

PPP

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e. V.

Wir können nur im Leid begleiten

Experten-Gespräch über die Folgen
für Kinder und Jugendliche

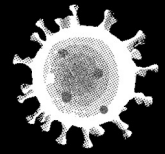
Wir müssen reden!

Prof. Dr. Reinhold Göring beklagt
einen Einbruch der Diskurse

Was bleibt von Corona?

**Eine Bestandsaufnahme
aus psychotherapeutischer Sicht**

01/2023



Mitgliedschaft zum Schnupperpreis!

Sie sind Psychotherapeut*in mit Kassensitz? Dann testen Sie den bvvp.

Als Neumitglied können Sie 2023 täglich den vollen Service unseres schlagkräftigen Berufsverbands nutzen – zum monatlichen Preis von nur einem Kinoticket!
Schon mit 15 Euro sind Sie dabei!*



* Der reguläre Mitgliedsbeitrag ab 01.01.2024 richtet sich dann nach den Gebührenordnungen der bvvp-Landesverbände. Alle Teilnahmebedingungen finden Sie unter: <https://bvvp.de/15-euro-jahresangebot-2023/>

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es zeichnet sich ab, dass die Coronapandemie abklingt. Die Normalität hält zunehmend Einzug in den Alltag und die Praxen. Angespannt bleibt die Lage in den Kliniken, aber das hat weniger mit Corona als mit verfehlter Gesundheitspolitik zu tun. Schon vor 20 Jahren, als unser aktueller Gesundheitsminister Karl Lauterbach Berater von Ministerin Ulla Schmidt war, wurden die Weichen falsch gestellt, nämlich in Richtung Ökonomisierung der Krankenhäuser. Immerhin scheint bei Herrn Lauterbach das Verständnis gewachsen zu sein, dass die Kindermedizin wesentlich mehr wirtschaftliche Unterstützung benötigt. Durch das Fallpauschalen-System wurden viele Kinderkliniken totgespart. Die mahnenden Worte von Ärzt*innen und Gesundheitspolitiker*innen scheinen den Minister nun zu erreichen. Die Arbeit im Bundesministerium für Gesundheit hat Fahrt aufgenommen: Es wird ein Gesetzentwurf zur Änderung der Approbationsordnung entwickelt; auch zur Versorgung sind zwei neue Gesetzesvorhaben angekündigt. Die ursprünglich zum 1. Januar 2023 geplante Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens wurde glücklicherweise noch nicht realisiert. Patient*innen wie Psychotherapeut*innen brauchen die Vorabwirtschaftlichkeitsprüfung der Kontingente weiterhin.

„Was bleibt von Corona?“ Auf alle Fälle bleiben neue Diagnosen wie Long COVID, auch die Krankheit ME/CFS rückt stärker ins Bewusstsein. Die Psyche, das hat Corona gezeigt, leidet stets mit, wenn der Körper schwer erkrankt. Die langwierigen Folgen nach Virus-Infektionen – zum Beispiel mit dem Epstein-Barr-Virus – sind schon länger bekannt. Auch andere haben dieses seltsam prolongierende Kranksein zur Folge. Möglicherweise handelt es sich um eine Verlängerung des sogenannten Sickness-Behavior. Diese Art Rückzug leitet das Immunsystem eigentlich ein, um schwere Infektionen auszuheilen. In Long COVID oder ME/CFS scheint sich der Prozess zu verselbstständigen. Spannende Klärungsversuche zu Hintergründen und angemessenen Formen der Behandlung liefern Christine Allwang und Bettina Grande aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Publizistin Marina Weisband kommt als Betroffene zu Wort.

Nicht weniger langwierig sind die Folgen von Corona im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die bvvp-Vorstandsmitglieder Reinhard Martens und Ariadne Sartorius reflektieren, was von den politischen Bemühungen zur Unterstützung bei den Kindern und Jugendlichen angekommen ist, und fragen, wer die schlimmsten Kollateralschäden der Maßnahmen trägt.

„Spaltungen und Risse“ überschreibt Reinhold Göring seinen Artikel über die psychosozialen Folgen der Pandemie – ein Text, der berührt, weil er aufzeigt, welche subtilen Veränderungen wir durch die Einflussnahmen von Staat, Medien und Wissenschaft in unserem Innern erleben. Neben unseren Fokusartikeln finden analytisch und tiefenpsychologisch arbeitende Kolleg*innen nützliche Hinweise zur Gutachtenabfassung und es gibt Neues zum Thema Konnektortausch. Nicht zuletzt weisen wir auf ein im März startendes weiteres Serviceangebot des bvvp hin: die juristische Beratung durch einen erfahrenen Fachanwalt.



Herzliche Grüße

Benedikt Waldherr,
 Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Inhalt

IM FOKUS WAS BLEIBT VON CORONA?

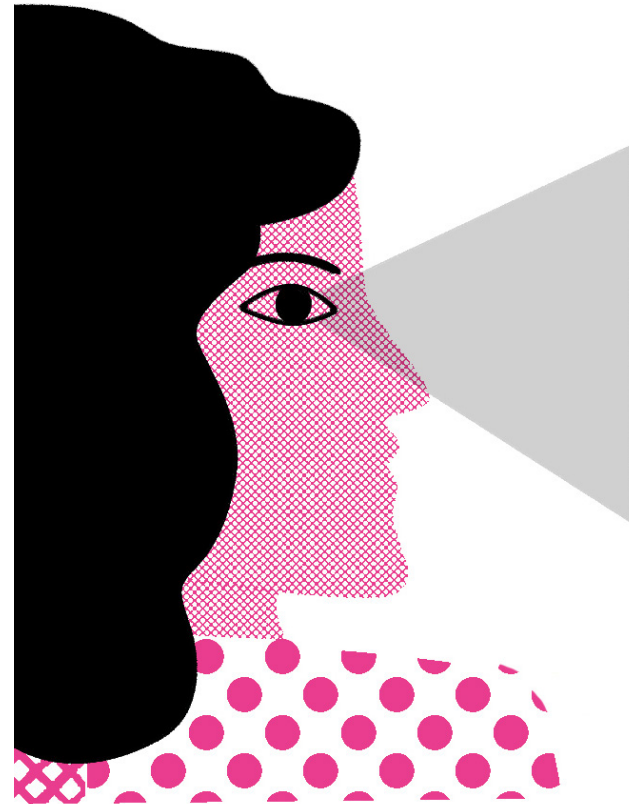
- 06 Einführung
- 08 Kontrovers:
Umgang mit Long COVID
und ME/CFS
- 12 Marina Weisband zum Leben
mit ME/CFS
- 13 Viel versprochen – wenig umgesetzt
Expert*innen-Austausch zur Lage
der Kinder und Jugendlichen
- 17 Spaltungen und Risse
- 20 Traumarelevante Belastung:
Unterstützung für Helfende

BVVP AKTIV

- 22 Berufspolitische Meldungen
- 24 Gutachterverfahren
- 27 Kurz gemeldet
- 28 Digitalisierung:
Konnektortausch (un)vermeidbar?

SERVICE

- 30 Kooperation im Rahmen
der Komplexrichtlinie
- 32 Faszination:
Medizinrecht
- 35 Autor*innenverzeichnis



08

Kontrovers:

Was ist aus psychotherapeutischer Sicht der richtige Umgang mit Long COVID und ME/CFS? Wir haben zwei Expert*innen mit kontroversen Ansätzen zum richtigen psychotherapeutischen Umgang mit den Erkrankten befragt.

13

KJP-Expert*innen im Austausch

Was bleibt von der Pandemiezeit aus kinderpsychotherapeutischer beziehungsweise -psychiatrischer Sicht? Hat die Politik genug getan, um Kinder und Jugendliche zu unterstützen? Über diese Fragen diskutieren die bvvp-Expert*innen Ariadne Sartorius und Dr. Reinhard Martens.



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

17

Spaltungen und Risse

Gelingt uns nicht das Gespräch, wird die Pandemie als das Ereignis in die Geschichte eingehen, durch das die Tendenz zur Übergriffigkeit des Staats und der digitalen Medien auf die Gesellschaft eine entscheidende Beschleunigung erfahren hat. Das sagt der Medienwissenschaftler Prof. Dr. Reinhold Görling.

Redaktion

Martin Klett (V.i.S.d.P.), AutorInnen: siehe Verzeichnis,
Seite 35 · Verantwortlich für den Fokus: Ulrike Böker, Mathias
Heinicke und Reinhard Martens · Redaktionsleitung und
Lektorat: Anja Manz

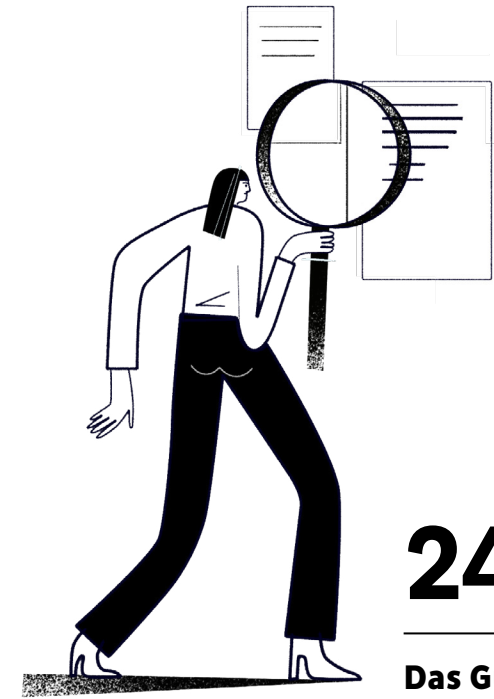
Verlag

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

24

Das Gutachterverfahren – einige Hinweise

Eine mehrheitlich hohe Qualität der Berichte attestiert Petra Sitta, tiefenpsychologisch und analytisch arbeitende Gutachterin, ihren Kolleg*innen. Sie gibt Empfehlungen, damit die eigenen Berichte noch besser werden.



Druck

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

Anzeigen und Beilagen

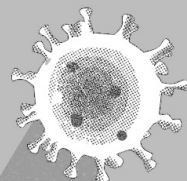
bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gelten die aktuellen Mediadaten von 2023.

© 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:

Wir müssen reden!

Von Ulrike Böker



Anscheinend ist sie so gut wie vorbei, die Pandemie. Man sieht nur noch vereinzelt Gesichtsmasken, die Pflicht zum Tragen beschränkt sich auf wenige Ausnahmesituationen, Veranstaltungen finden wieder statt, Schulen sind geöffnet, ebenso Kindergärten, Hallenbäder, Restaurants ... Zaghafte macht sich auch die Gewohnheit wieder breit, sich zur Begrüßung die Hand zu geben oder sich zu umarmen – die bis zur Pandemie übliche Form von Berührung und Körperlichkeit, von Leib-Haftigkeit.

Kratzt man an der Oberfläche, kommt anderes zutage: Kinder und Jugendliche sind durch die Folgen des Lockdowns nachhaltig belastet. Die Defizite in der schulischen und sozialen Entwicklung werden sich über Jahre insbesondere bei jenen zeigen, die schon vor der Pandemie vulnerebel waren. Viele Menschen leiden unter Long oder Post COVID. Zahlreiche Restaurants, Geschäfte und Veranstalter haben die lange Pause wirtschaftlich nicht überstanden oder die ehemals Mitarbeitenden fehlen. Auch die Verschuldung des Staates hat deutlich zugenommen. Dafür werden kommende Generationen bezahlen müssen.

Gräbt man noch tiefer, stößt man auf die seelischen Verletzungen. Viele Menschen sind an COVID 19 gestorben. Andere konnten sich nicht von ihren im Krankenhaus sterbenden Angehörigen verabschieden. Alte Menschen vereinsamen in Pflegeheimen. Kinder und Frauen waren vermehrt häuslicher Gewalt ausgesetzt. Freundschaften und Beziehungen zerbrachen aufgrund unterschiedlicher Einschätzungen der Notwendigkeit von Corona-Maßnahmen. Die Polarisierung der Gesellschaft verstärkte sich. Das Vertrauen in den Staat hat bei vielen einen tiefen Riss bekommen. Bei anderen zeigen sich hingegen anhaltende Ängste vor Krankheit und davor, nahestehende Menschen anzustecken; das Vertrauen in die eigene Unversehrtheit ist nachhaltig gestört. Auch das Grundvertrauen in andere Menschen wurde erschüttert, denn diese waren zu potenziellen Überträger*innen des Virus geworden. Für Menschen, die ein frühes Bindungstrauma erlebt haben, triggerte und verstärkte dieses Misstrauen die traumatischen Erfahrungen. All das hat tiefe psychische Narben hinterlassen. Und ja: Es hat unbestritten auch ein paar positive Folgen der Corona-Zeit gegeben. Manche sozialen Netze haben sich als tragfähiger als gedacht erwiesen, und es zeigte sich zum Beispiel, dass berufliche Besprechungen per Video lange Anreisen oft überflüssig machen.

Trotzdem: Wir müssen reden! So auch das Fazit des berührenden Beitrags von Professor Dr. Görling, der sich mit den sozialen und emotionalen Folgen der Pandemie beschäftigt, die eben nicht von selbst verschwinden. Unsere Vorstandsmitglieder Ariadne Sartorius und Reinhard Martens tauschen sich unter der Moderation von Mathias Heinicke darüber aus, was aus den Versprechungen der Politik, die Kinder und Jugendlichen zu unterstützen, geworden ist. Fazit: Ernüchternd! Bettina Grande, Psychologische Psychotherapeutin, und Dr. Christine Allwang, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, beantworten unsere Fragen zu Post COVID und ME/CFS. Und wir fragen die fachliche Leiterin des Vereins PSU-Akut: Wie geht es nach Corona eigentlich den traumatisierten Helfern im Gesundheitssystem?

Wir reden!

Kontrovers:

Umgang mit Long COVID und der Krankheit ME/CFS

Immer häufiger sind niedergelassene Psychotherapeut*innen konfrontiert mit Patient*innen mit den Diagnosen Long COVID und ME/CFS. Insbesondere die Myalgische Enzephalomyelitis/das Chronische Fatigue-Syndrom gilt als sehr komplexes Krankheitsbild. Es gibt eine durch die Pandemie neu befeuerte Kontroverse um die körperlichen bzw. psychischen Hintergründe und den richtigen psychotherapeutischen Umgang mit den Erkrankten. Wir befragten dazu im getrennten schriftlichen Interview Dr. med. Christine Allwang, leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar, und Bettina Grande, psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, tätig in einer Fachpraxis des Long COVID Netzwerks der KVBW.

Gibt es aus Ihrer Sicht Grund zur Annahme einer einheitlichen und abgrenzbaren Störung ME/CFS? Falls ja, was sind die maßgeblichen Kriterien?

DR. CHRISTINE ALLWANG: ME/CFS äußert sich durch multiple Körperbeschwerden mit ausgeprägter Erschöpfung ohne hinreichende organpathologische Korrelate. Die Diagnosestellung erfolgt durch klinische Diagnostik, die sich insbesondere an kanadischen Konsensuskriterien orientiert. Aktuell ist ME/CFS

nicht als klar abgrenzbare Erkrankung zu sehen, da die Symptome sowohl intra- als auch interindividuell in ihrer Intensität stark fluktuieren, unspezifisch sind, das heißt, auch bei anderen Syndromen und Erkrankungen auftreten, und keine spezifischen biologischen Marker existieren. Somatische Hypothesen zu potenziell zugrunde liegenden Pathomechanismen müssen für eine valide Aussage bezüglich Generalisierbarkeit weiter in klinischen Studien an einer genügend großen Anzahl Betroffener reproduziert werden. Neben den somatischen Hypothesen gibt es zunehmend Erkenntnisse zu psychosozialen Vulnerabilitätsfaktoren. Das heißt explizit nicht, dass es sich bei ME/CFS um eine psychisch verursachte Erkrankung handelt, was im Kontext dieses Syndroms wiederholt zu Missverständnissen geführt hat. Es heißt potenziell vielmehr, dass psychosoziale Kontextfaktoren bei ME/CFS – wie bei jeder anderen Erkrankung – immer mit in Betracht gezogen werden müssen, im Sinne eines „Sowohl als auch“ und nicht eines „Entweder – oder“, um die Betroffenen in ihrer Ganzheit zu betrachten.

