ISSN 1611-0773
D 60843
11. Jahrgang

Psychotherapeuten-journal

www.psychotherapeutenjournal.de

2/2012
15. Juni 2012 (S. 85-190)

- Coaching: Beratung oder Psychotherapie?
- Sekundäre Traumatisierung bei Psychotherapeuten
- Motivational Interviewing
- Umfrageergebnisse: Berufssituation und Zukunftsperspektiven Neuapprobierter

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Psychotherapeutenjournal wurde in den vergangenen Monaten vor erhebliche organisatorische Herausforderungen gestellt. Für Sie als Leser/in zeigte sich diese organisatorische Übergangsphase insbesondere dadurch, dass in den letzten Ausgaben des Journals keine Anzeigen mehr enthalten waren. Hintergrund waren rechtliche Fragestellungen, die insbesondere die dem Journal zugrunde liegenden Vertragswerke betrafen.

Wir freuen uns, Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe als Ergebnis der Anpassungen wieder mehr Seiten präsentieren zu können, sowohl für den redaktionellen Teil als auch für die Kammermitteilungen. Als erstes wird Ihnen jedoch möglicherweise ins Auge fallen, dass nun auch wieder Anzeigen enthalten sind. Diese sind allerdings nicht mehr über das Heft verteilt, sie finden sich vielmehr am Ende in einem separaten, vom Verlag verantworteten Anzeigenteil. Dies ist aus den erwähnten rechtlichen Gründen unumgänglich.

Aus der erfreulich großen Anzahl an Zuschriften zu Artikeln der zurückliegenden Hefte entnehmen wir, dass die Zeitschrift stärker in der Psychotherapeutenschaft wahrgenommen wird und viele Leser/innen die Artikel als Anregung zur Diskussion verstehen. So können wir in diesem Heft eine ganze Reihe Leserbeiträge veröffentlichen – Sie finden diese in der Rubrik „Komentare zu erschienen PTJ-Artikel", die wir gerne auch zukünftig fortführen. Wir danken den Autor/inn/en an dieser Stelle für ihre Zuschriften herzlich und verstehen ihre Kommentare und Antworten als wichtige Bereicherung.

Das vorliegende Heft beginnt mit zwei pointierten Beiträgen zum Thema Coaching. Hier handelt es sich um eine spezielle Beratungsform, die von Psychotherapeut/inn/en und auch von Kolleg/inn/en angeboten wird, die keine Approbation haben. Handelt es sich bei Coaching um eine psychotherapeutische Aufgabe? Wenn nicht, wie lässt es sich von Psychotherapie abgrenzen? Die Beiträge von Jürgen Hargens und Tilmann Moser können zur Beantwortung dieser Frage wichtige Impulse liefern. Wir hoffen, auch hier eine vertiefende Fortführung der Diskussion auf der Basis von Leserzuschriften führen zu können.

Im Anschluss finden Sie Ergebnisse einer aktuellen Umfrage unter niedersächsischen Psychotherapeut/inn/en. Franziska Lups, Sören Kliem und Christoph Kröger untersuchen, ob bei psychotraumatologisch interessierten Psychotherapeut/inn/en durch die gehäufte Beschäftigung mit Psychotraumata sogenannte Sekundärtraumata oder auch erhöhte Ausmaße von „Burn-out" zu finden sind.

Ralf Demmel beschreibt sodann mit dem „Motivational Interviewing" einen aktuellen Ansatz zur Förderung von Therapiemotivation, der sich in vielen Studien als effektiv erwiesen hat, allerdings im Psychotherapiebereich noch recht wenig Verbreitung findet.

Der Beitrag von Manfred Ruoß, Matthias Ochs, Karin Jeschke und Lea Peplau fasst schließlich die sehr interessanten Ergebnisse einer Befragung der Neuapprobierten der Psychotherapeutenkammern aus Bayern, Berlin, Hessen und Niedersachsen zusammen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Nikolaus Melcop und Heiner Vogel
Mitglieder des Redaktionsbeirats

Errata

Zu seinem Bedauern sind Lorenz Böllinger im Interview **„Ethische und rechtliche Aspekte psychotherapeutischer Expertise in den Medien"**, **PTJ 1/2012** (S. 28 bis S. 32) zwei Fehler unterlaufen: Auf S. 29 heißt es zum Anfang des 2. Absatzes in Spalte 2: „Probleme entstehen zum einen dadurch, dass ein Behandler von einem Gericht als Sachverständiger **oder Zeuge** bestellt wird ..." Das waren zwei Worte zu viel, das Folgende, nämlich die Auskunftspflicht, gilt **nur für Sachverständige!** Wird ein Psychotherapeut betreffend eines von ihm behandelten Patienten als Zeuge geladen und vernommen, so steht ihm das uneingeschränkte **Zeugnisverweigerungsrecht** zu. Dies ergibt sich aus § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO und § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO sowie aus der Schweigepflicht des § 203 Abs. 1 StGB. Gemäß § 76 StPO in Verbindung mit § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO kann der zum Sachverständigen bestellte Psychologische Psychotherapeut im Übrigen das **Gutachten verweigern**, wenn er zu Inhalten der Psychotherapie aussagen soll. Auch der **Sachverständige** kann hinsichtlich sogenannter **Zusatztatsachen**, also nicht durch seine spezifische Sachkunde erfasste Befundtatsachen, als **Zeuge** vernommen werden. Dann steht ihm das normale Zeugnisverweigerungsrecht aus persönlichen oder beruflichen Gründen (§§ 52, 53 StPO) zu. Das gilt z. B. auch für im Verlauf einer der Begutachtung vorausgegangenen Psychotherapie erlangte Informationen.

Ebenfalls auf S. 29, rechte Spalte ganz unten, muss es richtig heißen: „§ 203 StGB; **Abs. 1 Nr. 1** betrifft Angehörige von Heilberufen, **Abs. 1 Nr. 2** Psychologische Psychotherapeuten." Da Psychologische Psychotherapeuten in Nr. 2 extra erwähnt werden, hat diese Zuordnung Vorrang.

Inhalt

Editorial 85

Originalia

Coaching: Beratung oder Psychotherapie?
Eröffnung einer Diskussion 88

Gertrud Corman-Bergau & Juliane Dürkop
Redaktionelle Vorbemerkung 88

Jürgen Hargens
Coaching – quo vadis? 88

Der boomende Bereich Coaching wird hinterfragt – sowohl in Bezug auf die Definition des Bereichs als auch auf das Verhältnis zur Psychotherapie und die Notwendigkeit der Feldkompetenz des Coachs.

Tilman Moser
Couch und Coach 92

Das Angebot von Personen, die sich bereit und für fähig erklären, Institutionen, Teams und Einzelne zu „coachen", ist immens. Doch wo hört Coaching auf, wo beginnt Psychotherapie? Ein Kommentar über einen Bereich, der noch viele Fragen und Grauzonen der Zuständigkeiten aufweist.

Franziska Lups, Sören Kliem & Christoph Kröger
Sekundäre Traumatisierung. Eine Umfrage unter Psychotherapeuten 94

Vielfach wird angenommen, dass Psychotherapeuten durch die Arbeit mit Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung haben. Es wurden 145 psychotraumatologisch interessierte Psychotherapeuten nach ihrer berufsbedingten Belastung sowie nach Strategien zur Burn-out-Prophylaxe befragt. Die Autoren stellen die Ergebnisse dieser Arbeit vor.

Ralf Demmel
Motivational Interviewing – lautes Nachdenken über Veränderung 100

Motivational Interviewing ist ein zugleich direktives und patientenzentriertes Verfahren, das zunächst in Abgrenzung zur herkömmlichen Therapie alkoholabhängiger Patienten entwickelt wurde. Die Behandlungsprinzipien stimmen weitgehend mit den Annahmen sozialpsychologischer Modelle der Verhaltensänderung überein. Trotz einer Erweiterung des Anwendungsbereichs und viel versprechender Meta-Analysen ist das Verfahren unter deutschen Psychotherapeuten noch weitgehend unbekannt.

Manfred Ruoß, Matthias Ochs, Karin Jeschke & Lea Peplau
Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neuapprobierten PP/KJP. Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011 105

Die Landeskammern Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen und Saarland haben im Frühjahr 2011 die Neuapprobierten der Jahre 2009 und 2010 zu ihrer beruflichen Situation befragt – die Ergebnisse werden vorgestellt und diskutiert. Sie liefern wichtige Ansatzpunkte für die zukünftige Kammerpolitik.

Zur Diskussion

Jürgen Thorwart
ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen – Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse 115

Bundesgerichtshof: Selbstgespräche gehören unter bestimmten Voraussetzungen zum Kernbereich der Privatsphäre und dürfen daher vor Gericht nicht verwertet werden (Az: 2 stR 509/10) 118

Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

Zuschriften von Matthias Kauschke, Sabine Ecker, Dora Scholz-Ailakow, Heinz Huber, Wolfram Zimmermann & Franz Dick
Zu T. Padberg: „Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur?", Psychotherapeutenjournal 1/2012 120

Marion Bertgen-Giesen
Zu H. Glaesmer & E. Brähler: „Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Beobachtungen aus der Praxis", Psychotherapeutenjournal 4/2011 124

Volker Dittmar
Zu M. Ruoß: „Aktuelles aus der Forschung: Versorgungsrealität bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung", Psychotherapeutenjournal 4/2011 127

Aktuelles aus der Forschung

Karin Jeschke 129

Buchrezensionen

Renate Degner
Harth, W., Brähler, E. & Schuppe, H. C. (Hrsg.) (2012). Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 134

Christiane Eichenberg
Van Derbur, M. (2011). Tagkind – Nachtkind. Das Trauma sexueller Gewalt. Überlebenswege, Heilungsgeschichte, Hilfen zur Prävention. Kröning: Asanger 135

Lea Peplau
Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.) (2011). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer 136

Lothar Wittmann
Kröger, C., Ritter, C. & Bryant, R. A. (2012). Akute Belastungsstörung. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe 137

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer 138
Baden-Württemberg 141
Bayern 145
Berlin 150
Bremen 154
Hamburg 158
Hessen 163
Niedersachsen 167
Nordrhein-Westfalen 171
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 175
Rheinland-Pfalz 178
Saarland 181
Schleswig-Holstein 185

Leserbriefe 188

Impressum Psychotherapeutenjournal 189

Stellen- und Praxismarkt A1

Impressum Stellen- und Praxismarkt A13

Hinweise:

Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite **www.psychotherapeutenjournal.de** herunterladen.

Den Teilausgaben der folgenden Länder in dieser Ausgabe sind wichtige Unterlagen beigeheftet:

- Baden-Württemberg: Satzungen der Landespsychotherapeutekammer Baden-Württemberg

Coaching: Beratung oder Psychotherapie? Eröffnung einer Diskussion

Redaktionelle Vorbemerkung

Die Psychotherapeutenkammern haben die Aufgabe, die beruflichen Felder ihrer Mitglieder zu beschreiben und zu bestimmen, ob und in welchem Ausmaß und in welcher Form psychotherapeutische Kompetenzen dabei benötigt und eingesetzt werden.

Wie aber geht die Profession mit mangelnder Trennschärfe von Tätigkeitsfeldern um? Dies trifft auch auf Tätigkeiten im Bereich des Coaching zu, eines Feldes, welches möglicherweise noch genauer definiert werden sollte, zumal es von vielen praktizierenden Psychotherapeuten ausgeübt wird.

Die PTJ-Redaktion möchte mit den folgenden eher essayistischen Artikeln von Jürgen Hargens und Tilmann Moser dazu eine Diskussion anstoßen. Die Arbeitswelt, auf die sich der Begriff des Coaching zentral bezieht, erscheint so verzahnt mit dem persönlichen Leben und Befinden der Klienten, dass eine klare Trennung von psychischen und arbeitsökonomisch-organisatorischen Aspekten mitunter schwer zu definieren ist. Dennoch ist es die Aufgabe zu verstehen, wie sich Coaching von Psychotherapie oder Beratung abhebt. Gibt es klar beschreibbare Unterschiede und Ziele? Sind die Paradigmen der jeweiligen Herangehensweisen verschieden? Ist psychotherapeutische Kompetenz im Rahmen von Coaching nützlich oder gar notwendig, um die Grenzen des Machbaren zu verstehen? Und wie wichtig ist die Feldkompetenz? Und nicht zuletzt: Was benötigen Ratsuchende, um sich zurechtzufinden?

Für den Redaktionsbeirat

Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen)
Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein)

Coaching – quo vadis?

Jürgen Hargens

Zusammenfassung: Ausgehend vom Begriff „Coach" wird die Frage aufgeworfen, wie sich Coaching definieren und von anderen Bereichen abgrenzen lässt. Diese Frage gewinnt angesichts des boomenden Coachingmarktes immer mehr an Bedeutung. Schwerpunktmäßig werden die Fragen des Verhältnisses zwischen Coaching und Psychotherapie sowie zwischen Beratungs- und Feldkompetenz angesprochen. Im Sinne eines Diskussionsbeitrages tritt der Autor pointiert für eine beratungswissenschaftliche Ausbildung jedes Coachs ein sowie für ein fundiertes Grundwissen in Psychotherapie, um die Berührungspunkte zwischen beruflicher und persönlicher Lebenswelt handhaben zu können. Da der Autor Coaching als Beratungstätigkeit begreift, legt er dar, weshalb seiner Meinung nach Feldkompetenz nicht in jedem Fall erforderlich und gelegentlich sogar hinderlich sein kann.

Einleitung

Im psychosozialen Bereich entstehen fortlaufend neue Entwicklungen – Trends, Methoden, Vorgehensweisen. Doch das Neue ist nicht immer neu, manchmal eher die Wiederentdeckung von Altem bzw. Altbewährtem, gelegentlich „alter Wein in neuen Schläuchen" und hin und wieder auch das Alte mit neuen Begriffen (vgl. Keeney, 1984, S. 145).

Seit einigen Jahren ist Coaching überaus *trendy* geworden. Es gibt selbst im Bereich der Psychotherapie Kolleginnen und Kollegen, die sagen, sie würden keine Psychotherapie mehr machen, sondern kompetente Leute coachen.

Mittlerweile existiert in Deutschland der Deutsche Bundesverband Coaching e. V. (DBVC), der in seinem inzwischen erschienenen Kompendium Coaching als Profession verankern möchte (DBVC, 2010).

Coach bedeutet ursprünglich „Kutsche" und wird vor allem im Sport als gewissermaßen neudeutsche Bezeichnung des Trainers bzw. Übungsleiters verwendet. Daher verstehe ich den Coach als denjenigen, der über Fachkenntnisse verfügt, die er nutzt, um seinem Gegenüber – Sportler z. B. – zu besseren Leistungen zu verhelfen.

Mittlerweile hat sich der Begriff erweitert und wird u. a. auch deshalb benutzt, um Assoziationen mit Defiziten, Krankheiten und Beeinträchtigungen zu vermeiden. Coaching verbreitet gleichsam eine „neutralere" Aura als Begriffe wie Therapie, Supervision, Psychotherapie.

In der gesellschaftlichen Entwicklung zeichnet sich eine Zunahme an Vernetzung und Komplexität ab, die zu veränderten Wirkweisen führt. Das klassische Denken in Ursache-Wirkung-Zusammenhängen im Sinne von „wenn – dann" hat sich überlebt. Hochkomplexe Systeme, das ist heute Stand der Wissenschaft, lassen sich nicht mehr zielgerichtet steuern, da die beteiligten Rückkopplungskreise zu vielfältig

und zu vernetzt sind. Das bedeutet u. a. eine Zunahme an nötigen Beratungsleistungen – und dies dürfte auch einer der Gründe für ein Ansteigen der Nachfrage nach Coaching sein.

Das führt zur Frage, was denn Coaching nun – im Nichtsportbereich – „tatsächlich" ist, denn die Antwort darauf reguliert das Feld derjenigen, die dies praktizieren und damit ihr Einkommen erwirtschaften dürfen und können.

Definitionsbemühungen …

Einigkeit besteht darüber, dass Coaching – ich füge an dieser Stelle hinzu: „irgendwie" – auf Beratung bzw. beraten bezogen wird. Ich zitiere aus dem Kompendium des DBVC (2010):

„Der Begriff Coaching ist im Laufe der letzten Jahre zu einem Sammelbegriff geworden, unter dem eine Vielzahl von Beratungskonzepten zur individuellen Unterstützung von Führungskräften in betrieblichen und persönlichen Weichenstellungsprozessen gefasst wird. Coaching wird heute daher häufig als Gattungsbegriff für eine Beratung angesehen, deren allgemeine Zielsetzung in der Stärkung und Bereicherung der persönlichen wie funktionalen Leistungsfähigkeit liegt – unter dem Primat einer lebenswerten, gegenseitig zufriedenstellenden Arbeitswelt." (a. a. O., S. 17)

An anderer Stelle heißt es ebenso klar:

„Coaching ist die professionelle Beratung, Begleitung und Unterstützung von Personen mit Führungs- und Steuerungsfunktionen und von Experten in Organisationen." (a. a. O., S. 18)

Eine nutzerfreundlichere Definition findet sich bei lösungsorientierten Vorgehensweisen im Coaching, die den Fokus der Beratung in keiner Weise abstreiten:

„Coaching könnte etwa so definiert werden: ‚Wichtige Menschen auf angenehme Weise von dort, wo sie sind, dorthin zu bringen, wo sie sein wollen.'" (Szabó & Berg, 2006, S. 9)

Ich habe für mich selbst Coaching als eine Art beraterische Weiterentwicklung begriffen: *„Coaching ist eine beratende Tätigkeit, um einen Kunden in seinem beruflichen Umfeld entsprechend seiner Ziele zu unterstützen."* (Hargens, 2006, S. 22)

… und Fragen

Besteht weitgehend Einigkeit über das Kernstück – beraten –, dann taucht die Frage auf, welches denn die fachliche Grundlage einer solchen beratenden Tätigkeit sein kann, darf oder sollte. Diese Frage ist bis heute nicht beantwortet, denn hier spielen einerseits fachliche Abgrenzungsdebatten eine Rolle – Coaching vs. Psychotherapie, Supervision, Mediation, Training etc. –, andererseits sind damit im sozialen Bereich Folgen für Ausbildung, Training, Berufsausübung und Einkommen verbunden.

Damit rücken für mich zwei Aspekte in den Vordergrund:

- Wie lässt sich das Verhältnis zwischen Coaching und Psychotherapie begreifen?
- Wie muss oder soll das Verhältnis zwischen Beratungs- und Feldkompetenz begriffen werden?

Bevor ich mich diesen Fragen näher zuwende, ist mir wichtig, ein anderes – auch in diesem Zusammenhang grundsätzliches – Thema anzuschneiden. Es geht um die Wahl des eigenen Standpunktes, um die praktische und theoretische Absicherung der eigenen Position. Da gibt es z. B. Unterschiede zwischen Praktikern und Theoretikern, da diese beiden Gruppen in ihrem Alltag unterschiedliche Interessen verfolgen (müssen) – zumindest, was die Art ihrer beruflichen Tätigkeit und die damit verbundene Sicherung ihres Einkommens angeht.

Es gehört inzwischen zum Alltagswissen, dass Wissenschaft nicht unbedingt Wahrheiten, sondern auf eine bestimmte, nämlich auf eine wissenschaftliche Art Fakten hervorbringt – eingedenk der Herkunft des Begriffs *Faktum*, des Gemachten.

Insofern kann es nicht verwundern, wenn immer wieder festgestellt wird, dass es sich bei unserer jeweiligen bevorzugten Position, bei unserer eigenen Wahrheit, letztlich um nichts anderes handelt als um Glaubensannahmen, sodass es – bezogen auf den Kontext von Beratung – hilfreicher schiene, weniger über die Wahrheit zu streiten, als Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit zuzulassen. So formulierte, was die Entscheidung für die eigene Position angeht, Linley (2006, S. 5) in seiner Arbeit sehr klar:

„Die Wahl unserer Modelle und unserer Techniken ist wohl viel stärker eine Reflexion unserer persönlichen Präferenzen in Zusammenhang mit uns verfügbaren Trainings-/Ausbildungsmöglichkeiten als eine Reflexion unserer Betrachtung der empirischen Evidenz der verschiedenen Modalitäten." (Übersetzung Jürgen Hargens)

Im Rahmen einer Übersicht über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Modelle sprechen Hubble, Duncan & Miller (2001) pointiert und eingängig davon, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten dazu neigen, „theorie-promiskuitiv" zu sein (S. 14), und auch sie kommen aufgrund ihrer Arbeiten zu einem nicht sehr überraschenden Schluss:

„Ein Gesetz, das die Beziehung zwischen Theorien und ihrer Unterstützung beschreibt, trifft zu: Die Toleranz für theoretische Treue steht in direkt proportionalem Verhältnis zur Menge des Geldes, das dafür zur Verfügung steht." (a. a. O., S. 20)

Ich erwähne dies, um darauf hinzuweisen, dass ich der Überzeugung bin, dass Schlussfolgerungen und Vorschriften genau das sind: Schlussfolgerungen und Vorschriften, die in einem bestimmten sozialen Kontext wirksam werden, weil die Interessengruppe, die über die Macht der Definition verfügt, genau dies entschieden hat. Deshalb plädiere ich dafür, Positionen abzuklopfen, nach Nutzen und Möglichkeiten zu fragen, statt mit dem Vorschlaghammer andere Meinungen zum Verschwinden zu bringen. Und so möchte ich meine Überlegungen auch verstanden wissen – als Beschreibung (m)einer Position, die – vielleicht, hoffentlich – zu einem kritischen und respektvollen Diskurs einlädt.

Doch weiter im Text und zurück zum Thema.

Wie lässt sich das Verhältnis zwischen Coaching und Psychotherapie begreifen?

Coaching, da herrscht Einigkeit, fällt unter den breiten Schirm von *Beratung*, was dann die Frage aufwirft, wie Beratung zu verstehen sei. Beratung ist ein Begriff aus den „weichen Wissenschaften" und von daher nicht klar und eindeutig definierbar (von Foerster, 1985). Psychotherapie lässt sich ebenfalls unter den Begriff Beratung subsumieren, und doch gibt es Unterschiede.[1] Der Gravierendste entstammt der Rechtsordnung: Psychotherapie ist Heilkunde und darf daher nur von bestimmten, dafür ausgebildeten (und approbierten) Berufsgruppen praktiziert werden.

In Beratungen kommen Menschen zusammen – Ratsuchende und Berater –, deren Arbeit durch den Wunsch, das Anliegen des Ratsuchenden bestimmt wird. Und genau darin zeigt sich das Dilemma: Auch zur Beratung, zum Coaching kommt ein Ratsuchender durchaus nicht immer (ganz) freiwillig mit seinen Anliegen. Er kommt immer als ganze Person. Dilemmata im Beruf wirken immer durch die Person, betreffen sie und haben Auswirkungen. Von daher verschwimmen die Grenzlinien zwischen Beratung und Psychotherapie immer wieder.

Auch wenn die Annahme besteht, Coaching beziehe sich auf den beruflichen Kontext, so hilft diese Annahme kaum weiter. Die Berufsausübung – oder ihr Gegenstück: Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit – macht den größten Teil des Alltags aus und hat unbestritten bedeutsame Auswirkungen auf das Denken, Fühlen und Handeln außerhalb der Arbeitszeiten. Insofern bleibt jede Grenzziehung immer willkürlich und unscharf.

Mobbing am Arbeitsplatz als Anlass für ein Coaching: Ist das Beratung/Coaching oder Psychotherapie? Sind Mobbing und dessen Auswirkungen als Beratungsanlass Coaching oder Psychotherapie? Burn-out, eine Folge des Erlebens am Arbeitsplatz – Gegenstand von Coaching/Beratung oder Psychotherapie?

Der DBVC bezieht dazu eine in meinen Augen auch nicht klare – im Sinne von eindeutige – Position (2010):

„Im Gegensatz zur Psychotherapie zielt Coaching nicht auf Heilung von psychischen Krankheiten, sondern widmet sich vorwiegend den Fragestellungen, die aus der Berufsrolle heraus entstehen, die ohne entsprechendes Fachwissen des Coach nicht bearbeitet werden können. Psychische Erkrankungen oder andere Beeinträchtigungen der Selbststeuerungsfähigkeit gehören in das Aufgabenfeld entsprechend ausgebildeter Psychotherapeuten, Ärzte und medizinischer Einrichtungen." (a. a. O., S. 26)

Es geht um *Fragestellungen, die aus der Berufsrolle heraus entstehen*, doch deren Auswirkungen sind, wie ich beschrieben habe, durchaus nicht immer klar und können sehr wohl in den psychotherapeutischen Bereich hineinreichen. Und es heißt eben, dass es sich *vorwiegend* um solche berufsbezogenen Fragestellungen handelt. Um jedoch klar zwischen „Fragestellungen aus der Berufsrolle" heraus und „psychotherapeutischen Fragestellungen" abgrenzen zu können, bedarf es eines kompakten Wissens – in psychologischen, psychotherapeutischen Fragen, was in meinen Augen dafür spricht, eine psychotherapeutische Basis dieser Arbeit anzunehmen.

Wenn es dann heißt:

„Ein Coach muss in der Lage sein, sich selbst effektiv als Werkzeug in der Beratung einzusetzen …" (a. a. O., S. 33),

dann hat das in meinen Augen massive Auswirkungen auf die Frage, über welche Kompetenzen – auch psychotherapeutischer Art – ein Coach verfügen muss, um fachlich korrekt seinen Beruf ausüben zu können.

Ich bin überzeugt, dass sich keine dieser Fragen eindeutig beantworten lässt – zumal dahinter auch massive materielle Interessen stehen –, und plädiere daher dafür, hier sehr sensibel vorzugehen. Das wird, denke ich, klarer, wenn ich mich dem nächsten Aspekt zuwende:

Wie muss oder soll das Verhältnis zwischen Beratungs- und Feldkompetenz begriffen werden?

Ich gehe von dem breiten Konsens aus, dass Coaching unter den Schirm der Beratung fällt. Damit handelt es sich nach meinem Verständnis um eine Anwendung der Beratungswissenschaft. Das setzt ein fundiertes Wissen um beraterische und (!) psychotherapeutische Zusammenhänge voraus, einfach weil sich Menschen nicht in klare Bereiche aufteilen lassen: hier der berufliche Bereich, da der psychische Bereich. Solche Zwei- oder Mehrteilungen haben sich nicht nur überlebt, sondern ignorieren die vielfältigen Vernetzungen und Rückkopplungsschleifen.

Für Beratung gehe ich deshalb davon aus, dass entsprechende Kompetenzen aufseiten des Coachs vorhanden sein müssen. In diesem Sinne plädiere ich – nach dem Gesagten sicher verständlich – für eine beraterisch-psychotherapeutische Grundausbildung jedes Coachs. Davon unberührt bleibt zunächst die Frage, was das für die Feldkompetenz eines Coachs bedeuten kann.

Feldkompetenz bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als in dem beruflichen Kontext, in dem der Coachee „beheimatet" ist, Fachkenntnisse zu besitzen. Damit befinde ich mich als Coach in einer Doppelfunktion: Ich „weiß Bescheid", und ich besitze Beratungskompetenz – damit ist die Frage gestellt, ob ich als Coach die Trennung bzw. Aufsplittung dieser beiden Funktionen im Vollzug eines Coachings immer klar, eindeutig, unmissverständlich und nachvollziehbar aufrechterhalten kann.

Die Frage bleibt bestehen: Wozu benötige ich Feldkompetenz als Coach, wo es beim Coaching eben nicht um Training, Ausbildung oder Wissensanhäufung geht?

Im beraterisch-psychotherapeutischen Bereich verweist die Forschung darauf, dass die bestehende Expertise der Ratsuchenden/Klienten den stärksten Einfluss auf das Ergebnis der Arbeit hat (Bohart & Tallman,

1 Ich will an dieser Stelle die Debatte um die Abgrenzung Beratung versus Psychotherapie nicht aufgreifen, sondern darauf hinweisen, dass nach meinem Verständnis diese Abgrenzung im Coaching schwierig ist, da der Coachee als Person mit seinem „Kontext Arbeit" wie mit seinem „Kontext Erleben" im Zentrum steht. Deshalb setze ich hier der Klarheit halber Beratung und Psychotherapie gleich, was sicher nicht jede(r) Leser(in) nachvollziehen will.

1999; Grawe, 1995; Hubble, Duncan & Miller, 2001). Das hat dazu geführt, dass in der Psychotherapie mittlerweile weniger von Klienten und Patienten gesprochen wird, sondern öfters von Kunden und kundigen Menschen (von Schlippe & Schweitzer, 1996) – *„Professionelle Interventionen richten sich nicht nach ‚objektiver Indikation' oder ‚Bedürftigkeit', sondern nach dem subjektiven ‚Bedarf' der Kunden"* (a. a. O., S. 125). Nur der Vollständigkeit halber möchte ich auch darauf hinweisen, dass das Konzept *„Kundenorientierung"* ursprünglich aus dem Wirtschaftsbereich stammt.

Nehme ich diese Ausführungen ernst, dann ergibt sich für mich daraus, dass Anliegen und Ziele des Coachee im Zentrum jeden Coachings stehen. Diese Anliegen und Ziele gilt es zu konkretisieren – im Sinne des Herausarbeitens anderer, alternativer Beschreibungen und sich daraus ableitbarer anderer, alternativer und zielorientierter *Verhaltensweisen*.

Daraus habe ich den Schluss gezogen, Abschied zu nehmen *„vom Konzept der sog. ‚Feldkompetenz'. Meine Kompetenz lag und liegt darin, hilfreiche Beratungsgespräche zu konzipieren und zu realisieren, wobei ich davon ausgehe, dass dies die Kompetenz der Kundinnen und Kunden vergrößert, in ihrem Bereich voranzukommen"* (Hargens, 2007, S. 16f.).

Daraus habe ich folgende Schlüsse gezogen (Hargens, 2006, S. 22f.):

- „Coaching ist eine beratende Tätigkeit, um einen Kunden in seinem beruflichen Umfeld entsprechend seiner Ziele zu unterstützen."
- „Beratung ist in meinen Augen ein Fachgebiet, das in den Bereich der Psychologie fällt."
- „Coaching dreht sich darum, die Ziele des Kunden zu erarbeiten, zu konkretisieren, zu operationalisieren, in kleine Schritte zu zergliedern und mögliche Folgen, die eintreten, wenn diese Ziele erreicht (oder nicht erreicht) werden, zu reflektieren. Nicht mehr, aber auch nicht weniger."

Für mich stellt Feldkompetenz des Coachs *keine* notwendige Bedingung für Coaching dar. Ein solches Wissen über den Arbeitsbereich könnte Debatten über ein „richtiges" Verständnis oder die „wahre Analyse" begünstigen, wohingegen es im Coaching darauf ankommt, Gewissheiten, Überzeugungen, blinde Flecken, Feststecken etc. aus den unterschiedlichsten Perspektiven „abzuklopfen" (Efran, Lukens & Lukens, 1992, S. 241f.).

Das Gesagte verweist immer wieder darauf, dass es für ein positives Ergebnis jeder Beratung/Psychotherapie von herausragender Bedeutung ist, sich an den Zielen der Kunden zu orientieren und nicht an den eigenen Gewissheiten bezüglich des Themas. Insofern könnte eine hohe Feldkompetenz für ein gelingendes Coaching sogar kontraindiziert sein.

Selbstverständlich handle ich als Coach nicht neutral oder wertfrei. Ich habe, was das Feld des Coachee angeht, entweder Wissen oder Vorannahmen. Es kommt im Beratungs- bzw. Coachingprozess entscheidend darauf an, dieses eigene Wissen *nicht* in den Vordergrund zu stellen, sondern sich immer und immer wieder an den Zielen der Kunden zu orientieren. Und stellt sich dann heraus, dass bei diesen bestimmtes Wissen und Können zu fehlen scheint, dann ist das natürlich auszugleichen – im Rahmen eines Trainings oder einer Weiterbildung und eben *nicht* im Rahmen eines Coachings.

Literatur

Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work. The Process of Active Self-Healing.* Washington, D. C.: American Psychological Association.

DBVC (2010). *Coaching als Profession. Leitlinien und Empfehlungen für die Entwicklung*. Frankfurt a. M.: DBVC.

Efran, J. S., Lukens, M. D. & Lukens, R. L. (1992). *Sprache, Struktur und Wandel. Bedeutungsrahmen der Psychotherapie.* Dortmund: modernes lernen.

Grawe, K. (1995). Persönliche Mitteilung.

Hargens, J. (2006). Coaching – einige persönliche Bemerkungen. *Psychologie in Österreich, 26* (1), 21-24.

Hargens, J. (Hrsg.) (2007). *Werkstattbuch Systemisches Coaching. Aus der Praxis für die Praxis.* Dortmund: borgmann media.

Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.) (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen.* Dortmund: modernes lernen.

Keeney, B. P. (1984). Notizen aus dem epistemologischen Untergrund. *Zeitschrift für systemische Therapie, 2* (7), 145-146.

Linley, P. A. (2006). Coaching Research: who? what? where? when? why? *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, 4* (2), 1-7.

Szabó, P. & Berg, I. K. (2006). *Kurz(zeit) coaching mit Langzeitwirkung.* Dortmund: borgmann media.

von Foerster, H. (1985). Die Verantwortung des Experten. In ders. *Sicht und Einsicht* (S. 17-23). Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg.

von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung.* Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

***Jürgen Hargens**, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, ist seit 1979 in eigener Praxis tätig, Gesellschafter bei F.I.S.A. (Flensburger Institut für systemisches Arbeiten) und Trainer bei ESBA (European Systemic Business Academy) in Wien. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt auf lösungs- und ressourcenorientiertem Arbeiten in unterschiedlichen Praxisfeldern, z. B. Therapie, Supervision und Fortbildung.*

Dipl.-Psych. Jürgen Hargens

Norderweg 14
24980 Meyn
juergenhargens@t-online.de

Couch und Coach

Ein Kommentar von Tilmann Moser

Der Boom der Angebote von Menschen, die sich bereit und für fähig erklären, Institutionen, Teams und Einzelne zu „coachen", ist immens – seien sie kompetent und mit Diplom versehen oder selbsternannt nach einigen Wochenendseminaren. Die Anzeigen und Kleinanzeigen und großen oder kleinen blumigen Flyer besagen ja meist nichts Erschöpfendes über die Qualifikation – und die wirklich Guten leben von ihrem Ruf, der sich über Empfehlung oder Mundpropaganda verbreitet. Sehr viele, die die Dienste eines Coachs in Anspruch nehmen wollen, wissen meist noch nicht so genau, was sie kriegen wollen und können. Dass es um berufliche Leistungssteigerung geht, ist meistens klar, und das ist ein legitimes Ziel, auch mag es um eine verbesserte Kommunikation gehen, um eine Steigerung der Führungsqualitäten, um Konfliktmanagement, um Durchsetzungsfähigkeit oder Optimierung des öffentlichen Auftretens. Vieles davon ist lernbar, ohne dass die Struktur der Persönlichkeit sich grundlegend ändern muss. Es geht um Fertigkeiten, und je besser der Klient weiß, was er braucht, desto eher findet er zu der Leistung, die ihm nützt.

Aber manche beruflichen „Steigerungen" der eigenen Fähigkeiten verlangen in gewissem Umfang eine Änderung der Persönlichkeit, vielleicht sogar die Veränderung oder Beseitigung einer neurotischen Hemmung. Und da manche das spüren und vielleicht auch schon leiden unter gewissen Einschränkungen ihrer „Potenziale" und Verhaltensweisen, liegt es sogar nahe, insgeheim auch psychotherapeutische Erwartungen an den Coach zu richten. Denn der Gang zum Psychotherapeuten, der eigentlich angezeigt wäre, erscheint noch immer vielen als Schande, als Zeichen des Versagens, als eine Unternehmung, die sie fürchten: Sei es, dass ihnen eine tiefere Selbstkonfrontation unheimlich ist oder als zu mühsam erscheint, oder sei es, dass sie aus welchen Gründen auch immer Vorurteile entwickelt haben, die gegen einen solchen Schritt sprechen.

Psychotherapie bringt immer auch Coaching-Effekte mit sich

Meine Erfahrungen mit Psychotherapien, bei denen Coaching-Elemente eine Rolle spielen, stammen von Psychotherapien oder aus Einzelberatungen oder Gruppensupervisionen mit Lehrern aller Gattungen. Die der ersteren Gruppe kamen in seelischer Not und mit dem oft viel zu lange hinausgezögerten Entschluss, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Aber in diesem Berufsstand herrschen große Unsicherheiten über die Vorgänge in den notwendigen diagnostischen und formalen Prozessen der Beantragung einer Psychotherapie. Viele fürchten, dass Informationen aus den Krankenkassendokumenten in die Schulabteilungen wandern, und sie glauben zu wissen, dass dies an höherem pädagogischem Ort ungern gesehen wird und deshalb sogar negative Konsequenzen drohen. Das lässt manche sogar verzichten auf eine als notwendig angesehene Psychotherapie, oder sie entschließen sich zum Selbstzahlen, damit keine Dokumente entstehen.

Dabei kann man, von schwereren Störungen abgesehen, davon ausgehen, dass ein Lehrer, der eine „erfolgreiche" Psychotherapie hinter sich gebracht hat, ein besserer Lehrer sein wird, in aller Regel. Denn er kennt sich und seine Reaktionen besser, hat weniger Angst vor Klassen, Kollegen, Schuldirektor und Kultusbehörde und bringt den Schülern mehr Einfühlung entgegen, weil er sie selbst erfahren hat. Die Nebenfolge einer Psychotherapie hat also durchaus einen „Coaching-Effekt", obwohl er so quasi nur nebenbei gesucht wurde. Anders ist es bei Lehrern, die Supervision suchen: Es sind die psychologisch aufgeklärteren unter ihnen, die eine Beratungsbedürftigkeit nicht als einen menschlichen Mangel ansehen. In meinen langjährigen Lehrergruppen haben einige direkt von dieser Art Beratung profitiert, die auch mit Rollenspiel verbunden war, in dem schwierige Situationen durchexerziert wurden. Bei anderen war es mir aber klar, dass seelische Belastungen zu Berufsproblemen geführt hatten. In diesen Fällen war die separat oder in der Gruppe stattfindende Beratung, dass wohl eine Psychotherapie angezeigt sei, oftmals eine heikle Situation. Das musste schonend und taktvoll vor sich gehen, hilfreich war oft die Formulierung, es gehe nicht um dringliche Notwendigkeit, sondern um das „Sich-Gönnen" einer seelisch wie beruflich weiterführenden Erfahrung.

Mit Lehrern, die hingegen explizit den Wunsch nach Coaching äußerten, habe ich wenig Erfahrung. Aber es mag sein, dass der Begriff erst in jüngster Zeit auch im pädagogischen Bereich Einzug gehalten hat. Es gab also für viele immer den Zwischenbereich von Beratungs- und Psychotherapiebedürftigkeit.

Grauzonen der Zuständigkeit

Die gleichen Probleme gelten natürlich auch für Theologen, Sozialarbeiter oder Ärzte, für alle Berufe, die intensiv mit Menschen zu tun haben. Bei den Ärzten heißen die nicht als psychotherapeutische Beratungskreise gedachten Zusammenkünfte „Balintgruppen", ins Leben gerufen von dem englischen Psychoanalytiker Michael Balint. Aber auch hier weisen neuere Forschungen nach, dass gut geführte Supervisions- und Balintgruppen psychotherapeutische Effekte haben können. Ideal wären also, neben reinen Beratungscoachs, auch solche, die eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, und die denen, die heimlich, bewusst oder unbewusst eine Art Psychotherapie suchen, helfen – oder sie, ebenso taktvoll, verweisen können an die entsprechenden Fachleute. Die Klienten blieben dann nicht allzu lange sitzen auf falschen und notwendigerweise enttäuschten Erwartungen. Eine Überweisung ginge zwar gelegentlich gegen die finanziellen Interessen des Coachs, aber es müsste sich auch hier ein Berufsethos ausbilden, das solche Anforderungen – eben etwa eine „selektierende Kompetenz" – einschlösse. Klar ist aber, dass in manchen Fällen eine Kombination von Psychotherapie durch einen Psychotherapeuten und Beratung und Training durch einen Coach das ideale Arrangement bilden würde, wenn möglich sogar in Kooperation der beiden, denn sie beackern ver-

schiedene Felder des beruflichen und seelischen Wachstums.

Sofern das Aufsuchen eines Coachs für den Klienten nur eine „trendige" Angelegenheit ist, scheint diese Anfrage nicht in das professionelle Aufgabengebiet des Coachs zu fallen, nämlich beruflich verunsicherten oder bedrohten Individuen oder Institutionen notwendige beratende Hilfe zu gewähren. Doch auch wenn zunächst nur „Trend" oder eine gewisse Eitelkeit zur Anfrage geführt haben, wie neuerdings manchmal der Fall, könnten kompetente Ratschläge und Anregungen willkommen sein. Es steht zu hoffen, dass eine gewisse Anzahl von auch menschlich sensiblen Coachs die Aufgabe der zu einer Psychotherapie hinführenden Beratung wahrnimmt.

Aber es gibt noch viel zu tun in diesem Feld, das auch viele Grauzonen der Zuständigkeiten aufweist. Es braucht vor allem Bewusstseinsbildung für die Probleme und eine „Entängstigung" vor der eventuellen Notwendigkeit einer Psychotherapie, auch wenn zunächst nur „harmloses" Coaching gebucht wurde – vor allem auch in den führenden Schichten der Gesellschaft. Nach meiner Erfahrung finden Menschen, die zunächst heimlich in meine Praxis geschlichen kamen, von einem gewissen Zeitpunkt an – wenn „die Chemie stimmt" – sogar zu einem Stolz auf ihre Expedition in unvertrautes Gelände. Und davon werden einige sogar missionarisch in ihrem Bekanntenkreis tätig, wenn sie sehen, dass gelitten wird und der Gang zu einem Coach nicht in die richtige, „ausreichende" Richtung führen würde.

*Dr. **Tilmann Moser**, Psychoanalytiker in privater Praxis und Autor, ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Nachwirkungen der NS-Zeit, religiöse Störungen und analytische Körperpsychotherapie.*

Dr. Tilmann Moser

Aumattenweg 3
79117 Freiburg
tilmann.moser@gmx.de

Sekundäre Traumatisierung
Eine Umfrage unter Psychotherapeuten

Franziska Lups, Sören Kliem & Christoph Kröger

Zusammenfassung: Psychotherapeuten sind regelmäßig mit den Schilderungen von traumatischen Ereignissen konfrontiert. Es wird angenommen, dass sie dadurch ein erhöhtes Risiko haben, Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie negativ verzerrte Grundüberzeugungen zu entwickeln. Dieser Beitrag befasst sich mit dem Konstrukt der sekundären Traumatisierung und möglichen Einflussfaktoren. Es wurden 145 psychotraumatologisch interessierte Psychotherapeuten nach personen- bzw. berufsbezogenen Merkmalen sowie nach ihrer berufsbedingten Belastung mithilfe der *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales* – Revision III (ProQOL-R; Stamm, 2010) befragt. Die Teilnehmer waren in den Bereichen Burn-out und sekundäre Traumatisierung unbelastet und gaben eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit als professionelle Helfer an. Insgesamt nutzten sie viele Strategien zur Burn-out-Prophylaxe. Die Ergebnisse rechtfertigen nicht die Annahme, dass die Arbeit mit PTBS-Patienten eine sekundäre Traumatisierung begünstigt.

Psychotherapeuten werden regelmäßig mit den Schilderungen von traumatischen Ereignissen konfrontiert. Daher wird angenommen, dass sie ein erhöhtes Risiko haben, ebenfalls Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie negativ verzerrte Grundüberzeugungen zu entwickeln (Figley, 1995b). Bei dem Versuch, die Folgen der Berichte von traumatischen Erlebnissen auf die Behandler zu beschreiben, wurden verschiedene Konzepte vorgestellt, z. B. Burn-out (Maslach, 1982), stellvertretende Traumatisierung (McCann & Pearlman, 1990), Compassion Fatigue (Figley, 2002) und sekundär traumatischer Stress (Figley, 1995a). Obwohl sich diese Konstrukte überlappen und oftmals Begriffe austauschbar verwendet werden, gibt es Unterschiede zwischen ihnen.

Burn-out: Burn-out kann in jedem Beruf auftreten und ist eine Konsequenz allgemeiner beruflicher Stressoren, wie Arbeitsbelastung, berufsbezogener Stress, interpersonelle Konflikte mit Kollegen (Maslach & Leiter, 1997), sowie fehlender persönlicher und/oder organisationaler Unterstützung (Tabor, 2011). Nach Maslach (1982) kann Burn-out als unspezifische Reaktion infolge der Arbeit mit Traumatisierten auftreten. Kennzeichnend sind Symptome wie emotionale Erschöpfung, eine distanzierte und gleichgültige Haltung gegenüber anderen und das Erleben einer reduzierten persönlichen Erfüllung durch die Arbeit.

Stellvertretende Traumatisierung: Das Konzept der stellvertretenden Traumatisierung beruht auf der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie (McCann & Pearlman, 1990). Stellvertretende Traumatisierung tritt auf, wenn sich Überzeugungen der Psychotherapeuten über Sicherheit, Stärke, Unabhängigkeit, Wertschätzung, Intimität und Bezugssysteme infolge der Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen der Patienten zum Negativen verändern. Obwohl die Veränderung der kognitiven Schemata das Hauptmerkmal der stellvertretenden Traumatisierung ist, entwickeln die betroffenen Psychotherapeuten auch Symptome einer PTBS. Pearlman und Saakvitne (1995) nehmen einen dauerhaften und kumulativen Einfluss an.

Compassion Fatigue: Die Begriffe Compassion Fatigue und sekundär traumatischer Stress werden oft austauschbar verwendet (Figley, 2002; Salston & Figley, 2003). Werden diese Begriffe getrennt voneinander genutzt, bezieht sich sekundär traumatischer Stress auf unterschiedliche Populationen, während sich Compassion Fatigue ausschließlich auf Personen in helfenden Berufen bezieht (z. B. Ersthelfer, Sozialarbeiter, Psychologen). Compassion Fatigue bezeichnet die Reduktion der Empathiefähigkeit des Psychotherapeuten aufgrund der Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen und dem sich Hineinversetzen in die Patienten. Obwohl sich der Begriff Compassion Fatigue nicht speziell auf psychotraumatologisch arbeitende Psychotherapeuten bezieht (Figley, 1995b), konzentriert sich ein Großteil der Forschung auf Psychotherapeuten, die mit PTBS-Patienten arbeiten (z. B. Adams, Boscarino & Figley, 2006).

Sekundär traumatischer Stress: Sekundär traumatischer Stress (STS) bezeichnet die Entwicklung von PTBS-Symptomen bei Personen, die den Überlebenden nahestehen und ihnen bei der Bewältigung der Ereignisse helfen wollen (z. B. Familienmitglieder, Freunde und Psychotherapeuten). Obwohl diese Personen das traumatische Ereignis nicht selbst erlebt haben, können sie Symptome einer PTBS entwickeln (Figley, 1995b). Der primäre Stressor ist hier das Wissen darüber, dass einer anderen Person etwas Traumatisches widerfahren ist. STS ist eine natürliche Reaktion infolge der helfenden Tätigkeit (Figley, 1993). Typische Merkmale sind kognitive Veränderungen und Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Es wird angenommen, dass STS spontan und unerwartet auf die Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen anderer auftritt (Figley, 1995b).

Einflussfaktoren für die Entstehung einer sekundären Traumatisierung

In der vorliegenden Arbeit wird die Manifestation von PTBS-Symptomen bei Psychotherapeuten infolge der Arbeit mit Traumatisierten mit dem Begriff **sekundäre Traumatisierung** bezeichnet.

Eine Vielzahl sozioökonomischer und berufsbezogener Faktoren kann mit der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung in Zusammenhang stehen. Basierend auf zwei aktuellen Übersichtsarbeiten (Elwood, Mott, Lohr & Galovski, 2011; Jurisch, Kolassa & Elbert, 2009) sind als wesentliche Faktoren die Behandlung von PTBS-Patienten, das Ausmaß der Konfrontation mit traumatischen Inhalten und eine eigene traumatische Erfahrung zu nennen.

Behandlung von PTBS-Patienten

Es wird angenommen, dass Psychotherapeuten von Patienten mit traumatischen Erfahrungen ein besonderes Risiko für die Entwicklung von Stress und sekundären Traumasymptomen im Gegensatz zu Behandlern anderer psychischer Erkrankungen aufweisen (z. B. Cunningham, 2003; Johnson & Hunter, 1997; Kadambi & Truscott, 2004). Elwood und Kollegen (2011) betonten in ihrem Review, dass nur einige Studienergebnisse darauf hindeuteten, dass Psychotherapeuten traumatisierter Patienten besonders gefährdet sind, PTBS-Symptome zu entwickeln. Ergebnisse, die auf Unterschiede zwischen Behandlern hindeuteten, zeigten nicht generell intensivere negative Reaktionen der Psychotherapeuten von PTBS-Patienten, sondern eher erhöhten Stress dieser Personen in einzelnen Bereichen.

Ausmaß der Konfrontation mit traumatischen Inhalten

Einige Autoren vermuten, dass das Auftreten sekundärer Traumasymptome vom Ausmaß der Traumakonfrontation abhängig ist (Figley, 1995b; Pearlman & Saakvitne, 1995). Trifft diese Hypothese zu, sollte die empirische Literatur die Verbindung zwischen dem Grad des Erlebens traumatischer Inhalte und sekundärer Traumatisierung bestätigen. Die Operationalisierung des Ausmaßes der Traumaexposition kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen, z. B. die wöchentliche Stundenanzahl, die mit Traumatisierten gearbeitet wird oder die Länge der Berufserfahrung. Da die gegenwärtige empirische Literatur diesbezüglich inkonsistent ist, kann davon ausgegangen werden, dass verschiedene Faktoren der Traumaexposition das Risiko einer sekundären Traumatisierung beeinflussen. Es lässt sich gegenwärtig kein Modell für die Entwicklung von sekundären Traumasymptomen in Abhängigkeit von dem Ausmaß der Konfrontation mit traumatischen Inhalten annehmen (Elwood et al., 2011).

Eigene traumatische Erfahrung

Untersuchungen, die klären wollen, ob eine eigene traumatische Erfahrung in der Vergangenheit das Risiko der Entwicklung sekundärer Traumasymptome begünstigt, liefern ebenfalls inkonsistente Ergebnisse. Einige Autoren fanden einen signifikanten Einfluss eines eigenen Traumas auf PTBS-Symptome bei Psychotherapeuten von PTBS-Patienten, in anderen Studien ergab sich dieser Zusammenhang nicht (Elwood et al., 2011). Diese Inkonsistenzen sind teilweise durch die Verwendung heterogener Messinstrumente und Stichproben zu erklären. Dennoch werden traumatische Erfahrungen auf unterschiedlichen Wegen erlebt (emotional, körperlich und psychologisch), wodurch die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen einer vergangenen Traumatisierung und gegenwärtigen Traumasymptomen erschwert wird.

Andere persönliche und berufsbezogene Einflussfaktoren

Folgende andere Risikofaktoren bei Psychotherapeuten fanden in der Mehrheit der empirischen Studien keine Bestätigung: (a) weibliches Geschlecht (z. B. Adams et al., 2006; Deighton, Gurris & Traue, 2007), (b) mangelnde Supervision (z. B. Bober & Regehr, 2006; Way, Van Deusen, Martin, Applegate & Jandle, 2004), (c) geringer Ausbildungsgrad (z. B. Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007; Steed & Bicknell, 2001) und (d) Arbeit mit traumatisierten Kindern (Brady, Guy, Poelstra & Brokaw, 1999; Way et al., 2004).

Kritisch hervorzuheben ist die große Heterogenität der bisherigen Studien zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf eine sekundäre Traumatisierung, sowohl hinsichtlich der Auswahl und der Menge der untersuchten Prädiktoren als auch hinsichtlich der verwendeten Messinstrumente sowie der Stichproben. Trotz der unterschiedlichen Ergebnisse bzgl. der Einflussfaktoren weisen folgende Prädiktoren eine empirische Grundlage auf: geringe Berufserfahrung, Behandlung von Traumatisierten, Ausmaß der Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen und eigene traumatische Erfahrungen. Auffällig ist, dass in der bestehenden Literatur nur einzelne Einflussfaktoren als Prädiktoren einer sekundären Traumatisierung untersucht wurden. Ziel dieser Studie ist es zu klären, welche Einflussfaktoren aus einer Gruppe von Prädiktoren einen Beitrag zur Entstehung einer sekundären Traumatisierung bei Behandlern leisten könnten. Dafür werden sämtliche Prädiktoren, die zuvor teils bestätigt, teils nicht bestätigt wurden, untersucht. Es soll eine Stichprobe von psychotraumatologisch interessierten Psychologischen Psychotherapeuten genutzt werden, die bereit sind, Auskunft über ihre individuelle Belastung in Bezug auf die Arbeit mit PTBS-Patienten zu geben.

Methode

Rekrutierung und Stichprobe

Die Rekrutierung erfolgte mithilfe der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN), die eine Liste psychotraumatologisch qualifizierter Mitglieder zusammenstellen wollte, die als Ansprechpartner der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) in Niedersachsen zur Verfügung stehen.[1] Im März 2010 wurden 3433 Fragebögen an alle Kammermitglieder in Niedersach-

1 Wir möchten dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) danken, der die Erlaubnis für die Umfrage unter den Mitgliedern gegeben hat. Herrn Ekkehard Mittelstaedt, ehemaliger Geschäftsführer der PKN, und seinem Team danken wir für die Organisation und Versendung der Unterlagen. Danken möchten wir insbesondere den Mitgliedern der PKN, die uns neben den Antworten auf die Befragung auch viele persönliche Rückmeldungen zum Projekt gegeben haben.

sen verschickt. Die Rücklaufzeit betrug sechs Wochen. Schriftlich erklärten 183 Mitglieder, dass ihre personenbezogenen Daten an Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben bzw. andere Institutionen weitergegeben werden dürfen. Dieser Teil war unabhängig von der Befragung und diese Daten verblieben gesondert bei der PKN. Zusätzlich schickten 170 dieser Mitglieder die Fragebögen zur Erfassung der sekundären Traumatisierung mit. Aufgrund unvollständiger Angaben wurden 23 Personen ausgeschlossen.

Die Stichprobe setzt sich aus 145 Personen (96 Frauen und 49 Männer) im Alter von 48,3 ($SD = 9{,}2$) zusammen, die nach eigener Angabe psychotraumatologisch qualifiziert bzw. interessiert sind. Insgesamt lebten 118 Personen (81,4%) in einer Partnerschaft, 57 Personen (39,3%) berichteten eine traumatische Erfahrung; davon hatten sich 16 Personen (11%) behandeln lassen. Zudem gaben 116 Personen (80%) an, an Fortbildungen im Bereich der Psychotraumatologie teilgenommen zu haben. Die Befragten hatten eine durchschnittliche Berufserfahrung von 10,7 Jahren als Psychologische Psychotherapeuten (PP) und von 4,1 Jahren als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Eine detaillierte Stichprobenbeschreibung kann auf Anfrage bereitgestellt werden.

Instrumente

Soziodemografische Daten: Die Teilnehmer sollten persönliche Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, eigene traumatische Erfahrung und infolgedessen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung) sowie berufsbezogene Daten (Berufserfahrung, Psychotherapierichtung, Art der Tätigkeit, wöchentliche Arbeitszeit, Anzahl der behandelten Patienten und der behandelten Traumapatienten in den letzten 12 Monaten) angeben.

Sekundäre Traumatisierung: Zur Erfassung der Belastung infolge sekundärer Traumatisierung wurde eine deutsche Übersetzung der *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales* – Revision III (ProQOL-R; Stamm, 2010) genutzt. Die ProQOL-R beinhalten drei Subskalen mit je zehn Items, welche bezüglich ihrer Auftretenshäufigkeit in der letzten Woche einzuschätzen sind (Figley & Stamm, 1996). Die Skala *Compassion Satisfaction* erhebt die Zufriedenheit, die durch die helfende Tätigkeit erlebt wird. Die Skala *Burn-out* erfasst das Gefühl der Hoffnungslosigkeit bzw. Schwierigkeiten, die eigene Arbeit erfolgreich auszuführen. Die Skala *Compassion Fatigue* erfasst die sekundäre Traumatisierung infolge der Arbeit mit Traumatisierten. Die Skalensummenwerte lassen sich in die Kategorien *niedrig*, *durchschnittlich*, *hoch* einstufen, um das Ausmaß des Erlebens von *Compassion Satisfaction*, *Burn-out* oder *Compassion Fatigue* zu ermitteln. Werte über 56 auf der Skala *Compassion Satisfaction* entsprechen einer hohen Zufriedenheit mit der Tätigkeit als professioneller Helfer; Werte unter 45 können auf berufsbezogene Probleme hinweisen. Auf der Skala *Burn-out* geben Werte unter 44 ein positives Gefühl gegenüber der Fähigkeit, seine Arbeit effektiv auszuführen, wieder, wohingegen Werte über 55 auf ein erhöhtes Burn-out-Risiko hinweisen. Werden auf der Skala *Compassion Fatigue* Werte über 55 erreicht, sollte darüber nachgedacht werden, ob es schreckenerregende Erlebnisse während der psychotherapeutischen Arbeit gab oder andere Erklärungen herangezogen werden müssen. Die Autoren weisen darauf hin, dass der Fragebogen ausschließlich als Screeninginstrument eingesetzt werden sollte (Stamm, 2010).

Burn-out-Prophylaxe: Die Teilnehmer sollten angeben, wie häufig sie in den letzten drei Monaten die folgenden Strategien zur Burn-out-Prophylaxe in Anspruch genommen haben: (a) Supervision bei einem psychotraumatologisch ausgewiesenen Supervisor, (b) Supervision allgemein, (c) Intervision, (d) Entspannungstraining, (e) Atemübungen oder Meditation, (f) Anwendung von Imaginations- und Distanzierungstechniken, (g) Vorstellung von Fällen in einem Qualitätszirkel, (h) in der Freizeit Sport treiben, (i) Lesen von Fachbüchern bzw. Artikeln oder (k) etwas Anderes getan (mit Angabe der Tätigkeit).

Rückmeldung zur Befragung: Abschließend wurden die Teilnehmer gebeten, auf einer Skala von eins bis sechs (1 = *gar nicht wichtig*, 6 = *sehr wichtig*) einzuschätzen, wie hilfreich sie diese Untersuchung fanden. Dazu konnten sie Anregungen oder Kommentare formulieren.

Analyse

Mithilfe der Skalenmittelwerte soll die Belastung in den drei Subskalen *Compassion Satisfaction, Burn-out* und *Compassion Fatigue* bestimmt werden. Da die empirischen Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf eine sekundäre Traumatisierung inkonsistent sind, wurde eine Vielzahl hier vorgestellter Prädiktoren gleichzeitig in das Regressionsmodell aufgenommen, um zu ermitteln, welche Prädiktoren die größte Vorhersagekraft in Bezug auf eine sekundäre Traumatisierung haben. Kriterium ist das Ausmaß der sekundären Traumatisierung infolge der Arbeit mit Traumatisierten, gemessen mit den ProQOL-R (Stamm, 2010). Die t-transformierten Rohwerte der Skala *Compassion Satisfaction* dienen als Kriterium. Als Prädiktoren wurden die Variablen Geschlecht, eigene traumatische Erfahrung, Jahre der Berufserfahrung als Psychotherapeut, Teilnahme an der Weiterbildung, Fortbildung im Bereich Psychotraumatologie und Anzahl behandelter Traumapatienten gewählt.

Ergebnisse

Deskriptive Statistik

In Tabelle 1 sind für die drei Subskalen die Skalenmittelwerte, die Standardabweichungen, das Minimum und das Maximum der Summenwerte, sowie das 25., 50. und das 75. Perzentil angegeben. Bei der Betrachtung der Skalenmittelwerte fällt auf, dass es sich insgesamt um eine wenig belastete und zufriedene Stichprobe handelt. Die Psychotherapeuten berichten über eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit ($M = 46.2$, $SD = 6.1$) und ein geringes Burn-out-Risiko ($M = 24.4$, $SD = 4.7$). Auffällig ist auch die äußerst geringe Ausprägung der Werte zur sekundären Traumatisierung ($M = 19.7$, $SD = 4.1$). Da auf der Skala *Compassion Fatigue* eine Variation von 11 bis 30 Punkten vorlag und damit alle Teilnehmer unter dem Grenzwert von ≤ 42 lagen (Stamm, 2010), ist die Ausprägung der sekundären Traumatisierung in

Tabelle 1: Deskriptive Statistik der ProQOL-R

Skala	M (SD)	Min.	Max.	25. Perzentil	50. Perzentil	75. Perzentil
Compassion Satisfaction	46.2 (6.1)	33	60	42	46	51
Burn-out	24.4 (4.7)	11	37	21	24	28
Sekundäre Traumatisierung	19.7 (4.1)	11	30	17	19	22

Anmerkungen: Min. = Minimum, Max. = Maximum

Tabelle 2: Häufigkeit von Strategien zur Burn-out-Prophylaxe in den letzten drei Monaten

Strategien zur Burn-out-Prophylaxe	Inanspruchnahme in %	Minimum	Maximum
Sport in der Freizeit	93,1	1	150
Lesen von Fachbüchern bzw. Artikeln	88,3	1	90
Intervision	85,5	1	30
Entspannungstraining, Atemübungen, Meditation	63,4	1	120
Supervision allgemein	61,4	1	14
Vorstellung von Fällen in einem Qualitätszirkel	47,6	1	8
Imaginations- und Distanzierungstechniken	40,0	1	90
Supervision bei einem psychotraumatologisch ausgewiesenen Supervisor	26,9	1	6

der vorliegenden Stichprobe als äußerst gering einzuschätzen.

Tabelle 2 zeigt die prozentuale Häufigkeit der Inanspruchnahme verschiedener Strategien zur Burn-out-Prophylaxe in den letzten drei Monaten. Sport, Lesen von Fachliteratur und Intervision werden am häufigsten angegeben. Ein psychotraumatologisch ausgewiesener Supervisor wird nur von etwa einem Viertel in Anspruch genommen.

Rückmeldung zur Befragung

Auf einer Skala von eins bis sechs (1 = *gar nicht wichtig*, 6 = *sehr wichtig*) sollten die Teilnehmer einschätzen, wie wichtig sie diese Untersuchung fanden. Die Mehrheit der Teilnehmer schätzte diese Befragung als wichtig ein ($M = 4.5$, $SD = 1.2$).

