Sinn kommt. Dabei werden hilfeschuchende oder verzweifelte Leser*innen nicht selten mit teuren Seminaren und unrealistischen Heilsversprechen geködert oder zur Selbstdarstellung der Anbieter benutzt und ausgenutzt.

Tatsächlich überwogen auf meiner Liste die Nachteile wie hoher zeitlicher Aufwand, mögliches negatives Feedback oder gar öffentliche Angriffe (Hate Speech, Cybermobbing) und Grenzüberschreitungen. Doch ich kann mit meinem fundierten Content zeigen, wie es besser gehen kann. Deshalb habe ich mich entschieden, es trotz allem zu wagen und diesen neuen Zugang

zu nutzen, über psychische Erkrankungen und Störungen mit Fachwissen aufzuklären. Sachlich und teilweise auch humorvoll gebe ich seitdem Einblicke in meinen Praxisalltag (Therapiematerialien und -methoden, etc.) und meine Arbeit.

Psychotherapeut*innen auf Social Media darauf achten, nicht in die „Belohnungsfalle“ zu tappen (Resonanz-erfahrungen) und Erfolg individuell für sich zu definieren. Die mediale Selbstwerterhöhung sollte durch Eigenreflexion hinterfragt und im Fokus behalten werden. Interventionen oder Supervisionen können dabei unterstützen.

Social Media als Thema in der Therapie

Meine Erfahrungen als Influencerin und mein Wissen darüber, wie die verschiedenen Plattformen funktionieren, helfen mir auch im Berufsalltag. In Sitzungen ist der Social-Media-Konsum durchaus Thema. Häufig berichten Jugendliche, dass sie bestimmten Accounts folgen oder Influencer*innen nacheifern. Dabei kann auch nach Unterstützungsangeboten im Internet (Kurse / Seminare / Coachingstunden) gefragt werden, die bereits in Anspruch genommen wurden. Die Auseinandersetzung mit der Social-Media-Nutzung eines Patienten oder einer Patientin kann sehr aufschlussreich sein, wenn er oder sie zum Beispiel Pro-Ana- oder Pro-Mia-Accounts folgt oder in Foren unterwegs ist, in denen Personen sich für die Essstörung aussprechen und dazu aufrufen, diese aufrechtzuerhalten. Dabei sollte der Konsum solch negativer Inhalte differenziert betrachtet werden. Abwertung, Ablehnung oder gar das Beharren darauf, auf diesen Konsum zu verzichten, sind nicht zielführend. Gegebenenfalls ist es eine Hilfe, gemeinsam Recovery-Accounts zu betrachten oder Mental Health Influencer*innen zu folgen, die über ihre eigene Krankheitsgeschichte oder ihren Genesungsweg berichten. Auf solchen Accounts können Patient*innen soziale Unterstützung finden, sich zugehörig, verstanden und geborgen fühlen (In-Group).

Mein Benefit

Mit mehr als 76.000 Leser*innen bin ich im Vergleich zu vielen Lifestyle-Influencer*innen eine sogenannte Micro-Influencerin. Als professioneller Psychotherapie-Account sind die Zahlen allerdings erwähnenswert. Sie ermöglichen es mir, in einem begrenzten Rahmen

einen großen Mehrwert unter besonderem Schutz für die Konsument*innen zu liefern.



Miteinander sprechen, miteinander wachsen

Hilal Virit
€ 22,00 | ISBN 9783842616905



Hilal Virit, Dipl.-Päd. und KJP-Psychotherapeutin (VT), informiert als „Influencerin“ in den Sozialen Medien Eltern, Kinder und Jugendliche über psychische Störungen / Erkrankungen: hilalvirit.de

Die Lücke schließen, Bedarf bedienen

Bei der Suche nach Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, die wie ich online aktiv sind, wurde ich zu Beginn meiner Social-Media-Aktivitäten nicht fündig, meistens waren Kinderpsycholog*innen vertreten, die eher in Richtung Erziehung und Beziehung oder Entwicklungspsychologie aufklärten. Es gab also eine Art Versorgungslücke, die ich füllen konnte. Ich will enttabuisieren. Meine Community kann sich unterhalb meiner Beiträge aktiv über eigene Erfahrungen austauschen und vernetzen. So erfahren sie, dass sie mit ihrer Diagnose nicht allein sind. Die Hemmungen, über psychische Erkrankungen zu sprechen, scheinen sich dabei zu verringern und die Möglichkeit rückt näher, selbst eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Dabei achte ich darauf, meine Follower*innen zu schützen, indem ich Kommentare mit selbstschädigenden und / oder intimen Informationen nach Absprache mit der betroffenen Person lösche. Auch Angehörige können auf meinen Profilen Wissenslücken schließen und Informationen zum Umgang mit Betroffenen erhalten. Gerade für Eltern psychisch kranker Kinder sind sowohl die Informationen als auch die Vernetzung sehr hilfreich.

Eigenreflexion und Supervision

Der Algorithmus der meisten sozialen Medien baut bei vielen Psychotherapeut*innen Druck auf. Die Profile von Influencer*innen werden auch für Personen sichtbar, die dem Account nicht folgen, wobei die Reichweite mit der Interaktion steigt. Das zu managen, ist eine Herausforderung. Auf der anderen Seite geht qualitativer Content, der nicht strategisch hochgeladen wird, eventuell in der Masse der Beiträge unter. Dabei sollten

Das Netz ist kein rechtsfreier Raum

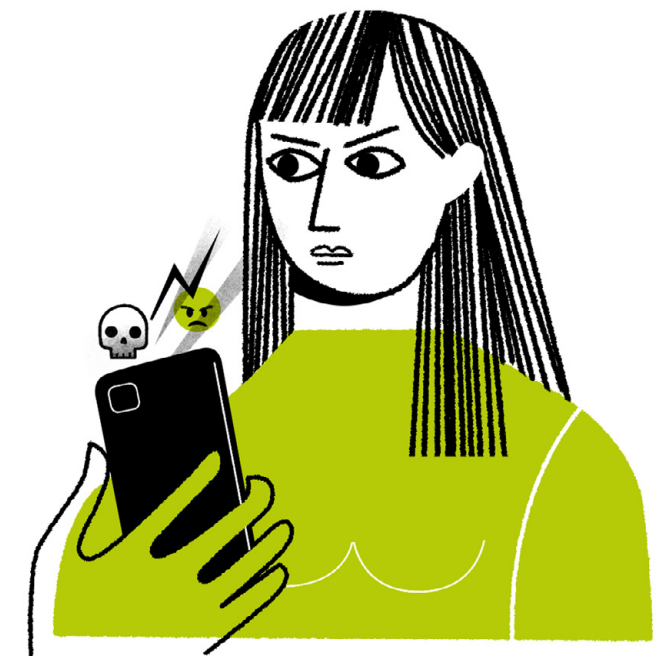
Expert*innen vom LKA Baden-Württemberg geben den bvvv-Vorstandsmitgliedern Mathias Heinicke und Ariadne Sartorius Auskunft über ihre Arbeit

Von **Claudia Völker-Cheung**

Handlungen im Netz können dazu beitragen, dass Menschen psychisch krank werden oder sich deren psychische Störungen verschlimmern. Viele – bei weitem nicht alle – dieser Handlungen sind strafbar. Wenn es aber um die Bekämpfung von Cyberkriminalität geht, sind die Landeskriminalämter Ansprechpartner. Das LKA Baden-Württemberg ist in dem Bundesland die zentrale Dienststelle. Die Aufgaben der mehr als 1.200 Mitarbeiter*innen hier reichen von Ermittlungen in Fällen der Organisierten Kriminalität über Geldwäsche, Rauschgifthandel, Wirtschafts- und Waffenkriminalität bis zur Cyberkriminalität. Seit Dezember 2021 gibt es, auf Beschluss des Kabinettsausschusses der Landesregierung „Entschlossen gegen Hass und Hetze“, die Task-Force gegen Hass und Hetze. Deren Leiterin Bettina Rommelfanger und ihr Kollege Carsten Wanzel im LKA Stuttgart tragen gerne dazu bei, dass ihre Arbeit bekannter wird: „Unsere Aufgabe ist es, Hass und Hetze im Netz zu identifizieren, Wege zur Bekämpfung zu finden und die Medienkompetenz aller Internetnutzenden zu stärken. Zu diesem Zweck arbeiten in der Task Force nicht nur Mitglieder aus dem Landeskriminalamt, sondern auch aus dem Bildungs- und Kultursektor und dem politischen Bereich“, erläutert Bettina Rommelfanger.

Carsten Wanzel ist für den Bereich Prävention zuständig, denn im LKA beginnt die Beschäftigung mit dem Thema schon weit vor der Kriminalitätsbekämpfung. Das sei besonders wichtig, sagt er, da die Gesetzeslage zu digitaler Gewalt nicht immer eindeutig sei. Oft handelten Täter sehr kreativ, damit ihre Taten gerade noch nicht in den Bereich der strafbaren Handlungen fallen: „Ich kann Mobbing begehen, indem ich keine einzige strafbare Handlung verwirkliche. Wenn beispielsweise

ein Schüler aus der Klassenchatgruppe ausgeschlossen wird, ist das verletzend, aber es ist nicht die Polizei zuständig“, so Wanzel. Erfahrungen zeigen den LKA-Expert*innen jedoch, welche polizeirelevanten Delikte besonders häufig vorkommen: „Im Bereich Mobbing sind Beschimpfungen und Beleidigungen die zentralen strafbaren Delikte, gefolgt von der Verbreitung von Gerüchten und Verleumdungen.“ Carsten Wanzel rät: „Bei Mobbing sollte die Klärung, wenn möglich, in der Schulklasse geschehen, bevor in letzter Konsequenz die Polizei eingeschaltet wird. Wir können zwar gegebenenfalls vorliegende Straftaten verfolgen, aber die Frage ist ja immer: Löst es das Problem?“



Die Task Force gegen Hass und Hetze setzt vor allem auf Aufklärung und Prävention. Seit Jahren besteht zwischen dem Innenministerium und dem Kultusministerium eine Kooperation unter der Überschrift „Prävention auf dem Stundenplan“. In einem modular aufgebauten Vortrag werden die Schüler*innen beispielsweise über Themen wie Sexting, Cybermobbing und Cybergrooming aufgeklärt. „Wir haben uns auch seitens der Polizei verpflichtet, alle Bedarfe, die von der Schule in diesem Kontext an uns herangetragen werden, auch zu decken, und zwar landesweit und in einem einheitlichen Qualitätsstandard“, berichtet Bettina Rommelfanger. „Im Landeskriminalamt entwickeln wir die Vorträge auf einem standardisiert hohen Niveau, sodass wir in Konstanz das gleiche Angebot vermitteln können wie in Stuttgart. Die Kolleginnen und Kollegen haben die Möglichkeit, den Vortrag individuell anzupassen, um auf das jeweils bestehende Problem in der Klasse reagieren zu können.“ Diese erfolgreiche Kooperationsarbeit soll nun auch zum Thema Hasskriminalität fortgesetzt werden.

Auf die Frage der bvvp-Vorstände, was Eltern, Pädagog*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen tun könnten, um Mobbing und digitale Gewalt zu verhindern, haben die beiden LKA-Fachleute eine klare Antwort: Das Wichtigste seien immer Aufklärung und verlässliche Ansprechpartner*innen.

„Eltern müssen mit ihren Kindern in Beziehung sein, stets im Gespräch bleiben, sich über aktuelle Trends informieren, Interesse am Leben der Kinder zeigen, auch an deren digitaler Welt“, rät Carsten Wanzel. Eine klare Präventionsbotschaft an die Kinder sei, dass diese mit ihrem digitalen Ich vorsichtig umgehen müssten. Zentral sei, dass sie sich immer an einen Erwachsenen wenden sollten, wenn es ein Problem gebe. Und das müssten nicht unbedingt die Eltern sein, es könne auch der Vertrauenslehrer oder die Trainerin im Sportverein sein.

Vielen Kindern und Jugendlichen sei es nicht bewusst: Was einmal im Internet ist, bleibt dort auffindbar. „Ich gebe demjenigen, dem ich etwas schicke, die Hoheit darüber, diese Daten auch über den großen Kanal und Verteiler zu steuern. Wer das im Vorfeld schon verinnerlicht hat, hat idealerweise eine Bremse im Kopf“, beschreibt es Bettina Rommelfanger. Um zu verhindern, dass jemand Missbrauch mit intimen Bildern oder Videos betreibt, ist es hilfreich, eine vertraute Person in seinem Umfeld zu befragen, bevor

man heikles Material versendet. Um Kinder für einen bewussten Umgang mit den digitalen Medien zu schulen, gibt es für Carsten Wanzel einen wichtigen Grundsatz: „Nur weil etwas technisch möglich ist, darf man es rechtlich noch lange nicht tun!“ Das solle man beim Umgang mit Smartphone, Laptop und Tablet stets beachten und an Kinder weitergeben.

Neben der Prävention ist die Task Force gegen Hass und Hetze aber auch aktiv im Netz unterwegs. An Aktionstagen wird nicht nur die Arbeit der Task Force und ihrer Partner vorgestellt, sondern auch deutlich gemacht, wie Polizei und Justiz Hasskommentare verfolgen: „Das Netz ist kein rechtsfreier Raum. Die Polizei ermittelt auch hier. Ehe ich einen Hass-Post loslasse, muss ich mir im Klaren sein, was die Folgen sein können. Unsere Botschaft an die von Hasskriminalität Betroffenen ist: Wenn ihr von Hatespeech betroffen seid, kommt zu uns“, appelliert Bettina Rommelfanger. So seien im vergangenen Jahr in über der Hälfte der angezeigten Fälle die Täter*innen von Hasskriminalität ermittelt worden.