DIPL.-PSYCH. BETTINA GRANDE: ME/CFS ist eine neuroimmunologische Erkrankung, auslösbar unter anderem durch Viren (COVID-19), die zwar 1969 in der ICD (G93.3) kategorisiert wurde, jedoch kaum bekannt ist. Zu der Erkrankung wurde in der Vergangenheit wenig geforscht, sodass es noch keinen Biomarker gibt, der eine einfache Diagnose ermöglichen würde. Ein recht klares klinisches Kriterium ist jedoch die Post Exertional Malaise (PEM). PEM bedeutet die Verschlechterung der Symptomatik nach körperlicher, kognitiver oder emotionaler Anstrengung. Dieser gesundheitliche Einbruch zwingt die Betroffenen in eine vollständige Passivität und tritt sofort oder mit zeitlicher Verzögerung von bis zu 48 Stunden ein. Während eines solchen „Crashes“ geht es den Betroffenen besonders schlecht: Sie haben häufig ein grippeähnliches Krankheitsgefühl, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, zeigen eine starke Empfindlichkeit gegenüber Reizen jeglicher Art, Schlafstörungen, kognitive Symptome (Brain Fog) und vieles mehr.

Die Aufzählung macht deutlich, dass es sich bei ME/CFS um etwas völlig anderes handelt als um eine Fatigue, ähnlich der Antriebslosigkeit etwa bei einer Depression oder der Verfassung während oder nach einer Chemotherapie. Jede Art von Anstrengung bzw. Anforderung (körperlich, sensorisch, mental, psychisch belastend oder erfreulich) kann als Auslöser wirksam sein, und zwar je nach Krankheitsschwere ganz unterschiedlich: Für den schwer Erkrankten kann es der Lichteinfall

ins abgedunkelte Zimmer sein, für weniger schwer Betroffene der Weg zum Einkauf, der Besuch der Freundin oder ein Telefonat, das zum Crash führt.

Wie verhält sich ME/CFS aus Ihrer Sicht zu Long COVID und welche Unterschiede gibt es? Über welche diagnostischen Möglichkeiten verfügen wir?

CA: ME/CFS und Long COVID sind unterschiedliche Dinge, wobei es phänomenologisch eine Überschneidung der geschilderten Symptome gibt. Bei beiden Syndromen ist eine ausgeprägte körperliche wie auch geistige Erschöpfung federführend,

wobei bei Long COVID in der Regel eine größere Zahl an Symptomen und eine größere Varianz an Schweregraden als bei ME/CFS vorhanden ist. Für die Betroffenen besteht in beiden Fällen eine massive Beeinträchtigung der Lebensqualität, in der Regel einhergehend mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten bis hin zu frühzeitiger Berentung. Die Diagnosestellung eines Long-COVID-Syndroms erfolgt bei Fortbestehen oder Wiederauftreten von Symptomen vier Wochen nach Infektion mit

Es gibt eine Kontroverse um die körperlichen und psychischen Hintergründe von ME/CFS. Wie und mit welchen Argumenten positionieren Sie sich zum Einfluss psychischer Faktoren?

CA: Es ist zu hoffen, dass das Phänomen Long COVID, das die alte Kontroverse spürbar neu befeuert, es ermöglicht, alte Fronten aufzuweichen. Es entspricht der Natur einer jeden Krankheit, sowohl somatische wie psychische Faktoren zu enthalten, die in ihrem jeweiligen Anteil

im Verlauf einer Erkrankung fluktuieren. Das meint nicht eine psychische Genese, sondern berücksichtigt die individuelle Lebensgeschichte, darin enthaltene biologische und biografische Vulnerabilitätsfaktoren und entsprechend vorhandene Ressourcen ebenso wie aktuelle Erwartungen und Belastungen. All dies spielt eine Rolle – gleich, ob sie ein nachweisbares organisches Korrelat haben oder ob ein solches nicht in einem Maß vorhanden ist, das die Beschwerden hinreichend erklärt. Der Einfluss dieser bio-psychosozialen Faktoren in der Entstehung, im Umgang und in der Aufrechterhaltung von Krankheiten bildet den Kern eines

Fatal dabei: Mit jedem neuerlichen Crash ist ungewiss, ob der vorherige Zustand wieder erreicht werden kann oder ob er sich bleibend verschlechtert.

SARS CoV-2. ME/CFS erfordert ein Vorhandensein von Symptomen ausgeprägten Schweregrads für mindestens sechs Monate nach einer beliebigen Virusinfektion. Bestehende Symptome sind jeweils nicht durch eine hinreichende Organpathologie und spezifische Labordiagnostik zu bestätigen, die Diagnosestellung erfolgt in beiden Fällen klinisch.

BG: Der zentrale Unterschied macht sich an der Dauer der Erkrankung und am Vorliegen von PEM fest. Bleiben die Symptome nach der Infektion ein halbes Jahr bestehen, kommen neue dazu und liegt PEM vor, so muss von ME/CFS ausgegangen werden. PEM können wir über die Messung der Handkraft darstellen: Mithilfe eines Dynamometers wird nach einer Stunde die Wiederholbarkeit der gemessenen Handkraft geprüft; beim Vorliegen von PEM verschlechtert sich die Leistung signifikant.

ganzheitlichen medizinischen Verständnisses, so wie es generell durch die psychosomatische Medizin vertreten wird.

Im Falle von Long COVID zeigen nun mehrere große Längsschnittstudien, dass sich psychosoziale Faktoren als wichtige Prädiktoren für die Entstehung und insbesondere Aufrechterhaltung eines Long-COVID-Syndroms herauskristallisieren. Insofern spielen psychische Faktoren also durchaus eine Rolle, aber eben nicht rein ursächlich-ätiologisch, sondern als Faktoren in der Mitentstehung und im Umgang mit vorhandenen Beschwerden. Dies zu berücksichtigen, um den Betroffenen die am besten geeignete Therapie zukommen zu lassen, wäre im Sinne einer optimalen Behandlung wünschenswert.

BG: In dieser Frage sollten wir als Psychotherapeuten sehr zurückhaltend sein, weil inzwischen fast täglich neue somatische Befunde zu den Folgen von COVID-19-Infektionen veröffentlicht werden. Die Psychosomatik und viele Psychotherapeuten waren in der Vergangenheit immer wieder verführt,

sich für Krankheiten ohne zureichende somatische Erklärung therapeutisch zuständig zu fühlen, und mussten später das so gewonnene Terrain wieder abgeben oder sich auf eine Nebenrolle als begleitende Therapie beschränken, wenn wirksame somatische Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten gefunden wurden. Während des ersten Long-COVID-Kongresses (Jena 11/22) wurde eine wesentliche Beteiligung psychischer bzw. psychosomatischer Faktoren am Krankheitsgeschehen von keinem Referenten vertreten bzw. dies mehrfach explizit verneint. Meine Erfahrungen mit Betroffenen bestätigen das, und ich betrachte ME/CFS als das, was es ist: eine schwere neuroimmunologische

Erkrankung mit möglichen Folgen für die Psyche. Dieses somatische Verständnis der Krankheit ist für eine authentische psychotherapeutische Haltung gegenüber den Betroffenen unabdingbar. Ohne die Erkrankung mit ihren Einschränkungen – inklusive PEM – verstanden zu haben, kann ich keine aufrichtige therapeutische Beziehung eingehen. Auch würde ich den Betroffenen in der Therapie, zum Beispiel durch aktivierende Therapieelemente, eine Rolle zuweisen, die sie schädigen könnte – was einer der Gründe ist, warum Betroffene sich gegen die Psychologisierung ihrer Erkrankung zur Wehr setzen.

Prozess begleiten und fördern, verfügen aber nicht primär über ein überlegenes Wissen, welches ihnen erlauben würde, die Betroffenen mit „professioneller Autorität“ zur Aktivität anzuhalten. Die Berichte Betroffener zeigen immer wieder, wie sie nach gewohnter und erprobter therapeutischer Praxis dazu ermutigt wurden, über die von ihnen wahrgenommenen Grenzen hinauszugehen, anstatt zu „vermeiden“. Mitunter wurde leider auch fehlende Motivation unterstellt, wenn sie mit Rücksicht auf ihre Grenzen an bestimmten therapeutischen Maßnahmen nicht teilnehmen wollten. Hier ist sehr viel

Aufklärung notwendig. Die KVT wiederum ist problematisch, weil sie Gefahr läuft, die Selbstwahrnehmung Betroffener bezüglich ihrer Grenzen als dysfunktionale Kognitionen zu deuten und damit ihr Erfahrungswissen über das für sie Zuträgliche zu pathologisieren. Besonders gefährlich wird es, wenn das Phänomen PEM selbst als dysfunktionale Kognition gedeutet und als Gegenstand korrigierender therapeutischer Interventionen gesehen wird. Genau das geschieht aber von Seiten einzelner Vertreter der Psychosomatik ganz explizit.

Besonders kontrovers ist die Diskussion um die Bedeutung aktivierender therapeutischer Verfahren (Graded Exercise Therapy, GET) und der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT, CBT). Wie ist Ihre Haltung in dieser Frage?

CA: Die Nützlichkeit beider Verfahren wird von einigen sehr kritisch diskutiert, andere nehmen sie als therapeutische Möglichkeiten mit ausreichend guter Evidenz wahr. Ganz generell ist es die Idee aktivierender Verfahren, Betroffene ins Leben zurückzuführen und Handwerkszeug bereitzustellen, mit dem dies möglich ist. In den kontroversen Diskussionen geht

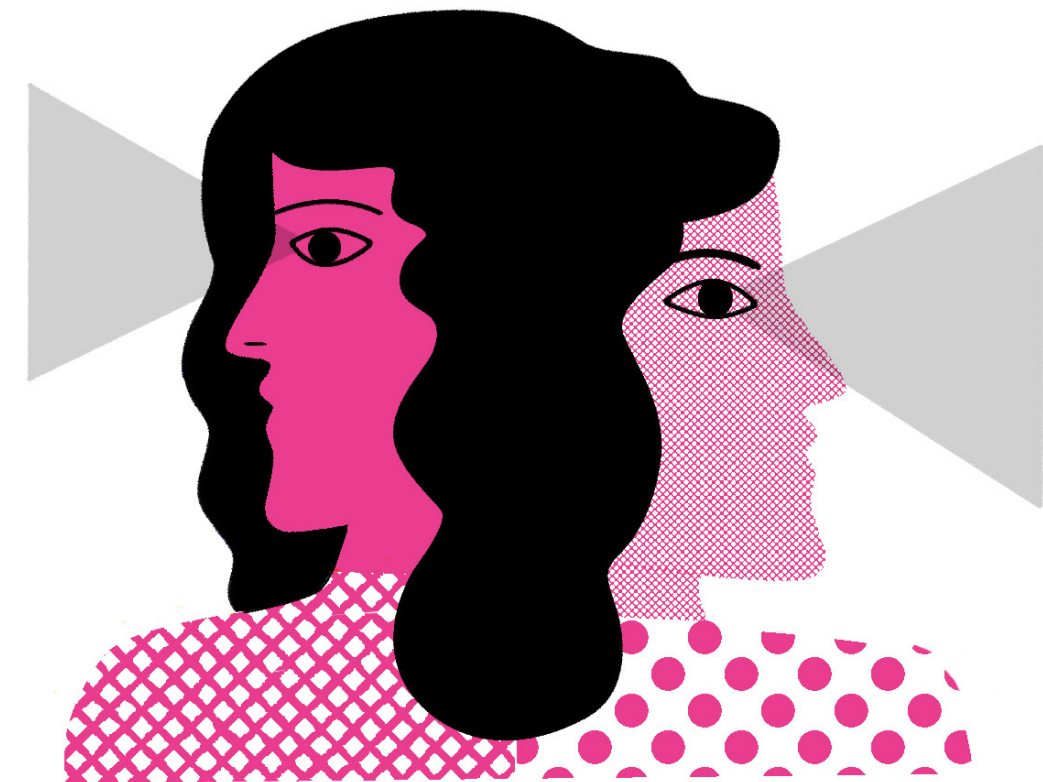
es insbesondere um die Begriffe „graded“, also eine stufenweise immer weiter ansteigende Belastungsintensität, und „exercise“, was oftmals mit klassischem Sporttraining verwechselt wird. Bezogen auf Long COVID ist meine Haltung, dass eine gewisse Aktivierung durchaus positive Effekte haben kann, was auch von vielen Betroffenen bestätigt wird. Essenziell ist hierbei ein individuell erstelltes Programm, das idealerweise unter engmaschiger Supervision stattfindet, um eine Überlastung und zu schnelle Steigerung der Leistung unbedingt zu vermeiden. Viele von Long COVID Betroffene neigen dazu, sich zu überfordern, da es sich oft um vormals aktive, junge und leistungsfähige Menschen in einer für sie völlig neuen Situation handelt, die es bisher nicht kannten, in kleinen Schritten voranzukommen oder einen Zustand nicht durch eigene Willensstärke beeinflussen zu können.

Die Kontroverse bezüglich der kognitiven Verhaltenstherapie bezieht sich auf die Fehlannahme, sie würde empfohlen, weil es sich um eine psychogene

Erkrankung handle. Die Verhaltenstherapie soll, ganz ihrer Natur gemäß, Methoden zur Verfügung stellen, das eigene Verhalten beziehungsweise den Umgang mit bestimmten Situationen/Körperbeschwerden zu reflektieren und dies gegebenenfalls zu adjustieren, um eine bessere Lebensqualität zu erreichen. Bei denjenigen Betroffenen, die zusätzlich zu den anhaltenden Körperbeschwerden weitere Symptome wie zum Beispiel die einer Depression oder Angststörung zeigen, bietet die Verhaltenstherapie ebenso Unterstützung.

In meinen Augen könnte man viel gewinnen, wenn man sich eventuell über neue, nicht vorbesetzte Begrifflichkeiten verständigt, um die Vergangenheit im Interesse eines Neuanfangs in der Diskussion hinter sich zu lassen.

BG: Es gibt viele Berichte von Betroffenen, deren Zustand sich als Folge aktivierender Therapien deutlich verschlechtert hat. Auch in meiner Praxis sind mir solche Fälle begegnet. Das Problem mit diesen Verfahren lässt sich mit Bezug auf das Phänomen PEM aufzeigen: Die Leistung vieler Betroffener, die schon eine längere und leidvolle Erfahrung mit ihrer Krankheit gemacht haben, liegt darin, dass sie ihre Belastungsgrenzen kennen und das Maß ihrer Aktivität auf sie abstimmen, um PEM zu vermeiden. Dies setzt einen komplexen und sehr individuellen Erfahrungsprozess voraus, da die Grenzen und die Art der kritischen Belastungen (körperlich, kognitiv, emotional; sowohl lustvolle Aktivitäten als auch Stress) von Person zu Person unterschiedlich sind. Therapeuten können diesen



In Verbindung mit ME/CFS wird das sogenannte Pacing als Empfehlung für den Umgang mit der Erkrankung genannt. Was versteht man darunter und welche Bedeutung hat es aus Ihrer Sicht bei ME/CFS?

CA: Pacing bezeichnet das individuelle Energiemanagement, bei dem es um die Einhaltung der eigenen Belastungsgrenzen sowohl bei körperlicher wie auch geistiger Aktivität geht. Sie sollen nicht überschritten werden, um eine Symptomverschlechterung zu vermeiden. Bei ME/CFS wird Pacing von vielen Betroffenen als hilfreich

beurteilt und dauerhaft angewendet, die empirische Evidenz ist aktuell jedoch nicht überzeugend.

BG: Man versteht darunter das Bemühen um einen sorgsamen und vorausschauenden Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen, um Crashes zu vermeiden. Wenn dies gelingt, können Betroffene Verschlechterungen verhindern und Verbesserungen insofern erreichen, als sie ihre Möglichkeiten innerhalb ihrer individuellen Grenzen besonders gut ausschöpfen.

Was können Psychotherapeut*innen in ambulanter Praxis für die Betroffenen tun?