Korrelationen

Alle Korrelationen zwischen dem *t*-Wert der Skala *Compassion Fatigue* und den untersuchten Prädiktoren sind nach Cohen (1988) als „klein" einzustufen. Bezogen auf die Berufserfahrung zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge mit der Teilnahme an der Weiterbildung zum Psychotherapeuten ($r = .27$, $N = 127$, $p < .01$, einseitig) sowie mit der Anzahl der behandelten PTBS-Patienten ($r = .16$, $N = 127$, $p < .05$, einseitig). Eine signifikant positive Korrelationen ergab sich auch zwischen der eigenen traumatischen Erfahrung des Psychotherapeuten und der Teilnahme an Psychotraumatologie-Fortbildungen ($r = .16$, $N = 127$, $p < .05$, einseitig). Hingegen ergaben sich signifikant negative Korrelationen zwischen der Berufserfahrung und einer traumatischen Erfahrung in der Vergangenheit ($r = -.25$, $N = 127$, $p < .01$, einseitig) sowie zwischen Berufserfahrung und der Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Psychotraumatologie ($r = -.22$, $N = 127$, $p < .01$, einseitig). Ein signifikant negativer Zusammenhang ergab sich auch zwischen einer eigenen traumatischen Erfahrung und der Anzahl der behandelten PTBS-Patienten ($r = -.17$, $N = 127$, $p < .05$, einseitig). Die Interkorrelationen der Skalen fielen in dieser Stichprobe moderat aus.

Regressionsanalyse

Als Kriterium dient das Ausmaß der sekundären Traumatisierung infolge der Arbeit mit Traumatisierten, gemessen mit den ProQOL-R (Stamm, 2010). Um die Faktoren mit der größten Vorhersagekraft in Bezug auf eine sekundäre Traumatisierung zu ermitteln, wurden folgende Prädiktoren in die multiple Regressionsanalyse aufgenommen: Geschlecht, eigene traumatische Erfahrung, Jahre der Berufserfahrung als Psychotherapeut, Teilnahme an der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Fortbildung im Bereich der Psychotraumatologie und Anzahl behandelter Traumapatienten. Nach der Einschluss-Methode ergab sich ein nichtsignifikantes Gesamtmodell; $F(6, 120) = 0.38$, $p > .10$; korrigiertes $R^2 = -.31$. Kein Prädiktor trug signifikant zur Vorhersage einer sekundären Traumatisierung bei. Dies deutet darauf hin, dass weder das Gesamtmodell noch die ausgewählten Prädiktoren geeignet sind, eine sekundäre Traumatisierung der befragten Psychotherapeuten vorherzusagen. Die Ergebnisse der Korrelationen, Skaleninterkorrelationen und der Regressionsanalyse können auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

Diskussion

Das Ziel der Studie war, die berufsbezogene Belastung von Behandlern zu erheben, die regelmäßig mit PTBS-Patienten zusammenarbeiten, und mögliche Faktoren zu untersuchen, die mit einer sekundären Traumatisierung assoziiert sind. Um die Auswirkungen der psychotraumatologischen Tätigkeit auf die Behandler zu untersuchen, wurden gezielt psychotraumatologisch interessierte Mitglieder einer Psychotherapeutenkammer befragt. Die Skalenmittelwerte verdeutlichen, dass es sich um eine gering belastete Stichprobe in den Bereichen Burn-out und sekundäre Traumatisierung handelte, die insgesamt sehr zufrieden mit der Tätigkeit als professioneller Helfer war. Die regressionsanalytische Berechnung zeigte, dass keiner der in der Literatur erwähnten soziodemografischen oder berufsbezogenen Prädiktoren einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage einer sekundären Traumatisierung leistete.

Einige Stichprobenbesonderheiten könnten auf eine Selektion hindeuten. Die schwach negativen Korrelationen zwi-

schen einer eigenen traumatischen Erfahrung und der Anzahl der behandelten PTBS-Patienten bzw. der Berufserfahrung könnten darauf hinweisen, dass belastete Behandler das Berufsfeld bereits verlassen haben und nicht an dieser Untersuchung teilnahmen. Andere Untersuchungen fanden jeweils negative Korrelationen zwischen sekundärer Traumatisierung und dem Wunsch, weiterhin in diesem Berufsfeld zu arbeiten (Bride, Jones & MacMaster, 2007a; Bride, Radey & Figley, 2007b), bzw. der Dauer der psychotraumatologischen Tätigkeit und sekundären Traumasymptomen (Brady et al., 1999; Chrestman, 1999; Pearlman & Mac Ian, 1995; Steed & Bicknell, 2001).

Eine weitere Besonderheit dieser Stichprobe ist die hohe Zufriedenheit mit der Arbeit als professioneller Helfer. Diese kann als ein Schutzfaktor gegen Belastungen im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Tätigkeit gelten (Collins & Long, 2003; Wee & Myers, 2003). Die Mehrheit der Befragten (81,4%) lebte in einer Ehe oder Partnerschaft, was einen negativen Einfluss der Belastungen durch die Arbeit mit Traumatisierten evtl. verringern könnte. In Ärztebefragungen ergaben sich ähnliche Befunde: Ärzte, die in einer stabilen Partnerschaft leben, zeigten im Vergleich mit allein lebenden Kollegen eine geringere Belastung (Geuenich, 2009). Jedoch können familiäre Belastungen sowie fehlende emotionale Unterstützung die Ausprägung von Burnout erhöhen (Klein, Grosse Frie, Blum, Siegrist & von dem Knesebeck, 2010).

Die Teilnehmer waren mehrheitlich als niedergelassenen Psychotherapeuten tätig (62,8%). Einige Untersuchungen stützen die Annahme, dass Niedergelassene im Vergleich zu Angestellten unterschiedliche Belastungen erleben. Beispielsweise berichteten niedergelassene Psychotherapeuten in einer anderen Studie (Raquepaw & Miller, 1989) ebenfalls eine geringere Burn-out-Symptomatik als ihre angestellten Kollegen in Teilzeit- oder Vollzeittätigkeiten. Die höheren Belastungen der Angestellten ergeben sich möglicherweise durch spezifische Anforderungen, wie zusätzliche Dokumentations- und Schreibarbeiten (Taylor-Brown, Johnson, Hunter & Rockowitz, 1981), mehr Personalbesprechungen (Pines & Maslach, 1978) oder eine andere Klientel (Maslach, 1978). Darüber hinaus könnten andere Faktoren, wie eine geringere Bezahlung, weniger persönliche Kontrolle oder Rollenunklarheiten, Einfluss auf die Beanspruchung nehmen (Raquepaw & Miller, 1989).

In der aktuellen Umfrage kann von einer Spezialisierung auf den Bereich der Psychotraumatologie ausgegangen werden, da 80% der Befragten angaben, psychotraumatologische Fortbildungen besucht zu haben. Im Einklang mit anderen Studien (Daniels, 2003; Sprang et al., 2007) erscheint eine Spezialisierung stärkeren Belastungen vorzubeugen. Obwohl ca. 40% der Teilnehmer angaben, einem traumatischen Ereignis im Leben ausgesetzt worden zu sein, erlebten sie keinen negativen Einfluss der Erfahrung in der Vergangenheit auf die Ausprägung einer aktuellen sekundären Traumatisierung bzw. auf die Zufriedenheit mit der Tätigkeit. Mithilfe dieses Items ließ sich jedoch nicht feststellen, welche Art von Trauma die Befragten erlebt hatten. Denkbar ist, dass die Befragten andere traumatische Erfahrungen machten als ihre Klienten, sodass eigene traumatische Erinnerungen nicht erneut aktiviert wurden. Die befragten Behandler gaben hingegen an, vielfältige Strategien zur Vorbeugung von Burnout zu nutzen. Diese Vielzahl von Bewältigungsstrategien könnte ebenfalls zu der äußerst geringen Gesamtbelastung der aktuellen Stichprobe beitragen. Dies wird durch andere Untersuchungen insofern bestätigt, als dass z. B. sportliche Aktivität den Psychotherapeuten eine Chance geben kann, die Sitzungen mit PTBS-Patienten zu durchdenken, das traumatische Material zu verarbeiten und das Stressniveau abzubauen (Iliffe & Steed, 2000).

Kritisch ist die Rücklaufquote von nur 5% anzusehen, wenn die Anzahl der angeschriebenen Mitglieder (N = 3433) zugrunde gelegt wird. Dabei muss jedoch das Ziel der PKN berücksichtigt werden, eine Liste psychotraumatologisch qualifizierter Psychotherapeuten als Ansprechpartner in Niedersachsen zusammenzustellen. Da die Angabe der eigenen Qualifikation auf Selbstangaben beruht, kann keine objektive Aussage über die tatsächliche Qualifikation gemacht werden. Eine andere Einschränkung betrifft den Fragebogen zur Erfassung der sekundären Traumatisierung (ProQOL-R; Stamm, 2010). Die guten Kennwerte zur internen Konsistenz der Originalversion konnten zwar für die vorliegende deutsche Stichprobe nicht repliziert werden, wurden aber in Kauf genommen, da es sich zum Zeitpunkt der Befragung um das beste deutschsprachige Instrument zur Erfassung positiver und negativer Reaktionen infolge der psychotraumatologischen Arbeit handelte. Eine weitere Einschränkung ergibt sich daraus, dass lediglich der Familienstand erfragt wurde, um die Anonymisierung zu gewährleisten. Daraus kann keine Information über die Qualität der partnerschaftlichen bzw. familiären Beziehungen entnommen werden, die als wichtiger Schutz bei berufsbedingten Belastungen gelten kann (Geuenich, 2009; Klein et al., 2010). Ferner wurde nicht erfasst, ob die Psychotherapeuten vorrangig spezielle Klientel, z. B. Opfer von Sexualstraftaten, behandeln. Da einige Autoren (z. B. Kadambi & Truscott, 2004; Brady et al., 1999) berichteten, dass Psychotherapeuten, die überwiegend mit Opfern sexueller Gewalt zusammenarbeiteten, ihre Arbeit belastender wahrnahmen als Psychotherapeuten, die Patienten nach anderen traumatischen Erfahrungen behandelten, könnte ein Vergleich der Belastung von Psychotherapeuten mit verschiedener Klientel relevant sein.

Die Ergebnisse dieser Studie rechtfertigen nicht die Annahme, dass die Arbeit mit PTBS-Patienten bei Psychotherapeuten eine sekundäre Traumatisierung begünstigt. Möglicherweise ist ein Selektionsprozess der Psychotherapeuten vorausgegangen. Autoren, die in früheren Untersuchungen sekundäre Traumatisierung feststellten (z. B. Salston & Figley, 2003), sprechen sich für veränderte psychotraumatologische Fortbildungen, organisationale Unterstützung sowie die Behandlung traumatisierter Psychotherapeuten aus. Allerdings steht der Nachweis über die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen noch aus (Bober & Regehr, 2006).

Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter www.psychoptherapeutenjournal.de.

M. Sc. ***Franziska Lups****, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung (VT), arbeitet derzeit in der Fachklinik Erlengrund (Sucht-Rehabilitation). Ihre Forschungsinteressen beziehen sich auf die berufsbezogene Belastung von Psychotherapeuten.*

Sören Kliem*, Dipl.-Psych., ist Promotionsstipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes an der Technischen Universität Braunschweig. Sein Forschungsinteresse liegt dabei insbesondere im Bereich der Wirksamkeitsanalyse, der Evaluierung von psychometrischen Instrumenten sowie der Anwendung fortgeschrittener statistischer Verfahren.*

Priv.-Doz. Dr. phil. ***Christoph Kröger****, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor (VT), ist Leiter der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig. Er ist außerdem als Beauftragter der PK Niedersachsen für den Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung tätig.*

Korrespondenzadresse

M. Sc. Franziska Lups
Technische Universität Braunschweig
Institut für Psychologie/Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig
f.lups@tu-bs.de

Motivational Interviewing – lautes Nachdenken über Veränderung

Ralf Demmel

Zusammenfassung: Motivational Interviewing ist ein zugleich direktives und patientenzentriertes Verfahren, das zunächst in Abgrenzung zur herkömmlichen Therapie alkoholabhängiger Patienten entwickelt wurde. Die Behandlungsprinzipien (*Express empathy*, *Develop discrepancy*, *Roll with resistance*, *Support self-efficacy*) stimmen weitgehend mit den Annahmen sozialpsychologischer Modelle der Verhaltensänderung überein, auf die Formulierung eines Störungsmodells wird verzichtet. Trotz einer Erweiterung des Anwendungsbereichs und viel versprechender Meta-Analysen ist das Verfahren unter deutschen Psychotherapeuten noch weitgehend unbekannt.

Trotz viel versprechender Meta-Analysen (zum Beispiel Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010) sowie wachsender Popularität im englischsprachigen Raum und in zahlreichen anderen Ländern ist das von Miller und Rollnick (1991, 2002) entwickelte *Motivational Interviewing* unter deutschen Psychotherapeuten weitgehend unbekannt. Lediglich Psychotherapeuten, die alkohol- und drogenabhängige Patienten behandeln, haben sich in der Regel mit dieser Methode vertraut gemacht. Im Gegensatz zu anderen Verfahren, die – trotz oftmals recht „dünner" empirischer Basis – mehr und mehr an Attraktivität zu gewinnen scheinen, führt das zugleich direktive und patientenzentrierte Motivational Interviewing in Deutschland nach wie vor ein Nischendasein. Vor dem Hintergrund der stetig wachsenden Zahl ermutigender Studien erscheint diese Zurückhaltung unangebracht. Der vorliegende Beitrag soll daher den möglichen Nutzen – aber auch die Grenzen – des Verfahrens aufzeigen und künftige Weiterentwicklungen skizzieren.

Eine Frage der Haltung

Motivational Interviewing wurde in den 1980er-Jahren zunächst in Abgrenzung zur herkömmlichen – aus wissenschaftlicher und ethischer Sicht in vielerlei Hinsicht fragwürdigen – Behandlung alkoholabhängiger Patienten entwickelt (Miller, 1983). Zentrale Merkmale des Verfahrens[1] sind der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen („Der Patient muss einsehen, dass er alkoholabhängig ist") und die Abkehr von einem binären Modell der Behandlungsmotivation („Nur Patienten, die aus eigenem Antrieb Hilfe suchen, sind wirklich motiviert"). Es wird nicht mehr angenommen, dass ein alkoholabhängiger Patient vor Beginn der Therapie „ganz unten" oder „einsichtig" sein muss: Motivation ist nicht Voraussetzung, sondern Ziel der Behandlung, Krankheitseinsicht nicht mehr Bedingung der Therapie.

Der Bruch mit überkommenen Behandlungsphilosophien prägte die Entwicklung des Verfahrens insbesondere bis zur Veröffentlichung der zweiten Auflage von *„Motivational Interviewing"* (Miller & Rollnick, 2002). In der Neuausgabe nahm die Abgrenzung von der herkömmlichen „Suchttherapie" nur noch wenig Raum ein. Die Vereinnahmung durch andere Schulen sowie der mit der wachsenden Popularität einhergehende Ausverkauf des Verfahrens veranlassten Miller und Rollnick in den folgenden Jahren jedoch immer wieder zu verschiedenen „Klarstellungen" (zum Beispiel Miller & Rollnick, 2009). Die zahlreichen Missverständnisse sind unter anderem auf ein frühes Versäumnis der Autoren zurückzuführen: In der ersten Auflage (Miller & Rollnick, 1991) findet sich keine eindeutige Begriffsbestimmung, erst in späteren Veröffentlichungen (zum Beispiel Rollnick & Miller, 1995) definieren sie das neue Verfahren:

> *Motivational interviewing is a directive, client-centered counselling style for eliciting behaviour change by helping clients to explore and resolve ambivalence.*
>
> *(Rollnick & Miller, 1995)*

> *Motivational interviewing is a collaborative, person-centered form of guiding to elicit and strengthen motivation for change.*
>
> *(Miller & Rollnick, 2009)*

Sie heben beispielweise hervor, dass Motivational Interviewing ein zugleich direktives (*directive*, *goal-oriented* etc.) und patientenzentriertes (*client-centered*, *collaborative* etc.) Verfahren (*counselling style*, *method of communication* etc.) sei, das die Förderung intrinsischer Motivation zum Ziel habe (*to strengthen an individuals motivation* etc.). Das beschriebene Vorgehen sei in vielerlei Hinsicht eine Weiterentwicklung klientenzentrierter Psychotherapie und angewandte Sozialpsychologie. So stimmen die Behandlungsprinzipien (siehe Tabelle 1) weitgehend mit den Annahmen sozialpsychologischer Modelle der

1 Motivational Interviewing ist weder ein Verfahren noch eine Methode im Sinne der Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses (siehe hierzu die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. Dezember 2007 im Bundesanzeiger vom 20. März 2008). Im vorliegenden Text werden – obwohl das von Miller und Rollnick (1991, 2002) beschriebene Vorgehen nicht auf einer umfassenden Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen basiert – die Begriffe „Methode" und „Verfahren" dennoch zur zusammenfassenden Beschreibung der verschiedenen Behandlungstechniken verwendet.

Verhaltensänderung überein. Um Reaktanz zu reduzieren, wird beispielsweise davon abgesehen, den Patienten „überzeugen" zu wollen: Veränderung soll nicht verordnet, sondern vielmehr in gegenseitigem Einvernehmen – auf Augenhöhe – vereinbart und vorbereitet werden. Die Wahl des Begriffs „interviewing" soll diese der Behandlung zugrundeliegende Haltung (*spirit*) unterstreichen.

> **interview (a)** mutual view (of each other); **(b)** a view, glance, glimpse (of a thing)
> (aus: Oxford English Dictionary)

Eine Psychotherapie, die den von Miller und Rollnick (1991, 2002) formulierten Prinzipien entspricht, zeichnet sich durch Gleichberechtigung und Respekt vor dem Recht auf Selbstbestimmung aus. Die Mehrzahl der deutschen Leser und Psychotherapeuten wird diese Betonung scheinbar trivialer Selbstverständlichkeiten und das „Gutmenschentum" der Autoren zunächst irritieren und befremden – eine oftmals außerordentlich harsche Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Patienten war jedoch auch in Deutschland über Jahrzehnte hinweg eher die Regel als die Ausnahme. Insbesondere die konsequente Ausrichtung der Behandlung an wissenschaftlichen *und* ethischen Prinzipien sowie das Menschenbild der Autoren markieren die Nähe des Verfahrens zur Humanistischen Psychologie. In jüngster Zeit begründen die Autoren ihr Vorgehen zunehmend mit dem Verweis auf die *self-determination theory* der Motivation (Ryan & Deci, 2000).

Lautes Nachdenken über Veränderung

Miller und Rollnick (1991, 2002) beschreiben eine Reihe verschiedener Techniken, die ein lautes Nachdenken über Veränderung initiieren sollen (zusammenfassend Demmel, 2011, 2012). Offene Fragen nach den Prioritäten des Patienten, die Auseinandersetzung mit Werten und Zielen (siehe Beispiel im Kasten auf S. 102) oder ein Gespräch über die möglichen Beweggründe einer Veränderung sollen die intrinsische Motivation des Patienten fördern und so beispielsweise eine Reduktion des Alkoholkonsums vorbereiten (zur Veranschaulichung siehe Demmel & Peltenburg, 2006): Der Patient wird zum Fürsprecher einer Veränderung, überzeugt sich selbst von deren Notwendigkeit und folgt seinen eigenen Argumenten.

Tabelle 1: Motivational Interviewing – Behandlungsprinzipien

Prinzip	Begründung
Express empathy	Theorie der Selbstwahrnehmung
Develop discrepancy	Theorie der Kognitiven Dissonanz
Roll with resistance	Theorie der Psychologischen Reaktanz
Support self-efficacy	Soziale Lerntheorie

Tabelle 2: Change talk – Kategorien

Kategorie	Beispiel
Desire to change	Ich will mit dem Rauchen aufhören …
Ability to change	Ich habe gelernt, die Angst auszusitzen …
Reasons to change	Wenn ich das schaffe …
Need to change	Das kann so nicht weitergehen … ich muss …
Mobilizing Change Talk	
Commitment	Ich habe mich entschieden …
Activation	Ich muss den ersten Schritt machen …
Taking Steps	Ich habe schon einen Termin vereinbart …

Die Ergebnisse psycholinguistischer Studien belegen, dass sich die Motivation eines Patienten in seiner Wortwahl und seinen Formulierungen spiegelt (siehe Tabelle 2): Die Sprache des Patienten lässt prognostisch relevante Rückschlüsse auf dessen Motivation zu (zum Beispiel Amrhein, Miller, Yahne, Palmer & Fulcher, 2003).

So kann ein geschulter Psychotherapeut aus dem Gesagten beispielsweise den weiteren Verlauf der Behandlung „heraushören". Wenn die Psychotherapie zu einer dauerhaften Verhaltensänderung führen soll, muss sich der Patient von den Vorteilen einer Veränderung überzeugen (zum Beispiel Vader, Walters, Prabhu, Houck & Field, 2010). Jeglicher Versuch, dem Patienten durch mehr oder weniger geschickte rhetorische Manöver gute Argumente „in den Mund zu legen", wird – so Miller und Rollnick (1991, 2002) – Schaden anrichten und Widerspruch provozieren. Der Psychotherapeut sollte vielmehr einen sogenannten *change talk* initiieren und so die Veränderungsbereitschaft des Patienten fördern. Im Verlauf des Gesprächs hört der Patient mehrere Male seine (!) Argumente gegen ein Verharren im Status quo bzw. für eine Veränderung, da der Psychotherapeut den *change talk* fortwährend widerspiegelt – ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen ist somit unabdingbare Voraussetzung erfolgreicher Psychotherapie.

Eine Theorie der Veränderung

Kann eine wissenschaftlich begründete Psychotherapie auf eine Theorie der Entstehung psychischer Störungen verzichten? Kann Psychotherapie heilen und die Genese einer Störung ignorieren? Die meisten Psychotherapeuten werden diese Fragen verneinen: Wenn das Symptom intrapsychische Konflikte widerspiegelt, muss das psychische Material mit dem Unbewussten verknüpft werden. Wenn Idealselbst und Realselbst nicht übereinstimmen, muss das Selbstkonzept verändert werden. Wenn Vermeidung zur Chronifizierung der Störung beiträgt, muss der Patient lernen, sich seiner Angst zu stellen. In Theorie und Praxis der Psychotherapie

Beispiel

Psychotherapeut (PT): Ich hatte Ihnen letztes Mal ja schon angekündigt, dass ich heute gerne mit Ihnen darüber reden würde, ob es aus Ihrer Sicht einen Grund gebe könnte, sich das Rauchen abzugewöhnen …

Patient (P): Ja klar, es ist ungesund und teuer …

PT: … keine Frage … wenn man ehemalige Raucher fragt, geben sie aber oft auch ganz andere Gründe an … manchmal auch Sachen, an die man vielleicht gar nicht sofort denkt …

P: Sie wollen mir jetzt was einreden …

PT: Nein, bestimmt nicht … ich glaube auch nicht, dass ich das könnte … wenn die Zeit nicht reif ist, könnte ich das ganz bestimmt nicht … wenn überhaupt, werden Sie sich nur selbst überzeugen … und zwar mit Ihren eigenen Argumenten …

P: … hmm.

PT: Sie sind skeptisch …

P: Ja, schon … was soll das bringen …

PT: Sie können sich nicht so recht vorstellen, dass das nicht nur bloße Zeitverschwendung ist …

P: Na ja, so nun auch wieder nicht …

PT: Also, ich mach Ihnen mal 'nen Vorschlag: Ich sag' Ihnen einfach mal ganz konkret, was ich vorhabe, und dann sagen Sie, ob Sie das machen möchten oder nicht … Wie wär' das?

P: … einverstanden.

PT: Ich hab' hier diese Karten und auf jeder Karte steht ein Begriff, der etwas beschreibt, das Ihnen möglicherweise wichtig ist … und Sie würden zehn Karten bzw. Begriffe auswählen, die Ihre persönlichen Ziele am besten beschreiben: Was ist Ihnen wichtig? Worauf legen Sie Wert? Was streben Sie an? Und so hoffen wir, etwas über Ihre Motivation zu erfahren … das Ganze würde so ungefähr 30 Minuten dauern … Was meinen Sie?

P: Is' mal was anderes … also gut, warum nicht …

PT: Okay, dann legen wir mal los … Sie wählen zehn Karten aus und legen die dann erst mal zur Seite … Sie müssen die auch nicht irgendwie sortieren oder in eine Rangordnung bringen.

P: … kapiert, dann schau' ich mal …

(…)

PT: Okay, das ging ja flott … darf ich mal sehen … ich leg' die Karten mal hier vor uns auf dem Tisch aus … dann können wir beide einen Blick drauf werfen … Wenn Sie da jetzt so drauf schauen: Sehen Sie irgendwelche Verbindungen zum Rauchen? Haben die Dinge, die Ihnen wichtig sind, irgendetwas mit dem Rauchen zu tun?

P: Sie stellen Fragen! Ob das was mit dem Rauchen zu tun hat?

PT: … komische Frage …

P: … allerdings … hmm … also „Freundschaft" schon mal nicht … zumindest sehe ich da keinen Zusammenhang …

PT: … wäre weit hergeholt …

P: … „Höflichkeit" vielleicht … man eckt ja mittlerweile schon mal öfters an, wenn man Raucher ist …

PT: … da sehen Sie einen Zusammenhang …

P: … ja, doch … und vielleicht hier noch … „Familie" … das denk' ich schon manchmal, dass ich meinen Jungs ja wahrscheinlich kein leuchtendes Vorbild bin, wenn ich am Tag ein oder zwei Päckchen rauche und das Geld mehr oder weniger in die Luft puste … wo das Geld sowieso schon so knapp ist …

PT: … da haben Sie ab und an ein schlechtes Gewissen …

P: … ja, klar.

(…)

werden Ätiologie und Behandlung einer Störung in der Regel miteinander verknüpft. Im Gegensatz dazu leiten Miller und Rollnick (1991, 2002) das psychotherapeutische Vorgehen nicht von einem Modell der Genese psychischer Störungen ab. Vielmehr richtet sich die Psychotherapie an vier Behandlungsprinzipien und einer zunehmend ausgefeilten Theorie der Verhaltensänderung aus – der Blick des Psychotherapeuten ist nach vorne gerichtet.

Das Interesse der Autoren an sozialpsychologischen Modellen der Verhaltensänderung – zum Beispiel der Theorie der Kognitiven Dissonanz oder der Selbstwahrnehmung – ist unverkennbar (zum Beispiel Draycott & Dabbs, 1998). Diese Vorliebe für die „Psychologie des Normalen" erklärt möglicherweise das Versäumnis, eine Theorie des Abnormen zu formulieren: Theorie ist stets eine Theorie der Veränderung (Miller & Rose, 2009) und schließt mehr und mehr den Psychotherapeuten ein: Patienten werden ihren Widerstand gegen eine Veränderung lediglich aufgeben können, wenn es ihrem Psychotherapeuten gelingt, seinen *righting reflex* zu unterdrücken und von gut gemeinten Überzeugungsversuchen abzusehen.

Empathie für Fortgeschrittene

Selbstüberschätzung ist „völlig normal" (Kruger & Dunning, 1999). Auch Psychotherapeuten scheinen sich – so die Ergebnisse verschiedener Studien (zum Beispiel Miller & Mount, 2001) – häufig zu überschätzen. Selbst- und Fremdeinschätzung stimmen daher in der Regel nicht überein. Werden unabhängige Experten gebeten, einen Psychotherapeuten zu „benoten", so fällt ihr Urteil weitaus pessimistischer aus als die Selbsteinschätzung des Psychotherapeuten (Miller & Mount, 2001). Psychotherapeuten überschätzen beispielsweise ihr Einfühlungsvermögen und erwarten daher, ein anspruchsvolles Verfahren wie Motivational Interviewing in kurzer Zeit erlernen zu können. Die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien belegen jedoch, dass die Teilnahme an einer mehrtägigen „Auffrischung" keinesfalls ausreicht,

um sich die notwendige Technik anzueignen (zum Beispiel Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004). Insbesondere die Formulierung sogenannter komplexer Reflexionen, die über das „einfache" Spiegeln hinausgehen und den Gedanken des Patienten ergänzen, pointieren oder vertiefen, setzt Einfühlungsvermögen und verbale Kompetenz voraus. Das Erlernen des in vielerlei Hinsicht kontraintuitiven Vorgehens verlangt selbst erfahrenen Psychotherapeuten ein hohes Maß an Frustrationstoleranz und Kritikfähigkeit ab. Fortbildungsteilnehmer, die sich mit der neuen Methode vertraut machen möchten, sind oftmals verunsichert – Darf ich Ratschläge geben? Soll ich Diagnosen vernachlässigen? Ist das ein „zieloffenes" Verfahren? etc. – und müssen im Gespräch mit ihren Patienten immer wieder um die „richtige" Formulierung ringen. Die Beschränkung auf das „gesprochene Wort" erfordert genaues Zuhören und präzises Formulieren. Nicht nur die Wissenschaft hat daher von der Entwicklung standardisierter Codierungssysteme wie beispielsweise dem Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson & Miller, 2005) profitiert. Diese Verfahren ermöglichen eine aussagekräftige und zuverlässige Auswertung aufgezeichneter Gespräche und haben insbesondere im englischsprachigen Raum zu einer verbesserten Ausbildung beigetragen (zusammenfassend Madson & Campbell, 2006). Die Operationalisierung spezifischer psychotherapeutischer Kompetenzen erlaubt eine fortlaufende Selbst- und Fremdeinschätzung der erreichten Fortschritte und somit ein effizientes *fine-tuning*.

Erfolg macht zuversichtlich

Die Stärken des Verfahrens liegen in der anschaulichen und präzisen Beschreibung der verschiedenen Möglichkeiten, Veränderungsbereitschaft zu fördern (*Develop discrepancy*) und fruchtlose Auseinandersetzungen zu vermeiden (*Roll with resistance*). Die Förderung des Selbstvertrauens (*Support self-efficacy*) hingegen beschränkt sich mehr oder weniger auf ein gemeinsames Brainstorming und die Rückbesinnung auf eigene Stärken und Erfolge. Eine nachhaltige – und belastbare (!) – Förderung der Selbstwirksamkeit muss jedoch auf tatsächlichen Erfolgen (*performance accomplishments*, *performance experiences*) beruhen (Bandura, 1986). Lediglich ein durch Erfahrung erworbenes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erlaubt Vorhersagen des Behandlungserfolgs – inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen oder „eingeredete" Zuversicht hingegen scheinen den Erfolg einer Behandlung zu beeinträchtigen (Demmel, Nicolai & Jenko, 2006).

Ausblick

Es erscheint unwahrscheinlich, dass sich Motivational Interviewing künftig als *stand-alone treatment* etablieren wird. Gegenwärtig zeichnet sich – in Übereinstimmung mit der ursprünglichen Intention der Autoren – vielmehr eine Verbindung mit anderen Verfahren ab (zum Beispiel Tuten, Jones, Schaeffer & Stitzer, 2012). Diese Entwicklung geht mit einer erneuten Erweiterung sowohl des Anwendungsbereichs als auch der Behandlungsziele einher (zum Beispiel Naar-King & Suarez, 2011). Den Risiken dieser „Expansion" – etwa einer zunehmenden Unschärfe der Konzepte – muss mit einer Weiterentwicklung der theoretischen Grundlagen, einer Verbreiterung der empirischen Basis sowie einer angemessenen Ausbildung begegnet werden (Miller & Moyers, 2007).

Literatur

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 862-878.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Demmel, R. (2011). Motivational Interviewing. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 233-237). Berlin: Springer.

Demmel, R. (2012). Motivational Interviewing – Psychotherapie auf Augenhöhe. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 38-45). Stuttgart: Thieme.

Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D. M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 67,* 637-641.

Demmel, R. & Peltenburg, M. (2006). Motivational Interviewing: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe [DVD]. (Erhältlich bei Pabst Science Publishers, Eichengrund 28, 49525 Lengerich.)

Draycott, S. & Dabbs, A. (1998). Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology, 37,* 355-364.

Kruger, J. & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology, 77,* 1121-1134.

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20,* 137-160.

Madson, M. B. & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31,* 67-73.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11,* 147-172.

Miller, W. R. & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29,* 457-471.

Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2007). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions, 5,* 3-17.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: The Guilford Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people*

for change. New York, NY: The Guilford Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37,* 129-140.

Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist, 64,* 527-537.

Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 1050-1062.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L. & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28,* 19-26.

Naar-King, S. & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York, NY: The Guilford Press.

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23,* 325-334.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55,* 68-78.

Tuten, L. M., Jones, H. E., Schaeffer, C. M. & Stitzer, M. L. (2012). *Reinforcement-based treatment for substance use disorders: A comprehensive behavioral approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Vader, A. M., Walters, S. T., Prabhu, G. C., Houck, J. M. & Field, C. A. (2010). The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 24,* 190-197.

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. ***Ralf Demmel****, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (VT), ist als Leitender Therapeut bei den v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und Hochschullehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster tätig. Er absolvierte die Ausbildung in Motivational Interviewing bei William R. Miller und Stephen Rollnick und ist Mitglied des Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).*

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel

Homborn 1
58339 Breckerfeld (Zurstraße)
ralf.demmel@bethel.de

Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neuapprobierten PP/KJP

Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011

Manfred Ruoß, Matthias Ochs, Karin Jeschke & Lea Peplau

Zusammenfassung: Die Landeskammern Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen und Saarland haben im Frühjahr 2011 die Neuapprobierten der Jahre 2009 und 2010 zu ihrer beruflichen Situation befragt. Wir berichten hier die Ergebnisse und diskutieren sie vor dem Hintergrund der quantitativen und qualitativen Auswertung. Die Resultate liefern viele Ansatzpunkte für die zukünftige Kammerpolitik.

1. Einleitung

Die Befragung war geleitet von der Absicht, ein Bild von der konkreten Berufstätigkeit nach Abschluss der Psychotherapieausbildung einschließlich der Verdienstchancen zu gewinnen. Weiterhin wurde erfragt, welche individuellen beruflichen Zukunftsperspektiven bzw. -wünsche die neuapprobierten Kolleg/inn/en haben. Erfragt wurde auch, wo die Neuapprobierten strukturelle Hindernisse gegenüber ihren beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten sehen.

2. Methodik

Im Frühjahr 2011 wurden in den Bundesländern Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen und Saarland[1] an 972 Kammermitglieder, die in den Jahren 2009/2010 als Psychologischer Psychotherapeut (PP)/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) neuapprobiert[2] worden waren, Fragebögen verschickt.[3] Der Rücklauf betrug 43% (422 Fragebögen). Die Auswertung und Darstellung der quantitativen Daten erfolgt deskriptiv. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden komplett erfasst und mit qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) ausgewertet.

3. Ergebnisse

3.1 Alter und Geschlechterverhältnis

Unsere Stichprobe setzte sich aus 84,4% Frauen und 15,4% Männern zusammen. Das Durchschnittsalter der Neuapprobierten, die die Fragebögen bearbeitet hatten, lag bei 39,0 Jahren (Spanne: 28–60 Jahre). Frauen wiesen ein Durchschnittsalter von 38,9 Jahren (Spanne: 28–60 Jahre), Männer eines von 39,5 Jahren (Spanne: 31–52 Jahre) auf. In Abbildung 1 wird die Altersstruktur der Neuapprobierten dargestellt.

3.2 Ausbildungsdauer

Im Durchschnitt lag der Hochschulabschluss 9,0 Jahre zurück (Spanne: 3–34 Jahre), die Dauer der Psychotherapieausbildung betrug durchschnittlich 5,3 Jahre. Die Ausbildungsdauer für Verhaltenstherapie (VT) liegt mit 5,0 Jahren um 1,1 Jahre

1 Die PTK Baden-Württemberg hatte ebenfalls eine Neuapprobiertenbefragung durchgeführt, allerdings mit einem modifizierten Fragebogen mit veränderten Skalierungen. Wir beziehen uns auf diese Ergebnisse (Schmidt, 2011) in der Diskussion.

2 Bei Neumitgliedern einer Kammer kann es sich auch um Zuzüge „Altapprobierter" aus anderen Bundesländern handeln, diese Personen wurden nicht angesprochen. Unsere Befragung bezieht sich ausschließlich auf Neuapprobierte.

3 Der Fragebogen wurde in seiner ursprünglichen Form von Hans Bauer (ehem. Vizepräsident PTK Hessen), Manfred Ruoß (PTK Bayern) und Matthias Ochs (PTK Hessen) entwickelt.

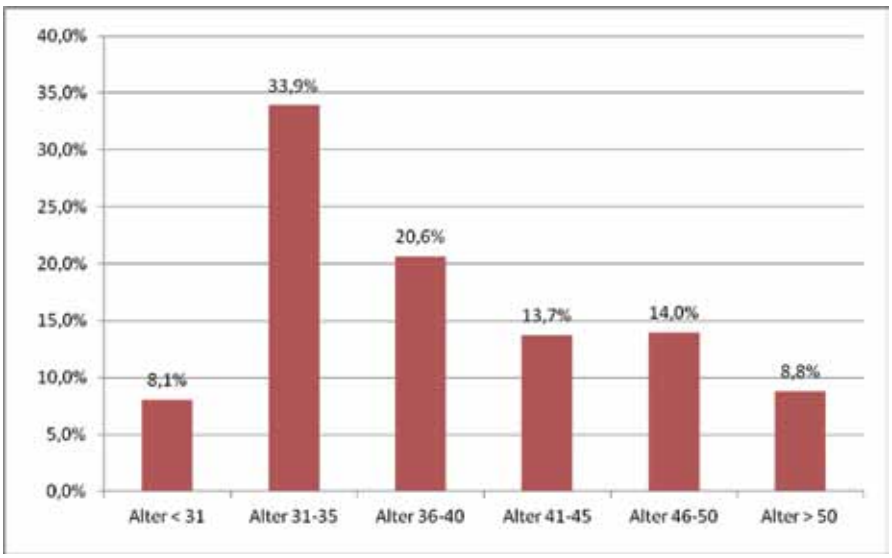


Abbildung 1: Altersstruktur der Neuapprobierten

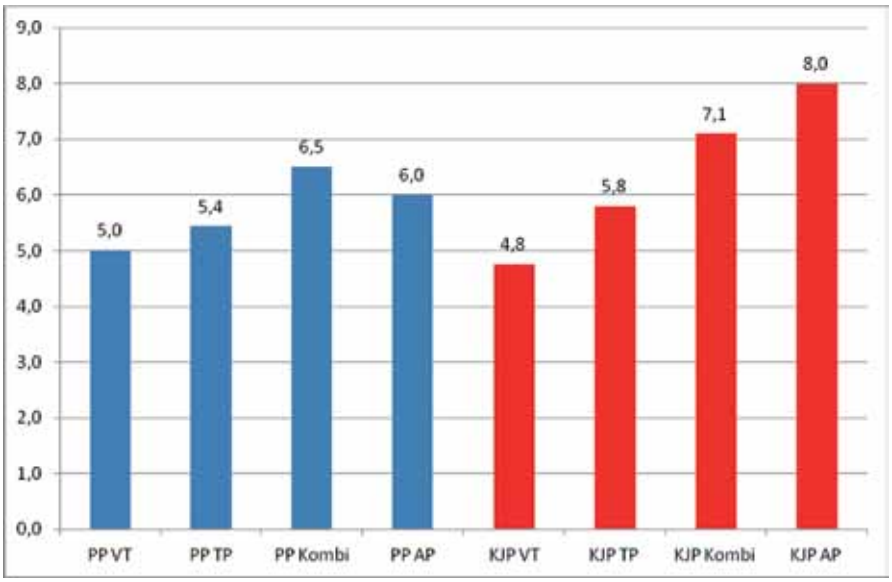


Abbildung 2: Ausbildungsdauer (in Jahren) differenziert nach den Berufen PP und KJP für Verhaltenstherapie (VT), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Kombinierte oder verklammerte Ausbildung aus TP und Analytischer Psychotherapie (Kombi) und Analytische Psychotherapie (AP)

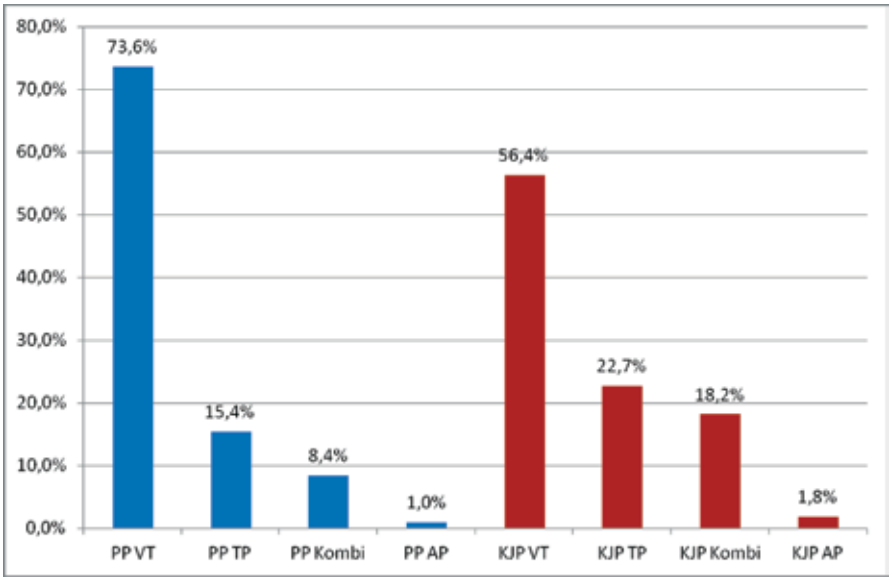


Abbildung 3: Ausbildungsverfahren in Abhängigkeit vom Beruf (PP, KJP)
VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; Kombi: kombinierte oder verklammerte Ausbildung aus TP und AP; AP: Analytische Psychotherapie

unter der für psychodynamische Verfahren (6,1 Jahre). Die durchschnittliche Ausbildungsdauer für PP (5,3 Jahre) liegt um 0,2 Jahre unter der für KJP (5,5 Jahre).

9,2% der Absolvent/inn/en benötigten 3 Jahre. 62,2% erreichten ihren Abschluss innerhalb einer Zeit von 3 bis 5 Jahren. Bei 36,3% der Absolvent/inn/en liegen Ausbildungszeiten von 6 Jahren oder länger vor.

Eine differenziertere Darstellung der jeweiligen Ausbildungsdauer in den Verfahren in Abhängigkeit vom Ausbildungsberuf leistet Abbildung 2.

3.3 Herkunftsberufe und akademische Grundausbildung

Bei 80,6% der Befragten war der Ursprungsstudiengang das Fach Psychologie, bei 14,2% der Befragten lag ein pädagogischer Studienabschluss vor. Bei 22 Befragten konnte der Herkunftsstudiengang nicht ermittelt werden.

3.4 Ausbildungsberufe

73,7% der Neuapprobierten hatten die Ausbildung zur/zum PP absolviert, 26,1% zur/zum KJP. Insgesamt 29 (26,4%) neuapprobierte KJP hatten ein Psychologiestudium absolviert.

3.5 Verfahren und Fachkunde

VT war das Verfahren bei 69,2% der Neuapprobierten, 11,1% schlossen mit dem kombinierten Verfahren aus Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und Analytischer Psychotherapie (AP) ab, 17,5% erwarben den Fachkundenachweis für TP. 1,4% der Neuapprobierten haben die Fachkunde für AP erworben.

Eine differenzierte Analyse der gewählten Ausbildungsverfahren in Abhängigkeit vom Ausbildungsberuf ist aus der Darstellung in Abbildung 3 ersichtlich. Fast drei Viertel aller PP hatten sich für die VT entschieden, bei den KJP war es etwas mehr als die Hälfte, die den Fachkundenachweis in VT erworben hatte.

3.6 Art der Berufstätigkeit

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 57,1% der Neuapprobierten an, angestellt zu sein. 46,9% gaben an, selbstständig zu sein, 13% waren angestellt und selbstständig. 2,4% gaben an, augenblicklich ohne Berufstätigkeit zu sein (10 Personen).

Die Frage nach der Niederlassungsart bei selbstständig Tätigen (n=198) wurde folgendermaßen beantwortet: Privatpraxis 23,0%, voller Kassensitz 10,4%, halber Kassensitz 8,5%, Sicherstellungsassistenz 4,3%, Ermächtigung 0,2%, Jobsharing 0,2%. Diese Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtstichprobe aller vorliegenden Antworten (n=422 sind 100%).

3.7 Arbeitszeiten bei Angestellten und Selbstständigen

Die Neumitglieder in einem Angestelltenverhältnis gaben sehr variable Arbeitszeiten (zwischen 5 und 45 Stunden) mit einem Mittelwert von 29,5 Stunden an. Nur

36,9% der angestellten Neuapprobierten waren Vollzeit tätig. 6,6% geben an, weniger als 19 Stunden zu arbeiten. Auch Niedergelassene gaben sehr variable wöchentliche Arbeitszeiten (Spanne: 2 bis 70 Stunden) mit einem Durchschnittswert von 26,8 Stunden an.

3.8 Einkommen

Angaben zu ihrem Bruttoeinkommen machten 217 von 241 neuapprobierten Angestellten. Aus diesen Angaben wurde ein durchschnittlicher Stundensatz berechnet, der – eine 39-stündige Arbeitswoche zugrunde gelegt – ein Durchschnittsverdienst von 3.622 € (brutto) ergibt. In Abbildung 4 wird die Einkommenssituation der angestellten Neuapprobierten in Einkommensgruppen aufgeschlüsselt. Um eine vergleichende Auswertung zu ermöglichen, wurde bei Teilzeitbeschäftigten mittels des fiktiven Stundensatzes errechnet, wie das Einkommen bei Vollbeschäftigung (39 Wochenstunden) wäre. 35,3% der Neuapprobierten erzielen demnach ein Einkommen unter 3.500 €. Knapp ein Viertel der Angestellten liegt im Einkommen zwischen 3.500 und 4.500 €. Eine kleine Gruppe (8,9%) liegt über 4.500 €.

Einkommensangaben von Selbstständigen gab es nur von einem Teil der Befragten. Bei diesen Antworten wurde oft darauf hingewiesen, dass der Start in die Niederlassung erst vor kurzer Zeit erfolgt sei, wirklich aussagekräftige Angaben zum Einkommen von Selbstständigen können daher nicht gemacht werden. Wir dokumentieren hier die gemachten Angaben:

In Abbildung 5 (S. 108) werden die Einkommensgruppen der niedergelassenen selbstständigen Neuapprobierten aufgeschlüsselt. Jedes fünfte selbstständige Neumitglied gibt ein Einkommen von über 5.500 € an, auf der anderen Seite geben 22,1% ein Einkommen von unter 1.500 € an.

Tatsächlich sind die „wahren" Einkommen nicht einfach zu ermitteln, da bei vielen Befragten variable „Mischformen" und „Übergangsformen" aus Angestelltengehalt und Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit vorliegen, dies bei einer größeren Anzahl von Neumitgliedern kombiniert mit weiteren Tätigkeiten. Einzukalkulieren ist hier auch, dass bei diesen Einkommen die Praxiskosten, die extrem uneinheitlich sind, auf die Bruttoeinkommen angerechnet werden müssen.

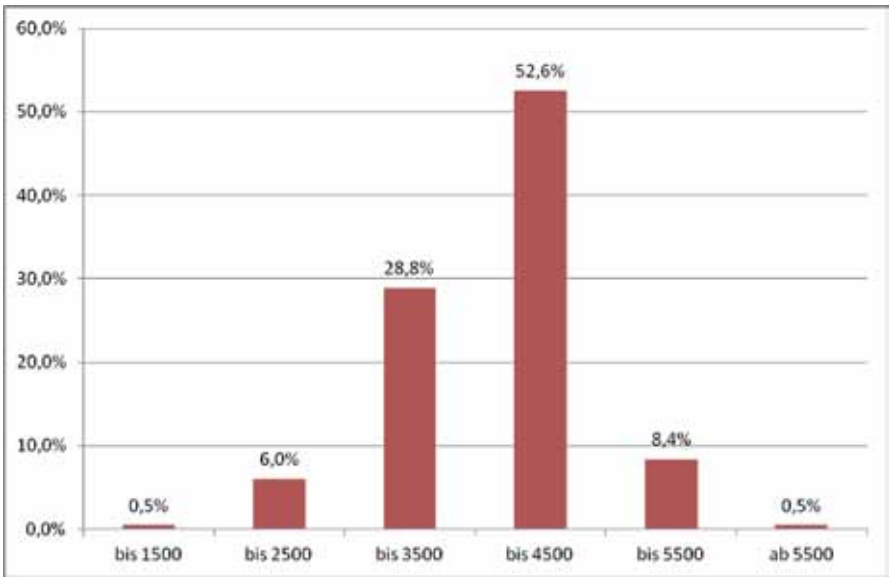


Abbildung 4: Einkommensgruppen (brutto) der angestellten Neuapprobierten in Euro

Einkommen aus Niederlassung:

198 Nennungen insgesamt, 154 mit Einkommensangaben
Durchschnittseinkommen (brutto): 3.385 €
Bereich: 50 € bis 10.000 €

Weitere selbstständige Tätigkeiten:

z. B. Dozententätigkeit, Gutachtenerstellung:
84 Nennungen insgesamt, 57 mit Einkommensangaben
Durchschnittseinkommen (brutto): 985 €
Bereich: 50 € bis 4.000 €

Angaben zu „weiteren" selbstständigen Tätigkeiten, d. h. von Tätigkeiten, die nicht direkt mit der Behandlung von Patient/inn/en zu tun haben, wurden von Angestellten und Niedergelassenen gemacht.

3.9 Zufriedenheit

Auf einer 11-stufigen Skala wurde die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation erfragt. Der Durchschnittswert betrug 7,3. Selbstständige gaben höhere Werte (8,0) als Angestellte (6,9) an. Statistisch ist dieser Unterschied hochsignifikant (t-Test: $p < 0.01$).

3.10 Änderungswünsche

46,7% der Befragten gaben an, sich im nächsten Jahr beruflich verändern zu wollen. 28,9% streben einen Kassensitz an. Die anderen Veränderungswünsche (17,8%) betreffen die Niederlassung auf einem Privatsitz oder die Veränderung auf eine Leitungsposition in einer Institution.

3.11 Beantwortung der offenen Fragen

Der Fragebogen beinhaltete neben quantitativen Fragen auch qualitative Fragen, die frei beantwortet werden konnten. Aus diesen Antworten wurden inhaltsanalytisch Kategorien extrahiert. Diese Kategorien haben wir der Häufigkeit nach im Folgenden pro Frage aufgeführt.

Statistik der qualitativen Antworten

Wir berichten im Folgenden Anzahlen von Antworten/Nennungen pro Kategorie. Zudem geben wir Prozentzahlen an, die sich auf die gesamte Anzahl von Nennungen pro Frage beziehen. Wir berichten die wesentlichen Hauptkategorien/Themenbe-

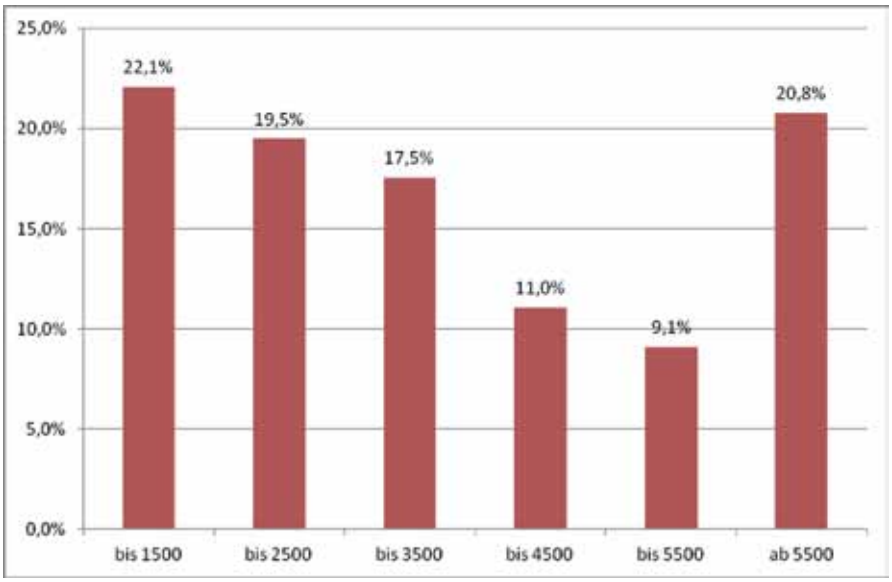


Abbildung 5: Einkommensgruppen der niedergelassenen Neuapprobierten in Euro

reiche pro Frage per absolute und prozentuale Anzahl von Nennungen sowie illustrative Beispielzitate.

Frage III, 2: Veränderungen in der Berufstätigkeit seit der Approbation: „Gab es in Ihrer Berufstätigkeit seit der Approbation wesentliche Veränderungen? Falls Ja, beschreiben Sie bitte diese Veränderungen und auch die Gründe dafür." (212 Antworten)

Veränderungen hinsichtlich einer Selbstständigkeit: Als häufigste Veränderung wurde der Schritt in die Selbstständigkeit durch Eröffnung einer eigenen Praxis genannt (57,5%). Vergleichsweise selten wurde von der Veränderung berichtet, eine Praxis zu eröffnen bei Beibehaltung eines Angestelltenverhältnisses (9,8% der 57,5%). Zudem kam es bei 6,6% seit der Approbation zu Veränderungen innerhalb der Selbstständigkeit (z. B. erst Kostenerstattung und dann kassenärztlich regulär zugelassen; erst Sicherstellungsassistenz, dann halber Kassensitz).

Schritt in die Selbstständigkeit – Antwortbeispiele:

- „Niederlassung in einer Privatpraxis mit der Möglichkeit der Abrechnung mit den Privaten KK und der Kostenerstattung bei den GKK",
- „Aufnahme einer ambulanten Nebentätigkeit in einer psychotherapeutischen Praxis".

Veränderungen innerhalb der Selbstständigkeit – Antwortbeispiele:

- „Steigerung der Einnahmen durch Abrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen (privat + GKV-Kostenerstattung)",
- „Mehr Selbstbestimmung, mehr Arbeit, weitere Fahrtwege",
- „Ich verdiene endlich mehr Geld. Ansonsten kaum Veränderungen, Jobsharing ähnelt praktischer Ausbildung oder Ausbildungsassistenz".

Veränderungen hinsichtlich eines Angestelltenverhältnisses: 8% nennen den Schritt in ein Angestelltenverhältnis hinein als Veränderung durch die Approbation. 14,6% berichten von positiven Veränderungen in einem bestehenden Angestelltenverhältnis durch die Approbation (z. B. Erhöhung der Verantwortlichkeit, Übertragung von Leitungsfunktionen, Verbesserung der Bezüge). Ein Anteil von 3,3% berichtete von negativen Veränderungen durch einen Stellenwechsel als Angestellte, der trotz Approbation zu schlechteren Bezügen geführt hat.

Positive Veränderungen im bestehenden Angestelltenverhältnis – Antwortbeispiele:

- „Beförderung zum leitenden Psychologen",
- „Nach erkämpfter Betriebsvereinbarung verbesserte Bezahlung (Höherstufung um 2 Stufen im TVöD; Vergütungsgruppe 13)",
- „Zuvor keine selbstständig durchgeführte Therapien, nur Diagnostik und Beratung".

Frage III, 3: Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der aktuellen Berufssituation: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer augenblicklichen Berufstätigkeit? Bitte skizzieren Sie kurz die Gründe für Ihre Zufriedenheit/Unzufriedenheit." (570 Antworten)

Zufriedenheit/Unzufriedenheit im Kontext Selbstständigkeit: Die meisten Antworten zu dieser Frage (25%) beziehen sich auf Zufriedenheitsaspekte im Kontext Selbstständigkeit, die sich als Trias aus folgenden Faktoren zusammenfassen lassen: Freiheiten/Flexibilität in der Selbstständigkeit, anspruchsvolle Tätigkeit (mit der Erfahrung von persönlicher Wirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit), angemessene Bezahlung.

16,3% der Nennungen zu dieser Frage beziehen sich aber auch auf Unzufriedenheitsaspekte rund um das Thema „Kassensitz". Über die Hälfte jener Nennungen bezieht sich darauf, dass Kassensitze nicht verfügbar und zu teuer sind, dass Neuapprobierte sich von niedergelassenen Kolleg/inn/en schlecht informiert fühlen und sie den Eindruck haben, dass es allgemein unzureichende Beratung und Information zur Niederlassung gibt (60,2% jener 16,3%). Die zweithäufigsten Nennungen beziehen sich auf Schwierigkeiten der Akquise von Privatpatienten/Selbstzahlern sowie hohen bürokratischen Aufwand im Zusammenhang mit KV/KK (24,7% jener 16,3%). Ein weiterer substanziell quantifizierbarer Unzufriedenheitsaspekt in diesem Zusammenhang bezieht sich auf den Umgang von Krankenkassen mit dem Kostenerstattungsverfahren (15,1% jener 16,3%).

Zufriedenheit mit Schritt in die Selbstständigkeit – Antwortbeispiele:

- „Gutes Geld, freie Zeiteinteilung, Freiheiten",
- „Ich bin sehr glücklich darüber, dass ich seit letztem Jahr einen eigenen Sitz habe. Ich liebe meine Arbeit, sie macht mir viel Spaß und ich bin flexibel. Wäh-

rend meines Studiums und der Ausbildung hatte ich bis zu drei Jobs; bin glücklich, dass dies ein Ende hat".

Unzufriedenheit rund um das Thema Kassensitz – Antwortbeispiele:

- „KV-Sitze werden künstlich knapp gehalten, müssen gekauft werden, danach starker Andrang von Patienten, die nicht versorgt werden können",
- „Wenig Hilfe bei der Praxisgründung; sehr hoher zeitlicher und finanzieller Aufwand; wenig Absicherung",
- „Keine Möglichkeit mit Kassenzulassung zu arbeiten, unhaltbare Zustände beim ‚Ergattern' von Kassensitzen, Ausschreibung von Kassensitzen, die bereits durch Jobsharing oder Verwandschaftsverhältnis gebunden sind. Keine Aussicht auf ein Jobsharing, da nur wenige ‚ältere' Psychotherapeut/inn/en diesen Aufwand auf sich nehmen".

Zufriedenheit/Unzufriedenheit im Kontext Angestelltenverhältnis: Der Zufriedenheitstrias im Kontext Selbstständigkeit steht eine Unzufriedenheitstrias bei Angestellten gegenüber, die sich auf die fehlende Anerkennung der beruflichen Qualifikation, die mit der Approbation einhergeht, bezieht: schlechte Bezahlung, Kooperationsprobleme mit Ärzt/inn/en, geringe Karrieremöglichkeiten. Hierzu gab es die meisten Nennungen (20,4%). Es wurden aber auch von vielen Neuapprobierten Zufriedenheitsaspekte im Angestelltenverhältnis genannt (17%), etwa: Sicherheit eines unbefristeten Vertrages mit geregelten Sozialleistungen und Arbeitszeiten, die Arbeit im Team, aber auch mit der Approbation einhergehende Verbesserungen der Arbeitsbedingungen.

Zufriedenheit als Angestellte – Antwortbeispiele:

- „Sehr angenehmes Arbeitsklima im Team, gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, abwechslungsreiche Störungsbilder der Patienten, gutes Verhältnis zwischen Eigenverantwortung und Supervision",
- „Neben meinem sicheren Anstellungsverhältnis bietet mein Arbeitsplatz eine große Vielfalt. Nicht nur die Kinder sind im Fokus der Beratung, sondern auch die Eltern, die Familie, das Paar. Auch können leicht Gruppenangebote oder präventive Angebote an Schulen etc. eingerichtet werden. Zudem kann ich auch andere Verfahren anbieten, je nach Bedarf der Klienten. Die Arbeit im Team, regelmäßige Inter- und Supervision runden das ab".

Unzufriedenheit als Angestellte – Antwortbeispiele:

- „Keine Entwicklungschancen (Gehalt, Position, Verantwortung)",
- „Sehr unzufrieden, keine persönliche und finanzielle Anerkennung der Approbation, Benachteiligung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, die durch Fortbildung mehr Gehalt bekommen können".

Frage III, 4/5: Angestrebte mittelfristige Veränderungen: „Planen Sie eine Änderung in Ihrer Berufstätigkeit innerhalb der nächsten 12 Monate? Falls Ja, beschreiben Sie bitte in welcher Richtung die Veränderung erfolgen soll"; „Welche beruflichen Ziele möchten Sie mittelfristig erreichen?" (636 Nennungen)

Selbstständigkeit in Form eigener Praxis: Die mit Abstand meisten Veränderungen beziehen sich auf Selbstständigkeit in Form einer eigenen Praxis (43,4%). Innerhalb dieser Hauptkategorie werden der Erwerb eines Kassensitzes, Niederlassung in eigener Praxis, das Anstreben (voller) Selbstständigkeit bzw. einer Praxisgemeinschaft (67,4% der 43,4%) am häufigsten genannt. Weitere Neuapprobierte gaben explizit den Erwerb eines halben Sitzes als mittelfristiges Veränderungsziel an (12,3% der 43,4%), ebenso viele nannten die Kombination aus angestellter und selbstständiger Tätigkeit. Eine weitere bedeutsame Anzahl an Neuapprobierten gab zudem an, den Ausbau einer Privatpraxis sowie mehr Privatpatient/inn/en anzustreben (8,7% der 43,4%).

Selbstständigkeit in Form eigener Praxis – Antwortbeispiele:

- „Zusätzliche Eröffnung einer kleinen Privatpraxis",
- „Ich möchte als Psychotherapeutin niedergelassen arbeiten und am Versorgungssystem teilnehmen, habe mit ‚sehr gut' approbiert und möchte meine gute Ausbildung anwenden können".

Kompetenz- und Qualifikationserweiterungen: Die zweitgrößte Hauptkategorie zu dieser Frage bezieht sich auf Kompetenz- und Qualifikationserweiterungen (27,4%). Die Erweiterung der eigenen Kompetenzen bezog sich einerseits auf allgemeine Qualifikationserweiterungen, wie etwa in Paartherapie, Systemischer Therapie, Supervision, Erlangung Doppelapprobation, Gutachtertätigkeit oder im Organisationsentwicklungsbereich (62,1% der 27,4%), und zum anderen auf spezifischere, eher an Fortbildungen orientierten Fähigkeitserweiterungen (27,6% der 27,4%). Eine weitere Gruppe von Neuapprobierten gab die Erlangung einer höheren akademischen Qualifikation an (11,5% der 27,4%).

Kompetenz- und Qualifikationserweiterung – Antwortbeispiele:

- „Ausbildung zur Supervisorin",
- „evtl. Professor",
- „Zusatzausbildung zur Trauma-Therapeutin",
- „Weiterbildung Schematherapie".