Auch Psychotherapeut*innen sollten wissen, wie sie ihre Patient*innen unterstützen können, rät Bettina Rommelfanger: „Wenn Sie Hasskriminalität anzeigen wollen, machen Sie bitte einen Screenshot von dem entsprechenden Kommentar und teilen Sie uns die URL und das Datum mit.“ Carsten Wanzel ergänzt: „In einem Bereich kann dieses Vorgehen allerdings schnell strafbar werden, nämlich bei Kinderpornografie.“ Der Rat der LKA-Expert*innen: „Wenn man entsprechendes Material zugeschickt bekommt: Sofort mit der nächsten Polizeidienststelle Kontakt aufnehmen – ohne Screenshots zu machen, irgendetwas weiterzuleiten oder aufzuzeichnen – und sich dort erst abstimmen, was als Nächstes zu tun ist.“

Auch wenn keine strafbare Handlung begangen wurde, der geteilte Hass jedoch belastet, hilft die Polizei und vermittelt Beratungsstellen, wie Der Weiße Ring oder HateAid, beide auch Partner im Task-Force-Team. So soll auch für traumatisierte Betroffene von Hass und Hetze im Netz professionelle Unterstützung und Hilfe gewährleistet werden. Seitens der Polizei wird hier natürlich ein sorgsamer Umgang geschult, „aber wir sind natürlich keine Psychologen oder Therapeuten, wenngleich wir alles ein bisschen können, Generalisten halt.“

Quest2B

Ein praktisches Manual für die Arbeit mit internetbezogenen Störungen

Von **Andreas Gohlke**

Viele Familien beschäftigt das Thema Medien-nutzung seit den Veränderungen durch Corona mehr denn je zuvor¹. Es sind allerdings nicht nur Jugendliche oder junge Erwachsene, deren Online-Verhalten aus der sozialen Umgebung befeuert oder kritisiert wird. Der Aufenthalt in digitalen Räumen zwischen Arbeit und Vergnügen sowie Verbindungen zwischen Realität und Virtualität werden zunehmend selbstverständlicher.

Mit den Möglichkeiten der Aufnahme als Diagnose in den ICD-11² ist man bei jeder Behandlung vor die Aufgabe gestellt, fachlich fundierte Interventionen im Portfolio zu haben. Quest2B ist ein sehr fluides Manual für eine breit gefächerte Anwendung in der Arbeit mit internetbezogenen Störungen. Es fußt auf über 20 Jahren Arbeit mit Betroffenen, Angehörigen und Multiplikator*innen zum Themenfeld „Internetbezogene Störungen“. Das Manual ist so aufgebaut, dass es im Einzelsetting, in der Gruppe, ambulant und stationär anwendbar ist. Die einzelnen Bausteine können zur Förderung von Behandlungsmotivation oder einer kurzzeittherapeutischen Maßnahme in ihrer Intensität der jeweiligen Nutzung angepasst werden. Im ambulanten und klinischen Setting³ sind die Nutzungskategorien Gaming, Social Media und Online-Pornografie am häufigsten.

Quest2B setzt sich aus sechs Modulen zusammen und arbeitet so weit als möglich mit Visualisierungen und Körpererleben. Ersteres ist in digitalen Räumen im Übermaß vorhanden, der zweite Aspekt kommt sehr oft viel zu kurz. Gerade bei der Nutzung von digitalen Medien werden körperliche Bedürfnisse leicht

hintenangestellt. Noch den Film fertig sehen, die Runde fertig spielen, das Angebot in den Warenkorb legen – das ist situativ wichtiger als essen, trinken oder gar Toilettengänge.

Die sechs Module und ihre zugrundeliegende Idee

Zum Start nutze ich eine Timeline. Sie geht mit Hilfe eines Seils (Zeitstrahls) im Raum auf die zeitliche Entwicklung des Verhaltens ein, macht Lebensereignisse sichtbar, benennt Entwicklungsschritte und deren Wert auf dem Weg zur Ausprägung eines auffälligen bis abhängigen Verhaltens. Die Rekonstruktion der eigenen Entwicklung ermöglicht Perspektivenwechsel. Fragen können dabei sein: In welchem Alter und welchen Kontext gab es den ersten Kontakt zu Medien? Wann fand die erste eigene Nutzung statt, wann das erste Gefühl von Faszination, wann die erste Rückmeldung der sozialen Umgebung zum Konsum? Und wann hat man es zuerst als problematisches Verhalten erlebt? Diese Fragen lassen sich bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausführen. Als weitere Option lasse ich auf dem Zeitstrahl Platz für Perspektiven und Zukunftsvorstellungen (Wie wird es in drei Monaten/fünf Jahren sein?).

Darauf folgt das Modul Suchtentwicklung. Vorgegebene Begriffe sollen in eine Reihenfolge gebracht werden, mit der sich die Entstehung von Sucht als dynamisches Geschehen beschreiben lässt. Die Begriffe sind: Missbrauch, Steigerung der Dosis, regelmäßiger Konsum, Rausch, Entzugserscheinungen, Genuss, Abhängigkeit, Gewöhnung, Ausprobieren. Jeder ist auf ein DIN-A4-Blatt gedruckt. Die Intensität der Arbeit lässt sich hier

¹ „Gaming and Problem Gaming in the Age of COVID-19“; Vortrag von Prof. Daniel King im Rahmen der 1. Woche der Medienabhängigkeit des Fachverbands Medienabhängigkeit e.V.

² <https://t1p.de/b5n8d>

³ Hier: in der MEDIAN Klinik im Odenwald

regulieren, indem parallel zur Reihung der Begriffe Fragen gestellt werden, zum Beispiel: Ab wann denkst du, dass die Nutzung / deine Nutzung von Medien Missbrauch ist? Kannst du einen „Rausch“ bei deinem Medienkonsum beschreiben? Welche Grenze ziehst du zwischen Genuss und regelmäßigem Konsum?

Modul 3 beschäftigt sich mit der Auseinandersetzung der Grenze zwischen Realität und Virtualität. Mittels Abfrage werden vier in der Virtualität erlebte eigene Fähigkeiten auf einer Skala den Zahlen 0 bis 10 zugeordnet. Jeder Abfrage folgt die Gegenüberstellung mit der genannten Fähigkeit in der Realität. Dazu nutze ich ein Flipchart und verschiedene Farben für die Markierungen von Virtualität / Realität. Die von mir grundsätzlich abgefragten Parameter sind Ich-Stärke, Frustrationstoleranz, Geschicklichkeit und Teamfähigkeit. Es ist erstaunlich, welche Differenzen bei den Einschätzungen (virtuell / real) bestehen. Grundsätzlich ist eine virtuelle Fähigkeit auch in der Realität nutzbar. Auf dem Weg dorthin braucht es Kreativität und Know-how, um die digitalen Bezüge übertragen zu können.

An die Beschäftigung mit den eigenen Fähigkeiten schließt sich ein Modul zur Kommunikation an. Die vier Kommunikationstypen nach Virginia Satir und das Vier-Ohren-Modell von Schultz von Thun bilden dafür die Basis. Hier werden Unterschiede von virtueller und realer Kommunikation sowie das Erkennen eigener Muster und Bedürfnisse in der Kommunikation bearbeitet. Ich hänge die vier Bilder der Kommunikationstypen (Satir: Ankläger, Beschwichtiger, Rationalisierer, Ablenker) im Raum so auf, dass an jeder Wand eines hängt. Nun fordere ich dazu auf, sich die Bilder anzusehen und sich dort hinzustellen, wo er / sie die meisten Bezüge wahrnimmt. Dem folgt eine kurze Erklärung der Typen und eine erneute Zuordnung. Ich animiere dazu, in die jeweilige, dem Typus entsprechende Haltung zu gehen, um ein auf die Haltung bezogenes Körpergefühl zu erleben. Anschließend zeichne ich das Vier-Ohren-Modell von Schultz von Thun an das Flipchart und gebe Beispiele für die einzelnen Ohren (Sach-, Beziehungs-, Selbstoffenbarungs-, Appellohr). Auf dieser Basis besprechen wir das eigene Erleben in der Kommunikation und sensibilisieren für

Bedürfnisse und Muster. Auch hier lässt sich, je nach Intensität der Arbeit, vertiefend auf die Unterschiede zwischen realweltlicher und virtueller Kommunikation schauen.

Im Modul 5 wende ich mich den Spieltypen zu⁴. Die Spieltypen gehen auf die Arbeit von Prof. Bartle⁵ zurück und werden von mir in einer Abwandlung genutzt (Wettbewerber, Sozialer, Archivar, Entdecker). Dieses Modell ist aus meiner Sicht als Konstrukt und Orientierungshilfe hilfreich, weshalb ich mir bei der Arbeit mit Klient*innen⁶ erlaube, den wissenschaftlichen Aspekt hintanzustellen. Die Vorliebe für Spielweisen / Spieltypen dient in diesem Modul dem Verstehen von Immersion und Bindung zwischen User und Anwendung.

Im sechsten Modul „Das perfekte Game“⁷ wird ergänzend zur Bearbeitung der eigenen Bindung aus dem vorherigen Modul die Auseinandersetzung um die eigene Verführbarkeit durch Medien spielerisch umgesetzt. Grundsätzlich ist das Modul für Gruppen entwickelt; das Einzelsetting braucht Anpassungen, weil der gewünschte Wettbewerbseffekt wegfällt. Jede*r Klient*in entwickelt dabei selber ein „süchtig“ machendes Spiel, mit dem ich als (fiktiver) Auftraggeber entweder möglichst viel Geld verdienen, möglichst viele User gewinnen oder maximale Kundenbindung erzeugen möchte. Regelmäßig verwenden Klient*innen hier eigene Präferenzen und setzen ihre Neigungen in der erdachten Anwendung um. Das eignet sich sehr gut, um die eigene Verführbarkeit sichtbar werden zu lassen.

Unsere Erfahrungen im klinischen wie im ambulanten Setting zeigen die Stärke des inhaltlich gut verknüpften, beweglichen modularen Systems von Quest2B. Wir arbeiten open-source mit den Modulen und freuen uns über Rückmeldungen und Anregungen.

⁴ Im Programm „The Quest“, welches ich mit der GK-Quest-Akademie in Heidelberg anbiete, gibt es ein Arbeitsblatt für die Anwendung bei der überwiegenden Nutzung von Social Media, Pornografie-, Shopping- oder Unterhaltungsangeboten.

⁵ <https://gamerrepublic.de/2019/05/24/game-studies-welcher-spielertyp-bist-du/>

⁶ Bei der Beschreibung der Arbeit mit dem Manual verwende ich zur Vereinfachung den Begriff Klient*in, auch wenn das sicherlich nicht immer so zuzuordnen ist.

⁷ <https://www.fv-medienabhaengigkeit.de/>; Methodenreader „Let’s Play“; Modul 2: Playtime, Autor: Markus Wirtz

Psychotherapie ist nicht für alle das Mittel der Wahl

Nora Blum, Psychologin und eine der Gründerinnen des Unternehmens Selfapy, das Online-Therapiekurse per App bei Depression oder Angst anbietet, im Gespräch mit den bvvp-Vorstandsmitgliedern Ariadne Sartorius und Mathias Heinicke.

Ariadne Sartorius: Liebe Frau Blum, die digitale Gesundheitsanwendung von Selfapy ist ja ein Medizinprodukt, aber was ist sie genau: Behandlung? Beratung? Selbsthilfe?

Nora Blum: Ich würde es als niederschwellige Therapieform definieren, eigentlich eine Mischung zwischen Selbsthilfe und digitaler Therapie.

AS: Wie kommen die betroffenen Menschen zu Selfapy? Man kann die App ja auf Rezept bekommen, aber auch telemedizinisch. Das heißt, dass eine Intervention auf Kosten der GKV in die Wege geleitet wird über die Verordnung eines Behandlers, möglicherweise auch eines, zu dem es niemals einen Face-to-face-Kontakt gab?

NB: In der großen Mehrheit der Fälle kommen die Betroffenen nach einer Verschreibung durch einen Hausarzt oder über eine Therapeutin zu unserer digitalen Gesundheitsanwendung. Diesen Weg empfehlen wir auch, denn dadurch gibt es einen gesicherten Einstieg in deren Nutzung. Es gibt aber ein paar Sondersituationen bei Patientinnen oder Patienten, die beispielsweise in ländlichen Regionen wohnen. Die Betroffenen haben oft bereits eine Diagnose, brauchen aber noch ein Rezept. Das kann dann auch telemedizinisch ausgestellt werden, sofern der Arzt oder die Ärztin das für richtig hält. Diesen Prozess können wir natürlich nicht beeinflussen.

AS: Haben Sie Zahlen darüber, wie viele Patient*innen über die hausärztliche Praxis zu Ihnen kommen und

wie viele bei psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeut*innen in Behandlung sind?

NB: Die Mehrzahl der Patient*innen kommt über den Hausarzt und etwa 40 Prozent über Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen. Unsere Leistung wird relativ wenig parallel zur psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt, oft dient sie zur Überbrückung der Wartezeit oder wird von Patient*innen genutzt, die keinen Zugang zur Psychotherapie bekommen.

AS: Gemäß der Leitlinie muss eigentlich bei der Diagnose einer mittelgradigen Depression Psychotherapie angeboten werden. Ich sehe die Gefahr, wenn die Intervention nicht stimmt, dass Patient*innen frustriert werden und finden könnten, dass ihnen „dieser Psychokram“ generell nicht hilft. Andererseits sagen Sie, dass Ihr Erfolg bei 39,5 Prozent Symptom-Reduktion nach zwölf Wochen liegt.

NB: Bei der Leitlinie Depression gibt es zurzeit eine Neuauflage, die wir auch kommentiert haben. Hier werden digitale Gesundheitsanwendungen aufgeführt und auch im mittelgradigen Depressionsbereich empfohlen, sofern deren Wirksamkeit wie bei Selfapy im Rahmen von RCT-Studien belegt wurde. Sie werden insbesondere dann empfohlen, wenn beispielsweise der oder die Betroffene die Nutzung von Psychotherapie oder Psychopharmaka ablehnt oder die Behandlungsformen nicht zur Verfügung stehen – was ja leider in Deutschland nach wie vor viel zu oft der Fall ist. Den Menschen, die unsere App nutzen,

ist klar, dass eine digitale Gesundheitsanwendung etwas anderes ist als von Angesicht zu Angesicht im Gespräch zu sein mit einer Psychotherapeutin. Wir grenzen uns auch in der Kommunikation davon ab und sagen: Es sind zwar die Inhalte der Psychotherapie, aber wie diese vermittelt werden, unterscheidet sich natürlich von einer traditionellen Psychotherapie.



Nora Blum

Nora Blum gründete Anfang 2016 gemeinsam mit Katrin Bermbach das Unternehmen Selfapy. Es bietet digitale Medizinprodukte auf Rezept für Betroffene psychischer Belastungen.

AS: Wo liegen denn die Vorteile von Selfapy?

NB: Die Vorteile liegen auf der Hand: Erstens gibt es keine Wartezeit. Patient*innen können nach wenigen Wochen bei uns starten. Sie brauchen natürlich die Verschreibung des Hausarztes beziehungsweise einer Ärztin oder Psychotherapeutin. Das Zweite ist: Es ist ortsunabhängig. Viele Psychotherapeut*innen arbeiten immer noch nicht telemedizinisch, und das Angebot ist hilfreich in strukturschwachen Gegenden mit relativ wenigen niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Und drittens ist es so, dass es viele Patientinnen und Patienten gibt, für die das ein guter, flexibler erster Einstieg in die psychologische Hilfe ist, und denen es erst einmal genügt, sich die Techniken der Verhaltenstherapie in strukturierter Weise selbst beizubringen – zum Beispiel am Wochenende vom Sofa aus oder abends, wenn die Kinder schlafen.