CA: In der ambulanten Psychotherapie sollte es insbesondere um den Umgang mit den anhaltenden und belastenden Körperbeschwerden gehen. Hier kann man sich, bis es durch

aktuell laufende Forschungsvorhaben eventuell neue Erkenntnisse für die Behandlung gibt, an validierten Manualen und Leitlinien zum Umgang mit multiplen Körperbeschwerden orientieren. Es gilt, auch potenziell vorhandene komorbide Problematiken nicht zu übersehen und eine aktive und enge Kooperation mit Haus- und Fachärzten zu etablieren.

BG: ME/CFS führt dazu, dass Betroffene ihre Aktivitäten in allen Lebensbereichen einschränken und sukzessive Lebenspläne revidieren müssen, weil es noch keine wirksamen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Viele geraten nach und nach in die Invalidität mit schwerwiegenden psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Folgeproblemen. Hieraus kann sich tiefe Verzweiflung bis hin zu suizidalen Krisen entwickeln. Neben der gemeinsamen Arbeit am Pacing ist deshalb die Unterstützung beim Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen – von „bewältigen“ möchte ich in Anbetracht der Schwere der Krankheit gar nicht sprechen – eine therapeutische Aufgabe.

„Ich möchte lernen, mir selbst Grenzen zu setzen“

In Ausgabe 4/2022 der PPP haben wir die ukrainisch-deutsche Publizistin und Psychologin Marina Weisband zum Thema „Frieden finden“ interviewt – mit Blick auf den Krieg in der Ukraine. Auch sie ist betroffen von ME/CFS, wenn auch nicht verursacht durch eine COVID-19-Erkrankung. Wir fragten sie daher: Welche Herangehensweise an Ihre Erkrankung wünschen Sie sich von Seiten der Psychotherapie?

Marina Weisband: Ich habe eine schwere körperliche Erkrankung meines Nervensystems, Immunsystems und Stoffwechsels. Blutuntersuchungen zeigen, dass ich ME/CFS habe. Ich habe niedrige ATP-Werte, meine Krankheit ist tatsächlich körperlich. Doch ich habe viele Freunde, die im Rollstuhl gelandet oder mit dieser Krankheit bettlägerig geworden sind, weil sie in die Reha geschickt wurden, wo ihnen aktivierende Therapie verschrieben wurde, oder weil Psychologen oder Psychotherapeuten ihnen gesagt haben: Gehen Sie häufiger spazieren, gehen Sie häufiger mal über Ihre Grenze. Ich bin wahnsinnig motiviert, mich zu belasten, doch ich darf es nicht, denn es zerstört meinen Körper, wenn ich es tue. Und wenn man sich nicht belasten darf, dann muss man ganz viel copen, das heißt Trauerarbeit und Verzicht. Natürlich versuche ich, gesünder zu werden, und probiere Dinge aus und hoffe



Marina Weisband

auf Forschung. ME/CFS ist im Moment nicht heilbar. Ich habe mich nicht eingerichtet in diesem Zustand, aber ich muss trotzdem damit zurechtkommen, dass bestimmte Dinge nicht gehen. Dabei brauche ich Begleitung. Wenn ich zu einem Psychotherapeuten gehe, dann will ich nicht, dass er versucht, mir meine Krankheit wegzuthrapieren. Ich möchte, dass ich darin ernst genommen werde und dass mir geholfen wird, die Erfahrung dieser Krankheit zu verarbeiten, und dass ich lerne, mir selbst Grenzen zu setzen. Das Sinnvollste ist, Pacing zu betreiben. Denn eine andere anerkannte Therapie gibt es noch nicht. Pacing ist schwer, denn es bedeutet: Ich habe soundso viele Löffel Energie pro Tag zur Verfügung, und damit muss ich klarkommen. Ich muss entscheiden: Gehe ich einkaufen oder spiele ich mit meiner Tochter? Putze ich mir die Zähne oder ziehe ich mich an? Und das sind Entscheidungen, die man den ganzen Tag über trifft.

Ich brauche Hilfe, zu lernen, wie ich meine Krankheit gestalten kann, sodass ich mich darin selbstwirksam fühle und nicht als Opfer dieser Krankheit. Die zentrale Frage ist: Wie kann ich würdig weiterleben mit dieser Krankheit?

Ich brauche Hilfe, zu lernen, wie ich meine Krankheit gestalten kann, sodass ich mich darin selbstwirksam fühle und nicht als Opfer dieser Krankheit. Die zentrale Frage ist: Wie kann ich würdig weiterleben mit dieser Krankheit?

Viel versprochen – wenig umgesetzt

Fast drei Jahre sind seit Beginn der Coronapandemie vergangen. Was bleibt davon aus kinderpsychotherapeutischer bzw. kinderpsychiatrischer Sicht in den Praxen? Hat die Politik genug getan, um Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung der Pandemie-Folgen zu unterstützen? bvpv-Vorstandsmitglied Mathias Heinicke hat mit Ariadne Sartorius und Dr. Reinhard Martens, zwei ausgewiesenen bvpv-Expert*innen, über die Situation psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher gesprochen.

MATHIAS HEINICKE: Zunächst: Wo sehen Sie die meisten Folgen bei Kindern und welche machen Sie primär bei Jugendlichen aus?

ARIADNE SARTORIUS: In meiner KJP-Praxis treten vor allem Wiedervorstellungen gehäuft auf. Kinder, die schon einmal in Behandlung waren, kommen erneut. Die Eltern sagen zu mir: „Der Zustand war stabil, dann kam Corona und damit der Rückfall.“ Ich beobachte auch eine Zunahme von Kindern mit Sauberkeitszwängen. Was mir zudem auffällt, sind Kinder und Jugendliche, die nach der Zeit der Schließung der Vereine und dem Beenden ihrer Aktivitäten als Sportfan den Weg zum Sport, zur Bewegung nicht mehr gefunden haben, die nach wie vor nachmittags in ihren Zimmern sitzen, zu viel zocken oder netflixen, sich in Serien verlieren und ganze Nachmittage aus der Lebensrealität verschwinden. Das erlebe ich häufig: Sozial isolierte, traurige Kinder und Jugendliche, die nicht mehr aktiv sind, die an Gewicht zugenommen haben.

MH: Herr Dr. Martens, wie sieht es auf psychiatrischer Ebene aus: Hat sich in den letzten drei Jahren der Versorgungsbedarf geändert?

REINHARD MARTENS: Ja, wir verzeichnen eine enorme Zunahme an Anfragen. Wir registrieren sehr viele Angsterkrankungen, aber auch eine Zunahme von Patienten, die in hohem Maß durch psychotische Erkrankungen belastet sind. Bei entsprechend vulnerablen Kindern und Jugendlichen sehen wir, dass, verursacht durch eine Reizüberflutung mit digitalen Medien, formale Denkstörungen, akustische Halluzinationen oder auch wahnhaftige Ängste auftreten.

MH: Ist das eher ein Problem strukturschwacher Regionen? Oder würden Sie sagen, dass es flächendeckend so ist?

RM: Ich glaube, dass eine kausale Zuordnung der sichtbaren Veränderungen insofern schwer möglich ist, als zu viele Kinder und Jugendliche generell unter sehr schwierigen Bedingungen leben – die Unzulänglichkeiten sind im Rahmen der Pandemie in aller Brutalität deutlich geworden. Deswegen finde ich es auch besser, losgelöst von der Coronapandemie darauf zu schauen, was für Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft nicht gut läuft. Nicht alle haben unter Corona gelitten. Es gibt viele Kinder und Jugendliche, die sich relativ schnell von den Veränderungen erholt haben, manche konnten die Freiheiten sogar ganz gut für sich nutzen. Doch gerade für diejenigen, die ohnehin von unzureichenden Lebensbedingungen, insbesondere mangelnden Förder- und Bildungsangeboten betroffen sind, ist das soziale und emotionale Überleben noch weitaus schwieriger geworden.

MH: Gibt es bestimmte Altersgruppen, die unter den Pandemie-Maßnahmen der Vergangenheit noch immer besonders leiden?

AS: Ich beobachte mit Sorge, dass der Zulauf in allen Altersgruppen zugenommen hat. War die Zahl der Anfragen und der Bedarf an Therapieplätzen vor Corona noch irgendwie zu bewältigen, ist das jetzt nicht mehr so. Das ist umso besorgniserregender, als wir wissen, dass Psychotherapie oft erst Monate, Jahre nach dem Auftreten der Symptomatik angefragt wird, weil man lange hofft, dass sich der Betroffene wieder stabilisiert.



Ariadne Sartorius

Die Politik hatte ja auch gehofft, dass dieses Phänomen nur vorübergehend ist und nach Öffnung der Schulen bald wieder endet. Aber dem ist nicht so, die Kinder schleppen diese Zeit in ihrer Biografie mit sich herum – eben auch die ihnen ent-

gangenen Lebenserfahrungen und die Folgen der Einschränkungen. Glücklicherweise gibt es – Herr Martens hat es gesagt – viele Kinder und Jugendliche, die ein normales, gesundes, glückliches Leben führen, aber die Zahl der Anfragenden, die sagen: „Da ist etwas mit mir passiert; da bin ich irgendwie rausgefallen aus meinem Leben“ ist schon sehr hoch. Wie oft höre ich „seit Corona“ als Wendung für den Beginn einer anderen Zeit. Das sagt bestimmt ein Drittel aller meiner Patienten.

MH: Sehen Sie einen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen? Im DRK-Gesundheitsreport heißt es, dass besonders junge Mädchen betroffen seien. Sie erkrankten häufiger an Depressionen, Angst- und Essstörungen und ihnen würden mehr Antidepressiva verschrieben. Eine Beobachtung, die Sie teilen?

AS: Grundsätzlich ist es so, dass bei mir als weiblicher Therapeutin sowieso mehr Mädchen Behandlungen anfragen und im Jugendalter schon immer mehr Mädchen als Jungen Psychotherapie in Anspruch nehmen. Diese zeigen eher externalisierendes Verhalten; das ist schon im Kindesalter auffällig. Aber die Kooperation mit Psychiatern bei der Behandlung von Mädchen hat sich tatsächlich durch die Corona-Zeit nochmal deutlich verstärkt.

RM: Das kann ich bestätigen. Ich vermute, dass bei vielen Mädchen der Wegfall persönlicher sozialer Kontakte und deren Substitution durch eine exzessive Beschäftigung mit digitalen Medien – auch dem Folgen irgendwelcher Influencerinnen auf YouTube – dazu geführt haben, dass sich die Messlatte in Bezug auf die eigene Selbstwahrnehmung völlig unrealistisch verschoben hat. Auf dieser Grundlage haben die Fragen „Wie muss ich sein? Wie muss ich aussehen?“ für

viele Mädchen eine so große Bedeutung bekommen, wie ich es zuvor noch nicht erlebt habe. In der Folge treten vermehrt Essstörungen, Ängste und eben auch depressive Störungen auf. Bei den Jungen sehen wir eher das Problem, dass viele, wenn zu Hause die Lehrerfunktion nicht von den Eltern übernommen wurde, den Anschluss an den Lernstoff verloren haben. Hinzu kommt, dass die körperliche Fitness einiger Jungen durch den Wegfall von Bewegungsangeboten während der Pandemie erheblich nachgelassen hat. Es fällt ihnen schwer, wieder mit dem Training anzufangen, weil der Kontakt zu den Vereinen abgebrochen ist oder dort Angebote weggefallen sind. Zudem nehmen sie wahr, wie viel sie in dieser Zeit an Muskulatur und Kondition verloren haben. Das ist für sie erst einmal sehr frustrierend.

AS: Die Kinder hatten ja unglaublich viel Zeit totzuschlagen. Mir ist aufgefallen, dass vor allem Mädchen sich nicht nur in den realen Influencerinnen, sondern verstärkt auch in Serieninhalten wiedergefunden haben. Da können sie sich 30, 40 Stunden lang in ein Leben hineinphantasieren, Teil eines anderen Lebens werden und aus ihrem eigenen völlig aussteigen. Aber im Alltag müssen sie plötzlich auf ihren eigenen Füßen stehen, in die Schule gehen, in Familie und Schulklasse bestehen, und da läuft es ganz anders.

MH: Der bvvp hatte ja im März und November 2021 Fachtagungen zum Thema „Kinder brauchen mehr/ Jugend braucht mehr“ veranstaltet. Damals hat die Politik Versprechungen gegeben, auch im Hinblick auf Primär- und Sekundärprävention. Es gab bis Ende 2022 das Projekt „Aufholen nach Corona“ mit einem Finanzvolumen von zwei Milliarden Euro. Ist davon etwas bei den Kindern und Jugendlichen angekommen?

AS: Mir persönlich ist nicht ein einziger Patient bekannt, der in einem dieser Programme gelandet ist, obgleich meine Praxis in einem sozialen Brennpunkt liegt und man Gruppen in schwierigen Lebensbedingungen besonders erreichen wollte. Umso schlimmer ist



Mathias Heinicke

es, dass es seit Auslaufen des Programms immer noch keine tragfähigen Konzepte gibt, wie man die Defizite, die entstanden sind, ausgleichen will. „Aufholen nach Corona“ – das ist für mich eine Art Wortwitz, weil wir so viele Kinder haben, die von ihren Lebensbedingungen her besonders eingeschränkt waren durch Schul-, Spielplatz- und Kindergartenschließungen und durch das Verbot, Freunde zu treffen, und die an den Folgen weiterhin schwer tragen.

MH: Ist bei Ihnen, Herr Martens, in der ländlichen Region etwas spürbar angekommen?

RM: Es gab zwei, drei Schulen, die auf massives Drängen unsererseits sehr bescheidene Programme auf den Weg gebracht haben. Es gab auch eine Schule, in der ein Nachhilfeprogramm finanziert wurde, bei dem jüngere Schüler durch ältere betreut wurden. Das war nach meinem Erleben eine ganz kluge Geschichte. Aber für die meisten bedürftigen Kinder in der großen Region, die wir versorgen, sind keine effektiven Hilfen wirksam geworden.

MH: Also politisch viel versprochen, aber viel zu wenig umgesetzt? Was wäre denn notwendig, damit etwas dort ankäme, wo es besonders gebraucht wird – gerade im sozialen Brennpunkt?

AS: Erstens müssen die Projekte tatsächlich laufen. Oft ist das Problem, dass man kein Personal hat, um bestimmte Angebote zu unterbreiten. Menschen, die in Berufen im sozialen Bereich tätig sind, werden seit Jahren politisch vernachlässigt, sowohl, was ihre Anerkennung in der Gesellschaft als auch, was die Ausbildungs-, Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten betrifft. Und selbst wenn es Projekte gibt, dann sind sie fast immer zeitlich befristet – und damit auch die damit verbundenen Arbeitsverträge. Es braucht also insgesamt sowohl für die Kinder als auch für die Träger und die im sozialen Bereich Beschäftigten viel attraktivere Rahmenbedingungen.

Auf der anderen Seite müssen existierende und neu geschaffene Angebote natürlich bekannt sein. Um bestimmte Gruppen von Menschen zu erreichen, bräuchten wir Träger, die aufsuchend informieren, die also in Institutionen hineingehen und sich aktiv darum kümmern, dass Wissen über Hilfsangebote dort ankommt, wo es besonders gebraucht wird.

MH: Was wäre darüber hinaus notwendig? Auch eine Erhöhung der Quote für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Denn einen erhöhten Therapiebedarf gibt es ja.

AS: Das ginge dann wieder auf die Quote der Erwachsenen, und ich möchte niemandem Behandlungskapazitäten streichen, zumal unsere Patienten Eltern haben, die zum Teil auch belastet sind. Es bräuchte eher eine neue Bedarfsplanung. Letztendlich geht es darum, dass die Versorgung, insbesondere in den Bereichen, wo es eng ist, gesichert ist.

RM: Es spricht vieles dafür, die Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche neu zu regeln und kleinräumiger zu organisieren. Das wird auch kommen. Aber in gleicher Weise ist es wichtig, sich zu überlegen, wie wir die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen so verändern können, dass es die Hilfe, die wir anbieten können, in diesem Umfang nicht mehr braucht. Wir können im Rahmen unserer Therapien versuchen, Verhaltensänderungen anzustoßen und zu diesen ermutigen.