Veränderungen im Angestelltenverhältnis: 7,5% gaben an, mittelfristig positive Veränderungen innerhalb eines Angestelltenverhältnisses anzustreben, wobei sich die Hälfte dieser 7,5% auf die Erlangung einer leitenden Funktion bezog.

Frage III, 6: Rahmenbedingungen und Erschwernisse: „Welche Rahmenbedingungen sind erforderlich, dass Sie Ihre beruflichen Ziele wahrscheinlich erreichen? Welche Bedingungen erschweren Ihnen die Erreichung Ihrer beruflichen Ziele?" (467 Nennungen)

Mangelnde Möglichkeit des Kassensitzerwerbs: Von den 467 Nennungen zu dieser Frage betreffen über die Hälfte (57,6%) die mangelnde Möglichkeit des Kassensitzerwerbs – die mithin ein zentrales Thema für Neuapprobierte ist. Dabei wurden hier

schwerpunktmäßig zum einen die „politischen Verhältnisse" (falsche Bedarfsplanung) genannt und zum anderen die finanziellen Hürden („Ablösesumme für Kassensitze", „Verschuldung wegen Ausbildung").

Mangelnde Möglichkeiten des Kassensitzerwerbs – Antwortbeispiele:

- „Keine KV-Zulassung – zugespitzt: Deutschland ist ein Paradies für Therapeuten mit Zulassung und die Hölle für die ohne, da praktisch jeder Patient krankenversichert ist und erwartet, dass seine Kasse die Therapie bezahlt...",
- „Schlechte Bedingungen für Kassensitzerwerb (teuer, Warteliste, intransparentes Verfahren im Zulassungsausschuss)",
- „Erschwerend: viele Kollegen in Kassenpraxis in meinem KV-Bezirk nutzen den vollen Sitz nicht zu 100% – Abgabe eines ½ Sitzes nur gegen Kauf",
- „Zulassungsbeschränkung, unverschämter Preis für Kassensitze",
- „Reglementierung der unsittlichen Preise".

Selbst- und Zeitmanagement: 10,3% der Nennungen zu den erforderlichen Rahmenbedingungen und Erschwernissen bezogen sich auf das Thema „Selbst- und Zeitmanagement" (z. B. Work-Life-Balance, Kinderwunsch, mehr Zeit für Akquise und Recherche).

Selbst- und Zeitmanagement – Antwortbeispiele:

- „Zeitmangel",
- „Betreuung fürs Kind",
- „Vereinbarung von Anstellungsverhältnis und Selbstständigkeit sind z. T. nicht möglich".

Unterstützung bei der Gründung einer Kassenpraxis: 7,1% nannten als erleichternde Rahmenbedingungen eine umfassende Beratung/Unterstützung bei der Kassenpraxisgründung (z. B. mehr Transparenz bezüglich Kosten/Wirtschaftlichkeit einer Praxis; Beratung zur Praxisgründung).

Unterstützung bei der Gründung einer Kassenpraxis – Antwortbeispiele:

- „Bessere Informationen von Kammern und Berufsverbänden (wie weiter mit Approbation, wenn bundesweit keine Kassensitze vorhanden sind?)",
- „Schulung über Vorgehen Niederlassung",
- „Klarere Strukturen und bessere Verfügbarkeit von Richtlinien; oft muss man 10 Leute fragen…"

Administrative und bürokratische Zwänge: 5,1% erlebten administrative und bürokratische Zwänge explizit als Erschwernis (z. B. auch Mangel an Kommunikation mit Sachbearbeiter/inne/n bei KV/Krankenkassen).

Administrative/bürokratische Zwänge – Antwortbeispiele:

- „Bürokratie erschwert Therapie",
- „Wenn schon keine Unterstützung, dann wenigstens keine weiteren Verschärfungen/Schikanen für Neuapprobierte durch PTKen".

Frage III, 7: Unterstützung durch die Kammer: „Wie könnte Sie die Kammer bei der Erreichung Ihrer beruflichen Ziele unterstützen?" (381 Nennungen)

Die meisten Angaben zu dieser Frage beziehen sich auf die Unterstützung bei der Erlangung eines Kassensitzes seitens der Kammer (44,6%). Zu dieser Hauptkategorie gehören vor allem die Forderung nach einer realistischen/veränderten Bedarfsplanung, der Veröffentlichung von Sitzabgängern, einer Abschaffung der Zulassungsbeschränkung, freier Marktregulation und der Ausbau von Jobsharing ebenso wie die Forderung, für Berufsanfänger realistische und verbindliche Übernahmeoptionen von Praxissitzen anzubieten. Auch wird gefordert, Kassensitzinhaber/innen dazu zu bewegen, unausgeschöpftes Behandlungskontingent abzutreten. Eine von der Anzahl der Nennungen her bedeutsame Unterkategorie thematisiert den Unterstützungswunsch der Neuapprobierten, den „Preiswucher" bei Praxisabgabe durch geeignete Maßnahmen einzuschränken (14,1% der 44,6%).

Unterstützung bei Erlangung eines Kassensitzes – Antwortbeispiele:

- „Sich einsetzen für unbeschränkte Niederlassungsmöglichkeiten, mehr Markt, weniger Bürokratie",
- „Hinwirken, dass nicht bewirtschaftete halbe Sitze freigegeben werden",
- „Auflösung der Zulassungsbeschränkung, freie Marktregulation".

Preiswucher bei Praxisübergabe eingrenzen – Antwortbeispiele:

- „Meist haben ältere Kollegen die Sitze weder gekauft noch mussten sie eine teuere Ausbildung machen",
- „Sich dafür einsetzen, dass die KV jedem einen Kassensitz gibt, der unter großen Entbehrungen diese Ausbildung absolviert hat!".

14,4% der Neuapprobierten wünschen sich Fortbildung/Beratung bezüglich Selbstständigkeit seitens der Kammer: Transparenz zu Kosten/Wirtschaftlichkeit bei Selbstständigkeit, PC-Abrechnungssysteme, Informationen zum Klageweg, bessere Information über Abrechnungsmöglichkeiten und zu Teilzeit-Selbstständigkeit.

Beratung zur Aufnahme einer Selbstständigkeit – Antwortbeispiele:

- „Fortbildungsangebote zum Thema Schritte zur Selbstständigkeit, eigene Praxis",
- „Weiterhin Seminare bezüglich Praxissitz-Erwerb",
- „Information zu aktuellen Rahmenbedingungen bezüglich der Niederlassung".

12,3% gaben an, sich seitens der Kammer eine deutlichere Vertretung des Berufsstands „nach außen" zu wünschen. Es sollen der akademische Heilberuf sowie die Rahmenbedingungen von Psychotherapie gesichert werden. 9,2% wünschen sich von der Kammer Unterstützung im Angestelltenbereich, speziell bei der Erlangung von Leitungsfunktionen und bei Tarifauseinandersetzungen.

Frage IV: Fortbildungsinteressen: Zusätzlich haben wir Fortbildungsinteressen erfragt. Zu dieser Frage konnten wir 462 Nennungen ausmachen, die sich am sinnvollsten in zwei große Hauptkategorien unterteilen lassen:

Kategorie 1 (110 Nennungen, 23,8%): Fortbildungen zu den Themen Niederlassung, Existenzgründung, Abrechnung, Praxisorganisation.

Kategorie 2 (352 Nennungen, 76,2%): Fortbildungen zu spezifischen psychotherapeutischen Fragen und aktuellen Entwicklungen.

4. Diskussion

4.1 Repräsentativität des Rücklaufs

Der Rücklauf unsere Befragung kann mit 43% als gut bewertet werden. Wir haben keine Hinweise und Plausibilitäten dafür, dass es systematische Verzerrungen (bias) geben könnte. Zudem sind die demografischen Daten unserer Stichprobe vergleichbar mit jenen aus Baden-Württemberg (Schmidt, 2011).[4]

4.2 Alter und Ausbildungsdauer

Berufseinsteiger/innen in den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten zeichnen sich durch ein hohes Alter aus. Man findet unter Neuapprobierten relativ viele Personen, die sich für diesen Beruf nach einem längeren „beruflichen Vorlauf" in anderen Tätigkeitsfeldern entscheiden. Viele erreichen die Approbation erst mit 41 Jahren oder älter (36,5%). Nur vergleichsweise wenige erreichen die Approbation vor dem dreißigsten Lebensjahr (8,1%). Die Ausbildungsdauer in unserer Stichprobe betrug im Durchschnitt 5,3 Jahre bei einer Spanne von 3 bis 13 Jahren. Diese Werte zeigen, dass die Ausbildung innerhalb von drei Jahren zu absolvieren ist, dass es aber auch sehr lange Ausbildungszeiten gibt. Möglicherweise stehen lange Ausbildungen in Beziehung mit einer parallelen Berufstätigkeit. So gibt es Fälle, in denen die Ausbildungsteilnehmer/innen vollumfänglich berufstätig sind, beispielsweise als Diplom-Psycholog/inn/en in einer Klinik, und die Ausbildung neben der Berufstätigkeit bewältigen. Ein anderer Grund für lange Ausbildungszeiten beruht wahrscheinlich auf familiären Bedingungen (ein Hinweis hierfür ist, dass Probleme, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen, bei den qualitativen Antworten häufiger genannt wurden).

4.3 Zugangsstudiengänge

Bei 80,6% der Befragten war der Ursprungsstudiengang das Fach Psychologie, bei 14,2% der Befragten lag ein pädagogischer Studienabschluss vor. Von Strauß et al. (2009) und von Schmidt (2011) werden ganz ähnliche Zahlen berichtet. Es gibt eine nicht unbeträchtliche Zahl von Psychologieabsolvent/inn/en, die sich für eine KJP-Ausbildung entscheiden (insgesamt 29 Personen oder 26,4% aller neuapprobierten KJP).

Bisher kommen ca. 15% aller Teilnehmer/innen in der Psychotherapieausbildung aus einem pädagogischen Studiengang. Im Zusammenhang mit Novellierungskonzepten zum PsychThG wurden Überlegungen angestellt, ob und wie pädagogische Zugänge zur Psychotherapieausbildung erhalten bleiben sollten (z. B. Borg-Laufs et al., 2009; Schwarz, 2010; Klein-Hessling & Schopohl, 2011; vgl. auch Themenschwerpunkt in Heft 2/2010 des PTJ).

4.4 Psychotherapeutische Verfahren

Bei den Zahlen zu den Ausbildungsverfahren gibt es ein Übergewicht der VT (69,2%). 11,1% der Teilnehmer/innen wählten das „kombinierte" oder „verklammerte" Verfahren von AP mit TP. 17,5% der Abschlüsse beziehen sich auf TP, 1,6% der Abschlüsse wurden in AP gemacht. Ein noch stärkerer Überhang der VT wird vom Forschungsgutachten (Strauß et al., 2009) und von Schmidt (2011) beschrieben. Diese Zahlen werden insbesondere in den Fachverbänden zu diskutieren sein, sicherlich gibt es vielfältige Gründe für diese Resultate.

4.5 Berufliche Situation

Die berufliche Situation der Neuapprobierten ist vielfältig. Das Spektrum reicht von der Niederlassung auf einem vollen Kassensitz oder über Leitungspositionen in Kliniken und stundenweise Assistenz bis hin zu „nicht berufstätig" (bei 2,4%). Die zwei großen Gruppen bilden zum einen die 57,1% der Neuapprobierten, die angaben, angestellt zu sein, und die 46,9%, die angaben, selbstständig zu arbeiten. Es sind hier auch verschiedene Mischformen zu finden, sodass die Summe der beiden Angaben über 100% liegt.

Vor allem in den offenen qualitativen Antworten wird deutlich, dass der Schritt in die Selbstständigkeit mittels Praxiseröffnung von den meisten Neuapprobierten angestrebt, oftmals auch bereits unmittelbar nach der Approbation in die Tat umgesetzt wird. Dies geschieht jedoch deutlich häufiger per Eröffnung einer Privat- denn einer Kassenpraxis. Die eine Praxiseröffnung erschwerenden Rahmenbedingungen werden deutlich benannt, teils mit drastischen Worten beklagt und Änderungen angemahnt. Ebenso zeigt sich in den offenen qualitativen Antworten, dass die Rolle der Psychotherapeutenkammern einigen Neuapprobierten in diesem Zusammenhang unklar ist. So wird z. B. wiederholt von der Kammer gewünscht, dass diese eine realistischere Bedarfsplanung vornehmen bzw. die Zulassungsbeschränkungen abschaffen sollen.

Was die berufliche Situation der neuapprobierten Mitglieder im Angestelltenverhältnis angeht, so zeigt sich in den offenen qualitativen Antworten, dass es nur vergleichsweise wenigen Neuapprobierten gelungen ist, durch die Approbation eine spürbare Verbesserung im Angestelltenverhältnis zu erwirken.

4.6 Zufriedenheit mit der beruflichen Situation[5]

Die Zufriedenheit mit der Berufstätigkeit lag bei allen Befragten leicht über dem Skalenmittelwert, jedoch nicht sehr hoch. Die Selbstständigen schätzen sich hochsignifikant zufriedener ein als die Angestellten.

Zur **Zufriedenheit der Selbstständigen** tragen insbesondere bei:

- Freiheiten in der Arbeitsgestaltung bei freier Zeiteinteilung,

4 In unserer Stichprobe (n=422) betragen Mittelwert/Standardabweichung Alter (39,0/7,3), in der Stichprobe aus Baden-Württemberg (n=167) (38,8/7,0); das Geschlechterverhältnis männlich/weiblich ist in unserer Stichprobe (84,4/15,4), in Baden-Württemberg (79,6/19,8).

- Anerkennung der Arbeit,
- Erfahrung von persönlicher Wirksamkeit.

Zur **Unzufriedenheit der Selbstständigen** tragen insbesondere bei:

- Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Privatpatient/inn/en,
- hoher bürokratischer Aufwand (z. B. bei der Antragstellung),
- fehlender kollegialer Austausch,
- Schwierigkeiten, eine Kassenzulassung zu erhalten.

Zur **Zufriedenheit der Angestellten** tragen insbesondere bei:

- die Arbeit im Team,
- die Sicherheit eines unbefristeten Arbeitsplatzes mit geregelten Sozialleistungen,
- die verbesserten Arbeitsbedingungen seit der Approbation.

Zur **Unzufriedenheit der Angestellten** tragen insbesondere bei:

- schlechte Bezahlung,
- fehlende Anerkennung der beruflichen Qualifikation,
- geringe Aufstiegsmöglichkeiten,
- bürokratischer Aufwand und organisatorische Aufgaben.

Facharzt, TV Ärzte/VKA, Marburger Bund:
- Stufe 1: 4.930,79 €
- Stufe 2: 5.344,22 € (nach einjähriger ärztlicher Tätigkeit)

Oberarzt, TV Ärzte/VKA, Marburger Bund:
- Stufe 1: 6.176,10 €
- Stufe 2: 6.539,11 € (nach dreijähriger fachärztlicher Tätigkeit)

Klinik Damp, Marburger Bund:

Psychologischer Psychotherapeut:
- Stufe 1: 4.614,48 €
- Stufe 2: 5.003,10 € (ab 4. J.)

Diplom-Psychologe/Diplom-Psychologin:
- Stufe 1: 3.497,58 €
- Stufe 5: 4.371,72 € (im 5. J.)

TV-L

Werte für Diplom-Psycholog/inn/en; die Stufen legen die Berufserfahrung als Diplom-Psychologe/Diplom-Psychologin (in Jahren) zugrunde. Psychologische Psychotherapeut/inn/en sind in diesem Vertrag nicht berücksichtigt.

Entgeltgruppe 13
- Stufe 3: 3.585,72 € (nach 3 J.)
- Stufe 4: 3.940,12 € (nach 6 J.)

Entgeltgruppe 14
- Stufe 3: 3.903,64 € (nach 3 J.)
- Stufe 4: 4.226,77 € (nach 6 J.)

Bei der Stufenangabe legen wir hier zugrunde, dass die neuapprobierten PP als Diplom-Psycholog/inn/en mindestens eine durchschnittliche Berufserfahrung von 5,4 Jahren (durchschnittliche Ausbildungsdauer) vorweisen können.

Übersicht: Vergleich tariflicher Eingruppierung

4.7 Vergütung und tarifliche Eingruppierung

Die finanzielle Situation und Perspektive der Neuapprobierten erscheint uns auch angesichts der besorgniserregenden Einkommenssituation von niedergelassenen PP insgesamt (Hessel et al., 2009) von vornehmlichem Interesse.

In unserer Stichprobe haben wir bei allen Angestellten, die Angaben zum Einkommen machten, ein fiktives Durchschnittseinkommen berechnet. Dieses Einkommen (3.621 € brutto) kann man mit Tarifgehältern für Diplom-Psycholog/inn/en und Ärzt/inn/en vergleichen. Für diesen Vergleich werden herangezogen: Der Tarifvertrag des Marburger Bundes für kommunale Krankenhäuser vom 1.5.2010, der Tarifvertrag des Marburger Bundes mit der Klinikgruppe Damp vom 1.1.2011 (in diesem Vertrag sind auch Diplom-Psycholog/inn/en und Psychologische Psychotherapeut/inn/en berücksichtigt) sowie der Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TV-L vom 1.3.2010).

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en mit pädagogischen Herkunftsberufen werden in anderen Entgeltgruppen eingruppiert. Im TV-L oder vergleichbaren Vertragswerken sind das in der Regel die Tarifgruppen für Sozialpädagog/inn/en und Sozialarbeiter/innen, die zwei bis drei Gruppen unter denen der Diplom-Psycholog/inn/en angesiedelt sind. Dies ist als völlig inakzeptable Eingruppierung zu werten.

Vergleicht man den Durchschnittswert des Einkommens der Neuapprobierten mit diesen Tarifwerten, so ergibt sich folgendes Ergebnis:

Im Durchschnitt ist die Bezahlung der Neuapprobierten niedriger als die vergleichbarer Berufsgruppen. Dieser Befund sollte vor dem Hintergrund der in vielen Bereichen nicht akzeptierten Qualifikation der approbierten Psychotherapeut/inn/en auf Facharztniveau sowie der offensichtlich fehlenden Interessenvertretung insbesondere im Angestelltenbereich (vgl. hierzu auch Gerlach & Vogel, 2006; Dielmann, 2007) diskutiert werden.

Diese Einschätzung betrifft die durchschnittliche Eingruppierung von Neuapprobierten im Gehaltsgefüge von Institutio-

5 Aus befragungstechnischer Perspektive hat sich die Kombination von quantitativen und qualitativen Fragen in der Neuapprobiertenbefragung bewährt. Dies zeigt sich etwa bei den Antworten zur Zufriedenheit/Unzufriedenheit: Es konnten deskriptiv- und inferenzstatistische Zufriedenheitsunterschiede zwischen Angestellten und Selbstständigen ermittelt und qualitativ sehr differenziert die Gründe hierfür erkundet werden (vgl. auch Ochs, 2009; Ochs, in Druck).

Das Durchschnittseinkommen liegt deutlich unter dem vergleichbarer Arztgruppen (zum Vergleich herangezogen sind die Einstiegsgehälter):

- Facharzt/Fachärztin: -1.309 € (-26%)
- Oberarzt/Oberärztin: -2.555 € (-41%)

Das Durchschnittseinkommen liegt unter dem in der Klinikgruppe Damp geltenden Verträge für PP (zum Vergleich herangezogen ist das Einstiegsgehalt):

- PP: -993 € (-22%)

Das Durchschnittseinkommen liegt unter den Werten, die im TV-L für Diplom-Psycholog/inn/en mit entsprechender Berufserfahrung vorgesehen sind (hier: Stufe 4, nach 6 Jahren, da die Neuapprobierten im Durchschnitt länger als fünf Jahre als Diplom-Psycholog/inn/en tätig sind):

- Entgeltgruppe 13: -319 € (-8%)
- Entgeltgruppe 14: -605 € (-14%)

In der Befragung ermitteltes Durchschnittseinkommen der Neuapprobierten

nen, sie gilt nicht generell für alle Neuapprobierten im Angestelltenverhältnis. Wie die differenziertere Aufschlüsselung in Einkommensgruppen zeigt, hat über die Hälfte ein Einkommensniveau zwischen 3.500 € und 4.500 € brutto.

Für selbstständig tätige Neuapprobierte ist es schwieriger, klare Aussagen zur Einkommenssituation zu treffen, da hier Differenzierungen notwendig sind. Erstens ist zwischen den verschiedenen Niederlassungstypen zu unterscheiden (Kassensitz vs. Privatpraxis, halber vs. voller Kassensitz). Zweitens ist die psychotherapeutische Tätigkeit von anderen selbstständigen Tätigkeiten (z. B. Erstellen von Gutachten, Coaching) zu unterscheiden. Drittens ist zu berücksichtigen, dass es vielfältige Mischformen der Berufstätigkeit gibt (z. B. Teilzeittätigkeit im Angestelltenverhältnis kombiniert mit Niederlassung in einer Privatpraxis). Und viertens ist zu beachten, dass die von uns Befragten am Anfang ihrer Selbstständigkeit stehen und dass sich deren Einkommen verändern wird.

4.8 Wünsche zur beruflichen Weiterentwicklung

Neben Wünschen zur Erweiterung der therapeutischen Kompetenzen (z. B. in Richtung Systemischer Therapie oder Paartherapie) ist auffällig, dass bei den Neuapprobierten auch Bedürfnisse nach Fortbildungen vorhanden sind, die eigentlich psychotherapeutische Standards betreffen (z. B. Traumabehandlung, Suchttherapie). Daneben gibt es jedoch auch die Wünsche nach Fortbildungen, die ganz aktuelle Neuentwicklungen in der Psychotherapie betreffen.

Bei vielen Neuapprobierten gibt es auch Bestrebungen, die Kompetenzen zu erweitern in Richtung auf eine Supervisoren-, Dozenten- oder Gutachtertätigkeit. Aber auch die Erlangung einer Doppelapprobation oder die akademische Weiterqualifikation werden als Ziele genannt.

4.9 Hoher Frauenanteil

Die von uns ermittelten Zahlen (84,4% Frauen, 15,4% Männer) weisen auf einen hohen Frauenanteil in unserem Beruf hin. Die in unserer Stichprobe gefundenen Geschlechterverhältnisse finden sich auch in anderen Erhebungen zur psychotherapeutischen Ausbildung (Strauß et al., 2009; Schmidt, 2011). Betrachtet man die Weiterentwicklung des Berufsstandes, so ergibt sich aus diesem Befund Handlungsbedarf.

Erstens gilt es anzuerkennen, dass es für verschiedene Berufsfelder, für psychotherapeutische Konstellationen und für die Teamstruktur in Institutionen einen Bedarf an männlichen Psychotherapeuten gibt, der bereits in naher Zukunft nicht mehr gedeckt sein wird. Psychisch kranke Männer benötigen zudem nicht selten eine Gender sensible Behandlung, für die männliche Psychotherapeuten besonders prädestiniert erscheinen (vgl. z. B. Englar-Carlson & Stevens, 2006).

Zweitens ist den Tendenzen zu „weiblichen" Benachteiligungscharakteristika wie schlechte Bezahlung, untergeordnete Position in einer Hierarchie und erschwerte oder fehlende Aufstiegsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Die Weiterentwicklung des Berufsstandes zu fördern, bedeutet hier auch, Frauen gezielt bei der Durchsetzung ihrer beruflichen Interessen zu unterstützen.

Drittens muss über Strategien nachgedacht werden, Männer für ein Studium der Psychologie bzw. für pädagogische Studiengänge, die zur KJP-Ausbildung berechtigen, zu motivieren und für die Ausbildung zur/zum PP bzw. KJP zu gewinnen.

Eine ausführlichere Langfassung dieses Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Literatur

Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. B., Helle, M. & Zurhorst, G. (2009). Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal, 8* (4), 377-383.

Dielmann, G. (2007). Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst TVöD/TV-L. Die Eingruppierung von PP/KJP – Wie sieht es aus mit der Facharztäquivalenz? *Psychotherapeutenjournal, 6* (3), 228-239.

Eichenberg, C., Müller, K. & Fischer, G. (2007). Die Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut/in: Ein Vergleich zwischen Schülern, Studierenden und (angehenden) Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, 2*, 83-98.

Englar-Carlson, M. & Stevens, M. A. (2006). *In the Room With Men: A Casebook of Therapeutic Change.* Washington: APA-Books.

Gerlach, H. & Vogel, H. (2006). Tarifauseinandersetzungen in Krankenhäusern und die Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal, 5* (4), 380-384.

Hessel, A., Brähler, E., Geyer, M. & Eichenberg, C. (2009). Zur Einkommenssituation niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18,* 180-188.

Klein-Heßling, J. & Schopohl, J. (2011). Die gravierenden Mängel der Psychotherapieausbildung und das Reformkonzept der Profession. *Psychotherapeutenjournal, 10* (4), 356-360.

Mayring, P. (2010). Qualitativ orientierte Forschung. In H. Holling & B. Schmitz (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (S. 179-190). Göttingen: Hogrefe.

Ochs, M. (2009). Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal, 8* (2), 120-130.

Ochs, M. (in Druck). Systemisch forschen per Methodenvielfalt – konzeptuelle Überlegungen und Anwendungsbeispiele. In M. Ochs & J. Schweitzer (Hrsg.), *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ruoß, M. (2011). *Befragung der Neuapprobierten in Bayern.* PTK-Bayern – Bericht 13. Verfügbar unter: www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/li_neuapprobierten_befrag.html [24.04.2012]

Schmidt, J. (2011). *Berufseinstieg nach der Psychotherapieausbildung – eine Befragung von Neumitgliedern.* Unveröffentlichte Präsentation der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Schwarz, M. (2010). Heilberuf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – ein Plädoyer für den Erhalt des KJP. *Psychotherapeutenjournal, 9* (1), 39-45.

Strauß, B., Barnow, S., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.* Berlin: im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

PD Dr. ***Manfred Ruoß****, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (VT), ist Wissenschaftlicher Referent der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.*

Karin Jeschke*, Dipl.-Psych., Systemische Familientherapeutin, ist Wissenschaftliche Referentin der Psychotherapeutenkammer Berlin.*

Dr. ***Matthias Ochs****, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, ist Wissenschaftlicher Referent der Psychotherapeutenkammer Hessen.*

Lea Peplau*, Dipl.-Psych., ist Referentin für Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Sie ist zudem als Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig.*

Korrespondenzadresse

PD Dr. Manfred Ruoß
Bayerische Landeskammer der
Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
ruoss@ptk-bayern.de

Zur Diskussion

ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen – Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Telekommunikationsüberwachung

Jürgen Thorwart

Das Bundesverfassungsgericht hat im Dezember 2011 seinen Beschluss (2 BvR 236/08, 2 BvR 237/08, 2 BvR 422/08 v. 12.10.2011) zu verschiedenen Klagen gegen das Gesetz zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung vom 21. Dezember 2007 veröffentlicht. Die Kläger wandten sich insbesondere gegen die unterschiedliche Behandlung der verschiedenen Berufsgruppen (bzw. Berufsgeheimnisträger), die mit dem Gleichheitssatz nicht vereinbar sei und gegen ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung und ihre Berufsfreiheit verstoße. Das Bundesverfassungsgericht kommt in seinem Beschluss zum Ergebnis, dass die beanstandeten Regelungen bzw. die mit dem Gesetz verbundene Änderung einzelner Vorschriften der Strafprozessordnung nicht gegen die Verfassung verstoßen.

Speziell für Ärztinnen und Ärzte[1], Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (und weitere zeugnisverweigerungsberechtigte Berufsgeheimnisträger) entschied das Gericht, dass diese keinen absoluten Schutz vor einer Erhebung, Verwendung oder Verwertung von Informationen im Rahmen der Telefonüberwachung („Lauschangriff") genießen. Die in der Strafprozessordnung neu geregelten Ermittlungsmaßnahmen gegen zeugnisverweigerungsberechtigte Personen (§ 160a Strafprozessordnung/ StPO) stehen nach Ansicht der Richter im Einklang mit dem Grundgesetz.

Die Neufassung des § 160a Abs. 1 und 2 StPO bezweckt in Anlehnung an das Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 StPO) – so das Bundesverfassungsgericht – den Schutz des zu Berufsgeheimnisträgern bestehenden Vertrauensverhältnisses. Das Gericht argumentiert:

„Mit der Differenzierung zwischen bestimmten Gruppen von Berufsgeheimnisträgern trägt der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung, dass das Grundgesetz dem einzelnen Bürger einen unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung zuerkennt, der der Einwirkung der öffentlichen Gewalt und damit auch strafprozessualen Ermittlungen von vornherein entzogen ist: Soweit der Gesetzgeber annimmt, dass der Kontakt zwischen einem Bürger und einem Berufsgeheimnisträger typischerweise den unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung berührt, gewährt er absoluten Schutz vor einer Erhebung, Verwendung oder Verwertung von Informationen (§ 160a Abs. 1 StPO). In allen anderen Fällen, in denen zwar ebenfalls eine besondere Vertrauensbeziehung zwischen Bürger und Berufsgeheimnisträger besteht, der Kernbereich privater Lebensführung zwar berührt sein kann, aus Sicht des Gesetzgebers bei typisierender Betrachtung jedoch nicht notwendig berührt ist, wird nur ein relativer Schutz gewährt (§ 160a Abs. 2 StPO). Soweit bei dieser Personengruppe im Einzelfall der unantastbare Kernbereich privater Lebensgestaltung tangiert wird, ist auch im Bereich des § 160a Abs. 2 StPO von einer Unzulässigkeit der Ermittlungsmaßnahme auszugehen." (Pressemitteilung BVerfG v. 7.12.11 unter Ziff. 5 und vgl. BVerfGE Beschluss v. 12.10.2011, Abs. 247)

Deshalb steht den in § 53 Abs. 1 StPO Satz 1 Ziff. 3 genannten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten u. a.) – anders als Geistlichen, Strafverteidigern, Abgeordneten und (seit 1.2.2011) auch Rechtsanwälten – kein umfassender Schutz der Vertraulichkeit (berufs- und funktionsbezogener Kommunikation) zu. Vielmehr prüfen die Ermittlungsbehörden im Einzelfall nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit das Bestehen eines Beweiserhebungs- und Beweisverwertungsverbots (§ 160a Abs. 2 StPO). Gegebenenfalls sind private Gesprächsabschnitte zu löschen bzw. sie unterliegen einem Weitergabe- bzw. Verwertungsverbot (BVerfGE Beschluss v. 12.10.2011, Abs. 212) – *honi soit qui mal y pense*, oder etwas sachlicher: Wo verläuft die Grenze zwischen dem, was von den Behörden (noch) als privat bzw. als dem Kernbereich privater Lebensgestaltung zugehörig angesehen wird? Wissenschaftstheoretisch gesprochen geht es um die Problematik des „erkenntnisleitenden Interesses"...

Im Beschluss geht das Bundesverfassungsgericht verschiedentlich auf die Berufsgruppe der Ärzte ein:

„Ein ausschließlicher Kernbereichsbezug kann vor allem dann angenommen werden, wenn der Betroffene mit Personen

1 Im Folgenden werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht immer die weiblichen und männlichen Formen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

kommuniziert, zu denen er in einem besonderen, den Kernbereich betreffenden Vertrauensverhältnis – wie zum Beispiel engsten Familienangehörigen, Geistlichen, Telefonseelsorgern, Strafverteidigern oder im Einzelfall auch Ärzten – steht (…). Soweit ein derartiges Vertrauensverhältnis für Ermittlungsbehörden erkennbar ist, dürfen Maßnahmen der Telekommunikationsüberwachung nicht durchgeführt werden." (BVerfGE Beschluss v. 12.10.2011, Abs. 215; siehe auch Abs. 265)

„Für die Berufsgruppe der Ärzte hat das Bundesverfassungsgericht bereits festgestellt, dass zwar bestimmte Inhalte, wie etwa Arztgespräche, im Einzelfall dem Kernbereich privater Lebensgestaltung zuzuordnen sein können (…). Soweit dies der Fall ist, unterliegen die Inhalte nach dem Willen des Gesetzgebers auch im Rahmen des § 160a Abs. 2 StPO nicht dem Zugriff der öffentlichen Gewalt, weil dann im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung ein Überwiegen der schutzwürdigen Individualinteressen anzunehmen und die Ermittlungsmaßnahme deshalb unzulässig ist." (BVerfGE Beschluss v. 12.10.2011, Abs. 265)

„Anders als für die Strafverteidigung, die ihrem Zweck nach insgesamt Kernbereichsbezug aufweist, ist für den ärztlichen Bereich allerdings nur unter besonderen Bedingungen des Einzelfalls der Kernbereich der privaten Lebensführung berührt. Demgegenüber sind etwa ärztliche Aufzeichnungen über Anamnese, Diagnose oder therapeutische Maßnahmen nicht ohne Weiteres dem unantastbaren Intimbereich, sondern grundsätzlich lediglich der Privatsphäre des Patienten zuzuordnen, in die bei zwingenden überwiegenden Belangen des Gemeinwohls eingegriffen werden darf (…). Es begegnet daher keinen Bedenken, wenn auf solche Informationen bei einem Überwiegen des staatlichen Strafverfolgungsinteresses zugegriffen werden darf." (BVerfGE Beschluss v. 12.10.2011, Abs. 266)

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts würdigt damit den Wesensgehalt der medizinisch-therapeutischen Beziehung nach meiner Überzeugung weder ausreichend noch zutreffend.

Ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen berühren immer und unweigerlich den Kernbereich der privaten Lebensführung, wenn dies auch nicht in jeder Situation (zumal für Außenstehende) unmittelbar erkennbar ist, etwa wenn Blut abgenommen wird, Laborwerte besprochen werden oder ein Rezept bzw. eine Überweisung ausgestellt wird. Eingriffe in den eigenen Körper bzw. die Psyche werden aber ganz grundsätzlich von inneren Vorgängen psychischer Natur (Affekte, Gefühle, Erwartungen, Phantasien, Wünsche, Träume) begleitet, die zwar keineswegs in jedem Fall verbalisiert werden (können) – immer aber wesentlicher Bestandteil der Behandlung sind. Die zuweilen als Herstellungsprozess oder Dienstleistung missverstandene Behandlung ist tatsächlich eine Begegnung zweier Menschen, die durch ihre Einmaligkeit gekennzeichnet ist (vgl. Maio, 2011). Die Qualität der medizinisch-therapeutischen Beziehung, die u. a. durch die Zusicherung von Vertraulichkeit und Diskretion gekennzeichnet ist, stellt dabei einen wesentlichen Faktor des Behandlungserfolges dar und ist damit ebenso schützenswert wie der Kontakt mit Geistlichen oder engen Familienangehörigen. Objektive Daten wie Anamnese, Diagnose oder Behandlungsmaßnahme erhalten in der medizinisch-therapeutischen Beziehung subjektiven Sinn durch die Interaktionspartner (Scham, Angst, Hoffnung bzw. Erwartung gegenüber der Behandlung u. v. m.).

Dass Juristen dies oft anders sehen, zeugt von einer Perspektive, die den Wesensgehalt der zwischenmenschlich-therapeutischen Begegnung im Rahmen einer ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Behandlung verkennt. Die ehemalige Bundesjustizministerin Zypries meinte im Zusammenhang der damals geplanten Telekommunikationsüberwachung: „Das heißt, bei Ärzten ist nicht per se – zugespitzt ausgedrückt: bei jedem Schnupfen – ein Kernbereichsbezug gegeben. Ein solcher kann sich erst im konkreten Fall – etwa in psychiatrischen Therapiegesprächen – ergeben." Sie sah in der Neuregelung nicht nur keinen Angriff auf Ärzte, sondern sogar eine Verbesserung des Schutzes der Arzt-Patient-Beziehung (Zypries, 2007). Das deutsche Gesundheitssystem orientiert sich an „Leistungserbringern", die eine bestimmte „Leistung" zu einem bestimmten „Wert" auf der Grundlage eines „Behandlungsvertrages" mittels anerkannter „Verfahren" erbringen. So stehen wirtschaftliche und juristische Aspekte im Vordergrund der Behandlung, die ihrerseits von der Vorstellung der Machbarkeit der Linderung und Heilung krankhafter Zustände (Leitlinien, wissenschaftlich überprüfbare medizinische Behandlungstechniken oder medikamentöse Anwendungen) geprägt ist. Die Qualität des Beziehungsgeschehens tritt in den Hintergrund, wird allenfalls noch als begleitendes Agens am Rande erwähnt.

Insbesondere bei psychotherapeutischen Behandlungen steht diese aber im Mittelpunkt. Wenn auch nicht recht klar ist, was die Qualität der therapeutischen Beziehung (bzw. des Arbeitsbündnisses) im Einzelnen ausmacht, herrscht doch weitgehende Übereinstimmung, dass sie einen wesentlichen Teil der Varianz des Erfolges psychotherapeutischer Behandlungen erklärt. Doch (auch) im Bereich der Psychotherapie ist die „Industrialisierung" (Maio, 2011) auf dem Vormarsch. Das ist umso mehr zu bedauern, als es gerade hier um intimste innere Vorgänge (Affekte, Erinnerungen, Wünsche, Erwartungen, Träume) geht und bewusste und unbewusste innerseelische Vorgänge den Ausgangspunkt der therapeutischen Interaktion bilden. In psychoanalytisch begründeten Verfahren ist die Übertragung und Gegenübertragung zentraler Bestandteil eines interaktiven Deutungs- und Verstehensprozesses, auf dessen Hintergrund weitreichende Veränderungen stattfinden können.

Auch Hardt hat im Zusammenhang der anhängigen Verfassungsbeschwerde gegen das BKA-Gesetz darauf verwiesen, dass die Vertraulichkeit konstitutiven Charakter für die psychotherapeutische Beziehung und damit für den psychotherapeutischen Heilberuf hat, und zitiert in diesem Zusammenhang das von Freud entworfene Konzept „absoluter Vertraulichkeit gegen absolute Diskretion". Die Aushöhlung der behandlungstechnischen Diskretion, wie sie das Gesetz vorsieht, „bedeutet (…) eine Behinderung oder gar Beendigung der Berufstätigkeit des Therapeuten" (Hardt in:

Baum, Schantz & Hirsch, 2009, S. 41). Die von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens getragene Verfassungsbeschwerde weist auf die besondere gesellschaftliche Bedeutung des Themas hin, die weit über berufspolitische Interessen hinausgeht: Mit der zunehmenden Aushöhlung der beruflichen Verschwiegenheit, die aus guten Gründen auch im Strafgesetzbuch geregelt wird (§ 203 StGB), ist zu befürchten, dass einerseits individuelle Interessen der Betroffenen (Patienten, Psychotherapeuten) beeinträchtigt werden. Andererseits droht das allgemeine Vertrauen in die Vertrauenswürdigkeit bestimmter Berufsgruppen, deren Diskretion gerade wesentliche Voraussetzung ihrer Inanspruchnahme ist, verlorenzugehen. Das stellt eine zusätzliche Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt in einer Zeit dar, die von einer zunehmenden Pluralität sozialer Lebensäußerungen bei gleichzeitiger Erosion sozialer Strukturen geprägt ist.

Versteht man psychotherapeutische und ärztliche Behandlung nicht vorwiegend als Beseitigung krankhafter Symptome mittels eines standardisierten Vorgehens, dann ist es nicht nur nicht sachgerecht, sondern sogar verfehlt, davon zu sprechen (das Bundesverfassungsgericht bezieht sich auf die Berufsgruppe der Ärzte), dass „der Kernbereich privater Lebensführung zwar berührt sein kann, aus Sicht des Gesetzgebers bei typisierender Betrachtung jedoch nicht notwendig berührt ist". Doch genau diese Auffassung stellt die in mehreren Beschlüssen vertretene Haltung des Bundesverfassungsgerichts dar:

„Arztgespräche können im Einzelfall dem unantastbaren Kernbereich privater Lebensgestaltung zuzuordnen sein." (BVerfGE 109, 279, [322] i. V. m. BVerfGE 32, 273 [378])

Ein weiteres Argument für die Einbeziehung ärztlicher und psychotherapeutischer Berufsgruppen in den absoluten Abhörschutz bezieht sich auf deren Funktion im Gesundheitswesen. Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht (§ 203 StGB, Berufsordnungen, Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, § 53 StPO) regeln keineswegs ausschließlich die Individualbeziehung zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient. Vielmehr sichern sie „das allgemeine Vertrauen in die Verschwiegenheit der Angehörigen bestimmter Berufe, (…) als Voraussetzung dafür, dass diese ihre im Interesse der Allgemeinheit liegenden Aufgaben erfüllen können" (Lenckner in Schönke & Schröder, 2007: 1725 RN 3). Hinzu kommt, dass gerade die Klientel (nicht nur) von Psychotherapeuten häufig an psychischen Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen leidet, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Verlust des Vertrauens in sich und die Welt stehen, und gerade auf mögliche Eingriffe in den geschützten ärztlichen/psychotherapeutischen Therapieraum besonders sensibel reagiert – und im schlechtesten Fall deshalb auf eine Behandlung verzichtet: „Nicht erst die tatsächliche Überwachung stört das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Psychotherapeut, sondern das geschieht bereits durch die Androhung einer staatlichen Überwachung." (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010)

Man kann nur hoffen, dass wenigstens für psychotherapeutische Behandlungen grundsätzlich gilt:

„Bestehen im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür, dass eine bestimmte Datenerhebung den Kernbereich privater Lebensgestaltung berühren wird, hat sie grundsätzlich zu unterbleiben." (BVerfGE Beschluss v. 12.10.2011, Abs. 210)

Doch was ist zu tun? Es wäre wenig hilfreich, hilfesuchende Patienten über die allgemeine Aufklärung zu Diskretion und Schweigepflicht hinaus mit Einzelheiten der Rechtslage zu traktieren. Psychotherapeuten täten allerdings gut daran, sich mit Fragen der Diskretion intensiver als bisher auseinanderzusetzen. Das gilt sowohl für die Ausbildung (Grundberuf, psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung) als auch für die Tätigkeit als ärztlicher Psychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Im Rahmen der Tätigkeit in einer Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, Klinik, Beratungsstelle etc. ergibt sich eine Vielzahl teils recht diffiziler Fragen der Schweigepflicht und des Datenschutzes, während gleichzeitig oft eine erschreckende Unkenntnis über die entsprechenden juristischen Grundlagen herrscht.

Die Beschäftigung mit staatlich sanktionierten Eingriffen in die berufliche Verschwiegenheit ist wichtig und notwendig. Zuweilen scheint mir aber damit auch eine Leugnung der Realität innerhalb der betroffenen Berufsgruppen einherzugehen. Verletzungen der Verschwiegenheit sind an der Tagesordnung. Bei einem (fast beliebigen) Arztbesuch kann man sich davon überzeugen, z. B. wenn Karteikarten einsehbar auf dem Tresen liegen, personenbezogene Daten vom Bildschirm abgelesen werden können oder Patientennamen in Anwesenheit anderer Patienten am Telefon genannt werden. Aber auch Psychotherapeuten (Ärzte, PP, KJP) verstoßen nicht nur vereinzelt gegen ihre Diskretionspflichten, etwa wenn niedergelassene Psychotherapeuten personenbezogene Daten an Gutachter weiterleiten (z. B. fehlende Schwärzung des Namens auf Befundberichten), sich über gemeinsam behandelte Angehörige einer Familie austauschen, oder anonymisiert über Patienten sprechen, die erkennbar anwesenden Kollegen bekannt sind. Ausbildungsteilnehmer begehen eine Straftat (!), wenn sie ohne Kenntnis und/oder Einwilligung der Ausbildungspatienten mit Supervisoren sprechen, die ihrerseits die entsprechenden Patienten persönlich oder namentlich kennen.

Viele Verletzungen der Schweigepflicht gehen auf mangelnde Sorgfalt im Umgang mit den Rechten von Patienten zurück, andere auf Gegenübertragungsprobleme, also ein unbewusstes Agieren (noch) nicht verstandener Übertragungsanteile der Psychotherapeuten. Aus meiner Sicht ist es daher letztlich notwendig, dass sich *alle* relevanten gesellschaftlichen Gruppen an der Reflexion der juristischen, menschlichen und behandlungstechnischen Bedeutung von Vertraulichkeit und Diskretion beteiligen.

Literatur

Baum, G. R., Schantz, P. & Hirsch, B. (2009). Verfassungsbeschwerde gegen §§ 14, 20c Abs. 3, 20g, 20h, 20k, 20l,

20u Abs.1 und 2, 20v und 20w des Bundeskriminalamtgesetzes (BKAG) i. d. F. vom 31. Dezember 2008. Verfügbar unter: www.schweigepflicht-online.de und www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/359 [25.04.2012]

Bundespsychotherapeutenkammer (2010). *Einbeziehung von Psychotherapeuten in den absoluten Schutz des § 160a Abs. 1 StPO.* Stellungnahme vom 15. 03.2010. Verfügbar unter: www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Stellungennahmen_nach_Thema/W/weitere_Themen/Telekommunikations%C3%BCberwachungsgesetz/20100315_stn_bptk_pt_schutz_telko.pdf [25.04.2012]

Bundesverfassungsgericht (2011). *Beschluss v. 12.10.2011 (2 BvR 236/08, 2 BvR 237/08, 2 BvR 422/08).* Verfügbar unter: www.bverfg.de/entscheidungen/rs20111012_2bvr023608.html [19.04.2012]

Lenckner in Schönke, A. & Schröder, H. (2007): *Strafgesetzbuch. Kommentar* (27. Aufl.). München: Beck.

Maio, G. (2011). Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal, 10* (2), 132-138.

Zypries, B. (2007). Telekommunikationsüberwachung: Balance zwischen Strafverfolgung und Grundrechtsschutz. *Deutsches Ärzteblatt, 104* (33), A-2232/B-1976/C-1908.

Bundesgerichtshof: Selbstgespräche gehören unter bestimmten Voraussetzungen zum Kernbereich der Privatsphäre und dürfen daher vor Gericht nicht verwertet werden (Az: 2 stR 509/10)

Jürgen Thorwart

Der Bundesgerichtshof (BGH) (2. Strafsenat) hat am 22.12.2011 ein Urteil (Revision der drei Angeklagten) gefällt, das erst auf den zweiten Blick für Psychotherapeuten und speziell für Psychoanalytiker von einiger Bedeutung ist. Das als Mordgeständnis gewertete Selbstgespräch eines (nicht rechtskräftig) verurteilten Mörders hätte in der Vorinstanz (Landgericht Köln – Az.: 90 Js 196/07 105 – 19/08) nicht verwertet werden dürfen. Der BGH sah in den in der Privatwohnung von der Polizei abgehörten Worten das laute Denken einer Person, die sich alleine und dabei unbelauscht fühlt:

„Der Grundsatz, dass ‚die Gedanken frei' und dem staatlichen Zugriff nicht zugänglich sind, beschränkt sich nicht allein auf innere Denkvorgänge, sondern erfasst auch ein in – unbewussten oder bewussten, unwillkürlich oder willkürlich geführten – Selbstgesprächen formuliertes Aussprechen von Gedanken, bei welchem sich die Person als ‚allein mit sich selbst' empfindet." (Pressemitteilung 206/2011 des BGH v. 22.12.2011)

Nach Ansicht des 2. Strafsenats ergibt sich das Beweiserhebungsverbot unmittelbar aus der Verfassung (hier: Menschenwürde):

„Denn mit der heimlichen Aufzeichnung und Verwertung des nichtöffentlich geführten Selbstgesprächs war ein Eingriff in den nach Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG absolut geschützten Kernbereich der Persönlichkeit verbunden." (ebd.)

Allerdings ist nicht jedes Selbstgespräch dem „absolut geschützten Kernbereich der Persönlichkeit zuzuordnen" und damit vor staatlichen Eingriffen geschützt:

„Andererseits muss nach den Grundätzen des Schutzes der Menschenwürde und der Freiheit der Person ein Kernbereich privater Lebensgestaltung und Lebensäußerung verbleiben, in welchen der Staat auch zur Aufklärung schwerer Straftaten nicht eingreifen darf." (ebd.)

Der BGH listet in der Pressemitteilung (das Urteil liegt in der gedruckten Fassung noch nicht vor) wichtige Kriterien für die Entscheidung auf, inwieweit *„Äußerungen in Selbstgesprächen diesem innersten, unantastbaren Bereich der Persönlichkeit zuzuordnen sind (...), namentlich:*

- *die Eindimensionalität der Selbstkommunikation, also die Äußerung ohne kommunikativen Bezug;*
- *die Nichtöffentlichkeit der Äußerungssituation und das Maß des berechtigten Vertrauens der Person darauf, an dem jeweiligen Ort vor staatlicher Überwachung geschützt zu sein;*
- *die mögliche Unbewusstheit der verbalen Äußerung;*
- *die Identität der Äußerung mit den inneren Gedanken,*
- *die Äußerungsform als bruchstückhafter, auslegungsfähiger oder -bedürftiger Ausschnitt eines ‚Gedankenflusses'."* (ebd.)

Im Unterschied zu Tagebüchern besteht das Charakteristikum „des in Selbstgesprächen gesprochenen Worts ohne kommunikativen Bezug" in dessen „Flüchtigkeit und Bruchstückhaftigkeit". Selbstgespräche dieser Art unterliegen nicht nur im nach Art. 13 GG geschützten Bereich der Wohnung dem Beweisverwertungsverbot:

„Auch außerhalb der Wohnung ist dieser Kernbereich (...) absolut geschützt, wenn andere der genannten Gesichtspunkte in der Wertung überwiegen." (ebd.)

Der 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat daher entschieden, dass das betreffende Verfahren vor dem Landgericht Köln erneut (und ohne die abgehörten Aussagen des Betroffenen) verhandelt werden muss.

Für Psychotherapeuten, insbesondere jene, die tiefenpsychologisch fundierte und

analytische Psychotherapien durchführen, ist das Urteil meines Erachtens insofern bedeutsam, als die Förderung der freien Assoziation im Sinne eines spontanen und (möglichst) wenig rational gelenkten Aussprechens von Gedanken, innerem Erleben, Gefühlen, Träumen und Assoziationen zentraler Bestandteil der analytischen Behandlung ist. Sie entspricht in vieler Hinsicht den Kriterien des BGH – und damit dem Selbstgespräch, das dem absolut geschützten Kernbereich der Persönlichkeit angehört. Auch wenn von den Richtern vermutlich (und zutreffend) eingewandt würde, dass es sich um eine Kommunikation handelt (Patient-Analytiker), so besteht kein Zweifel, dass eben diese Kommunikation in erster Linie dem Zweck dient, gemeinsam Einblick in die innerste Gedanken- und Erlebniswelt der Patienten zu nehmen, die eben genau diesen Kernbereich der Persönlichkeit darstellt und daher vor jedem (auch staatlichen) Eingriff geschützt werden muss.

Literatur

Bundesgerichtshof (2011). *BGH-Pressemitteilung zur Unverwertbarkeit polizeilich abgehörter Selbstgespräche.* Pressemitteilung Nr. 206/2011 vom 22.12.2011.

*Dr. **Jürgen Thorwart**, Dipl.-Psych., ist als Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker in Neufahrn bei Freising niedergelassen. Neben seiner weiteren Tätigkeit in der Berufspolitik (DGPT) und in der Ausbildung von Psychoanalytikern beschäftigt er sich insbesondere mit Fragen der Diskretion und Schweigepflicht, der Ethik in der Psychotherapie und der Analytischen Psychosenpsychotherapie.*

Dr. Jürgen Thorwart

Marktplatz 13
85375 Neufahrn
j.thorwart@freenet.de
www.schweigepflicht-online.de

Kommentare zu erschienenen PTJ-Artikeln

Zu T. Padberg: „Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur?“, Psychotherapeutenjournal 1/2012, Seiten 10-17.

Wieso müssen Forschungsergebnisse in teuren Fachzeitschriften publiziert werden?

Matthias Kauschke

Sehr geehrte Redaktion,
sehr geehrter Herr Padberg,

ich habe den o. g. bzw. Ihren Artikel mit großem Interesse gelesen – das Thema spricht mich sehr an und sollte finde ich diskutiert werden.

Kommentieren möchte ich den Artikel nicht, mir geht es vor allem darum, einen Gedanken zu ergänzen zu der Frage, warum Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur lesen – wohl auch mit der Hoffnung, dass sich daran etwas ändern könnte.

Ich möchte bei meiner Darlegung mit meiner Erfahrungsgeschichte beginnen: Ich habe drei Jahre in einer psychosozialen Forschungsgruppe bzw. -abteilung an einer Uni gearbeitet. Dort haben wir Fachzeitschriften herumgereicht, jeder konnte die für ihn relevanten Artikel lesen bzw. kopieren, brauchte diese auch zum Zitieren. Wir forschten und veröffentlichten auch – am besten in Zeitschriften mit hohem Impact-Faktor.

Für Psychotherapeuten relevante Forschungsveröffentlichungen sind in mittlerweile unzähligen Fachzeitschriften veröffentlicht – Spezialisten beziehen die jeweilige Fachzeitschrift. Forschungsinstitutionen haben ein Budget für die auch sehr teuren Fachzeitschriften.

Jetzt bin ich niedergelassener Psychotherapeut in eigener Praxis. Wenn ich einen für mich interessanten Forschungsartikel finden möchte, stoße ich entweder zufällig drauf (das ist meine Praxis) oder ganz gezielt, weil ich etwas ganz gezielt suche (das ist seltener). Wenn ich das erreichen wollte, was ich lieber wollte, nämlich auf dem Wissenstand der aktuellen Forschung zu sein, müsste ich entweder: regelmäßig in eine Universitätsbibliothek fahren und alle betreffenden Fachzeitschriften im Lesesaal durchblättern – das würde mich jede Woche einen Nachmittag kosten – und da hätte ich nur gesichtet und noch nichts gelesen; oder ich könnte im Internet in allen Fachzeitschriften alle Inhaltsverzeichnisse durchforsten. Wenn ich dann einen Artikel finde, der mich interessiert, wird es teuer, wenn ich ihn mir bestelle – und ich weiß vorher noch nicht, ob der Artikel das hält, was er verspricht. Also auch irrsinnig aufwendig und ineffektiv. Die nächste Variante: Ich entscheide mich für *eine* Fachzeitschrift mit *einem* Themenschwerpunkt, die ich regelmäßig beziehe. Da muss ich in Kauf nehmen, vieles zu bekommen, was mich nicht interessiert, wissend, dass mir noch mehr und vielleicht Interessanteres entgeht, und dabei noch viel Geld zu bezahlen.

Mein Fazit:

1. Forscher schreiben für Forscher – um Punkte zu bekommen und ihrem Veröffentlichungsdruck an den Unis nachzukommen –, nicht für die Praktiker (außer vielleicht für Spezialisten).
2. Praktische Psychotherapeuten sind einerseits natürlich Spezialisten, andererseits haben sie aber ein Problemspektrum, welches mittlerweile sehr weit reicht, und würden sich – auf Einzelbemühungen angewiesen – im Dschungel der Fachzeitschriften sowohl zeitlich als auch finanziell völlig verlieren. Sie lesen daher eben das, was ihnen „vorgesetzt“ wird (wie das Psychotherapeutenjournal oder das Ärzteblatt PP) – oder in Büchern.
3. Ausweg?: Wieso müssen Forschungsergebnisse in teuren Fachzeitschriften publiziert werden, die sich nur Institutionen leisten können? (Weil sich die Verlage freuen?) Das ist wie bei der Diskussion mit den Testverfahren. Forscher werden bereits bezahlt – warum muss noch mal gezahlt werden, um an den Ergebnissen ihrer Arbeit teilhaben zu können? Warum macht sich niemand die Mühe, für praktisch arbeitende Psychotherapeuten (in unspezialisierten Praxen, was auch den Großteil ausmacht) Forschungsergebnisse übersichtlich zusammenzustellen? – Oder habe ich da etwas verpasst? Oder noch anders: Wer hat denn wirkliches Interesse daran, dass Psychotherapeuten auf dem aktuellen Stand der Forschung sind und bleiben?

Vielleicht konnte ich etwas anregen, vielleicht können Sie mir auch praktische Hinweise geben, wie ich meinen Drang nach aktuellem Forschungswissen besser befriedigen könnte.

Hochachtungsvoll

Dipl.-Psych. Matthias Kauschke
Psychologischer Psychotherapeut
Chemnitz

Vorschläge aus der Wissenschaft gehen oft an der Praxis vorbei

Sabine Ecker

Sehr geehrter Herr Padberg,

mit Interesse habe ich Ihren Artikel im Psychotherapeutenjournal gelesen, den ich sehr gelungen finde. Er spricht mir aus der Seele, und ich hoffe sehr, dass er in der Forschungswelt Resonanz finden wird.

Ein Beispiel aus meinem eigenen Alltag: Ich habe mittlerweile mehrere abgeschlossene Psychotherapieausbildungen, 12 Jahre Erfahrung mit ambulanter und stationärer Psychotherapie (sowohl in Kliniken als auch in eigener Praxis), bilde mich laufend fort und arbeite ausgesprochen ziel- und lösungsorientiert. Ich schaffe es aber durchaus nicht mit jedem Patienten, innerhalb von 50 Minuten im Erstgespräch eine sinnvolle und im weiteren Verlauf tragfähige Zielvereinbarung zu erarbeiten. Manche Leute sind einfach noch nicht so weit im Erstgespräch, da ändert sich oft noch Einiges im Verlauf der nächsten drei bis vier Sitzungen. Vor einiger Zeit wurde uns nun auf einer Fortbildung ein tolles neues Konzept von Reha-Wissenschaftlern präsentiert, das für Reha-Kliniken folgendes vorsieht:

Im Aufnahmegespräch erarbeitet der Arzt oder Psychotherapeut mit dem Patienten zusammen innerhalb von ca. 10 bis 15 Minuten drei Ziele, die folgende Anforderungen erfüllen sollen: Sie sollen a) konkret operationalisiert sein, b) vom Patienten gewollt und c) vom Arzt als medizinisch sinnvoll erachtet werden sowie auch noch d) mit den vom Kostenträger vorgegebenen Zielen übereinstimmen! Präsentiert wurde uns dann ein Beispielfall, in dem das so gemacht worden war. Lesen konnte man da in einer schicken Tabelle so Dinge wie: Ziel 1: Ich will mich gesund ernähren, Ziel 2: Stress abbauen, Ziel 3: Sport machen. Dazu umfangreichste „Operationalisierungen", bei denen einem die Ohren schlackerten.

Also ganz ehrlich: Da schwanke ich in meiner Reaktion zwischen herzlichem Lachen und resignierter Sprachlosigkeit. Meiner Erfahrung nach haben Ärzte in der medizinischen Reha meist überhaupt keine Ausbildung in Gesprächsführung.

Aber ich kenne auch keine Ausbildung, die dazu befähigen würde, der oben formulierten Aufgabe sinnvoll gerecht zu werden.

Ich wünsche Ihnen viel Resonanz auf Ihren Artikel und eine interessante Diskussion im nächsten Psychotherapeutenjournal.

Herzliche Grüße

Dipl.-Psych. Sabine Ecker

Psychologische Psychotherapeutin
Freiburg im Breisgau

Es wird gefunden, was gesucht wird

Dora Scholz-Ailakow

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich las Ihren Artikel im Psychotherapeutenjournal. Ich bin über 60, Verhaltenstherapeutin und Psychoanalytikerin, bin offen für Forschungsliteratur, auch interdisziplinär. Ich war im Zweifel, ob das beschriebene Gespräch nachgestellt wurde, um den jungen Kollegen zu zeigen, wie „man" es nicht macht. Aber es war wohl die pralle Realität.

Für mich ist das Wichtigste: Empathie. Wo ist sie bei dem beschriebenen Kollegen? Sein Verhalten ist kränkend, fast unverschämt dem Patienten gegenüber. Welche eigenen Ängste wehrt er ab, konfrontiert mit einem verlassenen und schwer behinderten Mann? Und dennoch finden die Kollegen in Ausbildung nach und nach die einzelnen Kriterien (Forschung), wichtig für therapeutische Inhalte und Ziele.

War es Ihre Absicht, gerade an einem unprofessionellen Kollegen zu zeigen, auch da wird gefunden, was gesucht wird (Nachweis einer Paradoxie)?

Ich hoffe nur, dass der Kollege in der Supervision sein Verhalten reflektieren konnte und zu mehr Empathie fähig ist.

Mit kollegialen Grüßen

Dora Scholz-Ailakow

Psychologische Psychotherapeutin
Berlin

Fehlerhafte Grundannahmen

Heinz Huber

Es hat mich sehr gefreut, dass der Kollege Padberg sich an dieses heikle Thema begeben hat. Auch ich habe mich in meiner langjährigen Tätigkeit als Lehrbeauftragter für Psychotherapie an der LMU München neben meiner Praxis mit diesen Problemen herumgeschlagen, sprich versucht, die beiden Parallelwelten des nomothetischen und des ideografischen Vorgehens zu verknüpfen. Es gibt leider etliche „untergründige" Denkeinengungen und fehlerhafte Grundannahmen, wie z. B. folgende:

- Es wird ein Objektivitätsbegriff verwendet, der aus der klassischen Physik stammt und z. B. nicht mehr in der Teilchenphysik brauchbar ist (Einfluss der Beobachtung auf das Beobachtete).
- Objektivität wird mit Allgemeingültigkeit verwechselt.
- Der Lernprozess, wie man ein „kompetenter Psychotherapeut" wird, ist hochkomplex und nur begrenzt mithilfe von Wenn-Dann-Regeln erlernbar. Bestimmte Selbsterfahrungsprozesse und Identifikationsprozesse mit dem Lehrtherapeuten sind mit diesen Instrumenten nur extrem begrenzt erfassbar.
- Es ist fraglich, ob es eine feste Entität wie z. B. „Angststörung" gibt (mindestens im determinierenden Sinn). Man würde sonst bei standardisierten Störungsbildern und standardisierten Interventionsabläufen in kontingentierter Sitzungsfrequenz landen. All das, was bei der somatischen Medizin kritisiert wird. Ich erinnere an das Zitat eines Internisten im Bayerischen Ärzteblatt, der schrieb: „Wir behandeln keine Laborbefunde, sondern Patienten". Nichts gegen Objektivität und Leitlinien, aber der Patient darf nicht hinter dieser Abstraktion verschwinden.
- Psychotherapie ist ein dynamischer Prozess, der zunächst von begründeten Hypothesen über die Art der Störung und die Person des Patienten ausgeht und im Lauf der Therapie ständig modifiziert und ergänzt werden muss. Außerdem ist die „Patientenpersönlichkeit" ein Konstrukt, das Patient und Therapeut gemeinsam aus dem Gespräch und der interpersonellen Beziehung ständig neu schaffen.
- Die Patient-Therapeut-Beziehung ist nur sehr begrenzt objektivierbar; Tiefenpsychologen versuchen, sie durch Beziehungs- und Gegenübertragungsanalyse zu erfassen und zu verstehen – eignet sich wenig für „Wenn-Dann Standardisierung" und ist kaum in einer Verhaltensgleichung zu erfassen (als „Variable").