Mathias Heinicke: Sehen Sie da nicht ein Risiko, dass wir bei Patient*innen zu sehr die Bequemlichkeit und die 24/7-Verfügbarkeit befördern, nach dem Motto „Wenn mir gerade danach ist, mache ich halt mal ein bisschen Therapie, ansonsten gucke ich Fußball“?

NB: Mehr Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten, egal ob auf dem Sofa oder in der Praxis, ist erst mal gut. Natürlich muss man aber die Patientin, den Patienten motivieren, im Rahmen der Verhaltensaktivierung, aus dem Haus zu gehen und positiven Aktivitäten nachzugehen. Das darf nicht fehlen.

MH: Haben Sie dafür einen Kontrollmechanismus im Programm?

NB: Das sind die Inhalte, die wir im Rahmen der Leitlinien auch vermitteln. Wir ermutigen Patientinnen und Patienten, die zusätzliche Hilfe brauchen, sich diese durch eine traditionelle Psychotherapie zu holen. Aber wie viele der Menschen, die eigentlich psychotherapeutische Hilfe brauchen, sind denn gerade in Psychotherapie? Realität ist doch einfach, dass Psychotherapie nicht für alle immer das Mittel der Wahl ist. Viele Betroffene sagen uns: „Das ist zu stigmatisiert.“ oder: „Das bekomme ich nicht in meinen Alltag integriert.“ Und da ist mir lieber, dass diese Menschen Selfapys nachweislich wirksame Online-Programme machen als gar nichts. Und ich denke auch, wir müssen es schaffen, verschiedene Hilfsangebote für verschiedene Typen von Patient*innen anzubieten. Damit sage ich keinesfalls, dass eine digitale Gesundheitsanwendung immer das Mittel der Wahl ist.

AS: Wir brauchen verschiedene Angebote, aber damit meine ich auch verschiedene Verfahren. Ich erkläre den Patienten den Unterschied zwischen dem psychodynamischen Verfahren und meiner Arbeit als Verhaltenstherapeutin. Jeder Verhaltenstherapeut sucht immer nach Lösungen und arbeitet oft erst am konkreten Problem, und in einem zweiten Schritt setzt man sich therapeutisch mit der Frage auseinander: Welcher seelische Konflikt steckt dahinter? Wie kann eine App so etwas leisten?

NB: Unsere digitalen Gesundheitsanwendungen orientieren sich stark an den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie. Trotzdem probieren wir, mit unseren Inhalten nicht nur an der Oberfläche zu bleiben. Beispielsweise motivieren wir die Patientinnen und Patienten, alte Glaubenssätze zu hinterfragen und deren Herkunft in ihrer Lebensgeschichte nachzugehen.

MH: Es gibt Kolleg*innen, die auf Social-Media-Plattformen therapeutische Angebote machen, was ja noch niederschwelliger ist. Was ist denn Ihre Firmenstrategie: Versuchen Sie, solche Patient*innen an die DiGA anzubinden? Oder ist das für Sie ein völlig abgegrenzter Bereich?

NB: Wir haben selbst einen großen Instagram Account. Viele Patientinnen und Patienten finden uns über Social Media. Grundsätzlich ist es gut, dass auch auf Social Media öffentlich über mentale Gesundheit gesprochen wird und dass sich dort Betroffene äußern können. Man muss das aber auch kritisch beobachten, weil auf solchen Plattformen nicht immer nur evidenzbasiert gesprochen wird. Die digitalen Gesundheitsanwendungen sind qualitätsbasiert, unterliegen strengsten Datenschutzkriterien und werden durch RCT-Studien auf ihre Wirksamkeit geprüft. Das ist bei vielen Social-Media-Accounts – und den meisten Apps! – nicht der Fall. Da gibt es oft keine Qualitäts-, Evidenz- oder Ausbildungsnachweise.

AS: Sehen Sie auch Nachteile von Selfapy?

NB: Ja klar. Es gibt Patientinnen und Patienten, für die eine Therapie-App nicht das Mittel der Wahl ist. Zum einen gibt es Betroffene, die sich nicht selbst motivieren können, durch das Programm zu klicken. Deswegen rechnet Selfapy – als einzige digitale Anwendung – auch erst mit der Krankenkasse ab, wenn der Patient zumindest in der zweiten Lektion angekommen ist. Es gibt immer Betroffene, die das Programm starten, dann aber merken, dass es für sie nicht das richtige ist. Zum Zweiten gibt es natürlich Einschränkungen, was die Symptomatik angeht. Gerade für Menschen mit sehr schweren Depressionen, die schlimmstenfalls unter Suizidalität leiden, ist ein digitales Angebot niemals das richtige Mittel. Und drittens: Auch wenn wir bei unseren digitalen Gesundheitsanwendungen basierend auf den Antworten der Patient*innen, individuell auf Inhalte eingehen – ein Gespräch ermöglicht natürlich mehr, auf besondere Situationen im Alltag von Patientinnen und Patienten einzugehen.

AS: Was passiert mit den Nutzern von Selfapy, wenn sie in eine Krise kommen – insbesondere, wenn die Verordnung digital erfolgt ist?

NB: Das Thema ist uns sehr wichtig, deshalb haben wir in unserem Programm ein umfangreiches Sicherheitssystem eingebaut. Unsere App erkennt zum

einen, wenn die Symptomatik von Betroffenen sich verschlechtert und zum anderen, wenn Betroffene im Rahmen von validierten Fragebögen Angaben zur Suizidalität machen. Auch in allen Freitext-Angaben und -Übungen erkennt unsere App Schlüsselätze und Schlüsselwörter. Wenn diese vorkommen, gibt es sofort einen Alarm in unserer App. Dann erhält der Patient eine Nachricht, die besagt: Nach deinen Angaben könnte man vermuten, dass du in einer Krise steckst. Und dann verweisen wir an konkrete Suizid-Notfallstellen oder an Kliniken vor Ort. Zusätzlich ist es so, dass jedem Patienten eine (echte) Psychologin zugeteilt ist, die bei Bedarf nachfragt, ob er oder sie Unterstützung braucht oder bei der Vermittlung an einen Psychotherapeuten oder eine Klinik unterstützt.

AS: Wenn wir jetzt eine Zeitreise machen ins Jahr 2030: Was wünschen Sie sich von der Politik für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

NB: Vielleicht bin ich dann ja selbst in der Politik aktiv (lacht). Das Wichtigste wäre mir die Verkürzung der Wartezeit auf Therapieplätze. Die zweite Maßnahme betreffe eine Beschäftigung mit der psychischen Gesundheit bereits im Kinder- und Jugendalter in Schulen. Außerdem ist die Digitalisierung ein großer Baustein in der Zukunft, und ich hoffe, dass bis dahin flächendeckend die Obergrenzen für Telemedizin gefallen sind. Auch hoffe ich, dass digitale Gesundheitsanwendungen nicht nur im Bereich Depression und Angst, sondern bei unterschiedlichen Diagnosen, sowohl alleinstehend als auch parallel zu einer Psychotherapie, viel mehr genutzt werden.

MH: Vielen Dank für das Gespräch.

Die Langfassung des Interviews finden Sie auf unserer Homepage im Bonusmaterial:

<https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>



Emotionsarbeit in der Psychotherapie



Mit E-Book inside
€ 35,- D | ISBN 978-3-621-28939-9
Auch als **E-Book** erhältlich

- Emotionsarbeit aus neuer Perspektive
- Transdiagnostischer Ansatz
- Praxisorientiert mit vielen Beispielen und Therapiedialogen



Mit E-Book inside
€ 35,- D | ISBN 978-3-621-28950-4
Auch als **E-Book** erhältlich

Anamnese Erwachsene mit internet- bezogenen Störungen

Zur Diagnostik bzw. dem Screening von Internetsucht sind für Erwachsene eine Vielzahl von Fragebögen veröffentlicht und validiert worden. Exemplarisch seien hier genannt:

- Internetsuchtskala ISS-20 von Hahn, Jerusalem und Meixner-Dahle
- Short Compulsive Internet Use Scale CIUS von Bischoff
- Skala zum Online-Suchtverhalten (OSVe-S) von Wölfling

Sie alle orientieren sich an den diagnostischen Kriterien nach DSM-5 (Internet Gaming Disorder) und ICD-11. Gaming und Gambling Disorder wurden hier als eigenständige Diagnosen aufgenommen. Andere Formen pathologischer Internetnutzung sind unter der Restkategorie „other specified disorders due to addictive behaviours“ kodiert.

Mehr PPP? Entdecken Sie unser Bonusmaterial!

Komplexe Sachverhalte erfordern Raum, und nicht immer passen alle Texte in voller Länge in unsere PPP. Steigen Sie tiefer in unsere Magazin-Themen ein! Auf unserer Homepage finden Sie Langfassungen ausgewählter Artikel und weitere spannende Inhalte und Servicetipps.

Zum Fokusthema dieses Hefts gibt es im Internet eine Langfassung des kontroversen Interviews mit Nora Blum, Mitbegründerin des therapeutischen Online-Angebots „Selfapy“, sowie einen Artikel von Prof. Dr. Christiane Eichenberg aus der PPP 4/19, den wir Ihnen erneut ans Herz legen, da er so relevant ist wie nie: „Mediensucht bei Adoleszenten“. Dazu passend bieten wir eine Liste mit Hilfsangeboten für Eltern und Kinder zu Gefahren im Internet und bei internetbasierten Störungen. Auch sehr lesenswert: bvvp-Vorstandsmitglied Gerhild Rausch-Riedel reflektiert in ihrem Artikel zum Thema Digitalisierung in der Praxis aus ärztlicher Sicht.

Im PPP-Bonusmaterial finden Sie zudem Buchempfehlungen für Psychotherapeut*innen und Leserbriefe, die wir zu Magazinausgaben erhalten. Wir freuen uns, wenn Sie uns schreiben: bvvp@bvvp.de

Problematisches Internetverhalten Zehn Fragen zur Anamnese in der KJP-Praxis

1 Auf welche Medien kann Ihr Kind mit welchen Geräten zugreifen und wie viele Stunden nutzt es diese Geräte täglich?

6 Wissen Sie, in welchen Chatgruppen Ihr Kind unterwegs ist?

- Ja
 Nein

2 Kontrollieren oder regulieren Sie die Mediennutzung Ihres Kindes?

- Ja
 Nein
Falls ja, wie tun Sie das?

7 Wurde Ihr Kind bereits einmal auf digitalem Weg bedroht oder gemobbt?

- Ja
 Nein
Welche Vorfälle sind Ihnen bekannt?

3 Kennen Sie die Menschen, mit denen Ihr Kind chattet, persönlich?

- Ja
 Nein

8 Kennt Ihr Kind die Gefahren, die das Einstellen von Informationen (z. B. Fotos oder Filme) im Internet beinhaltet?

- Ja
 Nein

4 Kennen Sie die Filme, die Ihr Kind bei YouTube schaut?

- Ja
 Nein

9 Sind Ihnen Vorfälle bekannt, dass Ihr Kind andere Kinder in Sozialen Medien gemobbt hat oder ihnen gegenüber aggressiv aufgetreten ist?

- Ja
 Nein
Falls ja: Welche Vorfälle sind das?

5 Wissen Sie, ob Ihr Kind schon einmal in Sozialen Medien von einem Erwachsenen angeschrieben wurde?

- Ja
 Nein
Falls ja: Was ist vorgefallen?

10 Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind sich im Verhalten verändert hat, seit es Soziale Medien nutzt?

- Ja
 Nein
Falls ja: Bitte beschreiben Sie die Veränderung:

Der Fragebogen zum Download auf unserer Homepage: <https://bvvp.de/mein-bvvp/praxismaterialien/>



Kurz gemeldet

Vergütung der Komplexrichtlinie enttäuschend unattraktiv

Am 4. Juli verabschiedete der sogenannte Ergänzende Bewertungsausschuss, bestehend aus KBV, GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Beschluss zur Vergütung der neuen Leistungen der Komplexrichtlinie (KSVPsych-RL). Die Einigung gelang wie erwartet nur unter Einbezug der unparteiischen Mitglieder des Ausschusses unter Vorsitz von Professor Wasem. Einen ausführlichen Artikel dazu samt Bewertung finden Sie auf Seite 30.

KV-Wahlen 2022

In einigen KV-Bezirken wurde bereits gewählt, in anderen steht die Wahl zur Vertreterversammlung noch an. Bitte stärken Sie die Selbstverwaltung durch eine hohe Wahlbeteiligung, und unseren Verband, indem Sie die Kandidat*innen des bvvp wählen. Weitere Informationen finden Sie auf der Sonderseite <https://bvvp.de/kv-wahlen/>

QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie nicht vor 2025!

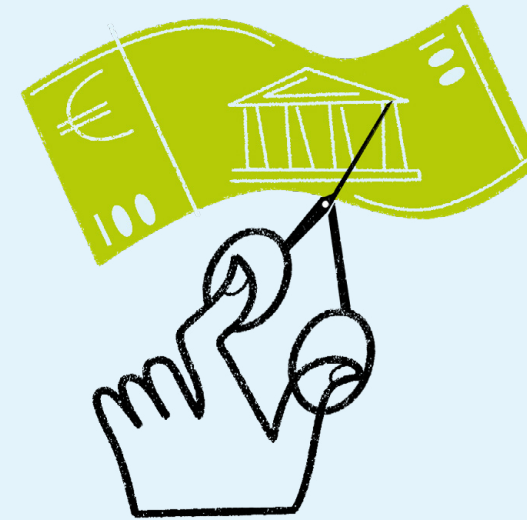
Der bvvp begrüßt dies sehr und fordert, dass die nun gewonnene Zeit für eine umfangreiche Erprobungs- und Evaluationsphase des Instruments genutzt wird. <https://t1p.de/dp0ec>

Das Spargesetz des Gesundheitsministers

Im März legte Karl Lauterbach einen ersten, sehr milden Entwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vor. Dann war lange Zeit Ruhe im Bundesministerium für Gesundheit. Nun ist der Kabinettsentwurf verabschiedet worden, der vor dem Hintergrund eines großen Finanzlochs der Kassen (für 2023 wird es auf 23 Milliarden geschätzt) deutlich mehr Sparmaßnahmen umfasst. Neben etlichen im Arzneibereich findet sich darin auch eine Rücknahme der im Rahmen des TSVG erlassenen Regelung, dass Neupatient*innen im betreffenden Quartal extrabudgetär und damit zu hundert Prozent vergütet werden. Dem vorherigen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn war es – gemeinsam mit seinem Koalitionspartner SPD – in seiner damaligen Gesetzgebung wichtig, dass mehr Patient*innen schneller in Behandlung kommen. Das ließ er sich auch etwas kosten. Dass diese Vereinbarung nun zurückgenommen wird, ist ein Vertrauensbruch, der offenbart, dass die Niedergelassenen als Spielball der Politik betrachtet werden, zumal die erhöhte Sprechstundenzahl im Bundesmantelvertrag weiterhin festgeschrieben ist und der hohe Versorgungsdruck bleibt.

Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiater*innen bedeutet dies zudem einen deutlichen Einnahmeverlust, denn die Auswirkungen der Corona-Pandemie füllen deren Praxen weiterhin mit erstmalig zu behandelnden psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Zahlreiche Politiker*innen haben immer wieder behauptet, dass sie dieses

Problem sehen und psychischen Schäden bei Kindern und Jugendlichen entgegenwirken möchten. Nun haben sie die Möglichkeit, diesen Willen unter Beweis zu stellen, indem sie die betreffende Passage im neuen Gesetzesentwurf wieder streichen. Lesen Sie alles Weitere in der Stellungnahme des bvvp zum Gesetz. www.bvvp.de/positionspapiere



Anhebung der Strukturzuschläge

Rückwirkend zum 1. Januar 2022 wurde die Bewertung der Strukturzuschläge für Leistungen aus dem Kapitel 35.2 angehoben. Dies muss immer dann erfolgen, wenn die Tarifgehälter der medizinischen Fachangestellten gestiegen sind, denn die Zuschläge bilden die normativen Kosten einer Praxishelfenden ab. So steigt der Zuschlag für die Einzelsitzung von 186 auf 192 Punkte und damit auf 21,63 Euro. Der Beschluss wurde erst so spät gefällt, weil man hoffte, dass

er zusammen mit der Anpassung der „angemessenen Vergütung“ der genehmigungspflichtigen Psychotherapie erfolgen könne, die dieses Jahr ansteht. Hier muss überprüft werden, ob die Honorare der Psychotherapeut*innen mit den gestiegenen Erträgen grundversorgender somatischer Fächer Schritt gehalten haben. Diese Überprüfung lässt aber leider auf sich warten; zum Redaktionsschluss lagen dazu noch keine aktuellen Informationen vor.

Musterweiterbildungs- ordnung (MWBO) für die „neuen“ Psychothera- peut*innen

Auf dem 40. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 13. und 14. Mai in Stuttgart wurden die letzten fehlenden Teile der MWBO beschlossen. Zunächst ging es um die Änderungen und Ergänzungen zum Teil C der WBO (Psychotherapieverfahren in Gebieten), dann um den fehlenden Teil D (Bereichsweiterbildung).

Nun müssen noch Musterrichtlinien zur Präzisierung der Mindestanforderungen an Befugte und Weiterbildungsstätten erarbeitet werden. Auch die Muster-Richtlinie zum Logbuch stellt noch eine große Herausforderung dar. Diskutiert wird derzeit die Lösung mit einem e-Logbuch, was aktuell eine hohe finanzielle Investition bedeuten würde. Längerfristig würde es aber zu einer erheblichen Verringerung des bürokratischen Aufwands sowohl für die Kammern als auch für die Weiterbildungsteilnehmer*innen führen.

Auf der Ebene der Landespsychotherapeutenkammern muss nun der Aufbau der notwendigen Ad-

ministration intensiviert werden, denn spätestens 2024 werden die ersten nach dem neuen PsychThG approbierten Kolleg*innen ihre Weiterbildungen aufnehmen wollen.

Die Finanzierung der stationären Weiterbildung scheint weniger problematisch als die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die BPTK haben dem Bundesministerium für Gesundheit bereits gemeinsam Vorschläge zur Finanzierung unterbreitet. Bei der ambulanten Weiterbildung ist klar, dass durch die Arbeitsleistung der Weiterbildungsteilnehmer*innen in Ambulanzen, Praxen und MVZ die Kosten der Weiterbildungsstätten nicht refinanziert werden können. Derzeit werden verschiedene Vorschläge von Juristen, Ausbildungsträgern, Kammern und Verbänden diskutiert, welche gesetzlichen Regelungen im SGBV implementiert werden müssen, um eine solide Finanzierung zu gewährleisten. (MK)

EMDR Institut® Deutschlandder autorisierte Partner des Instituts von
Francine Shapiro PhD, USA

Dr. Arne Hofmann, der Gründer des Instituts, führte EMDR im deutschsprachigen Raum ein und entwickelte es mit seinem Team weiter.

Unser Institut ist das führende **Ausbildungs-Institut** für EMDR.

Die praxisnahe Ausbildung enthält EMDR-Selbsterfahrung in supervidierten Kleingruppen. Unsere Ausbildung ist mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

EMDR ist als Kassenleistung und als Teil fachärztlicher Ausbildung anerkannt.

3-tägige EMDR-Fortbildung Teil 1:

Hannover	23. - 25.09.2022
Nürnberg	20. - 22.10.2022
München	21. - 23.10.2022
Oberursel	27. - 29.10.2022
Uelzen	11. - 13.11.2022
Köln	24. - 26.11.2022

Abhängig von der Corona-Situation finden ggf. Seminare interaktiv online statt; die Inhalte und supervidierten Kleingruppen bleiben dabei unverändert.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.emdr.de

INFO UND ANMELDUNG:

EMDR Institut Deutschland
Stolberg ring 10
24340 Eckernförde

Telefon: +49 (0) 4351 / 888 91 99
Telefax: +49 (0) 4351 / 888 96 10

info@emdr.de • www.emdr.de

Digitalisierung: eAU seit 1. Juli verpflichtend

Das alte Muster 1 („gelber Schein“) für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ist seit 1. Juli nicht mehr gültig. Alle AUs müssen nun als elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) über den Nachrichtendienst KIM an die Krankenkassen übermittelt werden. Das bedeutet: Die Patient*innen erhalten wie bisher den Ausdruck für Arbeitgeber; die Version für die Krankenkasse wird digital übermittelt. Wie bei Anwendungen der Telematik-Infrastruktur gewohnt, läuft das System sehr ruckelig an. Kann die eAU wegen eines „technischen Fehlers“ nicht digital übermittelt werden, ist ein Ersatzverfahren vorgesehen. In diesen Fällen werden alle drei Dokumente der eAU auf Papier ausgedruckt und den Patient*innen übergeben. Die Übermittlung an die Krankenkasse obliegt dann weiterhin den Patient*innen. Der Ausdruck im Rahmen des Ersatzverfahrens erfolgt nicht mehr über die Blankoformularbedruckung, sondern über im

PVS hinterlegte Style-Sheets. Wichtig ist also, auch ohne TI-Anschluss, die eAU im PVS zu aktivieren und dann entsprechend auszudrucken.

Sollte die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung noch nicht als eAU über KIM verschickt werden (können), sondern auf dem Postweg übermittelt werden, drohen aktuell keine weiteren Honorarabzüge. Ärztliche Psychotherapeut*innen, die nur wenige der Bescheinigungen im Quartal ausstellen, sollten erwägen, den KIM-Dienst erst dann zu buchen, wenn die Produktreife des Dienstes bestätigt wird, und bis dahin das zuvor geschilderte Ersatzverfahren zu nutzen.

Wie schwierig selbst die KBV die Umsetzung einschätzt, können Sie aus dem sehenswerten Video auf der KBV-Homepage ersehen. Link: <https://www.kbv.de/html/e-au.php> (MH)

GK-II-Sitzung in Würzburg

Nach langer Coronapause traf sich der GK-II, der Gesprächskreis der psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände, am 18. Juni in alter Stärke zu seiner Frühjahrssitzung. Es wurden viele Tagesordnungspunkte abgearbeitet. Als ein Ergebnis ist insbesondere die Bitte an die Bundespsychotherapeutenkammer zu nennen, für den Erhalt der Verfahrensvielfalt in Aus- und Weiterbildung ein Symposium auf Bundesebene abzuhalten.

Auch die massive Kritik aller 37 GK-II-Verbände am Instrument des IQTIG zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psycho-

therapie wurde ausführlich diskutiert. Sie wurde auch durch die Unterstützung einer bereits vorhandenen Presseerklärung gegen die geplanten Maßnahmen zum Ausdruck gebracht. Darüber hinaus wurden mehrere Resolutionen, wie zu den PiA-Streiks in Baden-Württemberg und zur Bezahlung der PiA nach Grundberuf, auf den Weg gebracht. <https://t1p.de/k52j>

Intensiv wurde außerdem über Modelle der Finanzierung der künftigen Weiterentwicklung aus Sicht der Verbände diskutiert. Der nächste GK-II wird am 29. Oktober in Berlin stattfinden. (BW)

Begrenzung der Videotherapie

Ein Zwischenruf von **Benedikt Waldherr**

Ich bin kein Fan der Videobehandlung. Hier bin ich ebenso wachsam wie die KBV, denn meines Erachtens hätte es massive Folgen für unseren Berufsstand, wenn wir die unbegrenzte Videotherapie zuließen. Ich bin auch skeptisch, was deren Langzeitwirkung anbelangt. Studien dazu gibt es meines Wissens noch nicht. Ich sehe, dass das, was wir über die Wirkmechanismen der Psychotherapie wissen, durch die Videobehandlung in Frage gestellt wird. Ist denn die Beziehung über den Bildschirm wirklich eine vergleichbar intensive menschliche Beziehung? Meine Erfahrung: Der Bildschirm hält mich von persönlichen Begegnungen eher ab.

Die Patientinnen und Patienten sind bereit, viel mitzumachen, wenn ihnen der Therapeut / die Therapeutin etwas vorschlägt. Ob es den Menschen guttut, ist eine andere Frage. Viele Patient*innen werden den Vorteil, dass sie sich hinter dem Bildschirm leichter verbergen können, schnell erkennen. Aber nicht nur das – wir Therapeut*innen können auch viele unserer Interventionen nicht anwenden. Einfache Bewegungsübungen im Raum zum Beispiel, um Abstand und soziale Vertrautheit oder Unsicherheit zu erspüren, oder das „Soufflieren“ neuer Kommunikationsweisen über die Schulter mit stärkendem Handauflegen sind ebenso wenig machbar wie die wertvollen Übungen aus dem VT-Repertoire zum Chaining und Prompting. Auch EMDR zur In-vitro-Trauma-Exposition kann nicht stattfinden. Wie soll man die im Körper entstehenden Emotionen am Bildschirm erkennen? Das Zittern in den Beinen sieht man dort nicht. Echte In-vivo-Exposition mit beruhigender Entspannung in vertrautem Therapeut*innenkontakt und mit echter Nähe sind ebenso undenkbar. Wie vieler Möglichkeiten unserer Arbeit berauben wir uns, wenn wir uns freiwillig auf Video begrenzen?

Augenkontakt? Fehlanzeige. Eine Zuversicht vermittelnde Berührung am Rücken zum Abschied? Unmöglich. Nicht-sprachliche Resonanz auf Entspannungsinduktionen oder vertiefte Atmung? Fehlanzeige.

Vollständige Wahrnehmung der Person hinsichtlich Körpersprache und nonverbaler Kommunikation? Unmöglich. Das sind scheinbar kleine, in Wahrheit aber wichtige Elemente der Behandlung.

Video ist limitierend. Ich frage mich, von welchen Vorteilen für ihre Patient*innen die Befürworter*innen der unbegrenzten Videotherapie überhaupt zu berichten haben, außer dass es auch für die Patient*innen bequem ist.

Aber wie schnell sind Psychotherapiesitzungen zwischen Abspülen und Fernsehen vergessen. Auch der Weg zur Therapie, die innerliche Vorbereitung und das Erinnern im Wartezimmer sind wichtige Anteile unserer Arbeit. Video beschleunigt Prozesse deutlich, doch was bleibt davon im Verhältnis zu echten menschlichen Erfahrungen?

Zum Nachdenken: Die Medikamenten-Compliance in der Hausarztpraxis steigt um circa 50 Prozent, wenn Patient*innen beim Abschied von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin glaubwürdig berührt werden. Gut dosierte Berührung gehört zum weiten Spektrum der positiven „embodied memories“ und aktiviert tiefsitzende positive Erinnerungen. In der Videobehandlung ist sie unmöglich.

Wir sollten uns trauen, die Grenzen der Videokommunikation klar zu benennen und die Überlegenheit des echten Begegnens zu behaupten. Ausnahmen leuchten mir durchaus ein, wie die Möglichkeit zur Behandlung mobiler Patient*innen. Auch bei beruflich bedingten Abwesenheiten von Patient*innen macht Videotherapie für eine begrenzte Zeit Sinn. Doch das Zentrum unserer Arbeit – die echte menschliche Beziehung – dürfen wir nicht einfach aufgeben, weil Videobehandlung so schön bequem sein kann.

IT-Sicherheit als gelebter Datenschutz

Von **Mathias Heinicke**

Unsere Lebenswelt wird immer digitaler. Das betrifft auch die Entwicklungen im Gesundheitswesen. Auch die aktuellen Gesetzgebungsverfahren auf EU-Ebene lassen keine Trendwende erkennen.

Neben der Frage nach der Sinnhaftigkeit vieler Maßnahmen der Digitalisierung müssen wir alle uns seit Monaten mit der Lösung vieler Probleme beschäftigen, weil von Seiten der Bundespolitik an vielen Stellen „die Hausaufgaben“ nicht erledigt wurden und in der Folge für uns unnötiger finanzieller und zeitlicher Druck aufgebaut wurde und wird.

Die von Beginn an von Anbieterseite katastrophal schlechte Kommunikation über die Bausteine der Telematik-Infrastruktur (TI) setzt sich nun bei den Themen Tausch der Konnektoren und Zertifikate fort. Und hier wird offenbar, dass bei der Konstruktion der Geräte nicht auf Nachhaltigkeit oder Ressourcenschonung geschaut wurde, sondern bei einigen Herstellerfirmen vornehmlich auf Gewinnmaximierung. Auch die offenkundig auf dem Rücken der Anwender*innen in den Praxen ausgetragene Auseinandersetzung über Haftungsfragen und Verantwortlichkeiten führte zu einer schwindenden Akzeptanz der Praxis-IT-Systeme.