Aber wir können die Lebenswirklichkeit der leidenden Kinder und Jugendlichen nicht verändern. Und solange es Schulen gibt, die es nach Fehlzeiten – ob durch Lockdown oder jetzt durch die große Influenzawelle im Winter – Kindern und Jugendlichen zumuten, Unterrichtsstoff, der ihnen nie erklärt wurde, in Leistungskontrollen unter Beweis stellen zu müssen, solange wir solche Verhältnisse haben, können wir mit Psychotherapie und Psychiatrie nur palliativ behandeln. Das heißt, wir können im Leid begleiten, aber es wäre aus meiner Sicht dringend geboten, auf die Bedürfnisse und Belastungsgrenzen von Kindern und Jugendlichen Rücksicht zu nehmen, ihnen angemessene Lebensbedingungen zu verschaffen, damit sich die erhöhte Inanspruchnahme der therapeutischen Angebote irgendwann wieder auf das Maß zurückbildet, das wir vor der Pandemie hatten.



Reinhard Martens

MH: Nun haben die Minister Paus und Lauterbach auf Basis eines Berichtes mit Handlungsempfehlungen zum Thema Kindergesundheit Vorschläge zur besseren Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich vorgelegt. Unter anderem sollen 100 Schulen mit Mental Health Coaches ausgestattet werden. Was ist von diesen Vorschlägen zu halten?

AS: Sie zeigen zumindest, dass das Wissen um die Not von Kindern und Jugendlichen nach den Corona-Maßnahmen in zwei Bundesministerien angekommen zu sein scheint. Allerdings bleiben die Vorschläge wenig konkret. Mit einem Instagram-Kanal für frühe Hilfen und einer sogenannten Fachkräftestrategie in Kitas ist es nicht getan. Auch die Mental Health Coaches sind bereits für das Schuljahr 23/24 angekündigt, ohne dass definiert wäre, wie das umgesetzt werden soll. Welche Ausbildung werden sie haben, welche Aufgaben werden sie übernehmen? Und überhaupt: Wer soll das machen? Schon jetzt arbeiten in Kitas und in Schulen I-Helfer und „Erzieher“, von denen ein großer Teil nur angelernt ist, weil Fachkräfte fehlen und seit Jahren verschlafen wurde, diese Berufe für junge Menschen attraktiv zu gestalten.

MH: Was also sollte die Politik in den nächsten fünf Jahren prioritär umsetzen, um genau das zu erreichen?

RM: Also, erstmal bin ich auch begeistert, dass die Ministerien ein großes Interesse für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen. Und was wir benötigen, sind deutschlandweit einheitlich gesicherte wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die sich nur analog zu den Kinderärzten durch eine Entbudgetierung aller Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erreichen lassen. Dann sollten die gesetzlichen Krankenkassen und diejenigen, die Versorgung anbieten, zusammenwirken, um passende Konzepte zur Sicherstellung der Versorgung in den einzelnen Regionen zu erarbeiten.

Die Mitarbeitenden der Krankenkassen sind übrigens oft hervorragend in Versorgungsfragen ausgebildet und haben kluge Ideen, wenn wir mit ihnen über inhaltliche Fragen sprechen.

AS: Und wir bräuchten auch ein flächendeckendes Screening. Und wir müssen die in der Corona-Zeit aufgebauten Lerndefizite aufarbeiten. Das ist aber

schwierig, denn wir haben das Personal nicht. Wir brauchen deshalb eine politische Initiative, die die sozialen Berufe attraktiver und sozial anerkannter macht.

RM: Eine wichtige Forderung möchte ich noch ergänzen: Es sollte eine kostenlose Nutzung des Nahverkehrs für Kinder und Jugendliche geben. Wir haben sie über lange Zeit ihrer Freiheiten und Mobilität beraubt. Damit haben sie dazu beigetragen, dass vor der Entwicklung der Impfstoffe nicht noch mehr Menschen gestorben sind. Wir haben den Kindern und Jugendlichen unglaublich viel zu verdanken, einige von uns sogar ihr Leben. Wenn finanzielle Mittel dagewesen sind, über Monate für Erwachsene ein 9-Euro-Ticket und nun ab Mai ein 49-Euro-Ticket zu finanzieren, dann sollten auch Mittel bereitgestellt werden können, um Kindern und Jugendlichen die kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs zu ermöglichen. Das kommt vor allem jenen zugute, deren Eltern nicht in der Lage sind, sie an alle Orte kultureller und sozialer Begegnung mit dem Auto zu fahren.

MH: Hoffen wir, dass wir in der Politik mehr gehört werden und im Sinne der Kinder und Jugendlichen möglichst viel von diesen Ideen umgesetzt werden, damit wir in fünf Jahren wieder miteinander sprechen und sagen können: Jawohl, es hat sich etwas getan!

Entdecken Sie das PPP-Bonusmaterial

Auf unserer Homepage finden Sie sowohl dieses Kolleg*innengespräch als auch das Interview mit Dr. Koll-Krüsmann vom PSU-Akut e. V. (Seiten 20/21) in einer ausführlichen Fassung. Zudem haben wir hilfreiche Links zu Long COVID zusammengestellt.

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

Spaltungen und Risse

Über die psychosozialen Folgen der COVID-19-Pandemie

Von Prof. Dr. Reinhold Görling

Die beiden größeren der drei Fahrstühle des Hochhauses, in dem ich lebe, sind für zwölf Personen zugelassen. Es gab eine Zeit während der Pandemie, in der die Hausverwaltung nicht nur die Durchführung der Verordnung des Landes zum Tragen von Masken kontrollierte, sondern auch die Zahl der Personen im Aufzug auf zwei beschränkte. Beides ist mittlerweile zum Glück außer Kraft. Nur wenige der mehrere Hundert Personen zählenden Bewohner legen eine Maske an, wenn sie in den Fahrstuhl steigen. Ich bin nicht unter ihnen, aber ohne dass es mir zunächst bewusst ist, finde ich mich nach wie vor ganz in einer Ecke der in Stahl ausgeschlagenen Kabine wieder. Und selten passiert es, dass sich noch jemand schnell in den kaum besetzten Fahrstuhl drängt.

Körperverhältnisse

Sicher gibt es noch immer ein gewisses Risiko der gegenseitigen Ansteckung, trotz mehrfacher Impfung und durchlittener Infektion, so jedenfalls rechtfertige ich mir mein eigenes Verhalten. Aber ich weiß doch auch, dass das vor allem eine Rationalisierung ist. Etwas hat sich in meinem sozialen Verhalten verändert, und ich glaube, nicht nur in meinem. Sicher, wir haben zögerlich wieder begonnen, uns die Hand zu geben und gute Freunde zu umarmen, die man länger nicht gesehen hat. Doch ist da ein Riss, eine Art Unterbrechung, eine unklare Erinnerung, die sich mitten in der Handlung auftut: Ist das okay? Will der andere das auch? Ich versuche, mir nichts anmerken zu lassen, aber es bleibt ein irritierendes Gefühl. Wird das jemals ganz vergehen? Das Verhältnis unserer Körper hat sich verändert. Wir sind in der Begegnung unsicherer geworden. Da ich das Gefühl für meinen Körper zu

einem entscheidenden Teil über die Begegnung mit dem Körper eines anderen und seine Reaktion auf meine Präsenz bekomme, hat es sich verändert. Und wenn ich das als jemand spüre, der längst in die zweite Lebenshälfte eingetreten ist – wie muss es dann erst Kindern und Jugendlichen gehen? In einem Seminar über Social Media haben mir Bachelorstudierende sehr eindringlich berichtet, wie weitgehend die Dating-App den Besuch von Bars und Clubs ersetzt hat. So sei es einfacher, jemanden anzusprechen, aber es vergehe auch viel Zeit, bis man sich traue, jemanden zu treffen. Und oft geschehe es nie oder sei enttäuschend. Solange der eigene Körper nicht in die Begegnung mit dem anderen eingeführt wird, verbleibt alles im Bereich der Fantasie, unreal, körperlos, grenzenlos, omnipotent. Nicht nur die Angst, jemanden anzusprechen, wird größer, auch das Verhältnis zum eigenen Körper, seiner Sexualität, seiner Erotik wird irrealer, fiktiver, dysphorischer.

Soziale und psychische Risse

Die Pandemie hat Risse in unser soziales Netz gezogen. Viel zu oft sind wir aneinandergeraten, haben Menschen in der S-Bahn andere angebrüllt, sie sollten gefälligst ihre Maske richtig aufsetzen. Ich erinnere mich gut, wie ich, erst wenige Tage nach Einführung der Maskenpflicht, in einem Drogeriemarkt in der Schlange vor der Kasse wartete und über zwei vor mir Stehende hinweg einen Mann anpflaumte, er solle gefälligst der Aufforderung der Kassiererin zum Tragen der Maske folgen. Ich war selbst erschrocken über die Aggressivität meiner Stimme. Der abschätzig Blick, den der Mann mir zuwarf, nahm mir die Möglichkeit zur Ausflucht, ich hätte der Angestellten des Supermarktes

Soziale Medien als Ort der Verhinderung von Dialog

helfen wollen und in sozialer Verantwortung gehandelt. Ich hatte selbst eine Angst ausagiert. Aber Angst wovor? Vor dem Virus? Oder war es eher Wut darüber, dass sich da jemand nicht an die Regeln hielt? Ich konnte es nicht entscheiden, als ich nach der Aktion mit einem Gefühl der Scham aus dem Laden ging. Flucht und Angriff sind die Kippfiguren ein und desselben Affektsystems, wie die Neurowissenschaften uns mittlerweile lehren. Aber dann war der soziale Riss, der sich da für mich auftat, auch ein innerer oder psychischer. Wie schnell verbanden sich in der Unsicherheit über diese Bedrohung soziale Situationen mit psychischen Ängsten; wie schnell versagten die eigenen Möglichkeiten zur Mentalisierung, zur Fähigkeit, die Perspektive des anderen und Nächsten einzunehmen und im Bewusstsein der Subjektivität unseres jeweiligen Handelns zu denken!

Der Lockdown und das Ersetzen so vieler persönlicher Treffen durch Televisionen auf Bildschirmen haben diese Konflikte in die mediale Kommunikation verschoben. Die Sozialen Medien, die einmal angetreten waren mit der Illusion, eine Begegnung zu fördern, erwiesen sich vor allem als Ort der Verhinderung von Dialog. Das verstärkte Bedürfnis nach Information und Rat trieb viele nur noch weiter und vollständiger in die Blasen der eigenen Anschauungen. Je weniger wir wussten, desto mehr stürzten wir in die Schemata der Aufteilung in Richtig und Falsch, Gut und Böse. Als Nutzer von Twitter, Instagram oder TikTok nehme ich die Phänomene und Geschehnisse immer schon als Mitglied einer Gruppe wahr, mein Name ist mit Flaggen und Symbolen behängt wie ein Fan im Fußballstadion. Im Feed tauchen die Äußerungen von anderen fast immer schon mit Kommentaren auf. Der Druck auf die individuellen Möglichkeiten der Erfahrung und Symbolisierung ist enorm, die Macht dieser Gruppenerfahrung legt sich über die Sensibilität der Begegnung selbst da noch, wo eigentlich primäre soziale Erfahrung gegensteuern müsste. Die unvermittelte Kontroverse über das, was richtig und was falsch ist, tat sich nicht nur zwischen Freunden und Kollegen auf, sie ging auch mitten durch die Familien. Und der ihr folgende Bruch ist noch immer spürbar. Haben wir all die zerrissenen Bande zu jenen, mit denen wir uns in den ersten Monaten der Pandemie zerstritten haben, wieder knüpfen können?

Differenz der Diskurse ist eingebrochen

Entdifferenzierung der Sprachspiele

Von diesen Spaltungen sind auch die traditionellen Medien wie auch der öffentlich-rechtliche Rundfunk nicht freigeblieben. Im Gegenteil. Was hier geschehen ist, ist vielleicht noch alarmierender, weil die Differenz der Diskurse oder Sprachspiele nachhaltig eingebrochen ist und damit auch die Basis für eine kritische Öffentlichkeit. Es besteht eine ganz grundsätzliche Kluft zwischen der wissenschaftlichen Beschreibung und Analyse eines einzelnen Phänomens wie dem Virus und dem Urteil darüber, welche Handlungen in Reaktion darauf folgen könnten oder gar anderen moralisch oder gesetzlich vorgeschrieben werden sollten. Diese Kluft ist nie sicher überbrückbar; das Verhältnis zwischen Phänomen und daraus abzuleitenden Konsequenzen ist immer und immer wieder zu befragen. Das macht Kritik aus. Diese ist schon deshalb so wichtig, weil die Erforschung eines Phänomens, etwa der Biologie, ganz anderen Regeln folgt als die epidemischer, sozialer oder politischer Zusammenhänge. Die Analyse, welche Gefahren ein Virus birgt, ist hoch komplex, die Prognose der Wirkung einer politischen Maßnahme sollte aber eine nicht minder große Komplexität erfahren. In jedem komplexen Phänomen bestehen ganz eigene bekannte und unbekannte Wirkungszusammenhänge. Viel tiefer noch geht die Kluft zwischen Wissenschaft und sozialer Werteentscheidung oder gar persönlicher Moral. Der Slogan „Follow the Science“ klingt nach Rationalität und Aufklärung, aber ohne immer wieder auf diese Differenz zu verweisen, wird er zum Gegenteil, zu einer ideologischen Floskel. Mehr noch: Er nimmt uns den Raum zur Reflexion, zum



Eine kränkende Bedrohung der eigenen Autonomie

Urteil, zur Übernahme persönlicher Verantwortung – und nimmt uns damit auch die Beziehung zum Vermögen unserer eigenen Subjektivität.

Wir müssen über all das sprechen, dringend. Wir müssen über die Anmaßungen sprechen, die sich Menschen erlaubt haben, die als Wissenschaftsjournalisten in Talkshows auftraten und meinten, anderen vorschreiben zu können, wie sie sich verhalten sollten. Wir müssen über die Weise sprechen, wie die Politik die Gesellschaft in die Unmündigkeit versetzt hat. Sichtbar wird das vielleicht am ehesten dort, wo sie in das Leben von Menschen eingriff, die im rechtlichen Sinne tatsächlich mehr oder minder unmündig sind: in das der Kinder und Jugendlichen, die lange ihre Schulen nicht mehr besuchen und dann nur mit Maske die Räume betreten durften, und in das der Hunderttausende, die in Heimen leben oder in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten und zur Maskenpflicht

verurteilt sind, obwohl sie oft mehr als andere darauf angewiesen sind, das Gesicht des anderen zu sehen, um besser kommunizieren zu können.

Die Pandemie „performen“

Es macht etwas in den Menschen, wenn sie erleben, dass sie nicht mehr als autonom behandelt werden. Die Reaktionen sind unterschiedlich, man kann eine Entlastung spüren in einer Situation diffuser Bedrohung, man kann aber auch wütend werden und sich in seinen Rechten verletzt fühlen. Wie groß in jeder einzelnen Situation dabei der Anteil ist, der auf die Bedrohung durch das Virus, und der, der auf die Anmaßungen der Politik und der Medien zurückzuführen ist, lässt sich schwer entscheiden. In beiden Fällen geht es um eine kränkende und beängstigende Bedrohung der eigenen Autonomie – das eine Mal wird sie durch die nicht hinterfragte Befürwortung aller staatlichen Maßnahmen kompensiert, das andere Mal durch die Leugnung der realen Gefahr, die von der Pandemie ausgeht. In beiden Weisen „performen“ wir die Pandemie, machen sie zur alltäglichen Inszenierung, ohne jedoch zu lernen, die Konflikte zu benennen, die Gefühle zu symbolisieren.