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Heinz Huber

Psychologischer Psychotherapeut,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
München

Zunehmende Werteverarmung der Gesellschaft spiegelt sich auch im Umgang zwischen Forschern und Praktikern wider

Wolfram Zimmermann

Sehr geehrter Herr Kollege Padberg,

ich habe Ihren Beitrag mit Interesse gelesen, weil er mutig und offen in einer Zeit ist, in der vor allem (auch berufs)-political-correctness und entsprechende medial diktierte Interpretationen (statt Informationen!) gefragt sind. Ich finde dabei aber, dass Sie zwar ganz wichtige klinische-praktische und interessendifferente Anteile, aber eben nur Teile der Wirklichkeit aufgezeigt haben: Es ist nicht primär nur ein sich gegenseitig abwendendes Interesse und mangelnde Achtsamkeit, Echtheit und Authentizität gegenüber dem Anderen, der mein klinisches Fachgebiet eigentlich theoretisch durchdringen sollte, es sind auch *nicht nur* diese beiden großen Gruppen (Forscher und Praktiker), die hier nicht ausreichend oder nicht aneinander Kenntnis nehmen. Es sind vielmehr die generell zunehmende Normen- und Werteverarmung, die immer unerträglicher werdenden Züge einer mediendiktatorischen und monetär beherrschten, oftmals nahezu meinungsgleichgeschalteten und in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen, ihrer emotionalen und sozialen Authentizität der handelnden Personen weitgehend verarmenden spätbürgerlichen (sog. postmodernen) Gesellschaft, die sich auch und gerade in dem von ihnen aufgezeigten Gebiet zweier Gruppen besonders markant widerspiegeln. Ich habe – inzwischen in vier Jahrzehnten klinisch praktischer Arbeit und Forschungstätigkeit, beispielsweise in der damaligen DDR – in der unmittelbaren klinischen Praxis (Poliklinik) gearbeitet und dort in wirklich engster Kooperation mit der Universität nicht nur meine Promotion, sondern auch meine außerplanmäßige Habilitation realisiert (trotz voller Eingebundenheit in die Klinische Praxis) und dann auch noch eine Dozentur (später dann Privat-Dozent) an der Universität realisiert.

Dort, auch noch nach der Wende, waren direkte und unmittelbare, aber eben zwischenmenschlich durch authentische Beziehungen getragene Kooperationen und gegenseitige Kenntnisnahmen/Interessen möglich.

Es ist also eine sich anbahnende Tragödie eines generellen Verlustes von Werten und handlungswirksamen zwischenmenschlichen Normen (besonders auch bei der Jugend) festzustellen, die mit einer aus meinem Erleben zunehmend schwerer erträglichen medienmanipulierten, komplett-überwachten und monetär-diktierten, konsumorientierten, also zunehmend dekadenten Gesellschaftsentwicklung zusammenhängen, wie auch von aktuelleren kritischen Beiträgen (etwa Manteuffel-Doering & Petzold, 2009 im „Balint- Journal" [1]) aufgezeigt wird. Daher wird auch ständig von psychotherapeutischer „Bedarfsplanung" gesprochen wie bei austauschbaren und bestellbaren Konsumgütern (!!). Ähnlich habe ich mich kritisch-reflektierend auch und gerade zu diesen Themen in meinem Büchlein *„Ambulante Psychotherapie im Berliner ‚Speckgürtel' – gesellschaftkritische historische Bilanzen nach Jahrzehnten im ‚Wandel' der Systeme"* auseinandergesetzt. [2]

(…)

Leider gibt es nur wenige (junge oder jüngere) Kolleginnen und Kollegen, die sich vom langweiligen „mainstream" entfernen und sich nach dem Sinn ihrer vielen – immer wieder von bestimmten VT-Richtungen dominierten – Manuale und „Abarbeitungsstrategien" fragen, die häufig an die Stelle der klinischen Arbeit mit dem Patienten tritt, die durchaus auch konkrete Leitlinien haben darf, in erster Linie aber „emotional experience" in einem gemeinsamen Raum (dem „Tertium", wie in der Hypnotherapie) ist.

Mit besten kollegialen Grüßen

PD Dr. phil. habil.
Wolfram Zimmermann

Psychologischer Psychotherapeut,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Bernau bei Berlin

1 Doering-Manteuffel, A. & Petzold, E. R. (2009). Strukturwandel und die Erosion gesellschaftlichen Zusammenhalts – Teil 1. Balint-Journal, 1 (10), 6-10; Petzold E. R. & Doering-Manteuffel, A (2009). Der Strukturwandel und die Erosion des gesellschaftlichen Zusammenhalts als Herausforderung für die Balintarbeit – Teil 2. Balint-Journal, 1 (10), 11-18.

2 Zimmermann, W. (2012): Ambulante Psychotherapie im Berliner ‚Speckgürtel' – gesellschaftkritische historische Bilanzen nach Jahrzehnten im ‚Wandel' der Systeme. Berlin: Novum Verlag.

Der Wissenschaftler und sein methodisches Prokrustesbett

Franz Dick

Sehr geehrter Herr Padberg,

unbekannterweise, aber in den Gedankengängen mir sehr, sehr bekannt! Ich bekomme das Psychotherapeutenjounal in die Hände, sehe die Überschrift Ihres Artikels, ach ja, das interessiert mich sehr, das Thema, hat mich schon seit 40 Jahren interessiert. Es kehrt zurück. Wurde auch Zeit. Forschung und Praxis. Therapieforschung und praktische Therapie.

Ich nenne zunächst das Fehlende in Ihrem tollen Artikel. Ich darf hierzu unseren Artikel zitieren, „Evidenzbasierung, Methodik, therapeutische Freiheit und Kreativität" (Dick & Kringler, 2007).[1] Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist in der konsequenten Therapiestudie auf der einen Seite und in der sozialen Praxis auf der anderen Seite unterschiedlich. In der Studie ist der „Patient" genaugenommen nicht der individuelle Patient, welcher leidet und Hilfe sucht. Als Träger eines Merkmals, das in dem Begriff innerhalb der Hypothese angesprochen ist („Patient mit einer Phobie" usw., je nach Hypothese) ist er eine von vielen „Versuchspersonen". Und der Therapeut wird zum Ausführenden eines Versuchsplanes, den er nicht gemacht hat und den er – *im Falle eines Doppelblindversuchs, wie ihn die EbM als „Goldstandard" fordert,* – nicht kennen darf. Er bzw. sein Verhalten wird, technisch ausgedrückt, zur „unabhängigen Variable". Er ist in vieler Hinsicht auch vergleichbar mit der „Versuchsperson" im Experiment innerhalb der Allgemeinen oder Sozialpsychologie, deren Bestimmung darin besteht, zur Überprüfung einer allgemeinen Hypothese beizutragen. Auf der Suche nach den angenommenen gesetzmäßigen Verknüpfungen von Merkmalsvariablen im komplexen Gefüge des Psychischen und Sozialen, gelingt es der Forschung, eine abstrakte (Labor-)Wirklichkeit zu schaffen, welche von der Komplexität der sozialen Alltagswirklichkeit entfernt ist. Mit Psychotherapie hat diese Wirklichkeit nichts mehr zu tun. Es ist fatal: Wird die Therapie, ursprünglich ein Anliegen der Praxis mit den besten Intentionen, Gegenstand einer konsequent wissenschaftlichen Studie, so kommt sie sozusagen in die Gesetzmäßigkeit von deren methodischem Eigenleben. Das therapeutische Handeln wird Schritt für Schritt „destruiert".

Zu dieser Einschätzung führt sowohl diese – etwas abstrakte – methodische Argumentation wie auch die Darstellung von Psychotherapie in der Praxis und in der Forschung, wie Buchholz (2000) sie skizziert. Der Therapeut hat ein anderes Interesse. Ihm geht es um den Patienten und dessen psychisches Leben. – Diesem Ziel zuliebe wird er abgehen von den methodischen Festlegungen, die eine Folge der wissenschaftlichen Fragestellung sind. – Der Wissenschaftler will eine H1 bestätigen. Muss daher dem methodischen Prokrustesbett genügen. Die bösen Störvariablen usw. Die Therapie selbst ist nur ein Faktor in einem Experiment. Was sie – mit dem späten Wittgenstein – stark herausgearbeitet haben. Die Beziehung zwischen Allgemeinbegriff und praktischem Handeln, der Operationalisierung der Allgemeinbegriffe. Ihre Uneindeutigkeit. Ihre Willkürlichkeit. Der mit Begriffen von Reliabilität und Validität nicht beizukommen ist.

1 Dick, F. & Kringler, W. (2007). Evidenzbasierung, Methodik, therapeutische Freiheit und Kreativität. Zeitschrift für Neuropsychologie, 18 (1), 41-54.

Es ist ein allgemeines Problem der sozialwissenschaftlichen Forschung. Es berührt nicht nur die Therapieforschung. (Hier wird es besonders prekär, da es um anderes als um Bestätigung von Hypothesen geht.) Es ist ein Faktor, der zu dem unendlichen Regress der experimentellen Überprüfung hinführt: Der Exhaustion, d. h. dem Verweis auf Störbedingungen bei uneinheitlichen Ergebnissen, und der Spezifizierung der Hypothesen infolge mehrerer Experimente, deren Ergebnisse nicht übereinstimmen. Holzkamp hatte schon 1964 (Theorie und Experiment in der Psychologie, immer noch sehr lesenswert), also vor seinem poltischen Ende im Zusammenhang mit der Studentenbewegung, dieses das „Repräsentanzproblem" genannt (hat aber nichts mit Repräsentativität der Stichprobe usw. zu tun!). – Es gab auf seine sehr detaillierten Ausführungen keine Reaktion in der Wissenschaftsdiskussion. Es ist eines der Probleme, das die sogenannte Evidenzbasierung großzügig ignoriert. Die Metaanalysen. Sie produzieren die Probleme auf globaler Ebene, das haben Sie angesprochen. Schade, dass Ihnen unser Artikel nicht vorlag. (…) Ich hatte schon 1976 davon gesprochen, dass die Therapieforschung die Praxis der Therapie destruiere. Ich war damals aufgrund rein methodischer Überlegungen dazu hingekommen. Finde mich diesbezüglich immer wieder bestätigt, wenn ich – gelegentlich – Therapieforschungsartikel studiere.

Ja es gab Zeiten, da wurde das alles problematisiert. Innerhalb der Uni. Heute gelegentlich in den Therapiepraxiszeitschriften. Nicht an der Uni. Heutzutage tut man so, als seien die methodischen Probleme gelöst, und man schaffe einen Berg von Wissen. Es liegt auf der Hand, dass das so nicht ist. Über kurz oder lang kommen aber die alten Probleme zurück und holen uns ein.

So long erst mal. Vielleicht haben Sie Lust, mich anzurufen oder mir zu antworten. Jedenfalls Dank für Ihren Artikel, der die Probleme beim Namen nennt. Und Freundliche Grüße.

Dr. Franz Dick

Klinischer Neuropsychologe und Supervisor (GNP)
Frankfurt

Zu H. Glaesmer & E. Brähler: „Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Beobachtungen aus der Praxis", Psychotherapeutenjournal 4/2011, Seiten 346-353.

Marion Bertgen-Giesen

Zusammenfassung: Beobachtungen aus den 1990er-Jahren einer gerontopsychiatrischen Abteilung werden zu den Ergebnissen der nun vorliegenden epidemiologischen Studien in Beziehung gesetzt. Daraus wird eine kurze Formel für die (erhöhte) Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung als Folge der Weltkriegstraumata entwickelt. Ein Ausblick auf mögliche künftige Forschungsansätze wird aus der ambulanten Praxis abgeleitet.

In den 1990er-Jahren von 1993 bis 1998 (etwa ein Jahrzehnt bevor die von Glaesmer und Brähler zitierten epidemiologischen Studien zu den Langzeitfolgen des Krieges durchgeführt wurden) arbeitete ich in der gerontopsychiatrischen Abteilung einer Klinik mit Versorgungsauftrag in Köln als psychologische Psychotherapeutin in Vollzeitstelle.

Es wurden Patienten der Jahrgänge 1937 und älter (also der damals 60-Jährigen und älter) aufgenommen, bei einer Behandlungskapazität im stationären (geschützt, offen) und teilstationären Bereich von 80 „Betten" bzw. Behandlungsplätzen.

Das (psycho-)therapeutische Angebot bestand in themenzentrierten Gruppensitzungen und Einzelpsychotherapien, eklektisch orientiert – häufig unter Bezug auf die zum damaligen Zeitpunkt schon vorliegenden Arbeiten von Radebold (1992) bzw. Radebold und Gruber (1982), Radebold und Hirsch (1994), Radebold et al. (1997) –, sowie dem systemischen Paradigma verpflichteten Familien- oder Paartherapien.

Diagnostisch lag bei den Patienten das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen vor (somatoforme Störungen, depressive Erkrankungen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Psychosen etc.).

In diesem Zeitraum sind mir einige Gemeinsamkeiten in den Biografien der behandelten Patienten aufgefallen, an die ich mich nach der Lektüre des Artikels von Glaesmer und Brähler gleich wieder erinnert habe.

So berichteten zwischen 80% und 90% (Schätzung nach persönlichen Aufzeichnungen) der von mir behandelten Patienten mindestens ein traumatisches Erlebnis in Verbindung mit den Ereignissen des

Zweiten Weltkrieges. Nach den bevölkerungsbasierten Studien, die im Artikel benannt werden, liegt der durchschnittliche Prozentsatz der älteren Deutschen, die diese Erlebnisse berichten, bei 40% bis 50%. Somit war der Anteil an Betroffenen in „unserer" erkrankten Klientel fast doppelt so hoch und damit signifikant erhöht im Vergleich zur Durchschnittspopulation.

An **traumatischen Ereignissen** wurden u. a. berichtet (das sind nur die konkret benannten Ereignisse aus meiner Erinnerung an die Patienten, deren Akten mir seit Beendigung meiner Tätigkeit in der Klinik nicht mehr vorliegen):

- Flucht und Vertreibung,
- Bombenabwürfe über dem Wohnort,
- Zerstörung des eigenen Haushaltes (durch Bombenabwürfe etc.),
- Tod von nahen Angehörigen als direkte Folge des Kriegsgeschehens,
- Verschüttung unter zerstörten Gebäuden,
- schwere körperliche Verletzungen als direkte Folge des Kriegsgeschehens,
- langjährige Gefangenschaft und
- Einsatz als Soldat an der Front etc.

Bei den **Anlässen zur erstmaligen (teil-) stationären Aufnahme** gab es ebenfalls Übereinstimmungen, die man unter Einbeziehung der Forschung zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als **Traumareaktivierung** bezeichnen könnte. Es handelte sich hier bei nahezu 100% (Schätzung nach persönlichen Aufzeichnungen) der Betroffenen um Anlässe, die mit einem Verlust oder einer Kumulierung von Verlusten einhergingen und von den Betroffenen offensichtlich nicht oder nicht mehr kompensiert werden konnten (auch diese Liste aus meiner Erinnerung an konkrete Patienten):

- Tod des Lebenspartners,
- Tod des eigenen Kindes,
- Tod von Freunden oder Bekannten,
- schwere eigene körperliche Erkrankung,
- Verlust des eigenen Haushaltes wegen Übersiedelung in Altenwohnheim oder -wohnung,
- Aufgabe des Arbeitsplatzes wegen Pensionierung oder Berentung,
- Abgabe des Führerscheins und
- Tod des langjährigen Haustieres.

Bei der Betrachtung der Biografien der betroffenen Patienten im Hinblick auf die Phase vor den traumatischen Weltkriegsereignissen gab es eine immens hohe Quote an **prätraumatischen Risikofaktoren** wie:

- fehlende emotionale Stütze der Eltern oder Angehörigen (sicherlich teilweise den Erziehungsstilen dieser Epoche geschuldet),
- Aufwachsen in Armut,
- schlechte Schulbildung der Eltern,
- Aufwachsen in einer Großfamilie mit wenig Wohnraum,
- geringe familiäre Harmonie,
- autoritäres elterliches Verhalten,
- Erfahrung von Gewalt in der Familie (Prügelstrafen) und
- soziale Ächtung durch Unehelichkeit.

Unter Einbeziehung der nun vorliegenden und veröffentlichten epidemiologischen Daten von Glaesmer und Brähler kann man davon ausgehen, dass bei einem Großteil der von mir damals behandelten Patienten (mit vielfältigsten psychischen Erkrankungen) die Kriterien der PTBS erfüllt und die Patienten außerdem in der prätraumatischen Phase vielen Risikofaktoren ausgesetzt waren. Im Prozess des Älterwerdens kam es zur Dekompensation der (psychischen) Erkrankung, in der Regel ausgelöst durch ein Verlusterlebnis oder eine Kumulierung von Verlusterlebnissen.

Ebenfalls fast allen (Angabe nach persönlichen Aufzeichnungen) gesehenen Patienten gemeinsam war, dass sie vor dem oder den Verlusterlebnissen, die schließlich zur Klinik-Aufnahme geführt hatten, noch nie in ihrem Leben psychiatrische und oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen hatten. Der nun nötig gewordene Klinikaufenthalt wurde als „narzisstische" Kränkung gewertet, weil man „allein nicht mehr zurechtkam".

Zusammenfassend kann man über die geschilderten Beobachtungen also sagen, dass die Anzahl an gesehenen Patienten mit Kriegstraumata in dieser Zufallsstichprobe im Vergleich zur Durchschnittspopulation signifikant erhöht war. Man könnte die Beobachtungen mit folgender „Formel" zusammenfassen:

Risikofaktoren in der Kindheit (wenig emotionale Unterstützung, Stigmatisierung etc.)

+ Weltkriegstrauma(ta)

+ Verlusterlebnis(se) im Alter oder beim Altern

= signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit einer schweren **psychischen Erkrankung** (häufig Depression, somatoforme Störungen) mit einem oder mehreren mindestens vierwöchigen (teil-)stationären Aufenthalt.

Da es unter diesen Umständen nicht unbedingt einfach war, die Patienten zum Gespräch zu motivieren oder über mögliche erlebte Traumatisierungen zu sprechen, hatten wir auf den Stationen „themenzentrierte" Gesprächsgruppen eingeführt, in denen ausgehend von ganz alltäglichen und aktuellen Anlässen (Weihnachten, Ferien, Maifeiertag etc.) erzählt und gefragt wurde: „Wie war das (Ereignis) denn früher in Ihrer Jugend?"

In den sich daraus ergebenden Gruppensitzungen gab es – neben sehr positiven, ressourcenbetonenden Erinnerungen – häufig auch Anhaltspunkte für eventuell im Einzelgespräch zu vertiefende Schilderungen möglicher Kriegstraumata. Bei einigen Patienten genügte schon der Blick auf die „harten Fakten" wie Geburtsjahr und -ort, um Hypothesen über mögliche erlittene Traumata generieren zu können.

Sicherlich wäre es „spannend" zu prüfen, inwieweit diese Beobachtungen einer Zufallsstichprobe von gerontopsychiatrischen Patienten in anderen Kliniken oder Abteilungen mit ähnlicher Klientel einer systematischen Analyse würden standhalten können, sowie der Frage nachzugehen, inwieweit sich in dieser Bevölkerungsgruppe z. B. Korrelationen zwischen bestimm-

ten Diagnosen (etwa Depressionen oder somatoforme Störungen) und Weltkriegs-Traumatisierungserfahrungen herstellen lassen.

Mittlerweile arbeite ich seit 15 Jahren in eigener psychotherapeutischer Praxis in einer Kleinstadt im nördlichen Rheinland-Pfalz, deren letzten Kriegstage in einem US-amerikanischen Spielfilm verfilmt worden sind, was dieser kleinen Stadt im Mittelrheintal einen internationalen Bekanntheitsgrad im Hinblick auf die Ereignisse des Zweiten Weltkriegs eingebracht hat.

Wenn man nun vermuten mag, dass aufgrund dieser „Weltkriegsprominenz" eine große Anzahl von Patienten mit Weltkriegstraumatisierungen um psychotherapeutische Hilfe nachsuchen würden oder bereits nachgesucht haben, so trifft dies nicht zu, obschon allein die nahe gelegenen Städte (Bonn, Koblenz) massivsten Bombardierungen vonseiten der Alliierten ausgesetzt waren.

Die Anzahl an Patienten der betroffenen Jahrgänge, die sich in den vergangenen 15 Jahren vorgestellt haben, ist mit 10% bis 20% eher gering. Die Anlässe zur Aufnahme der Psychotherapien waren vielfältig, nicht unbedingt von Verlusten geprägt, eher dem Wunsch entsprechend, eine Lebensbilanz ziehen zu wollen. Die Gruppe der Patienten, die von traumatischen Erlebnissen den Zweiten Weltkrieg betreffend berichteten, war sogar eher unterdurchschnittlich im Hinblick auf die epidemiologischen Studien. Vielleicht ist der „freiwillige" Gang zur Psychotherapie dieser Generation auch eher fremd, derweil die Patienten der Kölner Klinik auch unter „Zwangsbedingungen" (PsychKG) zur – erstmaligen – Aufnahme gekommen waren. Die im Artikel von Glaesmer und Brähler angesprochene Lebensrückblicktherapie sowie der Einsatz des Internets als Behandlungsmethode mögen hier neue Ansätze für die Zukunft bieten.

Langzeitfolgen auch für die nachfolgenden Generationen

Was dagegen eingedenk der Folgen des Zweiten Weltkrieges in der ambulanten Praxis der letzen Jahre häufig aufgefallen ist, sind die Schilderungen traumatisierter Patienten der Nachkriegsjahrgänge (ab 1950), die von (nicht nur sexuell-) gewalttätigen Übergriffen berichten, in der Regel durch männliche Verwandte (Onkel, Bruder, Vater, Großvater etc.). Auffällig dabei, dass die benannten und erinnerten „Täter" ihrerseits mit offensichtlich schwersten und multiplen Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg heimgekehrt waren.

Hier könnten Ansätze für die Erforschung der Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges auf die folgenden Generationen liegen, sofern sich die hier beobachteten Trends in anderen Praxen oder Kliniken ebenfalls abzeichnen sollten.

Literatur und Materialien

Radebold, H. & Gruber, F. (1982). *Psychosoziale Gerontologie.* Freiburg: Lambertus.

Radebold, H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer.* Berlin: Springer.

Radebold, H. & Hirsch, R. D. (1994). *Altern und Psychotherapie.* Bern: Huber.

Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B. & Wächtler, C. (1997). *Depression im Alter.* Darmstadt: Steinkopff.

Spielfilm:

The bridge of Remagen (USA, 1969), deutsch: *Die Brücke von Remagen*, Regie: John Guillermin, mit George Segal und Robert Vaughn.

Dr. phil. ***Marion Bertgen-Giesen****, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, ist in eigener verhaltenstherapeutischer Praxis niedergelassen. Nach mehrjähriger Tätigkeit im stationären (geronto-)psychiatrischen Bereich, bildet nun die Beschäftigung mit lösungsorientierter systemischer Psychotherapie einen Schwerpunkt ihrer Arbeit.*

Dr. phil. Marion Bertgen-Giesen

Deichweg 6
53424 Remagen
m.bertgen@t-online.de

Zu M. Ruoß: „Aktuelles aus der Forschung: Versorgungsrealität bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung", Psychotherapeutenjournal 4/2011, Seite 364.

Volker Dittmar

Zusammenfassung: In diesem Beitrag steht der gegenwärtige Schulenstreit unter den Traumatherapeuten über die Notwendigkeit der Stabilisierung in der Traumatherapie im Vordergrund. Dabei wird auf die große Bedeutung der Unterscheidung zwischen mono- und komplex-traumatisierten Patienten hingewiesen, die sich sowohl in der Symptomatik wie auch in der Behandlung zeigt. In einem Überblick über verschiedene aktuelle Therapierichtlinien sowie neueste Forschungsergebnisse wird die große Bedeutung der Stabilisierung zur Förderung von Affektregulation und Selbstregulation in der Psychotherapie komplex-traumatisierter Patienten nachgewiesen.

Manfred Ruoß berichtet über eine Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychotherapeuten in Niedersachsen (Kröger et al., 2011), in der festgestellt wurde, dass nur wenige von ihnen bei der Behandlung von Patienten mit PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) Traumaexposition anwenden. Ruoß schreibt weiter: „Im Kontrast zu den wenigen wissenschaftlichen Belegen stand die große Beliebtheit stabilisierender und imaginativer Interventionen (nach PITT), die von Psychotherapeuten aller Orientierungen sehr häufig (36,5% der Befragten) eingesetzt wurden. Eine Grundüberzeugung bei Psychotherapeuten scheint zu sein, dass eine zu schnelle bzw. zu intensive Konfrontation mit dem Trauma zu einer Dekompensation oder ‚Retraumatisierung' führt. Diese Überzeugung basiert nicht auf empirischen Belegen." Daraus zieht Ruoß den Schluss: „Denn offensichtlich folgt das therapeutische Handeln nur zu einem Teil anerkannten Richtlinien und Empfehlungen. Die Zahlen können auch so interpretiert werden, dass der Ausbildungsstand der Psychotherapeuten nicht immer ‚state of the art' ist."

Als Psychotherapeut, der in verschiedenen psycho- und traumatherapeutischen Verfahren, wie Verhaltenstherapie, aber auch PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie) und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), gut ausgebildet ist, möchte ich zu diesem Artikel einige Ergänzungen anbringen, die sich auch auf den gegenwärtigen Schulenstreit in Deutschland beziehen, inwieweit Stabilisierung Notwendigkeit oder Unsinn ist. Bedeutsam dabei ist die Unterscheidung, mit welchen Patienten gearbeitet wird. Handelt es sich um Patienten mit einer einmaligen Traumatisierung ohne vorhergegangene traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend, so lassen sich mithilfe von Exposition nach KVT (Kognitive Verhaltenstherapie) oder EMDR sehr gute und rasche Erfolge erzielen. Zu diesen Verfahren gibt es auch sehr gute wissenschaftliche Belege. Metaanalysen bestätigen die Effektivität traumafokussierter, kognitiv behavioural Methoden sowie von EMDR hinsichtlich der Reduktion der Symptome einer PTBS. Auch zeigte sich bei diesen Metaanalysen, dass Therapien, die eine Traumaexposition beinhalteten, effektiver waren als Behandlungen ohne diese therapeutischen Elemente. Kritik äußerten diverse Autoren jedoch über die strengen Ein- bzw. Ausschlusskriterien in Behandlungsstudien zu PTBS, da sehr häufig Patienten, die unter den Folgesymptomen einer chronischen oder komplexen Traumatisierung litten, ausgeschlossen blieben. Najavits (2009b) stellte fest, dass trotz der hohen Komorbidität bei PTBS Patienten mit Mehrfachdiagnosen in Behandlungsstudien nicht oder nur sehr selten untersucht wurden. Schon van der Kolk, McFarlane und Weisaeth (2000) machten sich in ihrem Buch *„Traumatic Stress"* Gedanken darüber, warum gut untersuchte Behandlungsansätze in der Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen so selten angewendet werden, und schlossen daraus, dass Patienten zum einen diese Verfahren ablehnen oder mit großer Angst und schließlich auch Therapieabbruch auf eine zu frühe Konfrontation mit ihren traumatischen Erfahrungen reagieren. Zum anderen machte er darauf aufmerksam, wie wichtig die Unterscheidung ist, ob eine einfache oder komplexe PTBS vorliegt. In allen neueren Lehrbüchern über Traumatherapie, wie etwa Sachsse (2004), Wöller (2006), Maercker (2009) und Seidler, Freyberger und Maercker (2011), wird auf die Unterscheidung in der Symptomatik und Behandlung zwischen mono- und komplex-traumatisierten Patienten hingewiesen. Frommberger und Sack (2008) schreiben: „Gerade bei Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung kommt der Stabilisierungsphase – aufgrund der Defizite der Affektregulation und Selbstregulation – eine besonders große Bedeutung zu. Ein ganz wesentliches Element der Stabilisierung komplex-traumatisierter Patienten ist die Anknüpfung an bereits vorhandene persönliche Fähigkeiten und Ressourcen, um diese auszubauen und zu fördern." (Seite 365) Auch in den NICE Guidelines (2005) wird empfohlen, eine weitere Stabilisierung vorzunehmen, wenn Patienten sich vom traumatischen Geschehen nicht ausreichend distanzieren können. Ebenso wird in den Australian Guidelines von einer traumakonfrontativen Behandlung abgeraten, wenn Patienten noch über unzureichende oder maladaptive Copingstrategien verfügen. Auch Najavits hat in ihrem Therapieprogramm *„Posttraumatische Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm ‚Sicherheit finden'"* (Najavits, 2009a) Konzepte von Sicherheit und Stabilisierung als wich-

tige Schwerpunkte in der Behandlung beschrieben. Sie betont die Gefahren einer zu schnellen und ohne ausreichende Stabilisierung verlaufenden Therapie. Maercker (2011) betont in einem Aufsatz über den Therapieschulenstreit in der Traumatherapie, dass inzwischen erste randomisierte Untersuchungen mit komplex-traumatisierten Patienten vorliegen (Cloitre et al., 2010), in denen nachgewiesen werden konnte, dass diese Patienten sehr davon profitieren können, wenn der Phase der Traumakonfrontation eine Phase des Fertigkeitentrainings vorgeschaltet wird. Auch im deutschsprachigen Raum gibt es, wenn auch noch keine randomisiert kontrollierten Studien bei komplexer PTBS, so doch Untersuchungen, die die Bedeutung der Stabilisierungsphase in der Therapie von komplex-traumatisierten Patienten nachweisen, wie etwa die Studien von Sachsse, Vogel und Leichsenring (2006), Lampe, Mitmannsgruber, Gast, Schüßler und Reddemann (2008) sowie Kruse, Joksimovic, Cavka, Wöller und Schmitz (2009) zur Wirksamkeit von PITT.

Schließlich möchte ich noch auf einen lesenswerten Artikel von Lampe und Söllner (2011) in der *Zeitschrift für Psychotraumatologie* („Was ist empirisch gesichert in der Psychotherapie mit in Kindheit und Jugend chronisch traumatisierten PatientInnen?") hinweisen, die eine Übersicht über Forschungsergebnisse in der Therapie mit traumatisierten Patienten geben und mit folgenden Empfehlungen schließen: Bei der Behandlung der Patienten sollte eine sorgfältige Diagnose der psychischen Komorbidität erfolgen, ebenso eine sorgfältige Erhebung der Emotionsregulierung und Affektverarbeitung und damit insbesondere der dissoziativen Symptomatik. Es sollte auf den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie auf Methoden zur Verbesserung der Affektregulierung besondere Beachtung gelegt werden und ein traumakonfrontatives Verfahren sollte nur unter Berücksichtigung der in den Guidelines erstellten Kontraindikationen durchgeführt werden.

So scheinen die in der Umfrage von Kröger et al. (2010) zitierten Ergebnisse zu Behandlungsformen im Bereich der Psychotraumatologie für komplex-traumatisierte Patienten sehr wohl dem *state of the art* zu entsprechen. Zusätzlich zeigt sich bei der Betrachtung des *„state of the practice"* auch die Bedeutung der klinischen Erfahrung für die Forschung. Es ist eben nicht nur Wissenschaft gut für die Praxis, sondern auch die Praxis kann wichtige Hinweise für die Forschung geben.

Literatur

Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry, 167* (8), 915-924.

Frommberger U. & Sack, M. (2008). Psychotherapie bei PTSD oder dissoziativer Störung. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 351-370). München: Urban & Fischer.

Kruse, J., Joksimovic, L., Cavka, M., Wöller, W. & Schmitz, N. (2009). Effects of traumafocused psychotherapy upon war refugees. *Journal of Traumatic Stress, 22* (6), 585-592.

Lampe, A. & Söllner, W. (2011). Was ist empirisch gesichert in der Psychotherapie mit in Kindheit und Jugend chronisch traumatisierten PatientInnen? *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 9* (3), 9-18.

Lampe, A., Mitmannsgruber, H., Gast, U., Schüßler, G. & Reddemann, L. (2008). Treatment outcome of psychodynamic therapy in an inpatient setting. *Neuropsychiatrie, 22* (3), 189-197.

Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen.* Heidelberg: Springer.

Maercker, A. (2011). Therapieschuldifferenzen und andere Kleinigkeiten. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft. *Psychologische Medizin, 9* (3), 84-86.

Najavits, L. (2009a). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden".* Göttingen: Hogrefe.

Najavits, L. (2009b). Psychotherapies for trauma and substance abuse in woman: review and policy implications. *Trauma Violence Abuse, 10* (3), 290-298.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic Stress Disorder.* London: Gaskell & British Psychological Society.

Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie.* Schattauer: Stuttgart.

Sachsse, U., Vogel, C. & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented traumafocused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic, 70,* 125-144.

Seidler, G., Freyberger, H. & Maercker, A. (Hrsg.) (2011). *Handbuch der Psychotraumatologie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000). *Traumatic Stress.* Paderborn: Junfermann.

Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen.* Stuttgart: Schattauer.

***Volker Dittmar**, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, arbeitet seit vielen Jahren in der Psychiatrischen Tagesklinik des Bezirksklinikums Regensburg und hat dort ein Spezialangebot für traumatisierte Patienten aufgebaut. Weitere Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind Supervisionen, Fortbildungen im Bereich Traumatherapie (Trauma Institut Süddeutschland) und Gruppenleitung.*

Dipl.-Psych. Volker Dittmar

Psychiatrische Tagesklinik am
Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstr. 84
93053 Regensburg
Volker.Dittmar@medbo.de

Aktuelles aus der Forschung

Karin Jeschke

Alle hier besprochenen Studien befassen sich mit dem Themenfeld Spiritualität und Religiosität – ein Feld, das in Deutschland erst in letzter Zeit in den wissenschaftlichen Blick geraten ist. In den USA steht es spätestens in der Diskussion, seit die American Psychological Association (APA) im Jahr 2007 mit der *„Resolution on Religious, Religion-Based and/or Religion-Derived Prejudice"*[1] Empfehlungen zum Umgang von Psychotherapeuten mit religiösen Themen in der Psychotherapie oder religiös beeinflussten Einstellungen bei Patienten und Psychotherapeuten gab.

Da es für Deutschland bisher nur wenige, unrepräsentative Studien zum Thema gibt, werden mit der Ausnahme des Abschnitts zu Hofmann und Walach im Folgenden vor allem Artikel von US-Autoren besprochen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die dortigen Ergebnisse wegen kultureller Unterschiede nicht auf Deutschland übertragbar sind. Dennoch können sie einen Einblick geben, wie sich die wissenschaftliche Diskussion über diese Thematik entwickelt.

Identifikation und Integration hilfreicher und problematischer religiöser Überzeugungen in die Psychotherapie

Rosenfeld, G. W. (2010). Identtifying and integrating helpful and harmful religious beliefs into psychotherapy. Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 47 (4), 512-526.

Rosenfeld hebt besonders hervor, dass der Glaube eines Patienten eine wichtige Ressource sein kann. Er nennt hier insbesondere die von vielen religiösen Institutionen angebotene soziale und finanzielle Unterstützung, die Elternberatung, materielle Unterstützung, Eheberatung und Selbsthilfegruppen. Aber auch das in religiösen Gruppen weit verbreitete Zugehörigkeitsgefühl wird ausdrücklich als Ressource benannt, ebenso wie Erfahrungen mit besonderen religiösen Praktiken zur Bewahrung der Selbstkontrolle und dem Umgang mit Ärger, Angst und Depression.

Ein Interesse des Psychotherapeuten an der Religiosität seines Patienten kann ein Vertrauensverhältnis befördern – dies umso mehr, je religiöser der Patient ist. Zudem ermöglicht eine frühzeitige Klärung der religiösen Verankerung des Patienten dem Psychotherapeuten, sich im Referenzrahmen des Patienten zu bewegen und ihm vertrautes Vokabular zu verwenden. Schließlich könnten so auch „Minen" umgangen werden, wie ein unterschiedliches Verständnis von Gender und Geschlecht, von Verboten, Kritik von Eltern oder feststehenden Kleidungsvorschriften. Dies gelte umgekehrt auch für nichtreligiöse Menschen, die z. B. die „Anonymen Alkoholiker" ablehnen, weil diese sich auf eine „Höhere Macht" berufen.

Grundsätzlich empfiehlt der Autor, das Thema Religiosität niemals ohne Zustimmung des Patienten anzusprechen. Er weist darauf hin, dass manche Religionen „Abtrünnige", die sich auf eine Psychotherapie einlassen, mit Ausschluss oder Ächtung strafen. Auch gebe es Patienten, die im Rahmen ihrer Psychotherapie „Glauben finden", d. h. gläubig würden, und deshalb die Behandlung abbrächen. Schließlich gelte es zu beachten, dass Studien zufolge 20 bis 25% der Kinder und Jugendlichen (relevant) andere religiöse Ansichten haben als ihre Eltern.

Rosenfeld setzt sich ausführlich mit problematischen und verletzenden religiösen Ansichten und Praktiken und ihrer Thematisierung in Psychotherapien auseinander. Einer US-Studie von 2007 zufolge berichteten 82% der Psychotherapeuten, dass sie manchmal oder sogar häufig Patienten behandeln, die Erfahrungen mit religiösen Lehren hätten, die Kinder ängstigen oder schrecken oder unrealistische Erwartungen an sie stellen. 65% der Befragten behandelten Jugendliche, die sich mit den negativen Konsequenzen von „göttlicher Bestrafung" als Disziplinierungsmaßnahme auseinandersetzten. Fast die Hälfte – 49% – behandelten Patienten, die von Geistlichen missbraucht worden waren. Problematisch sei insbesondere, dass Missbrauch und Strafe häufig als „göttlich sanktioniert" begriffen werden, während Psychotherapie als „antireligiös" gelte. Entsprechend mieden viele religiöse Personen säkuläre Psychotherapeuten.

Abschließend fasst der Autor mögliche psychotherapeutische Reaktionen auf problematische religiöse Ansichten zusammen. Entscheidend ist demnach nicht, ob Praktiken oder Glaubensvorstellungen allgemein schädlich seien, sondern ob dies für die

1 www.apa.org/about/policy/religious-discrimination.pdf

konkreten Patienten gelte. Er kommt zum Schluss, dass Religiosität und Spiritualität wie andere Aspekte der Diversität von Patienten in der Psychotherapie grundsätzlich mitzudenken und zu berücksichtigen seien. Dabei sei es Aufgabe der Psychotherapeuten, das Verständnis und den Umgang der Patienten mit ihren dysfunktionalen religiösen Ansichten zu hinterfragen, ohne respektlos mit deren Glauben umzugehen. Dafür, so betont Rosenfeld mehrfach, benötigten Psychotherapeuten gezielte Unterstützung in Aus- und Weiterbildung.

Kommentar: Der Artikel hebt insbesondere auf die Bedeutung der Ausbildung ab, soweit es um die Integration von Spiritualität und Religiosität in die Psychotherapie geht. Rosenfeld verwendet beide Begriffe dabei synonym. Risiken und Chancen einer solchen Integration werden von Rosenfeld umfassend dargelegt. Dabei wird besonders deutlich, dass die Themen auch ohne explizite Benennung durch Psychotherapeuten oder Patienten ohnehin mitschwingen. Entsprechend erscheint es sinnvoll, sie insbesondere dort, wo sie Ressourcen sein können, explizit zu thematisieren und Möglichkeiten zu eruieren, sie zur Stärkung der Patienten heranzuziehen. Er thematisiert dabei nicht, dass das auf dem Glauben basierende Prinzip Hoffnung häufig die größte Ressource ist.

Rosenfeld warnt gleichzeitig davor, die (innere und äußere) Einschränkung von Patienten durch ihre Glaubensgemeinschaft auf die leichte Schulter zu nehmen. Hier wird es auch in Deutschland darauf ankommen, inwieweit Psychotherapeuten hinreichend psychotherapeutische Kompetenz bzw. – falls es sich um eine von der eigenen abweichende Glaubensgemeinschaft handelt – interkulturelle Kompetenzen haben, um zwischen stärkenden und schwächenden Einflüssen von Glauben und Spiritualität unterscheiden zu können. Letztlich bietet es sich vielleicht insbesondere in Regionen mit hoher religiöser Diversität an, im Rahmen von Fortbildung zusätzliche Kompetenzen zu vermitteln.

Integration von Spiritualität und Religion in Psychotherapie – eine ethische Herausforderung

Gonsiorek, J. C., Richards, P. S., Pargament, K. I. & McMinn, M. R. (2009). Ethical Challenges and Opportunities at the Edge: Incorporating Spirituality and Religion Into Psychotherapy Professional Psychology. Research and Practice. 40, (4), 385-395.

Diese Artikelfolge spiegelt die verschiedenen Positionen der vier Autoren wider und kann aufgrund ihres großen Themenspektrums nur in Auszügen besprochen werden.

Der Hauptautor **Gonsiorek** argumentiert im Wesentlichen, dass eigener Glaube oder Spiritualität keinesfalls genügten, um sich in der Psychotherapie professionell damit auseinanderzusetzen. Auch eine religiöse Ausbildung sei nicht hinreichend, da sie eher einschränke, denn für einen offenen Umgang mit Patienten aller Glaubensrichtungen qualifiziere. Entsprechend argumentiert er, dass Expertise in spirituellen und religiösen Fragen unabhängig vom eigenen Glauben erlernbar sein müsse. Zudem seien religiöse Identitäten vielfältig, so identifiziere sich z. B. nur ein Bruchteil der bekennenden Katholiken mit der orthodoxen Theologie. Als Beispiel führt der Autor Daten aus einer US-amerikanischen Umfrage des „Pew Forum on Religion and Public Life" von 2008 an. Demnach waren von den rund 8.000 befragten Katholiken nur 18% der Meinung, dass Abtreibung immer illegal sei. 58% vertraten die Ansicht, dass Homosexualität akzeptabel sei. Entsprechend sei es mindestens unpräzise, vom Bekenntnis Rückschlüsse auf Einstellung, Werte und Verhalten zu ziehen. Gonsiorek bezeichnet die insgesamt wünschenswerte Integration von Spiritualität und Religion in die Psychotherapie als eine ethische Herausforderung, weil sie dazu führen könnte, dass professionelle Standards der Psychologie[1] „über Bord" geworfen werden, um der Spiritualität gerecht zu werden. Als ein für die USA typisches Beispiel führt er an, dass Mitglieder des Klerus im Rahmen ihrer Seelsorge gleichzeitig auch Spenden für ihre Organisation einwerben. Dies wiederum sei für Psychotherapeuten keinesfalls zulässig.[2] Der Autor spitzt die Problematik zu, indem er sinngemäß feststellt, dass die gezielte Verwechslung und Vernebelung sinnvoller psychologischer Handlungen mit dem Zweck, diese für religiöse Ansichten „passend" zu machen, schlechte Psychologie und noch schlechtere Theologie sei. Die jederzeitige Trennung zwischen seelsorgerischer und psychotherapeutischer Arbeit sei von dem einzelnen Psychotherapeuten oft schwer leistbar, dies umso mehr, je mehr er sich mit religiösen oder spirituellen Organisationen vernetze. Hier gelte es, frühzeitig klare Regeln aufzustellen und zu beachten, um die Identität der Psychotherapie zu wahren. Der Ethische Code der APA[3] sei dafür sehr hilfreich.

Richards bestätigt Gonsiorek darin, dass Psychologen bzw. Psychotherapeuten, die Religion und Spiritualität in ihre Arbeit integrieren wollen, entsprechend kompetent sein sollten. Er formuliert vier Fragen, die sie sich stellen sollen, um ihre Kompetenz selbst einzuschätzen. Es geht dabei um ein psychotherapeutisches Setting, das für Spiritualität offen ist, sowie darum, Kenntnisse der Religion und Spiritualität in der Anamnese anzuwenden. Zudem sollte Kompetenz vorhanden sein, um diesbezüglich Interventionen durchzuführen oder, falls indiziert, die Patienten zu ermutigen, solche in

1 In den USA ist die Direktausbildung zum Psychotherapeuten das Übliche – daher verbirgt sich hinter „Psychologie" Psychotherapie.
2 Auf Deutschland übertragen könnte dies bedeuten, klar zu definieren, welchen „Grad" von Spiritualität in der Psychotherapie der Leistungsträger noch bereit ist, zu finanzieren.
3 www.apa.org/about/policy/religious-discrimination.pdf

Betracht zu ziehen. Er betont darüber hinaus die Bedeutung von Seelsorgern als häufig erste Ansprechpartner bei Problemen. Entsprechend empfiehlt er den Aufbau respektvoller Zusammenarbeit mit Kirchenvertretern in der Nachbarschaft. Pastoren wünschen sich, so hat der Autor ermittelt, zu Rate gezogen zu werden, wenn Psychotherapeuten religiöse Ansichten nicht verstehen, diese ggf. für ungesund halten oder Patienten den Wunsch äußern, ihren Glauben (wieder) verstärkt auszuüben. Aber auch, wenn ein Patient depressiv ist oder an einer anderen ernsten Krankheit leidet oder trauert, halten sich die befragten Kirchenvertreter für kompetente Ansprechpartner.

Pargament antwortet auf Gonsiorek und Richards und betont, dass Psychotherapeuten Leitlinien benötigen, um Religion und Spiritualität engagiert und respektvoll in ihre Arbeit zu integrieren. Dabei betont er, dass beide Ressourcen zur Lösung, aber auch Ursache von Problemen sein können. Er beschreibt eine 2003 durchgeführte Befragung von je 83 Experten für psychische Gesundheit und Mitgliedern des Klerus, in der die Befragten anhand kurzer Fallbeschreibungen die Anpassung der Patienten an problematische Situationen beurteilen sollten. Die Beschreibungen unterschieden sich hinsichtlich der Spiritualität der Patienten. Beide Gruppen der Befragten kamen zum Ergebnis, dass die spirituell verankerten Patienten besser mit der jeweiligen Situation zurechtkamen. Auch Pargament empfiehlt mehr Literatur zum Thema, an der sich Psychotherapeuten orientieren können, die Entwicklung von Methoden, um die Spiritualität von Patienten besser einschätzen zu können, sowie verpflichtende Weiterbildung zum Thema. Zudem hält er wie Richards eine enge Zusammenarbeit mit den Vertretern von religiösen und spirituellen Organisationen für angebracht.

McMinn schließlich spricht noch einmal die von Gonsiorek thematisierte Trennung zwischen seelsorgerischer und psychotherapeutischer Arbeit an und formuliert Fragen zur Selbstreflexion für Psychotherapeuten. Dazu zähle, sich zu fragen, inwieweit eine religiös oder spirituell orientierte Intervention Teil eines größeren psychotherapeutischen Behandlungsplans sein könne. Eine weitere Frage sei, ob alle Behandlungsschritte in der Psychotherapie eindeutig dokumentiert und auch bei Überprüfung nachvollziehbar seien. Schließlich wirft er die Frage auf, inwieweit sich der Psychotherapeut mit religiösen oder spirituellen Interventionen außerhalb der Vorgaben seiner Aufsichtsbehörde[4] oder in Konflikt mit religiösen Autoritäten bewege.

Kommentar: In dieser Artikelfolge antworten drei Autoren mit eigenen Artikeln auf den Leitartikel von Gonsiorek, der Professor an der Argosy University, Twin Cities, USA ist. Zudem antwortet Pargament auch auf Richards und McMinn antwortet auf alle drei Kollegen. So entsteht ein umfassendes Bild der wissenschaftlichen Diskussion der hier im Fokus stehenden Fragen. Der Artikel ist entsprechend auch im Original sehr lesenswert.

Auch hier gilt, dass die US-Ergebnisse auf Deutschland nur begrenzt übertragbar sind. Gleichwohl ist zu vermuten, dass auch viele deutsche Psychotherapeuten faktisch regelmäßig mit Spiritualität und Religiosität ihrer Patienten umgehen (müssen).

Die Autoren werfen wichtige Fragen auf, die insbesondere hinsichtlich der Forderungen nach Leitlinien für den Berufsstand und die Fortbildung weiterverfolgt werden sollten.

Insbesondere für die Erkenntnis, dass die „reine Lehre" einer Religion nicht zwingend mit den Einstellungen der Patienten deckungsgleich ist, kann dabei für Psychotherapeuten hilfreich sein. Ebenfalls nützlich ist die Feststellung, dass für viele Patienten Religion und Spiritualität eine Ressource sind oder sein können. Damit keinesfalls verwechselt werden darf die eigene spirituelle Einstellung des Psychotherapeuten, die in einer professionellen Psychotherapie zwar ohnehin Einfluss nehmen wird, aber keinesfalls ins Zentrum gestellt werden darf.

Die von den Autoren propagierte Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ansprechpartnern in religiösen oder spirituellen Gemeinschaften ist in Deutschland bisher kaum üblich und wird weitgehend nicht als fachlich adäquat anerkannt – ein entsprechender Aus- bzw. Aufbau der Kooperation wäre vielleicht zu diskutieren. Dabei wären auch die von McMinn problematisierten potenziellen Konflikte mit religiösen Autoritäten zu berücksichtigen. Während McMinn davon ausgeht, dass diese zwingend zu vermeiden seien, sind hier durchaus auch andere Haltungen denkbar.

Insgesamt ist zu bedenken, dass Geschichte, Verankerung und gesellschaftliche Bedeutung von Glaubensgemeinschaften in den USA und Deutschland relevant unterschiedlich sind.

4 In den USA werden Psychotherapeuten vom jeweiligen Bundesstaat, in dem sie praktizieren, zugelassen.

Für eine evidenzbasierte Psychotherapie mit spiritueller Orientierung

Richards, P. S. & Worthington, Jr., E. L. (2010). The Need for Evidence-Based, Spiritually Oriented Psychotherapies. Professional Psychology. Journal of Clinical Psychology, 9, (63), 891-902.

Den Autoren zufolge hat die Zahl „spirituell orientierter Psychotherapien" – der Begriff wird im Artikel nicht explizit definiert – in den letzten zwei Jahrzehnten in den USA stark zugenommen. Offenbar verstehen sie darunter Psychotherapien, die religiöse oder spirituelle Ressourcen nutzen. Diese erstrecken sich aus ihrer Sicht von einer Anamnese der spirituellen und religiösen Werte des Patienten über das Lehren von Meditationen bis hin zu privaten Gebeten des Psychotherapeuten für seine Patienten.

Die Autoren diskutieren sechs Studien, die die Ergebnisse spi-

rituell orientierter Psychotherapien beforschen. Sie konstatieren, dass es generell an entsprechenden Studien mangele und die vorliegenden Studien teils methodische Mängel aufwiesen.

Den betrachteten Studien zufolge wurden spirituelle Ansätze vorwiegend in Einzeltherapien von Erwachsenen angewandt. Gleichwohl gebe es auch Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen, die Spiritualität einbezögen. Die Krankheitsbilder der betroffenen Patienten seien umfassend, ebenso ihr ethnischer Hintergrund.

Den ausgewerteten Studien zufolge wenden 30% bis 90% der Psychotherapeuten spirituelle Interventionen an. Darunter seien erwartungsgemäß zwar mehr Psychotherapeuten, die sich selbst als spirituell bezeichneten, gleichwohl würde auch eine überraschend hohe Zahl nichtreligiöser Psychotherapeuten auf „spirituelle Interventionen" zurückgreifen. Was genau solche Interventionen sind, wird nicht erläutert.

Die drei diskutierten Meta-Analysen ergeben, dass spirituell orientierte Psychotherapien grundsätzlich einen Effekt haben, die Effektstärke liegt mit 0,27 bis 0,75 zwischen niedrig (0,2) und hoch (0,8).

Die sechs Studien ergeben einheitlich, dass insbesondere für christliche und muslimische Patienten inzwischen ein recht umfassendes spirituell orientiertes psychotherapeutisches Angebot zur Behandlung von Depression und Angst besteht. Darüber hinaus werden verschiedene weitere Behandlungsansätze skizziert, u. a. ein chinesisch-taoistischer zur Behandlung von Ängsten sowie ein buddhistischer verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Therapie von „pathologischer Aggression". Die Autoren resümieren, dass es noch an Studien fehle, um den Effekt dieser Ansätze wissenschaftlich zu bewerten.

Sie fassen zusammen, dass die vorliegenden Studien insbesondere unter zu kleinen und zu wenig diversen Samples und methodischen Fehlern z. B. bei der Kontrolle des Einflusses des Psychotherapeuten litten.

Um zu einer Evidenzbasierung von Psychotherapie mit spiritueller Orientierung zu kommen, bedürfe es weiterer wissenschaftlicher Studien. Da kontrollierte klinische Studien teuer und aufwendig seien, könne hierzu auch auf andere quantitative Studiendesigns zurückgegriffen werden. Besonders wertvoll seien Befragungen der gleichen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten der Psychotherapie. Qualitative Designs und Fallstudien könnten zwar keine Effekte berechnen, seien aber dennoch hilfreich, um Ergebnisse von spirituell orientierten Psychotherapien zu dokumentieren.

Kommentar: Die Verbreitung „spirituell orientierter Psychotherapien" ist in den USA offensichtlich größer als in Deutschland. Die Aufzählung möglicher spiritueller Ressourcen überrascht durch ihre Vielfalt. Insbesondere erstaunt, dass Gebete des Psychotherapeuten für seine Patienten dazu gezählt werden. In Deutschland zählen derartige Aktivitäten nicht zur guten psychotherapeutischen Praxis. Hier machen sowohl die Ausführungen von Rosenfeld wie von Gonsiorek, Richards, Pargament und McMinn (siehe weiter oben) deutlich, dass die Autoren den Begriff der „spirituellen Orientierung" möglicherweise etwas weit fassen. Eine klarere Definition sowie Abgrenzung zwischen Spiritualität und Religiosität wäre hier hilfreich gewesen.

Auch die mangelnde Definition der „spirituellen Intervention" ist wenig hilfreich. Ist jede Sinnfrage und jedes Ritual in der Psychotherapie bereits spirituell verankert und definiert die Psychotherapeuten also bereits als spirituell Handelnde? Hier wäre eine ausführlichere Darstellung hilfreich gewesen.

In Deutschland liegt die Forschung zur Integration von Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie noch weit hinter jener in den USA zurück, das macht der im Folgenden besprochene Artikel von Hofmann und Walach deutlich. Gleichwohl kann der hier diskutierte Artikel Ansätze aufzeigen, welche Forschungsdesigns in Deutschland angewandt werden könnten, um diese Integration wissenschaftlich zu beleuchten und zu diskutieren sowie zur Verbesserung der psychotherapeutischen Praxis beizutragen.

Spiritualität und Religion bei deutschen Psychotherapeuten

Hofmann, L. & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. Psychotherapy Research, 21, (2), 179-192.

Die Studie

Die Autoren beschreiben eine in Deutschland durchgeführte, fast repräsentative Umfrage unter 895 Psychotherapeuten. Der Endbericht der Studie steht noch aus, der vorliegende Artikel geht nur auf die ersten vier Schritte der Untersuchung ein:

1. Pilotstudie mit einem kleinen Sample, um die Verständlichkeit des Fragebogens zu erhöhen.
2. Vorab-Befragung von Psychotherapeuten verschiedener Theorierichtungen, um eine hohe Responsequote sicherzustellen.
3. Befragung von 50 Nichtantwortenden, um die ggf. vorhandene Verfälschung der angestrebten Repräsentativität durch das Antwortverhalten zu eruieren.
4. Hauptstudie – vertiefte Befragung derjenigen Psychotherapeuten, die Interesse signalisiert haben.

Die Fragen

Die Autoren merken an, dass sie die im Fokus stehenden Begriffe Spiritualität und Religiosität nicht definiert haben, weil sie annehmen, dass beides komplexe und multidimensionale Konzepte seien, die nicht synonym, aber doch überschneidend zu verstehen seien. Zentrale Fragen der Untersuchung waren:

a) In welchem Umfang und in welcher Form spielen Spiritualität und Religion in der aktuellen psychotherapeutischen Praxis in Deutschland eine Rolle?
b) Inwieweit wurden damit verbundene Fragen in der Psychotherapieausbildung berücksichtigt?
c) Wie beurteilen praktizierende Psychotherapeuten ihre Ausbildung diesbezüglich?
d) Wie schätzen die befragten Psychotherapeuten ihre eigene Spiritualität und Religiosität ein?
e) Wie beeinflusst die eigene Spiritualität und Religiosität der Psychotherapeuten ihre Praxis?
f) Wie wirkt sich die Theorierichtung der Psychotherapeuten auf ihre Einstellung zum Thema aus?

Das Sample

Das Sample wurde aus einem Pool von Psychotherapeuten erstellt, deren Adressen auf Mitgliederseiten psychotherapeutischer Verbände frei zugänglich waren (dies waren 2.244 Verhaltenstherapeuten (VT), 1.112 Psychoanalytiker (PA) und 838 Psychotherapeuten mit gesprächspsychotherapeutischer Ausbildung bzw. mehreren Ausbildungen). Aufgrund der Erwartung unterschiedlicher Responsequoten und vor allem auch Fehlerquoten bei der Zuordnung von Psychotherapeuten zur letzten Gruppe wurden schließlich 400 VT, 500 PA sowie 800 (klientenzentrierte) Gesprächspsychotherapeuten angeschrieben.

Die 895 Antwortenden (Response 56,6%) wurden anschließend entsprechend ihrer eigenen Angaben in eine der vier Gruppen VT, psychoanalytisch/psychodynamisch (PA/PD), humanistisch (H) und integrativ (I) eingeordnet. Von diesen wiederum signalisierte rund die Hälfte (54,8%) Interesse, sich auch an einer vertieften Befragung zu beteiligen. Die nachträgliche Befragung der Nichtantwortenden ergab, dass im Sample Psychotherapeuten mit humanistischer und integrativer Ausrichtung leicht überrepräsentiert sind.

Knapp 80% der Antwortenden rechnen durchgeführte Psychotherapien in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab. Zwei Drittel sind Frauen, 18,9% katholisch, 35,8% evangelisch, 41,2% bezeichnen sich als „ohne Glauben". Weitere 27 (4%) gaben „andere" bzw. mehrere Glaubensrichtungen an.

36,1% der Antwortenden haben eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen, 37,4% zwei Ausbildungen, der Rest sogar mehr als zwei Ausbildungen. 43,4% haben eine VT-Ausbildung absolviert, 39% eine PA/PD-Ausbildung, 41,6% eine klientenzentrierte Ausbildung. 13,3% sind systemische, Paar- und Familientherapeuten, 10% sind Gestalttherapeuten.

Hinsichtlich ihrer theoretischen Ausrichtung ordnen sich 37% der Antwortenden der integrativen Richtung zu, 27,9% der PA/PD, 20,1% der VT und 11,5% der humanistischen Richtung.

Ergebnisse

Zwei Drittel der Antwortenden glauben an irgendeine höhere oder transzendente Realität, 36,3% bezeichnen sich als spirituell und 20,7% als religiös. 1,6% sind eigenen Angaben zufolge religiös und spirituell eingestellt. Die Antwortenden schätzten, dass etwa ein Fünftel ihrer Patienten im Laufe einer Psychotherapie religiöse oder spirituelle Themen anspricht. Zwei Drittel der antwortenden Psychotherapeuten hielten es für notwendig, dass den Themen Spiritualität und Religiosität in der Psychotherapieausbildung mehr Raum gegeben wird. Rund vier Fünftel waren der Ansicht, dass diesen Themen in der Ausbildung bisher keine oder wenig Aufmerksamkeit zukommt.

Beim Vergleich zwischen den Psychotherapeuten verschiedener theoretischer Ausrichtungen fällt auf, dass 28,7% der Vertreter der humanistischen Richtung Patienten mit spirituellen und religiösen Themen behandeln, während dies nur bei 14,3% der Verhaltenstherapeuten der Fall ist.

Abschließend führen die Autoren aus, dass eine vergleichbare Befragung von Patienten wünschenswert sei.

Kommentar: Der Ansatz, eine für Deutschland nahezu repräsentative Studie zum Thema Spiritualität und Religiosität in der Psychotherapie durchzuführen, ist zu begrüßen. Die Empfehlung der Befragten wie der Autoren, die Themen Spiritualität und Religiosität besser in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten zu integrieren, liegt in einer Linie mit verschiedenen vergleichbaren Empfehlungen.

Der Versuch der Autoren, zwischen der – zulassungsrelevanten – Ausbildung in einem Richtlinienverfahren und der ggf. anderen tatsächlichen theoretischen Ausrichtung der Psychotherapeuten zu unterscheiden, ist interessant, allerdings hinsichtlich der Begriffsbildung etwas irritierend. Das gilt auch für den expliziten Hinweis, dass in der Befragung Spiritualität und Religiosität nicht definiert wurden, um eine möglichst weite Sichtweise auf die Begriffe zu ermöglichen. Dies sollte aus meiner Sicht in jedem Fall dazu führen, die Befragten um ihre Definition der Begrifflichkeiten zu bitten. Inwieweit dies geschehen ist, ist aus dem vorliegenden Artikel nicht erkennbar.

Insgesamt kann der hier vorgestellte Artikel nur einen Vorgeschmack auf die Ergebnisse der vertieften Studie geben, die hoffentlich weitere aufschlussreiche Ergebnisse mit sich bringen wird.

***Karin Jeschke**, Dipl.-Psych., Systemische Familientherapeutin, ist Wissenschaftliche Referentin der Psychotherapeutenkammer Berlin.*

Dipl.-Psych. Karin Jeschke

Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
jeschke@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Buchrezensionen

Harth, W., Brähler, E. & Schuppe, H. C. (Hrsg.) (2012). Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 444 Seiten. 69,95 €.

Renate Degner

Adam ist zwar der Urvater der (christlichen) Menschheit, wenn es aber um seine Gesundheit und die meisten seiner männlichen Nachkommen geht, hinkt er etwas hinter seiner Angetrauten Eva hinterher. Liegt es daran, dass er erst sehr spät die gesund erhaltende Funktion des Obstes entdeckte – *„one apple a day keeps the doctor away"* –, was lebensplanerisch allerdings fatale Folgen hatte, damals, oder ist das Testosteron schuld daran, dass in allen Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, Männer mit kürzeren Lebenszeiten zu rechnen haben als Frauen?

Nicht nur auf diese Fragen wollte ich endlich Antworten erhalten, sondern auch dem grassierenden Vorwurf entgegentreten können, dass die Feminisierung der Psychotherapie schuld daran sei, dass Männer nicht effizient behandelt würden. Dient dieses Buch also auch der Qualitätssicherung, und wenn ja, in welchen Bereichen?