Besonders ärgerlich erscheint vor diesem Hintergrund die Tatsache, dass die Kosten von den Inhaber*innen selbst zu tragen sind. Wurden bei Einführung der Telematik-Infrastruktur die Kosten – zumindest teilweise – noch erstattet, so sieht dies nun bei den technischen Sicherheitsmaßnahmen anders aus. Sie werden den allgemeinen Praxiskosten zugeordnet und nicht mehr erstattet.

Zunächst erzeugt das Widerstand, schließlich sollten wir in den vergangenen Jahren die Praxis-PC strikt vom Internet getrennt halten. Da unsere Praxissoftware-Systeme – im Gegensatz zu den ärztlichen PVS –

nur sehr geringe Anforderungen an die Technik stellen, konnten Computer bei Einhaltung dieser Vorgabe über lange Zeit weitergenutzt werden.

Diese Arbeitsweise wurde mit Einführung der Telematik-Infrastruktur offenkundig. Es gab etliche Praxen die – warum auch nicht, die Software lief ja stabil – mit längst veralteten Betriebssystemen arbeiteten. Das ist technisch betrachtet kein Sicherheitsrisiko, solange der PC nicht mit dem Internet verbunden ist.

Es standen also für viele große Investitionen in einem Bereich an, der mit Psychotherapie nicht originär etwas zu tun hat. Als Alternative drohte der Honorarabzug.

Hieraus ergab sich ein politisches Dilemma: Einerseits hatten wir jahrelang dafür gekämpft, als Psychotherapeut*innen den „anderen Kassenärzt*innen“ gleichgestellt behandelt zu werden, andererseits wäre bei der TI natürlich ein Sonderweg wünschenswert.

Die teilweise aggressive Preisgestaltung der Anbietenden, die abenteuerliche Kommunikation über die Komponenten, das oft überforderte Servicepersonal bei der Installation und die unzureichende Funktionalität der TI steigerten und steigern den Unmut und lassen bei vielen jede positive Haltung gegenüber Digitalisierungsmaßnahmen in der Praxis schwinden. Die aktuell laufenden Austauschaktionen für die Konnektoren und die Verschlüsselungskarten in den Lesegeräten tun ihr Übriges.

Dennoch: Viele Praxis-PCs sind – auch ohne TI – mit dem Internet verbunden und müssen somit geschützt werden. Durch die IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV sind hier meist einfach einzuhaltende Vorgaben zu erfüllen. Diese müssen allerdings zwingend auch umgesetzt werden!

Zur grundlegenden Absicherung des Datenstroms in der Praxis gehört auch die Absicherung des Systems durch eine Firewall. Eine solche ist zunächst ein digitales Abwehrsystem, welches entweder einzelne Rechner oder ganze Netzwerke vor unberechtigten Zugriffen schützt.

Zu unterscheiden sind dabei zwei Arten: die Hardware-Firewall und die Software-Firewall. Bei der Hardware-Firewall handelt es sich um ein eigenständiges Gerät, dessen Software die ein- und ausgehenden Daten eines bestimmten Systems auswertet. Die Firewall vergleicht dabei in einem ersten Schritt die Absender- und Zieladressen der Datenpakete und prüft die genutzten Dienste. Sie überprüft kontinuierlich den gesamten Datenverkehr und beschränkt unerlaubte Netzwerkzugriffe von außen anhand vordefinierter Regeln. Die Hardware-Firewall übernimmt diese Prüfung für alle vor Ort zu einem Netzwerk zusammengeschlossenen Geräte. Eine Software-Firewall arbeitet nach demselben Prinzip, kann die Datenpakete aber naturgemäß erst dann filtern, wenn sie bereits auf dem PC (und damit im lokalen Netz) angekommen sind.

Wichtig: Eine der beiden Firewall-Typen kann die jeweils andere **nicht vollständig ersetzen**. Es kann aber festgehalten werden, dass im Praxisvergleich erstere zuverlässiger arbeiten. Dies liegt daran, dass es sich hier um ein deutlich spezifischeres Gerät handelt, dessen einzige Funktion die Gewährleistung einer erhöhten Netzwerksicherheit ist. Gleichwohl benötigt auch dessen Software regelmäßige Updates.

Da die Hardware-Firewall physisch von den zu schützenden Computersystemen getrennt ist, ist sie durch Angreifende nicht so einfach **zu deaktivieren oder zu manipulieren wie eine auf dem PC installierte Software-Firewall**. Hebeln Schadprogramme Software-Firewalls aus, fällt der komplette Schutz des entsprechenden Systems weg.

Im Zusammenhang mit unseren Praxis-Computern wurde oft diskutiert, ob eine Hardware-Firewall notwendig ist. Prinzipiell ist der Einsatz von Firewalls seit Einführung der DSGVO 2018 für Unternehmen – und als solche gelten die Praxen hier – Pflicht. Dies ist begründet in den Artikeln 5 (<https://dejure.org/gesetze/DSGVO/5.html>) und 25 der DSGVO (<https://dejure.org/gesetze/DSGVO>).

Nun findet sich in den Praxen oft auch die Konstellation, dass nur ein einzelner Laptop eingesetzt wird und dieser – samt den Patient*innendaten – zwischen Praxis und Wohnung „pendelt“. In solchen Konstellationen ist aus technischer Sicht der Einsatz einer Software-Firewall samt Virens Scanner am privaten Einsatzort das absolute Minimum. Besser ist jedoch, wenn der Laptop im privaten Bereich nicht mit dem Internet verbunden wird.

Für den Einsatz der TI lässt sich die Frage nach der Notwendigkeit einer Firewall nicht pauschal beantworten. Individuelle Beratung ist nötig. Als grobe Richtschnur sei genannt: Ist der TI-Konnektor in einer Reiheninstallation im Einsatz, wird keine zusätzliche Hardware-Firewall benötigt. Der Konnektor fungiert dann also Firewall.

Bei Parallelschaltung ist der Einsatz einer Hardware-Firewall ratsam.

Sicherheit ist aufwendig und verursacht Kosten. Das gilt im analogen Leben wie im digitalen. Während in der analogen Welt niemand auf die Idee käme, ein teures E-Bike ohne hochwertiges Sicherheitsschloss abzustellen oder Patientenakten im offenen Regal auszulegen, werden IT-Kosten als lästig und unnötig betrachtet. Hier werden wir in den kommenden Jahren und mit zunehmender Komplexität der Systeme unsere Haltung ändern müssen. Die Investition in den Schutz der Daten ist eine Investition in das Wertvollste, was in unseren Praxen zu finden ist: Die Daten unserer Patient*innen.

Ein neuer Landesverband des bvvp

bvvp Sachsen-Anhalt gegründet

Von **Ulrike Böker** und **Doreen Hehde**

Es ist geschafft! Nach langer Vorarbeit wurde der Landesverband bvvp Sachsen-Anhalt gegründet. Damit sind nun 17 autonome Landesverbände unter dem Dach des bvvp-Bundesverbands vereint. Wir freuen uns sehr!

Am Freitag, dem 24. Juni, kamen die Gründungsmitglieder in Halle zusammen, um die Satzung zu unterschreiben und damit die Gründung zu besiegeln. Begleitet wurde der Prozess maßgeblich durch Ulrike Böker, Mitglied des Bundesvorstands, die sich dafür die Unterstützung eines Fachanwalts einholte. Dieser gestaltete nicht nur die Satzung rechtssicher, sondern erstellte auch die Vorlage für das Gründungsprotokoll.

Noch vor der Gründung fanden zwei bvvp-Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen „Was darf PiA?“ und „Aktuelles aus der Berufspolitik“ mit den Bundesvorstandsmitgliedern Ariadne Sartorius und Mathias Heinicke als Referent*innen statt. Auch ihnen war es eine Ehre, bei der Neugründung dabei zu sein.

Um 20:15 Uhr, also zur besten „Sendezeit“, war es dann so weit. Nachdem die Satzung unterschrieben war, wurde der neue vierköpfige Vorstand gewählt:

- Sarah Seide, Psychologische Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie), aus Salzwedel zur Vorsitzenden
- Christoph Holowinski, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Verhaltenstherapie), aus Merseburg als ihr Stellvertreter und Schatzmeister
- Doreen Hehde aus Halle als ihre Stellvertreterin und Schriftführerin
- Harald Hartwig, Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), aus Leipzig als Beisitzer

Wir gratulieren allen von Herzen und wünschen ihnen ein gutes berufspolitisches Händchen und viel Spaß bei den neuen Aufgaben.

Dieser heiße Sommertag wird wohl allen Beteiligten noch lange in Erinnerung bleiben. Nachdem gegen

22:00 Uhr alle Formalitäten erledigt waren, knallten die Sektkorken.

Es folgten dann eine erste Vorstandssitzung, um weitere Pläne zu schmieden, und natürlich ein Kennenlerntreffen mit dem Bundesvorstand. Nun muss der neue Verband im Laufe des Jahres noch ins Vereinsregister eingetragen werden, denn erst dann können die Sachsen-Anhaltiner ihm beitreten. Das kommende Jahr ist prall gefüllt mit Veranstaltungen für sie, von der Abrechnungsschulung bis zur PiA-Infoveranstaltung – die Mitglieder sollen umfassend über alle wichtigen Belange ihrer Berufstätigkeit informiert werden. Aber auch der persönliche Kontakt im kleineren Rahmen darf nicht zu kurz kommen. In Magdeburg und Halle wird es zeitnah Stammtischabende geben.

Der bvvp-Bundesverband freut sich über diesen starken Zuwachs, der nun die bestmögliche berufspolitische Vertretung vor Ort ermöglicht. Denn wie heißt es noch in unserem bvvp-Leitbild? „Wir berücksichtigen die Besonderheiten vor Ort und gestalten diese mit. Der regional differenzierte Blick ermöglicht uns Weitsicht auf Bundesebene.“



V.l.n.r.: Christoph Holowinski, Doreen Hehde, Dorothea Pössel, Benjamin Seifert, Alevtina Kirchhöfel, Susan Giersdorff

Praxisstillstand durch Unfall, psychische oder physische Erkrankungen – was dann??

Für in eigener Praxis tätige Psychotherapeutinnen und –therapeuten ist das Risiko einer Erkrankung oder eines Unfalls besonders relevant, da die meisten in Einzelpraxen arbeiten. Fällt der/die Praxisinhaber/in aus, versiegen die Einnahmen vollständig. Praxisfixkosten (Miete, Betriebskosten, Buchhaltung, Kreditraten, Beiträge für das Versorgungswerk u.v.m.) und private Lebenskosten müssen ja weiterhin bezahlt werden. Eine Vertretung ist kaum möglich, da Therapeuten in der Regel eine besonders enge Patientenbindung haben. Aber selbst wenn es eine Vertretung gibt, muss diese auch bezahlt werden. Dazu kommt bei gesetzlich Krankenversicherten noch die Thematik, dass das Krankengeld erst ab der 7. Woche greift, sich am Nettoeinkommen orientiert und mit 112,88 Euro gedeckelt ist.

Den im Falle eines längerfristigen Ausfalls oft existenzbedrohenden Kosten wirkt eine Praxisunterbrechungsversicherung (P.U.V) entgegen, wie Thomas Cerny, Prokurist der Dr. Rinner & Partner GmbH, erläutert.

Was bietet Dr. Rinner & Partner für in eigener Praxis tätige Psychotherapeuten an?

T.C.: Wir haben mit der R+V Versicherung Wiesbaden ein exklusives Produkt auf den Markt gebracht, welches das Risiko der Erkrankung oder des Unfalls perfekt abdeckt. Wir bezahlen einen Tagsatz der frei wählbar ist, aber in Relation zu den Praxiseinnahmen und den Praxiskosten steht.

Wie leistbar ist diese Absicherung?

T.C.: Unser Produkt ist sehr kostengünstig kalkuliert, Psychotherapeuten bekommen den Arztstarif. Der Versicherte kann z.B. deutliche Beitragsreduktionen durch längere Karenzfristen erreichen, bei denen trotzdem sofortige Leistung nach einem 72-stündigen stationären Aufenthalt vereinbart gilt.

Gibt es viele vergleichbare Produkte?

T.C.: Nein, die wenigen Mitbewerber hinken teilweise in der Leistung und im Angebot deutlich nach. So ist beispielsweise bei uns bis zum Eintrittsalter 58 Jahre eine Versicherungsdauer von 10 Jahren möglich, welche einen echten Sicherheits-Mehrwert bietet, da der Versicherungsvertrag nicht ab dem dritten Jahr jährlich kündbar ist. Auch ist bis zu einer Versicherungssumme von 75.000 Euro eine Pauschalentschädigung vereinbart, die den Prüfungsprozess im Leistungsfall deutlich beschleunigt.

Wie genau funktioniert Ihre P.U.V? Welche Risiken werden damit abgesichert?

T.C.: Unsere P.U.V ist vor allem auf die Absicherung der fortlaufenden Praxiskosten und nicht versicherte Einkommensanteile ausge-

richtet. Damit ist sie eine ideale Ergänzung zum Krankentagegeld. Abgesichert ist das Risiko des Ausfalls des Praxisinhabers durch Krankheit oder Unfall.

In welchen Fällen greift die P.U.V?

T.C.: Am besten erkläre ich das an einem Beispiel: Eine Darmblutung bei einer Therapeutin, 47 Jahre alt, erfordert die umgehende Operation. Die Praxis war 55 Tage stillgelegt. Die Leistung der Versicherung in Höhe von 11.000 Euro deckt die laufenden Kosten und die Kreditraten. Bedingt durch die Art der Diagnose kam es im Rahmen der Akutversorgung zu einem Krankenhausaufenthalt, der einen Leistungsanspruch ab dem 1. Tag zusichert.

Wie läuft die Schadensabwicklung ab?

T.C.: Die Abwicklung ist unkompliziert. Wenn nach einem Leistungsfall die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bzw. ergänzende Atteste vollständig an unser Servicebüro eingereicht werden, erfolgt die Leistung in der Regel binnen weniger Tage.

Was bedeutet Kündigungsverzicht?

T.C.: Unsere Schadensstatistik zeigt, dass unglaublich viele Versicherte an schwersten Erkrankungen leiden. Allein für Leistungsfälle bei Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Hepatitis oder Bandscheibenvorfall hat unser Versicherer in den letzten 4 Jahren über 4 Millionen Euro gezahlt. Nachdem der Sachversicherungscharakter vorliegt, könnten solche Versicherungsprodukte nach dem Leistungsfall gekündigt werden. Bei unserer P.U.V gibt der Versicherer die Garantie ab, dass nach einem Leistungsfall bei definierten schweren Erkrankungen Kündigungsschutz besteht.

Was muss man noch wissen?