Die Wirkungen können lange andauern, und sie werden es, wenn wir nicht darüber zu sprechen beginnen: über die Erfahrung der Ohnmacht gegenüber einer plötzlich auftauchenden Pandemie, über die mit Schuld und Scham durchzogenen Veränderungen unserer sozialen Beziehungen, über die Veränderungen unserer Beziehung zu unserem Körper und, vor allem bei jungen Menschen, zur Sexualität. Wir müssen sprechen – auch über das Versagen so vieler Medien, die Anmaßungen der Politik zu kritisieren, über den Profit, den jene Unternehmen daraus gezogen haben, die die Sozialen Medien programmieren und bereitstellen. Gelingt uns das nicht, wird diese Pandemie als das Ereignis in die Geschichte eingehen, durch das die Tendenz zur Übergriffigkeit von Staat und digitalen Medien auf die Gesellschaft eine entscheidende Beschleunigung erfahren hat. Und das bleibt nicht ohne Auswirkungen auf unsere Subjektivität und unsere psychische Resilienz. Die psychischen Strukturen entfalten sich in einem Geflecht sozialer Relationen, sie brauchen die sozialen Beziehungen und die Begegnung unserer Körper als deren eigene Ökologie.

Traumarelevante Belastung: Unterstützung für Helfende

Der Verein PSU-Akut bietet Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen psychosoziale Unterstützung an. Ein Gespräch mit der fachlichen Leiterin des Vereins, der Psychologischen Psychotherapeutin Dr. phil. Marion Koll-Krüsmann.

ANJA MANZ: Liebe Frau Dr. Koll-Krüsmann, was genau macht PSU-Akut?

MARION KOLL-KRÜSMANN: Wir bilden kollegiale Unterstützer, sogenannte Peers, für alle Bereiche des Gesundheitswesens aus, damit Mitarbeitende in Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder ambulanten medizinischen Versorgungsstrukturen niederschwellig direkte Hilfe bekommen, um schwerwiegende Ereignisse gut verarbeiten zu können. Die Ausbildung dauert fünf Tage, im Anschluss erhalten die Peers regelmäßig Supervision. Zudem gibt es ein Unterstützungsteam von PSU-Expert*innen, die den Peers vor Ort in schwierigeren Situationen helfen. Auch Forschung und Evaluation sind uns sehr wichtig.

AM: Was sind typische Gründe, warum Menschen sich an die Peers von PSU-Akut wenden?

MK-K: Zum Beispiel das Erlebnis einer geplanten Operation, bei der Komplikationen auftreten, und am Ende ist ein 37-jähriger Vater von drei Kindern tot. In der Folge eines solchen Erlebnisses kann der Peer vor Ort für das Team da sein oder auch für Einzelne. Außerdem zeigen Peers den Betroffenen weitere Unterstützungsmöglichkeiten auf; wir nennen das Watchful Waiting. Peer-Support ist ein niederschwelliges, kollegiales Angebot, denn unsere Erfahrung ist, dass die Leute nicht gleich zum Psychotherapeuten gehen.

AM: Die Peer-Begleitung ist also nicht der Anfang eines therapeutischen Prozesses, sondern eine derartige Unterstützung reicht häufig aus?

MK-K: Absolut. Die Menschen, die bei uns anrufen, sind primär gesund. Letztendlich ist Traumabewältigung ein Ineinandergreifen von Skills, um auf der einen Seite Abstand zu finden und sich auf der anderen Seite mit dem schwerwiegenden Ereignis auseinanderzusetzen – um zu weinen, zu wüten, zu trauern. Wenn man dies psychoedukativ erklärt, erhalten die Betroffenen das Bewältigungswissen, um das Ereignis verarbeiten und integrieren zu können.

AM: Wir wissen, dass die Coronazeit für viele Menschen im Gesundheitswesen extrem belastend war, für nicht wenige womöglich traumatisierend. Wie hat das Ihre Arbeit verändert?

MK-K: Wir haben die erste Intervention auf einer Intensivstation im Mai 2020 gemacht. Zu diesem Zeitpunkt war aus meiner Sicht etwa ein Viertel des Personals traumarelevant belastet. Auch in Altersheimen haben wir Interventionen gemacht. In einer Pflegeeinrichtung sind zum Beispiel in kürzester Zeit 17 alte Menschen gestorben, sie starben allein auf ihren Zimmern, was für Angehörige und Pflegekräfte eine extreme Erfahrung war. Es gab viele belastende Faktoren: Am Anfang hatten die Leute große Angst, dass sie das Virus nach Hause bringen oder in die Pflegeeinrichtung tragen. Dann kam in den Gesprächen immer häufiger auch das Thema auf: Wir halten angesichts des Sterbens die Impfgegner nicht aus. Eine Ärztin geriet in eine Demonstration gegen die Corona-Impfung und ist dort völlig ausgeflippt. Danach war sie von

sich selbst entsetzt. Im Verlauf haben wir unsere Interventionen verändert: Wir sind regelmäßig in Institutionen gegangen und haben Präventionsmaßnahmen installiert. Wir haben gefragt: „Was belastet Sie?“ Dabei ging es uns neben der Verhaltensprävention auch um Verhältnisprävention. Wir haben Informationen vermittelt zum Umgang mit Konflikten im Team, Skills zur Emotionsregulation, Schlafhygiene, also psychoedukatives Wissen. Weiter haben wir gefragt, was sich ändern müsste, damit es leichter wird. Manchmal waren es einfache Dinge, zum Beispiel gab es auf einer Intensivstation eine stets geschlossene Notfalltür. Durch die Rückmeldungen aus der Intervention wurde der Leitung erst bewusst, dass diese Tür ein einfacher Weg nach draußen war, ohne durch die Schleuse zu müssen. Die Tür wurde also geöffnet, damit die Leute mal Luft schnappen konnten, ohne die Schutzkleidung aus- und anziehen zu müssen.

Corona war – über die ohnehin existierenden Beanspruchungen hinaus – unglaublich belastend, und es braucht Konzepte, die chronische Belastung mitdenken. Die Probleme können wir natürlich nicht allein lösen, sie müssen an vielen Stellen angegangen werden. Das, was im Gesundheitswesen in den letzten dreißig Jahren passiert ist, ist eine Hinwendung zur Ökonomisierung und weg vom Menschen.

AM: Hat sich bei den Anrufern etwas verändert infolge der Dauerbelastung während der Pandemiezeit? Beschreiben nun mehr Menschen ihren Zustand pauschal mit: „Ich kann nicht mehr, ich fühle nichts mehr?“

MK-K: Ja, das ist so. Aber das heißt noch nicht, dass man ein Burn-out hat; es heißt, dass man eine Pause braucht. Es ist zunächst eine gesunde Reaktion, dass man sein Mitgefühl reduziert, um sich zu schützen. Das ist normal und geht wieder weg, wenn die Belastungssituation tatsächlich vorbei ist. Es rufen auch einige an, die von Long COVID betroffen sind. Wir haben zusammen mit der kommunalen Unfallversicherung Bayern ein Long-COVID-Pilotprojekt aufgesetzt. Nun können wir schauen, ob Menschen, die sich bei der Arbeit im Gesundheitswesen angesteckt haben, in der psychotherapeutischen Sprechzeit von den fünf Sitzungen am Telefon profitieren können.

AM: Es gab also eine gewisse Verschiebung bei Ihrem Unterstützungsangebot – von der akuten Reaktion auf schwerwiegende Ereignisse hin zu dem, was durch die Pandemie mit Menschen im Gesundheitswesen längerfristig geschehen ist?

MK-K: Ja, ganz sicher während der Zeit der Pandemie, aber der Kern unseres Arbeitsgebietes ist immer noch das schwerwiegende Ereignis. Es gab vor Corona schon die Themen chronische Belastung im Gesundheitswesen und Pflegenotstand. Aber durch die Corona-Krise sind es unhaltbare Zustände geworden. Zu Beginn der Pandemie haben wir unsere Telefonerreichbarkeit – die bis dahin für die Peers vorgehalten wurde – erhöht und die PSU-Helpline eingeführt, um in dieser unglaublich fordernden Situation für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen niederschwellig, anonym und kostenfrei erreichbar zu sein. Bei der Helpline können Menschen nicht nur anrufen, wenn es brennt, sondern auch, wenn sie einen schlechten Tag haben oder einfach mal mit einem Kollegen, einer Kollegin reden möchten. Sie bietet zudem jeden Werktag eine psychotherapeutische Sprechzeit an. Wenn ein Peer meint, Anrufern nicht ausreichend Hilfe bieten zu können, kann er sie also in die therapeutische Sprechzeit überstellen.

AM: Wenn Psychotherapeut*innen in so einem Team mitarbeiten möchten, was müssen sie tun?

MK-K: Grundsätzlich kann man PSU-Akut als Psychotherapeut*in unterstützen. Momentan sind wir allerdings gut aufgestellt. Aber ich möchte an die Psychotherapeut*innen appellieren, sich an die Unfallkassen zu wenden und ihnen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens der Unfallkassen Behandlungsplätze anzubieten. Die Rahmenbedingungen sind attraktiv. Man muss allerdings gewährleisten, dass man innerhalb von etwa fünf Werktagen einen Platz frei hat. Dort brauchen wir die Psychotherapie, denn in deren Verzeichnis sind noch viel zu wenig Psychotherapeut*innen gelistet.

AM: Diesen Appell geben wir sehr gerne weiter. Vielen Dank für das Gespräch!

Die PSU-Helpline ist unter 0800 0 911912 erreichbar.

KIM – Kommunikation im Medizinwesen

Da die Nutzung der eAU verpflichtend und der Kommunikationsdienst KIM die Voraussetzung für die Übertragung ist, müssen alle Vertragsärzt*innen, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, über KIM verfügen. Wer dieser Verpflichtung nicht nachkommt, verletzt seine vertragsärztlichen Pflichten. Sanktionen im Falle der Nichtnutzung sind allerdings bisher nicht vorgesehen. Ob der Gesetzgeber diese im nächsten Jahr in das SGB V aufnimmt, ist ungewiss.

Vertragsbehandelnde, die keine eAU ausstellen wollen oder

können, müssen sich auch nicht zwingend KIM anschaffen. Für sie gibt es keine Pflichtanwendungen über KIM. Das System kann jedoch freiwillig genutzt werden für den Versand von eArztbriefen und eNachrichten.

Die Installation von KIM ist leider oft eine zeitfressende und nervenaufreibende Herausforderung für Praxisinhaber*innen (und PVS-Anbietende), gleichwohl ist KIM die derzeit einzig sinnvolle TI-Anwendung, da der Dienst eine sichere Datenübermittlung zwischen den Praxen ermöglicht. (MH)

Entscheidung über die „Angemessene Vergütung“ erneut vertagt

Am 25. Januar stand die Anpassung der „Angemessenen Vergütung“ psychotherapeutischer Leistungen auf der Tagesordnung des Bewertungsausschuss. Grundlage bildet die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, nach der eine mit 36 x 43 Sitzungen im Jahr maximal ausgelastete Praxis mindestens den Durchschnittsertrag anderer grundversorgender Facharztgruppen erwirtschaften können muss. Wie erwartet, konnten sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband nicht einigen, sodass der Erweiterte

Bewertungsausschuss unter Hinzuziehung dreier unparteiischer Mitglieder angerufen werden musste. Überraschenderweise vertagte dieser die Entscheidung ohne weitere Beratungen auf die kommende Sitzung, die am 29. März stattfindet. Nachdem in jedem Fall ein Anstieg der Vergütung zu erwarten ist, ist diese erneute Verzögerung unerfreulich. Umso wichtiger ist ein rückwirkendes Inkrafttreten des dann im März zu erwartenden Beschlusses zum 3. Quartal 2022. (UB)

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Die neuen Regelungen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung betreffen nicht nur Ärzt*innen, die ihre Patient*innen krankschreiben, sondern alle Arbeitgeber*innen. Denn seit dem 1. Januar 2023 sind diese verpflichtet, die von den Praxen an die Kassen übermittelten Arbeitsunfähigkeitsdaten dort digital abzurufen. Die Weiterleitung der Daten an Arbeitgeber*innen erfolgt also nur noch online durch die Krankenkassen. Patient*innen müssen ihre Krankschreibung nicht mehr selbst an ihre Arbeitgeber*innen senden. Sie müssen sie aber „unverzüglich“ über eine vorliegende Krankschreibung informieren, damit diese dann die AU-Daten auf dem Server der Krankenkasse abrufen können. Ein regelmäßiger oder pauschaler Abruf von eAU-Daten durch Arbeitgebende ist nicht zulässig. Vertragsärzt*innen wiederum sind weiterhin verpflichtet, ihren Patient*innen eine vereinfachte AU-Bescheinigung auf Papier auszudrucken, da dieser Ausdruck bei Konflikten weiterhin als gesetzlich vorgesehenes Beweismittel gilt. Auf Wunsch erhalten Patient*innen auch einen unterschriebenen Ausdruck für ihr arbeitgebendes Unternehmen. So sieht Arbeitserleichterung durch Digitalisierung aus! Man fragt sich, wie eine solch widersinnige Konstruktion zustande kommen konnte und wie der Prozess vor dem Hintergrund der zuletzt sichtbar gewordenen massiven technischen Schwierigkeiten bei der eAU weitergehen wird. (UB)

QS in der ambulanten Psychotherapie

In einer gemeinsamen Pressemitteilung sowie einer umfangreichen Stellungnahme haben die vier Verbände bvvp, DPTV, VAKJP und DGPT scharfe Kritik an dem vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) entwickelten Qualitätssicherungsinstrument für die ambulante Psychotherapie geübt. Hierbei stand der vom IQTiG als QS-Instrument vorgesehene Patientenfragebogen im Fokus, der als ungeeignet gewertet wird, die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung zu ermitteln und damit die Behandlungsqualität zu verbessern. Darüber hinaus wird als Gefahr gesehen, dass der Fragebogen den therapeutischen Prozess ungünstig beeinflussen und es infolge seiner Einführung zu einer Selektion zu Ungunsten solcher Patient*innen kommen könnte, bei denen ein schwieriger Therapieverlauf absehbar oder die Erfolgsprognose unsicher ist. Für Details: <https://bvvp.de/positionspapiere/>

Nicht nur die Verbände, sondern auch die „Bänke“ des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA, also die Vertreter*innen der großen Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitssystem, fordern, das gesamte Verfahren zunächst in einer umfangreichen

Erprobungsphase von mehreren Jahren innerhalb einer Modellregion zu evaluieren. Auch die Bürokratiekosten müssten dabei differenziert erhoben und bewertet werden. Nun ist das BMG an der Reihe, zu dieser Erprobung grünes Licht zu geben.

Aktuell findet derzeit die Nachbeauftragung des IQTiG zum Patientenfragebogen statt. Darin wird das IQTiG unter anderem sehr deutlich dazu aufgefordert, zur Sicherstellung eines angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses ein im Umfang reduziertes Instrument anzustreben. Des Weiteren ist schlüssig darzulegen, worin Qualitätsdefizite bestehen und wo – auf diese bezogen – Verbesserungspotenziale auszumachen sind. Ebenso muss der Zusammenhang zwischen Indikatorergebnissen und der tatsächlichen Behandlungsqualität klar ersichtlich werden. Außerdem ist sicherzustellen, dass die Patientenbefragung nicht in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess eingreift. All diese Punkte sind ganz im Sinne der Kritik der Verbände.

<https://www.g-ba.de/beschlusse/5795/> (UB)

TSVG-Fälle ändern sich

Seit dem 1. Januar 2023 gibt es einen neuen Beschluss zu den sogenannten TSVG-Fällen, die den gesetzlich Versicherten ermöglichen sollen, über die Terminservicestellen TSS schneller an Termine zu kommen. Die Neupatientenregelung wurde trotz aller Proteste der niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen gestrichen. Stattdessen wurden die Fristen und Zuschläge für jene Behandlungen geändert, die über die TSS vermittelt werden. Außerdem gelten diese neuen Regelungen nun auch für von Hausärzt*innen vermittelte Patient*innen. All diese Behandlungsfälle werden extrabudgetär,

also unquotiert vergütet. Die Höhe des Zuschlags auf die Grundpauschale richtet sich nach der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS beziehungsweise nach der Anzahl der Kalendertage von der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt oder die Hausärztin bis zum Erstgespräch.

Alle Infos dazu finden Mitglieder in unserem Info Aktuell (Link: <https://bvvp.de/mein-bvvp>). Für uns Psychotherapeut*innen kann man zu dieser Neuerung nur anmerken: Reich macht es nicht, aber Kleinvieh macht auch Mist. (UB)

Neues zur PiA-Politik und aus dem Jungen Forum

Bei den PiAs ging es im Herbst im Rahmen der Tarifverhandlungen in den Unikliniken in Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen in eine zweite Streikrunde. Der bvvp sicherte den Streikenden volle Solidarität zu.