Der Überblick über Autorinnen und Autoren, Überschriften und Sachwortverzeichnis ergibt eine medizinisch-somatische Gewichtung gegenüber dem Psycho-Sozialen von ca. 60 zu 40. Als Handbuch lässt es sich punktuell nutzen; es ist jedoch auch spannend im Ganzen, da es einen Überblick gibt über krankheitswertige Störungen im urologischen, endokrinologischen und dermatologischen Bereich des „biologischen" Mannes, seiner Sexualität, den Sexualorganen und ihren Funktionen im weitesten Sinne. Gender steht nicht im Fokus der 48 Artikel. Die Texte bieten ein Hintergrundwissen, das im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen rezipiert und in die psychotherapeutische Praxis mit einbezogen werden kann.

„Psychosoziale Probleme spielen etwa bei zwei Dritteln aller andrologischen Patienten eine Rolle" (S. 352) – diese Einschätzung aus der Erfahrung mit „Männersprechstunden" und „Liaison-Psychosomatik" erfordere eine interdisziplinäre Herangehensweise an Männergesundheit. Aber leider an eine, in der fast ausschließlich Fachärztinnen und -ärzte untereinander disputieren, und nur Psychosomatiker, also ärztliche Kolleginnen und Kollegen, für die Behandlung psychischer Störungen benannt werden.

Die späte und somato-orientierte professionelle Befassung mit Männergesundheit mag darauf zurückzuführen sein, dass erst 2003 die Zusatzbezeichnung „Andrologie" (vor allem für Urologen) in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingegangen ist. Die noch junge Forschung führte 2010 zum 1. Deutschen Männer-Gesundheitsbericht, sodass das vorliegende Praxishandbuch darauf aktuell reagiert. Die unterschiedliche fachliche Fundierung und sprachliche Darbietung lässt viel Raum, in den das in den vergangenen Jahrzehnten angesammelte Gesundheitsfachwissen aus dem „alternativen" Männerforschungsbereich einzuordnen wäre: etwa Workshops für Männer (Titel wie: „Der Tiger in Dir"), körperorientierte Therapien, Schwulenliteratur etc. Ich hätte mir in den Texten mehr Querverweise dahin oder Literaturangaben gewünscht. Denn „Ein Ziel der Männergesundheitsdiskussion ist ein zeitgemäßes Männerbild." (S. 296)

So hätten auch Sätze wie der folgende weiterer Ausarbeitung bedurft: „Denn einfach ‚keine Lust haben' ist noch weniger mit dem sexuellen Selbstkonzept vieler Männer vereinbar als das Vorliegen einer genitalen Funktionsstörung." (S. 354)

Und wieso kann „eingeschränkte Zeugungsfähigkeit in der Paarkonstellation ‚dominante Frau – gefügiger Mann'" entstehen? Hat das etwas mit kritischen Lebensereignissen zu tun, die die Spermienanzahl reduzieren (S. 381) oder doch eher mit einer genderspezifischen Psychodynamik? – Diese und andere psychologisch-psychotherapeutische Fragen stellen sich weiterhin, obwohl programmatisch eines von fünf Kapiteln den Titel „Männerpsyche: Männer ticken anders" trägt. Ausgenommen einige Artikel werden psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten hierin jedoch fachlich unterfordert. Vielleicht ist dieses Kapitel eher an ärztliche Kolleginnen und Kollegen adressiert.

Zum Abschluss nun die Antwort auf meine eingangs gestellte Frage: Nein, es ist nicht das Testosteron, das Männern die Lebenszeit verkürzt, sondern „kulturell und sozial bedingte Geschlechterunterschiede" (S. 33) – erforscht in der „Bayrischen Klosterstudie" (Luy, 2009).[1] Sie belegte, dass die Lebenserwartungsdifferenzen zwischen Frauen und Mönchen gering sind. Folgerung also für die restliche Männerwelt: Mehr Gottvertrauen, einen leckeren Apfel und ein Stündchen weniger „Apple" pro Tag.

Renate Degner
Berlin

1 Luy, M. (2009). 10 Jahre Klosterstudie – gewonnene Erkenntnisse und offene Fragen zu den Ursachen für die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern. In H. Ehlers, H. Kahlert, G. Linke, D. Raffel, B. Rudlof & H. Trappe (Hrsg.), Geschlechterdifferenz – und kein Ende? Sozial- und geisteswissenschaftliche Beiträge zur Genderforschung (S. 251-273). Berlin: LIT Verlag.

Van Derbur, M. (2011). Tagkind – Nachtkind. Das Trauma sexueller Gewalt. Überlebenswege, Heilungsgeschichte, Hilfen zur Prävention. Kröning: Asanger. 528 Seiten. 39,50 €.

Christiane Eichenberg

2003 erschien in den USA Marilyn Van Derburs *„Miss America By Day"*. Das Buch wurde auf Anhieb ein Bestseller. Unverblümt berichtete hier eine ehemalige *Miss America* davon, wie ihr reicher und einflussreicher Vater sie und alle ihre Schwestern über mehr als 18 Jahre missbraucht hatte. Aber: Das Wesentliche dieses Buches, das im Asanger Verlag eine sorgsame und sachkundige Übersetzung erfuhr und eine schöne Gestaltung, ist nicht der Umstand sexueller Gewalt an sich. Viele Betroffene haben mittlerweile über ihre persönlichen Erfahrungen berichtet (so z. B. im gleichen Verlag Susanne Reichelt unter dem Titel *„Mein Vater wird mich heiraten"*) – aber kaum jemandem ist es gelungen, ein Buch zu schreiben, das so viele anspricht. Viele Betroffene, ungeachtet ob sie nun selbst häuslichen Missbrauch erfuhren oder aber organisierte sexuelle Gewalt, finden sich in diesem Buch wieder. Was zeichnet es aus? Van Derbur berichtet schonungslos von den Folgen: den körperlichen mit Schmerzen und Lähmungserscheinungen, den seelischen extremem Verrats und der Notwendigkeit zu einer langjährigen Dissoziation. Sie beschreibt die große Belastung für ihre Angehörigen und die zerstörerische Wirkung in gegenwärtigen Beziehungen. Sie berichtet offen über die Täterloyalität und den Schmerz über den Verrat der Mutter. Und sie lässt den Leser teilhaben, wie sie, längst des Missbrauchs bewusst, sich am Bett des Vaters vor Schmerz fast zerreißt. Sie erzählt, was so viele teilen können: wie lange Jahre kein Wissen um den Verrat existierte und sie sich unglücklich fühlte und dies nicht zu sehen vermochte. Getrieben, aber ohne Erklärung: „Ich dachte, ich bin die glücklichste Frau, die je gelebt hat." Die Entscheidung für die falschen Partner, die Wahl von immer neuen Anforderungssituationen mit Hochstress – sie beschreibt nicht nur, sie nimmt den Leser mit auf eine Reise. Van Derburs Buch ist nicht zufällig von so vielen Autoren (z. B. Van der Kolk, Nijenhuis usw.) als berührendes Beispiel für Dissoziation benannt. Aber dabei bleibt das Buch nicht stehen. Es benennt die öffentliche Situation für die Opfer, Beispiele aus der Kirche in den USA, die fehlende Kompensation und Anerkennung für die Schmerzen – das geduldete Unrecht der Täter. Sie zeigt auf, dass vermeintlich sichere Plätze nur sicher sind, wenn wir uns auch um deren Sicherheit bemühen und sie einfordern. Und schließlich bietet sie Tipps für Prävention und berichtet vielfältig aus ihrem Projekt des „Öffentlichmachens". Das Sichtbarwerden für Betroffene, das offene Bekennen – das ist ihre Mission. Nicht die Betroffenen haben sich zu schämen, sondern die Täter. Sie nimmt den Leser mit, um mit eigenen Augen den Weg ihrer Genesung mit Abwegen, Umwegen und Rückschlägen zu verfolgen, und bietet auch hier eine reichhaltige Sammlung von Möglichkeiten. Nicht zuletzt, sie verschweigt nicht eigene erneute Opfererfahrungen und bitteres Lehrgeld falscher Loyalität.

Van Derbur ist eine beeindruckende Frau und Autorin. Sie hat in den USA und in vielen Ländern Vorträge gehalten – bislang noch nie in Europa. 2012 gab es für wenige Interessenten die Möglichkeit, sie auch live zu erleben: Auf dem Kongress „Gesichter der Gewalt" war sie als Hauptrednerin am Eröffnungstag (13. April 2012) zu Gast.

In jedem Falle ist das Buch eine Empfehlung und Ermutigung. Es wundert nicht, dass sie es, im Gegensatz zu allen an sie gestellten Erwartungen als *Miss America,* vorzog, ihre Fähigkeiten in den Dienst von Kindern und Jugendlichen zu stellen, die alle Hoffnung verloren hatten. Und der Leser kann sich nur zu gut vorstellen, wie die Macher der *Miss-America*-Konkurrenz wohl auf diese Ankündigung der ehemaligen *Miss* reagierten: „Ich komme, unter der Voraussetzung, dass ich sagen kann, ich war *Miss America* und ich bin eine Inzest-Überlebende." Van Derbur hat den Opfern eine Stimme gegeben. Sie hat sorgsam recherchiert, einfühlsam beschrieben und eine Botschaft an die Betroffenen gerichtet, die lautet: Dieses Buch handelt viel mehr von ihnen als von mir. Denn das ist meine Botschaft. Je mehr Gehör diese Botschaft findet – umso besser. Fazit: Unbedingt lesen!

PD Dr. phil. Christiane Eichenberg
Köln

Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.) (2011). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer. 612 Seiten. 85,95 €.

Lea Peplau

Das über 600 Seiten umfassende Buch gliedert sich in acht Kapitel, in denen insgesamt 56 Artikel von 88 Autoren erscheinen. Die Herausgeber sind Prof. Dr. Wielant Machleidt von der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Prof. Dr. Andreas Heinz von der Charité Berlin.

Als thematischer Einstieg werden zunächst theoretische Aspekte von Migration dargestellt, wobei neben elementaren Begriffsbestimmungen der Einfluss von Migrationserfahrungen auf die Identitätsentwicklung, Migrationsmodelle und historische Migrationsströme wichtige Schwerpunkte darstellen. Es folgen die Rahmenbedingungen der Migrantenversorgung, hier v. a. im Sinne des geltenden Ausländer- und Asylrechts und der Sonnenberger Leitlinien[1], sowie jeweils ein Kapitel zu den kulturspezifischen Aspekten der Diagnostik und zu Migrantengruppen mit besonderen Problemlagen, z. B. Kindern oder „Irregulären".

Ausführlich werden im fünften Kapitel die phänomenologischen und ätiologischen Besonderheiten psychischer Krankheitsbilder bei Migranten im Einzelnen erläutert, wobei der Beschreibung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und kulturgebundenen Syndromen besonderes Gewicht beigemessen wird. Es folgen Darstellungen der Behandlungsmöglichkeiten, hier der kulturellen und transkulturellen Psychotherapie, sowie der Behandlungs- und Versorgungsstrategien. Es werden die interkulturellen Methoden in allen Richtlinienverfahren und aus systemischer Sicht vorgestellt, schließlich wird die Entwicklung einer eigenständigen interkulturellen Psychotherapie gefordert. Abgeschlossen wird das Buch mit den Implikationen für die Fort- und Weiterbildung.

Sämtliche Artikel beginnen mit einer Lernzielzusammenfassung, beinhalten farblich hinterlegte Merksätze und enden mit einer „Take Home Message". Im Buch findet sich zudem ein Code, über den eine Anbindung an ein Internetportal mit vertiefenden Exkursen zu einzelnen Themengebieten erfolgen kann.

Insgesamt regt die Lektüre des vorliegenden Buches durch die vielseitigen Themensetzungen die Entwicklung einer persönlichen interkulturellen Kompetenz an.

In umfassender Recherche werden die bestehenden Forschungen zusammengetragen und durch weiterführende Gedanken ergänzt. Als besondere Bereicherung erscheint dabei z. B. der Artikel „Schamanismus und Psychotherapie", der auf inspirierende Art und Weise die Entwicklung einer eigenständigen interkulturellen Psychotherapie vorschlägt und regelrecht Forschungslust weckt. Äußerst wichtige Lerngrundlagen bieten die Artikel „Migration, Kultur und Identität", „Interkulturelle Kompetenz" – sehr lebendig und anregend, „Merkmale und Methoden interkultureller Psychotherapie" und „Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen". Erschreckend kurz scheint hingegen der Abschnitt zur Fort- und Weiterbildung, in dem keinerlei Bezug zum Psychologiestudium bzw. zur psychologischen und ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung hergestellt wird.

Es ist nicht erstaunlich, dass die vielen einzelnen Artikel unterschiedlicher Autoren qualitativ unterschiedlich ausfallen. Es gibt zudem einige unerfreuliche Wiederholungen. So werden z. B. die verschiedenen Migrationsursachen oder das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten in der Gesundheitsversorgung mehrfach von Neuem aufgezählt, was gewisse Ermüdungseffekte hervorruft.

Durch die Gesamtlektüre ergibt sich jedoch ein umfassendes, facettenreiches Bild der Thematik – einige Inhalte haben sich erst im Zusammenhang wirklich erschließen lassen. Sicher ist das Buch auch im Sinne eines „Migrations-Lexikons" zum gelegentlichen Nachschlagen geeignet.

Die praktische Relevanz für die psychotherapeutische Arbeit fand sich unter anderem in den dargestellten Kasuistiken. Die gewünschten konkreten Handlungsanweisungen blieben hingegen aus, wären aber dem komplexen Themengebiet und der Vielfältigkeit der angesprochenen Kulturen sicher auch nicht gerecht geworden.

Meine persönliche Schwellenangst, fremdsprachige Patienten aus fernen Kulturen in die psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, ist insgesamt gesunken. Der Respekt ist geblieben.

Die Reichweite des Inhalts geht über ein einführendes Lehrbuch weit hinaus. Für Studenten, die sich einen ersten Überblick über die Thematik wünschen, sind die knapp 86,- € sicher sehr teuer. Für bereits praktizierendes Fachpersonal bzw. die Klinikbibliothek sind sie allemal gut investiert.

Dipl.-Psych. Lea Peplau
Hannover

1 Machleidt, W., Salman, R. & Callies, I. T. (2006). Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: VWB-Verlag.

Kröger, C., Ritter, C. & Bryant, R. A. (2012). Akute Belastungsstörung. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe. 125 Seiten, 36,95 € mit CD-ROM.

Lothar Wittmann

Bei diesem Buch handelt sich um ein Manual zu einem international (aber noch weniger in Deutschland) verbreiteten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren zur Traumafolgenbehandlung. Das Manual will trotz hohem Konkretionsgrad mit Beispielinterventionen aus der Fallarbeit keinesfalls als Kochbuch missverstanden werden. Daher findet sich der beherzigenswerte Rat, eine Erprobung nur unter Supervision anzugehen.

Die Autoren, Christoph Kröger und Carolin Ritter von der TU Braunschweig sowie der international sehr renommierte Richard A. Bryant von der University of New South Wales (Sydney), sind erfahrene Forscher und Behandler im Bereich der Traumafolgenprobleme. Auf knapp 100 Textseiten, in neun Kapiteln, stellen sie die akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0, DSM-IV-TR 308.3) und ihre Behandlung kompakt vor. Eine Sammlung von Materialien für die Praxis findet sich als Anhang im Buch und zur praktischen Verwendung ist eine CD-ROM mit diesen Materialien beigefügt.

Im Einleitungskapitel greifen die Autoren populäre Vorurteile über Traumafolgen und ihre Behandlung auf. Im zweiten Kapitel werden Diagnostik, Häufigkeit, Verlauf, und Komorbidität behandelt. Im folgenden Kapitel sind Störungsmodelle (neurobiologische wie psychosoziale) abgehandelt, gefolgt von Versorgungsansätzen in der unmittelbaren Traumafolgezeit, der noch wenig beforschten psychosozialen Notfallversorgung. Diese hat mittlerweile große Aufmerksamkeit gefunden. Von Tsunami über Winnenden bis Duisburg reichten die Ereignisse, die Öffentlichkeit und Politik bewegten. Es wird fast stereotyp nach Psychologen gerufen. Was aber sollen die tun und wie hilfreich – und wenn, bei wem – können sie sein? Das Buch vermeidet politische Fallstricke und schlägt praktikable und bereits bewährte Versorgungsansätze vor.

Das fünfte Kapitel ist diagnostischen Strategien und Instrumenten gewidmet. Das sechste behandelt Indikationen und Voraussetzungen für die traumafokussierende Behandlung, eine – bei Bedarf – zwei bis drei Wochen nach einem traumatisierenden Ereignis einsetzende Behandlung mit dem Ziel einer raschen Normalisierung und einer Verhinderung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1, DSM-IV-TR 309.81). Die beiden folgenden Kapitel enthalten minutiöse Beschreibungen von Behandlungssitzungen mit vielen Interventions- und Fallbeispielen mit Dialogsequenzen. Das letzte Kapitel widmet sich der Wirksamkeitsfrage und listet die relevanten Vergleichsstudien auf – gerade in diesem Punkt unterscheidet sich das Buch am deutlichsten von einigen Regalmetern Traumafolgenliteratur.

Bleibt die Frage, ist das nur ein Buch für Verhaltenstherapeuten? Ich meine überhaupt nicht, weil hier Symptome, Ursachenkonzepte, Krankheitsverläufe und Interventionen geschildert sind, die keine Schulen kennen und sehr wohl auch Psychotherapeuten mit einem psychodynamischen oder humanistischen Hintergrund wichtige Anregungen geben können – mindestens jenen, die im Bereich der Frühversorgung von Traumatisierten aktiv sind.

Während die Traumafolgenbehandlung eine Art „Hype" hat und die Zahl der wissenschaftlichen wie der populären Publikationen boomt, kommt das Buch erstaunlich nüchtern daher, denn es ist der evidenzbasierten Behandlungsstrategie bzw. dem *„empirically supported treatment"* verschrieben. Es scheint genau die richtige Konsequenz aus den vielbeklagten Disseminationsproblemen bei der Umsetzung von Forschungsergebnissen zu ziehen. Wissenschaft wird hier praktisch greifbar und ist gut lesbar. So kann das Buch auch ein bisschen helfen, den „Lake-Wobegon-Effekt" zu überwinden. Für die Leser, die ihn noch nicht kennen: Lambert (zuletzt 2011) hatte in einigen Studien festgestellt, dass niedergelassene Psychotherapeuten sich in Bezug auf ihre Kompetenz und ihre Wirksamkeit erheblich überschätzen. Er benannte das nach einer populären Rundfunksendung über eine fiktionale Gemeinde mit (nur) erfolgreichen wie schönen Menschen und hochbegabten Kindern… Das, mit all meinen Supervisionserfahrungen, hat mir als niedergelassenem Psychotherapeuten immer sehr zu Denken gegeben. Umso froher macht mich ein Buch wie dieses. Es stammt aus den gerne als Elfenbeinturm gescholtenen Psychologieinstituten, aber es kann – da es wissenschaftlich und aus praktischer Perspektive überzeugend ist – mithelfen, die Lücke zwischen Forschung und Praxis ein bisschen kleiner zu machen. Ich bin gespannt, ob wir in einer späteren Publikation mehr erfahren über die Versorgungssituation in unserem Land, die nicht nur aktuelle Mängel, sondern auch in die Zukunft weisende Fehlentwicklungen aufweist, über die Traumafolgenbehandler viel zu berichten hätten.

Lothar Wittmann
Otterndorf

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

20. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin

Der 20. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fand am 12. Mai 2012 in Berlin statt. Hauptthemen waren die psychotherapeutische Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen sowie die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik. Außerdem beauftragte der 20. DPT den Vorstand mit der Einrichtung einer Kommission für die Entwicklung eines Regelungsentwurfs für die Gesprächspsychotherapie zur Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung und beschloss die Anhebung der Beiträge für die BPtK.

4.000 Psychotherapeuten fehlen in der ambulanten Versorgung

Der DPT war sich darin einig, dass der psychotherapeutischen Unterversorgung ein Ende gesetzt werden muss und die damit verbundenen Mehrausgaben von den gesetzlichen Krankenversicherungen durch extrabudgetäre Vergütung zu tragen sind.

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung fehlen rund 4.000 Psychotherapeuten. Ursache sind die Entscheidungen des Jahres 1999, als die gemeinsame Selbstverwaltung viel zu geringe Vorgaben für eine angemessene Versorgungsdichte vor allem auf dem Land machte. Konsequenz dieser Fehlentscheidungen sind bis heute unzumutbare lange Wartezeiten, vermeidbare Hospitalisierung und eine nicht leitliniengerechte Pharmakolastigkeit bei der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Mit großem Interesse folgte der DPT dem Vortrag von Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), zum Stand der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik. Das Konzept des neuen Entgeltsystems, so Dr. Heimig, sehe vor, Patienten mit ähnlichem Aufwand jeweils einer Vergütungsklasse zuzuordnen. Im Ergebnis erhielten dann Krankenhäuser für vergleichbare Leistungen auch ein vergleichbares Honorar. Die bisherigen empirischen Analysen des InEK hätten ergeben, dass diagnosebezogene Tagespauschalen, deren Höhe man anhand der Verweildauer der Patienten splitte, der wahrscheinlich beste Weg sei, um dem Ziel der leistungsgerechten Vergütung näher zu kommen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass in der Psychiatrie und Psychosomatik Unterschiede bei den tagesgleichen Pflegesätzen von bis zu 100 Prozent akzeptiert würden, ohne dass irgendjemand feststellen könne, ob Differenzen in Leistung und Qualität diese Varianz rechtfertigten. Dr. Heimig betonte, dass das neue Entgeltsystem als zweites Standbein gute Leistungsbeschreibungen und eine adäquate Qualitätssicherung brauche. Diesen Aspekt aufgreifend, erläuterte Prof. Dr. Rainer Richter den Delegierten des DPT die für die BPtK anstehenden Aufgaben mit Blick auf die Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) werde nach dem derzeitigen Stand des Gesetzentwurfes künftig auch Empfehlungen zur Strukturqualität der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik verabschieden. Die BPtK werde sich dafür einsetzen, dass diese leitlinienorientiert seien und die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) adäquat abbilde. Ebenso wichtig sei der Auftrag an den G-BA, sich um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung für die Versorgung psychisch kranker Menschen zu bemühen. Auch hier werde sich die BPtK engagieren, um das neue Entgelt-

Vorankündigung: Interdisziplinäre Tagung zu den Schnittstellen zwischen Arbeitsschutz, Rehabilitation und Psychotherapie

Am 20. und 21. September 2012 veranstaltet das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Dresden eine interdisziplinäre Tagung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt.

Psychische Gesundheit ist für Beschäftigte und Betriebe zunehmend ein Thema. Rund 13 Prozent aller Tage, die Arbeitnehmer krankgeschrieben sind, gehen heute auf psychische Erkrankungen zurück. Psychische Erkrankungen sind darüber hinaus seit zehn Jahren der Hauptgrund für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Gleichzeitig gibt es in den Unternehmen eine große Unsicherheit, wie mit dieser Problematik umgegangen werden soll. Wie können arbeitsbedingte psychische Belastungen vermieden werden, damit psychische Erkrankungen gar nicht erst entstehen? Wie kann eine psychische Erkrankung frühzeitig erkannt und behandelt werden? Wie müssen Behandlung, Rehabilitation und Arbeitsabläufe aufeinander abgestimmt werden?

Ziel der Tagung ist der interdisziplinäre Austausch zwischen Arbeitsschutzexperten und Psychotherapeuten, um den Erfolg der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen zu vergrößern und damit die Wiedereingliederung von Betroffenen zu verbessern.

Link: www.dguv.de/iag/de/veranstaltungen

system mit den notwendigen Anforderungen zur Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik zu unterfüttern. Abschließend geklärt werden konnte die Frage, weshalb es sinnvoll ist, dass die Leistungen von Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) im Rahmen der Leistungserfassung für das neue Entgeltsystem nicht bzw. nur dann, wenn sie auch adäquat vergütet werden, kodiert werden können. Wenn Psychotherapeuten in Ausbildung, die in der Regel keinerlei Vergütung erhalten, Leistungen kodieren könnten, für die die Krankenhäuser aber das volle Geld bekommen, würde man Anreize dafür setzen, Psychotherapie möglichst durch unbezahlte PiA zu erbringen, da die Krankenhäuser damit finanziell am besten dastanden. Die jetzt gefundene Lösung der Nicht-Kodierbarkeit sei daher auch im Interesse der Psychotherapeuten in Ausbildung, so Heimig.

Versammlungsleitung: v. l. Gerd Hoehner, Wolfgang Schreck, Gabriela Küll

„Ausbildungsreform jetzt!"

Die Ausbildung beschäftigte den 20. DPT zum wiederholten Mal. Er appellierte an Bundesgesundheitsminister Bahr, seine Zusage einzuhalten und noch in dieser Legislaturperiode die Ausbildung zum Psychotherapeuten zu reformieren. Bei den Zugangsvoraussetzungen herrsche insbesondere bei der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein föderales Chaos. Die finanzielle Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit grenze in vielen Krankenhäusern an Ausbeutung. „Ausbildungsreform jetzt!" forderten die Delegierten in einer Resolution. Aber sie nahmen die Profession auch selbst in die Pflicht. Solange der Gesetzgeber den von der Profession konsentierten Gesetzesvorschlag nicht aufgreift, wollen die Psychotherapeuten die Sicherung eines adäquaten Zugangsniveaus zur Ausbildung des PP und KJP selbst in die Hand nehmen. Die Delegierten unterstützten den Vorstand in seinem Anliegen, gemeinsam mit den Ausbildungsinstituten die Sicherung des Master als Zugangsqualifikation zu erreichen, in dem die Ausbildungsinstitute eine Selbstverpflichtung eingehen und nur Hochschulabsolventen mit ausreichender Qualifikation für die postgradualen Ausbildungsgänge zum PP und KJP aufnehmen. „Für den Master!" war der Titel dieser Resolution.

Weiterbildung Gesprächspsychotherapie

Auch die Weiterbildung war wieder Thema des DPT. Er forderte den Vorstand der BPtK auf, eine Kommission einzusetzen, die einen Regelungsentwurf zur Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung um den Bereich Gesprächspsychotherapie bearbeitet.

Ausschreibung des Deutschen Psychologie-Preises 2013

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) schreiben den Deutschen Psychologie-Preis 2013 aus. Mit dem mit 20.000 Euro dotierten Preis würdigen die vier Organisationen herausragende Leistungen in der psychologischen Forschung, die sich durch hohe praktische Bedeutung auszeichnen. Die wissenschaftlichen Leistungen sollen von hoher Qualität sowie Originalität und relevant für die Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen sein.

Bis zum 30. September 2012 können Nominierungen für den Deutschen Psychologie-Preis ausgesprochen werden. Dazu ist ein Nominierungsschreiben zusammen mit einer ausführlichen Begründung zu richten an die

Jury des Deutschen Psychologie-Preises

c/o Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64

10179 Berlin

2011 wurde der Deutsche Psychologie-Preis an Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Direktor am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, verliehen für seine herausragenden Leistungen auf den Gebieten der Entscheidungs- und Risikoforschung. Ihm ist es in besonderer Weise gelungen, qualitativ herausragende Forschungsergebnisse zur Entscheidungsfindung und zum Umgang mit Risiken einem breiteren Publikum nahezubringen. Die BPtK hat in den Jahren 2012 und 2013 die Geschäftsführung des Deutschen Psychologie-Preises.

Prof. Dr. Dietmar Schulte erhält den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenschaft

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Preisträger

Am 11. Mai 2012 hat die deutsche Psychotherapeutenschaft zum vierten Mal den Diotima-Ehrenpreis verliehen. Der diesjährige Preisträger ist der renommierte Psychotherapieforscher und langjährige Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie Prof. Dr. Dietmar Schulte. Mit dem Diotima-Ehrenpreis wurde Prof. Dr. Schulte für seine herausragenden Verdienste um die wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie und sein über vierzigjähriges berufspolitisches Engagement für den Psychotherapeutenberuf ausgezeichnet. Der Preis wurde im Rahmen des 20. Deutschen Psychotherapeutentages bei einer Festveranstaltung vergeben.

Prof. Dr. Jürgen Margraf erläuterte in dem Hauptvortrag, dass Psychotherapie als wissenschaftlich begründetes Handeln auf den Standbeinen der Alltags- und der Berufserfahrung sowie der Wissenschaft beruhe. Mit wiederholtem Bezug auf Forschungsarbeiten von Prof. Schulte illustrierte er, dass auch in der Psychotherapie sowohl bei diagnostischen als auch therapeutischen Entscheidungen die Gefahr der Überbetonung von individuellen Erfahrungen des Klinikers bestehe. In seinem Ausblick plädierte Margraf für ein Leitbild des Scientist-Practitioner, bei dem Praxis und Forschung nicht als Gegensätze, sondern als sich gegenseitig befruchtende und korrigierende Bereiche verstanden werden.

BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter würdigte in seiner Laudatio Prof. Schulte als einen visionären Forscher und Kliniker, der schon frühzeitig vor dem Hintergrund eines sich entwickelnden wissenschaftlichen Heilverfahrens die Notwendigkeiten und die konkreten Perspektiven einer Professionalisierung der Psychotherapie erkannt habe. Er habe nicht nur zu der evidenzbasierten Basis der Psychotherapie wesentlich beigetragen, sondern habe sich auch immer dafür engagiert, Wissenschaft und Praxis eng miteinander zu verknüpfen. Von herausragender Bedeutung sei sein jahrzehntelanger Einsatz für ein Psychotherapeutengesetz gewesen, das Prof. Schulte bereits zu Beginn der 70er-Jahre eingefordert und in seiner dreißigjährigen Geschichte maßgeblich mitgestaltet und vorangetrieben habe.

Prof. Dr. Schulte betonte in seiner Dankesrede die Relevanz der wissenschaftlichen Fundierung und der wissenschaftlich überprüften Regeln für die Praxis der Psychotherapie. In seinen Betrachtungen zur aktuell diskutierten Reform der Psychotherapeutenausbildung warb er dafür, die Chancen zu nutzen, die bestehenden ordnungspolitischen Brüche und unbefriedigenden Regelungen des Psychotherapeutengesetzes analog den anderen akademischen Heilberufen zu korrigieren.

Prof. Dr. J. Margraf, Ruhr-Universität Bochum

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 278785-0
Fax 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Im Einhefter dieser Ausgabe sind für die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg die folgenden, am 24.03.2012 verabschiedeten Änderungssatzungen veröffentlicht; namentlich die Vierte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenverordnung, die Zweite Satzung zur Änderung der Gebührenordnung, die Fünfte Satzung zur Änderung der Berufsordnung und die Zweite Satzung zur Änderung der Hauptsatzung. Ebenfalls im Einhefter dieser Ausgabe bekannt gemacht wird die am 24.03.2012 verabschiedete Verwaltungsvorschrift über Anforderungskriterien für die Eintragung in die Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe und Sozialrecht.

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im letzten PTJ wurde angekündigt, dass nach Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes die Bedarfsplanung Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist. Deshalb wird uns die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter beschäftigen. Die BPtK stellt fest, dass bundesweit viele Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung fehlen. Dies findet u. a. Bestätigung darin, dass viele Patienten versuchen, ihre Psychotherapie über Kostenerstattung finanzieren zu lassen. Dies darf keine langfristige Lösung sein, sondern es müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, dass Patienten gut versorgt werden. Nach den Kennzahlen der KBV machen schon jetzt viele Psychotherapeuten von der Möglichkeit Gebrauch, einen halben Praxissitz abzugeben. Es gibt Hinweise darauf, dass noch mehr Kolleginnen und Kollegen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen könnten. Dass dies nicht praktiziert wird, mag viele Gründe haben. Einer könnte sein, dass sie nicht ausreichend informiert sind, was sie tun können, um ihre Praxis teilweise zu übergeben. Wir werden auf unserer Homepage hierzu Informationen hinterlegen. Wenn Sie nicht in vollem Umfang arbeiten wollen oder können, bieten sich Jobsharing oder Übergabe eines halben Praxissitzes an – so haben auch junge Kolleginnen und Kollegen eine Möglichkeit, in die Niederlassung einzusteigen. Auch wenn die Aufgabe der Praxis für ältere Kolleginnen und Kollegen noch nicht absehbar ist, legen wir nahe, sich frühzeitig über diese Möglichkeiten zu informieren und die entsprechenden Schritte in die Wege zu leiten. Dabei soll das Informationsblatt der Kammer helfen. Darüber hinaus planen wir derzeit Informationsveranstaltungen mit der KV, um diese Möglichkeiten der Praxisabgabe und des Einstiegs in die eigene Praxistätigkeit vorzustellen und mit den Interessierten zu diskutieren.

Nicht unerwähnt lassen möchten wir unsere Umfragen der letzten Wochen. Sie sehen, dass uns viele Informationen über Ihre Berufsausübung fehlen oder dass diese nicht aktuell sind. Für Anfragen von Patienten, Gesundheitsämtern oder auch dem Statistischen Bundesamt sollten wir hier auf dem aktuellen Stand sein. Deshalb bitten wir Sie, uns Änderungen Ihrer Berufstätigkeit oder Spezialisierungen oder Wechsel der Tätigkeit mitzuteilen. Herzlich bedanken möchten wir uns bei allen, die unsere Anfragen beantwortet haben.

Mit den besten Wünschen für eine angenehme und erholsame Sommerzeit.

Ihr Kammervorstand

Dietrich Munz, Martin Klett,
Kristiane Göpel, Birgitt Lackus-Reitter,
Roland Straub

Vertreterversammlung

Am 24.03.12 fand in Stuttgart die Vertreterversammlung der LPK statt. Im Bericht des Vorstandes referierte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz über die Bedarfsplanung, die aufgrund der Bestimmungen im zum 01.01.12 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz überarbeitet werden muss. Er berichtete in diesem Zusammenhang von einem Gespräch mit Dr. Metke (Vorstandsvorsitzender der KVBW). Nach dessen beachtenswerter Meinung liege keine psychotherapeutische Überversorgung in Baden-Württemberg vor. Jedoch müsse, so Metke, die Problematik der psychotherapeutischen Praxen, die den mit der Zulassung verbundenen Versorgungsauftrag nicht erfüllen würden, langfristig gelöst werden.

Dr. Munz informierte darüber, dass der Wissenschaftliche Beirat die Neuropsychologie als wissenschaftliche Methode anerkannt habe. Derzeit würden die Abrechnungsmöglichkeiten im EBM geschaffen.

Diejenigen Personen, die den Fachkundenachweis erbracht hätten und im Arztregister eingetragen seien, könnten derzeit über die Kostenerstattung (GOÄ/GOP Analogziffern) die Leistungen abrechnen. Möglicherweise könne auch eine Sonderbedarfszulassung wegen qualitativer Unterversorgung beantragt werden, wobei die so zugelassenen Kolleginnen und Kollegen dann auf die Erbringung neuropsychologischer Leistungen beschränkt sind.

Weiter berichtete Dr. Munz über das Urteil des OVG Rheinland Pfalz zur Thematik der Pflichtmitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer. Es hatte ein Mitarbeiter einer psychologischen Beratungsstelle gegen den Beitragsbescheid geklagt und argumentiert, er übe keine psychotherapeutische Tätigkeit aus und habe keine Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit. Nachdem das Verwaltungsgericht dieser Argumentation noch gefolgt war, hat in nächster Instanz das OVG die Entscheidung des Verwaltungsgerichts aufgehoben und die Pflichtmitgliedschaft sowie die Beitragspflicht somit dem Grunde nach bestätigt.

LPK-Vizepräsident Martin Klett stellte anschließend den Entwurf des Patientenrechtegesetzes und die Stellungnahme der BPtK vor. Er berichtete von der Anhörung zu diesem Gesetz im Bundesjustiz- und Gesundheitsministerium, an der er teilnahm, sowie vom Vortrag des Justiziars der BPtK, Martin Stellpflug, zu diesem Thema im Länderrat. Demnach sei zu befürchten, dass ein grundsätzliches Akteneinsichtsrecht in das Gesetz aufgenommen werde und der therapeutische Vorbehalt dem Akteneinsichtsrecht nicht mehr entgegengehalten werden könne. Es schloss sich eine Diskussion der Vertreter an. Kritisiert wurde, dass der bisherige Entwurf nicht den Umgang mit Kindern und Jugendlichen berücksichtige. Des Weiteren wird auf die Gefahr der Instrumentalisierung der KJP in Sorgerechtsstreitigkeiten hingewiesen.

Nach dem Bericht des Vorstandes und der anschließenden Aussprache dazu stand die Diskussion der Psychotherapeutenausbildung auf der Tagesordnung. Dr. Munz referierte den aktuellen Sachstand (siehe auch unten), die Versammlung diskutierte die verschiedenen in der Diskussion befindlichen Modelle inklusive der Direktausbildung, wie sie vom Bundesgesundheitsministerium präferiert wird. Zu diesem Punkt verabschiedete die Vertreterversammlung einstimmig eine Resolution, in der die Beibehaltung der postgradualen Ausbildung zum jetzigen Zeitpunkt gefordert wird und die Direktausbildung als Modellversuch ins Psychotherapeutengesetz aufgenommen werden sollte (siehe unter www.lpk-bw.de/archiv/news2012/120324_lpk_vv_resolution.html).

Im weiteren Verlauf wurde die Richtlinie „Anforderungskriterien für die Eintragung in die Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe und Sozialrecht der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg“ diskutiert und verabschiedet.

Neben kleineren Änderungen der Reisekosten- und Erstattungsordnung sowie der Berufsordnung wurde dann die Hauptsatzung dahingehend geändert, dass ab der nächsten Wahlperiode die Amtszeit der Vertreterversammlung, des Vorstands, der Versammlungsleitung und der Einrichtungen nun fünf statt bisher vier Jahre beträgt (siehe Einhefter mit Satzungsänderungen für die Kammermitglieder aus BW). In einem weiteren Tagesordnungspunkt wurde das Leitbild der LPK besprochen und zur weiteren Bearbeitung an den Vorstand zurückverwiesen. Nach den Berichten aus den Ausschüssen mit der zugehörigen Diskussion endete die Vertreterversammlung.

Grundlagen und Kompetenzen für eine Psychotherapeutenausbildung – Veranstaltung der Kammer zur Novellierung der Psychotherapeutenausbildung

Schon mehrfach berichteten wir über Probleme der Psychotherapeutenausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz, beispielsweise Vergütung der praktischen Tätigkeit und ungeregelte Zugangsvoraussetzungen für Bachelor- bzw. Masterabsolventen. Aus dem BMG wurde zwischenzeitlich mehrfach geäußert, dass dieses analog zur ärztlichen Ausbildung ein Psychotherapiestudium mit abschließender Approbation und anschließender Weiterbildung in einem der Psychotherapieverfahren (sog. Direktausbildung) favorisiere. Dies veranlasste uns, eine Informationsveranstaltung dazu durchzuführen. Schwerpunkt war, welche Anforderungen an ein Studium zu stellen sind, mit dem eine Approbation erworben werden kann.

Prof. H. J. Schwartz erläuterte in seinem Vortrag, dass die von der BPtK im Entwurf einer neuen Approbationsordnung (www.bptk.de/uploads/media/20110106_BPtK_gesetzentwurf_psychtharg.pdf) dargestellten Kompetenzen für eine Approbation eine gute Diskussionsgrundlage seien. Das derzeitige Psychologiestudium müsste um zahlreiche Elemente aus Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik, jedoch auch Wissenschaftstheorie und nicht zuletzt auch reflektierte praktische Erfahrungen mit Patienten erweitert werden. Nur so sei eine qualifizierte Grundausbildung für die Ausbildung von Psychotherapeuten für alle Altersstufen möglich.

Große Aufmerksamkeit der Zuhörer fanden die Erläuterungen von Prof. Th. Fydrich

v.l.n.r.: Prof. Thomas Fydrich, Dr. Dietrich Munz und Prof. H. J. Schwarz

zum Curriculum eines Modellstudiengangs für eine Direktausbildung mit Master- und Approbationsabschluss und anschließender Weiterbildung, der von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Zusammenarbeit mit den universitären Ausbildungsinstituten (unith) entworfen wur-

de. Vorgesehen ist für diesen Modellstudiengang eine Erweiterung des derzeitigen Psychologiestudiums mit Schwerpunkt Klinische Psychologie, sodass die Grundlagen der Psychotherapie und der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren vermittelt werden würden. Über patientenorientierte Lehre und Famulatur sowie ein klinisches Praktikum soll in diesem Entwurf schon im Universitätsstudium mehr klinisch-praktische Erfahrung erworben werden. Nach dem Masterabschluss und der Approbationsprüfung, die analog zur Ärzteausbildung keine Zulassung zur Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten beinhaltet, würde sich eine Weiterbildung anschließen, in der eine Spezialisierung auf eines der wissenschaftlich anerkannten Verfahren und für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen erfolgt.

In der ausführlichen Diskussion wurde vorgetragen, dass eine klinische Tätigkeit von Selbsterfahrung bzw. Reflektion des psychotherapeutischen Handelns und fachlicher Supervision auf Hintergrund der verschiedenen Therapierichtungen erforderlich sei. Kritik am derzeitigen und dem vorgestellten Psychologiestudium bezog sich auch auf die einseitige Gewichtung des positivistischen Wissenschaftsverständnisses unter Vernachlässigung qualitativer Forschungsansätze, mit denen beispielsweise Therapieprozesse besser untersucht werden könnten. Prof. Fydrich bedankte sich beim Publikum für die vielseitigen Anregungen aus der Diskussion, die in einer Weiterentwicklung des Modellvorschlages berücksichtigt werden würden.

Fortbildungsveranstaltung der Kammer zu straf- und berufsrechtlichen Fragestellungen im psychotherapeutischen Praxisalltag

Am 20.04.2012 und 04.05.2012 fanden zwei Fortbildungsveranstaltungen der LPK BW in Freiburg und Stuttgart zum Thema „Straf- und berufsrechtliche Fragestellungen im psychotherapeutischen Praxisalltag“ statt. Die Kammer konnte die beiden langjährigen Kammeranwälte Manfred Seeburger und Michael Mächtel als Referenten für diese Veranstaltung gewinnen, die über Erfahrung und Kompetenz in berufsrechtlichen Angelegenheiten verfügen. Den Teilnehmern wurden nicht nur die

Blick ins Plenum

Vorschriften der Berufsordnung, des Strafgesetzbuches und des neuen Bundeskinderschutzgesetzes erläutert, sondern auch der berufsrechtliche Verfahrensgang skizziert. Die Referenten wiesen dabei anhand anschaulicher Fälle auf berufsrechtliche „Fallstricke“ hin und beantworteten zahlreiche Einzelfragen.

Aufgrund des großen Teilnahmeinteresses und der positiven Resonanzen wird die Kammer voraussichtlich Anfang des nächsten Jahres die Veranstaltung wiederholen.

Online-Verzeichnisse/Abzocke

Bereits Anfang 2011 hatten wir vor dem Adressbuch- bzw. Registerdatenabgleich mehrerer Unternehmen gewarnt. **Aus aktuellem Anlass möchten wir erneut darauf hinweisen, dass Sie bei Schreiben von Unternehmen, in denen Sie zu einem Datenabgleich aufgefordert werden, größte Vorsicht walten lassen sollten.**

Mit dem Schreiben wird eine bereits bestehende Geschäftsbeziehung suggeriert und unter dem Vorwand einer erforderlichen Datenüberprüfung darum gebeten, angeblich gespeicherte Daten zu bestätigen bzw. zu korrigieren. Mit der Unterschrift nimmt der Unterzeichner das Vertragsangebot an und verpflichtet sich zu einer Vertragslaufzeit von mehreren Jahren mit erheblichen Gebühren, zumeist im vierstelligen Bereich.

Aus diesem Grund möchten wir darauf hinweisen, derartige Schreiben nicht auf die Schnelle zu unterschreiben. Bei Unklarheiten können Sie auch die Geschäftsstelle der Kammer anrufen.

Wir empfehlen Mitgliedern, die bereits ein solches Vertragsangebot unterschrieben haben, unverzüglich zu reagieren und ggf. einen Anwalt einzuschalten. Der Rechtsweg ist nach verschiedenen inzwischen aktenkundigen Urteilen nicht aussichtslos. Ausführlichere Infos finden Sie unter www.lpk-bw.de/archiv/news2012/120417_warnung_vor_geschaeftstaktik_datenabgleich.html.

Landespsychotherapeutentag 2012 am 23. Juni: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder in besonderen Belastungssituationen – Rolle der Psychotherapie

Der diesjährige LP-Tag greift ein Thema auf, das im Rahmen der psychosozialen Versorgung in Deutschland in den vergangenen Jahren eine hohe Bedeutung erfahren hat: Frühe Hilfen für besonders belastete Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind bisher noch wenig in die vielerorts neu entstandenen Netzwerke zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen eingebunden. Rolle und Möglichkeiten der psychotherapeutischen Professionen sind wenig beleuchtet und nur selten genutzt. Ebenso haben Notwendigkeiten und Chancen eines präventiven Kinderschutzes kaum Eingang in die psychotherapeutische Arbeit gefunden. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind zunehmend mit Auffälligkeiten und Störungen bei kleinen Kindern unter Einbezug des Familiensystems befasst. Auch für Psychologische Psychotherapeuten ist der Blick auf ihre Patienten als Eltern von kleinen Kindern behandlungstechnisch wichtig. Gleichzeitig entsteht aus den Netzwerken Früher Hilfen heraus ein hoher Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung für Eltern mit psychischen Erkrankungen. Die Kompetenz angestellter und niedergelassener Psychotherapeuten ist in den Netzwerken hoch gefragt und bietet vielfache Chancen fachlicher Kooperation.

PROGRAMM

Landespsychotherapeutentag 2012

„Frühe Hilfen für Eltern und Kinder in besonderen Belastungssituationen – Rolle der Psychotherapie"

Samstag, 23.06.2012 – Liederhalle, Berliner Platz 1–3, 70174 Stuttgart

10:15	Begrüßung *(Dr. Dietrich Munz, Präsident)*
10:30	Stand der Entwicklung Früher Hilfen in Deutschland *(Mechthild Paul)*
11:10	Besser vorsorgen als nachsorgen – Was können Erwachsenenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beitragen? *(Prof. Dr. Manfred Cierpka)*
11:50	Pause
12:10	Bundeskinderschutzgesetz: Netzwerke Frühe Hilfen und der Datenschutz – rechtliche Grundlagen interdisziplinärer Zusammenarbeit *(Gila Schindler)*
12:50	Mittagspause
13:50	Frühe Hilfen im Ortenaukreis: Konzept, Ergebnisse und Perspektiven eines regionalen Netzwerks Frühe Hilfen in der Regelversorgung *(Ullrich Böttinger)*
14:30	„… ich halte das so nicht mehr aus!" – Aus der Praxis der analytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychologie *(Dr. Barbara von Kalckreuth und Christiane Wiesler)*
15:10	Pause
15:30	Vernetzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel mit Frühen Hilfen – Zwischenergebnisse eines Modellprojekts der KV Baden-Württemberg und der Mitwirkung von Psychotherapeuten *(Sigrun Häußermann)*
16:15	Tagungsende

Renommierte Referenten werden über aktuelle Konzepte und Möglichkeiten Früher Hilfen berichten und Anregungen zur Rolle der Psychotherapie in diesem Arbeitsfeld zur Diskussion stellen (Programm siehe Kasten). Für die Tagung können 6 Fortbildungspunkte der LPK BW erworben werden.

Termine

LPK-Fachtagungen 2012

23. Juni, Stuttgart: *Landespsychotherapeutentag 2012: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder in besonderen Belastungssituationen – Rolle der Psychotherapie (s. o.)*

26. Juni, Tübingen: *Psychotherapie bei Psychosen: gefährlich und undurchführbar oder leitliniengerecht und wirksam?* Wie schon in den letzten Jahren bieten wir wieder eine Fortbildung an, die sich vor allem an die psychotherapeutisch tätigen angestellten Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und stationären/tagesklinischen Einrichtungen richtet. Prof. Dr. Stefan Klingberg (Uni Tübingen) wird auf die Problematik eingehen, dass Patienten mit psychotischen Störungen nach wie vor kaum eine Chance haben, psychotherapeutisch behandelt zu werden. Auf der anderen Seite empfehlen Leitlinien zur Behandlung psychotischer Störungen die Durchführung von Psychotherapie. Vor diesem Hintergrund werden Therapiestrategien, ihre Hintergründe und ihre Wirksamkeit vorgestellt und Aufgaben für die stationäre und die ambulante Versorgung diskutiert.

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711 / 674470 – 0
Fax 0711 / 674470 – 15
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr

PTK | Bayern

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Im Gespräch mit Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber

Am 3.5.2012 trafen sich Kammerpräsident Nikolaus Melcop, die beiden Vizepräsidenten Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer sowie Geschäftsführer Alexander Hillers im Bayerischen Gesundheitsministerium mit Staatsminister Dr. Marcel Huber.

Melcop erläuterte zu Beginn des Gesprächs in freundlicher Atmosphäre die dringende Notwendigkeit einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere durch die geplante Reform der Bedarfsplanung. Staatsminister Dr. Huber betonte, dass die psychotherapeutische Versorgung auf dem Land zukunftsfähig gestaltet werden müsse. Melcop bat Staatsminister Dr. Huber, die Kammer als Mitglied in dem geplanten Gremium zur sektorübergreifenden Bedarfsplanung vorzusehen. In diesem Gremium sollen Empfehlungen für die gesamte Versorgung, also stationär und ambulant, erarbeitet werden.

Ein weiterer Schwerpunkt des Gesprächs war die überfällige Reform der Ausbildung. Melcop erläuterte die schon lange erkannte Notwendigkeit der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) infolge der Bologna-Studienreform und bedankte sich für die bisherige Unterstützung durch das Bayerische Gesundheitsministerium. Gleichzeitig machte er auf die nicht ausreichende Zahl an Masterstudienplätzen in Psychologie an den bayerischen Universitäten aufmerksam.

Zur ungenügenden finanziellen Entlohnung der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (PiA) im praktischen Teil ihrer Ausbildung informierte Staatsminister Dr. Huber über einen angestrebten Vorstoß der Länder gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium zur Verbesserung der Situation der PiA. Weiterhin sagte er zu, sich auf Länderebene erneut zur Notwendigkeit der PsychThG-Novellierung auszutauschen. Hinsichtlich der Novellierung des Heilberufekammergesetzes bat Melcop um eine Verabschiedung im Sinne der bereits abgestimmten Änderungen.

Bruno Waldvogel, Peter Lehndorfer und Nikolaus Melcop mit dem Bayerischen Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber (v. l.). (Foto: Johannes Schuster)

Ebenfalls Thema war die Honorarsituation der niedergelassenen Psychotherapeut/inn/en. Peter Lehndorfer erläuterte die Pläne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Richtung einer extrabudgetären Vergütung.

Diskutiert wurde auch die finanzielle Situation der Angestellten in Kliniken. Melcop kritisierte hierbei das deutlich unterschiedliche Gehaltsniveau zwischen Ärzten und Psychotherapeut/inn/en. Staatsminister Dr. Huber zeigte Verständnis für die dargestellten Probleme der Psychotherapeut/inn/en. Die abschließende Einladung zum 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentag am 27.4.2013 nahm Staatsminister Dr. Huber gerne an. Weiter wurde vereinbart, im kooperativen Austausch zu bleiben.

Vorstand, Versammlungsleiter und Bundesdelegierte neu gewählt

Der neu gewählte Vorstand der PTK Bayern für die 3. Amtsperiode (hintere Reihe v. l.): Vizepräsident Peter Lehndorfer, Heiner Vogel, Präsident Nikolaus Melcop, Benedikt Waldherr, Vizepräsident Bruno Waldvogel. (vordere Reihe v. l.): Birgit Gorgas und Anke Pielsticker. (Foto: Siegfried Sperl)

Bei der Delegiertenversammlung am 15.3.2012 standen die Wahlen des Vorstands, der Versammlungsleitung sowie der Bundesdelegierten im Mittelpunkt. Nikolaus Melcop wurde als Präsident wiedergewählt, Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel als Vizepräsidenten, Heiner Vogel und Benedikt Waldherr als weitere Vorstandsmitglieder. Neu im Vorstand sind Birgit Gorgas und Anke Pielsticker. Klemens Funk wurde Versammlungsleiter, Elisabeth Gerz-Fischer seine Stellvertreterin. Im Rahmen des Berichts des Vorstands ging Nikolaus Melcop auf die Arbeit der letzten sechs Monate ein. Er stellte insbesondere das Engagement der Kammer für eine patientengerechte Bedarfsplanung im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes heraus. Die Kammer setze sich weiterhin für eine bessere psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche und in den Bereichen Sucht, Psychoonkologie, Straftäter, Demenz und traumatisierte Soldaten ein. Das Engagement für Prävention bleibe Kernaufgabe, die Zukunft der Ausbildung sei weiterhin ein zentraler Schwerpunkt. Darüber hinaus müsse die Situation der PiA verbessert werden. Zum Schluss seines Berichts betonte er die Notwendigkeit einer gerechten und zukunftsorientierten Verteilung von Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten in der Gesellschaft als wichtige Rahmenbedingung für psychische Gesundheit und Krankheit. Die Delegiertenversammlung wählte ebenfalls die Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag.

Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung

Im Anschluss folgten die **Berichte aus den Ausschüssen** der Kammer für **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** (Wilhelm Strobl) und für die **Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Peter Dillig). Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter** der **Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung** (Lisa Brendel) sowie der **Ausbildungsinstitute** (Dr. Christoph Kröger) über ihre Tätigkeit.

Therapieplätze für Soldat/inn/en

Seitens der Bundeswehr und der Politik besteht ein dringendes Interesse daran, die psychotherapeutische Versorgung von Soldaten mit „Traumafolgeschäden" insbesondere nach Auslandseinsätzen zu verbessern. Besonders dringend sei die Verbesserung des Versorgungsangebotes an Standorten der Bundeswehr, deren dort stationierte Einheiten an Auslandseinsätzen teilnehmen bzw. teilgenommen hätten. Für eine Behandlung in diesem Zusammenhang wäre keine Zulassung zur GKV notwendig. Die Kammer hat am 6.2.2012 eine Rundmail an die Kammermitglieder geschickt, die ein Anschreiben mit Erklärung sowie einen Fragebogen enthielt. Ferner wurden diejenigen Kammermitglieder in der Umgebung der betroffenen Standorte brieflich angeschrieben, die der Kammer ihre E-Mail-Adresse nicht angegeben haben.

210 Mitglieder der PTK Bayern haben sich nach der Umfrage bereit erklärt, betroffene Soldat/inn/en an fünf bayerischen Bundeswehrstandorten psychotherapeutisch zu betreuen. Darunter sind niedergelassene mit und ohne KV-Zulassung und angestellte Mitglieder. Die BPtK wird jetzt weiter klären, zu welchen Bedingungen die Behandlungen dann konkret durchgeführt werden könnten. Die Bundeswehr wäre auch bereit, im Bedarfsfall vor Ort Praxisräume für die Behandlung von Soldat/inn/en einzurichten.

Nachwuchs und Bedarfsplanung – Antwort der Staatsregierung auf die Anfrage von Kathrin Sonnenholzner, SPD

Am 18.1.2012 hat die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagfraktion, Kathrin Sonnenholzner, eine schriftliche Anfrage im Bayerischen Landtag eingereicht. Sie stellte u. a. Fragen zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslage in Bayern,

zur Entwicklung der Versorgungslage, zum Angebot der Masterstudienplätze Psychologie an den bayerischen Universitäten sowie zur finanziellen Situation der PiA.

Das bayerische Gesundheitsministerium hat im Einvernehmen mit dem bayerischen Wissenschaftsministerium im Auftrag der Staatsregierung am 21.2.2012 geantwortet. Aus Sicht der Staatsregierung sei im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung eine Anpassung der Verhältniszahlen im Rahmen der derzeitigen Bedarfsplanung dringlich. Die derzeitigen Verhältniszahlen entsprächen offensichtlich nicht mehr dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsbedarf für die Gruppe der Psychotherapeut/inn/en sei daher neu zu ermitteln. Und für die letzten zehn Jahre lasse sich aus verschiedenen Gründen eine Steigerung des Bedarfs an Psychotherapie finden.

Diese Antwort der Staatsregierung zur Bedarfsplanung stimmt in wichtigen Aspekten mit der Einschätzung der PTK Bayern überein und ist deshalb zu begrüßen.

Zur Frage nach Ansatzpunkten für eine Verbesserung der Finanzierung der Ausbildung verwies die Staatsregierung darauf, dass es sich hier um eine rein tarifrechtliche Angelegenheit handle.

Diese Antwort ist sicher nicht unproblematisch. Die Finanzierung der Ausbildung und die Bezahlung der praktischen Tätigkeit sind auch Gegenstand der Regelungen im PsychThG und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Bei der Novellierung kann die Staatsregierung durchaus Einfluss auf Neuregelungen bezüglich der Finanzierung und Bezahlung nehmen. Die Themen der Anfrage wurden auch mit Staatsminister Dr. Huber angesprochen (s. Bericht).

Gespräch mit Peter Meyer, Vizepräsident des Bayerischen Landtags

Am 16.2.2012 fand in der Geschäftsstelle der PTK Bayern ein Gespräch zwischen Vertretern der PTK Bayern (Vizepräsident Bruno Waldvogel, Vorstandsmitglied Benedikt Waldherr, Geschäftsführer Alexander Hillers) und dem Vizepräsidenten des Bayerischen Landtags, Peter Meyer (Freie Wähler) und seinem persönlichen Referenten, Uwe Hülsmann, statt.

Anlass des Austausches war die Antwort der Bayerischen Staatsregierung auf die schriftliche Anfrage von Peter Meyer zur psychotherapeutischen Versorgung in Bayern (10.11.2011). Hintergrund der schriftlichen Anfrage von Peter Meyer waren wiederum Gespräche, die er in seinem Wahlkreis mit dem Verein „AGUS – Angehörige um Suizid" geführt hatte, in denen er auf die unzureichende psychotherapeutische Versorgung von Menschen hingewiesen wurde. Die Kammervertreter haben dies unter Darlegung der Ergebnisse der aktuellen Wartezeitenstudie der Bundespsychotherapeutenkammer und der PTK Bayern bestätigt. Weiterhin haben sie dargelegt, dass die notwendige psychotherapeutische Behandlung der zunehmenden psychischen Störungen eine zusätzliche spezifische Finanzierung erfordert. Die Gesprächspartner erörterten notwendige Verbesserungen der Rahmenbedingungen für eine kurzfristige psychotherapeutische Versorgung in psychischen Notlagen. Zahlreiche weitere Themen wurden erörtert: Positionen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen, Epidemiologie psychischer Störungen, Notwendigkeit und Stand der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Europapolitik. Anlässlich der Mitwirkung von Peter Meyer im Ausschuss für Fragen des öffentlichen Dienstes des Bayerischen Landtages wurde die Situation angestellter PP und KJP in psychiatrischen Kliniken problematisiert. Abschließend vereinbarten die Gesprächspartner eine Fortführung des Austausches.

Gespräch mit den FREIEN WÄHLERN (v. l.): Vizepräsident Bruno Waldvogel, Peter Meyer, Vizepräsident des Bayerischen Landtags, Uwe Hülsmann, persönlicher Referent von Peter Meyer, sowie Vorstandsmitglied Benedikt Waldherr. (Foto: Johannes Schuster)

Rund 100 Teilnehmer/innen bei Veranstaltung „Psychotherapie mit (Sexual-)Straftätern“

Rund 100 Psychologische Psychotherapeut/inn/en, Richter, Staatsanwälte und Justizbeamte nahmen an der Veranstaltung im Münchner Justizpalast teil. (Foto: Johannes Schuster)

Am Freitag, 2.3.2012 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Psychotherapie mit (Sexual-)Straftätern“ statt, die in Kooperation mit dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (StMJV), den Psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexualstraftäter in München, Würzburg und Nürnberg und den Sozialtherapeutischen Einrichtungen in Erlangen und Amberg durchgeführt wurde.

Der Anlass für die Fortbildungsveranstaltung war, dass die Kapazitäten zur psychotherapeutischen Behandlung von Straftätern, insbesondere Sexualstraftätern, derzeit unzureichend sind. So berichten die Fachambulanzen über einen eklatanten Mangel an niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut/inn/en zur ambulanten (Weiter)Behandlung der Patient/inn/en.

Fast 100 Teilnehmer/innen, je zur Hälfte aus den Fachgebieten Psychotherapie und Justiz, nahmen am gemeinsamen Fachtag teil. Andreas Rose, Vorstandsbeauftragter Forensik der PTK Bayern, eröffnete und moderierte die Veranstaltung. Er wies in diesem Zusammenhang noch einmal auf die jüngst von der PTK verabschiedete Sachverständigenrichtlinie Forensik hin, mit der neue Qualitätsstandards für psychologische Gutachten im Bereich der Forensik etabliert werden sollen.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop sagte in seiner Begrüßung, dass es für Justiz und Psychotherapie letztendlich einen gemeinsamen sozialwissenschaftlichen Bezugsrahmen gebe. Er skizzierte die besonderen fachlichen Voraussetzungen von Psychotherapeut/inn/en für Diagnostik, Begutachtung und Therapie von behandlungsbedürftigen Straftätern.

Dr. Walter Schön, Ministerialdirektor im StMJV, dankte als Vertreter der bayerischen Justizministerin Dr. Beate Merk für die Initiative zu dieser Veranstaltung und unterstrich das hohe Interesse der Justiz an der Thematik. Therapie senke die Rückfallgefahr von Straftätern und leiste daher einen wesentlichen Beitrag zum Schutz der Bevölkerung vor Rückfalltaten.

Die Fortbildungsveranstaltung kann insgesamt als großer Erfolg gewertet werden. Bemerkenswert war speziell das Verständnis, das sich zwischen Justiz(vollzug) und Psychotherapie manifestiert hat. Es ist geplant, in der bewährten Kooperation weitere Fortbildungen anzubieten, die für niedergelassene Psychotherapeut/inn/en Spezialwissen zur Behandlung von Straftätern vermitteln. Auch gibt es Überlegungen, für Justizangehörige ein weiteres Angebot zu machen. Die Fachvorträge der Referent/inn/en haben wir auf der Website der Kammer in unserer Nachricht vom 7.3.2012 zum Herunterladen bereitgestellt.

Teilerfolg für Prävention: Mindestabstände zwischen Spielhallen im Gesetzentwurf erhöht

In der Folge der Novellierung des Glückspielstaatsvertrags müssen die Länder auch Ausführungsgesetze auf Länderebene an die neue Gesetzeslage anpassen. In diesem Zusammenhang hat die PTK Bayern eine Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Staatsregierung zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Staatsvertrags zum Glücksspielwesen in Deutschland und anderer Rechtsvorschriften abgegeben.