T.C.: Auch psychische Erkrankungen fallen unter den Versicherungsschutz, können auf Wunsch jedoch beitragsmindernd abgewählt werden. Zusätzlich bietet die P.U.V eine Leistung bei Wiedereingliederung sowie eine umfassende Nachhaftung bei Berufsunfähigkeit und Tod für Praxisauflösungskosten.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeutin, Nichtraucherin, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 136,00
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 50.000,00
Jahresbeitrag:	€ 543,60
Beitrag pro Monat:	€ 45,30

AUSFÜHRLICHE INFORMATIONEN

entnehmen Sie dem beiliegenden Flyer, bzw. erhalten Sie Ihr persönliches Angebot direkt bei:

Dr. Rinner & Partner GmbH
Leonhardsweg 4, 82008 Unterhaching
Tel. 089/665 99 310
E-Mail office@dr-rinner.de

www.dr-rinner.de



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen – ein Erfolgsmodell?

Von **Ulrike Böker**

Die meisten von Ihnen werden sich erinnern: Im September 2018 wollte der damalige CDU-Gesundheitsminister Jens Spahn eine Gesetzesänderung in § 92 Abs. 6a SGB V bewirken, der zufolge vor jeder psychotherapeutischen Behandlung zunächst ein speziell geschulter „Vorgutachter“ hätte feststellen sollen, ob tatsächlich eine Indikation für eine Psychotherapie besteht. Nicht nur, dass damit ohne Not eine hohe Hürde vor der Behandlung psychisch kranker Menschen installiert worden wäre – dieser Vorschlag sprach auch noch allen Psychotherapeut*innen die Fähigkeit ab, qualifiziert und sorgfältig zu indizieren. Damit bestätigte der Minister den nicht versiegenden Krankenkassen-Talk, dass in den psychotherapeutischen Praxen die Falschen behandelt würden. Der bvvp startete daraufhin in einer großen Verbändekooperation eine Bundestagspetition gegen dieses Vorhaben. Sie brach mit über 200.000 Unterschriften alle Rekorde, und die schädliche Gesetzesänderung konnte verhindert werden.

In den Diskussionen rund um die Petition herrschte aber unter allen Beteiligten Einigkeit darüber, dass insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Probleme haben, in die psychotherapeutische Versorgung zu kommen, weil es kein passgenaues Angebot für deren Bedarfe gibt. Daraufhin wurde folgender gesetzlicher Auftrag in das SGB V, § 92 Abs. 6b geschrieben:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie [...] Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“

Ein eigens errichteter Unterausschuss „ad hoc“ des G-BA erarbeitete in einem intensiven Verhandlungsmarathon unter Mitarbeit der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands dann eine neue Richtlinie namens *„Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“*, kurz KSVPsych-RL.

Die wichtigsten Inhalte

Ziel der Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung der adressierten Patient*innengruppe. Die Versorgung nach dieser Richtlinie

- erreicht insbesondere schwer psychisch kranke Patient*innen besser als bestehende Versorgungsformen und strebt an, die Bildung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur zu fördern,
- stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patient*innen zur Verfügung,
- unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patient*innen im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung,
- soll bei schwer psychisch erkrankten Patient*innen mit langfristigem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der

Versorgungsangebote gewährleisten. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte Behandlung sicherstellen und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

Die neue Versorgungsform soll in einem Netzverbund stattfinden, dem zwingend mindestens zehn Psychotherapeut*innen und P-Fachärzt*innen angehören, davon mindestens vier der ersten und vier der zweiten Kategorie. Die Netze müssen von der zuständigen KV genehmigt werden und dürfen auch KV-übergreifend entstehen. Ein Netz kann sich also über eine recht große Fläche spannen. Gleichzeitig müssen die fallbeteiligten Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Koordinator*innen für die Patient*innen noch erreichbar sein. Alle Teilnehmenden verpflichten sich, „unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten [...] in der Region zu gewährleisten“. Das Netz muss kooperieren mit mindestens einem Anbietenden von Sozialtherapie, Ergotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und einem grundversorgenden psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus.

Zugang zur Richtlinie haben alle Patient*innen ab dem 18. Lebensjahr, denen eine F-Diagnose (F10 bis F99) gestellt wurde, die deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen aufweisen (als Richtwert dient ein GAF von höchstens 50) und bei denen ein komplexer Behandlungsbedarf besteht.

In der Eingangssprechstunde wird die Indikation gestellt, die dann zwingend durch eine differentialdiagnostische Abklärung bei einem P-Facharzt / einer P-Fachärztin bestätigt werden muss. In Absprache mit den Patient*innen wird dann festgelegt, wer Bezugsbehandelnde*r wird. Diese Funktion kann von allen Netzmitgliedern übernommen werden, die über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen. Eine Einschränkung gibt es bei Patient*innen, bei denen behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen oder für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen oder deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen. Hier können nur P-Fachärzt*innen die Rolle des Bezugsarztes / der Bezugsärztin übernehmen. Der oder die Bezugsbehandelnde

ist zentrale*r Ansprechpartner*in und verantwortlich für die Erstellung und Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans.

Die Koordination der Versorgung der Patient*innen muss zwingend an eine nichtärztliche Person abgegeben werden, die Ergotherapeut*in in eigener Praxis, Sozialtherapeut*in, psychiatrische Fachkraft oder Psycholog*in sein kann. Ihre Aufgaben umfassen unter anderem die Vernetzung mit anderen, an der Versorgung der jeweiligen Patient*innen nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer*innen, die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringer*innen für die Patient*innen auf Basis des Gesamtbehandlungsplans oder erforderlichenfalls wöchentliche telefonische oder persönlichen Kontakte mit den Patient*innen und das Hinwirken auf deren Termintreue.

Das Netz verpflichtet sich, zeitnah – sprich innerhalb von sieben Tagen – einen Termin für eine Erstabklärung und innerhalb von weiteren sieben Tagen gegebenenfalls für eine differentialdiagnostische Abklärung anzubieten und dann auch einen baldigen Behandlungsbeginn zu ermöglichen. Außerdem muss eine einheitliche Kommunikation mit den Patient*innen sowie eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen gewährleistet werden. Eine entsprechende elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbunds muss installiert werden. Des Weiteren müssen Patient*innen in Krisen jederzeit betreut werden können, gegebenenfalls in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern, wie ambulanten psychiatrischen Pflegediensten oder Krankenhäusern. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbunds müssen getroffen und patientenorientierte Fallbesprechungen regelmäßig durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit den Patient*innen, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Und schließlich muss ein Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen, wie zum Beispiel Qualitätszirkeln, innerhalb des Netzverbunds erfolgen.

Den KVen kommt eine wichtige Rolle zu, denn sie werden nicht nur die notwendigen Verträge zur Verfügung stellen, die derzeit mit Hilfe der KBV bundesweit einheitlich erarbeitet werden, sondern auch bei der

Bildung der Netze unterstützen müssen. Es wird diskutiert, dass sie bei der notwendigen elektronischen Kommunikation helfen und gegebenenfalls entsprechende Plattformen zur Verfügung stellen. Das wird Geld kosten, dessen Herkunft bisher ungeklärt ist.

Wie genau die Initiative für ein regionales Netz entsteht, wird sicherlich davon abhängen, wie groß die Motivation einzelner Niedergelassener zur Beteiligung ist und vor allem wie die infrastrukturellen Gegebenheiten vor Ort sind und ob es bereits informelle Vernetzungen gibt, in denen man die neue Versorgungsform gemeinsam angeht.

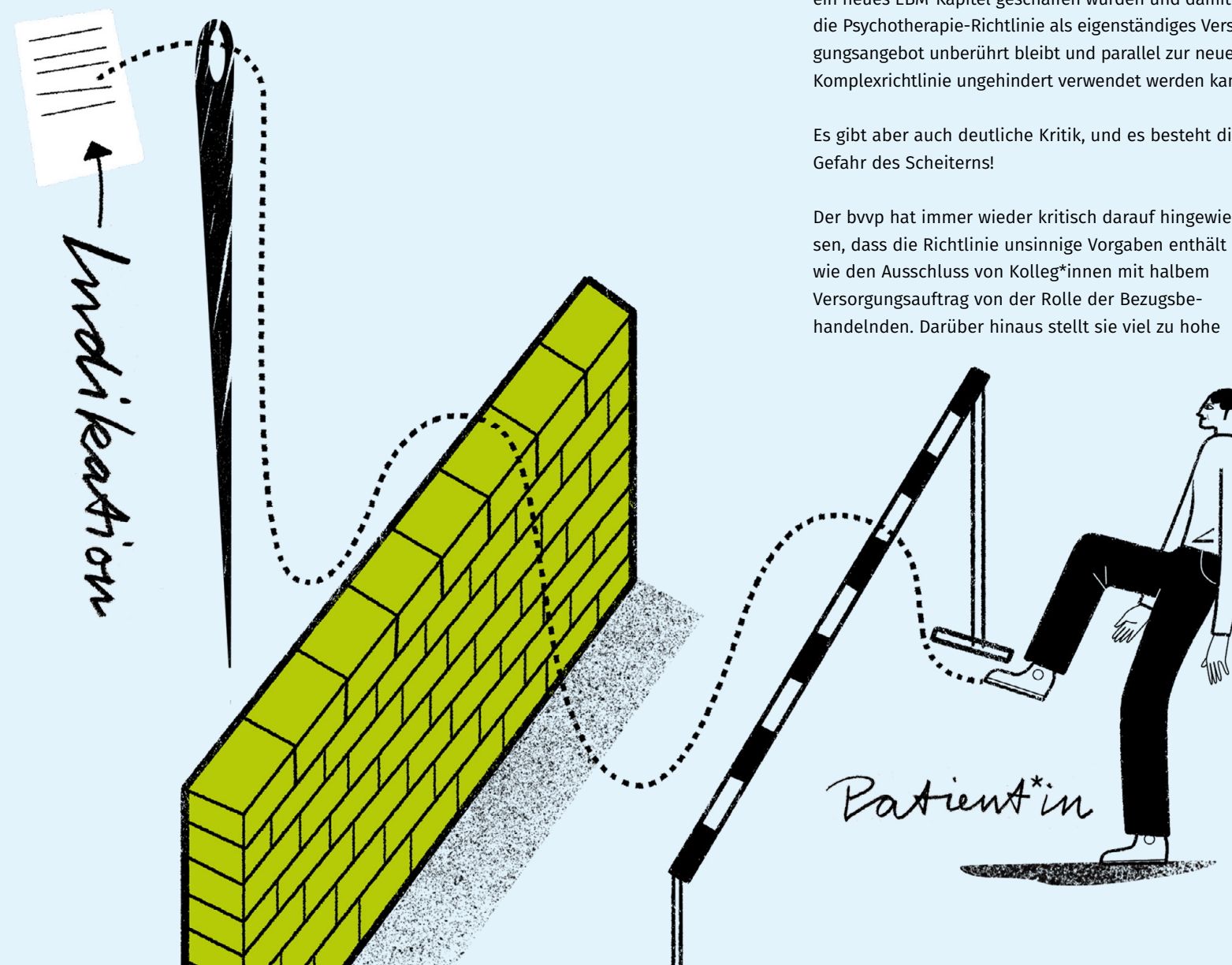
Abrechnung

Der Ergänzende Bewertungsausschuss hat Anfang Juli die Abrechnungsziffern verabschiedet, die innerhalb der Richtlinie ab dem 1. Oktober verwendet werden können. Diese sind im EBM im neuen Kapitel 37.5 verortet.

Alle diese Leistungen werden extrabudgetär, also zu hundert Prozent, vergütet, wie das bei neuen Abrechnungsziffern immer der Fall ist. Erfreulich ist, dass alle bekannten Leistungen aus den Fachkapiteln 21, 22 und 23 sowie aus Kapitel 35 der Psychotherapie-Richtlinie weiterhin grundsätzlich abgerechnet werden können, wenn man die Patient*innen in die neue Richtlinie einschreibt. Wenn in der Komplexrichtlinie bestimmte Leistungsinhalte gefordert werden, wie die Erstellung eines Behandlungsplans oder die Koordination der Patient*innen, dann sind dazu auch entsprechende Ziffern geschaffen worden. Es gibt aber keine weiteren Ziffern, die etwas mehr Interpretationsspielraum der Richtlinie erfordert hätten, also zum Beispiel neue kleine Gesprächsziffern oder ein niederschwelliges Gruppenangebot, wie es im Modellprojekt der KV Nordrhein zentraler und hoch wirksamer Bestandteil war. Hier blockierten die Kassen jegliche Eingaben der KBV.

Insgesamt kritisch zu sehen ist die Bewertung der Ziffern, denn dem erhöhten Aufwand wird dabei kaum Rechnung getragen. Psychotherapeut*innen, die an der Versorgung von Patient*innen teilnehmen, ohne selbst Bezugsbehandelnde zu sein, können als einzige Leistung des neuen Kapitels die Fallbesprechung abrechnen, und das zu einem Preis weit unter einer Einzelsitzung. Die Vergütung der genehmigungspflichtigen Einzelsitzung ist aber das Vergleichsmaß, an dem sich andere Leistungen messen lassen müssen. Das betrifft grundsätzlich alle Psychotherapeut*innen mit

anteiligem Versorgungsauftrag, also die Mehrzahl der niedergelassenen. Bei den Psychiater*innen ändert sich durch die neue Richtlinie nichts an der zum Teil erheblichen Quotierung der abgerechneten Leistungen aufgrund unzureichender Regelleistungsvolumina. Besonders enttäuschend ist die Vergütung der nicht-ärztlichen Koordinationskräfte, die für gerade einmal 65 Euro im Quartal nicht angestellt werden und schon gar nicht den Patient*innen in größerem Umfang zur Verfügung stehen können. Aber auch die Vergütung des Netzmanagements mit nur 22,53 Euro bleibt enttäuschend. Alle funktionierenden Netzsysteme zeigen, dass diesem Management eine entscheidende Rolle zukommt, dass Netze ohne dieses nicht funktionieren und die Erfüllung dieser Aufgabe natürlich viel Aufwand bedeutet und sein Geld kostet. Wenn überhaupt, dann werden nur sehr große Netze mit dieser Vergütung zurechtkommen.



Unsere Einschätzung

Der bvvp begrüßt diese neue Richtlinie ausdrücklich, die eine Grundstruktur beinhaltet, die den Bedarfen der adressierten Patient*innengruppe durchaus gerecht werden könnte. Die Richtlinie ist die erste ihrer Art im SGB V, die eine Patient*innensteuerung durch die beteiligten Behandelnden und eine klar definierte vernetzte Versorgung beinhaltet. Das ist das Konzept der Versorgung der Zukunft!