Im Prozess um die Finalisierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für die neuen Psychotherapeut*innen, die mit Approbation nach dem Universitätsstudium in die Fachweiterbildung wechseln, gehen die Bemühungen um eine gute Regelung stetig weiter. Die Finanzierung ist hier leider immer noch nicht geregelt. Im Mittelpunkt des 21. PiA-Politik-Treffens, das am 17. Dezember 2022 stattfand, stand das Thema Generationengerechtigkeit, das nach

Auffassung der Teilnehmenden gerade im Übergang zur neuen MWBO noch einmal neu gedacht werden müsse.

Ende letzten Jahres startete eine wichtige Aktion des Jungen Forum. Um sie in ihrer Vorbereitung für die Abschlussprüfung zu unterstützen, bekamen bvvp-Mitglieder in Aus- und Weiterbildung und die ersten 100 Neumitglieder das Standardlernwerk „Das Repetitorium“ von Kandale und Rugenstein geschenkt. Wir werden Sie über den Fortgang der tollen Aktion informieren. Ein weiteres Projekt des Jungen Forum ist der sogenannte Psychotreff. Freuen Sie sich auf regelmäßige (Online-)Treffen für PiAs, PtWs oder ÄiWs. (BA)

Das Gutachterverfahren

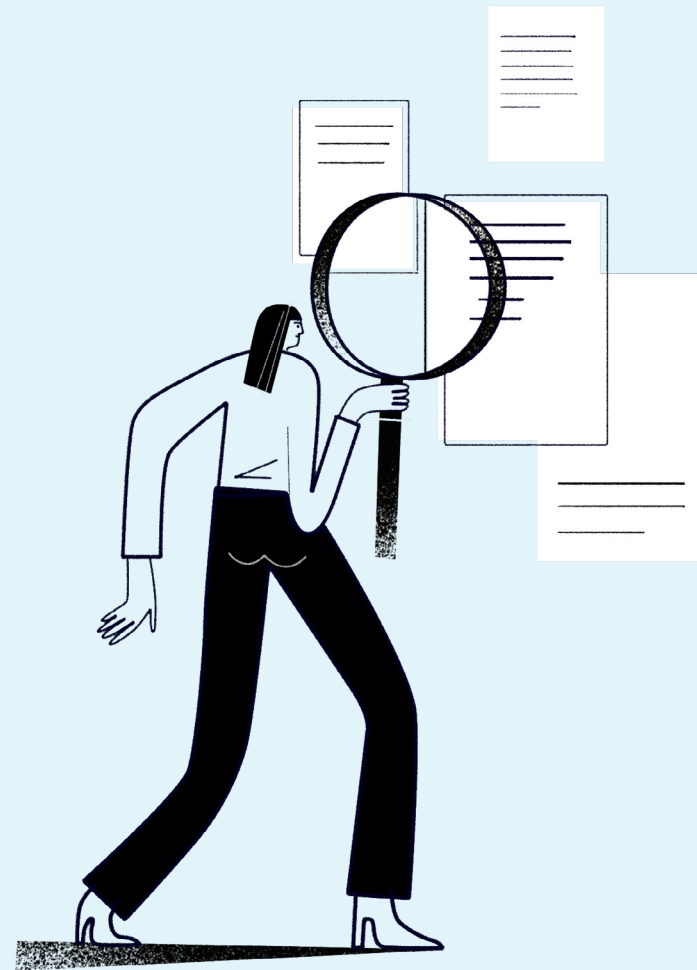
Hinweise einer tiefenpsychologisch und analytisch arbeitenden Gutachterin

von **Petra Sitta***

Das Gutachterverfahren geht in die Verlängerung! Und ich bin sehr erleichtert, dass dank der immensen gemeinsamen Kraftanstrengung der Berufsverbände die fundierten Einwände und Kritikpunkte der Psychotherapeut*innen im GBA Gehör gefunden haben – auch wenn es noch keine endgültige Entscheidung über die zukünftige Qualitätssicherung in der Psychotherapie gibt. Wie die meisten analytisch und tiefenpsychologisch arbeitenden Kolleg*innen bin ich der Meinung, dass das Gutachterverfahren (GAV) ein bewährtes und unbedingt erhaltenswertes Instrument zur Vorabüberprüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie ist.

Ein bewährtes und unbedingt erhaltenswertes Instrument zur Vorabüberprüfung

Mit dem GAV ist die Gefahr nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse gebannt und dies „gibt somit dem Behandlungsprozess einen sicheren Rahmen und ist ein Schutz für die therapeutische Beziehung“ (Bowe et al. 2016, Böker & Schweitzer-Köhn 2020). Ein Vorteil des GAV ist auch, dass die Prüfung in der Hand von Fachkolleg*innen liegt und inhaltlich auf den Einzelfall bezogen erfolgt, anstatt im Rahmen einer flächendeckenden Datenerhebung und orientiert an Abweichungen von Mittelwerten der eigenen Vergleichsgruppe. Cord Benecke kommt in seiner sehr lesenswerten Stellungnahme zum GWVG-Änderungsantrag zum Schluss, dass die Studienlage zeige, dass die in Deutschland durchgeführten Psychotherapien sehr wirksam und nachhaltig seien und mit einer hohen Patientenzufriedenheit einhergingen. „Insgesamt zeigen alle vorliegenden Daten, dass die in



der deutschen Regelversorgung tätigen Psychotherapeut*innen sorgfältig diagnostizieren (auch jenseits der reinen Symptomatik) und auf dieser Basis individualisierte Behandlungspläne erstellen und dann nach dem

good enough model gemeinsam mit ihren Patient*innen die Therapie durchführen und zu einem angemessenen Zeitpunkt erfolgreich beenden“ (Benecke 2021).

Dies spiegelt sich meiner Meinung nach auch in der mehrheitlich hohen Qualität der zu begutachtenden Berichte. Während ich als berichteschreibende Therapeutin die Begutachtenden häufig als strenge, kritische Instanz imaginierte, war ich positiv überrascht über die sehr wohlwollende und wertschätzende Grundhaltung der Begutachtenden, die mir und anderen neu

Ich möchte Sie ermutigen, auf Textbausteine zu verzichten.

berufenen Gutachter*innen auf den Tagungen vermittelt wurde. Auch wenn das Berichteschreiben Zeit und die Überwindung kostet, sich an den Schreibetisch zu setzen und die inneren Ideen und Fantasien in Worte zu fassen, so ist es doch erstaunlich, wie viel wir in diesem Prozess bereits zu Beginn einer Behandlung von unseren Patient*innen begreifen. Wie viele meiner Kolleg*innen erlebe ich, wie hilfreich es für den weiteren Behandlungsverlauf sein kann, sich diese Zeit zu nehmen. Dabei möchte ich Sie sehr ermutigen, auf Textbausteine aus Antragsbüchern zu verzichten. Diese klingen zwar möglicherweise sehr gut formuliert und theoretisch durchdacht, sind in ihrer Allgemeinheit und Abstraktheit jedoch oft ohne Inhalt und Aussagekraft für die einzelnen Patient*innen. Kolleg*innen, die in eigenen Worten formulieren, gelingt es meist, ein sehr lebendiges Bild ihrer Patient*innen zu zeichnen. Aus meiner bisherigen Erfahrung kann ich Ihnen folgende Empfehlungen für die eigenen Berichte geben:

Länge des Berichts:

Die Mehrzahl der Berichte besteht aus zwei bis zweieinhalb Seiten. Als Gutachterin für Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (TP) und Analytische Psychotherapie (AP) ist es mir deutlich lieber, dass Sie zweieinhalb oder drei Seiten schreiben anstelle von auf zwei Seiten komprimierten Berichten, die so formelhaft verdichtet sind, dass sie kaum noch Aussagekraft über den*die einzelne*n Patient*innen enthalten. Von Gutachtertägungen habe ich mitgenommen, dass die Kolleg*innen dies in der Regel ähnlich sehen. Was Sie bitte nicht tun sollten, ist die Schriftart oder die Seitenränder so zu verkleinern, dass der Bericht noch auf zwei Seiten passt.

Vollständigkeit der Unterlagen:

Bitte achten Sie auf formale Vollständigkeit Ihrer Unterlagen (Chiffre auf dem Konsiliarbericht, beantragte Stunden auf dem PTV 2, Stempel und Unterschrift auf dem PTV 8, Klinikentlassberichte etc.) und Anonymisierung der Anlagen. Häufig steht in Konsiliar- oder Klinikberichten der vollständige Name von Patient*innen. Und bitte achten Sie im Falle eines Zweitgutachtens darauf, alle Unterlagen aus dem bisherigen Antrags- und Begutachtungsverfahren mitzuschicken.

Vorbehandlungen sowie Diagnosen von Vorbehandler*innen:

Bitte nehmen Sie unbedingt Stellung zum Anlass, Verlauf und Erfolg vorangegangener Psychotherapien. Zur Beurteilung der Veränderungsfähigkeit und damit für die Prognose ist es wichtig, zu erläutern, in welcher Form der Patient oder die Patientin bisher profitieren oder nicht profitieren konnte und welche Gründe es dafür gibt. Auf die Diagnosen im Entlass- oder Konsiliarbericht sollten Sie bitte eingehen, besonders dann, wenn Sie begründet davon abweichen. Übrigens können Sie auch auf Teile vom Entlassbericht verweisen, zum Beispiel wenn dort die Biografie gut dargestellt ist. Sie ergänzen dann nur die Aspekte, die Ihnen wesentlich erscheinen.

Psychodynamik:

Hierzu zählt neben der Darstellung der frühkindlichen Entwicklung vor allem die daraus abgeleitete intrapsychische Verarbeitung, das heißt, „der Grundkonflikt, die Neurosendisposition, die bisherigen Kompensations- und Abwehrmechanismen, der aktuelle Auslöser, der aktuelle unbewusste innere Konflikt“ (Boessmann und Jungclaussen 2011). Es reicht nicht, ein reales Trauma und aktuelle Belastungen aufzuzählen, um eine psychotherapeutische Behandlung zu begründen. Beispiel: Als Auslöser wird eine Trennung genannt ohne weitere psychodynamische Überlegungen. Diese Belastung reicht ohne unbewusste innere Konfliktodynamik als Begründung nicht aus, da nicht jeder Mensch nach einer Trennung in eine schwere Depression verfällt.

Es reicht nicht, ein reales Trauma und aktuelle Belastungen aufzuzählen.

* Mit herzlichem Dank an Frau Dr. RÜth-Behr für ihre Anmerkungen und Ergänzungen

Prognose:

„Bei der Beurteilung der Prognose spielt die Veränderungsfähigkeit des Patienten mit evtl. inneren und/oder äußeren Veränderungshemmnissen eine besondere Rolle“ (Dieckmann et al. 2020). Eine Prognose erscheint unter anderem dann ungünstig, wenn der Bericht die Chronizität des Krankheitsverlaufs (z. B. langjährig bestehende Symptomatik, zahlreiche ambulante und stationäre Behandlungen) bei gleichzeitiger Invarianz der Persönlichkeit (z. B. im Sinne einer Opferidentität, wiederkehrende Anklagen gegen das Außen) darlegt. In diesen Fällen bitte ich Sie darum, sich kritisch mit diesen Punkten auseinanderzusetzen. Es ist im Interesse der Patient*innen wichtig, zu begründen, wie Sie die bisherigen Hindernisse in Ihrer Behandlungsplanung berücksichtigen, welche Schwierigkeiten zu erwarten sind und warum Sie dennoch Veränderungspotenzial sehen.

Behandlungsplan und Indikation:

Die Wahl des Behandlungsverfahrens muss ebenso wie das angedachte Setting bezogen auf den konkreten Einzelfall begründet werden (Dieckmann et al. 2020). Dies gilt auch im Vergleich mit anderen Behandlungsoptionen im Rahmen der Differenzialindikation. Ich bin erstaunt, wie häufig die Begründung der Indikation

fehlt und wie schwer es vielen Kolleg*innen fällt, zu erläutern, warum sie das gewählte Verfahren für notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich halten. Dabei geht es nicht darum, dass nur

Bitte begründen Sie, warum ein anderes Behandlungsverfahren weniger sinnvoll erscheint.

ein bestimmtes Verfahren für eine bestimmte Diagnose geeignet wäre (zum Beispiel für strukturelle Störungen nur die AP). Wenn man sich entscheidet, eine*n Patient*in mit komplexer, tiefgreifender und chronifizierter Störung in eine TP zu nehmen, kann das Behandlungsziel nicht eine strukturelle Nachreifung sein. Stattdessen sollten Sie explizit eine begrenzte Zielsetzung, Fokussierung auf das Hier und Jetzt und den Aktualkonflikt (das Gegenwartsunbewusste) formulieren, um das seelische Gleichgewicht wieder zu stabilisieren und neue Bewältigungsmöglichkeiten zu etablieren. Bitte begründen Sie auch, warum ein anderes Behandlungsverfahren, zum Beispiel eine AP oder eine Verhaltenstherapie (VT), weniger sinnvoll erscheint. Die stereotype Begründung, dass nur die TP regressionsbegrenzend arbeitet und daher das Mittel der Wahl sei, übersieht,

dass zum Beispiel eine modifizierte analytische Psychotherapie niederfrequent im Sitzen ebenfalls regressionsbegrenzend vorgeht. Häufige Fallstricke sind daher unter anderem, dass die Behandlungsplanung zu vage und zu wenig patientenspezifisch formuliert ist, der aktuell wirksame innere Konflikt zu wenig deutlich wird, die verfahrensbezogene Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung nicht ausreichend dargelegt oder mit der Behandlungskonzeption ein zu weit gefasstes Ziel formuliert wird.

Allgemeines:

Sehr hilfreich ist es, wenn Sie eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben, unter der man Sie bei Rückfragen gut erreichen kann. Allerdings ist bei der Korrespondenz per Mail immer der Datenschutz zu beachten (keine Chiffre oder Versicherungsnummer verwenden)! Besonders bei Ausbildungskandidat*innen, die nur einen allgemeinen Ambulanzstempel als Absender haben, gestaltet sich die Kontaktaufnahme sehr schwierig. Sehr hilfreich ist es auch, wenn Sie bei einem Antrag auf Fortführung über die in der Richtlinie vorgesehene Höchstgrenze hinaus die früheren Berichte beilegen, da es aufgrund der längeren Behandlungsdauer vorkommen kann, dass der erste Begutachtende nicht mehr zur Verfügung steht. Neuen Begutachtenden fehlen dann wichtige Informationen, die erst wieder angefordert werden müssen.

Sicher gibt es noch viele weitere Punkte, die man anmerken könnte oder die von anderen Begutachtenden anders gewichtet werden. Ich hoffe dennoch, dass Ihnen diese Auswahl eine Hilfestellung bietet und möglicherweise vorhandene Vorbehalte und Ängste gegenüber dem GAV mildert.

Literatur

1. **Benecke, C. (2021).** Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 49 zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG). DGPT MR 2/2021, 19–24.
2. **Böker, U., Schweitzer-Köhn, E. (2020).** Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Psychotherapie in Politik und Praxis, 4/2020, 6–8.
3. **Boessmann, U. & Jungclaussen I. (2011).** Bericht abgelehnt – Was nun? Deutscher Psychologen Verlag GmbH Berlin.
4. **Bowe, N., Böker, U., Schweitzer-Köhn, E. (2016).** Ist das Gutachterverfahren noch zeitgemäß? Projekt Psychotherapie, 1/2016.
5. **Dieckmann, M., Becker, M. & Neher, M. (2020).** Faber/Haarstrick – Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 12. Auflage.

Erfolgreiche Spitzenfrauen im bvvp

Am 1. Februar wurde Ulrike Böker vom Wahlkörper der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen das zweite Mal in die Vertreterversammlung der KBV gewählt. Dies erfolgte durch die seit vielen Jahren auf Bundesebene bestehende Koalition von bvvp, DPTV und VAKJP. Am 21. Januar wurde zudem Claudia Ritter-Rupp erneut zur stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstands der KV Bayern gewählt. Mit ihrem

Engagement für die Psychotherapeut*innen sowie für den Datenschutz und den kritischen Blick auf die Digitalisierung und ihrer integrativen und maßvollen Politik hat sie sich in den letzten sechs Jahren einen guten Ruf weit über ihre KV hinaus erarbeitet.