Die PTK Bayern forderte in Übereinstimmung mit Fachverbänden Änderungen in unterschiedlichen Bereichen ein, insbesondere zu Abstandsregelungen bei Spielhallen und zu Übergangs- und Befreiungstatbeständen.

Der nun vorgelegte überarbeitete Gesetzentwurf der Staatsregierung berücksichtigt teilweise auch Vorschläge der PTK Bayern. Beispielsweise wurde der Mindestabstand zwischen Spielhallen von zuvor 50 Metern Luftlinie auf 250 Meter Luftlinie erhöht. Die Kommunen sollen jetzt auch die Möglichkeit erhalten, höhere Abstände festzulegen. Besonders zu begrüßen ist, dass vom Mindestabstand 50 Meter deutlich abgegangen wurde. Ist doch aus der Forschung zu Glückspielsucht bekannt, dass die Erhöhung des Abstandes von Spielhallen ein einfaches und wirksames Mittel ist, um den Spielerschutz zu verbessern und Suchtgefährdungen zu verringern. Bedauerlich ist jedoch, dass der Gesetzentwurf auch weiterhin viel zu großzügige Übergangsregelungen für bestehende Betriebe enthält.

Kurznachrichten

7. Treffen der PiA-Vertreter: Lisa Brendel als Sprecherin wiedergewählt

Im Rahmen des Treffens der PiA-Sprecher der Ausbildungsinstitute am 7.3.2012 wurde die ständige Vertreterin der PiA in der Kammer-DV neu gewählt: **Wiedergewählt wurde Lisa Brendel, ihre Stellvertreterinnen sind Lisa Albrecht, Marie Schneider und Bianca Leitner.** Von den PiA-Vertreter/inne/n wurden insbesondere fehlende Informationsangebote über Berufspolitik in der Ausbildung und die Vernetzung der PiA innerhalb der Institute und landesweit thematisiert.

Männerpsyche: Pressemeldung stößt auf großes Echo

Die PTK Bayern hat eine Presseinfo zum Thema Männer und psychische Störungen veröffentlicht, die von zahlreichen Medien aufgegriffen wurde. Diese Pressemeldung war ein Beitrag zu der vom bayerischen Gesundheitsministerium initiierten bayernweiten Aktionswoche mit dem Titel „Gesundheit, Männer!"

Live bei Radio Lora: psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit

Nikolaus Melcop hat im Münchner Lokalsender Radio Lora am 19.4.2012 an einer einstündigen Live-Sendung zum Thema psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit teilgenommen.

11. Suchtforum mit über 400 Personen gut besucht

Das 11. Suchtforum mit dem Titel „Ältere Süchtige – Süchtige Ältere" am 18.4.2012 in München stieß auf sehr großes Interesse mit über 400 Teilnehmer/inne/n. Vorstandsmitglied Heiner Vogel betonte im Rahmen der begleitenden Pressekonferenz zum Suchtforum, dass ältere Menschen von einer Psychotherapie ebenso wie jüngere profitieren.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert wurden bzw. an denen sie teilgenommen hat: Sitzung des Lenkungsausschusses der Baymatik am **16.3.2012**; „Bayerische Versorgungskammer im Dialog" am **22.3.2012**; 4. Sitzung des Runden Tisches Patientenrechte am **23.3.2012**; Treffen der Heilberufekammern am **26.3.2012**; 15. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **26.3.2012**; Fachgespräch der CSU-Fraktion zur Kinder- und Jugendpsychiatrie am **27.3.2012**; Veranstaltung von Bündnis 90/Die Grünen „Neuroenhancement – Hirndoping im Trend" am **20.4.2012**; Unterarbeitsgruppe „Integrierende Versorgung psychisch kranker Erwachsener" am **20.4.2012**; 115. Deutscher Ärztetag am **22.5.2012**; Mitgliederversammlung der LZG am **13.6.2012**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Vortrag mit den Themen u. a. Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen. Termin: 22.6.2012, 10.00 bis 14.15 Uhr in München.

Angestelltentag: Service- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für PP und KJP in Institutionen. Termin: 5.10.2012, 10.00 bis 17.00 Uhr in München.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen nach dem 24-Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer: Fortbildungs-Curriculum der Landesärztekammern Bayern und Baden-Württemberg sowie der Psychotherapeutenkammern Bayern und Baden-Württemberg. Termin: 19. – 21.10.2012 in Stuttgart.

Kinder krebskranker Eltern: Gemeinsame FoBi-Veranstaltung der PTK Bayern mit der Psychoonkologie an der Medizinischen Klinik III, Klinikum der Universität München, Campus Großhadern und dem Verein lebensmut. Termin: voraussichtlich 16.11.2012 in München.

11. Suchtforum mit dem Titel „Ältere Süchtige – Süchtige Ältere" in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 2. Termin: voraussichtlich 7.12.2012, 13.30 bis 18.00 Uhr in Nürnberg.

Psychotherapie im Alter: Eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 8.12.2012, 10.30 bis 15.45 Uhr in Nürnberg.

Fortbildung zur psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen: Aufgrund der großen Nachfrage ist geplant, diese Kooperationsveranstaltung mit REFUGIO im Herbst/Winter 2012/2013 zu wiederholen. Die erste Veranstaltung am 14.7.2012 ist bereits ausgebucht.

Vorschau Landespsychotherapeutentag und 10-Jahres-Jubiläum: Der nächste Landespsychotherapeutentag findet erstmalig im Frühjahr statt – und zwar am 27. April 2013 – zusammen mit dem 10-Jahres-Jubiläum der Kammer.

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie zeitnah auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de

Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer,
Bruno Waldvogel, Birgit Gorgas,
Anke Pielsticker, Heiner Vogel,
Benedikt Waldherr.

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089 / 51 55 55-0, Fax -25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr,
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Psychotherapeuten und Psychotherapie in Institutionen – ein zentraler fach- und gesundheitspolitischer Fokus der Kammerarbeit

Für den Vorstand:
Michael Krenz, Präsident

Der diesjährige Landespsychotherapeutentag am 16. März 2012 befasste sich mit den Berufs- und Gestaltungsmöglichkeiten der angestellten Psychotherapeuten und deren spezifischen psychotherapeutischen Interventionen aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Erhebliche Veränderungen der Psychotherapie innerhalb einzelner Institutionen

Die Arbeitsfelder von angestellten und auf Honorarbasis tätigen Psychotherapeuten und deren Aufgaben sind vielfältig. In Berlin arbeiten von ca. 3.600 Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) rund 1.000 beispielsweise in Beratungsstellen, in Kliniken, im Maßregelvollzug, in Suchthilfeeinrichtungen, Rehabilitationskliniken und anderen Einrichtungen.

Kammerpräsident Michael Krenz (Foto: PTK)

Einige der institutionellen Arbeitsfelder haben sich in den letzten Jahren stark verändert. **Kammerpräsident Michael Krenz** führte in seinem Eingangsreferat das Beispiel des Schulpsychologischen Dienstes Berlin an: Gab es 1997 in Berlin noch 44 fest angestellte Psychologen mit explizit therapeutischem Auftrag bzw. Psychotherapeuten im Schulpsychologischen Dienst, waren es 2007 nur noch 17. Ähnlich ist der Rückgang bei der Berufsgruppe der Schulpsychologen. Hauptursachen sind – vor allem nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und Schaffung der neuen Heilberufe PP und KJP – die Delegation psychotherapeutischer Leistungen aus dem Bereich Bildung/Schule in den der ambulant tätigen Kollegen in ihren Praxen – vom öffentlichen in den Finanzierungsbereich der Krankenkassen. Damit verzichten die Schulverwaltung und die Schulen auf wichtige psychotherapeutische und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten in der Schule/im Unterricht und auch Kindern, Jugendlichen und deren Eltern gegenüber, die das ambulante psychotherapeutische Angebot (Richtlinienpsychotherapie) nicht in Anspruch nehmen können.

Ähnliches gilt für andere psychosoziale Bereiche der Berliner Senatsverwaltungen: Die Ausgliederung von Psychotherapie und psychotherapeutisch basierten psychosozialen Hilfen und der damit schleichende Abbau von Angestelltenstellen steht im krassen Gegensatz zur Zunahme psychischer/psychosozialer Konflikte/Symptomatik von bestimmten Gruppen von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern, die sich gerade in Institutionen wie Kindertagesstätten, Hort, Heim und Schule besonders zuspitzen.

Eine Konsequenz für diese Patientengruppen ist, so Michael Krenz, dass sie nur unzureichend/gar nicht angemessen beratend/psychotherapeutisch versorgt werden können. Auch für langjährig eingespielte Netzwerke zwischen den Professionen bedeuten Verschiebungen im Versorgungssystem eine konfliktreiche Neudefinition der Schnittstellen.

In diesem Zusammenhang der Ausgliederung der Psychotherapie aus dem öffentlichen Bereich professionalisieren sich niedergelassene Psychotherapeuten zunehmend mit der z. B. die Psychotherapierichtlinie ergänzenden „Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung" (SGB VIII), die rahmenvertraglich und qualitätsgesichert mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft vereinbart ist. Eine Erfolgsgeschichte, die aber immer „am Fall" deutlich macht, wie schwer oder gar unmöglich es ist, ambulante Psychotherapie, klinisch-stationäre und andere, z. B. pädagogische, institutionelle Versorgungsbereiche konkret mit ihren indizierten Maßnahmen aufeinander zu beziehen.

Das stete Ringen um die Finanzierung von Maßnahmen der Jugendhilfe und die unzureichenden und wenig erfolgreichen Ergebnisse der unterschiedlichsten Interventionen bei z. B. schwer gestörten/psychisch kranken Kindern, Jugendlichen/Adoleszenten und deren Eltern ließ die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft eine Arbeitsgruppe einrichten, in der fachübergreifend Senatsverwaltung, Jugendämter, Kinder- und Jugendpsychiater und die Psychotherapeutenkammer versuchen, anhand von ersten Modellversuchen die psychotherapeutische, psychiatrische und sozialpädagogische Versorgung dieser Patienten zu verbessern. Die von allen Beteiligten als zwingend notwendig erachtete Mitfinanzierung durch die Krankenkassen führte zu einem ersten gemeinsamen Gespräch.

Die Förderung der bewährten ambulanten Regelversorgung und die Entwicklung in-

novativer Konzepte zur integrierten Versorgung bestimmter unter- und fehlversorgter Patientengruppen ist ein zentrales Ziel der Psychotherapeutenkammer. Die Psychotherapie und die Psychotherapeuten in Institutionen müssen fester Bestandteil solcher Behandlungs- und Versorgungskonzepte sein. Für den Erfolg solcher Strategien sind u. a. die Klärung der Indikation, die Transparenz der Entscheidungsprozesse und die Finanzierung der Maßnahmen mit allen Beteiligten „am Fall" wichtig. Entscheidend sind aber der politische Wille und die Finanzierung!

Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat Anfang des Jahres des Weiteren eine Arbeitsgruppe zur Sichtung und Entwicklung beispielhafter Konzepte und Verträge (z. B. Nachsorge von Psychiatriepatienten) eingerichtet. Eine zentrale, sich bereits aus vielfältigsten Diskussionen ergebende Frage ist die nach der Definition psychotherapeutischer Leistungen im institutionellen Kontext. Unsere Antwort wird u. a. die weitere Professionalisierung unseres Berufes, die weitere fachliche Entwicklung und Honorierung der Leistung Psychotherapie und der Psychotherapeuten zur Folge haben – nach erfolgreicher Bewältigung der damit verbundenen Konflikte. Über die Ergebnisse und Zwischenresultate werden wir Sie auf dem Laufenden halten.

Veränderungen auf der Struktur- und Organisationsebene

Erinnerten die Beziehungsmuster der Angestellten in Institutionen früher noch an familienähnliche Systeme, sind es heute eher Verbindungen aus klassischen Organisationsstrukturen und Netzwerken. **Diplom-Pädagoge Ulrich Beumer** vom Institut für Coaching, Training und psychodynamische Organisationsberatung/Sigmund-Freud Institut Frankfurt/Main, beleuchtete in einem der beiden Hauptvorträge die einzelnen Rollen in Institutionen unter psychodynamischen Gesichtspunkten.

Gibt es Macht und Ohnmacht in Institutionen? Hängen Leitung, Autorität und Gestaltungsmöglichkeiten unmittelbar zusammen? Wie konstruiert sich das Selbstbild von angestellten Psychotherapeuten in Abgrenzung zu den niedergelassenen KollegInnen? Wie sieht eigentlich die Zukunftsform der Organisation aus? Das waren Fragestellungen, mit denen sich Ulrich Beumer befasste. Er beschrieb den sich stark ändernden Kontext der modernen Arbeitswelt. Die Arbeit werde zunehmend zur Ursache, zum Auslöser oder zur Bühne von psychischen Erkrankungen, ohne dass das herkömmliche therapeutische Setting diese neuen Strukturen ausreichend abbilden könne. Auf diese vielen Fragen gab es noch keine Antworten, aber einen lohnenden Einstieg in zukünftige Diskussionen.

Herausforderungen für die Leitung einer psychotherapeutischen Einrichtung

Zunehmend übernehmen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten Leitungsfunktionen. Der stationäre Bereich steht – wie der ambulante – unter einem enormen Kosten- und Leistungsdruck. Fallpauschalen, immer kürzere Behandlungszeiten, schwerer belastete Patienten, differenzierte und flexible Behandlungsangebote, die Forderung nach einer umfangreichen Dokumentation und Qualitätssicherung kennzeichnen den Klinikalltag.

Diplom-Psychologe Dr. Johannes Lindenmeyer berichtete über seine Erfahrungen als Leiter der Salus-Klinik Lindow – einer psychosomatischen Klinik mit 72 Betten. Nach Lindenmeyer sind alle Berufsgruppen für die Führung einer Einrichtung geeignet, die betriebswirtschaftliches Denken und Führungskompetenzen mitbringen. Das kann ein Betriebswirt sein, ein Arzt oder ein Psychotherapeut mit entsprechenden Qualifikationen.

Dr. Johannes Lindenmeyer (Foto: PTK)

Alle Aufbau- und Ablaufprozesse in der Klinik werden auf die Patienten abgestimmt. Patienten bestimmen gemeinsam mit dem Therapeuten ihre Therapieziele, entscheiden selbst, wie weit sie in der Therapie gehen wollen. Manuale unterstützen den Behandlungsprozess und fördern, die Therapieaufgaben selbst aktiv anzupacken. Bei Unzufriedenheit oder Konflikten haben sie die unterschiedlichsten Möglichkeiten, ihre Beschwerden zu bearbeiten. Nach dem Klinikaufenthalt können Bewertungen über den Therapieerfolg abgegeben werden.

Dr. Lindenmeyer – selbst ausgebildeter Psychologischer Psychotherapeut – versucht im Klinikalltag die Rahmenbedingungen für alle am Therapieprozess Beteiligten möglichst optimal zu gestalten. Seine Managementmaxime sind: Maximierung der Zeit für die Therapie, Minimierung der Zeit für Büroarbeit und Minimierung der Zeit für Teamsitzungen. Die Fachklinik Lindow arbeitet ohne feste interdisziplinäre Teams. Je Patient gibt es einen festen Bezugsarzt oder einen festen Bezugspsychotherapeuten, dieser führt auch mit dem Patienten das Aufnahmegespräch. Der Informationsaustausch mit den anderen Professionen geschieht weitgehend über die Datenbank und das Mailingsystem, so auch die Verwaltung aller Ressourcen (Räume, Geräte, Terminbuchungen). Damit entfallen zeitlich aufwendige Absprachen innerhalb interdisziplinärer Teams. Die Supervisionsteilnahme ist nicht mehr routinemäßig, sondern bedarfsgesteuert.

Lindenmeyer sieht sich als Leiter sehr der Unterstützung des psychotherapeutischen Nachwuchses verpflichtet. Die stationäre Tätigkeit der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) soll möglichst direkt „am Bett" erfolgen. Von Beginn an gibt es für PiA unbefristete Arbeitsverträge. Die Klinik übernimmt die gesamten Ausbildungskosten (außer für die Selbsterfahrung). Sofern der Psychotherapeut in Ausbildung mindestens noch zwei Jahre in der Einrichtung weiter praktiziert, sind die Ausbildungskosten rückzahlungsfrei. Die Zahlen der an der Klinik Lindow ausgebildeten Psychotherapeuten sind beachtlich: 72 PiA, 51 erfolgreiche Zwischenprüfungen; 35 erfolgreiche Staatsprüfungen, drei Leitende Psychologen, vier Supervisoren und drei in Supervisionsausbildung.

In einem engagiert vorgetragenen Beitrag stellte Frau **Gabriele Gröschl-Bahr** von der Verdi-Bundesgeschäftsstelle die Strukturen der Tarifpolitik dar. Um mehr Einheit und mehr Gleichberechtigung zu den ärztlichen Psychotherapeuten in der Entlohnung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erzielen, müssten die PP und KJP als eigenständige Berufsgruppe im TVöD aufgenommen werden können. Das setzt voraus, dass die Tätigkeitsmerkmale der Beschäftigten der Entgeltgruppe nicht nur vorübergehend sind, sondern den gesamten Tätigkeiten entsprechen.

Doris Müller (Foto: PTK)

Fach- und gesundheitspolitische Forderungen wurden in der anschließend von **Diplom-Psychologin Doris Müller** geleiteten Podiums- und Plenumsdiskussion herausgearbeitet, die sich momentan aus der Praxissituation von Psychotherapeuten in Institutionen ergeben. Dabei ging es insbesondere um die Gestaltung von angemessenen Arbeitsverträgen, die Gleichstellung mit den Fachärzten, die Absicherung der Methodenvielfalt und die zentralen Kompetenzen. Die Diskutanten der Plenumsdiskussion waren sich einig, dass die Weiterentwicklung der Psychotherapie und der PP und KJP in den Institutionen ein lohnendes und spannendes Entwicklungsfeld ist.

Ein persönlicher Kommentar zur letzten Delegiertenversammlung: Weiterbildungsordnung in Berlin verabschiedet – ein Schritt zur Verfahrensvielfalt?

Dr. Manfred Thielen

Die Delegiertenversammlung der Berliner Psychotherapeutenkammer hat am 8.3.12 eine Weiterbildungsordnung (WBO) verabschiedet. Bereits im Jahr 2007 hatte sie eine WBO beschlossen, die aber nicht umgesetzt werden konnte, da die gesetzliche Grundlage im Land Berlin im Gegensatz zu anderen Bundesländern (z. B. Rheinland-Pfalz, Hessen, Baden Württemberg) fehlte. Das Gesetz wurde im Jahr 2011 geändert. Die Weiterbildungsordnung liegt nun bei der Senatsverwaltung Berlin zur Genehmigung vor.

Die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) beschränkte sich bis zum 19. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) auf eine Weiterbildung in Neuropsychologie. Sie wurde nicht als Methode, sondern als Anwendungsgebiet behandelt, und zwar außerhalb des Diagnosespektrums der Kapitel F1 bis F9 des ICD 10, des Bereichs der Richtlinienpsychotherapie.

Beim 19. DPT, der am 12.11.11 stattfand, machten nun die VertreterInnen der Systemischen Therapie den Vorstoß, ihr Verfahren in die MWBO aufzunehmen und diese deshalb grundsätzlich für Psychotherapieverfahren zu öffnen. Die Systemiker versprechen sich von der Aufnahme in die MWBO eine Statusverbesserung. Die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie ist zwar bereits seit über drei Jahren vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nachvollzogen worden, doch seitdem hängt sie in der Warteschleife für die Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fest.

Der DPT hat die Systemische Therapie mehrheitlich in die MWBO aufgenommen und diese um „wissenschaftlich anerkannte" Psychotherapieverfahren erweitert. Dieser Terminus wird vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), aber auch von der Mehrheit der Delegierten so verstanden, dass es sich dabei um Psychotherapieverfahren handelt, die vom WBP anerkannt wurden. Auf dem 20. DPT vom 12.5.12 hat auch die Gesprächspsychotherapie einen Antrag auf Aufnahme in die MWBO gestellt, über den auf dem nächsten DPT im November entschieden wird.

In der Berliner DV war die Übernahme der MWBO in der alten Form, die nur die Neuropsychologie umfasst, über alle Fraktionen hinweg Konsens, doch die Erweiterung der Berliner Weiterbildungsordnung um Psychotherapieverfahren wurde sehr kontrovers diskutiert.

Quer durch alle Fraktionen lehnen viele Delegierte eine Erweiterung der WBO um Psychotherapieverfahren aus prinzipiellen Erwägungen ab. Sie halten sie für nicht notwendig, da die Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen bereits durch ihre Ausbildung die Approbation und die allgemeine Behandlungserlaubnis besitzen, während die Ärzte eine Weiterbildung brauchen, um den Facharzttitel zu bekommen. Die Befürworter hingegen waren der Ansicht, dass sich die Berufsgruppe selbst Chancen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten nähme, wenn keine WBO installiert würde.

Auf der erwähnten DV traf die überwiegende Mehrheit der Delegierten auf Antrag des Vorstandes die Entscheidung, die MWBO auch für Berlin zu übernehmen und die Berliner WBO um Psychotherapieverfahren zu erweitern. Für den Fall, dass diese Position verabschiedet würde, hatte die Fraktion „Bündnis für psychische Gesundheit" einen Ergänzungsantrag gestellt, der bei der Verfahrensöffnungsklausel den Zusatz beinhaltet, dass neben den „wissenschaftlich anerkannten" auch die „wissenschaftlich begründeten Verfahren" in die WBO aufgenommen werden können. Das sind im Wesentlichen die sog. Nicht-Richtlinienverfahren, die überwiegend zur „Humanistischen Grundorientierung" (s. www.aghpt.de) zählen. Mit einer Mehrheit von einer Stimme wurde dieser Ergänzungsantrag mit 14:13 verabschiedet. Erfreulicherweise stimmten dem Antrag Delegierte aus fast allen Fraktionen zu.

Mit diesem Beschluss macht sich die Berliner Psychotherapeutenkammer zum bundespolitischen Vorreiter, wissenschaftlich

anerkannte und wissenschaftlich begründete Psychotherapieverfahren in der WBO denselben Status zu geben und damit einen richtigen Schritt in Richtung der notwendigen Verfahrens- und Methodenvielfalt zu machen.

Andererseits bleibt die Frage offen, ob es für die Nicht-Richtlinienverfahren berufspolitisch von Vorteil ist, die Aufnahme in die jeweiligen Landesweiterbildungsordnungen zu beantragen? Denn die Vorteile, ein Weiterbildungsverfahren zu sein, sind gegenwärtig nicht überzeugend, da es fraglich ist, ob dieser Status berufs- und sozialrechtliche Konsequenzen nach sich zieht. Zudem werden verfahrensspezifische Weiterbildungen in den Ländern, in denen sie angeboten werden, bisher kaum nachgefragt.

Die weitere Entwicklung wird zeigen, ob es sinnvoll werden wird, einen Weiterbildungsstatus anzustreben oder nicht. Falls dies der Fall sein sollte, steht seit dem Beschluss vom 8.3.12 die Tür der Berliner Weiterbildungsordnung auf jeden Fall auch für wissenschaftlich begründete Psychotherapieverfahren offen.

Veranstaltung der Berliner Psychotherapeutenkammer am 21.03.12: „Interkulturelle Öffnung bei der therapeutischen Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund“

Christiane Erner-Schwab, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Die Ankündigung dieser von der Psychotherapeutenkammer Berlin organisierten Veranstaltung erinnerte mich spontan an diverse Jugendliche bzw. junge Frauen türkischer, marokkanischer oder libanesischer Abstammung, die in den letzten Jahren bei mir in therapeutischer Behandlung waren. So unterschiedlich im Einzelnen die Symptomatik war, hatten alle Fälle eines gemeinsam: Die jungen Frauen litten unter einem eklatanten Konflikt zwischen der von der Familie vertretenen Herkunftskultur und ihrer westlichen großstädtischen Sozialisation.

Den unterschiedlichen Aspekten dieser umfassenden Problematik in therapeutischen Zusammenhängen widmeten sich zwei Vorträge, denen jeweils angeregte Diskussionen folgten.

Zunächst stellte Frau Diana Odening eine Hamburger Studie des Universitätsklinikums unter der Leitung von Dr. Mike Mösko und der PTK Berlin (Karin Jeschke und Dorothee Hillenbrand) vor, die sowohl in Berlin (23% Rücklauf) als auch in Hamburg (80% Rücklauf!) der Frage nachging, inwieweit im Bereich der ambulanten Psychotherapie bereits eine „interkulturelle Öffnung“ stattgefunden hat, was zumindest rein zahlenmäßig nicht ohne Weiteres bejaht werden kann. So haben im Bundesdurchschnitt nur 19% aller approbierten Psychotherapeuten selbst einen Migrationshintergrund. Der Bologna-Prozess sowie die geltenden Ausbildungsordnungen erschweren für sie darüber hinaus den Zugang zur Versorgung.

Frau Odening, die im Rahmen ihrer Masterarbeit eine vertiefende Auswertung der Berliner Daten vornimmt, benennt auch die Hemmschwellen für eine höhere Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten aufseiten der Patienten, wie z. B. ein differierendes Krankheitsverständnis oder divergente Wertesysteme. Die schwierigsten Hemmschwellen seien aber auf jeden Fall immer wieder Sprachbarrieren, vor allem bei erwachsenen Patienten (Kinder und Jugendliche sind signifikant häufiger in therapeutischer Behandlung, da sie spätestens mit Eintritt in die Schule Deutsch gelernt haben). In diesem Zusammenhang wurde relativ ausführlich diskutiert, inwieweit ein neutraler Dolmetscher (im Unterschied z. B. zu Angehörigen) hilfreich ist, oder – wie vor allem von psychoanalytischer Seite befürchtet – den Übertragungsprozess zu stark beeinflusst. Inwieweit angesichts dieses Dilemmas die Beherrschung der Muttersprache des Patienten durch den Therapeuten von Vorteil ist, wurde u. a. von Frau Esin Erman in einem Bericht über ihre Arbeit im KJPD beleuchtet. Eine ihrer Kernaussagen war, dass der eigene Migrationshintergrund nicht ein umfassendes Verständnis für die interkulturelle Problematik garantiere. Sie selbst habe sehr häufig ein Gefühl von Fremdheit; oft könne sie ihre Kulturzugehörigkeit nicht wirklich als Ressource nutzen (wobei ja davon auszugehen ist, dass Frau Erman wahrscheinlich maßgeblich in Deutschland sozialisiert wurde).

Sie stelle fest, dass von ihr beratene Migrantenfamilien sehr häufig aus sozial benachteiligten Schichten stammen und dass es eine starke Neigung gibt, psychosoziale Probleme zu somatisieren. (Von diesen Einsichten ausgehend wäre es sicherlich auch interessant zu untersuchen, inwieweit die interkulturelle Problematik auf spezifische Weise zu innerpsychischer Konflikt- und Symptombildung führt.)

So wurden an diesem Abend (zufällig der internationale Tag gegen Rassismus) zahlreiche Aspekte der Thematik angesprochen, damit zusammenhängende Fragestellungen wohl eher aufgeworfen als endgültig beantwortet; er stimmte aber insofern optimistisch, als er ein Gefühl davon vermittelte, dass nur die intensive Beschäftigung mit den aufgezeigten „Baustellen“ einen Prozess von Annäherung und Verständnis unterstützen kann.

Literatur:

Migrationsstudie der Psychotherapeutenkammer Berlin (2010) unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/themen/migration/index.html.

Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Dr. Beate Locher, Brigitte Reysen-Kostudis, Harald Schwerdin-Wendlandt, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184,
10707 Berlin
Tel. 030 887140-0; Fax -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Professor Richter: Psychotherapeutische Arbeit entwickelt sich immer mehr zum Frauenberuf

Die psychotherapeutische Tätigkeit entwickelt sich immer mehr zum Frauenberuf. Diese Auffassung vertrat der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Professor Dr. Rainer Richter, vor den Mitgliedern der Bremer Psychotherapeutenkammer. Richter, der am Dienstag (8. Mai) im Bürgerhaus Weserterrassen vor der 26. Kammerversammlung über die „Zukunft der Psychotherapie – Herausforderungen für unsere Profession" sprach, mahnte: „Wir werden bald zu wenig männliche Therapeuten haben, um Männer als Patienten behandeln zu können." Die zunehmende Feminisierung des psychotherapeutischen und auch ärztlichen Berufes könne weder im Interesse der Patientinnen und Patienten noch der betroffenen Berufsgruppen sein.

Professor Rainer Richter (Mitte) sprach vor den Mitgliedern der Bremer Kammer

Richter ging in seinem Vortrag auch auf die sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen ein. Noch immer gebe es eine viel zu starre Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich. „Wir müssen diese Grenzen allmählich durch gute Formen der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis überwinden. Es ist ein Anachronismus, dass psychisch kranke Menschen im bestehenden Versorgungssystem häufige Beziehungsabbrüche hinnehmen müssen. Hier wäre personale psychotherapeutische Kontinuität angesagt und nicht mehrfacher Therapeutenwechsel."

Trotz aller Kritik an dem Gesetzentwurf zur Einführung eines neuen Entgeltsystems in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sprach sich Richter für den Entwurf aus, „weil ein derartiges Gesetz zu mehr Transparenz in der Behandlung führen wird." Das neue Entgeltsystem sieht Tagespauschalen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern vor. Laut Gesetzentwurf soll der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür Indikatoren für eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festlegen und zudem Empfehlungen für die personelle Ausstattung mit therapeutischem Personal beschließen. Damit würde die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die bisher den Personalbedarf bemisst und damit maßgeblich die Finanzierung der stationären Versorgung seelisch kranker Menschen ausmacht, der Vergangenheit angehören. Richter: „Wir kommen damit zu einer leistungsgerechteren Vergütung. Es wird das bezahlt, was tatsächlich am Patienten getan wird."

Auf die aktuellen Entwicklungen in Bremer Kliniken und Praxen ging der Präsident der Psychotherapeutenkammer Bremen, Karl Heinz Schrömgens, in seinem Vortrag ein. Er erläuterte unter anderem die wesentlichen Änderungen, die das Versorgungsstrukturgesetz für Psychotherapeuten mit sich bringt. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Bedarfsplanungsrichtlinie, die zum 1. Januar 2013 in Kraft treten soll, das Verhältnis von Einwohner je psychotherapeutischer Praxis neu zu bestimmen. Zudem sollen sich die Planungsbereiche nicht mehr an Landkreisen orientieren, sondern neu zugeschnitten werden. Neu ist nach Schrömgens Angaben auch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassen künftig auf Landesebene von der bundesweiten Bedarfsplanung-Richtlinie abweichen können, um gegebenenfalls regionale Besonderheiten – wie die regionale Demografie und Morbidität – zu berücksichtigen. Erstmals wurde der Senatorin für Gesundheit ein Beanstandungs- und Mitberatungsrecht im Landesausschuss eingeräumt.

Zudem sieht das Anfang 2012 in Kraft getretene Gesetz die Möglichkeit der Gründung eines Gemeinsamen Landesgremiums vor, in dem Vertreter des Landes, der KV, der Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft, der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer sowie weiterer Akteure Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplanes abgeben sollen. „Es ist noch offen, ob es in Bremen ein Gemeinsames Landesgremium geben wird. Die Senatorin für Gesundheit hat allerdings ihr Interesse für die Einrichtung dieses Gremiums signalisiert", sagte Schrömgens vor den Kammermitgliedern.

Das Versorgungsstrukturgesetz soll auch eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung sicherstellen. Dazu Karl Heinz Schrömgens: „Das Gesetz regelt ausdrücklich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung psychisch kranker Menschen sicherstellen müssen. Da wir Psychotherapeuten dieser fachärztlichen Versorgung angehören, sind wir hiervon unmittelbar betroffen."

Der Bremer Kammerpräsident nahm auch Stellung zu aktuellen Überlegungen der Bremer KV, die vertragspsychotherapeutische Vergütung zu verändern. Bei Ausweitung der psychotherapeutischen Leistungen könnte das Morbiditätsrisiko durch eine Quotierung des Honorars für eine antrag- und genehmigungspflichtige Therapiesitzung allein zu Lasten der Psychotherapeuten gehen. Um eine Mengenausweitung zu verhindern, käme auch eine Deckelung des Umfanges jeder psychotherapeutischen Praxis in Frage. Die Vorstellungen der KV kollidieren nach Schrömgens Aussage allerdings mit der Forderung des Gesetzgebers, eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Der Kammerpräsident: „Bereits heute wartet ein Patient in Bremen durchschnittlich 9,3 Wochen auf ein Erstgespräch und 16,6 Wochen auf den Beginn seiner Psychotherapie." Zudem liefen die KV-Überlegungen der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgesetzes zuwider. Demnach müsse eine maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxis ein Einkommen erzielen können, das dem Durchschnitt der Facharzteinkommen entspricht. Er verwies auf ein aktuelles Rechtsgutachten, das von der KBV Ende April vorgelegt worden ist, in dem solchen Überlegungen in den KVen eine Absage erteilt wird. Diese seien mit der gegenwärtigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes nicht zu vereinbaren.

Karl Heinz Schrömgens kritisierte in seinem Redebeitrag weiter, dass die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung nicht ausreicht und die Krankenkassen den gewachsenen Bedarf an Psychotherapie nicht ausgleichen: „Das Morbiditätsrisiko wird einseitig auf die KV abgewälzt." Dies führe zu einer Verschärfung des Verteilungskampfes innerhalb der KV. Deshalb forderten KV und Kammer eine extrabudgetäre Vergütung für Psychotherapie.

Im Bereich der angestellten Psychotherapeuten ging der Kammerpräsident auf eine Stellungnahme zum Rechtsstatus von Psychotherapeuten in Kliniken ein. Die von der Bremer Kammer erarbeitete Expertise weist darauf hin, dass die Behandlung von psychisch kranken Menschen mit psychotherapeutischen Interventionen nur von Ärzten oder Psychologischen Psychotherapeuten vorgenommen werden darf. Die Approbation sei hierfür zwingend erforderlich. Psychotherapeutische Tätigkeiten zum Beispiel an Diplom-Psychologen zu delegieren, ist demnach rechtlich nur in sehr begrenztem Umfang möglich.

Treffen der Bremer Ausbildungsinstitute mit dem Kammervorstand

Ende März trafen sich Vertreterinnen und Vertreter der fünf Bremer Ausbildungsinstitute (Psychoanalytisches Institut Metzer Straße, Psychoanalytisches Institut Am Barkhof, Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie, Institut für psychologische Psychotherapieausbildung und Norddeutscher Verbund für Kinderverhaltenstherapie) mit Vertretern des Kammervorstands.

Der Kammervorstand hatte zu dem Treffen eingeladen, da die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes bisher nicht kurzfristig erreicht wurde und es ein Ziel der Psychotherapeutenkammern ist, nichts unversucht zu lassen, die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung auf einem hohen Niveau zu halten. Dazu war den Instituten ein Entwurf für eine „Bremer Vereinbarung für den Master als Einstiegsvoraussetzung für die Ausbildung zum Psychotherapeuten" vorgelegt worden. Ziel dieser Vereinbarung ist die Selbstverpflichtung der Ausbildungsinstitute im Rahmen der Bestenauslese auch für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nur BewerberInnen mit Masterabschluss in die Ausbildung aufzunehmen. Für Irritation in der Diskussion sorgte das Argument, es müsse doch möglich sein, bei besonders geeigneten BewerberInnen mit Bachelor-Abschluss Ausnahmen für die Aufnahme in die KJP-Ausbildung machen zu können. Demgegenüber wurde von den anderen Anwesenden auf die große Gefahr hingewiesen, auch mit Einzelentscheidungen die Bewertung eines ganzen Berufsstandes in Gefahr zu bringen.

Erweitert wurde die Vereinbarung um die Forderung an die Politik und die Hochschulen, in Bremen auch für Pädagogik und Soziale Arbeit Materstudiengänge einzurichten. Sie liegt nun den Instituten zur Unterschrift vor.

Diskutiert wurde auch intensiv der Entwurf einer Direktausbildung, der von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, einem Zusammenschluss von HochschullehrerInnen im Fach Psychologie vorgelegt wurde. Dabei zeigte sich eine grundsätzliche Meinungsänderung unter den klinischen HochschullehrerInnen. Hatten sie noch vor einem Jahr zögerlich bis ablehnend dem Projekt Direktausbildung gegenübergestanden, so scheinen nun fast 20 Projekte diesbezüglich an den Start zu gehen. Für den Sinneswandel verantwortlich wird die Angst gemacht, medizinische Universitätsinstitute könnten sich das von dem Bundesgesundheitsministerium favorisierte Projekt der Direktausbildung unter den Nagel reißen. Kritisch angemerkt wurde, dass in den dort geplanten Zeitmargen von zwei Jahren eine psychoanalytische Ausbildung überhaut nicht möglich sein wird. Vereinbart wurde, dass alle Beteiligte dieses Treffens in Diskussionen die Bedenken wegen einer (vorschnellen) Umsteuerung von der jetzigen Ausbildungspraxis zur Direktausbildung vertreten werden.

PiA wollen Reform der Psychotherapeutenausbildung weiter voranbringen

Der Kammer ist an einer guten Zusammenarbeit mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) gelegen. Nicht zuletzt deshalb versucht der Vorstand auf unterschiedlichen Ebenen, die Situation der PiA zu verbessern. Helga Loest sprach mit Wiebke Rappen über aktuelle Entwicklungen.

H. Loest: Sie vertreten die Bremer PiA als Sprecherin auf der PiA-Bundeskonferenz. Seit wann gibt es diese Konferenz und welche Ziele verfolgt sie?

W. Rappen: Die Bundeskonferenz PiA, oder kurz BuKo PiA, wurde im November 2007 mit einem Beschluss des 11. Deutschen Psychotherapeutentages ins Leben gerufen. Die erste BuKo PiA fand daraufhin im Frühjahr 2008 in Berlin statt. In den vergangenen fünf Jahren ist die Struktur der Bundeskonferenz immer weiter gewachsen und konnte sich festigen, was durch die Verabschiedung der Leitlinie der BuKo PiA bei der 6. Bundeskonferenz im März 2012 bestätigt wurde. Diese Leitlinie macht nun die Ziele, Struktur, Aufgaben und Organisation der BuKo nach innen wie nach außen transparent. Die Ziele der Bundeskonferenz PiA sind dabei insbesondere die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und der Qualität der Ausbildung. Langfristig arbeitet die BuKo an einer Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau.

H. Loest: Wie viele PiA gibt es in Bremen und wie organisieren Sie sich auf Länderebene?

W. Rappen: Leider ist es bisher so, dass es noch keine beständige Organisation der PiA auf Landesebene gibt. Erschwert wird dies auf der einen Seite dadurch, dass PiA sehr hohen Belastungen ausgesetzt sind und daher wenig Zeit haben, aber auch dadurch, dass es nicht in jedem Ausbildungsinstitut eine klare Regelung bzgl. Instituts- und Kurssprechern gibt. Nichtsdestotrotz gibt es derzeit Bestrebungen, die PiA der unterschiedlichen Institute stärker zu vernetzen, um sich langfristig auf Landesebene besser zu organisieren. Die genaue Anzahl der PiA in Bremen kennen wir deshalb noch nicht. Wir wissen lediglich, dass es in der Kammer 44 Mitglieder mit PiA-Status gibt.

Wiebke Rappen ist Bremer PiA-Sprecherin

H. Loest: Nach wie vor besteht für PiA kein Anspruch auf Vergütung während des praktischen Teils ihrer Ausbildung. Wie verhalten sich die Ausbildungsbetriebe in Bremen? Wird die Arbeit dennoch vergütet und wenn ja, welche Beträge werden gezahlt?

W. Rappen: Derzeit ist es so, dass innerhalb von Bremen die PiA-Stellen scheinbar willkürlich und unterschiedlich hoch bezahlt werden. Es kommt vor, dass auf ein und derselben Station in der gleichen Klinik, mit der gleichen Arbeit, eine PiA eine Vergütung bekommt und eine andere gar nichts. Viele PiA weichen daher trotz der erhöhten Fahrtkosten und -zeiten auf Kliniken in Niedersachsen aus, wo die Bezahlungen zumindest konstant sind, aber auch meist nur bei etwa bei 300 bis 600 Euro im Monat liegen. Die Zahl der PiA, die sich gezwungen sehen, unbezahlte Stellen anzunehmen, scheint jedoch abzunehmen.

H. Loest: Es steht eine Reform der Psychotherapeutenausbildung an. Dabei wird insbesondere von der Politik immer wieder die „Direktausbildung" angesprochen, bei der ein universitäres Studium mit dem Schwerpunkt Psychotherapie zu einer Approbation führen würde. Wie stehen Sie dieser Idee gegenüber?

W. Rappen: Auch wenn die sogenannte „Direktausbildung" auf den ersten Blick sehr viel Charme hat, diskutieren wir dieses Modell bzw. Modelle in der Bundeskonferenz PiA sehr kritisch. Es ist durchaus denkbar, dass die „Direktausbildung" einige Probleme löst (z. B. die Bezahlung der praktischen Tätigkeit). Allerdings kann sie auch einige neue Probleme schaffen. Es ist beispielsweise fraglich, ob eine Approbation nach dem Studium ohne ein praktisches Jahr, wie es im Medizinstudium besteht, politisch überhaupt durchsetzbar wäre. Falls nicht, und es zu einer Direktausbildung mit einem praktischen Jahr kommen würde, würde dieses den Status als Praktikanten festschreiben. Sicherlich wäre dann diese Zeit Bafög fähig, allerdings würde die Möglichkeit, im Klinikkontext unter Anleitung und Supervision selbstständig arbeiten zu lernen, erheblich eingeschränkt werden, und im Anschluss müsste wahrscheinlich erneut in der Psychiatrie zum Erwerb der Fachkunde gearbeitet werden (dann natürlich mit entsprechenden tariflichen Regelungen).

Dieses Beispiel zeigt, dass wir als PiA-Vertreter bei jedem Novellierungsvorschlag – und zwar unabhängig von der Direktausbildung – darauf achten müssen, dass die Interessen der PiA berücksichtigt werden. Weitere Diskussionspunkte sind dabei die Sicherstellung der Vergütung der ambulanten Ausbildungsphase, die Verfahrensvielfalt an den psychologischen Instituten der Universitäten sowie die Klärung der Zugangsmöglichkeiten in den Beruf der Psychotherapeuten (Eingang mit psychologischen, pädagogischen und sozialpädagogischen Grundberufen).

H. Loest: Welche Erwartungen haben die PiA in Bremen an ihre Psychotherapeutenkammer, deren Mitglieder sie ja ab der praktischen Ausbildung bis zum Ausbildungsende kostenfrei sein können?

W. Rappen: Zunächst sind die PiA in Bremen sich durchaus des Privilegs bewusst, kostenfrei Mitglieder der Psychotherapeutenkammer sein zu dürfen und dennoch alle Rechte zu haben, was leider lange noch nicht in ganz Deutschland der Fall ist. Wir hoffen, dass sich andere Landespsychotherapeutenkammern an Bremen diesbezüglich ein Beispiel nehmen.

Schade ist jedoch, dass viele PiA keine Kenntnis von dieser Chance haben. Daher

begrüßen wir den Plan, dass Vertreter der Bremer Psychotherapeutenkammer die Ausbildungsinstitute besuchen, um dort über die Arbeit der Kammer zu informieren und eine bessere Vernetzung zwischen PiA und der Kammer auf den Weg zu bringen. Auch die BuKo PiA hat sich auf ihrem letzten Treffen das Ziel gesetzt, die PiA besser über die berufspolitischen Strukturen zu informieren.

Die Bremer PiA erhoffen sich außerdem von ihrer Psychotherapeutenkammer, dass sie die Reform der Psychotherapeutenausbildung weiter mit vorantreiben, um eine angemessene Bezahlung der praktischen Tätigkeit der PiA durch entsprechende gesetzliche Reglungen zu gewährleisten und eine Klärung der Zugangsvoraussetzungen zu erreichen.

„Herzlich willkommen in der Kammer!“

Vorstand begrüßt zum ersten Mal neue Kammermitglieder

Die neuen Mitglieder der Kammer der Jahre 2011 und 2012 wurden erstmals in der jungen Geschichte der PKHB vom Kammervorstand zu einer kleinen Kennenlern-Feier eingeladen, um sie in einem angemessenen Rahmen zu begrüßen. Neun der 35 „Neuen“ waren der Einladung in einen Veranstaltungsraum in der Überseestadt gefolgt und wurden dort am 14. März bei Sekt und Selters von den Vorstandsmitgliedern über die Aufgaben und Ziele der PKHB informiert. Im Zuge einer Vorstellungsrunde der neuen Mitglieder entwickelte sich eine lebhafte Diskussion über deren Wünsche und Perspektiven, die u. a. in den Vorschlag der Bildung eines Arbeitskreises „Kostenerstattung“ mündete. Im Anschluss wurde von der Möglichkeit des Austausches und der Vernetzung reger Gebrauch gemacht.

Die positive Rückmeldung der Teilnehmenden zur Idee und Umsetzung der Veranstaltung hat den Vorstand bewogen, diese Form der Einladung an neue Mitglieder alle zwei Jahre zu wiederholen.

Ehrenamtliche Mitglieder für Berufsgerichte

Auf der 26. Kammerversammlung am 8. Mai wurden insgesamt acht Kammermitglieder als ehrenamtliche Beisitzer bzw. Stellvertreter beim Berufsgericht und beim Gerichtshof für Heilberufe gewählt. So werden Manfred Fiedler (Stellvertreterin Margareta Zepf) und Anke Herold (Stellvertreterin Inge Hahn) das Ehrenamt beim Berufsgericht wahrnehmen und Marianne Büthe-Tietel (Vertretung Wolfgang Hartmann) und Angela Loeffelholz von Colberg-Dressel (Vertreterin Ruth Savioli) das Ehrenamt beim Gerichtshof für Heilberufe. Zudem wurde auf der Kammerversammlung Renate Flohr in einer Nachwahl in den Ausschuss Fort- und Weiterbildung gewählt.

Der etwas andere Klient

„Der etwas andere Klient – Erwachsene mit Asperger-Syndrom in der Psychotherapeutischen Praxis“. So lautet der Titel einer Fortbildung, die die Psychotherapeutenkammer Bremen am 21. und 22 September 2012 jeweils von 14.30 bis 18.00 Uhr und von 9.30 bis 13.00 Uhr veranstaltet. Die Fortbildung, für die es acht Fortbildungspunkte gibt, findet im Ibis Hotel Bremen Centrum, Rembertistraße 51, statt. Referentin ist Brit Wilczek, Psychologische Psychotherapeutin aus Neumünster.

Die Teilnahmegebühr beträgt 80 Euro (für PiA 40 Euro). Anmeldungen per Brief, Fax oder E-Mail an: Psychotherapeutenkammer Bremen, Hollerallee 22, 28209 Bremen, Fax: 0421/2772002, E-Mail: verwaltung@pk-hb.de.

Die Teilnahmegebühr ist bis spätestens 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn auf das Konto der Bremer Psychotherapeutenkammer bei der Apotheker- und Ärzte-Bank, Kto.-Nr. 000 501 8846, BLZ 300 606 01 zu überweisen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:
Axel Janzen, Helga Loest, Hans Schindler.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer HAMBURG

2. Tag der psychischen Gesundheit in Hamburg – Chancen und Grenzen der Psychotherapie im Alter

Weniger Medikation, mehr altersgerechte Psychotherapie bei älteren und alten Menschen

Beim zweiten Tag für psychische Gesundheit am 28. März 2012 stellten die Psychotherapeutenkammer und Ärztekammer Hamburg die Chancen und Grenzen einer Psychotherapie bei älteren und alten Menschen ab 60 Jahren in den Fokus der Veranstaltung. In Referentenvorträgen und Workshops wurde über die aktuelle Versorgungslage sowie Vorteile und Grenzen einer psychotherapeutischen Behandlung im Alter informiert und diskutiert. Auch stand ein sinnvoller Umgang mit Psychopharmaka im Blickpunkt der Veranstaltung, die vor allem in Alters- und Pflegeheimen überproportional häufige Verwendung finden. Bei älteren Menschen würde jedoch eher eine medikamentöse Behandlung verordnet, als die Behandlung durch eine sinnvolle und notwendige Psychotherapie zu erwägen. Ältere und alte Menschen machten in der Vergangenheit nur etwa ein Prozent der Patienten und Patientinnen im Bereich der ambulanten Psychotherapie aus, obwohl gerade Depressionen mit einer Häufigkeit von 9 bis 10% in dieser Altersgruppe vorkommen. „Psychisch kranke Menschen erhalten im Alter oft eine einseitige, häufig risikoreiche und nicht leitliniengerechte Behandlung", stellte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Hamburger Psychotherapeutenkammer, fest. „Die nationale und internationale Forschung belegt dagegen eindrücklich, dass psychische Erkrankungen im Alter erfolgreich therapiert werden können und multidisziplinäre Ansätze hierbei am wirksamsten sind", so Richter weiter.

(v.l.n.r.) Dr. Klaus Schäfer, Senatorin Prüfer-Storcks, Prof. Dr. Rainer Richter

Und so lag es nicht nur dem Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Hamburg und dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Hamburg, Dr. Klaus Schäfer, am Herzen, eine größere Öffentlichkeit für das Thema zu schaffen. Auch die Senatorin der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Storcks, hob hervor, dass das Thema der psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg ihr und dem Senat besonders wichtig sei und dort zukünftig ein politischer Fokus gelegt werde. Schon im Gemeinsamen Landesgremium für sektorübergreifende Versorgungsfragen nach § 90a SGB V werden daher sowohl die Psychotherapeutenkammer als auch die Ärztekammer vertreten sein.

Prof. Dr. Meinolf Peters vom Institut für Alternspsychotherapie und angewandte Gerontologie der Philipps-Universität in Marburg sowie Dr. Claus Wächtler von der Gerontopsychiatrie der Asklepios Klinik Nord in Hamburg gingen in ihren Hauptvorträgen detaillierter auf die Psychotherapie im Alter ein. Man müsse als Therapeut die Arbeit mit alten Menschen nicht nur als berufliche, intellektuelle und persönliche Herausforderung begreifen, sondern insbesondere einen „doppelten Blick" entwickeln. Mit anderen Worten: Der Therapeut oder die Therapeutin sollte die typischen Veränderungen des Alters berücksichtigen, wie abnehmende Flexibilität, körperliche Einschränkungen und auf spezielle Themen des Alters (Sinnfragen, Verlust, Einsamkeit, Tod und Sterben etc.) eingehen. Kohortenspezifische Aspekte wie Folgen der Kriegskindheit sowie besondere Ressourcen und Bewältigungsstrategien von Älteren sollten einbezogen werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die besondere Situation zwischen einem oder einer oft jüngeren Psychotherapeuten/in und dem oder der älteren Patienten/Patientin sowie die daraus resultierende veränderte Übertragungssituation. Diese werde in der Aus-

bildung leider noch häufig vernachlässigt. Auch müsse man bei der Diagnostik darauf achten, dass psychische Erkrankungen nicht von anderen Krankheiten überdeckt werden. Häufig sei es so, dass sich eine Depression hinter körperlichen Symptomen verberge, jedoch nur auf die somatischen Beschwerden reagiert werde, oder aber Symptome einer physischen Krankheit eine Depression zur Folge haben, die weder erkannt, noch richtig behandelt werde.

Prof. Dr. Wächtler erklärte den Teilnehmenden daraufhin, dass ältere Menschen nicht selten mehr als fünf Medikamente einnehmen, und dass sich hieraus Wechsel- und Nebenwirkungen ergeben, die nicht mehr kontrollier- und überschaubar sind. Die zusätzliche Einnahme eines Antidepressivums würde die gesundheitliche Situation für den Patienten nur noch gefährlicher und unüberschaubarer machen. Auch die altersspezifischen, physischen Besonderheiten wie eine langsamere Verarbeitung der Medikamente und eine daraus resultierende längere Verweildauer machen eine besondere Vorsicht in ihrem Einsatz nötig. Insbesondere Benzodiazepine sind als Dauermedikation aufgrund des Abhängigkeitspotenzials und des sedierenden Effekts, der die Sturzgefahr deutlich erhöht, kontraindiziert.

Dr. Claus Wächtler

(v.l.n.r.) Prof. Dr. Rainer Richter, Prof. Dr. Meinolf Peters

Herr Dr. Wächtler stellte die gängigen Antidepressiva, ihre Nebenwirkungen sowie die Erfahrungen mit den jeweiligen Präparaten in der Anwendung bei älteren und alten Patienten/Patientinnen vor und vermittelte, welche Medikamente sich besonders bewährt hatten.

Die nachmittäglichen Workshops, die jeweils von einem oder einer Psychotherapeut/in und einem Arzt geleitet wurden, vertieften die in den Impulsreferaten angeregten Themen. Fragen zu emotionalen und kognitiven Veränderungen im Alter, zur Behandler/in-Patient/in-Beziehung, zur Behandlung psychisch kranker älterer Menschen in der hausärztlichen Praxis und zu Psychopharmaka im Alter wurden diskutiert, sodass in den engagierten Arbeitsgruppen nicht nur ein tieferes Bewusstsein für die besonderen Herausforderungen für die Psychotherapie Älterer geschaffen werden konnte, sondern gleichzeitig wichtige Fragen und Anregungen aus Praxis und Theorie gegeben werden konnten. In einer Abschlussrunde fassten die Workshopleiter/innen die Ergebnisse des Nachmittages zusammen. Besonders wichtig waren neu entstandene Vernetzungen unter den Anwesenden und die Feststellung der Notwendigkeit zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsstruktur in Hamburg.

Sub rosa dictum – Die Pflicht zur Verschwiegenheit

Dieser Artikel stellt eine Übersicht über das juristisch komplexe Feld der Pflicht zur Verschwiegenheit und der Pflicht zur Offenbarung persönlicher Geheimnisse dar. Es konnten daher viele Besonderheiten (aus dem Bereich Strafvollzug, Angestellte, Minderjährige, Personen unter gesetzlicher Betreuung etc.) nicht aufgeführt werden.

(Zur Vereinfachung wurde in diesem Text ausschließlich die weibliche Form gewählt, gemeint sind aber beide Geschlechter.)

„Die Würde des Menschen ist unantastbar", und: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit …" Zu den aus diesen Grundgesetzartikeln (Art. 1 u. 2) abgeleiteten Allgemeinen Persönlichkeitsrechten gehören sowohl das Recht auf Schutz der Privat-, Geheim- und Intimsphäre als auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (heißt: jede darf selbst entscheiden, wann und welche persönlichen Sachverhalte offenbart werden) wie auch das Recht auf Gewährleistung der Vertraulichkeit und Integrität infor-

mationstechnischer Systeme. Ebenso gilt ein postmortales Persönlichkeitsrecht.

Diese Rechte bilden die Grundlage unserer beruflichen Schweigepflicht; den Rahmen dafür bietet die Berufsordnung. Ohne Schweigepflicht keine Psychotherapie – das für eine erfolgreiche Therapie notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Therapeutin und Patientin kann ohne sie nicht entstehen.

Gesetzlich geregelt ist die Pflicht zur Verschwiegenheit und die darunter fallenden Berufsgruppen im § 203 Strafgesetzbuch:

„(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, …

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft."

Ferner heißt es:

„Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat."

Approbierte PP und KJP werden im Gesetz bisher nicht als eigene Berufsgruppe erwähnt, fallen aber unter Satz 1; die nicht approbierten Psychologinnen unter ihnen sind in Satz 2 bedacht. Auch Mitarbeiterinnen (einer Praxis) und Praktikantinnen unterliegen demnach der Schweigepflicht, und müssen darüber belehrt werden; wie auch die Nachlassverwalterinnen einer verstorbenen Geheimnisträgerin. Eine Geheimnisträgerin unterliegt immer persönlich der Schweigepflicht; nicht die Organisation, für die/in der sie arbeitet. Vorgesetzte können die Schweigepflicht einer Geheimnisträgerin nicht aufheben oder modifizieren (Genaueres im PTJ 3/2007, S.255-257; J. Rendschmidt: Die Schweigepflicht des PP/KJP im Angestelltenverhältnis).

Über den § 203 StGB hinaus regeln für unseren Berufsstand die Musterberufsordnung (2. Aufl. 2008, § 8) und die Berufsordnungen der einzelnen Länderkammern (in Hamburg: § 14 der BO) die Einhaltung der Verschwiegenheit und berufsspezifische Besonderheiten.

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich gegenüber jedem!

Das sind – auch bei Minderjährigen – neben den Kontakt-/Bezugspersonen der Patientinnen auch sämtliche Bezugspersonen der Geheimnisträgerinnen sowie auch ihre Kolleginnen und Vorgesetzte. Letztere beide nur nicht, wenn diese beruflich als Behandlerinnen in gleichem Maße mit der Patientin („Geheimnisherrin") befasst sind (man geht dann von einer stillschweigenden Einwilligung der Patientin aus). Weiterhin alle staatlichen und öffentlichen Institutionen wie Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte, Behörden, (Kranken-)Versicherungen, Rententräger, Beratungsstellen, Angehörige anderer Berufsgruppen, Medien – soweit nicht durch Sozial- oder Strafgesetzbuch anderslautend geregelt.

Kinder und Jugendliche

Bei Minderjährigen besteht zwar eine Offenbarungspflicht der Schweigepflichtigen gegenüber den Eltern (begründet auf dem Erziehungsrecht der Eltern); dem entgegen steht aber das Selbstbestimmungsrecht der Kinder und Jugendlichen. Spätestens ab dem 14. Lebensjahr, in Einzelfällen auch schon früher, geht man von einer ausreichenden Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Kindes aus; damit tritt der Anspruch der Eltern auf Informationen hinter das Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen zurück. Ist das Kindeswohl, das therapeutische Vertrauensverhältnis oder der Heilerfolg bei Offenbarung von der Schweigepflicht unterliegenden Inhalten gefährdet, kann sich die Therapeutin auf ihre Schweigepflicht berufen und muss dem Informationsanspruch der Eltern nicht Genüge tun.

Zeugnisverweigerungsrecht

Geheimnisträgerinnen dürfen sich vor Gericht jederzeit auf ihr Zeugnisverweigerungsrecht berufen (§ 53 StPO; § 383 ZPO). Entbinden allerdings Patientinnen ihre Therapeutinnen von der Schweigepflicht, dürfen diese ihr Zeugnisverweigerungsrecht nicht mehr beanspruchen, sondern müssen vor Gericht aussagen. Jedoch könnte eine Therapeutin in einem solchen Fall im Rahmen ihrer Sorgfalts- und Aufklärungspflicht ihre Patientin vorab darüber beraten, inwieweit die erteilte Schweigepflichtentbindung eventuell zum Schaden der Patientin geraten könnte.

Die Schweigepflicht gilt für alle patientenbezogenen Inhalte

Die Schweigepflicht der Psychotherapeutin beginnt mit dem Erstkontakt und ist bis über den Tod der Patientin hinaus gültig. Sie bezieht sich auf alles, was die Behandlung und die Person selbst betrifft (Tatsache der Behandlung, Name und alle persönlichen Daten der Patientin, Anamnese-Diagnose-Prognose, Therapieverlauf und -maßnahmen, persönliche Lebensumstände und -eigenheiten der Patientin etc.). Weiterhin bezieht sie sich auf alle Patientenunterlagen (Aufzeichnungen, Akten, Karteikarten, Tests, Befunde, schriftliche Äußerungen der Patientin) wie auch auf jegliche mündlichen Äußerungen der Patientin und fremdanamnestische Informationen.

Wann darf oder muss die Therapeutin Auskunft geben?

Auskunft gegeben werden darf, wenn die Patientin ausdrücklich ihr Einverständnis gegeben hat, also eine möglichst schriftlich formulierte Schweigepflichtentbindung unterschrieben hat. Diese Schweigepflichtentbindung ist i. d. R. auf definierte Themenbereiche und Zielgruppen zu begrenzen (z. B. Anforderung oder Weitergabe eines Behandlungsberichts, Austausch mit dem

Hausarzt über Indikation oder Diagnose). Man sollte Patientinnen darauf hinweisen, dass eine allgemeingültige, nicht situations-/personen-/zeitgebundene Schweigepflichtentbindung ihre Persönlichkeitsrechte deutlich einschränken würde. Private Versicherungen verlangen häufig eine generelle Schweigepflichtentbindung aller Behandlerinnen der Versicherungsnehmerin; begrenzt sind diese aber zumeist auf objektive medizinische Daten.

Von einem stillschweigenden (konkludenten) Einverständnis der Patientin geht man z. B. bei der Dienstübergabe im Krankenhaus aus. Hier ist kritisch anzumerken, dass Patientinnen häufig nicht die Tragweite ihrer konkludenten Einwilligung bekannt ist (z. B. welche Behandlerin erfährt was bei der Dienstübergabe).

Eine mutmaßliche Einwilligung liegt vor, wenn eine Patientin nicht handlungsfähig ist und dringend medizinischer/therapeutischer Hilfe bedarf und das Brechen der Schweigepflicht im (Überlebens-)Interesse der Patientin ist. Dann dürfen Patientendaten an weitere Behandlerinnen oder Polizei gegeben werden.

Sind persönliche Interessen der Psychotherapeutin in Ausübung ihres Berufes betroffen, ist u. U. eine Offenbarung möglich, z. B. wenn es darum geht, Honorarforderungen vor Gericht durchzusetzen oder den Vorwurf von Behandlungsfehlern vor Gericht abzuwenden (außer wenn ein Vergleich erzielt werden soll).

Unmittelbare Gefahr oder Ankündigung einer Straftat

Der Bruch der Schweigepflicht ist gefordert, wenn unmittelbare Gefahr für die Patientin oder andere Personen droht oder wenn dies zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter notwendig ist (s. § 34 StGB Rechtfertigender Notstand). In der Psychotherapie zählen hierzu akute Suizidalität, massiv selbstschädigendes Verhalten (z. B. bei Anorexie) und aggressive psychotische Zustände.

Plant bzw. kündigt eine Patientin eine Straftat an, ist die Psychotherapeutin gemäß § 138 StGB verpflichtet, diese Straftat anzuzeigen (in § 138 StGB sind diese Straftaten aufgeführt: u. a. Mord, Totschlag, Geiselnahme, erpresserischer Menschenraub und Menschenhandel, Angriffe durch terroristische Vereinigungen etc.). Ist die Tat jedoch bereits geschehen, besteht keine Anzeigepflicht mehr. Dies heißt aber nicht, dass die Therapeutin u. U. nicht trotzdem ihre Schweigepflicht brechen darf, wie sie dies auch bei anderen nicht anzeigepflichtigen Straftaten tun darf, besonders, wenn eine unmittelbare Gefährdung von Menschen vorliegt. In jedem Fall muss die Therapeutin versuchen, die Patientin von der Straftat abzuhalten bzw. die Durchführung abzuwenden. Eine Besonderheit bildet hier § 139 Abs. 3 StGB, der PP und KJP wie auch Rechtsanwälten und Ärzten in Ausübung ihres Berufs zusichert, dass sie bei deutlichem Bemühen um ein Abwenden der Straftat straffrei bleiben, wenn sie die Straftat nicht anzeigen (dazu könnte z. B. auch eine anonyme Anzeige gehören).