Die vier Grundelemente aller Vernetzungsmodelle sind abgebildet: Ein Bezugsbehandelnder, dann weitere Behandelnde sowie kooperierende Gesundheitsberufe, eine koordinierende Person für die Patient*innen (die in anderen Modellen „Lotse“ genannt wird) und schließlich das notwendige Netzwerk-Management. Damit könnte die Richtlinie in ihrer Grundstruktur als Blaupause für weitere Versorgungsbereiche dienen. Begrüßenswert ist auch, dass eine neue Richtlinie und ein neues EBM-Kapitel geschaffen wurden und damit die Psychotherapie-Richtlinie als eigenständiges Versorgungsangebot unberührt bleibt und parallel zur neuen Komplexrichtlinie ungehindert verwendet werden kann.

Es gibt aber auch deutliche Kritik, und es besteht die Gefahr des Scheiterns!

Der bvvp hat immer wieder kritisch darauf hingewiesen, dass die Richtlinie unsinnige Vorgaben enthält wie den Ausschluss von Kolleg*innen mit halbem Versorgungsauftrag von der Rolle der Bezugsbehandelnden. Darüber hinaus stellt sie viel zu hohe

Anforderungen an die Organisation, was dazu führt, dass ihre flächendeckende Einführung sehr fraglich ist. Neben den organisatorischen Hürden werden sich aber vielerorts auch infrastrukturelle Probleme ergeben, wie das Fehlen von Psychiater*innen oder Sozialtherapeut*innen. Angesichts des eklatanten Mangels an psychiatrischen Praxen – und das bundesweit – ist die zwingende differentialdiagnostische Abklärung zu Beginn einer möglichen Behandlung mit kurzer Frist daher sehr problematisch. Sie wird zu einem Nadelöhr werden und ist überdies fachlich in dieser Ausschließlichkeit nicht angemessen. Auch bei den Psychotherapeut*innen stellt sich die Frage nach den notwendigen Kapazitäten, denn die Praxen sind schon jetzt voll ausgelastet. Und schließlich ist es eine große Herausforderung, eine nicht-ärztliche / psychotherapeutische Fachkraft zu finden, die die Koordinationsaufgaben übernehmen kann und will – zumal diese auch angemessen bezahlt werden müsste. Ist es gewünscht, dass sich viele Psychotherapeut*innen auf eine Versorgung innerhalb dieser neuen Komplexrichtlinie umstellen, dann müssen die Zugangshürden gering sein und es muss einen finanziellen Anreiz geben, die zusätzlichen Aufgaben auch anzugehen.

Es bleibt also abzuwarten, ob der in seiner Grundidee durchaus gute Ansatz trotz der vielen realitätsfernen Auflagen, der unnötigen Hürden und der völlig unattraktiven Vergütung in der Versorgung ankommen wird. Zu befürchten ist, dass den Psychotherapeut*innen am Ende der Schwarze Peter zugeschoben wird und man ihnen vorhält, dass sie eben doch keine schwerkranken Menschen versorgen wollen. Diese Zuschreibung muss dann entschieden zurückgewiesen werden, was – unterfüttert mit Fakten aus der Versorgungsforschung – ein Leichtes sein dürfte.

Sicher ist: Es werden auf alle Fälle Nachbesserungen nötig sein! Hier ist der G-BA gefordert, die Entwicklung zu beobachten und gegebenenfalls zeitnah nachzusteuern, wie es ihm das BMG ja auch ins Lastenheft geschrieben hat.

Die Tabelle mit den aktuellen Ziffern finden Sie im internen Bereich der bvvp-Homepage:
<https://t1p.de/5ids>

Exkursion nach Afrika – mein psychosozialer Beitrag zum Frieden

Von **Dr. Beate Leinberger**, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Während Europa sich seit Februar 2022 mit einer bis dahin nicht vorstellbaren Kriegssituation auseinandersetzt, fand vom 18. bis 20. Mai in der Thika Mount Kenya University, Afrika, zum zweiten Mal die „Conference on Peace, Security and Social Enterprise“ statt.

Das globale Treffen zum Thema Frieden führte Akademiker, Philanthropen, Wissenschaftler, Politiker und Praktiker verschiedenster Fachrichtungen zusammen, um Ideen, Projekte und Studien zur Förderung des Friedens und zur Verringerung der Konflikte in der Weltgemeinschaft vorzustellen und zu diskutieren. Wie Dr. Charles Muli, CEO und Gründer von „Mully Children's Family“, dort sagte, ist wahrer Frieden nicht einfach die Abwesenheit von Krieg, sondern ein zusammenhängendes System unterschiedlicher Einflussfaktoren für Transformation, Entwicklung und das Wohlergehen der Menschheit: „Um eine friedliche und sichere Umgebung zu schaffen, die frei von Verbrechen und Gewalt ist, ist nicht der Einsatz von mehr Sicherheitspersonal oder die Errichtung moderner Sicherheitszäune nötig, sondern die Schaffung von Möglichkeiten, um die Autonomie des Einzelnen und der Gruppe zu fördern.“

Mully Children's Family – eine Chance für Kinder

Dieser Überzeugung folgend wurde es zum Lebensziel des heute über 70-jährigen, der einst selbst ein Straßenkind von Nairobi war, anderen Kindern ein Zuhause, eine Familie, Zugehörigkeit und Bildungschancen zu geben. Nach über 33 Jahren des Engagements kann Dr. Charles Muli deshalb auf die Lebensgeschichten von über 25.000 Kindern und Jugendlichen blicken, die in Mully Children's Family nahe Nairobi eine zweite Heimat gefunden und von denen der weitaus größte Teil erfolgreich Schulabschlüsse erreicht, Ausbildungen absolviert oder studiert hat. Es sind Kinder, die

vormals in einem Slum Nairobis oder auf der Straße lebten und dort mit sehr großer Wahrscheinlichkeit gestorben wären oder sich in den Wirrungen von Kriminalität, Drogenkonsum und Prostitution verloren hätten. Eine Lebensperspektive, die in absoluter Armut – was bedeutet, sie haben weniger als einen Dollar pro Tag zum Leben – alltäglich ist.

Daneben praktizieren die erwachsenen Bewohner*innen als weiteren Beitrag zum globalen Frieden in Kooperation mit nahegelegenen Dörfern eine klimafreundliche Agrarkultur mit Obst- und Gemüseanbau. Im Zuge dessen wurden rund um das Areal der Mully Children's Family in den letzten Jahren über eine Million Bäume gepflanzt, die Schatten spenden, aber auch dafür sorgen, dass das Flusswasser nicht verdunstet und die Ackererde nicht vertrocknet. Dies sorgt für ausreichend Nahrung und wirkt Hungerkatastrophen und daraus folgenden Fluchtbewegungen und Territorialkonflikten entgegen. Ein Beispiel, das Deutschland problemlos übernehmen könnte, denn noch ist das Klima bei uns feucht genug, um Bäume in ausreichender Zahl anzupflanzen.

Bevor ich selbst einen Vortrag auf dem Friedenskongress in Thika / Kenia halten durfte, habe ich eine Einrichtung der Mully Children's Family besucht. Auf einem großen Areal in ländlicher Umgebung werden dort derzeit rund 900 Kinder und Jugendliche betreut und beschult. Sie gehen in die organisationseigene Schule (1.–12. Klasse). Die Kleinsten, Kinder von Teenager-Müttern, besuchen den Kindergarten, während ihre sehr jungen Mütter mit den anderen Jugendlichen den Unterricht besuchen. Nachmittags finden Wahlkurse statt, die von Karate über Fußball, nähen, singen oder Instrumentalunterricht bis zu Malstunden reichen. Rund um die Uhr sind Lehrer*innen,

Pädagog*innen und Psycholog*innen vor Ort, die sich um die Kinder und Jugendlichen kümmern.

Unterstützung bei der Bewältigung von Traumatisierung

Obwohl die Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung ihrer massiven seelischen Belastungen sehr viele Beschäftigungs-, Gesprächs- und Versorgungsangebote erhalten, ist die Symptomatik aufgrund der zahlreichen Traumatisierungen Tag und Nacht präsent. Sie zeigt sich – wie zu erwarten – in Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie impulsivem Verhalten mit emotionalen Hyperarousals. Um dafür Unterstützung anzubieten, erhielten die Betreuenden eine kleine

durfte – insbesondere aber die Kinder und Jugendlichen.

Am vorletzten Tag in Kenia hielt ich dann auf dem Friedenskongress meinen Vortrag mit dem Titel: „Traumata mit Sandspiel verarbeiten und Stress dauerhaft regulieren – ein psychosozialer Beitrag zum Frieden“. Um langfristig Frieden zu erreichen und die Vorteile eines sozial verträglichen Miteinanders zu begreifen, erscheint es unumgänglich, die bio-psychosozialen Faktoren in den Fokus zu rücken, die das Individuum durch chronische Konflikte, Stress und Angst beeinflussen. Kinder und Jugendliche, die in Krisen- und Konfliktregionen aufwachsen und deshalb chronischem Stress und andauernder Angst ausgeliefert sind, haben per se eine ungleich schlechtere Ausgangslage für ihr weiteres Leben. Gleichzeitig sind die sozio-ökonomischen Folgen für die Wirtschaft des Landes erheblich, da psychisch und physiologisch beeinträchtigte Menschen in deutlich geringerem Ausmaß zum Bruttoinlandsprodukt beitragen können und gleichzeitig Ressourcen zur Bewältigung ihrer Beeinträchtigungen benötigen.

Da nicht selbstverständlich an jedem Ort Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, baut das TraumaHelfer-Konzept auf den Einbezug von geschulten Laien, die selbst in Stabilisierungstechniken trainiert sind und diese an die Kinder und Jugendlichen weitergeben können. Evaluierte

Daten zeigen die Effektivität des Programms, das insbesondere in Ländern mit weniger ausgebautem Gesundheitssystem genutzt wird. Werden schwerstbelastete Kinder und Jugendliche durch pädagogisches und psychosoziales Engagement sowie mit Fürsorge und positiven Beziehungsangeboten unterstützt und mit einfach zu erlernenden und wissenschaftlich evaluierten Techniken der Traumatherapie angeregt, das hirnhypothetische und psychische Gleichgewicht wiederherzustellen, können sie umso besser produktiv zur gesellschaftlichen Entwicklung beitragen.

Zum Schluss möchte ich mich den Worten von Dr. Charles Muli anschließen: „Frieden und Sicherheit entwickeln sich dort, wo Autonomie, Wertschätzung und Empathie konsequent gelebt werden können: to reach peace, teach peace!“



Beate Leinberger mit Kindern einer Einrichtung der Mully Children's Family in Kenia

Einführung ins TraumaHelfer-Konzept nach Leinberger & Loew. Dort ausgebildete Psycholog*innen verfügen zwar über Kenntnisse zu psychischen Störungen, sie erlernen aber keine Psychotherapieverfahren nach europäischem Verständnis, sondern „Counseling“, das in etwa mit klientenzentrierter Gesprächsführung verglichen werden kann und nicht spezifisch auf Traumaregulation ausgerichtet ist. Um einen späteren Erfolg zu überprüfen, wurden die Kinder und Jugendlichen mit dem „Regensburg Intercultural Stress Check“ (RISC) gescreent. Circa zwei Drittel von ihnen sind mittel bis schwer belastet. Sie sollen nun regelmäßig neben der üblichen psychologischen Versorgung Interventionen zur physiologischen Stressregulation erhalten, ein weiteres Screening wird dann den Entwicklungsverlauf darstellen. Ich bin gespannt, aber auch zuversichtlich und freue mich, dass ich die Arbeit dort kennenlernen

Zehn Jahre PiA-Politik-Treffen

Von **Ariadne Sartorius**

Am 28. Mai feierte das PiA-Politik-Treffen (PPT) seinen zehnten Geburtstag; man traf sich – das es zweimal jährlich stattfindet – zum 20. PPT! Auf diesem Treffen verabschiedete sich unser Vorstandsmitglied Ariadne Sartorius als letztes verbliebenes Gründungsmitglied aus dem Organisationsteam. Zeit, für einen Rückblick auf zehn Jahre PiA-Politik, in der viele Hürden und Stolpersteine überwunden wurden und die sich zu einer Erfolgsgeschichte entwickelt hat.

Damals, vor gut zehn Jahren, wollten die Gründungsmitglieder einen Ort schaffen, an dem es – unabhängig von Verbändepolitik – um die Interessenvertretung von Ausbildungstherapeut*innen geht. Mit dabei waren Ariadne Sartorius vom bvvp, Kerstin Sude von der DPtV, Jean Rossilhol, damals VPP, und Katharina Röpcke, die inzwischen Katharina Simons heißt und sich bei der DPtV engagiert. Zwar gab es damals schon die sogenannte Bundeskonferenz PiA, die aus den PiA-Sprecher*innen der einzelnen Landeskammern bestand, jedoch waren die Möglichkeiten zur Beteiligung begrenzt. Um mitzuarbeiten, musste man nicht nur PiA sein, sondern auch als solche in entsprechende Positionen gewählt worden sein, und man konnte zudem nach der Approbation seine Arbeit nicht mehr fortführen. Dies hatte dazu geführt, dass Nachfolgende sich viel wertvolles Wissen und Engagement immer wieder neu erarbeiten mussten. Eine weitere Hürde war – und ist es bis heute –, dass PiA nicht in allen Landespsychotherapeutenkammern Mitglied sein und sich dort engagieren konnten.

Im PiA-Politik-Treffen sollte jede*r Interessierte die Möglichkeit haben, sich für PiA-Politik einzusetzen. Dabei ist es ein Gentlemen's-Agreement innerhalb des Orga-Teams, dass dort keine Verbändeinteressen, zum Beispiel in Form der Verbreitung von Werbung, verfolgt werden dürfen. Einzig die sogenannten „PiA-Beutel“

sind zugelassen, in denen den PPT-Teilnehmenden Material von den ideell und finanziell unterstützenden Verbänden zur Verfügung gestellt wird. Es geht also eindeutig um die Sache: die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen von PiA.

Das erste PPT fand am 15. März 2012 in Berlin statt. Unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stark“ wurde die „Berliner Agenda Psychotherapieausbildung“ verabschiedet. Schon damals mit dabei: Johannes Klein-Heßling von der BPTK. Er war der erste Referent.

Von einem kleinen, unbekanntem Treffen mauserte sich das PiA-Politik-Treffen zu einer „Organisation“, die es sogar in eine Anhörung im Deutschen Bundestag geschafft hat. Neben diversen politischen Aktivitäten wurden in den vergangenen zehn Jahren Stellungnahmen diskutiert und verfasst, Bundestagsabgeordnete eingeladen und sehr viel Öffentlichkeitsarbeit für die Anliegen der PiA gemacht. Kooperationspartner*innen wie die BPTK, die Bundeskonferenz PiA, die Fachschaft der Psychologischen Fachschaften, Ver.di sowie Psychologists for Future sind inzwischen ständige Gäste des PPT.