Wir gratulieren den beiden Spitzenfrauen und wünschen ein allzeit glückliches politisches Händchen. Link: <https://bvvp.de/> (BW)

Konnektortausch: KZVen erheben Korruptionsvorwurf

Sieben kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) haben als Verbund aufgrund des Verdachts der zweckwidrigen Verwendung von Versicherungsgeldern Anzeige gegen die gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) bei der Antikorruptionsstelle erstattet. Sie werfen den Krankenkassen vor, dass diese allein im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. März 2023 Mehrausgaben beim Konnektortausch in Höhe von 72.654.050 Euro hinnahmen, die vollkommen unnötig entstünden. Dies lege den „Verdacht der zweckwidrigen Verwendung von GKV-Mitteln zum Konnektortausch in der Telematikinfrastruktur“ nahe, also Korruption.

Hintergrund ist der Vorgang, dass die Geschäftsführung der gematik der Gesellschafterversammlung einen Konnektortausch empfohlen hatte, als einzige Möglichkeit,

um die Funktionsfähigkeit der Konnektoren zu erhalten. Es steht also der Verdacht im Raum, dass diese Empfehlung allzu schnell und ohne sorgfältige Prüfung möglicher Alternativen ausgesprochen wurde. Das alternativ präsentierte Konzept zur Laufzeitverlängerung über ein Software-Update war einstimmig von den Gesellschaftern der gematik abgelehnt worden. Zwei der drei Konnektorhersteller – Secunet und RISE – hatten dieses Update aber bereits implementiert, der dritte große Anbieter CompuGroup Medical (CGM) jedoch nicht. Die Firma CompuGroup Medical hatte also die normativen Spezifikationsvorgaben der gematik nicht ordnungsgemäß umgesetzt. Der nach der Empfehlung der gematik nun notwendige Tausch der Konnektoren von CGM kostete Millionen. (UB)



Kurz gemeldet

Nachlese KV-Wahlen

Die KV-Wahlen sind vorbei, die Mitglieder der neuen Vertreterversammlungen stehen fest, in den meisten KVen wurden auch schon die neuen Vorstände gewählt. Als Nächstes geht es an die Besetzung der diversen Ausschüsse, wie die Beratenden Fachausschüsse Psychotherapie. Am 2. und 3. März findet die konstituierende Sitzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung statt. Alle Entwicklungen können Sie auf unserer Internet-Seite zu den KV-Wahlen nachvollziehen: <https://bvvp.de/kv-wahlen/> (UB)

Energiepreisbremse auch für Praxen

Das Bundeskabinett hat am 25. November 2022 die Strom-, Gas- und Wärmepreisbremsen beschlossen. Sie gelten auch für Praxen, die als Kleinunternehmen eingeordnet und damit Privathaushalten gleichgestellt werden. Die Bremsen sind seit Januar wirksam und bleiben es bis April 2024. Die Preise werden für Gas auf 12 Cent, für Fernwärme auf 9,5 Cent und für Strom auf 40 Cent pro Kilowattstunde gedeckelt, bezogen auf 80 Prozent des Jahresverbrauchs von 2022. (UB)

EBM-Info-Paket Plus 2023

Sie vermissen Ihr EBM-Info-Paket Plus 2023? Der Hintergrund: Viel zu lange standen die Ergebnisse der Überprüfung der „Angemessenen Vergütung“ nicht fest, sodass die Broschüre erst im Juni verschickt werden kann – dann jedoch mit allen für 2023 geltenden Vergütungsbestimmungen. Die Informationen zur Vergütung der Leistungen der Komplexrichtlinie (KSV-Psych-RL) finden Sie – wie auch die Ergebnisse der Überprüfung – im internen Bereich unserer Homepage „Mein bvvp“. (UB)

Digitalisierung: Konnektortausch (un)vermeidbar?

von **Mathias Heinicke**

Ende 2022 machte die Telematik-Infrastruktur (mal wieder) negative Schlagzeilen. Wie immer ging es um viel Geld, kurze Fristen und mangelnde Kommunikation.

Die heftig geführte Debatte über Sinn und Unsinn des Austauschs der Konnektoren in den Praxen führte zu berechtigtem Unmut in der Kollegenschaft. Denn erneut wird mit finanziellen und zeitlichen Ressourcen bedenkenlos umgegangen, erneut werden Prozesse wenig bis gar nicht erläutert und Beschlüsse in Gremien gefasst, die ihre Entscheidungsgrundlagen nicht oder nur wenig transparent machen.

Dabei geht es – bezogen auf den Aspekt der Sicherheit der Patient*innendaten – nicht nur um die hochkomplexen technischen Prozesse. Es geht auch um unser Vertrauen in eben jene Prozesse und – auch wenn wir alle keine Informatiker sind – um die prinzipielle Nachvollziehbarkeit der Vorgänge.

In Bezug auf den Konnektor-Austausch geriet so der tatsächliche Hintergrund der Austauschidee in Vergessenheit. Die Diskussion fokussierte sich auf Enthüllungen technischer Details, auf aberwitzige Kosten zu Lasten der Versicherten, die für den Tausch aufgebracht werden müssten, und den ökologischen Irrsinn der Entsorgung im Grunde funktionsfähiger Geräte – während die Frage nach dem „Warum“ kaum noch reflektiert wurde.

Dabei ist der Austausch aus Sicht der Techniker*innen logisch und nachvollziehbar.

Die Einführung von IT-Technik im Allgemeinen und hochverschlüsselter Medizin-IT im Besonderen unterliegt – politisch wie operativ – langwierigen Prozessen, die höchstmögliche Sicherheit garantieren sollen. Mit dieser Zielrichtung wurde bereits 1992 ein digitaler Sicherheitsrat auf europäischer Ebene gebildet, die Senior Officials Group Information Systems Security (SOG-IS). SOG-IS definiert, welche Verschlüsselungstechniken als sicher angesehen werden und in Europa eingesetzt werden dürfen.

Um möglichst hohe Sicherheit zu bieten, werden die Daten, die durch das Netz der Telematik-Infrastruktur versendet werden, mit komplizierten Algorithmen verschlüsselt. Dabei funktioniert Verschlüsselung im Grundsatz immer nach demselben Prinzip. Originaldateien werden per Algorithmus in „Geheimtext“ umgesetzt, der erst nach Dechiffrierung mit dem richtigen Key lesbar ist. Im Gesundheitswesen kommt das sicherere Verfahren der asymmetrischen Verschlüsselung (RSA-Verfahren) zum Einsatz. Es darf bis Ende 2023 genutzt werden. Asymmetrisch meint, dass es ein digitales Schlüsselpaar gibt, bestehend aus einem öffentlichen und einem privaten Schlüssel. Der öffentliche wird zum Verschlüsseln eingesetzt und sollte frei zugänglich sein. Den privaten sollte nur der Besitzer kennen, da man nur mit ihm die Nachricht entschlüsseln kann. Mit diesem Verfahren wurden die Konnektoren der ersten Generation ausgestattet, der „private Schlüssel“ wurde in Form der GK-SMC-K fest in die Geräte eingebaut. Seit Herbst 2020 gilt das RSA-Verfahren nur noch als „fast sicher“. Die SOG-IS hat es deshalb durch das ECC-Verfahren ersetzt. Es gilt derzeit als Goldstandard.



Denn die digitalen Schlüssel werden aus einer elliptischen Kurve berechnet. Das ermöglicht zum einen eine sicherere Verschlüsselung, zum anderen kürzere Codierschlüssel, was die zu transportierenden Datenmengen reduziert.

Die Konnektoren der ersten Generation können aber mit diesem ECC-Verfahren noch nicht arbeiten. Die gematik, als Betreibergesellschaft der Telematik-Infrastruktur, hatte den Herstellern mit Blick auf die europäischen Regelungen bereits 2020 die Möglichkeit eingeräumt, die Geräte auch nach dem neuen Standard zuzulassen. Einige taten dies, ein Anbieter tat es nicht.

Im Ergebnis dürfen nun Konnektoren, die noch nach dem RAS-Verfahren arbeiten, eigentlich maximal bis Ende 2023 betrieben werden. Per Beschluss hat die SOG-IS die Zulässigkeit dieses Verfahren bis längstens Ende 2025 definiert.

Doch die Zulassung ist nur eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite stehen die in den Konnektoren und Lesegeräten befindlichen Sicherheitszertifikate, also die oben beschriebenen Kryptoschlüssel. Es ist weltweit Standard, dass solche Zertifikate eine vordefinierte Lebensdauer haben, danach werden sie ungültig und müssen durch neue Schlüsselkarten ersetzt werden. Nun gilt es also einerseits, die Zertifikate in den

Konnektoren zu erneuern (Software-Update) und andererseits, die Zertifikate in den Lesegeräten zu ersetzen (SMC-KT und SMC-B).

Mit einem einfachen Austausch ist es allerdings nicht getan. Es müssen auch die jeweiligen Zertifikatkarten mit dem neuen Konnektorzertifikat verbunden werden. Das bedeutet: Ein Technikereinsatz wird auch beim Software-Update der Konnektoren in den meisten Fällen sinnvoll und notwendig sein.

So steht nun also am Ende dieses Prozesses die wenig überraschende Erkenntnis, dass technische Abläufe, die für Techniker*innen selbstverständlich sind, an die Praxen kommuniziert werden müssen – und zwar nicht nur in Form unverständlicher Bestellformulare, in denen Komponenten in technischen Kürzeln (z. B. PTV4) aufgeführt sind, sondern auch in Form von erklärender Information. Nur so kann Verständnis für und letztlich Vertrauen in die Prozesse entstehen.

Dies ändert freilich nichts an den grundlegenden Konstruktionsfehlern, umständlichen Prozessen bei der Installation und am politischen Skandal, dass mit Beitragsgeldern der Versicherten Technik finanziert wurde und schon bei Auslieferung klar war, dass sie nicht wie versprochen funktionieren würde. Aber es ist gut, zu erleben, dass zumindest bei der gematik (vielleicht auch bald bei der Politik) die Erkenntnis wuchs, dass auch die Kolleg*innen in den Praxen in die Prozesse eingebunden werden müssen. Dies zeigt sich aktuell in konstruktiven Gesprächen, die wir als Verband mit Vertreter*innen der gematik führen – in der Hoffnung, irgendwann einen Artikel mit einer guten Nachricht beginnen zu können: „Hinter uns liegt ein langer Weg, aber nun ...“

Umfrage zur Telematikinfrastruktur

Viele Störungen, wenig Nutzen! So das Fazit aus den Antworten der über 1.000 bvvp-Mitglieder zu ihren Erfahrungen mit der Telematikinfrastruktur (TI). Die Auswertung von bvvp-Vorstandsmitglied Rainer Cebulla finden Sie hier: <https://t1p.de/vc4hn>

Kooperation im Rahmen der Komplexrichtlinie

Viele Psychotherapeut*innen beschäftigt die Frage, ob es für sie sinnvoll ist, sich in ein Netz einzubinden, das die Versorgung nach der neuen Komplexrichtlinie (KSVPsych-RL) anbietet. Die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) ist der erste derartige Anbieter. Aktuell umfasst das PIBB-Netz 49 Fachärzt*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen sowie 19 therapeutische Dienste aus den Bereichen Ergotherapie, psychiatrische Pflege und Soziotherapie. Der bvvp stellt Ihnen die PIBB im Interview mit Dr. Dipl.-Psych. Karin-Maria Hoffmann vor.

bvvp: Liebe Frau Dr. Hoffmann, wie kam es zur Gründung der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg?

KARIN-MARIA HOFFMANN: Die PIBB ist die Managementorganisation des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPSG), der 2003 von einer Gruppe niedergelassener Fachärzt*innen – Nervenärzt*innen, Psychiater*innen – gegründet wurde. Von Beginn an war der Verein sektorübergreifend und multiprofessionell ausgerichtet: Mitglieder sind neben niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeuten*innen auch Klinikleiter*innen, psychosoziale Träger, psychiatrische Pflegedienste und Soziotherapeut*innen. Ziel des Vereins ist die Verbesserung der Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Zur Umsetzung dieses Ziels wurden im Rahmen von Selektivverträgen nach SGB V § 140a ff. integrierte Versorgungsverträge mit verschiedenen Krankenkassen – DAK-Gesundheit, BKK-VBU, AOK – vereinbart. Als Vertragspartner der Kassen und zum Management der IV-Verträge wurde dann 2008 die PIBB gegründet.

bvvp: Sie bieten die Versorgung nach der neuen Komplexrichtlinie als erstes Netz an. Was ist Ihre Erfahrung: Fügt sich diese neue Versorgungsform in Ihre bestehende Struktur ein?

K-MH: Die PIBB ist mit ihrem multiprofessionellen Netz Anfang Oktober 2022 in die ambulante Komplexbehandlung gestartet. Dies war nur möglich,

weil sie – wie beschrieben – bereits seit knapp 15 Jahren über ausgebaute und etablierte Netzstrukturen verfügt.

Berlin ist mit seinen aktuell rund 3,8 Millionen Einwohner*innen ein sehr großes Versorgungsgebiet. Das Netz der PIBB ist daher regional in Anlehnung an die Berliner Bezirke untergliedert. In jeder Region gibt es eine*n regionale Koordinator*in. Einmal im Quartal finden regionale Netztreffen statt, bei denen neben Fallbesprechungen auch allgemeine Probleme der Versorgung oder Verbesserungen der Kooperation besprochen werden.

Netze, die sich neu ausbilden, werden in der Regel sicherlich erst einmal mit einer kleineren Anzahl von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen an den Start gehen und sich dann sukzessive aufbauen.

bvvp: Wie organisieren Sie die Koordination durch eine nicht-ärztliche Person?

K-MH: Dafür sieht die Richtlinie ja unterschiedliche Berufsgruppen vor: Genannt werden zum Beispiel neben psychiatrischen Pflegekräften und Ergo- und Soziotherapeut*innen auch Medizinische Fachangestellte. Die Auswahl der koordinierenden Person sollte in Abhängigkeit von den zu erwartenden Koordinationsaufgaben patientenindividuell erfolgen. Diese Aufgaben können bei verschiedenen Patient*innen sehr unterschiedlich ausfallen und daher auch unterschiedliche Kompetenzen

erfordern. Sofern es um bloße Terminkoordination und das Kontakthalten zum Patienten bzw. der Patientin geht, kann diese Aufgabe auch eine MFA übernehmen. Werden Patient*innen von einer Ergo- oder Soziotherapeutin oder einer psychiatrischen Pflegekraft betreut, bietet es sich an, nach Möglichkeit und Bereitschaft diese als Koordinatorin zu benennen. Hier sollte flexibel vorgegangen werden.

Der oder die Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in legt namentlich fest, wer die Koordination übernimmt. Die Festlegung der koordinierenden Person wird in unserer Netz-IT-Plattform abgebildet. Für Interessierte: Wir nutzen VivoCare® der Firma StatConsult.

bvvp: Wer ist für das Netzwerk-Management zuständig?

K-MH: Geschäftsführer der PIBB sind Alicia Navarro Ureña (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr. Michael Krebs (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie). Das Netzwerk-Management wird von unserer Geschäftsstelle unter meiner Leitung übernommen.

bvvp: Wie haben wir uns das vorzustellen: Wie findet die Kooperation im Netz zwischen PP und P-Fachärzt*innen konkret statt? Wer hat zum Beispiel die Behandlungsleitung?

K-MH: Die berufsübergreifende Kooperation findet ja nicht nur zwischen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen statt, sondern auch mit psychiatrischen Pflegekräften sowie Ergo- und Soziotherapeut*innen. Hinsichtlich der Behandlungsleitung gibt die Richtlinie eine klare Rollenverteilung vor: Die Verantwortung für die Gesamtbehandlung hat entweder der Bezugsarzt bzw. die Bezugsärztin oder der oder die Bezugspsychotherapeut*in. Wer von beiden die Bezugsbehandlerrolle übernimmt, muss gleichberechtigt zwischen beiden vereinbart werden. Hier konnten wir bislang keine Schwierigkeiten feststellen.

bvvp: Wie bewerten Sie die zu Beginn obligate differenzialdiagnostische Abklärung durch einen P-Facharzt oder eine P-Fachärztin?