Auskunftspflicht gegenüber Sozialversicherungsträgern

Gemäß sozialrechtlichen Bestimmungen müssen bestimmte Auskünfte an bestimmte Stellen weitergegeben werden – jedoch immer begrenzt auf das sachlich notwendige Maß. § 100 SGB X regelt diese Auskunftspflicht, die jeweils die schriftliche Einwilligung der Patientin zur Bedingung hat. Zu den offenzulegenden Informationen gehören Abrechnungsdaten (§ 295 SGB V), Anfragen des MDK bezüglich Begutachtung und Beratung (§ 275 ff. SGB V), Auskünfte an Krankenkasse und KBV zum Zweck der Qualitätssicherung (§ 136 SBG V).

Hier ist letztendlich auch die Übermittlung von Daten an andere PP/KJP und Ärztinnen zu erwähnen, die bei Weiter- oder Mitbehandlung zum Wohle der Patientin sinnvoll und notwendig sind (nur bei Vorliegen der schriftlichen Einwilligung der Patientin).

Therapieantrag und Offenbarungspflicht

Während die Weitergabe von Daten im Bericht an den Gutachter wegen der dort gewahrten Anonymität der Patientin keine Sorge macht, ist die geforderte Offenlegung persönlicher Krankheitsdaten im Rahmen des Antragsverfahrens und auch unter der Therapie kritisch zu sehen. Trotzdem sind Therapeutinnen gemäß PT-Richtlinien und SGB V dazu verpflichtet. Dazu gehört die Angabe der Diagnose bei Antragstellung und Abrechnung; die Mitteilung über den Abbruch oder die Beendigung einer Therapie an die Krankenkasse; Übermittlung von Diagnose, Befund, Indikation an die Konsiliarärztin (auf dem „Überweisungsschein" bei Anforderung des Konsiliarberichts) und auch umgekehrt die Angaben der Ärztin im Konsiliarbericht selbst.

Grundsätzlich sollten Patientinnen über eine durch gesetzliche oder rechtliche Bestimmungen bedingte Offenbarungspflicht des Geheimnisträgers vorher informiert werden.

Bettina Nock,
Psychologische Psychotherapeutin,
Mitglied im Vorstand der Hamburger Psychotherapeutenkammer

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226060
Fax 040/226 226 089
Internet: www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hamburg.de

Psychotherapeutenkammer HAMBURG

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 24.11.2004

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 15. Februar 2012 aufgrund von § 19 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 1 und § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGH) vom 14.12.2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 02.03.2010 (HmbGVBl. Nr. 12, S. 247 ff.) die nachfolgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGH am 17.04.2012 genehmigt hat:

§ 1
Änderung von § 4 Abs. 4 Satz 1

In § 4 Abs. 4, Satz 1, letzter Halbsatz werden die Worte „in Höhe von 75.000,– €“ ersetzt durch die Worte „in Höhe von 85.000,– €“.

§ 2
Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung der Beitragsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im „Psychotherapeutenjournal“ in Kraft.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in der Fassung vom 26.4.2006

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 15. Februar 2012 aufgrund von § 19 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 1 und § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGH) vom 14.12.2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 02.03.2010 (HmbGVBl. Nr. 12, S. 247 ff.) die nachfolgende zweite Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGH am 17.04.2012 genehmigt hat:

§ 1
Änderung von § 5

In § 5 wird nach Abs. 5 der nachfolgende Abs. 6 eingefügt:

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten führen psychotherapeutische Behandlungen grundsätzlich im persönlichen Kontakt durch. Ausschließliche Fernbehandlungen, also Krankenbehandlungen, die ausschließlich brieflich, in Zeitungen oder Zeitschriften oder über elektronische Kommunikationsmedien und Computernetze durchgeführt werden, sind im Bereich der heilkundlichen Psychotherapie nicht zulässig. In jedem Fall gelten folgende Grundsätze:

a) Diagnose, Indikation, Aufklärung und Einwilligung erfordern die Anwesenheit des Patienten

b) Die Überwachung des Behandlungsprozesses erfordert regelmäßige persönliche Begegnungen, deren Intervalle und Dauer von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten fachlich zu gestalten und zu verantworten sind.

§ 2
Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung der Beitragsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im „Psychotherapeutenjournal“ in Kraft.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Alfred Krieger

unter einem einarmigen Banditen hätte sich Dostojewski etwas anderes vorgestellt. Denn als er 1865 im Wiesbadener Casino dreitausend Goldrubel verspielte, gab es diesen Spielautomaten noch nicht. Er wurde erst 1889 entwickelt. Aber die Spielsucht gab es, *le jeu pour le jeu*: Es geht nur vordergründig um den Gewinn, denn Spieler gewinnen nicht und Gewinner spielen nicht.

Nur einen Fußweg vom Spielort des russischen Dichters entfernt wurde am 26. April 2012 über die neueste Generation der Spielautomaten gestritten. Anlass war die Anhörung zu den Gesetzesentwürfen der Fraktion Die Grünen und der Landesregierung. Welches Suchtpotenzial haben Spielautomaten, wie viele Spielhallen kann eine Straße, eine Stadt verkraften, wie sollen Gewinne und Verluste begrenzt werden? Die Spielstättenbetreiber beteuerten, es ginge um ihre Existenz und die ihrer Angestellten, Investitionen und Eigentum verdienten den grundgesetzlich zugesicherten Schutz, das eine Prozent Süchtiger dürfe nicht über die Berufsfreiheit und den „natürlichen Spieltrieb der Bevölkerung" bestimmen.

Dagegen wurde von Sozialdiensten, kirchlichen Einrichtungen und der Psychotherapeutenkammer auf die Suchtgefahren und damit verbundenen Folgen auch für die Familien Suchtkranker hingewiesen. Was die Berufung auf den „natürlichen Spieltrieb" im Regierungsentwurf wie auch im Glücksspielstaatsvertrag betrifft, verwies ich für die Kammer auf die im Deutschen fehlende Unterscheidung zwischen „playing" und „gaming" bzw. „gambling": Mit dem kreativen Spiel eines Kindes, wie es Winnicott beschreibt, hat das Automatenspiel nichts zu tun. Es bedeutet nicht nur einen finanziellen Verlust für den Spieler, sondern auch einen Verlust an Beziehung, an Lebens- und Entwicklungsmöglichkeit. Eine Spielhalle schafft keinen Spielraum. Wo Spielen zur Sucht wird, sind hohe Kosten für das Gesundheitswesen und die Allgemeinheit die Folge. Dass aus dem Gefühl, alles verloren zu haben, Kreativität entsteht wie bei Dostojewski, der aus dem Elend heraus nicht nur „Der Spieler", sondern auch „Schuld und Sühne" schreiben konnte, bleibt geniale Ausnahmeerscheinung. Für den Durchschnittsspieler dürfte es bei Schuld und Schulden bleiben.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger
Präsident

Zwischen Ethik und Recht: Das Patientenrechtegesetz

Dr. Ulrich Müller

Dass der Eid des Hippokrates nicht genügt, um die ethische Beziehung zwischen Patient und Behandler eindeutig zu fundieren, ist nicht erst seit dem merkantilen Aufbruch im Gesundheitswesen offenkundig. Die Selbstverpflichtung von Heilbehandlern gegenüber ihren Patienten, den Heilungsprozess des Patienten als höchstes Gut in den Vordergrund der eigenen Tätigkeit zu stellen, schließt die Vertraulichkeit der Beziehung ein. Mehr noch: Die Besonderheit der Beziehung wird durch den Eid selbst zum zentralen Gut der heilberuflichen Tätigkeit. Denn dieser Eid verpflichtet den Behandler, seine Fähigkeiten ausschließlich in den Dienst des Patienten zu stellen und nicht als „Dienstleister" externer Interessen zu handeln. Wer sich erkrankt in eine Heilbehandlung begibt, macht sich abhängig und ist daher auf das Vertrauen zu seinem Arzt oder Psychotherapeuten angewiesen. Dieses Vertrauen ist eine wesentliche Grundlage, um Heilungsprozesse zu ermöglichen. Es findet seinen Ausdruck in dem Wort, dass der Behandelnde ausschließlich dem Kranken dient. Eine Rechtsverbindlichkeit ist daraus freilich nicht abzuleiten.

Die Verankerung von Patientenrechten im BGB und im SGB V soll nun rechtsverbindlich die Patienten schützen vor den möglichen Gefährdungen, die im Rahmen einer Heilbehandlung denkbar sind. Der Gesetzentwurf versucht damit Entwicklung zu kodifizieren, die bereits in zahlreichen Urteilen niedergelegt sind, in denen Patienten ihr Recht gegenüber Ärzten und Psychotherapeuten durchsetzen konnten. Die Rechte der Patienten grundlegend zu formulieren und dadurch auch zu stärken, ist sehr zu begrüßen, da sich im Gesundheitswesen Veränderungen abzeichnen, die erkennbar werden lassen, wie die Verantwortung für die Gesundheit immer stärker dem einzelnen Patienten übertragen wird. Hierdurch kommt es zu einer Individualisierung der häufig auch unverschuldeten Erkrankung. Der Patient wird als Rechtssubjekt, das für sich selbst verantwortlich ist, in die Pflicht genommen und erhält im Gegenzug eigene Rechte gegenüber denjenigen, die er vertraglich engagiert hat, um wieder gesund zu werden. Das Patientenrecht spricht daher konsequent von einem Vertragsverhältnis zwischen Behandler und Patient. Das ist nur recht und billig. Es fördert implizit die selektiven Vertragselemente im modernen Gesundheitswesen.

Auf der Strecke droht dabei jedoch die ethische Dimension zu bleiben, nach der auch

ein Vertragsverhältnis auf Vertrauen gründet. Der Entwurf zum Patientenrecht, der in erster Linie für Ärzte vorgesehen scheint, wird auch auf die psychotherapeutische Heilbehandlung angewandt werden. Welche besonderen Beziehungsverhältnisse hier Teil des Behandlungsprozesses sind, die der gesetzlich geforderten Transparenz in vielen Teilen entgegenstehen, wird uns noch nachhaltig beschäftigen. Das wohlmeinende Recht auf Einsicht in die Patientenakte wird hier zu einem Recht, das die Komplexität der psychotherapeutischen Beziehung sichtbar werden lässt. Die Einverleibung der psychotherapeutischen Beziehung in ein Patientenrecht könnte diese weiter ungut beeinflussen. Dass hier die Verpflichtung zur Verschwiegenheit und zum Schutz des Binnenverhältnisses Psychotherapeut und Patient in besonderer Weise berührt ist, lassen auch schon vorausgegangene Rechtsstreitigkeiten erkennen. Deren Urteile sind leider noch nicht in den bisher bekannten Entwurf eingegangen. Noch komplizierter sind die Verhältnisse, wo psychotherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen durch die zerstrittenen Eltern vor dem Kadi verhandelt werden. Hier ist durchaus strittig, welches Gut Schutz genießt.

Letztlich gilt daher noch immer das Wort von Immanuel Kant, wonach jede vertragsrechtliche Vereinbarung, die die äußeren Zweckbestimmung einer Handlung reguliert, letztlich auf innere – ethische – Bestimmungsgründe zurückführbar sein muss. Die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Aufzeichnungen in der Psychotherapie ist daher nur ein halbherziger Schutz gegen die zu erwartenden Einsichtsrechte für Patienten. Der Verpflichtung vor sich selbst entgeht der Behandler daher nicht. Es gilt – auch unausgesprochen – der selbstverpflichtende Eid.

Dr. Ulrich Müller

Dritte Delegiertenversammlung der dritten Wahlperiode

Hessen

Am 23./24. März tagte die Delegiertenversammlung der Kammer in Wiesbaden. Der Haushalt des vergangenen Jahres stand auf der Tagesordnung. Der Fehlbetrag des Jahresabschlusses 2011 blieb zwar unter dem Planansatz, führte aber immer noch zu einer deutlichen Verminderung der Rücklagen. In der Aussprache bestand Einvernehmen, den Haushalt mittelfristig ausgeglichen zu gestalten.

Fortgeführt wurde der Diskussionsprozess um die institutionelle Verankerung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung in der Kammer. Dabei wurde Einvernehmen erzielt, das bereits bestehende Institutesprechertreffen verbindlicher auszugestalten und regelmäßig stattfinden zu lassen. Weitere mögliche Schritte sollen noch intensiver beraten werden.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt bildete die Diskussion um den Entwurf des Patientenrechtegesetzes. Er stand auch im Zentrum des Gespräches mit **Prof. Rainer Richter**, dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer, der zeitweise an der Versammlung teilnahm. In der Aussprache zum Einsichtsrecht des Patienten in die Dokumentation überwog die Kritik, insbesondere wurde bemängelt, dass der Gesetzentwurf die Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung nicht zur Kenntnis nimmt und stattdessen von einer organmedizinischen Sicht der Heilbehandlung getragen ist.

Der Vorstand hatte gegenüber der Bundespsychotherapeutenkammer bereits seine Kritik an den geplanten Neuregelungen zu Dokumentation und Einsichtsrecht deutlich gemacht und gefordert, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht völlig schutzlos zu stellen. Unter den Delegierten bestand Konsens, die Thematik der Patientenrechte weiter zu diskutieren und Position zu beziehen.

Bei dem Gespräch mit Prof. Richter wurden u. a. auch Entwicklungen und Perspektiven der Reform der Psychotherapeutenausbildung als auch des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes erörtert.

Darüber hinaus wurden notwendige Anpassungen an der Hauptsatzung der Kammer, der Wahlsatzung und der Wahlordnung für die Bundesdelegierten vorgenommen und die beiden Vorsitzenden der Schlichtungsstelle neu gewählt.

RR

Vitos und Psychotherapeutenkammer Hessen verständigen sich auf Struktur der Praktischen Tätigkeiten der Psychotherapeutenausbildung

Als erster Arbeitgeber und Hessens größter Psychiatrie-Fachkrankenhausträger hat Vitos mit der Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen) eine gemeinsame Ausbildungsempfehlung unterzeichnet. Darin ist eine klare Struktur der praktischen Tätigkeit („Psychiatriejahr") beschrieben. Sie enthält Vorschläge, wie dieser Ausbildungsabschnitt in den Vitos Kliniken gestaltet werden soll.

Mit der Unterschrift eines ersten großen Ausbildungsträgers unter die Gemeinsame Empfehlung erhalten die in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für PP und KJP definierten Inhalte einen strukturellen und organisatorischen Rahmen. Die Vereinbarung finden Sie auf www.ptk-hessen.de.

Anhörung zum Hessischen Spielhallengesetz im Landtag

Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen), gab im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Hessischen Spielhallengesetz im Landtag am 26.04.12 eine mündliche Stellungnahme ab, die auf große Resonanz stieß. Die LPPKJP Hessen hatte bereits in einer schriftlichen Stellungnahme wesentliche Aspekte verdeutlicht (einzusehen unter www.ptk-hessen.de).

Hierbei wurde aus dem Gesundheitsbericht vom Dezember 2011 des Hessischen Sozialministeriums zitiert: „Die Zahl der Glücksspielabhängigen in Hessen kann laut Angaben der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS) nur geschätzt werden: Nach aktuell vorliegenden repräsentativen Bevölkerungsstudien zum Glücksspielverhalten in Deutschland zeigen 149.000 (Minimum) bis 340.000 (Maximum) Personen ein problematisches Spielverhalten. Ein pathologisches Spielverhalten dagegen zeigen 100.000 bis 290.000 Personen. Auf dieser Grundlage kann für Hessen abgeleitet werden, dass zwischen 8.000 und 22.000 Personen ein pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen. Die Evaluation des Landesprojektes Glücksspielsuchtprävention und -beratung Ende 2010 kommt zum Schluss, dass „das (verstärkte) Auftreten des pathologischen Glücksspiels in engem Zusammenhang mit dem quantitativen Ausbau des Glücksspielangebots – gerade dem Ausbau von Spielhallen mit Geldspielgeräten – und der Entwicklung neuer Spielformen (inkl. Onlinespiele), aber auch mit sozialen Faktoren (u. a. Veränderung von Milieus und Freizeitgestaltung, Migrationsprobleme) stehen dürfte. Allein in Hessen wurden im vergangenen Jahr knapp 222 Mio. Euro an Geldspielautomaten verspielt, das bedeutet einen monatlichen Spielverlust von 18,5 Mio. Euro." (S. 120)

Krieger machte auf den Zusammenhang von Suizidalität und Sucht aufmerksam und erwähnte, dass es empirische Hinweise dafür gibt, dass pathologische Glücksspielsucht im Vergleich mit anderen Suchterkrankungen mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert ist. Des Weiteren ging er auf sog. „Fast-Gewinne" ein, also Spielsituationen, in denen Spieler verloren haben, ihnen jedoch suggeriert wird, sie hätten fast gewonnen, wären „ganz nah dran" gewesen. Krieger erläuterte auf der Grundlage aktueller neuropsychologischer Studien, dass die für die Ausschüttung des Glückshormons Dopamin zuständigen Hirnregionen bei Problemspielern aktiver sind, wenn sie meinen, „fast gewonnen" zu haben. Dies könnte zusammen mit der hohen Löschungsresistenz von intermittierend verstärktem Verhalten eine Erklärung für den Suchtcharakter des Automatenspiels sein. Die beste Prävention sei die Beschränkung des Spielangebotes durch den Gesetzgeber über die Vorlage der Landesregierung hinaus. Insbesondere die mit 15 Jahren viel zu langen Übergangszeiten und der vorgesehene Abstand von nur 300 Metern zwischen Spielhallen bedürften der Veränderung mit dem Ziel der Angebotsreduktion.

Forensische Sachverständigentätigkeit

Seit November 2010 existiert die Ordnung der hessischen Psychotherapeutenkammer zur Anerkennung der Qualifikation als forensischer Sachverständiger für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In ihr werden die Grundlagen für die Beurteilung der Anforderungen an gutachterliche Tätigkeit als forensischer Sachverständiger für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgelegt und sie dient der Sicherung der Qualität gutachterlicher Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Weiterhin setzt sie den Rahmen für eine curriculare Fortbildung und formuliert die erforderlichen Inhalte in den jeweiligen Rechtsgebieten/Spezialisierungsgebieten:

- Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht,
- Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage,
- Familienrecht,
- Sozialrecht, Zivilrecht und Verwaltungsrecht.

In den Übergangsbestimmungen der Ordnung (§ 8) wird die Anerkennung der Qualifikation als forensischer Sachverständiger durch die hessische Psychotherapeutenkammer geregelt. Bisher bereits als Sachverständige tätige Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können durch Einreichung einer bestimmten Anzahl von Gutachten bzw. gutachterlichen Stellungnahmen ihre Sachverständigentätigkeit nachweisen und nach fachlichen Kriterien überprüfen lassen. Eine von dem Vorstand der Kammer berufene Expertenkommission prüft nach festgelegten Kriterien, orientiert an den Mindeststandards für Prognosegutachten,[1] die eingereichten Gutachten und gibt entsprechend dem Votum der Kommission eine Empfehlung an den kammervorstand. Anerkannte Sachverständige werden dann auf einer Sachverständigenliste der Psychotherapeutenkammer geführt.

Die Übergangsbestimmungen sind mit Verabschiedung der Ordnung 2010 in Kraft getreten und gelten für 3 Jahre (bis November 2013). Innerhalb dieser Frist können Anträge auf Anerkennung, deren Form mit der Geschäftsstelle abgesprochen werden sollte, gestellt werden, wenn die erforderliche Anzahl Gutachten bzw. gutachterlicher Stellungnahmen vorliegt. Der Antrag auf Anerkennung muss spätestens drei Jahre nach Erstellung des letzten Gutachtens bei der Kammer gestellt werden. Nach Ablauf der Übergangsfristen ist die Anerkennung als forensischer Sachverständiger über die Teilnahme an einer curricularen Fortbildung möglich.

1 Boettcher, A., Kröber, H.L., Müller-Isberner, R., Böhm, K.M., Müller-Metz, R., Wolf, T. (2007)

Anerkannte Sachverständige müssen ihre weitere Tätigkeit als Sachverständige der Kammer nachweisen, um nach einem 5-Jahres-Zeitraum weiter auf der Sachverständigenliste geführt werden zu können, ebenso müssen sie entsprechende Fortbildungsnachweise einreichen (§ 5). Eine Unterbrechung der Sachverständigentätigkeit ist der Kammer anzuzeigen. Im Einzelfall kann geprüft werden, ob Gründe für eine Verlängerung des 5-Jahres-Zeitraumes vorliegen.

Marion Schwarz

Die hessischen Delegierten für das PVW wurden gewählt

Am 08.03.2012 hat der Wahlausschuss das Ergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) festgestellt. Im Wahlkreis Hessen gab es 2032 Wahlberechtigte und 724 gültige Stimmen. Folgende Delegierte aus Hessen wurden auf die elf zu vergebenden Sitze gewählt:

1. Liste 1 „Integrative Liste – IL Hessen“: *Tilo Silwedel, Hedwig Blume.*
2. Liste 2 „Psychodynamische Liste Hessen“: *Christa Leiendecker, Wolfgang Schwerd, Lisa Müller* (Nachrückerin für *Susanne Walz-Pawlita*).
3. Liste 3 „Bündnis für ein effektives Versorgungswerk – DPtV/DGVT“: *Hans Bauer, Dr. Monika Frank, Michael Ruh, Manfred Burkart* (Nachrücker für *Dr. Claudia Stromberg*), *Robert Schmidtner, Ilka Heunemann.*

Weitere Informationen finden Sie unter www.p-v-w.eu.

Zugang zur KJP-Ausbildung

Wegen der fehlenden Anpassung des Psychotherapeutengesetzes an die neuen Studiengänge und -abschlüsse entstehen vielfältige Probleme. Die Kammer rät dringend, vor Studienbeginn im Zweifel eine Klärung mit der Approbationsbehörde herbeizuführen. Damit soll rechtzeitig die Auslegung der Gesetzeslage durch das Landesprüfungsamt berücksichtigt werden. Die Hessische Kammer steht auf dem Standpunkt, dass grundsätzlich der Masterabschluss und ein konsekutives Studium erforderlich sind.

7. Hessischer Psychotherapeutentag

„Burnout – out? Zur Psychotherapie einer ‚Zeitkrankheit‘ “

u. a. mit Prof. Wilhelm Schmid (Berlin), Prof. Rolf Haubl (Frankfurt/Main), Prof. Frank Jacobi (Berlin), Prof. Andreas Hillert (Prien am Chiemsee), Prof. Heike Stammer (Ludwigsburg), Prof. Klaus Fröhlich-Gildhoff (Freiburg i. Br.)

12./13.04.2013
Goethe-Universität Frankfurt/Main

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Yvonne Winter, Dr. Matthias Ochs

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Zusammenarbeit zwischen Bundesebene und Landesebene und wichtige Ergänzungen der Berufsordnung: Die Kammerversammlung der PKN tagte am 21.04.2012

Eine lebhafte Diskussion mit Professor Rainer Richter war Herzstück der Kammerversammlung der PKN: Wie wird sich die Vertretung des Berufsstandes in der Zukunft weiterentwickeln? Wie können wir das hohe Engagement der Ehrenamtlichen, die weiterhin in der Berufspraxis stehen, fördern und halten? Die Komplexität der Fragen im Gesundheitssystem und die Schnelligkeit, in welcher Stellungnahmen verfügbar sein müssen, macht vielen Delegierten der PKN Sorge. Immer komme man sich vor, als laufe man den Entwicklungen hinterher und bliebe doch auf der Strecke.

Das zweite wichtige Thema zur Diskussion war die Beteiligung der Profession an der Gesetzesvorlage zum Patientenrechtegesetz. Wichtig sei, dass die psychisch Kranken keine Sonderrolle in diesem Gesetz zugewiesen bekämen, jedoch müsse auch darauf geachtet werden, dass der notwendige Schutz gewährleistet sei, damit Dokumentationen sach- und fachgerecht vermittelt werden und nicht in falsche Hände geraten. Insbesondere gelte dies für die Einsichtnahme von Prozessen und Daten aus der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gegenüber Sorgeberechtigten.

Die Delegierten wünschen sich von der BPtK, dass die Beteiligung von Experten in Einzelfragen auch abgefragt und genutzt werde, damit ein lebendiger Austausch zwischen Basis und politischer Umsetzungsebene erhalten bleibe.

Das hohe Engagement und die produktive Arbeit der niedersächsischen Ausschüsse und Mitglieder der Kammerversammlung stärkten den Eindruck, dass die PKN sich auch um den Nachwuchs keine Sorgen machen müsse. Für drei ausscheidende Kammermitglieder, die viele Jahre in der PKN tätig waren, konnte die Präsidentin junge KollegInnen als neue Mitglieder der Kammerversammlung begrüßen.

Zur fünften Kammerversammlung der dritten Wahlperiode erschienen fast alle Kammerversammlungsmitglieder und neben dem PiA-Vertreter weitere Kolleginnen als Gäste. Präsidentin Frau Corman-Bergau stellte in ihrem Bericht die Entwicklung der Mitglieder in der Kammer ins Zentrum. Viele Berufsangehörige arbeiten in verschiedenen Feldern, die klassische Unterteilung in Angestellte und Niedergelassene ist einer zunehmenden Anzahl von Kammerangehörigen gewichen, die neben angestellter Tätigkeit auch andere Aufgaben wahrnehmen und z. B. eine Privatpraxis haben. Erste höchst interessante Ergebnisse der Befragung von niedergelassenen Mitgliedern ohne Kassensitz wurden von ihr dargestellt. Eine detaillierte Auswertung wird der engagiert arbeitende Ausschuss Nachwuchsförderung, der die Befragung gemeinsam mit dem Vorstand entwickelte, alsbald vornehmen und veröffentlichen.

Erfreulich ist zudem, dass in der PKN Vollbeschäftigung herrscht, lediglich 0,2% der Mitglieder sind arbeitslos. Ob man sich über die Verteilung von 70% weiblicher und 30% männlicher KollegInnen Sorgen machen müsse, ließ sie offen. „Die weitere Entwicklung wird auch daran liegen, ob sich insgesamt mehr Männer für die Berufe interessieren werden, die in der direkten Arbeit mit Menschen stattfinden", betonte sie.

„Die PKN Mitglieder leisten an jedem Arbeitstag rund 13.780 Sitzungen Psychotherapie und die PiA leisten im Rahmen ihrer Ausbildung 386.400 Stunden insgesamt, dies sind Zahlen, auf die wir stolz sein können und die wir künftig verstärkt an die Öffentlichkeit vermitteln müssen", betonte sie.

Neben der notwendigen Debatte und Diskussion der Haushaltslage, der Anpassung einiger Ordnungen an geänderte Anforde-

rungen, hatten alle Ausschüsse Gelegenheit, über ihre Arbeit zu berichten. Einen wichtigen Beitrag zur Änderung der Berufsordnung legte der Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik vor (siehe Sonderartikel auf dieser Seite).

Zum Schluss berichtete Dr. Josef Könning ausführlich aus dem Länderrat und vom Stand der Planungen um die Änderung der Bedarfsplanung. Hier wird der Vorstand der PKN in engem Austausch mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen arbeiten. Mit einer Darstellung der Aktivitäten der PKN im Bereich Kinderschutz und der Unterstützung der Planung einer Klinik für Eltern-Kind-Therapie, die Jörg Hermann darstellte, ging der lange Tag der Kammerversammlung zu Ende.

Die Kammerversammlung hat aus wichtigen Gründen am 21.04.2012 eine Änderung der Berufsordnung beschlossen

Wenn ein niedergelassener Psychotherapeut[1] – mit oder ohne Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung – plötzlich so schwer erkrankt, dass er die Verpflichtungen aus seiner Praxistätigkeit nicht mehr erfüllen kann, oder wenn er verstirbt, gibt es wichtige Aspekte, die zu beachten sind. Zwar können Erben und Praxisnachfolger die Patientenunterlagen aufbewahren, Einsicht nehmen dürfen sie aber ohne Einwilligung des betroffenen Patienten nicht. Das bedeutet, dass es schon zu Schweigepflichtsverletzungen kommen könnte, wenn die Termine abgesagt werden müssen, die Abrechnungen mit der KV und den Privatpatienten erledigt werden müssen oder die Steuererklärung erstellt werden muss.

Beschäftigt der Psychotherapeut z. B. eine Sprechstundenhilfe oder ist er mit Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis tätig, sind diese Tätigkeiten im Verhinderungsfall durch diese Personen regelmäßig unproblematisch möglich. Wenn der Praxisinhaber alleine arbeitet, gibt es diese Lösung nicht ohne Weiteres.

In der Vergangenheit kam es mehrfach zu entsprechenden Anfragen bei der PKN, wie nun Erben, Patienten und nachfolgende Psychotherapeuten mit der Abwicklung der ausstehenden Verbindlichkeiten und den Patientenunterlagen umgehen sollen. Abhilfe schafft hier die neue Regelung in der Berufsordnung. Der Psychotherapeut benennt der PKN eine Person seines Vertrauens, die die Patientenakten einsehen kann, ohne dass das Risiko einer straf- oder berufsrechtlichen Ahndung besteht.

Dabei sind aber zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Abwicklung der organisatorisch notwendigen Maßnahmen,
2. inhaltlicher Zugriff auf die Patientenakten.

Zu 1: Jeder Psychotherapeut hat einen sog. Beauftragten der PKN namentlich zu nennen, der im Verhinderungsfall des Psychotherapeuten die organisatorisch notwendigen Maßnahmen ergreifen darf. Er darf beispielsweise die Patienten über die Erkrankung informieren, Termine absagen oder verschieben und im Fall einer Vollmachterteilung im Rahmen von Praxisveräußerung und Nachbesetzung Informationen über die Praxis erteilen. Der Beauftragte muss nicht notwendigerweise ein approbierter Psychotherapeut sein. Deshalb können auch nichtapprobierte Angehörige und Erben benannt werden.

Zu 2: Geht es darum, inhaltliche Anfragen zur Behandlung des Patienten zu beantworten oder die Abrechnung zu erstellen, muss die beauftragte Person hingegen aus folgenden Gründen approbiert sein.

Bestehen Indikation und Wunsch des Patienten, an einen anderen Psychotherapeuten weiterverwiesen zu werden, muss herausgefunden werden, wie viele Reststunden noch zur Verfügung stehen und ggf. die Patientenakte weitergegeben werden. Muss ein Bericht an den Hausarzt, die Krankenkasse, den Medizinischen Dienst oder die Rentenversicherung verfasst werden, ist nur ein fachkundiger Psychotherapeut dazu in der Lage. Auch soll der Patient bei einer gewünschten Einsichtnahme in seine Patientenakte ggf. begleitet werden. Diese Tätigkeiten sind approbierten Personen vorbehalten. Wenn also der Beauftragte für die unter 1. genannte formale Abwicklung nicht approbiert ist, muss deshalb ein approbierter Psychotherapeut benannt werden, der im Einzelfall für die unter 2. genannten Belange tätig wird (sog. Ansprechpartner).

Die Änderung der Berufsordnung wird ergänzt durch eine notwendige Änderung der Meldeordnung. Der Beauftragte bzw. Ansprechpartner ist vom zuständigen Psychotherapeuten der PKN namentlich zu melden. Diese Meldepflicht dient zum einen der Rechtsicherheit der Beteiligten. Im Fall eines möglichen Vorwurfs der Schweigepflichtverletzung kann über die PKN der Nachweis geführt werden, dass die Vertrauensperson als Beauftragter bzw. Ansprechpartner tatsächlich eingesetzt wurde. Zum anderen wenden sich Patienten erfahrungsgemäß an die PKN, wenn der Psychotherapeut aufgrund von Krankheit oder Tod nicht erreichbar ist. Mit den vorliegenden Meldedaten kann dem Patienten rasch und zielgenau weitergeholfen

1 Der Einfachheit halber wird nur die männliche Form verwendet.

werden. Diese Regelung schafft im Notfall also Sicherheit für die Patienten, die Psychotherapeuten und ihre Erben. Gleichzeitig ist sie schnell und unkompliziert abzuwickeln und belastet die Patienten im Verhinderungsfall nicht zusätzlich.

Im Gespräch mit Frau Susanne Passow

Die PKN hat seit dem 01.04.2012 nach zwischenzeitlicher Vakanz eine neue Geschäftsführerin. So gab es in den letzten Wochen und Monaten einige Turbulenzen und Engpässe in der Geschäftsstelle. Mit bedingt waren diese jedoch auch durch freudige Ereignisse, da zwei Mitarbeiterinnen in den Mutterschutz gegangen sind. Keine einfache Situation also für die Einarbeitung der neuen Geschäftsführerin Susanne Passow. Über diese Startbedingungen, vor allem aber über ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen und die Motivation, sich bei der PKN zu bewerben, sprach Vorstandsmitglied Jörg Hermann mit Susanne Passow.

Welche Eindrücke haben Sie von Ihrer neuen Tätigkeit in der PKN, Frau Passow? Haben Sie sich bei den vielen personellen Veränderungen, die es in der Geschäftsstelle der letzten Zeit gab, schon ein wenig orientieren können?

Ich habe einen sehr positiven Eindruck von der Geschäftsstelle der PKN gewonnen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind hoch motiviert, obwohl es für sie durch die Veränderungen ja auch nicht einfach war. Ich freue mich, wie offen ich aufgenommen wurde und unterstützt werde.

Beschreiben Sie unseren Mitgliedern doch kurz Ihren beruflichen Werdegang. Was bringen Sie mit für Ihre neue Aufgabe?

Von Hause aus bin ich Volljuristin, habe also zwei Staatsexamina abgelegt und schon im Referendariat verschiedene juristische Arbeitsfelder kennengelernt. Danach habe ich eine Beschäftigung im sozialen Bereich als Rechtsreferentin beim Landesverband der Lebenshilfe Bayern aufgenommen. Parallel war ich für eine Rechtsanwaltkanzlei tätig. Im Jahre 2001 bin ich zur Ärztekammer Niedersachsen gewechselt und habe über die Jahre dort in verschiedenen Bereichen gearbeitet, angefangen von der Mitgliederberatung über die Ausbildung Medizinischer Fachangestellter bis hin zum Beitragswesen. Dabei gehörten auch Gremienarbeit, Prozessvertretung und Vortragstätigkeiten zu meinen Aufgaben. Zusätzlich habe ich 2009 die Leitung der Personalabteilung übernommen.

Was reizt Sie an Ihrer neuen Aufgabe?

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das habe ich schon bei meinen bisherigen Tätigkeiten geschätzt. Mir ist es wichtig, fächerübergreifend zu denken und zu arbeiten. Ein weiterer Reiz besteht in der Vielfalt der Aufgaben, der Auseinandersetzung mit rechtlichen und wirtschaftlichen Fragestellungen, der Mitarbeiterführung und der Mitgliederberatung. Ich denke, dass ich hier sehr gut meine bisherigen Erfahrungen aus dem Gesundheitsbereich einbringen kann. Dabei sehe ich die Kammer vor allem als Dienstleistungsunternehmen für ihre Mitglieder.

Liegen auch Vorteile in der der durch viele Veränderungen geprägten Situation, die Sie in der Geschäftsstelle der PKN vorgefunden haben?

Ja, die Einarbeitung ist zwar schwieriger, aber die Möglichkeit, selbst viel zu gestalten, ist durchaus in meinem Sinne. Das ist eine spannende Herausforderung, die ich auch mit Spaß verbinde.

Wie sind denn Ihre ersten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten?

Bis jetzt habe ich ja erst wenige, vor allem auf Ebene des Vorstands und durch die Kammerversammlung. Bisher fällt mein Eindruck durchweg positiv aus. Ich bin mit großer Offenheit und sehr freundlich aufgenommen worden.

Gibt es etwas, was Sie auf diesem Weg den Mitgliedern gern mitteilen möchten?

Mir ist es wichtig, deutlich zu machen, dass ich mich als Ansprechpartnerin für unsere Mitglieder sehe, die sich gern auch direkt an mich wenden können. Am Anfang bitte ich nur um etwas Rücksicht, da ich mich erst noch in manche Bereiche der vielfältigen Materie einarbeiten muss.

Liebe Frau Passow, vielen Dank für das Gespräch und viel Spaß und Erfolg für Ihre neue Aufgabe.

Das Interview führte Herr Jörg Hermann.

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Di, Do, Fr: 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do: 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung“:
Mo, Di, Do, Fr: 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do: 13.30 – 15.00 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung

Änderung der Beitragsordnung

1. Die Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 05.12.2001, zuletzt geändert am 05.11.2011, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 21.04.2012 wie folgt geändert:

In § 2 Abs. 4 wird die Angabe „zur vertragsärztlichen Versorgung" durch die Angabe „zur zeitlich vollen vertragsärztlichen Versorgung" ersetzt.

In § 5 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe „5% des ausstehenden Betrages, mindestens jedoch in Höhe von" ersatzlos gestrichen.

2. Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Beitragsordnung der PKN wird hiermit ausgefertigt und im PTJ verkündet.

Hannover, den 21. April 2012

Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Änderung der Kostenordnung

1. Die Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 12.3.2003, zuletzt geändert am 25.04.2009, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 21.04.2012 wie folgt geändert:

In Ziffer 3 Satz 2 der Anlage zur Kostenordnung wird die Angabe „5% des ausstehenden Betrages, mindestens jedoch in Höhe von" ersatzlos gestrichen.

2. Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Kostenordnung der PKN wird hiermit ausgefertigt und im PTJ verkündet.

Hannover, den 21. April 2012

Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Änderung der Haushalts- und Kassenordnung

1. Die Haushalts- und Kassenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 13.09.2000, zuletzt geändert am 06.11.2010, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 21.04.2012 wie folgt geändert:

In § 1 Abs. 7 wird Satz 2 gestrichen.

In § 1 Abs. 8 wird Satz 2 gestrichen.

In § 1 Abs. 9 Satz 1 wird die Angabe „Titel" durch die Angabe „Die Ausgaben" ersetzt.

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Haushalts- und Kassenordnung der PKN wird hiermit ausgefertigt und im PTJ verkündet.

Hannover, den 21. April 2012

Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Änderung der Berufsordnung

1. Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 30.11.2002, zuletzt geändert am 03.11.2007, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 21.04.2012 wie folgt geändert:

§ 24 Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Jeder Psychotherapeut hat eine Person seines Vertrauens als sogenannten Beauftragten für den Verhinderungsfall zu benennen und zu verpflichten. Der Beauftragte darf im Verhinderungsfall des Psychotherapeuten die organisatorisch notwendigen Maßnahmen für den Psychotherapeuten ergreifen, namentlich Patienten über die Erkrankung informieren, Termine absagen oder verschieben und, Vollmacht vorausgesetzt, im Rahmen von Praxisveräußerung und Nachbesetzung Informationen über die Praxis erteilen. Falls der Beauftragte nicht selbst Psychotherapeut ist, hat der Psychotherapeut zusätzlich einen Psychotherapeuten zu benennen, der vom Beauftragten hinzugezogen werden muss, wenn Anfragen zu beantworten und Maßnahmen, wie etwa die Abrechung, zu ergreifen sind, die einen Zugriff auf die Patientenakte notwendig machen. Die Person des Beauftragten im Sinne von § 24 Abs. 5 S. 1 und der Ansprechpartner im Sinne von § 24 Abs. 5 S. 3 der Berufsordnung sind der PKN auf dem Meldebogen mitzuteilen."

Hinter § 24 Abs. 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Dem Psychotherapeuten ist es untersagt, seine Praxis zu einem sittenwidrig überhöhten Kaufpreis anzubieten und/oder zu veräußern."

2. Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Berufsordnung der PKN wird hiermit ausgefertigt und im PTJ verkündet.

Hannover, den 21. April 2012

Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Änderung der Meldeordnung

Die Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 25.08.2001, wird auf Beschluss der Kammerversammlung vom 21.04.2012 wie folgt geändert:

- In § 5 Abs. 1 Nr. 7 wird die Angabe „Angabe der Psychotherapeutenkammer(n), in der/denen zuletzt eine Mitgliedschaft bestand und/oder in der/denen gleichzeitig eine Mitgliedschaft besteht" durch die Angabe „Angabe des Beauftragten im Sinne von § 24 Abs. 5 Satz 1 der Berufsordnung und ggf. Ansprechpartners im Sinne von § 24 Abs. 5 Satz 3 der Berufsordnung" ersetzt.

- In § 5 Abs. 1 wird eine neue Nr. 8 hinzugefügt „Angabe der Psychotherapeutenkammer(n) in der/denen zuletzt eine Mitgliedschaft bestand und/oder in der/denen gleichzeitig eine Mitgliedschaft besteht.

Die Satzungsänderung tritt am Tage nach ihrer Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Berufsordnung der PKN wird hiermit ausgefertigt und im PTJ verkündet.

Hannover, den 21. April 2012

Gertrud Corman-Bergau,
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Kammerversammlung am 24. März 2012

Leitbild der Psychotherapeutenkammer NRW

Die Kammerversammlung diskutierte am 24. März ein Leitbild für die Psychotherapeutenkammer NRW. Das Leitbild soll eine einheitliche und nachvollziehbare Orientierung schaffen: für alle Kammerangehörigen, die Vertreter der Kammer, die Geschäftsstelle sowie die Öffentlichkeit. Es formuliert z. B. die Grundlagen des Berufs, die Aufgaben der beruflichen Vertretung durch die Kammer, die demokratische Verfassung der beruflichen Selbstverwaltung als auch die hohe wissenschaftliche Qualifikation der psychotherapeutischen Heilkunde. Das Leitbild soll das Selbstverständnis der Organisation verdeutlichen und ihre Werte und Prinzipien darstellen.

Der Kammerversammlung lag ein Entwurf für das Leitbild vor, der vom Vorstand im Januar und Februar entwickelt worden war. Er besteht aus einer Präambel und vier Kapiteln: der Beruf, die Psychotherapeutenkammer NRW, die Hauptaufgaben und die Organisation. Die Mitglieder der Kammerversammlung diskutierten den Entwurf detailliert in Workshops und präsentierten ihre Änderungsvorschläge auf Stellwänden sowie im Plenum. Die Ergebnisse der Diskussion gehen jetzt in die weitere Entwicklung des Leitbildes ein.

Psychotherapeuten in NRW

Präsidentin Monika Konitzer stellte die jüngsten Daten zur nordrhein-westfälischen Psychotherapeutenschaft vor. Danach hatte die Kammer im Januar 8.215 Mitglieder. Davon waren 72 Prozent Psychologische Psychotherapeuten, 20 Prozent Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und acht Prozent Doppelt-Approbierte. 41 Prozent arbeiteten in einer eigenen Praxis mit einer Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung, 52 Prozent waren als Angestellte beschäftigt und/oder in einer Privatpraxis tätig.

Der Beruf des Psychotherapeuten entwickelt sich immer stärker zu einem Frauenberuf. Schon jetzt sind zwei Drittel der Kammerangehörigen Frauen (68 Prozent) und ein Drittel Männer (32 Prozent). Unter den Neuapprobierten sind bereits vier von fünf Mitgliedern weiblichen Geschlechts. Dagegen ist die Mehrheit der Kammerversammlung noch männlich: 57 Prozent ihrer Mitglieder sind Männer, nur 43 Prozent Frauen.

Berufsaufsicht

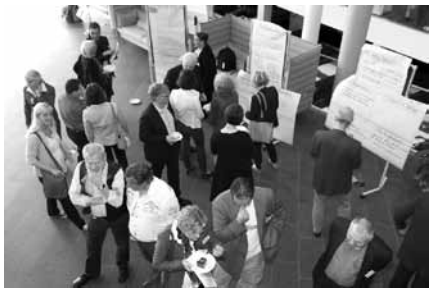
Nach dem Heilberufsgesetz hat die Psychotherapeutenkammer NRW dafür Sorge zu tragen, dass die Kammerangehörigen ihre Berufspflichten erfüllen. Verstoßen die Angehörigen dagegen, muss die Kammer tätig werden. Bei Patientenbeschwerden oder anderen Hinweisen auf ein mögliches berufsrechtliches Fehlverhalten ist die Kammer verpflichtet, dies zu überprüfen und zu ahnden. Grundlage der Prüfung sind das Heilberufsgesetz und die Berufsordnung. Der genaue Ablauf eines Berufsaufsichtsverfahrens ist auf der Kammerhomepage beschrieben: www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/beschwerdeverfahren.

Im Jahr 2011 wurden 54 Berufsaufsichtsverfahren bei der Kammer abgeschlossen, 42 davon eingestellt. Insgesamt laufen zurzeit 154 Verfahren, davon zwölf vor dem Berufsgericht. Die steigende Zahl der Verfahren belegt, dass die Kammer sich als Berufsaufsicht etabliert hat und bei Patienten sowie Patientenberatungsstellen bekannt geworden ist.

Reform der Bedarfsplanung

Seit dem 1. Januar 2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Kraft. Das Gesetz sieht vor, dass in „überversorgten" Planungsbereichen Praxissitze nicht wieder besetzt werden können. Dies kann zu einem Abbau von bis zu 6.000 psychotherapeutischen Praxen in Deutschland führen. Aufgrund einer intensiven Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die monatelangen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie konnten die Kammern und Berufsverbände erreichen, dass diese Regelungen erst ab dem 1. Januar 2013 in Kraft treten. Bis dahin soll der Gemeinsame Bundesausschuss die Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien so anpassen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt ist.

Der entscheidende Punkt für die ambulante Psychotherapie ist die Neuberechnung der notwendigen Zahl von Psychothera-



peuten je 100.000 Einwohner („Verhältniszahl"). Nach den bisherigen Soll-Zahlen ist fast ganz Deutschland mit niedergelassenen Psychotherapeuten überversorgt. Das liegt daran, dass der Bedarf, als er im Jahr 1999 festgelegt wurde, erheblich unterschätzt wurde. Praktisch wurde durch die Bedarfsplanungsrichtlinie die Zahl der psychotherapeutischen Praxen, die am 31. August 1999 zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen waren, zum Bedarf erklärt. Dabei lässt sich nachweisen, dass bis dahin ein erheblicher Anteil an Zulassungen noch nicht rechtskräftig war. Außerdem wurden Psychotherapeuten mit Ermächtigungen zur Nachqualifikation nicht berücksichtigt. Schließlich gab es eine große Anzahl von Widersprüchen gegen ablehnende Bescheide. Die Psychotherapeutenkammer NRW fordert deshalb eine Neuberechnung der Verhältniszahlen mit den psychotherapeutischen Praxiszahlen des Jahres 2005. Im Jahr 2005 endete die Frist, bis zu der eine auf fünf Jahre befristete Ermächtigung zur Nachqualifizierung in eine Zulassung umgewandelt werden konnte. Außerdem waren zu diesem Zeitpunkt die allermeisten Gerichts- und Verwaltungsverfahren abgeschlossen.

Ein weiterer Geburtsfehler der Bedarfsplanung bestand darin, dass auch die Verhältniszahlen aus den neuen ostdeutschen Bundesländern eingingen, in denen es aber aufgrund der geschichtlichen Entwicklung viel weniger Psychotherapeuten in eigener Praxis gab als in Westdeutschland. Dies führte dazu, dass die gesamtdeutschen Durchschnittszahlen viel zu niedrig waren. In den ländlichen Kreisen versorgte im Westen ein Psychotherapeut durchschnittlich rund 11.000 Einwohner, im Osten waren es circa 33.000 Einwohner, also dreimal so viele. Heraus kam ein Durchschnitt von 23.000 Einwohnern, der für eine ausreichende Versorgung aber viel zu niedrig ist. Die Psychotherapeutenkammer NRW fordert deshalb eine Neuberechnung der Verhältniszahlen auf der Basis der Versorgungsdichte in Westdeutschland.

Des Weiteren hält die Psychotherapeutenkammer die Annahme, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den Städten wesentlich höher ist als auf dem Land, für falsch. Tatsächlich ist die psychische Morbidität in Kernstädten und ländlichen Regionen weitgehend vergleichbar. Die bisherigen Verhältniszahlen nehmen dagegen an, dass Städter neunmal häufiger psychisch krank werden als Menschen in ländlichen Gemeinden. Um diese extreme Spreizung der Verhältniszahlen zu korrigieren, könnte die durchschnittliche Spreizung der Arztgruppen in der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auch für die Planungsgruppe der Psychotherapeuten zu Grunde gelegt werden.

Mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie könnten sich insbesondere im ländlichen Raum zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten eröffnen. Die Psychotherapeutenkammer NRW schlägt deshalb vor, dass die Leistungen, die diese Psychotherapeuten erbringen, ab dem Jahr 2013 zusätzlich zur bestehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Weiterbildungsordnung

Die Kammerversammlung beschloss eine Erweiterung der Übergangsregelung der Weiterbildungsordnung für den Bereich Klinische Neuropsychologie. Die Übergangsregelung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Ministerialblatt NRW in Kraft und wird dann im Psychotherapeutenjournal veröffentlicht.

Mitgliederinteresse an Sachverständigentätigkeit groß

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat erfolgreich ein Fortbildungsprogramm für psychotherapeutische Sachverständige eingeführt. Dadurch können sich Mitglieder als Gutachter für Behörden, Gerichte und andere Institutionen qualifizieren. Die Nachfrage von Gerichten und anderen potentiellen Auftraggebern nach psychotherapeutischem Sachverstand ist groß. Im Fokus des Gutachtenauftrags stehen z. B. Fragestellungen zur Beurteilung der Schuldfähigkeit, zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung, zu Sorge-, Umgangsrecht und Erziehungseignung sowie zur Leistungsbeurteilung, z. B. im Rentenrecht.

Wer die Fortbildung der PTK NRW erfolgreich absolviert hat und seine Qualifikation bei der Erstellung von Gutachten nachgewiesen hat, kann von der Kammer auf eine Sachverständigenliste aufgenommen werden. Folgende Listen sind bereits auf den Internetseiten der PTK NRW veröffentlicht:

- Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht – Psychologische Psychotherapeuten
- Sachverständigenliste Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage – Psychologische Psychotherapeuten
- Sachverständigenliste Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe – Psychologische Psychotherapeuten
- Sachverständigenliste Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Das Fortbildungsangebot

Das Fortbildungsangebot für psychotherapeutische Sachverständige, das auch Mitgliedern anderer Landespsychotherapeutenkammern offen steht, stößt auf ein reges Interesse. Um den Einstieg in das Tätigkeitsfeld zu ermöglichen, bietet die Kammer bereits seit Juli 2011 das Grundlagenmodul zur Sachverständigentätigkeit an. Vermittelt werden allgemeine juristische und methodische Grundlagen der Gesetzgebung und Rechtspflege sowie zur Sachverständigentätigkeit, Gutachtenerstellung und -technik. Darüber hinaus wird ein Überblick über die unterschiedlichen Rechtsgebiete gegeben.

Das Angebot des zusätzlich jeweils erforderlichen Spezialisierungsmoduls zu den Bereichen Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialrecht folgte ab Jahresbeginn 2012. Neben den jeweiligen rechtlichen Grundlagen stehen im Bereich „Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht" u. a. die Themen Schuldfähigkeit und strafrechtliche Verantwortlichkeit, Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie die Prognosebegutachtung im Fokus. Im Bereich „Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe" werden u. a. die besondere Rolle des Sachverständigen bei familienrechtlichen Begutachtungen, psychologisch-psychotherapeutische Kenntnisse für die Begutachtung sowie Besonderheiten bei der Begutachtung z. B. bei Migrantenfamilien, traumatisierten Kindern/Jugendlichen und psychisch kranken Eltern vermittelt. Im Bereich „Sozialrecht" stehen spezielle Fragestellungen insbesondere zur Leistungsbeurteilung im Schwerbehinderten- bzw. Rentenrecht an.

Das Modul „Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage" mit Themen zur Methodik der aussagepsychologischen Begutachtung, speziellen Diagnostik in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung, zur Beurteilung der Aussagetüchtigkeit, -qualität und -validität sowie zu speziellen Problemen und Verfahren in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung ist in Planung. Ebenfalls kurz vor der Umsetzung sind die „Praxisseminare", die praktisches Üben konkreter Gutachtenerstellung unter Anleitung erfahrener Sachverständiger zum Gegenstand haben.

Die Fortbildungen sind unter Berücksichtigung sowohl des psychotherapeutischen als auch juristischen Sachverstandes konzipiert. Es referieren ein erfahrener psychotherapeutischer Sachverständiger und ein erfahrener Richter/Jurist. Der interkollegiale Austausch in den Seminaren ist rege. Besonders die Erörterung der unterschiedlichen Sachverhalte aus psychotherapeutischer Sicht und juristischer Argumentation wird beidseits, von Teilnehmern und Referenten, als äußerst bereichernd empfunden.

Das Interesse an den Fortbildungen zu den Grundlagen ist anhaltend und auch das Angebot zu den Spezialisierungen in den einzelnen Bereichen findet viele Teilnehmer. Die Grundlagenmodule der PTK NRW werden bis zum Juni dieses Jahres über 200 Teilnehmer besucht haben, die Spezialisierungen um die 120 Teilnehmer. Aufgrund der großen Nachfrage zu fast allen Veranstaltungen wurden 2012 zusätzliche Termine angeboten. Für 2013 ist die Weiterführung dieses Angebots geplant.

Informationen

Ausführliche Informationen zu den Fortbildungen und die Anmeldeformulare finden Sie unter www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/veranstaltungen.

Die Sachverständigenlisten sind veröffentlicht auf der Homepage der PTK NRW unter www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/sachverstaendigenlisten.

Hier finden Sie auch Antragsformulare zur Aufnahme in die Listen. Dieselben Seiten finden sich insbesondere für die Behörden und Gerichte nochmals unter www.ptk-nrw.de/de/recht.

Für die Beratung zur Aufnahme in die Sachverständigenlisten sind Telefonzeiten eingerichtet, die Sie ebenfalls auf der Homepage finden unter www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/beratung.

Psychotherapie bei Eltern und Kindern: Wirkungen und Nebenwirkungen – 8. Jahreskongress Wissenschaft Praxis am 20. und 21. Oktober 2012 in Bochum

Schwerpunktthema des nun schon traditionellen gemeinsamen Jahreskongresses von Psychotherapeutenkammer und Hochschulverbund in NRW ist dieses Jahr die Psychotherapie von Eltern und Kindern. Dabei sollen Fragen beleuchtet werden wie z. B.: Wie ergeht es Kindern psychisch kranker Eltern? Welche präventiven und psychotherapeutischen Interventionen sind sinnvoll, um deren Wohl zu verbessern? Welche Auswirkungen hat eine erfolgreiche Psychotherapie von Eltern auf deren Kinder? Welche wissenschaftlichen Studien und klinischen Erfahrungen gibt es zur Einbeziehung von Eltern in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen?

In einem Symposium werden Vertreter der systemischen und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie Konzepte und Praxis der Einbeziehung von Eltern in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und auch der Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in die psychotherapeutische Behandlung ihrer Eltern vorstellen und diskutieren.

56 Workshops werden angeboten. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Workshops werden u. a. in den Bereichen Psychotraumatologie, Suizidalität, Essstörungen, Affektive Störungen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren und Schlafstörungen liegen. Im Bereich der Erkrankungen bzw. Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter wird es zahlreiche Angebote geben, u. a. zu Ängsten und Schmerzen, zur Förderung von Bindungssicherheit, zu Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen bis hin zu Störungen aus dem Autismusspektrum und dem Asperger-Syndrom. Auch zur psychotherapeutischen Behandlung psychotischer Symptome, zum Erkennen und Behandeln von Suchtproblemen, zur besonderen Problematik traumatisierter Migranten, zur Behandlung von Straftätern mit dissoziativen Persönlichkeitsstörungen, von sexuellen Störungen, von chronischen Schmerzen und zum Umgang mit Burn-

out-Syndromen sind Workshops angekündigt. Das Programm wird Anfang/Mitte Juni an alle Kammerangehörigen versandt. Empfohlen wird die Kongressanmeldung per Internet ab dem 25. Juni unter: www.unifortbildung-psychotherapie.de.

Hauptvorträge

Prof. Dr. Fritz Mattejat (Universität Marburg): „Kinder psychisch kranker Eltern: Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Eltern auf Kinder"

Prof. Dr. Silvia Schneider (Ruhr-Universität Bochum): „Eltern psychotherapeutisch behandelter Kinder: Auswirkungen der Psychotherapie des Kindes auf die Eltern"

Prof. Dr. Kurt Hahlweg (TU Braunschweig): „Kinder psychotherapeutisch behandelter Eltern: Transmission der Effekte von Psychotherapie auf Kinder"

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gebe ich bekannt:

Herr Karl-Otto Hentze, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW", hat am 08.03.2012 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Anja Simon, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW".

Gez. Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch einen Juristen
Mo: 12.00-13.00 Uhr
Mi: 14.00-15.00 Uhr
Do: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **53**

Mitgliederberatung durch den Vorstand
Mo: 12.00-14.00 Uhr
13.00-14.00 Uhr
Di: 13.00-14.00 Uhr
18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **27**

Anfragen Fortbildungsakkreditierung
Mo–Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **30**

Anfragen Fortbildungskonto
Mo–Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **31**

Anfragen Mitgliederverwaltung
Mo–Do: 14.00-15.00 Uhr
Anfangsbuchstaben des Nachnamens:
A bis K
Telefon 0211 / 52 28 47 **14**
L bis Z
Telefon 0211 / 52 28 47 **17**

Beratung zur Weiterbildung Klinische Neuropsychologie
Di–Do: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **29**

Beratung zur Sachverständigentätigkeit
Di–Do: 14.30-15.30 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **32**

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Vorstand benennt zwei PiA-Vertreterinnen

Zwei in Ausbildung befindliche Kolleginnen werden die OPK künftig bei der Bundeskonferenz PiA in der Bundespsychotherapeutenkammer vertreten. Wir danken beiden für ihre Bereitschaft und ihr Engagement und möchten die beiden hier den Mitgliedern der OPK vorstellen:

Marty Auer, IfP Potsdam

Marty Auer, Jahrgang 1981

Ich bin diplomierte Psychologin und seit 2006 in der Ausbildung zur tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeutin, zuerst an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WiAP) und nun am Institut für Psychotherapie in Potsdam (IfP). Mein Interesse an berufspolitischen Themen und diesbezügliches Engagement erwuchs aus am eigenen Leib erfahrenen prekären (finanziellen, zeitlichen, organisatorischen) Situationen, die sich immer wieder im Laufe der Psychotherapieausbildung einstellten und die für mich viel mit den äußeren Rahmenbedingungen der Therapieausbildung zu tun haben. Mir ist besonders eine engere Vernetzung und bessere Kommunikationsstruktur der PiA untereinander ein Anliegen sowie die Einbindung von PiA in berufspolitische (siehe Thema „Ausbildungsreform") Informationsströme und Entscheidungsprozesse. Ich freue mich sehr über die Zusammenarbeit mit der OPK und stehe gern als Ansprechpartnerin für PiA-Belange zur Verfügung!

Marty Auer

Sylvia Wiesehütter, ZfP Chemnitz

Sylvia Wiesehütter, Jahrgang 1985

Ich habe 2009 mein Studium zur Diplom-Psychologin abgeschlossen und anschließend meine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT) im Zentrum für Psychotherapie in Chemnitz begonnen. Beruflich bin ich seit 2009 am Erzgebirgsklinikum Annaberg in einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsklinik tätig, aktuell mit dem Verantwortungsbereich der Implementierung einer integrativen Tagesklinik für psychiatrische Krankheitsbilder. Mit der Einführung des Neuen Entgeltsystems habe ich in unserem Klinikum die Verantwortung für diesen Bereich übernommen und mich dabei ebenfalls mit berufspolitischen Interessen beschäftigt. Privat bin ich verheiratet und Mutter zweier Kinder (acht und fünf Jahre alt). Dementsprechend bin ich selbst mit den Hürden einer parallelen Ausbildung, klinischen Arbeit und Familie konfrontiert und gefordert und interessiert an der Verbesserung der Ausbildungsbedingungen. Für die Arbeit als PiA-Sprecherin möchte ich gemeinsam mit Marty Auer Strukturen schaffen, die einen gemeinsamen Informationsaustausch unter PiA ermöglichen (z. B. Implementierung einer regelmäßigen PiA-Landesversammlung). Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit mit der OPK und den PiA und stehe als Ansprechpartnerin für die Belange der PiA gern zur Verfügung.

Sylvia Wiesehütter

Fachreferentin zur Koordination der Länderarbeit – neue Mitarbeiterin für die Geschäftsstelle der OPK

Nadine Mahnecke-Windhövel

Am 1. Mai 2012 habe ich meine Arbeit als Fachreferentin zur Koordination der Länderarbeit in Leipzig begonnen. Mit meiner Tätigkeit möchte ich die OPK bei der Umsetzung ihrer Interessen auf politischer Ebene unterstützen. Ziel meiner Arbeit ist es, Entwicklungen in den Bundesländern zu erkennen und die Interessen und Belange der PsychotherapeutInnen angemessen zu vertreten.

Im November 2009 habe ich mein Studium der Politikwissenschaft, der Neueren und Neuesten Geschichte sowie Geographie an der TU Dresden erfolgreich beendet. Danach habe ich zwei Jahre das Abgeordnetenbüro eines sächsischen Landtagsabgeordneten geleitet. Bevor 2003 mein Studium begonnen hat, absolvierte ich eine Ausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation in Berlin.

Ich wurde 1980 geboren und bin in der Nähe von Berlin aufgewachsen. Für mein Studium bin ich 2003 nach Dresden gegangen, wo ich die letzten neun Jahre auch gelebt habe. Ab Juli werde ich mit meinem Mann und meinem einjährigen Sohn nach Leipzig ziehen.

Ich freue mich auf die neuen Herausforderungen und Tätigkeiten bei der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und hoffe, Ihnen in Zukunft eine kompetente und offene Ansprechpartnerin sein zu können.

Nadine Mahnecke-Windhövel

Veranstaltungshinweise

Gestufte Versorgungsansätze in der Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten

Im zusammenwachsenden Europa endet Gesundheitspolitik nicht an den Ländergrenzen. Die OPK konnte bereits 2008 und 2010 mit ihrer Veranstaltungsreihe zum Thema „Grenzüberschreitende Psychotherapie" Kontakte zu psychotherapeutischen Vereinigungen in den Nachbarländern Österreich und Polen knüpfen. Beide Veranstaltungen wurden vom Fachpublikum gut besucht.