Organisationsteam 2012 (v.l.n.r.): Ariadne Sartorius (bvvp), Kerstin Sude (DPtV), Katharina Röpcke (PfgB), Jean Rossilhol (VPP)

Ein erster PiA-Protest-Videoclip erschien bereits 2013, ihm folgten weitere, die teilweise auch die Protestaktionen dokumentierten, wie zum Beispiel einen bundesweiten Flashmob. Pressemitteilungen und Wahlprüfsteine wurden erarbeitet sowie eine Change-org-Petition, die dem PPT erstmals die Türen zum Bundestag öffnete: Der damalige Vorsitzende des Gesundheitsausschusses Erwin Rüdell begrüßte die Vertreter*innen des PPT persönlich. Es ergaben sich im Lauf der Zeit Kontakte zu Bundestagsabgeordneten diverser Parteien, zu nennen sind hier exemplarisch Dirk Heidenblut (SPD), Maria Klein-Schmeink (Die Grünen) und Wieland Schinnenburg (FDP) sowie Sylvia Gabelmann (Die Linke). Selbst der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ließ sich einmal vor dem Gebäude des Bundestags auf ein Gespräch mit Orga-Teilnehmenden ein, als er ihnen mehr oder weniger zufällig über den Weg lief.

Inzwischen trifft sich das PPT nicht nur in Präsenz vor Ort, sondern die Änderungen infolge von Corona wurden genutzt, um auf die hybride Veranstaltungsform umzustellen. Dies macht es möglich, zu wählen, ob man real oder digital teilnehmen möchte. Noch immer werden Stellungnahmen erarbeitet und darauf hingewirkt, dass wieder eine Einladung zur Anhörung in den Gesundheitsausschuss kommt, in dem schon seinerzeit unser Hamburger Vorstandsmitglied Katharina van Bronswijk für das PPT so souverän auftrat. Das PPT ist zudem Gast im Gesprächskreis II, dem Zusammenschluss aller Psychotherapieverbände, der sich regelmäßig zweimal jährlich trifft. Es erhält Einladungen und Interviewanfragen, auch der MDR war bereits vor Ort und filmte. Dabei führten die Redakteure Interviews mit dem damaligen Gesundheitsausschussmitglied Maria Klein-Schmeink, bvvp-Vorstandsmitglied Ariadne Sartorius und Johannes Klein-Hessling, der in dem Fernsehbeitrag für die BPTK sprach.

„Rückblickend bleiben viele schöne Erinnerungen, auch manche, die mich schmunzeln lassen“, so das Fazit von Ariadne Sartorius bei ihrer Verabschiedung aus dem Orga-Team des PPT. „Ich erinnere mich, wie eine Bundestagsabgeordnete einmal zu Gast war, ganz zu Anfang des PPT, die das Niveau der an sie gestellten Fragen nicht erwartete. Als sie es bemerkte, verließ

sie nach kurzer Zeit das Treffen. Der angegebene Grund war vermutlich eher ein Vorwand. Ich erinnere mich auch, wie ich für einen bundesweiten Flashmob 500 T-Shirts drucken ließ, diese einzeln faltete und in Paketen an die verschiedenen Orga-Teams in den Bundesländern verschickte. Was für ein Anblick, als sich 500 T-Shirts zu Hause im Wohnzimmer stapelten. Ich erinnere mich an kreative, lustige Brainstormings zur Titelfindung des nächsten PPT, an eine Vielzahl wunderschöner menschlicher Begegnungen und an die politische Power in den diversen Protestaktionen.



PiA-Politik-Treffen 2022, Autorin Ariadne Sartorius (4.v.l.) im Kreis von bvvp-Aktiven des Jungen Forum

Einmal haben wir am Rande des Deutschen Psychotherapeutentages mit den Delegierten gemeinsam einen Protestsong gesungen. Aber es gab auch viele lange Abende in Videokonferenzen und Unmengen von E-Mails. Das PPT hat sich gemausert von einem Treffen der für PiA-Interessen Engagierten zu einem gesellschaftlichen Player und Gesprächspartner, der angehört wird – dank des Engagements der Aktiven und dank der Unterstützung der Verbände. Ich hoffe, dass die Politik für Ausbildungstherapeut*innen und Weiterbildungstherapeut*innen irgendwann mal so weit ist, dass es das PPT gar nicht mehr braucht, weil die Missstände, die zur Gründung des PPT geführt hatten, behoben sind.“

Weitere Informationen und Fotos zur Geschichte des PiA-Politik-Treffens finden Sie auf <https://piapolitik.de/>

EGO-STATE-THERAPIE

Zertifizierte Fortbildung in Bonn
Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



Unser spezieller Qualitätsbonus: Wir unterrichten zu viert. Vorträge im Wechsel, lebendige Praxisdemos, intensive Kleingruppenbetreuung.

Das Buch zum Kurs – neu bei V & R: Leutner/Cronauer: Traumatherapie-Kompass



Begegnung, Prozess und Selbstentwicklung in der Therapie mit Persönlichkeitsanteilen

Curriculum 2022-23

Seminar 7 Spezial-EMDR/EST am 27.+28.01.23

Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMD

Seminar 8 Spezial-Körpersprache am 24.+25.03.23

Die Körpersprache der Ego-State

Curriculum 2023-24

Seminar 1 am 13.+14.01.23

Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenreichen Anteilen

Seminar 2 am 03.+04.03.23

Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen

Seminar 3 am 21.+22.04.23

Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen

Seminar 4 am 18.+19.08.23

Kontaktaufnahme und Arbeit mit kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

Seminar 5 am 20.+21.10.23

Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 24.+25.11.23

Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

Die Seminare 1-8 sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum: zur Ego-State Therapeut:in.

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

Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de



www.EST-Rheinland.de

Autor*innenverzeichnis



Nora Blum

CEO und gemeinsam mit Katrin Bernbach Gründerin von Selfapy (2016). Sie hat an der University of Cambridge Psychologie studiert und verschiedene Stationen im klinischen Bereich durchlaufen



Dipl.-Psych. Ulrike Böker (UB)

Mitglied im Bundesvorstand des bvpv, Stv. Vorsitzende des bvpv BW, Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW und der KBV, Mitglied im BFA der KV und der KBV, stv. Mitglied im Bewertungsausschuss u. a.



Andreas Gohlke

Diplom-Sozialarbeiter, systemischer Therapeut (hsi), systemischer Supervisor / Coach (ISTN), arbeitet seit 2000 zum Thema Medienabhängigkeit, Einrichtungsleitung beim Diakonischen Werk Darmstadt-Dieburg



Doreen Hehde

Mitglied im Vorstand des bvpv-Landesverbands Sachsen-Anhalt, Geschäftsstellenmitarbeiterin der bvpv-Landesverbände Baden-Württemberg, Sachsen und Thüringen, Redakteurin in der Presse- und Marketingabteilung des mdr



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Beisitzer im bvpv-Bundes- und Landesvorstand des bvpv BW, Mitglied in der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg, Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht



Dr. phil. Beate Leinberger

Professorin für Sozialwissenschaften an der IU Internationale Hochschule (Regensburg), Psychologin, Sozialpädagogin, KJP, Kulturwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Regensburg



Mag. rer. nat. Julia Neumann

Psychotherapeutin, klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin in freier Praxis in Baden bei Wien. Mitautorin des Buches „Social-Media-Profile in Psychotherapie, Beratung und Coaching“



Bettina Rommelfanger

Leiterin der Task Force gegen Hass und Hetze beim LKA Baden-Württemberg und kommissarische Leiterin des LKA-Stabes. Seit 2001 im Polizeidienst mit Stationen bei der Landespolizei und als Leiterin der Landesprävention



Ariadne Sartorius

Stv. Vorsitzende des bvpv, Landesvorsitzende des bvpv Hessen und u. a. in der DV der PTK Hessen, im Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung sowie der KJP-AG der LPPKJP, im KJP-Ausschuss der BPTK



Dr. med. Bettina van Ackern

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Psychoanalyse und Gruppentherapie, Mitglied im Ethikverein, von 2014–2017 aktive Beraterin; Dozentin, Vors. bvpv BY, Stv. Vorsitzende des bvpv, Delegierte KVB Bayern und BLÄK



Dipl.-Päd. Hilal Virit

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) in Neulsenburg. Daneben versorgt sie als Influencerin auf Social Media Eltern und Kinder bzw. Jugendliche mit Informationen über psychische Störungen/Erkrankungen: hilalvirit.de



Claudia Völker-Cheung

Mitarbeiterin der Öffentlichkeitsarbeit des bvpv. Studium der Romanistik und Geschichte. Journalistin und Mediatorin. Arbeitet in Berlin als Familienmediatorin und vermittelt in Konflikten und Streitgesprächen



Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Landshut. Bundesvorsitzender des bvpv, Mitglied im Landesvorstand des bvpv Bayern



Carsten Wanzel

Seit 2002 bei der Polizei Baden-Württemberg. Nach Stationen im Streifendienst und beim Personenschutz ist der Polizeihauptkommissar im LKA im Bereich Prävention von Mediengefahren und Gewaltprävention tätig

Angriffe auf die Seele

Buchbesprechung von Bettina van Ackern

„Dieses Buch soll nachdenklich machen und sensibilisieren. Sensibilisieren für Vorgänge, bevor sie selbstverständlich werden“. Volker Münch gibt mit seinem Buch einen Einblick in die Ökonomisierung und Digitalisierung unseres Psychotherapiealltags und weist auf deren Auswirkungen auf unsere Arbeit in der psychotherapeutischen Praxis hin.

Das Buch gliedert sich in drei Stränge. Zum einen fragt er, was in unser aller Alltag durch die Digitalisierung passiert. Zum Zweiten geht er der Frage nach, wie sich die Ökonomisierung und Digitalisierung auf unsere Arbeit und den Berufsalltag auswirken. Und zum Dritten bewegt ihn, was die Ökonomisierung und Digitalisierung in unser aller Denken bewirkt und welche „Angriffe“ damit „auf unsere Seele“ verbunden sind.

Der Autor setzt sich unter psychodynamischen Gesichtspunkten damit auseinander, wie sich die Gesellschaft, unsere Patient*innen und wir selbst uns verändern und welche Erwartungen auf Gesundung durch fortschreitende Digitalisierung und Ökonomisierung in diesem Prozess geweckt werden. Psychotherapie ist Beziehungsarbeit – ansetzend bei dieser Überzeugung diskutiert er die Frage, was mit Menschen passiert, die mit einer Beziehungsstörung in unsere Praxen kommen und dem Einfluss der modernen Medien in einer Weise ausgesetzt sind, die zu Distanzierungen in Beziehungen führen. Er fordert, die psychodynamischen Verfahren müssten ihre Expertise zur Verfügung stellen, um sich mit den seelischen Auswirkungen der Digitalisierung auseinanderzusetzen und diese zu erforschen.

Auch für Psychotherapeut*innen werde die Arbeitswelt durch Digitalisierung und ökonomische Zwänge anstrengender und damit bleibe weniger Zeit und Ressource für die Patient*innen, so Volker Münch. Er setzt sich auch kritisch mit den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGas) auseinander. Diese suggerierten teilweise in ihren Werbetexten, dass – der Wellnesslogik folgend – psychische Schmerzen einfach aus der Welt zu schaffen seien und so konsumartig

Heilsversprechen anboten. Statt dass Patientinnen und Patienten die schmerzhaften Erfahrungen in der Therapie und in der persönlichen Auseinandersetzung mit ihren Therapeut*innen verstünden und auf diesem Wege überwinden könnten, würden ihnen schnelle und einfache Lösungen und Wohlergehen versprochen.

Er appelliert an die Profession, sich mit diesen Themen in den Fachgremien auseinanderzusetzen, vor allem aber auch im öffentlichen Raum allgemein, damit auch Menschen, die nicht fachgebunden sind, unsere Arbeit und die von der Digitalisierung und Ökonomisierung ausgehenden möglichen Gefahren bei der Behandlung von Patient*innen besser verstehen.

Zusammenfassend gibt das Buch einen guten Ausblick auf die aktuell wichtigen, die Psychotherapie betreffenden gesellschaftlichen Veränderungen und zeigt Bedrohungen auf. Es ist Volker Münch ein Anliegen, dass wir Psychotherapeut*innen uns intensiv mit diesen Themen auseinandersetzen, um drohende Gefahren für unseren Berufsstand abzuwehren: Die „Stimme der eigenen Profession zu erheben, ist die Voraussetzung dafür, gehört zu werden“. Er hofft auf viele angehende Psychotherapeut*innen, die sich berufspolitisch engagieren. Wir alle seien gefragt: „Überzeugen wir die Player des Gesundheitssystems. Zeigen wir uns mit unserem Wissen!“

Seinem Appell kann ich mich nur anschließen. Wir brauchen engagierte Kolleg*innen, die sich aktiv für unseren Berufsstand einsetzen. Damit wir uns auch

weiterhin ohne Zwänge von außen auf die Behandlung unserer Patient*innen konzentrieren können. Die bisher erreichten Erfolge sind nicht selbstverständlich!



ISBN: 9783955583101
Verlag Brandes & Apsel,
Frankfurt am Main



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 Euro.

WAS WIR UNSEREN MITGLIEDERN BIETEN

Interessenvertretung

Der bvvp ist der Verband, der sich integrativ für die Interessen aller Vertragspsychotherapeut*innen (Ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen) einsetzt – und das verfahrensübergreifend. 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 | das einfach zu handhabende Qualitätsmanagementprogramm für Psychotherapeut*innen q@bvvp | Broschüren zu Berufs- und Sozialrecht, Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen sowie Kooperationsformen, zum Teil mit Musterdokumenten | vieles mehr

Regelmäßige Informationen zur Psychotherapie und Berufspolitik

Kostenfreies vierteljährliches Mitgliedermagazin PPP – Psychotherapie in Politik und Praxis | Info Aktuell zu Gesetzes- und Richtlinienänderungen | E-Mail-Service zu aktuellen Entwicklungen

Vergünstigungen

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

Junges Forum

Spezielle Angebote unter anderem für PiAs, Ärzt*innen in psychotherapeutischer Weiterbildung und frisch Approbierte: www.bvvp.de/junges-forum

Wissensspeicher

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



Weitere Informationen und ein Formular zum Weiterreichen finden Sie auf unserer Homepage.
www.bvvp.de/mitglieder-werben-mitglieder