K-MH: Meiner Ansicht nach geht es dabei vorrangig um die Abklärung eventueller somatischer Komorbiditäten. Dies ist sicherlich bei Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen sinnvoll. Gleichzeitig wird mit dieser Anforderung von Beginn an deutlich gemacht, dass es bei der ambulanten Komplexbehandlung um interprofessionelle Kooperation geht.

bvvp: Was würden Sie sich an Nachbesserungen wünschen?

K-MH: Ein großes Hindernis für eine erfolgreiche Etablierung der ambulanten Komplexbehandlung ist die in der Richtlinie bestehende Beschränkung, dass nur Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit einem vollen Versorgungsauftrag, also „Kassensitz“, als Bezugsärzt*innen bzw. Bezugspsychotherapeut*innen fungieren dürfen. Tatsächlich haben aber gerade jüngere Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen aufgrund ihrer Lebens- und Familiensituation häufig keinen vollen Kassensitz und sind daher von dieser Tätigkeit ausgeschlossen.

Eine gute Erreichbarkeit im Krisenfall kann aber oft auch auf andere Art und Weise, zum Beispiel in Gemeinschaftspraxen oder MVZs, über Kolleg*innen in der Praxis gewährleistet werden. Zudem sollen ja mit den Patient*innen in einem individuellen Plan konkrete Verabredungen für den Krisenfall getroffen werden, mit konkreten Handlungsschritten für die Patient*innen. Abgesehen von diesem vorrangigen Anliegen für eine Modifikation der Richtlinie gibt es eine Reihe von kleineren Korrekturen bzw. Ergänzungen, die die PIBB sich vorstellen könnte. Das Wichtigste ist jedoch aus unserer Sicht, jetzt zunächst einmal auf der Basis der praktischen Arbeit ausreichende Erfahrungen zu sammeln und genau zu beobachten, ob und inwieweit dieses neue Versorgungsangebot für betroffene Patient*innen tatsächlich die erwünschte Verbesserung ihrer Behandlung bewirkt. Dazu werden wir am 7. Juni in Berlin unter dem Titel „Gut vernetzt“ die zweite Tagung zum Thema ambulante Komplexbehandlung veranstalten.

Faszination Medizinrecht

Der Freiburger Anwalt Holger Barth berät und betreut den bvvp seit Jahren bei rechtlichen Fragen und vor allem bei Klagen zum Honorar – mit großem Erfolg für die gesamte Psychotherapeutenchaft. Ab März bietet Holger Barth einmal im Monat eine juristische Beratung exklusiv für bvvp-Mitglieder an; Grund genug, ihn und seine Arbeit vorzustellen. Vorstandsmitglied Ulrike Böker hat mit ihm gesprochen.

ULRIKE BÖKER: Lieber Herr Barth, weshalb haben Sie sich entschieden, sich auf Medizinrecht zu spezialisieren?

HOLGER BARTH: Das liegt an meinem Interesse für verschiedene Rechtsgebiete und unterschiedlichste Problemlagen. Das Medizinrecht ist ja kein eigenes Rechtsgebiet, sondern eine Querschnittsmaterie. Diese hat Bezüge sowohl zum Zivilrecht als auch zum öffentlichen Recht. Deutlich wird dies etwa bei der Abgabe einer vertragsärztlichen Praxis. Hier muss ein privatrechtlicher Kaufvertrag zwischen Abgeber und Erwerber geschlossen werden, während über die öffentlich-rechtliche Nachbesetzung in einem komplexen Verwaltungsverfahren vor den Zulassungsgremien entschieden wird.

Zu den Rechtsgebieten gehören das Gesellschaftsrecht, Arbeits- und Sozialrecht, Steuerrecht, Verwaltungsrecht, das Berufsrecht der Ärzte und Psychotherapeuten einschließlich des Werbe- und Wettbewerbsrechts wie auch das Strafrecht. Die ebenfalls bedeutsame Haftung aufgrund heilberuflicher Behandlungsfehler ist vor allem privatrechtlicher Natur – eine Spezialmaterie, bei der die meisten medizinischen Fragen beantwortet werden müssen, dies regelmäßig mithilfe von Sachverständigengutachten.

In diesem Gestrüpp ganz unterschiedlicher Rechts- und Verfahrensnormen gilt es, wirtschaftlich interessengerechte und möglichst rechtssichere Lösungen zu entwickeln. Hier ist insbesondere die Vertragsgestaltung bei Praxisabgaben und Kooperationen gemeint. Aber auch zu Zulassungen etwa wegen eines Sonderbedarfs oder zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen stellen sich interessante Fragen, bei denen verfassungsrechtliche Vorgaben – vor allem die Berufsfreiheit

– berücksichtigt werden müssen. Dabei ist zu bedenken, dass die Teilnehmer des stark regulierten Gesundheitsmarktes bzw. deren Repräsentanten die für sie innerhalb des gesetzlichen Rahmens geltenden Regeln selbst mitbestimmen. Die Diversität und Komplexität der zu berücksichtigenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen und gegebenenfalls medizinischen Fakten machen für mich die Faszination der Tätigkeit eines Fachanwalts für Medizinrecht aus.

UB: Mit welchen Themen haben Sie es bei Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen hauptsächlich zu tun?

HB: Generell habe ich es mit den oben schon skizzierten Themen bereits niedergelassener oder niederlassungswilliger Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer gesamten Bandbreite zu tun. Auch berufsrechtliche und strafrechtliche Themen in Verbindung mit Haftungsfragen bei Psychotherapeuten sind zunehmend virulent. Das Vergütungsrecht kommt insbesondere in den mit Unterstützung des bvvp geführten sozialgerichtlichen Streitverfahren zum Tragen, die bis hin zum BSG und BVerfG reichen, aber auch etwa in Regressverfahren der KV. Die Beratung von Haus- und Fachärzten außerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten bewegt sich in einem ähnlichen inhaltlichen Spektrum.

UB: Was sind die häufigsten Anliegen der Psychotherapeut*innen?

HB: Mir werden oftmals Fragen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Anstellung von Ärzten und Psychotherapeuten mit oder ohne eigenes Budget gestellt. Spezialfragen kommen in Zulassungsverfahren wegen eines Sonderbedarfs, beispielsweise nach Systemischer Therapie, oder bei anteiliger Entsperrung eines Planungsbereichs auf.

Im Rahmen berufsrechtlicher Beratungen oder Verfahren geht es zunehmend um den Vorwurf von Grenzüberschreitungen innerhalb der Psychotherapie, also der Vernachlässigung des sogenannten Abstinenzgebots, wie es in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern – nicht aber Landesärztekammern – konkret geregelt ist. Da kann es unterhalb der strafrechtlichen Schwelle um rein wirtschaftlichen oder „nur“ narzisstischen Missbrauch der Stellung des Therapeuten gehen. Fragen dazu werden mitunter auch von betroffenen Patientinnen oder Patienten an mich gestellt. Um dieses Thema kümmert sich übrigens besonders engagiert der Ethikverein e. V. – Ethik in der Psychotherapie in Essen.

UB: Was war Ihr spannendster Fall?

HB: Besonders spannend war ein Revisionsverfahren, in dem das BSG mit Urteil vom 17. September 2009 erstmals bestätigt hat, dass niedergelassene Vertragsärzte – in diesem Fall ein Onkologe in einer Kleinstadt – zur defensiven Drittanfechtung eines Bescheids eines anderen, der eine Sonderbedarfszulassung erhalten hat, berechtigt sind, wenn ihnen dadurch erhebliche wirtschaftliche Nachteile drohen. Das gilt natürlich auch für Psychotherapeuten, kommt aber bei ihnen nur selten zum Zuge, da sie sich angesichts langer Wartelisten über Konkurrenz zumeist eher freuen.

UB: Was war Ihr schwierigster Fall?

HB: Als besonders schwierig und gleichzeitig belastend empfinde ich einen Fall der Arzthaftung wegen des Eintritts eines Anästhesieschadens bei einem Kleinkind mit schwersten Folgen. Das für den kleinen Patienten eingeleitete Klageverfahren läuft noch. Die Schwierigkeiten liegen im medizinischen Bereich und dort bei den Kausalitäts- und Beweisfragen und der dafür wichtigen Wertung, ob ein grober Behandlungsfehler des Anästhesisten vorlag.

UB: Wenn Sie drei Wünsche frei hätten: Was würden Sie im Zulassungsrecht und im SGB V ändern?

HB: Der erste Wunsch wäre: Ein für Angestellte bereits zulässiger Viertel-Versorgungsauftrag wird auch für selbstständige Leistungserbringer eingeführt.

Zweitens: Gesetzgeber und GBA lockern die Regeln zur Zulassung wegen Sonderbedarfs, der dann künftig auch schon dann bejaht werden kann, wenn dies für eine regional ausgewogene Versorgung nach Schwerpunkten angezeigt – statt „unerlässlich“ – ist, so unter anderem bei Einführung eines neuen Richtlinienverfahrens wie der Systemischen Therapie.

Drittens: Der Gesetzgeber selbst stellt eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch konkretere Vorgaben für den Bewertungsausschuss sicher.

UB: Zum Abschluss noch eine Frage, die uns schon seit 2018 beschäftigt: Können Sie eine Prognose geben zur Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht in Sachen Vergütung?

HB: Ich hoffe, dass das BVerfG über die seit 2018 anhängigen Beschwerden zeitnah entscheiden wird. Ich gehe davon aus, dass das Gericht die ungleiche Systematik der Strukturzuschläge beanstanden und zwei angefochtene BSG-Urteile vom 11. Oktober 2017 aufheben wird. Das BSG muss dann dem Bewertungsausschuss Gelegenheit zu einer Neuregelung der Vergütung geben, die am Maßstab seiner bisherigen Beschlüsse zu einer erheblichen Nachvergütung führen müsste.



Nutzen Sie am 30. März unsere neue Rechtsberatung und stellen Sie Ihre Fragen: www.bvvp.de/service/rechtsberatung

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

Für in eigener Praxis tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist das Risiko eines Ausfalls bei Erkrankung oder Unfall 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 jedoch 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.: Abgesichert ist das Risiko des Ausfalls des Praxisinhabers durch Krankheit oder Unfall. Unsere P.U.V ist vor allem auf die Absicherung

der fortlaufenden Praxiskosten und nicht versicherte Einkommensanteile ausgerichtet. Damit ist sie eine ideale Ergänzung zum Krankentagegeld.

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 unglücklich 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.

Für BVVP-Verbandsmitglieder gewähren wir einen Beitragsnachlass in Höhe von 5 %!

BEISPIEL

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



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

www.dr-rinner.de

Autor*innenverzeichnis



Dr. med. Christine Allwang
FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leitende Oberärztin für Psychosomat. Medizin und Psychotherapie am MRI-TUM, Gründungsmitglied der Long-COVID-Ambulanz, Vorstandsmitglied des Ärzte- und Ärztinnenverbandes Long COVID.



Bernd Aschenbrenner (BA)
Sprecher Junges Forum des bvvp. Studium der Bildungswissenschaft, außerdem Literatur- und Medienwissenschaft. Seit 2018 KJP-PiA (TP, AP). Kooptiert im Vorstand vvvp Nordbaden.



Holger Barth
Fachanwalt für Medizinrecht, 1989 bis 1993 angestellter RA in Waldkirch, bis 2000 wiss. Assistent/Angestellter an der Uni Freiburg/MPI für Strafrecht. Seit 2000 eigene Kanzlei in Freiburg i. Br., betreut die Musterhonorarklagen des bvvp.



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



Univ.-Prof. Dr. Reinhold Görting
Bis 2018 Professor für Medienkulturwissenschaft an der Universität Düsseldorf. Gegenwärtig u. a. Gastwissenschaftler an der International Psychoanalytic University Berlin und Lehrbeauftragter an der Hochschule Düsseldorf.



Dipl.-Psych. Bettina Grande
Psychologische Psychotherapeutin (TP, AP) Praxis in Heidelberg. Bis 2006 Psychiatrie; Aufbau und Leitung Mutter-Kind-Station. Schwerpunkt heute: ME/CFS und Long COVID. Referentin, Dozentin, Gutachterin. Berufspolitik im bvvp-BW.



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke (MH)
Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Beisitzer im bvvp-Bundes- und Landesvorstand des bvvp BW, Mitglied in der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg, Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht.



Dr. Dipl.-Psych. Karin-Maria Hoffmann
Seit 2006 für die PIBB tätig. Bis 2020 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité als psychologische Psychotherapeutin. Zudem verfügt sie über vielfältige Erfahrungen im psychosozialen Bereich und in der Forschung.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Marion Koll-Krüsmann
Psych. Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin, Supervisorin, Lehrbeauftragte LMU und Hochschule München, Forschung zu Belastungs- und Bewältigungsfaktoren im Katastrophenschutz, Fachliche Leitung PSU-Akut e. V.



Dr. med. Reinhard Martens (RM)
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztl. Leiter eines psychotherapeutisch-psychiatrischen MVZ in Pirna, Vorstandsmitglied im bvvp Sachsen und im bvvp-Bundesverband.



Ariadne Sartorius (AS)
Stv. Vorsitzende des bvvp, Landesvorsitzende des bvvp 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.



Dipl.-Psych. Petra Sitta
Niedergelassen als psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin (DGPT) in Freiburg. Dozentin, Supervisorin und Lehranalytikerin des AWI, KBV-Gutachterin für TP & AP, früheres Vorstandsmitglied im bvvp-BW und VVPS.



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



Marina Weisband
Geb. Ukrainerin. Psychologin, Beteiligungspädagogin für Jugendliche im Projekt „aula“, Autorin und Radiokolumnistin. Ehem. pol. Geschäftsführerin der Piratenpartei, heute Mitglied der Grünen.

EMDR-Institut® Deutschland

der autorisierte Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

Unser Institut führte als erstes die EMDR-Therapie im deutschsprachigen Raum ein und entwickelt **seit 30 Jahren** diese effektive traumabearbeitende Psychotherapiemethode weiter.

Wichtiger Bestandteil unserer praxisnahen, zertifizierten Ausbildung ist die **EMDR-Selbsterfahrung** in supervidierten Kleingruppen.

EMDR ist als Kassenleistung und als Teil der fachärztlichen Ausbildung anerkannt.

3-tägige EMDR-Fortbildung Teil 1

Wiesloch	20.-22.04.2023
Köln	01.-03.06.2023
München	20.-22.10.2023
Nürnberg	09.-11.11.2023
Köln	16.-18.11.2023

i Infos und Anmeldung auf emdr.de

Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99
E-Mail: info@emdr.de

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Druckfrisch!

Wozu braucht man die KV? Was unterscheidet sie von der Kammer? Was muss ich beachten, wenn ich mich niederlassen will? Wie berechnet sich mein Honorar? Antworten auf derartige Fragen finden Sie in unserer komplett überarbeiteten Broschüre. Der komprimierte, aber gut lesbare Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit gehört unbedingt in Ihr Bücherregal!



Kosten inkl. MwSt.

Für Mitglieder: 15 €

Für Nichtmitglieder: 30 €

Versandkosten: 3 €

Sie wollen Ihren Kassensitz abgeben oder einen Sitz übernehmen? Wie Übergabe und Übernahme funktionieren, darüber herrscht viel Unsicherheit – es kursieren sogar Falschaussagen. Damit es reibungslos gelingt, haben wir die wichtigsten Informationen in einer kompakten Broschüre zusammengefasst. Rechtliche Hintergründe werden durch Beispiele veranschaulicht.



Kosten inkl. MwSt.

Für Mitglieder: 7 €

Für Nichtmitglieder: 14 €

Versandkosten: 3 €

BVVP- PRAXISBÖRSE

Mitarbeitende, Kooperationspartner*innen oder Nachfolger*innen finden? Einen Kassensitz suchen oder Praxisräume vermieten?
www.bvvp.de/praxisboerse



Jetzt bestellen: bvvp.de/publikationen