Eine weitere Veranstaltung in dieser Reihe ist nun am 11. Oktober 2012, von 11.00 bis 17.30 Uhr im Mediencampus Leipzig geplant. Dieses Mal wollen wir für die bei uns laufende Diskussion über andere, neue Versorgungsformen psychisch kranker Menschen Anregungen, Erfahrungen und kritische Diskussionsbeiträge aus den europäischen Nachbarländern holen. Bei der geplanten Veranstaltung steht das Thema „Gestufte Versorgungsansätze in der Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten" im Mittelpunkt. Dazu sind u. a. ReferentInnen aus Deutschland, Irland und den Niederlanden eingeladen, um über sogenannte gestufte Behandlungsansätze – Stichwort: Stepped-Care – mit uns zu diskutieren. Zentrale Frage dieser Veranstaltung ist, ob solche Ansätze in der Versorgung zur bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten beitragen können. Eine Simultanübersetzung wird für diese Veranstaltung bereitgestellt.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage *www.opk-info.de* in der Rubrik Veranstaltungen.

*1. Treffen der angestellten PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*Innen in leitenden Funktionen in Krankenhäusern und Kliniken*

Der Ausschuss für Angelegenheiten der angestellten PsychotherapeutInnen plant ein Treffen der leitenden PsychotherapeutInnen der Kliniken und Krankenhäuser im OPK-Gebiet.

Am 26. September 2012, von 12.30 bis 16.30 Uhr, sollen im Mediencampus Leipzig gemeinsam folgende Themen diskutiert werden:

- Stellung der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Krankenhäusern,
- Tätigkeitsbeschreibungen,
- Vermittlung berufsrechtlicher Informationen,
- Etablierung eines Netzwerkes,
- Austausch und Diskussion.

Hintergrund

Ein Drittel der OPK-Mitglieder arbeitet im Anstellungsverhältnis. 45 Prozent davon sind in Krankenhäusern, weitere 21 Prozent sind in Rehabilitationskliniken beschäftigt. Krankenhäuser und Kliniken sind damit die wichtigsten Arbeitgeber für PP bzw. KJP.

Umso problematischer ist es, dass die rechtliche Stellung von PP und KJP in stationären Behandlungseinrichtungen nach wie vor nicht definiert ist. Während im ambulanten Sektor eine Gleichstellung mit Fachärzten weitgehend realisiert ist, gibt es bisher keine klaren Regelungen, welche Aufgaben und welche Befugnisse approbierten PP und KJP übertragen werden

können. Offene Fragen betreffen beispielsweise die Verantwortung für Behandlungsentscheidungen, die Leitung von Abteilungen, die Unterstellung unter Ärzte oder andere Berufsgruppen etc. Die Personalverordnung Psych-PV, Stellenbeschreibungen und Tarifverträge im öffentlichen Dienst und bei vielen anderen Arbeitgebern regeln lediglich die Tätigkeit und Entlohnung von Psychologen bzw. Sozialarbeitern/Sozialpädagogen. Das seit fast dreizehn Jahren geltende Psychotherapeutengesetz und die heilkundliche Qualifikation der PP/KJP werden hier vollständig ignoriert.

Besondere Brisanz erhält das Problem jetzt, nachdem es an den Universitäten keine Rahmen-Prüfungsordnung für Diplom-Psychologen mehr gibt und unklar ist, welche Bezeichnung dann Bachelor-Absolventen psychologischer Studiengänge führen können und welche Aufgaben diese gegebenenfalls übernehmen könnten. Eine wichtige Aufgabe der Psychotherapeutenkammern besteht darin, die Stellung der PP und KJP als Angehörige akademischer Heilberufe im Bereich der stationären Krankenbehandlung zu definieren und zu festigen.

Informationsveranstaltungen der OPK

Auch in diesem Jahr finden wieder die Informationsveranstaltungen in den Ländern statt – bitte merken Sie sich die Termine bereits jetzt vor. Die Einladungen werden im Sommer 2012 an Sie versandt.

05.09.2012: Mecklenburg-Vorpommern – in der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Rostock,

06.09.2012: Brandenburg – in der Landeszahnärztekammer Brandenburg in Potsdam,

19.09.2012: Sachsen – im Zeitgeschichtlichen Forum in Leipzig,

20.09.2012: Sachsen-Anhalt – im Elbauenpark (MVGM) in Magdeburg,

25.09.2012: Thüringen – in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen in Weimar.

Aufbau eines Krisenteams der Unfallkasse Brandenburg im Falle eines Großschadensereignisses

Dass die OPK auch in anderen Bundesländern an Regelungen zur psychotherapeutischen Notfallversorgung durch PsychotherapeutInnen interessiert ist, ohne sich in bestehende Strukturen drängen zu wollen, zeigt die Kooperation mit der Unfallkasse Brandenburg. Im Falle eines Großschadensereignisses im Bereich der Schulen und Kindertageseinrichtungen möchte die Unfallkasse Brandenburg gewappnet sein und ist daran interessiert, ein Team aufzubauen, das im Krisenfall vor Ort notwendige psychotherapeutische Behandlungen durchführt. Zusammen mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer wird am 13.06.2012 eine Informations- und Weiterbildungsveranstaltung in Frankfurt stattfinden, zu der noch gesondert Einladungen an alle Mitglieder versendet werden, die ihre Bereitschaft zur Mithilfe bei Großschadensereignissen in Brandenburg signalisiert haben. Die Unfallkasse wird bei dieser Veranstaltung einen Kooperationsvertrag auf Honorarbasis vorstellen, der sich an Kolleginnen und Kollegen wendet, die sich zur Mitarbeit bereit erklären. Der Rahmenvertrag wurde zwischen der Unfallkasse Brandenburg und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vereinbart.

2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag 2014

Die OPK befindet sich bereits jetzt in der Planungsphase für den 2. Ostdeutschen Psychotherapeutentag. Dieser wird vom 21.03.2014 bis 22.03.2014 in Leipzig stattfinden. Im Mittelpunkt der zweitägigen Veranstaltung wird diesmal die therapeutische Beziehung stehen.

Für Anregungen, Wünsche oder Empfehlungen wenden Sie sich bitte an Frau Wendt unter angelika.wendt@opk-info.de.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16, 04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
Mail: info@opk-info.de

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Bericht von der Vertreterversammlung am 17.03.2012
Abschluss und Neubeginn

Genau genommen ist von zwei Vertreterversammlungen zu berichten: Der letzten der vergangenen Wahlperiode und der ersten nach den Neuwahlen zum Jahreswechsel 2011/12. Beide fanden hintereinander am selben Tag am selben Ort statt, lediglich ein Teil der Akteure wechselte.

Die 11. und zugleich letzte Sitzung der 2. Wahlperiode rundet eine 5-jährige, zugleich von Beständigkeit und Innovation geprägte Kammerarbeit ab.

Mit deutlicher Genugtuung konnte Präsident Alfred Kappauf den Mitgliedern der VV im Rahmen des Vorstandsberichtes mitteilen, dass mit der Aufnahme der neuropsychologischen Therapie in die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung" zum 23.2.2012 und damit mit der Anerkennung als Regelleistung der GKV ein weiterer Meilenstein in der Verankerung psychotherapeutischer Versorgungsangebote erreicht wurde. Wegbereitend hierfür war – neben dem hohen persönlichen Engagement von Verbandsvertretern – einmal mehr der frühe und konsequente Einsatz der Kammer zur Etablierung einer Weiterbildungsordnung, ohne die dieses Ergebnis nicht denkbar gewesen wäre.

Der neugewählte Vorstand der 3. Wahlperiode (v. l. n. r.): Hr. Dr. Porsch, Hr. Staub, Fr. Borgmann-Schäfer, Fr. Dr. Benecke, Hr. Kappauf

Dauerbrenner Bedarfsplanung

Anhand einer Power-Point-Präsentation der Bundeskammer wurde ein Überblick über den aktuellen Diskussionsstand zum Thema Bedarfsplanung nach Einführung des Versorgungsstrukturgesetzes gegeben.

Die Bedarfsplanung beruht auf veralteten Zahlen aus dem Jahr 1999, die die bestandskräftig abgeschlossenen Zulassungen widerspiegeln. Von der Psychotherapeutenschaft soll nun gefordert werden, das Jahr 2005 als Aufsatzjahr für die weitere Bedarfsplanung heranzuziehen.

Es wird dazu erklärt, dass die größte Stellschraube in dieser Hinsicht die Festlegung des Stichtages ist. Je aktueller dieser ist, desto mehr Sitze würden vergeben werden.

Bedarf nicht planen, sondern ermitteln

In der anschließenden Diskussion wurde allerdings auch deutlich die Unzulänglichkeit mathematischer Planungsmodelle – oder salopp gesagt: des Sitzezählens – für die tatsächliche Bedarfsdeckung problematisiert.

Die eigentliche Herausforderung und Aufgabe bestünde darin, Bedarf zu erheben und Versorgungsziele zu definieren, an denen dann die Versorgungsangebote ausgerichtet werden müssten. Dies beträfe dann nicht nur den Bereich ambulanter Niederlassungen, sondern natürlich auch institutionelle Leistungsanbieter in Kliniken und Krankenhäusern.

Bisher ist es nicht gelungen, die maßgeblichen Akteure für eine prospektive Bedarfsplanung, die sich daran orientiert, welches gesundheitliche Niveau von der Gesellschaft gewünscht wird, zu begeistern.

Herr Rutert-Klein (MSAGD) stellte klar, dass auch für das Ministerium das Thema Bedarfsplanung sehr wichtig sei. Um eine Antwort auf die Frage zu erhalten, wie man in der Bedarfsplanung die tatsächliche Morbidi-

tät abbilden kann, müsse man aus Sicht des Ministeriums der G-BA die Faktoren Demografie und Morbidität mehr einbeziehen.

Das Ministerium versucht außerdem sicherzustellen, dass nicht nur die Sitze gezählt werden, sondern auch geprüft wird, wie der Versorgungsauftrag im Einzelnen erfüllt wird.

Schließlich bestätigte Herr Rutert-Klein den Eindruck, dass weder die Kassenärztliche Vereinigung noch die Krankenkassen ein Interesse daran haben, den Umfang der psychotherapeutischen Versorgung zu erweitern und weitere Finanzströme in diese Richtung zu lenken.

Es wird wohl noch eine Menge Wasser den Rhein herunterfließen, bis spürbare Systemwechsel greifen werden.

Geschäftsführung aktiv

Die Geschäftsführerin Fr. Heinrich berichtete unter anderem über eine an die Bundeskammer gerichtete Initiative, die anstehende Änderung der Krankenhausfinanzierung zu nutzen, um eine Ausbildungsvergütung für PiA zu erreichen.

In einem weiteren Projekt in Kooperation mit der Beratungsstelle der Universität Mainz werden zurzeit Möglichkeiten geprüft, psychisch erkrankten Studierenden schneller Hilfe zukommen zu lassen, um Ausfallzeiten zu verkürzen. In enger Abstimmung mit Krankenkassen, der IHK und der Zukunftsinitiative RLP (ZIRP) werden Förder- und Finanzierungsmodelle sondiert.

Weitere Initiativen betrafen die Harmonisierung der Beratung von Mitgliedern, verschiedene Länderkammern in Fragen der Weiterbildung und die Schulung der Geschäftsstellenmitarbeiter im Umgang mit schwierigen Patienten, die sich u. a. aus Beschwerdegründen direkt an die Kammern wenden.

Die Entgegennahme des geprüften Jahresabschlusses 2011 und die Entlastung des Vorstandes gehörten dann noch zu den Routinepunkten.

Die Sitzung endete mit der Verabschiedung der ausscheidenden Mitglieder der Vertreterversammlung, verbunden mit sehr persönlichen Worten des Dankes für das z. T. über viele Jahre eingebrachte berufspolitische Engagement.

Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der 3. Wahlperiode

Die sich anschließende 1. Sitzung der 3. VV stand ganz im Zeichen der Neuwahlen des Vorstandes und verschiedener Ausschüsse. Nach dem Willen der VV sollte der zukünftige Vorstand wieder aus fünf Mitgliedern bestehen.

Die Abstimmungen in den anschließenden fünf geheimen Wahlgängen führten zu folgendem Ergebnis:

Der alte wird auch weiter der neue Präsident sein: **Alfred Kappauf** wurde mit überzeugender Mehrheit im Amt bestätigt. Ihm zur Seite stehen wird, wie in der vergangenen Wahlperiode, **Fr. Dr. Andrea Benecke** als Vizepräsidentin. Die Plätze der Beisitzer/innen werden besetzt von **Hr. Peter Staub, Hr. PD Dr. Udo Porsch und Fr. Gisela Borgmann-Schäfer.**

Neuwahlen der Ausschüsse

Die folgenden Ausschüsse wurden pflichtgemäß oder nach ausdrücklicher Willensbildung eingerichtet und personell besetzt: Der Ausschuss für die besonderen Belange der Angestellten, der Ausschuss für Berufsordnung und Ethik, der Ausschuss Aus- und Weiterbildung, Ausschuss Fortbildung und Qualitätssicherung, Ausschuss Finanzen und Beitragsordnung. Des Weiteren wurden die Mitglieder des gemeinsamen Beirats mit der Landesärztekammer neu gewählt sowie die Delegierten für den Psychotherapeutentag. Die Ergebnisse der Wahlgänge sind ausführlich auf der Homepage der Kammer dargestellt.

Und zum guten Ende …

… teilte Hr. Kappauf der Vertreterversammlung mit, dass Fr. Birgit Heinrich sich aus persönlichen Gründen entschlossen habe, ihren Dienst für die Kammer zu quittieren und die Aufgabe der Geschäftsführung abzugeben.

Präsident Kappauf dankte Fr. Heinrich für den außerordentlichen Einsatz in den vergangenen zehn Jahren und auch schon in der Phase des Gründungsausschusses und kündigte eine feierliche Verabschiedung an (siehe nachfolgenden Bericht).

Fr. Birgit Heinrich feierlich verabschiedet – Geschäftsführerin verlässt nach 10 Jahren erfolgreicher Aufbauarbeit die Landeskammer

Am 20. April 2012 war es so weit. Nach fast auf den Tag genau zehn Jahren ihrer Tätigkeit als Geschäftsführerin für die Landeskammer RLP wurde Fr. Birgit Heinrich feierlich aus ihrem Dienstverhältnis verabschiedet.

Unter den zahlreichen Gästen waren viele dabei, die als temporäre oder ständige Zeitgefährten mit verfolgen konnten, wie Fr. Heinrich mit ihrem breiten und fundierten sozialrechtlichen Know-how, ihrer Nase für gesundheitspolitische „Goes“ und „No-Goes“, ihrem Organisationstalent und ihren verwaltungspraktischen Erfahrungen, Aufbau und Wachstum der Landeskammer in einer Weise beförderte, die uneingeschränkt Respekt und Dank verdient.

Genau dies zu übermitteln war Anliegen der Laudatio unseres Kammerpräsidenten, Alfred Kappauf, der in der ihm eigenen launigen Art., allein mit Rücksicht auf die begrenzte Zeit (und der Vorfreude der geladenen Gäste auf ein feines Glas Sekt), aus der Kette von Verdiensten und Leistungen nur die prägnantesten hervorhob. Dazu gehören mit Sicherheit – neben den energieraubenden Kraftanstrengungen des administrativen Aufbaus einer funktionierenden Geschäftsstelle, die übrigens auch als Ausbildungsbetrieb fungiert – die Mitwirkung bei der Erstellung des Landeskrankenhausplans, die Konzeption und Umsetzung einer Weiterbildungsordnung, die Anbindung an das Psychotherapeuten-Versorgungswerk, die Integration unseres Berufsstandes in das Landeskrankenhausgesetz, die beständige Pflege von Kontakten in die Ministerien

Präsident Alfred Kappauf dankt Fr. Birgit Heinrich

und zu anderen Landeskammern, die Pionierarbeiten in der Entwicklung neuer Versorgungsformen, die Entwicklung von Kooperationsstrukturen mit Ausbildungsinstituten und -kandidaten und eine stets fundierte Mitgliederberatung.

Dass all dies nicht immer nur reibungslos und glatt gelang, versteht sich von selbst, viele konfligierende Interessen galt es zu berücksichtigen und auszubalancieren, Widerstände – häufig auch aus den eigenen Reihen – waren zu überwinden, geduldige Überzeugungsarbeit war zu leisten. Alles Anforderungen, die Ausdauer, Fingerspitzengefühl, Hartnäckigkeit, Fleiß und viel Frustrationstoleranz verlangten, die Fr. Heinrich nicht selten auch über die Grenzen des Zumutbaren für die Kammer aufwendete.

Im Ergebnis – und am Ende zählt nur das – steht die Kammer auf gesunden Füßen und hat sich über die Landesgrenzen hinaus einen Namen gemacht. Dies wurde gleichlautend auch in den Gruß- und Dankesworten sowohl von Fr. Tophoven, der Geschäftsführerin der Bundeskammer, und von Hr. Rautschka-Rücker, Geschäftsführer der Kammer Hessen, stellvertretend für alle geschäftsführenden KollegInnen mit nachdrücklicher Anerkennung zum Ausdruck gebracht. Und schlussendlich waren es noch die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, die sich für die langjährige intensive Zusammenarbeit bedankten.

Fr. Heinrich verbarg ihre Rührung angesichts des großen bunten Straußes an Anerkennung und Bestätigung nicht, sie bereue ihre Entscheidung nicht, ahne aber schon, dass ihr Zeiten wehmütiger Erinnerung nicht erspart bleiben werden.

Jedem Ende wohnt ein Anfang inne, so auch hier. Fr. Heinrich verlässt die Kammer, wird ihr aber keinesfalls den Rücken zudrehen. Als zukünftige Geschäftsführerin eines Ausbildungsinstituts bleibt sie der Psychotherapeutenschaft treu und wird nun eher aus der Kundenperspektive die Möglichkeiten (und Grenzen) der Kammer entdecken können.

In einem, wie es sich gehört, wahrheitsgemäß und wohlwollend formulierten Arbeitszeugnis könnte stehen: Fr. Heinrich hat die ihr übertragenen und selbstgestellten Aufgaben stets zur vollsten Zufriedenheit des Vorstandes erledigt. Sie verlässt die Kammer auf eigenen Wunsch. Wir bedauern ihre Entscheidung sehr und wünschen ihr für ihre berufliche und private Zukunft herzlich alles erdenklich Gute ...

Aufruf zur Mitarbeit: Expertenpool für die Öffentlichkeitsarbeit

Könnten Sie sich vorstellen, zu einem Thema, für das Sie sich interessieren und in dem Sie sich gut auskennen, als Ansprechpartner/in für Medienanfragen zur Verfügung zu stehen? Von Abhängigkeiten bis Zyklothymie und weitergefasst von Achtsamkeitstraining bis Zweiter Weltkrieg mit seinen Traumafolgen. Wir möchten einen Expertenpool zusammenstellen, um schnell vor Ort Kontakte vermitteln zu können, und werden Sie dabei selbstverständlich verlässlich unterstützen. Als Ansprechpartnerin im Vorstand fungiert Fr. G. Borgmann-Schäfer. Sie wird mit Ihnen klären, was sie sich an Mitarbeit vorstellen können und was nicht. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich in der Geschäftsstelle melden!

Gar nicht mehr so lange hin: Fachtagung und Herbstfest 2012 ...

Am Samstag den 29.09.2012 ist es wieder soweit. Ab 14:00 Uhr lädt die Kammer ihre Mitglieder und Gäste ein weiteres Mal zur Fachtagung mit anschließendem gemütlichem Beisammensein ein.

Veranstaltungsort wird wie immer Mainz sein, die genaue Lokation wir noch bekanntgegeben. Ein Flyer mit weiteren Einzelheiten der Veranstaltung ist in Vorbereitung und wird im Sommer erscheinen.

Fachlich wird sich die diesjährige Tagung unter dem Titel „Schöne Neue Welt …?" mit der Psychotherapie im Spannungsfeld zwischen alten und neuen Medien, Isolation und sozialen Netzwerken, Virtualität und Realität, Couch und Chat u. a. m. befassen.

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Gisela Borgmann-Schäfer, Dr. Andrea Benecke, Jürgen Kammler-Kaerlein, Stefanie Rosenbaum.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de

www.lpk-rlp.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr
und zusätzlich
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

pks

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Prof. Rainer Richter besucht die PKS

Am 19.03.2012 besuchte Prof. Rainer Richter die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes. Nach seiner Wiederwahl zum Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer im letzten Jahr war das Saarland eine weitere Station der Besuche aller LPK, bei denen sich Prof. Richter insbesondere mit den Funktionsträgern der Kammer sowie den gewählten Vertretern über aktuelle Fragen der Berufspolitik austauscht.

Prof. Richter (r.), Kammerpräsident Morsch (l.)

Der Vorstand informierte den BPtK-Präsidenten über die Berufs- und Kammerpolitik sowie über die psychotherapeutische Versorgungssituation des Saarlandes. Auf dem Programm stand am Vormittag der Besuch einer psychiatrischen Klinik, dies v. a. vor dem Hintergrund, dass die BPtK sich 2012 mit dem Projekt PsychotherapeutInnen in Kliniken befasst. Unser Gast zeigte sich beeindruckt von der Umsetzung der saarländischen Psychiatriereform und der landkreisbezogenen stationären, gemeindenahen Vollversorgung psychisch Kranker, eingebunden in ein breites komplementäres Versorgungsnetz. Beispielhaft wurde u. a. das Konzept der Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung vorgestellt, deren Akut- und komplementäre Versorgung in den Landkreisen aus Kammersicht vorbildlich gelöst ist, während die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu wünschen übrig lässt (s. a. anschließende Resolution der PKS).

Am Nachmittag wurden Prof. Richter und der Vorstand der PKS im Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz von den zuständigen Abteilungsleitern und deren Mitarbeitern freundlich empfangen. Das Saarland hat 2012 den Vorsitz in der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und den Arbeitsgemeinschaften der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), so dass die Kammer und der oberste Vertreter unserer Profession die Gelegenheit nutzen konnten, über drängende Fragen wie Psychotherapieausbildung einschließlich Zugangsvoraussetzungen und Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes sprechen zu können. Prof. Richter informierte unsere Gesprächspartner im Gesundheitsministerium über die groben Fehler bei der Bedarfsplanung von 1999. Der BPtK liegen Zahlen vor, die dokumentieren, dass die Psychotherapeuten 1999 gegenüber der Planung im gesamten übrigen vertragsärztlichen Bereich extrem benachteiligt wurden.

In einem Interview des saarländischen Rundfunks stand Prof. Richter zu Fragen des Redakteurs zur Behandlung psychisch Kranker allgemein und sogenannter „Modeerkrankungen" im Speziellen sowie zur psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung. Im Anschluss diskutierte Prof. Richter mit dem Vorstand der PKS wichtige berufspolitische Fragen, bevor er am Abend zu Gast in der Vertreterversammlung war. Nach seinem Bericht über wesentliche Aspekte der Arbeit der BPtK hatten alle gewählten Vertreter und die anwesenden Gäste Gelegenheit zu fachlichem Austausch, die auch intensiv genutzt wurde. Prof. Richter bedankte sich anschließend für den freundlichen Empfang und lobte ausdrücklich die aus seiner Sicht professionelle Arbeit der saarländischen Kammervertreter. Auch aus Sicht des Vorstands wurde der Besuch des Präsidenten der BPtK als gelungen und berufspolitisch bedeutsam im Hinblick auf die Festigung politischer Kontakte zum Ministerium bewertet. In Zeiten der raschen politischen Umbrüche ist es sicher wichtig, Kontinuität in der Kontaktpflege mit den die politischen „Farbenwechsel" überdauernden Mitarbeitern des Ministeriums zu sichern.

Resolution verabschiedet

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat in ihrer Sitzung am 19.03.2012 nach engagierter Diskussion mit großer Mehrheit die nachfolgende Resolution verabschiedet. Hintergrund ist u. a., dass der Aktionsplan der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mangels Zustimmung des Landesbehindertenbeirates vor der Landtagswahl am 25.03.2012 im Saarland nicht verabschiedet werden konnte. Bei den Zugangsmöglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung erfahren geistig Behinderte eine besonders eklatante Benachteiligung. Es ist uns ein Anliegen, uns in dieser Frage zu positionieren und auf ein besonderes Problem aufmerksam zu machen. Es gibt im Saar-

land kaum ambulante psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung. Vielmehr ist das Problem vielen gar nicht bewusst. Mit dieser Resolution möchten wir die Aufmerksamkeit darauf lenken und dazu aufrufen, an der Beseitigung dieses Missstandes mitzuwirken.

Resolution gegen die Unterversorgung von Patienten mit geistiger Behinderung

Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen bei geistig Behinderten

In Deutschland leben etwa 500.000 Menschen mit einer geistigen Behinderung, was einem Anteil von etwa 0,63% an der Gesamtbevölkerung entspricht. Diese Menschen können wie jeder andere auch psychisch erkranken. Da die Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen allgemein auf etwa 10% veranschlagt wird, ist anzunehmen, dass bundesweit mindestens 50.000 geistig behinderte Menschen zusätzlich zu den kognitiven Einschränkungen an einer psychischen Erkrankung leiden. In der Fachliteratur gehen zahlreiche Autoren darüber hinaus von einer im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöhten Vulnerabilität aus mit der Begründung, dass die Intelligenzminderung die Anpassung an die sozialen Normen beeinträchtigen kann und die daraus resultierende Häufung von Konflikten und Belastungen im Sozialisationsprozess die Beziehungs- und Ich-Entwicklung negativ beeinflusst.

Massive psychotherapeutische Unterversorgung geistig Behinderter im Saarland

Für das Saarland mit knapp einer Million Einwohnern ist somit von mindestens 600 – und wahrscheinlich eher 1.000 – Personen mit der Doppeldiagnose einer geistigen Behinderung und einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung auszugehen. Diesem Bedarf gegenüber berichten Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung und Mitarbeiter im Bereich der Eingliederungshilfe einstimmig, dass für die benannte Personengruppe gerade im Bereich der ambulanten Psychotherapie gravierendste Versorgungsdefizite bestehen. Die massive Unterversorgung trägt dazu bei, dass psychische Erkrankungen von Menschen mit Behinderungen nur einseitig pharmakologisch oder überhaupt nicht behandelt werden. Auffällige Verhaltensweisen werden in der Folge von der Umwelt nicht als Hilferufe, sondern als Teil der Behinderung fehlinterpretiert und damit ihres Sinngehaltes entleert wahrgenommen. Dieser Zustand ist nicht hinnehmbar, stellt eine offenkundige Benachteiligung dar und widerspricht Artikel 25 der UN-Konvention für Menschen mit Behinderung. Darin „erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen". Die psychotherapeutische Versorgung ist Teil der Gesundheitsversorgung.

Forderungen nach zielgruppenspezifischen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten

Daraus ergeben sich folgende Forderungen in Anlehnung an die Stellungnahme Nr. 7 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 2009:

- Menschen mit geistiger Behinderung haben einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte, wohnortnahe gesundheitliche Versorgung und dies unabhängig von den leistungsrechtlichen Konstellationen des Einzelfalls.
- Das psychiatrisch-psychotherapeutische Regelversorgungssystem muss sich – über die gesicherte Akutversorgung im Rahmen der regional geregelten Pflichtversorgung hinaus – noch mehr als bisher des Versorgungsbedarfs der Menschen mit geistiger Behinderung annehmen.
- Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen geistig Behinderter sind ausreichende Versorgungsangebote bereit zu stellen, Sonderbedarfszulassungen bei unzureichender Versorgungskompetenz im bestehenden Angebot sind zu prüfen.
- Das Vorliegen einer geistigen Behinderung darf in keinem Falle zu unzulänglicher Versorgung oder gar zum Ausschluss aus einer adäquaten Versorgung führen.

Gesundheitliche Unterversorgung behinderter Menschen widerspricht dem grundgesetzlichen Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung.

Vorankündigung Fachtagung Angestellte am 12. Oktober 2012

Psychohygiene – PP und KJP in Institutionen

In den Räumen der IHK des Saarlandes werden wir uns unter berufspolitischen und fachbezogenen Aspekten mit psychotherapeutischem Arbeiten in institutionellen Kontexten befassen.

- *Dr. Dietrich Munz*, Vizepräsident der BPtK, Präsident der LPK Baden-Württemberg, und *Wolfgang Dube*, Mitglied im BPtK-Ausschuss Psychotherapie in Institutionen und Sprecher der ver.di-Bundesfachkommission PP und KJP, geben einen Überblick zur Verortung und zu Entwicklungsperspektiven der institutionellen psychotherapeutischen Tätigkeiten (finanziell, rechtlich, ideell).
- *Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Schuhler*, PP, hält einen Vortrag und Workshop zu „Salutogenese in der Institution – Was uns zufrieden macht und gesund hält".
- *Dr. med. Michael Huppertz*, Psychiater und Psychotherapeut aus Darmstadt und Autor zweier viel beachteter Bücher zum Thema „Achtsamkeit", wird einen Vortrag und Workshop mit praktischen Übungen zum Thema Achtsamkeit anbieten.

Zur besseren Vorbereitung können Sie uns ab sofort gerne konkrete Fragen an die ReferentInnen zukommen lassen unter jochum@ptk-saar.de oder per Fax an die Geschäftsstelle unter 0681 / 954 55 58.

Die Veranstaltung ist mit 7 Fortbildungspunkten zertifiziert.

PKS wählt neue Vizepräsidentin

Dipl.-Psych. Inge Neiser

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat in ihrer Sitzung am 19.03.2012 als Nachfolgerin für Herrn Dipl.-Psych. Jochen Jentner Frau Dipl.-Psych. Inge Neiser zur neuen Vizepräsidentin der Kammer gewählt. Die Nachwahl war nötig geworden, nachdem Jochen Jentner seinen Rücktritt erklärt hatte. Wir bedanken uns bei unserem ehemaligen Vizepräsidenten, der sein Amt seit August 2009 mit großem Einsatz und in bester Kooperation mit allen Vorstandsmitgliedern ausgeübt hat. Der Rücktritt erfolgte aus persönlichen Gründen, für die der Vorstand vollstes Verständnis hat. Wir freuen uns, dass Jochen Jentner der Kammer in seiner Funktion als gewählter Vertreter und Mitglied in zwei Ausschüssen (Ausschuss Fort- und Weiterbildung – Vorsitz – sowie Ausschuss Ambulante Versorgung) mit seiner großen Sachkunde weiter zur Verfügung steht.

Inge Neiser ist seit 1982 berufspolitisch engagiert im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, u. a. in den Funktionen von Landesvorsitz, Präsidiumsmitglied auf Bundesebene und derzeit als stellvertretende Vorsitzende der Sektion Klinische Psychologie des BSDP. Als stellvertretende Vorsitzende des Errichtungsausschusses hatte sie von Dezember 2002 bis Januar 2004 aktiv am Aufbau der Kammer mitgewirkt und war Mitglied in der Vertreterversammlung nach der ersten Kammerwahl im Jahr 2004. Seit Juni 2011 ist sie im Nachrückverfahren erneut als Mitglied der Vertreterversammlung aktiv. Der Vorstand freut sich auf die Zusammenarbeit mit der neuen Vizepräsidentin.

Patientenrechtegesetz

Das Bundesministerium der Justiz und das Bundesministerium für Gesundheit haben zum Jahresbeginn den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vorgelegt. Der Gesetzgeber möchte mit der Vorlage eines Patientenrechtegesetzes die sich vielfach erst aus der Rechtsprechung ergebenden Rechte der Patienten präzisieren und Rechtsunsicherheiten beseitigen.

Aus Patientenperspektive sind die einzelnen Patientenrechte wenig transparent geregelt. Für sie ist es häufig unverständlich, warum sich Rechte aus der Stellung als Versicherter aus dem Sozialrecht ergeben können, aber auch das Berufsrecht der Heilberufe Regelungen zu Patientenrechten beinhaltet und schließlich im Rahmen des Behandlungsvertrages Patientenrechte im Zivilrecht verankert sind. Dies führt dazu, dass Patienten die konkreten Rechte nicht ausreichend bekannt sind.

Der Berufsstand der Psychotherapeuten befürwortet die Zusammenführung und Beschreibung der Patientenrechte aus deren Perspektive in **einem** Gesetz und verspricht sich so eine zentrale Verbesserung. Bedenken haben die Psychotherapeuten jedoch insbesondere im Hinblick auf im Regierungsentwurf formulierte Änderungen der Dokumentations- und Einsichtsrechte.

Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht gesetzliche Regelungen in folgenden Bereichen vor:

- Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im BGB,
- Förderung der Fehlervermeidungskultur,
- Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern,
- Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern,
- Stärkung der Patientenbeteiligung,
- Stärkung der Patienteninformation.

Kern des Patientenrechtegesetzes ist eine Änderung des BGB, in dem Regelungen zum Behandlungsvertrag und insbesondere zur Arzthaftung vorgesehen sind. Die Änderungen im Sozialgesetzbuch (SGB V) beschränken sich im Wesentlichen auf die Ausweitung der Beteiligung von Patientenvertretern und die Einführung von Widerrufsrechten bei Erklärungen zur Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V. Eine Ausnahme stellt die Einführung eines neuen Kostenerstattungsverfahrens für den Fall dar, dass Leistungen nicht rechtzeitig bewilligt werden.

Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 630 a ff – BGB):

Es wird festgeschrieben,

a) dass jede Behandlung eines Vertrages bedarf,

b) dass auf das so geschlossene Behandlungsverhältnis Vorschriften eines Dienstverhältnisses anzuwenden sind („Behandlungsverhältnis", „Dienstverhältnis" und „haftungsrechtliche Relevanz"),

c) dass mit dem Behandlungsvertrag Informationspflichten über die Rahmenbedingungen der Behandlung (u. a. Umstände, Diagnose, Therapiemaßnahmen) verbunden sind,

d) dass für jeden Eingriff eine Einwilligung erfolgen muss. Hier wird seitens der Psychotherapeuten problematisiert, dass in der Psychotherapie die Unterscheidung zwischen „Eingriff" und „Behandlung" schwieriger ist als in der Somatik und dies v. a. in der Kindertherapie zu haftungsrechtlichen Probleme führen kann – die Psychotherapeuten sprechen von Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen „wenn sie über die eingriffsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen" (§ 12 Abs. 2 Satz 1 Berufsordnung PKS),

e) dass Aufklärungspflichten einzuhalten sind über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände (Art, Umfang,

Durchführung, zu erwartende Folgen und spezifische Risiken, Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung des Eingriffs; über die Erfolgsaussichten des Eingriffs und Therapiealternativen etc.) und wie die Aufklärung zu erfolgen hat (in der Regel mündlich, rechtzeitig und verständlich etc.),

f) dass eine Dokumentation der Behandlung zu erfolgen hat (Zeitpunkt, Papierform und/oder elektronische Form, Umfang, Kenntlichmachung von Korrekturen bzw. nachträglichen Änderungen, Aufbewahrung etc.). Kritik der Psychotherapeuten: Keine Unterscheidung „objektiver" und „subjektiver" Dokumentation,

g) dass Patienten weitreichende Einsichtsrechte in ihre Patientenakte haben (jederzeit, unverzüglich, Verlangen von Abschriften oder Kopien; Regelung der Einsichtsrechte für Angehörige nach Tod des Patienten etc.),

h) dass Beweislasterleichterungen bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler eingeführt werden (im Prinzip erfolgt eine „Beweislastumkehr", indem jetzt der Behandler, nicht wie bisher der Patient, etwa bei Behandlungsfehlern den Nachweis erbringen muss, dass ein vermuteter Fehler nicht vorliegt).

Änderungen im SGB V

- § 13 Absatz 3a neu: Den Versicherten wird ein Anspruch auf Kostenerstattung eingeräumt, wenn erforderliche Leistungen nicht innerhalb festgelegter Fristen seitens der Krankenkassen bearbeitet werden.
- § 99; § 90a: Beteiligungsrechte von Patientenvertretern beim Aufstellen der Bedarfsplanung in den Landesgremien.
- §§ 135a, 137: Verpflichtende Einführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements und Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, zukünftig insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme festzulegen.

Diskussion

Insbesondere die vorgesehenen Regelungen der Dokumentations- und Einsichtsrechte im BGB werden gegenwärtig im Berufsstand heftig diskutiert. Eine Umsetzung der vollen Einsichtsrechte in die Behandlungsdokumentation für Patienten in psychotherapeutischer Behandlung (§ 630g BGB) bei gleichzeitiger Aufhebung bzw. fehlender Trennung von „subjektiver" und „objektiver" Dokumentation, wie sie das Berufsrecht definiert („Die Einsichtnahme in persönliche Aufzeichnungen der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten über seine emotionalen Erlebnisweisen im Rahmen des therapeutischen Geschehens (subjektive Daten) kann verweigert werden" – § 11 Abs. 3 Berufsordnung PKS), stellt eine veränderte Auslegung der bisherigen Rechtsprechung dar. Im Bereich der Psychotherapie wird bei den Aufzeichnungen der Therapiesitzung zumindest teilweise ein subjektiver Eindruck festgehalten. Daher hat die Rechtsprechung bisher das Einsichtnahmerecht dadurch beschränkt, dass sie es auf objektive Befunde eingegrenzt hat oder dem Psychotherapeuten zumindest ein Recht eingeräumt hat, die subjektiven Passagen in den Unterlagen zu schwärzen.

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammern

Die BPtK hat in Abstimmung mit den Landeskammern eine ausführliche Stellungnahme erarbeitet, die auf die mit dem geplanten Gesetz veränderte Rechtslage hinweist. Sollte das Patientenrechtegesetz so umgesetzt werden, hätte dies erhebliche Folgen v. a. auf das Dokumentationsverhalten der Psychotherapeuten, im Weiteren – abhängig vom Verfahren und Behandlungskontext – möglicherweise auch auf Rahmenbedingungen und Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung. Juristisch muss stets eine Abwägung der Persönlichkeitsrechte der Person des Psychotherapeuten und der Rechte des Patienten bedacht werden. Der im Referentenentwurf gegebene Hinweis, der Behandelnde könne zur Wahrung seiner Persönlichkeitsrechte „solche (subjektiven, Anm. B. Morsch) Aufzeichnungen vollständig unterlassen, wenn er eine Einsichtnahme vermeiden wolle" (siehe Begründung im Referentenentwurf, S. 33, Absatz 3, vorletzter Satz) ist fachlich und rechtlich kaum haltbar. Es geht hier nicht schlicht um eine möglicherweise am Rande während der Therapie gewonnene „persönlichen Einschätzung" des Psychotherapeuten. Der Psychotherapeut hält im Rahmen seiner „subjektiven" Aufzeichnungen für sich fest, welche emotionalen Reaktionen und Verhaltensimpulse der Patient bei ihm, dem Psychotherapeuten, selbst auslöst. Dies ist in Abhängigkeit vom Psychotherapieverfahren ein äußerst bedeutender Teil des Behandlungsprozesses und stellt – vor allem bei psychodynamischen Verfahren – eine wesentliche Grundlage der psychotherapeutischen Vorgehensweisen und Strategien dar. Eine wie nach § 630g BGB erlaubte Einsichtnahme des Patienten in diese Aufzeichnungen im Bereich Psychotherapie wird in der Profession je nach Verfahren potenziell als therapieschädlich und/oder zumindest den Behandlungsprozess behindernd angesehen. Ob es gelingt, die Abgeordneten im laufenden parlamentarischen Verfahren von der Bedeutung der „subjektiven" Dokumentation für Psychotherapeuten sowie den möglicherweise den Therapieprozess behindernden erweiterten Einsichtnahmerechten des Patienten zu überzeugen, ist gegenwärtig offen. Der Gesetzesentwurf wurde jedenfalls am 23.05.2012 vom Bundeskabinett diesbezüglich unverändert beschlossen und geht jetzt in die parlamentarische Beratung.

Quellen:
Referentenentwurf des BMG, BJM 2012
Stellungnahme BPtK, März 2012
Berufsordnung PKS

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Vorstand PKS
Präsident: Bernhard Morsch
Vizepräsidentin: Inge Neiser
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Michael Schwindling
Geschäftsstelle: Maike Paritong

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schleswig-Holstein hat gewählt und eine neue Regierung. Betrifft uns das als Berufsstand? Vielleicht. Denn dadurch und durch das Wahlergebnis in Nordrhein-Westfalen haben sich die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat verschoben. Für die dringend benötigte Reform der Psychotherapieausbildung mag dies ein Hoffnungsschimmer sein. Wir werden sowohl auf Landesebene als auch auf Bundesebene am Ball bleiben. Eine gute Lektüre mit dieser Ausgabe des PTJ und einen schönen Sommer wünscht

Juliane Dürkop
Präsidentin

Kammerversammlung mit Prof. Rainer Richter

am Freitag, 15. Juni 2012 um 15 Uhr in der Hermann-Ehlers-Akademie in Kiel (Gurlittstraße 3).
Der Präsident der BPtK, Prof. Rainer Richter, wird uns zu aktuellen Themen wie Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie, Psychiatrie-Entgelt-Gesetz und Ausbildungsreform auf den neuesten Stand bringen und mit uns diskutieren.
Wer also die bundespolitischen Informationen aus erster Hand erfahren möchte: Sie sind als Mitglied herzlich eingeladen!

Klinische Neuropsychologie: Aktuelle Entwicklung bei der PKSH

Im letzten PTJ hatten wir unsere Mitglieder bereits darüber informiert, dass die Neuropsychologische Therapie im vergangenen November vom G-BA als Kassenleistung anerkannt worden ist. Ausführlich waren wir auch darauf eingegangen, was das für eine Kammer wie unsere bedeutet, in der keine Weiterbildungsregelungen getroffen worden sind. Wichtig war und ist, dass selbstverständlich auch in Schleswig-Holstein entsprechend qualifizierte Leistungserbringer (es gilt hier die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer [MWBO] und die Anerkennung erfolgt durch die KV) die Abrechnungsgenehmigung für Neuropsychologische Therapie genauso erhalten können wie im Wirkungsbereich der Landeskammern, die entsprechende Weiterbildungsregelungen haben. Weder für die Anerkennung von Leistungserbringern noch für die Versorgung der Bevölkerung benötigt die Kammer also eine Weiterbildungsordnung.

Diskussion auf der 28. Kammerversammlung am 23.03.2012

Gleichwohl hat sich die Kammerversammlung auf ihrer März-Sitzung noch einmal ausführlich mit diesem neuen Sachverhalt und seinen Auswirkungen auf eine mögliche Weiterbildungsregelung auch in Schleswig-Holstein befasst. Klar wurde, dass auch die Kammer Schleswig-Holstein aus titelschutzrechtlichen Gründen eine Weiterbildungsordnung zur Neuropsychologischen Therapie erlassen sollte. Das Heilberufekammergesetz (HBKG) schreibt allerdings vor, dass Weiterbildungsregelungen u. a. nur dann geschaffen werden dürfen, wenn sie für eine adäquate Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Hierzu gehört sicher die Frage, ob eine Weiterbildungsregelung geeignet ist, eine hinreichende Anzahl von Leistungserbringern hervorzubringen, die diese adäquate Versorgung gewährleistet. Tut sie das nicht, ist der geschaffene Weiterbildungsgang nach dem HBKG wieder einzustellen. Die Kammerversammlung hat sich insbesondere mit diesem Aspekt sehr ausführlich befasst.

Man darf durchaus Zweifel daran äußern, ob die Generierung von hinreichend vielen Leistungserbringern bei dem in der MWBO festgelegten Weiterbildungsumfang (die Umfänge in den Landeskammern sind weitgehend identisch) gelingen kann. Diese Zweifel hat auch bereits das Bundesministerium für Gesundheit geäußert und dem G-BA den Auftrag erteilt zu prüfen, ob sein Beschluss tatsächlich zu einer adäquaten Versorgung der Bevölkerung führt, bzw. alternative Szenarien zu entwickeln, wie ggf. die Versorgung anders zu gewährleisten ist. Zur Erinnerung: Die MWBO verlangt für den Erwerb der Qualifikation neben mindestens 400 Stunden Theorie und mindestens 100 Stunden Supervision auch mindestens zwei Jahre Vollzeittätigkeit in einer neurologischen Klinik.

Dr. Heinz Liebeck, Göttingen, trug als geladener externer Referent der Kammerversammlung vor, wie der derzeitige Weiterbildungsumfang in der MWBO zustande gekommen war, und erläuterte, dass dieser Umfang festgelegt wurde, als es noch darum ging, mit einer Neuropsychologischen Weiterbildung Diplom-PsychologInnen zu einer Approbation zu verhelfen. Als sich diese Idee zerschlug, übernahm man den Umfang an Theoriestunden und Supervision einfach für eine Weiterbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Innen. Lediglich die praktische

Tätigkeit in einer Klinik wurde von vorher drei Jahre auf zwei Jahre reduziert. Dr. Heinz Liebeck führte weiter aus, welche Inhalte des Weiterbildungscurriculums bereits durch Studium und Therapieausbildung abgedeckt sind, und stellte zudem Vergleiche mit ärztlichen Weiterbildungsgängen dar. Er endete mit dem Fazit, dass eine Reduktion des bestehenden Weiterbildungscurriculums der BPtK fachlich nicht nur vertretbar, sondern zur Vermeidung verzichtbarer Wiederholungen auch geboten ist. Er sprach an die PKSH die Empfehlung aus, ein eigenes, im Umfang reduziertes Curriculum zu entwerfen.

Auftrag der Kammerversammlung an den Ausschuss Fort- und Weiterbildung

In der Kammerversammlung entwickelte sich hierzu dann eine ausführliche und sehr sachliche Erörterung der Problematik. Nach ausführlicher Diskussion beschloss die Kammerversammlung dann, der Empfehlung von Dr. Heinz Liebeck zu folgen, und erteilte dem Ausschuss für Fort- und Weiterbildung den Auftrag, für die Neuropsychologische Therapie ein Weiterbildungscurriculum zu entwerfen, das den Umfang der MWBO deutlich unterschreitet. Nur so dürfte zumindest eine Chance bestehen, den vom HBKG geforderten Beitrag eines Weiterbildungsganges zur adäquaten Versorgung der Bevölkerung zu erfüllen.

Dieser Beschluss der Kammerversammlung erging einstimmig. Der Vorstand hält diesen sehr erfreulichen Sachverhalt für besonders erwähnenswert. Unterschiedliche Ansichten zur Weiterbildungsproblematik waren bis zu diesem Zeitpunkt ein scheinbar unüberwindbares Hindernis für eine Zusammenarbeit der beiden Gruppierungen, aus denen heraus die Kammerversammlung gewählt wurde. Da beide Gruppierungen in der Kammerversammlung gleich stark sind, hätte es hier auch zu gegenseitigen Blockierungen kommen können. Die Kammerversammlung zeigte sich hier jedoch in der Lage, von unterschiedlichen Ausgangspositionen und nach konstruktiver Erörterung zu einer konsensfähigen Haltung zu kommen.

Prof. Eva Jaeggi kommt zum Festakt der PKSH

Wir freuen uns, dass Frau Prof. Jaeggi uns ihre Sicht auf die Zukunft unseres Berufsstandes darlegen wird: „Streng in der Theorie – flexibel im Handeln *oder* Wie ich mir eine gute Psychotherapieausbildung vorstelle."

Anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens richtet die PKSH am 31. August 2012 im Kieler Yacht Club eine Festveranstaltung aus, zu der alle Mitglieder noch eine Einladung erhalten werden.

Diskussion auf dem 20. Deutschen Psychotherapeutentag

Auch auf dem 20. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 12.05.2012 in Berlin wurde der G-BA-Beschluss zur Neuropsychologischen Therapie ausgiebig gewürdigt. Aus Sicht der schleswig-holsteinischen Delegierten fiel diese Würdigung jedoch sehr einseitig und unkritisch aus. Die Vehemenz, mit der die Entwicklung immer wieder als Erfolgsgeschichte der Neuropsychologischen Therapie propagiert wurde, wirft unweigerlich die Frage auf, worauf genau denn hier anzustoßen ist. Dass hier eine Versorgungslücke geschlossen werden konnte, ist z. Zt. äußerst fraglich, vielmehr ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass durch die Entwicklung das Schließen dieser Versorgungslücke eher verhindert wird. Und wem nutzt das Ganze dann? Oder meint man deshalb feiern zu dürfen, weil man glaubt, über eine berufsrechtliche Regelung (Weiterbildung) Einfluss auf das Sozialrecht (G-BA-Beschluss) genommen, also mit Weiterbildung einfach erfolgreich Politik gemacht zu haben?

Nach unserer Auffassung kann das Machen von Politik jedoch kein Selbstzweck sein, sondern ist immer in Abhängigkeit vom konkret Angestrebten und Erreichten zu werten. An dieser Stelle ist das konkret Erreichte jedenfalls zweifelhaft und deshalb kein Grund zum Feiern. Auf dem DPT war beispielsweise auch zu erfahren, dass die Ärzteschaft auf den G-BA-Beschluss bereits dahingehend reagiert hat, dass sie die geforderte Weiterbildung für ärztliche Leistungserbringer ablehnt und explizit fordert, dass diese nur für PP und KJP gelten soll. Aus unserer Sicht sollte das die Psychotherapeutenschaft nachdenklich stimmen und die Sektflaschen bis auf weiteres kaltgestellt lassen.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident

KVSH prüft Tätigkeitsumfang in der psychotherapeutischen Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) hat in diesem Jahr begonnen, den Umfang der wahrgenommenen Versorgungsaufträge zu prüfen. Manche Mitglieder wundern sich darüber. Aber: Dazu ist die KVSH nicht erst aufgrund des Versorgungsstrukturgesetzes verpflichtet. Jetzt haben einige Mitglieder, die trotz eines vollen Versorgungsauftrages deutlich weniger PatientInnen behandeln, bereits Briefe erhalten, mit denen sie zum Gespräch in der KVSH eingeladen wurden. Das Interesse der KVSH ist, im persönlichen Gespräch die individuellen Gründe für die geringe Leistungserbringung zu besprechen und gemeinsam zu einer Lösung zu gelangen. Die Möglichkeit, einen „halben Versorgungsauftrag" abzugeben, scheint manchen Mitgliedern noch nicht bekannt zu sein. Diese wäre im Interesse der Leistungserbringer und vor allem der Patientinnen und Patienten eine bedenkenswerte Alternative.

Treffen mit Patientenorganisationen

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer traf sich im April zu einem informellen Austausch mit der Verbraucherzentrale, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) und dem Frauennotruf. Ein solches Treffen hatte es in 2009 bereits einmal gegeben. Seinerzeit diente es der Erörterung der Frage des Umganges der Kammer mit Verstößen gegen das Abstinenzgebot. Damals konnte das nur theoretisch erörtert werden, da der Kammer zu diesem Zeitpunkt keine Vorgänge dieser Art vorla-

gen. Beim aktuellen Treffen wurden die Verbraucherorganisationen darüber informiert, was sich bei der Kammer diesbezüglich zwischenzeitlich getan hat. So hat die Kammer auf ihrer Homepage den Umgang mit Beschwerden als Patienteninformation öffentlich gemacht. Sie war zudem bei der Staatsanwaltschaft aktiv, um hier das Bewusstsein dafür zu schärfen, den § 174c StGB im Sinne des Berufsstandes auszulegen. Hierzu hat es zwischenzeitlich auch eine höchstrichterliche Rechtsprechung durch den Bundesgerichtshof gegeben, wonach Einvernehmlichkeit von Sexualkontakten in einem Behandlungsverhältnis alleine nicht ausreicht, um diesen Sexualkontakt straffrei zu stellen. Schließlich konnten zwischenzeitlich gemachte Erfahrungen der Kammer mit Beschwerden wegen Verstößen gegen das Abstinenzgebot mit den Patientenorganisationen erörtert werden. Der Umgang der Kammer mit solchen Vorgängen wurde von den Teilnehmern positiv bewertet. Offensichtlich konnte vermittelt werden, dass die Kammer ein glaubhaftes Interesse daran hat, entsprechende Beschwerden ernst zu nehmen und diesen adäquat nachzugehen.

Seitens der Patientenorganisationen wurde bei dem Treffen berichtet, dass sich immer mehr Menschen an sie wenden, denen es nicht gelingt, einen Therapieplatz zu finden. So wurden die unzureichende Versorgungslage mit ambulanter Psychotherapie ausführlich reflektiert, die Aktivitäten der Kammer insbesondere in Bezug auf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und die Veränderung der Bedarfsplanungsrichtlinien dargestellt sowie die Möglichkeit der Kostenerstattung als ergänzende Variante diskutiert.

Manche Landeskammern haben formale Kooperationsvereinbarungen mit der UPD geschlossen. Aus Sicht des Vorstandes der PKSH wurden solche Vereinbarungen bisher skeptisch gesehen und so wurde bei diesem Treffen auch darüber diskutiert, wie die Patientenorganisationen in Schleswig-Holstein zu solchen Vereinbarungen stehen. Erfreulicherweise waren sich alle Teilnehmer relativ rasch einig, dass eine solche formale Kooperation zwischen einer Patientenorganisation und der Kammer im Sinne von Interessenklarheit und Interessenwahrheit nicht anzustreben ist.

Da der informelle Austausch von allen Beteiligten als sehr fruchtbar erlebt wurde, soll er im Abstand von ca. ein bis zwei Jahren fortgesetzt werden.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident
Beschwerdebeauftragter

Erhebung von Sozialdaten durch den MDK

Im Oktober 2011 erhielt die PKSH ein Schreiben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK Nord) mit der Bitte um Absprache. Man entwickle ein Formular für die Anforderung von Sozialdaten speziell für Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein und Hamburg. Das Formular solle den PsychotherapeutInnen bei der Auskunft zu Psychotherapien mehr Rechtssicherheit geben. Auch solle hierzu eine Übereinkunft mit den beiden KVen zur Abrechnung über EBM getroffen werden.

Niedergelassene kennen die MDK-Anfragen im Auftrage der jeweiligen Krankenkasse von PatientInnen. Nach § 276 II SGB V sind Leistungserbringer verpflichtet, die Begutachtung der Medizinischen Dienste zu unterstützen. Es war dabei bislang scheinbar den Mitarbeitern des MDK oder gar Krankenkassensachbearbeitern überlassen, welche Unterlagen oder Aussagen über PatientInnen sie einfordern: Einschätzungen zur Dauer der AU, ganze Zwischenberichte, Stellungnahmen über die Leistungsfähigkeit, allgemeine Verlaufsdarstellungen zur Psychotherapie u. ä. Oft ist die genaue Fragestellung des Prüfauftrages nicht beschrieben. Damit ist es dem einzelnen Kammermitglied überlassen, abzuwägen, welche Informationen für die MDK-Prüfung notwendig sind und welche aus Gründen der Schweigepflicht unterbleiben sollten. Eine schwierige Entscheidung zwischen rechtlichen Erfordernissen und der möglichen Belastung des therapeutischen Vertrauensverhältnisses.

Im Gegensatz zu Ärzten sind Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nicht befugt, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Somit ist die häufige Anfrage nach der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch rechtlich problematisch.

Der Justiziar der PKSH hat gegenüber dem MDK darauf hingewiesen, dass die Durchbrechung des Sozialgeheimnisses gemäß § 35 SGB I im Einzelfall durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten nur erfolgen darf, wenn er/sie hinsichtlich des genau benannten Prüfauftrages abschätzen kann, welche Daten für die gutachterliche Stellungnahme erforderlich sind. Erforderlich heißt hier auch die Einschätzung der Verhältnismäßigkeit. Also welche Informationen sind zwingend notwendig und welche würden schon die Schweigepflicht verletzen? Eine eindeutige Grenzziehung ist hier sicherlich nicht möglich, jedoch könnte ein speziell für Psychotherapeuten entworfenes Formular zur Sozialdatenabfrage Unsicherheiten eingrenzen. Daher fordert die PKSH gegenüber dem MDK in der Gestaltung des Formulars eine hohe Rechtssicherheit gegen einen möglichen Schweigepflichtverstoß. Der Prüfauftrag muss eindeutig beschrieben sein. Des Weiteren wünscht die PKSH eine weitgehende Standardisierung und die Eingrenzung der Abfrage nach Diagnosen, Anzahl genehmigter Sitzungen, noch offener Sitzungen, Therapiefrequenz, Therapieverfahren, Einzel- oder Gruppentherapie, absehbarer Verlängerung und voraussichtlichem Therapieende. Eine allgemeine Frage nach dem Befund hält die PKSH nicht für sinnvoll. Sie empfiehlt die Nachfrage zum klinischen Befund nur dann zu stellen, wenn er für die Fragestellung des MDK relevant ist. Hier sollte der Freitextbereich nur auf zwei bis drei Zeilen begrenzt sein.

Eine endgültige Entscheidung des MDK Nord steht noch aus.

Klaus Thomsen
Vorstandsmitglied

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990, Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr, + Do: 13 – 16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Leserbriefe

J. Klein-Heßling & J. Schopohl: „Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession", Psychotherapeutenjournal 4/2011

Direktausbildung schafft fairere Bedingungen des Berufseinstiegs

In ihrem Beitrag nehmen die Autoren Stellung zur Direktausbildung, die eine Approbation nach dem Psychologiestudium ermöglichen würde, und schreiben dazu: *„Genauere Vorstellungen für ein solches bisher rein theoretisches Modell sind nicht bekannt, von einem evaluierten oder gar evidenzbasierten Konzept ganz abgesehen."* Dem möchte ich an dieser Stelle widersprechen. Es gibt zu diesem Modell bereits praktische Erfahrungen. Mehrere Hundert heute noch praktizierende Psychotherapeutinnen und -therapeuten, zu denen auch ich gehöre, haben nach Beendigung ihres Studiums für Klinische Psychologie in der DDR gleich nach dem Ende des Studiums eine Anstellung bekommen und mit Patienten gearbeitet. Das Studium gab dazu in Form von mehreren klinischen Praktika, theoretischen Grundlagen und Kursen in zwei Therapieverfahren die nötigen Voraussetzungen. Die Selbsterfahrung hatte nicht den Umfang einer heutigen Psychotherapieausbildung, aber es war dennoch eine ausreichende Basisqualifikation, die zur Arbeit mit Patienten befähigte. Die jungen Kolleginnen und Kollegen wurden dann in ihren Arbeitsstellen von den erfahreneren Therapeutinnen und Therapeuten durch eine Art Mentorenschaft so lange begleitet, bis sie in allen Bereichen eigenständig arbeiten konnten. Die Direktausbildung hat also keineswegs einen solch experimentellen Status, wie die Autoren behaupten! Sie ist aus meiner Sicht die bessere Alternative als die Fortsetzung des Zwanges zur postgradualen Ausbildung zwecks Erlangung der Approbation. Diese bürdet der jungen Kollegenschaft weiterhin unzumutbare ökonomische Belastungen nach dem Studium auf und verzögert unnötig den Beginn ihrer bezahlten praktischen Arbeit. Die postgraduale Ausbildung könnte dann z. B. aus einem Anstellungsverhältnis heraus durchgeführt werden, welches die Psychologieabsolventinnen und -absolventen dank ihrer Approbation sicher eher bekommen würden. Damit hätte man auch das Problem der skandalösen PiA-Entlohnung in den Kliniken gelöst. Die Psychologieabsolventinnen und -absolventen hätten in diesem Fall auch bessere Chancen bei der Bewerbung und könnten ihre Zusatzqualifikationen ohne Kredit bezahlen. Ich kann daher nicht verstehen, warum die Mehrheit unserer Kollegenschaft nicht bereit ist, den mutigen Reformvorschlag des BGM aufzugreifen und in die Tat umzusetzen. Der Bundesgesundheitsminister wäre ja seinen eigenen Worten zufolge bereit, eine „umfassende Reform" durchzuführen, und würde sicher auch eine Direktausbildung umsetzen, wenn wir ihm das vorschlagen. Lasst uns diese Chance nutzen, um nachfolgenden Therapeutengenerationen fairere Bedingungen des Berufseinstieges zu ermöglichen, als das gegenwärtig der Fall ist!

Thomas Haudel
Berlin

A. Rubner: „Ruth Cohn zum 100. Geburtstag – ihr Leben und ihr Werk", Psychotherapeutenjournal 1/2012

Engagement für eine humanere Welt

Sehr geehrte Frau Rubner,

heute Morgen habe ich statt zur Tageszeitung zum Psychotherapeutenjournal gegriffen und Ihren Artikel über Ruth Cohn gelesen. Ich bin rundum begeistert. Ich finde, Ihnen ist eine äußerst anschauliche, fachlich fundierte und inhaltlich gut verdichtete Darstellung von Ruth Cohns Lebensweg und -werk gelungen. Es freut mich riesig, dass die TZI in einem so verbreiteten Fachjournal an prominenter Stelle zur Sprache kommt und Ruth Cohn im Umkreis ihrer Grundprofession den Platz und die Ehre bekommt, die ihr zustehen. Wie schön, dass im gleichen Heft auch Horst-Eberhard Richter gewürdigt wird. Zwei großartige Menschen der Nachkriegszeit in ihrem Engagement für eine humanere, friedlichere Welt. Angenehm zu lesen finde ich übrigens Ihre Sprache und faszinierend Ihre Vermittlung des TZI-Modells. So wird auch bei den Axiomen anschaulich, worum es mit ihnen in der Praxis geht.

Danke vielmals. Ich vermute, dass Sie viel Zeit in diesen umfassenden Beitrag investiert haben und ich hoffe, dass Sie auch anderweitig viel positive Resonanz erhalten.

Herzliche Grüße

Sibylle Ratsch
Müllheim

TZI nicht in Vergessenheit geraten lassen

Liebe Frau Rubner,

haben Sie herzlichen Dank für Ihren schönen und informativen Artikel über Ruth Cohn und die TZI, die an vielen Aus- und Weiterbildungsinstituten (Psychoanalyse/Tiefenpsychologie) zunehmend in Vergessenheit geraten ist!

Herzliche Grüße

Georg Gfäller
München

Impressum

Das *Psychotherapeutenjournal* publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.
Das *Psychotherapeutenjournal* erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

11. Jahrgang, Ausgabe 2/2012

Herausgeberin
Bayerische Landeskammer der
Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München

Redaktionsbeirat
Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Redaktion
Redakteurin Dipl.-Psych. Nina Rehbach
(V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der
Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Verlag
medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

Satz
Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck
Vogel Druck und Medienservice
97204 Höchberg

Manuskripte
Redaktionsschluss für Ausgabe 3/2012 ist der 29. Juni 2012, für Ausgabe 4/2012 der 7. September 2012. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).
Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.
Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*, in der ihr Beitrag erschienen ist.
Weitere Informationen finden Sie unter www.psychotherapeutenjournal.de, Rubrik „Für Autoren".

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

Besuchen Sie uns auch auf
www.psychotherapeutenjournal.de

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg
Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 12.00,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Hamburg
Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo, Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
Mi 14.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern
St.-Paul-Straße 9
80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen
Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland
Scheidterstraße 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein
Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de